

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**“Opportunità Salute”:
iniziativa di informazione e prevenzione
oncologica nei luoghi di lavoro.
Rapporto finale**

A cura del Gruppo di lavoro “Opportunità Salute”

ISSN 1123-3117

Rapporti ISTISAN

06/24

Istituto Superiore di Sanità

“Opportunità Salute”: iniziativa di informazione e prevenzione oncologica nei luoghi di lavoro.

A cura del Gruppo di lavoro “Opportunità Salute”

2006, iii, 82 p. Rapporti ISTISAN 06/24

Il Rapporto illustra l’iniziativa nata nel 2004 su proposta del coordinamento dei Comitati per le Pari Opportunità (CPO) di sei enti con l’obiettivo di sensibilizzare alla prevenzione oncologica le lavoratrici e i lavoratori operanti nel Lazio con il coinvolgimento e l’intervento di partner tecnici qualificati, quali Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio, Croce Rossa Italiana, Università degli Studi di Roma “La Sapienza”. Il rapporto, oltre all’introduzione a cura del coordinamento CPO, si compone di due parti in cui vengono descritte dettagliatamente le fasi che hanno caratterizzato l’iniziativa: la campagna di informazione (circa 30.000 opuscoli informativi distribuiti al personale); l’effettuazione di test gratuiti per la diagnosi precoce del carcinoma al colon-retto (circa 3.000 test refertati e indagini cliniche ulteriori per chi è risultato positivo); la ricerca sociale su motivazioni e aspettative legate a pratiche di prevenzione, corredata da nota metodologica e allegato statistico. Presentata al pubblico nel maggio 2005, l’iniziativa si conclude con il presente Rapporto, oggetto del seminario di diffusione dei risultati svoltosi a Roma il 22 maggio 2006.

Parole chiave: Pari opportunità, Informazione sanitaria, Prevenzione oncologica, Screening, *Empowerment*, Indagine salute, Volontariato

Istituto Superiore di Sanità

“Health opportunity”: cancer primary prevention and education initiative in job locations.

Edited by the Working Group “Opportunità Salute”

2006, iii, 82 p. Rapporti ISTISAN 06/24 (in Italian)

This document reports the initiative stemming in 2004 from a proposal of the network of Comitati per le Pari Opportunità, (CPO: Committees for equal opportunities) of six institutions in the public sector aiming at developing a cancer prevention programme, addressed to the workers in the Latium Region, in cooperation with many technical partners such as Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio (Public Health Agency of Latium Region), Croce Rossa Italiana (Italian Red Cross), Università degli Studi “La Sapienza” di Roma (University of Rome “La Sapienza”). The report is composed of two main parts and an introduction by the CPO containing a detailed description of all the phases of the initiative: the divulgation campaign (nearly 30,000 brochures distributed to the personnel); free screening tests for the early diagnosis of colon cancer (more than 3000 tests performed and additional clinical investigations for the positive tests); social research on the motivations and demands for prevention, along with a methodological note and statistical addendum. The initiative was promoted in May 2005 and ended in May 22, 2006 when the results were presented in Rome.

Key words: Equal opportunity, Health care, Cancer prevention, Screening, Empowerment, Health monitoring, Volunteers

La pubblicazione di questo rapporto è stata resa possibile grazie al CPO dell’Istituto Superiore di Sanità aderente alla rete dei CPO che hanno promosso l’iniziativa “Opportunità Salute”, finalizzata alla promozione e prevenzione della salute, attraverso azioni mirate rivolte ai propri dipendenti, secondo un’ottica di genere.

Per informazioni su questo documento scrivere a: d.belotti@trenitalia.it; stella.agnoli@uniroma1.it; federici@asplazio.it; serena.risica@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it.

Presidente dell’Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Enrico Garaci*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Redazione: *Paola De Castro, Sara Modigliani e Sandra Salinetti*
La responsabilità dei dati scientifici e

© Istituto Superiore di Sanità 2006



Gruppo di lavoro "Opportunità Salute"

Il Gruppo di lavoro "Opportunità Salute" è costituito da:

Comitati per le Pari Opportunità di:

- ***Istituto Superiore di Sanità***
Maria Linda Montecchia, Serena Risica
- ***Gruppo Ferrovie dello Stato***
Daniela Belotti, Nadia Cervoni
- ***Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro***
Silvia Sestan
- ***Automobile Club d'Italia***
Brunella Montinari
- ***Società Nazionale per l'Assistenza al Volo***
Vitapaola Cervellera, Maria Antonietta Giorgi
- ***Istituto Nazionale di Fisica Nucleare***
Irene Romalli

Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio (oggi LazioSanità)

Gabriele Calizzani, Antonio Federici

Croce Rossa Italiana

Ulrico Angeloni, Anna Maria Rignanese

Università degli Studi "La Sapienza" di Roma

Maria Stella Agnoli, Maria Paola Faggiano, Veronica Lo Presti

INDICE

Il ruolo propulsivo dei Comitati per le Pari Opportunità	1
Alcuni risultati più significativi dal “punto di vista delle donne”	2

PARTE 1 - L'INIZIATIVA “OPPORTUNITÀ SALUTE”: DALL'IDEA AL PROGETTO

“Opportunità Salute” nei luoghi di lavoro.	
La campagna di informazione	7
La campagna di prevenzione.	
Realtà lavorative e diagnosi precoce dei tumori	9
Programmi di screening e società civile	9
Offerta attiva di screening coloretale sul luogo di lavoro	11
Obiettivi e metodo	12
Risultati e discussione	12
L'alleanza con la società civile	16
L'empowerment e l'azione con i CPO	17
L'intervento di Croce Rossa Italiana	19
I Volontari e le Volontarie CRI	20
Riferimenti bibliografici	23

PARTE 2 - L'INDAGINE

Motivazioni e aspettative legate a pratiche di prevenzione in un campione di lavoratrici e lavoratori del Lazio	27
Gli <i>step</i> della ricerca	27
Caratteristiche di base del campione	29
Ragioni dell'adesione all'iniziativa “Opportunità Salute”	34
Motivazioni degli intervistati in materia di prevenzione	37
Livello di informazione in materia di prevenzione e salute	42
Concezione della prevenzione e della salute	46
Fiducia nelle istituzioni sanitarie e nel personale medico specializzato	50
Stili di vita e prevenzione	53
Opinioni sui fattori connessi al rischio di insorgenza di patologie tumorali	53
Stile di vita come fattore di prevenzione dei tumori	56
Stili di prevenzione	57
Attività fisica, alimentazione, fumo	59
Note conclusive	62
Riferimenti bibliografici	65
Allegato 1 - Questionario	67
Allegato 2 - Nota metodologica	73
Allegato 3 - Distribuzioni di frequenza	77

IL RUOLO PROPULSIVO DEI COMITATI PER LE PARI OPPORTUNITÀ

A cura del Coordinamento Comitati Pari Opportunità

Nell'opuscolo informativo di presentazione dell'iniziativa "Opportunità Salute" (1), come coordinamento dei Comitati Pari Opportunità (CPO), ci chiedevamo, in modo forse retorico e un po' provocatorio, se la salute fosse ancora da considerarsi, come in passato, "un fatto privato", nonostante la Costituzione del nostro Paese, sempre richiamata, reciti espressamente "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività"¹ e, a livello internazionale, siano state delineate già da tempo le norme programmatiche tra gli Stati "per promuovere la salute di tutti i popoli del mondo" (2).

Pervenendo inevitabilmente alla conclusione che oggi, con riguardo sia agli uomini, sia alle donne, si vada sempre più affermando un "concetto vasto e articolato di salute" che in maniera non neutra viene a ricomprendere, oltre alla specificità di genere legata alla funzione riproduttiva (femminile e maschile), stili e abitudini di vita, fattori di rischio, accessibilità dei servizi sanitari, diffusione delle informazioni sui farmaci e sui programmi di prevenzione destinati ai cittadini, mai in maniera avulsa dal genere di appartenenza.

Sempre nell'opuscolo, proponevamo quindi il "Codice europeo contro il cancro", i cui ultimi due punti sono, come noto, riferiti alle pratiche di prevenzione dei tumori femminili, per sottolineare appunto quanto bassa fosse valutata dagli esperti europei l'incidenza dei fattori genetici nelle cosiddette malattie socialmente rilevanti e quanto, al contrario, influenti gli stili di vita inappropriati, le condizioni ambientali precarie e quelle socio-economiche, oltre una certa soglia disagiate.

La ricerca sociologica (Parte 2) infine, ultimo *step* di "Opportunità Salute", può essere considerata, per originalità e innovatività, un'esperienza pilota, non trovandosi molti e significativi precedenti, né in Italia, né in Europa e potrà, se adeguatamente divulgata e implementata, costituire un importante punto di partenza per approfondimenti e iniziative analoghe, anche di livello internazionale.

Come i più attenti studiosi del sociale² sostengono, ogni attività di indagine sociologica ha in sé la capacità di "attivare una riflessione su argomenti su cui abitualmente non ci si sofferma", non perché ritenuti di scarsa importanza o perché non c'è un interesse reale da parte della collettività. Piuttosto, non rivolgendo normalmente attenzione ai fatti del quotidiano, l'occasione di uno studio, suffragato da dati scientifici, ingenera nelle persone quel processo di auto consapevolezza, necessario per l'adozione di comportamenti autodiretti e proattivi, molto importanti quando si tratta della salute.

¹ Costituzione artt. 32 e 37.

² Citiamo per tutti Maria Stella Agnoli che ha offerto il suo decisivo contributo scientifico alla ricerca insieme ad un generoso ed entusiastico coinvolgimento personale.

Alcuni risultati più significativi dal “punto di vista delle donne”³

Vogliamo ora riportare i più significativi risultati dell’esperienza lasciando alla competente illustrazione che segue la messa a fuoco dei contenuti più squisitamente inerenti agli aspetti scientifici, medici e sociologici, di “Opportunità Salute”, come è di seguito raccontata dai diversi protagonisti.

In questa esperienza non può *in primis* essere sottaciuto il ruolo svolto dai CPO, a partire da come questi si sono incontrati, a come è nata l’idea, a come si è costituito il gruppo misto, a come infine hanno lavorato tutti insieme. Il “come” infatti in questo nostro caso è la caratteristica del progetto, che qui viene ad essere testimoniato. Non è affatto scontato, né usuale infatti che i CPO – che, ricordiamo, sono gli organismi bilaterali e paritetici (metà rappresentanti dell’impresa o ente e metà delle organizzazioni sindacali), costituiti per legge nei luoghi di lavoro sia pubblici che privati per realizzare l’effettiva parità di trattamento e di condizioni fra i sessi – si consorzino per realizzare un’iniziativa comune, né che si facciano “procacciatori” di alleati nelle pubbliche istituzioni, né che cooperino gomito a gomito e mettano in comune energie, tempo e risorse.

Il valore aggiunto di questa iniziativa è dunque da rinvenire: nella modalità di lavoro realizzata, testimonianza della maturità raggiunta da questi organismi di pari opportunità negli ultimi anni; nell’apertura delle istituzioni alla società civile; nella sensibilità delle parti sociali coinvolte e nella competenza dimostrata da tutti gli attori; nello sforzo comune a voler realizzare un obiettivo, la prevenzione oncologica nei luoghi di lavoro, ben al di là dei compiti istituzionali di ognuno. In particolare, ci preme qui sottolineare due condizioni che hanno sicuramente favorito il successo dell’iniziativa in questione. Da un lato, l’equanime partecipazione di uomini e donne (rispettivamente 49,2% e 50,8%) alla campagna di prevenzione, il che ha consentito dal punto di vista della ricerca una indiscussa significatività del campione. Ciò è stato possibile per la scelta operata a monte dal gruppo di lavoro di aprire l’iniziativa ad entrambi i generi, diversamente dalle prassi consolidate negli ultimi anni che riferiscono gli interventi al solo genere femminile, ma anche, riteniamo, la stessa scelta del tema salute, senz’altro “trasversale”, avvertito come basilare sia dagli uomini che dalle donne. Dall’altro, l’alta percentuale di adesione “proattiva”, sia allo screening, che alla ricerca (91,6%), cioè un ritorno molto significativo sia dei test diagnostici sia dei questionari autocompilati.

Significatività dovuta forse al *battage* ad opera dei CPO nei diversi luoghi di lavoro, ma anche alla stessa modalità dell’offerta, “a domicilio”, cioè nel luogo in cui le persone passano gran parte del proprio tempo di vita, condivisa e concordata con i partner dei CPO (aziende, enti e sindacati), opportunamente sensibilizzati e coinvolti. Modalità molto apprezzata dai destinatari, che si sono sentiti motivati e facilitati, ritenendola un’opportunità che andava loro incontro, ma anche prova di un’attenzione del *management* al bene salute, pur se, ovviamente, la partecipazione ha assunto tonalità diverse nelle diverse realtà, a seconda della grandezza degli impianti, della concentrazione in un solo luogo o più del personale, della programmazione degli orari.

Sono state quindi avanzate all’interno dei luoghi di lavoro alcune richieste di ripetere l’iniziativa, non in modo sporadico ma in modo sistematico e cadenzato, sì da effettuare una sorta di monitoraggio della salute dei dipendenti nel tempo, mentre altre realtà lavorative, venute a conoscenza dell’iniziativa attraverso la rete dei CPO e delle Istituzioni di parità locali,

³ L’espressione qui usata è la sintesi italiana dei due termini, *mainstreaming* ed *empowerment*, divenuti parole d’ordine e obiettivi delle pari opportunità in tutto il mondo, a seguito dell’adozione del programma di azione politica, annunciato a Pechino nel corso della IV Conferenza Mondiale delle Donne nel 1995, poi ripreso in quella di New York del 2005 (3).

hanno manifestato interesse concreto ad intraprendere progetti analoghi, a partire dalle donne, sviluppando il tema del benessere nelle sue diverse accezioni.

Ora, uno sguardo rapido al questionario utilizzato nella ricerca (Allegato 1), per formulare alcune considerazioni più generali.

Le prime due domande si riferivano ai CPO, indagando rispettivamente il grado di conoscenza dell'organismo di parità interno all'ente/azienda da parte dei dipendenti e la "rosa delle materie" considerate di competenza di quest'ultimo. Al primo dato negativo (peraltro emergente da ogni ricerca sul tema), di scarsa conoscenza delle attività svolte dai CPO (62,4% delle donne *vs* il 49,3% degli uomini), fanno seguito due risultati di segno opposto: l'opinione abbastanza diffusa (circa 95% del campione), anche tra gli uomini pertanto, che tali CPO debbano occuparsi di temi *extra* parità, quale la salute, per l'appunto, e, l'altro, che proprio i CPO, in qualità di proponenti l'iniziativa, abbiano contribuito in larga parte a sollecitare l'adesione del personale al progetto in esame (risposta scelta dal 26,1% del campione, seconda solo alla risposta "per iniziativa personale").

Per quanto sopra, in particolare per la fiducia di cui godono i CPO tra i lavoratori e le lavoratrici, un ragionamento a larga banda sul ruolo e le prospettive di sviluppo di tali organismi potrebbe contribuire al dibattito da tempo avviato all'interno degli stessi, favorendo una più estesa eteroreferenzialità, da più parti auspicata, nonché la messa in rete di esperienze e competenze, scambio di buone pratiche e alleanze con istituzioni, di parità e non solo.

Nel merito più specifico del tema salute (il livello di informazione in materia di prevenzione, per esempio), è interessante notare come la ricerca confermi che le donne risultano mediamente più informate dei loro colleghi maschi e più praticanti "abituamente" la prevenzione; analogamente, le stesse risultano mediamente più fiduciose verso le istituzioni della salute e non solo verso "particolari figure".

Ma il dato veramente eclatante, che emerge in modo significativo proprio su questo punto, è l'ampio e generale riconoscimento della figura del medico di fiducia, che batte di gran lunga le strutture sanitarie *ad hoc*, siano esse pubbliche o private. Forte si manifesta, pertanto, quanto ci sia da fare da parte dei responsabili e degli addetti del settore per colmare la distanza tra cittadini e servizi offerti dal sistema sanitario nazionale e territoriale, vissuto molto probabilmente come lontano o addirittura irraggiungibile; oppure, come valorizzare maggiormente tali figure di professionisti, il cui rapporto fiduciario è vissuto positivamente da larga parte del campione. Si può concludere, come opportunamente fa l'ultimo rapporto annuale Censis (4), che nella società civile, venute meno alcune reti strette, come la famiglia, si rende necessario creare *ex novo* o implementare le cosiddette reti lunghe del sociale, essendo forte l'esigenza di affidamento all'esterno.

Inoltre, per ciò che riguarda le concezioni di prevenzione e di salute, non si rilevano evidenti differenze tra uomini e donne, prevalendo per entrambi i generi l'idea che prevenzione sia "l'attività volta alla diagnosi precoce di una malattia" (cosiddetta prevenzione secondaria) e quello secondo cui per salute si debba intendere "l'equilibrio psico-fisico", l'*item* del questionario ritenuto più adatto a definire a pieno titolo il benessere. Così, a partire dal benessere individuale, basato sulla salute personale, ma anche dei diversi contesti in cui l'individuo vive, fino all'ambiente-pianeta, non pochi studiosi (5) oggi parlano sempre più di frequente di un benessere, che, fondato sul principio della qualità applicata e integrata al territorio (ambiente naturale, tempo sociale, relazioni tra donne e uomini), consenta l'affermazione dell'autonomia degli abitanti, lo sviluppo delle reti primarie e dei legami di fiducia e cooperazione secondo le regole della convivenza civile, fino alla partecipazione attiva e consapevole alla vita cittadina.

Quindi, tornando alla nostra ricerca, quale ruolo giocano gli stili di vita (attività fisica, alimentazione, ambiente, fumo, ecc.), in termini di benessere? Essi sembrano occupare

nell'opinione generale, e anche dei rispondenti, un importante posto tra i fattori connessi all'insorgenza della malattia, in particolare delle patologie tumorali.

Va però detto, che, mentre ad un primo sguardo il *target* degli intervistati può apparire “virtuoso” (Parte 2, Tabella 62 e seguenti) – solo pochi (il 20%) infatti non fanno attività fisica per abitudine, molti si nutrono in modo equilibrato, ad eccezione della “tazzulella” di caffè protagonista indiscussa della giornata di larga parte del campione, ancora più numerosi (75%) sono infine i non fumatori – entrando un po' più nel dettaglio le cose non stanno sempre così, nonostante il grande parlare che si fa sull'argomento. Ad esempio, limitandoci a quest'ultimo dato, negli ultimi anni il fumo fa registrare un trend di crescita costante nelle donne, come viene registrato in molte recenti indagini, tra cui l'Eurocare citata nell'opuscolo informativo (1).

Se la parità va raggiunta in ogni campo, come le più convinte sostenitrici delle pari opportunità predicano, pur con le inevitabili divergenze e gli opportuni distinguo, lo “stato di supremazia” femminile, come nel caso del fumo o delle malattie coronariche collegabili allo stress, non consola, anzi allarma, studiosi e tecnici sanitari, oltre tutte le donne che operano per migliorare la condizione delle altre donne e la qualità della vita sociale, di uomini e donne.

PARTE 1
L'iniziativa "Opportunità Salute":
dall'idea al progetto

“OPPORTUNITÀ SALUTE” NEI LUOGHI DI LAVORO. LA CAMPAGNA DI INFORMAZIONE

Daniela Belotti

Coordinamento Comitati Pari Opportunità (CPO)

“Opportunità Salute” è il titolo della campagna di informazione e prevenzione oncologica per uomini e donne sul posto di lavoro, realizzata nel 2005, su iniziativa dei CPO⁴ del Gruppo Ferrovie dello Stato (Nazionale e Regionale Lazio - FS), dell’Istituto Nazionale per l’Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS), dell’Automobile Club d’Italia (ACI), dell’Istituto Nazionale di Fisica Nucleare (INFN) e della Società Nazionale per l’Assistenza al Volo (ENAV) in partenariato con l’Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio (ASP), la Croce Rossa Italiana (CRI), l’Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili, l’Università degli Studi di Roma “La Sapienza” e l’Azienda Ospedaliera “S. Giovanni-Addolorata” di Roma.

Tra le più importanti forme tumorali, il gruppo di lavoro misto, costituitosi per la gestione del progetto, ha optato per l’offerta di prevenzione del carcinoma del colon-retto, che, soprattutto negli ultimi anni, è diventato uno dei tumori più frequenti sia negli uomini sia nelle donne, in particolare sopra i 50 anni di età, e una delle principali cause di morte per tumore nel nostro Paese.

L’iniziativa, che ha coinvolto le strutture e i dipendenti di questi sei grandi enti e aziende, strutture nazionali e territoriali sanitarie, il mondo dell’università e della ricerca scientifica, aveva gli obiettivi di informare in modo puntuale lavoratori e lavoratrici a partire dal territorio laziale, avviare pratiche di effettiva prevenzione nei luoghi di lavoro e indagare motivazioni e aspettative degli stessi nei confronti della prevenzione oncologica.

In particolare, la campagna si è articolata in tre fasi.

1. Innanzitutto è stata realizzata una fase informativa. Più di 30.000 opuscoli sul tema della prevenzione, contenenti le domande più frequenti (FAQ) e gli indirizzi delle strutture sanitarie regionali cui rivolgersi, sono stati distribuiti al personale degli enti e aziende interessati con l’intento di segnalare cosa bisogna sapere sui tumori in generale e sui carcinomi in particolare e cosa fare per prevenirli.
2. È quindi seguita una fase di tipo diagnostico, con lo screening gratuito di parte della popolazione occupata nelle sei realtà lavorative. Nel mese di maggio 2005 circa 3.000 lavoratrici e lavoratori ultraquarantenni hanno effettuato test gratuiti per la diagnosi precoce di questo tipo di carcinoma, attraverso un *kit* per la ricerca del sangue occulto fecale⁵. I risultati dello screening sono stati poi analizzati e gli ulteriori esami di approfondimento, quando necessari, sono stati proposti presso una struttura sanitaria pubblica, seguendo un percorso dedicato.

Inoltre, nell’*info-point*, realizzato nello spazio messo a disposizione nella Stazione Termini a Roma, aperto nelle ultime due settimane di maggio con orario continuato, i

⁴ Nel nostro Paese, i CPO nascono con la Legge n. 125/91 che prevede, attraverso specifiche azioni, chiamate positive, interventi mirati per la realizzazione delle pari opportunità fra donne e uomini nel lavoro. Nel 2001, si è provveduto ad una riforma della materia mediante decretazione delegata (Decreto legislativo n. 196/01), norme, questa e la precedente, che traggono fondamento dalla copiosa legislazione europea in materia.

⁵ Offerti gratuitamente da Alfa Wassermann.

circa 500 mila frequentatori giornalieri della stazione avevano la possibilità di ricevere informazioni sui programmi di prevenzione oncologica attivati nel Lazio.

3. Terzo e ultimo *step* della campagna “Opportunità Salute”, una ricerca sociologica che ha coinvolto le lavoratrici e i lavoratori, volontariamente sottoposti allo screening, finalizzata ad indagare – in funzione di sesso, età, stile di vita e condizione lavorativa – motivazioni e aspettative sui temi della salute e delle pari opportunità nonché studiarne i comportamenti, gli stili di vita e le opinioni sulla prevenzione sempre in ottica di genere.

La prima fase dell’iniziativa è stata realizzata attraverso diversi interventi mirati a *target* specifici di destinatari.

Innanzitutto alle lavoratrici e ai lavoratori delle sei aziende ed enti coinvolti (circa 30.000) è stato distribuito un opuscolo, intitolato “Opportunità Salute”, appunto, di illustrazione dell’iniziativa, contenente le informazioni basilari sulla prevenzione, accompagnato da una lettera personale in cui venivano fornite le indicazioni necessarie per la partecipazione (obiettivi, programma, modalità).

La pubblicazione, stampata a cura dell’INAIL, contiene informazioni dettagliate sulle neoplasie più diffuse (mammella, cervice uterina, colon-retto) e un indirizzario completo dei centri di sanità pubblica regionali del territorio nazionale, presso cui è possibile effettuare i diversi screening, fornito dall’Osservatorio Nazionale per la prevenzione dei tumori femminili.

Con linguaggio semplice e divulgativo, la *brochure* spiega l’importanza della prevenzione oncologica, espone i trend dell’incidenza, della mortalità e della sopravvivenza ai tumori in Italia e in Europa, secondo i risultati dello studio Eurocare, presentati da esperti dell’ISS, e contiene tre schede – impostate sulle domande più frequenti – che mirano a far conoscere i tumori maggiormente diffusi e con i più alti tassi di mortalità per le donne (38% per il cancro al seno e 11% per quello al collo dell’utero) e per entrambi i generi (30% per il carcinoma del colon-retto nelle donne e 33% negli uomini), grazie alla collaborazione del Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (CSPO) di Firenze.

Un glossario infine spiega i termini più importanti e significativi, sia medici sia riferiti alle pari opportunità, utilizzati nel testo.

Alla pubblicazione dell’opuscolo, è seguito un Seminario di presentazione dell’iniziativa al pubblico, svoltosi il 4 maggio 2005 presso la sala delle Assemblee dell’ACI di Roma, cui hanno preso parte rappresentanti delle Istituzioni governative nazionali e sul territorio, degli organismi di parità locali, del *management* e delle organizzazioni sindacali degli enti e aziende coinvolte, dei coordinamenti donne e dei CPO di enti, oltre le lavoratrici e i lavoratori interessati.

Nel corso del seminario di presentazione, si è tenuto altresì un incontro stampa, preannunciato con un comunicato lanciato in occasione dell’8 marzo, l’appuntamento storico delle donne, che da molte testate è stato ripreso, favorendo così la divulgazione dell’iniziativa tra il vasto pubblico dei lettori dei quotidiani nazionali e locali.

I siti web istituzionali di alcune strutture coinvolte hanno ospitato il materiale informativo (lettera ai dipendenti, comunicato stampa, invito al seminario e *brochure*) per un tempo utile a raggiungere i dipendenti e i dirigenti interessati allo screening, mentre quello dell’ASP, sul quale sono state realizzate apposite pagine dedicate al progetto “Opportunità Salute”, ha potuto intercettare il pubblico di internauti già sensibili e attenti al tema salute.

Parallelamente alla seconda fase di diagnostica, si è svolta anche una informazione rivolta al largo pubblico, costituito dai viaggiatori e visitatori della Stazione ferroviaria di Roma Termini.

In questo luogo, infatti, in cui transitano giornalmente circa 500 mila persone, la Società Grandi Stazioni del Gruppo Ferrovie dello Stato ha messo a disposizione uno spazio (*info-point*), presenziato per quindici giorni dai volontari della CRI, in cui sono stati distribuiti circa 10.000 volantini, a cura di ASP, volti ad informare la popolazione sul tema della prevenzione (perché, come, chi) e sull’iniziativa in questione.

LA CAMPAGNA DI PREVENZIONE. REALTÀ LAVORATIVE E DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI

Antonio Federici, Ulrico Angeloni, Alessandra Barca, Piero Borgia, Gabriele Calizzani,
Francesco Quadrino, Leonardo Tammaro, Gabriella Guasticchi

LazioSanità - Agenzia di Sanità Pubblica

Il progetto “Opportunità Salute”, come è stato detto, ha previsto l’offerta attiva di screening del cancro coloretale ai dipendenti degli enti e aziende coinvolti. Riteniamo preliminarmente di presentare cosa è un programma di screening.

