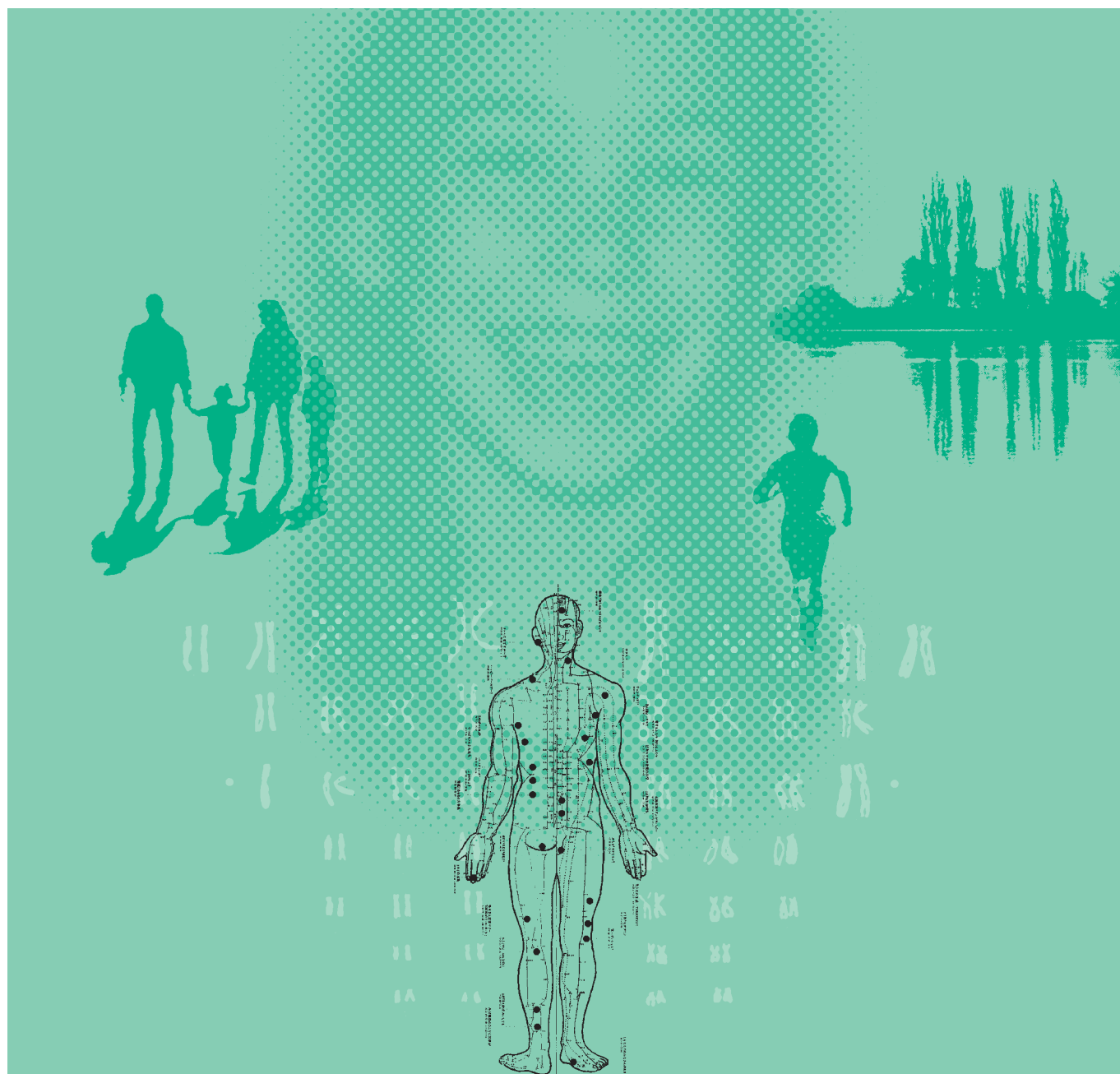


Salute e comportamenti nei confronti della salute in Svizzera 1992–2002

Indagine sulla salute in Svizzera



La serie «Statistica della Svizzera»
pubblicata dall'Ufficio federale di statistica (UST)
comprende i settori seguenti:

- 0 Basi statistiche e presentazioni generali
- 1 Popolazione
- 2 Territorio e ambiente
- 3 Lavoro e reddito
- 4 Economia
- 5 Prezzi
- 6 Industria e servizi
- 7 Agricoltura e selvicoltura
- 8 Energia
- 9 Costruzioni e abitazioni
- 10 Turismo
- 11 Trasporti e comunicazioni
- 12 Denaro, banche e assicurazioni
- 13 Sicurezza sociale
- 14 Salute
- 15 Formazione e scienza
- 16 Cultura, società dell'informazione, sport
- 17 Politica
- 18 Amministrazione e finanze pubbliche
- 19 Criminalità e diritto penale
- 20 Situazione economica e sociale della popolazione
- 21 Sviluppo sostenibile e disparità regionali e internazionali

Salute e comportamenti nei confronti della salute in Svizzera 1992–2002

Indagine sulla salute in Svizzera

Autori Roland Calmonte
Marilina Galati-Petrecca
Renaud Lieberherr
Manfred Neuhaus
Sonja Kahlmeier

Editore Ufficio federale di statistica (UST)



Office fédéral de la statistique (OFS)
Neuchâtel, 2005

Editore: Ufficio federale di statistica
Informazioni: Marilina Galati-Petrecca, UST, tel. 032 713 65 62
Autori: Roland Calmonte, Marilina Galati-Petrecca, Renaud Lieberherr, Manfred Neuhaus, Sonja Kahlmeier
Diffusione: Ufficio federale di statistica, CH-2010 Neuchâtel
Telefono 032 713 60 60 / Fax 032 713 60 61 / E-Mail: order@bfs.admin.ch
N. di ordinazione: 213-0208
Prezzo: Fr. 14.- (IVA escl.)
Serie: Statistica della Svizzera
Settore: 14 Salute
Testo originale: Tedesco e francese
Traduzione: Servizi linguistici dell'UST
Pagina di copertina: Roland Hirter, Berna
Grafici/Layout: UST
Copyright: UST, Neuchâtel 2005
Riproduzione autorizzata, eccetto per scopi commerciali, con citazione della fonte.
ISBN: 3-303-14092-8

Indice

Prefazione	5	6	Adolescenti e giovani adulti: condizioni psicosociali, salute e consumo di sostanze psicotropiche	75
L'essenziale in breve	7			
1 Introduzione	9	6.1	Situazione sociale e psicosociale dei giovani	75
2 Stato di salute	13	6.2	Condizioni psicosociali e salute	76
2.1 Salute fisica	13	6.3	Consumo di sostanze psicotropiche	77
2.2 Salute psichica	23	6.4	Peso corporeo	83
2.3 Aspetti psicosociali della salute	31	7	La salute a partire da 65 anni	85
3 Comportamenti che influenzano la salute	39	7.1	Comportamento e stato di salute	85
3.1 Attività fisica	39	7.2	Limitazioni delle attività quotidiane	88
3.2 Alimentazione	41	7.3	Ricorso alle prestazioni del servizio sanitario	89
3.3 Consumo di alcol	44	7.4	Aiuto informale: chi ne ha bisogno, chi lo presta e di che tipo è?	91
3.4 Fumo	47	7.5	Conclusioni	92
3.5 Consumo di farmaci	51			
3.6 Droghe illegali	53			
4 Servizi sanitari e prestazioni d'aiuto	39			
4.1 Ricorso alle cure ambulatoriali e ospedaliere	55			
4.2 Aiuti e sistemi di aiuto reciproco	63			
4.3 Confronto tra le rilevazioni del 1992, 1997 e 2002	66			
5 Condizioni di lavoro e salute	69			
5.1 Disagi sul posto di lavoro e salute	69			
5.2 Pressioni psicosociali: una minaccia per la salute dei lavoratori	71			
5.3 La paura di perdere il lavoro	73			
5.4 Soddisfazione professionale ed effetto sulla salute	74			

Prefazione

Il prezzo della malattia, che si ripercuote tra l'altro sui premi dell'assicurazione malattie perennemente in crescita, ha fatto sì che oggi non è soltanto il mondo politico a occuparsi dell'argomento salute ma l'intera società. Consigli per la salute e raccomandazioni volte a preservarci dalle malattie ci seguono passo passo ricordandoci ciò che ci può rendere malati nell'alimentazione, nell'aria, nell'abitazione e sul posto di lavoro. Così, diventiamo consapevoli tanto dei vari fattori che influiscono sulla nostra salute quanto delle disparità esistenti all'interno della popolazione per quanto riguarda la buona salute. E chi gode di una buona salute ha premesse migliori per rimanere sano.

La salute della popolazione non dipende quindi unicamente da ciò che la persona o la società spende per curarsi dalle malattie. L'uguaglianza di fronte alla salute non può inoltre neanche essere assicurata garantendo le stesse possibilità di accesso alle prestazioni. Già verso la metà degli anni Ottanta l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) aveva richiamato l'attenzione su tali problematiche. Con il programma «Salute per tutti» proponeva agli Stati membri un progetto per una nuova politica sanitaria (New Public Health) che, imperniata sulla prevenzione dei rischi e sulla promozione della salute, era rivolta all'intera popolazione ma soprattutto a gruppi svantaggiati.

Circa 20 anni fa, insieme agli altri Stati membri dell'OMS, la Svizzera ha accolto gli obiettivi del programma «Salute per tutti», impegnandosi a misurare periodicamente i progressi raggiunti in tale ambito. L'indagine sulla salute in Svizzera, realizzata per la prima volta nel 1992, costituisce la fonte più importante per tale valutazione. Il presente rapporto intende mostrare i progressi raggiunti da allora. Nello stesso tempo offre un quadro dei problemi rimasti irrisolti nonché di quelli nuovi che sono emersi. I risultati dell'indagine sulla salute del 2002 mostrano però innanzitutto quanto sia attuale e indispensabile continuare a monitorare le condizioni di vita che influiscono sulla salute, il comportamento in materia di salute, lo stato di salute della popolazione e le strategie adottate per il superamento di malattie e di disabilità, affinché la politica sanitaria si orienti sempre più alla realtà sociale.

Heinz Gilomen
Vice direttore

L'essenziale in breve

Nell'ambito dell'indagine sulla salute in Svizzera (ISS) del 2002 sono state intervistate 19'706 persone scelte a caso. Questo campione rappresenta l'intera popolazione residente in Svizzera a partire dai 15 anni che vive in economie domestiche.

Per quanto riguarda lo stato di salute si può notare che anche nel 2002 la maggioranza della popolazione (86%) ritiene buona od ottima la propria salute. Ciononostante, si stima che circa 200'000 persone (3% della popolazione) considerano cattivo o molto cattivo il proprio stato di salute. Circa una persona su sei lamenta un problema di lunga durata, vale a dire è affetta da una malattia cronica o da disabilità. Il 15%, soprattutto tra persone in età lavorativa, ha dichiarato tuttavia che nel corso di 4 settimane ha dovuto far fronte a una limitazione delle consuete capacità. Ipertensione arteriosa, raffreddore da fieno/allergie nonché reumatismi sono le cause principali del ricorso al trattamento medico. Una persona su sei, in primo luogo i giovani, soffre di raffreddore allergico, e quasi 100'000 persone hanno bisogno di medicinali contro l'asma.

L'equilibrio psichico risulta compromesso soprattutto tra i più giovani: poco meno di una persona su tre dai 15 ai 24 anni è spesso tesa, irritabile, nervosa e circa 200'000 persone mostrano seri sintomi di depressione. In 12 mesi, il 3% degli uomini e il 6% delle donne si sono sottoposti a trattamenti per disturbi di natura psichica. Circa 200'000 persone soffrono spesso o molto spesso di solitudine, 300'000 non hanno alcuna persona con cui confidarsi. Tra le persone dai 15 ai 24 anni, il 3% non possiede alcuna persona di fiducia con cui poter parlare dei propri problemi e il 2% si sente sovente solo.

Complessivamente circa 150'000 persone, ossia il 13% delle persone con più di 65 anni che vivono in un'economia domestica, presentano almeno una disabilità importante (handicap visivo, motorio o uditivo) o compromissioni delle proprie attività quotidiane quali difficoltà nel vestirsi e nello spogliarsi, nel mangiare o nel lavarsi. Lo stato di salute delle donne e degli uomini anziani (a partire dai 65 anni) è però migliorato negli ultimi dieci anni (come confermano anche altri studi). Rispetto

al 1992, la quota di persone anziane che reputavano che la loro salute non fosse buona è scesa del 3% a quota 26%. Rispetto alle rilevazioni precedenti, si registrano anche miglioramenti tra le persone anziane per quanto riguarda l'equilibrio psichico, i disturbi del sonno e l'uso di tranquillanti o sonniferi. Tuttavia, rispetto al 1992 e al 1997, le persone anziane hanno fatto maggior ricorso alle prestazioni del sistema sanitario.

Tra il 1992 e il 2002 è invece aumentata dal 33% al 41%, ossia di 446'000 persone, la quota di persone dai 25 ai 74 anni con problemi di sovrappeso. Una persona su dieci dai 15 ai 24 anni è in sovrappeso e il 2% è addirittura obeso. Suscita preoccupazioni anche il fatto che del 43% delle donne con peso leggero di età dai 19 ai 24 anni un quarto desidera dimagrire ulteriormente.

La salute è fortemente influenzata dalle abitudini e dai comportamenti delle persone. I tre quarti della popolazione sono attivi fisicamente, nel senso che camminano o vanno in bicicletta per almeno 30 minuti al giorno, o che sudano 3 volte la settimana nell'esercizio delle attività del tempo libero, nello svolgimento dei lavori domestici o di giardinaggio, nell'espletamento dell'attività professionale o nella pratica di attività sportive. Il 44% soddisfa le raccomandazioni minime dell'Ufficio federale dello sport riguardanti un livello di attività fisica benefico per la salute.

Negli ultimi dieci anni sono cambiate considerevolmente anche le abitudini alimentari: i giovani d'oggi prestano meno attenzione alla loro alimentazione, le persone anziane in misura maggiore. Così, tra i più giovani è diminuito contro tutte le raccomandazioni il consumo di frutta e verdura mentre è aumentato tra gli anziani. Cambiamenti sono riscontrabili anche per quanto riguarda le abitudini di consumo di alcolici: vi sono meno persone che assumono quotidianamente bevande alcoliche ma più che ne consumano più volte la settimana. Tra il 1992 e il 2002 è aumentata inoltre dal 16% al 23% la quota di persone astemie. Nell'arco dei dieci anni presi in considerazione, la quota di fumatori è rimasta relativamente stabile al 30% mentre è diminuito sia il numero di sigarette fumate che quello dei forti fumatori. Soprattutto

tutto tra i giovani il numero di coloro che fumano 10 o più sigarette al giorno è regredito. Per contro, il 37% di questa classe di età ha il vizio del fumo contro il 29% tra le persone con più di 25 anni.

Il consumo di canapa è diffuso soprattutto tra i giovani. Il 12% dei ragazzi dai 15 ai 24 anni fuma regolarmente hashish, di cui circa la metà almeno una volta la settimana. Tra il 1992 e il 1997, la quota di persone che hanno già avuto esperienza nell'assunzione di hashish è salita dal 16% al 27%. In seguito, fino al 2002, è cresciuta però soltanto dell'1%.

Dagli inizi degli anni Novanta poco è invece cambiato per quanto riguarda il ricorso ai servizi sanitari. Durante il 2002, circa i tre quarti della popolazione della Svizzera hanno consultato un medico, il 15% è ricorso a prestazioni della medicina complementare. I tassi di consultazione sono lievemente aumentati nel campo delle forme terapeutiche manuali (fisioterapia, chiropratica) e della medicina complementare. Un buon 10% delle persone ha subito un trattamento ospedaliero, mentre si osserva una riduzione del numero medio di giorni di ospedalizzazione per anno e paziente e una forte crescita dei trattamenti ospedalieri ambulatoriali. Gli esami di prevenzione effettuati più di frequente sono la misurazione della tensione arteriosa e la rilevazione dei tassi di colesterolo e di glicemia. A un esame medico del seno si è sottoposto un buon 50% delle donne, di cui poco meno della metà ha effettuato una mammografia.

È interessante notare che l'aiuto non professionale nell'ambito dell'assistenza sanitaria riveste ancora una notevole importanza nella popolazione. Un confronto complessivo delle prestazioni d'aiuto mostra che l'entità dell'aiuto informale fornito da parenti, vicini e via dicendo supera di gran lunga le prestazioni professionali a domicilio (servizi di assistenza e cura a domicilio). Nell'arco di un anno vengono fornite in tale ambito complessivamente 400 milioni di ore di lavoro non retribuito.

1 Introduzione

Nel 2002, lo stato di salute della popolazione residente in Svizzera è stato analizzato per la terza volta nell'ambito dell'indagine sulla salute in Svizzera¹, realizzata a intervalli di cinque anni. Si tratta di una rilevazione su vasta scala svolta presso un campione di persone rappresentativo della popolazione residente di 15 anni e più.

Indagini come questa costituiscono oggi uno strumento fondamentale per ottenere le informazioni necessarie all'impostazione della politica sanitaria e alla gestione del sistema sanitario. Questa indagine mira in particolare a:

1. rilevare la situazione attuale e monitorare le tendenze che si delineano nello sviluppo dei diversi aspetti della salute della popolazione e della qualità della vita legata alla salute, per poter pianificare e intervenire tempestivamente a livello di sistema sanitario;
2. identificare i principali fattori (condizioni di vita, aspetti dell'ambiente sociale e fisico, personalità, stile di vita e comportamento) che possono favorire o compromettere la salute, allo scopo di definire misure e strategie volte a promuovere la salute e prevenire malattie, infortuni o altri problemi riguardanti la salute;
3. acquisire conoscenze sulla correlazione tra stato di salute e fattori che lo influenzano o lo determinano da un lato e sul ricorso ai prodotti e alle prestazioni dei servizi sanitari dall'altro, in modo tale che le risorse disponibili possano essere impiegate per migliorare il più possibile lo stato di salute e la qualità della vita dell'intera popolazione. Questa problematica assume un'importanza particolare in un periodo in cui i costi aumentano e le risorse finanziarie diventano sempre più limitate.

1.1 Contenuto

Rispondendo alle problematiche citate, l'indagine sulla salute in Svizzera verte essenzialmente sui seguenti punti:

- benessere fisico, psichico e sociale, disturbi e malattie, infortuni, qualità della vita compromessa da handicap e altre conseguenze di malattie o infortuni;
- caratteristiche sociodemografiche (sesso, età, grado di formazione, attività professionale, ecc.) e atteggiamento nei confronti della salute;
- disagi determinati dalle condizioni generali di vita (scarse risorse finanziarie, insicurezza sul posto di lavoro, ecc.), dai rapporti sociali (conflitti, minacce con la forza, ecc.), dall'attività professionale, dalla situazione sul lavoro, dalle condizioni d'abitazione o dall'ambiente circostante in generale;
- risorse importanti per la salute, come il sostegno e le buone relazioni sociali, l'autonomia e le possibilità di sviluppo, le esperienze di vita positive e la consapevolezza di saper controllare la propria vita;
- caratteristiche dello stile di vita e del comportamento, come per esempio l'attività fisica o la sedentarietà, le abitudini alimentari, il fumo, il consumo di alcol o di droghe, l'uso di medicinali, ecc.;
- situazione relativa all'assicurazione contro le malattie (assicurazioni complementari, franchigie), partecipazione a prestazioni d'aiuto informali (in seno alla famiglia, nel vicinato) e ricorso allo stesso tipo di aiuto;
- ricorso ai servizi sanitari: provvedimenti e controlli preventivi, trattamento medico ambulatoriale, servizi paramedici, incluso lo Spitex, trattamenti ospedalieri.

¹ Le basi giuridiche al riguardo sono costituite dalla legge del 9 ottobre 1992 sulla statistica federale e dall'ordinanza del 30 giugno 1993 sull'esecuzione di rilevazioni statistiche federali.

1.2 Metodi

I dati dell'indagine sulla salute in Svizzera non si basano su una rilevazione totale come il censimento della popolazione, ma sulle indicazioni fornite da un campione della popolazione residente in Svizzera estratto a sorte. Per poter estendere in maniera attendibile all'intera popolazione le conoscenze acquisite in base al campione, questo deve riprodurre il più fedelmente possibile, in scala ridotta, l'intera popolazione esaminata. Per raggiungere questo obiettivo vanno applicati vari metodi e procedimenti scientifici, descritti brevemente qui di seguito. Per informazioni più dettagliate sulla procedura metodologica, cfr. Graf & Renfer (2005)².

1.2.1 Costituzione del campione

L'indagine sulla salute in Svizzera si basa su un **campione stratificato a due livelli, scelto a caso** tra la popolazione residente in Svizzera (cittadini svizzeri e stranieri domiciliati) di 15 anni e più, che vive in un'economia domestica che dispone di un allacciamento telefonico.

Le persone da contattare sono state determinate in **due tappe**.

Prima tappa: campione regionale di economie domestiche stratificato per Cantone

Innanzitutto sono stati determinati campioni regionali per le sette Grandi Regioni della Svizzera (Regione del Lemano, Espace Mittelland, Svizzera nordoccidentale, Zurigo, Svizzera orientale, Svizzera centrale e Ticino). Le Regioni a debole densità di popolazione sono state considerate in proporzione maggiore rispetto a quelle più popolate e viceversa. Si è così ottenuto un campione complessivo di 16'000 economie domestiche ripartite per le sette Regioni e stratificate (proporzionalmente) per Cantone. Ad esso si sono aggiunti campioni cantonali supplementari: 16 Cantoni (AG, BE, BL, BS, FR, GE, JU, LU, NE, SO, SG, TI, VD, VS, ZG, ZH) si sono infatti avvalsi della possibilità di estendere a loro spese il campione cantonale ottenendo una massa critica sufficiente per analisi attendibili a livello cantonale.

In ogni Cantone, le economie domestiche sono state estratte a sorte dall'elenco telefonico elettronico della Swisscom. Alle 32'868 economie domestiche scelte è stata inviata una lettera per informarle e motivarle a partecipare.

Gli indirizzi non validi in seguito a morte, partenza senza indicazione del nuovo indirizzo e rifiuto sono stati corretti o eliminati.

Seconda tappa: scelta casuale della persona da intervistare all'interno dell'economia domestica

Dopo l'appuramento degli indirizzi, le rimanenti 30'829 economie domestiche sono state contattate telefonicamente per stabilire il numero di persone di 15 anni e più e successivamente determinare mediante una procedura casuale la persona da intervistare. Rifiuti di partecipazione sono stati registrati sia a livello di economie domestiche (7'668) che di persone da intervistare (3'455).

1.2.2 Esecuzione dell'indagine (lavoro sul terreno)

L'indagine sulla salute in Svizzera si basa su un'**intervista telefonica assistita da computer CATI** (computer assisted telephone interviewing) di circa 40 minuti con la persona prescelta. Le interviste sono state effettuate in (svizzero-) tedesco, francese e italiano. Per le persone che per vari motivi (lunga assenza, mancata conoscenza della lingua, problemi di comunicazione) non hanno potuto rispondere di persona alle domande, ci si è rivolti a una persona di fiducia che potesse fornire parte delle risposte a loro nome (intervista per procura o proxy-interview).

Grazie alla notevole diffusione dei telefoni, oggi il sondaggio telefonico rappresenta il metodo d'indagine più efficace in Svizzera. Il sondaggio telefonico può però risultare poco adatto per le persone anziane, ad esempio a causa di problemi di udito. Per questo motivo, alle persone prescelte di 75 anni e più è stata offerta la possibilità di essere **intervistate personalmente al loro domicilio** (CAPI: computer assisted personal interview). Le domande erano le stesse del sondaggio telefonico.

A complemento delle domande telefoniche, alle persone intervistate è stato inviato anche un **questionario scritto** contenente domande a cui non è possibile rispondere facilmente per telefono. Ciò ha permesso fra l'altro di contenere entro limiti ragionevoli la durata delle interviste telefoniche.

Tutti i lavori sul terreno sono stati svolti dall'Istituto IHA-GfK di Hergiswil in stretta collaborazione con l'Ufficio federale di statistica. Gli intervistatori hanno condotto le interviste da posti CATI controllati situati in due laboratori telefonici centralizzati, uno a Lucerna per il tedesco e un altro a Losanna per l'italiano e il francese.

² Graf E, Renfer J-P (2005): Rapport de méthodes: Enquête suisse sur la santé 2002: plan d'échantillonnage, pondération et estimation de la précision. Ufficio federale di statistica, Neuchâtel

I lavori sul terreno sono stati suddivisi in quattro blocchi stagionali e ripartiti sull'arco dell'intero 2002.

Sulle 30'829 economie domestiche del campione, 19'501 persone hanno acconsentito a partecipare all'intervista telefonica (comprese 947 interviste per procura). 205 persone di 75 anni e più hanno risposto alle domande nel corso di un'intervista personale. Complessivamente sono quindi state intervistate 19'706 persone, per una **quota netta di risposte** del **64%** – un esito estremamente soddisfacente nel confronto internazionale, che contribuisce in maniera considerevole alla buona qualità dei risultati.

Le persone restanti (36%) si sono rifiutate di partecipare (14% a livello di economie domestiche e 7% a livello di persone da intervistare), erano irreperibili o non hanno potuto essere intervistate per altri motivi, come malattia, assenza o problemi linguistici (15%).

Dei 18'759 partecipanti a un'intervista telefonica o personale (escluse le interviste per procura), 16'141 (86%) hanno successivamente compilato il questionario scritto.

Nonostante l'elevata quota di risposte, occorre analizzare attentamente le mancate partecipazioni. Le persone che si sono opposte all'intervista presentano caratteristiche fondamentalmente diverse da quelle che hanno accettato di partecipare? È possibile che, nel caso estremo, nel campione manchino proprio le risposte delle persone più sane rispettivamente più malate e che quindi ne risulti un quadro errato della salute in Svizzera? Domande come queste sono determinanti per l'attendibilità dei risultati, tuttavia non è possibile rispondervi in maniera definitiva a causa della scarsità di dati sociodemografici disponibili per le economie domestiche e le persone che non hanno partecipato all'indagine.

1.2.3 Controllo della rappresentatività e procedura di ponderazione

Per poter generalizzare i dati del campione all'intera popolazione residente è stata verificata l'effettiva corrispondenza del campione alla situazione della popolazione, in base a determinati criteri, e sono state eliminate matematicamente eventuali differenze. Semplificando, si trattava di fare del campione una riproduzione ottimale della popolazione complessiva.

Di norma, ciò è possibile unicamente applicando alcuni criteri ben definiti, con cui si spera, senza tuttavia esserne sicuri, che il campione rispecchi la popolazione anche in riferimento alle caratteristiche da studiare. Spesso si ricorre a criteri sociodemografici, la cui ripartizione sulla popolazione complessiva è nota in base al censimento della popolazione. Nell'indagine sulla salute, il campione è stato confrontato con la popolazione complessiva in base al **sex**, all'**età**, al **domicilio** e alla **nazionalità** (svizzeri/stranieri). A partire da questo confronto è stato calcolato un fattore di ponderazione per ogni individuo del campione, con il quale sono state moltiplicate tutte le sue affermazioni.

Per esempio, dato che nel campione gli uomini stranieri dai 25 ai 34 anni domiciliati nel Cantone di Ginevra erano leggermente sottorappresentati rispetto alla loro quota nella popolazione complessiva, le loro affermazioni sono state stimate con un fattore di ponderazione superiore a 1. Alle donne d'età media è stato invece attribuito un fattore inferiore a 1, data la loro quota di risposte più elevata.

I dati non ponderati si riferiscono a una base di dati di 19'706 persone (effettivamente) intervistate, mentre i dati ponderati riguardano la popolazione di 15 anni e più residente in Svizzera alla fine del 2001, complessivamente 6'017'638 persone.

1.2.4 Confronti dei risultati del 1992, del 1997 e del 2002

A condizione che le indagini del 2002, del 1992 e/o del 1997 abbiano trattato gli stessi temi, è possibile paragonare i risultati e formulare affermazioni sui cambiamenti intervenuti nei dieci anni intercorsi tra la prima e l'ultima indagine. I presupposti sono una formulazione delle domande e metodi di rilevazione identici in occasione delle varie rilevazioni.

1.3 Osservazioni concernenti il presente rapporto

Questo rapporto, suddiviso in sette capitoli, fornisce una panoramica dei principali temi e risultati dell'indagine sulla salute in Svizzera del 2002.

Un primo gruppo di temi descrive lo stato di salute con l'ausilio di criteri quali il benessere e la frequenza dei problemi di salute e delle malattie. Le tematiche riguardanti la salute fisica (capitolo 2.1), la salute psichica (capitolo 2.2) nonché gli aspetti psicosociali e il benessere sociale (capitolo 2.3) sono trattate separatamente.

Un secondo gruppo di temi esamina i comportamenti nei confronti della salute, che la letteratura specializzata attribuisce generalmente allo stile di vita e che possono favorire la salute, come una sana alimentazione e un'adeguata attività fisica, oppure metterla in pericolo o addirittura danneggiarla, come il consumo di tabacco, alcol o droghe (capitolo 3). Rientra nei comportamenti nei confronti della salute anche il ricorso alle prestazioni dei servizi sanitari (capitolo 4.1), che vanno dalle iniziative e check-up preventivi ai trattamenti ambulatoriali, dalle degenze in ospedale alle cure a domicilio. Infine, il capitolo 4.2 descrive chi e in che misura contribuisce a una delle diverse forme di aiuto informale non remunerato a familiari, amici e vicini oppure beneficia di un simile aiuto.

Un terzo gruppo di temi affronta alcuni dei principali fattori che influenzano o determinano la salute. Si tratta soprattutto di situazioni concrete sul posto di lavoro (capitolo 5), in particolare l'esposizione a disagi dovuti all'ambiente fisico (rumore, emissioni inquinanti, ecc.), sociale (conflitti, tensioni, stress) o economico (insicurezza sul posto di lavoro, disoccupazione).

Un altro gruppo di temi è dedicato alla salute di determinati gruppi della popolazione. Nel capitolo 6 sono discussi i problemi di salute e le esigenze tipicamente giovanili, mentre il capitolo 7 è dedicato allo stato di salute delle persone anziane.

2 Stato di salute

Né la scienza né il senso comune della gente riescono a definire in modo semplice e univoco che cosa sia la salute. Per molte persone la salute coincide innanzitutto con l'assenza di malattie. D'altro canto, anche la scienza si è occupata a lungo quasi esclusivamente degli aspetti negativi della salute, vale a dire delle varie forme di malattia. Ma proprio il linguaggio corrente dispone di un ampio ventaglio di espressioni per descrivere una buona salute, che spaziano dall'essere «in forma», di buon umore, abili al lavoro e capaci di assumere compiti e impegni quotidiani al godere di un buon equilibrio psichico e alla capacità di saper gestire la propria vita e di coltivare buoni contatti e rapporti sociali. Tutti questi aspetti si ritrovano anche nella ben nota definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità, che descrive la salute come benessere fisico, psichico e sociale.

Queste tre componenti devono essere debitamente considerate, in particolare quando si tratta di descrivere lo stato di salute e la corrispondente qualità di vita a livello collettivo, e cioè in un certo senso di fare una diagnosi demografica. Per tale motivo, il presente capitolo tratta separatamente le tre dimensioni della salute fisica, psichica e psicosociale.

2.1 Salute fisica

Lo stato di salute fisico di una popolazione può essere valutato in base al livello di benessere o, più precisamente, al giudizio soggettivo delle persone sul loro stato di salute. Vari studi hanno dimostrato che le persone di mezza età o di età avanzata che ritengono cattivo il loro stato di salute sembrano più esposte al rischio di morte¹ e caratterizzate da una minore capacità di convivere con i disturbi dovuti all'invecchiamento rispetto alle persone che giudicano buona la loro salute². La maggior parte degli altri indicatori della salute si riferisce tuttavia a disturbi di salute, quali la frequenza di sintomi, malattie, infortuni e invalidità. Le affezioni croniche possono determinare invalidità e, oltre a pregiudicare la qualità di vita delle persone interessate, possono comportare elevati costi di trattamento. Gli infortuni sono tra le principali cause della perdita prematura di anni di vita, costituendo così anch'essi un importante fattore di costo. Conoscere l'evoluzione delle manifestazioni e dell'incidenza di tali eventi significa costituire una base importante per la definizione di misure preventive e per la pianificazione del settore sanitario. In aggiunta a questi evidenti disturbi di salute, è descritta anche la frequenza del sovrappeso, dell'ipertensione e dell'iperlipidemia (elevato tasso di colesterolo nel sangue), ritenuti fattori di rischio per patologie croniche importanti, quali le malattie cardiocircolatorie e il cancro.

¹ Kaplan GA, Goldberg DE, Evertson SA, Cohen RD, Salonen R, Tuomilehto J, Salonen J (1996): Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischemic heart disease risk factor study. *Int J Epidemiol* 25 (2): pag. 259-65.

² Menec VH, Chipperfield JG, Perry RP (1999): Self-perceptions of health: a prospective analysis of mortality, control and health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 54 (2): pag. 85-93.

2.1.1 Autovalutazione del proprio stato di salute e problemi di salute di lunga durata

La percezione soggettiva dello stato di salute è stata rilevata mediante la domanda «Come sta di salute in questo momento?». Oltre quattro quinti (86%) della popolazione svizzera di più di 15 anni asserisce di sentirsi bene o molto bene. Soltanto il 3%, il che corrisponde pur sempre a 200'000 persone, afferma di sentirsi male o molto male. Le donne si sentono leggermente peggio degli uomini. La percentuale di persone con uno stato di salute buono o molto buono diminuisce per entrambi i sessi con l'avanzare dell'età (G2.1). Ciononostante, quasi il 70% delle persone con più di 74 anni ritiene buona o addirittura molto buona la propria salute. Un confronto con i risultati emersi in occasione delle indagini del 1992 e soprattutto del 1997 evidenzia un lieve miglioramento generale (85%, 83%, 86%).

Un ulteriore criterio generale per definire lo stato di salute e la qualità di vita è l'assenza o la presenza di problemi di salute cronici. Durante l'intervista telefonica è stato chiesto alle persone se erano affette da un problema fisico o psichico che limitava le loro attività quotidiane e che durava da almeno un anno. Hanno risposto affermativamente il 18% delle donne e il 14% degli uomini. A giudizio degli stessi, oltre tre quarti di questi problemi erano di natura fisica, un decimo di natura psichica e un decimo di tipo misto. Come mostra il grafico G2.1, i problemi cronici aumentano in modo palese con l'età e colpiscono soprattutto le donne, indipendentemente dalla classe d'età.

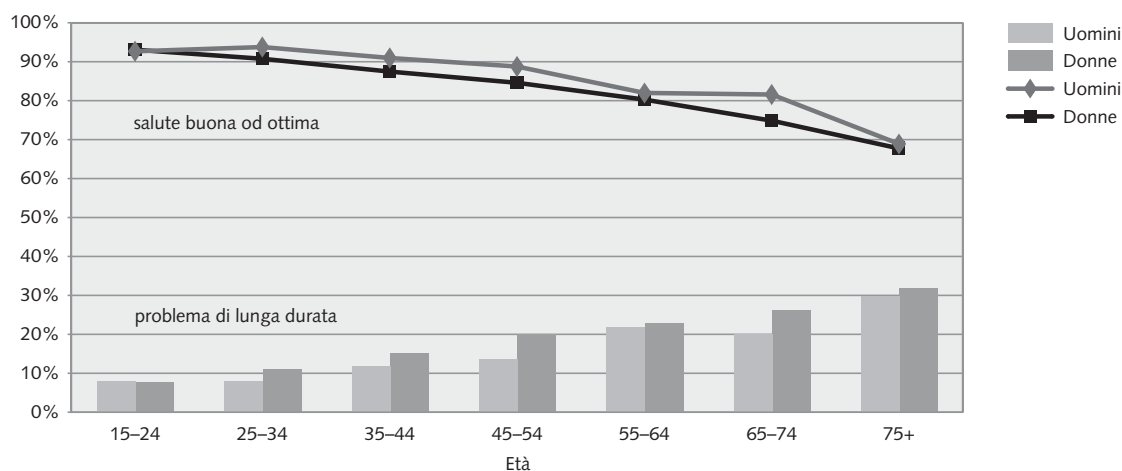
2.1.2 Disturbi fisici

Per disturbi fisici s'intendono alterazioni dello stato di salute aventi essenzialmente carattere di sintomo. L'indagine ha registrato l'incidenza di mal di testa, mal di schiena, dolori al petto, mal di pancia, stanchezza, diarrea o stitichezza, insonnia e disturbi cardiaci nelle ultime quattro settimane. Se non sono legati a nessuna malattia acuta, questi disturbi possono infatti avere cause psichiche, in altri termini possono essere l'espressione di un'elevata tensione psicosociale (stress). Dato che è proprio questo aspetto a interessarci, non si è tenuto conto dei disturbi associati alla febbre, vale a dire a una malattia acuta.

Quali disturbi più frequenti sono stati menzionati il mal di schiena e il mal di testa, con un'incidenza quasi doppia tra le donne che tra gli uomini sia per quel che riguarda i forti mal di schiena (13% contro l'8%) sia per quel che riguarda i forti mal di testa (10% contro il 5%). La frequenza di questi disturbi aumenta con l'avanzare dell'età, ma lo scarto tra i sessi rimane tale. Questa situazione è rimasta pressoché immutata dal 1992. Per poter delineare un quadro complessivo dell'entità dei disturbi dovuti a un elevato stress psicosociale, gli otto disturbi elencati sopra sono stati riuniti in un indice, sulla base del quale è emerso che il 16% degli uomini e il 30% delle donne lamentavano forti disturbi nelle ultime quattro settimane. Queste affezioni si manifestano con una relativa frequenza già in giovane età. Oltre un quarto delle donne dai 15 ai 34 anni e il 13% degli uomini coetanei dichiarano infatti di soffrirne (G2.2). Dopo che tra il

Quote di uomini e donne che ritengono che il loro stato di salute sia buono od ottimo, rispettivamente compromesso da un problema di lunga durata¹, secondo l'età

G 2.1



¹ Di natura fisica o psichica; da almeno un anno

1992 e il 1997 le persone affette da tali disturbi sono aumentate dal 24% al 27%, i dati del 2002 sembrano scendere nuovamente ai livelli del 1992.

Accanto a questi disturbi sembrano essere relativamente frequenti anche i problemi alle articolazioni. Anche questi possono pregiudicare seriamente la qualità di vita delle persone colpite (tra l'altro limitandone la mobilità e causando forti dolori). Oltre un terzo delle persone intervistate lamenta simili disturbi, e anche in questo caso più donne che uomini. Forti dolori articolari affliggono infatti il 10% delle donne contro il 7% degli uomini (prevalenza sulle 4 settimane). A questa situazione poco è cambiato dal 1997.

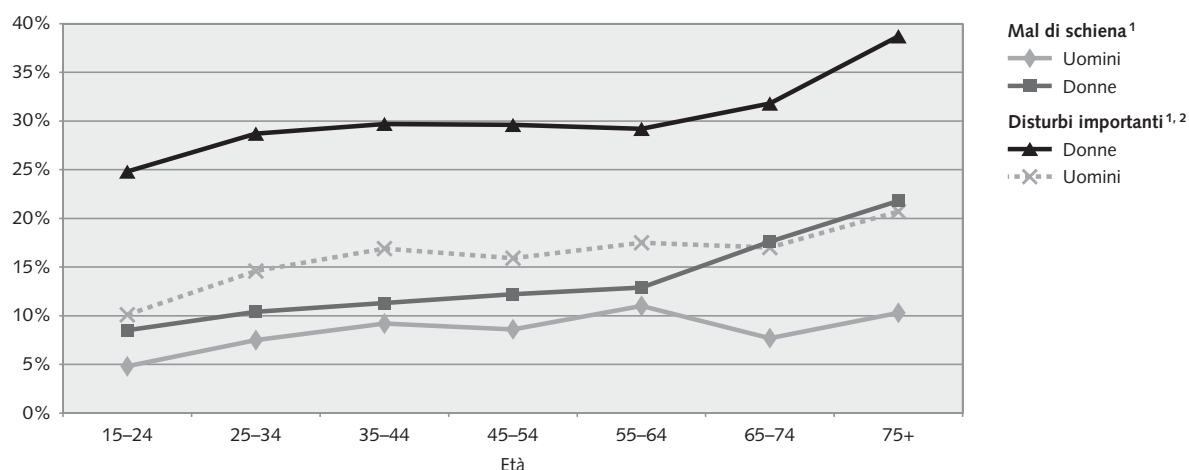
I disturbi citati non vanno sottovalutati nella loro rilevanza quali fattori di costo nel settore sanitario. I mal di schiena, per esempio, rappresentano uno dei motivi principali per le consultazioni mediche, non solo in Svizzera ma in genere in tutti i Paesi industrializzati. Tali disturbi possono essere ricondotti, come già accennato, a cause psichiche o psicosociali (stress e sovraccarico lavorativo). Essi, tuttavia, possono essere scatenati anche dalla mancanza di attività fisica e da una vita sedentaria (computer, televisione)³. In caso di cronicità, questi disturbi possono causare elevati costi sanitari (terapia) e diventare antieconomici a causa delle frequenti assenze dal posto di lavoro.

2.1.3 Limitazione delle attività quotidiane per motivi di salute

La salute però può essere descritta – nel senso di una definizione positiva – anche come capacità funzionale e di efficienza. È perciò importante sapere con quale frequenza i disturbi di salute limitano le persone nelle loro attività quotidiane. Il 15% degli intervistati dichiara di non essere stato pienamente efficiente nelle ultime quattro settimane, le donne con maggiore frequenza rispetto agli uomini (17% contro il 14%). Pur essendo rilevabile in tutte le classi di età (G2.3), questa caratteristica appare vistosamente soprattutto tra le persone dai 25 ai 54 anni (G2.4). Le persone che si sentono meno limitate nelle loro attività quotidiane per motivi di salute sono quelle neo-pensionate.

Quote di uomini e donne con disturbi fisici importanti risp. mal di schiena, secondo l'età

G 2.2



¹ Prevalenza su 4 settimane

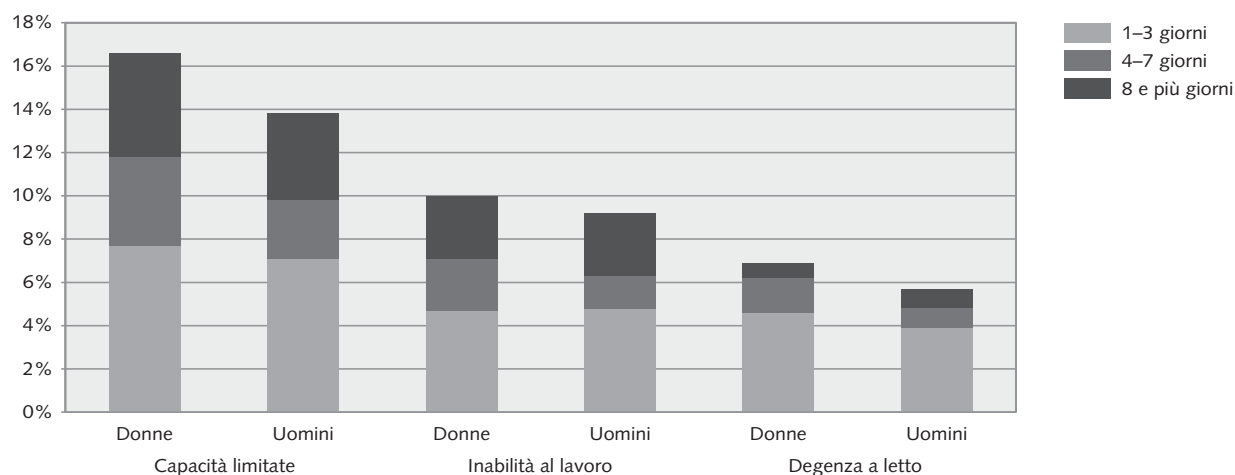
² Indice formato dai seguenti otto disturbi: mal di testa, mal di schiena, pressioni al petto, mal di pancia, debolezza generalizzata, diarrea/stitichezza, disturbi del sonno, disturbi cardiaci; disturbi importanti: almeno 2 disturbi importanti o 4 disturbi lievi. Escluse le persone con febbre.

© Ufficio federale di statistica (UST)

³ Keel P, Schütz-Petitjean D, Santos-Eggimann B (1996): Kreuzschmerzen. In: Gutzwiller F, Jeanneret O (Ed.): Sozial- und Präventivmedizin, Public Health. Berna: Hans Huber. Pag. 336-344.

Quote di donne e uomini le cui attività quotidiane erano limitate per motivi di salute nel corso di 4 settimane, secondo la gravità e la durata

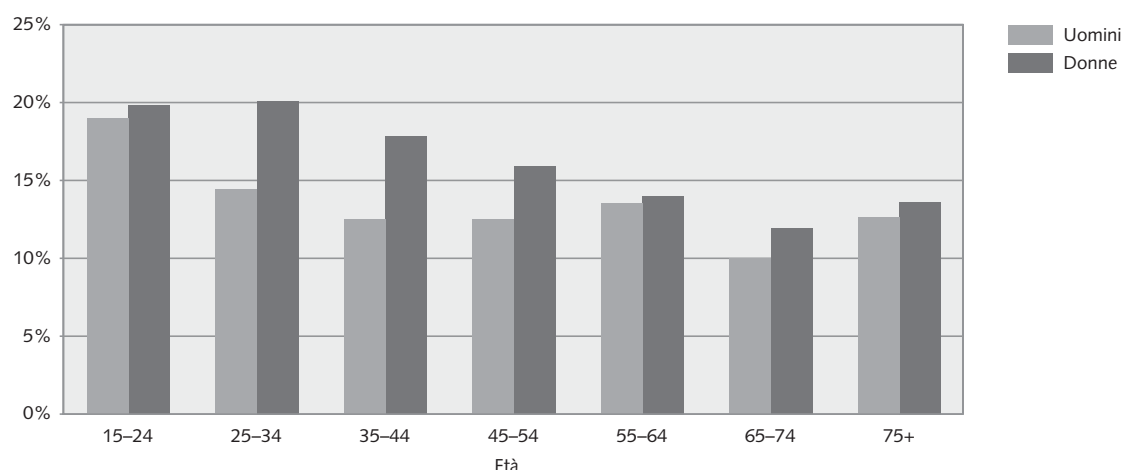
G 2.3



© Ufficio federale di statistica (UST)

Quote di uomini e donne che per motivi di salute non hanno potuto svolgere le consuete attività per almeno un giorno nel corso di 4 settimane, secondo l'età

G 2.4



© Ufficio federale di statistica (UST)

Analogamente ai disturbi fisici (G2.2), anche per le limitazioni dell'efficienza si osserva un peggioramento tra il 1992 (13%) e il 1997 (17%) e un susseguente miglioramento fino al 2002 (15%). Tali cambiamenti sono riscontrabili soprattutto tra le persone in età lavorativa (G2.5).

