

Tabella 43. Tipo di trauma: numero e percentuale

ferita	964.000	37,7 %
ustione	527.000	20,6 %
frattura	399.000	15,6 %
altra lesione	544.000	21,3 %

Caratteristiche dell'infortunio. La causa prevalente di infortunio è rappresentata dalla struttura architettonica della casa (scale, pavimenti, mobili/abitazione) che rende conto del 37,4 per cento degli eventi osservati. Il sesso femminile risulta essere maggiormente coinvolto nell'evento infortunistico.

Per alcune cause esso rappresenta la quasi totalità dei soggetti infortunati: è il caso delle pentole (91 per cento), di forni e fornelli e piccoli elettrodomestici (89 per cento).

È interessante notare che, in relazione alla causa di incidente, solo una parte dei soggetti infortunati di sesso femminile esercita l'attività di casalinga.

Viceversa, per cause quali l'uso di attrezzature da lavoro e l'impianto elettrico la maggior parte degli infortunati è riconducibile all'altro sesso (79 per cento e 52 per cento rispettivamente).

Il numero medio di infortuni per persona sembra essere più elevato per cause quali forni e fornelli (1,5), impianto di riscaldamento (1,6) e piccoli elettrodomestici (1,5) rispetto alle altre.

Tipo di trauma e conseguenze prodotte dall'infortunio. In relazione alla tipologia, la ferita rappresenta la conseguenza traumatica più frequente (37,7 per cento). Non trascurabile appare la frequenza percentuale relativa all'ustione (20,6 per cento) che tuttavia risulta leggermente inferiore a quella degli altri tipi di lesione non esattamente specificati (21,3 per cento).

Le fratture rappresentano il trauma che in valore assoluto produce le conseguenze più gravi, infatti, prevalgono nettamente gli infortuni che richiedono tra i 15 e 30 giorni di recupero delle attività quotidiane con un numero di giorni di permanenza nel letto superiore rispetto agli altri traumi.

Circa la forma assistenziale cui si è fatto ricorso si rileva che, in generale (circa l'80 per cento dei casi), gli infortuni occorsi hanno richiesto un solo intervento assistenziale, prestato in circa il 63 per cento dei casi dai "familiari". Ben più modesto appare il ricorso a forme di assistenza alternative quali il "pronto soccorso" (20 per cento circa) e il "medico" (14 per cento).

Incidenti sul lavoro. La dimensione del fenomeno infortunistico rimane importante e sostanzialmente invariata negli ultimi anni. Considerando gli infortuni accaduti nel complesso dei settori economici di attività, il flusso delle denunce, dopo una iniziale diminuzione da 1.014.733 casi del 1995 a 948.727 del 1997, si è posizionato nel 1999 su 986.857 casi (-2,7 per cento rispetto al 1995). Gli infortuni mortali sono stati 1.360 nel 1999, e nel quinquennio considerato sono stati sempre superiori alla soglia dei 1.300 casi per anno (oltre 3 infortuni mortali al giorno). Questo a fronte di un numero complessivo di occu-

pati in modesta crescita (+3,3 per cento) nello stesso intervallo di tempo. Quanto alle conseguenze derivanti da infortuni accaduti nel 1998, sono stati definiti in agricoltura 71.546 casi con inabilità temporanea (92,6 per cento dei casi totali), 5.508 con inabilità permanente (7,2 per cento) e 142 con esito mortale (0,18 per cento). La durata media per i casi di inabilità temporanea è stata pari a 27 giorni.

Nel settore Industria e servizi, per lo stesso anno, si registrano 1.208 infortuni mortali, con una percentuale sul totale (0,27 per cento) che risulta leggermente superiore a quella osservata in agricoltura; la quota delle inabilità permanenti è 4,4 per cento mentre la durata media dell'inabilità temporanea risulta pari a 23 giorni. Si può osservare che, rispetto all'agricoltura, gli infortuni dell'industria e servizi comportano una proporzione minore di postumi permanenti e un più breve periodo di assenza dal lavoro. Il fenomeno infortunistico presenta importanti variazioni geografiche e per settore di attività produttiva che sono ben rappresentate dagli indici di frequenza, calcolati per mille addetti e basati sulla media dei casi indennizzati nel triennio 1996-98 al fine di stabilizzarne le oscillazioni temporali.

Tali dati sono disponibili solo per le attività dell'Industria, commercio e servizi, considerate in questa sede secondo la classificazione delle attività economiche ATECO91, che nel periodo suddetto occupano il 94 per cento di tutti i lavoratori. L'esame della distribuzione geografica degli indici di frequenza mostra ampie variazioni (tabella 44), prevalentemente spiegate dalle differenze di composizione delle attività produttive nei rispettivi territori. Si riscontrano valori più elevati nelle regioni Umbria, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e Marche.

Osservando i valori riferiti agli infortuni mortali, si nota che le frequenze maggiori sono riferite alle regioni meridionali: in particolare Basilicata, Puglia e Campania hanno valori uguali o superiori al doppio dell'indice riscontrato in Piemonte, Lombardia, Toscana e Lazio.

Analizzando la ripartizione settoriale all'interno del ramo Industria, commercio e servizi, gli indici di frequenza si segnalano quali settori più a rischio l'industria del legno l'industria dei metalli e le costruzioni. All'interno del gruppo dell'industria manifatturiera, si trovano evidenziate anche l'industria della trasformazione di minerali non metalliferi e l'industria della fabbricazione di mezzi di trasporto. Se si considerano solo gli infortuni mortali, che presentano un valor medio di tutto il ramo pari a 0,09, valori notevolmente più elevati sono registrati dai settori dell'estrazione di minerali (0,46), delle costruzioni (0,28) e dei trasporti (0,24).

Infine, l'analisi del modo in cui avvengono gli incidenti riferito ai casi accaduti nel 1998, mette in luce che in agricoltura oltre il 45 per cento di tutti gli infortuni mortali è dovuto a due sole modalità: schiacciamento e incidente alla guida di mezzi. Anche per quanto attiene agli infortuni con postumi permanenti, due modalità provocano da sole il 45 per cento dei casi: le cadute dall'alto e quelle in piano. Tra gli agenti materiali, cioè gli strumenti che venendo a contatto con la vittima ne provocano le lesioni, le macchine e i mezzi di sollevamento e trasporto intervengono nel 70 per cento dei casi mortali. Gli infortuni con esito permanente sono caratterizzati nel 54 per cento dei casi dall'ambiente di lavoro e dalle macchine.