Programmi di screening e società civile

Per programma di screening intendiamo un *programma organizzato in cui tutta la popolazione in età giudicata a rischio è sistematicamente invitata dalla struttura sanitaria ad eseguire un test di primo livello; i soggetti invitati aderiscono volontariamente. È la struttura sanitaria che inizia il contatto e prende in carico il destinatario dell’intervento, assicurando il “disease management”⁶. La qualità del programma è sistematicamente promossa e valutata (6).*

Un intervento sanitario così concepito comporta numerose conseguenze:

1. si tratta di un intervento di sicura efficacia ovvero è possibile ottenere in pratica la riduzione di mortalità dimostrata dagli studi sperimentali;
2. è necessario, per ottenere un effettivo beneficio, mantenere efficiente il programma di screening per molti anni (minimo dieci);
3. si garantisce la massima equità ovvero la possibilità di un guadagno di salute è offerta a tutti i cittadini, a prescindere dal livello socio-culturale e dalle disponibilità economiche;
4. il programma si può realizzare solo attraverso la collaborazione e l’integrazione di molte professionalità e discipline nonché di strutture extra-ospedaliere e ospedaliere;
5. l’attività di valutazione dei risultati e di miglioramento della qualità è sistematica e mette a disposizione di tutti coloro che ne hanno interesse informazioni aggiornate e accurate;
6. si tratta di un intervento che ribalta l’usuale rapporto tra singoli e operatori sanitari: è rivolto a persone che si sentono bene ed è la struttura sanitaria che agisce per prima, mediante lettera di invito a partecipare.

⁶ *Disease Management*: un approccio multidisciplinare all’erogazione di servizi sanitari e basato sulla continuità assistenziale che pro-attivamente identifica una popolazione con, o a rischio per, definite condizioni mediche, supporta la relazione medico-paziente e la pianificazione della cura; pone enfasi sulla prevenzione di aggravamenti e complicanze tramite l’utilizzo di linee guida di pratica clinica basate sulle evidenze, su studi di costo-efficacia e su strategie di *empowerment* come l’educazione alla gestione di se stessi; e che continuamente valuta i risultati clinici, sociali ed economici con l’obiettivo di migliorare la salute nel suo complesso (definizione dell’associazione americana di Disease Management, vedi URL <http://www.dmaa.org/definition.html>).

Il programma di screening ha ragione di essere solo per patologie di grande impatto e, tra queste, solo nei casi per i quali siano disponibili solide evidenze scientifiche; ciò avviene per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto (7).

Gli screening per questi tumori sono raccomandati dalla Comunità Europea (8).

Per ottenere i risultati previsti bisogna programmare tutte le tappe del percorso “assistenziale” e integrare tutte le strutture, professionalità e competenze in un percorso orientato al cittadino, che conduce ad un guadagno di salute. Gli elementi di tale percorso sono riportati nella Figura 1 che esprime anche la circolarità del percorso stesso. Il Ministero della Salute con il decreto ministeriale del 29/11/2001 ha considerato gli screening un livello essenziale di assistenza ovvero un servizio a cui i cittadini hanno diritto (9). Lo screening è rivolto alle donne comprese nella fascia d’età a rischio, e cioè dai 25 ai 64 anni per la prevenzione del tumore del collo dell’utero e dai 50 ai 69 anni per la prevenzione dei tumori della mammella e per le donne e gli uomini di età superiore ai 50 anni per la prevenzione del tumore del colon-retto. Individuare precocemente la presenza di una patologia tumorale all’utero, alla mammella e al colon-retto permette di intervenire immediatamente con le cure più appropriate aumentando la possibilità di guarigione. L’invito costituisce il primo contatto con il programma di screening. Una lettera viene recapitata a casa con la presentazione del programma di screening e la comunicazione di un appuntamento presso il centro di screening di zona (Figura 1).

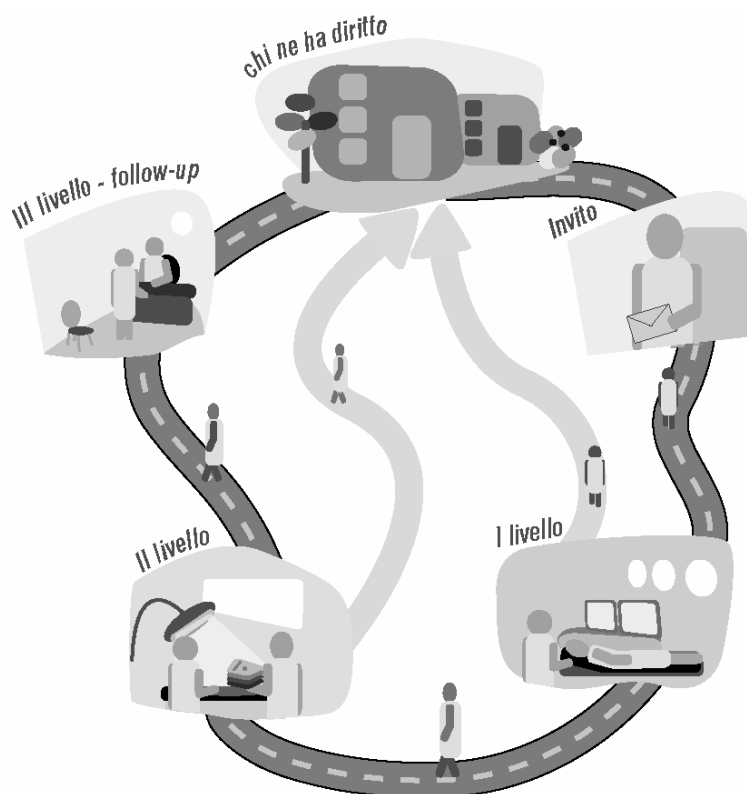


Figura 1. Rappresentazione del percorso (profilo di assistenza o disease management) del programma di screening

L'accesso al centro di screening (I livello) avviene quando la persona accetta l'invito e si presenta all'appuntamento. In questa fase viene sottoposta all'esame di controllo (test di screening). Il risultato normale viene in genere comunicato per posta: in questo caso l'utente viene richiamato ad eseguire lo screening alla scadenza successiva. Affinché la prevenzione sia efficace, infatti, risulta necessario ripetere gli esami proposti alla giusta scadenza: una volta ogni tanto non basta, ma solo attraverso la partecipazione attiva e una risposta puntuale agli inviti si potrà raggiungere un beneficio. Se invece risulta necessario ripetere il test o effettuare degli accertamenti, la persona viene contattata telefonicamente e invitata a presentarsi in un centro specializzato per eseguire gli esami di approfondimento (II livello). È cura del personale del centro di screening di II livello contattare la persona per comunicare l'appuntamento e, successivamente, l'esito degli esami. Nel caso in cui dagli accertamenti emergano delle patologie, vengono consigliati i centri di riferimento dove recarsi per il trattamento, anche se è nella libertà della persona scegliere il luogo dove curarsi. Nel caso opposto, l'utente è considerato un cittadino sano e viene nuovamente invitato al I livello alla scadenza successiva. I pazienti sottoposti a trattamento sono presi in carico e seguiti nel *follow-up* (III livello) della patologia fino ad eventuale guarigione.

I programmi di screening possono quindi essere pienamente considerati “profili assistenziali” (o *disease management*). Prevedono, infatti, la definizione “a priori” dei seguenti elementi: la popolazione bersaglio (*target*); le strutture ove eseguire il test di primo livello (I livello), gli approfondimenti e la terapia (II e III livello); le modalità e i tempi di accesso secondo linee preferenziali; gli atti tecnico-professionali appropriati; l'integrazione delle professionalità e delle discipline; il monitoraggio e la valutazione di qualità.

Offerta attiva di screening colorettalesul luogo di lavoro

Lo screening del cancro del colon-retto si basa sull'evidenza di efficacia (10) della somministrazione di un test per la ricerca del sangue occulto fecale a soggetti asintomatici a rischio generico, cioè a rischio solo per il fatto di avere raggiunto una certa età (Figura 2).

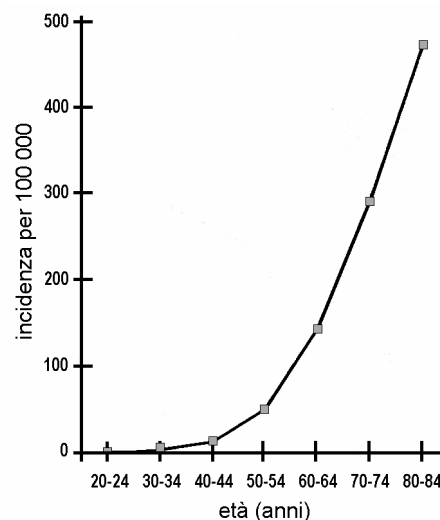


Figura 2. Andamento del rischio di cancro del colon-retto con l'età (adattata da Winawer) (11)

La maggioranza delle linee-guida raccomandano lo screening per le persone con età maggiore di 50 anni, anche se l'aumento dell'incidenza del tumore si osserva già verso i 40 anni.

Diversi *trial* clinici randomizzati (studi clinici controllati) avevano già dimostrato l'efficacia dello screening per il cancro del colon-retto mediante l'uso del test al guaiaco per la ricerca del sangue occulto fecale. I test di tipo immunologico, attualmente disponibili, oltre a dimostrare una maggiore sensibilità, presentano diversi vantaggi rispetto al guaiaco poiché si possono eseguire anche su un solo campione fecale, non richiedono restrizioni dietetiche e permettono di ottenere una maggiore *compliance* (adesione) (12, 13, 14).

Tra le diverse modalità di offerta del test di screening per il cancro coloretale, vi è quella sul luogo di lavoro; i dati di letteratura dimostrano in questo caso percentuali di *compliance* variabili dal 22% (15) all'83% (16).

Obiettivi e metodo

L'obiettivo è stato quello di offrire lo screening mediante esecuzione della ricerca del sangue occulto fecale ai soggetti *over 40*, raggiunti sul luogo di lavoro.

Il percorso di screening proposto ai soggetti destinatari del progetto si basa sul modello organizzativo messo a punto dall'Agenzia di Sanità Pubblica (ASP⁷) per conto della Regione Lazio.

Esso prevede l'offerta di un test immunochimico e l'esecuzione in caso di positività di un esame completo del colon, con polipectomia contestuale. È stata prevista la visita pre-endoscopica per la valutazione di eventuali controindicazioni alla colonscopia, per fornire informazioni utili al paziente e per garantire una preparazione più accurata all'esame.

L'intero percorso è supportato da un sistema gestionale/informativo (*web-based*), progettato e costruito per garantire i seguenti obiettivi:

- assicurare il “profilo assistenziale”, favorendo l'adesione ai protocolli e integrando tutte le professionalità;
- garantire flessibilità e penetrazione territoriale: rendere, cioè, possibile l'integrazione operativa di tutte le tipologie di operatori ai quali venga riconosciuto un ruolo nello screening, permettendo varie articolazioni organizzative e modificazioni nel tempo;
- fornire informazioni utili al “governo” regionale degli screening alimentando il sistema informativo;
- proteggere da possibili intrusioni e garantire la protezione dei dati e della *privacy*;
- favorire economie di scala;
- fornire un sistema integrato con altre strumentazioni tecnologiche e con altri sistemi informativi.

Gli operatori dei centri di endoscopia hanno eseguito uno specifico corso di *re-training*, formazione e aggiornamento; i volontari della CRI sono stati appositamente addestrati.

Risultati e discussione

Il progetto ha coinvolto 2.754 dipendenti dei sei enti e aziende di appartenenza dei CPO e partecipanti al progetto (Tabella 1).

⁷ L'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio (ASP, oggi LazioSanità), istituita con Legge regionale 16/99, è l'organo strumentale della Regione in materia sanitaria. Esso fornisce informazioni e conoscenze scientifiche utili per il governo e la gestione del Servizio Sanitario Regionale, attraverso le funzioni di: sistema informativo sanitario della Regione Lazio, epidemiologia, supporto tecnico-scientifico all'Assessorato alla Sanità. L'ASP, il cui funzionamento è disciplinato dallo Statuto e dal Regolamento, è suddivisa in sei aree le cui attività sono disciplinate da piani pluriennali.

L'offerta di screening si è svolta nella città di Roma nel bimestre maggio-giugno 2005.

I dipendenti degli enti e aziende, lo ricordiamo, sono stati sensibilizzati ai temi della prevenzione oncologica attraverso la distribuzione di opuscoli che contenevano anche contributi sul ruolo dei CPO, sono stati poi messi al corrente dell'offerta di screening mediante specifiche comunicazioni interne agli enti e aziende (locandine, e-mail, lettere accluse alla busta paga) con informazioni dettagliate che comprendevano giorni e luogo di distribuzione del test di screening.

Il test di screening è stato distribuito, ai soggetti che si presentavano spontaneamente, in postazioni mobili organizzate dai volontari della CRI appositamente addestrati. Unitamente al test venivano forniti: chiarimenti, istruzioni per l'esecuzione e riconsegna del test e un questionario anonimo da auto-compilare e riconsegnare unitamente al test per l'indagine sociologica.

I test sono stati raccolti ed esaminati presso il laboratorio centrale della CRI di Roma mediante apparecchiatura OC Sensor®. I soggetti risultati positivi sono stati invitati dal personale addetto dell'ASP, mediante telefono, ad eseguire una colonscopia, preceduta da visita endoscopica, presso l'Ospedale S. Giovanni di Roma.

Gli esiti del test del sangue occulto fecale, le visite pre-endoscopiche, le colonscopie eseguite e le lesioni trovate sono stati registrati nel Sistema Informativo (*web-based*).

I principali risultati sono riassunti nelle Tabelle 2 e 3.

I risultati sono presentati secondo una classificazione per età non coerente con quella utilizzata nell'indagine sociologica. Tale scelta è stata fatta in relazione al criterio di appropriatezza del programma di screening del colon-retto che considera come indicato lo screening sopra i 50 anni di età, utile quello fra 40 e 50 anni e non indicato in età inferiore ai 40 anni. La *compliance* totale, è stata del 24,53%, con un'ampia variabilità tra i diversi enti e aziende (15,2%-58,3%).

Tabella 1. Adesione all'offerta di test di screening ⁸

Struttura	Popolazione destinataria	Popolazione aderente	Adesione (%)
ACI	570	197	34,6
INFN	450	92	20,4
ISS	1.600	407	25,4
FS	6.000	912	15,2
INAIL	1.913	796	41,6
ENAV	600	350	58,3
Totale	11.133	2.754	24,7

Tabella 2. Distribuzione per età e genere degli aderenti al progetto

Classi di età	Aderenti		KIT ritirati non riconsegnati		KIT riconsegnati		Positivi	
	F	M	F	M	F	M	F	M
≤39	64	41	12	10	52	31	0	1
40-49	690	496	108	52	582	444	15	17
≥50	730	849	79	85	651	764	28	43
Totale	1.484	1.386	199	147	1.285	1.239	43	61

⁸ 116 volontari della CRI su 180 ultraquarantenni hanno aderito di propria iniziativa all'offerta di screening (64,4%). I dati relativi a questi soggetti sono stati inseriti nel sistema informativo e sono considerati nelle tabelle successive.

La comunicazione di esito positivo al test del sangue occulto fecale è stata fatta telefonicamente a 98 soggetti; 6 soggetti sono stati raggiunti per raccomandata, essendo risultato impossibile il contatto telefonico.

Tabella 3. Risultati della *compliance* al secondo livello del programma di screening

Visite	Numero	%
Visite pre-endoscopiche	61	58,7% dei soggetti positivi
Non accettano la visita pre-endoscopica nel centro di riferimento	43	–
Colonscopie eseguite	45	73,8% delle visite pre-endoscopiche
Totale non aderenti al II livello	59	–

L'adesione alla visita pre-endoscopica e alla colonscopia (II livello) è risultata statisticamente maggiore negli uomini rispetto alle donne (52,5% vs 30,2%; $p < 0,05$).

I motivi di non adesione al II livello non sono stati oggetto di indagine in quanto la scarsa numerosità dei soggetti non avrebbe generato informazioni statisticamente attendibili.

Tabella 4. Distribuzione per fasce di età e genere delle colonscopie eseguite

Classi di età	F	M	Totale
≤39	0	0	0
40-49	6	9	15
≥50	7	23	30
Totale	13	32	45

Tabella 5. Distribuzione per fasce di età e genere dei non aderenti al II livello

Classi di età	F	M	Totale
≤39	0	1	1
40-49	9	9	18
≥50	19	21	40
Totale	28	31	59

Il protocollo non prevedeva l'offerta di screening a soggetti con età inferiore a 40 anni; in alcuni casi si è generata una richiesta pressante da parte di tali soggetti (in particolare di coloro che dichiaravano "familiarità" con questo tipo di tumore) che, né i volontari della CRI né il personale dei CPO, a volte presenti, hanno ritenuto di dover eludere; in realtà, nei casi di familiarità accertata, le raccomandazioni sulla prevenzione del tumore del colon-retto consigliano l'esecuzione diretta della colonscopia. D'altra parte, il modello organizzativo, in quanto basato essenzialmente su un fattore di autosensibilizzazione dei soggetti *target*, non accompagnato a procedure in ambiente sanitario (notoriamente più rigide), ha favorito l'adesione di una popolazione per la quale non è generalmente indicato lo screening.

In 18 persone sottoposte a colonscopia (4 donne e 14 maschi) sono state rilevate una o più lesioni neoplastiche; tale dato appare positivo ma la scarsa dimensione campionaria non permette utili raffronti con le esperienze consolidate di screening.

Il progetto deve essere valutato sotto punti di vista diversi anche se strettamente correlati.

Sul piano più specifico dei risultati dell'iniziativa di screening, la proposta di screening sul luogo di lavoro si dimostra come una possibile modalità ad integrazione di altre già in atto o in fase di sviluppo.

Nella sperimentazione in atto nel territorio laziale (e in particolare romana) sono state valutate modalità diverse di somministrazione del test di screening immunochimico, ottenendo risultati di *compliance* differenziati. La somministrazione del test mediante i medici di medicina generale ha ottenuto una *compliance* del 54%; quella mediante i centri di gastroenterologia ospedalieri del 17% (RR 3,4; 95%IC 3,13-3,70) (17); quella mediante il coinvolgimento di due farmacie comunali ha ottenuto il 24% di *compliance* (18).

Sul piano, quindi, dell'offerta di screening questa esperienza ha mostrato dei limiti rispetto al grado di *compliance* ottenuta con altre modalità, ma è importante un ulteriore approfondimento di questi risultati. Innanzitutto, l'adesione totale (24,7%) è stata fortemente condizionata dalla bassa *compliance* in uno degli enti/aziende coinvolte peraltro, il più grande in termini di dimensione e articolazione degli impianti e di numerosità della popolazione-*target* (Gruppo Ferrovie dello Stato). Escludendo questo luogo di lavoro, poiché la *compliance* negli altri è stata decisamente più elevata, il totale sale al 35,9%. Le differenze in termini di *compliance* dovrebbero essere adeguatamente spiegate con uno studio specifico.

Nel caso della somministrazione dello screening sul luogo di lavoro si presenta, inoltre, una difficoltà correlata alla necessità di un'anagrafe aggiornata dei dipendenti (condizione per assicurare l'equità e la prosecuzione nel tempo del programma). Un ulteriore elemento di criticità è dato dalla adesione relativamente bassa all'invio ad approfondimento diagnostico (II livello): in questo caso sembra diventare sfavorente il fatto che il centro di riferimento (benché sia un noto servizio di endoscopia di un ospedale prestigioso) sia stato non scelto dall'individuo o dal proprio medico di fiducia ma consigliato dalla "organizzazione"; tale difetto di fidelizzazione, ad esempio, non si rileva quando l'offerta del test è da parte dei medici di medicina generale (col 98% di *compliance* all'approfondimento). La maggiore *compliance* ottenuta dai medici di medicina generale non è pienamente spiegabile; gli studi condotti evidenziano come un fattore che probabilmente favorisce l'adesione sia l'accessibilità allo studio del proprio medico, mentre fattori sfavorevoli l'adesione sembrano dovuti al fatto che i medici di medicina generale siano particolarmente impegnati (con più di 26 pazienti visitati al giorno) o abbiano propensione a raccomandare non correttamente le procedure di screening.

Nel valutare il progetto, il secondo punto di vista riguarda il ruolo della *partnership* con i CPO e l'integrazione dei diversi attori coinvolti; da questo punto di vista i risultati sono complessi, apprezzabili nell'immediato sulla base dei risultati qualitativi riassunti nell'intero rapporto e, nel futuro, sulla base degli sviluppi di estensione e crescita dell'iniziativa.

I risultati già acquisiti si presentano del tutto incoraggianti se si considera la novità dell'iniziativa, il numero e l'eterogeneità degli attori coinvolti, le conoscenze organizzative che l'esperienza ha maturato, il tempo limitato e il relativo impatto economico attraverso cui un numero elevato di utenti è stato raggiunto e le ricadute culturali che, difficili da misurare, tale iniziativa ha comportato. Bisogna infatti attendere che i "semi gettati" per la strategia di *empowerment* producano nel tempo risultati in termini di comportamenti e stili diversi, tali da influenzare il tasso di *compliance*, anche in termini di risposta all'offerta di screening tradizionale.

Una più accurata valutazione dell'utilità di una azione integrata anche sui luoghi di lavoro potrà essere possibile solo dopo un'ulteriore riflessione e approfondimento dei motivi di

compliance e della situazione attuale della “cultura della prevenzione”. Inoltre, per una corretta valutazione di questa specifica modalità di offerta nei luoghi di lavoro, è necessario portare a regime l’offerta realizzata attraverso le modalità “più” istituzionali: infatti quando anche le altre modalità entreranno a regime, potrà essere valutata appieno la capacità dell’offerta sul luogo di lavoro di raggiungere particolari *sottogruppi* della popolazione *target* dei programmi di screening.

Si può comunque rilevare che l’esperienza ha dimostrato la necessità di disegnare percorsi di offerta specifici per i singoli enti e aziende al fine di un raggiungimento di più elevati tassi di *compliance* per ente di appartenenza, tenendo conto delle caratteristiche specifiche dell’organizzazione e della capacità di raggiungere in un breve lasso di tempo la popolazione bersaglio.

Il modello organizzativo che ha permesso l’offerta di test *di* screening nei luoghi di lavoro, che trova sicuramente nel ruolo del volontariato un’opportunità, suscita però nella sua attuale formulazione dubbi circa la capacità di garantire appieno la prosecuzione nel tempo del programma di screening. Si evince tuttavia come una strategia articolata, che faccia perno sui luoghi di lavoro e sui CPO per la costruzione di una cultura della partecipazione consapevole a programmi di prevenzione, appaia promettente e adeguata nel rispondere alla complessità della nostra società. Peraltro, tale ampia prospettiva incrocia problemi complessi sui quali è opportuna una riflessione, affrontata nei paragrafi successivi del presente rapporto.

L’alleanza con la società civile

Il problema di organizzare, assicurare, garantire e valutare processi di cura efficaci e di buona qualità è un problema che riguarda tutto il sistema sanitario (nazionale e regionale) ma diventa particolarmente pregnante per i programmi di screening in quanto livello essenziale di assistenza e profilo complesso di assistenza.

Le esperienze maturate nel Lazio (ma anche complessivamente in Italia) sui programmi di screening “storici” (mammella e cervice uterina) hanno permesso di individuare alcune criticità.

Lo sforzo prodotto per avviare i programmi e la produzione di linee guida per la loro conduzione, non sono risultati sufficienti a garantire una situazione “a regime” accettabile che garantisse lo screening a tutti i cittadini.

Tale insufficienza sembra dovuta a problemi della dimensione organizzativa. Sempre maggiori evidenze di letteratura supportano la tesi che l’insoddisfacente qualità delle cure dipenda più da fallimenti dell’organizzazione che da incompetenze dei singoli medici (*Institute of Medicine della National Academy of Sciences*) (19) e che, almeno nelle malattie croniche, miglioramenti dell’organizzazione e dell’erogazione sono determinanti dell’efficacia pratica (20).

È emersa una sostanziale crisi culturale e professionale che investe profondamente il sistema di governo dei programmi di screening e mette in discussione i ruoli e responsabilità dei vari attori coinvolti, dalla Regione alle aziende sanitarie fino ai singoli operatori. Questa criticità s’inscrive in un problema più generale (21), proprio del sistema sanitario italiano, di aziendalizzazione incompleta e di un conflitto ancora aperto, sia a livello organizzativo sia a livello culturale, tra responsabilità clinica e manageriale.

Questi e altri elementi pongono il problema di un’azione di governo subordinata ad un chiaro obiettivo di salute che si caratterizzi come rispettosa della partecipazione degli operatori, valorizzandone gli specifici apporti professionali (“clinici”) e favorendone, sistematizzandola, l’interazione multiprofessionale e multidisciplinare.

Una tale azione di governo, applicata ad interventi sanitari complessi (da mantenere nel tempo; rivolti a milioni di cittadini; che assorbono grandi risorse) non può sostenersi che attraverso una forte alleanza tra sistema sanitario e società civile.

In questa alleanza, il sistema sanitario deve impegnarsi ad “un cambiamento nella cultura organizzativa, in un modo sistematico e dimostrabile, allontanandosi da una cultura della responsabilità intesa come colpa per realizzare un’organizzazione aperta e disponibile alle innovazioni, dove la partecipazione è incoraggiata, la formazione e la ricerca sono appropriatamente valutati e dove gli operatori imparano dagli errori e il biasimo sia l’eccezione e non la regola” (22). Questa “nuova organizzazione” deve essere messa al servizio dei cittadini e deve basarsi sull’assunzione di una piena responsabilità nel porre al centro dell’organizzazione stessa la qualità e la partecipazione dei cittadini.

D’altro canto, la società civile, attraverso i movimenti e le diverse modalità di aggregazione (Istituzioni locali, associazioni, CPO, ecc.) è chiamata a rendersi conto dell’importanza etica, professionale e di “servizio per la salute” che i programmi di screening rivestono, nonché dell’importanza cruciale che in essi siano garantiti la qualità e l’umanizzazione.

Questi elementi definiscono uno scenario di imprescindibile co-responsabilità nella gestione e salvaguardia di programmi di screening di qualità.

L’empowerment e l’azione con i CPO

Le necessità che si è cercato di descrivere trovano una risposta nella strategia di *empowerment*.

L’*empowerment* del cittadino all’interno del sistema sanitario è una sfida complessa dal punto di vista storico, sociale, culturale (23). È anche di ampia portata per le caratteristiche specifiche del servizio sanitario.

Una persona *empowered* (24) è una persona che comprende e sceglie, controlla l’ambiente in cui si trova e si rapporta produttivamente con tutti gli altri soggetti, pianifica per il futuro; la persona consapevolmente prende carico di se stessa e diviene il proprio *self care giver*, il *manager* dei propri stili di vita, un protagonista attivo della propria vita e del proprio benessere che interagisce in forma pro-attiva.

Per conseguire tale risultato, i servizi sanitari debbono accertare le aspettative e le priorità dei cittadini/utenti/pazienti; coinvolgerli nei propri piani di cura e assistenza; utilizzare l’approccio della decisione condivisa; richiedere il loro *feedback* e avviare conseguenti processi di miglioramento.

L’esperienza dei programmi di screening contribuisce ad approfondire questa prospettiva almeno lungo due assi importanti: lo “stato” del singolo e il tipo di organizzazione (25).

