ATTI PARLAMENTARI

XIV LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. **L**
n. **1**

RELAZIONE

SULLO STATO SANITARIO DEL PAESE

(**Anni 2001-2002**)

(Articolo 8, terzo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833)

Presentata dal Ministro della salute

(SIRCHIA)

Trasmessa alla Presidenza il 27 novembre 2003

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

Signor Presidente, Onorevoli colleghi,

La salute è per tutti il bene più prezioso ed è per questo che dobbiamo impegnarci sempre più affinché il nostro Servizio Sanitario Nazionale garantisca in modo uniforme prestazioni di qualità a tutti i cittadini.
Tale impegno, che ha ispirato, fin dal primo giorno, ogni azione del mio mandato governativo, si colloca in un momento in cui l'organizzazione sanitaria sta vivendo un delicato passaggio di competenze tra le Istituzioni, in virtù della riforma del titolo V della Costituzione. Il passaggio delle competenze in merito all'organizzazione e alla gestione della sanità tra lo Stato Centrale e le Regioni è ancora in fase di completamento e siamo in una condizione che alcuni hanno definito di federalismo incompleto. Ciò comporta difficoltà nel rapporto tra competenze del Governo e delle Regioni per il soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini, che richiedono sempre più attenzione verso le patologie croniche e le cure territoriali, il sistema di urgenza ed emergenza, l'obsolescenza degli Ospedali, ma anche circa le diversità tra Regione e Regione, in termini di quantità e qualità dei servizi erogati, problemi che sono stati per ora posti sul tappeto, ma certamente non risolti.
L'Accordo dell'8 agosto 2001, tra lo Stato e le Regioni ha stabilito che queste ultime sono tenute ad erogare una precisa tipologia di servizi, a fronte di un trasferimento economico, che è più consistente del passato. Tuttavia non è stato definito lo standard di quantità e quindi il numero di prestazioni che devono essere erogate per un certo numero di abitanti, né la qualità di queste prestazioni e le modalità per misurarla. Questo fa sì che in alcune Regioni le prestazioni siano migliori dal punto di vista quantitativo e qualitativo rispetto ad altre, mentre in alcune aree geografiche del nostro Paese le liste di attesa, che notoriamente derivano dalla mancata ottimizzazione del rapporto tra domanda e offerta, sono ancora troppo lunghe così da intaccare i diritti fondamentali dei cittadini alla salute e all'equità.

Contemporaneamente ad un delicato momento istituzionale, il Paese sta attraversando anche un difficile momento economico, legato ad una più generale situazione del mondo Occidentale e ad una vera e propria crisi del suo sistema finanziario, crisi che è cominciata ancor prima dell'11 settembre 2001, ma che certamente è stata peggiorata dal riemergere del terrorismo internazionale e dalle tensioni tra il mondo Occidentale e i Paesi in via di sviluppo.
Il difficile momento economico ha obbligato il Governo a concentrarsi sul contenimento della spesa, onde evitare che l'Italia venisse emarginata dal contesto europeo. In realtà, la sanità non è stata troppo penalizzata, ma indubbiamente l'impronta economicistica che le è stata impressa

non ha consentito di ottimizzare investimenti e sviluppo. È da rilevare peraltro che le politiche di controllo della spesa hanno posto un freno a molti sprechi, che hanno caratterizzato e caratterizzano ancora in parte il Servizio Sanitario Nazionale e che derivano dal fatto che, ogni qualvolta esiste un terzo pagante, questo viene penalizzato da inappropriatezze e talora abusi. Il Governo ha così dovuto porre rimedio alla esplosione della spesa farmaceutica registrata alla fine del 2001, che aveva prodotto un incremento del 34%, senza che vi fosse alcuna modifica nello stato di salute del Paese, solamente a causa di inappropriatezze e abusi. Per questo motivo è stato ridisegnato il Prontuario Farmaceutico, sulla base del principio che a molecole uguali dovessero corrispondere rimborsi uguali da parte del Servizio Sanitario Nazionale, riducendo così i costi per lo Stato e salvaguardando la gratuità per i cittadini di tutti i farmaci rilevanti terapeuticamente, che sono ora addirittura più numerosi di prima. Si è quindi, in questo primo biennio di Governo, realizzata una politica sulla sanità di tipo difensivo, in cui la leva economicistica per risanare i bilanci è stata ampiamente utilizzata.

Ritengo che non appena possibile il Governo e le Regioni dovranno considerare la necessità di investire maggiormente nella sanità e in una maggiore garanzia circa l'equità del sistema, adoperandosi per completare al più presto il processo federalista, ma soprattutto per definire e controllare che le prestazioni sanitarie siano garantite a tutti i cittadini italiani, ovunque essi vivano, in termini di adeguate quantità e qualità. In tale ottica si colloca il nuovo Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 che, in coerenza con il nuovo assetto istituzionale, si è trasformato, da atto programmatico per le Regioni, in un "Progetto di Salute" condiviso, da realizzare con le Regioni in modo sinergico ed interattivo. Non appena le condizioni economiche del Paese lo consentiranno, credo sarà necessario investire in almeno quattro obiettivi strategici:

1) diminuire le liste di attesa, aumentando da un lato l'offerta di servizi, anche fuori orario, e riducendo la domanda inappropriata. Mentre l'aumento dell'offerta implica maggiori risorse per il personale del Servizio Sanitario Nazionale, la riduzione della domanda inappropriata richiede soprattutto una nuova organizzazione territoriale e quindi un investimento sui Medici di Famiglia, perché si organizzino con modalità nuove e assumano maggiori poteri e maggiori responsabilità nel loro ambito. Va quindi rivista sostanzialmente la Convenzione con i Medici di Medicina Generale, secondo un progetto che le Regioni stanno già considerando;
2) investire nell'edilizia ospedaliera e nella tecnologia avanzata, ricordandoci che, non solo non sono stati fatti nuovi investimenti in conto capitale fin dal 1988 (con l'eccezione di 4.000 miliardi di vecchie

lire nella Finanziaria 2001), ma che questi fondi giacciono ancora in larga misura inutilizzati. Nel 2001-2002 il Ministero della Salute ha impresso una notevole accelerazione alla realizzazione delle opere e alla loro progettazione;

3) garantire un fondo e un'organizzazione adeguati per le persone non autosufficienti, privilegiando il loro trattamento a domicilio, sostenuto da adeguati servizi, così come indicato nel disegno di legge che è stato approntato tra il Ministero della Salute e il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;
4) infine è necessario che lo Stato acquisisca la possibilità di misurare la quantità e la qualità dei servizi erogati nelle varie Regioni e di intervenire, qualora fosse necessario, correggendole, in modo da assicurare a tutti i cittadini italiani lo stesso diritto ai servizi sanitari, ovunque essi risiedano.

La rivoluzione tecnologica e l'invecchiamento della popolazione, con il forte aumento della cronicità, richiedono nuove risorse aggiuntive e la sinergia tra tutte le componenti istituzionali e la società civile.
Il rilancio della sanità, come investimento strategico per il nostro Paese, è una scelta politica coraggiosa e mi auguro che su questa scelta possa coagularsi il consenso di tutti gli Italiani e delle loro Istituzioni.

Prof. Girolamo Sirchia
Ministro della Salute

La Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2001-2002 si inserisce in un momento particolare di riflessione sulla salute e aspettativa di vita degli italiani e in una situazione di transito istituzionale molto importante in vista della responsabilizzazione maggiore delle Regioni nella gestione e organizzazione della sanità.

In questo periodo sono cambiati nella realtà e nella percezione dei cittadini alcuni indicatori attinenti il benessere individuale e sociale.

La speranza di vita alla nascita è cresciuta dal 1999 al 2002 passando da 75,8 anni per gli uomini e 82 per le donne, rispettivamente a 76,7 e 82,9, la mortalità generale è diminuita mentre il numero dei decessi, tende ad aumentare in corrispondenza delle classi di età oltre gli 85 anni.
Se a questo dato si aggiunge che le donazioni per trapianti sono passate da 15,2 donatori per milione di abitanti del 2000 a 18,1 per milione nel 2002 e contemporaneamente si è registrata una riduzione del numero di ricoveri complessivi di Assistenza Ospedaliera, non si può non trarre la considerazione oggettiva che il nostro Servizio Sanitario Nazionale si configura nel periodo 2001/2002 come universale e di buona qualità.
Ciò non vuol dire che non possa migliorare ulteriormente e che molte carenze prevalentemente di tipo gestionale ed organizzativo non debbano essere risolte.

Non possiamo però non considerare il fatto che se è cresciuta l'aspettativa di vita e sono diminuite alcune cause di mortalità, altre si affacciano prepotentemente e nuove tipologie di malattia stanno assumendo contorni preoccupanti, mentre la globalizzazione della informazione fa vivere paure, qualche volta anche immotivate.
I recenti esempi della polmonite atipica e della minaccia di bio-terrorismo hanno posto un problema di coerenza di interventi di prevenzione e profilassi oltre che di corretta informazione rispetto alle paure, non sempre giustificate, che vengono veicolate nel mondo attraverso i mass-media.