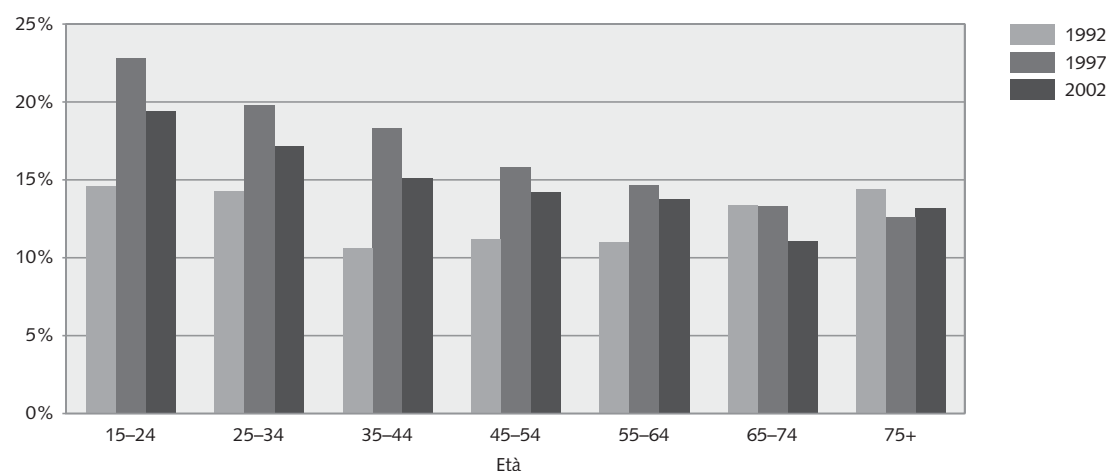
Per il 7% degli uomini e un buon 9% delle donne, questa limitazione delle capacità è durata almeno 4 giorni. Indicazioni più precise sulla gravità possono essere ricavate analizzando i dati circa l'inabilità al lavoro o la degenza a letto. Per entrambi i sessi, circa 10 intervistati su 100 non erano stati in grado di recarsi al lavoro o

di svolgere le consuete attività domestiche per almeno 1 giorno nelle ultime quattro settimane (G2.3). Un buon 5% è rimasto inabile al lavoro per 4 o più giorni. Il 6% circa è stato costretto al letto, il 2% circa per almeno 4 giorni. Anche in questi due livelli di gravità erano coinvolte lievemente più donne che uomini.

Proiettando i risultati sull'intero anno risulta una media di 18 giorni per le donne e 15 per gli uomini di capacità limitate per motivi di salute. Entrambi i sessi sono inabili al lavoro per circa 11 giorni e costretti al letto per circa 4 giorni all'anno.

Quota di persone che per motivi di salute non hanno potuto svolgere le consuete attività per almeno un giorno nel corso di 4 settimane, secondo l'età: raffronto 1992, 1997 e 2002

G 2.5



© Ufficio federale di statistica (UST)

2.1.4 Malattie croniche

Le conoscenze sull'incidenza delle malattie croniche rappresentano un'esigenza importante per la prevenzione⁴. Attualmente, la principale fonte di informazioni è l'indagine sulla salute, accanto alla statistica delle cause di morte.

Le stime dell'incidenza di malattie croniche in seno alla popolazione si basano sui vari tasselli (complessi di domande) che compongono l'indagine. Accanto all'indicatore generale sulla presenza di problemi di salute di lunga durata menzionato precedentemente (cfr. G2.1), sono

state chieste informazioni mirate su alcune delle principali malattie croniche. A tale scopo, le persone intervistate hanno dovuto indicare in un elenco loro consegnato le malattie per le quali si erano sottoposte a trattamenti medici negli ultimi 12 mesi. Le patologie menzionate più frequentemente sono state l'ipertensione, i reumatismi, il raffreddore da fieno e altre allergie (T2.1). Nelle donne la frequenza delle affezioni reumatiche è doppia rispetto agli uomini. Tale patologia, insieme all'ipertensione, aumenta chiaramente con l'avanzare dell'età. Ne conseguono differenze secondo l'età e il sesso quanto all'assunzione di farmaci contro tali malattie (G2.6a/b).

T2.1 Quote di uomini e donne sottoposte a cure mediche¹ a causa di una malattia cronica secondo il gruppo di patologie (in %)

Gruppo di patologie	Uomini		Donne		Totale	
	1997	2002	1997	2002	1997	2002
Iipertensione arteriosa	11,7	13,6	14,2	14,3	13,0	14,0
Reumatismi	7,1	6,0	14,1	11,0	10,7	8,6
Raffreddore da fieno e altre allergie	9,9	9,8	12,6	10,2	11,3	10,0
Bronchite cronica/enfisema	4,2	3,4	5,5	3,4	4,8	3,4
Esaurimento nervoso/depressione	3,3	4,2	6,0	5,9	4,6	5,1
Malattie renali/calcoli renali	2,4	2,5	2,4	1,9	2,4	2,2
Cancro/tumori	1,7	2,2	2,7	3,2	2,2	2,7
Infarto cardiaco	2,7	3,2	1,3	1,2	2,0	2,2
Apoplessia	0,8	1,2	0,6	0,7	0,7	1,0

¹ nei 12 mesi precedenti l'indagine

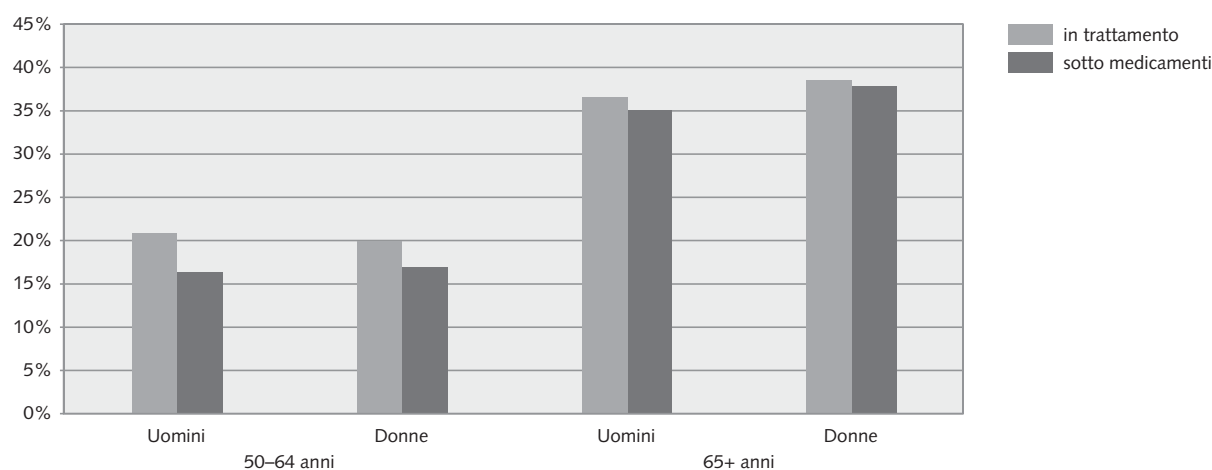
⁴ Bisig B, Paccaud F, Levi F (2002): But 8: Faire reculer les maladies non transmissibles. Dans: Société suisse de santé publique (SSSP) (éd.): Buts pour la santé en Suisse. La santé pour tous au 21ème siècle (OMS Europe). Berna. Pag. 26-28.

Dal 1992 è diminuita considerevolmente in tutte le classi di età la percentuale delle persone che dichiarano di essere state in cura per reumatismi (G2.7a/b). Una tendenza analoga è riscontrabile anche per quanto concerne l'assunzione di farmaci contro tali patologie. Forse le patologie reumatiche del 2002 non sono più le stesse del 1992? Il fatto che si possa osservare una diminuzione delle affezioni reumatiche in tutte le classi di età sembra indicare un effettivo miglioramento. Rispetto a dieci anni fa, oggi vi sono infatti meno persone che si lamentano di reumatismi nella stessa classe di età. Tale diminuzione nell'arco di dieci anni risulta invece meno accentuata, e riscontrabile soltanto per le generazioni più anziane, all'interno dello stesso gruppo di persone (stessa coorte) (G2.7a/b).

Relativamente diffuse nella popolazione sono anche le allergie. Il 17% delle donne e il 18% degli uomini soffrono di rinite allergica (per i trattamenti medici del raffreddore da fieno e di altre allergie si veda la tabella T2.1). Contrariamente alle patologie innanzi descritte, questi disturbi sono molto più frequenti tra i giovani (24% nella fascia d'età dai 15 ai 34 anni) che tra le persone più anziane (9% degli ultrasessantacinquenni). Nel complesso, si nota un lieve aumento del 2% di tali affezioni dal 1992. Assumono regolarmente farmaci contro l'asma il 2% delle donne e l'1% degli uomini (assunzione unica o ripetuta nell'ultima settimana).

Quote di uomini e donne che erano in trattamento¹ risp. assumevano medicinali² per ipertensione arteriosa, secondo l'età

G 2.6a



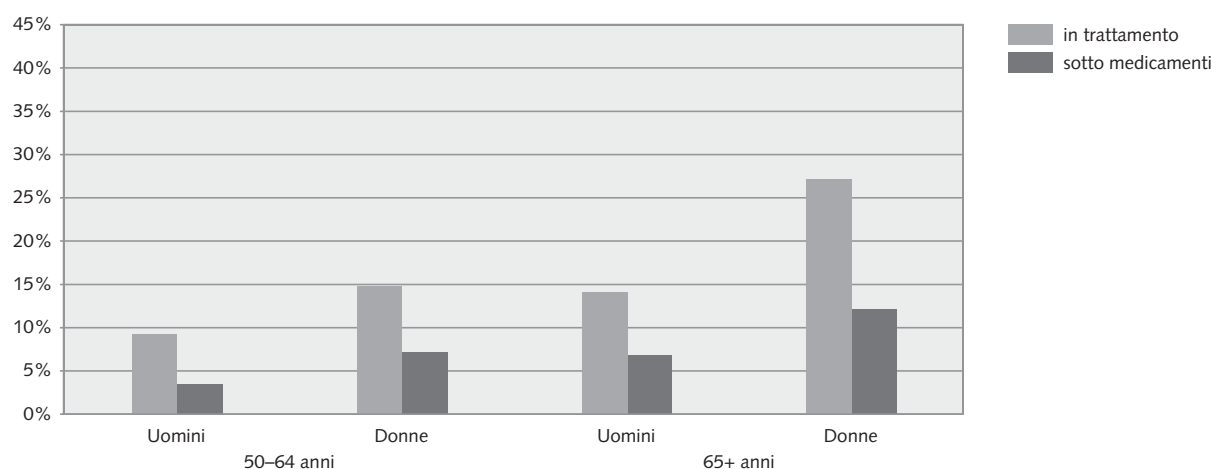
¹ Trattamento medico; prevalenza sui 12 mesi

² Più volte la settimana (prevalenza sui 7 giorni)

© Ufficio federale di statistica (UST)

Quote di uomini e donne che erano in trattamento¹ o assumevano medicinali² per reumatismi, secondo l'età

G 2.6b



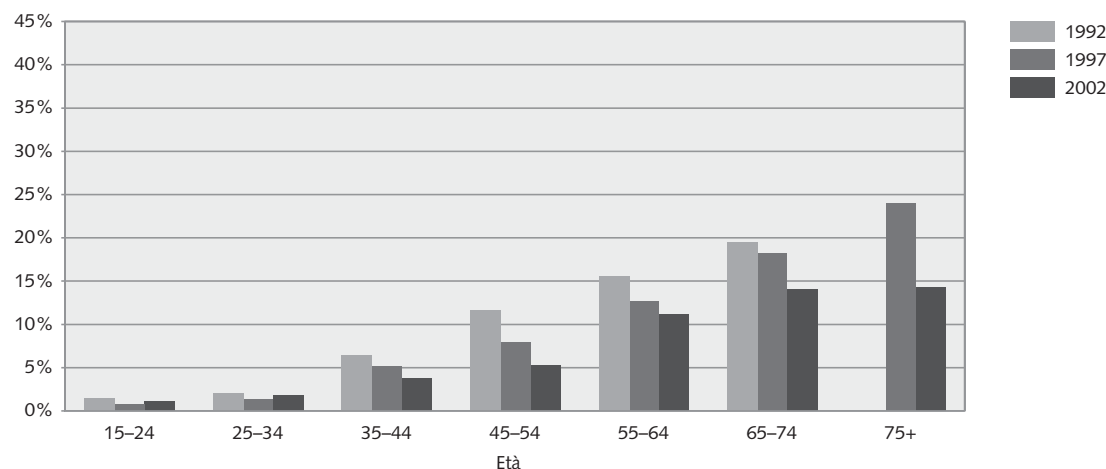
¹ Trattamento medico; prevalenza sui 12 mesi

² Più volte la settimana (prevalenza sui 7 giorni)

© Ufficio federale di statistica (UST)

**Quota di uomini con reumatismi secondo l'età¹:
raffronto 1992, 1997 e 2002**

G 2.7a

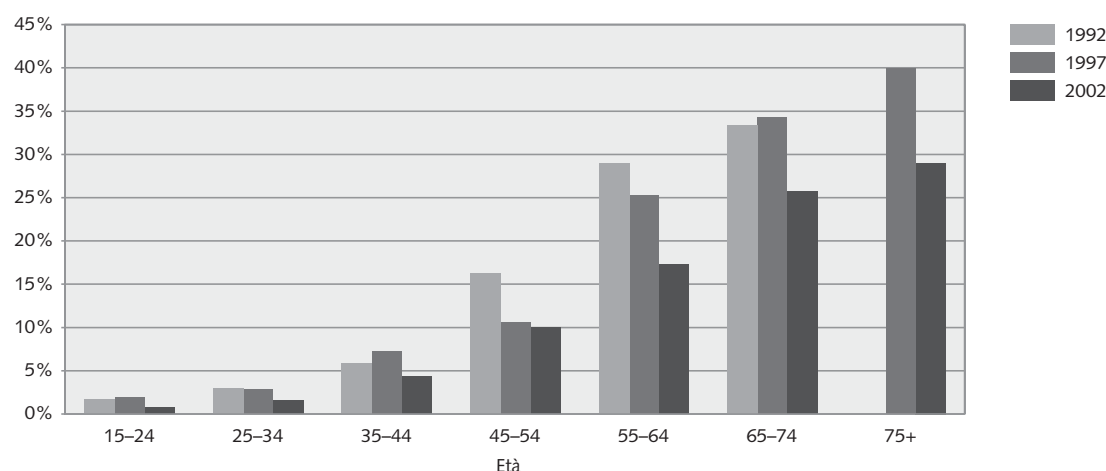


¹ Per il 1992, i dati sulle persone di 75 e più anni non sono disponibili.

© Ufficio federale di statistica (UST)

**Quota di donne con reumatismi secondo l'età¹:
raffronto 1992, 1997 e 2002**

G 2.7b



¹ Per il 1992, i dati sulle persone di 75 e più anni non sono disponibili.

© Ufficio federale di statistica (UST)

Un'altra malattia cronica importante, soprattutto in rapporto a patologie cardiocircolatorie, è il diabete^{5, 6}. Se curata con ritardo o se non curata affatto, tale malattia è una delle principali responsabili della perdita della vista, ma anche delle amputazioni del piede nelle persone anziane. Circa il 4% delle donne e degli uomini hanno indicato di essere già stati confrontati almeno una volta con la diagnosi di diabete, ma soltanto un terzo di loro, ossia

circa 80'000 persone, assumeva insulina al momento dell'indagine (per informazioni dettagliate si veda il capitolo 7.1). In generale, l'informazione sul fattore di rischio diabete è relativamente carente: negli ultimi 12 mesi, il tasso di glicemia era stato misurato al 31% delle persone appartenenti alla classe di età dai 15 ai 24 anni. Tale quota sale in maniera continua con l'età e raggiunge il 77% tra le persone di oltre 75 anni (vedi anche il capitolo 4.1.4).

⁵ Waldhäusl W (2004): Diabetes in der Praxis. Berlin: Springer.

⁶ Fondazione svizzera di cardiologia (Ed.) (2004): Chiffres et données sur les maladies cardio-vasculaires en Suisse. 2. edizione. Berna.

2.1.5 Fattori di rischio per le principali malattie croniche⁶

Per poter definire le misure di prevenzione contro le malattie croniche è essenziale conoscere la diffusione dei fattori di rischio. Le indicazioni a tal riguardo dipendono tuttavia dalla conoscenza specifica e dalle capacità mnemoniche degli intervistati. Oltre al fumo e alla mancanza di moto (cfr. al riguardo il capitolo 3), l'iperlipidemia (colesterolo), l'ipertensione e il sovrappeso⁷ sono considerati fattori di rischio – alla base tra l'altro anche di una delle principali cause di morte, ossia le malattie cardiocircolari.

Iperlipidemia: il 15% delle persone intervistate ha affermato che gli è stato diagnosticato da un medico almeno una volta un elevato tasso di colesterolo, ma solo circa il 7% dichiara di avere attualmente (vale a dire al momento dell'intervista) un tasso elevato. Ciò corrisponde a una lieve crescita dal 1997 del 3% e del 2% rispettivamente. Nell'arco di un anno, circa la metà della popolazione, dal 28% tra i più giovani al 76% tra i più anziani, si era sottoposta a un esame volto a determinare il tasso di colesterolo (T4.3).

Ipertensione: il 21% delle persone intervistate, di entrambi i sessi, si è sentito comunicare almeno una volta questa diagnosi da un medico. Al momento dell'inda-

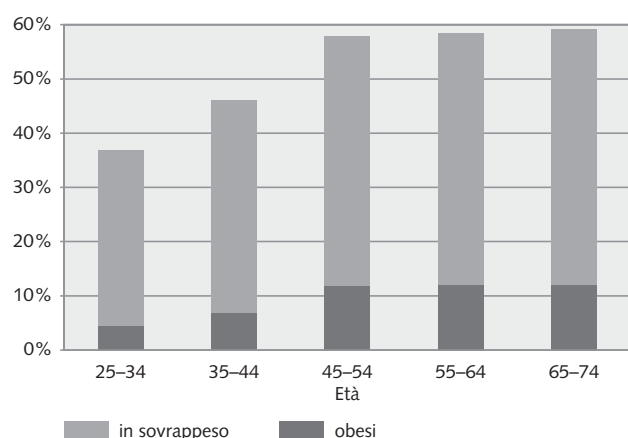
gine, però, soltanto il 14% dichiara di avere una pressione arteriosa elevata, con un prevedibile aumento con l'avanzare dell'età, fino a raggiungere il 40% tra gli anziani di più di 75 anni⁸. Il 92% di quest'ultimo gruppo dichiara inoltre di essersi sottoposto a un esame medico negli ultimi 12 mesi contro il 76% dell'insieme della popolazione. Un indice indiretto abbastanza attendibile sulla diffusione dell'ipertensione in seno alla popolazione è fornito dalla quota di pazienti affetti da ipertensione curati da un medico (cfr. a tal riguardo T2.1).

Sovrappeso: il fattore di rischio «sovrappeso» si determina dal rapporto tra peso corporeo e altezza (in metri) al quadrato, dal cosiddetto indice di massa corporea (IMC; ingl.: body mass index BMI). Più l'IMC di una persona è elevato, più aumenta il rischio di diabete, malattie cardiocircolari o talune forme di cancro nonché la probabilità di soffrire di disturbi articolari⁹.

Complessivamente, il 41% della popolazione svizzera dai 25 ai 74 anni¹⁰ è in sovrappeso (IMC: 25 e oltre) e il 9% è obeso (IMC: 30 e oltre). Gli uomini sono più soggetti a problemi di sovrappeso delle donne. Tale problematica si acuisce per entrambi i sessi fino all'età della pensione, per le donne in modo costante, per gli uomini raggiunge praticamente i livelli massimi già nella classe di età dai 45 ai 54 anni, con una quota del 60% (G2.8a/b).

Quota di uomini in sovrappeso¹ od obesi² secondo l'età

G 2.8a

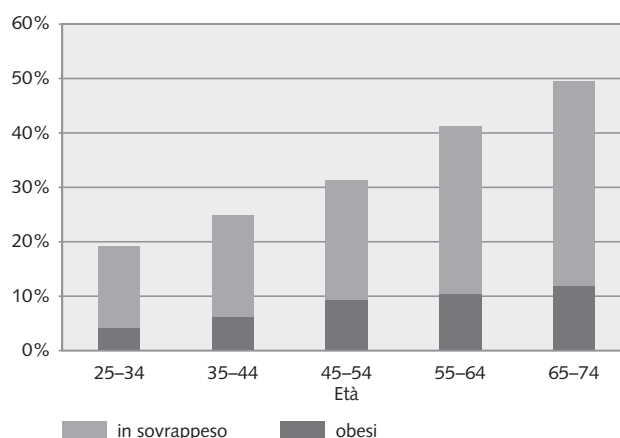


¹ 25 ≤ IMC < 30; ² IMC ≥ 30

© Ufficio federale di statistica (UST)

Quota di donne in sovrappeso¹ od obese² secondo l'età

G 2.8b



¹ 25 ≤ IMC < 30; ² IMC ≥ 30

© Ufficio federale di statistica (UST)

⁶ Fondazione svizzera di cardiologia (Ed.) (2004): Chiffres et données sur le maladies cardio-vasculaires en Suisse. 2. edizione. Berna.

⁷ Ufficio federale della sanità pubblica (Ed.) (2004): I costi dell'obesità in Svizzera. Rapporto finale (in tedesco con riassunto in francese). HealthEcon su incarico dell'Ufficio federale della sanità pubblica. Basilea.

⁸ Per motivi metodologici, questi valori non sono direttamente paragonabili con quelli delle indagini precedenti.

⁹ http://www.bpa.ch/recherche/statistique/statistique_2004/index.html. (Accesso al 31.3.2005).

¹⁰ Per motivi metodologici ci limitiamo a descrivere la classe di età dai 25 ai 74 anni. Per le persone più giovani o più anziane si dovrebbe infatti far ricorso a valori limiti differenti.

I confronti con i dati del 1992 (33%) e del 1997 (39%) rivelano un quadro allarmante. Complessivamente si può infatti osservare un aumento dell'8% di persone in sovrappeso nella classe di età dai 25 ai 74 anni, il che riportato sull'intera popolazione corrisponde a circa 446'000 persone in sovrappeso in più. Che si tratti di un peggioramento all'interno dello stesso gruppo di persone lo si evince se si confrontano i risultati del 1992 e del 2002 per le persone dello stesso anno di nascita, p. es. i dati del 2002 delle persone dai 45 ai 54 anni con i dati del 1992 delle persone dai 35 ai 44 anni. All'interno di questa generazione scorgiamo addirittura una progressione delle persone con problemi di sovrappeso dal 29% al 45% (G2.9).

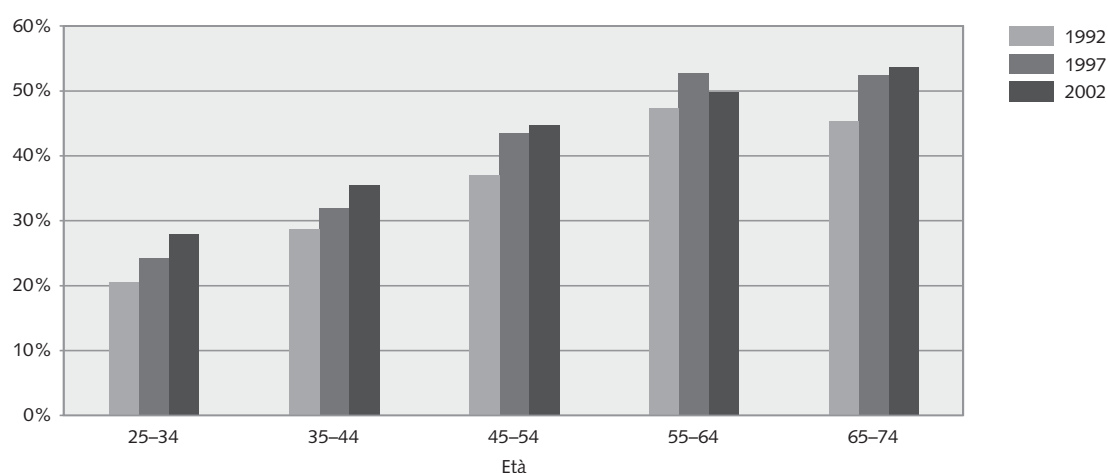
Tre quarti delle persone in sovrappeso vorrebbero diminuire il loro peso corporeo. La frequenza di tale desiderio non si sviluppa tuttavia parallelamente alla distribuzione del fattore di rischio (cfr. al riguardo anche il capitolo 3.2). Così, pur soffrendo più spesso di tale problematica rispetto alle donne, gli uomini manifestano più raramente il desiderio di dimagrire e, nonostante il sovrappeso aumenti con l'avanzare degli anni, la proporzione di persone desiderose di cambiare il loro peso rimane relativamente costante fino all'età della pensione.

I fattori di rischio per la salute analizzati in questa sede sono quindi frequenti per entrambi i sessi. Questa caratteristica suggerisce un elevato potenziale di prevenzione. Riveste in tal senso un'importanza di prim'ordine la riduzione del sovrappeso. Sia la riduzione del consumo di grassi alimentari che l'esercizio di una regolare attività fisica influiscono positivamente sul peso corporeo. Per una panoramica della frequenza dei principali comportamenti aventi ripercussioni (negative) sulla salute si rimanda al capitolo 3 (Comportamenti che influenzano la salute).

Oltre a modificare i modelli comportamentali nella popolazione, è necessario migliorare anche l'informazione dei pazienti sui rischi ai quali si espongono in materia di salute. Una percentuale troppo elevata della popolazione non ricorda quando le sono stati rilevati il tasso di glicemia, il tasso di colesterolo e la pressione sanguigna. Qui non solo occorre sollecitare i pazienti (che devono chiedere i risultati degli esami), bensì anche la classe medica (affinché comunichi gli esiti degli esami in termini facilmente comprensibili).

**Quota di persone in sovrappeso¹ secondo l'età:
raffronto 1992, 1997 e 2002**

G 2.9



¹ IMC ≥ 25

© Ufficio federale di statistica (UST)

2.1.6 Infortuni

Stando ai dati dell'Ufficio svizzero per la prevenzione degli infortuni, nel nostro Paese sono 1,2 milioni le persone che annualmente subiscono infortuni, di cui 2'150 mortali¹¹.

Secondo l'indagine sulla salute in Svizzera, nel 2002 sono state 1 milione le persone infortunatesi. Se si considera che tale indagine tiene conto unicamente delle persone residenti in Svizzera ed esclude i bambini, si può parlare di una corrispondenza tra le due fonti. Un ragionamento analogo va fatto per i dati relativi ai decessi per infortunio. La statistica delle cause di morte dell'Ufficio federale di statistica registra infatti 2000 morti in seguito a infortunio all'anno – anche in questo caso non tenendo conto delle persone residenti all'estero.

L'indagine sulla salute in Svizzera mostra che una persona su sei a partire dai 15 anni d'età subisce almeno un infortunio all'anno. Due terzi di queste persone hanno dovuto essere curate da un medico, un terzo ha potuto curarsi da solo (T2.2).

La maggior parte degli infortuni si verifica nell'esercizio di attività sportive. Tra gli intervistati, una persona su dodici ha subito almeno un infortunio sportivo negli ultimi 12 mesi e stando alle dichiarazioni degli uomini questi infortuni sono curati senza ricorrere a un medico più spesso rispetto ad altri tipi di infortuni. La frequenza degli infortuni professionali o domestici è della metà. Infine, quasi 2 persone intervistate su 100 sono state coinvolte in incidenti stradali.

Emergono notevoli differenze tra i sessi: gli uomini sono più spesso vittime di infortuni professionali o sportivi, mentre le donne s'infortunano piuttosto nello svolgimento dei lavori domestici e di giardinaggio (T2.2). Il rischio d'infortunio varia anche secondo l'età. Con l'avanzare dell'età aumentano gli infortuni domestici e diminuiscono quelli sportivi, professionali e stradali. Nel complesso, l'incidenza degli infortuni è però rimasta pressoché invariata dal 1992 per entrambi i sessi.

T2.2 Quote di uomini e donne infortunatisi nel corso di un anno¹, secondo il tipo di infortunio e di trattamento (in %)

Tipo di infortunio	Uomini	Donne	Totale
Infortuni professionali ² , totale	7,6	2,4	5,4
autotrattamento	1,4	(0,4)	1,0
trattamento medico	6,2	2,1	4,4
Incidenti della circolazione, totale	1,9	1,8	1,9
autotrattamento	0,6	0,6	0,6
trattamento medico	1,3	1,2	1,3
Infortuni in casa/giardino, totale	4,1	5,5	4,8
autotrattamento	1,6	1,7	1,7
trattamento medico	2,5	3,8	3,1
Infortuni sportivi, di gioco, ecc., totale	11,4	5,1	8,1
autotrattamento	5,0	1,5	3,2
trattamento medico	6,4	3,6	4,9
Almeno uno dei predetti infortuni	20,6	12,8	16,6
autotrattamento	6,6	3,6	5,0
trattamento medico	14,0	9,3	11,6

¹ nei 12 mesi precedenti l'indagine

² unicamente le persone occupate di età compresa tra i 15 e i 64 anni
Le cifre tra parentesi si basano su meno di 30 osservazioni.

¹¹ Ufficio federale delle strade USTRA (Ed.) (2002). Elaboration des fondements d'une politique nationale de sécurité routière: Rapport final.
Ufficio svizzero per la prevenzione degli infortuni UPI. Mandato di ricerca USTRA 2000/447 su incarico dell'USTRA. Berna.

Le misure di prevenzione degli infortuni adottate negli ultimi decenni hanno portato a una netta riduzione della loro frequenza sia sul posto di lavoro che nel traffico stradale. Un'ulteriore riduzione soprattutto degli infortuni gravi – e non soltanto per i costi diretti e indiretti che generano – rimane tuttavia uno degli obiettivi principali della prevenzione, secondo una logica per la quale ogni infortunio grave è un infortunio di troppo. Nel mirino sono soprattutto gli infortuni sportivi, che costituiscono il tipo d'infortunio più diffuso. Proprio gli sport estremi, caratterizzati da un elevato rischio d'infortunio, godono di una popolarità sempre maggiore soprattutto tra i giovani adulti. Nella prevenzione degli infortuni non va dimenticato che questi sono parte integrante di un problema complesso, a cui contribuiscono vari aspetti della società (tra l'altro i trasporti, l'urbanistica, l'industria). La prevenzione diviene così compito comune degli ambienti interessati, da svolgere in stretta collaborazione con i responsabili dell'educazione e del sistema sanitario¹².

2.2 Salute psichica

Secondo la definizione dell'organizzazione mondiale della sanità, la salute psichica è un fattore importante del benessere generale della persona. Per tale motivo, oggi la salute psichica della popolazione è ritenuta un problema di pubblico interesse. Tra il 2000 e il 2003, è stata elaborata una bozza di una strategia nazionale per la promozione, il mantenimento e il ristabilimento della salute psichica della popolazione svizzera nell'ambito del progetto «Politica nazionale svizzera della sanità»¹³.

La salute psichica è descritta come benessere individuale, autoconsapevolezza, soddisfazione nella vita, socievolezza, capacità di affrontare la vita di tutti i giorni, di esercitare un'attività lavorativa e di integrarsi nella società. Le patologie psichiche sono per contro caratterizzate da disturbi mentali o comportamentali rilevabili clinicamente, abuso di sostanze alcoliche o psicotropiche nonché disfunzioni del sistema nervoso centrale¹⁴.

Grazie all'indagine sulla salute in Svizzera è possibile descrivere vari aspetti della salute e delle malattie psichiche nella popolazione svizzera e la loro evoluzione tra il 1992 e il 2002.

2.2.1 Equilibrio psichico

Godere di un sano equilibrio psichico significa sapere superare i compiti quotidiani in maniera adeguata e senza stress. La tensione psichica provoca invece l'effetto opposto e attraverso lo stress che ne deriva può portare a conseguenze sfavorevoli per la salute. L'equilibrio psichico è stato rilevato sulla base di quattro domande che vertevano sulla frequenza di determinati stati emotivi positivi e negativi nell'ultima settimana. Dalle risposte fornite è stato calcolato un indice, che consente di definire tre stati di equilibrio psichico: cattivo, medio, buono.

Le persone con un buon equilibrio psichico raramente si sentono depresse, di cattivo umore, tese, irritabili o nervose. Esse affermano piuttosto di essere calme, equilibrate o serene, piene di forza e di ottimismo praticamente ogni giorno. Al contrario, le persone con un equilibrio psichico compromesso dichiarano di sentirsi spesso depresse, tese, irritabili, ma raramente calme ed equilibrate, piene di forza, di energia e di ottimismo.

Applicando questa scala all'insieme della popolazione residente in Svizzera ne deriva che la metà gode di un buon equilibrio psichico, un quarto di uno medio, mentre un buon quinto della popolazione si distingue per un cattivo equilibrio psichico. Si osservano tuttavia notevoli differenze in funzione dell'età. Tra i giovani dai 15 ai 24 anni, per esempio, soltanto il 41% si dichiara equilibrato e calmo, mentre il 28% risulta non equilibrato e irritato. L'equilibrio aumenta progressivamente con l'età. Fino ai 65 anni non si avvertono grandi differenze tra i sessi; a partire da questa età, gli uomini raggiungono valori migliori (G2.10).

Il fatto che negli ultimi dieci anni la problematica si sia letteralmente distesa costituisce una tendenza oltremodo favorevole. Tra il 1992 e il 2002, l'equilibrio psichico è infatti notevolmente migliorato non soltanto per entrambi i sessi, ma per tutte le classi di età.

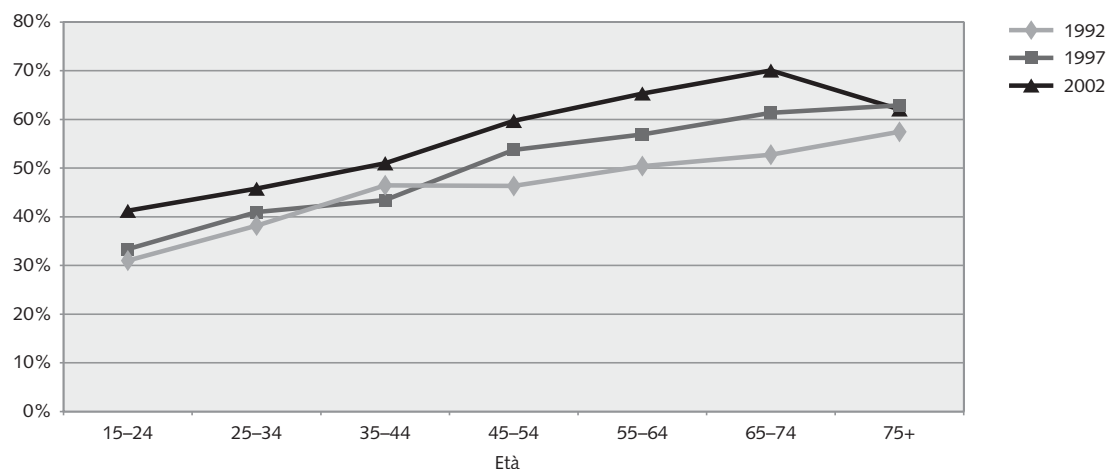
¹² Boillat MA (2002): But 9: Diminuer le nombre le blessures dues aux actes de violence et aux accidents. In: Société suisse de santé publique (SSSP) (éd.): But pour la santé en Suisse. La santé pour tous au 21ème siècle (OMS Europe). Berna. Pag. 29-31.

¹³ [http://www.nationalegesundheit.ch/main/Show\\$Id=1316.html](http://www.nationalegesundheit.ch/main/Show$Id=1316.html). (Accesso al 31.3.2005).

¹⁴ Rüesch P, Manzoni P (2003): La santé psychique en Suisse – Monitoring. Edizione Obsan: Zollikofen.

**Quota di persone con un buon equilibrio psichico secondo l'età:
raffronto 1992, 1997 e 2002**

G 2.10



© Ufficio federale di statistica (UST)

Tali risultati sono stati riscontrati anche in altri ambiti¹⁵. Potrebbero essere l'espressione della preoccupazione dei giovani nei confronti del loro futuro, i quali, stando alle loro stesse dichiarazioni, si sentono più spesso nervosi, instabili e depressi. La scarsa sensazione di soddisfazione e di benessere non fa che tradurre le difficoltà che incontrano nell'inserirsi nella società degli adulti e nel trovare il loro posto nella vita professionale e familiare. Per contro, le persone anziane, per lo meno quelle che vivono in casa (l'indagine non tiene infatti conto delle persone che vivono in istituti di cura o in case per anziani) giudicano migliore il loro benessere psichico, il che lascia presupporre che il loro stato d'animo scaturisca dalla soddisfazione che nutrono per quanto hanno realizzato nella vita e per l'attuale situazione e modo di vivere.

2.2.2 Depressione

Ogni persona attraversa nel corso della vita fasi di scoraggiamento, tristezza, sensazioni di inferiorità o stanchezza. I motivi di tali sensazioni sono vari: conflitti interpersonali, ansia esistenziale, perdita di persone care per decesso o separazione e via dicendo. Se si scorge una luce in fondo al tunnel, spesso un colloquio con una persona di fiducia

può giovare molto. Se invece non vi è alcuna luce, in altre parole se il disturbo permane per un tempo prolungato senza migliorare, allora è indicato consultare un medico o uno specialista.

Nell'indagine sulla salute in Svizzera del 2002 è stata adottata per la prima volta in una rilevazione nazionale una scala che permette di valutare il grado di depressione delle persone^{16,17}. Sulla base di 10 domande riguardanti sintomi di depressione definiti a livello psichiatrico è stato rilevato un valore sintomatico per ciascuna persona¹⁸.

¹⁵ Campbell A (1981): The sense of well-being in America. New-York: Mc Graw Hill.

¹⁶ Wittchen HU (2001): Prevalence and recognition syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated. *International Clinical Psychopharmacology* 16: pag. 121-135.

¹⁷ Wittchen HU (1998): Test-retest reliability of the computerized DSMIV version of the Munich Composite International Interview (M-CIDI). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33: pag. 568-578.

¹⁸ Si è sentito(a) durante il giorno per lo più triste, abbattuto(a) o depresso(a)? Ha perso interesse o gusto per le cose che di solito le piacevano? Si è sentito(a) stanco o privo(a) di energia (pur non avendo lavorato duramente)? Ha perso l'appetito o è dimagrito(a) notevolmente? Ha avuto difficoltà ad addormentarsi, a dormire la notte intera o si è svegliato(a) troppo presto? Ha avuto l'impressione di parlare o muoversi più lentamente del solito? Il suo desiderio sessuale è risultato minore del solito o addirittura inesistente? Ha perso fiducia in sé, si è sentito inutile o colpevole oppure si è rivolto(a) delle critiche ingiustificate? Ha avuto difficoltà a concentrarsi (per leggere o guardare la televisione) o a prendere decisioni riguardanti la vita di tutti i giorni? Ha pensato spesso alla morte o addirittura al suicidio?

T2.3 Quote di uomini e donne con sintomi clinici di depressione (in %)

	Uomini	Donne	Totale
Assenza di sintomi	85,1	79,4	82,3
Sintomi lievi	12,1	16,9	14,5
Sintomi medio-forti	1,7	2,5	2,1
Sintomi gravi	1,2	1,2	1,2

Le domande, alle quali si poteva rispondere con «quasi tutti i giorni», «alcuni giorni» o «no, mai», si riferivano alle ultime due settimane.

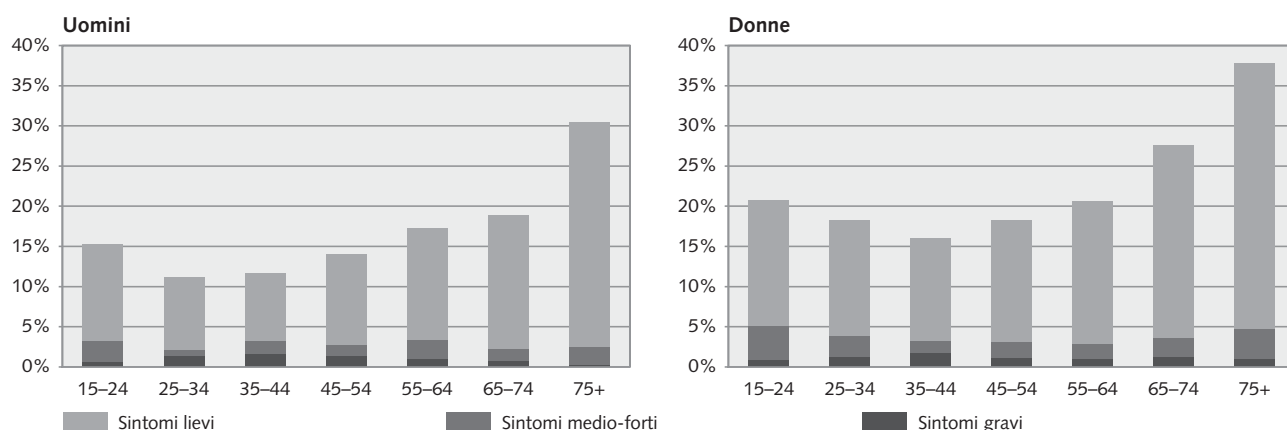
I risultati dell'indagine permettono di ripartire le persone intervistate in quattro classi in base alla sintomatologia clinica della depressione (T2.3):

Il gruppo con sintomi da medi a forti o gravi manifesta una depressione seria, che richiederebbe un trattamento specialistico. Questa sintomatologia riguarda circa 200'000 persone. Per le circa 870'000 persone con sintomi lievi, una buona rete sociale costituita da persone di fiducia con le quali è possibile discutere di cose personali può servire a evitare che il problema si acuisca.

È afflitta da gravi disturbi depressivi una percentuale più o meno identica per entrambi i sessi, in tutte le classi di età (G2.11). Scarti notevoli sono invece rilevabili per quanto riguarda i sintomi lievi, molto più frequenti tra le donne, i

giovani e soprattutto tra le persone anziane e molto anziane che tra le persone di media età. I giovani si trovano infatti all'inizio della vita da adulti, confrontati con tutte le nuove sfide e il «rischio» di insuccessi che comportano (vedi a tal proposito anche il capitolo 6). La vita delle persone più anziane è invece segnata da limitazioni fisiche, mentali e sociali, dal deterioramento della rete sociale e dalla conseguente solitudine, nonché ovviamente dalla perdita di autonomia (vedi anche il capitolo 7).

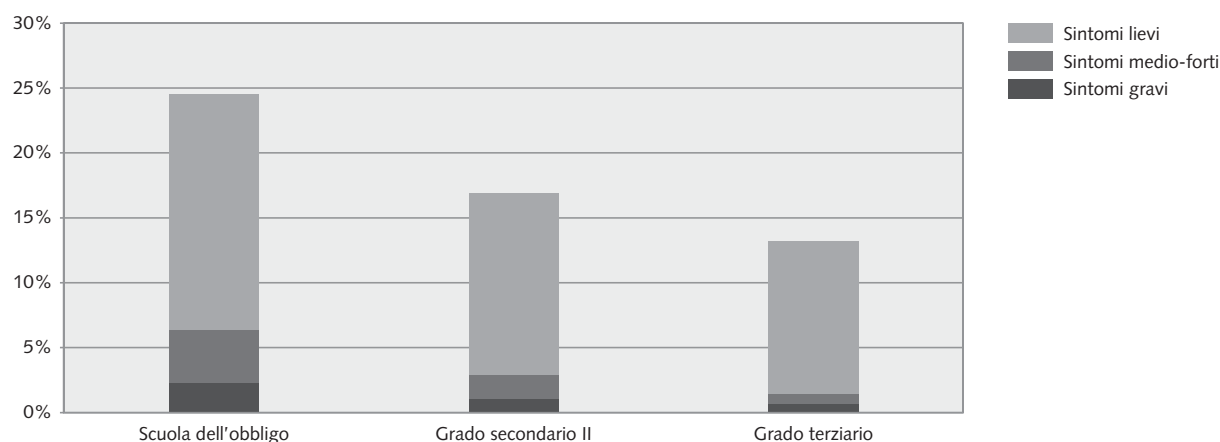
Una buona formazione sembra costituire un importante fattore di protezione contro la depressione: le persone con una formazione più elevata accusano notevolmente meno sintomi clinici di depressione delle persone di scarsa formazione (G2.12). Questo risultato non sorprende affatto, poiché le persone che vantano una buona formazione di norma dispongono di più risorse cognitive e materiali per superare le sfide quotidiane.

Quota di persone con sintomi clinici di depressione secondo il sesso e l'età**G 2.11**

© Ufficio federale di statistica (UST)

Quota di persone con sintomi clinici di depressione secondo il grado di formazione

G 2.12



© Ufficio federale di statistica (UST)

2.2.3 Malattie psichiche (dichiarate)

Tre domande dell'indagine sulla salute in Svizzera riguardavano problemi di natura psichica e avevano lo scopo di mostrare se gli intervistati:

- soffrivano di un problema di salute di natura psichica di lunga durata,
- erano ricorsi a cure mediche per un problema di natura psichica,
- si erano sottoposti a un trattamento per una depressione.

Il sondaggio includeva, inoltre, il consumo regolare di psicofarmaci, in particolare di tranquillanti.

Malattie di lunga durata: quasi un sesto della popolazione residente in Svizzera a partire dai 15 anni dichiara di essere afflitto da un problema di salute che dura da oltre un anno (14% degli uomini e 18% delle donne).

T2.4 Quote di uomini e donne che hanno addotto ragioni psichiche quale causa dei loro disturbi di salute o della loro malattia di lunga durata (almeno un anno), secondo l'età (in%)

	Uomini	Donne	Totale
15–24 anni	(2,2)	(2,2)	2,2
25–34 anni	(1,7)	2,9	2,3
35–44 anni	2,3	4,8	3,5
45–54 anni	2,7	5,1	3,9
55–64 anni	3,7	5,0	4,3
65–74 anni	(2,4)	3,2	2,9
75+ anni	(3,1)	4,7	4,1
Totale	2,5	4,0	3,3

Le cifre tra parentesi si basano su meno di 30 osservazioni.