Nel settore industria, commercio e servizi si individuano, quali forme di infortunio a più elevata frequenza e gravità, gli incidenti alla guida e gli incidenti a bordo, seguite dalle

Tabella 44. Frequenze relative d'infortunio per regione e tipo di conseguenza, settore Industria commercio e servizi, aziende monolocalizzate, media triennio 1996/98 (per 1.000 addetti)

	tipo di conseguenza inabilità temporanea	inabilità permanente	morte	totale
Piemonte	37,87	2,15	0,07	40,09
Valle d' Aosta	39,71	2,19	0,12	42,01
Lombardia	35,94	1,87	0,07	37,88
Liguria	46,48	3,41	0,08	49,97
Trentino Alto Adige	46,13	2,22	0,08	48,42
Veneto	52,37	2,32	0,10	54,79
Friuli Venezia Giulia	53,52	2,85	0,10	56,48
Emilia Romagna	54,42	2,84	0,10	57,36
Toscana	46,14	2,95	0,07	49,17
Umbria	58,62	4,40	0,10	63,12
Marche	52,56	3,55	0,10	56,21
Lazio	27,67	1,84	0,07	29,58
Abruzzo	48,60	3,09	0,13	51,82
Molise	42,95	2,83	0,13	45,91
Campania	28,85	3,59	0,14	32,58
Puglia	46,62	3,49	0,16	50,27
Basilicata	52,73	3,37	0,19	56,29
Calabria	33,20	2,79	0,13	36,12
Sicilia	29,84	2,34	0,11	32,29
Sardegna	38,63	2,67	0,13	41,43
Italia	41,89	2,39	0,09	44,37

fonte dati INAIL

elaborazione ISPESL

I dati utilizzati per la presente analisi sono di fonte INAIL e ISTAT e fanno riferimento alla distribuzione degli occupati ed ai casi di infortunio denunciati nel quinquennio 1995-1999, quali dati più recenti ad oggi disponibili, nonché, per analisi più specifiche del fenomeno, ai casi accaduti nel 1998 e definiti con indennizzo dall'Istituto assicuratore al 30 giugno 2000.

cadute e dalle ferite con oggetti di lavoro; tali modalità provocano 883 casi mortali su un totale di 1.208, pari a oltre il 73 per cento del settore.

I soli infortuni alla guida e a bordo di autoveicoli raggiungono una quota pari al 50 per cento dei casi mortali, sottolineando l'importanza degli infortuni da incidenti stradali, anche in agricoltura, che porta a considerare la necessità di orientare gli interventi preventivi non solo all'ambiente di lavoro in senso stretto ma anche all'uso di automezzi per trasporto di uomini e materiali.

L'analisi delle forme di avvenimento legate a postumi permanenti evidenzia le cadute dall'alto ed in piano, pari al 29 per cento di tali eventi. In conclusione il fenomeno infortunistico sembra, per frequenza e gravità, sostanzialmente stabile, insensibile cioè ai cambiamenti della normativa sulla sicurezza che negli ultimi anni hanno interessato il mondo del lavoro.

Occorre prevenire le circostanze che determinano l'infortunio migliorando l'attuale sistema di formazione e informazione nei confronti degli attori della gestione della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro.

LA SALUTE IN ALCUNI GRUPPI DI POPOLAZIONE

Infanzia e adolescenza

La salute fisica dell'infanzia e dell'adolescenza è di buon livello in Italia. Si può affermare, sia pure in senso generale, che i bambini e gli adolescenti italiani mediamente sono sani e dispongono di una rete efficiente di servizi per affrontare eventuali malattie d'organi e apparati. Il pediatra di base è stato indubbiamente un'innovazione utile a questo scopo. Altrettanto efficace è il piano di vaccinazione e l'attenzione che attraverso la scuola viene rivolta a tutti gli studenti in età pediatrica. Se, per esempio, si osservano alcuni comportamenti acquisiti della popolazione, anche per motivi estetici, come quelli relativi alla salute dell'apparato masticatorio e dentale, occorre ammettere che la cura e conservazione dei denti ha raggiunto un livello di impegno, anche economico, particolare, fino a riservare alle estrazioni dentali un ruolo ormai solo storico.

Con questi buoni risultati contrasta, nell'infanzia e nell'adolescenza, la disattenzione per la promozione della salute psichica o meglio per tutte quelle strategie e interventi tesi a contrastare o alleviare il disagio psichico che sta sovente alla base di comportamenti inaccettabili e distruttivi per il singolo, prima ancora che per le famiglie e la società.

Si fa riferimento a un'area di particolare rilievo, anche se non facilmente definibile: l'area del malessere dei bambini e dei giovani, che si manifesta in comportamenti e in atteggiamenti che preoccupano proprio per la loro distruttività e violenza.

Occorre fare subito una distinzione e affermare che l'area della popolazione qui esaminata è molto variegata e include soggetti sani anche psichicamente, con una buona relazione familiare e un ottimo impegno nell'ambito delle scelte di studio o di lavoro compiute.

Occorre anche dire che il termine disagio è oggi abusato e che, quanto meno, dovrebbe essere distinto in disagio esistenziale e disagio clinico o patologico.

Con il primo termine si intende fare riferimento a un malessere che ha una funzione utile e che fa parte delle esperienze esistenziali. Di fronte a una nuova prova è da attendersi una sensazione di disagio e di difficoltà, accompagnata dall'ansia della novità, che in queste circostanze rappresenta un meccanismo di attivazione utile, finalizzato a dare il meglio di sé a livello individuale. Un disagio, dunque, reattivo a una situazione, e pertanto passeggero, ben diverso dal disagio patologico, che è rappresentato da una condizione prolungata e stabile che certo non aiuta ad affrontare la nuova prova, ma semmai la rende più complicata. Questo è il disagio su cui occorre intervenire.

Da quanto detto risulta evidente come si debba impedire che il disagio sia percepito sempre come un sintomo e come esso debba essere nettamente distinto e diagnosticato. Una volta che esso sia stato rilevato, non deve essere minimizzato, anche se non necessariamente l'intervento utile è quello che passa attraverso il sistema sanitario, e non piuttosto quello condotto attraverso una corretta gestione da parte della famiglia e della scuola.

Si impone una cultura nuova nell'intervento volto all'infanzia e all'adolescenza e i bisogni emergenti dimostrano quanto sia insufficiente una visione puramente sanitaria del problema, rivolta solo al sintomo. È questo un campo dove la sanità ha bisogno della scuola, delle politiche sociali e di piani di sviluppo economico futuro su cui devono inserirsi i giovani.

Bisogni dell'infanzia. Il bambino è una realtà per molti versi ancora da scoprire e ciò riguarda proprio la sua dimensione e i suoi bisogni di relazione e psicologici. Oggi sappia-

mo che egli è persona fin dal primo momento della nascita e ciò significa che ha bisogni psicologici e necessità di stare con i propri genitori, e non solo di essere nutrito.

Ciò rappresenta una vera rivoluzione all'interno della cultura che ha dominato per lungo tempo e che vedeva il bambino, fino alla comparsa del linguaggio verbale, come un oggetto o un vegetale che cresceva in altezza e peso.

Oggi sappiamo che tra 0 e 3 anni si compie uno dei processi più importanti dal punto di vista della crescita psicologica: il processo di individuazione-separazione che termina con la percezione da parte del bambino di essere un individuo separato e capace di relazione, un sé capace di dare e avere dagli altri. Solo se questo processo si compie egli avrà fiducia e si proporrà nella relazione. È questo un periodo entro cui si ipotizza trovino origine alcune caratteristiche della personalità e alcuni possibili difetti di questa.

Insomma il bambino è una realtà da scoprire e per questo occorre certo studiarlo scientificamente, ma soprattutto attivare processi conoscitivi ed educativi nei confronti della popolazione (bisogna, per esempio, insegnare alle madri e ai padri, ma anche ai nonni, a rispondere adeguatamente ai bisogni del bambino).