Sempre di più si confondono pericolo e rischio e sempre di più si sta prendendo coscienza e consapevolezza che molte delle situazioni di sofferenza dipendono da stili di vita poco attenti e opportuni.
Mentre da una parte il singolo individuo è diventato sensibile alle tematiche della salute, le articolazioni della società mandano segnali contraddittori e non sempre affrontano i problemi in modo adeguato.
In questo contesto la comunicazione diventa una funzione complessa e di questa complessità si è fatto carico il Piano Sanitario Nazionale 2003/2005.

La sua complessità diventa maggiore se posta in relazione al cambiamento da Ministero della Sanità a Ministero della Salute e alla applicazione delle Leggi e dei Regolamenti che devono attuare il processo di devoluzione e di Federalismo previsti dal nostro ordinamento.

Il Ministero della Salute ha già avviato un percorso di avvicinamento tra Istituzione e Cittadino, ponendosi l'obiettivo di generare nuove forme di coinvolgimento e collaborazione con la società civile.

Tale obiettivo implica che l'informazione divenga uno degli aspetti decisivi del rapporto tra SSN e cittadini. I risultati di salute infatti non dipendono solo dalla qualità tecnica delle prestazioni, ma trovano radici più profonde nella responsabilizzazione dei soggetti coinvolti e nella loro capacità di collaborare.

Il Ministero della salute intende stabilire con la società civile una sinergia per la promozione della salute che impegni i vari soggetti nello spirito di una comunità che prende cura della qualità della vita. Per generare questa corresponsabilità per la salute il Ministero si rivolge ad una pluralità di soggetti ed in particolare agli operatori sanitari, alle istituzioni, al volontariato, ai produttori, profit e non profit, agli organi di comunicazione, alla comunità europea e internazionale e ovviamente a tutti i cittadini che potranno essere non solo "pazienti", ma anche "agenti" di cura, co-protagonisti della cura di sé stessi e della promozione generale di una cultura della salute.

Sotto quest'aspetto la comunicazione al cittadino diventa l'ultimo anello della comunicazione agli operatori, dove il cittadino è lui stesso operatore, compartecipe di un unico processo teso al raggiungimento dell'obiettivo di salute.

La promozione della Salute è infatti un obiettivo che può essere raggiunto solo attraverso il coinvolgimento di tutta la comunità e il passaggio "dalla sanità alla salute" può essere indicato come passaggio da una sanità concepita come problema individuale, che riguarda soprattutto la singola persona di fronte all'evento malattia, alla salute come obiettivo dell'insieme dei cittadini, di una comunità che vuole prendere in mano il proprio destino e che si organizza in modo da garantire a ogni cittadino l'espressione piena delle proprie potenzialità fisiche, psichiche e sociali.

In tale contesto si inseriscono le responsabilità pubbliche di educazione sanitaria e di promozione della salute dei cittadini e la comunicazione

rappresenta una priorità molto importante da attivare per rendere più efficaci le campagne d'informazione, sensibilizzazione e prevenzione in campo sanitario, con il coinvolgimento positivo degli operatori sanitari e dei rappresentanti della società civile, nell'ottica di migliorare lo stato di salute dei cittadini italiani.

Antonella Cinque
Direttore Generale della Direzione degli Studi,
della Documentazione Sanitaria
e della Comunicazione ai Cittadini

INDICE

I. La situazione sanitaria del Paese ..... *Pag.* 13

1. Speranza di vita e mortalità ..... » 15

1.1. Speranza di vita ..... » 17

1.2. Mortalità generale ..... » 18

1.3. Mortalità per causa ..... » 19

2. Salute e malattie ..... » 21

2.1. Malattie trasmissibili ..... » 23

2.1.1 Malattie prevenibili con vaccino ..... » 23

2.1.2 Aids ..... » 24

2.1.3 Malattie a trasmissione alimentare ..... » 26

2.1.4 Infezioni nosocomiali da legionella ..... » 27

2.2. Malattie non trasmissibili ..... » 28

2.2.1 Malattie cardio e cerebrovascolari ..... » 28

2.2.2 Tumori ..... » 29

2.2.3 Diabete ..... » 32

2.3. Malattie neuropsichiatriche ..... » 33

2.3.1 Malattie neurologiche ..... » 33

2.3.2 Disturbi psichici ..... » 36

2.3.3 Disturbi del comportamento alimentare e obesità ..... » 37

2.4. Malattie professionali ..... » 41

2.5. Cause violente ..... » 42

2.5.1 Suicidi ..... » 42

2.5.2 Gli incidenti stradali ..... » 45

2.5.3 Infortuni sul lavoro ..... » 46

2.5.4 Incidenti domestici ..... » 47

3. La salute in alcuni gruppi di popolazione ..... » 49

3.1. Infanzia e adolescenza ..... » 51

3.2. Donne in gravidanza ..... » 52

3.3. Anziani ..... » 55

3.4. Disabili ..... » 57

3.5. Detenuti ..... » 58

3.6. Immigrati ..... » 62

II. I determinanti della salute ..... » 65

4. Determinanti socioeconomici ..... » 67

5. Stili di vita ..... » 71

5.1. Nutrizione ..... » 73

5.2. Attività fisica ..... » 74

5.3. Tabacco ..... » 78

5.4. Alcool ..... » 79

5.5. Consumo di droghe ..... » 81

6. Ambiente ..... » 83

6.1. Aria – Idrocarburi policiclici aromatici ..... » 85

6.2. Radiazioni ..... » 87

6.2.1 Radiazioni ionizzanti ..... » 87

6.2.2 Radiazioni non ionizzanti ..... » 88

6.3. Clima ..... » 91

6.4. Alimenti ..... » 93

6.5. Ambiente di lavoro ..... » 94

III. Le risposte attuali del servizio sanitario ..... » 97

7. Assistenza primaria ..... » 99

7.1. Medicina di base ..... » 101

7.2. Guardia medica ..... » 102

8. Sistema di emergenza sanitaria ..... » 107

9. Assistenza ospedaliera ..... » 113

9.1. Assistenza ospedaliera per acuti e lungodegenti ..... » 115

10. Assistenza ai malati terminali ..... » 121

11. Servizi trasfusionali ..... » 125

12. Trapianti ..... » 129

13. Qualità dei servizi ..... » 135

13.1. La qualità percepita dei servizi sanitari ..... » 137

13.2. L'accreditamento dei servizi sanitari ..... » 137

13.3. L'ECM come strumento per la qualità professionale degli operatori della sanità ..... » 138

13.4. Le liste di attesa ..... » 139

14. Farmaci ..... » 141

15. Bioterrorismo ..... » 147

I

LA SITUAZIONE SANITARIA DEL PAESE

1. SPERANZA DI VITA E MORTALITÀ

1.1. Speranza di vita

L'Italia è il Paese al mondo in cui il tasso di invecchiamento della popolazione è il più intenso e veloce, come confermato anche dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità).

I dati demografici confermano il costante incremento della vita media della popolazione italiana che ha caratterizzato tutto il secolo trascorso e che ha portato nel 2001 la speranza di vita alla nascita a 76,7 anni per gli uomini e a 82,9 anni per le donne.

A livello territoriale valori superiori alla media nazionale si riscontrano nelle regioni del Centro-Sud per il sesso maschile, mentre per quello femminile si osserva una più elevata variabilità. Per entrambi i sessi il valore massimo si registra nelle Marche e il minimo in Campania (tab. 1).

I divari tra i sessi, seppure in lieve diminuzione, rimangono elevati. La differenza di circa 6 anni di vita a favore del sesso femminile è attribuibile ai minori livelli di mortalità delle donne alle varie età e per la maggior parte delle cause di morte. Studi recenti hanno rilevato come questo differenziale sia attribuibile per il 60% circa alla minore mortalità delle donne nell'ambito delle malattie cardiovascolari e dei tumori, che spiegano oltre il 70% della mortalità complessiva.

Passando ad un'analisi territoriale della speranza di vita alla nascita, possiamo notare che le differenze fra i sessi sono più evidenti nelle Regioni settentrionali in particolare nell'area Nord-Orientale. Per l'Emilia Romagna, il Friuli Venezia Giulia, il Trentino Alto Adige ed il Veneto, infatti, il divario nella speranza di vita alla nascita tra uomini e donne è superiore al valore nazionale (6,20 anni) e varia tra 6,24 e 7,06 anni. Tra le Regioni del Sud con un'elevata differenza tra i sessi emerge la Sardegna, Regione per la quale una donna ha una speranza di vita alla nascita di 6,83 anni più elevata rispetto ad un uomo. Nelle altre Regioni meridionali i divari tra i sessi sono meno consistenti.