Stando alle dichiarazioni delle persone, le cause di queste malattie sono generalmente di natura fisica (cfr. sopra, capitolo 2.1.1). Molto più raramente questi mali sono imputati a ragioni psichiche, e quando ciò avviene, allora maggiormente da parte delle donne o delle persone in età media (T2.4).

La minimizzazione delle cause psichiche e psicosociali delle malattie di lunga durata è il risultato della stigmatizzazione sociale riversatasi sulle malattie mentali, nonché dell'annoso processo storico-sociale che ha portato all'adozione di un modello biomedico della malattia. Anche il fatto che gli anziani raramente riconducano i loro disturbi cronici a ragioni psichiche è dovuto probabilmente alla prevalenza del modello biomedico nella psichiatria.

Problemi psichici: la proporzione delle persone che negli ultimi 12 mesi si sono sottoposte a cure mediche per problemi di natura psichica non è molto cambiata da una rilevazione all'altra e riguarda il 3% degli uomini e il 6% delle donne (T2.5 e G2.13a/b). Molto richieste dai più giovani, le consultazioni mediche raggiungono un livello massimo attorno ai 40 anni per poi diminuire con l'avanzare dell'età. Tale esito è la probabile conseguenza del maggiore senso di benessere psichico tra le persone più anziane.

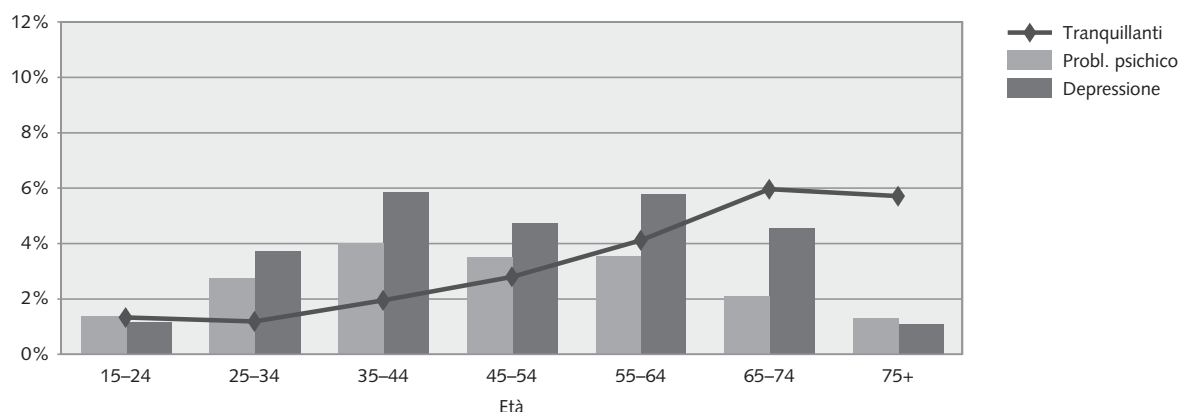
T2.5 Quote di uomini e di donne che nei 12 mesi erano in cure mediche per problemi psichici secondo l'età (in %)

	Uomini	Donne	Totale
15–24 anni	(1,4)	4,5	2,9
25–34 anni	2,8	7,2	5,0
35–44 anni	4,0	8,0	6,0
45–54 anni	3,5	7,1	5,3
55–64 anni	3,5	6,0	4,8
65–74 anni	(2,1)	3,2	2,7
75+ anni	(1,3)	3,2	2,5
Totale	2,9	6,0	4,5

Le cifre tra parentesi si basano su meno di 30 osservazioni.

Sono essenzialmente tre le figure professionali che si occupano dei trattamenti in questo campo: medici generali (31%), psichiatri (31%) e psicologi o psicoterapeuti (29%). I trattamenti restanti sono dispensati da altre professioni non mediche del settore sanitario (9%). colpisce che, stando a quanto dichiarato dagli stessi intervistati, gli uomini si rivolgono più spesso a uno psichiatra, mentre le donne si indirizzano prevalentemente a un medico generico.

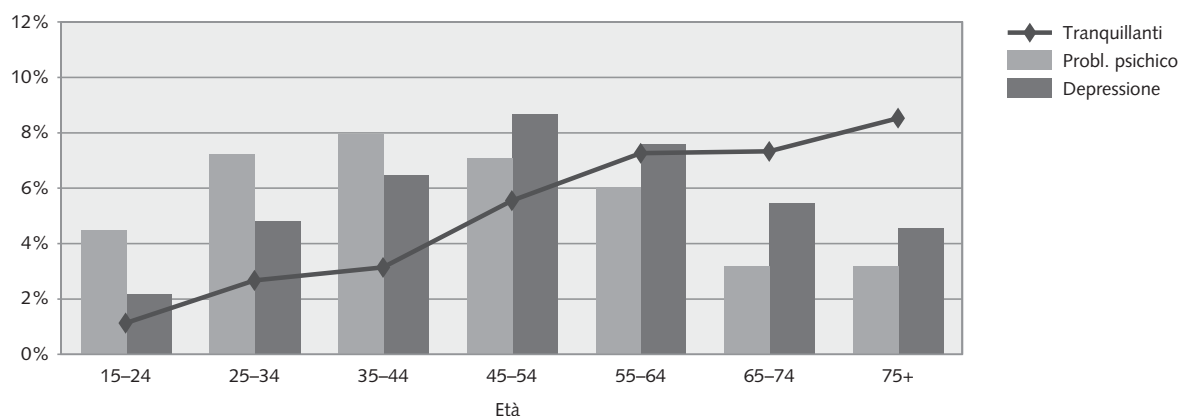
Depressione sottoposta a trattamento: oltre alle informazioni riguardanti patologie croniche quali il diabete, la bronchite cronica e i disturbi renali, nel questionario si chiede agli interpellati di indicare se negli ultimi 12 mesi sono stati in trattamento medico a causa di depressione

Quota di uomini che a causa di un problema psichico¹ risp. di una depressione nervosa¹ sono stati in trattamento o assumono tranquillanti² secondo l'età G 2.13a


¹ Negli ultimi 12 mesi

² Negli ultimi 7 giorni

© Ufficio federale di statistica (UST)

Quota di donne che a causa di un problema psichico¹ risp. di una depressione nervosa¹ sono stati in trattamento o assumono tranquillanti² secondo l'età G 2.13b


¹ Negli ultimi 12 mesi

² Negli ultimi 7 giorni

© Ufficio federale di statistica (UST)

T2.6 Quote di uomini e di donne che nei 12 mesi erano in cure mediche per depressione secondo l'età (in %)

	Uomini	Donne	Totale
15–24 anni	(1,2)	(2,2)	1,7
25–34 anni	3,7	4,8	4,3
35–44 anni	5,9	6,5	6,2
45–54 anni	4,7	8,7	6,7
55–64 anni	5,8	7,6	6,7
65–74 anni	4,5	5,5	5,1
75+ anni	(1,1)	4,6	3,3
Totale	4,2	5,9	5,1

Le cifre tra parentesi si basano su meno di 30 osservazioni.

nervosa. Vari studi effettuati nel campo dell'epidemiologia psichiatrica ne giustificano infatti la condizione di malattia cronica, poiché dimostrano la frequente ricidività dei gravi disturbi depressivi (dal 70% all'80% dei casi)^{19,20}.

A livello nazionale, la prevalenza della depressione sottoposta a trattamento medico è del 5% e riguarda circa 300'000 persone. Sebbene le donne siano più colpite da questa patologia rispetto agli uomini, essa si manifesta per entrambi i sessi soprattutto nell'età media (T2.6 e G2.13a/b).

Consumo di tranquillanti: se si effettua un raffronto tra la prevalenza dei trattamenti per disturbi psichici, quella della depressione sottoposta a trattamento e il consumo regolare di tranquillanti prescritti dal medico

secondo il sesso (G2.13a/b), si notano grandi variazioni quanto alla loro evoluzione nelle varie classi d'età. Mentre i trattamenti dei problemi psichici e della depressione presentano una curva a U rovesciata con l'apice intorno all'età media, il consumo di tranquillanti prescritti dal medico continua a crescere fino in età avanzata nonostante un minor numero di trattamenti. Mentre in giovane età sono i trattamenti a svolgere un ruolo importante, tra le persone anziane questo ruolo è quindi sostituito dai medicinali.

2.2.4 Qualità del sonno e consumo di sonniferi e tranquillanti

Sulla base di quattro domande riguardanti la difficoltà di addormentarsi, il sonno irrequieto, il ripetuto risveglio durante la notte e il risveglio anticipato il mattino è stato costruito un indice dei disturbi del sonno. Questo indice distingue tra persone con sonno agitato e frequenti risvegli durante la notte (disturbi patologici) e quelle con problemi (frequentemente) per addormentarsi, con risvegli prematuri (frequentemente) o di altri disturbi del sonno occasionali dovuti a difficoltà passeggiare (disturbi medi). In base a queste categorie, il 72% circa dell'insieme della popolazione non sembra afflitto da alcun disturbo o ne soffre soltanto sporadicamente, il 23% conosce qualche difficoltà o disturbi occasionali, mentre il 5% circa soffre di disturbi patologici del sonno. Proiettato sull'insieme della popolazione nazionale, tale disturbo affligge circa 300'000 individui.

T2.7 Quote di uomini e di donne con disturbi del sonno secondo la gravità del disturbo e l'età (in %)

	Uomini		Donne		Totale	
	media	patologica	media	patologica	media	patologica
15–24 anni	13,4	(2,0)	22,3	(4,2)	17,8	3,1
25–34 anni	14,1	(2,4)	22,5	4,6	18,4	3,5
35–44 anni	17,7	2,9	20,1	4,3	18,9	3,5
45–54 anni	20,8	4,9	23,7	7,4	22,3	6,1
55–64 anni	26,1	5,7	29,8	9,0	28,0	7,4
65–74 anni	28,0	5,3	33,2	7,4	30,9	6,5
75+ anni	32,7	(6,3)	36,9	6,0	35,3	6,1
Totale	20,1	3,9	25,8	6,0	23,0	5,0

Le cifre tra parentesi si basano su meno di 30 osservazioni.

¹⁹ Wittchen HU, Zerssen D (1988): Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen: Eine klinisch-psychiatrische und epidemiologische Verlaufsuntersuchung. Berlino: Springer.

²⁰ Angst J (1992): How recurrent and predictable is depressive illness? In: Montgomery SA, Rouillon F (1992): Long-term treatment of depression. John Wiley.

Le donne sono più colpite da disturbi del sonno degli uomini (T2.7). Del resto, questa proporzione di affezioni patologiche del sonno (circa il 5%) riflette il tasso di prevalenza riscontrato nelle principali società industrializzate.

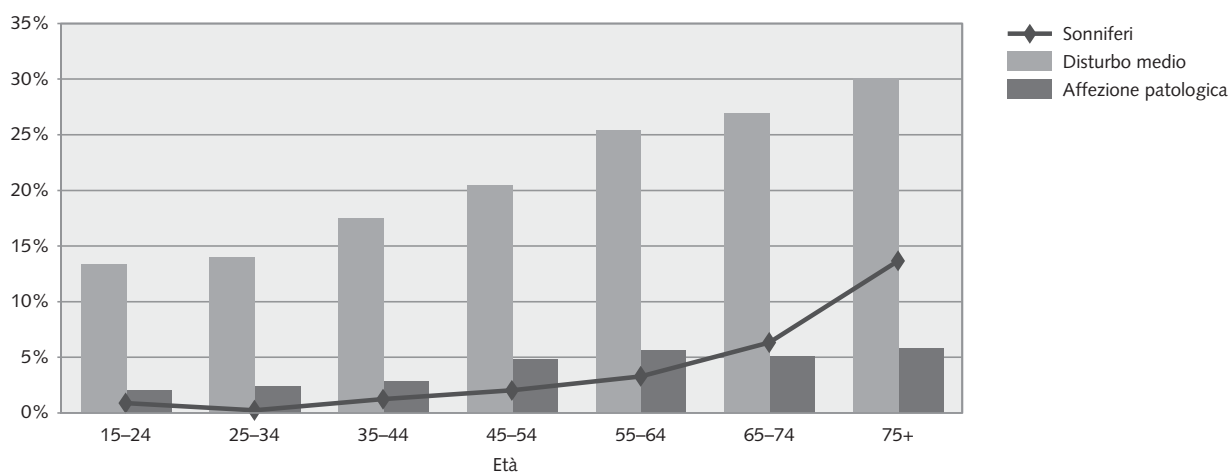
Se si mettono in relazione i disturbi del sonno e il consumo regolare di sonniferi, si osserva una situazione analoga a quella precedentemente descritta per il trattamento dei problemi psichici e l'assunzione di tranquillanti (G2.14a/b). Vi è una chiara e continua progressione nell'uso regolare di sonniferi con l'età, sia tra gli uomini che tra le donne. Tale crescita supera non solo di gran lunga l'aumento dei disturbi patologici, la cui diffusione sembra

stabilizzarsi se non addirittura diminuire in età avanzata, ma anche la progressione dei disturbi medi, benché in maniera meno accentuata. Ciò significa che con l'avanzare dell'età si tende piuttosto ad abusare dei sonniferi, assumendoli anche quanto non sarebbero strettamente necessari.

Una nota positiva è costituita dal fatto che dal 1992 si è ridotto l'uso di sonniferi con l'alleviarsi dei disturbi patologici e medi del sonno tra le donne più anziane (dal 9% al 5% per le donne dai 55 ai 64 anni; dal 14% al 12% per quelle dai 65 ai 74 anni e dal 34% al 20% per le quelle oltre i 75 anni). Tale evoluzione scaturisce forse da una prassi di prescrizione dei farmaci più oculata.

Quota di uomini che soffrono di disturbi del sonno o che assumono sonniferi secondo la gravità del disturbo e l'età

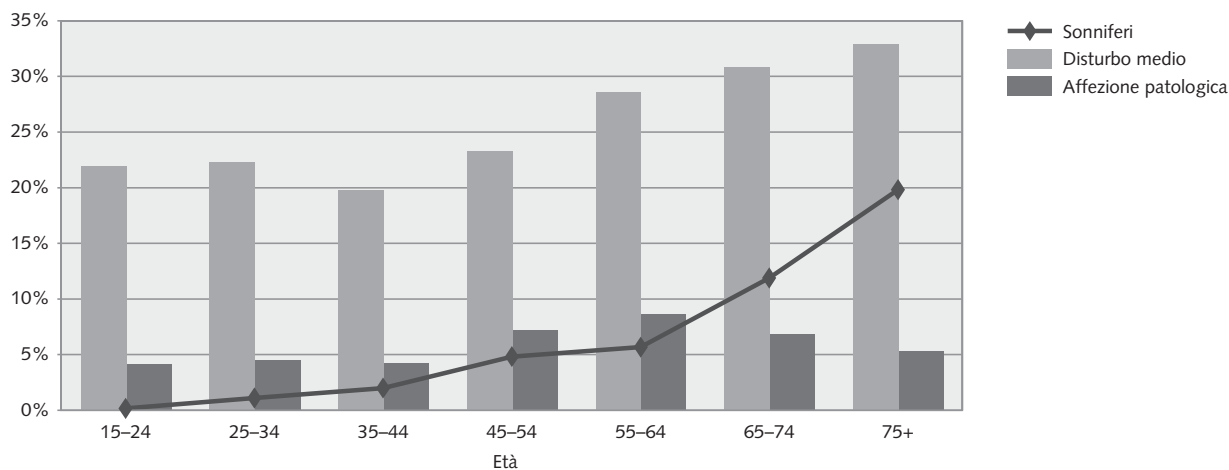
G 2.14a



© Ufficio federale di statistica (UST)

Quota di donne che soffrono di disturbi del sonno o che assumono sonniferi secondo la gravità del disturbo e l'età

G 2.14b



© Ufficio federale di statistica (UST)

L'uso ripetuto di sonniferi e di tranquillanti è un fenomeno che riguarda il 7% dell'insieme della popolazione. Circa 400'000 persone assumono infatti tali farmaci almeno una volta alla settimana, la maggior parte delle volte su prescrizione medica, essendo l'automedicazione poco diffusa.

Le donne fanno un uso di sonniferi e tranquillanti più largo degli uomini e con l'età la differenza si rafforza (T2.8). Tale «abuso» da parte delle donne anziane, osservato già in occasione di precedenti indagini²¹, pone in primo piano il problema dell'impiego sociale dei medicinali e della loro prescrizione quale mezzo di controllo sociale, nella misura in cui tale espediente minimizza o cela i problemi psicosociali degli anziani.

2.2.5 Osservazioni conclusive

Il benessere psichico della popolazione residente in Svizzera è stato esaminato sulla base di vari indicatori utilizzati, in parte, già in occasione delle indagini del 1992 o del 1997 – come per esempio gli indicatori intesi a misurare l'equilibrio psichico, la depressione nervosa sottoposta a trattamento, la qualità del sonno, l'uso di tranquillanti e di sonniferi, patologie psichiche prolungate e il trattamento di disturbi psichici. Grazie a essi è possibile stilare un quadro evolutivo di questi aspetti inerenti alla salute psichica e psicosociale. La scala volta a rilevare i vari stadi depressivi è invece stata impiegata per la prima volta.

Rispetto alle rilevazioni precedenti, si nota un miglio-

ramento tra le persone anziane per quanto riguarda l'equilibrio psichico, i disturbi del sonno e l'uso di tranquillanti o sonniferi.

I dati più recenti sottolineano lo scarto tra la prevalenza dei disturbi psichici e l'uso dei relativi medicinali. Come dimostrato da vari studi, la prevalenza del consumo di medicinali supera nella maggior parte dei casi la prevalenza delle alterazioni psichiche per le quali vengono prescritti²², prevalenza che aumenta con l'avanzare dell'età soprattutto tra le donne²³. Questi aspetti psicosociali degli psicofarmaci sono stati analizzati minuziosamente in un numero speciale della rivista Santé Mentale au Québec.

I risultati dell'ISS rispecchiano quanto si conosce a livello internazionale, sebbene accentuino alcuni aspetti psicosociali specifici, che si manifestano nel corso della vita. Più di una persona su tre nella classe d'età dai 15 ai 24 anni è spesso tesa, irritabile, nervosa e prova acutamente un'assenza di benessere. Gli adulti di età media, in particolare le donne, ricorrono più spesso a cure mediche per una depressione nervosa, mentre gli anziani, anche in questo caso soprattutto le donne, fanno più largo uso di sonniferi e di tranquillanti, quasi sempre su prescrizione medica.

T2.8 Quote di uomini e di donne che hanno assunto sonniferi o tranquillanti nel corso di una settimana secondo l'età (in %)

	Uomini		Donne		Totale	
	Sonniferi	Tranquillanti	Sonniferi	Tranquillanti	Sonniferi	Tranquillanti
15–24 anni	(0,9)	(1,3)	(0,2)	(1,1)	(0,5)	(1,2)
25–34 anni	(0,2)	(1,2)	(1,1)	2,7	(0,7)	1,9
35–44 anni	1,2	2,0	2,0	3,1	1,6	2,5
45–54 anni	2,0	2,8	4,8	5,6	3,4	4,2
55–64 anni	3,3	4,1	5,7	7,3	4,5	5,7
65–74 anni	6,3	6,0	11,9	7,3	9,5	6,7
75+ anni	13,7	5,7	19,8	8,5	17,5	7,5
Totale	2,7	2,8	5,4	4,7	4,1	3,8

Le cifre tra parentesi si basano su meno di 30 osservazioni.

²¹ Ashton H (1991): Psychotropic drugs prescribing for women. British Journal of Psychiatry 158 (suppl 10): pag. 30-35.

²² Morabia A, Fabre J, Dunand JP (1992): The influence of patient and physician gender on prescription of psychotropic drugs. Journal of Clinical Epidemiology 45: pag. 111-116.

²³ Santé Mentale au Québec. Thérapies et patient borderline et médicaments psychotropes: aspects psychosociaux. Volume XXII, Numero 1 (Primavera 1997). Montreal.

I fattori psicosociali riguardanti la vulnerabilità degli adulti alla depressione, in particolare quella delle donne, dovrebbero essere oggetto di adeguati programmi. Una volta noti gli effetti dei farmaci psicotropici sui rischi di cadute, fratture, nonché disturbi della memoria e dell'attenzione tra le persone anziane, urgono provvedimenti adeguati nell'ambito dell'informazione e della formazione da parte degli operatori sanitari.

2.3 Aspetti psicosociali della salute

Nella descrizione del quadro psicosociale della popolazione sono presentati aspetti che, se da un lato si riferiscono direttamente allo stato di salute, dall'altro costituiscono fattori capaci di influenzarlo. Così l'assenza di solidi rapporti sociali può per esempio determinare un aumento della vulnerabilità a disturbi della salute. Ma già il senso permanente o frequente di solitudine è di per sé indice di uno squilibrio del benessere (sociale).

Di seguito sono approfonditi due ambiti tematici: il primo riguarda le relazioni sociali, che sebbene rappresentino un potenziale di sostegno sociale in senso positivo possono compromettere la salute nel momento in cui si rivelano conflittuali o addirittura violente. Il secondo riflette su specifici atteggiamenti che possono influire sulla salute, sulla qualità di vita e sul comportamento in materia di salute, come per esempio la convinzione di «saper gestire la propria vita».

2.3.1 Risorse sociali

Le relazioni sociali e il potenziale sostegno che ne deriva sono premesse fondamentali per il benessere psichico e influenzano addirittura la nostra speranza di vita. Com'è noto dalla ricerca, esistono specifiche risorse sociali che possono influenzare direttamente la salute e altre che la influenzano soprattutto indirettamente, fungendo come una sorta di «tampone» in situazioni di crisi^{24,25}. Conosciamo un numero sufficiente di persone con le quali possiamo trascorrere il nostro tempo libero, parlare di cose quotidiane e di problemi personali, di cui ci fidiamo e che ci aiutano e confortano quando ne abbiamo bisogno?

Relazioni di fiducia quali «tampone» in situazioni di crisi: una componente fondamentale della rete sociale è costituita dalle persone di fiducia, ossia persone con le quali intratteniamo rapporti talmente buoni che possiamo confidare loro tutto. La loro importanza si accentua soprattutto nei momenti di crisi. Per riuscire a superare tali situazioni spesso basta avere anche una sola persona di fiducia²⁶.

Circa il 5% delle persone intervistate dichiara di non possedere alcuna persona di fiducia, ma soltanto due quinti di loro percepiscono tale assenza negativamente poiché ne risentono l'effettiva mancanza. Proiettando questi dati sull'insieme della popolazione, in Svizzera vi sono 100'000 persone che si trovano in tale situazione. Quanto sia importante disporre di una persona di fiducia può essere illustrato dal caso dell'equilibrio psichico²⁷: tra le persone intervistate che risentono la mancanza di una persona di fiducia, il 40% è caratterizzato da un equilibrio psichico compromesso, contro il 20% tra coloro che non ne risentono la mancanza. Un quadro analogo si delinea per quanto concerne il benessere psichico (23% contro il 9%).

Rispetto alle indagini precedenti, la situazione è lievemente migliorata. Oggi, si risente meno la mancanza di una persona di fiducia anche quando questa è realmente assente.

Con l'età la rete sociale tende ad assottigliarsi. Come mostra il grafico G2.15, ciò si ripercuote anche sulla presenza, rispettivamente sull'assenza di una persona di fiducia. È interessante rilevare a tal proposito che tra i giovani sono soprattutto gli uomini e tra gli anziani soprattutto le donne a disporre più raramente di una persona di fiducia. Questo perché i giovani uomini e le donne anziane vivono più a lungo da soli (queste ultime in ragione della speranza di vita superiore rispetto ai partner).

Se si includono inoltre le percentuali di persone che soffrono realmente della mancanza di una persona di fiducia, si nota che la quota di donne in questa condizione aumenta con l'età mentre ciò non avviene per gli uomini. Tuttavia, se si considerano unicamente le persone che non hanno alcun conoscente di fiducia, questa quota diminuisce anche tra le donne. Tra le donne che soffrono per la mancanza di una persona di fiducia, tre quinti sono tra le più giovani, due quinti tra le più anziane (G2.15).

²⁴ Borgetto B (2004): *Entraide et santé – Analyses, résultats et perspectives en Suisse et en Allemagne*. Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé. Ed. Hans Huber: Berne / Göttingen / Toronto.

²⁵ Röhrle B (1994): *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*. Weinheim: Beltz.

²⁶ Cohen S, Wills TA (1985): Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin* 98(2): pag. 310-357.

²⁷ Rilevato con l'ausilio di quattro item (depressione, buon umore, nervosismo e ottimismo); cfr. capitolo 2.2.

Tra gli uomini la situazione appare diversa. Tra gli uomini adulti in età media cresce la quota di coloro che non hanno una relazione di fiducia, ma non quella di quanti ne soffrono la mancanza. Se ne potrebbe desumere che tra le donne l'esigenza di una persona di riferimento vicina rimane relativamente costante nell'arco della vita.

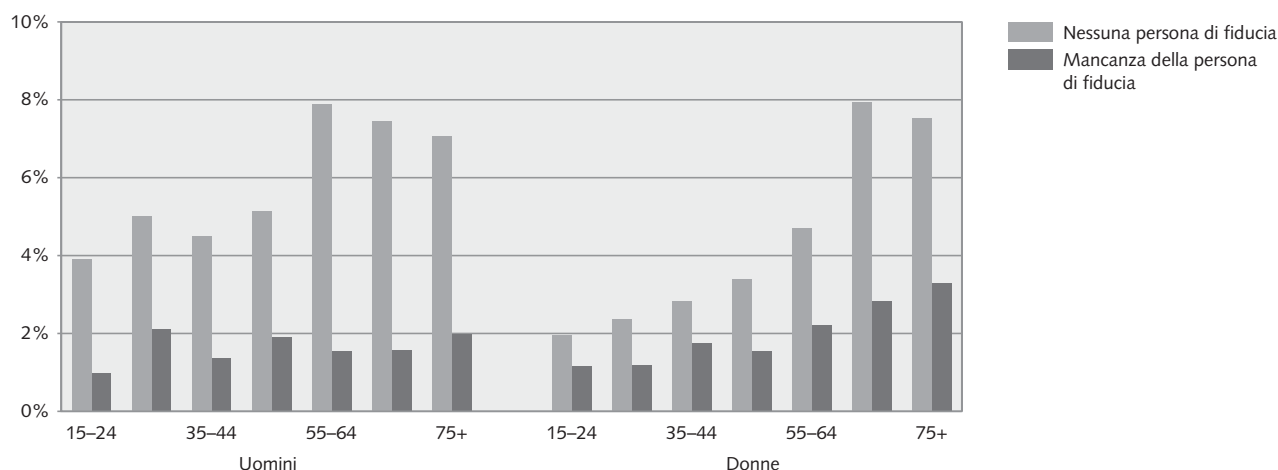
Rispetto a prima, le donne sembrano beneficiare di una rete sociale più solida. Dal 1992 è infatti diminuita la quota di coloro che non dispongono di alcuna persona di fiducia e, parimenti, la quota di donne che ne risentono l'effettiva mancanza. Per gli uomini tutto è rimasto più o meno come prima, anche il fatto che la maggioranza di coloro che non dispongono di una persona di fiducia si ritrovi nella classe di età dai 55 ai 64 anni in tutte e tre le rilevazioni.

Differenze a tal riguardo sono riscontrabili anche tra i vari gruppi di popolazione. A risentire della mancanza di persone di fiducia, ad esempio, sono piuttosto le persone di bassa formazione che quelle che godono di una formazione superiore (8% contro il 4%). Nella Svizzera francese, poi, con una quota del 7%, vi sono più persone che non hanno alcuna persona di cui fidarsi completamente. Nella Svizzera tedesca tale quota risulta dimezzata e nella Svizzera italiana ammonta al 5%. Il fatto che si abiti in un Comune piccolo o grande, in città o in campagna non sembra avere invece alcuna influenza.

Senso di solitudine: i contatti sociali non hanno soltanto la funzione di «tamponi» salvaguardia della salute in caso di crisi, ma svolgono anche un'influenza diretta sul benessere quotidiano e sulla salute. Ciò diventa ancora più evidente se si analizza il fenomeno della solitudine. Per il benessere individuale, la salute e lo sviluppo

Quote di uomini e donne che non hanno alcuna persona di fiducia e che ne sentono la mancanza secondo l'età

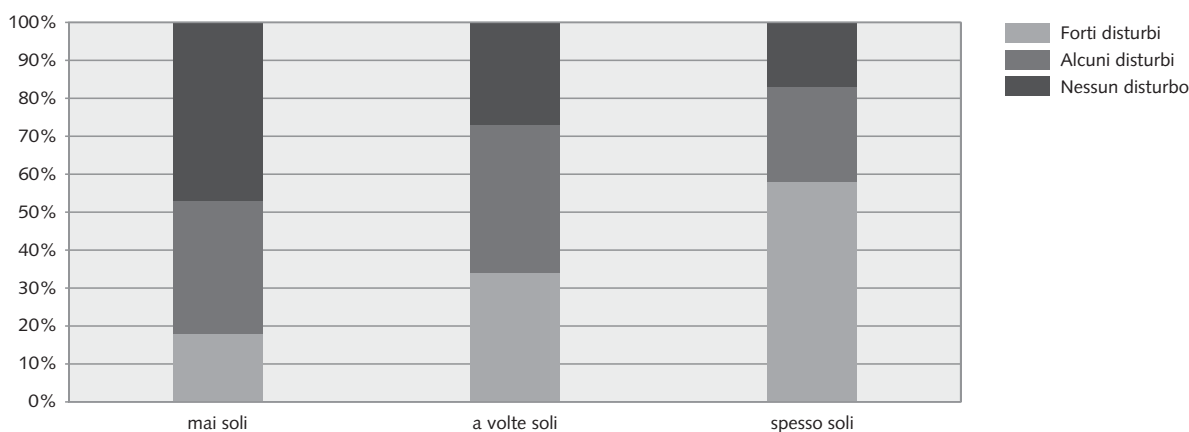
G 2.15



© Ufficio federale di statistica (UST)

Quota di persone con disturbi fisici secondo il grado di solitudine

G 2.16



© Ufficio federale di statistica (UST)

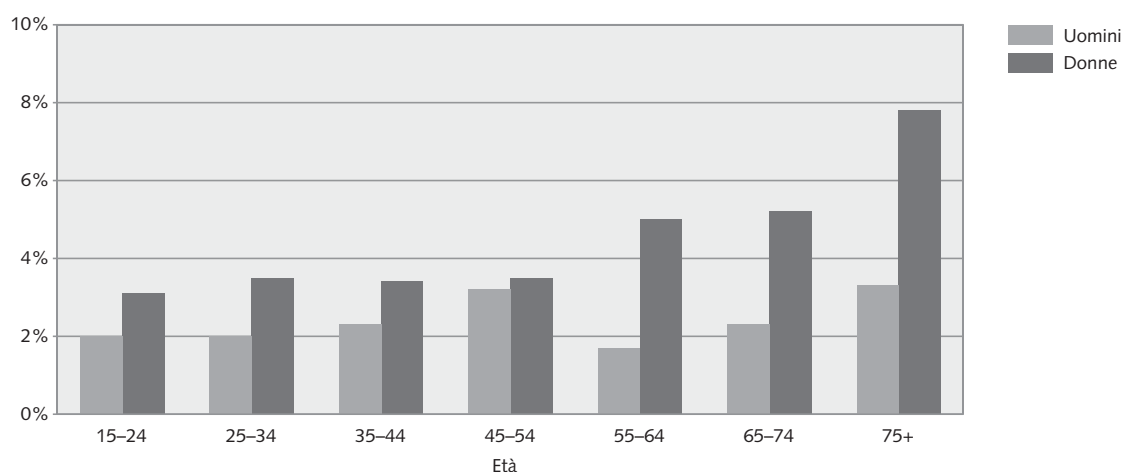
mentale e sociale, l'uomo ha bisogno di una certa quantità di rapporti e di un certo tipo di rete sociale. Il senso di solitudine costituisce infatti l'espressione soggettiva di una carenza delle risorse sociali o del bisogno di maggiori o differenti contatti sociali. Sentirsi soli ogni tanto è un'esperienza assolutamente normale che ognuno di noi avrà vissuto almeno una volta. Se però tale stato d'animo occasionale diventa duraturo, può minare seriamente la salute e il benessere delle persone coinvolte. Vi è infatti un stretto nesso tra la frequenza dei sensi di solitudine e l'insorgere di problemi fisici quali mal di testa, mal di schiena, disturbi del sonno e della digestione, sintomi, tutti, di un malessere psicosociale più profondo. Come mostra il grafico G2.16, tra le persone che si sentono spesso sole la quota di persone che soffrono di disturbi fisici forti o frequenti è di quasi tre volte superiore a quella tra coloro che non conoscono tale problema²⁸.

La maggioranza della popolazione residente in Svizzera sembra non conoscere la sensazione della solitudine. Un quarto degli intervistati si sente solo di tanto in

tanto e soltanto un buon 3% (circa 200'000 persone) prova spesso o molto spesso tale sensazione. Come illustra il grafico G2.17, in tutte le classi di età, fino all'età della pensione, vi è sempre circa un 2% di uomini e un 3% di donne che soffrono di solitudine. Tale sensazione comincia ad accentuarsi tra le donne a partire dai 55 anni per subire un'accelerazione in età avanzata. Tale fenomeno è probabilmente riconducibile al fatto che con l'avanzare dell'età le donne rimangono sempre più spesso sole. Complessivamente, le donne soffrono più spesso di solitudine degli uomini, a prescindere dall'età. Inoltre, il gruppo di donne che non si sentono mai sole (65%) è molto più ristretto di quello degli uomini (76%). Se tale fenomeno sia l'espressione di una migliore integrazione degli uomini, per esempio per la varietà dei ruoli sociali o professionali che svolgono, oppure sia l'indice di una maggiore esigenza da parte delle donne di intrattenere rapporti sociali, rimane una questione che non può essere risolta in questa sede. Sebbene le persone che da sempre soffrono maggiormente di solitudine

Quota di persone afflitte spesso o molto spesso dal senso di solitudine secondo l'età e il sesso

G 2.17



© Ufficio federale di statistica (UST)

²⁸ Questo risultato non è esplicativo per l'orientamento della relazione. Da un lato, le variabili terze quale l'età e la disposizione d'animo possono influire sia sulla percezione del benessere fisico che sull'ambiente sociale. Dall'altro lato, la ricerca scientifica nell'ambito del superamento di malattie ha più volte evidenziato il fatto che la presenza di gravi malattie anche croniche può comportare una perdita dolorosa di relazioni sociali (rottura di matrimoni; allontanamento di amici e conoscenti per timore di parlare di malattie, disabilità o morte; ecc.). Così la perdita di relazioni importanti diventa un peso autonomo in un periodo in cui si dipende maggiormente da una solida rete sociale. Il rischio di essere privati dal sostegno da parte dell'ambiente sociale naturale è particolarmente elevato per alcuni tipi di malattia e casi di crisi. Si tratta di norma di avvenimenti che vengono o tabuizzati o che sono particolarmente gravosi emotivamente, che durano a lungo e per i quali la popolazione non dispone delle conoscenze necessarie a superarli (p. es. nel caso di violenza domestica, alcolismo, malattie quali cancro, AIDS o demenza senile). In questi casi i gruppi di mutua assistenza si rivelano un aiuto molto prezioso.

siano gli anziani, dal 1997 la loro situazione è migliorata, come è migliorata quella dei giovani, benché in misura minore.

L'esistenza anche di un'unica persona di fiducia con la quale condividere i propri problemi è di fondamentale importanza per schermarsi dal rischio di solitudine: l'11% delle persone che non dispongono di una tale persona sono spesso soggette a solitudine. La differenza nell'incidenza di tale sensazione è invece minima se si confrontano coloro che hanno soltanto una da coloro che dispongono di più persone di fiducia, il che prova che la soglia critica si colloca proprio a N=1. Per le donne sembra essere più importante avere una persona di fiducia con cui poter parlare di tutto (G2.18). La quota di donne che si sentono spesso o molto spesso sole raddoppia infatti se queste non dispongono di alcuna persona con cui confidarsi. Alla luce di quanto esposto, risulta evidente l'importanza di prevenire maggiormente, anche per ragioni di politica sanitaria, l'isolamento sociale delle donne in età avanzata.

Analogamente all'assenza di una persona di fiducia, anche vivere da soli aumenta il rischio di solitudine. È vero quanto spesso si sente dire, e cioè che la presenza di un animale domestico spesso sopperisce alla man-

canza di una persona? I risultati presentati nella tabella T2.9 non confermano una tale relazione né tra le persone che convivono con altre né tra le persone che vivono da sole.

2.3.2 Minacce per la salute dall'ambiente sociale

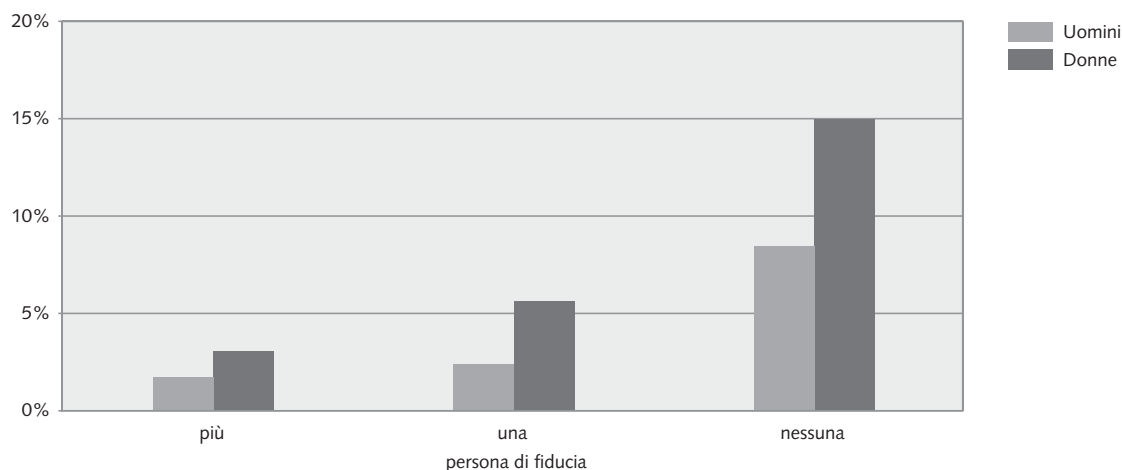
La convivenza tra gli uomini è caratterizzata anche da conflitti, che possono manifestarsi sotto forma di violenza psichica o fisica. Oggi, la violenza interpersonale è vista non più soltanto come problema sociale, ma anche come problema di politica sanitaria a causa degli ingenti danni che può provocare. Nel 1996, l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha approvato una risoluzione che dichiarava la lotta alla violenza e in modo particolare alla violenza contro le donne uno degli obiettivi prioritari della politica sanitaria. Nel 1993, in Svizzera è entrata in vigore la legge concernente l'aiuto alle vittime di reati (LAV, RS 312.5), che si prefigge di consentire una pronta riabilitazione alle vittime di reati assicurando loro un efficace sostegno medico, psicologico, sociale e finanziario. Ma le persone che vengono assistite dagli appositi consultori costituiscono soltanto la punta dell'iceberg poiché da un lato sono trattati soltanto i casi in cui è ri-

T2.9 Quota di persone che soffrono di solitudine secondo il tipo di economia domestica e la presenza di un animale domestico (in %)

	Spesso	A volte	Mai
Vive da solo/a, senza animale domestico	7,7	40,3	51,9
Vive da solo/a, con animale domestico	10,0	37,9	52,2
Non vive da solo/a, senza animale domestico	2,5	23,3	74,2
Non vive da solo/a, con animale domestico	2,2	24,5	73,3

Quota di persone che si sentono sole secondo il numero di persone di fiducia e il sesso

G 2.18



© Ufficio federale di statistica (UST)

scontrabile un'effettiva lesione dell'integrità fisica o psichica e dall'altro molte vittime di reati non hanno il coraggio di rivolgersi appunto a questi centri. Nel 1998, nel nostro Paese sono state assistite 11'165 persone, di cui tre quarti donne o ragazze²⁹. Il 43% di esse erano vittime di reati contro l'integrità sessuale.

Nell'indagine sulla salute in Svizzera del 2002 è stato chiesto agli intervistati se temessero di rimanere vittime di atti di violenza. Quali possibili forme di violenza sono stati indicati:

1. la violenza verbale: insulto o minaccia in forma diretta o indiretta (per iscritto o per telefono),
2. la violenza fisica (percosse, ferite, molestia e coazione sessuale),
3. i reati contro la proprietà (furto, scasso e rapina).

Non soltanto la violenza vissuta, ma anche la paura della violenza può compromettere profondamente il benessere, la soddisfazione nonché il libero movimento e lo sviluppo della persona. Per tale motivo, si è chiesto inoltre agli intervistati quanto ritenessero probabile di incorrere nelle varie forme di violenza nei prossimi 12 mesi. La tabella T2.10 illustra le risposte fornite, distinguendo tra tipo di violenza e sesso delle persone intervistate.

Un quarto degli intervistati ritiene molto probabile il rischio di essere vittima di un reato contro la proprietà, il che al confronto con la quota di persone che nel corso di un anno hanno effettivamente subito un tale reato (4%)³⁰ costituisce una percentuale molto elevata. Netamente meno persone pensano invece di essere aggredite verbalmente e soltanto poche temono di essere vittime di una violenza fisica.

Le donne che temono di subire molestie o minacce verbali attraverso lettere o telefonate sono circa il doppio degli uomini. Netamente più elevata, come prevedibile, è anche la quota di donne che temono di rimanere vittime di violenze sessuali. Il 14% delle donne intervistate dai 15 ai 24 anni ritiene infatti molto elevato il rischio di subire molestie sessuali nei prossimi 12 mesi. Oltre il 6% stima inoltre probabile o molto probabile di essere costretto ad atti sessuali nello stesso lasso di tempo. Anche per quanto riguarda i reati contro la proprietà, le donne prevedono un rischio maggiore degli uomini.

Complessivamente, le donne hanno quindi molta più paura degli uomini di rimanere vittime di una qualsiasi forma di violenza. In quale misura tale situazione possa limitare il benessere, la qualità di vita e lo sviluppo delle donne nella nostra società è però difficile da definire al momento attuale. In tale contesto sembra pertanto più ragionevole e maggiormente sostenibile da un punto di vista etico attuare programmi di prevenzione strutturale della violenza (rendere lo spazio pubblico e privato più sicuro per le donne) che fomentare ulteriormente la loro paura attraverso interventi e ammonimenti destinati specificamente alle donne.

La stima del rischio varia inoltre in funzione dell'età. A ragione, le persone più anziane si sentono meno minacciate dal rischio di subire violenze verbali o fisiche, mentre ritengono molto più probabile dei giovani la possibilità di essere vittime di furti o rapine, sebbene il presente studio non abbia portato a risultati che giustificino tale atteggiamento.

T2.10 Quote di uomini e donne che ritengono probabile o molto probabile il rischio di divenire l'oggetto di atti di violenza nei prossimi 12 mesi, secondo il tipo di violenza (in %)

Tipo di violenza	Forma specifica della violenza	Uomini	Donne	Totale
Verbale	indiretta (lettere, telefonate)	6,3	10,3	8,4
	in contatto diretto	14,1	13,8	14,0
Fisica	ferite, percosse	5,8	5,2	5,5
	molestie sessuali	0,7	5,4	3,1
	coazione sessuale	0,7	3,3	2,0
Delitto contro la proprietà	furto	22,7	26,9	24,9
	scasso	21,2	22,5	21,8
	rapina	14,7	18,7	16,7

²⁹ Dipartimento di giustizia e polizia (2000): Sempre più persone fanno appello al servizio d'aiuto alle vittime. Terzo rapporto sull'esecuzione e sull'efficienza dell'aiuto alle vittime di reati. Comunicato stampa del 23.8.2000. Berna

³⁰ Dato tratto dall'indagine sulla salute in Svizzera del 1997.

La paura di subire violenze verbali indirette (lettere, telefonate) si è leggermente affievolita rispetto al 1997, passando dall'11% all'8% degli intervistati. Ciò potrebbe essere una conseguenza dei grandi cambiamenti avvenuti nel mondo delle comunicazioni. Una diminuzione dello stesso ordine di grandezza si registra anche per la paura di subire reati contro la proprietà. Entrambi i due risultati sono indici di un innalzamento della qualità di vita.

2.3.3 Atteggiamenti rilevanti per la salute

Accanto alla costituzione che ci è data dalla nascita, nonché alle pressioni e alle crisi a cui ci esponiamo nel corso della nostra vita, giocano un ruolo importante per la nostra salute anche gli atteggiamenti e le caratteristiche individuali. L'autostima, l'ottimismo e il sentimento di padronanza della vita³¹ sono caratteristiche che notoriamente favoriscono la salute. Queste caratteristiche, dette anche risorse di salute personali, rimangono alquanto stabili in età adulta, benché vengano influenzate dalle esperienze della nostra vita. Situazioni molto penose, ad esempio un periodo prolungato di disoccupazione, possono quindi minare seriamente l'autostima o la convinzione di gestire la propria vita.