Rispetto allo stato del singolo, bisogna considerare che il programma di screening si rivolge a soggetti asintomatici, le cui relazioni col sistema sanitario si basano sul fatto di essere cittadini (cioè residenti in una zona specifica) e contribuenti. Dal momento in cui il soggetto destinatario aderisce al programma di screening non solo inizia un percorso assistenziale ma si avvia anche ad una vera e propria “evoluzione del vissuto”; in tal senso si attua (qualora ricorrano le condizioni di positività al test di primo livello) un “passaggio di stato” che, in un arco di tempo limitato, trasforma il cittadino in utente, poi in paziente e, talora, in “malato di cancro”. Questa evoluzione sembra avere importanti conseguenze nell’ottica dell’*empowerment* soprattutto perché cambia la prospettiva e il ruolo del medesimo individuo.

Riguardo al tipo di organizzazione, bisogna notare che lo screening non si basa in prima istanza sul rapporto di fiducia medico-paziente: spesso per tutto il primo livello (invito ed esecuzione del test di screening) non è previsto nessun rapporto col medico e, per le fasi

ulteriori, è l'organizzazione che propone i medici cui fare riferimento per l'approfondimento diagnostico e la terapia. Ciò pone una forte esigenza di "umanizzazione" e di rispetto della persona.

Nei programmi di screening si ridisegna, così, il contesto nel quale si trova ad agire il principale fattore che sembra essere centrale nelle scelte del paziente (circa il modello di coinvolgimento decisionale) cioè la "fiducia nel medico" (26), nonché i fattori che condizionano l'assunzione di decisioni condivise (27); la condivisione delle decisioni (28) va quindi modulata a seconda del momento del percorso e compensata col ruolo delle rappresentazioni collettive (mediante la *partnership* con le associazioni e utilizzando strumenti di indagini quali le indagini campionarie sulla percezione della qualità) (29-30).

Gli elementi ricordati conducono alla coscienza che una strategia di *empowerment* concretizza pienamente il senso dell'alleanza con la società civile ma anche che essa va attentamente programmata e governata. In questo contesto, trovano ruolo pieno e piena cittadinanza le forme di associazione dei singoli, tra cui i CPO.

Queste forme associative devono e possono diventare attori di una *partnership* finalizzata all'*empowerment*, che, attraverso la condivisione e la valorizzazione di culture diverse, conduca all'elaborazione di strategie e dialoghi nuovi.

L'INTERVENTO DI CROCE ROSSA ITALIANA

Ulrico Angeloni, Anna Maria Rignanese

Croce Rossa Italiana

Il contributo all'evoluzione della società da parte di Croce Rossa Italiana (CRI)⁹ si attua attraverso lo sforzo permanente dell'Associazione a migliorare le condizioni generali della vita e il benessere collettivo in sintonia con i principi fondamentali che la caratterizzano: Umanità, Neutralità, Imparzialità, Indipendenza, Volontariato, Unità, Universalità.

Il primo principio, *Umanità* (31), recita in particolare “nata dalla preoccupazione di recare soccorso, senza alcuna discriminazione, ai feriti nei campi di battaglia, la Croce Rossa, sotto il suo aspetto internazionale e nazionale, si sforza di prevenire e di alleviare in ogni circostanza le sofferenze degli uomini. Essa tende a proteggere la vita e la salute e a far rispettare la persona umana, favorisce la comprensione reciproca, l'amicizia e una pace duratura fra tutti i popoli”.

A tal proposito, la CRI lavora su soluzioni innovatrici da portare nei diversi ambiti come la casa, l'impiego, l'educazione, la salute e l'integrazione.

In collaborazione con differenti attori sociali, quali imprese, associazioni, collettività locali e territoriali, Stato, Unione Europea e organismi dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU), la CRI si pone al centro del dispositivo dell'azione sociale per tutto quello che concerne i suoi campi di intervento: salute, solidarietà, soccorsi in Italia e nel mondo (32).

Fedele all'impegno del suo fondatore Henry Dunant (33) di “placare tutte le sofferenze umane senza distinzione di nazionalità, di razza, di religione, di condizione sociale o di appartenenza politica”, la Croce Rossa applica questo principio in ogni sua azione.

L'insieme di queste particolarità fa della Croce Rossa uno dei principali attori dell'azione sociale nel nostro Paese, in quanto promotrice di progetti e di programmi socio-sanitari al servizio dei più vulnerabili.

La CRI è presente dove la necessità si fa sentire, secondo i suoi mezzi e le sue competenze. I valori che questa diffonde e le risorse capillari di cui dispone ne fanno una forza di azioni e di proposizioni di fondamentale importanza.

Nel nuovo statuto dell'Associazione essa ha, tra le sue funzioni, in tempo di pace, quello di concorrere al raggiungimento delle finalità e all'adempimento dei compiti del Servizio Sanitario Nazionale con il proprio personale sia volontario sia di ruolo.

Tra questi compiti la prevenzione è l'aspetto fondamentale per la tutela della salute pubblica: investire in prevenzione determina un risparmio della spesa sanitaria a beneficio dell'individuo e della collettività.

La prevenzione è basata sull'educazione alla salute e di conseguenza sulla valutazione in generale dello stile di vita, nonché sulla diagnosi precoce di eventuali patologie con conseguente allungamento e/o miglioramento delle aspettative di vita.

La CRI svolge positivamente un'azione di stimolo e di informazione/formazione nei confronti dei cittadini a cui è indirizzata l'attività di screening, utilizzando la riconosciuta credibilità, valorizzando il radicamento territoriale, promuovendo iniziative di incontro con la cittadinanza.

⁹ La Croce Rossa Italiana (CRI) è un'Associazione riconosciuta come ente di diritto pubblico dalla legge n. 70 del 1975. Ausiliaria dei pubblici poteri, partecipa a tutte le iniziative di prevenzione, di educazione, di protezione sanitaria e medico-sociale su tutto il territorio nazionale.

La CRI del Lazio ha collaborato con entusiasmo all'invito fatto dall'ASP Lazio e dai CPO per la partecipazione all'iniziativa "Opportunità Salute" per la ricerca di eventuali patologie legate al tumore del colon, con il fine di valorizzare la funzione di promozione, di ascolto, di accompagnamento e di *counselling* proprie delle specifiche funzioni.

Inoltre, nello stesso periodo, la CRI stava rinnovando il proprio CPO, cosa che ha permesso al nuovo organo interazioni interessanti con i CPO degli enti promotori dell'iniziativa.

I Volontari e le Volontarie CRI

Nella prima fase dello screening, in base al numero dei campioni che dovevano essere consegnati era necessario prevedere:

- il luogo in cui consegnare i test, unità mobili, tende o postazioni fisse all'interno dei vari luoghi di lavoro;
- il numero dei volontari e del personale di supporto da utilizzare;
- la formazione da effettuare per la preparazione dei volontari;
- la durata dell'evento.

Si è quindi scelto di comune accordo con i CPO e l'ASP di utilizzare mezzi mobili abbinati a tende o gazebo CRI, in via prioritaria e, qualora vi fossero stati problemi di posizionamento, si sarebbero utilizzati locali all'interno dei rispettivi enti e aziende.

La durata dell'evento era stata stabilita in tre-quattro settimane, tenendo conto della consegna del test ai lavoratori e alle lavoratrici e i tempi necessari per la riconsegna che variavano anche in considerazione dei turni e delle sedi lavorative.

Prima di avviare il progetto, l'ASP riceveva da parte della struttura che doveva eseguire materialmente i test una comunicazione di non fattibilità, così di comune accordo si decideva di eseguire i circa 3.000 test presso il Laboratorio Centrale, struttura sanitaria della CRI che da sempre si occupa di medicina preventiva.

Venivano così risolte anche le problematiche relative al trasporto, effettuazione e refertazione dei campioni. Alla formazione dei Volontari è stato dedicato un pomeriggio, in cui il personale medico della CRI e dell'ASP ha illustrato le varie fasi del progetto, effettuando anche simulazioni riguardanti sia l'approccio da tenere con lavoratrici, lavoratori e cittadini sia le verifiche per la catalogazione dei campioni così da evitare eventuali errori circa la riferibilità del campione alla persona.

Anche le rappresentanti dei CPO hanno potuto prendere contatto con il Volontariato spiegando il significato di tale intervento nell'ambito del proprio ruolo.

Una volta analizzati in CRI i campioni, contraddistinti da codici a barre, venivano inviate all'ASP le risposte, che, abbinata con i nominativi presenti sulle schede compilate al momento della consegna dei campioni, potevano così essere spedite al domicilio del lavoratore o della lavoratrice. I positivi venivano contattati anche telefonicamente per accelerare le indagini di secondo livello.

I test di screening sono stati distribuiti sui luoghi di lavoro attraverso l'attivazione di 14 postazioni, preventivamente individuate dai CPO, dai Volontari della Croce Rossa (Volontari del Soccorso, Infermiere Volontarie, Pionieri, Donatori sangue, Comitato femminile) supportati dal personale dipendente e dalle strutture del Laboratorio Centrale di Roma, dove venivano analizzati con strumentazione assegnata dall'ASP per l'evento.

Il progetto ha avuto una durata effettiva di tre settimane: nella prima settimana sono stati coinvolti 60 Volontari al giorno con la distribuzione di 1.955 test ai dipendenti, nel corso della seconda e terza settimana, per il completamento della distribuzione, sono stati invece 15 al dì i Volontari coinvolti, per un totale di circa 900 test distribuiti.

Complessivamente sono stati impiegati 600 Volontari con la distribuzione di quasi 3.000 test di screening. Tale iniziativa ha dato la possibilità alla CRI del Lazio di proporsi con un approccio diverso al tema della salute, non più solamente come elemento per la informazione/formazione al cittadino (attività che, se pure in modo complementare al progetto, è stata svolta con la distribuzione di circa 10.000 volantini informativi alla popolazione di transito nella Stazione Termini), ma anche come interprete di un percorso che permetteva di verificare concretamente i risultati di quella informazione nell'ambito della medicina preventiva.

In particolare l'esperienza vissuta dai volontari nel gazebo alla Stazione Termini (Figura 3) è stata molto intensa, infatti, oltre alle informazioni che venivano richieste sulla patologia per cui si faceva prevenzione, la gente, incuriosita dalla presenza del gazebo e dei manifesti sui totem, si fermava a parlare e raccontava le proprie esperienze, fino a diventare, i volontari della CRI, punto di riferimento di una popolazione molto diversificata di impiegate, operai, dirigenti, extracomunitari, senza fissa dimora. Con le richieste più diverse – dalla iniezione di cui avevano bisogno, alla medicazione, alle informazioni su dove andare a mangiare o a dormire, al bisogno di essere accompagnati al pronto soccorso per malori veri o presunti che fossero – le persone di passaggio si avvicinavano al tendone e cercavano un contatto diretto. In alcuni casi i Volontari si sono trovati a dover intervenire per soccorsi conseguenti ad infortuni o malori, cosa prevedibile visto il grande passaggio di gente e la particolarità del luogo, ma molti di coloro che si sono rivolti alla CRI erano interessati al tema prevenzione oltre che a conoscere le motivazioni che spingono i volontari a prestare il proprio servizio in CRI e alle procedure per diventare Volontari.



Figura 3. La postazione della Croce Rossa Italiana alla Stazione Termini il giorno 17 maggio 2005

La valutazione di quanto sia stato utile un presidio permanente “aperto all'esterno”, sorta di “sportello di ascolto verso la cittadinanza” o “luogo di filtro al pronto soccorso”, benché inizialmente non fosse stimabile nel progetto di informazione e prevenzione “Opportunità Salute”, nonostante se ne fosse intravista l'opportunità, ha dato valore aggiunto all'esperienza e, in prospettiva di una riorganizzazione sanitaria sul territorio, potrebbe costituire una proposta interessante anche per il ritorno positivo sperimentato in quest'occasione.

Differente è stata invece l'esperienza riscontrata negli altri punti di informazione collocati all'interno degli enti e aziende, dove c'è stato sempre un grande interesse da parte degli specifici *target* coinvolti con richieste di informazioni, benché, nell'ambiente di lavoro, si percepisce un'esigenza di riservatezza maggiore, dovuta, probabilmente, alla sensazione di “controllo” da parte dei colleghi e capi.

A conclusione del percorso, il Coordinamento dei CPO, come promotore dell'iniziativa, ha fatto pervenire alla CRI una lettera di ringraziamento destinata “a tutti e tutte coloro che, in qualità di Volontari e Volontarie dell'Associazione, hanno permesso la riuscita della delicata e impegnativa fase dell'indagine di diagnosi precoce del tumore al colon-retto nelle diverse realtà lavorative di riferimento dei CPO” sottolineando “la grande professionalità dimostrata, la completa disponibilità ad andare incontro alle tante esigenze e difficoltà, la straordinaria capacità di relazione, che hanno trasformato l'impegno gravoso dei presidi in un'occasione importante di conoscenza e scambio di esperienze” impegnandosi altresì a portare a conoscenza dei rispettivi Vertici aziendali e sindacali quanto rilevato per promuovere significativamente “un sostegno concreto alla preziosa attività resa alla collettività tutta” dai Volontari e Volontarie CRI.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Opportunità Salute. *Iniziativa di informazione per la prevenzione oncologica*. Milano: Ed. INAIL; 2005. Disponibile all'indirizzo: http://prevenzionetumori.asplazio.it/colon_retto.php; ultima consultazione 25/7/2006 e sui siti web dei Comitati Pari Opportunità promotori dell'iniziativa.
2. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf; ultima consultazione 28/7/2006.
3. Commissione Europea, Occupazione e Affari sociali *100 mots pour l'égalité*, ISFOL; 1999.
4. Centro Studi Investimenti Sociali. *Rapporto nazionale sulla situazione della popolazione*. Roma: CENSIS; 2005.
5. Casale O, Piva P. *"Lavorare con piacere". Equilibrio tra vita e azienda. Strumenti per il welfare locale*. Roma: Ediesse; 2005.
6. Sackett DL, Holland WW. Controversy in the detection of disease. *Lancet* 1975;2(7930):357-9.
7. Italia. Prov. 8 marzo 2001. Accordo tra il Ministro della sanità e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano sulle linee-guida concernenti la prevenzione, la diagnostica e l'assistenza in oncologia. *Gazzetta Ufficiale - Supplemento Ordinario* n. 100, 2 maggio 2001.
8. Unione Europea. Raccomandazione 2003/878/CE del Consiglio del 2 dicembre 2003 sullo screening dei tumori. *Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee* del 16 dicembre 2003.
9. Italia. Acc. 22 novembre 2001. Accordo tra Governo, regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sui livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell'art. 1 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. (Repertorio n. 1318). *Gazzetta Ufficiale - Supplemento Ordinario* n. 19, 23 gennaio 2002.
10. Towler BP, Irwig L, Glasziou P, Weller D, Kewenter J. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, hemoccult. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD001216.
11. Winawer SJ, Fletcher RH, Miller L, *et al.* Colorectal cancer screening: clinical guidelines and rationale. *Gastroenterology*. 1997;112(2):594-642.
12. Castiglione G, Zappa M, Grazzini G, *et al.* Screening for colorectal cancer by faecal occult blood test. Comparison of immunochemical tests. *J Med Screen* 2000;7:35-7.
13. Allison JE. Colon Cancer Screening Guidelines 2005: the fecal occult blood test option has become a better FIT. *Gastroenterology*. 2005;129(2):745-8.
14. Federici A, Giorgi Rossi P, Borgia P, Bartolozzi F, Farchi S, Guasticchi G. The immunochemical faecal occult blood test leads to higher compliance than the guaiac for colorectal cancer screening programs: a cluster randomised controlled trial. *J Med Screen* 2005;12:83-8.
15. Lee FI. Screening for colorectal cancer in a factory-based population with Fecatet. *Br J Cancer* 1983;48(6):843-7.
16. Fric P, Zavoral M, Dvorakova H, Zoubek V, Roth Z. An Adapted Program of Colorectal Cancer Screening - 7 Years Experience and Cost-Benefit Analysis *Hepato-Gastroenterol* 1994;41:413-416.
17. Federici A, Giorgi Rossi P, Bartolozzi F, Farchi S, Borgia P, Guasticchi G. The role of GPs in increasing compliance to colorectal cancer screening: a randomised controlled trial. *Cancer Causes and Control* 2005;17:45-52.
18. Ferrara M, Tammaro GF, Apuzzo M, Bazuro ME, Trombino C, Federici A, Pippa G. Screening del cancro del retto-colon con ricerca del sangue occulto fecale: valutazione di fattibilità di un modello organizzativo basato sul ruolo delle farmacie comunali. XI Congresso Nazionale FIMAD,

- Genova 15 marzo 2006. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
20. Institute of Medicine. *Leadership by example: coordinating government roles in improving health care policy*. Washington, DC: National Academy Press; 2002.
 21. Edward H, Wagner EH, Groves T Care for chronic diseases *BMJ* 2002;325:913.
 22. Taroni F, Grilli R. È possibile un governo clinico delle aziende sanitarie? *Politiche Sanitarie* 2000;1:64-76.
 23. UK National Health Service, Department of Health. *Clinical governance. Quality in the new NHS HSC* 1999/065. Disponibile all'indirizzo <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/20/43/04012043.pdf> ; ultima consultazione 29/8/2006.
 24. Domenighetti G. From ethics of ignorance to consumer empowerment. In: *Changes in health systems in Europe: towards new contracts between providers payers and governments?* European Conference, Paris, May 12-13, 1995. Rennes: Editions ENSP-MIRE; 1995. p. 61-71.
 25. Poletti P. Patient empowerment and the discrepancy between patients' rights and reality: people first. In: Leiner G, Schuppe M (Ed.). Congress Report 6th European Health Forum Gastein. *Health & Wealth economic and social dimensions of health*. Bad Gastein, Austria, 1-4 ottobre 2003. p. 245-52.
 26. Rogers WA. Is there a moral duty for doctors to trust patients? *Journal of Medical Ethics*, 2002; 28:77-80.
 27. Federici A, Poletti P, Barca A, Calizzani G, Borgia P, Guasticchi G. Empowerment dei cittadini, associazioni e professionisti in un programma di screening. *Clinical Governance* 2005;II;31-5.
 28. Kraetschmer N, Sharpe N, Urowitz S, Deber RH. How does trust affect patient preferences for participation in shared decision making? *Health Expectations* 2004;7:317-26.
 29. Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ* 1999;319:766-71
 30. Charles C, Gafni A, Whelan T, Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (Or it takes at least to tango). *Social Science and Medicine*, 1997;44:681-92.
 31. Comitato Internazionale della Croce Rossa. *I Principi fondamentali della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa*. Ginevra, Svizzera: CICR; 1997.
 32. Pollard M. *Croce Rossa e Mezzaluna Rossa. Organizzazioni che aiutano il mondo*. Torino: Casa Editrice SEI; 1995.
 33. Firpo L. *Henry Dunant e le origini della Croce Rossa*. Torino: UTET; 1979.

PARTE 2
L'indagine

MOTIVAZIONI E ASPETTATIVE LEGATE A PRATICHE DI PREVENZIONE IN UN CAMPIONE DI LAVORATRICI E LAVORATORI DEL LAZIO

Maria Paola Faggiano*, Veronica Lo Presti*

Dipartimento di Ricerca Sociale e Metodologia Sociologica "G. Statera", Facoltà di Sociologia, Università degli Studi "La Sapienza", Roma

Gli step della ricerca

La campagna di prevenzione oncologica "Opportunità Salute", avviata nel corso del 2005 dai CPO di un gruppo di strutture del Lazio (Gruppo Ferrovie dello Stato Nazionale e Regionale Lazio, Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, Istituto Superiore di Sanità, Automobile Club d'Italia, Istituto Nazionale di Fisica Nucleare, Società Nazionale per l'Assistenza al Volo)¹⁰, come già evidenziato, si è articolata in diverse e concatenate fasi di lavoro sul campo. Anzitutto, vi è rientrata un'importata e preliminare iniziativa di informazione (Parte 1), esplicitata nella messa a punto e distribuzione di un opuscolo alle lavoratrici e ai lavoratori degli organismi suddetti, avente lo scopo di sensibilizzarli sui temi della prevenzione oncologica e, più in generale, della salute. Alla fase informativa, rivolta a tutti i dipendenti¹¹, a distanza di poco tempo, è seguita quella di screening – rivolta, invece, alle lavoratrici e ai lavoratori *over 40*¹² – ovvero di effettuazione di test gratuiti per la diagnosi precoce del carcinoma al colon-retto¹³. Contestualmente alla fase di screening, si è inserita un'indagine sociologica¹⁴, finalizzata, in generale, a rilevare motivazioni e aspettative legate a pratiche di prevenzione delle lavoratrici e dei lavoratori delle strutture sopra citate¹⁵.

* Maria Paola Faggiano ha curato: la stesura dei paragrafi "Gli step della ricerca", "Caratteristiche di base del campione", "Concezione della prevenzione e della salute", "Stili di vita e prevenzione" per intero; la stesura dell'Allegato 2; l'elaborazione delle Tabelle A1-A14 dell'Allegato 3.

• Veronica Lo Presti ha curato: la stesura dei paragrafi "Ragioni dell'adesione all'iniziativa Opportunità Salute", "Motivazioni degli intervistati in materia di prevenzione", "Livello di informazione in materia di prevenzione e salute" "Fiducia nelle istituzioni sanitarie e nel personale medico specializzato" "Note conclusive"; l'elaborazione delle Tabelle A15-A30 dell'Allegato 3.

¹⁰ Per evidenti ragioni di sintesi, da questo momento in poi, verranno utilizzate le sigle abbreviate di ciascuna struttura (FS, INAIL, ISS, ACI, INFN, ENAV). Inoltre, si precisa che, in questa sede, i termini "struttura" e "organismo" sono utilizzati in riferimento ai diversi enti/istituti/aziende coinvolti nella ricerca.

¹¹ È bene precisare che, nel corso di tutto il lavoro, il termine "dipendente" è utilizzato come sinonimo di "lavoratore"; pertanto, si riferisce anche ai soggetti assunti dalle strutture in analisi con contratti a termine.

¹² Nel corso dello screening e, conseguentemente, dell'inchiesta sociologica, l'attenzione è stata focalizzata sui dipendenti caratterizzati da un'età in cui la probabilità statistica di contrarre un tumore (nella fattispecie, quello al colon-retto) risulta di gran lunga superiore rispetto alla fase della vita precedente.

¹³ Dei 2.754 test distribuiti, 2.524 sono stati riconsegnati; rispetto a questi ultimi, 104 casi (il 4,0% circa) sono risultati positivi. Per tali soggetti ha preso tempestivamente avvio una fase di controlli più accurati e approfonditi; ovviamente, in presenza di una diagnosi accertata di tumore al colon-retto, si è intrapreso il percorso di cura della malattia.

¹⁴ Diretta da MS Agnoli, titolare della seconda cattedra di Metodologia e tecnica della ricerca sociale presso la Facoltà di Sociologia dell'Università di Roma "La Sapienza".

Nel corso dell'inchiesta, collocata temporalmente nel periodo maggio-settembre 2005, ci si è avvalsi di un questionario strutturato (Allegato 1). Il questionario è stato distribuito alla popolazione di riferimento dalle volontarie e dai volontari della CRI (Croce Rossa Italiana), che si sono impegnati costantemente a garantire la riservatezza delle informazioni raccolte e a sottolineare il successivo trattamento aggregato dei dati; in seguito alla fase di rilevazione, si è proceduto all'analisi delle informazioni provenienti dalle schede auto-compilate, riconsegnate entro i termini prestabiliti (bimestre maggio-giugno).

Il questionario, di agevole compilazione per numero di domande (30 in tutto) e formulazione delle stesse, si struttura in diverse aree problematiche, immaginate come *facies* interconnesse di un fenomeno complesso, da leggere anche alla luce di una serie di caratteristiche socio-anagrafiche della popolazione indagata. D'altra parte, l'ideazione e la costruzione dello strumento di rilevazione rappresenta l'esito di un graduale processo di definizione operativa di un concetto multidimensionale quale quello di *prev*

enzione, intendendo con questa espressione l'insieme composito delle credenze e cognizioni, dei sentimenti e delle disposizioni all'agire che hanno una ricaduta sul piano dei comportamenti in termini di concrete pratiche di prevenzione. Si è costantemente tenuto conto della triplice natura dell'oggetto indagato, in cui non possono non considerarsi e confrontarsi le componenti cognitiva, affettiva e attiva dell'atteggiamento in analisi. Il tutto è stato pensato come radicato nel substrato socio-culturale degli intervistati e connesso ad una serie di loro caratteristiche, rispetto alle quali esplorare, in fase di analisi dei dati, la natura e l'intensità delle relazioni.

Tornando all'articolazione del questionario in aree problematiche, si tratta, analiticamente, dei seguenti ambiti:

1. livello di informazione sui compiti e sulle attività del CPO;
2. pratiche di prevenzione;
3. motivazioni legate alle attività di prevenzione/alla mancata prevenzione;
4. motivazioni legate all'adesione all'iniziativa "Opportunità Salute";
5. concezione della prevenzione e della salute;
6. livello di informazione in materia di prevenzione e salute;
7. canali privilegiati di informazione in materia di prevenzione e salute;
8. motivazioni legate all'assenza di informazione in materia di prevenzione e salute;
9. fiducia/sfiducia nelle istituzioni sanitarie (pubbliche e private) e nel personale medico specializzato;
10. stili di vita (attività fisica, abitudini alimentari, fumo...);
11. conoscenze e opinioni personali circa l'insorgenza di patologie tumorali;
12. presenza di casi di patologie tumorali tra congiunti e amici/colleghi;
13. fiducia nella diagnosi precoce di patologie tumorali;
14. fiducia nella possibilità di prevenire patologie tumorali attraverso un adeguato stile di vita;
15. fiducia nelle attuali possibilità di cura delle patologie tumorali;
16. informazioni sull'intervistato (genere, anno di nascita, stato civile, titolo di studio, categoria di inquadramento professionale, struttura di appartenenza, città di residenza).

Un obiettivo primario da raggiungere è stato quello di scoprire il posto che la salute occupa nella scala di valori della popolazione intervistata e di individuare modalità differenziate di

¹⁵ Non si può non riconoscere, a questo proposito, la speciale sensibilità mostrata dalle donne impegnate nei Comitati per le Pari Opportunità delle strutture coinvolte nella realizzazione del presente programma nel comprendere il contributo che la ricerca sociologica avrebbe potuto fornire al raggiungimento del loro obiettivo di informare e sensibilizzare le lavoratrici e i lavoratori sui temi della prevenzione oncologica e della salute. A loro si deve l'ideazione di uno studio che rappresenta un'importante occasione di comunicazione e di scambio di *expertise* fruttuosi, provenienti dall'università e da numerosi altri attori istituzionali, su un tema di rilevante interesse sociale.

perseguire tale meta individuale, conferendole senso nell'agire quotidiano. Si è trattato, in altri termini, di individuare profili, veri e propri stili di prevenzione, e di caratterizzarli alla luce di importanti variabili di base.

