

## Perché disaggregare per sesso?

L'esempio del rapporto tra fattori di rischio comportamentali e determinanti socio-demografici di salute dalla sorveglianza PASSI Umbria

Chiara Primieri e Carla Bietta

CHRISTINA WOCINTECHCHAT SU UNSPLASH

*Si ringraziano tutti gli operatori coinvolti nelle sorveglianze sia a livello regionale che nelle singole Aziende USL. Si ringrazia il Gruppo Tecnico nazionale e gli operatori dell'Istituto Superiore di Sanità che garantiscono la scientificità di tutti i percorsi, la validità delle analisi e la diffusione precoce dei dati.*

Per lungo tempo in medicina e nella ricerca medica è prevalsa un'impostazione androcentrica, assumendo di fatto un'ipotetica *norma maschile* dalla quale le femmine sfuggivano per alcune caratteristiche correlate principalmente alla fisiologia riproduttiva. L'epidemiologia ha avuto un grande ruolo nel far emergere le differenze tra i due sessi nell'insorgenza, nelle manifestazioni cliniche e nel decorso delle patologie, come anche nella risposta e nelle reazioni ai trattamenti terapeutici, nell'accesso alle cure e nell'impatto in termini di utilizzo di risorse sanitarie.

Dagli anni Novanta ha iniziato a diffondersi un nuovo "approccio di genere" che mira a tenere in considerazione tutte le variabili che caratterizzano il genere e che agiscono sulla salute; tuttavia, la consapevolezza del genere come determinante di salute è ancora oggi limitata. Nel linguaggio comune, le parole "sesso" e "genere" sono spesso utilizzate come sinonimi, ma indicano in realtà due concetti molto diversi tra loro: il sesso è definito da un insieme di caratteristiche biologiche dell'individuo alla sua nascita, mentre il genere si riferisce alle caratteristiche socioculturali che distinguono il maschile dal femminile anche in termini di norme, ruoli, attività, opportunità e relazioni tra individui. Anche nella stessa ricerca epidemiologica, continuano ad esserci difficoltà nel considerare queste differenze in modo appropriato: le analisi statistiche vengono spesso presentate riportando un dato complessivo, che comprende sia gli uo-

mini che le donne, non disaggregando i dati almeno per sesso e quindi non dando a eventuali differenze la possibilità di emergere. Anche considerare il sesso solo come una variabile di confondimento per la quale correggere le analisi dei dati può portare a occultare e quindi non considerare importanti differenze tra i sessi nei risultati. Per questo motivo, l'indicazione alla disaggregazione dei dati per sesso si fa sempre più cogente e viene sostenuta in modo sempre più corale in ambito sanitario.

La corretta considerazione del genere è particolarmente rilevante in forza del suo stretto legame con salute ed equità. L'appartenenza di genere agisce infatti non solo come importante determinante di salute, ma determina anche una diversa probabilità di esposizione agli altri determinanti socio-demografici, quindi ai meccanismi che generano le disuguaglianze di salute. Poiché gli stili di vita sono influenzati dalle condizioni

anagrafiche e socio-economiche, la conoscenza e il monitoraggio del rapporto tra i vari determinanti socio-demografici di salute e gli stili di vita è fondamentale anche per definire interventi di promozione della salute, finalizzati a ridurre le disuguaglianze e a migliorare il benessere di tutta la popolazione. Per individuare le disuguaglianze di salute dovute alle differenze di genere, oltre a valutare come si collocano maschi e femmine sia rispetto agli stili di vita che rispetto ai principali determinanti socio-demografici di salute, è quindi opportuno esaminare il diverso effetto che i determinanti socio-demografici hanno sui fattori di rischio comportamentali nella popolazione maschile e in quella femminile.

Obiettivo di questo studio, partendo dalle fonti di dati disponibili nel nostro territorio, è quello di valutare in quale misura i determinanti socio-demografici di salute si associano a comportamenti a rischio nella popolazione maschile e in quella femminile, evidenziandone le eventuali differenze.