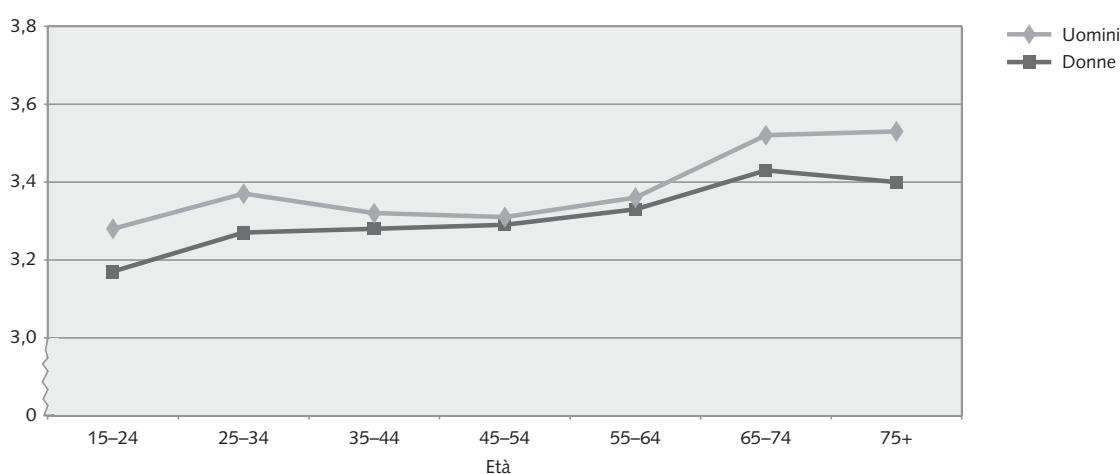
Sentimento di padronanza della vita: la sensazione di poter decidere autonomamente della propria vita ha un'importanza senza pari per la salute dell'uomo. Viceversa, la convinzione di non poter esercitare alcun controllo e di essere in balia del corso degli eventi può, alla

lunga, provocare stati d'animo depressivi. Una profonda convinzione di poter controllare la situazione è quindi rilevante principalmente per il benessere psichico, ma è anche un'importante premessa per superare in maniera costruttiva problemi quotidiani e momenti di crisi oppure per svolgere attività preventive e rigeneranti per la salute. Vari studi hanno infatti dimostrato che le persone con una forte convinzione di poter controllare la vita riescono più facilmente ad abbandonare il fumo o giungono a risultati migliori nell'ambito di un programma di dimagrimento o che i giovani, per esempio, se dotati di una forte convinzione di poter gestire la propria vita, riescono ad astenersi dai comportamenti di gruppo quando questi rischiano di diventare pericolosi.

Ma questa caratteristica individuale di protezione non è distribuita omogeneamente in seno alla popolazione. In genere, gli uomini sono più convinti delle donne di poter gestire la loro vita, il che riflette quanto rilevato a livello internazionale. Interessante è il quadro che si delinea se si considerano le varie classi di età (G2.19). Si notano due picchi: il primo per la classe di età dai 25 ai 34 anni e il secondo a partire dai 65 anni. I giovani e i giovani adulti raggiungono invece i valori più bassi. Tale risultato non è però di facile interpretazione. Ciò che risalta maggiormente è che i due picchi coincidono con l'inizio e il termine dell'età lavorativa, il che potrebbe spiegare anche il notevole aumento della convinzione di poter controllare la situazione tra gli uomini pensionati.

Convinzione di controllo media secondo l'età e il sesso

G 2.19



© Ufficio federale di statistica (UST)

³¹ Schwarzer R (1992): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe.

Il volume delle risorse di una persona è determinato non soltanto dall'età e dal sesso, ma anche dalla condizione socioeconomica. Come prevedibile, le persone meno convinte di poter controllare o gestire la propria vita si trovano tra i lavoratori non qualificati o semiqualeficati, quelle invece molto convinte tra le persone con funzioni di quadro. Lo stesso vale anche per il livello di formazione. La percentuale delle donne convinte di poter controllare la loro vita è comunque sempre inferiore a quella degli uomini.

Atteggiamento nei confronti della salute: un ulteriore fattore rilevante per la promozione della salute è dato dall'atteggiamento che le persone assumono nei confronti della propria salute. A seconda del valore che si attribuisce alla salute nella vita quotidiana, si è più o meno sensibili alle misure che promuovono la salute.

Come rivela la psicologia della salute, le persone sane, spesso troppo ottimiste nei confronti del futuro, sottovalutano il rischio di essere coinvolte in un incidente o colpite da una grave malattia. Un ottimismo illusorio in relazione alla propria forza difensiva e all'«invulnerabilità» del proprio corpo può portare a trascurare vitali misure di protezione (p. es. sesso sicuro) e a non curarsi dei segnali d'allarme inviati dal corpo.

Le persone che ritengono molto basso il rischio di ammalarsi non necessariamente vivono in modo più salutare. In genere si nota piuttosto il contrario: in questo gruppo si trovano infatti più persone che non praticano moto nel tempo libero, che fumano (più di 20 sigarette al giorno) e che indicano di non badare troppo alla salute. La stima individuale del rischio sembra quindi non poggiare su processi razionalmente fondati. E da qui scaturisce un certo «dilemma preventivo» della stima della propria (in)vulnerabilità. Da un lato, le persone troppo paurose sono limitate per quanto concerne la loro salute psichica. Dall'altro, le persone che si ritengono invulnerabili non si lasciano convincere dalle misure preventive. È probabile quindi che per sentirsi e restare sani si necessita della «giusta misura» di spensieratezza e di motivazione a proteggersi da eventuali rischi. Soprattutto quest'ultima sembra costituire un aspetto rilevante per l'impostazione delle misure preventive atte a limitare i comportamenti rischiosi.

Circa due terzi degli intervistati, uomini e donne nella stessa misura, affermano che il loro stile di vita è influenzato da riflessioni inerenti alla salute. Un quinto dichiara addirittura che tali riflessioni dettano in larga misura la loro vita – in questo caso più donne (25%) che uomini (18%). Per tutte queste persone, la salute rappresenta un aspetto importante della loro vita. Esse dovrebbero pertanto essere sensibili nei confronti delle informazioni e raccomandazioni attorno alla salute.

Per contro, il 12% della popolazione non si cura della salute e vive senza dedicarle troppe attenzioni. Questa spensieratezza è riscontrabile soprattutto tra gli uomini, i giovani, le persone di bassa scolarità e quelle che vivono nelle regioni occidentali del Paese (T2.11). Raggiungere queste persone con idee volte a promuovere la salute è un'impresa più ardua, ma spesso sono proprio loro ad averne maggiormente bisogno.

T2.11 Quota di persone che vivono senza preoccuparsi della loro salute secondo il sesso, l'età, la formazione, la regione linguistica e l'anno di rilevazione (in %)

Uomini	14,4
Donne	9,4
dai 15 ai 24 anni	23,3
dai 25 ai 34 anni	13,4
dai 35 ai 44 anni	11,8
dai 45 ai 54 anni	9,9
dai 55 ai 64 anni	8,2
dai 65 ai 74 anni	6,0
dai 75 anni in su	7,3
Scuola dell'obbligo	15,9
Grado secondario II	10,7
Grado terziario	8,4
Svizzera tedesca	9,5
Svizzera francese	18,8
Svizzera italiana	11,8
Totale 1997	12,3
Totale 2002	11,8

3 Comportamenti che influenzano la salute

La salute dipende da tutta una serie di fattori. Svolgono un ruolo importante fattori non influenzabili, come il caso o le predisposizioni genetiche. È tuttavia incontestabile – e dal punto di vista della prevenzione forse più significativo – che anche fattori influenzabili come lo stile di vita, le condizioni ambientali o buoni contatti sociali sono determinanti per la salute fisica e psichica di ciascun individuo. Il presente capitolo affronta svariati aspetti legati ai comportamenti influenzabili, come l'attività fisica, la frequenza di consumo di determinati tipi di alimenti nonché la relazione tra un'alimentazione controllata e il peso; il consumo di alcol; il fumo, il desiderio di smettere di fumare e il fumo passivo; il consumo di psicofarmaci e, per finire, il consumo di droghe, tra cui principalmente l'hashish.

3.1 Attività fisica

L'inizio o il mantenimento di un'attività fisica regolare esercita un effetto benefico e preventivo contro numerose affezioni: malattie cardiovascolari, osteoporosi, sovrappeso e obesità. Ciononostante, nelle nostre società occidentali, l'attività fisica è diventata rara in seguito alla terziarizzazione dell'attività professionale, della meccanizzazione della vita domestica e dei trasporti¹.

Nel complesso, tre quarti delle donne e degli uomini (il 76% della popolazione) praticano regolarmente una delle seguenti attività fisiche: camminare o andare in bicicletta per almeno 30 minuti al giorno, svolgere almeno tre volte la settimana durante il tempo libero, sul lavoro, in giardino o durante le faccende domestiche attività che fanno sudare, nonché praticare uno sport con una certa intensità. Benché diminuisca leggermente con l'età, la percentuale delle persone che praticano attività di questo

tipo resta pur sempre relativamente elevata: rappresenta infatti ancora il 73% della popolazione di 75 e più anni (contro l'85% delle persone in età dai 15 ai 24 anni).

Uomini e donne optano per attività fisiche distinte. Questa scelta scaturisce probabilmente, almeno in parte, dalle differenze legate alla formazione e alle condizioni di vita o professionali: gli uomini hanno più spesso occasione di fare sforzi fisici durante il lavoro e il tempo libero. Viceversa, le donne si spostano maggiormente a piedi o in bicicletta per almeno 30 minuti al giorno (T3.1). La quota elevata di persone fisicamente attive può essere un motivo per cui la Svizzera è una delle nazioni con meno decessi dovuti a malattie cardiovascolari².

In cinque anni, la quota di persone che praticano un'attività fisica che le faccia sudare durante il tempo libero almeno tre volte alla settimana non è mutata (27%). È invece aumentata di 3 punti percentuali la quota di coloro che si spostano quotidianamente a piedi o in bicicletta, passata dal 40% al 43%, e ciò nonostante un adeguamento del tempo raccomandato³.

L'attività fisica e lo sport sono importanti e possono essere una garanzia di benessere fisico e psichico purché praticati in maniera sufficientemente regolare e intensa. L'Ufficio federale dello sport (UFSP) e l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) hanno formulato raccomandazioni per promuovere la pratica di un'attività benefica per la salute: essi consigliano pertanto di fare almeno mezz'ora al giorno di moto a un'intensità media, svolgendo comuni attività quotidiane o praticando uno sport, indipendentemente dall'età e dal sesso. La pratica di un'attività fisica d'intensità media fa venire un po' il fiatone, senza tuttavia far sudare⁴. Nell'indagine, questa raccomandazione è stata valutata tra l'altro attraverso le domande riguardanti il numero di giorni alla settimana e il tempo dedicato ogni volta a questo tipo di attività, di

¹ Gervasoni J-P, Cornuz J (2002): But no 11: Adopter des modes de vie plus sains. In: Società svizzera di salute pubblica (Ed.): Buts pour la santé en Suisse. La santé pour tous au 21ème siècle (OMS Europa). Berna. Pag. 35.

² OMS/Europa: Health for All – MDB (gennaio 2004). Database.

³ Il tempo raccomandato era di 20 minuti nel 1997; nel 2002 è passato a 30 minuti.

⁴ Lamprecht M, Stamm H (2004): Bewegungsverhalten in der Gesundheitsbefragung 2002. Observatorium Sport und Bewegung Schweiz c/o L & S, Sozialforschung und Beratung AG. Zurigo.

T3.1 Quota di popolazione praticante diverse forme di attività fisica secondo il sesso (in %)

	Donne	Uomini	Totale
Spostamenti quotidiani a piedi o in bicicletta			
no	39,6	53,3	46,1
sì, meno di 30 minuti al giorno	11,9	10,3	11,1
sì, 30 o più minuti al giorno	48,5	36,4	42,8
Sforzi fisici durante il tempo libero che fanno sudare			
no	41,0	32,2	36,8
sì, 1 a 2 volte la settimana	35,2	37,1	36,1
sì, almeno 3 volte la settimana	23,8	30,7	27,1
Attività professionale, domestica o di giardinaggio che fa sudare			
no	43,9	42,8	43,4
sì, 1 a 2 volte la settimana	30,7	26,7	28,8
sì, almeno 3 volte la settimana	25,4	30,5	27,8
Pratica dello sport, della ginnastica o del fitness			
nessuna	47,3	45,2	46,3
poco intensa	3,6	3,4	3,5
mediamente intensa	24,5	23,1	23,8
molto intensa	24,6	28,3	26,4

T3.2 Quota di popolazione con differenti gradi di attività fisica secondo il sesso e l'età (in %)

	Allenati: attività di almeno 150 minuti, ripartita su almeno 5 giorni la settimana	Regolarmente attivi: attività di almeno 150 minuti, ripartita su 1 a 4 giorni la settimana	Irregolarmente attivi: attività dai 30 ai 149 minuti ripartita sulla settimana	Parzialmente attivi: attività inferiore ai 30 minuti o inattivi
Uomini	19,0	29,5	23,9	27,6
Donne	16,6	23,2	26,7	33,5
15-24 anni	21,0	38,0	23,8	17,2
25-34 anni	18,1	27,9	28,6	25,4
35-44 anni	16,5	24,9	29,8	28,8
45-54 anni	16,1	25,0	27,3	31,6
55-64 anni	17,2	23,7	24,1	35,0
65-74 anni	19,2	24,1	18,7	38,0
75+ anni	16,8	13,7	16,4	53,1
Totale	17,8	26,2	25,3	30,7

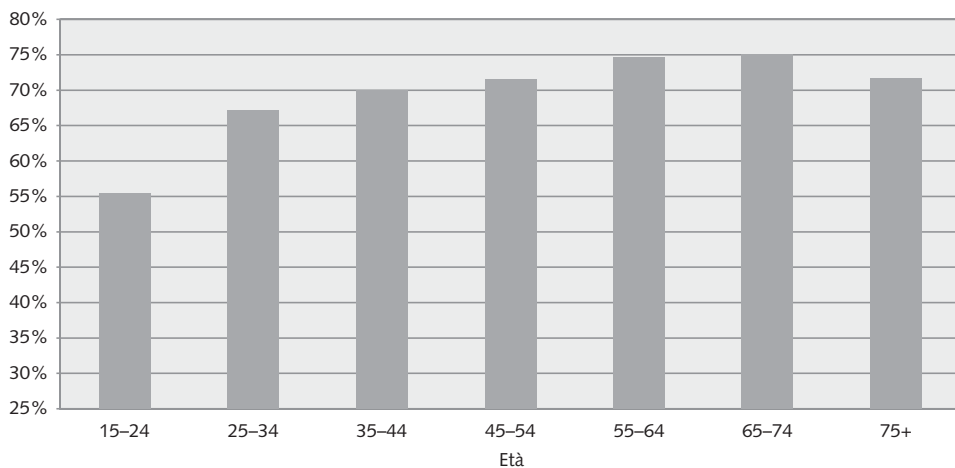
cui si citavano come esempio «marcia rapida, escursioni a piedi, ballo, giardinaggio o vari sport». In base a queste attività del tempo libero⁵, il 44% della popolazione soddisfa le raccomandazioni dell'UFSP e dell'UFSP e può quindi essere considerato attivo (il 18% rientra nella categoria «allenati» e il 26% in quella «regolarmente attivi»⁶) (T3.2).

3.2 Alimentazione

Lo stato attuale delle conoscenze scientifiche in materia di alimentazione e salute permette di affermare che esiste un legame diretto tra il comportamento alimentare e malattie cosiddette della civilizzazione, come il sovrappeso, il diabete, le malattie cardiovascolari e i tumori. Queste malattie prosperano – in termini di mortalità precoce e morbilità – sulla scia di abitudini alimentari sbagliate. Oltre ai fattori di rischio, come un consumo elevato di grassi, svolgono un ruolo importante anche certi fattori protettivi nell'alimentazione, come i micronutrienti, gli antiossidanti o le fibre alimentari⁷. Ecco perché l'alimentazione e l'attività fisica sono temi importanti in materia di prevenzione⁸.

Un'alimentazione appropriata presuppone una conoscenza delle componenti ingerite. Su questa base, l'alimentazione deve essere sana, equilibrata e moderata. Il 69% della popolazione è attento all'alimentazione, le donne nettamente di più degli uomini (76% e 62% rispettivamente)⁹. La quota più bassa degli uomini non vuole necessariamente dire che essi mangiano in modo meno equilibrato: prestano meno attenzione alla loro alimentazione, ma forse un'altra persona vicina se ne occupa al loro posto. Paragonando le classi d'età, si osserva una crescita regolare dell'attenzione, che raggiunge il suo apice dai 55 ai 74 anni, classe d'età in cui tre quarti della popolazione sono attenti all'alimentazione, per poi inclinarsi leggermente dopo i 75 anni (G3.1). Questa attenzione è una scelta o un obbligo conseguente alla comparsa di determinate malattie che implicano un controllo alimentare mirato? Paragonando le tre regioni linguistiche, emerge una nettissima differenza tra i romandi e le altre due regioni linguistiche: se nella Svizzera tedesca e italiana praticamente tre persone su quattro (74% e 73% rispettivamente) sono attente a ciò che mangiano, nella Svizzera romanda lo è poco più di una su due (54%).

Quota di popolazione che presta attenzione all'alimentazione secondo l'età G 3.1



© Ufficio federale di statistica (UST)

⁵ Le attività fisiche professionali non sono prese in considerazione in questa valutazione.

⁶ Secondo i criteri dell'UFSP e dell'UFSP, una persona è «allenata» quando esercita un'attività per almeno due ore e mezzo, ripartite su almeno cinque giorni, ogni settimana; è considerata «regolarmente attiva» quando esercita un'attività per almeno due ore e mezzo alla settimana, ma ripartite su uno fino a quattro giorni.

⁷ Ufficio federale della sanità pubblica (2001): Plan d'action alimentation et santé: une politique nutritionnelle pour la Suisse. Berna.

⁸ Gervasoni J-P, Cornuz J (2002): But no 11: Adopter des modes de vie plus sains. In: Società svizzera di salute pubblica (Ed.): Buts pour la santé en Suisse. La santé pour tous au 21ème siècle (OMS Europa). Berna. Pag. 35-36.

⁹ Tschannen A, Calmonte R (2005): «Habitudes alimentaires en Suisse»: StatSanté (in stampa), Ufficio federale di statistica. Neuchâtel.

Per ridurre il rischio di malattie legate all'alimentazione, è importante mangiare frutta e verdura più volte al giorno (di regola cinque). Un consumo regolare e sufficiente esercita un'azione protettiva nei confronti di certe forme di tumore. Ciononostante, solo il 59% della popolazione mangia frutta e verdura ogni giorno.

La frequenza di consumo di questi alimenti varia fortemente secondo il sesso e l'età: da un lato consuma frutta e verdura giornalmente il 70% delle donne contro solo il 49% degli uomini; dall'altro tra i giovani (15-24 anni) lo fa poco meno di uno su due (45%) e tra i pensionati (65 e più anni) quasi tre quarti (74%).

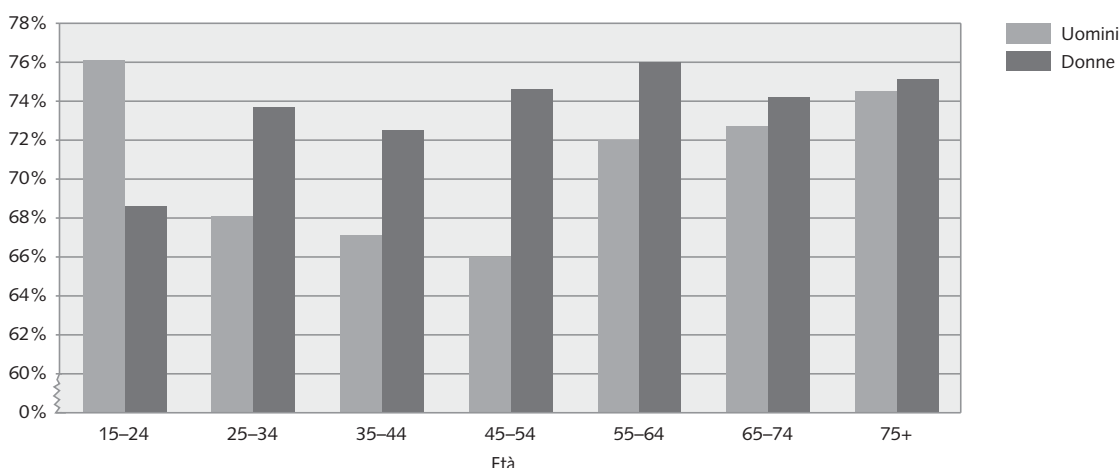
Il latte e i latticini, come lo yogurt, la ricotta o il formaggio, sono una fonte importante di calcio. È riconosciuto che il loro consumo quotidiano diminuisce il rischio di osteoporosi. Oltre al calcio, questi alimenti contengono ovviamente proteine, ma anche acidi grassi saturi, che possono favorire le malattie cardiovascolari. Per questo motivo, al posto di bandirne il consumo, la Società svizzera di nutrizione raccomanda vivamente di privilegiare prodotti a contenuto di grassi ridotto e latte parzialmente o interamente scremato. In questo modo, il loro consumo agisce sull'osteoporosi senza favorire altre malattie. Complessivamente, il 72% della popolazione beve o mangia latticini almeno una volta al giorno. Le donne lo fanno leggermente più spesso degli uomini (73% contro il 70%). Un'alimentazione ricca di calcio sin dalla tenera età permette di formare e fortificare le ossa

durante la crescita. A partire dall'età adulta, un consumo sufficiente esercita un effetto di mantenimento per contribuire poi – a partire dalla terza età – a un rallentamento della decalcificazione delle ossa. È interessante notare che verso i cinquant'anni la frequenza di consumo aumenta: per le donne questo cambiamento coincide con la menopausa (45-54 anni), mentre per gli uomini l'aumento interviene un po' più tardi, verso i 55 anni (G3.2).

L'organismo di un adulto ha bisogno di 2,5 litri di liquidi al giorno. La quantità di bevande assunte dovrebbe essere in media di 1,5 litri, mentre il resto è fornito dagli alimenti. L'apporto idrico indispensabile al corpo può variare secondo vari fattori, come sudorazione abbondante, temperatura elevata o addirittura certe malattie¹⁰. Considerando questa media quotidiana, la popolazione svizzera beve abbastanza per soddisfare i suoi bisogni fisiologici: 1,8 litri di bevande non alcoliche. Ciononostante, questo consumo non è ripartito uniformemente. Un po' più di un quarto della popolazione (27%) non beve più di un litro di bevande analcoliche al giorno. La quota aumenta fortemente con l'età e passa dal 22% nella classe 15-24 anni al 38% per le persone di 75 e più anni. Se un consumo abbondante può non comportare alcun problema per l'organismo, un consumo insufficiente può non solo favorire a lungo termine la costipazione, ma anche provocare un disseccamento della pelle e portare a una disidratazione (ad esempio in caso di forte calura).

Quote di uomini e donne che consumano quotidianamente prodotti a base di latte secondo l'età

G 3.2



¹⁰ Associazione svizzera di Nutrizione (2004): Apporto di acqua e bevande. Schede informative sull'alimentazione. CD vol 2. Berna.

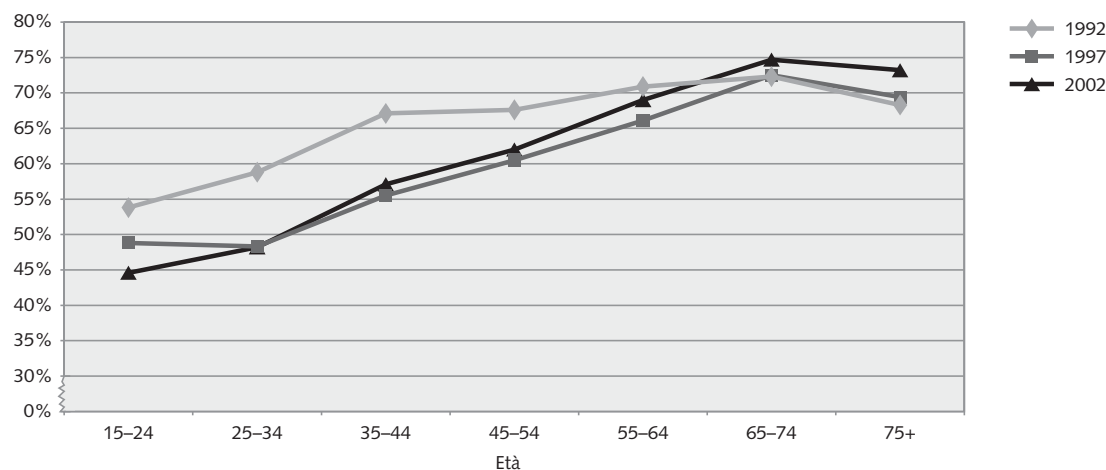
T3.3 Quote di donne e uomini soddisfatti del loro peso e che prestano attenzione alla propria alimentazione o che praticano un'attività fisica, secondo l'indice di massa corporea (IMC)¹ (in %)

	Soddisfatti del peso	Attenzione all'alimentazione	Attività fisica per almeno 3 volte la settimana	Totale IMC
Donne				
sottopeso	87,2	72,3	27,3	20,3
peso norma	68,5	77,3	24,8	50,4
sovrappeso	31,3	76,4	19,9	21,8
obesità	18,8	77,4	20,3	7,5
Uomini				
sottopeso	76,3	53,6	34,6	5,2
peso norma	87,5	63,1	36,6	49,3
sovrappeso	55,4	61,8	24,8	37,5
obesità	29,3	58,3	19,5	7,9

¹ sottopeso: IMC<20; peso norma: 20≤IMC<25; sovrappeso: 25≤IMC<30; obesità: IMC≥30

Visto che il 69% della popolazione residente in Svizzera fa attenzione all'alimentazione è lecito chiedersi se la gente è soddisfatta del proprio peso. Lo è il 60% delle donne e il 71% degli uomini. Analizzando le cifre secondo il sesso e l'età, emerge che per gli uomini la curva di soddisfazione tende a formare una U, con una concentrazione di insoddisfatti tra i 45 e i 54 anni. Per le donne, invece, la soddisfazione diminuisce costantemente, per poi aumentare nuovamente solo a partire dai 75 anni. Misurazioni obiettive in base all'indice di massa corporea (body mass index, BMI) mostrano una stretta correlazione col grado di soddisfazione: più è elevato il BMI e più è basso il grado di soddisfazione. L'influenza del peso sull'attività fisica è invece solo leggera e quella sull'attenzione riservata all'alimentazione è nulla (T3.3).

L'attenzione prestata all'alimentazione da parte della popolazione non è praticamente mutata sull'arco di dieci anni (68% nel 1992 contro il 69% nel 2002) ad eccezione delle persone di 75 e più anni, tra le quali è passata dal 65% nel 1992 al 72% nel 2002. Considerando alimenti importanti, come frutta e verdura, si constata lo stesso aumento per questa fascia d'età. Tra i giovani si registra invece una netta flessione del consumo tra 1992 e il 2002. Nel corso degli anni, il consumo quotidiano di frutta e verdura è infatti diminuito sensibilmente nella classe d'età 15-24 anni: mangiava almeno un frutto o una verdura ogni giorno il 54% di loro nel 1992 e il 49% nel 1997, mentre nel 2002 questa quota è scesa ulteriormente raggiungendo il 45%. Tra gli anziani si rileva invece il fenomeno opposto: in dieci anni, il loro consumo quotidiano di frutta e verdura è passato dal 68% al 73% (G3.3).

Quota di popolazione che dichiara di consumare quotidianamente frutta e verdura secondo l'età
G 3.3


© Ufficio federale di statistica (UST)

3.3 Consumo di alcol

Come una medaglia, anche il consumo di alcol ha un rovescio. Se da un lato un consumo moderato di alcol ha un'azione protettiva, prevenendo l'insorgere di determinati disturbi cardiovascolari o frenandone lo sviluppo, dall'altro un consumo eccessivo fa perdere parecchi anni di vita, provoca molteplici malattie croniche e incidenti¹¹ e genera ogni anno un costo sociale di circa 6,5 miliardi di franchi¹². È importante sottolineare che tra i giovani è all'origine di un numero elevato di menomazioni o anni di vita persi (a causa degli incidenti della circolazione, ad esempio).

La ripartizione delle abitudini di consumo di alcol diverge da una regione linguistica all'altra: gli svizzeri tedeschi consumano meno alcol quotidianamente e bevono bevande alcoliche una o due volte alla settimana, piuttosto durante il fine settimana. Registrano però anche la minor quota di astemi (20%). Per i ticinesi, invece, è il contrario: sono di più coloro che ripartiscono uniformemente il consumo durante la settimana (il 27% ne consuma giornalmente), ma anche coloro che si dichiarano astemi (37%). Quanto ai romandi, il loro comportamento si colloca a metà strada tra quello dei ticinesi e quello degli svizzeri tedeschi (G3.4).

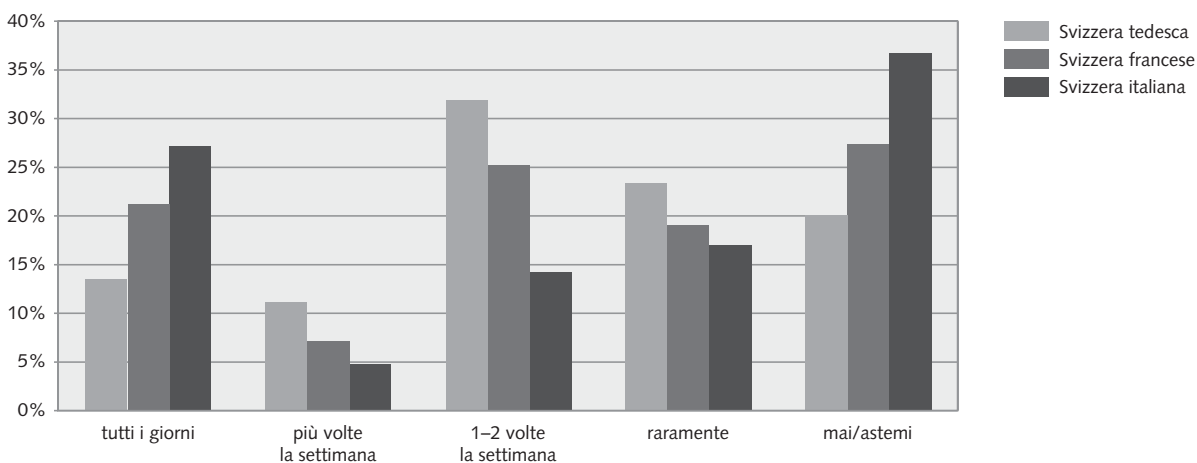
In generale, si presume che si può parlare di rischio medio di danni alla salute a partire da un consumo quotidiano di alcol di 20 g per le donne e 40 g per gli uomini, mentre sussiste un rischio elevato a partire da 40 g al giorno per le donne e 60 g per gli uomini. L'azione protettiva interviene invece con un massimo di un bicchiere al giorno (circa 10 g di alcol puro) per le donne e di due bicchieri per gli uomini. Queste dosi si riferiscono comunque a un consumo regolare e non «accumulato» per poi permettersi, ad esempio a fine settimana, un consumo massivo.

In Svizzera, il 3% delle donne e il 4% degli uomini hanno abitudini di consumo di alcol che comportano un rischio medio per la salute. Questo rischio è elevato per poco più dell'1% delle donne e per quasi il 3% degli uomini (T3.4). Si rilevano inoltre differenze notevoli tra le regioni linguistiche: nel complesso gli svizzeri tedeschi corrono un rischio inferiore rispetto ai romandi o ai ticinesi. Sarebbe quindi un errore parlare di consumo uniforme in Svizzera.

In termini di consumo di alcol sono gli uomini a dominare. In tutte le regioni linguistiche, le donne preferiscono il vino, una preferenza particolarmente netta nella Svizzera romanda e italiana. Contrariamente a un'idea ampiamente diffusa, non sono gli svizzeri tedeschi a bere

Ripartizione della frequenza di consumo di bevande alcoliche secondo la regione linguistica

G 3.4



© Ufficio federale di statistica (UST)

¹¹ Organizzazione mondiale della sanità (OMS) (2002): Rapport sur la santé dans le monde. Ginevra.

¹² Jeanrenaud C, Priez F, Pellegrini S, Chevrou-Séverac H, Vitale S (2003): Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse. Institut de recherches économiques et régionales (IRER). Neuchâtel.

più birra, ma i ticinesi, seguiti dai romandi, anche se la loro preferenza va al vino. La quantità consumata per volta è invece più elevata per gli svizzeri tedeschi (T3.5). Analizzando la frequenza di consumo secondo l'età e il sesso, emerge che gli uomini bevono più spesso birra tra i 35 e i 54 anni. Per le donne, la frequenza di consumo diminuisce con l'età. Per il vino, le occasioni di bere aumentano con l'età, indipendentemente dal sesso. Per i superalcolici, si osserva invece la frequenza più elevata di consumo alle due estremità della piramide dell'età: nella classe d'età 15-24 anni e a partire dai 65 anni, in particolare tra gli uomini.

All'inizio degli anni Ottanta, l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha incaricato un gruppo di esperti di sviluppare uno strumento che permettesse di riconoscere precocemente i problemi legati all'alcolismo. Questo strumento, denominato AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), doveva poter essere utilizzato anche quale strumento di screening nell'ambito di sondaggi demoscopici¹³.

In base all'AUDIT, circa 424'000 persone, pari al 9% della popolazione residente in Svizzera che consuma alcol (lo strumento non considera gli astemi), bevono in modo problematico (4% delle donne; 14% degli uomini). Paragonando le differenze secondo il sesso, la quota di donne il cui consumo è problematico è praticamente identica nelle tre regioni linguistiche (4%). Tra gli uomini, la quota maggiore di bevitori problematici si registra nella Svizzera francese (19%, contro il 13% nella Svizzera tedesca e l'11% in Ticino). Se si tiene inoltre conto delle differenti quote di astemi, nella Svizzera romanda il consumo di alcol problematico rappresenta un problema nettamente maggiore che nelle altre due regioni.

Il grafico G3.5 relativizza un po' le quote elevate di persone con un consumo di alcol problematico. Il consumo problematico sembra infatti diminuire con l'età, ma la dipendenza dall'alcol richiede circa 10-20 anni per svilupparsi: gli adolescenti e i giovani adulti sono quindi più raramente dipendenti, anche se il loro consumo richiama un modello problematico. La maggior parte degli alcolisti in cura rientra quindi nelle classi di età medie¹⁴.

T3.4 Ripartizione del rischio in base al consumo quotidiano di alcol puro (in grammi) secondo la regione linguistica (in %)

	Svizzera tedesca	Svizzera francese	Svizzera italiana	Totale
Donne				
astemie	27,9	36,4	50,1	31,0
rischio esiguo (<20 gr/giorno)	68,3	58,3	41,2	64,6
rischio medio (20≤gr<40 gr/giorno)	2,9	3,9	6,3	3,3
rischio elevato (≥40 gr/giorno)	0,9	1,5	(2,4)	1,1
Uomini				
astemi	13,2	17,6	22,2	14,6
rischio esiguo (<40 gr/giorno)	80,8	72,6	65,2	78,3
rischio medio (40≤gr<60/giorno)	3,7	5,1	7,7	4,2
rischio elevato (≥60 gr/giorno)	2,3	4,7	5,0	2,9

Le cifre tra parentesi si basano su meno di 30 osservazioni.

¹³ Babor T F, De La Fuente JR, Saunderson J, Grant M (1998): Audit – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care. World Health Organization, Division of Mental Health. Ginevra.

¹⁴ Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e altre tossicomanie (2004): Alcool. In: Chiffres et données. Losanna. Pag. 6-41.

T3.5 Numero di opportunità di assumere bevande alcoliche e quantità consumata per occasione secondo il tipo di bevanda (astemi esclusi)

		Numero di opportunità annue			Quantità consumata per occasione (in litri)		
		Birra	Vino	Alcolici	Birra	Vino	Alcolici
Donne	Svizzera tedesca	24	108	22	0,25	0,17	0,03
	Svizzera francese	27	161	20	0,26	0,16	0,02
	Svizzera italiana	36	213	26	0,28	0,15	0,02
	15-24 anni	33	38	33	0,37	0,13	0,04
	25-34 anni	26	87	22	0,28	0,17	0,03
	35-44 anni	23	112	17	0,24	0,18	0,03
	45-54 anni	21	135	18	0,24	0,17	0,02
	55-64 anni	31	170	23	0,23	0,17	0,02
	65-74 anni	20	173	19	0,20	0,16	0,02
	75+ anni	17	183	23	0,14	0,16	0,02
	Totale	25	123	22	0,25	0,16	0,03
Uomini	Svizzera tedesca	94	120	39	0,54	0,19	0,04
	Svizzera francese	119	213	42	0,48	0,19	0,04
	Svizzera italiana	120	276	53	0,45	0,16	0,03
	15-24 anni	87	40	48	0,75	0,15	0,06
	25-34 anni	89	93	36	0,60	0,20	0,04
	35-44 anni	111	129	36	0,53	0,21	0,04
	45-54 anni	118	168	39	0,50	0,20	0,03
	55-64 anni	105	203	35	0,42	0,19	0,03
	65-74 anni	99	242	50	0,41	0,18	0,03
	75+ anni	69	247	47	0,30	0,15	0,02
	Totale	101	146	40	0,53	0,19	0,04

Negli adolescenti e nei giovani adulti, l'AUDIT non va quindi visto come rivelatore di alcolismo. Evidentemente, questa popolazione interpreta i problemi legati all'alcol diversamente dagli esperti, un risultato che emerge anche in altre culture, con abitudini di consumo differenti.

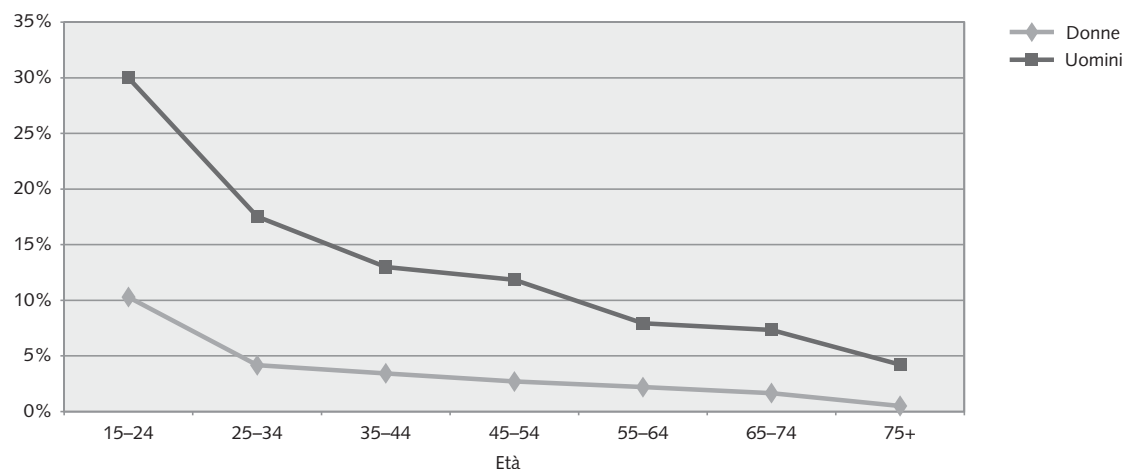
È importante notare che in dieci anni il tasso di coloro che si dichiarano astemi è progredito sensibilmente, indipendentemente dal sesso. La loro quota era del 16% nel 1992 e del 23% nel 2002. Gli uomini passano dal 9% al 14%, le donne dal 22% al 30%. Si osserva anche

un cambiamento nelle abitudini di consumo: sono meno le persone che consumano alcol ogni giorno, mentre si opta maggiormente per un consumo settimanale incentrato sostanzialmente sul fine settimana.

L'analisi specifica del numero di occasioni di bere sull'arco dell'anno rivela una leggera differenza di comportamento tra i sessi: per gli uomini il numero di occasioni di bere diminuisce leggermente (almeno per la birra e per il vino), mentre le donne tendono ad aumentare la loro frequenza per il vino e i superalcolici (T3.6).

**Quota di popolazione con un consumo di alcol problematico
(in base all'Audit) secondo il sesso e l'età**

G 3.5



© Ufficio federale di statistica (UST)

T3.6 Raffronto tra il 1997 e il 2002 del numero di opportunità di assumere bevande alcoliche e quantità consumata per occasione secondo il tipo di bevanda (astemi esclusi)

		Numero di opportunità annue			Quantità consumata per occasione (in litri)		
		Birra	Vino	Alcolici	Birra	Vino	Alcolici
Donne	1997	25	120	17	0,24	0,17	0,02
	2002	25	123	22	0,25	0,16	0,03
Uomini	1997	110	151	40	0,54	0,20	0,04
	2002	101	146	40	0,53	0,19	0,04

3.4 Fumo

Il tabagismo è probabilmente la principale causa di morte evitabile nel mondo. Visto che in Svizzera ancora oggi ogni anno muoiono quasi 8'300 persone a causa del fumo^{15, 16}, è lecito chiedersi se la prevenzione non abbia fallito. In realtà, negli ultimi dieci anni la quota di fumatori è rimasta relativamente stabile.

Il 31% della popolazione residente di 15 e più anni fuma (36% degli uomini, 26% delle donne). Nel complesso, la quota di fumatori diminuisce con l'età, mentre quella di ex fumatori aumenta, per poi diminuire leggermente a partire da 55 anni. Di conseguenza, la quota di persone che non hanno mai fumato dapprima diminuisce, per poi aumentare sensibilmente in età avanzata, il che è sicuramente legato alla maggior speranza di vita di queste persone (G3.6).

In media, le donne fumano un po' meno (l'equivalente di 11,6 sigarette al giorno contro le 14,1 degli uomini).

Si può parlare di dipendenza dal tabacco di fronte a un consumo equivalente a 10 sigarette¹⁷ al giorno. Complessivamente, rientra in questa categoria poco più del 60% dei fumatori: ciò significa che in Svizzera, più di un milione di persone è dipendente dalla nicotina. Benché siano meno numerose e fumino mediamente di meno, le donne presentano grosso modo le stesse quote di dipendenza dal fumo. Le donne sono inoltre anche più raramente «fumatrici occasionali» (consumo non quotidiano).

Dal 1992 al 2002, la quota di fumatori è rimasta praticamente stabile, attorno al 30%. Questa situazione è dovuta essenzialmente alla stabilizzazione del consumo di tabacco da parte degli uomini, mentre tra le donne si registra una leggera progressione, dal 24% (1992) al 26% (2002). Analisi dettagliate secondo l'età mostrano

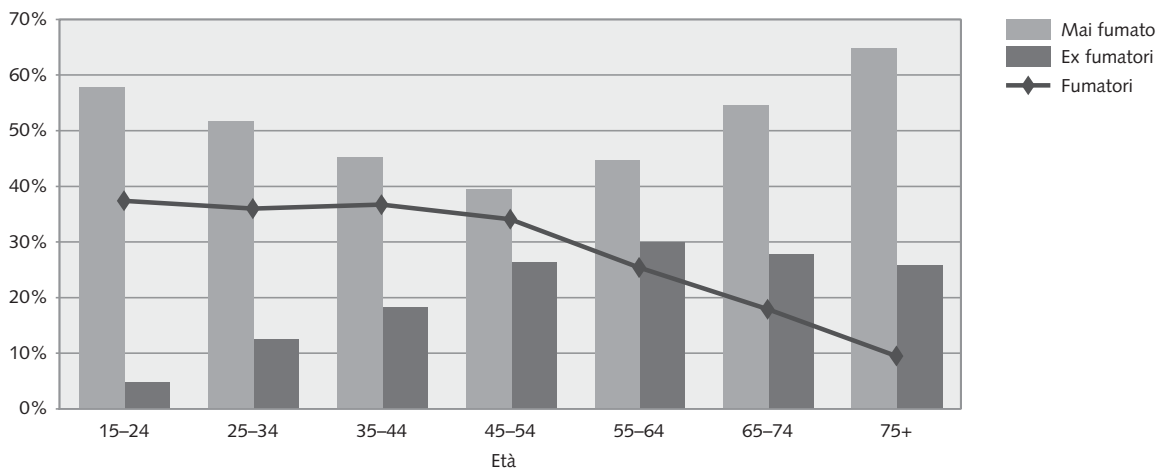
¹⁵ Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e altre tossicomanie (2004): Tabac. In: Chiffres et données. Losanna. Pag. 44-62.

¹⁶ Frei A (1998): Kostenanalyse des Tabakkonsums in der Schweiz. Teil 1: Epidemiologie, Teil 2: Direkte Kosten. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Basilea: HealthEcon.

¹⁷ Questa misura comprende tutti i prodotti del tabacco (sigari, cigarillos e pipe) convertiti in equivalente di sigarette.

Quote di fumatori, di ex fumatori e di persone che non hanno mai fumato secondo l'età

G 3.6



© Ufficio federale di statistica (UST)

tuttavia un incremento importante del numero di fumatori nella classe d'età 15-24 anni tra il 1992 e il 2002 (31 % nel 1992; 37% nel 2002)¹⁸. Se nel complesso in dieci anni il numero di fumatori è rimasto quasi stabile, il numero di sigarette fumate è sensibilmente diminuito. In media, un fumatore consumava 15,3 sigarette al giorno nel 1992 contro 13,0 nel 2002. Dieci anni fa la quota di persone considerate dipendenti (l'equivalente di 10 e più sigarette al giorno) era quindi del 71%; nel 2002 questa percentuale è scesa al 62%. Benché nel corso di questo periodo il numero dei giovani fumatori sia aumentato, la quantità di sigarette fumate è diminuita (G3.7). Le misure di prevenzione adottate nel frattempo hanno fatto effetto? In tutti i casi, il ripetuto rialzo del prezzo delle sigarette sembra avere un influsso sulla quantità di sigarette fumate ed esercita anche un effetto dissuasivo, soprattutto tra i giovani.

La capacità della nicotina di creare dipendenza è molto grande: tra le persone che nei 12 mesi precedenti l'indagine hanno cercato di smettere di fumare solo il 16% ci è riuscito. Tra i fumatori, solo il 40% non vuole smettere di fumare, contro il 33% che invece vorrebbe smettere e il 27% che ci ha provato seriamente (e non

ha fumato per almeno 14 giorni), ma poi ha ricominciato. Non emergono grandi differenze tra i sessi. A partire dai 25 anni, la quota di fumatori che cercano di smettere è del 26%. Il desiderio di smettere di fumare diminuisce con l'età, mentre parallelamente aumentano le quote di coloro che non intendono smettere. Non è possibile dire in che misura intervengano l'«esperienza» di non poter più smettere o la convinzione di essere invecchiati malgrado il fumo. Ma smettere di fumare evita di buttare via anni di vita a qualsiasi età ed è sempre possibile liberarsi dalla dipendenza anche dopo tentativi andati male¹⁹.

Su dieci persone che hanno cercato seriamente o sono riuscite a smettere di fumare nel corso degli ultimi 12 mesi otto hanno deciso di non utilizzare alcun mezzo ausiliario e due hanno optato per un ausilio, compresi quelli a base di nicotina²⁰. Alcuni mezzi ausiliari possono aiutare soprattutto ai primi tentativi, ma la chiave del successo sta essenzialmente nella volontà, il che presuppone indubbiamente una preparazione psichica e l'apprendimento della capacità di gestire la disassuefazione (G3.8).