Tab.1 Speranza di vita alla nascita per regione e sesso. Anno 2001 (a)

Regioni	Maschile	Femmine	Regioni	Maschile	Femmine
Piemonte (1)	76,4	82,6	Marche	78,0	84,3
Valle d'Aosta (1)	76,4	82,6	Lazio	76,9	82,7
Lombardia	76,3	83,1	Abruzzo (2)	77,7	83,8
Prov. Aut. di Bolzano	77,0	84,1	Molise (2)	77,7	83,8
Prov. Aut. di Trento	76,9	83,9	Campania	75,3	81,2
Veneto	76,9	83,7	Puglia	77,6	83,2
Friuli Venezia Giulia	76,6	83,2	Basilicata	77,5	83,0
Liguria	76,5	82,7	Calabria	77,6	82,9
Emilia Romagna	77,2	83,4	Sicilia	76,6	81,9
Toscana	77,3	83,3	Sardegna	76,2	83,0
Umbria	77,8	83,5	Totale	76,7	82,9

(a) valori stimati

(1) Il valore della speranza di vita è relativo all'insieme di Piemonte e Val d'Aosta.

(2) Il valore della speranza di vita è relativo all'insieme di Abruzzo e Molise.

Fonte: ISTAT. Indicatori demografici: stime per l'anno 2001

1.2. Mortalità generale

Nel 2000 si sono registrati poco più di 560.000 decessi, valore inferiore di circa 7.000 unità rispetto al 1999. Le variazioni più consistenti sono state osservate nelle fasce di età più adulte. Il numero dei decessi continua infatti ad aumentare in corrispondenza delle classi di età più adulte (85 anni e oltre), mentre tende a diminuire tra i 75 e gli 84 anni. Considerando i tassi di mortalità, questi continuano a diminuire a tutte le età.

Anche la mortalità infantile continua a diminuire sensibilmente raggiungendo nel 2000, per il totale Italia, livelli del 41,9 e 37,7 per 10.000 nati vivi, rispettivamente per i maschi

Tab.2 Tassi di mortalità, tassi grezzi e standardizzati (a) di mortalità per regione e sesso. Anno 2000 (b)

Regioni	Tassi di mortalità infantile per 10.000 nati vivi		Tassi grezzi per 10.000		Tassi standard per 10.000	
	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
Piemonte	36,4	31,8	115,0	115,4	109,6	65,4
Valle d'Aosta	51,2	35,0	116,4	103,6	121,3	61,4
Lombardia	37,0	31,0	95,9	92,6	111,5	61,0
Prov. Aut. di Bolzano	29,8	18,9	85,0	77,2	104,7	56,4
Prov. Aut. di Trento	38,2	31,9	97,2	97,1	105,6	57,9
Veneto	31,7	23,3	96,9	91,9	107,3	58,4
Friuli Venezia Giulia	18,5	28,0	116,2	119,0	107,7	60,9
Liguria	43,2	46,5	136,9	133,1	107,4	62,1
Emilia Romagna	39,4	24,5	122,1	113,4	103,5	59,3
Toscana	33,1	27,6	122,6	115,9	103,6	61,2
Umbria	35,1	38,9	117,8	105,1	98,6	58,2
Marche	30,8	27,0	109,4	101,5	95,7	56,0
Lazio	43,9	41,5	96,8	84,7	108,1	63,0
Abruzzo	30,2	41,0	106,7	94,4	99,5	59,2
Molise	44,5	46,9	111,9	96,1	99,3	57,3
Campania	46,5	43,0	84,2	77,9	119,0	75,2
Puglia	48,6	56,2	83,3	75,9	101,6	64,1
Basilicata	37,4	37,4	94,5	80,6	95,8	60,9
Calabria	60,9	53,0	87,6	81,8	97,6	63,7
Sicilia	58,8	53,7	96,5	86,9	109,4	70,1
Sardegna	46,4	30,0	92,0	74,0	104,5	60,0
Totale	41,9	37,7	101,0	94,3	107,5	63,1

(a) Nel calcolo dei tassi grezzi e standardizzati sono esclusi i morti a meno di un anno di vita

(b) Dati provvisori

(c) La popolazione standard di riferimento è quella del censimento 1991, maschi più femmine

Fonte: ISTAT

e per le femmine. A fronte di circa 540.000 nascite, si registrano, infatti, circa 2.500 decessi nel primo anno di vita, di cui il 55% relativo ai maschi (tab. 2).

Rispetto ad un'analisi della geografia della mortalità, si può affermare che il fenomeno del declino dei tassi di mortalità è ampiamente generalizzato a livello territoriale. Nel tempo si è inoltre assistito, sia per gli uomini che per le donne, ad una progressiva omogeneizzazione territoriale grazie alla più consistente riduzione dei livelli di mortalità proprio nelle aree in partenza più svantaggiate.

1.3. Mortalità per causa

Nel panorama della mortalità per causa si conferma una consistente diminuzione dei decessi per le cause di morte più diffuse, prime fra tutte le malattie del sistema circolatorio, e una riduzione della mortalità per tumori maligni, come osservato negli anni più recenti. Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte nel complesso della popolazione e negli anziani e la seconda causa negli adulti, dopo i tumori. Queste malattie, così come osservato negli ultimi decenni, hanno subito una ulteriore diminuzione fino a raggiungere nel 2000 un tasso pari al 42,5 e a 28,2 per 10.000, rispettivamente per gli uomini e per le donne. Per quanto riguarda i tumori maligni si conferma l'inversione di tendenza osservata negli anni più recenti con un lieve calo dei tassi di mortalità (da 24,9 per 10.000 nel 1998 a 24,2 nel 2000). Il quadro del fenomeno appare molto differenziato secondo l'età, facendo registrare delle importanti diminuzioni di mortalità tra i "giovani" anziani (60-79 anni) e tra le donne ultraottantenni.

Per quanto riguarda la geografia della mortalità, per le malattie cardiovascolari, si conferma lo svantaggio delle donne nel Sud e nelle Isole rispetto al resto della popolazione femminile italiana. Per gli uomini, i tassi più elevati si riscontrano non solo nelle Regioni meridionali e insulari, quali Campania, Sicilia, Molise e Calabria, ma anche in Valle d'Aosta, Lazio, Trentino Alto Adige e Piemonte. Nelle Marche, invece, i livelli di mortalità per malattie del sistema circolatorio sono tra i più bassi d'Italia sia per gli uomini che per le donne. Per quanto riguarda la mortalità per tumori, i tassi più elevati si riscontrano nell'Italia Settentrionale, in particolar modo in Lombardia e Friuli Venezia Giulia, mentre i più bassi nelle regioni del Sud e Isole, nelle quali la graduatoria della mortalità è sostanzialmente uguale per gli uomini e le donne.

Riferimenti bibliografici

ISTAT, ISS. La mortalità in Italia nel periodo 1970-1992: evoluzione e geografia, Roma, 1999.

ISTAT. (Informazioni n.17) La mortalità per causa nelle regioni italiane: anni 1998 e 2000, Roma, 2002.

EUROSTAT. Key data on health 2000 1999, Lussemburgo, Edition 2000.

ISTAT. Cause di morte: anno 1998. Annuari n.14, Roma, 2001.

ISTAT. Cause di morte: anno 1999. Annuari (in corso di pubblicazione)

ISTAT. Decessi: caratteristiche demografiche e sociali: anno 1998. Annuari n.7, Roma, 2001.

ISTAT. Tavole provinciali di mortalità: anno 1995. Informazioni n.12, Roma, 2000.

www.istat.it/Popolazioni/Nati-e-mor/index.htm
www.cdc.gov/nchs

2. SALUTE E MALATTIE

2.1. Malattie trasmissibili

2.1.1. Malattie prevenibili con vaccino

L'Italia è stata certificata, insieme agli altri paesi della Regione Europea, ufficialmente libera da poliomielite il 21 giugno 2002. Questo risultato arriva a coronamento di una intensa attività di sorveglianza rivolta non solo a verificare l'esistenza delle coperture vaccinali adeguate per l'interruzione della trasmissione della infezione, ma anche ad evidenziare, tramite la sorveglianza della PFA (paralisi flaccida acuta), qualsiasi caso che dal punto vista sintomatologico potesse rappresentare un caso di poliomielite.

Anche la difterite può a ragione essere considerata eliminata (durante tutti gli anni 90 dello scorso secolo sono stati osservati soltanto rari casi sporadici, uno dei quali importato). L'ultimo caso di questa malattia, peraltro dovuto ad un ceppo di corynebacterium ulcerans, si è verificato nel 1998 in una donna anziana.

Dopo anni in cui venivano notificati regolarmente almeno un centinaio di casi all'anno, anche il tetano sembra mostrare una tendenza al decremento. Nel 2001 sono stati infatti notificati 63 casi di tetano, rispetto ai 98 del 2000. Dagli anni 80 in poi non si sono più verificati casi di tetano in neonati, bambini e ragazzi al di sotto dei 20 anni e, attualmente, oltre l'80% dei casi riguarda persone di età superiore a 65 anni.