Può apparire sconvolgente sapere che un bambino, già entro il primo anno di vita, può provare la depressione o un senso di inadeguatezza, espresso con un linguaggio non verbale, e che certi sintomi somatici sono più propriamente equivalenti psichici di somatizzazioni.

Un bambino da studiare, soprattutto in relazione a questa società e all'uso delle sue scoperte tecnologiche: con ciò ci si riferisce alla televisione, ai videogiochi e a una meccanica, ormai entrata nei processi educativi, che talora sembra ricca di stimoli e povera in affetti.

La sanità deve guardare alla prevenzione, ma soprattutto in questo ambito è necessario promuovere una strategia intersettoriale, in accordo con il Dipartimento degli affari sociali, che ha promosso una discussione in parlamento attraverso una proposta di legge sulla difesa dell'infanzia e della adolescenza, con il Ministero della pubblica istruzione, che ha tentato di proporre ritmi scolastici più adeguati alle conoscenze riguardanti la crescita dei bambini, partendo dal superamento dell'idea che solo a 6 anni il bambino acquista la capacità di diventare uno scolaro. L'Italia deve affrontare questo tema di frontiera per il suo stesso futuro; sempre più, infatti, si presentano fatti di violenza che portano in primo piano i processi educativi dell'età infantile come strumento di prevenzione primaria e contemporaneamente come strumento di terapia psicologica e relazionale. Un esempio è la pedofilia, tema che coinvolge tutti: l'educazione e la formazione della personalità del bambino attuate oggi diventeranno garanzia di salute psichica dell'adulto domani. La pedofilia è, infatti, una malattia, prima che un crimine, e la sanità deve affrontare questo tema per la parte di sua competenza, allo scopo di prevenire con una diagnosi precoce un potenziale pedofilo (in questo ambito la ricerca deve essere potenziata), ma anche curare e riabilitare all'occorrenza. È chiaro che aiutare i bambini a crescere bene significa anche aiutare le famiglie a capirli e gli insegnanti a conoscerne le esigenze mentali, intellettive e affettive. In questo senso è positiva la decisione del governo di prevedere una laurea per gli insegnanti della scuola primaria e di dotarli di conoscenze psicologiche adeguate.

Bisogni dell'adolescenza. L'adolescenza, il periodo che dalla pubertà va fino a 18 anni di età (si considera come indicatore discriminante il diritto di voto), è una condizione fisiologicamente problematica. Rappresenta una stagione di grandi mutamenti somatici, psicologici e sociali e, per certi aspetti, una vera metamorfosi che pone l'adolescente di fronte a una percezione di sé nuova e sconvolgente.

La crisi adolescenziale va dunque considerata fisiologica e legata alle vicende esistenziali, ma, proprio perché si tratta di un cambiamento di personalità in una società dove non è facile orientarsi e dove i punti di riferimento sono divenuti molteplici e tra loro incoerenti, il rischio di comportamenti anomali è alto. L'adolescenza è uno di quei periodi in cui il disagio è presente, e forse sarebbe preoccupante se esso non si manifestasse, perché significherebbe che l'adolescente è legato a un'infanzia che non vuol abbandonare e che così si prolunga in maniera inopportuna.

D'altra parte, la crisi adolescenziale deve essere transitoria e dunque mantenersi entro tempi e modi adeguati, così da non sfociare nel fenomeno delle adolescenze ritardate e persino interminabili, che portano ad avere adolescenti di 40-50 anni.

Queste osservazioni mostrano come l'adolescenza non sia un fatto meccanico che si consuma, seguendo le caratteristiche di una reazione chimica, ma dipende anche dalle famiglie e più in generale dalla società, capace quest'ultima di favorire il passaggio attribuendo dei ruoli precisi ai giovani, rendendoli infine protagonisti e non più soggetti bloccati in una sorta di gravidanza sociale quale appunto l'adolescenza appare.

I comportamenti patologici più frequenti nell'adolescenza, i cui dati sono presenti nei rispettivi capitoli, sono:

- l'abuso di sostanze: dal fumo all'alcol, dai derivati della canapa indiana alla dipendenza da oppiacei; non vi è dubbio alcuno che la dipendenza (e non solo quella da sostanze) è un limite posto al comportamento giovanile e una distorsione che porta ad azioni contro di sé e la comunità;
- il suicidio, che si lega in molti casi a un vissuto di solitudine e alla paura di non piacere;
- all'altro e quindi di rimanere senza senso dentro la comunità;
- i disturbi del comportamento alimentare, in grande crescita sia nell'espressione anoressica sia in quella bulimica;
- gli incidenti stradali, come esempio di una tendenza a mostrarsi eroe in operazioni fuori del comune, quando non appartengano in realtà a suicidi mascherati;
- i comportamenti contro le regole della famiglia e della società, con conseguenze in quest'ultimo caso penali.

Si tratta di vere e proprie patologie a forte impatto sociale che chiamano in causa innanzitutto la psichiatria, ma ovviamente anche tanti altri settori dell'attività pubblica: dalla scuola al dicastero del lavoro, a quello della giustizia.

Il problema è soprattutto preventivo, si sa, a questo proposito, che è molto più difficile intervenire con un progetto di recupero.

Si possono distinguere fattori di rischio aspecifici, tra cui il senso di malessere e la paura di esclusione dal gruppo dei coetanei, che sono all'origine di un malessere che induce o depressione o atti pseudoeroici. Si tratta di fattori che non si legano specificamente a uno o all'altro dei disturbi indicati, ma che ne rappresentano la fonte comune. In questo capitolo si trovano le frustrazioni e il senso di malessere che si avverte in una circostanza o in un ambiente (la scuola e la famiglia). La frustrazione è il segnale di una relazione che non funziona e la sua intensità ne mostra il rischio di fuga dalla relazione stessa.

Vi sono poi rischi specifici per ciascuno dei disturbi adolescenziali richiamati, che tendono a indirizzare il malessere verso l'uso di sostanze stupefacenti o verso un disturbo del comportamento alimentare, o verso l'appartenenza a gruppi con forti componenti antisociali.

Il gruppo è un elemento essenziale a questa età e se è indubbio che riveste una funzione

importante nella crescita autonoma dei giovani nei confronti della famiglia d'origine, favorendo l'acquisizione di una dimensione sociale, è altrettanto vero che può alterare le loro percezioni sul lecito e sul vietato, in altre parole sulla norma legislativa, e così costituire una forza di devianza notevole.

Il campo dei rischi specifici deve portare a promuovere una ricerca attenta nel mondo giovanile, per uscire anche da una genericità che non aiuta a interventi seri.

Il Ministero della sanità ha fornito il proprio contributo in questo campo promuovendo una ricerca dal titolo "Forme estreme di disagio giovanile: anoressia, bulimia, suicidi, tossicodipendenze. Analisi dei bisogni e qualità degli interventi pubblici e privati", presentata in un seminario tenutosi il 6 giugno 2000 presso la sede centrale del Ministero.