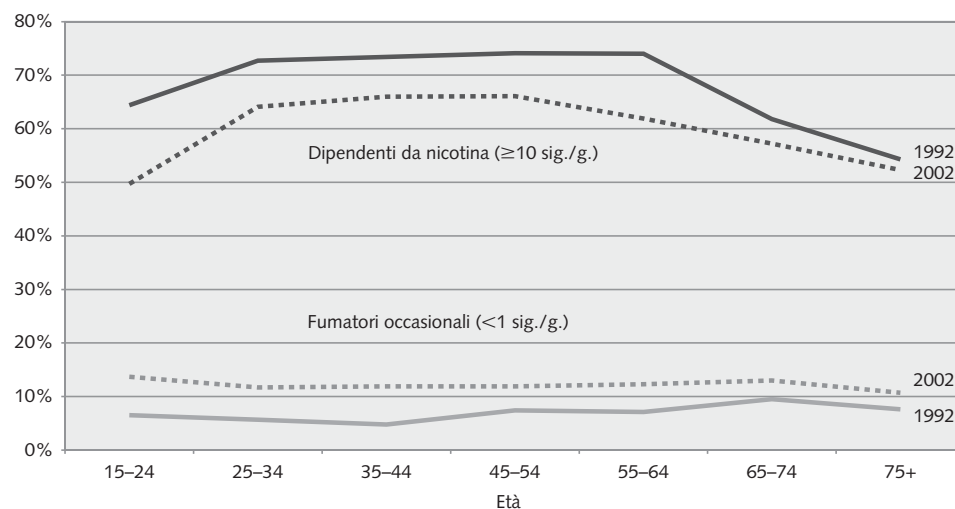
¹⁸ Vedi anche il capitolo 6: Adolescenti e giovani adulti: condizioni psicosociali, salute e consumo di sostanze psicotropiche.

¹⁹ Cornuz J, Besson J (2002): But no 12: Réduire les dommages causés par l'alcoolisme, la toxicomanie et le tabagisme. In: Società svizzera di salute pubblica (Ed.): Buts pour la santé en Suisse. La santé pour tous au 21ème siècle (OMS Europa). Berna. Pag. 37-39.

²⁰ L'indagine non fornisce alcuna precisazione sugli «altri mezzi ausiliari», salvo l'indicazione che dovevano essere privi di nicotina. Il mezzo poteva quindi essere ad esempio il fatto di succhiare un bastoncino di liquirizia o una caramella o di dedicarsi a un'attività specifica per distogliere la voglia.

Ripartizione dei fumatori per numero (medio) di sigarette fumate secondo l'età

G 3.7



© Ufficio federale di statistica (UST)

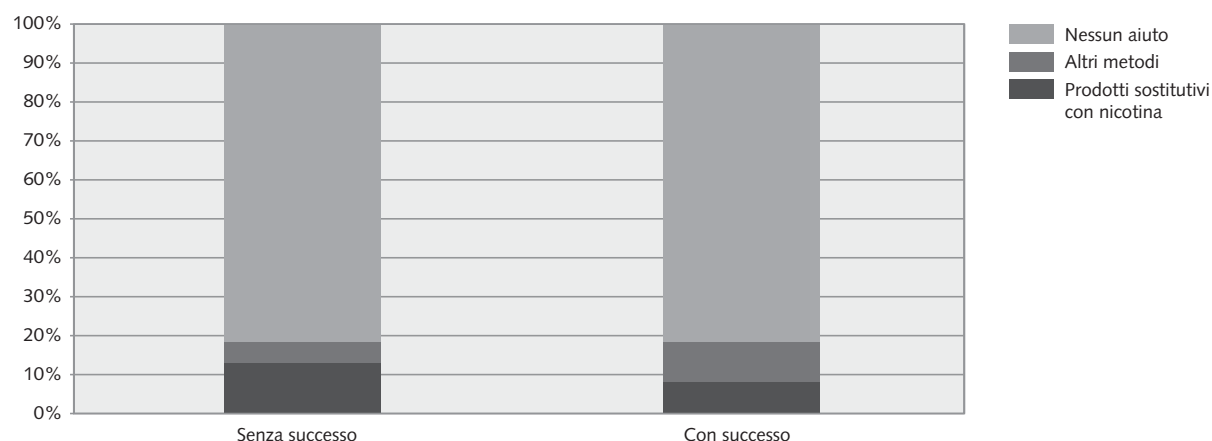
È incoraggiante constatare che tra il 1992 e il 2002 è aumentata la consapevolezza della pericolosità del tabacco. In effetti, nel 1992 voleva smettere di fumare un fumatore su due (55%) contro sei su dieci (61%) nel 2002 (G3.9).

Il fumo passivo è costituito dal fumo di tabacco esalato dal fumatore e, soprattutto, dalla corrente secondaria emessa nell'atmosfera dalle sigarette accese. Dal punto di vista della composizione chimica, il fumo inalato

passivamente è analogo a quello inalato attivamente, ma contiene una quota di sostanze cancerogene e tossiche talvolta più elevata²¹. Nei non fumatori esposti, il fumo passivo può causare tumori del polmone, malattie cardiovascolari, asma e infezioni delle vie respiratorie – a seconda del grado di esposizione²². È stato sperimentato che basta mezz'ora di esposizione al fumo passivo per indebolire temporaneamente il cuore di un non fumatore. Altre analisi molto precise mostrano inoltre che il

Quota di fumatori che hanno tentato di smettere di fumare secondo il successo e i mezzi utilizzati

G 3.8



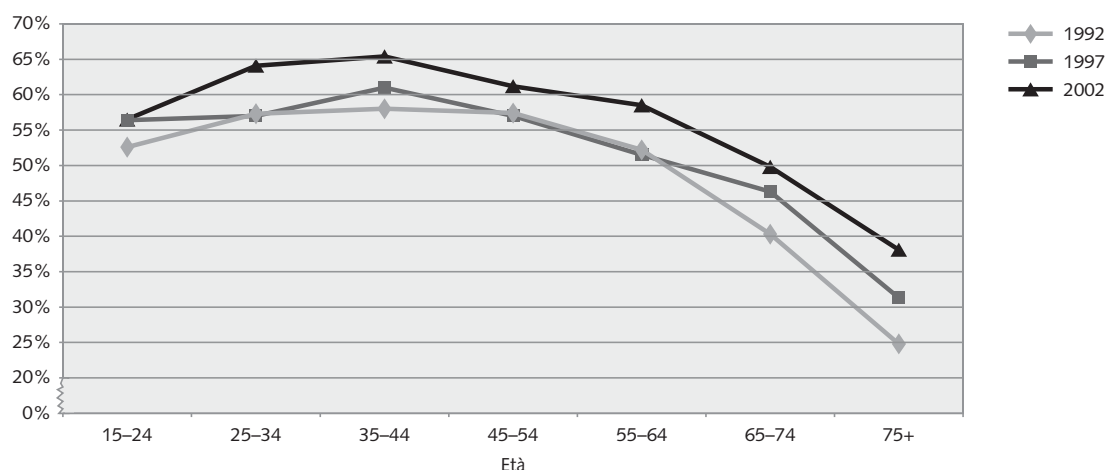
© Ufficio federale di statistica (UST)

²¹ Factsheet (maggio 2004): Tabagisme passif, Ufficio federale della sanità pubblica, Berna.

²² Bonita R, Duncan J, Truelsen T, Jackson RT, Beaglehole R (1999): Passive smoking as well as active smoking increases the risk of acute stroke. Tobacco Control 8: pag. 156-160.

Quota di fumatori che desiderano smettere di fumare secondo l'età

G 3.9



© Ufficio federale di statistica (UST)

fumo passivo costante aumenta del 25% circa il rischio di tumori del polmone o malattie cardiovascolari. Rispetto al rischio corso dai fumatori attivi – che è di 15-20 volte più elevato – questa cifra può sembrare irrisoria, ma non bisogna dimenticare che si tratta di un influsso ambientale, che non ha nulla a che vedere con un'abitudine risultante da una scelta personale²³. In Svizzera, un non fumatore su quattro (27%) è esposto al fumo del tabacco di altre persone almeno un'ora al giorno. Nei giovani in età dai 15 ai 24 anni, questa quota

balza a uno su due (48%). Analizzando le cifre relative all'esposizione secondo la regione linguistica, emergono forti differenze tra la Svizzera tedesca e quella latina: la Svizzera tedesca ha forse una soglia di tolleranza più bassa nei confronti dei fumatori? O impone un'infrastruttura più rigorosa per proteggere la salute dei non fumatori? È un fatto che nella Svizzera tedesca subisce il fumo passivo almeno un'ora al giorno il 24% dei non fumatori contro il 32% delle regioni latine (romandi e ticinesi) (T3.7).

T3.7 Quota di non fumatori esposti al fumo per almeno un ora al giorno secondo il sesso, l'età e la regione linguistica (in %)

	Svizzera tedesca	Svizzera francese	Svizzera italiana	Totale
Uomini	32,7	37,3	40,7	34,0
Donne	17,9	27,7	25,8	20,6
15-24 anni	48,1	60,5	65,8	51,5
25-34 anni	32,7	35,0	38,5	33,6
35-44 anni	27,6	40,2	34,0	30,8
45-54 anni	26,1	31,6	39,2	27,9
55-64 anni	17,9	24,4	24,7	19,7
65-74 anni	7,7	12,3	(13,3)	9,0
75+ anni	4,0	7,6	(9,3)	5,1
Totale	24,5	31,7	32,1	26,5

Le cifre tra parentesi si basano su meno di 30 osservazioni.

²³ Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e altre tossicomanie (2005): Infodrogue Tabac. Losanna.

3.5 Consumo di farmaci

I progressi della medicina in generale e della ricerca farmaceutica in particolare hanno permesso di trattare e curare numerose malattie a cui fino a pochi decenni fa si assisteva ancora impotenti o almeno di alleviarne i dolori. Parallelamente al continuo sviluppo di principi attivi utilizzabili in medicina è cresciuto il numero di medicinali disponibili. Nel 2002 erano registrati in Svizzera 6'700 preparati terapeutici, di cui circa la metà soggetta a prescrizione medica (57%)²⁴. Nello stesso anno, le spese per i farmaci ammontavano al 10% del totale dei costi della salute e circa due terzi di queste spese erano rappresentate da farmaci soggetti a prescrizione medica.

Se l'uso dei farmaci in commercio ha un'utilità innegabile per la salute pubblica, l'assunzione di sostanze terapeutiche senza controllo medico può produrre effetti indesiderati e rivelarsi rischiosa se non rispetta le condizioni richieste. Stime approssimative calcolano che quasi il 10% dei farmaci comporta un potenziale di uso sconsigliato. La maggior parte dei farmaci con tale potenziale di abuso esercita un'azione psicotropica benefica nel quadro di certe terapie e rientra nelle categorie seguenti: ipnotici (sonniferi), tranquillanti, analgesici e stimolanti. Gli abusi di antidepressivi e neurolettici sembrano meno frequenti, presumibilmente a causa delle indicazioni e degli effetti specifici, nonché degli effetti collaterali che spesso si osservano. Sono a rischio di abuso anche altri preparati contenenti sostanze psicoattive, ma utilizzati solo indirettamente a scopo terapeutico: basti pensare ad esempio alla maggior parte dei rimedi contro la tosse (oppiacei) e degli inibitori dell'appetito (sostanze simili alle amfetamine). Fanno eccezione i lassativi, noti per il loro potenziale di abuso pur non esercitando nessuna azione psicoattiva diretta: si rileva un consumo quotidiano di lassativi nell'1% circa della popolazione (nelle donne due volte di più che negli uomini), una quota relativamente stabile almeno dalla prima indagine, realizzata a livello nazionale nel 1992. Il numero esiguo di casi rilevati tra le 19'700 persone che facevano parte del campione dell'indagine sulla salute in Svizzera nel 2002 non consente ulteriori suddivisioni dell'analisi statistica, ad esempio secondo l'età o le regioni linguistiche.

In Svizzera, come del resto ovunque²⁵, le donne consumano nettamente più farmaci degli uomini (T3.8). Varie teorie tentano di spiegare questo fenomeno osservabile a livello mondiale: è possibile che le donne prendano sul serio e problematizzino i problemi fisici e psichici più degli uomini, fino ad adottare strategie di rimozione e automedicazione in reazione allo stress. Si direbbe che mentre gli uomini ricorrono all'alcol, le donne preferiscono i medicinali. Anche lo schema di suddivisione dei ruoli nel mondo del lavoro può contribuire alla spiegazione: vari studi realizzati in Svizzera hanno infatti rivelato che le differenze tra i sessi nel consumo di farmaci sono legate in parte alla diversità osservata nella vita professionale. Le donne casalinghe, che non esercitano alcuna attività professionale, sono più numerose a consumare farmaci di quelle che lavorano a tempo pieno o parziale.

L'ISS del 2002 conferma un altro fenomeno: indipendentemente dal sesso, gli abitanti della Svizzera tedesca consumano nettamente meno farmaci di quelli delle regioni latine (T3.9). Questa differenza regionale persiste anche se si considerano i fattori che influenzano la salute, l'età o il numero di consultazioni mediche²⁶. Fattori culturali, come un modo diverso di percepire la malattia, non sembrano quindi fornire spiegazioni sufficienti. È probabile che le differenze risultino piuttosto dalle prassi dei medici a livello di prescrizioni mediche. Da questo punto di vista, per i sonniferi e i tranquillanti le differenze tra le regioni linguistiche sono maggiori che per gli antidolorifici.

Nel complesso, sono consumati su prescrizione medica l'88% dei sonniferi e l'85% dei tranquillanti contro «solo» il 56% degli analgesici.

²⁴ Interpharma (2003). *Le marché du médicament en Suisse*. Basilea.

²⁵ Maffli E (2000): *L'usage de médicaments comportant un potentiel de dépendance*. In: Maffli E (Ed.): *L'abus de médicaments en Suisse: état des lieux et pistes pratiques*. Losanna: ISPA-Press. Pag. 39-47.

²⁶ Gmel G. (2000): *Verbreitung und Einflussfaktoren des Gebrauchs von Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmitteln*. In: Maffli E (Ed.): *Medikamentenmissbrauch in der Schweiz*. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme. Losanna: ISPA-Press. Pag. 25-38.

T3.8 Quota di popolazione che assume più volta la settimana sonniferi, tranquillanti e/o analgesici secondo il sesso e l'età: raffronto 1992, 2002 (in %)

Sesso	Età	Sonniferi		Tranquillanti		Analgesici	
		1992	2002	1992	2002	1992	2002
Uomini	15–34 anni	(0,3)	(0,2)	1,6	(0,9)	5,5	4,2
	35–54 anni	1,6	1,3	1,8	2,1	5,3	6,4
	55–74 anni	5,1	3,3	3,9	3,7	7,8	8,1
	75+ anni	12,3	10,7	5,5	5,2	(7,7)	9,1
	Totale	2,5	2,0	2,4	2,3	6,1	6,3
Donne	15–34 anni	(0,8)	(0,5)	2,1	1,6	7,6	8,1
	35–54 anni	2,7	2,6	3,3	3,5	7,9	10,3
	55–74 anni	9,4	6,5	7,9	6,2	9,1	11,8
	75+ anni	29,1	17,1	10,9	6,3	15,6	16,3
	Totale	5,4	4,4	4,5	3,9	8,6	10,6
Totale	15–34 anni	0,5	(0,4)	1,8	1,2	6,6	6,1
	35–54 anni	2,1	1,9	2,6	2,8	6,6	8,4
	55–74 anni	7,4	5,0	6,0	5,0	8,5	10,1
	75+ anni	22,0	14,7	8,7	5,9	12,3	13,6
	Totale	4,0	3,2	3,5	3,1	7,4	8,5

Le cifre tra parentesi si basano su meno di 30 osservazioni.

T3.9 Quota di persone che assumono almeno una volta la settimana sonniferi, tranquillanti e/o analgesici secondo il sesso, l'età e la regione linguistica (in %)

	Regione linguistica	Uomini	Donne	15-54 anni	55-64 anni	65-74 anni	75+ anni	Totale
Sonniferi								
	Svizzera tedesca	1,4	3,6	0,8	2,2	6,5	13,1	2,6
	Svizzera francese	3,4	6,1	2,3	5,7	9,6	20,1	4,8
	Svizzera italiana	4,3	5,9	(2,2)	(6,9)	(10,9)	(14,5)	5,2
Tranquillanti								
	Svizzera tedesca	1,6	2,7	1,4	3,6	3,3	4,9	2,2
	Svizzera francese	4,5	6,9	4,2	7,8	12,4	8,7	5,8
	Svizzera italiana	(2,3)	5,3	(2,2)	(5,5)	(8,4)	(6,8)	3,9
Analgesici								
	Svizzera tedesca	5,4	8,9	6,0	8,4	9,7	12,2	7,2
	Svizzera francese	8,9	14,8	11,2	12,6	12,9	17,9	12,1
	Svizzera italiana	7,7	13,7	9,0	15,1	13,8	(13,5)	10,9

Le cifre tra parentesi si basano su meno di 30 osservazioni.

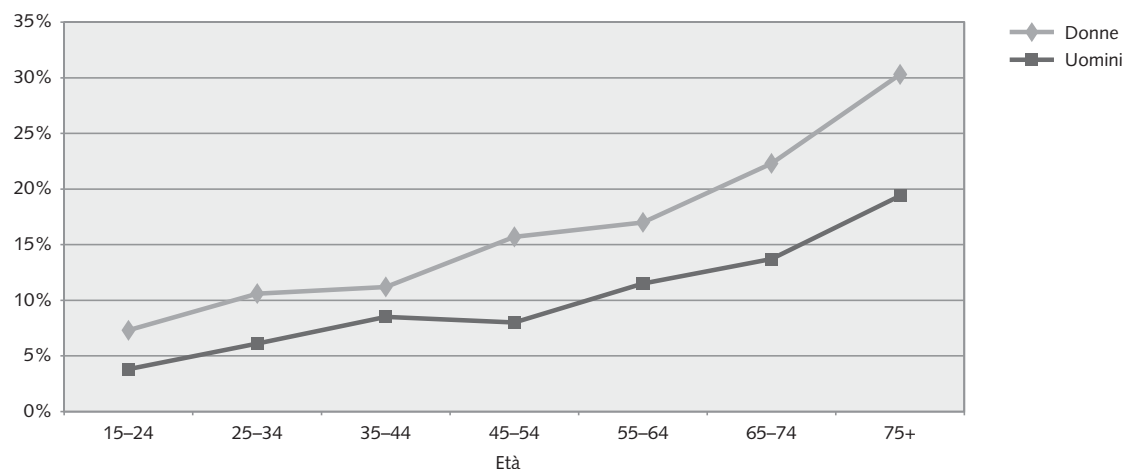
Se si considerano le persone che consumano più volte alla settimana almeno uno dei tre rimedi citati (antidolorifici, sonniferi e tranquillanti), consuma farmaci con regolarità il 12% della popolazione svizzera (15 % delle donne, 9% degli uomini). Queste percentuali salgono al 30% per le donne e al 19% per gli uomini che hanno superato i 74 anni (G3.10). È giustificato dal punto di vista medico un consumo così elevato di farmaci? Si può quanto meno dubitarne.

Il numero di persone che consumano più volte la settimana tranquillanti o sonniferi è leggermente mutata in dieci anni: tra il 1992 e il 2002 si osserva infatti una tendenza al ribasso. Questa diminuzione emerge chiaramente ripartendo i risultati secondo l'età, soprattutto tra le donne di 75 e più anni²⁷. Per gli antidolorifici, invece, si rileva la tendenza opposta (T3.8).

²⁷ Vedi anche il capitolo 2.2: Salute psichica.

Quote di donne e uomini che più volte la settimana assumono sonniferi, tranquillanti e/o analgesici secondo l'età

G 3.10



© Ufficio federale di statistica (UST)

3.6 Droghe illegali

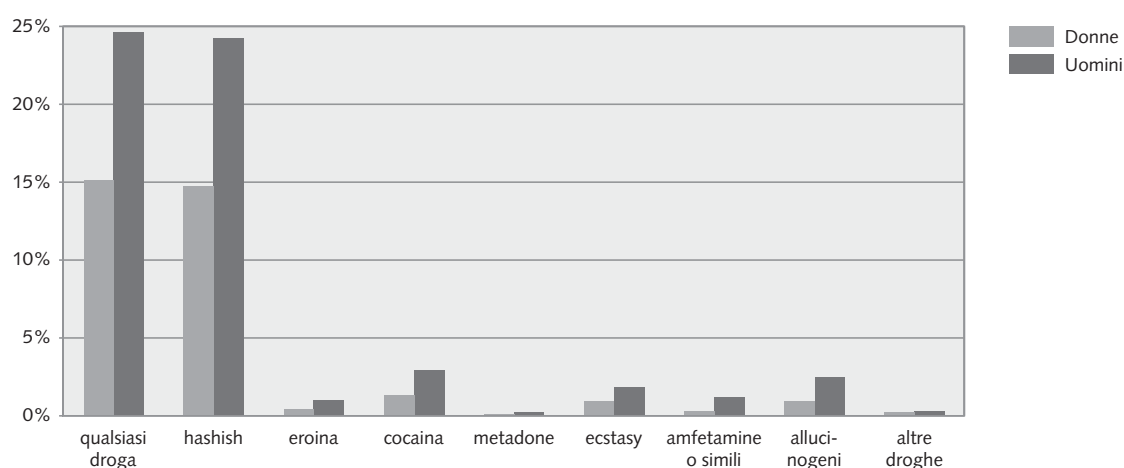
In Svizzera, il 20% della popolazione in età dai 15 ai 64 anni (il 15% delle donne e il 25% degli uomini) – ossia quasi 1 milione di persone – ha consumato droghe illegali almeno una volta nella vita. Nella fascia d'età dai 15 ai 19 anni la quota è del 26%, in quella dai 20 ai 24 anni del 38% e poi le quote diminuiscono progressivamente con l'età. La maggior parte (20%) di queste persone ha consumato canapa (15% delle donne, 24% degli uomini) (G3.11). Fatta salva la canapa, nella maggior parte dei

casi queste droghe sono consumate per curiosità o per il desiderio di provare: è quanto indicano le deboli percentuali di persone che ne fanno ancora uso durante i 12 mesi precedenti l'indagine²⁸. In generale, però, le indagini realizzate su questo tema tra la popolazione non raggiungono il «nociolo duro» dei consumatori di droghe pesanti, ma rivelano unicamente delle tendenze.

Quasi il 5% delle persone in età dai 15 ai 64 anni ha fatto uso di canapa nel corso dell'anno precedente l'indagine e quasi un consumatore su due (48%) ne consuma almeno una volta alla settimana. Il livello di forma-

Quota di persone dai 15 ai 64 anni che hanno consumato droghe illegali almeno una volta nella vita secondo il sesso

G 3.11



© Ufficio federale di statistica (UST)

²⁸ Per l'eroina, ad esempio, di tutti gli intervistati solo 5 hanno dichiarato nell'ambito dell'indagine di farne uso. Questo numero è talmente esiguo che non può essere affidabile.

zione svolge un ruolo importante sull'età del primo consumo di canapa (hashish/marijuana): più il livello di formazione è basso e più si comincia a consumarne presto (G3.12).

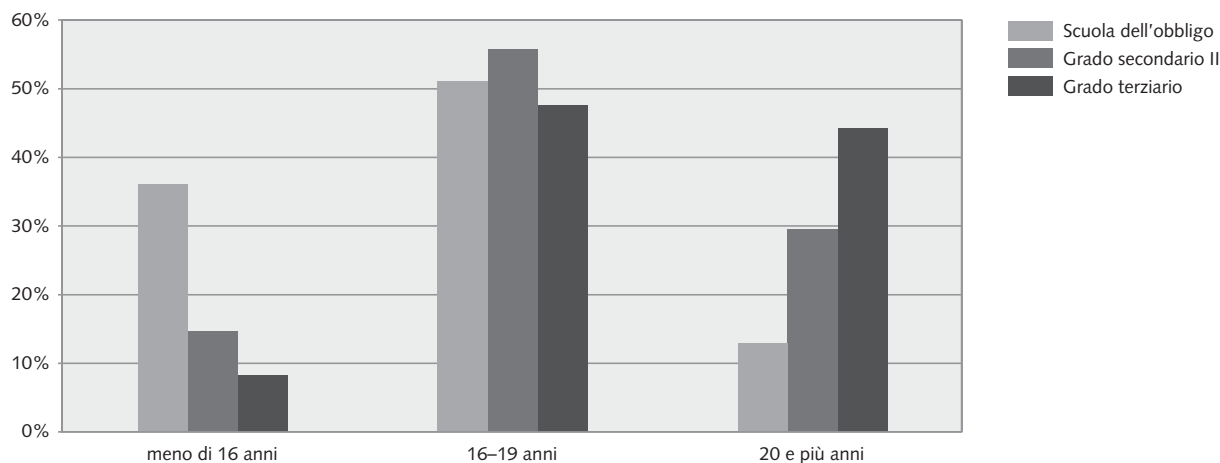
Dal 1992 al 2002²⁹, si constata un incremento di più di 12 punti percentuali della prevalenza del consumo di hashish, passata dal 16% al 28%. Questa progressione folgorante si è tuttavia verificata essenzialmente tra il 1992 e il 1997. A partire da questa data, la curva di prevalenza tende a stabilizzarsi in generale (aumento dell'1% tra il 1997 e il 2002). Per le droghe pesanti, la prevalenza del consumo di droghe come la cocaina, le amfetamine o l'ecstasy resta stabile, mentre tende a diminuire la prevalenza dell'eroina. È possibile vedere in questo calo un fenomeno di moda³⁰, nella misura in cui queste tendenze, paragonate ad altre fonti (tra cui la polizia), confermano la flessione del consumo fin dal 1993.

L'allentamento della situazione è positivo, ma non va dissociato dall'aumento del consumo di canapa, che corrisponde a un'evoluzione osservata da alcuni anni in molti Paesi^{31, 32}.

La forte progressione del consumo di canapa solleva numerosi interrogativi e il fatto che il consumo di canapa inizi generalmente ben prima dei 18 anni fa tuttavia riflettere. Anche se la canapa non è demonizzata come in passato e oggi la gente è più disposta ad ammettere di farne uso, bisogna sottolineare che l'accesso a questo tipo di droghe è diventato molto più agevole. Sono infatti praticamente passati i tempi in cui era venduta per strada.

Ripartizione delle persone dai 15 ai 64 anni secondo l'età al primo consumo di hashish e il grado di formazione

G 3.12



© Ufficio federale di statistica (UST)

²⁹ Il confronto 1992-1997-2002 si basa su una popolazione in età dai 15 e 39 anni perché nel 1992 le domande sulle droghe sono state poste unicamente a questa fascia della popolazione.

³⁰ Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e altre tossicomanie (s.a): Héroïne. Flyer. Losanna.

³¹ Ufficio federale di polizia, Statistique suisse des stupéfiants 1993 – 2003. In: Chiffres et données 2004. Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e altre tossicomanie. Losanna. Pag. 92.

³² Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (2004): Relazione annuale. Evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea e in Norvegia, Lussemburgo.

4 Servizi sanitari e prestazioni d'aiuto

Dalla prima indagine sulla salute in Svizzera, realizzata nel 1992-1993, il sistema sanitario svizzero ha subito importanti riforme con l'introduzione, nel 1996, della nuova legge sull'assicurazione malattie (LAMal). Le principali innovazioni sono state una maggiore partecipazione ai costi degli assicurati, una riduzione delle prestazioni rimborsate in base a criteri del rapporto costi-benefici e un finanziamento più rigoroso degli ospedali in base a un budget globale. Da allora gli effetti della LAMal sono stati analizzati in diversi studi¹.

Tuttavia, sono disponibili a tutt'oggi solo poche fonti di dati che consentano di monitorare i cambiamenti sul lungo termine. Ora la terza ISS 2002 permette di descrivere l'evoluzione del ricorso ai vari servizi sanitari, quali medici generici, specialisti, operatori nell'ambito della medicina complementare ed ospedali nel corso degli ultimi 10 anni. Il presente capitolo si apre con una descrizione epidemiologica dell'utilizzazione dei servizi sanitari in Svizzera nel 2002. Successivamente si prenderà in esame il settore degli aiuti informali e dei servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD). I principali cambiamenti osservati tra il 1992 ed il 2002 sono presentati e discussi nell'ultima parte, nella misura in cui lo permette la comparabilità delle tre rilevazioni.

4.1 Ricorso alle cure ambulatoriali e ospedaliere

In generale, i risultati presentati nel seguito sono espressi in tassi annui di consultazione. Questi tassi corrispondono pertanto alla quota di persone che hanno dichiarato di essersi rivolte almeno una volta a un dato operatore sanitario durante gli ultimi dodici mesi.

4.1.1 Consultazioni negli studi medici

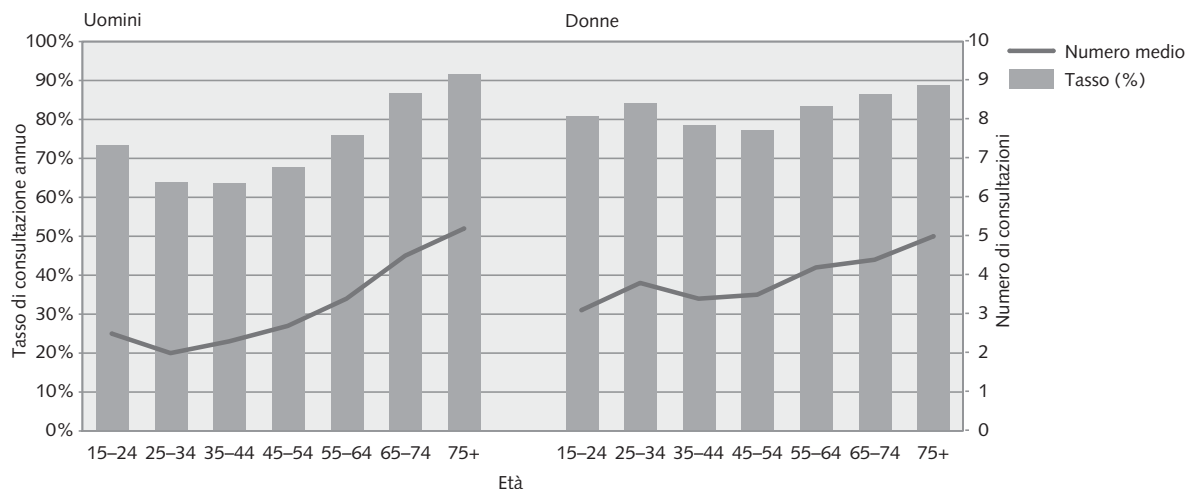
Da un lato, è stato domandato con quale frequenza si è fatto ricorso a un qualsiasi medico (ad esclusione del dentista) durante l'ultimo anno. Dall'altro, si volevano conoscere specificamente le consultazioni presso le seguenti tre categorie di medici:

- 1) medico personale o medico di famiglia (generalmente un medico generico o un internista);
- 2) altro medico (generalmente uno specialista), ginecologi esclusi;
- 3) ginecologo.

Nel complesso, negli ultimi 12 mesi il 77% della popolazione svizzera si è recato dal medico. La quota degli uomini (71%) è più bassa di quella delle donne (82%). Come mostra il grafico G4.1, tra le donne il tasso di consultazione annuo varia poco in funzione dell'età, mentre tra gli uomini di età media diminuisce nettamente per poi aumentare nuovamente a partire dai 45 anni. Ciò potrebbe essere legato al fatto che le donne dai 25 ai 44 anni si sottopongono maggiormente a visite mediche per motivi legati alla gravidanza.

Mediamente, è stato consultato un medico 3,4 volte all'anno, anche qui più spesso dalle donne (3,8) che dagli uomini (2,9). La frequenza delle visite aumenta, con l'aumentare dell'età, da circa 3 a 5 volte all'anno (G4.1). Come mostrano i risultati della tabella T4.1, per le tre categorie di medici l'aumento riguarda soprattutto le visite del medico di famiglia, mentre il numero medio di visite specialistiche rimane praticamente invariato. Questo potrebbe dipendere dal fatto che con l'avanzare dell'età cresce la quota di visite mediche di controllo (check up). Complessivamente, negli ultimi 12 mesi il 65% si è fatto visitare da un medico generico e poco meno di un terzo (29%) da uno specialista. Per quanto riguarda le visite specialistiche, salta agli occhi che il tasso di consultazione degli uomini in età avanzata (dai 65 anni in su) supera quello delle coetanee di sesso femminile. La frequenza delle consultazioni dipende però anche dal grado di

¹ Ufficio federale delle assicurazioni sociali (2001): Analyse des effets de la LAMal: Rapport de synthèse. Aspects de la sécurité sociale, Rapport de recherche no 16/01. Berna.

**Visite mediche negli ultimi 12 mesi: tassi di consultazione
e numero medio di consultazioni per abitante, secondo il sesso e l'età**
G 4.1

© Ufficio federale di statistica (UST)

T4.1 Quota di persone che hanno beneficiato di prestazioni mediche negli ultimi 12 mesi (in %) e numero medio di consultazioni (CM) pro capite secondo il sesso e l'età

	Medico generico		Specialista (escl. ginecologo)		Ginecologo	
	%	CM	%	CM	%	CM
Uomini	62,1	2,0	27,8	1,0	-	-
15-24 anni	62,6	1,8	22,0	0,8	-	-
25-34 anni	53,3	1,2	23,2	0,9	-	-
35-44 anni	54,9	1,5	21,6	0,8	-	-
45-54 anni	58,5	1,9	29,4	1,0	-	-
55-64 anni	67,9	2,6	33,5	1,1	-	-
65-74 anni	79,1	3,2	41,6	1,2	-	-
75+ anni	83,7	4,4	40,6	1,3	-	-
Donne	67,2	2,5	30,3	1,1	53,3	1,1
15-24 anni	65,6	2,2	25,7	0,8	48,9	0,9
25-34 anni	63,3	1,7	28,2	1,3	70,2	2,2
35-44 anni	59,3	2,0	28,6	1,1	60,7	1,3
45-54 anni	60,6	2,2	28,2	1,0	56,9	1,0
55-64 anni	70,7	2,8	34,8	1,3	51,9	0,8
65-74 anni	79,9	3,1	34,5	1,1	38,8	0,5
75+ anni	82,0	4,2	35,5	0,8	20,4	0,3
Totale	64,8	2,3	29,1	1,0	-	-

formazione: mentre era andato dallo specialista il 27% delle persone con formazione scolastica obbligatoria, la percentuale saliva al 29% per quelle con formazione di grado secondario II e al 34% per quelle con formazione di grado terziario. In compenso, le persone con il grado di formazione più basso hanno consultato il medico di famiglia (70%) più spesso di quelle con il grado di formazione più alto (61%). Lievi differenze si notano anche tra le regioni linguistiche: nella Svizzera francese ha consultato uno specialista il 33% della popolazione, nel Cantone Ticino il 29% e nella Svizzera tedesca il 28%.

Inoltre, una buona metà delle donne interrogate ha consultato il proprio ginecologo negli ultimi 12 mesi. Anche in questo caso si rileva una differenza in base alla formazione: solo il 45% delle donne con una formazione scolastica obbligatoria si è sottoposto a una visita ginecologica, contro il 57% con una formazione di grado secondario II ed il 62% delle donne con un diploma di grado terziario. Il tasso di consultazione di ginecologi è più elevato nella classe d'età di maggior fecondità (dai 25 ai 45 anni), per poi diminuire rapidamente con l'avanzare dell'età. Per quanto riguarda il tasso di consultazione di medici generici e di altri specialisti, invece, esso è leggermente più elevato dai 15 ai 25 anni, scende al minimo dai 25 ai 45 anni e poi aumenta di nuovo progressivamente con l'età.

4.1.2 Consultazioni presso dentisti e paramedici

I tassi annui di consultazione delle professioni dentistiche e paramediche sono riportati nella tabella T4.2, unitamente al numero medio di consultazioni per paziente. Negli ultimi 12 mesi si è fatto ricorso più frequentemente alle prestazioni del dentista (62%), seguito dall'igienista dentale (37%), dal farmacista (29%) e dall'ottico (27%). Delle altre prestazioni paramediche ha beneficiato solo una piccola parte della popolazione. Mentre per le prime professioni citate, il numero di visite per paziente è relativamente esiguo (tra 1,3 e 2,6 all'anno), per le altre professioni le cure richiedono un numero di sedute nettamente superiore (tra 3,6 e 11,8 all'anno). Anche il profilo dei tassi di consultazione secondo il sesso e l'età varia tra le differenti professioni sanitarie. Tendenzialmente sono le donne che beneficiano più degli uomini di queste prestazioni. In particolare fanno più spesso ricorso alla consulenza del farmacista e del podologo. Nelle fasce di età più avanzata i tassi di consultazione di dentisti, igienisti dentari, chiropratici e psicologi diminuiscono, mentre quelli dei podologi aumentano.

T4.2 Quota di persone che hanno beneficiato di prestazioni medico-dentistiche e paramediche negli ultimi 12 mesi secondo il fornitore della prestazione (in %) e numero medio di consultazioni per paziente e persona secondo il sesso e l'età

	Dentista	Igienista dentale	Farmacista	Ottico	Fisioterapista	Podologo	Chiropratico	Psicologo
Uomini	59,7	33,9	24,6	25,4	12,7	5,5	4,4	3,1
15-24 anni	65,0	19,4	21,9	32,9	12,2	(3,3)	(2,9)	(1,8)
25-34 anni	54,4	30,6	39,1	20,0	11,1	(1,1)	5,3	3,8
35-44 anni	57,4	39,6	27,4	16,4	13,4	3,2	5,0	3,8
45-54 anni	63,7	40,8	23,0	29,5	12,4	5,2	4,9	4,6
55-64 anni	61,1	40,3	18,2	27,5	16,5	6,7	4,1	3,5
65-74 anni	62,5	34,5	16,8	27,3	10,3	11,9	3,7	(1,1)
75+ anni	50,7	21,8	12,4	35,5	11,8	18,9	(3,7)	(0,2)
Donne	64,3	39,3	33,6	28,6	16,4	17,5	5,3	5,5
15-24 anni	71,5	27,4	41,2	37,5	14,6	5,9	4,5	6,2
25-34 anni	61,7	39,7	52,4	25,2	12,8	7,6	5,3	7,0
35-44 anni	66,4	46,0	39,6	21,0	16,6	10,3	7,5	7,1
45-54 anni	70,2	48,3	30,0	31,4	18,8	17,3	5,1	6,3
55-64 anni	69,5	44,9	26,3	29,7	19,1	23,3	5,1	5,0
65-74 anni	59,9	36,5	18,4	33,2	18,0	33,4	4,5	(2,4)
75+ anni	42,8	21,0	15,1	25,2	14,5	36,4	3,8	(2,2)
Totale	62,1	36,7	29,3	27,1	14,6	11,8	4,9	4,4
N. medio di consult./paziente	2,0	1,3	2,6	1,6	11,8	3,6	5,7	9,0
N. medio di consult./persona	1,2	0,5	0,8	0,4	1,7	0,4	0,3	0,4

Le cifre tra parentesi sono basate su meno di 30 osservazioni.

4.1.3 Consultazioni presso operatori nell'ambito della medicina complementare

Negli ultimi 12 mesi il 15% della popolazione svizzera ha fatto ricorso alle prestazioni della medicina complementare. La frequenza del ricorso a tali consultazioni da parte delle donne (19%) è quasi doppia rispetto a quella degli uomini (10%). I tipi di trattamento più frequenti sono l'omeopatia (6%), seguita da shiatsu/riflessologia e agopuntura (rispettivamente 4%) e naturopatia (3%). Delle altre offerte (medicina tradizionale cinese, training autogeno, medicina antroposofica, terapia neurale) beneficia soltanto circa l'1% della popolazione. I tassi di consultazione tendono a diminuire con l'aumentare dell'età. Il numero medio di consultazioni per paziente varia tra 3,4 (omeopatia) e 6,6 (shiatsu/riflessologia e medicina tradizionale cinese). La maggioranza dei terapeuti consultati dispone di un diploma ufficiale in medicina, in particolare i medici antroposofici (85%), i praticanti la terapia neurale (68%), gli agopuntori (66%) e gli omeopati (64%).

4.1.4 Esami preventivi (screening)

Nell'ambito della cura della salute la prevenzione svolge un ruolo di prim'ordine, poiché il riconoscimento precoce dei fattori di rischio aumenta le possibilità di guarigione. La tabella T4.3 mostra la frequenza annua dei principali esami preventivi.

La misurazione della tensione arteriosa – un importante fattore di rischio per la causa di morte più frequente (le malattie cardiovascolari) – cui il 76% delle persone interrogate si è sottoposta negli ultimi 12 mesi, è il test di screening più diffuso. Un altro fattore di rischio per i disturbi del sistema cardiovascolare, il tasso di colesterolo (quantità di grassi nel sangue), è stato misurato alla metà della popolazione (50%), come anche il tasso glicemico (52%). Quest'ultimo fornisce indicazioni importanti per la valutazione del rischio di diabete, una malattia cronica importante (vedi capitolo 2.1). Questi tre esami sono svolti spesso a livello di routine in occasione della visita dal medico generico e più frequentemente presso le donne che non presso gli uomini. La loro frequenza annua aumenta con l'aumentare dell'età: per esempio, nell'anno considerato, quasi tutte le persone di età superiore ai 65 anni ha misurato la pressione del sangue, contro tre persone su quattro nell'insieme della popolazione.

T4.3 Quota di persone che negli ultimi 12 si sono sottoposte a una visita medica preventiva secondo il tipo di visita, il sesso e l'età (in %)

	Tensione arteriosa	Colesterolo	Glicemia/ Diabete	Prostata	Utero	Mammografia	Palpazione del seno	Pelle (nei)	Test HIV
Uomini	71,0	47,6	48,2	-	-	-	-	8,5	5,8
15-24 anni	60,7	24,2	26,1	-	-	-	-	9,4	6,1
25-34 anni	59,3	31,0	31,4	-	-	-	-	6,2	8,5
35-44 anni	64,1	38,7	38,8	-	-	-	-	5,5	7,5
45-54 anni	71,6	51,8	51,6	16,8	-	-	-	6,6	5,9
55-64 anni	82,2	64,9	65,9	32,3	-	-	-	12,3	3,5
65-74 anni	91,5	74,6	76,3	36,8	-	-	-	12,5	(1,9)
75+ anni	93,8	80,9	78,8	30,1	-	-	-	15,0	(1,4)
Donne	80,9	51,8	55,3	-	47,6¹	13,6¹	55,2¹	8,2	4,4
15-24 anni	71,6	32,0	36,6	-	47,0 ¹	1,8 ¹	60,2 ¹	9,2	7,4
25-34 anni	78,7	42,4	48,1	-	54,8	2,7	65,6	9,3	11,5
35-44 anni	74,6	41,7	44,2	-	53,5	6,3	59,3	7,9	5,1
45-54 anni	80,4	50,5	54,1	-	53,9	21,4	58,2	6,7	1,9
55-64 anni	87,2	61,9	64,0	-	49,5	28,7	56,1	6,6	1,4
65-74 anni	89,2	71,1	74,9	-	34,2	19,5	45,3	9,3	(0,6)
75+ anni	91,6	73,7	75,6	-	13,7	10,1	29,4	8,5	(0,1)
Totale	76,2	49,8	51,9	-	-	-	-	8,3	5,1

¹ Domanda posta unicamente alle donne di 20 anni e oltre. La prima classe di età comprende pertanto soltanto le donne dai 20 ai 24 anni e il totale soltanto quelle di 20 anni e oltre. Lei cifre tra parentesi si basano su meno di 30 osservazioni.

Il controllo della prostata (mediante esplorazione rettale) consente di diagnosticare precocemente un ingrossamento di questa ghiandola, affezione di natura benigna o maligna relativamente frequente negli uomini oltre i 50 anni. Anche questo controllo viene eseguito più spesso con l'avanzare dell'età, ma risulta comunque assai meno frequente dei controlli di routine sopra citati: solo un terzo circa degli uomini oltre i 55 anni afferma di averlo eseguito. Gli esami volti all'individuazione precoce di lesioni cutanee maligne sono importanti, perché spesso i melanomi sono guaribili se scoperti in tempo. Negli ultimi 12 mesi, l'8% della popolazione si è sottoposto ad esame dei nei, con maggior frequenza per gli uomini oltre i 55 anni e i giovani adulti di entrambi i sessi. Infine, il test volto a rilevare l'immunodeficienza acquisita (AIDS) o umana (HIV) è il test più frequente dai 25 ai 34 anni per le donne e dai 25 ai 44 anni per gli uomini. Nel complesso, però, con il 5% di incidenza, è un esame di prevenzione poco citato.

Esami preventivi ginecologici

Il cancro al seno è la maggior causa di morte precoce tra le donne. Per un tempestivo riconoscimento di questa malattia si impiegano due metodi: il controllo del seno mediante palpazione, un modo semplice di accertare la presenza di formazioni nodulari che possono segnalare una neoplasia, e uno speciale esame radiografico, la mammografia, che attualmente rappresenta il metodo più efficace per la diagnosi precoce del carcinoma mammario. Il 55% delle donne dai 20 anni in su si sono sottoposte l'anno precedente l'indagine ad un controllo del seno presso il loro medico. Dato che questo controllo viene eseguito principalmente da ginecologi, la sua frequenza decresce con l'avanzare dell'età, parallelamente al corrispondente tasso di consultazione (T4.1). Purtroppo, questo dato è in contrasto con la frequenza di nuovi casi di cancro al seno, che cresce con l'età². Nel 1996, la mammografia è stata inserita tra le prestazioni obbligatorie dell'assicurazione di base per le donne dai 50 ai 69 anni³. Nonostante venga eseguita in questa classe di età con la massima frequenza (28%), il grado di

copertura è ancora molto lontano da quello raccomandato: solo il 43% delle donne oltre i 20 anni conferma di aver eseguito almeno una mammografia e solo nel 14% dei casi l'ha eseguita negli ultimi 12 mesi (T4.3). Nella Svizzera francese si è registrato il doppio di mammografie che nella Svizzera tedesca (22% contro l'11%; 16% nel Cantone Ticino), il che probabilmente è da ricondurre soprattutto alla disponibilità di programmi di prevenzione organizzati nei Cantoni di Ginevra, Vallese e Vaud. Ne è conferma anche il fatto che, riguardo all'esecuzione di una mammografia negli ultimi 12 mesi, la partecipazione ad un programma di prevenzione è un motivo addotto molto più spesso (12%) nella Svizzera francese che nelle altre regioni linguistiche (Ticino <1%, Svizzera tedesca 2%⁴). Il motivo citato più di frequente per questo esame è comunque l'invito da parte di un medico (78%), seguito dall'iniziativa personale (16%).

