

renze ancora esistenti nelle varie aree geografiche del Paese tra gli strati di popolazione e tra i vari insediamenti abitativi e lavorativi.

A questo tema non è stato dedicato un paragrafo a parte, in quanto esso deve essere presente in ciascuna delle linee di tendenza che sono state proposte, in un'ottica di programmazione avente livelli diversi di approfondimento e graduazioni diversificate secondo i bisogni e la variabilità delle situazioni, che non fermi il cammino dei più veloci, ma nel contempo velocizzi molto quello dei più lenti.

La domanda informativa nel campo della salute

Il consenso informato rappresenta un vincolo ineludibile non solo nel rapporto tra medico e assistito ma anche all'interno di un sistema sanitario modernamente organizzato. Perché questa visione non rimanga uno sterile slogan occorre che l'imperativo della informazione costituisca una linea di condotta che faccia da fondamento al servizio sanitario. Informazione interna ed esterna, che rompa i muri di isolamento e di difesa delle corporazioni che hanno fin qui caratterizzato la relazione tra fornitori e fruitori del servizio.

L'informazione nodo del cambiamento. Se utilizzassimo lo stato di salute della popolazione come dimostrazione del funzionamento del sistema sanitario saremmo indotti a ritenere che l'Italia sia ai primi posti del mondo. Ma, come è stato già osservato, i progressi sul piano della salute sono da ricondurre in parte rilevante a ragioni extrasanitarie e inoltre numerosi segnali convergono nell'indicare problemi di disservizio, inefficienza, insufficienti qualità e umanizzazione delle prestazioni, come d'altronde viene indicato nello stesso piano sanitario. La capacità di monitoraggio del cambiamento organizzativo e di valutazione degli effetti degli interventi può consentire di agire e reagire tempestivamente a livello aziendale, regionale e anche nazionale. In questo contesto, l'informazione non è una risorsa tra le tante ma uno dei nodi del cambiamento. Alcuni degli estensori dell'ultimo piano sanitario hanno riferito che le criticità informative hanno condizionato, in qualche caso, la scelta degli obiettivi di salute (1).

Lo stato attuale dell'informazione statistica nell'area sanitaria si può desumere scorrendo il programma statistico nazionale, che illustra, in maniera esauriente, le fonti rilevanti. Colpisce anzitutto il numero elevato di fonti: molti ministeri (a cominciare da quello della sanità), molti enti (principalmente l'ISTAT), alcune regioni che hanno proposto progetti-prototipo. Per esempio, nel Programma statistico nazionale per il triennio 2000-2002, sono indicati, per l'area sanitaria, l'ISTAT, il Ministero della sanità, il Ministero dell'interno, il Ministero della difesa, il Ministero di grazia e giustizia, il Ministero del tesoro, il Ministero dell'industria, l'Istituto superiore di sanità, l'INAIL, l'INPS e alcune regioni. Bisognerebbe poi tenere conto che se l'informazione fosse estesa all'area sociosanitaria, occorrerebbe considerare anche il Dipartimento degli affari sociali.

I diversi corrispondenti flussi informativi, talvolta sottoprodotto di attività amministrativa, sono nati in tempi diversi, con filosofie diverse e su piattaforme tecnologiche diverse. Per fare un esempio, si può ricordare che il piano sanitario dedica grande attenzione al tema delle disuguaglianze nella salute, ma il principale flusso sulla morbosità ospedaliera non prevede tra le caratteristiche rilevate il titolo di studio che, è ormai dimostrato, rappresenta una delle variabili esplicative più significative nell'epidemiologia della disuguaglianza.

Oggi l'impegno maggiore è quello di far dialogare le fonti e farle interagire con gli obiettivi e le risorse. L'esperienza più coerente da questo punto di vista, sul piano dei linguaggi, delle classificazioni, delle metodologie e delle strutture, è quella del sistema informativo sanitario, concepito con una visione unitaria e costituito da una pluralità di rilevazioni orientate all'integrazione, affiancando alle informazioni sui servizi quelle sullo stato di salute della popolazione rilevabile tramite indagini epidemiologiche. Nel tempo, si sono aggiunte altre banche-dati, tra le quali quelle del farmaco e della tossicodipendenza. L'aspetto epidemiologico del sistema, pure previsto nei programmi iniziali, non si è però ancora sviluppato significativamente.

Nel corso degli stessi anni, l'ISTAT ha promosso e potenziato l'informazione sulla salute e sui suoi determinanti sociali, affiancandola alle rilevazioni epidemiologiche tradizionali, che, nel frattempo, sono state rinnovate significativamente. Tradizionale non significa statico o immobile. La più vecchia di queste fonti, quella sulla mortalità, che risale all'Ottocento, ha subito negli ultimi due anni un radicale rinnovamento, passando dalla codifica manuale delle cause di morte alla codifica automatica. Si tratta di un passaggio storico che determinerà migliore comparabilità, livelli più elevati di qualità, riduzioni drastiche dei tempi di elaborazione (venendo così incontro ai bisogni delle regioni) e uno straordinario arricchimento del patrimonio informativo: per la prima volta saranno disponibili i dati sulle concause di morte e si potrà avere così l'informazione sui percorsi patologici.

L'ISTAT ha inoltre condotto un'operazione analoga a quella del sistema informativo sanitario, per unitarietà di visione e livello di integrazione, relativamente al sistema delle indagini multiscopo sulle famiglie, progettate armonicamente per fornire informazioni sulla popolazione e sulla società. L'architettura del sistema è semplice: un'indagine annuale, che compone un quadro informativo di base sulla qualità della vita e sui comportamenti quotidiani dei cittadini (tra cui gran parte dei comportamenti sanitari), periodicamente arricchito da indagini di approfondimento.