Lo scopo della ricerca era quello di identificare quali stili di vita e quali percezioni mentali affettive caratterizzassero queste forme estreme di disagio. Si tratta di una ricerca che è tuttora aperta e che ha mostrato l'importanza della percezione che i giovani hanno del futuro, della morte e del proprio corpo come base del loro comportamento e dei disturbi comportamentali che ne derivano. Da questa ricerca si è avuta conferma di come la formazione, l'educazione, il modo di pensare e di percepire la vita condizionino il comportamento e dunque la salute mentale prima di ogni altro ambito.

La salute delle donne in gravidanza

Assistenza in gravidanza, parto e puerperio. In Italia i dati disponibili indicano che l'assistenza in gravidanza e durante il parto è generalmente buona. Infatti, da due indagini nazionali condotte nel 1995-1996 e nel 1999 dall'Istituto superiore di sanità in collaborazione con gli operatori del Servizio sanitario nazionale è risultato che il 99 per cento delle donne era stato seguito in gravidanza da un operatore sanitario (il 75 per cento da un ginecologo privato) e che più dell'85 per cento aveva effettuato la prima visita entro il terzo mese di gravidanza (secondo mese come valore medio e mediano della distribuzione).

Si è osservato tuttavia un ricorso eccessivo ad alcune procedure mediche sulla cui utilità non esistono prove scientifiche sufficienti: più del 60 per cento delle donne era stato sottoposto ad almeno quattro ecografie in gravidanza (il protocollo nazionale ne raccomanda tre in caso di gravidanze fisiologiche) e il 70 per cento a monitoraggi cardiotocografici in gravidanza.

Si è inoltre notata una certa carenza di conoscenze e un basso ricorso ad alcune tecniche poco invasive ed importanti per la prevenzione di esiti negativi: il 79 per cento delle intervistate non aveva eseguito esami preconcezionali, il 31 per cento non era stato informato dell'esistenza di tecniche di diagnosi prenatale e il 77 per cento non aveva partecipato a un corso di preparazione alla nascita. La maggior parte (più dell'85 per cento) delle donne dichiarava di non aver fumato in gravidanza e il 75 per cento di avere assunto farmaci, principalmente ematologici e nutrizionali.

Il 92 per cento delle intervistate aveva allattato durante il ricovero. Tuttavia, solo il 66 per cento aveva potuto farlo per la prima volta entro poche ore dal parto, benché sia stato ormai ampiamente dimostrato che un inizio precoce sia un fattore favorevole per la riuscita dell'allattamento materno prolungato. Queste due indagini hanno infine evidenziato notevoli differenze regionali e per condizione socioeconomica. Come indicato dai dati nazionali raccolti dall'ISTAT, la nascita si verifica nella maggioranza dei casi negli istituti di cura pubblici

Tabella 45. Percentuale di parti con taglio cesareo in Italia tra il 1980 e il 1996

regioni	1980	1996	aumento percentuale (1980-1996)
Piemonte	14,1	25,4	80,1
Valle d'Aosta	15,6	21,1	35,3
Lombardia	13,4	21,7	61,9
Trentino	11,8	18,7	58,5
Veneto	11,4	23,2	103,5
Friuli	12,5	16,5	32,0
Liguria	14,6	25,3	73,3
Emilia Romagna	13,8	25,4	84,1
Toscana	8,4	21,6	157,1
Umbria	13,2	24,4	84,8
Marche	12,7	30,0	136,2
Lazio	15,6	32,1	105,8
Abruzzo	14,2	26,5	86,6
Molise	13,2	28,4	115,1
Campania	8,5	36,3	327,1
Puglia	9,8	30,2	208,2
Basilicata	11,3	33,7	198,2
Calabria	7,1	28,2	297,2
Sicilia	9,4	34,2	263,8
Sardegna	5,4	25,9	470,4
Italia	11,2	27,9	149,1

(87,6 per cento nel 1996, ultimo dato disponibile). Si evidenzia inoltre un ricorso sempre più frequente al taglio cesareo: dall'11,2 per cento del 1980 si è passati al 21,2 per cento del 1990 e al 27,9 per cento del 1996. Attualmente l'Italia è il paese europeo con la più alta percentuale di parti con taglio cesareo. La tabella 45 riporta i dati del 1980 e del 1996 distribuiti per regione. Gli aumenti maggiori si sono osservati tra i parti effettuati nelle case di cura e nelle regioni del Centro e del Sud Italia (nel 1996 il valore massimo è stato pari al 36,3 per cento e ha interessato la Campania).

La proporzione di nati pretermine (<37 settimane di gestazione) è rimasta invariata negli ultimi anni, con valori simili ad altri Paesi europei: poco più dell'1 per cento prima di 33 settimane e il 5 per cento tra 33 e 36 settimane.

Anche la distribuzione percentuale dei nati per classe di peso alla nascita è rimasta sostanzialmente costante negli anni. Pesi inferiori a 1.500 g si osservano nell'1 per cento dei nati, il 5 per cento ha un peso compreso tra 1.500 e 2.499 g, l'87 per cento tra 2.500 e 3.999 g e circa il 7 per cento supera i 4.000 g di peso alla nascita.

Aborto spontaneo. L'Italia è uno dei pochi paesi che dispone, dal 1956, di una rilevazione nazionale di questo fenomeno. Ogni anno vengono notificati in Italia circa 60-70.000 aborti spontanei e, da un punto di vista temporale, il fenomeno è in leggero aumento (66.666

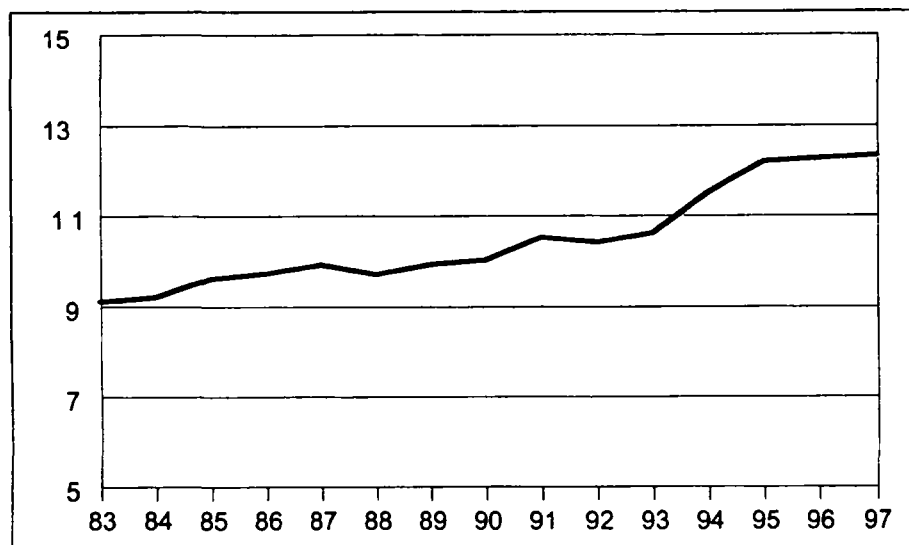


Figura 51.
Rapporto
di abortività
spontanea
per 100 nati vivi
in Italia
tra il 1983
e il 1997.

nel 1998, ultimo dato disponibile). Nel periodo 1983-97 il rapporto nazionale è passato, infatti, da 9,1 a 12,4 aborti spontanei per 100 nati vivi (figura.1). Esistono notevoli differenze tra le varie regioni, con valori generalmente più elevati al Centro e al Nord (13,6 aborti spontanei per 100 nati vivi al Nord nel 1997, 14,9 al Centro e 10,3 al Sud).