L'incidenza dell'epatite virale B, in declino già dalla seconda metà degli anni 80, ha mostrato una diminuzione ancora più marcata dopo l'applicazione uniforme, sull'intero territorio nazionale, della L. 165/91, con la quale veniva introdotta l'obbligatorietà della vaccinazione per i nuovi nati e gli adolescenti.

L'incidenza totale di epatite virale B nel 2001 è stata pari a 2,3 casi per 100.000 abitanti, con una diminuzione di circa il 70% rispetto al dato del 1992. La classe di età 25-64, con 3,2 casi per 100.000, continua ad essere quella maggiormente colpita dall'epatite B; così come costantemente più colpito risulta essere il sesso maschile rispetto al sesso femminile (nel 2001 la differenza è stata del 67,2%, con un aumento rispetto alla differenza osservabile negli anni precedenti).

L'impatto della vaccinazione risulta tanto più evidente nelle Regioni in cui erano maggiori, prima dell'obbligatorietà della vaccinazione, la diffusione dell'epatite virale B e la prevalenza di portatori cronici di HbsAg (Hepatitis B surface Antigen), in primo luogo Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna.

Anche nella pertosse il miglioramento delle coperture vaccinali ha determinato una netta riduzione dell'incidenza di questa malattia, che nel 2001 è stata di 2,7 casi per 100.000 abitanti, con una diminuzione del 78,4% rispetto al 1992, mentre le coperture vaccinali non adeguate nei confronti di morbillo, parotite e rosolia si sono dimostrate insufficienti a controllare la circolazione degli agenti patogeni di tali malattie, che in Italia presentano ancora il caratteristico andamento endemo-epidemico delle epoche precedenti l'introduzione delle vaccinazioni.

Nell'anno 2001 il morbillo ha presentato l'incidenza più bassa mai registrata in Italia, con circa 1,3 casi per 100.000 abitanti. Tuttavia, a partire dai primi mesi del 2002, si è manifestata un'epidemia di morbillo, ampiamente prevedibile ed attesa, che ha interessato alcune Regioni meridionali ed in particolare la Campania.

Nel periodo che va da gennaio a luglio 2002 i casi di morbillo notificati al Sistema Informativo delle Malattie infettive e diffusive sono stati 12.049, per l'83,8% segnalati dalla sola Regione Campania. Se si prendono in considerazione gli inevitabili fenomeni di sottonotifica, i casi di morbillo effettivamente verificatisi potrebbero però essere stimati in diverse decine di migliaia.

L'incidenza delle meningiti da HIB (haemophilus influenzae b) – registrata tramite il sistema di sorveglianza dedicato alle meningiti batteriche (in atto dal 1994) – mostra, nel periodo 1995-2001, un decremento di circa il 76%, a fronte di una copertura vaccinale media che ha raggiunto valori del 78,3% (dato

anno 2001).

Il sistema routinario di sorveglianza delle malattie infettive e diffusive non raccoglie dati sulle altre forme invasive da HIB. Tuttavia è ipotizzabile che all'innegabile incremento delle coperture vaccinali sia seguita anche una riduzione dell'incidenza di tali patologie.

Il monitoraggio dell'influenza che, nella sua acuzie stagionale, richiede metodi di rilevazione tempestivi e conferma virologica, nelle stagioni 2000-2001 e 2001-2002 è stato effettuato attraverso il sistema istituito con il Protocollo di intesa fra Istituzioni centrali e periferiche, concordato tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano il 29 settembre 2000.

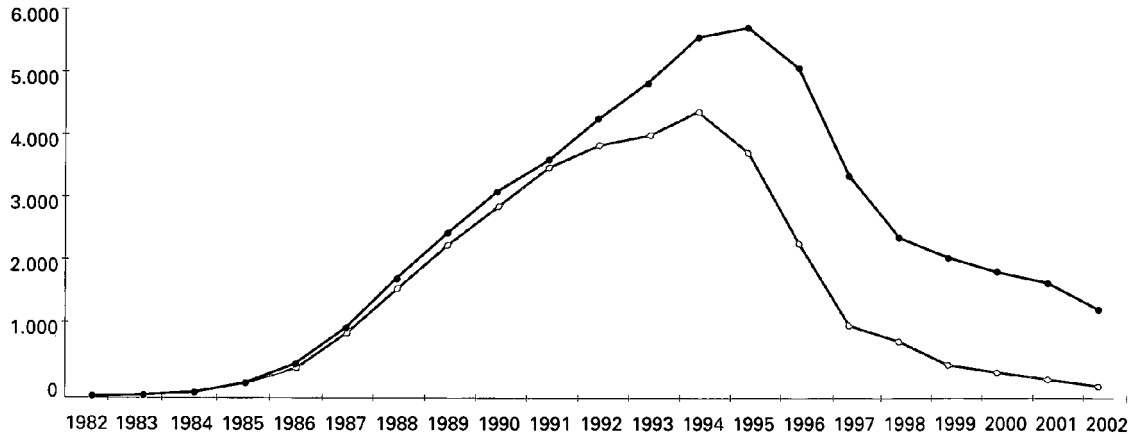
Nella stagione 2000-2001 l'epidemia ha raggiunto l'apice nella sesta settimana del 2001 (5,53 casi per 1.000 assistiti), mentre nella stagione 2001-2002 il picco epidemico è stato osservato nella quinta settimana del 2002 (8,67 casi per 1.000 assistiti). Nella stagione 2001-2002 l'attività epidemica è stata più intensa rispetto a quella della stagione precedente, ma senza raggiungere i livelli della stagione 1999-2000 in cui era stato registrato un picco di 13,2 casi per 1.000 assistiti nella seconda settimana del 2000. Complessivamente si stima che, nella stagione 2001-2002, le persone che hanno contratto l'influenza in Italia siano state circa 5 milioni.

2.1.2. Aids

Complessivamente nel 2002 i nuovi casi di AIDS sono stati 1.777. Questo dato conferma la tendenza emersa nel triennio 1999-2001, in cui il numero delle persone affette dall'AIDS si era stabilizzato, dopo una costante diminuzione nel periodo precedente, intorno ai 2 mila casi all'anno.

Analizzando nel tempo il numero dei casi di AIDS segnalati al Registro Nazionale AIDS e

Fig.1 Distribuzione annuale dei casi di Aids diagnosticati e decessi correlati. Anni 1982-2002 (v.a.)



—●— Decessi per anno di diagnosi
—○— Casi diagnosticati

Fonte: COA (Coordinamento Operativo Aids), ISS

l'andamento dei relativi tassi di incidenza per anno di diagnosi, si evidenzia, infatti, un costante incremento dell'incidenza dei casi di AIDS fino al 1995, seguito da una rapida diminuzione nel 1996 e poi da una stabilizzazione (fig. 1).

In generale, dall'inizio dell'epidemia nel 1982 fino al 31 dicembre 2002, le persone colpite dall'AIDS nel nostro Paese hanno raggiunto quota 51.172 (51.717 con la correzione per ritardo di notifica).

Di questi 39.829 (77,8%) sono di sesso maschile, 725 (1,4%) in età pediatrica (<13 anni) e 2.969 (5,8%) sono gli stranieri, che hanno fatto registrare la loro incidenza in termini percentuali negli ultimi anni (oltre il 15% nel biennio 2001-2002). Il 71,3% del totale dei casi si concentra nella fascia d'età 25-39 anni e l'età mediana alla diagnosi, calcolata per gli adulti, è pari a 40 anni per i maschi (range 13-85) e a 36 anni per le femmine (range 13-80). I pazienti deceduti al 31 dicembre 2002 sono in totale 33.308 (65,1%), valore comunque sottostimato a causa della non obbligatorietà della notifica di decesso.

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale, si evidenziano, così come riscontrato sin dalla prima fase dell'epidemia, incidenze più elevate al Nord (Lombardia, Liguria, Emilia Romagna) e in alcune aree del Centro (Roma e Lazio) rispetto alla gran parte del Sud della penisola, con l'eccezione della Sardegna, che ancora nel 2002 fa registrare un tasso di incidenza di 5,5 casi su 100.000 abitanti (fig. 2).

La distribuzione dei casi adulti per annò di diagnosi e categoria di esposizione mòstra come il 61% del totale dei casi sia attribuibile alle pratiche associate all'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa (tossicodipendenti + tossicodipendenti/omosessuali). Nel tempo è presente un aumento della proporzione dei casi attribuibili alla trasmissione sessuale (omosessuale ed eterosessuale) ed una contemporanea diminuzione delle diagnosi di infezioni nei tossicodipendenti (dovuta sia alla diminuzione del numero di persone che usano sostanze stupefacenti per via endovenosa, che alla diminu-

Fig.2 Tasso di incidenza per i casi di Aids notificati nell'anno 2002, per regione di residenza (val. per 100.000 abitanti)



zione della circolazione virale conseguente al cambiamento dei comportamenti associati all'uso di droga). È da sottolineare che dal 1993 non vengono registrati nuovi casi di infezione in emofilici.