L'ultima indagine di approfondimento sulla salute, condotta tra il 1999 e il 2000, per la prima volta, è stata realizzata in collaborazione con il Ministero della sanità e le regioni: un segnale importante che merita una riflessione. Il sistema sanitario ha investito su una fonte non tradizionale per disporre, a livello di governo, tipicamente regionale, dei dati necessari per la programmazione e la gestione. Nel merito sono stati approfonditi, per la prima volta, gli aspetti del benessere (con un approccio nuovo, la batteria per la misurazione della qualità della vita, denominata SF12, derivata dalla più nota SF36, mai utilizzato in modo esteso in Italia), dell'autonomia sociale (per la prima volta sono compresi quesiti del tipo IADL - instrumental activities of daily living) e dei servizi extraresidenziali (assistenza domiciliare, day-hospital eccetera). Inoltre è stato ristrutturato e ampliato il settore relativo alla prevenzione includendo domande su vaccinazioni, fattori di rischio, diagnosi precoce.

Strumenti per guardare al futuro. Dalla legge n. 833 a oggi, il problema fondamentale dell'informazione sanitaria è stato quello dei contenuti informativi. Alle fonti tradizionali, come quelle demografiche ed epidemiologiche, si sono aggiunte altre che si occupano analiticamente del funzionamento del sistema sanitario o arricchiscono l'informazione sugli stili di vita e le condizioni sociali della popolazione, contribuendo a riorientare l'attenzione dalla malattia alla salute.

Questo percorso si è sviluppato in maniera simile in molti Paesi occidentali, dove la transi-

zione epidemiologica ha posto in primo piano il problema della qualità della vita, dopo che per secoli era stato privilegiato l'aspetto della durata. L'Organizzazione mondiale della sanità ha icasticamente sintetizzato questa tematica nel modo seguente: "Fino a oggi si è trattato di aggiungere anni alla vita, ora si tratta di aggiungere vita agli anni".

In definitiva, occorre adottare nuovi strumenti informativi e, per ricorrere a un termine forse abusato, reingegnerizzare l'informazione. La sfida si è spostata dal terreno dei contenuti a quello dei metodi e dell'organizzazione.

Fare rete. Tra gli elementi chiave alla base dell'evoluzione del sistema sanitario, e anche di altri interventi nell'area della sicurezza sociale, vi è l'invecchiamento della popolazione. divenuto attraverso una campagna martellante il problema dei problemi del ventunesimo secolo. Gli andamenti demografici dicono che la probabilità di raggiungere 75 anni è attualmente del 59 per cento per un uomo e del 78 per cento per una donna. L'aumento dei costi atteso come conseguenza di questa evoluzione è diventato il cruccio principale, più ancora del problema dell'occupazione, di politici e amministratori, anche perché il processo di invecchiamento è in Italia più intenso e accelerato rispetto alla maggior parte degli altri Paesi. Nel 1996 la quota di ultrasessantacinquenni (16,3 per cento) era la seconda nella graduatoria decrescente dei paesi dell'OCSE, superata soltanto da quella svedese (17,1 per cento). In questa situazione, assumono centralità strategica le condizioni sociali a margine dell'assistenza sanitaria, in quella zona ancora poco definita tra il curare e l'avere cura (cure and care). È questo un ulteriore motivo per orientarsi verso un approccio integrato all'informazione: non si può infatti comprendere la salute se non si analizza e si comprende il tessuto sociale che sta intorno agli anziani, in particolare di coloro che perdono l'autonomia. Nelle politiche sociali sta imponendosi prepotentemente la logica del fare rete; essa deve affermarsi anche riguardo all'informazione, se si vuole capire e quindi programmare, intervenendo in maniera adeguata ai bisogni.

Misurare l'outcome. L'Organizzazione mondiale della sanità, nel rapporto sulla salute nel mondo nel 1998 intitolato "La vita nel XXI secolo: una visione per tutti", sottolinea che la nuova frontiera dell'informazione non è più la misurazione dell'output (prestazioni sostenute, ricoveri effettuati, trattamenti e altre erogazioni del sistema sanitario) ma quella dell'outcome, cioè dell'efficacia delle cure e dei trattamenti in termini di salute. Questa è la più importante delle sfide informative che ci si trova a dover fronteggiare, per la quale occorrono in particolare informazioni longitudinali. Per la misurazione dell'outcome è infatti indispensabile seguire il percorso di salute dell'individuo e non basta accertare il suo stato in un determinato momento. D'altro canto la possibilità di valutare gli effetti delle terapie e dei trattamenti nel tempo è a fondamento dell'approccio della cosiddetta evidence base medicine, cioè della medicina basata sulle prove di efficacia.

Indirizzare le politiche di prevenzione. Alla necessità di strumenti per indagini longitudinali si affianca quella per indagini trasversali con esame medico obiettivo (health examination surveys). Esse da un lato sono in grado di fornire un quadro accurato di alcune patologie rilevanti che caratterizzano l'evoluzione epidemiologica del Paese (in special modo, le patologie psichiatriche in età senile e la malattia mentale); dall'altro costituiscono un eccellente strumento per comprendere quale sia il grado di consapevolezza della popolazione sulla presenza di alcuni importanti problemi di salute. In effetti, problemi come quelli derivanti dall'ipertensione o dal diabete, silenti dal punto di vista dei sintomi fino a una certa soglia di compromissione della salute, possono essere affrontati soltanto

con la collaborazione dei pazienti e dei loro medici di base. Un'indagine pilota promossa dall'Istituto superiore della sanità è in corso. Il Servizio sanitario nazionale ha bisogno di questi tasselli informativi, non soltanto per indirizzare campagne di sensibilizzazione e prevenzione ma anche per predisporre capacità di risposta nei punti-chiave del sistema, per esempio nella medicina di base.