Lo striscio cervicale (o Pap test) permette di scoprire eventuali degenerazioni cellulari prima che si sviluppino un cancro all'utero di portata invasiva. Questo esame è stato eseguito in quasi la metà delle donne oltre i 20 anni ed è quindi abbastanza diffuso. Dato però che lo striscio fa parte, analogamente alla palpazione del seno, dei controlli di routine praticati dal ginecologo, anche la sua frequenza tende a decrescere con l'avanzare dell'età (T4.3), il che (come nel caso del cancro al seno) contrasta nettamente con la maggiore incidenza della patologia in età avanzata⁵. Nelle donne più anziane, inoltre, si riscontra – come già nelle indagini sulla salute del 1992 e del 1997 – un grado di copertura insufficiente: il 23% delle 65-74enni e il 48% delle ultra 74enni ammettono di non essersi mai sottoposte al Pap test.

² Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young J (eds.) (1997): Cancer incidence in five continents Vol. VII. Lyon, Francia: IARC Scientific Publications.

³ Faist K, Ricka Heidelberg R (2001): Mammographie-Screening in der Schweiz: Eine retrospektive Untersuchung der Umsetzung. ISPM Zurigo su incarico della Lega svizzera contro il cancro, dell'Ufficio federale della sanità pubblica, dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, del Concordato degli assicuratori-malattie svizzeri e della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità.

⁴ Queste cifre si riferiscono a meno di 30 persone interrogate.

⁵ Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young J (eds.) (1997): Cancer incidence in five continents Vol. VII. Lyon, France: IARC Scientific Publications.

4.1.5 Cure ambulatoriali ed ospedalizzazioni

I trattamenti ambulatoriali in un policlinico o in un ospedale ed in particolare le ospedalizzazioni costituiscono un fattore di costo importante. Durante l'ultimo anno il 13% delle persone si è sottoposto a un trattamento ambulatoriale ed il 12% ha dovuto essere ricoverato (T4.4). I tassi sono relativamente elevati tra i giovani adulti e segnatamente tra le donne in età di procreazione, scendono tra gli adulti di età media e poi aumentano nuovamente tra le persone che hanno superato i 45 anni. Le persone ospedalizzate hanno registrato in media 1,3 ricoveri in ospedale durante gli ultimi 12 mesi e questa

media rimane stabile tra i due sessi e le varie classi di età. Il numero di giorni passati all'ospedale nel corso di un anno, pari a 9,2 giorni in media generale⁶, varia invece fortemente secondo il sesso e l'età dei pazienti. Nel complesso le donne sono ospedalizzate un po' più frequentemente rispetto agli uomini (il 13% contro l'11%) e le pazienti rimangono anche un po' più a lungo in ospedale (mediamente 9,6 giorni contro 8,7), valori da ricondurre principalmente a una differenza presso i giovanissimi e nella fascia di età dai 65 ed i 74 anni. Sull'insieme della popolazione (considerando sia le persone ricoverate che quelle non ricoverate nel corso dell'anno), si ottengono 1,1 giorni di ospedalizzazione per abitante.

T4.4 Quota di persone che negli ultimi 12 sono state trattate ambulatorialmente (ospedali o policlinici) od ospedalizzate (in %) e numero di giorni di degenza ospedaliera per paziente e abitante secondo il sesso e l'età

	Trattamenti ambulatoriali	Ospedalizzazioni	Numero medio di ospedalizzazioni	Degenza ospedaliera media in giorni	
	%	%	per paziente	per paziente	per abitante
Uomini	12,4	10,7	1,3	8,7	0,9
15-24 anni	10,7	7,9	1,2	3,2	0,2
25-34 anni	12,0	7,6	1,2	6,3	0,5
35-44 anni	11,0	7,0	1,3	8,5	0,6
45-54 anni	11,8	9,8	1,2	8,7	0,8
55-64 anni	11,6	14,1	1,4	8,7	1,2
65-74 anni	15,2	17,2	1,5	9,7	1,7
75+ anni	21,0	22,6	1,3	15,1	3,4
Donne	13,3	13,0	1,3	9,6	1,2
15-24 anni	11,0	7,2	1,1	7,7	0,6
25-34 anni	13,0	18,8	1,1	6,2	1,2
35-44 anni	12,1	11,1	1,4	9,7	1,1
45-54 anni	11,7	9,1	1,3	8,8	0,8
55-64 anni	13,9	12,0	1,3	7,8	0,9
65-74 anni	16,5	14,0	1,4	12,5	1,7
75+ anni	17,1	21,0	1,3	15,1	3,2
Totale	12,8	11,8	1,3	9,2	1,1

⁶ Questa cifra collima bene con la statistica amministrativa degli istituti ospedalieri, per quanto concerne la durata dei ricoveri per cure generiche (Ufficio federale di statistica (2004): Statistica ospedaliera e statistica degli stabilimenti sanitari non ospedalieri del 2002; risultati in forma di tabelle standardizzate.

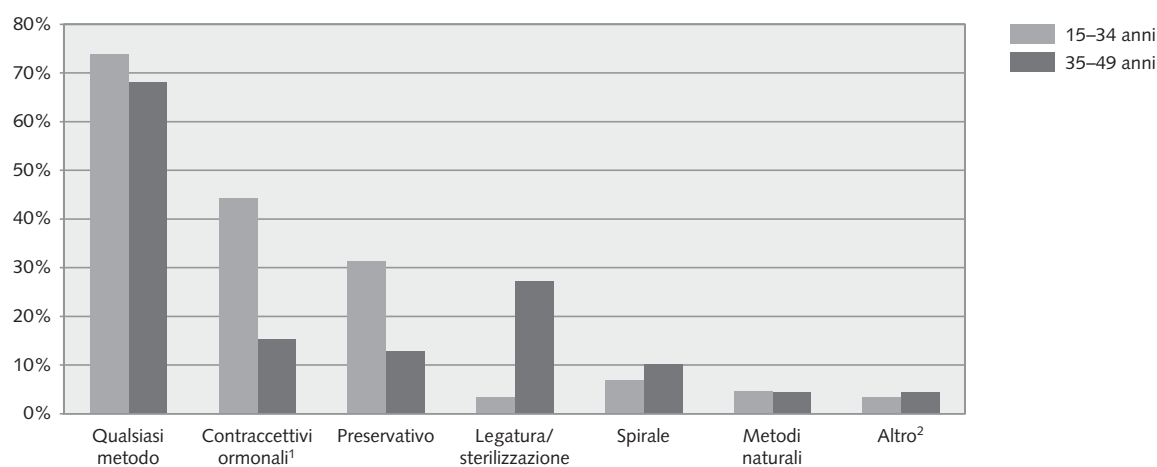
4.1.6 Aspetti della salute sessuale e riproduttiva: contraccezione e trattamento ormonale sostitutivo

In questa sezione si osservano più da vicino due temi del settore della salute sessuale: da un lato si presenta la tematica della contraccezione e dall'altro i risultati del trattamento ormonale sostitutivo, che viene applicato alle donne contro i disturbi legati alla menopausa. Negli ultimi anni a causa delle controverse discussioni e delle nuove scoperte circa gli effetti collaterali (in particolare l'aumento del rischio di cancro al seno) sono notevolmente diminuiti i casi in cui viene raccomandato l'impiego di questa terapia, specialmente quando effettuata per la prevenzione di disturbi cardiovascolari e dell'osteoporosi. Tuttavia al momento della rilevazione questi nuovi risultati non erano ancora noti. Un'altra tematica connessa alla salute riproduttiva, l'isterectomia (asportazione dell'utero), è affrontata nel prossimo paragrafo in relazione alle operazioni.

A livello nazionale, il 57% delle persone in età dai 15 ai 74 anni afferma di usare contraccettivi. Secondo lo standard internazionale⁷ in relazione a questa domanda le risposte delle donne sono considerate solo per la fascia dai 15 ai 49 anni, vale a dire in età riproduttiva⁸. In questo gruppo di età la quota di coloro che praticano la contraccezione (il 71%) è maggiore che nel resto della popolazione. Nelle risposte relative ai singoli metodi contraccettivi si costatano nette differenze a seconda della classe d'età (G4.2): le donne dai 15 ai 34 anni indicano più frequentemente metodi ormonali (pillola o iniezione trimestrale: 44%), seguiti dal preservativo (31%). I metodi indicati più frequentemente dalle donne dai 35 ai 49 anni sono invece la legatura (27%), ma anche la spirale (10%), mentre si riduce la frequenza dei metodi ormonali (15%) e del preservativo (13%).

Quota di donne che usano un metodo contraccettivo secondo il metodo e l'età (dai 15 ai 49 anni)

G 4.2



¹ Pillola o iniezione trimestrale

² Diaframma, cappuccio cervicale o altro

© Ufficio federale di statistica (UST)

⁷ United Nations (2004): World Contraceptive Use 2003. United Nations Publications: New York.

⁸ Le donne avevano la possibilità di rispondere a livello di coppia, cioè se loro stesse o il partner utilizzano un metodo contraccettivo. L'inclusione degli uomini interrogati non cambia i risultati: in questo caso aumenta soltanto l'indicazione dell'uso di preservativi (15-34 anni: 37%, 35-49 anni: 27%).

Alla domanda, se stiano seguendo al momento un trattamento ormonale sostitutivo, il 16% delle donne oltre i 35 anni risponde di sì. La maggior frequenza di questo tipo di trattamento si riscontra ovviamente dai 50 ai 64 anni (34%), poiché l'età media della menopausa si colloca, per la popolazione femminile della Svizzera, intorno ai 50 anni. Tra le donne dai 35 ai 49 anni, solo il 5% è attualmente sotto trattamento ormonale, tra le ultrasessantacinquenni il 12%. E' stato chiesto anche quali fossero i motivi del trattamento (se ne poteva citare più di uno). La preminenza spetta ai disturbi legati alla menopausa e alla prevenzione dell'osteoporosi, con circa un terzo ciascuno (36% e 32% rispettivamente). Più raramente compaiono tra i motivi i casi di osteoporosi già instaurata (11%) o la prevenzione delle malattie cardiocircolatorie (10%). Anche per questa tematica sono emerse differenze tra le varie regioni: i trattamenti ormonali sostitutivi sono praticati soprattutto nella Svizzera francofona (20%), seguita dalla Svizzera tedesca (16%) e dall'area regionale di lingua italiana (12%). Anche nei motivi addotti per il trattamento si riscontrano diversità: in particolare, nel Cantone Ticino la profilassi anti-osteoporosi è un motivo meno citato (24%) che nelle altre regioni (Svizzera tedesca 32%, Svizzera francese 34%).

4.1.7 Operazioni

Varie domande dell'indagine vertevano sulle cosiddette operazioni «elettive», ossia praticate in modo non urgente, che le persone interrogate hanno subito durante la loro vita. I tassi di prevalenza di queste operazioni in relazione alle classi d'età sono schematizzati nella tabella T4.5. In merito bisogna considerare che alcune operazioni sono tipiche di una data età, ad esempio la tonsillectomia nell'infanzia, l'appendicectomia nei ragazzi e nei giovani adulti, la rimozione della cataratta negli anziani. La prevalenza per classe d'età rispecchia comunque anche altri fattori, dal progresso della tecnologia medica ad alcuni «fenomeni di tendenza» riguardanti determinate operazioni.

Un'operazione relativamente frequente è la tonsillectomia, subita da poco meno di un terzo (29%) degli intervistati. La scarsa frequenza rilevata nelle due classi d'età più giovani attesta comunque che oggi, in genere, questo intervento è meno praticato che in passato. La diversa frequenza dell'operazione tra giovani e anziani è ancora più evidente nel caso dell'appendicectomia. Inoltre, qui con l'avanzare dell'età aumenta anche sensibilmente il divario tra i due sessi: mentre, ad esempio,

T4.5 Quota di persone che hanno subito un'operazione nella loro vita secondo il tipo di operazione, il sesso e l'età (in %)

	Tonsillectomia	Appendicectomia	Isterectomia	Ginocchio	Caviglia	Cataratta	Anca
Uomini	28,4	16,5	-	14,0	5,8	2,8	2,5
15-24 anni	15,9	6,1	-	3,8	(1,5)	(0,1)	(0,8)
25-34 anni	23,3	10,0	-	11,8	7,1	(0,1)	(0,9)
35-44 anni	31,8	13,7	-	15,6	9,8	(0,3)	(0,8)
45-54 anni	35,0	18,4	-	17,3	6,2	(0,9)	(1,4)
55-64 anni	33,6	24,7	-	18,1	4,5	2,5	3,0
65-74 anni	30,5	28,3	-	18,9	4,0	8,5	7,0
75+ anni	27,0	28,7	-	13,4	(3,0)	25,4	13,3
Donne	30,2	25,1	-	9,2	4,6	4,2	2,1
15-24 anni	17,6	4,4	-	4,2	(2,2)	(0,0)	(0,1)
25-34 anni	26,0	10,9	(0,8)	7,0	4,8	(0,0)	(0,3)
35-44 anni	32,0	18,1	4,9	8,0	5,5	(0,2)	(0,7)
45-54 anni	37,7	26,2	18,6	9,7	5,1	(1,0)	(0,7)
55-64 anni	35,9	38,9	32,8	10,5	5,1	1,9	(1,0)
65-74 anni	33,8	43,8	36,9	13,6	5,2	8,7	6,2
75+ anni	25,9	47,6	25,7	14,0	3,8	29,3	10,7
Totale	29,3	21,0	-	11,4	5,2	3,5	2,3

Le cifre tra parentesi si basano su meno di 30 osservazioni.

l'intervento risulta eseguito nel 28% dei soggetti maschili in età dai 65 ai 74 anni, la prevalenza è molto più accentuata nelle loro coetanee donne (44%). E dato che non esiste alcuna indicazione di una maggiore incidenza dell'appendicite tra le donne anziane⁹, la cosa si può forse spiegare con il fatto che in passato l'appendice spesso veniva asportata quando se ne forniva l'occasione nel corso di un'altra operazione. Queste cosiddette «appendicectomie di convenienza» oggi non sono più considerate opportune (e nemmeno più rimborsate ai sensi della nuova LAMal).

L'operazione della cataratta interessa soprattutto donne e uomini di età avanzata: essa risulta eseguita in un quarto della popolazione maschile di oltre 75 anni (25%) e in poco meno di un terzo della popolazione femminile della stessa classe d'età (29%). A differenza del «caso appendicite», ci sono indicazioni del fatto che la cataratta colpisce maggiormente le donne e questo spiega almeno in parte il divario riscontrato tra i due sessi¹⁰.

La domanda riguardante l'asportazione dell'utero (isterectomia) è stata rivolta solo alle donne con più di 21 anni di età; il 17% di esse ha dato risposta affermativa. Come risulta dalla tabella T4.5, la frequenza di questo intervento cresce fino all'età di 74 anni, per motivi probabilmente di natura biologica: una delle ragioni principali per l'isterectomia è infatti il cancro dell'utero, che si manifesta più di frequente con l'avanzare dell'età. Tuttavia, l'interpretazione dei dati relativi a questo intervento è resa difficoltosa dalla sovrapposizione tra l'effetto età e l'evoluzione della pratica medica negli ultimi 10 anni, che dovrebbe anch'essa, almeno in parte, spiegare la decisa prevalenza dell'isterectomia tra le donne più anziane. Per questo intervento, inoltre, si riscontra una chiara differenziazione in base al grado di formazione: esso è più frequente tra le donne con una formazione scolastica obbligatoria (24%) che in quelle con una formazione di grado secondario II (16%) o terziario (9%).

Le operazioni al ginocchio o alla caviglia legate a problemi articolari o muscolari sono svolte più frequentemente tra gli uomini. Una possibile spiegazione di questo dato sta nelle maggiori sollecitazioni fisiche sul posto di

lavoro, dovute a scelte professionali diverse e in un diverso utilizzo del tempo libero (es. il gioco del calcio). Le protesi dell'anca vengono impiantate a partire dal 55° anno di età, soprattutto per usura dell'articolazione. Più del 10% degli ultrasessantacinquenni portano una protesi, gli uomini un po' più spesso delle donne.

4.2 Aiuti e sistemi di aiuto reciproco

Le prestazioni assistenziali trattate in questa sezione comprendono da un lato i servizi di assistenza e cura a domicilio, e dall'altro gli aiuti informali tra familiari, amici o vicini. Dall'entrata in vigore della LAMal, una parte dei costi delle prestazioni prescritte dal medico viene sostenuta dalle casse malattia. D'altra parte, gli aiuti informali, indipendentemente dai servizi professionali che rientrano nel sistema sanitario, forniscono un importante contributo alla salute e al benessere delle persone e collaborano all'abbattimento dei costi della sanità.

4.2.1 Servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD)

Come illustrato nella tabella T4.6, l'1% degli uomini e il 4% delle donne sono ricorsi, nell'ultimo anno, ai servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD). Se si considera solo l'utilizzo di questi servizi nell'ultima settimana, le quote praticamente si dimezzano. In realtà, gli uomini sotto i 75 anni utilizzano in genere molto raramente i servizi di assistenza e cura a domicilio. Quando però vi ricorrono, lo fanno con maggiore regolarità. Questo si spiega con l'accresciuto fabbisogno temporaneo di questi servizi da parte delle donne per motivi legati alla gravidanza, che è anche la ragione per cui le donne ricorrono più spesso ai servizi di assistenza e cura a domicilio già prima dei 65 anni. Anche per esse comunque l'utilizzo di questi servizi aumenta sensibilmente a partire dai 65 anni. Tra gli anziani, la maggiore utilizzazione dell'assistenza e cura a domicilio da parte delle donne è dovuta al fatto che queste ultime si ritrovano più spesso sole in casa in seguito alla morte del marito o al suo ricovero in un istituto (al proposito si veda anche il capitolo 7).

⁹ Salomon EM, Schey D, Penalver M, Gomez-Marin O, Lambrou N, Almeida Z, Mendez L (1997): Incidence of acute nonperforated and perforated appendicitis: age-specific and sex-specific analysis. *World J Surg.* 21(3): pag. 313-317.

¹⁰ Lundström M, Stenevi U, Thornburn W (1999): Gender and cataract surgery in Sweden 1992-1997. *Acta Ophthalmol. Scand.* 77: pag. 204-208.

T4.6 Quota di persone che negli ultimi 12 mesi o 7 giorni hanno beneficiato di prestazioni dei servizi di assistenza e cura a domicilio secondo l'età e il sesso (in %)

	negli scorsi 12 mesi	di cui regolarmente	negli scorsi 7 giorni
Uomini	1,1	60,3	0,6
15–64 anni	0,5	(56,9)	(0,2)
65–74 anni	(1,9)	(46,4)	(0,6)
75+ anni	8,8	67,4	5,4
Donne	4,0	46,8	1,4
15–64 anni	2,4	24,8	(0,4)
65–74 anni	6,1	54,7	2,9
75+ anni	15,2	71,5	8,1
Totale	2,6	50,4	1,0

Le cifre tra parentesi si basano su meno di 30 osservazioni.

4.2.2 Aiuti informali forniti

La domanda rivolta ai prestatori di aiuti informali era questa: «Aiuta regolarmente altre persone senza essere pagato(a), per esempio visitando ammalati, handicappati o persone anziane, aiutandoli in casa, portando loro da mangiare o trasportandoli?»

In Svizzera, il 36% degli uomini e il 40% delle donne forniscono regolarmente un aiuto gratuito a persone appartenenti alla loro cerchia di conoscenti (famiglia, amici o vicini). Di questi, un uomo su cinque (21%) e una donna su quattro (25%) lo fanno spesso, cioè almeno una volta alla settimana. Mentre la frequenza degli aiuti regolarmente prestati si mantiene relativamente stabile per gli uomini, le donne intensificano quest'attività a partire dai 35 anni (G4.3). Le persone che prestano più di rado un aiuto gratuito sono quelle in età dai 25 ai 34 anni. L'aiuto viene prestato soprattutto ai familiari (68% di tutte le risposte), seguiti da amici e vicini (22%); gli aiuti forniti ad altri, ad esempio a persone ricoverate in un istituto, rappresentano solo una piccola quota degli aiuti complessivi (10%).

Numericamente, in Svizzera sono circa 1,4 milioni le persone che forniscono un aiuto informale almeno una volta la settimana e più di 210'000 le persone della loro cerchia che ne beneficiano (vedi anche capitolo 4.2.3). Lo scarto tra la frequenza dichiarata per gli aiuti dati e ricevuti risulta evidente nel grafico G4.3. Solo per gli ultrasessantacinquenni il volume degli aiuti ricevuti si avvicina a quello degli aiuti forniti. In effetti, l'aiuto fornito va in larga misura dalle generazioni più giovani verso quelle più anziane. Inoltre, gli anziani ricevono spesso aiuti da più persone della loro cerchia, il che spiega, in parte, il maggior numero di prestatori.

4.2.3 Aiuti informali ricevuti

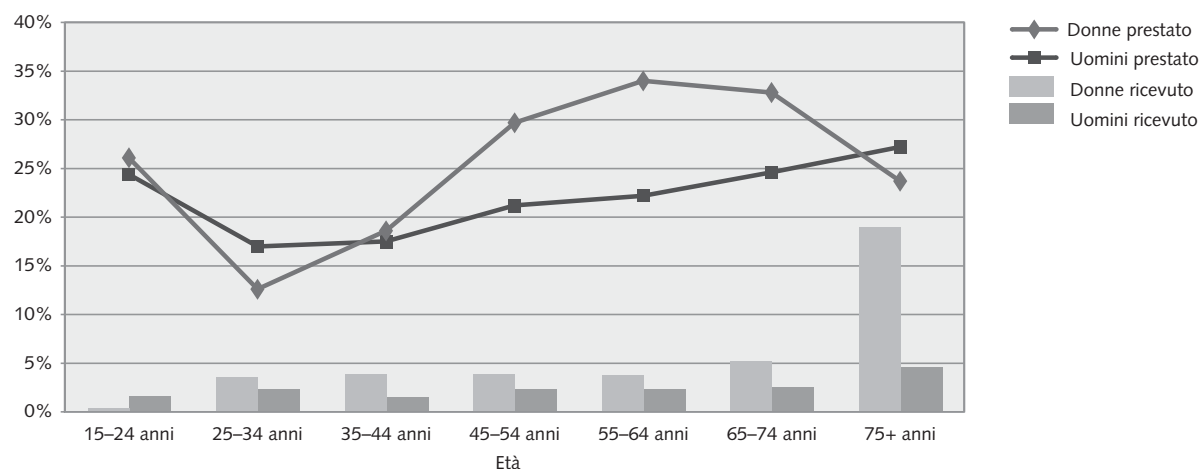
Nel 2002, il 10% della popolazione svizzera ha affermato di aver ricevuto, durante gli ultimi 12 mesi, aiuto da parenti, conoscenti o vicini per motivi di salute, ad esempio sotto forma di acquisti, cure o preparazione di pasti. Poco meno della metà (4%) ha ricevuto aiuti di questo tipo nella settimana precedente l'indagine, il che corrisponde – proiettando questo tasso sull'insieme della popolazione svizzera – a circa 210'000 persone: 64'000 uomini e 146'000 donne. Il tipo di aiuti ricevuti è descritto più in dettaglio nel cap. 7.

L'aiuto informale, secondo il punto di vista dei beneficiari, è fornito principalmente dalla cerchia familiare: partner (29%), figli (24%), genitori (12%) ed altri componenti il nucleo familiare (13%). Solo il 23% di questo tipo di aiuto è prestato da vicini e conoscenti. La rete familiare è quindi decisamente in primo piano nei sistemi di aiuto reciproco, sia sul fronte dei beneficiari che su quello dei prestatori.

La quota di persone che hanno ricevuto aiuti informali negli ultimi sette giorni aumenta leggermente a partire dai 65 anni e, soprattutto tra le donne, in modo molto netto dai 75 anni in su (G4.3). Il quadro cambia se si analizza il ricorso all'aiuto informale in cifre assolute; qui il bisogno d'aiuto dei più giovani (sotto i 64 anni) supera addirittura quello dei più anziani: infatti, circa 127'000 persone sotto i 65 anni hanno ricevuto aiuto negli ultimi 7 giorni, contro 87'000 ultrasessantacinquenni. C'è da dire inoltre che l'aiuto informale ha la massima importanza per i soggetti a basso reddito: il 7% delle persone compreso nel quinto più povero della popolazione ricorre a questo tipo di aiuto, che è invece fruito solo dal 2% di quelle appartenenti al quinto più ricco. Anche tra le

Quota di persone che hanno prestato o ricevuto aiuto una volta la settimana secondo il sesso e l'età

G 4.3



© Ufficio federale di statistica (UST)

regioni linguistiche si rilevano dei divari: l'aiuto informale ha diffusione doppia nella Svizzera italiana (7%) rispetto a quella francese (3%) e a quella tedesca (3%).

4.2.4 Dimensione economica degli aiuti informali

In un'epoca in cui sono in discussione i costi economici della salute e in particolare anche i costi delle cure¹¹, occorre valorizzare il «lavoro sanitario» domestico¹² e gli aiuti informali prestati al di fuori della sfera commerciale. In Svizzera, un uomo su cinque e una donna su quattro forniscono spesso assistenza informale ad una o più persone della loro cerchia, e questo contribuisce a ridurre il ricorso ai servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD) e alle prestazioni del sistema sanitario. I sistemi di aiuto reciproco informale si organizzano innanzitutto nella sfera familiare e prioritariamente a beneficio degli anziani; non va tuttavia trascurato neanche l'aiuto ai vicini e agli amici. Le alternative all'ospedalizzazione o al ricovero in istituto si basano fortemente – anche se in modo economicamente e socialmente «invisibile» – sul lavoro informale delle famiglie, e delle donne in particolare. Un

confronto globale tra gli aiuti informali ricevuti e il ricorso ai servizi di assistenza e cura a domicilio indica che il volume degli aiuti informali ricevuti nell'arco di un anno (10%) supera ampiamente quello dei servizi di assistenza e cura a domicilio (poco meno del 3%). Inoltre, la maggior parte delle persone che ricorrono ai servizi di assistenza e cura a domicilio ricevono in più anche aiuti informali (64%).

Rapportando questo tasso all'insieme della popolazione svizzera, risulta che in questo campo vengono prestate complessivamente circa 400 milioni di ore di lavoro non remunerato. Da notare anche che i tagli di bilancio, ad esempio nel settore delle cure di lunga durata, fanno crescere il lavoro volontario e gratuito, soprattutto quello svolto dalle donne, che già oggi prestano la maggior parte del lavoro non retribuito¹³.

L'importanza dell'aiuto reciproco non si limita tuttavia agli aspetti economici. Coloro che non possono contare su questo sistema di aiuto reciproco in caso di cattiva salute denunciano più sovente un sentimento di solitudine: questo tema è trattato più in dettaglio nel cap. 2.3.

¹¹ Fuhrer B, Brunner-Patthey O, Jost A, Bandi T, Eberhard P (2003): Pflegefinanzierung und Pflegebedarf: Schätzung der zukünftigen Entwicklung. Bericht des Netzwerks Ökonomie des Bundesamts für Sozialversicherung (BSV). Beiträge zur sozialen Sicherheit: Forschungsbericht Nr. 22/03. Ufficio federale delle assicurazioni sociali. Berna.

¹² Cresson G (1998): Le travail domestique de santé. Editions L'Harmattan: Paris.

¹³ Ufficio federale di statistica (2004): Conto satellite della produzione delle economie domestiche: progetto pilota per la Svizzera. Neuchâtel.

4.3 Confronto tra le rilevazioni del 1992, 1997 e 2002

Un'analisi delle differenze rilevate tra le tre indagini permette di riscontrare gli sviluppi intervenuti nell'utilizzazione dei servizi e delle prestazioni del sistema sanitario in Svizzera. Le variazioni più importanti nel ricorso ai servizi sanitari sono schematizzate nella tabella T4.7. Ragioni tecnico-statistiche non consentono tuttavia di comparare nel tempo tutti gli indicatori registrati.

La riduzione del 30% del numero annuo medio di giorni d'ospedalizzazione per paziente nel corso degli ultimi 10 anni può essere legata all'introduzione del pagamento degli ospedali con uno stanziamento globale in base alla nuova LAMal, in sostituzione dei precedenti forfait giornalieri. Anche il significativo aumento delle cure ambulatoriali presso gli ospedali è una conseguenza della LAMal. Altri effetti si riscontrano nelle assicurazioni complementari per i ricoveri ospedalieri: il numero di persone che stipulano assicurazioni per ricoveri in reparto privato o semiprivato è regredito, soprattutto tra il 1992 e il 1997, di un terzo se non della metà, mentre è notevolmente aumentato quello degli assicurati in reparto

comune. La LAMal ha sortito minori effetti per quanto riguarda la frequenza delle visite mediche; la maggiore partecipazione dei pazienti ai costi sembra non aver contribuito a ridurre tale frequenza. C'è stata invece una leggera variazione nei motivi addotti dagli intervistati per il ricorso alle visite mediche: i test preventivi e in particolare le vaccinazioni hanno guadagnato terreno, queste ultime comunque in proporzione molto limitata. Il fatto che attualmente l'assicurazione malattia preveda maggiori rimborsi per le terapie manuali (fisioterapia, chiropratica) e la medicina complementare (naturopatia, omeopatia ecc.) ha determinato un aumento molto contenuto del relativo tasso di consultazioni.

Il diffondersi dei servizi di assistenza e cura a domicilio e l'aumento dei relativi costi¹⁴, osservato in altre indagini, non è stato riscontrato nell'indagine sulla salute: il tasso settimanale di utilizzazione di questi servizi è rimasto costante per la classe d'età maggiormente interessata. La statistica SACD fornisce una possibile spiegazione per questo fenomeno: non è aumentato il numero di persone che ricorre ai servizi di assistenza e cura a domicilio, ma è aumentata la spesa delle prestazioni per assistito¹⁵.

¹⁴ Ufficio federale delle assicurazioni sociali (2001): Analyse des effets de la LAMal: Rapport de synthèse. Aspects de la sécurité sociale, Rapport de recherche no 16/01. Berna.

¹⁵ Ufficio federale delle assicurazioni sociali (2003): Statistique de l'aide et des soins à domicile (Spitex) 2002. Statistiques de la sécurité sociale. Berna.

T4.7 Evoluzione del ricorso ai servizi e alle prestazioni sanitarie tra le rilevazioni del 1992, 1997 e 2002

	1992	1997	2002	Evoluzione (%) (rispetto al 1992 risp. al 1997)
Consultazioni mediche				
Tasso annuo (%)	76,9	- ¹	76,9	+ 0
Consultazioni per paziente (numero medio)	4,6	-	4,4	- 4
Ragioni dell'ultima visita medica (%)				
Disturbi, malattia, infortunio	- ¹	73,5	66,9	- 9
Visita preventiva	-	20,5	25,1	+ 22
Vaccinazione	-	1,9	3,4	+ 79
Altre ragioni	-	4,1	4,6	+ 12
Altre consultazioni				
Tassi annui (%)				
- Dentista	70,2	64,8	62,1	- 12
- Ottico	26,5	28,0	27,1	+ 2
- Terapia manuale ²	14,1	17,2	18,2	+ 29
- Medicina complementare ³	- ¹	12,2	13,0	+ 7
Ospedalizzazioni				
Tasso annuo di ospedalizzazioni (%)	11,6	12,4	11,8	+ 2
Giorni di ospedalizzazione ⁴ (media)	13,2	11,1	9,2	- 30
Giorni di ospedalizzazione ⁴ (mediana)	7,0	6,0	4,0	- 43
Tasso annuo trattamenti ambulatoriali (%)	- ¹	9,0	12,8	+ 42
Divisione ospedaliera assicurata (%)				
Divisione comune	47,5	61,5	67,5	+ 42
Divisione semiprivata	33,8	26,8	23,0	- 32
Divisione privata	18,7	11,6	9,5	- 49
Prestazioni dei servizi di assistenza e cura a domicilio				
Tasso sui 7 giorni, a partire dai 65enni (%)	- ¹	4,0	4,1	+ 3

¹ Quesito non posto l'anno di rilevazione corrispondente oppure non paragonabile con gli altri anni² Fisioterapia, chiropratica³ Fitoterapia, omeopatia, agopuntura, ipnosi, training autogeno, shiatsu, riflessologia plantare⁴ Persone ricoverate almeno una volta nei 12 mesi precedenti l'indagine

5 Condizioni di lavoro e salute

Che l'ambiente di lavoro possa condizionare in larga misura lo stato di salute, influenzando su questo in modo benefico o dannoso, è cosa ben nota. Per tale motivo, l'Indagine sulla salute in Svizzera affronta alcuni aspetti dell'attività lavorativa che incidono sulla salute.

Promuovendo l'integrazione sociale dell'individuo, il lavoro svolge un'efficace azione benefica sulla salute dell'uomo. Ne sono la prova i disagi fisici e psichici oggi ben conosciuti¹ derivanti dalla privazione del lavoro. Nonostante questi effetti favorevoli, il lavoro può avere altrettanto ripercussioni deleterie sulla salute dell'individuo come mostrano gli infortuni e le varie patologie professionali (in particolare cancro e malattie cardiovascolari²).

La molteplicità e la reciprocità delle relazioni lavoro-salute sono oggi ben conosciute. Se da un lato le varie caratteristiche del lavoro incidono su tutto ciò che riguarda la salute accentuando o attenuando i singoli fenomeni, la salute, dall'altro, può condizionare la scelta del lavoratore da destinare a un posto e il modo di lavorare. Va inoltre tenuto conto di ciò che gli epidemiologi chiamano «healthy worker effect» (effetto del lavoratore sano), ovvero il fenomeno che gli individui capaci di esercitare un lavoro regolare godono a priori di una salute migliore dell'insieme della popolazione, di cui fanno parte anche persone malate inabili al lavoro.

Sebbene anche le condizioni fisiche di lavoro costituiscano fonte di preoccupazione, oggi l'attenzione si rivolge sempre più ai fenomeni psicologici e sociali generati dall'intensificazione del lavoro. Il presente capitolo è quindi dedicato ai disturbi della salute non specificamente precisati scaturiti fondamentalmente da fattori psicosociali.

Stando alle stime della Rilevazione sulle forze di lavoro in Svizzera (RIFOS), nel 2002 il nostro Paese contava poco più di 2 milioni di uomini dai 15 ai 65 anni (2'175'000) e poco oltre 1,5 milioni di donne dai 15 ai 63 anni (1'790'000) che svolgevano un lavoro a tempo pieno o parziale oppure un tirocinio. Le analisi che seguono si riferiscono a questo gruppo di popolazione.

5.1 Disagi sul posto di lavoro e salute

Esaminiamo in primo luogo i disagi sul posto di lavoro. L'indagine contemplava dodici tipi di disagi classificabili in due grandi gruppi³:

- **Disagi fisici diretti (legati alle condizioni igieniche):** causati dal rumore dei macchinari; dalle polveri, dal fumo e dalla sporcizia; dalle correnti d'aria; dalle sostanze chimiche; dai vapori, dagli odori e dai gas; dall'umidità.
- **Disagi indiretti nel settore dei servizi:** dovuti al sistema di climatizzazione; alle temperature troppo elevate o troppo basse; all'insufficienza di luce naturale; a una carente illuminazione.

La prima di queste due categorie è tipica del settore dell'industria, mentre la seconda coinvolge soprattutto il mondo dei servizi e quindi, oggi, sempre più persone. Per ciascuna categoria sono stati definiti tre livelli di disagio: nessun disagio, un disagio, due o più disagi.

¹ Zempel J, Bacher J (2001): Erwerbslosigkeit: Ursachen, Auswirkungen und Interventionen. Leske & Budrich: Opladen.

² A titolo esemplificativo: secondo un consenso scientifico ben radicato, la parte dei decessi per cancro riconducibili a sollecitudini professionali varia dal 4% al 10% (Conne-Perréard E, Gardon MJ, Parrat J, Usel M (2001): Effets de conditions de travail défavorables sur la santé des travailleurs et leurs conséquences économiques. Conferenza romanda e ticinese degli uffici cantonali di protezione dei lavoratori. Office cantonal de l'inspection et des relations de travail: Ginevra.

³ Questi due gruppi risultano da un'analisi fattoriale (analisi componenziale con rotazione Varimax) del rapporto del 1997 (Calmonte R, Koller C, Weiss W (2000): Salute e comportamenti nei confronti della salute in Svizzera.

Per quanto riguarda i disagi fisici diretti, i due sessi si differenziano notevolmente l'uno dall'altro (G5.1): a subire più di una forma di disagio fisico diretto vi è infatti una quota di uomini di quasi tre volte superiore a quella delle donne. Tale differenza è probabilmente riconducibile alla demarcazione sessuale nella scelta delle professioni. Per quanto riguarda invece le differenze dettate dall'età delle persone, sembra che le donne soffrano costantemente di almeno due disturbi, mentre gli uomini si distinguono maggiormente in tal senso. La percentuale di coloro che subiscono disagi diminuisce costantemente fino ai 54 anni per poi risalire soltanto lievemente fino al raggiungimento dei 64 anni. Il gruppo di uomini maggiormente esposti ad almeno un disturbo sono quelli dai 15 ai 24 anni (40%), quelli meno esposti hanno un'età compresa tra i 45 e i 54 anni (27%).

La relazione tra disagi fisici diretti e indicatori della salute può essere descritta nei termini seguenti:

- I disagi fisici non sembrano coinvolgere la sfera dell'equilibrio psichico dei due sessi essendo la prevalenza di un cattivo equilibrio psichico pressoché identica in entrambi i sessi a prescindere dal fatto che essi siano esposti o meno a disagi sul posto di lavoro.
- Un legame significativo tra i disagi subiti e l'incidenza di importanti disturbi fisici (quali mal di schiena, mal di testa o dolori articolari) è riscontrabile soltanto tra le donne. La proporzione di donne che lamenta un tale problema cresce infatti di 12 punti nelle donne esposte ad almeno due disagi. Tra gli uomini tale fenomeno determina una differenza di soli 4 punti.

- Anche le forme di disagi sul posto di lavoro affliggono maggiormente il sonno delle donne. Se si confrontano infatti il gruppo dei non esposti con quello delle persone esposte ad almeno due disagi, si osserva un aumento della percentuale di persone che presentano disturbi del sonno di 9 punti tra le donne e di soli 3 punti tra gli uomini.
- Alcuno scarto significativo è invece riscontrabile per ciò che concerne i giorni di assenza dal luogo di lavoro: i soggetti (uomini e donne) esposti ad almeno due disagi mostrano una prevalenza infinitesimamente superiore rispetto a coloro che non subiscono alcun disagio.

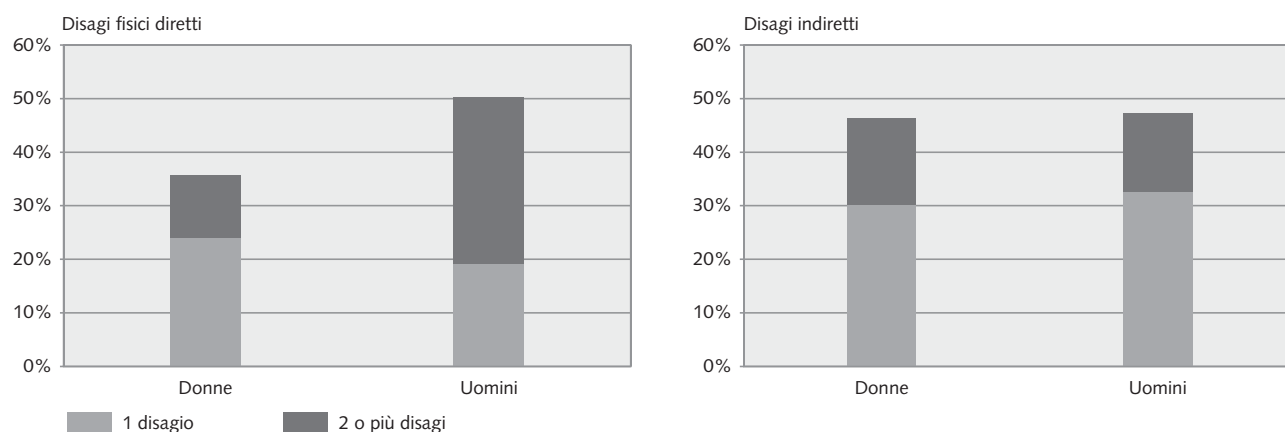
Riassumendo si può quindi affermare che i disagi fisici diretti sul posto di lavoro influiscono maggiormente sulla salute delle donne che su quella degli uomini.

I disagi a cui si è esposti nel settore dei servizi interessano pressoché la metà della popolazione attiva (il 47% ne subisce almeno una) e riguardano, a pari attività, sia le donne che gli uomini. Tra le persone dai 25 ai 34 anni, la quota di uomini esposti ad almeno due disagi è superiore a quella delle donne. Le donne sono invece maggiormente sollecitate dai 15 ai 24 anni e in misura doppia degli uomini.

Il rapporto tra i disagi nei servizi e gli indicatori della salute considerati (T5.1) è molto più omogeneo rispetto a quanto rilevato per i disagi fisici diretti. Più gli individui soffrono di due disagi indiretti e più la loro salute risulta compromessa. Tale fenomeno si manifesta in maniera più evidente tra le donne.

Quota di persone esposte a disagi fisici diretti o disagi indiretti nel settore dei servizi secondo il numero di disagi e il sesso

G 5.1



© Ufficio federale di statistica (UST)

T5.1 Quota di popolazione con problemi di salute secondo i disagi subiti nel settore dei servizi e il sesso (in %)

Persone soggette a:	Donne		Uomini		Totale	
	nessun disagio	2 o più disagi	nessun disagio	2 o più disagi	nessun disagio	2 o più disagi
scarso equilibrio psichico	20,0	29,2	18,2	22,2	19,0	25,3
disturbi fisici importanti	24,6	35,7	12,5	19,4	17,6	26,6
insonnia media	21,3	26,8	17,2	18,5	19,0	22,1
disturbi patologici del sonno	4,9	6,5	2,5	5,3	3,5	5,8
assenza dal posto di lavoro per almeno un giorno al mese	8,9	17,0	7,4	12,1	8,0	14,2
assunzione di farmaci psicotropici ¹	17,2	28,0	10,5	16,2	13,3	21,4

¹ Sonniferi, tranquillanti o analgesici; assunzione su 7 giorni.

Oltre alla salute fisica, i disagi indiretti sembrano compromettere fortemente la salute mentale delle persone, sia per quanto concerne l'equilibrio fisico che per quanto riguarda l'uso di farmaci psicotropi. Tra l'altro, l'assenza dal posto di lavoro di almeno un giorno è maggiore tra le persone che subiscono due disagi indiretti, e ciò in maniera più evidente tra le donne. La loro quota è infatti di due volte superiore a quella delle donne non affette da tale problema.

Dal 1997 non è stato rilevato alcun cambiamento significativo, né per quanto riguarda i disagi fisici né per quanto concerne quelli nell'ambito dei servizi. La proporzione delle persone che soffrono di disagi sui luoghi di lavoro è infatti rimasta stabile, né è mutata l'incidenza delle diverse forme di disagio.

Sono invece cambiati i problemi di salute scaturiti dalle diverse categorie di disagio. Da un lato, si osserva infatti una regressione dei disturbi tra i lavoratori esposti a disagi fisici diretti, dall'altro, una diffusione dei disturbi riscontrati tra gli addetti del settore dei servizi esposti a disagi indiretti e ciò principalmente tra le donne.

5.2 Pressioni psicosociali: una minaccia per la salute dei lavoratori

I cambiamenti sopraggiunti negli ultimi venti anni nelle condizioni di lavoro (intensificazione, automatizzazione, flessibilizzazione, informatizzazione, nuove forme organizzative) non sono rimasti senza ripercussioni sulla salute dei lavoratori. Mentre prima erano le condizioni igieniche e i lavori fisicamente pesanti a provocare la maggior parte

dei problemi di salute⁴, oggi a causare stress e a pesare sullo stato di salute delle persone sono soprattutto fattori psicologici e sociali (quali un eccessivo carico di lavoro⁵, la necessità di una concentrazione prolungata, scadenze incalzanti o una crescente interdipendenza).

5.2.1 Tensioni nervose sul lavoro e salute

Nel 2002, quasi la metà (44%) delle persone attive ha dichiarato di provare una forte tensione nervosa sul lavoro, un buon terzo (38%) era mediamente sollecitato e poco meno di un quinto (18%) soltanto debolmente. Tra coloro che risentivano una forte tensione vi erano più uomini (47%) che donne (41%).

Tra i sessi appaiono però soltanto deboli differenze in funzione dell'età delle persone. Mentre tra le donne che dichiarano di avvertire una forte tensione la proporzione non varia molto nelle diverse classi di età, tra gli uomini, i giovani dai 15 ai 24 anni sembrano soffrire meno di tale problema (35%) rispetto a quelli appartenenti alle altre classi di età (dal 46% al 50%).

Il rischio di essere esposti a forti pressioni psicologiche aumenta con l'avanzare del grado di formazione e della condizione socioprofessionale delle persone. Infatti, la quota di persone sottoposte a forti tensioni nervose sul lavoro passa dal 33% tra i lavoratori la cui formazione non va oltre la scuola dell'obbligo al 44% tra coloro che beneficiano di una formazione di grado secondario II e raggiunge il 56% tra le persone con una formazione

⁴ Jaufmann D, Pfaff M (1999): Krankheitsbedingte Fehlzeiten, Belastungen und Einstellungen zur Erwerbsarbeit im internationalen Vergleich. Zusammenfassende Anmerkungen und ein Blick nach vorne unter sozialpolitischen Perspektiven. Institut für Volkswirtschaftslehre der Universität Augsburg. <http://www.wiwi.uni-augsburg.de/vwl/institut/paper/194.pdf> (accesso al 31.03.05).

⁵ Semmer N, Mohr G (2001): Arbeit und Gesundheit: Konzepte und Ergebnisse der arbeitspsychologischen Stressforschung. Psychologische Rundschau. 52 (3): pag. 150-158.

terziaria. Ma la proporzione di persone occupate soggette a una forte tensione sul posto di lavoro dipende molto anche dalla loro condizione socioprofessionale. Se tra i manovali e gli altri lavoratori specializzati è il 36% a lamentare questo stato di cose, tale quota raggiunge il 61% tra i dirigenti e le professioni liberali.

Legato al grado di formazione e alla condizione socio-professionale delle persone, il rischio di subire forti tensioni nervose sul posto di lavoro sembra inoltre condizionato anche dal grado di occupazione. Mentre è il 47% delle persone che lavorano a tempo pieno a risentire di una forte tensione, tale cruccio affligge soltanto il 37% delle persone che lavorano a tempo parziale.