## Materiali e metodi

### Fonte dei dati

PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), inserito nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 12 gennaio 2017), è un sistema di sorveglianza di popolazione attivo con rilevazioni in continuo dal 2008, che si pone l'obiettivo di monitorare, attraverso indagini campionarie, lo stato di salute della popolazione adulta di età compresa tra i 18 e i 69 anni. I dati sono rilevati attraverso interviste telefoniche che vanno a indagare stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili, raccogliendo anche

informazioni sul grado di conoscenza e di adesione ai programmi di intervento realizzati per la prevenzione delle stesse. Il coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) assicura che le informazioni siano raccolte utilizzando uno specifico protocollo operativo, attraverso questionari strutturati e standardizzati di provata validità e con il costante monitoraggio della qualità dei dati raccolti e delle performance nella rilevazione. I risultati, aggregati in set annuali e con un livello di dettaglio fino alle Aziende Sanitarie Locali (ASL), vengono messi a disposizione dei pianificatori aziendali e regionali; inoltre, vengono resi fruibili attraverso un sito web dedicato e aperto a tutti, che ospita e rende confrontabili i principali risultati a livello nazionale e regionale.

### DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI RELATIVI A FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI SELEZIONATI DA PASSI

L'abitudine al fumo, il consumo di alcol, la sedentarietà e la dieta povera di frutta e verdura sono tra i fattori di rischio comportamentali monitorati da PASSI per le importanti implicazioni di salute e le notevoli prospettive in ambito di prevenzione e promozione della salute.

Viene definito fumatore una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette e di essere fumatore al momento dell'intervista o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi.

Con consumatore di alcol a maggior rischio ci si riferisce a coloro che, nei 30 giorni precedenti all'intervista, hanno dichiarato un consumo di alcol (almeno una delle seguenti): i. abitualmente elevato (in media più di 2 unità alcoliche al giorno per i maschi e in media più di un'unità alcolica al giorno per le fem-

mine), ii. binge (5 o più unità alcoliche in una singola occasione per i maschi e 4 o più unità alcoliche in una singola occasione per le femmine), iii. esclusivamente o prevalentemente fuori pasto.

Per sedentario si considera chi ha dichiarato di non aver praticato alcuna attività fisica nel tempo libero nei 30 giorni precedenti l'intervista e contestualmente di non lavorare oppure svolgere un lavoro non regolare o sedentario (stando seduti o in piedi, come chi lavora al computer, guida la macchina, fa lavori manuali senza sforzi fisici).

Nel valutare una dieta povera di frutta e verdura si considera la non adesione alla raccomandazione del five a day, riferendosi cioè a coloro che dichiarano di non raggiungere un consumo abituale giornaliero di almeno 5 porzioni di frutta e/o verdura.

### DETERMINANTI SOCIO-DEMOGRAFICI DI SALUTE DALLA SORVEGLIANZA PASSI

La rilevazione in PASSI di variabili di tipo socio-demografico consente di stratificare gli indicatori di rischio e monitorare le disuguaglianze socio-demografiche di salute. Le variabili socio-demografiche considerate sono state: sesso (maschi, femmine), età (18-34, 35-49, 50-69), cittadinanza (italiana, straniera), titolo di studio (nessuno/elementare, media inferiore, media superiore, laurea), situazione lavorativa (occupato, non occupato), difficoltà economiche (nessuna, qualche, molte). È stato considerato anche l'anno di rilevazione per consentire di descrivere l'andamento nel tempo dei fattori di rischio considerati e di evidenziare quindi eventuali cambiamenti.

## ANALISI

Gli indicatori relativi ai fattori di rischio comportamentale sono stati valutati nel periodo 2010-2022.