È importante ricordare che il Servizio sanitario nazionale britannico ha stanziato un miliardo di sterline (al cambio corrente circa 3.000 miliardi di lire) per rinnovare e reingegnerizzare il proprio sistema informativo. Nella presentazione del piano, la corrispondente strategia governativa è denominata non casualmente "information for health", ovvero informazione per la salute, e non "health information", ovvero informazione sulla salute.

Nuove carenze informative. L'evoluzione dei sistemi di welfare chiama esplicitamente in causa i temi delle disuguaglianze sociali, dell'equità intergenerazionale e dei nuovi soggetti (gli stranieri, i disabili, i bambini). Queste emergenze riguardano da vicino le politiche socio-sanitarie, determinano carenze informative nuove e sollecitano approcci innovativi. Per analizzare le situazioni di disuguaglianza o i processi di integrazione della popolazione straniera, per esempio, occorrerà mettere in campo una molteplicità di strumenti, tradizionali e nuovi, anche eterogenei dal punto di vista dei riferimenti metodologici, capaci di cogliere fenomeni per loro natura complessi, multidimensionali e dinamici. L'informazione dovrà occuparsi sempre più delle relazioni e sempre meno degli stati. Occorrerà ragionare sempre più per problemi e sempre meno per aree tematiche.

Analoghe riflessioni valgono sul versante del sistema dei servizi. Il gap informativo non si registra tanto nella quantificazione delle prestazioni e delle risorse (molto si è fatto e si sta facendo), quanto riguardo all'organizzazione, al grado di integrazione con altri interventi e soprattutto al rapporto tra cittadini e servizi.

Sistemi informativi statistici. Nella società dell'informazione la principale risorsa per competere con successo è la capacità di orientarsi e di saper cercare. Nel contesto di interesse l'opportunità è predisposta attraverso i sistemi informativi statistici. Un'architettura di sistema consente di orientarsi con relativa facilità e di non disperdersi in una babele di linguaggi.

I sistemi informativi statistici sono uno strumento-filtro, una mappa concettuale che consente di organizzare e leggere la realtà riguardo alla salute nel paese. È importante non confondere sistemi informativi statistici e sistemi informatici. L'architettura dei sistemi informatici è questione tecnica; l'architettura dei sistemi informativi statistici è questione di ricercatori, politici e operatori della salute. Non si deve correre il rischio che l'enfasi venga posta sulla strumentazione, hardware e software; occorre invece privilegiare il valore euristico e l'integrazione dell'informazione.

Le risposte negli altri Paesi. L'evoluzione verso nuovi assetti della sicurezza sociale accomuna i principali Paesi occidentali, soprattutto europei e anche il problema dell'informazione necessaria per fronteggiare adeguatamente il cambiamento è comune. Ovunque sia stato affrontato, è stata scelta la strada dei sistemi integrati di informazioni. Al concetto di integrazione si accompagna, saldamente, quello di partnership. Si riconosce l'importanza dei contributi di una pluralità di soggetti, istituti di statistica, ministeri, enti territoriali, istituti di sorveglianza, all'interno di una strategia unitaria e di un modello di riferimento che disegnano e riservano ruoli per ciascuno di essi.

L'esperienza del Canada. In Canada, appena un anno fa, è stato affrontato in maniera

sistematica il problema di reingegnerizzare il sistema delle informazioni sulla salute e sulla sanità. L'iniziativa è stata avviata dai tre principali produttori di informazione in questo campo: Statistics Canada, Department of Health e Canadian Institute for Health Information. Il punto di partenza è stato il riconoscimento della necessità di ristrutturare il sistema informativo per adeguarlo ai nuovi bisogni e ai cambiamenti in atto nella sanità. Dopo un processo di analisi della situazione e un forum con gli utilizzatori, ha preso il via un progetto impegnativo che sarà realizzato con obiettivi di breve, medio e lungo periodo. Nel breve periodo (tre anni) è previsto un investimento di circa 90 milioni di dollari. Le linee strategiche hanno identificato sei obiettivi primari. Il sistema dovrà essere sicuro e rispettoso della privacy dei cittadini, coerente con i processi decisionali, rilevante quanto a tempestività e copertura, integrabile, flessibile rispetto a bisogni informativi nuovi, facilmente accessibile e amichevole.

Complessivamente, esso verrà reimpostato attorno all'idea forte di centralità delle persone, ribaltando la precedente logica di centralità del servizio.

L'esperienza del Regno Unito. Nel Regno Unito è stata lanciata, a partire dal 1998, la strategia Information for Health per il rinnovamento di uno dei più sviluppati sistemi informativi sanitari. Come il programma canadese, anche quello britannico pone il paziente al centro del progetto e punta a predisporre un sistema che agevoli quanto più possibile il percorso terapeutico, qualunque sia il punto di accesso. La citazione del premier britannico Tony Blair, posta in testa al programma, ne dichiara esplicitamente la linea di guida: "La sfida per il sistema sanitario consiste nello sfruttamento della rivoluzione nell'informazione a beneficio dei pazienti. La missione è quella di dare al popolo di questo Paese il miglior sistema sanitario del mondo. Una migliore assistenza e una migliore salute per tutti dipendono dalla disponibilità di buona informazione, accessibile, dove e quando è necessaria".

Conclusioni. Nel corso di un periodo di tempo relativamente breve l'Italia ha colmato un ritardo storico nel campo dell'informazione sulla e per la salute, arrivando ad allinearsi sostanzialmente a nazioni con una storia molto più lunga e in qualche caso a condividere le esperienze più innovative e avanzate, come è avvenuto per la codifica automatica delle cause di morte e per l'indagine sulla disabilità. Il percorso è però tutt'altro che concluso. L'evoluzione dei sistemi di welfare mette in crisi l'assetto informativo verticale, per aree, che presenta un deficit di flessibilità e non regge alla nuova domanda.

