

1 - Stato di Salute

LE MALATTIE CRONICHE

Per studiare la morbilità cronica, nell'indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - anni 1999-2000", è stata sottoposta agli intervistati una lista precodificata di ventotto malattie, chiedendo loro di indicare quelle da cui erano affetti. Rispetto all'indagine condotta nel 1994, sono state rilevate altre nove patologie: vene varicose, varicocele, emorroidi, malattie della pelle, malattie della tiroide, lombosciatalgia, epatite cronica, altri disturbi nervosi. È stato inserito anche un quesito aperto per rilevare patologie croniche non precodificate. Ciò rende l'aggregato "cronici", ossia le persone che dichiarano di soffrire di almeno una malattia cronica, non direttamente confrontabile con quello definito nella precedente indagine del 1994. Anche la modalità di somministrazione del questionario è stata modificata rispetto al 1994, presentando una quota maggiore di risposte dirette. Ciò significa che il confronto non può essere effettuato neanche per le singole patologie.

Per individuare il segmento di popolazione in peggiori condizioni di salute ed analizzarne le caratteristiche socio-demografiche sono stati costruiti due indicatori: "persone affette da almeno una malattia cronica grave" e "persone con tre o più malattie croniche". Il primo è stato definito aggregando nella categoria "gravi" nove gruppi di patologie, presupponendo che la presenza di queste patologie implichi cattive condizioni di salute ed un elevato livello di limitazioni: diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; trombosi, embolia, emorragia cerebrale; bronchite, enfisema, insufficienza respiratoria; cirrosi epatica; tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia); Parkinsonismo, Alzheimer, epilessia, perdita della memoria. Il secondo, invece, si riferisce indistintamente a tutte le patologie ed è costruito nell'ipotesi che evidenzii condizioni di salute difficili e limitanti, associate ad un peggioramento della qualità della vita.

MALATTIE IN FORMA ACUTA E TRAUMATISMI

Si tratta di eventi che turbano l'equilibrio psicofisico della popolazione anche se, almeno per alcune patologie, in modo temporaneo. Sono stati rilevati anche gli episodi di acutizzazione di patologie croniche per valutarne l'impatto sulle limitazioni delle attività quotidiane e sulle assenze dal lavoro.

A questo scopo, mediante un quesito aperto, si è chiesto agli intervistati se, nelle quattro settimane precedenti l'intervista, avessero sofferto di eventuali disturbi di salute, indipendentemente dalla loro gravità e tenendo conto, come si è detto, anche di eventuali malattie croniche, purché abbiano provocato disturbi nel periodo di riferimento. L'arco temporale è limitato alle sole quattro settimane antecedenti l'intervista in quanto, in tale modo, vengono ad essere ridotti gli effetti di distorsione che il riferimento ad un periodo più ampio può introdurre nella memoria dell'intervistato soprattutto nei casi di patologie meno gravi o di lieve entità.

INDICI DI SATO FISICO E PSICOLOGICO

L'SF-12 (Short form health survey) è un questionario che ha la finalità di indagare la percezione delle condizioni psicofisiche degli individui. È tratto da una versione più estesa, l'SF-36, introdotta negli Stati Uniti negli anni '80. Quest'ultimo è un questionario multidimensionale; si articola, infatti, in 36 items che si riferiscono ad otto dimensioni (attività fisica, limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica, stato emotivo, dolore fisico, percezione dello stato di salute generale, vitalità, attività sociali e salute mentale).

La sintesi dei punteggi consente di costruire due indici dello stato di salute, uno riguardante lo stato fisico (Physical component summary - Pcs), l'altro quello psicologico (Mental component summary - Mcs). I valori degli indici sintetici variano, sul campione osservato, da 10,5 a 69,7 per il Pcs e da 7,4 a 72,1 per l'indice Mcs indicando al loro crescere migliori condizioni di salute psicofisica. A livelli molto bassi (orientativamente sotto i 20 punti) di Pcs corrisponde una condizione di "sostanziali limitazioni nella cura di sé e nell'attività fisica, sociale e personale; importante dolore fisico; frequente stanchezza; la salute è giudicata scadente". Un basso indice di stato di salute psicologico evidenzia invece "frequente disagio psicologico; importante disabilità sociale e personale dovuta a problemi emotivi; la salute è giudicata scadente".