Globalmente, la frequenza dell'aborto spontaneo risulta aumentare con il crescere dell'età della donna, in particolare sopra i 34 anni.

L'aumento dell'incidenza del fenomeno nel corso del tempo può essere attribuibile principalmente a una modifica nella raccolta dei dati (dal 1994 le informazioni riguardano anche gli aborti spontanei che non hanno richiesto degenza), a una migliorata notifica dell'evento e all'innalzamento dell'età della madre al momento del parto.

Interruzione volontaria di gravidanza. Dal 1978 è in vigore in Italia la legge 194, recante "Norme per la tutela della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza", che regola le modalità del ricorso all'aborto volontario. Grazie a essa, qualsiasi donna per motivi di salute, economici, sociali o familiari può richiedere l'interruzione volontaria della gravidanza (IVG) entro i primi 90 giorni di gestazione. L'intervento può essere effettuato presso le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale e le strutture private convenzionate e autorizzate dalle regioni.

Dopo un aumento iniziale del fenomeno, con un massimo di 234.801 IVG nel 1982 (tabella 46), si è osservata in questi anni una tendenza alla diminuzione dell'incidenza di IVG, fino a raggiungere i 139.386 interventi nel 1999, pari a 9,9 IVG per 1000 donne di età tra 15 e 49 anni (dato preliminare). I maggiori decrementi si sono osservati tra le donne di età compresa tra 25 e 39 anni.

Rispetto al quadro internazionale, l'Italia si colloca in una posizione intermedia. Permangono tuttavia notevoli differenze all'interno del Paese tra regioni e tra aree geografiche. Inoltre l'Istituto superiore di sanità ha stimato che esiste ancora una certa quota di aborti clandestini (27.000 nel 1998), che si distribuisce in maniera eterogenea sul territorio nazionale, con, in generale, una maggior frequenza nelle regioni del Sud.

Dagli studi sino a oggi effettuati, si è osservato che il ricorso all'IVG non è nella maggioranza dei casi una scelta di elezione, bensì una conseguenza dell'incapacità concreta di regolare la fecondità con altri metodi, nonostante vi sia un'attitudine positiva in questo

Tabella 46. Numero, tassi e rapporti di abortività volontaria. Italia tra il 1978 e il 1999

anno	numero	tasso	rapporto	anno	numero	tasso	rapporto
1978*	68.700	10,1	171,7	1990	165.845	11,4	285,6
1979	187.456	13,6	277,0	1991	160.494	11,0	286,9
1980	222.499	16,1	345,3	1992	155.266	10,7	276,9
1981	224.067	16,2	363,2	1993	150.863	10,5	273,0
1982	234.801	17,2	380,2	1994	142.657	9,9	270,5
1983	233.976	16,9	381,7	1995	139.549	9,7	267,7
1984	227.446	16,4	16,4	1996	140.398	9,8	267,1
1985	210.597	14,9	365,9	1997	140.525	9,8	265,7
1986	198.375	13,9	357,5	1998	138.357	9,8	268,4
1987	191.469	13,3	346,7	1999**	139.386	9,9	266,9
1988	179.193	12,4	310,1				
1989	171.684	11,8	309,0				

* i dati si riferiscono ai mesi compresi tra giugno e dicembre

** dati preliminari

senso. Esistono certamente sottopopolazioni in cui il ricorso all'aborto risulta più elevato: le donne con figli, quelle con titolo di studio più basso e le casalinghe. Inoltre negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di IVG richieste da donne straniere immigrate in Italia (vedi il capitolo sulla salute della popolazione immigrata), fenomeno che potrebbe essere la causa principale dell'attuale fase di stabilizzazione dell'incidenza di IVG effettuate in Italia.

Infatti, se si considerano solo le cittadine italiane, il fenomeno risulta essere ancora in diminuzione: 127.700 IVG richieste da donne italiane nel 1996 contro le 123.728 del 1998, anni questi che risultano tra più attendibili essendo pochi i casi in cui mancava l'informazione sulla cittadinanza delle donne che avevano fatto richiesta di IVG.

Anziani

Le tendenze demografiche attualmente in atto in Italia evidenziano un progressivo invecchiamento della popolazione, sia in senso assoluto, per la diminuzione dei tassi di mortalità e l'aumento della speranza di vita, sia in senso relativo, per il declino dei segmenti più giovani della popolazione.

La popolazione italiana al 31 dicembre 1996 ammontava a 57,5 milioni di persone, quasi il 17 per cento di queste, per un totale di circa 9,5 milioni, aveva superato i 65 anni d'età. La dinamica della crescita della popolazione anziana in Italia è, per intensità e velocità, una delle più significative nel mondo intero. Dall'inizio degli anni ottanta è raddoppiata la quota di "molto anziani" con più di 80 anni; tale quota ha superato oggi il 4 per cento, si prevede che raggiungerà il 10 per cento nel 2040. Quasi una donna su cinque ha almeno 65 anni, quelle con almeno 80 anni superano il 5 per cento.

Poiché in una popolazione più anziana, la distribuzione delle malattie e della disabilità è radicalmente diversa, da quella corrispondente a una popolazione giovane, le attitudini nei riguardi dell'invecchiamento e degli anziani devono essere modificate per rispondere alle esigenze di una popolazione nella quale la componente anziana è molto più ampia e diver-

sificata in varie sottoclassi di età, con esigenze distinte. Inoltre l'invecchiamento della popolazione comporta un inevitabile aumento della richiesta di servizi per il trattamento delle patologie croniche associate all'età. Il poter soddisfare tale richiesta in maniera adeguata e tempestiva può migliorare significativamente lo stato di salute degli anziani e ridurre, quindi, a medio termine, il peso socioeconomico dell'invecchiamento della popolazione italiana. Si descriverà lo stato di salute dell'anziano riportando dati rilevati nello studio ILSA e nell'Indagine multiscope ISTAT del 1999-2000.

Stato di salute. Lo Studio longitudinale sull'invecchiamento (ILSA), coordinato dal CNR e dall'Istituto superiore di sanità, rappresenta la prima iniziativa nazionale in grado di fornire stime dei tassi di prevalenza e di incidenza delle patologie più gravi dell'anziano (demenza, parkinsonismo, ictus, sintomatologia depressiva, polineuropatia periferica, cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco, aritmia, arteriopatia periferica, ipertensione, diabete, artrosi e broncopneumopatia cronica). L'ILSA è un progetto epidemiologico multicentrico, condotto in un campione casuale di oltre 5.000 individui di 65-84 anni di età. Nella raccolta dati sono stati coinvolti inizialmente otto centri: Catania, Casamassima (Bari), Fermo (Ascoli Piceno), Impruneta (Firenze), Genova, Segrate (Milano), Napoli, Selvazzano e Rubano (Padova), ciascuno con un campione di 704 soggetti.

Nei follow up successivi (1995 e quello attualmente in corso) si raccolgono informazioni sui tassi di incidenza delle stesse malattie, sulla transizione nello stato funzionale fisico e cognitivo e sulle eventuali modificazioni nel profilo di rischio individuale.