I nuovi sistemi di informazione dovranno essere caratterizzati da una forte trasversalità tematica e organizzativa e immaginati per misurare gli obiettivi di salute e i progressi del sistema dei servizi, ponendo al centro la persona.

Se non verranno dedicati impegno e risorse sufficienti per questa finalità, il rischio che si corre è quello ventilato nel documento canadese Health Information Roadmap: "Gestire un'impresa che assorbe circa il 10 per cento delle risorse del paese e il 30 per cento del bilancio delle province e dei territori senza la necessaria informazione è come guidare un jumbo jet senza il pannello di comando."

BIBLIOGRAFIA

1) Farchi G et al. "Il piano sanitario nazionale 1998-2000: obiettivi di salute e politiche regionali". In: Geddes M e Berlinguer G (a cura di) La salute in Italia - Rapporto 1999 Roma: Ediesse, 1999

II PARTE

LO STATO DELLA SALUTE DEI CITTADINI

**LE RISPOSTE ATTUALI DEL SERVIZIO
SANITARIO NAZIONALE**

PAGINA BIANCA

Lo stato della salute dei cittadini

Cìò che contribuisce a determinare la buona o la cattiva salute sono i comportamenti e gli stili di vita e l'interazione di questi con l'ambiente. Tra questi, abitudini come il fumo e una alimentazione troppo ricca in quantità e squilibrata in qualità segnano il destino naturale di un individuo. Inoltre ai fattori di rischio individuale si assommano gli effetti di un ambiente caratterizzato dall'inquinamento industriale. Contenere i fattori di rischio personali e incidere su quelli ambientali offre una grande opportunità di salute.

I DETERMINANTI DI SALUTE

La salute non è il rovescio della sua mancanza, la malattia, bensì qualcosa di più complesso, la risultante di un equilibrio generale dell'essere umano inserito positivamente nel suo ambiente, delle cui risorse possa giovare pienamente. Lo star bene non è più dato solo dalla mancanza di disturbi, ma è definito dalla sensazione soggettiva di ciascuno, dal suo modo di considerarsi sano, secondo il proprio modello, le proprie rappresentazioni e la personale visione delle cose.

L'ambiente e l'uomo costituiscono sempre più un binomio inscindibile rispetto alla salute; nell'ambiente ogni individuo nasce e muore, da esso trae sostegno e vita, ma anche effetti negativi. Tuttavia, rispetto al passato, i rapporti sono diversi, sono cambiati i fattori ambientali che minacciano la salute e l'uomo è divenuto molto più potente e capace di apportare modifiche all'ambiente, fino talora a mutarlo profondamente o a sconvolgerlo. E ciò vale tanto per l'ambiente fisico quanto per quello sociale, cioè per i rapporti interumani, sia nelle grandi metropoli sia nei piccoli centri.

La salute può essere dunque definita anche come il risultato dei rapporti tra l'uomo e il suo ambiente, globalmente inteso, e l'effetto delle azioni che l'uomo esercita sull'ambiente e su se stesso.

In questo capitolo verranno esaminati gli elementi che compongono questo complesso di elementi, positivi e negativi, che possono determinare in bene o in male il nostro stato di salute e il nostro benessere, nelle loro derivazioni principali, ambientale e comportamentale, riflessi comuni della società, della sua organizzazione e delle azioni che esprimono la sua dinamica, al fine di capire che cosa di buono e di meno buono agisce sulla salute e di correggere o stimolare l'uomo e le sue azioni sull'ambiente nelle sue configurazioni fisica e sociale.

Quanto pesino la componente ambientale e i comportamenti umani è difficile da stabilire, in rapporto alla diversità della collocazione sociale dei singoli individui, al loro ruolo e alla capacità di ciascuno di rapportarsi con il resto della collettività. Non è tanto impor-

tante attribuire percentuali di colpa o di merito, quanto individuare esattamente i fattori su cui agire per aumentare o ridurre gli effetti positivi e quelli negativi.

Tutto ciò naturalmente non è scontato e non passerà spontaneamente all'interno dei servizi sanitari; il suo recepimento sarà possibile solo attraverso un processo di revisione culturale, come ogni processo di trasformazione e cambiamento postula: da un lato un adeguamento della preparazione professionale degli operatori, come impegno fondamentale nelle indicazioni prioritarie di piano, dall'altro la promozione di un dibattito con i decisori e gli amministratori, per un loro coinvolgimento attivo nella formulazione di nuove politiche.

COMPORTAMENTI E STILI DI VITA

Attività fisica

L'adozione di sani stili di vita non può prescindere dall'esercizio di una qualche attività fisica condotta in modo regolare, che comporta effetti benefici sulla salute, sia in termini di tutela dello stato di salute fisico sia in termini di miglioramento dello stato psicoemotivo.

L'esercizio fisico regolare permette, infatti, non solo di tonificare la massa muscolare, con una generale ricaduta positiva sull'umore e sui livelli di autostima, ma anche di svolgere un ruolo protettivo nei confronti della salute, in particolare rispetto alle malattie cardiovascolari, osteoarticolari, cerebrovascolari e alle patologie del metabolismo.

Tra i suoi punti programmatici, il Piano sanitario nazionale 1998-2000 ha posto l'obiettivo di aumentare la diffusione della attività fisico-sportiva nel tempo libero, in particolare di quella svolta regolarmente (almeno una volta la settimana). L'aumento di attività fisica tra i giovani e gli adulti dovrebbe raggiungere in media il 10 per cento e tra gli anziani non dovrebbe essere inferiore al 10 per cento.

Le azioni previste per il raggiungimento di tale obiettivo fanno riferimento, in particolare, all'attivazione delle strutture sociosanitarie e delle organizzazioni di settore e sono rivolte all'intera popolazione, anche se soprattutto agli anziani e ai giovani.