Al fine di esplicitare gli intenti di studio, si riportano di seguito una serie di interrogativi centrali nell'economia del presente lavoro:

1. Che differenze intercorrono tra donne e uomini nel progettare e attuare pratiche di prevenzione?
2. Ci sono differenze significative se si considerano le fasi della vita, ovvero se si confrontano opinioni e abitudini di soggetti caratterizzati da età differenti?
3. Quanto conta il livello di informazione raggiunto nell'intraprendere o meno particolari percorsi di prevenzione?
4. Quanto contano i canali di apprendimento prescelti nell'incentivare o inibire scelte personali più o meno corrette?
5. Qual è la quota di soggetti che ha adottato stili di vita definibili come "corretti" con riferimento al tema della prevenzione? Chi, in altri termini, ha individuato in una serie di "sane" abitudini una base essenziale per la prevenzione rispetto all'insorgere di patologie tumorali?
6. Quanti credono che le malattie siano solo di origine genetica? Quanti, in altre parole, credono che stress, fumo, vita sedentaria, cattiva alimentazione non contino o contino poco?
7. Quali sono le forme più diffuse di cura di sé?
8. Quanto sono diffusi comportamenti scaramantici – tipici di chi è timoroso o, forse, non bene informato – o troppo "permissivi" rispetto al proprio stato psicofisico?
9. Sono diffuse modalità "personalizzate" e, a volte, scorrette di curarsi?
10. Qual è il livello di fiducia riposto nel personale medico specializzato e nelle strutture preposte alla cura e alla prevenzione?

Questi e altri interrogativi sono alla base della presente indagine. Essa, oltre a rappresentare un'indubbia occasione di approfondimento di un interessante e attuale tema di ricerca, ha offerto l'opportunità di rilevare informazioni circa gli elementi che ruotano intorno alle pratiche di prevenzione e a fornire soluzioni per la progettazione di future campagne di sensibilizzazione sempre più mirate, nonché di vere e proprie forme di intervento, anche con il sostegno delle autorità politiche competenti e di organismi come i CPO. Lo scopo primario, d'altro canto, oltre a quello essenziale di conoscere e comprendere lo stato delle cose, è stato anche quello di interpretare taluni atteggiamenti e di agevolare l'ingresso graduale e definitivo nel patrimonio culturale condiviso di più mature pratiche di prevenzione.

La speranza, come studiosi del sociale, è quella di poter registrare una trasformazione nel tempo di forme di cura e prevenzione assenti, troppo blande o "fai da te", in stili di prevenzione maturi e coraggiosi, nonché generalizzati, fondati su una concezione della salute come benessere psicofisico in senso lato, da perseguire "vivendo quotidianamente la prevenzione".

Caratteristiche di base del campione

Prima di entrare nel vivo dell'analisi dei dati emersi, è opportuno procedere alla descrizione di alcune caratteristiche di base del campione raggiunto (Questionario: dd. 24-30), ovvero della sua composizione interna in merito a variabili quali *struttura di appartenenza, genere, classi di età, condizione familiare, livello di istruzione, categoria di inquadramento professionale, contesto di residenza* dei soggetti intervistati.

Anzitutto, prendiamo in considerazione le cifre riguardanti la popolazione di riferimento (costituita dal totale dei lavoratori *over 40* per struttura: ben 6.000 unità per FS, 1.913 per

INAIL, 1.600 per ISS, 570 per ACI, 600 per ENAV, 450 per INFN; nel complesso, 11.133 unità), invitata, come accennato, a partecipare alla fase di screening. Passando al campione “auto-estrattosi” (pari al numero dei soggetti che hanno effettivamente preso parte all’iniziativa, quindi, al totale dei test distribuiti), esso ammonta a 2.754 unità (24,7% della popolazione statistica di riferimento). Rispetto a quest’ultima cifra, il totale dei test riconsegnati è, invece, pari a 2.524; inoltre, 2.129 sono i questionari validi contati (Allegato 2). In altri termini, l’incidenza dei test riconsegnati sul totale dei test distribuiti è pari al 91,6% (in tal caso, un ritorno così consistente non può che essere indicatore dell’ottima riuscita dell’iniziativa di screening); l’incidenza dei questionari validi sul totale dei test riconsegnati ammonta all’84,3% (ciò sta ad indicare che il 15,7% dei soggetti che hanno deciso di procedere al test non ha mostrato la medesima disponibilità nella compilazione del questionario¹⁶), mentre quella dei questionari validi sul totale dei test distribuiti è pari al 77,3%.

La Tabella 1 presenta l’articolazione dei casi per *struttura di appartenenza*. Come si può agevolmente notare, più della metà dei soggetti raggiunti afferisce al Gruppo Ferrovie dello Stato e all’INAIL. Più nello specifico, dei test distribuiti ai dipendenti *over 40* di ciascuna azienda sono rientrati: l’82,5% di quelli riferiti al Gruppo FS (912 test e questionari distribuiti), il 75,6% per INAIL (796), l’83,3% per ISS (407), il 71,6% per ACI (197), il 58,9% per ENAV (350), il 96,7% per INFN (92). Tale calcolo evidenzia, complessivamente, una forte partecipazione all’indagine sociologica da parte dei dipendenti di ciascun organismo coinvolto (i dati mostrano come il meno reattivo sia stato l’ENAV) e, in particolare, una quasi coincidenza tra test consegnati e test/questionari raccolti per l’INFN.

Tabella 1. Ripartizione degli intervistati* per struttura di appartenenza

Struttura di appartenenza	va	%
FS	752	35,3
INAIL	602	28,3
ISS	339	15,9
ACI	141	6,6
ENAV	206	9,7
INFN	89	4,2
Totale	2.129	100,0

* Con il termine “intervistati” (non *face to face* ma, come accennato, con questionario auto-compilato) si intendono i soggetti che hanno fornito risposta alla singola domanda di questionario (quindi i casi validi, i rispondenti).

** *va* = valore assoluto (o frequenza o numero di casi) legato a ciascuna modalità della variabile.

*** Il valore percentuale inserito nelle tabelle e nei grafici è quello calcolato sui casi validi (per approfondimenti vedi Allegato 2).

Peraltro, rapportando il *totale dei test distribuiti per struttura al totale degli over 40 per struttura* si ottengono i seguenti valori percentuali (*incidenza dei test distribuiti*): FS (15,2%); INAIL (41,6%); ISS (25,4%); ACI (34,6%); ENAV (58,3%), INFN (21,1%). Inoltre, rapportando il *totale dei questionari riconsegnati per struttura al totale degli over 40 per struttura*, i risultati sono (*incidenza dei questionari riconsegnati*): FS (12,5%); INAIL (31,5%); ISS (21,2%); ACI (24,7%); ENAV (34,3%), INFN (19,8%). Confrontando le due incidenze

¹⁶ La delicatezza del tema ha probabilmente disincentivato alcuni a “parlare di sé” attraverso il questionario, nonostante la garanzia di anonimato costantemente sottolineata; d’altro canto, è un risultato di enorme pregio aver raggiunto un così elevato numero di soggetti nel corso dell’inchiesta sociologica. L’auto-compilazione (anziché la somministrazione *face to face*), il numero esiguo di domande, la foggia grafica del questionario, l’impegno profuso da parte dei volontari sono i fattori che più hanno concorso al successo dell’iniziativa sul campo, comunque dovuto anzitutto alla disponibilità delle persone che vi hanno partecipato.

rilevate in termini di scarto percentuale, i risultati per singolo organismo sono: FS (-2,7%); INAIL (-10,1%); ISS (-4,2%); ACI (-9,9%); ENAV (-24,0%), INFN (-1,3%).

Passando al *genere*, come può leggersi nella Tabella 2, la percentuale di uomini e donne nel campione risulta essere perfettamente bilanciata, con 1.045 uomini a fronte di 1.080 donne.

Tabella 2. Ripartizione degli intervistati per genere

Genere	va	%
Maschile	1.045	49,2
Femminile	1.080	50,8
Totale	2.125	100,0

Casi mancanti: 4. Si tratta dei soggetti che non hanno fornito risposta ad una specifica domanda di questionario (in valore assoluto).

Gli organismi che risultano caratterizzati (Tabella 3) da una prevalenza maschile sono: FS ed ENAV, rispettivamente con il 61,4% e il 77,2% dei casi; di contro, si distinguono per una più diffusa presenza femminile INAIL, ISS e ACI (62,5%, 64,0% e 76,6%); infine, un equilibrio di genere contraddistingue l'INFN (gli uomini rappresentano il 51,1%, le donne il restante 48,9%).

Tabella 3. Genere per struttura di appartenenza (%)

Struttura di appartenenza	Genere		Totale
	Maschio	Femmina	
FS	61,4	38,6	100,0
INAIL	37,5	62,5	100,0
ISS	36,0	64,0	100,0
ACI	23,4	76,6	100,0
ENAV	77,2	22,8	100,0
INFN	51,1	48,9	100,0
Totale	49,2	50,8	100,0

Casi mancanti: 4

La media dell'*età* nel campione risulta essere pari a 50,6 anni e la classe d'età più rappresentata (Tabella 4) è quella tra i 46 e i 50 anni (ma, complessivamente, la distribuzione in analisi è piuttosto bilanciata). Bisogna, inoltre, precisare che il 3,7% dei casi (77 in valore assoluto) è *under 40*: si tratta di soggetti che hanno scelto di sottoporsi al test (e hanno anche compilato il questionario) data la presenza, tra i familiari più stretti, di persone colpite da tumore al colon-retto.

Tabella 4. Ripartizione degli intervistati per classi di età

Classi di età	va	%
30-45 anni	456	21,7
46-50 anni	589	28,1
51-55 anni	561	26,7
56 anni e oltre	492	23,5
Totale	2.098	100,0

Casi mancanti: 31

Si riporta di seguito, nella Tabella 5, l'articolazione di ogni *classe di età* rispetto al *genere*: se fino all'età di 50 anni nel campione in analisi vi è una prevalenza del genere femminile, nella classe 51-55 anni la composizione di genere risulta bilanciata, mentre nella classe di età più elevata risalta la presenza maschile.

Tabella 5. Genere per classi di età (%)

Classi di età	Genere		Totale
	Maschio	Femmina	
30-45 anni	41,4	58,6	100,0
46-50 anni	42,4	57,6	100,0
51-55 anni	50,2	49,8	100,0
56 anni e oltre	62,9	37,1	100,0
Totale	49,1	50,9	100,0

Casi mancanti: 40

Si presenta qui di seguito, nella Tabella 6, la distribuzione per classi d'età di ogni singolo organismo, per come è emerso sulla base dei questionari analizzati. La struttura in cui è maggiormente rappresentata la classe d'età "56 anni e oltre" è l'INAIL, mentre l'ISS e l'INFN sono quelle che si caratterizzano per la più alta quota di soggetti fino a 45 anni tra i rispondenti.

Tabella 6. Classi di età per struttura di appartenenza (%)

Struttura di appartenenza	Classi di età				Totale
	30-45	46-50	51-55	56 e oltre	
FS	12,2	31,2	36,4	20,2	100,0
INAIL	21,3	26,7	22,1	29,9	100,0
ISS	32,8	27,9	16,5	22,8	100,0
ACI	28,3	23,9	26,1	21,7	100,0
ENAV	29,4	25,0	24,5	21,1	100,0
INFN	32,2	26,4	23,0	18,4	100,0
Totale	21,6	28,1	26,8	23,5	100,0

Casi mancanti: 38

Con riferimento alla *condizione familiare*, è evidente nel campione in analisi la preponderante presenza di soggetti coniugati o conviventi (84,3%); minoritaria la quota dei soggetti dichiaratisi liberi (14,0%) e irrisoria quella dei vedovi (1,7%). La quota più consistente di soggetti liberi si registra all'INFN (20,7% dei dipendenti); in tutte le altre strutture tale categoria si attesta intorno all'11%-15% del totale dei dipendenti.

Passando al *grado di istruzione* (Tabella 7), risulta essere maggioritaria la quota dei rispondenti che si caratterizzano per un livello medio (licenza media superiore). Per esigenze di sintesi sono stati ricondotti al livello basso quanti abbiano acquisito titoli inferiori al diploma (licenza elementare: 0,1%; licenza media inferiore: 9,1%; diploma di avviamento professionale: 7,3%) e al livello alto l'insieme dei laureati (21,0%) e di quanti in possesso di un titolo di formazione *post lauream* (3,2%). L'ISS è la struttura che si distingue per una quota molto estesa di soggetti con elevato livello di istruzione al proprio interno (41,4% dei rispondenti); per gli

altri organismi la quota oscilla tra l'8,8% e il 27,3% di quanti hanno compilato il questionario (Tabella 8).

Tabella 7. Ripartizione degli intervistati per livello di istruzione

Livello di istruzione	va	%
Basso	351	16,5
Medio	1.261	59,3
Alto	514	24,2
Totale	2.126	100,0

Casi mancanti: 3

Tabella 8. Livello di istruzione per struttura di appartenenza (%)

Struttura di appartenenza	Livello di istruzione			Totale
	<i>Basso</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
FS	15,7	65,8	18,5	100,0
INAIL	15,3	57,4	27,3	100,0
ISS	16,9	41,7	41,4	100,0
ACI	19,9	58,1	22,0	100,0
ENAV	20,0	71,2	8,8	100,0
INFN	14,6	60,7	24,7	100,0
Totale	16,4	59,4	24,2	100,0

Casi mancanti: 10

Per quanto riguarda la *categoria di inquadramento professionale* (Tabella 9), risulta essere particolarmente rappresentata nel campione la quota degli impiegati/intermedi (56,2%), seguita da quella dei direttivi/quadri (29,2%).

Nella categoria residuale "altro" figurano addetti ai servizi, ma anche borsisti, ricercatori a contratto e professionisti e consulenti qualificati. È interessante notare che dei rispondenti ISS il 10,1% è rappresentato da dirigenti (nelle altre strutture la percentuale oscilla tra 1,7% e 7,9%); di quelli FS il 43,7% è composto da direttivi/quadri (nelle altre strutture: min 11,8%/max 26,5%); di quelli ENAV il 72,1% da impiegati (negli altri organismi: min 42,3%/max 68,6%); infine, di quelli INFN il 16,1% da operai/tecnici (negli altri organismi: min 2,1%/max 11,8%).

Tabella 9. Ripartizione degli intervistati per categoria di inquadramento professionale

Categoria di inquadramento professionale	va	%
Dirigente	97	4,6
Direttivo, quadro	618	29,2
Impiegato, intermedio	1.193	56,2
Operaio, tecnico	176	8,3
Altro	35	1,7
Totale	2.119	100,0

Casi mancanti: 10

Si presenta qui di seguito (Tabella 10) la composizione di *genere* all'interno di ciascuna *categoria di inquadramento professionale*. Come si può agevolmente notare, se tra i dirigenti e i direttivi/quadri è più diffusa la presenza di uomini, tra gli impiegati/intermedi è superiore, invece, la quota percentuale di donne; netta è, d'altra parte, la prevalenza maschile all'interno della categoria "operai/tecnici".

Tabella 10. Genere per categoria di inquadramento professionale (%)

Categoria di inquadramento professionale	Genere		Totale
	Maschio	Femmina	
Dirigente	56,7	43,3	100,0
Direttivo, quadro	53,3	46,7	100,0
Impiegato, intermedio	43,3	56,7	100,0
Operaio, tecnico	78,9	21,1	100,0
Altro	28,6	71,4	100,0
Totale	49,5	50,5	100,0

Casi mancanti: 19

Con riferimento al *contesto di residenza* (Tabella 11), Roma e i comuni della provincia di Roma risultano essere i luoghi di provenienza maggiormente segnalati. È opportuno precisare che nella modalità "altro contesto" figurano per lo più soggetti residenti in altre province del Lazio, o in comuni campani, abruzzesi, toscani. La più alta quota di residenti a Roma e provincia si registra all'INAIL (95,3%), a fronte di una percentuale compresa tra 43,2% e 86,9% negli altri organismi; di contro, la quota più ampia di soggetti provenienti da altro contesto si riscontra all'INFN (56,8%), mentre nelle altre strutture la percentuale dei "pendolari" oscilla tra 4,7% e 44,3%.

Tabella 11. Ripartizione degli intervistati per contesto di residenza

Contesto di residenza	va	%
Roma e provincia	1.694	80,7
Altro contesto	405	19,3
Totale	2.099	100,0

Casi mancanti: 30

Ragioni dell'adesione all'iniziativa "Opportunità Salute"

Una parte del questionario era dedicata a valutare la conoscenza da parte di intervistate e intervistati delle attività svolte dai promotori dell'iniziativa stessa, ovvero i CPO. A questo proposito, la prima domanda del questionario (Allegato 1) recitava: "È a conoscenza delle attività svolte dal CPO che fa capo all'azienda/struttura in cui lavora?".

Ne è risultato che il 55,8% dei rispondenti afferma di essere a conoscenza di tali attività, contro un 44,2% che sembra non conoscere il CPO della propria azienda.

È significativo il fatto che la maggior parte di coloro che affermano di conoscere le attività del CPO appartenga al genere femminile (62,4% vs il 49,3% di genere maschile) e che si tratti per lo più di persone che ricoprono incarichi piuttosto importanti, quali quello di "dirigente" (il 63,9%) e quello di "direttivo/quadro" (58,3%) (Tabella 12). Inoltre, la conoscenza delle attività

del CPO sembra essere particolarmente diffusa tra i dipendenti dell'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare (78,4%), mentre i più disinformati sulle attività del CPO della propria azienda risultano i dipendenti delle Ferrovie dello Stato (52,0%) e quelli dell'ENAV (51,9%) (Tabella 13).

Tabella 12. Conoscenza delle attività svolte dal CPO per categoria di inquadramento professionale (%)

Conoscenza delle attività svolte dal CPO	Categoria di inquadramento professionale					Totale
	<i>Dirigente</i>	<i>Direttivo, quadro</i>	<i>Impiegato, intermedio</i>	<i>Operaio, tecnico</i>	<i>Altro</i>	
No	36,1	41,7	44,2	57,3	50,0	44,2
Sì	63,9	58,3	55,8	42,7	50,0	55,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 43 – p=.002

Tabella 13. Conoscenza delle attività svolte dal CPO per struttura di appartenenza (%)

Conoscenza delle attività svolte dal CPO	Struttura di appartenenza						Totale
	<i>FS</i>	<i>INAIL</i>	<i>ISS</i>	<i>ACI</i>	<i>ENAV</i>	<i>INFN</i>	
No	52,0	40,6	36,4	38,2	51,9	21,6	44,2
Sì	48,0	59,4	63,6	61,8	48,1	78,4	55,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 28 – p=.000

L'analisi delle risposte alla domanda in cui si chiedeva se, tra i compiti dei CPO, rientrasse anche la tutela della salute di lavoratrici e lavoratori (Questionario: d. 2), testimonia l'importanza dell'impegno di organismi e associazioni nella promozione e nella diffusione di una nuova cultura della salute e della prevenzione; difatti, ben il 95,0% circa dei rispondenti ritiene che i CPO debbano farsi carico anche di questa responsabilità. Si tratta di un risultato trasversale rispetto a tutte le variabili di base indagate e alla concezione di salute e prevenzione diffusa tra i rispondenti, connesso probabilmente ad una generale e sentita richiesta di interventi e iniziative legate ai temi di cura, salute e prevenzione.

È evidente che tale opinione sia diffusa anche tra quanti hanno ammesso precedentemente di non essere informati sulle attività svolte dal CPO operante presso la struttura di appartenenza. Tale dato può essere interpretato alla luce della partecipazione attiva all'iniziativa "Opportunità Salute", la quale ha rappresentato non solo un'occasione importante di prevenzione e tutela della salute personale, ma anche la via per conoscere le attività svolte dal CPO.

L'attenzione e l'interesse delle persone nei confronti di questo genere di iniziative sembrano essere confermati dalle risposte alla domanda del questionario in cui si chiedeva di specificare la ragione principale dell'adesione all'iniziativa "Opportunità Salute" (Questionario: d. 6); difatti, più della metà del campione (il 55,0%) ha risposto di aver partecipato all'iniziativa "per scelta personale" (Tabella 14). Segue la discreta percentuale del 26,1% di soggetti che afferma di aver aderito all'iniziativa "perché sollecitato/a da coloro che l'hanno promossa" e quella del 14,2% "perché sollecitato/a dai colleghi".

Tabella 14. Motivo principale dell'adesione all'iniziativa di prevenzione

Motivo adesione	va	%
Familiari	97	4,6
Colleghi	300	14,2
Superiori	3	0,1
Promotori iniziativa	552	26,1
Iniziativa personale	1.166	55,0
Totale	2.118	100,0

Casi mancanti: 11

Rispetto a questi risultati, sono discriminanti le variabili “età” e “livello di istruzione” (Tabelle 15-16); difatti, la partecipazione all'iniziativa in questione per scelta personale è legata ai dipendenti appartenenti alla classe di età più “giovane” (il 61,5% di coloro che hanno aderito all'iniziativa per scelta personale rientra nella classe “fino a 45 anni”) e ad un livello di istruzione elevato (il 60,4% vs il 39,8% di livello di istruzione basso¹⁷). Si tratta, inoltre, di persone che hanno sviluppato un'idea di salute come generale condizione di benessere psicofisico (58,2%) e che hanno l'abitudine a tenersi informati in materia di cura e prevenzione (56,0%). Tali risultati suggeriscono l'idea che una nuova cultura della salute e della prevenzione stia cominciando a svilupparsi e a diffondersi in specifici e distintivi contesti socio-culturali che sarebbe interessante indagare in maniera più dettagliata e approfondita.

Tabella 15. Motivo principale dell'adesione all'iniziativa di prevenzione per classi di età (%)

Motivo adesione	Classi di età				Totale
	30-45	46-50	51-55	56 e oltre	
Familiari	4,5	4,8	4,3	4,5	4,5
Colleghi	14,8	14,0	14,4	13,8	14,2
Superiori	/	/	/	0,6	0,1
Promotori iniziativa	19,2	23,8	23,9	36,0	25,7
Iniziativa personale	61,5	57,4	57,4	45,1	55,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 56 – p=.000

Tabella 16. Motivo principale dell'adesione all'iniziativa di prevenzione per Livello di istruzione (%)

Motivo adesione	Livello di istruzione			Totale
	Basso	Medio	Alto	
Familiari	6,1	4,2	4,1	4,5
Colleghi	15,7	14,1	13,6	14,2
Superiori	0,3	0,1	0,2	0,1
Promotori iniziativa	38,1	24,4	21,7	26,0
Iniziativa personale	39,8	57,2	60,4	55,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 28 – p=.000

¹⁷ Specularmente, tra coloro che hanno aderito all'iniziativa perché sollecitati dai promotori della stessa, la maggior parte (quasi il 40,0%) ha un livello di istruzione basso.

Motivazioni degli intervistati in materia di prevenzione

Con specifico riferimento alla diffusione di pratiche di prevenzione tra lavoratrici e lavoratori intervistati, una domanda del questionario (d. 3) chiedeva di specificare le attività di prevenzione praticate negli ultimi 3 anni. Il campione intervistato si divide rispetto alla pratica di prevenzione di tumori: il 51,7% dichiara di non aver fatto prevenzione di tumori negli ultimi 3 anni, il 48,3% sì. Differentemente, la pratica di prevenzione di altre patologie sembra essere meno diffusa; difatti, il 64,5% dei rispondenti afferma di non averla praticata. In generale, sembra che la pratica di prevenzione cominci ad essere un tipo di attività piuttosto diffusa nella vita quotidiana delle persone, anche se bisogna segnalare che il 34,0% del campione risulta essere completamente “digiuno di prevenzione” negli ultimi 3 anni, a fronte di un 18,0% di soggetti che risulta aver praticato attività di prevenzione sia di tumori che, più genericamente, di altre patologie (paragrafo “Gli stili di prevenzione”).

Rispetto alla progettazione e all’attuazione di pratiche di prevenzione, si riscontrano differenze di genere piuttosto significative (Tabelle 17-23). Difatti, occorre notare che la pratica di prevenzione di tumori è diffusa soprattutto tra le donne: il 72,0% circa del totale dei praticanti attività di prevenzione di tumori si caratterizza per essere di genere femminile; d’altro canto, la maggiore propensione delle donne a praticare attività di prevenzione di tumori può associarsi alla grande diffusione e risonanza delle campagne di sensibilizzazione e di prevenzione legate al tumore alla mammella e all’utero, patologie queste ultime notoriamente connesse ad un pubblico femminile (anche paragrafo “Gli stili di prevenzione”). Inoltre, la prevenzione di tumori sembra essere meno praticata da coniugati/e o conviventi (il 47,0% circa di essi) ed è più comune tra liberi/e (55,4%) e vedovi/e (73,0%). Si tratta di un’attività diffusa soprattutto nella classe di lavoratrici e lavoratori compresa tra 51 e 55 anni (54,1%) e risulta associata a livelli di istruzione medio-alti; difatti, si conferma che la tendenza a fare prevenzione di tumori cresce all’aumentare del livello di istruzione di intervistate e intervistati (del 48,5% di coloro che hanno fatto prevenzione di tumori, il 40,0% circa ha un livello basso di istruzione, il 46,7% medio e il 58,6% elevato). La pratica risulta, inoltre, essere più diffusa tra gli intervistati residenti nella metropoli romana (51,9%) e tra lavoratrici/lavoratori dell’Istituto Superiore di Sanità (55,8%).

Tabella 17. Pratica di prevenzione di tumori negli ultimi 3 anni per genere (%)

Pratica di prevenzione tumori	Genere		Totale
	Maschio	Femmina	
No	75,9	28,1	51,7
Sì	24,1	71,9	48,3
Totale	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 4 – p=.000

Tabella 18. Pratica di prevenzione di tumori negli ultimi 3 anni per Condizione familiare (%)

Pratica di prevenzione tumori	Condizione familiare			Totale
	Coniugato/a-Convivente	Libero/a	Vedovo/a	
No	53,2	44,6	27,0	51,7
Sì	46,8	55,4	73,0	48,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 9 – p=.000

Tabella 19. Pratica di prevenzione di tumori negli ultimi 3 anni per classi di età (%)

Pratica di prevenzione tumori	Classi di età				Totale
	30-45	46-50	51-55	56 e oltre	
No	53,8	51,7	45,9	55,4	51,7
Sì	46,2	48,3	54,1	44,6	48,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 38 – p=.012

Tabella 20. Pratica di prevenzione di tumori negli ultimi 3 anni per livello di istruzione (%)

Pratica di prevenzione tumori	Livello di istruzione			Totale
	Basso	Medio	Alto	
No	60,6	53,3	41,4	51,7
Sì	39,4	46,7	58,6	48,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 10 – p=.000

Tabella 21. Pratica di prevenzione di tumori negli ultimi 3 anni per contesto di residenza (%)

Pratica di prevenzione tumori	Contesto di residenza		Totale
	Roma	Altro contesto	
No	48,1	65,3	51,7
Sì	51,9	34,7	48,3
Totale	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 37 – p=.000

Tabella 22. Pratica di prevenzione di tumori negli ultimi 3 anni per struttura di appartenenza (%)

Pratica di prevenzione tumori	Struttura di appartenenza						Totale
	FS	INAIL	ISS	ACI	ENAV	INFN	
No	53,3	47,3	44,2	46,8	72,8	53,9	51,7
Sì	46,7	52,7	55,8	53,2	27,2	46,1	48,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

p=.000

Si presenta di seguito la Tabella 23 riferita al sub-campione degli uomini e a quello delle donne, in cui sono prese in considerazione le variabili *pratica di prevenzione di tumori* e *classi di età*. L'associazione tra pratica di prevenzione di tumori ed età avanzata è confermata sia con riferimento ai primi che alle seconde. C'è, comunque, da precisare che, nel passaggio dalla classe di età 51-55 anni a quella più elevata, gli uomini mostrano un atteggiamento più coerente rispetto a quello delle donne (30,2% e 30,5% vs 78,1% e 68,1%).