LA SALUTE PERCEPITA

Gli indicatori di salute percepita sono basati sul quesito dell'indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - 1999/2000. In questa indagine il quesito è quello raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità. Alla domanda "Come va in generale la sua salute?" l'intervistato risponde esprimendo un giudizio con una scala verbale a cinque valori (molto male, male, discretamente, bene, molto bene).

LA DISABILITA'

Per rilevare il fenomeno della disabilità l'Istat fa riferimento ad una batteria di quesiti, predisposti da un gruppo di lavoro dell'Oecd sulla base della classificazione Icidh (International classification of impairment, disability and handicap) dell'Organizzazione mondiale della sanità, che consente di studiare specifiche dimensioni della disabilità: la dimensione fisica, riferibile alle funzioni della mobilità e della locomozione, che nelle situazioni di gravi limitazioni si configura come confinamento; la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane che si riferisce alle attività di cura della persona; la dimensione della comunicazione che riguarda le funzioni della vista, dell'udito e della parola. La classificazione distingue tra menomazione, disabilità e handicap e stabilisce una relazione tra questi tre concetti che vengono così definiti:

- per menomazione "si intende qualsiasi perturbazione mentale o fisica del funzionamento del corpo. Essa è caratterizzata da perdite o anomalia anatomica, psicologica o fisiologica (a livello di un tessuto, di un organo, di un sistema funzionale o di una singola funzione del corpo)";
- per disabilità si intende "la riduzione o la perdita di capacità funzionali o dell'attività conseguente alla menomazione";
- l'handicap è lo "svantaggio vissuto a causa della presenza di menomazioni o disabilità. Esso dunque esprime le conseguenze sociali o ambientali della disabilità o della menomazione".

Ad ogni tipo di disabilità corrisponde una batteria di quesiti con modalità di risposta che prevedono diversi gradi di difficoltà (da una parziale autonomia ad una difficoltà maggiore fino ad arrivare all'incapacità di adempiere la funzione senza l'aiuto di altre persone). Per una corretta interpretazione dei dati è rilevante sottolineare che, per ciascuna domanda, l'intervistato risponde secondo la valutazione soggettiva del proprio livello di autonomia. Tale valutazione può variare non solo in funzione delle diverse condizioni di salute e di livello di autonomia, ma anche per differenze culturali e cognitive o per disparità nel disporre di sostegni materiali e relazionali di cui il disabile può avvalersi per far fronte alle proprie limitazioni.

E' definita disabile la persona che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, dichiara il massimo grado di difficoltà in almeno una delle funzioni rilevate con ciascuna domanda, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, ecc.).

A seconda della sfera di autonomia funzionale compromessa, sono state costruite quattro tipologie di disabilità: confinamento, difficoltà nel movimento, difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana, difficoltà della comunicazione. Per confinamento si intende costrizione permanente a letto, su una sedia, o nella propria abitazione per motivi fisici o psichici; coloro che risultano confinati rispondono solo ai quesiti sull'attività motoria compatibili con la relativa tipologia di confinamento. Le persone con difficoltà nel movimento hanno problemi nel camminare (riescono solo a fare qualche passo senza aver bisogno di fare soste), non sono in grado di salire e scendere da soli una rampa di scale senza fermarsi, non riescono a chinarsi per raccogliere oggetti da terra. Le difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana riguardano la completa assenza di autonomia nello svolgimento delle essenziali attività quotidiane o di cura della persona, quali mettersi a letto o sedersi da soli, vestirsi da soli, lavarsi o farsi il bagno o la doccia da soli, mangiare da soli anche tagliando il cibo. Nelle difficoltà della comunicazione sono infine comprese le limitazioni nel sentire (non riuscire a seguire una trasmissione televisiva anche alzando il volume e nonostante l'uso di apparecchi acustici); limitazioni nel vedere (non riconoscere un amico ad un metro di distanza); difficoltà nella parola (non essere in grado di parlare senza difficoltà).