Nel 1999 la quota di coloro che dichiaravano di aver svolto nel proprio tempo libero una qualche attività fisica o uno sport si attestava intorno al 65 per cento della popolazione di 3 anni e più, ma solo il 18,1 per cento svolgeva uno sport in modo continuo e il 9,4 per cento in modo saltuario. Il concetto di continuità, sebbene si riferisca a una percezione soggettiva dell'intervistato, è stato validato in indagini più approfondite sulla pratica sportiva, utilizzando indicatori più oggettivi come la frequenza della pratica sportiva. Se si eccettua una stima di circa il 15 per cento che si attesta su una frequenza leggermente inferiore, praticare uno sport in modo continuo equivale nella grande maggioranza dei casi a svolgere un'attività sportiva almeno una volta la settimana. Più diffusa risulta invece la pratica di una qualche attività fisica almeno qualche volta l'anno: circa il 37,3 per cento dei soggetti di 3 anni o più dichiara, infatti, di fare passeggiate di almeno 2 chilometri oppure di nuotare, andare in bicicletta eccetera. Di questi, oltre il 50 per cento svolge attività fisica con una certa continuità, dichiarando di praticarla una o più volte la settimana.

Sono più gli uomini (22,4 per cento) che le donne (14,1 per cento) a svolgere un'attività sportiva in modo continuo e le differenze di genere - praticamente nulle tra i bambini - cominciano a evidenziarsi nell'adolescenza: nella fascia di età tra 15 e 17 anni un ragazzo su

due pratica regolarmente uno sport, mentre tra le ragazze il rapporto è di una a tre. Nella classe successiva (18-19 anni) la pratica di uno sport in modo continuo tra i maschi è quasi doppia rispetto alle femmine.

Dai 35 anni in poi, per entrambi i sessi, i livelli di attività sportiva di tipo regolare si riducono, decrescendo progressivamente con l'aumentare dell'età, fino a raggiungere circa il 3 per cento tra gli anziani di 65 anni e più (4,2 per cento per i maschi e 2,1 per cento per le femmine).

Oltre all'età, anche il territorio rappresenta un fattore discriminante rispetto all'abitudine di esercizio di una pratica sportiva regolare: la prevalenza decresce sensibilmente passando dal Nord (21,4 per cento) al Sud (13,5 per cento) e il divario diventa ancora maggiore quando si confrontano le prevalenze standardizzate rispetto all'età (il Nord supera il Sud di quasi 10 punti percentuali). La scarsa diffusione della pratica sportiva tra i soggetti residenti nei comuni fino a 2.000 abitanti (13,3 per cento contro il 18,1 dell'intera Italia) è in parte riconducibile alla maggiore presenza di anziani in tali tipologie di comuni.

A livello regionale, confrontando le prevalenze depurate dall'effetto età, la percentuale di coloro che svolgono uno sport in modo continuo varia dal 10 per cento della popolazione di 3 anni o più residente in Campania a quasi il 30 per cento degli abitanti della provincia autonoma di Bolzano, dove, del resto, si rileva la percentuale più bassa di individui che non svolgono sport o attività fisica (circa il 14 per cento, contro quasi il 50 per cento della Campania).

Se si analizza il fenomeno rispetto a variabili di tipo socioculturale, emergono comportamenti differenziati, in particolare tra le persone anziane.

Se, infatti, tra i giovani il diverso livello di scolarizzazione raggiunto non sembra essere un fattore discriminante nello svolgimento regolare della pratica sportiva, tra le persone adulte, e ancor di più tra gli anziani, a livelli di istruzione più elevati corrispondono percentuali maggiori di individui impegnati nelle attività sportive. Nella fascia d'età tra 25 e 44 anni pratica sport (in modo continuo), rispettivamente, il 26 per cento e il 28 per cento dei diplomati e dei laureati e solo il 15 per cento delle persone con licenza media inferiore e il 6 per cento di quelle con licenza elementare o nessun titolo di studio. Tra gli anziani di 65 anni e più si passa da un 7 per cento per i più istruiti a un 2 per cento per coloro che sono in possesso di un titolo di studio basso o sono privi di titolo di studio.

Tra i principali motivi che inducono alla pratica fisico-sportiva ricorre più frequentemente il mantenersi in forma (45 per cento) - 42 per cento degli uomini e 49 per cento delle donne -, seguito dallo sport o attività fisica praticata per svago (41 per cento) - 46 per cento degli uomini e 34 per cento delle donne. La pratica di una qualche attività fisica con un preciso scopo terapeutico interessa il 6 per cento della popolazione di 3 anni o più, in prevalenza femmine (sono il 9 per cento contro il 4 per cento dei maschi). Tra le donne anziane la percentuale raggiunge addirittura il 40 per cento.

Non meno interessante è considerare le caratteristiche di coloro che dichiarano di non svolgere alcuna attività fisica. Essi ammontano al 34,5 per cento della popolazione di 3 anni o più. Si tratta in maggioranza di donne (39,2 per cento contro 29,5 per cento degli uomini) e, tra queste, quelle con 65 anni e più raggiungono il 60 per cento dei casi, percentuale di gran lunga superiore a quella riscontrabile tra i loro coetanei maschi (45 per cento).