L'1,4% dei casi di AIDS segnalati dal 1982 in poi si riferiscono alla popolazione pediatrica (pazienti con età alla diagnosi inferiore ai 13 anni o a trasmissione verticale). Dal 1997 in poi è stata osservata una forte diminuzione dei casi di AIDS pediatrici: dai 52 diagnosticati nel 1996 si è passati ai 30 del 1997 fino ad arrivare agli 11 casi del 2002. Il 93,6% (678) dei casi pediatrici ha contratto l'infezione dalla madre; tra questi nel 52,1% dei casi si trattava di figli di madre tossicodipendente, mentre nel 35,8% di figli di donne che avevano acquisito l'infezione per via sessuale.

2.1.3. Malattie a trasmissione alimentare

Le tossinfezioni alimentari sono oggi un problema universale. L'incidenza globale è difficile da stimare, anche perché una enorme parte di episodi non arriva neanche all'attenzione del medico o non viene segnalata.

Gli agenti eziologici delle infezioni veicolate da alimenti includono parassiti, batteri, virus ed anche "agenti" nuovi come quello della variante della malattia di Creutzfeldt-Jakob associato alla encefalite spongiforme bovina.

La sorveglianza della malattia di Creutzfeldt-Jakob e delle sindromi ad esse correlate è stata resa obbligatoria all'inizio del 2001 con l'Ordinanza contingibile ed urgente 12 febbraio 2001, sostituita in seguito dal D.M. 21 dicembre 2001.

Si è inteso, in questo modo, rendere istituzionale ed estesa a tutto il territorio nazionale una sorveglianza condotta fin dall'inizio degli anni 90 ad opera del Registro Italiano della Creutzfeldt-Jakob. Infatti, il riscontro, anche in Italia, di casi confermati di BSE (encefalopatia spongiforme bovina) in capi di bestiame, ha enfatizzato l'opportunità di introdurre la notifica obbligatoria per queste patologie, allo scopo di individuare prontamente eventuali casi della nuova variante di tale patologia v-CJ (variante di Creutzfeldt-Jakob), associati al consumo di alimenti carnei provenienti da bovini infetti/malati di BSE.

Pur non essendo la malattia di Creutzfeldt-Jakob e le sindromi correlate patologie infettive in senso stretto, ai fini della notifica esse sono state assimilate alle malattie di Classe I del D.M. 15 dicembre 1990, allo scopo di assicurare la massima tempestività della segnalazione dei casi sospetti.

La sorveglianza routinaria dei focolai epidemici di malattie trasmesse da alimenti, permette di stimare il ruolo sostenuto dalle diverse tipologie di alimenti nel veicolare gli agenti responsabili di malattia.

Tra le malattie, rare ma molto gravi, a trasmissione alimentare è da segnalare il botulismo, dovuto all'ingestione di tossina preformata contenuta in alimenti in cui le spore di cl. botulinum germinano in condizioni di anaerobiosi. L'Italia è il Paese dell'Unione Europea che da sempre segnala il maggior numero di casi di botulismo (in media, 35 ogni anno nel periodo 1990-'99). Tuttavia, a partire dal 1996 in poi, è innegabile una tendenza alla diminuzione del numero di intossicazioni botuliniche, infatti, i casi confermati sono stati soltanto 27 nel 2001. La maggior parte di questi casi si verificano nelle Regioni meridionali, verosimilmente a causa della tradizione di produrre conserve domestiche ancora presente in quelle Regioni.

I batteri del genere salmonella rappresentano la maggior parte degli agenti identificati nell'eziologia dei casi di tossinfezione alimentare. In Italia la sorveglianza degli isolamenti di salmonella riporta circa 10.000 identificazioni ogni anno e un numero analogo di casi sporadici di malattia viene notificato al Ministero della salute. La febbre tifoide, una delle salmonellosi maggiori più conosciute, nel passato aveva la sua età di massima incidenza tra i 10 e i 14 anni. Pur in assenza di specifiche misure di controllo, la sua frequenza è diminuita progressivamente fino ai nostri giorni, attestandosi su valori inferiori ad 1 caso per 100.000 abitanti (0,83 nel 2001). In controtendenza con quelle

tifoidee sono tutte le altre salmonellosi, che hanno fatto registrare, a partire dalla fine degli anni 80 un notevole incremento della loro frequenza. Gran parte di questo incremento è dovuto alla diffusione internazionale del sierotipo s. enteritidis, veicolato da uova e pollame. Nel 2001 la morbosità per salmonellosi non tifoidee è stata di 15,7 casi per 100.000, rispetto al 24,5 per 100.000 del 2000; nell'interpretazione di tale dato va tuttavia considerato che i dati del 2001 sono, nel momento in cui viene prodotta questa relazione, incompleti, per la mancanza di informazioni relative a due grandi Regioni italiane.

Tra le infezioni virali veicolate dagli alimenti è importante in Italia l'epatite virale A, che presenta un andamento caratterizzato da flessioni e ampi incrementi di dimensioni epidemiche. Nel 2001 sono stati registrati 1.530 casi di malattia (i dati sono parziali, riferiti a 18 Regioni su 20, ma va considerato che le Regioni mancanti hanno sempre notificato un esiguo numero di casi), per una morbosità di 3,5 casi per 100.000. Anche nel caso dell'epatite virale si osserva una netta tendenza, nell'ultimissimo periodo, al decremento del numero di casi notificati. L'ultimo "picco" riportato a livello nazionale si è verificato infatti tra il 1996 ed il 1997 con circa 9.000 casi di malattia ogni anno (tasso medio nazionale di 16 casi per 100.000 nel biennio), quasi totalmente attribuibile ad un'estesa epidemia, che in Puglia si è protratta per i due anni con tassi di incidenza regionali fino a 128 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per la stragrande maggioranza dei casi segnalati l'acquisizione della infezione era correlata con il consumo di frutti di mare.

Tra le malattie a trasmissione alimentare di natura parassitaria si segnalano i 21 casi di trichinosi del 2000, 20 dei quali dovuti ad un unico esteso focolaio, causato dal consumo di carne di cavallo cruda importata dall'estero, ed i 4 casi del 2001.

2.1.4. Infezioni nosocomiali da legionella

L'infezione da legionella pneumophila è un'importante causa di polmonite nell'anziano e nell'adulto immunocompromesso e, dato che il batterio responsabile vive nell'acqua, non è infrequente che gli impianti idraulici di grosse strutture, incluse quelle ospedaliere, possano essere contaminati e divenire fonte di infezione per i pazienti ricoverati. Il numero di infezioni nosocomiali da legionella è stato piuttosto limitato negli anni dal 1983 al 1992 (2-3 casi l'anno), ma è andato aumentando gradualmente, con un picco di incidenza tra il 1998 ed il 1999 (rispettivamente 36 e 42 casi). I 42 casi di legionellosi nosocomiale notificati nel 1999 rappresentavano il 18% dei casi totali notificati. La Regione Piemonte notificava 22 casi (52% del totale), la Lombardia 9 casi, la Provincia Autonoma di Trento 5 casi e le Regioni Emilia Romagna, Liguria, Veneto, Toscana, Campania, Sardegna 1 caso ciascuna.

Nel 2000 è stata osservata una diminuzione del numero di casi nosocomiali di legionellosi segnalati, che sono stati 36 (pari al 20,4% di tutti i casi notificati). La Regione Piemonte ha notificato 14 casi (38,9% del totale), la regione Lombardia 15 casi, il Lazio 3 casi, la Toscana 2 casi, l'Emilia Romagna e la Campania 1 caso ciascuna.

L'età media dei casi nosocomiali è di 57 anni, di poco superiore a quella dei casi comunitari (54,5 anni).

Per il 72% dei casi è noto l'esito della malattia. Il tasso di letalità tra i casi nosocomiali è stato del 38,5%, superiore in modo statisticamente significativo a quello dei casi acquisiti in comunità.

Per quanto riguarda l'anno 2001 i casi nosocomiali segnalati sono stati 51 (15,6% dei casi totali notificati), di cui 23 di origine nosocomiale certa e 28 probabile. Il Piemonte ha notificato 21 casi (41,2% del totale), la Lombardia 20 (39,2% del totale), l'Emilia Romagna 4, il Lazio 2 e Liguria, Umbria, Campania e Puglia 1 caso ciascuna. L'età media dei casi nosocomiali è 64 anni, di poco superiore a quella dei casi comunitari. Il tasso di letalità tra i casi nosocomiali è stato del 22,2%, superiore in modo statisticamente significativo a quello dei casi acquisiti in comunità.

2.2. Malattie non trasmissibili

2.2.1. Malattie cardio e cerebrovascolari

Nel 1997, considerando tutte le età, si sono verificati 242.486 decessi per malattie cardiovascolari pari al 43% della mortalità totale: di queste, il 31% sono state attribuite a malattia ischemica del cuore, compreso l'infarto del miocardio e il 28% a malattia cerebrovascolare incluso l'ictus.