Nella popolazione in studio sono state calcolate le prevalenze per ciascun fattore di rischio comportamentale e la distribuzione delle caratteristiche socio-demografiche con i relativi intervalli di confidenza al 95% (IC95%). L'associazione tra i fattori di rischio e le caratteristiche socio-demografiche disponibili è stata valutata tramite analisi logistica

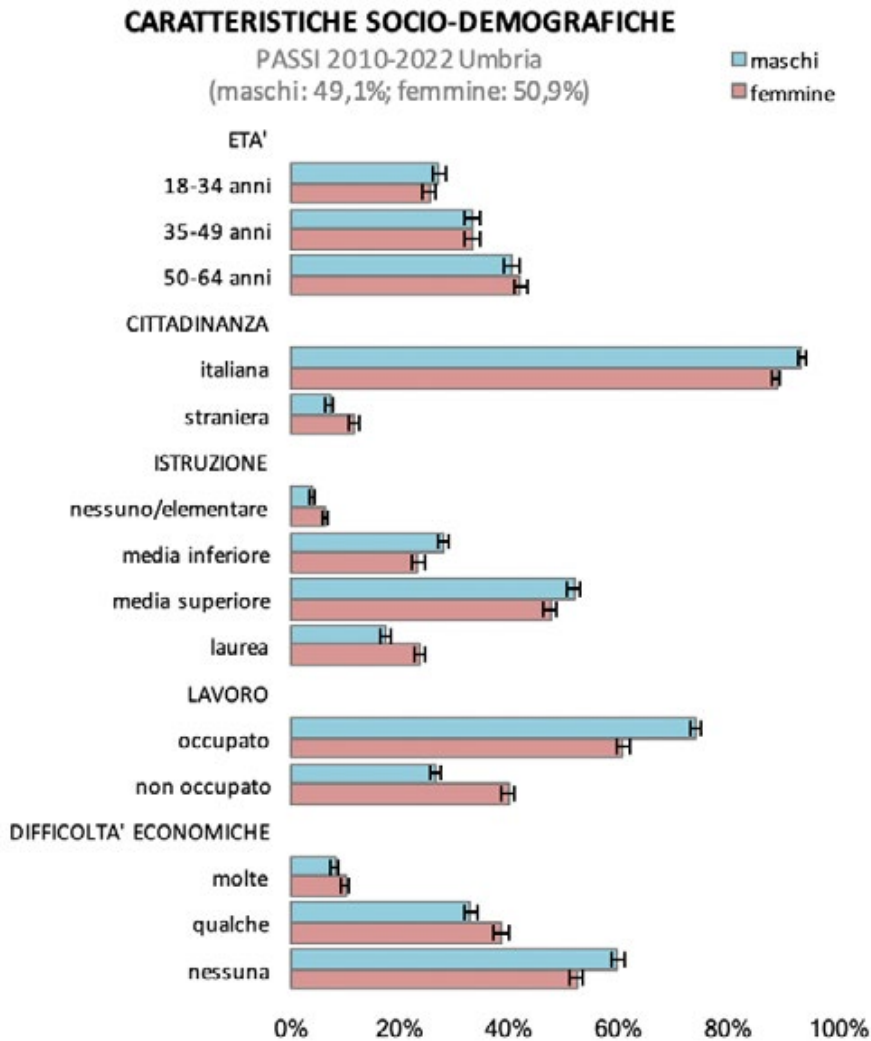
multivariata calcolando i rapporti di probabilità (Odds ratio, OR con IC95%), disaggregando anche per sesso.