I tassi di prevalenza delle maggiori patologie investigate nell'ILSA sono presentati nella figura 52. Tra i risultati ottenuti, vanno segnalate l'alta prevalenza dell'ipertensione arteriosa, che è presente in circa il 60 per cento degli anziani italiani. Questi tassi di prevalenza sono comparabili a quelli ottenuti in studi analoghi (NHANES III) negli Stati Uniti. L'ipertensione arteriosa è uno dei più importanti fattori di rischio per le patologie vascolari, che sono la prin-

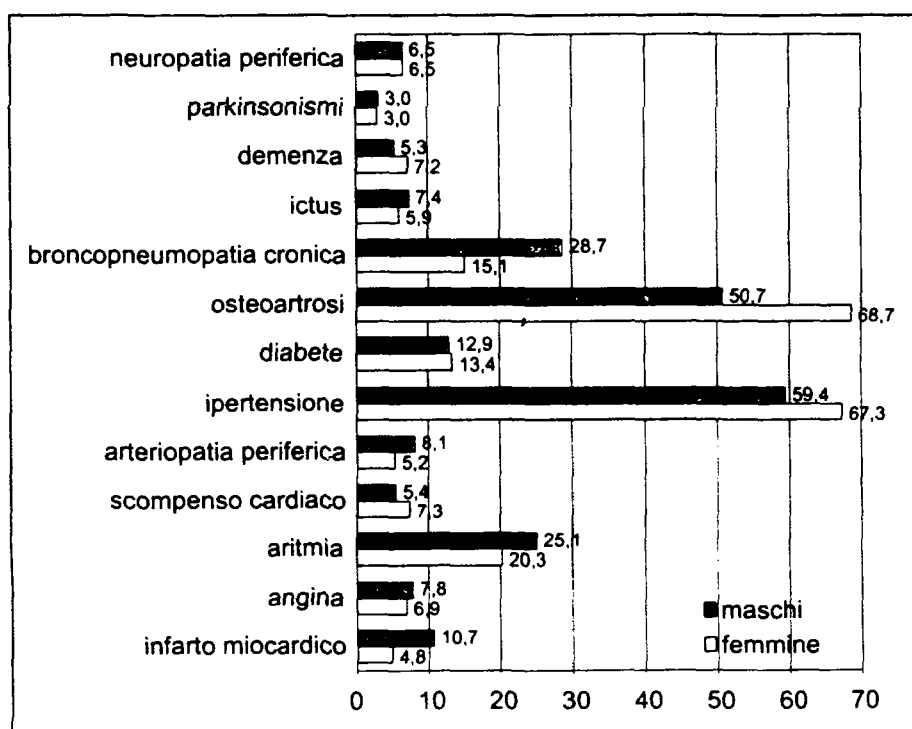


Figura 52.
Prevalenza (%)
delle maggiori
patologie croniche
valutate
nello Studio ILSA

cipale causa di morte e tra le prime cause di disabilità nei paesi occidentali. Un suo attento controllo e l'istituzione di idonei programmi di prevenzione potrebbero portare ad una riduzione della morbosità e dei rilevanti costi legati a tali patologie. Pure elevata è la prevalenza di osteoartrosi, che va dal 50,7 per cento nei maschi al 68,7 per cento nelle femmine. La prevalenza di cardiopatia ischemica è, invece, inferiore a quella riportata in studi analoghi in altri paesi anglosassoni e conferma il dato che questa patologia è meno frequente nei paesi mediterranei. I dati relativi all'ictus cerebrale mostrano un'elevata prevalenza di questa patologia, che risulta maggiore di quanto riportato in analoghi studi di popolazione. Infatti, i dati disponibili indicano prevalenze oscillanti tra il 3 per cento e il 5 per cento per gli uomini e tra l'1,5 per cento e il 3,5 per cento per le donne, mentre nel nostro campione la prevalenza totale è risultata del 7,4 per cento negli uomini e del 5,9 per cento nelle donne, con punte intorno al 10 per cento in alcuni gruppi di età. Anche se alcune differenze metodologiche potrebbero spiegare in parte questa maggior frequenza, i nostri dati sembrano suggerire una prevalenza realmente più alta di tale patologia in Italia.

La prevalenza della demenza è del 5,3 per cento negli uomini e del 7,2 per cento nelle donne, con punte intorno al 20 per cento nei soggetti più anziani. Tali dati sono concordanti con quanto riportato in analoghe ricerche condotte in Europa e indicano un'elevata frequenza, anche in Italia, di tale patologia, che ha costi molto elevati sia sul piano sociale che sanitario. Un dato epidemiologico su cui anche a livello internazionale sono disponibili poche informazioni riguarda la prevalenza delle neuropatie degli arti inferiori che, secondo i dati ILSA, interessano circa il 6,5 per cento dei soggetti anziani, con una maggior frequenza nei gruppi di età più avanzata. Questa patologia, oltre a una serie di disturbi soggettivi, si accompagna spesso ad importanti problemi nella deambulazione, legati a riduzione della forza o ad alterazioni della sensibilità profonda.

Le neuropatie, infatti, sono ai primi posti quali cause di disturbi della marcia nell'anziano, e possono essere causa di cadute e di fratture del femore, una delle maggiori cause di disabilità nell'anziano. Il follow up a tre anni di questa coorte ha permesso di stimare che in Italia, nella popolazione anziana, ci sono ogni anno circa 76.000 nuovi casi di infarto del miocardio, 78.000 di diabete, 104.000 di ictus, oltre 95.000 di demenza e oltre 100.000 di neuropatia degli arti inferiori. Il peso assistenziale, quindi, per queste importanti patologie è indubbiamente elevato e rappresenta una sfida continua al nostro sistema sanitario. La continua valutazione dell'impatto che gli interventi di prevenzione, cura ed assistenza possono avere in questa popolazione è un compito fondamentale del servizio sanitario e, quindi, il potenziare sistemi di sorveglianza in questo settore è l'unico modo per garantire un'adeguata pianificazione sanitaria. L'aumento dell'età comporta un aumento della prevalenza di patologie croniche disabilitanti e, di conseguenza, la necessità di assistenza diventa un problema preponderante nella pianificazione sanitaria nazionale. Basti ricordare che, in base ai dati dello studio ILSA, circa il 25 per cento dei maschi e il 34 per cento delle femmine ultrasessantacinquenni risulta affetto da qualche forma di disabilità nelle attività quotidiane (lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.): la percentuale di totalmente autosufficienti nella popolazione tra i 65 e gli 84 anni è del 70 per cento, circa il 23 per cento ha una disabilità lieve, mentre circa il 3 per cento non è autosufficiente.