Tabella 23. Pratica di prevenzione di tumori negli ultimi 3 anni per classi di età

Pratica di prevenzione tumori	Classi di età				Totale
	30-45	46-50	51-55	> 56	
<i>Sub-campione degli uomini (%) *</i>					
No	80,2	86,7	69,8	69,5	75,7
Sì	19,8	13,3	30,2	30,5	24,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Sub-campione delle donne (%) **</i>					
No	35,1	25,7	21,9	31,9	28,1
Sì	64,9	74,3	78,1	68,1	71,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Casi mancanti: 25 – p=.000

** Casi mancanti: 15 – p=.003

Dunque, è interessante evidenziare il fatto che, come appena descritto, coloro che hanno l'abitudine a fare prevenzione di tumori abbiano delle caratteristiche piuttosto distintive; la stessa osservazione non può essere estesa a quel 35,5% di soggetti che dichiara di aver praticato prevenzione di altre patologie. Rispetto a questo gruppo di intervistati, non sembrano riscontrarsi particolari differenze di genere, età o stato civile.

È interessante notare come la diffusione di pratiche di prevenzione di tumori sia legata, in particolare, ad una concezione della prevenzione intesa come “attività volta ad evitare che si ripresenti una patologia già curata” (53,8%) e come “attività volta alla diagnosi precoce di una patologia” (il 52,0% circa del totale di chi ha fatto prevenzione di tumori negli ultimi 3 anni). In linea con quanto detto, la diffusione di attività di prevenzione di tumori non sembra, inoltre, essere indipendente dalla presenza di casi di patologie specificamente tumorali sia tra i familiari più stretti (si registra che quasi il 60,0% di chi ha fatto prevenzione di tumori negli ultimi 3 anni ha avuto più di un caso di tumore tra i familiari) che tra gli amici più cari (il 52,2% segnala più di un caso di patologie tumorali tra gli amici più stretti). Ciò lascia pensare che la familiarità, il contatto ravvicinato con soggetti affetti da tumori, l'aver vissuto in prima persona l'esperienza e la gravità della patologia tumorale costituiscano dei motivi in più per trasformare la prevenzione da casuale attività, volta a ridurre il rischio di insorgenza di gravi patologie come quelle tumorali, a una componente ordinaria e fondamentale del proprio stile di vita abituale.

Il questionario conteneva anche due domande finalizzate (Questionario: dd. 4-5), l'una, ad indagare sulle motivazioni connesse alla pratica di prevenzione¹⁸, l'altra, sulle ragioni della mancata prevenzione.

La Tabella 24 mette in evidenza come le due ragioni più segnalate come influenti sulla pratica di prevenzione dagli intervistati siano l'abitudine (34,3%) e problemi di salute avvertiti in prima persona (26,0%).

¹⁸ È opportuno specificare che la domanda relativa alla motivazione principale della pratica di prevenzione era rivolta a tutti coloro che avevano dichiarato di aver praticato attività di prevenzione negli ultimi 3 anni (il 66,0% circa dei rispondenti, 1.409 soggetti; per una tipologia delle pratiche di prevenzione, si rimanda al paragrafo “Gli stili di prevenzione”), sia che si trattasse di patologie tumorali che, genericamente, di altre patologie (per approfondimenti sulle domande-filtro, si rimanda all'Allegato 2).

**Tabella 24. Motivo principale legato alle pratiche di prevenzione
(sub-campione di riferimento: n. 1.409 casi)**

Motivo prevenzione	va	%
Abitudine	478	34,3
Ha avvertito problemi di salute	362	26,0
È stato/a sollecitato/a da problemi di salute di parenti/amici	158	11,3
È venuto/a a conoscenza di iniziative/occasioni di prevenzione	147	10,5
Paura	136	9,7
È stato/a inserito/a in un programma pubblico di prevenzione	115	8,2
Totale	1.396	100,0

Casi mancanti: 6

Rispetto alla motivazione “abitudine”, è opportuno specificare che si tratta di una scelta prevalentemente femminile (Tabella 25): ben il 40,3% delle donne (vs il 23,5% degli uomini) afferma di aver fatto prevenzione per “abitudine”. Una motivazione prettamente “maschile” sembra essere, invece, quella relativa all’insorgenza di problemi di salute: il 35,1% rispetto al 20,7% di genere femminile.

Tabella 25. Motivo principale legato alle pratiche di prevenzione per genere (%)

Motivo prevenzione	Genere		Totale
	Maschio	Femmina	
Abitudine	23,5	40,3	34,2
Paura	5,9	12,0	9,8
Ha avvertito problemi di salute	35,1	20,7	26,0
È stato/a sollecitato/a da problemi di salute di parenti/amici	12,8	10,5	11,3
È venuto/a a conoscenza di iniziative/occasioni di prevenzione	16,0	7,4	10,5
È stato/a inserito/a in un programma pubblico di prevenzione	6,7	9,1	8,2
Totale	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 15 – p=.000

Tale risultato suggerisce l’ipotesi che la pratica di prevenzione sia entrata a pieno titolo all’interno dello stile di vita “femminile” tanto da essere intesa come una attività ordinaria e non “speciale”, come sembrerebbe, invece, per gli intervistati di genere maschile, che motivano la scelta di fare prevenzione prevalentemente con l’insorgenza di effettivi problemi di salute.

Dunque, gli uomini mostrerebbero la tendenza a fare prevenzione solo in caso di possibile insorgenza di malattie, al contrario delle donne che sembrano slegare il concetto di prevenzione da quello di cura e malattia, concependola come un’attività ordinaria della propria vita.

Inoltre, la motivazione “abitudine” sembra avere una connessione con le variabili “età” e “livello di istruzione” (Tabelle 26-27), dato che si registra che il 41,0% circa di quanti rientrano nella classe di età più bassa (fino a 45 anni) e il 41,6% di chi ha un livello di istruzione elevato sceglie tale motivo come principale. Rispetto alle strutture di appartenenza degli intervistati, i più “abitudinari” e le più “abitudinarie” nella pratica di prevenzione sembrano essere dipendenti ACI (41,0%) e ISS (40,3%) (Tabella 28).

Tabella 26. Motivo principale legato alle pratiche di prevenzione per classi di età (%)

Motivo prevenzione	Classi di età				Totale
	30-45	46-50	51-55	≥56	
Abitudine	40,6	32,5	34,3	30,1	34,1
Paura	9,0	11,8	9,6	9,0	9,9
Ha avvertito problemi di salute	24,0	28,9	21,9	28,5	25,8
È stato/a sollecitato/a da problemi di salute di parenti/amici	14,3	11,8	10,8	8,0	11,2
È venuto/a a conoscenza di iniziative/occasioni di prevenzione	8,2	8,4	12,3	13,5	10,7
È stato/a inserito/a in un programma pubblico di prevenzione	3,9	6,6	11,1	10,9	8,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 33 – p=.001

Tabella 27. Motivo principale legato alle pratiche di prevenzione per livello di istruzione (%)

Motivo prevenzione	Livello di istruzione			Totale
	Basso	Medio	Alto	
Abitudine	25,6	33,0	41,6	34,2
Paura	10,0	10,1	9,2	9,8
Ha avvertito problemi di salute	32,1	25,1	24,4	26,0
È stato/a sollecitato/a da problemi di salute di parenti/amici	12,8	11,4	10,1	11,3
È venuto/a a conoscenza di iniziative/occasioni di prevenzione	11,4	11,3	7,9	10,4
È stato/a inserito/a in un programma pubblico di prevenzione	8,1	9,1	6,8	8,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 19 – p=.026

Tabella 28. Motivo principale legato alle pratiche di prevenzione per struttura di appartenenza (%)

Motivo prevenzione	Struttura di appartenenza						Totale
	FS	INAIL	ISS	ACI	ENAV	INFN	
Abitudine	32,8	33,5	40,3	41,0	26,5	28,1	34,1
Paura	10,9	10,0	9,3	13,0	6,9	/	9,8
Ha avvertito problemi di salute	25,1	27,8	24,3	29,0	23,5	26,3	26,0
È stato/a sollecitato/a da problemi di salute di parenti/amici	11,3	12,4	9,3	6,0	18,6	7,0	11,3
È venuto/a a conoscenza di iniziative/occasioni di prevenzione	11,7	8,6	8,0	5,0	18,6	19,3	10,5
È stato/a inserito/a in un programma pubblico di prevenzione	8,2	7,7	8,8	6,0	5,9	19,3	8,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 13 - p=.001

Rispetto al motivo principale della mancata pratica di prevenzione, come mostra la Tabella 29, il 32,7% di coloro che non hanno praticato attività di prevenzione negli ultimi 3 anni, sceglie come ragione principale il fatto di non essere venuto/a a conoscenza di iniziative/occasioni di prevenzione. Il 24,6% afferma semplicemente di “sentirsi bene” e, di conseguenza, pensa di non aver bisogno di praticare attività di prevenzione.

**Tabella 29. Motivo principale legato alla mancata pratica di prevenzione
(sub-campione di riferimento: n. 727 casi)**

Motivo mancata prevenzione	va	%
L'intervistato/a non è venuto/a a conoscenza di iniziative/ occasioni di prevenzione	234	32,7
L'intervistato/a si sente bene	176	24,6
Fare esami e accertamenti nella città di residenza è complicato	158	22,1
L'intervistato/a non sa dove andare, a chi rivolgersi	92	12,9
L'intervistato/a non si vuole allarmare inutilmente	35	4,9
L'intervistato/a non ne vede la necessità	19	2,7
Controllarsi senza motivo porta sfortuna	1	0,1
Totale	715	100,0

Casi mancanti: 12

È significativo che il 22,0% circa di coloro che non hanno fatto prevenzione negli ultimi 3 anni, adduce come motivazione principale la difficoltà a fare esami e accertamenti nella propria città di residenza (questo dato può rappresentare un segnale importante per la Sanità Pubblica), e che il 13,0% circa afferma di “non sapere dove andare e a chi rivolgersi”. Si noti che le motivazioni della mancata prevenzione più diffuse nel campione fanno riferimento ad una più generale carenza dell’offerta di cura e prevenzione del sistema socio-sanitario; a tal proposito, è plausibile ipotizzare che una buona parte di coloro che non praticano abitualmente attività di prevenzione avverta una certa insoddisfazione nei confronti del sistema sanitario, ritenuto incapace di progettare, pubblicizzare e attuare iniziative di prevenzione. La mancata prevenzione sembra essere legata più a difficoltà e a problemi di accesso e utilizzo delle strutture sanitarie che a scelte personali e ragionate degli utenti. In questo caso, le variabili di base non sembrano essere di aiuto a caratterizzare meglio questi intervistati.

In generale, è plausibile pensare che sia sottesa a questi primi risultati una richiesta da parte del campione in esame di maggiori iniziative e occasioni di confronto sui temi di salute e prevenzione e di mirati interventi sul territorio in termini di politiche e servizi socio-sanitari, finalizzati alla diffusione di una nuova cultura della prevenzione.

Livello di informazione in materia di prevenzione e salute

Al fine di indagare il nesso tra livello di informazione e pratiche di cura e prevenzione, si è chiesto agli intervistati se, nel complesso, si tenessero informati in materia di salute e prevenzione (Questionario: d. 9). È emerso come ben il 78,1% dei rispondenti affermi di avere l’abitudine a tenersi informato in materia di salute e prevenzione; il restante 21,9% non sembra essere interessato a questo tipo di informazione. Al di là del fatto che la gran parte degli intervistati si informi abitualmente sulle tematiche in analisi, indipendentemente dalle caratteristiche di base considerate, è interessante notare la differenza di genere emersa su questo piano: l’84,4% delle donne è “informato”, a fronte del 71,6% degli uomini ($p=0.000$). La sezione di questionario in analisi prevedeva poi una domanda rivolta esclusivamente al gruppo degli “informati” e un’altra solo a quello dei “non informati” (Questionario: dd. 10-11; si rimanda anche alla Allegato 2).

Ai primi, nello specifico, si chiedeva di segnalare i canali principalmente utilizzati per acquisire informazioni in tema di salute e prevenzione. Difatti, oggi sono diffuse molteplici e differenti forme di comunicazione della salute: le indicazioni impartite dal medico di famiglia, il racconto fatto da un amico di un intervento chirurgico subito, il consiglio di un parente su quale rimedio adottare in

presenza di un disturbo, la visione di una rubrica televisiva sulla salute sono tutte forme di comunicazione della salute stessa.

Come mostra la Tabella 30¹⁹, i canali privilegiati di informazione sono costituiti da radio e televisione (quasi il 33,0% delle risposte), i mass media per eccellenza. Seguono i medici (25,1%) e le riviste specializzate (19,4%).

Tabella 30. Canali di informazione in materia di salute e prevenzione: prospetto sintetico delle risposte (sub-campione di riferimento: n. 1.664 casi)

Canali	va risposte	% risposte
Radio/Tv	876	32,8
Medici	668	25,1
Riviste specializzate	515	19,4
Siti internet	285	10,7
Parenti/Amici	265	10,0
Altri canali	52	2,0
Totale	2.661	100,0

Rispetto ai *canali particolarmente segnalati* (radio e tv, medici, riviste specializzate) sono stati effettuati incroci con le variabili di base in analisi; di seguito sono riportati quelli risultati significativi (Tabelle 31-34).

Tabella 31. Abitudine a tenersi informato/a in materia di salute e prevenzione attraverso i medici per genere (%)

Informazione attraverso i medici	Genere		Totale
	Maschio	Femmina	
No	64,8	55,8	59,9
Sì	35,2	44,2	40,1
Totale	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 5 – p=.000

Tabella 32. Abitudine a tenersi informato/a in materia di salute e prevenzione attraverso radio e televisione per livello di istruzione (%)

Informazione attraverso radio e televisione	Livello di istruzione			Totale
	Basso	Medio	Alto	
No	44,9	43,5	58,6	47,5
Sì	55,1	56,5	41,4	52,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 7 – p=.000

¹⁹ Le percentuali contenute nella Tabella 30 sono state ottenute attraverso il conteggio del numero complessivo di segnalazioni legate ad ogni singolo canale di informazione sul totale delle risposte fornite dagli intervistati (per approfondimenti sull'uso di domande a risposta multipla si rimanda all'Allegato 2).

Tabella 33. Abitudine a tenersi informato/a in materia di salute e prevenzione attraverso riviste specializzate per livello di istruzione (%)

Informazione attraverso riviste specializzate	Livello di istruzione			Totale
	Basso	Medio	Alto	
No	75,7	69,9	64,0	69,1
Si	24,3	30,1	36,0	30,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 7 – p=.002

Tabella 34. Abitudine a tenersi informato/a in materia di salute e prevenzione attraverso radio e televisione per struttura di appartenenza (%)

Informazione attraverso radio e televisione	Struttura di appartenenza						Totale
	FS	INAIL	ISS	ACI	ENAV	INFN	
No	46,1	46,4	60,7	43,1	32,9	53,8	47,4
Si	53,9	53,6	39,3	56,9	67,1	46,2	52,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 1 - p=.000

La scelta degli intervistati di informarsi prevalentemente attraverso radio e televisione può, innanzitutto, essere legata alla massiccia diffusione di questi due media nella vita quotidiana delle persone, nonostante la presenza di nuovi canali come internet. È plausibile ipotizzare che l'attenzione mostrata da "informati" e "informate" per i canali di radio e tv possa essere legata anche alla recente diffusione e al successo ottenuto dalle *fiction*, specie televisive, in cui spesso i protagonisti sono i medici e gli ambienti ripresi gli ospedali, o addirittura il nucleo tematico è costituito proprio dall'attività sanitaria o dalla lotta a una malattia (si pensi ai numerosi film sull'AIDS e sulla lotta ai tumori, o alla nota serie di telefilm *E.R. Medici in prima linea*, prodotta negli Stati Uniti e di grande successo sugli schermi televisivi italiani).

È opportuno, comunque, notare che tutti i canali presenti nella domanda del questionario hanno ottenuto un buon numero di segnalazioni dai rispondenti, probabilmente perché oggi la comunicazione della salute si sviluppa in una serie di spazi mediali estremamente eterogenei per contenuto e modalità espressive: dalla prima cartellonistica impiegata per le grandi campagne sanitarie della fine del XIX secolo si è passati alle numerose riviste dedicate ai temi di salute e prevenzione, ai supplementi settimanali *Salute* offerti ormai da quasi tutte le testate quotidiane, fino ai diversi programmi televisivi in cui si discute di medicina, alimentazione e benessere psicofisico. La quantità e l'eterogeneità di queste pratiche comunicative non può, tuttavia, essere spiegata solo sulla base dello sviluppo delle tecnologie per la comunicazione mediale, ma si inserisce probabilmente in un quadro più generale di trasformazione delle rappresentazioni sociali della salute e della malattia, e degli atteggiamenti e comportamenti che vi sono collegati (1).

A questo proposito, è interessante notare il fatto che una consistente parte di coloro che si tengono costantemente informati in tema di salute e prevenzione abbia una concezione della salute intesa come condizione generale di benessere psicofisico; il 78,0% degli "informati" dichiara che la propria idea di salute corrisponde a "star bene sul piano psico-fisico". Gli stessi risultati della presente indagine, come si vedrà più avanti, nei paragrafi specificamente dedicati ai concetti di salute e prevenzione, mostrano un nuovo panorama in cui a concezioni

di salute prevalentemente incentrate sulla terapia e sulla farmacologia si stanno gradualmente sostituendo rappresentazioni basate sul concetto di salute come condizione generale di benessere psicofisico.

In questo contesto, sembra che la disponibilità di informazione assuma un valore maggiore e qualitativamente differente. Ad un'informazione a carattere istituzionale attribuita al personale medico specializzato, mirata principalmente al controllo e al disciplinamento del paziente, rivolta in modo indiscriminato alla generalità della popolazione, sembra affiancarsi e, in certi casi, subentrare una pluralità di soggetti e di generi comunicativi a cui pubblici diversi accedono, secondo modalità differenti, sulla base dei rispettivi gradi di interesse e istruzione. Questo accesso all'informazione amplia lo spazio di azione del soggetto e gli offre la possibilità di partecipare in modo attivo e consapevole alla gestione della propria salute.

Una riflessione va fatta con riferimento a quel 25,0% circa di segnalazioni riferite ai medici, il canale informativo privilegiato dai rispondenti dopo radio e televisione. Come afferma Callahan (2), ci troviamo nel secolo dell'iperspecializzazione del sapere e della pratica medica e la stessa medicalizzazione si può considerare come una delle espressioni del processo di secolarizzazione che, mentre sottrae alla religione il monopolio delle spiegazioni inerenti il dolore e la morte, sposta sulla medicina una parte delle attese salvifiche e, al contempo, genera una "fiducia religiosa nelle possibilità di guarigione messe a disposizione dalla ricerca medica" (3). Ciò può contribuire a spiegare il fatto che i medici continuino a rappresentare un valido canale di informazione sanitaria per le persone e ad essere il primo punto di riferimento nella risoluzione di problemi di salute²⁰. D'altra parte, l'interesse mostrato dagli intervistati anche per gli altri canali di informazione lascia pensare ad un processo di progressiva riappropriazione di un ruolo più attivo nella gestione della salute e alla nascita di una domanda di autonomia e maggiore autodeterminazione rispetto ai medici, testimoniata dalla crescente diffusione di nuove pratiche collettive che assumono la forma di associazioni di malati, gruppi di autocura e autoaiuto e dal sempre maggiore ricorso alle medicine non convenzionali (4). A tal proposito, si noti anche la piccola ma significativa quota di segnalazioni ottenuta da "altri canali" di informazione, costituita da canali informativi di iniziativa prettamente personale quali: studi e approfondimenti individuali, libri specializzati, convegni e manifestazioni in tema di salute e prevenzione.

Un'ulteriore osservazione può essere fatta relativamente al numero di canali informativi utilizzati dai rispondenti. Difatti, si è calcolato che il 58,4% di coloro che si informano, lo fanno comunque attraverso un solo canale; tuttavia, il 28,1% sceglie di informarsi utilizzando almeno due canali e il 13,5% usufruisce di tre o più canali di informazione sanitaria. È interessante specificare che al profilo dei soggetti "multimediali", attenti ad utilizzare molteplici e differenti canali per tenersi costantemente informati in materia di salute e prevenzione, si associa significativamente il genere femminile (16,1% delle donne vs 10,5% degli uomini - $p=.001$) e un livello di istruzione medio-alto (14,4 "medio"-14,8% "alto", e 8,6% "basso" - $p=.000$).

Con specifico riferimento al gruppo dei "non informati" (21,8% del campione; più precisamente, 28,4% degli uomini e 15,6% delle donne), la Tabella 35 evidenzia che il motivo principale per cui non ci si informa in materia di salute e prevenzione risulta essere la "mancanza di tempo" (46,1%; si tratta, in particolare, del 51,6% delle donne e del 43,1% degli uomini - $p=.047$).

²⁰ Come si vedrà successivamente, ben il 79,5% del campione ha affermato di rivolgersi "ad un medico di fiducia" quando avverte un problema di salute.

Tabella 35. Motivo principale per cui non ci si informa in materia di salute e prevenzione (sub-campione di riferimento: n. 465 casi)

Motivo principale	va	%
Mancanza di tempo	206	46,1
Difficoltà di comprensione del linguaggio medico	89	19,9
Mancanza di interesse	79	17,7
Altro	73	16,3
Totale	447	100,0

Casi mancanti: 18

È interessante sottolineare che la “mancanza di interesse” è una motivazione indicata più dagli uomini che dalle donne (21,4% vs 10,8%). D'altra parte, l'equazione mancanza di tempo=mancanza di informazione sembra riguardare, in particolare, le persone con un livello di istruzione elevato (60,6% rispetto al 27,5% di quanti si caratterizzano per un livello basso e al 46,3% per un livello medio – $p=.000$).

Si noti, inoltre, che quasi il 20,0% di coloro che non si tengono abitualmente informati sceglie la motivazione “difficoltà di comprensione del linguaggio medico”. Riemerge il dibattito sulla medicalizzazione della nostra società e sull'importanza della figura del medico come primo risolutore dei problemi di salute e depositario di un sapere specializzato. Il 16,3% di coloro che adducono altre motivazioni della mancata informazione in questo campo parlano di: arretratezza del sistema sanitario, mancanza di divulgazione scientifica, mancanza di chiarezza, scarsa circolazione delle informazioni sanitarie, scarsa pubblicizzazione di iniziative di prevenzione, scarsa soddisfazione rispetto alla funzionalità delle strutture sanitarie e così via. Tutte motivazioni riconducibili ad una diffusa lamentela nei confronti del sistema sanitario e dei suoi rappresentanti specializzati: i medici. Le aspettative e la fiducia riposte nei medici non sembrano essere soddisfatte adeguatamente; tali risultati suggeriscono l'idea che, come sostiene Callahan (2), nel momento in cui la capacità dei medici di intervenire per curare e prevenire le più diverse malattie raggiunge livelli così elevati e sorprendenti, la medicina scientifica viene messa sempre più in discussione, al punto che si avverte la necessità di riformarla. L'ipertecnicismo, la specializzazione e l'organizzazione burocratica della professione medica contribuiscono a generare nelle persone una mancata comprensione del linguaggio medico e una generale insoddisfazione rispetto alle strutture sanitarie e ai relativi metodi di divulgazione scientifica, fattori che rischiano di spingerle alla disinformazione e alla scelta di forme di cura e prevenzione personalizzate, ma non sempre corrette.

Concezione della prevenzione e della salute

Due domande del questionario (dd. 7-8) avevano lo scopo di rilevare quale fosse la concezione più diffusa della prevenzione, nonché della salute, tra le lavoratrici e i lavoratori intervistati. Con riferimento al primo degli aspetti richiamati (Tabella 36), è emerso che, secondo il 61,3% dei soggetti raggiunti, la prevenzione si configura come un'attività volta alla diagnosi precoce di una patologia. Peraltro, non pochi soggetti (il 36,2%) ritengono che prevenire consenta di evitare l'insorgere di una patologia. Del tutto inconsistente, d'altro canto, la percentuale di quanti pensano che la prevenzione consista nell'attività volta ad impedire l'aggravamento di una patologia o nella pratica volta ad evitare che si ripresenti una patologia già curata. In questi ultimi due casi, si assiste ad un atteggiamento che “normalizza” la malattia, che la assume come elemento caratterizzante la condizione umana: qualora insorga una patologia, ciò non è attribuibile alle scelte operate dal singolo; quest'ultimo, nella sua

vulnerabilità e debolezza di fronte alla malattia, può solo tentare di evitare che la propria situazione peggiori, o di ammalarsi di un male già debellato. Tornando all'opinione dei più, invece, prevenire significa scoprire una patologia nel suo stadio iniziale, quando è ancora possibile intervenire ai fini della cura, senza gravi conseguenze e seri rischi per la persona. La concezione di fondo è, quindi, la seguente: 1) controllarsi assiduamente e in modo costante (*controllo come abitudine*), al fine di 2) scoprire, eventualmente, una patologia al suo stadio iniziale (*scoprire in tempo, quando non è troppo tardi/strategia di cura soft*); 3) ripristinare senza gravi rischi per la persona lo stato originario di benessere (*tensione verso il benessere pieno/vivere e non sopravvivere dopo la malattia*). Come accennato, inoltre, non sono pochi i soggetti che legano l'attività di prevenzione ad uno stile di vita più complessivo, finalizzato non solo a ripristinare in tempi brevi, attraverso la diagnosi precoce, lo stato di benessere, ma a garantirsi uno stato di salute continuativo, mai spezzato, anche se per poco, dal passaggio di una malattia. L'idea di fondo, più radicale di quella maggioritaria, è la seguente: 1) optare per uno *stile di vita salutare* (*relax, attività fisica, controllo dello stress, qualità dell'ambiente di vita, alimentazione sana...*); 2) mantenere lo stato di salute nel tempo. Tale opinione lascia trasparire una fiducia notevole nelle potenzialità del singolo, "capace" di non ammalarsi, a patto che abbia impostato saggiamente la propria vita, a patto che abbia fatto il giusto *mix* di scelte.

Tabella 36. Concezione della prevenzione da parte degli intervistati

Concezione della prevenzione	va	%
Diagnosi precoce di una patologia	1.303	61,3
Evitare l'insorgere di una patologia	769	36,2
Impedire l'aggravamento di una patologia	41	1,9
Evitare che si ripresenti una patologia già curata	13	0,6
Totale	2.126	100,0

Casi mancanti: 3

Nessuna delle altre variabili considerate sembra connettersi in modo statisticamente significativo con quella legata alla concezione della prevenzione; non hanno peso le variabili di base, ma neanche, ad esempio, il livello di informazione in materia di salute e prevenzione raggiunto o le esperienze individuali in termini di casi di patologie tumorali tra i familiari, gli amici o i colleghi. Le uniche differenze di qualche rilievo vedono coinvolte le variabili "genere" e "livello di istruzione" (Tabelle 37-38). Difatti, se gli uomini, in proporzione maggiore rispetto alle donne (41,3% vs 31,2%), sono, più ottimisticamente, del parere che la prevenzione sia l'attività volta ad evitare l'insorgere di una malattia, le donne, dal canto loro, più cautamente, ritengono in modo più diffuso (66,1% vs 56,4%) che prevenire possa consentire la diagnosi precoce di una patologia.