La tabella T5.2 mostra che tra le persone largamente esposte a tensioni sul lavoro alcuni problemi di salute si manifestano sincreticamente e in modo più marcato tra le donne che tra gli uomini.

- Una forte tensione nervosa o un alto livello di stress sul posto di lavoro possono essere la causa di innumerevoli problemi di salute generici, che si manifestano frequentemente attraverso disturbi fisici quali mal di schiena, mal di testa, pressioni al petto, palpitazioni, insonnia, disturbi del sonno o della digestione o come disturbi psichici (irritabilità, nervosismo e spossatezza). Così, il 38% delle donne e il 21% degli uomini che subiscono forti tensioni nervose sul lavoro manifestano disturbi fisici importanti contro rispettivamente il 20% e il 14% di coloro che ne sono debolmente esposti.

- Nel 2002, il 28% delle donne e il 21% degli uomini erano afflitti da disturbi del sonno. Tensioni nervose sul posto del lavoro sembrano tormentare soprattutto il sonno delle donne. Ne è prova l'aumento della proporzione di donne con disturbi del sonno dal 25% al 33% (tra gli uomini dal 18% al 24%) con l'intensificarsi della tensione nervosa sul posto del lavoro da debole a forte.
- Una forte tensione sul lavoro può inoltre essere all'origine di disturbi di tipo mentale. Con il rafforzarsi della tensione da molto debole a molto elevata aumenta infatti la proporzione di persone con uno scarso equilibrio psichico (dal 16% al 28%). Inoltre, sembrerebbe che il consumo di farmaci psicotropi (sonniferi, tranquillanti, analgesici) – anch'esso considerato indice di una sofferenza psichica – sia più elevato tra le persone, soprattutto tra gli uomini, che dichiarano di essere esposti a una forte tensione piuttosto che tra coloro che affermano di subire soltanto una debole tensione sul lavoro.

Riassumendo si può affermare che la tensione psicosociale ha degli effetti rilevanti sulla salute dei lavoratori. Nel 2002, ad esempio, più di 320'000 persone che presentavano problemi fisici importanti dichiaravano di subire forti tensioni sul posto di lavoro. Ma a causa della definizione restrittiva delle malattie professionali contemplate dalla LAINF (limitate alle malattie fisiche), i costi generati da problemi psicosociali sono differiti sull'assicurazione malattie, le imprese o l'assicurazione contro l'invalidità (AI).

T5.2 Quota di popolazione con problemi di salute secondo la tensione nervosa sul posto di lavoro e il sesso (in %)

Persone soggette a:	Donne		Uomini		Totale	
	tensione debole	tensione forte	tensione debole	tensione forte	tensione debole	tensione forte
scarso equilibrio psichico	19,7	29,3	14,5	24,4	17,2	26,3
disturbi fisici importanti	21,6	33,6	13,6	16,9	17,8	23,2
insonnia media	21,7	25,9	15,1	19,2	18,5	21,7
disturbi patologici del sonno	(3,2)	7,7	(2,9)	4,4	3,1	5,7
assenza dal posto di lavoro per almeno 1 giorno al mese	9,8	11,9	7,7	9,2	8,8	10,2
assunzione di farmaci psicotropici ¹	17,5	20,1	8,7	14,8	13,3	16,8

¹ Sonniferi, tranquillanti o analgesici; assunzione su 7 giorni.

5.3 La paura di perdere il lavoro

Negli anni Novanta, la maggior parte dei Paesi industrializzati tradizionali presentava una quota rilevante di disoccupati tra la popolazione attiva. Anche la Svizzera non era risparmiata da tale fenomeno benché la situazione fosse meno drammatica che in altri Paesi. Stando alle statistiche ufficiali, il tasso di disoccupazione è sceso dal 5,2% del 1997 all'1,7% del 2001 ed è risalito nel 2002 al 2,5%.

Il 12% degli occupati interpellati nell'ambito dell'Indagine sulla salute in Svizzera dichiarano di aver paura di perdere il proprio impiego (3% molta, 9% abbastanza), il che in cifre assolute riguarda 380'000 persone. Se la paura di perdere l'impiego affligge in misura più o meno identica sia le donne (11%) che gli uomini (12%), essa varia al contrario secondo l'età, ma con un'evoluzione identica tra i due sessi: aumentando con l'avanzare dell'età da meno di 15 a 54 anni, la paura di perdere il lavoro si mitiga di nuovo leggermente a partire da 55 anni.

La paura di perdere il proprio impiego colpisce soprattutto le persone con una formazione relativamente bassa. Mentre solo l'8% degli occupati con una formazione terziaria e l'11% di coloro che beneficiano di una formazione di grado secondario II sembrano preoccuparsi di tale scenario, tale quota sale al 20% tra i lavoratori senza formazione post-obbligatoria. Questa problematica non sembra risparmiare neanche gli indipendenti (il 6% afferma infatti di temere tale possibilità) anche se si manifesta in maniera differente.

Uno dei fattori che catalizzano questa paura è la convinzione delle persone di non riuscire a trovare in seguito un impiego equivalente: il 53% degli occupati (55% uomini, 51% donne) condivide tale parere. Come prevedibile, la convinzione dei lavoratori di non trovare un nuovo lavoro, se non con grandi difficoltà, si accentua con l'avanzare degli anni; essa passa dal 40% tra i giovani dai 15 ai 24 anni all'81% tra le persone dai 55 ai 65 anni che si trovano alla fine del percorso professionale.

In quale misura la paura di perdere il proprio impiego può dunque incidere sullo stato di salute? Osservando la tabella T5.3, che delinea un quadro generale della problematica, risaltano subito due elementi. Tutti gli indicatori della salute esaminati denotano una netta differenza tra le persone che temono di perdere il loro lavoro e coloro che invece sono fiduciosi per quanto riguarda il loro futuro professionale. Tale constatazione conferma quanto rilevato da uno studio analogo⁶ effettuato in Svizzera alcuni anni or sono. In generale e in proporzioni variabili, questa paura incide maggiormente sulla salute delle donne che su quella degli uomini.

Nel periodo 1997-2002, la paura di perdere il proprio lavoro è diminuita dal 18% al 11% tra le persone occupate. Queste sembrano inoltre anche più fiduciose di trovare in seguito un impiego equivalente. Nel 2002, il 45% degli uomini e il 49% delle donne condividevano tale parere contro rispettivamente il 31% e il 32% del 1997. Tale mutamento potrebbe trovare la sua spiegazione nella ripresa economica che ha caratterizzato il periodo 1997-2002 come evidenza anche il calo del tasso

T5.3 Quote di popolazione con problemi di salute secondo la paura di perdere il posto di lavoro e il sesso (in %)

Persone soggette a:	Donne		Uomini		Totale	
	nessuna paura	paura	nessuna paura	paura	nessuna paura	paura
scarso equilibrio psichico	21,3	33,5	19,1	28,7	20,0	30,6
disturbi fisici importanti	26,1	38,1	12,9	23,8	18,5	29,4
insonnia media	21,9	32,3	15,2	31,8	18,0	31,9
disturbi patologici del sonno	4,8	7,0	3,2	(4,4)	3,9	5,4
assenza dal posto di lavoro per almeno un giorno al mese	10,0	15,0	8,1	12,2	8,9	13,3
assunzione di farmaci psicotropici ¹	18,9	27,0	11,4	16,8	14,5	20,8

¹ Sonniferi, tranquillanti o analgesici; assunzione su 7 giorni

⁶ Domenighetti G, d'Avanzo B, Bisig B (1999): Health Effects of Job Insecurity among Employees in Swiss General Population. Cahiers de recherches économiques du DEEP No 9907. Université de Lausanne, Ecole HEC, Département d'économétrie et d'économie politique: Lausanne.

di disoccupazione. D'altra parte ci si potrebbe anche chiedere quanto influisca, rispetto al 1997, su questa paura di perdere il lavoro un aspetto di natura più qualitativa, ossia il fatto che precarietà e percorsi professionali non lineari, la rinuncia dell'idea del posto di lavoro a vita facciano ormai parte dell'immaginario comune.

5.4 Soddisfazione professionale ed effetto sulla salute

Nonostante l'espansione del settore dei servizi nell'economia e la modernizzazione delle imprese, la proporzione dei lavoratori insoddisfatti delle condizioni di lavoro non sembra voler diminuire a livello europeo⁷.

L'Indagine sulla salute in Svizzera rivela che il 4% delle persone occupate intervistate, senza che vi sia una differenza tra i sessi, dichiara di essere piuttosto insoddisfatto, molto insoddisfatto o completamente insoddisfatto della situazione professionale personale.

Le persone insoddisfatte professionalmente presentano per quasi tutti gli indicatori della salute un certo malessere (T5.4) che si manifesta attraverso disturbi psichici, fisici e del sonno. Analogamente ai risultati ottenuti per quanto concerne la paura di perdere il proprio impiego, anche l'insoddisfazione legata al lavoro sembra aver maggiore influenza sulla salute delle donne che su quella degli uomini. Un buon 35% delle donne insoddisfatte del proprio loro lavoro fa infatti ricorso a farmaci psicotropici contro solo il 15% tra gli uomini. E quanto ai problemi fisici dovuti al malcontento circa la situazione professionale, la quota delle donne (54%) è quasi doppia rispetto a quella degli uomini (28%).

T5.4 Quota di popolazione con problemi di salute secondo la soddisfazione sul posto di lavoro e il sesso (in %)

Persone soggette a:	Donne		Uomini		Totale	
	soddisfatte	insoddisfatte	soddisfatti	insoddisfatti	soddisfatti	insoddisfatti
scarso equilibrio psichico	20,3	43,7	17,8	37,1	18,9	39,7
disturbi fisici importanti	25,6	54,0	12,9	27,8	18,3	37,7
insonnia media	21,2	38,0	15,8	27,4	18,1	31,5
disturbi patologici del sonno	4,8	(13,4)	2,9	(6,1)	3,7	8,9
assenza dal posto di lavoro per almeno un giorno al mese	9,7	(15,9)	8,2	(8,7)	8,8	11,6
assunzione di farmaci psicotropici ¹	18,8	36,2	11,4	14,8	14,5	23,1

¹ Sonniferi, tranquillanti o analgesici; assunzione su 7 giorni

⁷ Merllié D, Paoli P (2001): Troisième enquête européenne sur les conditions de travail. Dix ans de conditions de travail dans l'Union Européenne. Résumé. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail: Dublin.

6 Adolescenti e giovani adulti: condizioni psicosociali, salute e consumo di sostanze psicotropiche

La giovinezza è il periodo in cui si forgianno in gran parte gli atteggiamenti che riguardano il rapporto col corpo e le abitudini che saranno adottate nei confronti della salute. Sempre durante questi anni, i giovani si inseriscono nel mondo degli adulti e adottano nuovi comportamenti, specifici al ruolo di uomo o di donna. Il passaggio dall'adolescenza all'età adulta risulta quindi complesso e implica per i giovani numerose transizioni importanti, che vanno a toccare le sfere familiare, culturale, sociale, economica e professionale. Oggigiorno questa fase della vita è però caratterizzata dall'assenza di sincronismo tra le usuali tappe che un individuo è tenuto a superare per diventare un individuo integrato socialmente (terminare il cursus scolastico, ottenere una qualifica professionale e un impiego fisso, lasciare la famiglia d'origine e fondare un proprio nucleo familiare). A questa sfasatura sembra accompagnarsi un modo di costruirsi basato soprattutto sulla sperimentazione¹, ossia su un'elaborazione progressiva dell'identità sociale e personale attraverso la sperimentazione delle definizioni di sé e dei modi di interagire con gli altri. Sebbene durante questo periodo le malattie fisiche e croniche siano ancora poco frequenti (cfr. capitoli 2 e 4), stress e problemi d'ordine psicosociale guadagnano sempre più terreno. Questi aspetti – e numerosi studi lo confermano – influenzano i rapporti con il corpo, i comportamenti nei confronti della salute e le strategie di richiesta d'aiuto in caso di difficoltà o di malattie².

Anche il nostro approccio sarà incentrato su quelle tematiche che vengono ampiamente trattate nell'ambito della salute dei giovani – situazione sociale, condizioni psicosociali, consumo di sostanze psicotropiche³ – come pure su questioni e problemi che riguardano il peso corporeo. Le analisi che seguono verteranno in primo luogo su quei ma-

lesseri che spesso sono legati a problemi psicosociali: impressione di avere uno scarso controllo sulla propria vita, sentimento di solitudine, disturbi fisici non specifici come mal di testa o di schiena, dolori al petto e palpitazioni, scarso benessere psichico o ancora disturbi del sonno. In seguito esamineremo i comportamenti relativi alle sostanze psicotropiche (alcol, tabacco, droghe illecite e farmaci psicotropici), il cui consumo può causare danni alla salute e che attualmente costituiscono un'importante sfida per la prevenzione⁴. Infine ci occuperemo del peso nei giovani, tema centrale negli attuali dibattiti di salute pubblica.

Questo capitolo si basa su dati ottenuti interrogando un campione composto da 1'701 persone in età dai 15 ai 24 anni. Il campione sta a rappresentare le poco più di 840'000 persone appartenenti a questa classe d'età presenti nella popolazione.

6.1 Situazione sociale e psicosociale dei giovani

Abbiamo a disposizione informazioni sull'occupazione per il 94% dei giovani in età dai 15 ai 24 anni. Oltre la metà di loro (54%) segue una formazione postobbligatoria (formazione generale o professionale), il 25% ha un impiego, il 4% è disoccupato e la parte restante (17%) frequenta ancora la scuola dell'obbligo. In questi diversi gruppi, i due sessi sono rappresentati in proporzioni molto simili. Se l'età media dei giovani che seguono una formazione è di 18 anni e mezzo, quella dei disoccupati e dei giovani con un lavoro è rispettivamente di 20 e 21 anni, senza che si riscontrino grandi differenze tra i due sessi.

¹ Galland O (2001): *Sociologie de la jeunesse*. Armand Colin (3ème éd.): Paris.

² Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Alsaker F, Michaud PA (2004): *Salute e stile di vita degli adolescenti dai 16 ai 20 anni in Svizzera (2002)*. SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Raisons de santé 95a. IUMSP: Losanna.

³ Per sostanze psicotropiche intendiamo quelle sostanze in grado di agire sull'umore e sulla psiche, che comprendono, oltre alla canapa e alle droghe di sintesi, l'alcol e i farmaci psicotropici.

⁴ Kolip P, Wydler H, Michaud PS, Addor V, Narring F, Stronski S (2002): *But 4: Santé des jeunes*. Dans: *Société suisse de santé publique (Ed.): Buts pour la santé en Suisse. La santé pour tous au 21ème siècle (OMS Europe)*. Berna: pag. 16-17.

Per trattare le condizioni psicosociali nelle due scale sotto-indicate, che traducono in un caso risorse più psicologiche, nell'altro risorse più sociali, abbiamo fatto ricorso ai seguenti criteri:

1. *Padronanza della vita*, che misura da una parte la capacità di far fronte alle difficoltà e agli eventi ai quali il giovane si trova confrontato e, dall'altra, il controllo su quanto succede nella propria vita in opposizione all'impressione di essere sballottato in ogni senso e di venire sommerso dai problemi.
2. *Sostegno sociale a livello emozionale* da attribuire alla presenza di una o più persone di fiducia con cui poter parlare dei propri problemi personali e del sentimento di solitudine.

Un quarto dei giovani dai 15 ai 24 anni ritiene di avere una scarsa padronanza della propria vita, le ragazze in modo leggermente superiore ai ragazzi. In merito alle risorse sociali, il 3% dei giovani dai 15 ai 24 anni non ha, tra i suoi conoscenti, nessuna persona di fiducia con cui poter parlare di problemi personali; un po' meno della metà di loro prova, più o meno frequentemente, un sentimento di solitudine (42% alcune volte, 2% spesso), con una netta differenza tra ragazzi e ragazze, essendo queste ultime relativamente più numerose a sentirsi sole (52% contro 37%).

Le condizioni psicosociali dei giovani sembrano leggermente meno buone rispetto a quelle del resto della popolazione residente in Svizzera: i primi sono più numerosi (26%) ad avere uno scarso senso di padronanza della propria vita rispetto al resto della popolazione (21%). Anche la salute psichica dei giovani sembra essere meno buona: oltre a un minore benessere psichico rispetto a

quello del resto della popolazione, i giovani sono più numerosi ad avere uno scarso equilibrio psichico (28% contro 19%). Per quanto concerne le risorse sociali, sebbene la quota di giovani e di adulti ad avere nella propria cerchia un confidente con cui parlare di problemi personali sia pressoché identica (97% risp. 95%), i giovani restano pur sempre più numerosi degli adulti a provare un sentimento di solitudine (44% contro 27%).

Le condizioni psicosociali piuttosto insoddisfacenti dei giovani che scaturiscono dall'Indagine sulla salute in Svizzera potrebbero rispecchiare questa complessa fase della vita che è la giovinezza, con tutte le fragilità che sottintende la costruzione dell'identità personale che avviene durante questo periodo.

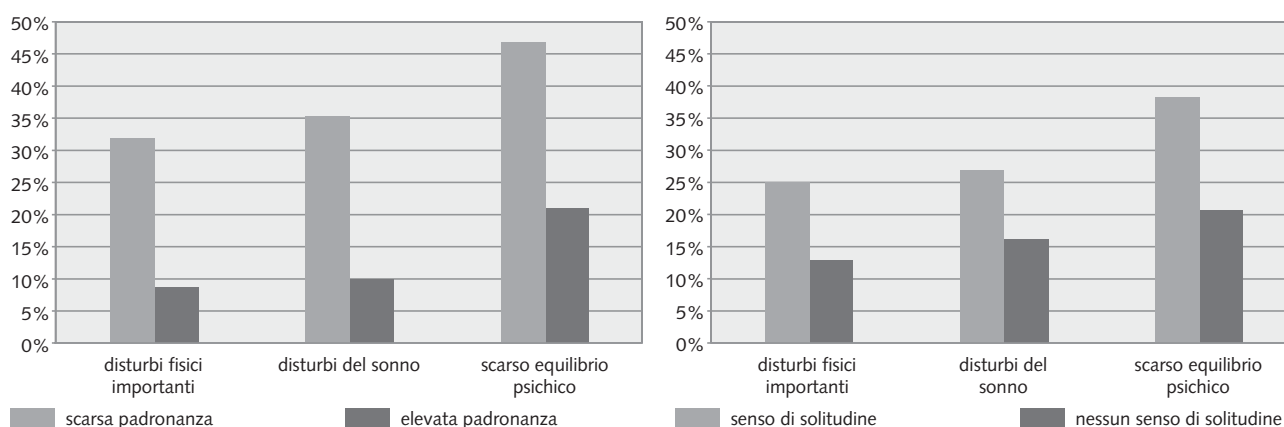
6.2 Condizioni psicosociali e salute

I risultati dell'Indagine sulla salute in Svizzera permettono di stabilire un nesso relativamente stretto tra risorse psicologiche e sociali dei giovani e la loro salute: a condizioni psicosociali sfavorevoli si associa infatti chiaramente uno stato di salute meno buono (G6.1).

I giovani che ritengono di avere una scarsa padronanza della propria vita sono quasi quattro volte più numerosi (32%) a soffrire di disturbi fisici importanti (mal di testa, mal di schiena, dolori all'addome, palpitazioni) rispetto a quelli che ritengono di avere un buon controllo sulla propria vita (9%). Nei giovani che non dispongono di risorse sociali, si riscontrano molto più spesso disturbi di tipo psichico rispetto a quanto avviene nel caso di coloro che conoscono persone con cui confidarsi o che non provano sentimenti di solitudine. Ad esempio, un quarto dei giovani che prova un sentimento di solitudine soffre

Quota di giovani dai 15 ai 24 anni con disturbi fisici importanti, disturbi del sonno o scarso equilibrio psichico secondo la padronanza della propria vita e il senso di solitudine

G 6.1



© Ufficio federale di statistica (UST)

di disturbi fisici importanti, contro il 13% di coloro che non hanno mai questa sensazione.

La mancanza di risorse psicologiche e sociali sembra pure influire sulla qualità del sonno dei giovani. In effetti, coloro che ritengono di avere una padronanza scarsa della propria vita o che provano un sentimento di solitudine sono più numerosi a soffrire di disturbi del sonno rispetto a quelli che godono di migliori condizioni psicosociali (G6.1).

Condizioni psicosociali favorevoli proteggono inoltre da una cattiva salute psichica. L'equilibrio psichico è più fragile nei giovani con uno scarso sentimento di padronanza della vita o con una mancanza di sostegno sociale (G6.1).

6.3 Consumo di sostanze psicotropiche

L'aspetto della salute dei giovani che più fa discutere i media è indubbiamente il consumo di sostanze psicotropiche. Rispondere a domande vertenti su questo tema nel contesto di un'indagine non è pertanto semplice. Più la sostanza viene condannata dalla società, più è probabile che le risposte affermative al riguardo siano inferiori alla realtà. Nonostante ciò, questo stato di cose dovrebbe incidere solo in minima parte sull'effettivo consumo che viene fatto di ciascuna di queste diverse sostanze. Si noti inoltre che, in questi ultimi anni, il contesto sociale in cui si attua il consumo di questi prodotti è stato teatro di grandissimi cambiamenti, sia che si consideri la diminuzione del prezzo degli alcolici, la facilità di procurarsi in completa illegalità canapa per uso stupefacente nei «canapai», la lotta contro il tabagismo con il divieto di fumare in numerosi luoghi pubblici o l'aumento di prezzo delle sigarette.

Presentiamo ora i risultati dell'inchiesta concernenti la frequenza con cui i giovani consumano abitualmente tabacco, alcol e droghe illegali, nonché farmaci psicotropici.

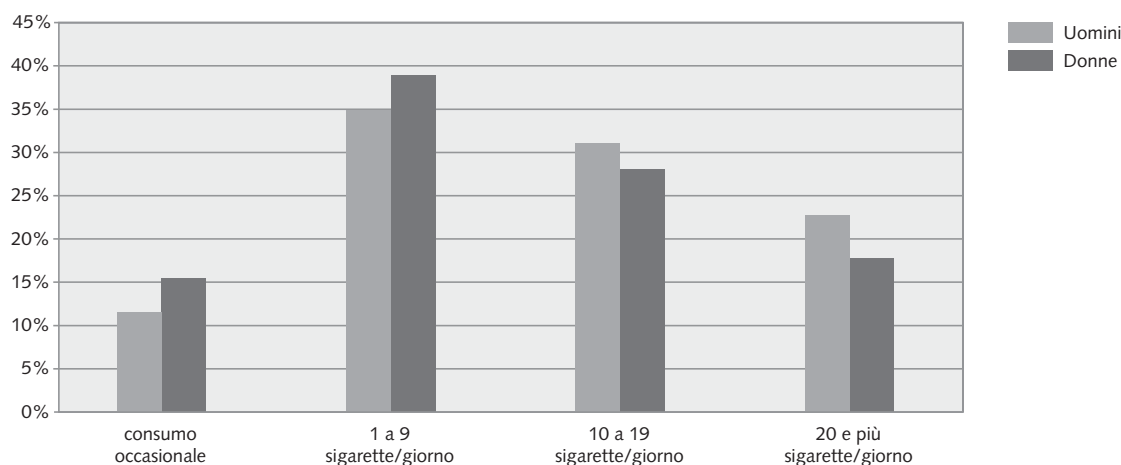
6.3.1 Consumo di tabacco

Un buon terzo (37%) dei giovani in età dai 15 ai 24 anni afferma di fumare – la grande maggioranza fuma unicamente sigarette (91%); a fumare sono più numerosi i ragazzi (40%) che le ragazze (35%). Un'analisi più dettagliata rivela che la prevalenza del consumo di tabacco passa dal 16% a 15 anni al 36% a 17 anni, raggiunge il suo massimo a 18 anni (48%), per stabilizzarsi infine attorno al 42% tra i 19 e i 24 anni. Il consumo quotidiano nei giovani fumatori varia a dipendenza del sesso: quasi un quarto dei ragazzi (23%) consuma un pacchetto di sigarette o più al giorno, contro il 18% delle ragazze, che sono invece più numerose a fumare solo occasionalmente o a consumare non oltre 9 sigarette al giorno (G6.2).

Se oltre la metà dei giovani (57%) vorrebbe smettere di fumare, solo un terzo di loro (32%) ha veramente provato a rinunciare alla sigaretta nel corso dell'anno considerato, senza sostanziali differenze tra sesso maschile e femminile. Il leggero aumento di giovani che, da dieci anni, desidera smettere di fumare (dal 53% al 57%, senza differenza tra i sessi), si accompagna ad un altrettanto lieve incremento di giovani che hanno effettivamente cercato di rinunciare alla sigaretta (dal 28% al 32%, in modo leggermente più marcato nelle ragazze).

Quota di fumatori dai 15 ai 24 anni secondo il numero giornaliero di sigarette consumate e il sesso (unicamente fumatori di sigarette)

G 6.2



© Ufficio federale di statistica (UST)

A fianco del consumo attivo di tabacco, non si deve comunque dimenticare l'esposizione passiva al fumo di terzi, pericolosa per la salute: in una persona esposta al fumo di tabacco, ad esempio sul posto di lavoro o al ristorante, il rischio di sviluppare un tumore o una patologia cardiovascolare aumenta sensibilmente. Il 52% dei giovani non fumatori subisce, nell'arco di una giornata, come minimo un'ora di fumo passivo (di cui il 10% oltre tre ore).

Dal 1992, la proporzione di fumatori non ha mai smesso di aumentare (T6.1): dato che nelle ragazze è stato rilevato un incremento più consistente (dal 26% al 35%) rispetto a quello registrato nei ragazzi (dal 36% al 40%), il consumo di tabacco nel sesso femminile si avvicina a quello maschile. Se da dieci anni a questa parte il numero dei fumatori non ha smesso di aumentare, la

proporzione dei grandi fumatori è invece diminuita. I giovani che fumano un pacchetto o più di sigarette al giorno sono infatti passati dal 32% nel 1992 al 20% nel 2002; quest'evoluzione è più marcata nei ragazzi che nelle ragazze (dal 40% al 23% per i primi; dal 22% al 18% per le seconde). Dal 1992, lo scarto esistente tra i giovani dei due sessi nel consumo di tabacco si è fortemente ridotto.

I giovani (37%) sono più numerosi rispetto al resto della popolazione (29%) a fumare. Tra questi due gruppi si riscontra una differenza di ordine qualitativo: i primi sono infatti più numerosi a fumare unicamente sigarette, mentre il consumo dei secondi risulta più diversificato (sigari, pipe, cigarillos). Tra le persone che consumano esclusivamente sigarette, la proporzione che ne fuma un pacchetto o più al giorno è nel resto della popolazione di

T6.1 Evoluzione del consumo di sostanze psicotropiche tra i giovani dai 15 ai 24 anni: raffronto 1992, 1997 e 2002 (in %)

	1992	1997	2002
Consumo di tabacco			
Fumatori	30,9	43,6	37,4
Almeno un pacchetto di sigarette al giorno ¹	32,5	23,4	20,4
Tentativo di smettere di fumare ²	27,8	33,8	31,8
Ex fumatori	5,7	4,1	4,8
Consumo d'alcol			
Consumatori di bevande alcoliche	75,0	74,2	73,4
Quotidianamente o da tre a sei volte la settimana ³	16,7	12,2	9,4
Uno a due volte la settimana ³	44,1	44,8	53,3
Meno di una volta la settimana ³	39,2	43,0	37,3
Consumatori di birra	- ⁴	61,0	57,5
Consumatori di vino	- ⁴	62,1	55,2
Consumatori di alcolici	- ⁴	53,9	58,7
Consumo di droghe			
Almeno un consumo di hashish nella vita	17,7	30,7	30,3
Consumatori attuali di hashish	7,1	12,4	12,0
Consumatori settimanali di hashish ⁵	36,1	49,3	55,8
Consumo di medicinali			
Consumatori di medicinali ⁶	26,4	27,8	25,3
Consumatori di farmaci psicotropici ⁷	13,5	16,9	12,4

¹ La percentuale si riferisce ai fumatori di sigarette

² Riusciti a non fumare per almeno due settimane nel corso di 12 mesi

³ La percentuale si riferisce ai consumatori di alcol

⁴ Dati non paragonabili per ragioni metodologiche

⁵ Una o più volte la settimana. La percentuale si riferisce ai consumatori di hashish.

⁶ Nel corso di 7 giorni

⁷ Assunzione di sonniferi, tranquillanti o analgesici nel corso di 7 giorni

due volte superiore (40%) rispetto a quanto si riscontra nei 15-24enni. Sebbene i giovani che hanno tentato di smettere di fumare siano più numerosi rispetto al resto della popolazione (32% contro 26%), essi sono però in numero minore ad essere effettivamente riusciti a rinunciare al tabacco (ex fumatori: 5% contro 22%). Infine i giovani, non solo sono più numerosi rispetto al resto della popolazione a fumare, ma sono pure nettamente più esposti al fumo passivo (tra i non fumatori: il 52% contro il 23%).

6.3.2 Consumo di bevande alcoliche

Quasi tre giovani su quattro in età dai 15 ai 24 anni (73%) consumano bevande alcoliche; il 53% di loro da una a due volte la settimana (T6.2), frequenza che va quindi a confermare i risultati di numerosi studi che hanno messo in evidenza il fenomeno delle ubriacature (puntuali) tra i giovani⁵. La precocità con cui i giovani hanno accesso all'alcol rimane importante, dato che a 15 anni il 47% dei giovani afferma di consumare abitualmente bevande alcoliche, la proporzione si stabilizza poi attorno all'80% a partire dai 19 anni.

Tra i consumatori di alcol, il 3% ne beve tutti i giorni, il 7% più volte (da 3 a 6 volte) alla settimana. Meno numerose rispetto ai ragazzi (78%) a consumare bevande alcoliche, nelle ragazze (69%) si riscontra pure un consumo quotidiano e settimanale meno frequente per tutti i tipi di alcolici, fatta eccezione per il consumo settimanale (da 3 a 6 volte) di vino (T6.2).

La prevalenza di giovani che privilegia bere vino, birra o distillati è pressoché identica (dal 55% al 59%); i ragazzi sono più numerosi rispetto alle ragazze a consumare tutti questi tre tipi di bevande. Si tenga presente che il consumo di ciascuna di queste tre bevande alcoliche riguarda oltre la metà dei giovani dall'età di 17 anni. A livello più generale, è possibile osservare alcune differenze nel consumo di questi tre tipi di alcolici. In effetti, oltre la metà dei giovani beve vino o distillati meno di una volta la settimana; nel caso della birra invece il numero dei giovani che ne consumano occasionalmente (una o due volte la settimana) o più raramente è pressoché identico. D'altra parte, mentre la proporzione di giovani che beve regolarmente vino o distillati è relativamente bassa, nel caso del consumo di birra diventa più importante, raggiungendo l'11% per coloro che ne consumano più volte (da 3 a 6 volte) alla settimana e il 3% per coloro che ne consumano quotidianamente.

Dal 1992, la proporzione di consumatori di alcol nei giovani dai 15 ai 24 anni è rimasta stabile, passando dal 75% al 73% (T6.1). Allo stesso tempo, la tendenza globale circa la frequenza del consumo è stata al ribasso per il consumo regolare – giornaliero e plurisettimanale (da 3 a 6 volte) – e al rialzo per quello occasionale (dal 44% nel 1992 al 53% nel 2002).

Se si osserva più nel dettaglio il consumo dei diversi tipi di bevande alcoliche, a partire dal 1997, si nota una diminuzione della proporzione dei consumatori di birra (dal 61% al 58%) e di vino (dal 62% al 55%), e questo in modo più marcato nel sesso femminile, mentre la frequenza del loro consumo è rimasta relativamente stabile.

T6.2 Frequenza del consumo di alcol tra i consumatori dai 15 ai 24 anni secondo il sesso (in %)

Alcol	Tutti i giorni			3 a 6 volte la settimana			1 a 2 volte la settimana			Meno di una volta la settimana / più raramente		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
Alcol in generale	4,1	0,8	2,6	9,8	3,2	6,8	60,6	44,7	53,3	25,5	51,3	37,4
Birra	4,7	1,4	3,4	15,0	3,6	10,6	50,4	34,3	44,2	29,8	60,7	41,8
Vino	2,3	2,0	2,2	2,4	3,8	3,0	31,4	36,2	33,5	63,9	58,1	61,3
Alcolici	1,3	0,7	1,1	6,0	2,4	4,4	40,5	34,4	37,8	52,3	62,5	56,8

⁵ Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Alsaker F, Michaud PA (2004): Salute e stile di vita degli adolescenti dai 16 ai 20 anni in Svizzera (2002). SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Raisons de santé 95a. IUMSP: Losanna.

Nello stesso periodo, il consumo globale di distillati ha invece fatto registrare un aumento, sia nel numero di consumatori (dal 54% al 59%), che nella frequenza del consumo regolare e occasionale, ciò che in parte potrebbe essere spiegato dalla maggiore accessibilità a queste bevande inseguito alla diminuzione del loro prezzo.

I giovani bevono meno alcol rispetto al resto della popolazione, nel senso che sono leggermente più numerosi ad essere astemi (27% contro 22%). Inoltre, è possibile fare una distinzione in merito alla natura del consumo di questi due gruppi (G6.3), in quanto quello dei giovani sembrerebbe meno regolare e più legato ad occasioni particolari dato che questi ultimi sono più numerosi (53%) rispetto al resto della popolazione (36%) a consumare bevande alcoliche unicamente una o due volte alla settimana. Il consumo giornaliero o plurisettimanale (3 a 6 volte) si rivela così nei giovani nettamente meno elevato che nel resto della popolazione (3% contro 23% per il consumo quotidiano; 7% contro 14% per il consumo plurisettimanale).

Dall'analisi del tipo di alcol consumato risulta che i giovani sono più numerosi rispetto al resto della popolazione a bere distillati (59% contro 49%) o birra (58% contro 54%), essendo il consumo occasionale di questi due tipi di alcolici più importante nei giovani, che invece bevono meno vino rispetto al resto della popolazione.

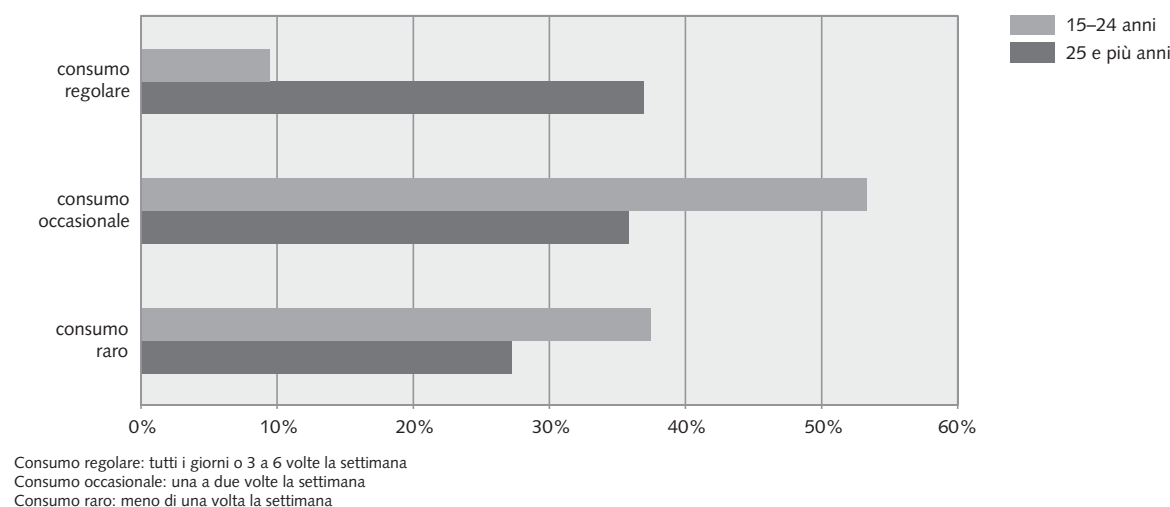
6.3.3 Consumo di droghe

Se si osserva nel dettaglio quali tipi di droghe i giovani consumano attualmente, la canapa occupa il primo posto (12%); unicamente l'1% dei giovani consuma droghe pesanti. Si noti che solo il 3% dei giovani dai 15 ai 24 anni afferma di aver già consumato almeno una volta una droga pesante.

Quasi un giovane su tre (30%) dai 15 ai 24 anni ha già provato la canapa almeno una volta nella vita; ad averlo fatto sono più numerosi i ragazzi (36%) che le ragazze (24%). A 15 anni, il 14% dei giovani ha già provato l'hashish, nel sesso maschile si riscontra una proporzione molto superiore (20%) rispetto a quella del sesso femminile (8%). A 20 anni, mentre quasi la metà dei giovani (45%) ha provato la canapa, solo il 16% ne consuma al momento dell'indagine. La proporzione di giovani che fuma canapa abbastanza regolarmente risulta considerevole, in quanto oltre la metà (56%) ne consuma una o più volte la settimana. Le differenze tra i sessi (G6.4) sono evidenti: meno numerose rispetto ai ragazzi ad aver provato la canapa almeno una volta nella vita, le ragazze sono anche meno numerose a consumarne al momento della rilevazione. Inoltre, tra i giovani consumatori di canapa, anche la frequenza del consumo tra le ragazze risulta più bassa rispetto a quella tra i ragazzi. Infatti il 49% delle ragazze contro il 59% dei ragazzi fuma canapa settimanalmente.

Raffronto del consumo di alcol tra i consumatori dai 15 ai 24 anni e quelli di 25 e più anni

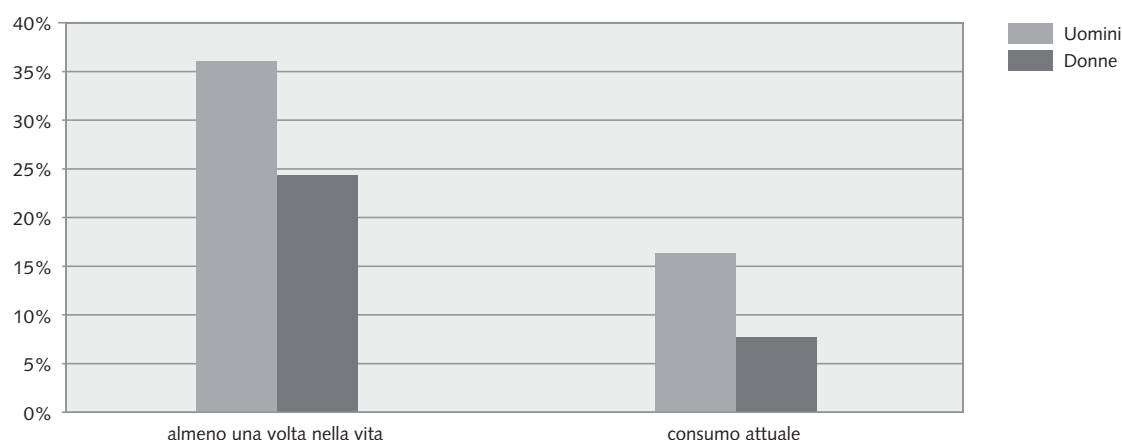
G 6.3



© Ufficio federale di statistica (UST)

Quota di giovani dai 15 ai 24 anni che hanno consumato della canapa almeno una volta nella loro vita e coloro che ne consumano attualmente secondo il sesso

G 6.4



© Ufficio federale di statistica (UST)

Finché il consumo di canapa rimane occasionale, limitato a eventi festivi o iniziatici, esso non dovrebbe causare conseguenze significative nella vita del giovane, nella sua vita amorosa o scolastica. Il consumo di canapa diviene tuttavia più problematico quando da occasionale passa a regolare e, in giovani con difficoltà a livello psicologico o problemi esistenziali, prende la forma di un'automedicazione (farsi coraggio il mattino per andare a lezione, provare un effetto sedativo o ipnotico alla sera prima di coricarsi) con il rischio che si instauri una dipendenza psicologica. Consumare regolarmente canapa risulta ancora più allarmante se avviene in solitudine, poiché il giovane si rinchiusa in un'indifferenza e in un disinteresse che non risparmia nulla. Questi atteggiamenti finiscono con l'influire negativamente sulla sua integrazione sociale (dialogo con la famiglia, rapporti di amicizia, formazione).

I giovani dai 15 ai 24 anni, come sono più numerosi rispetto al resto della popolazione⁶ ad aver provato una droga (31% contro 18%), così sono pure più numerosi rispetto ai più anziani (25 anni e più) ad aver fumato la canapa almeno una volta nella vita (30% contro 17%) e a consumarne al momento dell'inchiesta (12% contro 3%).

Dal 1992, la prevalenza del consumo di un qualsiasi tipo di droga ha subito un incremento, ma si è stabilizzata a partire dal 1997; questa tendenza è stata riscontrata tanto nel sesso maschile che in quello femminile. Anche se il numero di giovani ad aver consumato almeno una volta nella vita hashish ha fatto registrare un notevole aumento dal 1992, dal 1997 questo valore si è stabilizzato (T6.1). L'aumento è leggermente più consistente tra le donne che tra gli uomini, senza comunque dimenticare che le ragazze restano pur sempre meno numerose rispetto ai ragazzi ad aver provato almeno una volta nella vita la canapa. Altro cambiamento che sembra essersi avverato durante questi ultimi dieci anni è l'età sempre più precoce in cui il giovane ha accesso alla canapa, dato confermato d'altra parte anche da altre indagini⁷: la tendenza che ne risulta mostra, dal 1992, un incremento del numero dei giovani di 15 anni ad aver provato l'hashish (questo risultato è fornito in termini di tendenza, essendo il numero di soggetti intervistati – inferiore a 30 – assai ridotto). Per quanto concerne i giovani dai 15 ai 24 anni che al momento dell'inchiesta facevano consumo di canapa, la loro quota è pressoché raddoppiata dal 1992 (7% al 12%). Tra i consumatori di canapa, la proporzione di coloro che fumano a scadenza settimanale è diventata più importante, passando da un buon terzo nel 1992 a oltre la metà nel 2002.

⁶ Le domande concernenti le droghe sono state poste unicamente alle persone dai 15 ai 64 anni.

⁷ Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Alsaker F, Michaud PA (2004): Salute e stile di vita degli adolescenti dai 16 ai 20 anni in Svizzera (2002). SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Raisons de santé 95a. IUMSP: Losanna.

6.3.4 Consumo associato di sostanze psicotropiche e condizioni psicosociali

Se ora ci occupiamo del consumo associato di queste sostanze psicotropiche (consumo attuale di tabacco, di alcol, di droga) si osserva che un giovane su cinque (20%) dai 15 ai 24 anni non consuma nessuna di queste sostanze, quasi uno su due (46%) si limita a una sola di esse, uno su quattro (25%) consuma due prodotti psicotropici e quasi uno su dieci (9%) associa il consumo delle tre sostanze; i ragazzi sono più numerosi delle ragazze a far uso di due o più sostanze. Risulta inoltre che, se a 15 anni la metà dei giovani (49%) non consuma nessuna di queste sostanze, questa percentuale scende al 31% a 16 anni e si stabilizza attorno all'11% a partire dai 19 anni.

Se si accetta come presupposto il fatto che il ricorso alle sostanze psicotropiche, lecite o illecite, è una reazione al disorientamento, un modo per affrontare i problemi o semplicemente per sfuggire alla frustrazione, allora ci si può aspettare l'esistenza di una relazione tra l'importanza del consumo di queste sostanze e le condizioni psicosociali. Dai risultati dell'Indagine sulla salute in Svizzera emerge che nei giovani con condizioni psicosociali sfavorevoli vi è un consumo più elevato di tabacco e di canapa; cattive condizioni psicosociali non sembrano invece causare alcun aumento significativo del consumo di alcol.

6.3.5 Consumo di farmaci

Mentre, nell'arco di sette giorni, un quarto dei giovani dai 15 ai 24 anni ha consumato un farmaco comune, solo il 12% degli intervistati afferma di aver fatto ricorso a un farmaco psicotropico (sonnifero, calmante o analgesico). Tra i consumatori di farmaci psicotropici, la grande maggioranza (93%) si limita a un solo farmaco, generalmente un analgesico, e il 7% ne consuma due o tre. Si riscontra una netta differenza tra i sessi, in quanto le ragazze sono più numerose sia a ricorrere a un farmaco qualsiasi (30% contro 21%) che a farmaci psicotropici (16% contro 9%). Rispetto al resto della popolazione, i giovani sono meno numerosi (12%) a far uso di farmaci psicotropici (12% giovani; 20% popolazione).

Se dal 1992 i giovani ricorrono in maniera leggermente meno frequente ai farmaci comuni, questa tendenza è stata riscontrata in maniera leggermente più marcata nei ragazzi (da 24% a 21%); nelle ragazze il consumo di tali medicinali è rimasto invece pressoché identico (da 29% a 30%). Dal 1992, il consumo di farmaci psicotropici è rimasto stabile, fatta eccezione per un aumento rilevato nel 1997 (T6.1).

T6.3 Peso corporeo secondo l'età e il sesso (in %)

Età		Peso leggero/sottopeso ¹	Peso norma	Sovrappeso ¹	Obesità ¹
15–18 anni	Donne	18,1	76,6	4,7	0,6
	Uomini	12,0	78,0	9,1	1,0
	Totale	14,9	77,3	7,0	0,8
19–24 anni	Donne	43,4	45,6	6,8	4,3
	Uomini	13,6	65,8	18,2	2,3
	Totale	28,6	55,6	12,5	3,3
25 e più anni	Donne	16,7	50,7	24,3	8,2
	Uomini	2,8	46,5	41,8	9,0
	Totale	10,0	48,7	32,7	8,6

¹ Al fine di tener conto del differente sviluppo del corpo nell'età giovanile, i valori limiti dell'IMC sono stati adattati per il gruppo dai 15 ai 18 anni secondo le norme internazionali. Per questo gruppo, il limite inferiore del peso norma è pertanto più basso (IMC $\geq 18,5$) di quello delle persone di età superiore (IMC ≥ 20). Quanto al sovrappeso e all'obesità, i limiti sono stati definiti secondo Cole[1]. Per il gruppo dai 19 ai 24 anni i limiti dell'IMC sono identici a quelli del gruppo dai 25 anni in su (sovrappeso: $25 \leq \text{IMC} < 30$; obesità: $\text{IMC} \geq 30$).