E' infine importante precisare che, poiché nel set di quesiti per rilevare la disabilità è inclusa la scala Adl (Activities of daily living) costruita per valutare il grado di autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane, tale strumento non è adatto alla somministrazione ai bambini di età inferiore ai 6 anni. Pertanto la consistenza numerica dei disabili non include questo segmento di popolazione. La scala inoltre consente solo in modo parziale di cogliere le disabilità connesse a patologie psichiatriche e ad insufficienze mentali. A ciò occorre aggiungere che la stima derivante dall'indagine si riferisce alle persone che vivono in famiglia - le unità finali di campionamento sono infatti le famiglie - e non tiene conto quindi degli individui residenti permanentemente in istituzioni. Tra questi ultimi sono senz'altro presenti quote non trascurabili di disabili presumibilmente con elevati livelli di gravità (basti pensare alle Residenze sanitarie assistenziali per anziani non autosufficienti). Tuttavia, poiché in Italia i disabili vivono molto frequentemente in famiglia, l'effetto in termini di sottostima della consistenza del fenomeno risulta abbastanza contenuto.

INDICATORI UTILIZZATI

Tassi standardizzati: media ponderata dei tassi specifici per classi decennali di età. I pesi all'età $x, x+9$ sono dati dal rapporto tra la popolazione residente di età $x, x+9$ al Censimento del 1991 e la popolazione residente totale alla stessa data (per mille).

2 - Speranza di vita, Speranza di vita in buona salute, Speranza di vita libera da disabilità

INDICATORI UTILIZZATI

Speranza di vita all'età x : numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti all'età x . Riferita ad una tavola di mortalità è il rapporto tra la cumulata degli anni vissuti ($L_{x,x+Dx}$) dall'età x all'età estrema w ed i sopravvissuti all'età x (l_x).

Speranza di vita in buona salute all'età x : numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti all'età x in condizioni di buona salute. Si considerano in buona salute le persone che in occasione dell'indagine sulle "Condizioni di salute della popolazione e ricorso ai servizi sanitari" hanno dichiarato di sentirsi "bene" o "molto bene". In base al metodo di Sullivan si calcola come la speranza di vita all'età x , solo che gli anni vissuti ($L_{x,x+Dx}$) tra le varie età sono moltiplicati per la percentuale di coloro che hanno dichiarato di sentirsi bene o molto bene.

Speranza di vita libera da disabilità all'età x : numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti all'età x in assenza di disabilità. In base al metodo di Sullivan si calcola come la speranza di vita all'età x , solo che gli anni vissuti ($L_{x,x+Dx}$) tra le varie età sono moltiplicati per la percentuale di coloro che non sono disabili.

3 – Mortalità

AVVERTENZA

Nel volume sono riportate solo le tavole relative al 1999. Nel floppy disk allegato al volume viene riportata la serie storica 1997-1999. I dati relativi al 1997 sono leggermente diversi da quelli pubblicati nella precedente edizione perché è cambiata la popolazione di riferimento utilizzata nel calcolo dei tassi.

INDICATORI UTILIZZATI

Tasso specifico di mortalità: rapporto tra i decessi di età $x, x+4$ e l'ammontare medio annuo della popolazione residente della stessa età (per 1.000).

Tasso grezzo di mortalità: rapporto tra il totale di decessi e l'ammontare medio annuo della popolazione residente (per 1.000).

Tasso standardizzato di mortalità: media ponderata dei tassi specifici di mortalità. I pesi all'età $x, x+4$ sono dati dal rapporto tra la popolazione residente di età $x, x+4$ al Censimento del 1991 e la popolazione residente totale alla stessa data (per 1.000).

Tasso di mortalità infantile: rapporto tra il numero di decessi avvenuti nel primo anno di vita ed il numero di nati vivi (per 1.000).

4 - Stili di vita

INDICATORI UTILIZZATI

Indice di massa corporea: rapporto tra il peso di un individuo, espresso in Kg, ed il quadrato della sua statura, espressa in metri. Una persona è in sovrappeso quando il suo indice di massa corporea assume valori maggiori o uguali a 25 ma minori di 30. Una persona è obesa quando il suo indice di massa corporea assume valori maggiori o uguali a 30.

6 - Spesa sanitaria pubblica e privata

IL SISTEMA DEI CONTI EUROPEI (SEC95)

La spesa sanitaria pubblica riportata nel presente volume è elaborata secondo i criteri e le definizioni previste dalla Contabilità nazionale, ed in particolare dal Sistema europeo dei conti nazionali Sec95 e dal Sistema europeo delle statistiche integrate della protezione sociale Sespros96. Essa rappresenta la sintesi delle operazioni correnti effettuate dalle istituzioni delle Amministrazioni pubbliche nel campo della sanità. Tali istituzioni sono le Aziende sanitarie locali e le Aziende ospedaliere, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e i Policlinici universitari, l'Amministrazione statale, alcuni Enti di assistenza, come la Croce rossa italiana, le Amministrazioni comunali, provinciali e regionali.