In generale, tra le motivazioni principali dichiarate nelle indagini multiscopo ISTAT da coloro che non praticano alcuna attività fisico-sportiva, prevalgono la mancanza di tempo (circa

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 1. Soggetti di 3 anni o più che praticano attività sportiva, distribuiti per frequenza, classe di età e sesso (anno 1999 - indagine multiscopo ISTAT)

	classi di età	pratica sportiva				
		in modo continuo	in modo saltuario	qualche attività fisica	mai	non indicato
maschi	3-5	13,8	4,9	34,3	41,1	5,8
	6-10	48,3	11,1	23,4	16,1	1,1
	11-14	60,4	11,1	17,6	10,4	0,6
	15-17	50,7	17,3	19,3	12,4	0,3
	18-19	41,0	19,2	21,5	17,9	0,3
	20-24	33,5	21,0	23,1	21,6	0,8
	25-34	28,5	18,5	27,9	24,5	0,6
	35-44	19,4	16,1	34,9	29,2	0,5
	45-54	14,4	10,3	42,1	32,8	0,3
	55-59	9,1	6,9	49,0	34,6	0,5
	60-64	9,7	5,1	50,3	34,6	0,2
	65 e più	4,2	3,1	47,1	45,3	0,3
totale		22,4	12,1	35,3	29,5	0,7
femmine	3-5	16,3	4,8	35,0	39,0	4,9
	6-10	42,4	7,2	27,4	21,7	1,3
	11-14	42,7	12,9	27,1	16,9	0,3
	15-17	32,6	11,6	33,9	21,3	0,5
	18-19	21,8	16,1	36,2	25,0	0,8
	20-24	21,4	14,2	37,6	26,2	0,5
	25-34	18,3	11,6	39,7	29,7	0,7
	35-44	12,7	8,3	43,1	35,4	0,4
	45-54	8,7	4,5	43,4	43,2	0,2
	55-59	5,8	4,3	44,1	45,5	0,3
	60-64	5,4	2,6	43,4	48,4	0,2
	65 e più	2,1	1,2	37,7	58,5	0,5
totale		14,1	6,9	39,2	39,2	0,6
maschi e femmine	3-5	15,0	4,8	34,7	40,1	5,4
	6-10	45,4	9,2	25,4	18,8	1,2
	11-14	51,9	12,0	22,2	13,5	0,5
	15-17	41,4	14,3	26,9	17,0	0,4
	18-19	31,9	17,8	28,5	21,3	0,6
	20-24	27,6	17,7	30,1	23,8	0,7
	25-34	23,4	15,0	33,8	27,1	0,7
	35-44	6,1	12,2	38,9	32,3	0,5
	45-54	11,6	7,4	42,8	38,1	0,2
	55-59	7,4	5,6	46,5	40,2	0,4
	60-64	7,5	3,8	46,8	41,7	0,2
	65 e più	2,9	2,0	41,6	53,1	0,4
totale		18,1	9,4	37,3	34,5	0,6

(quozienti per 100 persone della stessa età e dello stesso sesso)

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 2. Soggetti di 3 anni o più che praticano sport, distribuiti per frequenza, regione, ripartizione geografica e tipo di comune (anno 1999 indagine multiscopo ISTAT)

	pratica sportiva				
	in modo continuo	in modo saltuario	qualche attività fisica	mai	non indicato
<i>regioni</i>					
Piemonte	19,4	11,9	39,3	29,0	0,4
Valle d'Aosta	22,4	16,7	29,4	31,4	0,2
Lombardia	21,9	11,3	37,2	29,1	0,5
Trentino-Alto Adige	26,8	18,9	38,6	15,3	0,4
- Bolzano	29,4	22,2	34,2	13,4	0,8
- Trento	24,2	15,8	42,8	17,1	0,1
Veneto	21,6	11,8	41,5	24,6	0,5
Friuli Venezia Giulia	21,1	10,0	41,3	27,1	0,5
Liguria	18,9	7,5	35,8	37,3	0,5
Emilia Romagna	22,0	10,4	41,1	25,8	0,6
Toscana	18,4	9,3	37,8	34,2	0,4
Umbria	21,8	6,2	31,3	40,1	0,6
Marche	19,1	10,0	38,6	31,8	0,5
Lazio	19,6	8,7	36,4	34,6	0,6
Abruzzo	18,2	9,1	36,9	35,4	0,5
Molise	14,4	7,1	32,7	45,6	0,1
Campania	11,3	6,1	33,9	47,8	0,9
Puglia	14,2	7,8	36,6	40,6	0,9
Basilicata	12,0	6,1	34,5	46,7	0,7
Calabria	12,0	9,2	39,4	38,5	0,8
Sicilia	13,5	7,4	33,5	44,8	0,8
Sardegna	17,5	7,5	39,4	34,4	1,1
Italia	18,1	9,4	37,3	34,5	0,6
<i>ripartizioni geografiche</i>					
Italia nordoccidentale	20,9	11,1	37,6	30,0	0,5
Italia nordorientale	22,1	11,7	41,1	24,5	0,6
Italia centrale	19,3	8,9	36,7	34,5	0,5
Italia meridionale	13,0	7,3	35,7	43,1	0,8
Italia insulare	14,5	7,4	34,9	42,3	0,9
Italia	18,1	9,4	37,3	34,5	0,6
<i>tipi di comune</i>					
Comune centro dell'area metropolitana	19,2	8,9	35,8	35,6	0,5
periferia dell'area metropolitana	18,6	8,1	37,6	34,8	0,9
fino a 2.000 abitanti	13,3	11,5	40,2	34,5	0,5
da 2.001 a 10.000 abitanti	17,7	10,4	36,6	34,6	0,7
da 10.001 a 50.000 abitanti	18,6	9,2	37,8	33,7	0,6
50.001 abitanti e più	18,4	9,0	37,7	34,3	0,6
Italia	18,1	9,4	37,3	34,5	0,6

(quozienti per 100 persone della stessa età e dello stesso sesso)

il 39 per cento) o di interesse (circa il 38 per cento) oppure un'età ritenuta poco adeguata per praticare uno sport (circa il 27 per cento, con percentuali superiori al 70 per cento tra gli anziani). Se fra gli uomini prevale nettamente la prima motivazione, tra le donne lo scarso interesse coinvolge circa il 40 per cento dei soggetti, a fronte del 37 per cento che dichiara di non avere tempo.