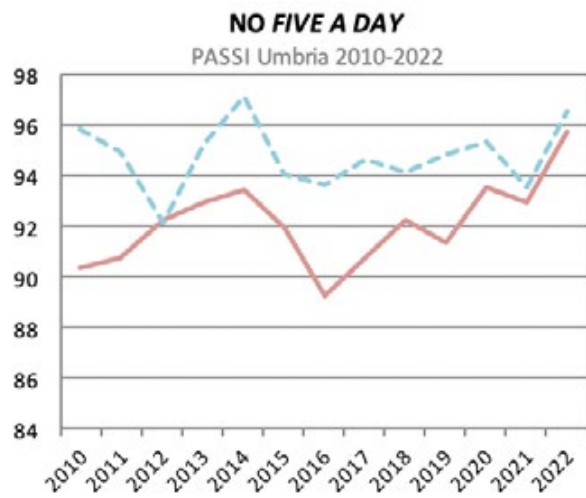
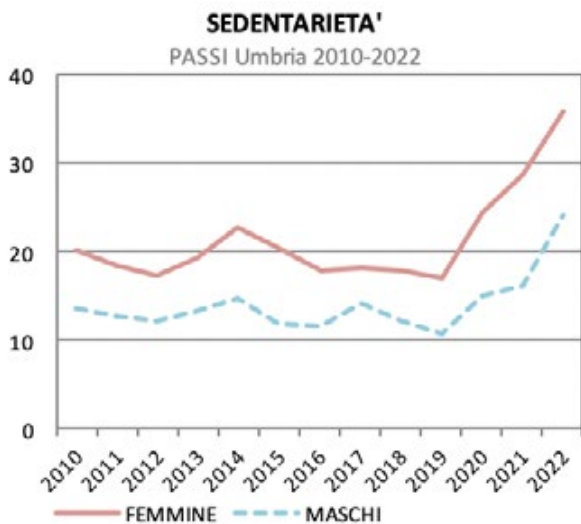
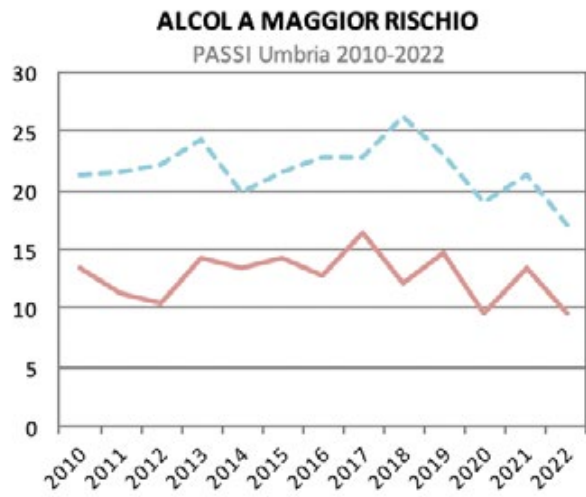
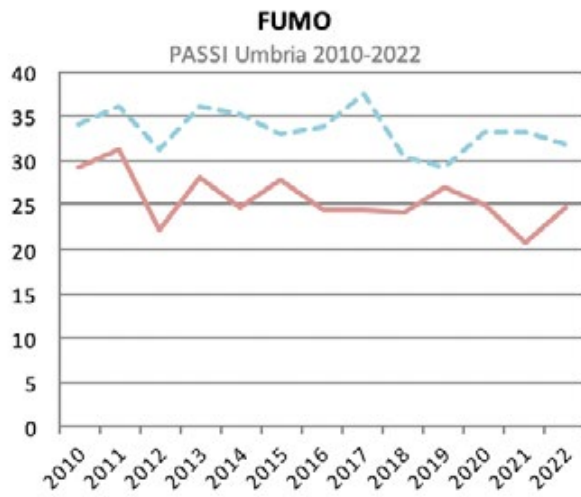
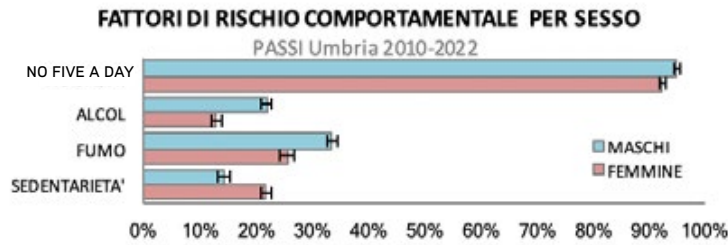
## Risultati

Nei grafici di seguito riportati sono descritte le caratteristiche socio-demografiche e comportamentali per sesso, con i relativi intervalli di confidenza per mettere in evidenza le differenze significative tra i due sessi.

## CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DELLA POPOLAZIONE IN STUDIO

Nella popolazione femminile rispetto a quella maschile è significativamente maggiore la quota di coloro che dichiarano di essere cittadine straniere, di non avere un'occupazione lavorativa e di arrivare a fine mese con difficoltà economiche (qualche o molte), mentre nei maschi è più frequente avere un livello di istruzione intermedio (media inferiore o superiore).





## FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALE DELLA POPOLAZIONE IN STUDIO

Tra i maschi si riscontrano una maggior abitudine al fumo, un maggior consumo di alcol a maggiore rischio e un minor consumo di frutta e verdura, mentre tra le donne si osserva una maggior prevalenza di sedentarietà.