6.4 Peso corporeo

L'obesità rappresenta attualmente uno dei problemi di salute pubblica più importanti nella nostra società, alcuni arrivano persino a segnalare il suo carattere epidemico. L'obesità costituisce un fattore di rischio riconosciuto per numerose patologie come il diabete, l'ipertensione, le malattie cardiovascolari, i problemi respiratori e i disturbi scheletrici. Inoltre, il sovrappeso nei giovani e nei bambini è ancora più preoccupante se si considera che un bambino obeso rimane spesso tale anche in età adulta.

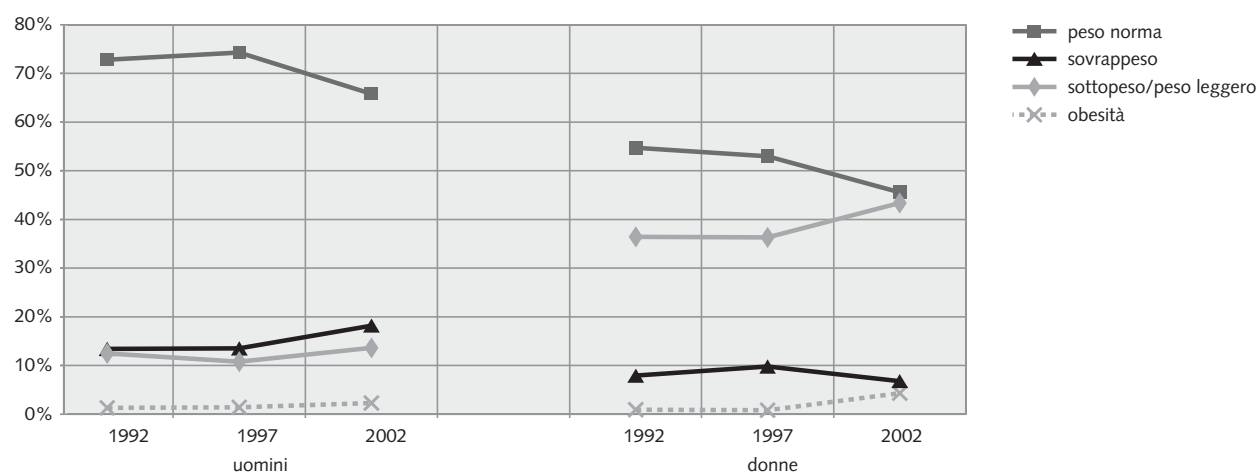
Il peso di circa due terzi dei giovani dai 15 ai 24 anni può essere definito normale⁸, questa proporzione aumenta persino ai tre quarti dai 15 ai 18 anni (T6.3); circa un giovane su dieci dai 15 ai 24 anni è in sovrappeso, mentre il 2% dei giovani della stessa età è obeso. In linea generale, in questi due gruppi di giovani, la prevalenza di peso leggero appare superiore rispetto a quella di sovrappeso. Le differenze tra i sessi sono molto evidenti: meno toccate che i ragazzi da un eccesso di peso, le ragazze sono più numerose ad avere un peso inferiore alla norma.

Circa tre quarti dei giovani si ritengono soddisfatti del proprio peso, la maggioranza di loro (62% nei 15-18enni e 58% nei 19-24enni) non desidera quindi modificarlo. Le ragazze tuttavia, maggiormente insoddisfatte del proprio peso rispetto ai loro coetanei di sesso maschile, desiderano modificare il proprio peso in misura maggiore rispetto ai ragazzi – in modo più marcato tra le 15-18enni. Nella maggior parte dei casi vorrebbero perdere peso (46% delle ragazze dai 15 ai 24 anni desidera dimagrire). Questo desiderio che si riscontra nelle ragazze sembra più ispirato da norme e modelli di fisicità (ad es. attraverso la pubblicità l'industria della moda veicola un modello di donna molto snella, persino magra), che all'esistenza di un reale problema di sovrappeso e riguarda il 5% delle 15-18enni e l'11% delle 19-24enni.

È soprattutto la situazione delle 19-24enni che dovrebbe destare almeno un minimo di preoccupazione; il 43% di loro è infatti sottopeso tra cui un quarto (24%) vorrebbe ancora dimagrire. A parte questo, la grande maggioranza dei giovani in sovrappeso desidera dimagrire. D'altra parte, il 13% dei ragazzi dai 15 ai 18 anni e il 16% di quelli dai 19 ai 24 anni desidererebbe ingrassare.

Variazione del peso corporeo tra i giovani dai 19 ai 24 anni: raffronto 1992, 1997 e 2002 secondo il sesso

G 6.5



© Ufficio federale di statistica (UST)

⁸ Per ragioni pratiche, non è stato possibile misurare e pesare i partecipanti di questo studio. Abbiamo quindi chiesto loro di indicare peso e altezza, essendo ben coscienti che i dati così ottenuti forniscono unicamente un'approssimazione di valori oggettivi. Anche se influenzati da aspettative e desideri, i valori indicati dai giovani si situano generalmente vicino alle misure oggettive (correlazione di .97 nello studio di Brooks-Gunn J, Attie I, Burrow C, Rosso JT, Warren MP (1989): The Impact of Puberty on Body and eating Concerns in Athletic and Nonathletic Contexts. Journal of Early Adolescence 9: pag. 269-290).

Se, in questi ultimi dieci anni, il peso dei giovani dai 15 ai 18 anni è rimasto assai stabile, quello dei giovani dai 19 ai 24 anni ha subito qualche variazione, dato che i casi di sovrappeso sono leggermente aumentati, passando dal 12% nel 1992, al 13% nel 1997 e al 16% nel 2002, e questo in modo più evidente nel sesso maschile. È stato registrato anche un incremento dei casi di sottopeso, che sono passati dal 24% al 29%, in modo più marcato nelle ragazze (G6.5). Il peso normale è, a sua volta, diminuito.

Dal 1997, sembra che i giovani dai 15 ai 24 anni accettino maggiormente il loro peso; rispetto a cinque anni fa sono infatti più numerosi a non desiderare alcun cambiamento; questo in modo più marcato nei giovani dai 15 ai 18 anni (62% contro 54% nei 15-18enni; 58% contro 53% nei 19-24enni) e nel sesso maschile. Inoltre, dal 1997, il desiderio di perdere peso ha subito nei giovani un decremento, in modo più marcato nei 15-18enni (dal 35% al 28%) e nelle ragazze della medesima fascia d'età (dal 55% al 46%).

I problemi di peso si esprimono in maniera diversa nei giovani tra i 15 ai 24 anni rispetto alle persone di età superiore (T6.3). In maggior numero rispetto al resto della popolazione ad avere un peso normale, i giovani sono anche meno numerosi ad essere in sovrappeso, ma sono maggiormente sottopeso. Inoltre, i giovani sono anche più numerosi (75%) a dichiararsi soddisfatti del proprio peso rispetto al resto della popolazione svizzera (64%).

Concludendo, i risultati dell'Indagine sulla salute in Svizzera sono ampiamente comparabili con quelli ottenuti da un altro studio effettuato di recente, l'indagine SMASH⁹ 2002: le tendenze concernenti il peso e le sostanze psicotropiche sono le medesime, solo la loro intensità varia a volte leggermente.

⁹ Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Alsaker F, Michaud PA (2004): Salute e stile di vita degli adolescenti dai 16 ai 20 anni in Svizzera (2002). SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Raisons de santé 95a. IUMSP: Losanna.

7 La salute a partire da 65 anni

Con 83,0 anni per le donne e 77,6 anni per gli uomini (stato 2002), la speranza di vita in Svizzera è tra le più elevate del mondo. Le donne che hanno 65 anni oggi possono contare di vivere altri 21 anni e i loro coetanei uomini quasi 18¹. I dati dell'Indagine sulla salute in Svizzera hanno permesso di dimostrare che le donne e gli uomini (anziani) non solo vivono più a lungo, ma godono anche di una salute migliore².

Qui di seguito è descritto più in dettaglio lo stato di salute delle persone a partire da 65 anni. Essendo già la terza volta che viene svolta l'Indagine sulla salute in Svizzera (a ritmo quinquennale) è anche possibile tracciare un'evoluzione dello stato di salute e del comportamento in materia di salute delle persone anziane.

L'analisi qui presentata abbraccia il comportamento e lo stato di salute (percezione personale della salute, salute fisica e psichica, problemi di salute specifici, handicap e assunzione di farmaci) nonché il ricorso a prestazioni mediche e di cura. I dati si riferiscono alla popolazione in età superiore a 65 anni che vive in un'economia domestica privata. Le persone di 75 e più anni sono definite molto anziane. Alla base della descrizione della salute delle persone che hanno superato i 65 anni vi sono 4'362 interviste (2'588 donne e 1'774 uomini). All'inizio del 2002, in Svizzera vivevano 267'509 uomini in età dai

65 ai 74 anni e 193'543 uomini di 75 e più anni. Sul fronte delle donne, 325'987 avevano dai 65 ai 74 anni e 344'106 un'età di 75 o più anni. In occasione dell'ultimo censimento della popolazione del 2000, il 94,7% degli uomini e l'89,4% delle donne in età superiore a 65 anni vivevano in un'economia domestica privata (T7.1). Per quanto riguarda le persone che al momento dell'indagine vivevano in un'istituzione, bisogna partire dal presupposto che il loro bisogno di aiuto dovuto a un handicap sia nettamente maggiore che per le persone che vivevano in un'economia domestica privata, un fattore da tener presente nell'interpretazione dei risultati che seguono.

7.1 Comportamento e stato di salute

Emergono differenze tra i sessi e in funzione dell'età sia a livello di percezione personale della propria salute che a livello di salute fisica e psichica: per tutte e quattro le caratteristiche menzionate in T7.2 si registrano prevalenze superiori tra le donne e le persone molto anziane.

Il 28% delle donne anziane e il 23% degli uomini anziani, per un totale di circa 296'000 persone (189'000 donne e 107'000 uomini), definisce il proprio stato di salute medio o cattivo.

T7.1 Quota di persone anziane che vivono in economie domestiche o in collettività secondo l'età e il sesso (in %) (calcolato sulla base dei risultati del censimento della popolazione 2000)

	Persone che vivono in economie domestiche			Persone che vivono in collettività quali ospedali e istituti medicalizzati			Persone che vivono in altre collettività		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
65–74 anni	97,6	97,3	97,4	0,4	1,5	1,4	2,0	1,2	1,2
75+ anni	90,6	81,8	85,0	9,1	15,5	12,7	0,3	2,7	2,3
65+ anni	94,7	89,4	91,5	4,0	8,6	6,8	1,3	2,0	1,7

¹ Ufficio federale di statistica (ed.) (2004): *Annuaire statistique de la Suisse 2004*. Zurich: Editore NZZ.

² Guille E (2005): *Longévité et santé*. In: Wanner P, Sauvain-Dugerdil C, Guille E, Hussy C: *Âges et générations: la vie après 50 ans en Suisse*. Neuchâtel: Ufficio federale di statistica.

T7.2 Quota di persone anziane con percezione negativa del proprio stato di salute, scarso equilibrio psichico, disturbi fisici importanti e forti dolori articolari secondo l'età e il sesso (in %)

	Percezione negativa del proprio stato di salute		Scarso equilibrio psichico		Disturbi fisici importanti ¹		Forti dolori articolari	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
65–74 anni	18,4	25,0	7,2	13,0	17,1	31,8	8,8	17,3
75+ anni	31,1	32,2	14,2	16,7	20,7	38,7	12,5	18,5
65+ anni	23,4	28,2	9,8	14,6	18,5	34,9	10,3	17,9

¹ Mal di testa, mal di schiena, stanchezza, disturbi del sonno e della digestione, palpitazioni, dolori al petto

Per quanto riguarda i disturbi fisici accumulati nel corso delle ultime quattro settimane, le donne anziane sono colpite con una frequenza quasi doppia rispetto agli uomini anziani (donne a partire da 65 anni: 35%, uomini a partire da 65 anni: 19%).

A livello di equilibrio psichico si registrano minori differenze tra gli uomini e le donne in età superiore a 65 anni. Per gli uomini, però, con l'avanzare dell'età l'equilibrio psichico peggiora e si avvicina a quello delle donne.

Il confronto nel tempo tra gli anni 1992, 1997 e 2002 evidenzia un netto miglioramento dell'equilibrio psichico degli anziani (T7.3). La quota di persone con un cattivo equilibrio psichico si è quasi dimezzata rispetto al 1992 (dal 23% al 13%). Nella terza indagine sulla salute, anche le persone che lamentano disturbi fisici sono un po' meno (in termini relativi) rispetto a cinque o dieci anni prima. A conferma di questi risultati, tra le persone che hanno superato i 65 anni è migliorata anche la percezione personale del proprio stato di salute. Se nel 1992 definiva cattivo il proprio stato di salute il 29% degli intervistati e nel 1997 il 30%, nel 2002 questa quota è scesa al 26%.

Poter condurre una vita il più possibile autonoma, senza grandi limitazioni dello stato di salute fisico e mentale in età avanzata è un obiettivo a cui mirano molte persone anziane. Per quanto riguarda la presenza di un problema di salute che dura da oltre un anno, le donne in età superiore a 65 anni presentano una prevalenza più elevata (29%) rispetto agli uomini della stessa età (24%) (T7.4). Quanto alla presenza di una malattia cronica curata da un medico, il quadro è analogo, ma a un livello superiore. Due donne anziane su tre e tre uomini anziani su cinque sono in cura presso un medico a causa di una malattia cronica.

A livello di capacità ed efficienza limitate per motivi di salute al punto che non si è più in grado di svolgere tutte le attività usuali durante almeno un giorno sull'arco di quattro settimane, non emergono differenze sostanziali né tra i sessi né in funzione dell'età. Indipendentemente dall'età e dal sesso, è colpito da una limitazione di questo tipo tra il 10% e il 14% circa delle persone.

Una malattia cronica che assume rilievo in età avanzata è il diabete, qui esaminato più in dettaglio (T7.5). È stato diagnosticato il diabete a circa l'8% delle donne e

T7.3 Quota di persone anziane con percezione negativa del proprio stato di salute, scarso equilibrio psichico e disturbi fisici importanti secondo l'età e nel raffronto temporale 1992, 1997 e 2002 (in %)

	Percezione negativa del proprio stato di salute			Scarso equilibrio psichico			Disturbi fisici importanti ¹		
	1992	1997	2002	1992	1997	2002	1992	1997	2002
65–74 anni	27,1	27,3	22,2	22,1	16,6	10,6	28,2	29,0	25,6
75+ anni	33,3	34,1	31,8	23,5	17,3	15,8	34,0	30,6	31,9
65+ anni	29,3	30,2	26,3	22,5	16,9	12,7	30,2	29,6	28,2

¹ Mal di testa, mal di schiena, stanchezza, disturbi del sonno e della digestione, palpitazioni, dolori al petto

T7.4 Quota di persone anziane con un problema di salute cronico, di lunga durata e con limitazioni delle consuete capacità secondo l'età e il sesso (in %)

	Problema di salute di lunga durata ¹			In cura per malattia cronica ²			Limitazione delle consuete capacità ³		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
65–74 anni	20,1	26,1	23,5	59,2	64,7	62,3	10,0	11,9	11,1
75 anni et plus	29,7	31,9	31,1	66,4	71,8	69,7	12,6	13,6	13,2
65 anni et plus	23,9	28,7	26,8	61,9	67,6	65,3	11,0	12,6	12,0

¹ Problema fisico o psichico che dura da almeno un anno

² Nei 12 mesi precedenti l'indagine o al momento dell'indagine in cure mediche per ipertensione arteriosa, reumatismi, raffreddore del fieno/altre allergie, bronchite cronica/enfisema, esaurimento nervoso/depressione, malattie renali/calcoli renali, cancro/tumore, infarto cardiaco, apoplezia

³ Nelle ultime 4 settimane

L'11% degli uomini in età superiore a 65 anni che vivono in un'economia domestica privata. La prevalenza aumenta in misura esigua con l'avanzare dell'età. È somministrata insulina a circa una donna su cinque e un uomo su quattro in età superiore a 65 anni a cui è stato diagnosticato il diabete.

Il consumo di farmaci, rappresentato nella tabella T7.6, può essere considerato un altro parametro indiretto dello stato di salute, benché il consumo di sonniferi e calmanti possa anche essere interpretato come indicatore del benessere psichico. Le donne anziane che indicano di assumere giornalmente sonniferi e/o calmanti (13%) sono una volta e mezza gli uomini (8%). Questa quota aumenta fortemente con l'avanzare dell'età, fino a raggiungere il 15% per le donne molto anziane. Per gli analgesici emerge una tendenza simile, mentre il quadro cambia per l'assunzione di farmaci contro le malattie car-

diocircolatorie, indicata da uomini e donne anziani grosso modo nella stessa misura – anche qui con una crescita in funzione dell'età.

Se i farmaci contro le malattie cardiocircolatorie sono assunti quasi esclusivamente su prescrizione medica, il 10% circa dei sonniferi e dei calmanti consumati nonché il 25% degli analgesici sono acquistati di propria iniziativa.

Per quanto riguarda il consumo di farmaci sull'arco di sette giorni, dal 1992 emerge un quadro eterogeneo³: nel complesso, la quota di anziani che hanno assunto un farmaco qualsiasi durante il periodo di riferimento è cresciuta leggermente, passando dal 68% al 71%. Questa lieve crescita è da attribuire al maggior consumo di farmaci delle persone in età dai 65 ai 74 anni (1992: 63%; 1997: 62%; 2002: 67%). Per le persone di 75 e più anni, non si registra invece alcun aumento dal 1992 (1992: 78%; 1997: 77%; 2002: 75%).

T7.5 Quota di persone anziane affette da diabete e che ricorrono all'insulina secondo l'età e il sesso (in %)

	Diagnosi di diabete			Assunzione di insulina		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
65–74 anni	9,9	7,5	8,5	24,9	26,4	25,7
75+ anni	12,5	9,3	10,4	15,4	25,9	21,5
65+ anni	10,9	8,3	9,3	20,9	26,1	23,8

T7.6 Quote di persone anziane che assumono quotidianamente medicinali¹, secondo l'età e il sesso (in %)

	Sonniferi o tranquillanti			Analgesici			Medicamenti per disturbi cardio-circolatori		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
65–74 anni	5,7	10,2	8,3	3,8	6,9	5,6	44,2	38,1	40,7
75+ anni	10,9	15,4	13,7	5,7	10,6	8,7	49,5	51,3	50,6
65+ anni	7,8	12,5	10,6	4,5	8,5	6,9	46,3	44,0	44,9

¹ In 7 giorni

³ In merito all'evoluzione vedi anche il capitolo 2.2.

7.2 Limitazioni delle attività quotidiane

Gli handicap dovuti all'età, raffigurati nel grafico G7.1, possono compromettere la qualità della vita e determinare bisogno di aiuto e dipendenza. Spicca il fatto che la frequenza dei vari tipi di handicap aumenta chiaramente con l'età, mentre all'interno delle classi d'età non si rilevano praticamente differenze tra i sessi. Limitazioni gravi della deambulazione, che impediscono di percorrere più di 200 metri, colpiscono il 4% circa delle persone in età dai 65 ai 74 anni, nonché il 10% degli uomini e il 16% delle donne di 75 e più anni. Soffrono di disturbi della vista, e cioè difficoltà a leggere un giornale o un libro, il 3% circa degli uomini anziani e il 4% delle donne anziane, percentuali analoghe a quelle della frequenza dei disturbi dell'udito (difficoltà a seguire una conversazione). A differenza di altri handicap riguardanti la vista, la deambulazione e le attività quotidiane, per i disturbi dell'udito la prevalenza negli uomini anziani è superiore a quella nelle donne. È ipotizzabile che ciò sia legato al rumore continuo durante la passata attività lavorativa (lavori meccanici) o a brevi esposizioni a forti emissioni sonore (ad esempio il tiro nell'esercito o nel tempo libero).

Per la pianificazione dei servizi di assistenza e cura a domicilio si è rivelata utile la rilevazione delle limitazioni delle attività quotidiane (activities of daily living, ADL⁴).

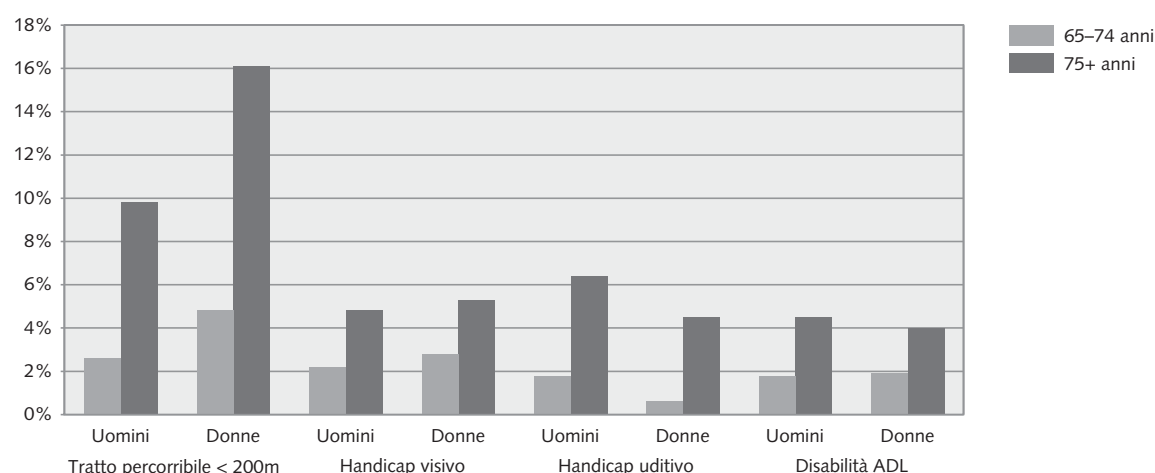
Per ADL s'intendono le limitazioni delle attività della vita di tutti i giorni, come vestirsi e svestirsi, mangiare o lavarsi. Se si considerano bisognose di cure le persone che hanno bisogno di aiuto almeno per mangiare, vestirsi e svestirsi o scendere dal letto, i dati mostrano che ciò riguarda il 2% circa delle persone in età dai 65 ai 74 anni che vivono in un'economia domestica privata (circa 11'000 persone) e il 4-5% delle persone di 75 e più anni (circa 22'000 persone).

Presenta almeno una limitazione significativa a livello di vista, udito, deambulazione o attività quotidiane il 13% delle persone in età superiore a 65 anni (donne: 15%, uomini: 11%), il che corrisponde a circa 147'000 persone che vivono in un'economia domestica privata. Con l'età, la quota di persone con almeno una limitazione aumenta sensibilmente: è infatti dell'8% nella classe d'età 65-74 anni e del 20% nella classe 75 e più anni.

Per quanto riguarda queste limitazioni funzionali (dovute all'età), negli ultimi dieci anni è emerso un leggero miglioramento, in particolare tra le persone molto anziane (T7.7). Rispetto al 1992 e al 1997 è diminuita in particolare la prevalenza delle limitazioni della vista. Come nelle due indagini sulla salute precedenti, anche nel 2002 oltre il 97% degli anziani che vivono a casa non soffre di limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane.

Quota di persone anziane con handicap motorio, visivo e uditivo e con limitazioni delle attività quotidiane secondo l'età e il sesso

G 7.1



© Ufficio federale di statistica (UST)

⁴ Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW (1963): Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. JAMA 185: pag. 914-919.

T7.7 Quota di persone anziane con handicap motorio, visivo o uditivo e con limitazioni delle attività quotidiane secondo l'età: raffronto 1992, 1997 e 2002 (in %)

	Tratto percorribile < 200m			Handicap visivo			Handicap uditivo			Disabilità ADL ¹		
	1992	1997	2002	1992	1997	2002	1992	1997	2002	1992	1997	2002
65-74 anni	3,8	5,9	3,9	2,9	2,2	2,6	2,2	(1,5)	1,1	(1,7)	(1,8)	1,9
75+ anni	17,2	14,2	13,7	10,8	8,3	5,1	5,9	7,0	5,2	5,5	4,6	4,2
65+ anni	8,4	9,4	8,0	5,6	4,8	3,6	3,5	3,8	2,9	3,0	3,0	2,9

¹ Activities of Daily Living

Le cifre tra parentesi si basano su meno di 30 osservazioni.

T7.8 Tasso di ospedalizzazioni, numero medio di giorni di degenza ospedaliera per abitante e per persona ricoverata secondo l'età e il sesso

	Ricoverati negli ultimi 12 mesi (in %)			Degenza ospedaliera media per abitante (popolazione)			Degenza ospedaliera media per persona ricoverata		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
65-74 anni	17,2	14,0	15,3	1,7	1,7	1,7	9,7	12,5	11,2
75+ anni	22,6	21,0	21,6	3,4	3,2	3,3	15,1	15,1	15,1
65+ anni	19,3	17,1	18,0	2,4	2,4	2,4	12,2	13,9	13,2

7.3 Ricorso alle prestazioni del sistema sanitario

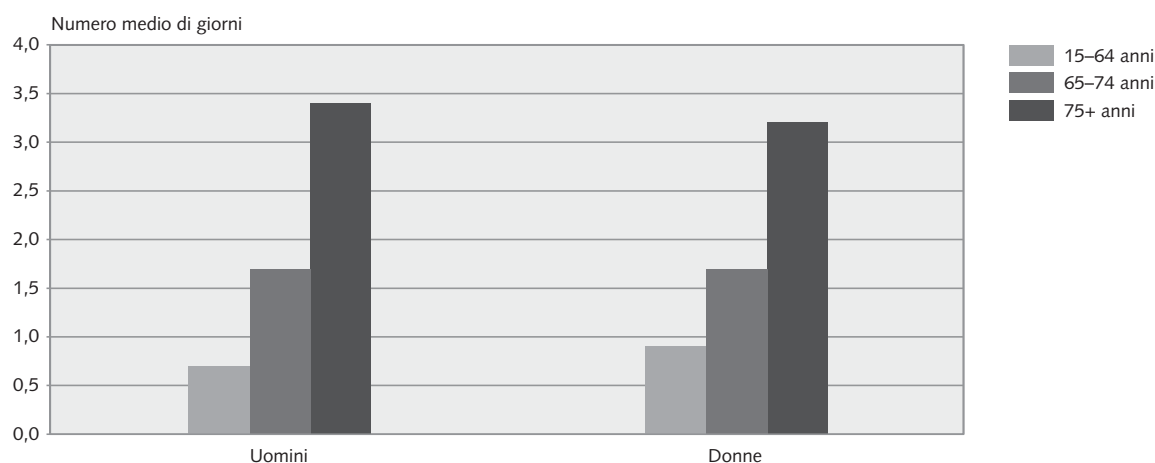
Nel 1992, il 77% della popolazione in età superiore a 15 anni aveva consultato un medico nel corso di un anno. Nel 2002, questa quota è rimasta costante. Rispetto al 1992 sono tuttavia emersi spostamenti all'interno delle varie classi d'età. Sia nella classe d'età 65-74 anni che in quella 75 e più anni (per entrambi i sessi), la quota di persone che hanno consultato un medico (escl. il dentista)

negli ultimi 12 mesi è superiore a quella del 1992 (totale 65+: 1992 83 %, 2002 88 %). Per le persone in età inferiore a 65 anni si registra invece un leggero calo delle consultazioni rispetto al 1992 (totale 15-64 anni: 1992: 76%; 2002: 74%).

Quasi una persona su cinque in età superiore a 65 anni è stata ricoverata in ospedale almeno una volta negli ultimi 12 mesi (T7.8). La differenza tra le donne anziane (17%) e gli uomini anziani (19%) è relativamente bassa.

Numero medio di giorni di degenza ospedaliera annua per abitante, secondo il sesso e l'età

G 7.2



© Ufficio federale di statistica (UST)

Il grafico G7.2 mostra il numero medio di giorni di degenza per ricovero secondo l'età e il sesso. La durata di degenza dipende molto dall'età e meno dal sesso: più è anziano il paziente e più è lunga la durata media del ricovero.

La durata di degenza media per le persone anziane ricoverate è di 12 giorni per gli uomini e di 14 giorni per le donne. Estendendo questi dati all'intera popolazione, per le persone in età superiore a 65 anni che al momento dell'indagine vivevano in un'economia domestica privata risultano 2,4 giorni di degenza per persona (sia per gli uomini che per le donne) contro gli 0,7 giorni di degenza per gli uomini in età dai 15 ai 64 anni e gli 0,9 giorni di degenza per le donne dai 15 ai 64 anni (in proposito vedi anche il capitolo 4).

Nell'indagine del 1992 era stato ricoverato in ospedale almeno una volta nei 12 mesi precedenti il 16% delle persone in età superiore a 65 anni, contro il 18% nelle indagini del 1997 e del 2002 (T7.9). La quota di anziani ricoverati almeno una volta nel corso di un anno è quindi leggermente aumentata negli ultimi anni, mentre la durata media di degenza è scesa nettamente nello stesso periodo. Nel 1992, la durata media di degenza degli anziani era ancora di 22 giorni, dieci anni dopo si è quasi dimezzata, con 13 giorni. Oltre alla maggior frequenza dei trattamenti ambulatoriali (la quota di anziani curati in policlinici o day hospital è cresciuta dal 1997), un possibile motivo di questo calo della durata di degenza è rappresentato presumibilmente dagli sforzi degli ospedali (legati agli incentivi finanziari) di dimettere i pazienti il più rapidamente possibile. La minor durata di degenza potrebbe anche essere associata all'ampliamento dell'offerta di servizi di assistenza e cura a domicilio negli

ultimi anni. Non da ultimo, questo calo potrebbe anche essere un segno del fatto che il grado di gravità delle malattie è diminuito o lo stato di salute delle persone anziane in generale è migliorato.

Un'altra prestazione del sistema sanitario è rappresentata dai servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD). Il grafico G7.3 mostra il ricorso a questi servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD) sull'arco di 12 mesi. Qui spicca il forte aumento per le persone molto anziane rispetto alle persone in età dai 65 ai 74 anni. In tutte le classi d'età, la quota di donne che fanno ricorso a servizi di assistenza e cura a domicilio è superiore a quella degli uomini. Ciò può essere dovuto al fatto che per gli uomini l'aiuto di cui hanno bisogno è fornito spesso dalla partner, mentre per le donne sovente il partner non è più disponibile visto che rimangono vedove prima (nel 2002 gli uomini avevano una speranza di vita di circa 6 anni in meno delle donne).

Il 15% delle donne e il 9% degli uomini di 75 e più anni che vivono in casa nonché il 6% delle donne e il 2% degli uomini in età dai 65 ai 74 anni ha fatto ricorso a servizi di assistenza e cura a domicilio nel corso di un anno. Il 4% delle persone a partire da 65 anni ha fatto appello a questi servizi per se stesso nei sette giorni precedenti. Rispetto al 1997, la quota di anziani che hanno beneficiato di prestazioni di assistenza e cura a domicilio nei sette giorni precedenti è rimasta costante, con il 4% (1997: donne 65+ 5%; uomini 65+ 3%; 2002: donne 65+: 5%, uomini 65+ 2%).

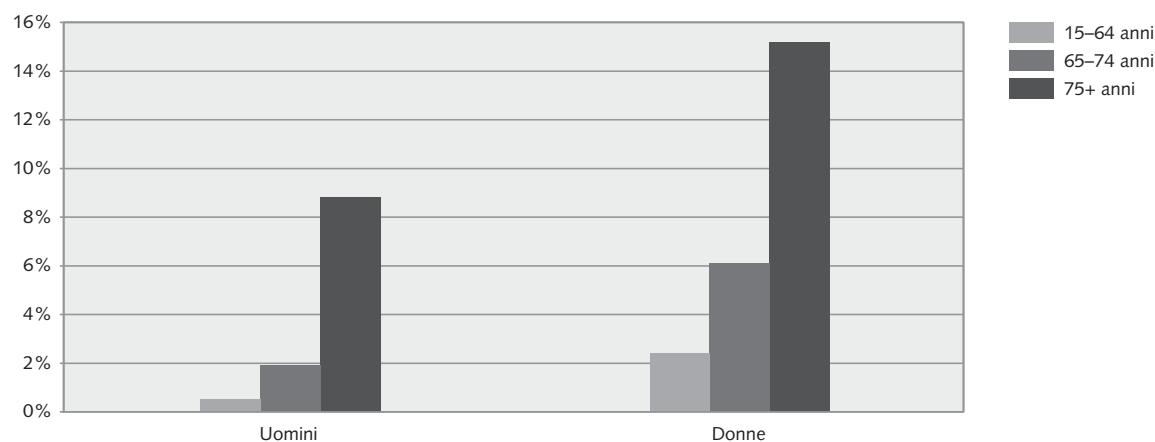
Nei prossimi anni, il numero di persone molto anziane nella popolazione crescerà ulteriormente sulla scia del previsto innalzamento della speranza di vita. Non si può dire con certezza se all'aumento delle persone molto an-

T7.9 Quota di persone anziane con almeno un'ospedalizzazione e durata di degenza media secondo l'età: raffronto 1992, 1997 e 2002

	Opsedalizzazioni sui 12 mesi (in %)			Durata die degenza media (in giorni)		
	1992	1997	2002	1992	1997	2002
65-74 anni	14,1	16,8	15,3	22,5	13,6	11,2
75+ anni	19,4	19,4	21,6	20,6	15,3	15,1
65+ anni	15,9	17,9	18,0	21,7	14,4	13,2

Quota di persone che nei 12 mesi hanno fatto ricorso a un servizio di assistenza e cura a domicilio secondo l'età e il sesso

G 7.3



© Ufficio federale di statistica (UST)

ziane sarà associato un maggior bisogno di offerte di assistenza e cura a domicilio. Pur facendo maggior ricorso alle offerte di assistenza e cura a domicilio, le persone molto anziane godono infatti di una salute in continuo miglioramento rispetto al passato.

7.4 Aiuto informale: chi ne ha bisogno, chi lo presta e di che tipo è?

Rientra tra i compiti dello Stato fare in modo che ogni membro della collettività riceva l'aiuto (medico) di cui ha bisogno al momento giusto⁵. Lo Stato si assume questo compito creando o sostenendo finanziariamente strutture corrispondenti. Accanto alla messa a disposizione di un sistema di assistenza sanitaria formale adeguato ai bisogni delle persone molto anziane (ad esempio servizi

di assistenza e cura a domicilio), la possibilità di far ricorso ad aiuti informali in caso di peggioramento dello stato di salute in età avanzata rappresenta un aspetto importante per evitare o ritardare il ricovero permanente in ospedale o in una casa di cura.

Il 4% delle persone in età dai 65 ai 74 anni e il 14% delle persone di 75 e più anni indicano di aver beneficiato dell'aiuto di un familiare o di un vicino almeno una volta nei sette giorni precedenti (T7.10). Questa quota corrisponde complessivamente a più di 87'000 persone.

Con il 5%, la quota di donne anziane che indicano di aver ricevuto un aiuto informale di questo tipo è più che doppia rispetto a quella degli uomini della stessa età, pari al 2%. Una donna a partire da 75 anni su sei ha potuto far ricorso all'aiuto di un familiare o di un vicino durante la settimana precedente l'indagine.

T7.10 Quota di persone anziane che negli ultimi 7 giorni hanno ricevuto aiuto informale, secondo il tipo d'aiuto ricevuto, la persona che lo ha prestato e l'età (in %)

	Aiuto ricevuto	Chi ha prestato l'aiuto? (% sull'insieme delle risposte)				Tipo di aiuto ricevuto (% sull'insieme delle risposte)			
		Partner	Figlia/Figlio	Altro familiare	Vicini Conoscenti	Fare la spesa, i lavori di casa, cucinare	Trasporto malati / Compagnia	Lavori amministrativi	Altro tipo di aiuto (p.e. cura personale)
65-74 anni	4,0	(26,2)	41,8	(9,4)	22,6	62,8	(15,8)	(6,0)	(15,4)
75+ anni	13,6	20,7	32,5	17,0	29,8	57,9	15,3	11,2	15,6
65+ anni	7,7	22,5	35,4	14,6	27,5	59,6	15,4	9,4	15,6

Le cifre tra parentesi si basano su meno di 30 osservazioni.

⁵ Abelin Th, Santos-Eggimann B (2002): Objectif 5: Vieillir en bonne santé. In: Società svizzera di salute pubblica (ed.): Buts pour la santé en Suisse – la santé pour tous au 21e siècle (OMS Europa), Berna. Pag. 18-19.

Le principali fonti di aiuto informale per gli anziani di entrambe le categorie di età sono i figli. Con l'avanzare dell'età aumenta il significato dell'aiuto dei vicini (o dei conoscenti) e del sostegno da parte di altri membri della famiglia, mentre diminuisce quello del partner (o del coniuge) o perché anche lui ha bisogno di aiuto data l'età avanzata o perché è già morto.

Il 60% circa delle prestazioni di aiuto informale fornite ad anziani riguardano faccende domestiche (come fare la spesa, sbrigare le faccende di casa o cucinare). Gli aiuti legati alla mobilità (trasporto di malati) e il fatto di fare compagnia rappresentano il 15% delle prestazioni e lo svolgimento di lavori amministrativi un altro 10%. Il restante 15% riguarda altri aiuti informali, ad esempio attività di cura, assistenza di altri membri della famiglia, contributi finanziari o mediazione di aiuti o di altre organizzazioni.

Accanto alla possibilità, in caso di malattia o infermità, di far ricorso a una persona che presti cure, si occupi della casa o svolga le cose amministrative, in caso di problemi (psichici) personali è auspicabile anche potersi rivolgere a una persona con cui discutere di cose personali. Per quanto riguarda la presenza di una tale persona, emerge una certa stabilità nel corso degli anni (T7.11): la quota di anziani che non hanno una persona di fiducia è compresa tra il 7% e il 9% in tutte e tre le indagini, indipendentemente dal sesso. Il 3% delle persone anziane non solo non ha una persona di fiducia a cui rivolgersi, ma ne sente la mancanza.

Molte persone anziane (tra il 29 e il 41%) sono membri di un'associazione, un club o un partito. La possibilità di allacciare contatti e prevenire un isolamento in età avanzata può essere considerata molto importante. Negli ultimi dieci anni, la quota di anziani membri di un'associazione è rimasta praticamente costante.

7.5 Conclusioni

Lo stato di salute della maggior parte delle donne anziane (90%) e degli uomini anziani (95%) in Svizzera permette loro di vivere nella propria economia domestica privata (censimento della popolazione del 2000). Molte di queste persone vivono senza aiuti dall'esterno e possono godersi la terza età senza gravi limitazioni legate alla salute. Una persona su due in età dai 65 ai 74 anni (donne: 53%; uomini 45%) e il 46% delle persone di 75 e più anni (donne: 45%; uomini 47%) sono abbastanza sani da poter aiutare regolarmente altre persone.

Salvo qualche eccezione, lo stato di salute delle donne anziane è peggiore di quello degli uomini anziani in base alle variabili presentate in questa sede. Questa differenza tra i sessi si ritrova anche nelle classi d'età inferiori. Malgrado lo stato di salute peggiore, le donne hanno una speranza di vita maggiore (anche in buon salute) degli uomini. In teoria, vi sono varie spiegazioni possibili. Rispetto alle donne malate, gli uomini malati hanno forse una durata di sopravvivenza più breve. La malattia degli uomini, inoltre, potrebbe essere mediamente più grave di quella delle donne. Se e in che misura la perdita di contenuto della vita (ad esempio il pensionamento per gli uomini) abbia un influsso sulla salute e sulla speranza di vita non è quantificabile. Per spiegare la differenza tra i sessi nello stato di salute sono inoltre postulati fattori biologici e sociali (ad esempio la situazione familiare e lavorativa o il comportamento in materia di salute)⁶.

T7.11 Quota di persone anziane che non hanno alcuna persona di fiducia, che ne sentono la mancanza e che sono soci di un'associazione secondo l'età: raffronto 1992, 1997 e 2002 (in %)

	Nessuna persona di fiducia			Mancanza di una persona di fiducia			Soci di un'associazione, club o partito		
	1992	1997	2002	1992	1997	2002	1992	1997	2002
65-74 anni	9,1	9,4	7,7	3,5	4,2	2,3	41,2	40,2	41,2
75+ anni	8,8	9,3	7,4	3,1	5,4	2,8	32,0	31,1	29,0
65+ anni	9,0	9,4	7,6	3,4	4,7	2,5	38,0	36,4	36,0

⁶ In proposito vedi anche UFSP (2004): Frauengesundheit – Männergesundheit http://www.bag.admin.ch/gender/themen/d/fm_gesundheit_lang.pdf (accesso al 24.03.2005).

L'analisi degli indicatori della salute presentati in questo capitolo permette di concludere che negli ultimi dieci anni lo stato di salute delle donne e degli uomini anziani in Svizzera è migliorato (conformemente a quanto emerso da altri studi). La quota di persone anziane che giudicano cattivo il proprio stato di salute è più bassa rispetto a cinque o dieci anni fa. Si rileva inoltre un forte miglioramento dell'equilibrio psichico e un calo degli handicap (limitazioni della deambulazione, della vista, dell'udito e delle attività quotidiane). Se la tendenza verso un miglioramento dello stato di salute degli anziani in Svizzera si confermerà, è prevedibile un aumento del numero di anni di vita senza handicap, ossia un aumento della speranza di vita in buona salute⁷.

Lo stato di salute migliore degli anziani dovrebbe rispecchiarsi in un minor ricorso alle prestazioni del sistema sanitario (medici, ospedali e servizi di assistenza e cura a domicilio). Ma non è così. La quota di anziani che hanno consultato un medico è rimasta stabile dal 1992. La quota di persone anziane ricoverate in ospedale è cresciuta, seppur con durate di degenza inferiori. Anche il ricorso a prestazioni Spitex non è diminuito. La quota di persone a partire da 65 anni che hanno fatto uso di farmaci nei sette giorni precedenti è aumentata rispetto al 1992. Probabilmente, al miglioramento dello stato di salute degli ultrasessantacinquenni ha contribuito, almeno in parte, il maggior ricorso alle prestazioni del sistema sanitario.

⁷ Conformemente a Höpflinger F, Hugentobler V (2003): Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Berna: Verlag Hans Huber.

Programma di pubblicazioni dell'UST

In quanto servizio centrale di statistica della Confederazione, l'Ufficio federale di statistica (UST) ha il compito di rendere le informazioni statistiche accessibili a un vasto pubblico.

L'informazione statistica è diffusa per settore (cfr. seconda pagina di copertina) attraverso differenti mezzi:

<i>Mezzo di diffusione</i>	<i>Telefono</i>
Informazioni individuali	032 713 60 11 info@bfs.admin.ch
L'UST su Internet	www.statistica.admin.ch
Comunicati stampa per un'informazione rapida sui risultati più recenti	www.news-stat.admin.ch
Pubblicazioni per un'informazione approfondita (disponibili in parte anche su dischetto/CD-Rom)	032 713 60 60 order@bfs.admin.ch
Banca dati online	032 713 60 86 www.statweb.admin.ch

Maggiori informazioni sui diversi mezzi di diffusione utilizzati possono essere consultate in Internet all'indirizzo www.statistica.admin.ch → Servizi → Pubblicazioni delle statistiche

Salute

- Indagine sulla salute in Svizzera 2002, Primi risultati, Opuscolo, Neuchâtel 2003, n. di ordinazione 213-0203, gratuito
- Indagine sulla salute in Svizzera 2002, Tabelle standardizzate al livello svizzero, CD-Rom, Neuchâtel 2004, n. di ordinazione 213-0205-01, Fr. 300.– prezzo di base (per scopo commerciale, prezzo su domanda)
- Enquête suisse sur la santé 2002, Rapport de méthodes, Neuchâtel 2005, n. di ordinazione 338-0030, 69 pagine, gratuito
- Salute e comportamenti nei confronti della salute in Svizzera 1997, Neuchâtel 2000, n. di ordinazione 213-9703, 125 pagine, Fr.19.–
- Schweizerische Gesundheitsbefragung, Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz 1997, Neuchâtel 2002, n. di ordinazione 213-9707, 115 pagine, Fr. 16.–
- Statistica delle cause di morte, Cause di mortalità 2001 e 2002, Neuchâtel 2005, n. di ordinazione 069-0200, 72 pagine, Fr. 9.–
- Statistique du traitement et de l'assistance ambulatoires dans le domaine de l'alcool et de la drogue, Prises en charge ambulatoires des problèmes de dépendance en 2002, Neuchâtel 2004, n. di ordinazione 229-0200, Fr. 12.–
- Coût et financement du système de santé en 2002, Résultats détaillés 2002 et évolution récente, Neuchâtel 2004, no di ordinazione 026-0200, 67 pagine, Fr. 10.–
- Coûts de la santé en Suisse, Evolution de 1960 à 2000, StatSanté 1/2003, Neuchâtel 2003, n. di ordinazione 515-0301, 30 pagine, gratuito
- Statistique médicale 2003, Tableaux de la statistique de la santé 2003, Résultats (tableaux standards), Attualità UST, Neuchâtel febbraio 2005, n. di ordinazione 532-0501-05, gratuito
- Statistique des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers 2003, tableaux des statistiques de santé, résultats (tableaux standard), Attualità UST, Neuchâtel febbraio 2005, n. di ordinazione 532-0502-05, gratuito
- Emploi dans le domaine de la santé, Faits et tendances à la lumière des chiffres des recensements des entreprises 1995, 1998 et 2001, StatSanté 2/2004, n. di ordinazione 515-0402, gratuito

Il presente rapporto fa un bilancio dello stato di salute della popolazione residente in Svizzera. Descrive lo stato di salute e i comportamenti che possono influenzare la salute tenendo conto del sesso e dell'età delle persone. Un'attenzione particolare è rivolta alla salute dei giovani e delle persone a partire dai 65 anni. Completano il quadro altri temi riguardanti il ricorso alle prestazioni dei servizi sanitari, gli aiuti informali nonché il rapporto tra lavoro e salute.

L'indagine sulla salute in Svizzera è parte integrante del programma pluriennale della statistica federale ed è condotta a cadenza quinquennale. L'indagine del 2002 è la terza della serie (le precedenti due erano state realizzate nel 1992 e nel 1997) e ha coinvolto un campione di circa 19'700 persone.

Lo studio analizza per la prima volta anche i cambiamenti avvenuti dal 1992 nello stato di salute e nel comportamento in materia di salute della popolazione.

Questa pubblicazione si rivolge sia ai professionisti della sanità che al vasto pubblico.

N. di ordinazione

213-0208

Ordinazioni

Tel.: 032 713 60 60

Fax: 032 713 60 61

E-Mail: order@bfs.admin.ch

Prezzo

14 franchi (IVA escl.)

ISBN 3-303-14092-8