È soprattutto nel Mezzogiorno che si rileva la prevalenza più elevata di persone che adottano uno stile di vita più sedentario. Nell'analizzare i tassi depurati dalla diversa struttura per età delle varie aree geografiche, le differenze risultano considerevoli. Se nell'Italia nordorientale circa il 21 per cento dei residenti di 3 anni e più dichiara di non svolgere mai alcuna attività fisica o sportiva, nell'Italia Meridionale la quota raggiunge quasi il 43 per cento. Una tale situazione può probabilmente essere messa in relazione con l'insufficienza di strutture nelle aree del Sud, mentre del tutto trascurabili sembrano rivelarsi gli effetti dei diversi livelli di benessere e dei diversi modelli culturali sugli stili di vita adottati.

L'abitudine allo svolgimento regolare di un'attività sportiva, in un quadro di sintesi, non mostra un andamento di tipo crescente nell'ultimo decennio, diversamente da quanto accaduto negli anni ottanta e auspicato negli obiettivi dell'ultimo Piano sanitario nazionale.

Tuttavia sono da registrare alcuni segnali confortanti. Se poco meno di un italiano su cinque pratica sport in modo continuo, nel 1999, complessivamente, erano pari al 27,5 per cento coloro che praticavano uno sport (in modo continuo o saltuario). Inoltre è degno di rilievo l'aumento, seppur contenuto, di 3-4 punti percentuali rispetto al 1995, della pratica di una qualche attività fisica, che - è bene ricordare - oltre il 50 per cento svolge con regolarità settimanale, a fronte della diminuzione di coloro che dichiarano di non praticare alcuna attività fisica o sportiva: dal 38 per cento del 1995 a circa il 34 per cento nel 1999, nonostante i crescenti livelli del tasso di invecchiamento.

Tra gli anziani, nell'ultimo triennio, il dato è divenuto ancora più incoraggiante. Tra le persone di 65 anni e più, a fronte di livelli pressoché stabili della pratica sportiva di tipo continuo o saltuario, caratterizzata da quote molto contenute (rispettivamente, 2,9 per cento e 2 per cento), la percentuale di coetanei che svolgono una qualche attività fisica, come passeggiate di almeno 2 ore, è aumentata dal 34,5 per cento del 1997 al 41,6 per cento del 1999, controbilanciata da una corrispondente riduzione nel numero di anziani che conducono uno stile di vita sedentario (dal 60,7 al 53,1 per cento). Il maggior contributo relativo all'aumento dei livelli di attività fisica tra gli anziani deve attribuirsi alle donne: erano il 28 per cento le donne anziane che svolgevano una qualche attività fisica nel 1997, mentre nel 1999 sono aumentate di 10 punti percentuali (38 per cento). Le tabelle 1 e 2 riportano i dati distribuiti per frequenza, classe di età, sesso, regione, ripartizione territoriale e tipo di comune relativi a soggetti di 3 anni o più che hanno praticato attività sportiva nel 1999.

L'abitudine al fumo

Il fumo rappresenta uno dei principali fattori di rischio per molte patologie tumorali e che colpiscono in primo luogo l'apparato respiratorio e quello cardiovascolare. In particolare, l'abitudine al fumo accentua il rischio di insorgenza di neoplasie e numerose ricerche hanno da tempo confermato la relazione diretta tra consumo di tabacco e cancro al polmone. Si considera attribuibile al fumo il 90 per cento delle morti per tumore polmonare.

Non meno importante si rivela l'esposizione al cosiddetto fumo passivo, che determina nei soggetti che convivono abitualmente con fumatori un maggior rischio di contrarre patologie delle vie respiratorie e neoplasie polmonari o un maggior rischio di infarto. Se poi si considera che oltre un bambino su quattro, fino a 14 anni, può essere esposto al fumo passivo convivendo con almeno un familiare fumatore, si può comprendere come la battaglia contro l'adozione di tali comportamenti a rischio rientri a pieno titolo tra gli obiettivi di salute pubblica.

Obiettivi. Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 dedica particolare attenzione a tutti i possibili interventi, coinvolgendo diversi soggetti e promuovendo campagne mirate di sensibilizzazione e educazione sanitaria e altre azioni concrete atte a contrastare o almeno contenere il fenomeno. Oltre all'obiettivo generale di ridurre la prevalenza dei soggetti fumatori, nonché di contenere la quantità giornaliera di sigarette fumate, il Piano sanitario indica, tra gli obiettivi specifici: una soglia massima, pari al 20 per cento per gli uomini e al 10 per cento per le donne, entro cui dovrebbe contenersi la prevalenza di fumatori con età di 14 anni o più, la riduzione della prevalenza degli adolescenti fumatori e l'azzeramento della frequenza di donne fumatrici in gravidanza.

Entità del fenomeno. In Italia, nel 1999, secondo l'indagine "Aspetti della vita quotidiana" condotta annualmente dall'ISTAT, ha dichiarato di fumare quasi un italiano su quattro tra le persone con età di 14 anni o più. Nonostante il processo sia piuttosto lento, rimane comunque il dato confortante di un andamento gradualmente decrescente: se negli anni ottanta fumava ben oltre il 30 per cento degli italiani, all'inizio degli anni novanta la prevalenza si attestava al 27,4 per cento e alla fine del decennio (1999) ha raggiunto il 24,5 per cento. Tale calo è dovuto essenzialmente a una riduzione della prevalenza degli uomini fumatori. Nel corso del triennio 1997-1999 è emersa una sostanziale stabilità delle percentuali di fumatori, sia maschi sia femmine. Sebbene auspicabili e non ancora raggiunti, i livelli specifici segnalati nel Piano sanitario nazionale implicano importanti cambiamenti dei comportamenti dei cittadini; purtroppo tali comportamenti risultano ancora fortemente consolidati come modelli culturali.