Nel periodo considerato, che ricomprende anche l'evento pandemico, la prevalenza percentuale dei comportamenti a rischio considerati mostra per entrambi i sessi, pur con le differenti prevalenze menzionate, un analogo andamento, non facendo registrare significative variazioni, fatta eccezione per un trend in lieve aumento della non adesione al *five a day* tra le femmine e un significativo aumento della sedentarietà in entrambi i sessi dal periodo pandemico.

Associazione tra determinanti socio-de-

mografici di salute e fattori di rischio comportamentali

Attraverso un modello di analisi logistica multivariata in cui sono state inserite per ciascun fattore di rischio le variabili socio-demografiche disponibili ed effettuata sia nella popolazione totale che disaggregata per sesso, sono emerse interessanti differenze di associazione riportate nella tabella sottostante.

Cercando di semplificare le informazioni ottenute dalle analisi statistiche e con l'intento di facilitarne la lettura, oltre a riportare tutte le associazioni significative emerse, sono stati evidenziati i box in cui l'analisi disaggregata per sesso si differenzia da quella relativa alla popolazione totale con tre diversi colori, in base alla tipologia delle differenze riscontrate.

- Associazioni presenti in un unico sesso che l'analisi non disaggregata non lascerebbe emergere (box verdi): l'analisi disaggregata mette in evidenza l'associazione tra la non

occupazione lavorativa e il consumo di alcol a maggior rischio nei maschi; evidenzia inoltre l'associazione tra l'aver qualche difficoltà economica e la non adesione al *five a day* sempre nei maschi.

- Associazioni emerse per la popolazione totale che evidenziano una diversa associazione alle modalità dei singoli determinanti socio-demografici tra i due sessi (box viola): sempre grazie alla disaggregazione per sesso, tra i maschi emerge che l'età è associata alla non adesione al *five a day* soltanto per i più giovani (18-34enni), alla condizione di fumatore si associano tutti i titoli di studio inferiori alla laurea che risulta essere invece l'unico livello di istruzione associato al consumo di alcol a maggior rischio; tra le femmine emerge invece la non significatività dell'associazione tra sedentarietà e qualche difficoltà economica.

Determinanti socio-demografici e fattori di rischio comportamentali per sesso (modello logistico multivariato - PASSI Umbria 2010-2022)

	SEDENTARIETA'			FUMO			ALCOL			NO 5ADAY		
	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine
<b>età</b>												
18-34	-	-	-	●	●	●	●	●	●	●	●	●
35-49	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
50-69	●	●	●	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>cittadinanza</b>												
italiana	●	-	●	●	●	●	●	-	●	-	-	-
straniera	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>livello istruzione</b>												
elementare	●	-	●	●	●	●	-	-	-	●	●	●
media inf.	-	-	-	●	●	●	●	-	●	●	●	●
media sup.	-	-	-	●	●	●	●	-	●	●	●	●
laurea	-	-	-	-	-	-	●	●	●	-	-	-
<b>lavoro</b>												
non occupato	●	●	●	-	-	-	-	●	-	-	-	-
occupato	-	-	-	●	●	●	-	-	-	●	●	●
<b>difficoltà economiche</b>												
molte	●	●	●	●	●	●	●	-	●	-	-	-
qualche	●	●	-	●	●	●	●	-	-	●	-	-
nessuna	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

● Associazione statisticamente significativa

– Riferimento

## In conclusione

Dall'analisi stratificata per sesso dei dati della sorveglianza di popolazione PASSI emergono differenze tra maschi e femmine nell'interazione tra determinanti socio-demografici e fattori di rischio comportamentali che non sarebbe stato possibile individuare utilizzando i dati non stratificati. In particolare, l'istruzione gioca un ruolo più incisivo nelle donne relativamente all'attività fisica e all'alimentazione, mentre tra gli uomini emerge un significativo legame sia tra non occupazione lavorativa e consumo di alcol a maggior rischio che tra difficoltà economiche e scarso consumo di frutta e verdura.