La spesa è analizzata per regione e per funzione economica. L'istituzione pubblica opera nel campo della sanità in modo diretto, utilizzando proprie strutture produttive, o in regime di convenzione, acquistando dalle istituzioni private i beni e servizi da erogare ai cittadini. I servizi forniti direttamente sono costituiti dai servizi ospedalieri e dai servizi medici ambulatoriali. Le fonti disponibili non consentono di effettuare l'analisi di tali servizi per tipo di assistenza a livello di ciascuna regione. Per i beni e servizi erogati in regime di convenzione è invece disponibile una disaggregazione maggiore: è possibile quantificare separatamente l'assistenza farmaceutica, l'assistenza medico-generica, l'assistenza medico-specialistica, l'assistenza ospedaliera in case di cura private, l'assistenza protesica e balneotermale e altra assistenza, principalmente costituita da assistenza integrativa e domiciliare. Per valutare la spesa corrente totale, oltre alle spese direttamente riconducibili a tali attività, è necessario considerare anche la spesa per i servizi amministrativi e per gli interessi passivi, le imposte e le tasse, i premi di assicurazione e le contribuzioni diverse (trasferimenti a imprese, famiglie e istituzioni senza scopo di lucro al servizio delle famiglie) a carico delle istituzioni pubbliche.

Le principali fonti utilizzate sono costituite da rilevazioni Istat o di altre istituzioni sui flussi di bilancio degli enti pubblici che operano in campo sanitario. I dati sono rilevati a livello regionale. In particolare, per le Aziende sanitarie locali e le Aziende ospedaliere viene utilizzata la rilevazione dei conti economici curata dal Ministero della salute; per gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e i Policlinici universitari si dispone di una indagine di natura censuaria sui flussi di bilancio condotta dall'Istat; per gli Enti di assistenza le informazioni di bilancio o di carattere extra-contabile sono acquisite direttamente dagli enti titolari; per l'Amministrazione statale si dispone dei flussi di bilancio messi a disposizione dal Ministero dell'economia e delle finanze, analizzati secondo una classificazione economico-funzionale a partire dalla quale è possibile individuare la spesa sostenuta nel campo della sanità; per le Amministrazioni territoriali si dispone di indagini Istat sui rendiconti in cui la spesa è analizzata, come per l'Amministrazione statale, secondo una classificazione economico-funzionale.

7 - Offerta sanitaria

DEFINIZIONI

Istituti di cura pubblici: comprendono le aziende ospedaliere, gli ospedali presidi delle Asl, i policlinici universitari, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e privati, gli ospedali classificati o assimilati, gli istituti psichiatrici residuali, gli istituti privati qualificati presidi delle Asl, gli enti di ricerca.

Istituti di cura privati accreditati: sono costituiti dalle case di cura accreditate. I dati di struttura ed attività di questi istituti non comprendono l'attività privata a pagamento.

Posti letto in regime di day hospital: si tratta dei posti letto disponibili in day hospital, ovvero quelli dichiarati al 1° gennaio dell'anno di riferimento dei dati.

Posti letto standard per acuti: sono i posti letto destinati all'attività per acuti che, secondo le disposizioni contenute nella Legge n.382 del 18/7/1996, dovrebbe possedere la regione per rispettare il parametro di dotazione standard pari a 4,5 posti letto ogni 1.000 abitanti.

AVVERTENZE

A partire dal 1999, le informazioni sul personale del Servizio sanitario nazionale, delle aziende ospedaliere e degli ospedali presidi delle Asl sono rilevate attraverso il Conto annuale definito in concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze.

Per i dati sugli istituti di cura, a causa del mancato invio di parte delle informazioni da alcune strutture ospedaliere, l'Istat per gli anni 1995-1998 ha effettuato delle stime dei dati mancanti. A seguito delle innovazioni introdotte dal Ministero della salute nella produzione dei dati, dal 1999 non è stato possibile procedere con l'operazione di stima e pertanto i dati sono quelli originali.