La percentuale di totalmente autosufficienti varia dall'87 per cento nei maschi di 65-69 anni, al 56,2 per cento in quelli di 80-84 anni, mentre nelle donne varia dall'88 per cento al 54,2 per cento. La disabilità lieve varia dal 9,6 per cento al 19,8 per cento nei maschi

e dal 7,6 per cento al 19,4 per cento nelle donne, mentre la disabilità grave va dal 3,4 per cento al 24 per cento nei maschi, e dal 4,3 per cento al 26,3 per cento nelle donne negli stessi gruppi di età. Se pensiamo alla rapidità con cui il gruppo di ultraottantenni sta crescendo ed al fatto che nei prossimi decenni rappresenterà circa il 7 per cento della popolazione italiana, è ovvio che il peso dell'assistenza sanitaria a questa fascia della popolazione diventerà particolarmente rilevante. Il problema della perdita di autonomia funzionale è, ovviamente, ancora più pressante se si considera che, spesso, queste persone vivono sole. Per esempio, nel campione ILSA circa il 23 per cento degli uomini e il 25 per cento delle donne che vivono soli presentano qualche grado di disabilità nelle comuni attività quotidiane. Il 40 per cento dei maschi e il 32 per cento delle donne vivono con un'altra persona ultrasessantacinquenne e, tra questi, circa il 30 per cento ha limitazioni funzionali che ne condizionano l'autonomia.

Importante sottolineare, comunque, che in base ai risultati del follow up la disabilità fisica non è necessariamente una condizione che porta ad un progressivo declino, ma in una certa percentuale ci può essere un recupero importante della funzionalità fisica. Per esempio, tra le donne con disabilità lieve nel 1992, oltre il 40 per cento riacquista la piena autonomia funzionale nel 1995, così come la riacquista il 20 per cento di coloro che avevano una disabilità grave. Questo significa che, oltre a coloro che hanno una perdita di autonomia fisica permanente, ci sono anziani che, se adeguatamente assistiti con programmi di riabilitazione, possono riacquistare, totalmente o in parte, l'indipendenza funzionale.

L'indagine multiscopo dell'ISTAT segnala che le patologie più frequenti dichiarate dagli anziani e delle quali sono afflitti più del 10 per cento, sono: artrosi 52 per cento, ipertensione 35 per cento, osteoporosi 17 per cento, cataratta 16 per cento, vene varicose 16 per cento, lombosciatalgia 16 per cento, bronchite 14 per cento, altre malattie del cuore (escluso l'infarto) 13 per cento, diabete 12 per cento, cefalea 11 per cento.

E' inevitabile che ci siano discrepanze con i dati ILSA, soprattutto per quelle patologie in cui non esistono chiari segni e sintomi e che, quindi, possono essere sottostimate. Per esempio, mentre per il diabete le prevalenze sono molto simili (12 per cento verso 13 per cento dell'ILSA), per l'ipertensione ci sono differenze assolutamente clamorose (35 per cento verso il 60 per cento circa).

Con riferimento alla riduzione dell'autonomia personale dovuta ad una malattia cronica o ad una invalidità permanente, il 12,4 per cento delle donne anziane ed il 11,3 per cento degli uomini dichiarano di esserne affetti in modo saltuario mentre il 14,1 per cento delle donne e il 12,7 per cento degli uomini dichiarano di esserne affetti in modo continuativo. Se i dati riportati vengono letti per sesso, si osserva che la frequenza delle patologie è quasi sempre maggiore nelle donne rispetto agli uomini e ciò vale anche per la riduzione di autonomia. Questo conferma quanto già è stato evidenziato nel paragrafo "La speranza di vita libera da disabilità" nel quale si afferma la maggiore longevità delle donne non si traduce in una migliore qualità della sopravvivenza. Si conferma quindi che il gruppo degli anziani non è un gruppo omogeneo in quanto le donne sono più numerose degli uomini e contemporaneamente sono più affette da malattie.

Fattori di rischio. I dati ILSA dimostrano che circa il 16 per cento delle donne e il 77 per cento degli uomini sono o sono stati fumatori. Di questi, circa il 16 per cento delle donne e il 41 per cento degli uomini fuma/fumava più di 20 sigarette al giorno. Oltre l'85 per cento dei fumatori lo è stato per un periodo superiore ai 10 anni.

Circa il 66 per cento delle donne e l'89 per cento degli uomini beve vino ogni giorno. Tra i bevitori, però, circa il 3 per cento delle donne e il 24 per cento degli uomini dichiara di bere più di 50 gr di alcol al giorno (mezzo litro di vino). Per quanto riguarda la dieta, abbiamo valutato solo il consumo di frutta e verdura e una percentuale molto bassa, ossia circa il 15 per cento delle donne e il 14 per cento degli uomini consumano almeno due porzioni di frutta o verdura al giorno.

L'indice di eccesso ponderale utilizzato in questa analisi è l'Indice di massa corporea (IMC o BMI), ossia il rapporto tra peso (in chili) e quadrato dell'altezza (in metri). I dati dimostrano che la media del BMI, sia nei maschi che nelle femmine, è tendenzialmente alto e superiore ai valori considerati normali (20-25 Kg/m²). Circa il 46 per cento dei maschi e il 39 per cento delle femmine è in sovrappeso e il 15 per cento e il 37 per cento rispettivamente è obeso, secondo la classificazione dell'OMS (BMI da 25 a 29,9 nei maschi e da 23,9 a 28,6 nelle femmine indica il sovrappeso, mentre un BMI superiore a 30 e a 28,6 rispettivamente indica l'obesità manifesta).

Se valutiamo la presenza di un fattore di rischio, quale l'obesità, in soggetti ipertesi, vediamo un'associazione significativa, con una prevalenza di obesità del 31,6 per cento e del 18,8 per cento rispettivamente nelle femmine e nei maschi ipertesi, contro una prevalenza del 21,5 per cento e del 11,4 per cento rispettivamente nei normotesi. Tale associazione resta costante in ogni gruppo di età, sia per i maschi sia per le femmine. Anche diabete e peso corporeo sono notoriamente associati: il 4 per cento delle donne e il 9 per cento degli uomini sottopeso sono diabetici, contro il 17 per cento e il 19,8 per cento rispettivamente degli obesi. Se consideriamo altri parametri biologici, la media del colesterolo totale è elevato in tutto il nostro campione (218 mg/dl), anche se con una variabilità molto elevata (SD 43,97). Tuttavia, i livelli di HDL sono alti (effetto protettivo sulla patologia cardiovascolare) e, come previsto, sono superiori nelle donne rispetto ai maschi.

La valutazione di fattori di rischio sociali, invece, effettuata nell'ILSA ha evidenziato come un basso livello di scolarità, usualmente utilizzato come indicatore di livello socio-economico, sia associato a tassi più elevati di malattie croniche invalidanti, quali per esempio demenza e scompenso cardiaco, di disabilità e di mortalità generale.

Conclusioni. L'analisi delle complesse relazioni tra caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione è necessaria per la razionale pianificazione della ricerca medica e dell'assistenza sanitaria. In questo secolo, la popolazione anziana ha subito un aumento numerico e relativo mai registrato in precedenza. La sopravvivenza superiore delle femmine rispetto ai maschi comporta un largo numero di donne spesso sole, in condizioni di salute scadenti e in situazioni economiche precarie, che richiedono interventi assistenziali sociosanitari spesso onerosi. Le proiezioni della popolazione nei prossimi 30-40 anni indicano un continuo aumento della popolazione anziana, con tutte le pesanti implicazioni assistenziali che si possono prevedere. Particolare attenzione va dedicata alle patologie disabilitanti che, pur non essendo mortali, causano perdita dell'autosufficienza tale da richiedere continua cura e assistenza. Gli sforzi della geriatria devono perciò essere diretti in misura massiva alla comprensione dei processi fisiologici e patologici legati all'invecchiamento. Solo raggiungendo le conoscenze sufficienti per prevenire o posporre le patologie e le disabilità dell'anziano, potremmo considerare l'invecchiamento della popolazione come una positiva conquista della nostra società e non come un problema e un peso per le generazioni più giovani.