Riuscire ad applicare un approccio di genere nella ricerca e nei percorsi di cura è importante non solo per migliorare la comprensione dei fattori che influenzano la salute, ma anche per una medicina focalizzata sulle caratteristiche specifiche del paziente, contribuendo a rafforzare la centralità della persona. Il genere si colloca infatti tra i più importanti determinanti di salute, in grado di generare significative disuguaglianze tra uomini e donne e si caratterizza come dimensione trasversale ai numerosi e diversi campi della medicina. Per la sanità pubblica un approccio di genere si impone come componente strategica; in questa ottica, garantire almeno la stratificazione per sesso risulta di fondamentale importanza per un'attenta lettura dello stato di salute della popolazione e in una prospettiva di appropriatezza degli interventi e di equità di accesso alle cure, con il fine ultimo di migliorare la salute di tutti attraverso una medicina quanto più possibile personalizzata, auspicabilmente più efficace ed economica.

## Riferimenti bibliografici

- Baldissera, Sandro et al. "Features and initial assessment of the Italian Behavioral Risk Factor Surveillance System (PASSI), 2007-2008." *Preventing chronic disease* vol. 8,1 (2011): A24
- Morgan, Rosemary et al. "How to do (or not to do)... gender analysis in health systems research." *Health policy and planning* vol. 31,8 (2016): 1069-78. doi:10.1093/heapol/czw037
- Ministero della Salute. Il genere come determinante di salute. Lo sviluppo della medicina di genere per garantire equità e appropriatezza della cura. Serie Quaderni del Ministero della Salute, n. 26, aprile 2016. (consultato a febbraio 2024) Disponibile all'indirizzo: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2490\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2490_allegato.pdf)
- Heidari, Shirin et al. "Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use." *Research integrity and peer review* vol. 1 2. 3 May. 2016, doi:10.1186/s41073-016-0007-6
- DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015) (GU n.65 del 1832017 Suppl. Ordinario n. 15)
- Ministero della Salute. Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere, in attuazione dell'articolo 3, comma 1, della legge 11 gennaio 2018, n. 3. Decreto del Ministro della Salute 13 giugno 2019. (consultato a febbraio 2024) Disponibile all'indirizzo: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2860\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2860_allegato.pdf)
- Mauvais-Jarvis, Franck et al. "Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine." *Lancet* (London, England) vol. 396,10250 (2020): 565-582. doi:10.1016/S0140-6736(20)31561-0
- Shapiro JR, Klein SL, Morgan R. Stop 'controlling' for sex and gender in global health research. *BMJ Global Health* 2021;6(4):e005714
- Osservatorio Medicina di Genere. Glossario di Medicina di Genere. Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2022. (consultato a febbraio 2024) Disponibile all'indirizzo: <https://www.iss.it/documents/20126/6744472/Glossario+di+Medicina+di+Genere.pdf>
- Osservatorio Medicina di Genere. Linee di indirizzo per l'applicazione della Medicina di Genere nella ricerca e negli studi pre-clinici e clinici. Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2023. (consultato a febbraio 2024) Disponibile all'indirizzo: <https://www.iss.it/documents/20126/6744468/Linee+di+indi->

rizzo+per+1%E2%80%99applicazione+del+la+Medicina+di+Genere+nella+ricerca+e+negli+studi+preclinici+e+clinici+Parte+1.pdf/5d119413-2b2b-b1b9-ee75-af28f-f042844?t=1674042855609

Fondazione Onda. Verso un'equità di genere nella salute e nella ricerca. Libro bianco 2023. Franco Angeli Open Access. (consultato a febbraio 2024) Disponibile all'indirizzo: <https://series.francoangeli.it/index.php/oa/catalog/view/1060/919/6064>

Epicentro: Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica. La sorveglianza PASSI. (consultato a febbraio 2024) Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/passi/>

Chiara Primieri  
Dirigente medico, Servizio Epidemiologia,  
Dipartimento di Prevenzione Azienda USL  
Umbrial  
Carla Bietta  
Responsabile Servizio Epidemiologia,  
Dipartimento di Prevenzione Azienda USL  
Umbrial