La mortalità per malattie ischemiche del cuore rimane più frequente negli uomini, con un tasso standardizzato per età pari a 13,42 per 10.000, rispetto alle donne (tasso di 10,30 per 10.000) e non è evidente una differenza per macro-aree geografiche.

La mortalità per accidenti cerebrovascolari è più frequente nelle donne (tasso standardizzato per età di 11,8 per 10.000) rispetto agli uomini (9,3 per 10.000) e vi è una differenza sostanziale fra Nord e Centro-Sud, a sfavore di quest'ultima area.

Rispetto al 1996, la mortalità per malattie cardiovascolari registra una diminuzione complessiva, tra uomini e donne, di circa un punto percentuale.

Il quadro relativo a questa tipologia di malattie è completato dalla valutazione della sua incidenza e prevalenza nella popolazione generale e dalla prevalenza di ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia, che sono tra i più importanti fattori di rischio.

Stime di incidenza dell'infarto sono state recentemente calcolate attraverso l'analisi dei dati di sopravvivenza, relativi agli eventi acuti registrati nell'ambito del registro Monica WHO dell'area Friuli. Si tratta di un sistema di registrazione degli eventi coronarici realizzato fra il 1985 e il 1994 in 21 paesi, fra cui l'intera Regione Friuli Venezia Giulia.

Attraverso l'applicazione di un modello matematico (Miamod) è stato possibile stimare l'incidenza in Italia dal 1970 e proiettarla fino al 2007. I nuovi casi attesi per quella data e nella fascia di età 25-74 anni sono 27.166 negli uomini e 9.464 nelle donne (tab. 3).

Inoltre, nell'ambito dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare – linea di ricerca afferente al Progetto Cuore – uno studio svolto in collaborazione fra ISS (Istituto Superiore di Sanità) e Associazione Medici Cardiologi Ospedalieri – realizzato tra il 1998 e il 2002 – ha permesso di valutare la prevalenza delle malattie cardio e cerebrovascolari.

Da questo studio risulta che:

- la prevalenza dell'infarto è maggiore negli uomini rispetto alle donne;

Tab.3 Incidenza stimata per eventi coronarici maggiori in Italia 25-74 anni d'età

	1970	1980	1990	2000	2007
uomini					
nuovi casi	38.075,0	46.145,0	36.843,0	32.005,0	27.166,0
tgrezzo*	258,2	293,4	219,1	172,2	146,3
tagg**	258,2	281	211,7	156,9	128,3
donne					
nuovi casi	16.154,0	15.932,0	11.586,0	10.771,0	9.464,0
tgrezzo*	101,6	94,0	64,9	55,8	49,6
tagg**	101,6	86,8	62,6	48,5	42,6

(*) Tasso grezzo (x 100.000)

(**) Tasso aggiustato per l'età (x 100.000)

Fonte: Ministero della Salute – D.G. della Programmazione Sanitaria

Tab.4 Stima al 1997 dei casi prevalenti di cardiopatia coronarica in Italia per uomini e donne di età 25-74 anni e proiezioni al 2007

	uomini	donne
1997	227.236	40.761
2007	191.069	35.488
differenza	-36.167	-5.273
aumento sopravvivenza	52.865	9.855
invecchiamento	61.712	10.153
riduzione incidenza	-150.744	-25.281

Fonte: Ministero della Salute – D.G. della Programmazione Sanitaria

- l'ictus è più frequente in età più avanzata rispetto all'infarto, questo è il motivo della bassa prevalenza in questo studio (la mortalità raddoppia fra il quinquennio 70-74 e 75-79);
- la prevalenza di coloro che hanno almeno una o più di queste patologie è pari al 17,1% degli uomini e al 15% delle donne esaminate.

Attraverso l'utilizzo di un modello matematico è stato possibile stimare il numero dei casi attesi prevalenti proiettati al 2007 nella fascia di età 25-74 anni, che risultano essere circa 191.000 negli uomini e circa 35.500 nelle donne. Rispetto alle stime calcolate per il 1997, la prevalenza si riduce del 16% negli uomini e del 15% nelle donne (tab. 4). La numerosità è la risultante della riduzione di incidenza e dell'aumento della sopravvivenza e dal conseguente invecchiamento della popolazione.

Sempre attraverso la stessa indagine dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare, infine, è stato possibile valutare la prevalenza e il controllo della pressione arteriosa nella popolazione italiana. Nella fascia di età compresa fra 35 e 74 anni la pressione arteriosa sistolica è risultata negli uomini di 136 (d.s.= +17) mmHg, nelle donne di 133 (+18) mmHg; mentre i valori della pressione arteriosa diastolica sono risultati di 86 (+10) mmHg negli uomini e di 82 (+10) nelle donne. La prevalenza degli ipertesi è risultata del 33% per gli uomini e del 30% per le donne.

Sul versante della colesterolemia, per gli uomini è risultato un valore medio pari a 204 mg/dl (+42), mentre per le donne il valore medio è pari a 206 mg/dl (+43). Il 20% degli uomini e il 24% delle donne risultano ipercolesterolemici, cioè con valori della colesterolemia uguale o superiore a 240 mg/dl.

Riferimenti bibliografici

S. Giampaoli, L. Palmieri, R. Capocaccia, L. Pilotto, D. Vanuzzo. Estimated population based incidence and prevalence of major coronary events. International Journal of Epidemiology, 2001.

S. Giampaoli, D. Vanuzzo e il Gruppo di Ricerca dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. I fattori di rischio cardiovascolare in Italia: una lettura in riferimento al Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Giornale Italiano di Cardiologia, Vol.29, n.12, 1999.

www.sanita.it/sdo/dati/aggregati/sceltadrg.asp Ministero della salute, maggio 2002.

M. Ferrario, G. Cesana, D. Vanuzzo, L. Pilotto, R. Sega, S. Giampaoli. Sorveglianza epidemiologica della occorrenza della cardiopatia ischemica: risultati dalle aree Monica italiane e proposta di un modello semplificato di stima. Estratto da Atti della II Conferenza Nazionale sulla Prevenzione della Cardiopatia Ischemica, Roma 19-21 aprile 1999.

S. Conti, G. Farchi, R. Capocaccia, M. Masocco, G. Minelli, R. Scipione, V. Toccaceli, M. Vichi, R. Crialesi, L. Frova. La mortalità in Italia nell'anno 1996. Rapporti ISTISAN, 01/19.

S. Conti, G. Farchi, R. Capocaccia, M. Masocco, G. Minelli, R. Scipione, V. Toccaceli, M. Vichi, R. Crialesi, L. Frova. La mortalità in Italia nell'anno 1997. Rapporti ISTISAN, 01/20.

2.2.2. Tumori

Nel 1998 i decessi per tumore sono stati 154.000, il 27% delle cause di morte nella popolazione italiana. Il maggior numero di decessi è stato osservato per i tumori polmonari, seguono quelli del colon-retto, dello stomaco e della mammella. I tassi di mortalità per il complesso di tutti i tumori sono, a partire dai primi anni 90, in diminuzione per entrambi i sessi. Negli uomini, il calo della mortalità (circa -1,4% all'anno nel corso degli ultimi cinque anni) è dovuta principalmente ai tumori polmonari e gastrici. Per quanto riguarda le donne (-1,5% all'anno), essa è dovuta ai tumori gastrici e, più recentemente, a quelli della mammella e del colon-retto (fig. 3).

I dati di incidenza sono rilevati dai registri tumori su circa il 21% della popolazione italiana, soprattutto nelle regioni del Centro e del Nord.

Stime per i principali tumori (ma non per tutti) sono disponibili a livello nazionale sulla base di modelli matematici. Una stima per il complesso di tutti i tumori indica, per l'inizio degli anni 2000, un numero di nuove diagnosi in Italia di circa 270.000 nuovi casi all'anno con tendenza ancora in aumento, soprattutto per la proporzione crescente di anziani.