Tabella 37. Concezione della prevenzione per Genere (%)

Concezione della prevenzione	Genere		Totale
	Maschio	Femmina	
Evitare l'insorgere di una patologia	41,3	31,2	36,2
Diagnosi precoce di una patologia	56,4	66,1	61,3
Impedire l'aggravamento di una patologia	2,0	1,8	1,9
Evitare che si ripresenti una patologia già curata	0,3	0,9	0,6
Totale	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 14 – p=.000

Allo stesso modo, la prima opinione analizzata (*prevenire per non scontrarsi con la malattia*) si associa soprattutto ad un livello di istruzione basso (43,6% vs 35,5% e 32,5%), mentre il secondo (*prevenire per curare in modo agevole*) ad un livello di istruzione medio e alto (62,9% e 65,1% vs 50,4%).

Tabella 38. Concezione della prevenzione per Livello di istruzione (%)

Concezione della prevenzione	Livello di istruzione			Totale
	Basso	Medio	Alto	
Evitare l'insorgere di una patologia	43,6	35,5	32,5	36,2
Diagnosi precoce di una patologia	50,4	62,9	65,1	61,3
Impedire l'aggravamento di una patologia	4,6	1,4	1,4	1,9
Evitare che si ripresenti una patologia già curata	1,4	0,2	1,0	0,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 19 – p=.000

Passando alla concezione della salute dei nostri intervistati (Tabella 39), è evidente che sia molto diffusa tra loro una tendenza allo *star bene*, allo *stare in forma*, che non implica esclusivamente un benessere fisico (difatti, solo l'11,3% dei soggetti raggiunti associa il termine "salute" all' "avere un corpo sano"), ma che fa riferimento ad un equilibrio pieno, sia fisico che psichico. In altri termini, la massima *mens sana in corpore sano* è accolta dall'82,3% dei rispondenti e del tutto minoritarie risultano essere le altre posizioni, tra cui quella che associa lo stato di salute al "non avere bisogno di cure mediche" o quella che riduce il benessere personale al "non avere bisogno di ricorrere a farmaci". Sembrano scontrarsi due opposte visioni del mondo, l'una, nettamente maggioritaria, caratterizzata da una valorizzazione profonda del benessere dell'individuo nella sua forma più piena (il corpo, secondo tale concezione, costituisce l'ambiente della mente e tra le due parti non vi è cesura, ma un *continuum*, un interscambio; perciò non benessere separati, ma un unico benessere, poiché la salute dell'uno è il presupposto della salute dell'altra), l'altra vissuta come mera *assenza di malattia*. Alcuni studiosi come Bucchi e Neresini (5) parlano, con riferimento al tema della concezione della salute, del radicarsi di una *prospettiva olistica*, secondo la quale l'individuo è percepito "come una totalità in cui biologia, mente, corpo, emozioni e relazioni sociali non possono essere isolati e trattati separatamente". Ulteriori approfondimenti sono reperibili in Ardigò (6) e Badura (7).

Tabella 39. Concezione della salute da parte degli intervistati

Concezione della salute	va	%
Star bene sul piano psicofisico	1.750	82,3
Avere un corpo sano	240	11,3
Non avere bisogno di cure mediche	72	3,4
Non avere bisogno di ricorrere a farmaci	63	3,0
Totale	2.125	100,0

Casi mancanti: 4

Dall'incrocio tra le variabili legate alla concezione della salute e della prevenzione (Tabella 40) emerge come vi sia un'associazione statisticamente significativa tra l'opinione secondo cui essere in salute significa non aver bisogno di ricorrere a farmaci e quella secondo cui la prevenzione coincida con l'attività volta ad evitare l'insorgere di una malattia (49,2% vs

percentuali comprese tra 34,7% e 42,9%). Un'altra connessione degna di nota è quella tra la concezione della salute come benessere psicofisico e l'idea che la prevenzione vada a coincidere con l'attività volta alla diagnosi precoce di una malattia (62,9% vs percentuali comprese tra 50,8% e 54,2%).

Tabella 40. Concezione della prevenzione per concezione della salute (%)

Concezione prevenzione	Concezione della salute				Totale
	Corpo sano	Benessere psicofisico	No cure mediche	No farmaci	
Evitare l'insorgere di una patologia	42,9	34,7	40,3	49,2	36,2
Diagnosi precoce di una patologia	54,2	62,9	54,1	50,8	61,3
Impedire l'aggravamento di una patologia	2,9	1,7	5,6	/	1,9
Evitare che si ripresenti una patologia già curata	/	0,7	/	/	0,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 13 – p=.014

A ciò va aggiunto che la sintesi delle variabili suddette ha consentito di individuare due tipi di soggetti particolarmente presenti nel campione in analisi (Tabella 41): 1) quelli che credono che la salute sia uno stato di benessere sul piano psicofisico e, contemporaneamente, associano alla prevenzione il significato di “attività volta alla diagnosi precoce di una patologia” (tale tipo sociale rappresenta ben il 52,0% del totale dei casi) e 2) coloro che si esprimono in termini di equilibrio del corpo e della mente sul piano della salute e, allo stesso tempo, di prevenzione come “attività volta ad evitare l'insorgere di una malattia” (tali soggetti costituiscono il 28,6% del totale campionario).

Tabella 41. Concezione della prevenzione per concezione della salute (% sul totale dei casi)

Concezione prevenzione	Concezione della salute				Totale
	Corpo sano	Benessere psicofisico	No cure mediche	No farmaci	
Evitare l'insorgere di una patologia	4,8	28,6	1,4	1,4	36,2
Diagnosi precoce di una patologia	6,0	52,0	1,8	1,5	61,3
Impedire l'aggravamento di una patologia	0,3	1,4	0,2	/	1,9
Evitare che si ripresenti una patologia già curata	/	0,6	/	/	0,6
Totale	11,1	82,6	3,4	2,9	100,0

Casi mancanti: 13 – p=.014

Infine, la variabile di base che mostra di esercitare una certa influenza sulla concezione della salute è il livello di istruzione (Tabella 42); di riflesso, in virtù del legame che sussiste tra titolo di studio e qualifica, anche la categoria di inquadramento professionale (Tabella 43) sembra incidere ad apprezzabili livelli di significatività statistica. Ad un grado di istruzione basso (17,0% vs 11,0% e 7,6%), così come alla professione di operaio/tecnico (15,0% vs valori percentuali compresi tra 6,2% e 12,2%), corrisponde una tendenza a concepire la salute come benessere fisico, ad uno medio e alto (83,1% e 87,7% vs 72,4%), così come alle professioni di dirigente e direttivo/quadro (87,6% e 86,2% vs 81,1% e 78,7%), l'idea della salute come benessere psicofisico. Tali evidenze empiriche non possono, comunque, oscurare il fatto che, al di là delle lievi differenze riscontrate, l'opinione diffusa nel campione, indipendentemente dal

genere, dalle classi di età, dal livello di istruzione..., è che essere in salute significa avere raggiunto un equilibrio che coniuga mente e corpo.

Tabella 42. Concezione della salute per livello di istruzione (%)

Concezione salute	Livello di istruzione			Totale
	Basso	Medio	Alto	
Avere un corpo sano	17,0	11,0	7,6	11,2
Star bene sul piano psicofisico	72,4	83,1	87,7	82,4
Non avere bisogno di cure mediche	4,6	3,1	3,3	3,4
Non avere bisogno di ricorrere a farmaci	6,0	2,8	1,4	3,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 13 – p=.000

Tabella 43. Concezione della salute per categoria di inquadramento professionale (%)

Concezione salute	Categoria di inquadramento professionale					Totale
	Dirigente	Direttivo, quadro	Impiegato, intermedio	Operaio, tecnico	Altro	
Avere un corpo sano	6,2	8,1	12,2	15,0	22,9	11,1
Star bene sul piano psicofisico	87,6	86,2	81,1	78,7	71,3	82,6
Non avere bisogno di cure mediche	6,2	3,4	3,5	1,7	2,9	3,4
Non avere bisogno di ricorrere a farmaci	/	2,3	3,2	4,6	2,9	2,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 20 – p=.008

Fiducia nelle istituzioni sanitarie e nel personale medico specializzato

Al fine di valutare il livello di fiducia riposto dalle intervistate e dagli intervistati nel personale medico specializzato e nelle strutture preposte alla cura e alla prevenzione, si chiedeva loro: “Quando ha un problema di salute a chi si rivolge primariamente?” (d. 12).

I risultati della Tabella 44 non lasciano troppi dubbi in proposito, visto che ben il 79,5% del campione risulta rivolgersi, in tali casi, primariamente “ad un medico di fiducia”.

Tabella 44. Persona/struttura a cui l'intervistato/a si rivolge in caso di problemi di salute

Persona/struttura	va	%
Medico di fiducia	1.690	79,5
Struttura pubblica	369	17,3
Struttura privata	60	2,8
Nessuno	8	0,4
Totale	2.127	100,0

Casi mancanti: 2

Notevolmente più basse sono le percentuali di coloro che dichiarano di rivolgersi ad una struttura pubblica (17,3%) e ad una struttura privata (2,8%). Pochissimi intervistati, solo lo 0,4%, affermano di non fare affidamento su alcuna persona/struttura all'insorgere di problemi di salute.

Tale risultato conferma l'idea, già emersa nel paragrafo relativo ai canali di informazione privilegiati dagli intervistati in materia di salute e prevenzione, che i medici continuino a rappresentare il primo punto di riferimento degli individui in caso di problemi di salute. Inoltre, con riferimento alle variabili di base, tra cui il genere, non risultano associazioni significative in grado di caratterizzare gli intervistati rispetto al tema della fiducia.

La riflessione che può derivare da questi risultati è relativa alla generale sfiducia degli intervistati nei confronti delle strutture sanitarie, che siano pubbliche o private, a fronte di una maggiore affidabilità della persona, del conoscente di fiducia che è ritenuto più vicino e disponibile nei confronti dei problemi di chi avverte i primi sintomi di un malessere. A questo proposito, Cosmacini (8) ha notato come la pervasiva "tecnologizzazione della medicina moderna" e la conseguente delega ad apparati tecnologici di azioni in precedenza affidate all'abilità del medico abbiano potenziato le capacità conoscitive di quest'ultimo e, quindi, la sua credibilità, ma abbiano anche contribuito a rendere sempre più mediata la relazione con il paziente, ovvero sempre più indiretto e distaccato il loro contatto. È plausibile pensare che all'interno delle strutture sanitarie, pubbliche e private, in cui sono sempre più diffuse tecnologie diagnostiche avanzate in grado di sostituire la diagnostica manuale, gli utenti avvertano un disagio maggiore a causa della mancanza di contatto fisico con il medico, che viene interpretato come distacco e disinteresse. In un articolo di Margherita Fronte pubblicato su "L'Espresso" il 26 agosto 1999 veniva esplicitato chiaramente il disagio sempre più diffuso tra le persone nei confronti di relazioni troppo fredde e mediate tra pazienti e medici: l'articolo si intitolava *Dottore, mi tocchi!* (9). Per questo motivo, probabilmente, la fiducia delle intervistate e degli intervistati risulta essere riposta principalmente nella "persona" più che nella "struttura" preposta a tutelare la salute dei cittadini.

Sempre con riferimento al tema in analisi, si chiedeva agli intervistati quanta fiducia riponessero nelle attuali possibilità di diagnosi precoce di tumori, nonché nelle attuali possibilità di cura degli stessi.

Come mostrano le tabelle successive (Tabelle 45-46), gli intervistati sembrano avere più fiducia nelle possibilità di diagnosi precoce di tumori piuttosto che di cura vera e propria degli stessi (dd. 21, 23). Quasi il 30,0% dei rispondenti mostra "molta" fiducia nella diagnosi precoce di tumori e ben il 60,0% circa "abbastanza" fiducia. D'altra parte, come già accennato, la diagnostica moderna ha fatto grandi passi in avanti negli ultimi anni, mettendo a disposizione degli utenti tecnologie sempre più avanzate in grado di interventi prima impensabili. Si noti, invece, che una percentuale più bassa (il 13,1%) degli intervistati ripone "molta" fiducia nelle attuali possibilità di cura dei tumori e, specularmente, una più elevata (ben il 27,5%) risponde "poca" fiducia (non può, comunque, non considerarsi il peso di coloro che esprimono un media fiducia – "abbastanza" – nella cura).

I sentimenti degli intervistati in termini di livello di fiducia nelle possibilità di diagnosi dei tumori sembrano orientare le scelte e i comportamenti effettivi che vengono messi in pratica; difatti, a più elevati gradi di fiducia nella diagnostica risulta associata una maggiore tendenza a praticare concretamente attività di prevenzione: il 50,8% di chi ripone molta fiducia nella diagnosi di tumori, ha fatto prevenzione di tumori negli ultimi 3 anni; il 50,1% di chi ha "abbastanza" fiducia nella diagnosi di tumori ha fatto la medesima cosa. Al contrario, la maggior parte dei soggetti che mostrano di avere "poca" o "nessuna" fiducia nelle attuali possibilità di diagnosi dei tumori non ha fatto prevenzione negli ultimi 3 anni (rispettivamente il 66,5% dei primi e 9 casi su 10 dei secondi) (Tabella 47). La stessa osservazione può essere fatta con riferimento al comportamento messo in atto nei termini di acquisizione delle informazioni in materia di salute

e prevenzione: coloro che si tengono costantemente informati sui temi di cura, salute e prevenzione risultano avere più fiducia degli altri nella diagnosi dei tumori.

Tabella 45. Livello di fiducia riposto nelle attuali possibilità di diagnosi precoce di tumori

Fiducia diagnosi precoce tumori	va	%
Molta	620	28,2
Abbastanza	1.272	59,8
Poca	224	10,5
Nessuna	10	0,5
Totale	2.126	100,0

Casi mancanti: 3

Tabella 46. Livello di fiducia riposto nelle attuali possibilità di cura dei tumori

Fiducia cura tumori	va	%
Molta	279	13,1
Abbastanza	1.247	58,7
Poca	585	27,5
Nessuna	15	0,7
Totale	2.126	100,0

Casi mancanti: 3

Tabella 47. Pratica di prevenzione di tumori negli ultimi 3 anni per livello di fiducia riposto nelle attuali possibilità di diagnosi precoce di tumori (%)

Pratica prevenzione tumori	Fiducia diagnosi precoce				Totale
	<i>Molta</i>	<i>Abbastanza</i>	<i>Poca</i>	<i>Nessuna</i>	
No	49,2	49,9	66,5	90,0	51,6
Sì	50,8	50,1	33,5	10,0	48,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 3 – p=.000

Le variabili di base non aiutano, in questo caso, a distinguere meglio i “fiduciosi” dai meno fiduciosi nelle possibilità della diagnosi e della cura delle patologie tumorali. Se questi risultati lasciano pensare ad una certa diffusione della “cultura della prevenzione” tra i dipendenti delle aziende coinvolte nell’iniziativa in questione, spinge alla riflessione l’ambivalenza in termini di sentimenti e di fiducia degli intervistati nei confronti del personale medico e delle strutture preposte alla cura e alla prevenzione. Se, da un lato, una forte fiducia viene ancora riconosciuta alla “persona” del medico, che qualcuno arriva a definire come “depositario di un sapere quasi esoterico” (4) e pertanto autorizzato a fornire prescrizioni comportamentali in un campo piuttosto esteso della vita quotidiana che comincia dalla salute e a volte finisce con l’etica (10), dall’altro, si avvertono i segnali di una dura critica nei confronti delle strutture sanitarie pubbliche e private, percepite, probabilmente, come luoghi eccessivamente burocratizzati, ipertecnologici e formali, dunque incapaci di rispondere adeguatamente al bisogno di cura e di salute dei cittadini. La crisi della fiducia nelle strutture sanitarie rischia di estendersi alla figura del medico che ne è simbolo e protagonista, che interviene in misura decisiva nella costruzione delle relazioni con i pazienti e nella stessa definizione/percezione dei concetti di salute e malattia. La crisi della fiducia nel medico rischia di diventare il tratto distintivo del paziente post-moderno, in parte riflesso delle

difficoltà in cui si dibatte la medicina, in parte pegno, forse necessario, per l'acquisizione di un ruolo maggiormente attivo e dunque meno dipendente dall'autorità del medico (11).

Stili di vita e prevenzione

Nella presente sezione (Questionario: dd. 14-18, 22), si affronteranno diversi aspetti variamente connessi ai temi della prevenzione e dello stile di vita. Anzitutto, si darà conto delle opinioni raccolte tra i rispondenti in merito ai fattori connessi al rischio di insorgenza di patologie tumorali e si analizzerà la fiducia riposta dagli intervistati nello stile di vita quale fattore di prevenzione; si procederà, poi, ad illustrare quali siano gli stili di prevenzione maggiormente radicati tra le lavoratrici e i lavoratori delle strutture considerate, nonché a descrivere le loro abitudini sul piano dell'attività fisica, dell'alimentazione e del fumo.

Opinioni sui fattori connessi al rischio di insorgenza di patologie tumorali

Nell'esprimersi in merito ai fattori connessi all'insorgenza di patologie tumorali (Tabella 48), gli intervistati hanno mostrato di dare un peso particolare agli stili di vita (31,6% dei casi), quindi ad un insieme di scelte effettuate dal singolo nei diversi ambiti della vita quotidiana; difatti, solo in seconda battuta, figurano fattori genetici e familiarità (22,0%) e in terza e ultima posizione i fattori ambientali (qualità dell'acqua e dell'aria, tasso di inquinamento, qualità della vita del contesto di residenza... - 15,7%). Ancora una volta emerge una visione predominante secondo cui il singolo può allontanare, evitare lo stato di malattia con il giusto mix di scelte effettuate giorno dopo giorno; sane abitudini alimentari, un costante allenamento fisico, la capacità di reagire positivamente alle fonti di stress..., insieme, possono rappresentare, per così dire, un "elisir di lunga vita"²¹. Secondari, dunque, nella mente dei più, i fattori che il singolo non può controllare, ma solo subire (la genetica *in primis*), anche se va comunque precisato che tali elementi, presi insieme, rappresentano l'opinione del 37,7% degli intervistati. Immediatamente, di fronte a questi dati, sopraggiunge un dubbio: chi reputa secondario il peso di fattori genetici e ambientali, decretando il primato degli stili di vita con riferimento al rischio di insorgenza di patologie tumorali, lo fa per reale convinzione o, almeno in parte, per paura di ammettere che il singolo non è l'unico "controllore" o "garante" del proprio stato di salute? Non può, in ogni caso, omettersi che circa un terzo degli intervistati (30,7%) ha fatto riferimento ad un insieme di fattori di rischio e, senza riuscire ad evidenziare un elemento predominante tra i tre sottoposti all'attenzione, anzi attribuendo a ciascuno di essi pari peso e responsabilità, ha associato all'insorgenza di tumori genetica, ambiente e scelte individuali.

Tabella 48. Fattori connessi al rischio di insorgenza di patologie tumorali

Fattori	va	%
Fattori genetici/familiarità	468	22,0
Fattori ambientali	333	15,7
Stili di vita	670	31,6
Insieme di fattori	652	30,7
Totale	2.123	100,0

Casi mancanti: 6

²¹ Badura (7, cit. in 5) evidenzia come si sia fatto strada un "movimento di educazione e di responsabilizzazione degli individui" portati ad adottare "comportamenti adeguati per mantenere o guadagnare un perfetto stato di salute".

È interessante notare che le donne (Tabella 49), in misura maggiore rispetto agli uomini (24,5% vs 19,6%), attribuiscono peso ai fattori genetici, così come, più di loro, si esprimono nei termini dell'insieme dei fattori di rischio (37,3% vs 24,1%); la situazione si capovolge se consideriamo stili di vita e fattori ambientali.

Un'ulteriore associazione statistica degna di nota (Tabella 50) è quella che vede coinvolta la variabile in analisi con il livello di istruzione (nella stessa foggia e al medesimo livello di significatività si presenta la relazione con la variabile "categoria di inquadramento professionale"): un grado di istruzione basso si connette alla risposta "fattori genetici/familiarità" (26,7% vs 22,3% e 18,3%), così come alla scelta "fattori ambientali" (22,6% vs 14,4% e 13,9%); inoltre, ad un grado di istruzione elevato corrisponde la tendenza a ritenere che all'insorgenza di patologie tumorali sia connesso un insieme di fattori (35,6% vs 21,4% e 31,2%).

Tabella 49. Fattori connessi al rischio di insorgenza di patologie tumorali per genere (%)

Fattori	Genere		Totale
	Maschio	Femmina	
Fattori genetici/familiarità	19,6	24,5	22,0
Fattori ambientali	18,8	12,6	15,7
Stili di vita	37,5	25,6	31,6
Insieme di fattori	24,1	37,3	30,7
Totale	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 10 – p=.000

Tabella 50. Fattori connessi al rischio di insorgenza di patologie tumorali per livello di istruzione (%)

Fattori	Livello di istruzione			Totale
	Basso	Medio	Alto	
Fattori genetici/familiarità	26,7	22,3	18,3	22,1
Fattori ambientali	22,6	14,4	13,9	15,7
Stili di vita	29,3	32,1	32,2	31,5
Insieme di fattori	21,4	31,2	35,6	30,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 22 – p=.000

Interessante notare (Tabella 51) come tra quanti hanno espresso una concezione della prevenzione quale "attività volta ad impedire l'aggravamento di una malattia" o come "attività volta ad evitare che si ripresenti una patologia già curata" spicchi l'opinione secondo cui fattori genetici e familiarità siano i principali responsabili dell'insorgere di un tumore (39,0% e 30,8% vs 19,1% e 23,4%); di contro, chi ritiene che la prevenzione sia l' "attività volta ad evitare l'insorgere di una malattia" sceglie lo stile di vita (35,5% vs 19,5%-29,7%). Inoltre, i più informati in materia di salute e prevenzione (Tabella 52) sottolineano in misura maggiore rispetto agli altri il legame tra insorgenza di tumori e fattori multipli di responsabilità (32,2% vs 25,1%). Nello sviluppo di tale visione giocano un ruolo fondamentale l'assiduità nell'informarsi e l'eterogeneità dei canali utilizzati per attingere conoscenze in campo medico (Tabella 53): ben il 55,2% degli *informati multi-canale* (vs il 23,8% degli *informati mono-canale*) è dell'opinione che dietro all'insorgenza di una patologia tumorale non possa esserci una sola causa, o meglio, un solo tipo di fattori causali.

Tabella 51. Fattori connessi al rischio di insorgenza di patologie tumorali per concezione della prevenzione (%)

Fattori	Concezione prevenzione				Totale
	<i>Evitare insorgenza patologia</i>	<i>Diagnosi precoce</i>	<i>Evitare aggravarsi patologia</i>	<i>Evitare ripresentarsi patologia</i>	
Fattori genetici/familiarità	19,1	23,4	39,0	30,8	22,2
Fattori ambientali	16,4	15,1	22,0	7,6	15,7
Stili di vita	35,5	29,7	19,5	30,8	31,6
Insieme di fattori	29,0	31,8	19,5	30,8	30,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 2 – p=.010

Tabella 52. Fattori connessi al rischio di insorgenza di patologie tumorali per abitudine a tenersi informato/a in materia di salute e prevenzione (%)

Fattori	Abitudine a tenersi informato/a		Totale
	<i>No</i>	<i>Sì</i>	
Fattori genetici/familiarità	21,4	22,3	22,1
Fattori ambientali	22,7	13,7	15,7
Stili di vita	30,8	31,8	31,6
Insieme di fattori	25,1	32,2	30,6
Totale	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 13 – p=.000

Tabella 53. Fattori connessi al rischio di insorgenza di patologie tumorali per numero di canali di informazione in materia di prevenzione (%); (sub-campione di riferimento: n. 1.664 casi)

Fattori	Numero canali			Totale
	<i>Uno</i>	<i>Due</i>	<i>Tre e più</i>	
Fattori genetici/familiarità	25,9	18,1	15,8	22,3
Fattori ambientali	17,6	9,5	5,9	13,7
Stili di vita	32,7	34,2	23,1	31,9
Insieme di fattori	23,8	38,2	55,2	32,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 11 – p=.000

A dimostrazione del fatto che la storia individuale e le esperienze che il singolo matura (in particolare entro il contesto familiare, ma anche all'interno dei gruppi amicale e lavorativo) siano condizionanti e contribuiscano alla maturazione di particolari opinioni e concezioni (Tabelle 54-55), nonché, talvolta, alla loro trasformazione, è emerso che chi ha avuto, tra i familiari, diversi casi di tumore è più portato degli altri ad enfatizzare i fattori genetici (27,3% vs 20,4% - un solo caso - e 18,6% - nessun caso); ciò lascerebbe pensare che le esperienze negative dei propri cari abbiano portato gli intervistati a considerarsi più vulnerabili rispetto a fattori, come quelli genetici, che non dipendono esclusivamente dalla propria volontà. D'altronde, quanti si caratterizzano per aver avuto un solo caso di tumore tra i diretti congiunti o, addirittura, nessun caso, scelgono con decisione lo stile di vita, ovvero la "via dell'allontanamento attivo della malattia" (34,5% e 34,2%

vs 25,9%). Infine, l'esperienza connotata in senso negativo (molti casi di tumore in famiglia) si associa anche alla concezione secondo cui dietro ad una patologia del genere non possano che sussistere diversi e interconnessi fattori (34,7% vs 28,5% e 28,9%). Lo stesso schema di relazioni si presenta se si considera l'insorgenza di patologie tumorali tra amici/colleghi di lavoro.

Tabella 54. Fattori connessi al rischio di insorgenza di patologie tumorali per insorgenza di patologie tumorali tra i familiari (%)

Fattori	Insorgenza tra i familiari			Totale
	<i>Sì, più di un caso</i>	<i>Sì, un caso</i>	<i>No</i>	
Fattori genetici/familiarità	27,3	20,4	18,6	21,9
Fattori ambientali	12,1	16,6	18,3	15,8
Stili di vita	25,9	34,5	34,2	31,8
Insieme di fattori	34,7	28,5	28,9	30,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 37 – p=.000

Tabella 55. Fattori connessi al rischio di insorgenza di patologie tumorali per insorgenza di patologie tumorali tra amici/colleghi di lavoro (%)

Fattori	Insorgenza tra amici/colleghi di lavoro			Totale
	<i>Sì, più di un caso</i>	<i>Sì, un caso</i>	<i>No</i>	
Fattori genetici/familiarità	22,0	22,8	21,6	22,1
Fattori ambientali	16,2	12,5	17,4	15,8
Stili di vita	29,1	33,9	36,6	31,7
Insieme di fattori	32,7	30,8	24,4	30,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 43 – p=.005

Stile di vita come fattore di prevenzione dei tumori

Gli intervistati sono stati chiamati ad esprimersi sul livello di fiducia riposto nelle possibilità di prevenire tumori attraverso un adeguato stile di vita. La maggior parte di essi (ben il 60,5% dei casi), rispondendo “abbastanza”, ha sì espresso una fiducia piuttosto elevata nel fattore in analisi, ma probabilmente ha in tal modo sottinteso un atteggiamento del tipo “dipende dai casi, dipende dalla patologia tumorale...”; un'altra ipotesi è che abbia espresso una fiducia ampia, ma comunque parziale, nello stile di vita, nella consapevolezza che altri fattori vadano considerati nell'ambito delle attività di prevenzione di tumori. D'altronde, una fiducia piena nello stile di vita appartiene, invece, al 25,0% dei soggetti raggiunti, mentre una poca fiducia al 13,7%; tale ultima quota di *fatalisti*, convinti che poco possa contare l'impegno del singolo nel fare attivamente prevenzione attraverso le scelte effettuate quotidianamente, si innalza un po' se si considera che 20 dei soggetti intervistati (si tratta dello 0,9%) hanno dichiarato di non riporre alcuna fiducia nello stile di vita quale fattore di prevenzione di patologie tumorali.

