



UNIONE EUROPEA



REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

# Indice di Deprivazione Multipla della Sardegna

Salute  
2013

**SARDEGNA**







**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA**  
**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

## **2013 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Responsabile  
Coordinamento operativo

Centro Regionale di Programmazione  
Direzione Generale della Programmazione unitaria e della Statistica regionale  
Servizio della programmazione unitaria, studi, monitoraggio e valutazione

A cura di:

Alberto Serci (BIC Sardegna)  
Stefano Cabras (Università di Cagliari, Universidad Carlos III Madrid)  
Silvia Perra (BIC Sardegna)

Impaginazione a cura della Direzione Generale della Programmazione unitaria e della Statistica regionale

Foto di Daniele Carotenuto

La Regione Autonoma della Sardegna pubblica questi contenuti al solo scopo divulgativo, per cui declina ogni responsabilità da possibili errori di stampa o da involontarie omissioni.

# Indice di Deprivazione Multipla della Sardegna

Salute

2013



## Sommario

1. Premessa .....	8
2. Obiettivi e attività .....	8
2.1 Obiettivo .....	8
2.2 Ricognizione buone prassi .....	8
2.3 Acquisizione della base dati .....	9
2.4 Costruzione dell'indicatore.....	9
2.5 Alcune valutazioni sui dati provinciali .....	10
Glossario .....	11

## 1. Premessa

Questo studio è stato condotto nell'ambito del progetto regionale sulla deprivazione e rappresenta un ulteriore approfondimento sul dominio della salute.

## 2. Obiettivi e attività

### 2.1 Obiettivo

L'obiettivo è quello di aggiornare le informazioni dell'Indice di Deprivazione Multipla della Sardegna relative al dominio della Salute.

Così come per le annualità passate, si è proceduto con l'acquisizione dei dati che l'Istat rileva attraverso "l'Indagine sulle Cause di morte": in particolare, ci si è riferiti al tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema circolatorio e al tasso standardizzato di mortalità per tumori relativi al quadriennio 2007-2010.

### 2.2 Ricognizione buone prassi

A proposito della qualità delle informazioni sulla salute, nel dicembre del 2008 il Parlamento e il Consiglio europeo hanno approvato un regolamento in cui la produzione e la diffusione di queste statistiche è regolata in modo stringente (contenuti, periodi di riferimento, tempi di diffusione, metadati e requisiti di qualità). Le dimensioni della qualità tenute in considerazione sono: l'accuratezza (copertura, completezza, mancate risposte parziali, utilizzazione della categoria "senilità, sintomi e stati morbosi mal definiti", classificazione utilizzata, consistenza tra cause di morte e mortalità generale); rilevanza (tavole prodotte, dimensione dell'area di riferimento minima), tempestività (tempo necessario per la pubblicazione delle informazioni, regolarità); accessibilità (mezzi di diffusione utilizzati, disponibilità di metadati, servizio garantito all'utente). Sulla base di questi elementi, le statistiche sulle cause di morte dei paesi che aderiscono all'organizzazione Mondiale della Sanità sono state classificate come segue:

- Alta qualità (31 paesi, 13% della popolazione mondiale): Stati Uniti, Giappone, Regno Unito, Canada, Romania, Ungheria, Australia, Svezia, Lituania, Estonia, Lettonia ed altri.
- Qualità Medio-Alta (24 paesi, 7% della popolazione): Germania, Italia, Spagna, Paesi Bassi, Belgio, Repubblica Ceca, Svizzera, Danimarca, Norvegia, Croazia, Slovenia ed altri.
- Qualità Medio-Bassa (26 paesi, 8% della popolazione): Russia, Francia, Portogallo, Bulgaria ed altri.
- Bassa Qualità (26 paesi, 7% della popolazione): Argentina, Polonia, Grecia ed altri.
- Uso Limitato (17 paesi, 41% della popolazione): Cina, India, Turchia, Marocco, Malesia ed altri.
- Nessuna informazione (68 paesi, 24% della popolazione): Indonesia, Pakistan, Bangladesh, Nigeria, Etiopia ed altri.

La posizione in graduatoria delle statistiche italiane è molto incoraggiante, soprattutto se posta in relazione al periodo di grande difficoltà attraversato in questi anni dal settore dell'Istat responsabile della produzione,

dove alla consueta e generalizzata ristrettezza di risorse comune a tutti i settori della produzione statistica si è aggiunta l'introduzione della codifica automatica delle cause di morte.

### **2.3 Acquisizione della base dati**

L'Indagine sulle cause di morte rappresenta la fonte principale per la valutazione dello stato di salute di un paese. E' uno strumento fondamentale per l'individuazione di aree più o meno problematiche per la programmazione e il monitoraggio degli interventi, nonché per i confronti internazionali in termini di salute delle popolazioni.