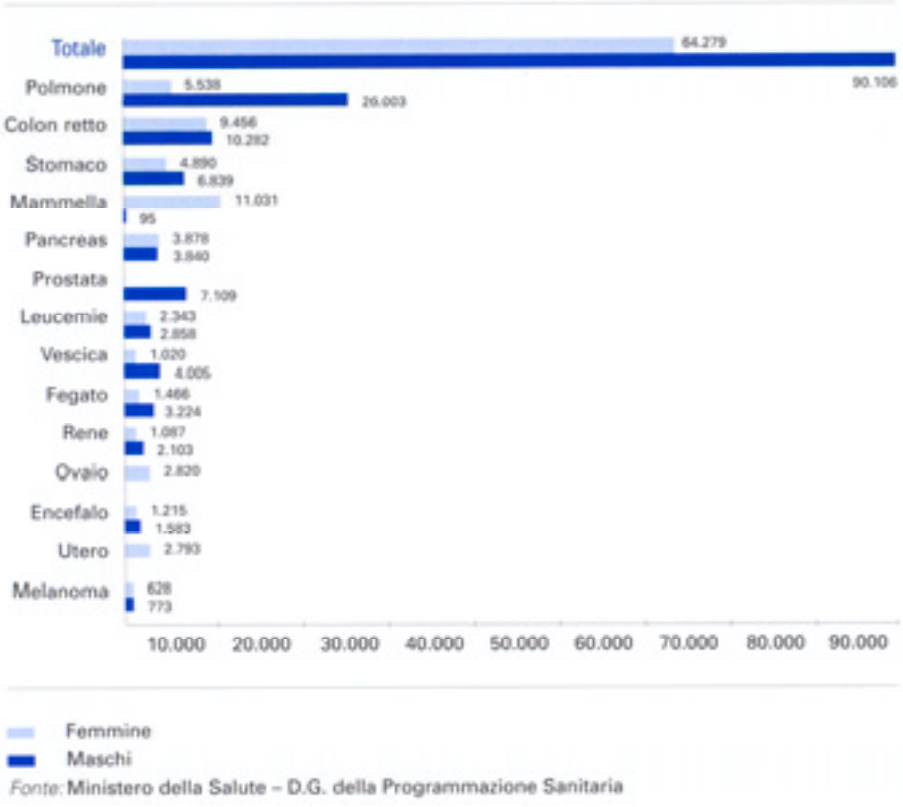
La sopravvivenza dei pazienti con diagnosi di tumore è costantemente aumentata nel corso del periodo di diagnosi 1978-1994, per il quale si dispone di dati. Nel corso di questi 15 anni, la sopravvivenza relativa (cioè calcolata eliminando l'effetto della mortalità competitiva) per tutte le neoplasie maligne, a 5 anni dalla diagnosi, è aumentata dal 27% al 40% negli uomini e dal 45% al 56% nelle donne. La differenza è soprattutto dovuta alla diversa letalità delle neoplasie che colpiscono con maggiore frequenza ciascun sesso.

Per quanto riguarda la prevalenza, i soli dati ad oggi disponibili indicano che il 2,8% della popolazione italiana (quasi 1.500.000 persone) ha avuto nel corso della sua vita una diagnosi di cancro.

Oltre che dalle tendenze generali, informazioni di sicuro interesse derivano dall'analisi dettagliata delle sedi tumorali più frequenti.

Stomaco. Sia l'incidenza che la mortalità del tumore dello stomaco sono da diversi decenni

Fig.3 Numero di decessi causati dal tumore in Italia, per sesso, per sedi tumorali. Anno 1998 (v.a.)



Fonte: Ministero della Salute – D.G. della Programmazione Sanitaria

in diminuzione. Nel 1998 sono stati osservati 11.700 decessi. Il tasso di mortalità aggiustato per età è diminuito del 18% nel quinquennio '93-'98. Anche se le cause del trend di riduzione non sono perfettamente chiare, il ruolo di una migliore conservazione dei cibi, di un maggiore apporto dietetico di frutta, verdura e prodotti freschi e di migliori condizioni igieniche nella popolazione è ormai riconosciuto. Il trattamento è migliorato, per una diagnosi più precoce e per terapie più efficaci. La sopravvivenza a 5 anni in Italia è passata dal 16% nei pazienti diagnosticati nel 1978-'80 al 26% per il 1990-1994. La prevalenza stimata al 1992 era di 78.000 pazienti, di cui circa la metà con meno di 5 anni dalla diagnosi.

Colon e retto. L'incidenza dei tumori del colon e del retto presenta una marcata e preoccupante tendenza all'aumento. Il numero stimato di nuovi casi/anno va da 38.000 nel 1990 a 50.000 nel 1997-2000. I casi prevalenti, stimati nel 1997, sono circa 200.000, con un aumento di circa 10.000 pazienti ogni anno. La sopravvivenza a 5 anni è aumentata e si è allineata, nell'ultimo periodo, ai valori medi europei. Questo andamento favorevole si è riflesso sui tassi di mortalità che, nonostante il trend di incidenza crescente, sono rimasti costanti negli ultimi anni negli uomini e sono in diminuzione nelle donne. La mortalità per tumori colorettali rimane, comunque, inferiore solo a quella del polmone.

Polmone. Dopo molti decenni di aumento, la mortalità e l'incidenza delle neoplasie del polmone sono in diminuzione a partire dalla fine degli anni 80, con un tasso di riduzione di circa il 2% all'anno. Il trend è stato tuttavia meno favorevole nelle regioni del Sud e soprattutto nelle donne, che presentano tassi ancora in aumento o al più, nell'ultimo triennio, costanti. Nel complesso, i polmoni rimangono ancora la sede tumorale con incidenza e mortalità più elevata, con 35.000 nuovi casi e più di 30.000 decessi all'anno.

Melanoma. In Italia, incidenza e mortalità per melanoma sono aumentati nel corso degli ultimi decenni. La mortalità si è quasi triplicata nel periodo 1970-'90 ed è poi rimasta sostanzialmente stabile durante gli anni 90. Si stimano circa 50.000 casi prevalenti nel 1992. La frequenza di questa neoplasia è inferiore al Sud. La sopravvivenza a 5 anni è migliorata. Infatti, si è passati dal 53% nei pazienti con melanoma diagnosticato tra il 1978 e il 1981 al 78% per quelli con diagnosi tra il 1990 e il 1994. Nonostante questo, la sopravvivenza in Italia è inferiore alla media degli altri paesi europei, particolarmente negli uomini.

Mammella. L'incidenza e la prevalenza del tumore della mammella sono in aumento, anche a causa dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento della sopravvivenza. Vi sono notevoli differenze territoriali, con valori di incidenza doppi nelle regioni del Nord rispetto a quelle del Centro-Sud. La prevalenza di casi che hanno avuto una diagnosi di tumore della mammella in Italia era di 310.000 nel 1992, pari ad una proporzione di 1.070 su 100.000 donne. Complessivamente la sopravvivenza a 5 anni è aumentata da 65% all'inizio degli anni 80 a 81% nel 1990-1994. La mortalità non ha seguito pertanto l'andamento crescente dell'incidenza. Dall'inizio degli anni 90 essa si sta riducendo di circa il 2% all'anno. Persistono però importanti differenze di sopravvivenza fra diverse aree italiane, a svantaggio delle regioni del Sud. Gli studi di sopravvivenza mostrano che tale divario è dovuto in parte ad una diagnosi più tardiva, in parte ad un minore accesso al trattamento ottimale. È nota la maggiore difficoltà delle pazienti meridionali ad accedere alla radioterapia.

Prostata. L'incidenza dei tumori della prostata è in marcato aumento. Il numero stimato di nuovi casi è di 17.000 nel 1995, a seguito di un aumento di circa il 42% nel decennio 1990-2000. I casi prevalenti, stimati nel 1992, erano circa 58.000. L'aumento di incidenza si evidenzia dalla fine degli anni ottanta, dopo la diffusione del test PSA (Prostate Specific Antigen), dell'agobiopsia prostatica e degli interventi chirurgici per adenoma prostatico (diagnosi incidentale di lesioni maligne).

La sopravvivenza a 5 anni in Italia è aumenta-

ta dal 38% (casi diagnosticati nel 1978-'81) al 65% (1990-'94), ma è comunque inferiore alla media europea. I tassi di mortalità si sono mantenuti costanti. L'aumento della sopravvivenza e l'aumento dei tassi di incidenza potrebbero essere attribuiti ad una maggiore attenzione ai sintomi e/o ad una anticipazione diagnostica, non essendosi evidenziati negli ultimi due decenni importanti innovazioni terapeutiche.

Riferimenti bibliografici

A. Verdecchia, A. Mariotto, R. Capocaccia, G. Gatta, A. Micheli, M. Sant, F. Berrino. Incidence and prevalence of all cancerous diseases in Italy: trends and implications. European Journal of Cancer 37, 2001.

A.V. Verdecchia, A. Micheli, G. Gatta. Survival of cancer patients in Italy: the Itacare Study. Tumori 83, 1997.

S. Rosso, C. Casella, E. Crocetti, S. Ferretti, S. Guzzinati. Sopravvivenza dei casi di tumore in Italia negli anni novanta: i dati dei Registri Tumori. Epidemiologia & Prevenzione, Supplemento 2001.

J. Estive, A. Verdecchia, G. De Angelis. Trends in cancer survival probability over the period 1978-89. In F. Berrino, M. Sant, A. Verdecchia, R. Capocaccia, T. Hakulinen, J. Esteve. Survival of cancer patients in Europe, 1985-1989: the Eurocare study. IARC Scient., Publ. n.151, 1999.

A. Micheli. Cancer prevalence in Italy: the Itapreval Study. Tumori 85, 5, 1999.

2.2.3. Diabete

Nel nostro Paese il diabete rappresenta uno dei maggiori problemi sanitari poiché colpisce circa 2.000.000 di soggetti. Il diabete mellito si può manifestare sotto varie forme cliniche.