La classe di età in cui è più diffusa l'abitudine al fumo è quella compresa tra 45 e 54 anni per gli uomini (39,1 per cento), mentre per le donne è tra 35 e 44 anni (28 per cento). Oltre un quinto (21,6 per cento) dei giovanissimi, di età compresa tra 14 e 24 anni, ha già l'abitudine di fumare; questa percentuale sale al 24,9 per cento per i coetanei che abitano in città metropolitane. Rispetto al 1997, la percentuale di giovani fumatori maschi si è mantenuta stabile, intorno al 27 per cento (27 per cento nel 1997, 26,6 per cento nel 1998, 27,5 per cento nel 1999), mentre la percentuale di ragazze che fumano di età compresa tra i 14 e i 24 anni tende ad aumentare (13,7 per cento nel 1997, 15,9 per cento nel 1998, 15,4 per cento nel 1999). Sin dalle età giovanili, la percentuale di fumatrici è molto vicina alla media delle donne in generale (15,4 per cento tra 14 e 24 anni, 17,1 per cento a 14 anni o più) e nei centri delle aree metropolitane le giovani fumatrici (19,2 per cento) sono superiori percentualmente alle donne fumatrici di tutte le età. Si fuma di più nell'Italia centrale (25,8 per cento) e nell'Italia insulare (25,5 per cento) e meno nell'Italia nordorientale (23,1 per cento). Ridurre il fumo in particolare tra gli adolescenti è uno degli obiettivi specifici del Piano sanitario nazionale 1998-2000. Secondo dati del 1999, l'8,4 per cento dei giovani tra i 14 e i 17 anni fuma e consuma circa 8-9 sigarette al giorno (in media 8,8). Sin dall'inizio i ragazzi (10,3 per cento, con una media di 9 sigarette al

giorno) fumano più delle ragazze (6,6 per cento, con una media di 8 sigarette al giorno). Nelle città metropolitane il fenomeno è ancora più diffuso: gli adolescenti fumano nel 10,4 per cento dei casi e consumano in media 11 sigarette al giorno. A 18-19 anni fuma già un quinto dei ragazzi (24 per cento) e a 20-24 anni questa percentuale sale al 29,2 per cento. In una buona parte dei fumatori molto giovani si ha ancora una limitazione del numero quotidiano di sigarette fumate: a 18-19 anni il 71,4 per cento fuma meno di mezzo pacchetto di sigarette al giorno (da 1 a 10 sigarette), mentre tra i 20 e i 24 anni questa percentuale scende al 56,1 per cento.

Nelle città centro di aree metropolitane (26,8 per cento) la percentuale di fumatori è più elevata che nel resto d'Italia. Analizzando le diverse realtà territoriali emergono tuttavia rilevanti differenze di genere: i maschi del Nord (32,4 per cento nel Nordovest, 28,4 per cento nel Nordest) fumano meno rispetto a quelli del Centro (31 per cento) e ancora meno rispetto a quelli del Sud (34,9 per cento nel Meridione, 34,7 per cento nelle Isole), mentre sono le donne del Sud (14,4 per cento nel Meridione, 17 per cento nelle Isole) che fumano molto meno rispetto a quelle del Centro (20,3 per cento) o del Nord (16,5 per cento nel Nordovest, 18,1 per cento nel Nordest)..

Fattori che influenzano l'abitudine al fumo. L'abitudine al fumo è in relazione al livello di istruzione, ma presenta andamenti differenziati nei due sessi. Negli uomini è maggiormente evidente una correlazione di tipo inverso: la prevalenza dei fumatori tra i laureati è pari al 25,2 per cento, cioè inferiore di circa 7 punti rispetto alla media (32,4 per cento), e aumenta al 36,7 per cento tra coloro che hanno conseguito la licenza media. Fa eccezione il gruppo con titolo di studio più basso, scuola elementare o nessun titolo (17,3 per cento), a cui però appartengono più frequentemente persone molto anziane. Nelle donne la relazione tra consumo abituale di tabacco e tasso di scolarizzazione mostra apparentemente un analogo andamento, ma confrontando i dati per classi di età emerge una forte correlazione diretta, soprattutto nelle generazioni adulte o anziane: tra le più istruite si registra una prevalenza di fumatrici a volte quasi doppia, se non tripla, rispetto a alle donne meno istruite.

È noto che l'esposizione al rischio cresce con l'aumentare della dose giornaliera di tabacco fumato (solo un'interruzione lungamente protratta nel corso della vita - si stima di almeno 15 anni - consente di riportare il rischio di morte allo stesso livello dei non fumatori) e tra gli obiettivi generali del Piano sanitario nazionale, come si è detto, vi è la riduzione del consumo giornaliero di sigarette. La quasi totalità dei consumatori di tabacco (98,3 per cento) fuma sigarette, mentre la quota residuale fuma la pipa o il sigaro. Poco meno della metà dei fumatori consuma da mezzo a un pacchetto di sigarette al giorno (45,6 per cento); questa percentuale sale al 50,7 per cento tra i maschi e scende al 36,9 per cento tra le femmine. Il numero medio di sigarette fumate quotidianamente è 14,7: gli uomini ne fumano in media 16,3 al giorno, le donne 12,1. Emergono, anche per i fumatori accaniti (si definiscono tali quei fumatori che dichiarano di fumare oltre 20 sigarette al giorno), differenze di genere rispetto al livello culturale: si osservano prevalenze nettamente più elevate negli uomini con livello di istruzione medio o basso, mentre sono fumatrici "accanite" le donne più acculturate.

Il gruppo di coloro che hanno smesso di fumare è intorno al 19,6 per cento nel 1999, sia per i maschi sia per le femmine, ritornando a valori prossimi a quelli osservati nel 1996. Le differenze di genere risultano determinanti anche tra coloro che hanno smesso di