L'indagine è a carattere esaustivo: l'elaborazione, il processo di individuazione della causa iniziale di morte e la relativa codifica avvengono in forma centralizzata a garanzia della maggiore confrontabilità dei dati di mortalità per causa nelle analisi territoriali. Si rilevano annualmente i decessi avvenuti, e le relative cause, riferiti al complesso della popolazione residente a livello comunale, mediante la compilazione di modelli denominati D.4, D.5, D.4 bis e D.5 bis. Su tali modelli sono riportate le notizie relative al decesso fornite dal medico curante o del necroscopo (Parte A della scheda di morte) e le informazioni di carattere demografico e sociale (Parte B della scheda di morte) a cura dell'ufficiale di Stato Civile. Nello specifico, il medico è tenuto a dichiarare sulla scheda l'intero processo morboso che ha condotto al decesso, specificando la causa iniziale, intermedia, terminale e gli altri stati morbosi rilevanti. L'Ufficiale di stato civile completa la scheda di morte con le informazioni anagrafiche e demo-sociali, quali il grado di istruzione, la posizione professionale, l'attività economica per i decessi oltre il primo anno di vita, le informazioni relative al parto e ai genitori del deceduto per i decessi nel primo anno di vita.

Una volta compilate, le due copie che compongono il modello seguono due percorsi distinti: una copia è inviata alla ASL di competenza del comune di decesso, l'altra copia è inviata alle Prefetture, poi agli Uffici Regionali Istat e, infine, perviene al Servizio Sanità e Assistenza dell'Istat, che si occupa del processo di lavorazione e pubblicazione del dato.

### **2.4 Costruzione dell'indicatore**

Si è scelto di concentrare l'attenzione sui tumori e sulle malattie del sistema circolatorio in quanto rappresentano le principali cause di morte della popolazione italiana: così, sono stati richiesti all'Istat i relativi tassi aggiornati agli ultimi anni disponibili.

I due indicatori, che contemplano le annualità che vanno dal 2007 al 2010, sono stati normalizzati: per fare ciò ci si è riferiti alla struttura della popolazione italiana per classi di età così come risulta dall'ultimo censimento (età 0-14, 15-34, 35-59 60-79 e 80+ ).

L'utilizzo degli indicatori non standardizzati presenta, infatti, alcuni rischi: il comune A potrebbe presentare una mortalità più elevata del comune B unicamente a causa dell'età media dei residenti. L'operazione di standardizzazione, insomma, consente il confronto tra periodi e territori differenti senza che lo stesso sia influenzato dalla variabile "età". Si è scelto inoltre di considerare quattro annualità per ottenere risultati più robusti.

L'informazione sintetica di dominio è calcolata come media aritmetica semplice degli indicatori per mortalità per malattie del sistema circolatorio e per tumori.

## 2.5 Alcune valutazioni sui dati provinciali

Anche per il 2013 la provincia del Medio Campidano si conferma come circoscrizione più svantaggiata. Olbia Tempio, Sassari e Oristano presentano la stessa posizione relativa<sup>1</sup> che occupavano nell'edizione precedente dell'indice.

**Tabella 1**

### Indice di sintesi per provincia - Anni 2012 e 2013

Valori normalizzati

Provincia	Anno 2012	Anno 2013
	Valore	Valore
Medio Campidano	1,00	1,00
Olbia Tempio	0,46	0,78
Sassari	0,43	0,69
Oristano	0,50	0,65
Nuoro	0,28	0,27
Ogliastra	0,00	0,11
Cagliari	0,10	0,10
Carbonia Iglesias	0,07	0,00

<sup>1</sup> Benché la variabilità degli indicatori provinciali non sia stata formalmente valutata è ragionevole pensare che, poiché gli stessi sono riferiti ad una popolazione di numerosità elevata come quella provinciale, le differenze tra le province si possono ritenere significative

## Glossario

### Malattie del sistema circolatorio

Secondo la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati le malattie del sistema circolatorio sono quelle appartenenti alle seguenti classi:

- Reumatismo articolare acuto
- Cardiopatie reumatiche croniche
- Malattie ipertensive
- Cardiopatie ischemiche
- Cuore polmonare e malattie del circolo polmonare
- *Altre forme di cardiopatia*
- *Malattie cerebrovascolari*
- *Malattie delle arterie, delle arteriole e dei capillari*
- *Malattie delle vene, dei vasi linfatici e dei linfonodi non classificate altrove*
- Altri e non specificati disturbi del sistema circolatorio

(Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità)

### Causa di morte

Le cause di morte da indicarsi sulla scheda di morte sono tutte quelle malattie, stati morbosi o traumatismi che abbiano condotto o contribuito al decesso e le circostanze dell' accidente o della violenza che hanno provocato questi traumatismi.

(Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità)

### Causa di morte iniziale

La definizione di causa di morte iniziale è sancita dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) nella classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati, 10 Revisione (Icd-10), I Edizione 1992:

- a) "la malattia o il traumatismo che ha dato inizio a quella catena d'eventi morbosi che porta direttamente a morte", oppure
- b) "l'insieme delle circostanze dell'accidente o della violenza che hanno provocato la lesione traumatica mortale"

(Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità)





**La Sardegna cresce con l'Europa**



**Sistema Informativo IDMS 2013**

**Progetto cofinanziato dall'Unione Europea**

**FESR - Fondo Europeo  
di Sviluppo Regionale**

**SARDEGNA**