È interessante notare il diverso atteggiamento di uomini e donne (Tabella 56) con riferimento all'aspetto in analisi: i primi tendono ad avere, in misura maggiore rispetto alle seconde, molta fiducia nello stile di vita come fattore di prevenzione (28,2% vs 21,8%), mentre le donne – molto probabilmente in considerazione delle patologie tumorali femminili più diffuse - più degli uomini ammettono di riporre poca fiducia (16,9% vs 10,5%); non si riscontrano differenze di genere

apprezzabili se si considera, invece, la modalità di risposta “abbastanza”. Inoltre, i soggetti che dichiarano di tenersi informati (Tabella 57) in materia di salute e prevenzione tendono ad avere più fiducia (“molta”) nello stile di vita come veicolo di prevenzione dei non informati (25,8% vs 21,9%). Infine, tra coloro che hanno individuato nello stile di vita il fattore predominante di rischio rispetto all’insorgere di patologie tumorali, spicca, coerentemente, un atteggiamento di solida fiducia nello stile stesso in quanto strumento efficace di prevenzione (29,4% vs 19,4%) (Tabella 58).

Tabella 56. Livello di fiducia riposto nella possibilità di prevenire tumori attraverso un adeguato stile di vita per genere (%)

Fiducia	Genere		Totale
	Maschio	Femmina	
Molta	28,2	21,8	24,9
Abbastanza	60,8	59,9	60,5
Poca	10,5	16,9	13,7
Nessuna	0,5	1,4	0,9
Totale	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 4 – p=.000

Tabella 57. Livello di fiducia riposto nella possibilità di prevenire tumori attraverso un adeguato stile di vita per abitudine a tenersi informato/a in materia di salute e prevenzione (%)

Fiducia	Abitudine a tenersi informato/a		Totale
	No	Si	
Molta	21,9	25,8	25,0
Abbastanza	58,1	61,1	60,4
Poca	18,3	12,4	13,7
Nessuna	1,7	0,7	0,9
Totale	100,0	100,0	100,0

p=.001

Tabella 58. Livello di fiducia riposto nella possibilità di prevenire tumori attraverso un adeguato stile di vita per associazione del rischio di insorgenza di patologie tumorali agli stili di vita (%)

Fiducia	Associazione rischio insorgenza agli stili di vita		Totale
	No	Si	
Molta	19,4	29,4	25,1
Abbastanza	60,3	60,2	60,2
Poca	18,9	9,9	13,8
Nessuna	1,4	0,5	0,9
Totale	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 13 – p=.000

Stili di prevenzione

Tra gli aspetti dello stile di vita esaminati rientrano le abitudini degli intervistati sul piano della prevenzione (il riferimento temporale è agli ultimi tre anni) (paragrafo “Motivazioni

degli intervistati in materia di prevenzione”). Come si può agevolmente osservare nella Tabella 59, circa un terzo dei soggetti raggiunti (34,2%) ha ammesso di non aver praticato alcun tipo di prevenzione nel periodo considerato; una percentuale così vistosa di *non avvezzi alle pratiche di prevenzione*, sulla base della quale varrebbe la pena di insistere con ulteriori campagne di sensibilizzazione e informazione, non può, comunque, oscurare l’altra faccia della medaglia: l’esercito di coloro che hanno introdotto almeno una forma di prevenzione tra gli elementi distintivi del proprio stile di vita ammonta, difatti, al 65,8% dei casi (di essi, più analiticamente, il 30,3% ha optato per la prevenzione di tumori, il 17,5% per la prevenzione di altre patologie e ben il 18,0% ha praticato entrambi i tipi di prevenzione).

Tabella 59. Stili di prevenzione (negli ultimi 3 anni)

Stili di prevenzione	va	%
Nessun tipo di prevenzione	727	34,2
Pratica di prevenzione di tumori	646	30,3
Pratica di prevenzione di altre patologie	373	17,5
Pratica di entrambi i tipi di prevenzione	383	18,0
Totale	2.129	100,0

Molteplici sono i fattori che contribuiscono ad incentivare/inibire la pratica di prevenzione (particolarmente significativa la differenza di genere) (Tabella 60); le associazioni più interessanti riscontrate sul piano empirico, analizzabili in modo efficace e agevole, sono riportate nello schema seguente (Tabella 61). Tra gli elementi che esercitano un’influenza negativa (inibitoria) spiccano: un livello di capitale sociale tendenzialmente basso (livello di istruzione e di status professionale bassi); gli oneri familiari (lo stato civile di coniugato/a o convivente si può considerare indicatore di un carico di impegni familiari più elevato rispetto allo status di “libero/a”²²); la residenza in contesti lontani dalla grande città (una metropoli come Roma è più dotata di strutture e servizi deputati alla prevenzione rispetto ai piccoli centri; peraltro, in un grande contesto urbano sono più frequenti le iniziative di prevenzione rivolte ai cittadini); la scarsa informazione in materia di salute e prevenzione; l’assenza di esperienze dirette di malattia (nessun caso di tumore tra familiari o amici/colleghi); una limitata fiducia nelle attuali possibilità di diagnosi precoce di tumori, nonché nelle odierne possibilità di cura dei tumori stessi.

Tabella 60. Genere per stili di prevenzione (%)

Stili di prevenzione	Genere		Totale
	Maschio	Femmina	
Nessun tipo di prevenzione	73,5	26,5	100,0
Pratica di prevenzione di tumori	20,8	79,2	100,0
Pratica di prevenzione di altre patologie	69,9	30,1	100,0
Pratica di entrambi i tipi di prevenzione	30,8	69,2	100,0
Totale	49,2	50,8	100,0

Casi mancanti: 4 – p=.000

²² Inoltre, l’attività di prevenzione connessa allo status di vedovi e vedove potrebbe discendere anche da eventuali esperienze di malattia del proprio coniuge/convivente.

Tabella 61. Schema dei fattori connessi alla pratica di prevenzione (significatività statistica)

Fattori	Mancata prevenzione	Pratica di prevenzione
Genere (<i>p</i> =.000)	Maschile	Femminile
Livello di istruzione (<i>p</i> =.000)	Basso	Medio-alto
Stato civile (<i>p</i> =.002)	Coniugato/a-convivente	Altro status
Categoria di inquadramento professionale (<i>p</i> =.000)	Operaio/tecnico	Altre categorie professionali
Contesto di residenza (<i>p</i> =.000)	Altro contesto	Roma e provincia
Informazione in materia di salute e prevenzione (<i>p</i> =.000)	Non informati	Informati
Insorgenza di patologie tumorali tra i familiari (<i>p</i> =.000)	No	Sì
Insorgenza di patologie tumorali tra amici e colleghi (<i>p</i> =.000)	No	Sì
Livello di fiducia riposto nelle attuali possibilità di diagnosi precoce di tumori (<i>p</i> =.000)	Basso-assente	Medio-alto
Livello di fiducia riposto nelle attuali possibilità di cura dei tumori (<i>p</i> =.005)	Basso-assente	Medio-alto

Attività fisica, alimentazione, fumo

È stato chiesto agli intervistati di riferire con quale frequenza, generalmente, praticano attività fisica durante il tempo libero, intendendo con tale espressione sia l'attività sportiva in senso stretto, praticata in strutture *ad hoc* e con la guida di personale specializzato, sia, in senso lato, il "movimento" auto-gestito, come le passeggiate, le corse... Come si può osservare nella Tabella seguente (Tabella 62), *i pigri*, caratterizzati da una vita del tutto sedentaria, sono meno del 20,0%; inoltre, la maggioranza dei rispondenti (52,4%) definisce la propria attività fisica "saltuaria" e meno del 30,0% "assidua". Non ci sono variabili, tra quelle disponibili, capaci di evidenziare in modo netto le differenze che intercorrono tra "pubblico degli sportivi" e "pubblico dei sedentari"; il praticare o meno attività fisica è probabilmente riconducibile più al tempo che si ha a disposizione e alle proprie inclinazioni ed *hobbies* che non a caratteristiche di genere, età o quant'altro.

Tabella 62. Frequenza con cui l'intervistato/a svolge attività fisica nel tempo libero

Frequenza	va	%
Sì, regolarmente	589	27,7
Sì, saltuariamente	1.114	52,4
No, mai	422	19,9
Totale	2.125	100,0

Casi mancanti: 4

Al fine di stabilire se vi fosse tra gli intervistati una quota apprezzabile di soggetti caratterizzati da una dieta sbilanciata e scarsamente variegata, è stato chiesto alle lavoratrici e ai lavoratori delle strutture considerate di indicare, rispetto ad una serie di alimenti (carne, uova, latticini, verdura, frutta e ortaggi, carboidrati, legumi, pesce), se si optasse per un consumo saltuario o per un mancato consumo e di specificare in seguito, sempre in modo analitico, il motivo principale del consumo saltuario/assente. Assemblando, per semplicità, in un'unica modalità l'assenza e la saltuarietà di un particolare consumo, si ricava che, rispetto al totale dei casi (2.129), tale tendenza riguarda complessivamente una quota molto ristretta di soggetti²³: per converso, una dieta ricca caratterizza la maggioranza di essi. Nello specifico, la più bassa percentuale di consumo saltuario/assente si è riscontrata con riferimento ai carboidrati (86 soggetti, 4,0%), la più alta rispetto alle uova (456 casi, 21,3%; d'altro canto, nelle diete tese a ridurre/tenere sotto controllo il tasso di colesterolo nel sangue è sconsigliato il consumo frequente di uova). Lo schema che segue consente di leggere in modo analitico i dati relativi agli stili alimentari (Tabella 63).

Tabella 63. Stili alimentari: alimenti consumati saltuariamente/non consumati e motivi del consumo saltuario/non consumo (va e %)

Alimenti	Consumo saltuario/ non consumo	Motivi prevalenti del consumo saltuario/non consumo
Carne	338 (325+13): 15,8	Scelta dietetica/ragioni di gusto
Uova	456 (417+39): 21,3	Scelta dietetica/ragioni di gusto
Latticini	265 (229+36): 12,4	Scelta dietetica/ragioni di gusto
Verdura	118 (109+9): 5,5	Ragioni di gusto/scelta dietetica
Frutta e ortaggi	97 (94+3): 4,5	Ragioni di gusto/scelta dietetica
Carboidrati	86 (79+7): 4,0	Scelta dietetica/ragioni di gusto
Legumi	320 (297+23): 15,0	Ragioni di gusto/scelta dietetica
Pesce	427 (400+27): 20,0	Ragioni di gusto/costo-accessibilità

È possibile, inoltre, aggiungere che sono solo 30 (1,4%) i casi che hanno risposto di consumare saltuariamente tutti o quasi tutti gli alimenti indicati e che mostrano, quindi, di caratterizzarsi per una dieta troppo scarna. Peraltro, scelta dietetica e ragioni di gusto rappresentano i motivi prevalentemente indicati con riferimento al consumo saltuario/assente. Del tutto inconsistente il numero dei casi che rinvia tale modalità di consumo a ragioni etico-religiose (il massimo si riscontra rispetto al consumo di carne: 19 soggetti in tutto). Anche le allergie, in linea con l'andamento dei dati nazionali, risultano essere scarsamente diffuse e poco annoverate tra i fattori che inibiscono il consumo (il numero minimo di soggetti riscontrato è pari a 5 unità, il massimo a 38; quest'ultimo dato si riferisce al consumo di legumi). Infine, l'unico alimento rispetto al quale tra i motivi del consumo saltuario/assente emergono questioni di costo-accessibilità è il pesce.

Al fine di avere un quadro completo del regime alimentare dei nostri intervistati, è stata posta loro una batteria di domande tesa a rilevare la frequenza con cui essi, normalmente, optano per ulteriori consumi. Come si può leggere agevolmente nella Tabella seguente (Tabella 64), quasi tutti gli alimenti segnalati sono consumati poco o per niente (l'eccezione è rappresentata dal caffè di cui molti intervistati "abusano"); certo è che tale "astinenza" generalizzata non ha solo ricadute positive sul piano della qualità delle proprie abitudini alimentari (vedi cibi biologici e integrali).

²³ Non sono emerse rilevanti associazioni tra variabili di base e consumi alimentari saltuari.

Tabella 64. Altri consumi alimentari: alimenti consumati saltuariamente/non consumati (%)

Cibi e bevande	Consumo saltuario/ non consumo
Cibi biologici	84,2
Cibi integrali	81,1
Cibi surgelati	66,2
Cibi in scatola	88,7
Bevande alcoliche	84,3
Bevande superalcoliche	97,9
Caffè	25,7
Bevande gassate	84,4
Tisane	85,3
Integratori alimentari	94,4

Veniamo, infine, al fumo. Il 74,9% degli intervistati ha dichiarato di non fumare (tra questi ultimi, molto probabilmente, si cela una quota di ex-fumatori; peraltro, 20 soggetti hanno specificato, anche se non era loro richiesto, di aver fumato in passato e di non fumare più attualmente). Dei soggetti fumatori (25,1%), oltre il 23,0% fuma sigarette (la restante esigua parte fuma il sigaro o la pipa). Si presenta qui di seguito (Tabella 65) il prospetto del consumo medio giornaliero di sigarette (sub-campione dei fumatori). Rispetto alla variabile grezza originaria (“numero di sigarette fumate in media al giorno”) si è proceduto al calcolo di alcuni valori caratteristici; in particolare, la media registrata nel campione è pari a 13,6 sigarette, lo scarto-tipo (misura della dispersione) è pari a 8,3 (ciò implica che il consumo medio giornaliero di sigarette oscilla tra 5 e 22 sigarette all’incirca), il valore minimo registrato è 1 e quello massimo 50 (Allegato 2).

Tabella 65. Consumo medio giornaliero di sigarette (sub-campione di riferimento: n. 503 casi)

Consumo sigarette	va	%
1-5	96	19,4
6-10	128	25,8
11-15	101	20,4
16-20	124	25,1
21 e oltre	46	9,3
Totale	495	100,0

Casi mancanti: 8

Tra i fumatori spiccano le donne²⁴ (27,7% vs 22,2%) (Tabella 66), gli impiegati e gli operai/tecnici rispetto alle altre categorie professionali (26,9% e 30,8% vs percentuali pari a 14,4% e 21,3% per dirigenti e direttivi/quadri) (Tabella 67), i soggetti non informati in materia di salute e prevenzione (29,4% vs 23,8%) (Tabella 68). A parte tali lievi associazioni, non sono emersi ulteriori fattori significativamente in connessione con il fumo.

²⁴ Questo dato risulta essere in controtendenza rispetto al valore medio nazionale (ISTAT, 2005); difatti, in Italia, tra i fumatori spiccano gli uomini (28,5% vs 16,6%). D’altra parte, il campione in analisi non può essere considerato rappresentativo della popolazione italiana in senso lato, in quanto costituito da specifiche categorie di lavoratrici e lavoratori del Lazio, peraltro appartenenti alla classe d’età *over 40* (rispetto a questo ultimo elemento, è bene specificare che il dato medio nazionale è calcolato con riferimento alla popolazione di 14 anni e oltre).

Tabella 66. Abitudini legate al fumo per genere (%)

Fumo	Genere		Totale
	Maschio	Femmina	
L'intervistato/a non fuma	77,8	72,3	74,9
L'intervistato/a fuma	22,2	27,7	25,1
Totale	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 8 – p=.004

Tabella 67. Abitudini legate al fumo per categoria di inquadramento professionale (%)

Fumo	Categoria di inquadramento professionale					Totale
	Dirigente	Direttivo, quadro	Impiegato, intermedio	Operaio, tecnico	Altro	
L'intervistato/a non fuma	85,6	78,7	73,1	69,2	77,1	75,1
L'intervistato/a fuma	14,4	21,3	26,9	30,8	22,9	24,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 20 – p=.003

Tabella 68. Abitudini legate al fumo per abitudine a tenersi informato/a in materia di salute e prevenzione (%)

Fumo	Abitudine a tenersi informato/a		Totale
	No	Si	
L'intervistato/a non fuma	70,6	76,2	75,0
L'intervistato/a fuma	29,4	23,8	25,0
Totale	100,0	100,0	100,0

Casi mancanti: 4 - p=.014

In estrema sintesi, il pubblico analizzato, in ordine alle tematiche affrontate in questa sezione, si presenta nel modo seguente: conferisce allo stile di vita un forte peso con riferimento al possibile insorgere di patologie tumorali; mostra di comprendere come quest'ultimo, nell'articolazione di scelte di cui si compone, sia un'essenziale fonte di prevenzione (in tal senso, è evidente che sia diffusa una concezione secondo cui, al di là dei fattori che non si possono direttamente controllare, il singolo può far molto sul piano della qualità della propria vita); si caratterizza per uno stile alimentare tendenzialmente variegato e si compone, per lo più, di soggetti non fumatori e abituati a fare attività fisica.

Note conclusive

La presente indagine ha consentito di analizzare e approfondire sul piano empirico il tema, di grande attualità e rilevanza sociale, della pratica di prevenzione nella popolazione adulta. Nel corso dello studio, oltre alla descrizione delle pratiche di prevenzione più diffuse, nonché, analiticamente, delle motivazioni legate alla pratica/mancata pratica di prevenzione, si è proceduto all'esame dell'universo dei fattori che ruotano intorno a tale attività (sono state, pertanto, considerate variabili di base quali genere, età, livello di istruzione, ecc., e altri agenti di influenza

tra cui il livello di informazione sui temi di salute e prevenzione, la concezione della prevenzione, la concezione della salute, il livello di fiducia nelle istituzioni sanitarie, il grado di fiducia nelle attuali possibilità di diagnosi precoce, prevenzione e cura di patologie tumorali, gli stili di vita dei soggetti intervistati). Se questa esperienza di ricerca, nella sua fase iniziale di distribuzione di un opuscolo informativo, ha già rappresentato un'occasione per informare e sensibilizzare le lavoratrici e i lavoratori coinvolti sui temi della salute e della prevenzione (in particolare di patologie tumorali)²⁵, essa, sulla base delle informazioni acquisite sul campo, può costituire la base per la progettazione di ulteriori campagne di sensibilizzazione ancora più mirate, di interventi ad hoc finalizzati a consentire la diffusione di più responsabili pratiche di prevenzione nel tessuto sociale.

Passando, ora, ai risultati più significativi emersi nel corso dell'analisi, un primo dato rilevante è quello relativo alla pratica di prevenzione di tumori e di altre patologie negli ultimi 3 anni. A questo proposito, è possibile affermare che circa un terzo dei soggetti raggiunti ha risposto di non aver praticato alcun tipo di prevenzione nel periodo considerato; d'altro canto, i soggetti che hanno "arricchito" il proprio stile di vita adottando almeno una forma di prevenzione tra le due suddette rappresentano il 66,0% circa dei casi (di essi il 30,3% ha segnalato la prevenzione di tumori, il 17,5% la prevenzione di altre patologie e il 18,0% la pratica di entrambi i tipi di prevenzione). Sul piano della prevenzione si è rivelata particolarmente significativa la differenza di genere (le donne sono avvezze a praticare in modo assiduo attività di prevenzione, in una proporzione vistosamente superiore rispetto agli uomini). Una base essenziale sui cui riflettere è rappresentata dall'insieme dei fattori che esercitano un effetto inibitorio sulla pratica di prevenzione; tra tali elementi emergono un livello di capitale sociale basso, gli oneri familiari, la residenza in contesti lontani dalla grande città, la scarsa informazione in materia di salute e prevenzione, l'assenza di esperienze di malattia tra familiari e amici, una scarsa fiducia nelle attuali possibilità di diagnosi precoce di tumori, nonché nelle possibilità di cura degli stessi.

Per quanto l'abitudine (si spera che la maggior parte degli intervistati abbia colto la valenza positiva di questo termine nel rispondere alla relativa domanda di questionario!) risulti essere in generale la motivazione principale legata alle pratiche di prevenzione, si è riscontrato che essa contraddistingue in special modo le donne; d'altra parte, sembra essere una strategia tipicamente maschile quella di associare la pratica di prevenzione all'insorgenza di problemi di salute.

Passando ai soggetti che non hanno praticato attività di prevenzione negli ultimi 3 anni, la motivazione prevalente raccolta è rappresentata dal fatto di non essere venuti a conoscenza di iniziative/occasioni di prevenzione. Tale dato svela la presenza di soggetti potenzialmente avvezzi alla prevenzione, che, però, stando ai fatti, non trovano l'occasione per attuarla concretamente. Essi sembrano contraddistinti da una pratica di prevenzione, per così dire, "etero-diretta" ("auto-diretta" è, invece, la pratica di chi agisce consapevolmente, attivamente e su iniziativa personale), tale per cui l'atteggiamento si trasforma in comportamento effettivo solo in presenza di un incentivo esterno, rappresentato, ad esempio, da un'iniziativa pubblica di prevenzione e/o dalle indicazioni del personale medico.

Particolarmente diffusa nel campione in analisi è l'abitudine a tenersi informati in materia di salute e prevenzione (anche in questo caso è emerso che le donne si informano in misura maggiore degli uomini); per quanto tale abitudine si riferisca a circa l'80,0% dei rispondenti, è bene precisare che, quasi nel 60,0% dei casi, il canale di informazione utilizzato è unico (si tratta per lo più di mezzi divulgativi come radio e televisione). A tal proposito, sarebbe plausibilmente utile incentivare degli stili di informazione "multi-canale", capaci di garantire l'acquisizione di un bagaglio culturale circa le questioni trattate più variegato e critico.

²⁵ Per quanto non sia possibile formulare una stima, è plausibile ipotizzare che la campagna suddetta abbia costituito un importante incentivo a partecipare alle successive fasi di screening e di compilazione del questionario.

Per quanto concerne la concezione della prevenzione, è emerso che l'idea più diffusa tra gli intervistati è quella secondo cui essa si configura come un'attività volta alla diagnosi precoce di una patologia. A questo va aggiunto che una quota considerevole di soggetti ritiene che fare assiduamente prevenzione consenta di evitare l'insorgere di una patologia. In altri termini, da un lato, prevenire significa individuare la presenza di una patologia al suo stadio iniziale, quando si è ancora in tempo per curarla e debellarla, dall'altro, rinvia all'adozione di uno stile di vita, quale mix di scelte individuali, finalizzato a mantenere nel tempo lo stato di salute.

Passando alla concezione della salute dei soggetti raggiunti, è risultata estremamente diffusa tra loro la tendenza ad acquisire un benessere pieno, capace di coniugare mente e corpo. Del tutto minoritarie le altre opinioni, quali "avere un corpo sano", "non aver bisogno di cure mediche", "non aver bisogno di ricorrere a farmaci".

Con riferimento al tema della fiducia nelle istituzioni sanitarie (pubbliche e private), una figura di riferimento, in caso di insorgenza di problemi di salute, continua ad essere quella del medico, della "persona esperta" (più che della "struttura attrezzata") che metta a disposizione dell'utente il suo sapere tecnico e la sua esperienza professionale. Se, inoltre, è piuttosto diffusa la fiducia nelle possibilità di diagnosi precoce di tumori, non altrettanto può dirsi sul piano della prevenzione e della cura degli stessi.

Nel riflettere sui fattori connessi all'insorgenza di patologie tumorali, una quota consistente di intervistati ha attribuito un peso rilevante agli stili di vita. Peraltro, circa un terzo dei soggetti raggiunti ha assegnato a tutti e tre i fattori sottoposti alla propria attenzione – genetica, ambiente e scelte individuali – pari peso e responsabilità con riferimento all'insorgenza di tumori (i più informati in materia di salute e prevenzione hanno segnalato più degli altri il legame tra insorgenza di tumori e fattori multipli di responsabilità).

Gli aspetti dello stile di vita valorizzati nell'ambito della presente indagine sono l'attività fisica, l'alimentazione e il fumo. Per quanto riguarda il primo aspetto considerato, i soggetti caratterizzati da una vita del tutto sedentaria sono meno del 20,0%, anche se è bene precisare che la maggioranza di coloro che hanno risposto di fare attività fisica, ha anche ammesso la saltuarietà della propria pratica. Sul piano dell'alimentazione, è emerso che una dieta ricca e varia è il tratto dominante; infine, rispetto al fumo, la percentuale dei fumatori si attesta intorno al 25,0%.

In estrema sintesi, il campione analizzato, rispetto al complesso delle tematiche affrontate, si presenta nel modo seguente: mostra di fare attività di prevenzione (anche se c'è chi non la pratica affatto e chi "attende" stimoli esterni per attuarla); ha l'abitudine di informarsi sulle tematiche di salute e prevenzione (anche in questo caso, c'è una minoranza di casi che, per motivi di tempo o per disinteresse, non si informa; peraltro, la maggior parte degli informati utilizza uno solo canale); attribuisce allo stile di vita una forte rilevanza con riferimento al possibile insorgere di patologie tumorali e lo include tra le fonti di prevenzione; si contraddistingue per un'alimentazione eterogenea; si caratterizza, prevalentemente, per la presenza di non fumatori; si compone di soggetti avvezzi a praticare attività fisica (seppure, nella maggior parte dei casi, saltuaria).

Se, dunque, ad una prima lettura, sembra di avere a che fare con un target di "virtuosi", ad un'analisi più attenta, che mette in luce la saltuarietà di alcune "buone" pratiche, l'estraneità di una frangia di soggetti rispetto ad importanti mete sociali da perseguire, come la salute, la prevenzione, l'informazione, una fiducia "ambivalente" nelle attuali possibilità di prevenzione e cura di patologie tumorali, emerge come valga la pena di continuare ad agire a favore della socializzazione di una cultura matura della prevenzione e di un suo effettivo radicamento nel tessuto sociale, come sia importante, attraverso iniziative mirate, alimentare il "circolo virtuoso informazione-fiducia-prevenzione".

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Bucchi M. *La comunicazione della salute*. In: Bucchi M., Neresini F. (Ed.). 2000.
2. Callahan D. *What price mental health: the ethics and politics of setting priorities*. Washington: Georgetown University Press; 1998.
3. Bimbi F. Differenze di genere di fronte alla salute. In: Ingrosso M. (Ed.). *La salute come costruzione sociale. Teorie, pratiche, politiche*. Milano: Angeli; 1994.
4. Buzzi C. *La salute del futuro. Indagine IARD sui giovani e la salute*. Bologna: Il Mulino; 1994.
5. Bucchi M, Neresini F. (Ed.). *Sociologia della salute*. Roma: Carocci; 2000.
6. Ardigò R. *Società e salute: lineamenti di sociologia sanitaria*. Milano: Angeli; 1997.
7. Badura B. (Ed.). *Politiche per la promozione della salute*. Milano: Angeli; 1994.
8. Cosmacini G. *Ciarlataneria e medicina: cure, maschere, ciarle*. Milano: Raffaello Cortina; 1998.
9. Fronte M. Dottore, mi tocchi. *L'Espresso*, 26 agosto 1999.
10. Donati P, Porcu S, Zurla P. (Ed.). *La professione del sociologo e i servizi socio-sanitari in Italia*. Milano: Angeli; 1987.
11. Prandini R. *Le radici fiduciarie del legame sociale*. Milano: Angeli; 1998.

ALLEGATO 1 - Questionario

1. È a conoscenza delle attività svolte dal Comitato per le Pari Opportunità (CPO) che fa capo alla struttura in cui lavora?