BIBLIOGRAFIA

- Amaducci L. Low educational level as a risk factor for disability in the elderly. *J Geront* 1998; 53: 484-490.
- Baldereschi M et al. ILSA Working Group: Dementia is a major predictor of death among the Italian elderly. *Neurology* 1999; 52:709-713.
- CNR, Progetto finalizzato invecchiamento. Roma: Resource Data Book, 1996.
- Di Carlo A et al. Influence of different screening procedures on the stroke prevalence estimates. *The Italian Longitudinal Study on Aging. Cerebrovascular diseases* 1999; 4: 231-237.
- Di Carlo A et al. Body-mass index and all-cause mortality in older people: the Italian Longitudinal Study on Aging. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 1035.
- Fries J.F. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine* 1980; 303:130, 1980.
- Grigoletto F et al. Il disabile anziano nel contesto familiare: risultati dello studio longitudinale del CNR sull'invecchiamento. In *Salute famiglia. Metodi di produzione e analisi statistica di dati.* A cura di M.Bolzan et al Roma: Cleup editrice, 1996.
- ISTAT. Indagine multiscopo sulle famiglie, 1999-2000.
- Kaplan GA et al. Mortality among the Elderly in the Alameda County Study: Behavioral and Demographic Risk Factors. *Am.J.Public Health* 1987; 77: 307.
- Maggi S. et al. The Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA): Design and methods. *Aging Clin Exp Res* 1999; 6: 464-473.
- The ILSA Group. Prevalence of chronic diseases in older Italians: Comparing self-reported and clinical diagnosis. *Int J Epidemiol* 1997; 26: 5.
- Zamboni M et al. The relationship between body composition and physical performance in older women. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 1403-8.

Stranieri immigrati

Gli stranieri regolarmente soggiornanti in Italia all'1 gennaio 2000 si possono stimare in 1.520.000 unità (secondo una stima ISTAT sulla base di dati del Ministero dell'interno); alla stessa data gli stranieri residenti sono 1.271.000 (dati ISTAT), equivalenti al 2,2 della popolazione residente complessiva in Italia al primo gennaio 2000, pari a 57.680.000 unità. Occorre, tra loro, distinguere i cittadini provenienti da Paesi appartenenti all'Unione europea (circa l'11 per cento). Facendo riferimento a quella che viene generalmente considerata la popolazione più tipicamente "immigrata" (proveniente dai paesi cosiddetti "a forte pressione migratoria"), è opportuno distinguere anche i soggetti provenienti da altri paesi europei occidentali non appartenenti all'Unione Europea e i cittadini nord-americani (questa comunità è attualmente la sesta in Italia per consistenza), che rappresentano complessivamente un ulteriore 4 per cento di tutti gli stranieri. Vi sono poi i soggetti irregolarmente presenti (persone entrate clandestinamente o a cui non è stato rinnovato il permesso di soggiorno) di cui, per definizione, è sconosciuta l'entità ma che, considerando la recente sanatoria, vengono attualmente stimati intorno alle 200-300.000 unità. È utile qui ribadire sinteticamente alcune considerazioni generali sul fenomeno immigratorio e sugli aspetti sanitari a esso correlati, rimandando alla precedente Relazione sullo stato sanitario del paese, 1999 per un ampio inquadramento e per l'approfondimento di alcune aree:

- l'immigrazione è oggi una componente strutturale, ordinaria, della nostra società;
- a partire dalla legge 40 del 1998, sono state emanate disposizioni sanitarie che delineano precise politiche per la salute di questi gruppi di popolazione (1), parzialmente ancora in corso di adozione in numerose realtà locali;
- il Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000 ha, per la prima volta, dedicato una

Tabella 47a. Ricoveri totali di stranieri residenti e non-residenti, anno 1998

regioni	stranieri non residenti	stranieri residenti	totale stranieri	totale ricoveri nazionali	ricoveri di stranieri ogni 1.000 ricoveri	% ricoveri di non residenti sui ricoveri di stranieri
Piemonte	5.165	10.939	16.104	869.495	18,52	32,07
Valle d'Aosta	100	87	187	23.568	7,93	53,48
Lombardia	12.705	34.353	47.058	2.092.737	22,49	27,00
Provincia autonoma Bolzano	381	993	1.374	101.047	13,60	27,73
Provincia autonoma Trento	297	1.818	2.115	100.962	20,95	14,04
Veneto	4.113	14.147	18.260	1.101.534	16,58	22,52
Friuli v. Giulia	1.054	2.257	3.311	242.187	13,67	31,83
Liguria	2.853	4.360	7.213	412.618	17,48	39,55
Emilia Romagna	7.170	9.881	17.051	965.770	17,66	42,05
Nord	33.838	78.835	112.673	5.909.918	19,07	30,03
Toscana	6.867	9.055	15.922	719.603	22,13	43,13
Umbria	1.214	1.633	2.847	195.737	14,55	42,64
Marche	784	2.107	2.891	316.725	9,13	27,12
Lazio	4.589	42.984	47.573	1.069.812	44,47	9,65
Centro	13.454	55.779	69.233	2.301.877	30,08	19,43
Abruzzo	274	1.168	1.442	279.329	5,16	19,00
Molise	106	270	376	66.769	5,63	28,19
Campania	2.057	3.612	5.669	1.105.305	5,13	36,29
Puglia	1.745	1.883	3.628	941.388	3,85	48,10
Basilicata	138	3.406	3.544	109.410	32,39	3,89
Calabria	629	733	1.362	420.153	3,24	46,18
Sicilia	945	3.112	4.057	768.162	5,28	23,29
Sardegna	535	179	714	260.764	2,74	74,93
Sud e isole	6.429	14.363	20.792	3.951.280	5,26	30,92
totale	53.721	148.977	202.698	12.163.075	16,67	26,50

sezione specifica agli stranieri immigrati, considerati quali soggetti potenzialmente deboli cui destinare interventi specifici;

- non sono attualmente disponibili informazioni valide e continuative di carattere nazionale sulla salute degli immigrati (fatta eccezione per quelle di seguito illustrate);
- i principali fattori di rischio per la salute fisica e psichica degli immigrati sembrano riferibili alla dimensione sociale delle loro condizioni di vita (occupazione, alloggio, alimentazione, supporto psico-affettivo, ecc);
- l'accessibilità e la fruibilità dei servizi sanitari pubblici vengono ritenuti elementi di particolare criticità per la tutela della salute degli stranieri immigrati.

Viene di seguito analizzata l'attività di ricovero ospedaliero, per l'anno 1998, relativa a cittadini stranieri, utilizzando la banca dati della scheda di dimissione ospedaliera (SDO). L'assistenza ospedaliera rappresenta indubbiamente un aspetto rilevante dell'accesso degli