8 - Domanda sanitaria e soddisfazione dei cittadini

DEFINIZIONI

Istituti di cura pubblici: comprendono le aziende ospedaliere, gli ospedali presidi delle ASL, i policlinici universitari, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e privati, gli ospedali classificati o assimilati, gli istituti psichiatrici residuali, gli istituti privati qualificati presidi delle ASL, gli enti di ricerca.

Istituti di cura privati accreditati: sono costituiti dalle case di cura accreditate. I dati di struttura ed attività di questi istituti non comprendono l'attività privata a pagamento.

AVVERTENZE

Dati relativi agli istituti di cura: dal 1999 il Ministero della salute calcola i dati di attività delle strutture pubbliche a partire dalle "Schede di dimissione ospedaliera" (Sdo). Questa innovazione comporta che le informazioni relative alle degenze e alle giornate di degenza degli istituti di cura pubblici sono in realtà riferite alle dimissioni e alle giornate di degenza dei pazienti dimessi e non alle degenze in senso stretto (presenze a inizio anno + ammissioni nel corso dell'anno).

INDICATORI UTILIZZATI

Degenza media: rapporto tra le giornate di degenza e le degenze. Esprime il tempo (in giorni) che mediamente intercorre tra l'ingresso in ospedale del paziente e la sua dimissione, ovvero il numero medio di giorni richiesto per il trattamento dei casi in regime di ricovero ordinario.

Tasso di ospedalizzazione: rapporto tra il numero di degenze e la popolazione media residente (per 1.000). Esso esprime il numero medio di degenze ogni 1.000 residenti.

Tasso di utilizzo per 100 posti letto: è il rapporto tra le giornate di degenza effettive e le giornate di degenza potenziali moltiplicato per 100. Le giornate di degenza potenziali sono calcolate moltiplicando il numero di posti letto per i giorni dell'anno in cui il reparto è stato attivo (365 o 366 se tutto l'anno). Esso esprime in percentuale l'effettiva occupazione dei posti letto rispetto alla dotazione disponibile.

Tasso di ricorso al pronto soccorso: rapporto tra il numero di contatti con il pronto soccorso e la popolazione media residente (per 1.000). Esso esprime il numero medio di contatti con il pronto soccorso ogni 1.000 residenti.

9 - Struttura demografica

INDICATORI UTILIZZATI

Indice di vecchiaia: rapporto tra la popolazione residente di età superiore a 65 anni e quella di età compresa tra 0 e 14 anni (per 100).

Tasso di incremento naturale: differenza tra il numero dei nati vivi e il numero dei decessi in rapporto alla popolazione residente media dell'anno (per 1.000).

Tasso di natalità: rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente (per 1.000).

Tasso di mortalità: rapporto tra il numero di decessi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente (per 1.000).

10 - Fecondità e abortività

INDICATORI UTILIZZATI

Tasso di fecondità grezzo: rapporto tra il numero di nati vivi da donne in età feconda (15-49 anni) e l'ammontare della popolazione residente femminile in età feconda (per 1.000).

Tasso specifico di fecondità: rapporto tra il numero di nati vivi da donne di età x e l'ammontare della popolazione residente femminile della stessa età (per 1.000). Si considera solo la popolazione femminile in età feconda (15-49 anni).

Tasso di fecondità totale: somma dei tassi specifici di fecondità. Fornisce il numero medio di figli in una coorte fittizia di 1.000 donne non toccate dalla mortalità, che sperimentano alle varie età della vita feconda i tassi specifici per età di fecondità osservati in un dato anno di calendario t.

Tasso di fecondità standardizzato: media ponderata dei tassi specifici di fecondità. I pesi sono dati dal rapporto tra la popolazione residente femminile di età x al Censimento del 1991 e la popolazione residente femminile in età feconda (15-49 anni) alla stessa data (per 1.000). Il tasso standardizzato è una misura "depurata" dall'effetto della struttura per età della popolazione. Esso consente perciò di effettuare confronti fra popolazioni con strutture per età differenti.

Tasso di abortività grezzo: rapporto fra gli aborti effettuati da donne in età feconda (15-49 anni) e la popolazione residente femminile in età feconda (per 1.000).

Tasso di abortività specifico: rapporto tra il numero di aborti di donne di età x e l'ammontare della popolazione residente femminile della stessa età (per 1.000). Si considera solo la popolazione femminile in età feconda (15-49 anni).