- Sì
- No

2. Tra i vari compiti dei CPO ritiene debba rientrare anche quello di promuovere la tutela della salute delle lavoratrici e dei lavoratori?

- Sì
- No

3. Nel corso degli ultimi 3 anni, quali delle seguenti attività di prevenzione ha praticato?

- Attività di prevenzione di tumori
- Attività di prevenzione di altre patologie
- Entrambe le attività di prevenzione
- Nessuna attività di prevenzione (passare alla d. 5)

4. Nel caso lei abbia praticato attività di prevenzione, per quale motivo principale lo ha fatto?

- Per abitudine
- Per paura
- Ho avvertito problemi di salute
- Sono stato/a sollecitato/a da problemi di salute di parenti-amici
- Sono venuto/a a conoscenza di iniziative-occasioni di prevenzione
- Sono stato/a inserito/a in un programma pubblico di prevenzione

5. Se non ha praticato attività di prevenzione, per quale motivo principale?

- Controllarsi senza motivo porta sfortuna
- Non ne vedo la necessità
- Mi sento bene
- Non sono venuto/a a conoscenza di iniziative di prevenzione
- Non so dove andare, a chi rivolgermi
- Non voglio allarmarmi inutilmente
- Fare esami e accertamenti nella mia città è in genere molto complicato

6. Per quale ragione principale ha aderito a questa iniziativa di prevenzione?

- Perché sollecitato/a dai familiari
- Perché sollecitato/a dai colleghi
- Perché sollecitato/a dai superiori
- Perché sollecitato/a da coloro che hanno promosso l'iniziativa
- Per iniziativa personale

7. Quale delle seguenti affermazioni rappresenta meglio la sua personale idea di prevenzione?

- Attività volta ad evitare l'insorgere di una patologia*
- Attività volta alla diagnosi precoce di una patologia*
- Attività volta ad impedire l'aggravamento di una patologia*
- Attività volta ad evitare che si ripresenti una patologia già curata*

8. Quale delle seguenti affermazioni rappresenta meglio la sua personale idea di salute?

- Avere un corpo sano*
- Star bene sul piano psico-fisico*
- Non avere bisogno di cure mediche*
- Non avere bisogno di ricorrere a farmaci*

9. Nel complesso, si tiene informato/a in materia di salute e prevenzione?

- Sì*
- No*

10. Se sì, attraverso quali canali principalmente?

- Parenti/amici*
- Medici*
- Radio/Tv*
- Riviste specializzate*
- Siti internet*
- Altro*
(spec. _____)

11. Se no, per quale motivo principale?

- Mancanza di interesse*
- Mancanza di tempo*
- Difficoltà di comprensione del linguaggio medico*
- Altro*
(spec. _____)

12. Quando ha un problema di salute a chi si rivolge primariamente?

- Ad un medico di fiducia*
- Ad una struttura pubblica*
- Ad una struttura privata*
- A nessuno*

13. Nel tempo libero svolge attività fisica (passeggiate, bicicletta, sport)?

- Sì, regolarmente*
- Sì, saltuariamente*
- No, mai*

14. Vi sono alimenti che consuma raramente o che non consuma mai?

Sì		
	<i>Raramente</i>	<i>Mai</i>
Carne	1.a <input type="checkbox"/>	1.b <input type="checkbox"/>
Uova	2.a <input type="checkbox"/>	2.b <input type="checkbox"/>
Latticini	3.a <input type="checkbox"/>	3.b <input type="checkbox"/>
Verdura	4.a <input type="checkbox"/>	4.b <input type="checkbox"/>
Frutta e ortaggi	5.a <input type="checkbox"/>	5.b <input type="checkbox"/>
Carboidrati (pasta, pane dolci...)	6.a <input type="checkbox"/>	6.b <input type="checkbox"/>
Legumi	7.a <input type="checkbox"/>	7.b <input type="checkbox"/>
Pesce	8.a <input type="checkbox"/>	8.b <input type="checkbox"/>
No	9 <input type="checkbox"/>	

15. (Se Sì) Per quale ragione principale consuma raramente o non consuma mai gli alimenti indicati?

	<i>Scelta etica e/o religiosa</i>	<i>Scelta diet tica</i>	<i>Ragioni di gusto</i>	<i>Allergie alimentari</i>	<i>Costo/ accessibilità</i>
1. Carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Uova	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Latticini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Verdura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Frutta e ortaggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Carboidrati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Legumi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pesce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Con quale frequenza consuma i seguenti tipi di alimenti?

	<i>Sì, abitualmente</i>	<i>Sì, spesso</i>	<i>Sì, qualche volta</i>	<i>No, mai</i>
1. Cibi biologici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cibi integrali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cibi surgelati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cibi conservati in scatola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bevande alcoliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bevande super alcoliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Caffè	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bevande gassate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tisane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Integratori alimentari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Lei fuma abitualmente?

- Sì, il sigaro*
- Sì, la pipa*
- Sì, sigarette (mediamente, quante al giorno? _____)*
- No*

18. In base alle sue conoscenze e opinioni personali, a quali dei seguenti fattori associa principalmente il rischio di insorgenza di patologie tumorali?

- Fattori genetici/familiarità*
- Fattori ambientali (clima, qualità dell'aria e dell'acqua...)*
- Stili di vita (attività fisica, alimentazione, stress, fumo...)*

19. Tra i suoi familiari più stretti si sono verificati casi di patologie tumorali?

- Sì, più di un caso*
- Sì, un caso*
- No*

20. Tra i suoi amici e/o colleghi di lavoro più stretti si sono verificati casi di patologie tumorali?

- Sì, più di un caso*
- Sì, un caso*
- No*

21. Quanta fiducia ha nelle attuali possibilità di diagnosi precoce di tumori?

- Molta*
- Abbastanza*
- Poca*
- Nessuna*

22. Quanta fiducia ha nella possibilità di prevenire tumori attraverso un adeguato stile di vita?

- Molta*
- Abbastanza*
- Poca*
- Nessuna*

23. Quanta fiducia ha nelle attuali possibilità di cura dei tumori?

- Molta*
- Abbastanza*
- Poca*
- Nessuna*

Notizie sull'intervistato/a

24. Genere

- Maschile*
- Femminile*

25. Anno di nascita

|_|_|_|_|

26. Condizione familiare

- Coniugato/a - Convivente*
- Liberi/a*
- Vedovo/a*

27. Titolo di studio

- Licenza media inferiore*
- Diploma di avviamento professionale*
- Licenza media superiore*
- Laurea*
- Titolo di formazione post-lauream*
- Altro (spec. _____)*

28. Categoria di inquadramento professionale

- Dirigente*
- Direttivo, quadro*
- Impiegato, intermedio*
- Operato, tecnico*
- Altro (spec. _____)*

29. Struttura di appartenenza

- FS*
- ISS*
- INAIL*
- ENAV*
- INFN*
- ACI*

30. Città di residenza:

ALLEGATO 2 - Nota metodologica

Lo strumento di rilevazione

Nel corso dell'indagine, collocata nel periodo maggio-settembre 2005 (in particolare, la fase di rilevazione si è svolta nel bimestre maggio-giugno, mentre l'analisi delle informazioni raccolte nei mesi successivi), si è utilizzato un questionario strutturato, caratterizzato dalla presenza di *domande chiuse con alternative di risposta precodificate*. Si è optato per la costruzione di uno strumento di agevole compilazione, contraddistinto dalla presenza di domande sintetiche e di immediata comprensione, da un numero ridotto di quesiti (30 in tutto), da un'opportuna foggia grafica. Rispetto al *tipo di domanda*, sono state utilizzate *domande semplici* (le dd. con una sola alternativa di risposta sono: 1-2, 4-9, 11-13, 17, 19-30), *domande a risposta multipla* (rispetto a cui sono consentite due o più risposte; si tratta delle dd. 3, 10, 18), *domande a batteria* (è il caso dei quesiti complessi – dd. 14-16 - organizzati in un certo numero di *items*, rispetto a ciascuno dei quali l'intervistato è chiamato a fornire una risposta selezionata a partire da un *set* formalizzato di alternative). Il questionario è stato distribuito dai volontari della CRI alle lavoratrici e ai lavoratori *over 40* delle strutture sopra elencate che hanno deciso di aderire all'iniziativa; la *modalità di somministrazione* prescelta è l'*auto-compilazione* (nota 15). Il questionario compilato è stato riconsegnato agli operatori in forma anonima al momento della restituzione del test di screening.

Modalità di spoglio dei questionari e criteri di esclusione dei casi

La *popolazione statistica* di riferimento è rappresentata dai lavoratori *over 40* delle strutture considerate: 6.000 unità per FS, 1.913 per INAIL, 1.600 per ISS, 570 per ACI, 600 per ENAV, 450 per INFN (in tutto 11.133 individui). Il *campione* raggiunto, costituito dai soggetti che hanno partecipato all'iniziativa di prevenzione, è pari al totale dei *test distribuiti* e ammonta a 2.754 unità (24,7% della popolazione). D'altra parte, il totale dei *test riconsegnati* è, invece, pari a 2.524, mentre 2.129 sono i *questionari validi contati*. Come si può notare agevolmente facendo la differenza tra test riconsegnati e questionari validi (2.524-2.129), i questionari, per così dire, "andati persi" sono 395. Di essi, la maggior parte è composta da *questionari mai rientrati*, un'altra parte da *schede*, si riconsegnate insieme al test, ma del tutto *vuote*, e un'altra ancora da *schede invalidate* in fase di spoglio, in considerazione di un numero eccessivo di informazioni mancanti (sono stati esclusi dall'analisi i questionari che fossero stati compilati per meno della metà e/o rispetto a cui non fossero disponibili tutte o quasi tutte le informazioni di base).

Caratteristiche dell'apparato tabellare

Nelle *distribuzioni di frequenza* presentate nel testo (livello monovariato di analisi) e nelle *tavole di contingenza* (livello bi- e trivariato) il *calcolo dei valori percentuali* è stato sempre effettuato sul totale dei casi validi (ovvero sul totale dei rispondenti effettivi rispetto alla/e variabile/i considerata/e) e non sul totale dei questionari riconsegnati. Se, quindi, il totale dei *questionari validi* ammonta a 2.129 casi, non sempre, a livello della singola domanda, si è raggiunta la completezza delle informazioni. In ogni Tabella o grafico contenuto nel rapporto di ricerca è specificato, pertanto, il numero complessivo dei casi mancanti (*missing*).

Le domande a risposta multipla

Con riferimento alle *domande a risposta multipla* (dd. 3, 10, 18), è bene precisare che il totale contenuto in Tabella non corrisponde al totale dei casi validi, bensì all'insieme delle risposte conteggiate (superiore al numero dei casi, data la possibilità di segnalare più di una risposta per domanda). Ciò implica che, per ciascuna modalità di risposta possibile, la percentualizzazione è effettuata, per l'appunto, sul numero complessivo di risposte conteggiate.

Le domande-filtro

Nel questionario sono presenti tre *domande-filtro* (dd. 3, 9, 14), seguite da una o più *domande a risposta condizionata* (4-5; 10-11; 15). Si tratta, nello specifico, di quesiti che creano percorsi differenziati di risposta (essi agiscono, appunto, da "filtri", inducendo gli intervistati a rispondere a talune domande e a "saltarne" altre); ciò, inevitabilmente, si ripercuote sul totale dei casi (evidentemente un sub-campione) relativo alle singole domande a risposta condizionata (ad es., alla d. 4 sono tenuti a rispondere solo i soggetti che alla d.3 hanno dichiarato di aver praticato attività di prevenzione negli ultimi tre anni).

La ricodifica delle variabili

Per alcune variabili si è ritenuto opportuno procedere ad un'operazione di *ricodifica*; quest'ultima consente di costruire nuovi e più sintetici strumenti di classificazione, ordinamento e misurazione a partire da variabili originarie caratterizzate da un numero elevato di modalità, lungo le quali vanno a diluirsi i dati (si pensi, a questo proposito, all'analitica variabile "età" e alla sua successiva ricomposizione in "classi di età", oppure alla trasformazione dell'informazione grezza relativa alla "città di residenza" nella più sintetica variabile dicotomica "contesto di residenza"). Tale operazione di *pre-analisi dei dati* (ovvero di "preparazione" dei dati finalizzata a consentire lo svolgimento ottimale delle analisi successive) assolve alcune principali funzioni: 1. costruire variabili compatte (con poche modalità) utilizzabili fruttuosamente ai livelli di analisi successivi a quello monovariato (più efficace e semplice lettura dei risultati e delle connessioni tra variabili); 2. ottenere minori distorsioni con riferimento ai test di significatività e associazione statistica; 3. ottenere distribuzioni statisticamente più equilibrate (tale criterio strettamente numerico è comunque di secondaria importanza rispetto a quello semantico, in base al quale l'accorpamento di più modalità in una nuova unica categoria avviene principalmente sulla base della loro affinità di significato).

Modalità di costruzione di indici sintetici

In due occasioni si è proceduto alla costruzione di *indici sintetici* a partire da alcune variabili grezze originarie. Si tratta, nello specifico, dell'indice relativo al *numero di canali di informazione in materia di prevenzione* e della *tipologia dei fattori connessi al rischio di insorgenza di patologie tumorali*. Nel primo caso, rispetto a ciascuna modalità di risposta (parenti/amici, medici, ecc.) della domanda a risposta multipla relativa ai "canali di informazione in materia di prevenzione", è stato assegnato punteggio 0 alla mancata segnalazione e punteggio 1 alla segnalazione-fruizione. Successivamente, attraverso una operazione di somma, è stato realizzato un *indice additivo* con campo di variazione 1-6 (6 in tutto sono i canali di informazione), poi ricodificato nelle nuove modalità "un solo canale", "due canali", "tre e più canali". Nel secondo caso, anziché attuare una somma, si è proceduto all'individuazione su base logica delle combinazioni di risposte fornite a partire dalla domanda a risposta multipla inerente le "opinioni sui fattori di rischio maggiormente associati all'insorgenza di patologie tumorali". Ciò ha consentito di

costruire una tipologia delle opinioni organizzata in quattro tipi (“fattori genetici/familiarità”, “fattori ambientali”, “stili di vita”, “insieme di fattori”).

Livelli di analisi

L’analisi è stata condotta a livello *mono-*, *bi-* e *multivariato* (analisi trivariata e costruzione di indici sintetici), da un lato, valorizzando le *ipotesi* di partenza, dall’altro, adottando un’ottica di *esplorazione della matrice dei dati*, volta ad individuare eventuali connessioni tra fenomeni non considerate a monte.

Valori caratteristici a livello monovariato

I *valori caratteristici* utilizzati e presentati a livello monovariato, nel caso di *variabili metriche* (come, per esempio, l’età), sono: *media aritmetica* (come *misura di tendenza centrale*), *scarto-tipo* (come *misura della dispersione*), *minimo* e *massimo* (parametri di definizione del *campo di variazione* di una variabile).

La media aritmetica (\bar{x}) è il risultato della somma di tutti i valori di una variabile diviso il numero dei casi (2.129 o un numero inferiore a questa cifra in presenza di casi mancanti e/o di sub-campioni di analisi):

$$\text{Media aritmetica} = \bar{x} = \frac{x_1 + x_2 + \dots + x_i + \dots + x_n}{N} = \frac{\sum_{i=1}^N x_i}{N}$$

Lo scarto-tipo dà conto dell’oscillazione media intorno al baricentro della distribuzione (rappresentato dalla media aritmetica) dei diversi valori che assume la variabile.

$$\text{Scarto-tipo} = s_x = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^N (x_i - \bar{x})^2}{N}}$$

Infine, il *campo di variazione* è dato dalla differenza tra il valore più alto e quello più basso riscontrato nella distribuzione di una variabile.

Il test del chi quadrato

Il calcolo del test del chi quadrato ha consentito di evidenziare le relazioni bivariate statisticamente significative. Esso si fonda sul confronto tra frequenze osservate e frequenze attese (queste ultime costruite in ipotesi di indipendenza tra le due variabili considerate). Nel caso in cui frequenze osservate e attese coincidano, il chi quadrato risulta essere pari a zero (di conseguenza, le due variabili considerate sono tra loro indipendenti). Il valore di *p*, riportato sotto ciascuna Tabella (nel rapporto di ricerca sono presentati esclusivamente gli incroci risultati significativi), indica la probabilità di errore (il cui massimo è fissato a 0,05) che si assume nell’estendere il risultato ottenuto sul campione alla popolazione di riferimento.

$$\text{Chi quadrato} = \chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

f_o = frequenza osservata
 f_e = frequenza attesa

ALLEGATO 3 - Distribuzioni di frequenza

Tabella A1. Conoscenza da parte dell'intervistato/a delle attività svolte dal CPO nella struttura in cui lavora

Conoscenza attività CPO	va	%
No	928	44,2
Sì	1.173	55,8
Totale	2.101	100,0

Casi mancanti: 28

Tabella A2. Opinione secondo cui tra i compiti del CPO debba rientrare la promozione della salute dei lavoratori

Opinione	va	%
No	108	5,1
Sì	1.992	94,9
Totale	2.100	100,0

Casi mancanti: 29

Tabella A3. Pratica di prevenzione di tumori negli ultimi 3 anni

Pratica prevenzione tumori	va	%
No	1.100	51,7
Sì	1.029	48,3
Totale	2.129	100,0

Tabella A4. Pratica di prevenzione di altre patologie negli ultimi 3 anni

Pratica prevenzione altre patologie	va	%
No	1.373	64,5
Sì	756	35,5
Totale	2.129	100,0

Tabella A5. Motivo principale legato alle pratiche di prevenzione (sub-campione di riferimento: n. 1.409 casi)

Motivo prevenzione	va	%
Abitudine	478	34,3
L'intervistato/a ha avvertito problemi di salute	362	26,0
L'intervistato/a è stato/a sollecitato/a da problemi di salute di parenti/amici	158	11,3
L'intervistato/a è venuto/a a conoscenza di iniziative/occasioni di prevenzione	147	10,5
Paura	136	9,7
L'intervistato/a è stato/a inserito/a in un programma pubblico di prevenzione	115	8,2
Totale	1.396	100,0

Casi mancanti: 6

Tabella A6. Motivo principale legato alla mancata pratica di prevenzione (sub-campione di riferimento: n. 727 casi)

Motivo mancata prevenzione	va	%
L'intervistato/a non è venuto/a a conoscenza di iniziative/ occasioni di prevenzione	234	32,7
L'intervistato/a si sente bene	176	24,6
Fare esami e accertamenti nella città di residenza è complicato	158	22,1
L'intervistato/a non sa dove andare, a chi rivolgersi	92	12,9
L'intervistato/a non si vuole allarmare inutilmente	35	4,9
L'intervistato/a non ne vede la necessità	19	2,7
Controllarsi senza motivo porta sfortuna	1	0,1
Totale	715	100,0

Casi mancanti: 12

Tabella A7. Motivo principale dell'adesione all'iniziativa di prevenzione

Motivo adesione	va	%
Perché sollecitato/a dai familiari	97	4,6
Perché sollecitato/a dai colleghi	300	14,2
Perché sollecitato/a dai superiori	3	0,1
Perché sollecitato/a da coloro che hanno promosso l'iniziativa	552	26,1
Per iniziativa personale	1.166	55,0
Totale	2.118	100,0

Casi mancanti: 11

Tabella A8. Concezione della prevenzione da parte degli intervistati

Concezione della prevenzione	va	%
Attività volta alla diagnosi precoce di una patologia	1.303	61,3
Attività volta ad evitare l'insorgere di una patologia	769	36,2
Attività volta ad impedire l'aggravamento di una patologia	41	1,9
Attività volta ad evitare che si ripresenti una patologia già curata	13	0,6
Totale	2.126	100,0

Casi mancanti: 3

Tabella A9. Concezione della salute da parte degli intervistati

Concezione della salute	va	%
Star bene sul piano psicofisico	1.750	82,3
Avere un corpo sano	240	11,3
Non avere bisogno di cure mediche	72	3,4
Non avere bisogno di ricorrere a farmaci	63	3,0
Totale	2.125	100,0

Casi mancanti: 4

Tabella A10. Abitudine a tenersi informato/a in materia di salute e prevenzione

Abitudine a tenersi informato/a	va	%
No	465	21,8
Sì	1.664	78,2
Totale	2.129	100,0

Tabella A11. Motivo principale per cui non ci si informa in materia di salute e prevenzione (sub-campione di riferimento: n. 465 casi)

Motivo principale	va	%
Mancanza di tempo	206	46,1
Difficoltà di comprensione del linguaggio medico	89	19,9
Mancanza di interesse	79	17,7
Altro	73	16,3
Totale	447	100,0

Casi mancanti: 18

Tabella A12. Persona/struttura a cui l'intervistato/a si rivolge in caso di problemi di salute

Persona/struttura	va	%
Ad un medico di fiducia	1.690	79,5
Ad una struttura pubblica	369	17,3
Ad una struttura privata	60	2,8
A nessuno	8	0,4
Totale	2.127	100,0

Casi mancanti: 2

Tabella A13. Frequenza con cui l'intervistato/a svolge attività fisica nel tempo libero

Frequenza	va	%
Sì, regolarmente	589	27,7
Sì, saltuariamente	1.114	52,4
No, mai	422	19,9
Totale	2.125	100,0

Casi mancanti: 4

Tabella A14. Stili alimentari: alimenti consumati saltuariamente/non consumati e motivi del consumo saltuario/non consumo (va e %)

Alimenti	Consumo saltuario/ non consumo	Motivi prevalenti del consumo saltuario/ non consumo
Carne	338 (325+13): 15,8	Scelta dietetica/ragioni di gusto
Uova	456 (417+39): 21,3	Scelta dietetica/ragioni di gusto
Latticini	265 (229+36): 12,4	Scelta dietetica/ragioni di gusto
Verdura	118 (109+9): 5,5	Ragioni di gusto/scelta dietetica
Frutta e ortaggi	97 (94+3): 4,5	Ragioni di gusto/scelta dietetica
Carboidrati	86 (79+7): 4,0	Scelta dietetica/ragioni di gusto
Legumi	320 (297+23): 15,0	Ragioni di gusto/scelta dietetica
Pesce	427 (400+27): 20,0	Ragioni di gusto/costo-accessibilità

Tabella A15. Altri consumi alimentari: alimenti consumati saltuariamente/non consumati (%)

Cibi e bevande	Consumo saltuario/ non consumo
Cibi biologici	84,2
Cibi integrali	81,1
Cibi surgelati	66,2
Cibi in scatola	88,7
Bevande alcoliche	84,3
Bevande superalcoliche	97,9
Caffè	25,7
Bevande gassate	84,4
Tisane	85,3
Integratori alimentari	94,4

Tabella A16. Abitudini legate al fumo

Fumo	va	%
L'intervistato/a fuma il sigaro	23	1,1
L'intervistato/a fuma la pipa	5	0,2
L'intervistato/a fuma sigarette	503	23,7
L'intervistato/a non fuma	1.594	75,0
Totale	2.125	100,0

Casi mancanti: 4

Tabella A17. Consumo medio giornaliero di sigarette (sub-campione di riferimento: n. 503 casi)

Consumo sigarette	va	%
1-5	96	19,4
6-10	128	25,8
11-15	101	20,4
16-20	124	25,1
21 e oltre	46	9,3
Totale	495	100,0

Casi mancanti: 8

Tabella A18. Fattori connessi al rischio di insorgenza di patologie tumorali

Fattori	va	%
Fattori genetici/familiarità	468	22,0
Fattori ambientali	333	15,7
Stili di vita	670	31,6
Insieme di fattori	652	30,7
Totale	2.123	100,0

Casi mancanti: 6

Tabella A19. Insorgenza di patologie tumorali tra i familiari dell'intervistato/a

Patologie tumorali tra i familiari	va	%
Sì, più di un caso	639	30,4
Sì, un caso	747	35,4
No	719	34,2
Totale	2.105	100,0

Casi mancanti: 24

Tabella A20. Insorgenza di patologie tumorali tra amici/colleghi di lavoro dell'intervistato/a

Patologie tumorali tra amici/colleghi di lavoro	va	%
Sì, più di un caso	1.235	58,9
Sì, un caso	360	17,2
No	502	23,9
Totale	2.097	100,0

Casi mancanti: 32

Tabella A21. Livello di fiducia riposto nelle attuali possibilità di diagnosi precoce di tumori

Fiducia diagnosi precoce tumori	va	%
Molta	620	28,2
Abbastanza	1.272	59,8
Poca	224	10,5
Nessuna	10	0,5
Totale	2.126	100,0

Casi mancanti: 3

Tabella A22. Livello di fiducia riposto nella possibilità di prevenire tumori attraverso un adeguato stile di vita

Fiducia stile di vita	va	%
Molta	532	25,0
Abbastanza	1.285	60,4
Poca	292	13,7
Nessuna	20	0,9
Totale	2.129	100,0

Tabella A23. Livello di fiducia riposto nelle attuali possibilità di cura dei tumori

Fiducia cura tumori	va	%
Molta	279	13,1
Abbastanza	1.247	58,7
Poca	585	27,5
Nessuna	15	0,7
Totale	2.126	100,0

Casi mancanti: 3

Tabella A24. Ripartizione degli intervistati per genere

Genere	va	%
Maschile	1.045	49,2
Femminile	1.080	50,8
Totale	2.125	100,0

Casi mancanti: 4

Tabella A25. Ripartizione degli intervistati per condizione familiare

Condizione familiare	va	%
Coniugato/a-convivente	1.787	84,3
Libero/a	296	14,0
Vedovo/a	37	1,7
Totale	2.120	100,0

Casi mancanti: 9

Tabella A26. Ripartizione degli intervistati per titolo di studio

Titolo di studio	va	%
Licenza media inferiore	191	9,0
Diploma di avviamento professionale	154	7,3
Licenza media superiore	1.259	59,4
Laurea	444	21,0
Titoli di formazione <i>post lauream</i>	68	3,2
Altro	3	0,1
Totale	2.119	100,0

Casi mancanti: 10

Tabella A27. Ripartizione degli intervistati per categoria di inquadramento professionale

Categoria di inquadramento professionale	va	%
Dirigente	97	4,6
Direttivo, quadro	618	29,2
Impiegato, intermedio	1.193	56,2
Operaio, tecnico	176	8,3
Altro	35	1,7
Totale	2.119	100,0

Casi mancanti: 10

Tabella A28. Ripartizione degli intervistati per struttura di appartenenza

Struttura di appartenenza	va	%
FS	752	35,3
INAIL	602	28,3
ISS	339	15,9
ACI	141	6,6
ENAV	206	9,7
INFN	89	4,2
Totale	2.129	100,0

Tabella A29. Ripartizione degli intervistati per classi di età

Classi di età	va	%
30-45 anni	456	21,7
46-50 anni	589	28,1
51-55 anni	561	26,7
56 anni e oltre	492	23,5
Totale	2.098	100,0

Casi mancanti: 31

Tabella A30. Ripartizione degli intervistati per contesto di residenza

Contesto di residenza	va	%
Roma e provincia	1.694	80,7
Altro contesto	405	19,3
Totale	2.099	100,0

Casi mancanti: 30

*La riproduzione parziale o totale dei Rapporti e Congressi ISTISAN
deve essere preventivamente autorizzata.
Le richieste possono essere inviate a: pubblicazioni@iss.it.*

*Stampato da Tipografia Facciotti srl
Vicolo Pian Due Torri 74, 00146 Roma*

Roma, settembre 2006 (n. 3) 6° Suppl.