

Nota metodologica

L'indagine sulle *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* ha l'obiettivo di esplorare i comportamenti relativi alla salute e porli in relazione alle caratteristiche demografiche e socio-economiche dei cittadini e all'utilizzo dei servizi sanitari. Attraverso tali informazioni raccolte direttamente presso gli individui 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. 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, sia a livello nazionale sia 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 si inserisce nel Sistema delle Indagini Multiscopo sulle famiglie avviato nel 1993, essa 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 somministrate da rilevatori comunali, opportunamente formati dall'Istat, a tutti i componenti della famiglia di fatto (per i bambini risponde un genitore, preferibilmente la madre). Le interviste dirette 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 - è stata notevolmente ampliata la numerosità campionaria grazie al contributo messo a disposizione dal 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 individuate 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 di cui 275 autorappresentativi (che partecipano all'indagine ogni trimestre) e 1201 non autorappresentativi (che partecipano ad un solo trimestre di rilevazione). Il numero totale di *Aree Vaste* è pari a 68. 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 volta a confrontare separatamente i due trimestri di rilevazione di Dicembre 2004 e Marzo 2005, le differenze delle stime possono non risultare significative, in considerazione del fatto che la numerosità campionaria teorica per ciascun trimestre scende a 15.000 famiglie, distribuite su tutto il territorio nazionale. Sono state quindi commentate solo quelle differenze risultate statisticamente significative, e segnalate nelle tavole con asterisco.