Tasso di abortività totale: somma dei tassi di abortività specifici. Ha un significato analogo al tasso di fecondità totale.

Tasso di abortività standardizzato: media ponderata dei tassi specifici di abortività. I pesi sono dati dal rapporto tra la popolazione residente femminile di età x al Censimento del 1991 e la popolazione residente femminile in età feconda (15-49 anni) alla stessa data (per 1.000). Ha un significato analogo al tasso di fecondità standardizzato.

Rapporto di abortività grezzo: rapporto fra il numero di aborti di donne in età feconda (15-49 anni) e il numero di nati vivi da donne in età feconda (per 1.000).

Rapporto di abortività specifico: rapporto fra gli aborti effettuati da donne di età x e i nati vivi da donne della stessa età (per 1.000).

Rapporto di abortività standardizzato: media ponderata dei rapporti specifici di abortività. I pesi sono dati dal rapporto tra i nati vivi dalla popolazione residente femminile di età x al Censimento del 1991 ed i nati vivi dalla popolazione residente femminile in età feconda (15-49 anni) alla stessa data (per 1.000).

11 - Famiglia e istruzione

INDICATORI UTILIZZATI

Quoziente di nuzialità: rapporto tra il numero di matrimoni celebrati nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente (per 1.000).

12 - Ambiente e Territorio

DEFINIZIONI

Popolazione urbana: secondo la definizione adottata dall'OECD la popolazione urbana è quella residente in aree con densità superiore o uguale a 150 abitanti per kmq.

13 - Occupazione e povertà

L'INDAGINE ISTAT SUI CONSUMI DELLE FAMIGLIE

L'indagine sui Consumi delle famiglie ha lo scopo di rilevare la struttura ed il livello dei consumi secondo le principali caratteristiche sociali, economiche e territoriali della famiglie residenti. Grazie al disegno che la caratterizza, l'indagine consente di conoscere e seguire l'evoluzione, in senso qualitativo e quantitativo, degli standard di vita e dei comportamenti di consumo delle principali tipologie familiari, in riferimento ai differenti ambiti territoriali e sociali.

I questionari ed i tempi di indagine rilevano dettagliatamente tutte le voci relative alla spesa per consumi, ma anche le principali caratteristiche socio-demografiche dei componenti la famiglia, le principali caratteristiche dell'abitazione, il possesso dei beni durevoli ed anche alcune informazioni sul reddito e l'attività di risparmio.

Il processo di acquisizione è in modalità Cadi (Computer assisted data input) e il trattamento dei dati avviene tramite una procedura automatica costituita da varie fasi (imputazione deterministica e probabilistica per i dati mancanti od errati, controlli di coerenza a livello macro e micro, individuazione e trattamento di valori outliers). Il sistema di ponderazione tiene conto dell'evoluzione demografica della popolazione di famiglie nel corso dell'anno di rilevazione.

La serie storica direttamente confrontabile è disponibile a partire dal 1997.

La spesa media totale (al netto delle spese per manutenzione straordinaria dell'abitazione, dei mutui e dei premi pagati per assicurazione vita e rendite vitalizie che non rientrano nel concetto economico di spesa per consumi) è la variabile principale utilizzata per l'analisi della povertà; su tale variabile viene stimato il valore della linea di povertà, vengono applicate le scale di equivalenza e vengono calcolati i valori dei principali indici (incidenza e intensità). Anche la serie storica degli indici di povertà direttamente confrontabili è disponibile a partire dal 1997 e non può essere direttamente confrontata con le stime ottenute e pubblicate per gli anni precedenti.

INDICATORI UTILIZZATI

Tasso di attività: rapporto tra le forze di lavoro e la popolazione residente di 15 anni e più (per 100).

Tasso di occupazione: rapporto tra gli occupati e la popolazione residente di 15 anni e più (per 100).

Tasso di disoccupazione: rapporto tra le persone in cerca di occupazione e le forze di lavoro (per 100).

Incidenza della povertà: rapporto tra le famiglie o persone povere ed il totale di famiglie o persone (per 100).

Intensità della povertà: media degli scarti dei consumi delle famiglie povere dalla soglia di povertà, ovvero dal consumo nazionale medio pro capite (per 100).