Tra queste, quelle che hanno una sicura rilevanza sociale sono:

- il diabete di tipo II non-insulino-dipendente, caratteristico dell'età adulta e senile, frequentemente associato a sovrappeso, ad ampia diffusione nella popolazione;
- il diabete di tipo I insulino-dipendente, prevalentemente (ma non esclusivamente) infanto-giovanile, a genesi autoimmune con prognosi severa. Il diabete insulino-dipendente rappresenta una piccola frazione (5%) del diabete nel suo complesso.

Il diabete è una patologia cronico degenerativa ingravescente che, se non ben controllata, può portare a danni gravi come cecità, insufficienza renale, insufficienza cardio-respiratoria, lesioni neuropatiche e vascolari delle estremità inferiori. La gestione di queste complicanze, che necessitano spesso di ricovero ospedaliero, incide pesantemente sulla spesa sanitaria, con una quota che in Italia è valutata nel 6,65% della spesa sanitaria nazionale.

La diagnosi dello stato preclinico rappresenta il cardine della gestione della patologia. Infatti, alcuni studi hanno messo in evidenza come, in assenza di sintomi di iperglicemia, l'individuo in fase preclinica abbia rischio doppio di sviluppare malattie cardiovascolari e nel 10%-12% dei casi presenti complicanze microvascolari al momento della diagnosi.

Per quanto riguarda la prevalenza, nel già citato lavoro dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare sono risultati diabetici l'8% degli uomini e il 6% delle donne. Negli uomini la prevalenza del diabete era del 7% al Nord e del 10% al Centro e al Sud; nelle donne era del 4% al Nord, del 7% al Centro e dell'8% al Sud.

Riferimenti bibliografici

The decode study group on behalf of the European Diabetes Epidemiology Group. Glucose tollerance and mortality: comparison of WHO and American Diabetic Association diagnostic criteria. Lancet 354, 1999. Ref Type: Abstract.

M.M. Engelgau, R.E. Aubert, T.J. Thompson, W.H. Herman. Screening for NIDDM in nonpregnant adults: a review of principles, screening tests, and recommendations. Diabetes Care, 1995.

S. Giampaoli, D. Vanuzzo e il Gruppo di Ricerca dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. I fattori di rischio cardiovascolare in Italia: una lettura in riferimento al Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Giornale Italiano di Cardiologia, Vol.29, n.12, 1999.

American Diabetes Association. Clinical practice recommendations 2000: screening for type 2 diabetes. Diabetes Care, 2000.

G. Gallus, P. Garancini. Dati epidemiologici sul diabete mellito in Italia. Epidemiologia e Prevenzione, 1991.

O. Vaccaro, G. Imperatore, A. Ferrara, R. Palombino, G. Riccardi. Epidemiology of diabetes mellitus in southern Italy: a case-finding method based on drug prescriptions. Journal of Clinical Epidemiology, 1992.

Expert Committee on the Diagnoses and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the Expert Committee on the Diagnoses and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care, 1997.

M.J. Harris, C.C. Cowie, L.J. Howie. Self monitoring of blood glucose by adults with diabetes in the United States population. Diabetes Care, 1993.

UK. Prospective study group. Intensive blood glucose control with suphonylureas or insulin compared with conventional treatment and the risk of complications in patients with type 2 diabetes. Lancet, 1998

American Diabetes Association. Consensus statement on self-monitoring of blood glucose. Diabetes Care, 1987.

2.3. Malattie neuropsichiatriche

2.3.1. Malattie neurologiche

Le malattie neurologiche sono caratterizzate da un elevato tasso di prevalenza e da un pesante impatto in termini di disabilità. Nei paesi industrializzati sono al primo posto quale causa di perdita in DALY (disability-adjusted life year), un indicatore che valuta il numero di anni di vita attiva persi a causa di morte prematura e disabilità. Considerando che il 40% delle perdite in DALY è sostenuto dalle persone di età superiore ai 60 anni, l'Italia, Paese in cui gli ultrasessantenni costituiscono quasi un quarto della popolazione, si colloca ai primi posti relativamente al peso di queste patologie. I dati di seguito riportati riguardano, in particolare:

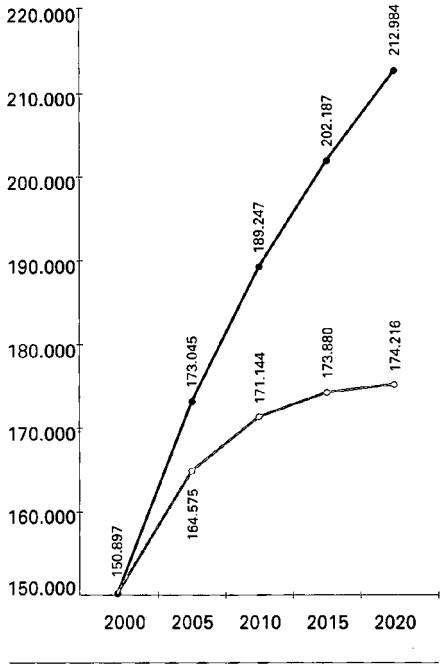
- alcune malattie neurologiche età-correlate quali la demenza, le malattie cerebrovascolari e la malattia di Parkinson;
- alcune malattie prevalentemente giovanili, quali la sclerosi multipla, ed altre malattie che incidono a tutte le età, come l'epilessia ed il trauma cranico, e che comportano anch'esse disabilità gravi e costi sociali e sanitari elevati.

Demenza. In Italia, secondo quanto rilevato dallo studio ILSA (Italian Longitudinal Study on Aging), la demenza interessa il 5,3% degli uomini ultrasessantacinquenni ed il 7,2% delle donne della stessa età. I tassi di prevalenza raddoppiano approssimativamente ogni 5 anni di età, variando dall'1% nei soggetti di età compresa fra i 65 e i 69 anni fino al 40% nelle classi di età più avanzate. Per quanto riguarda l'incidenza, i dati dell'ILSA mostrano un tasso medio annuale, standardizzato sulla popolazione italiana ultrasessantacinquenne, pari all'1,1% per gli uomini ed all'1,3% per le donne. Queste stime portano a valutare in circa 150.000 i nuovi casi di demenza attesi ogni anno nel nostro Paese con un prevedibile aumento costante nei prossimi decenni, relativamente all'atteso ulteriore incremento della popolazione anziana (fig. 4).

Alzheimer. Anche in Italia la malattia di Alzheimer è la forma più frequente di demenza, rappresentando oltre la metà dei casi di de-

menza. Tuttavia la demenza vascolare è rappresentata in circa un quarto dei casi, ai livelli più alti del range (11%-24%) rispetto agli altri paesi occidentali. La frequenza piuttosto elevata di tale tipo di demenza in Italia ed il contributo che la malattia vascolare cerebrale può dare alla estrinsecazione ed alla gravità della demenza degenerativa, specie nelle età più avanzate, ripropone con forza il ruolo della identificazione precoce, della prevenzione e del controllo dei fattori di rischio vascolari.

Fig.4 Nuovi casi di demenza attesi ogni anno in Italia. Anni 2000-2020 (v.a.)



Ipotesi A – Tasso di incidenza costante nel tempo

Ipotesi B – Riduzione del tasso di incidenza dell'1% per anno

Fonte: Ministero della Salute
D.G. della Programmazione Sanitaria

Malattie cerebrovascolari. Le malattie cerebrovascolari rappresentano la terza causa di morte nei paesi occidentali dopo le malattie cardiache e le neoplasie, e la prima causa di disabilità permanente nell'adulto.

In Italia, lo studio ILSA ha rilevato, nella popolazione anziana, una prevalenza del 7,4% negli uomini e del 5,9% nelle donne, con punte intorno al 10% nei gruppi di età più avanzata. L'incidenza di primo ictus nella popolazione generale varia in Italia tra i 155 e i 228 casi/100.000/anno in vari studi. Rispetto agli altri paesi, l'Italia si colloca in una fascia intermedia di frequenza. Le differenze regionali sono in parte giustificabili sulla base della differente composizione demografica. L'incidenza è strettamente età-correlata, raggiungendo tassi di oltre 2.000/100.000/anno nella fascia di età 75-84 anni. Le previsioni ricavate dallo studio ILSA indicano che nella popolazione anziana italiana erano attesi nell'anno 2000 circa 153.000 nuovi casi di ictus. Mentre la mortalità è in progressiva discesa, l'incidenza rimane costante nel tempo. Nel 2002, ad incidenza costante, i nuovi casi saranno 195.000 all'anno.

Morbo di Parkinson. Il morbo di Parkinson comporta altissimi costi sociali e sanitari a causa della sua lunga durata e delle condizioni di grave disabilità. Studi recenti mostrano una prevalenza media intorno all'1,5% nella popolazione ultrasessantacinquenne, senza sostanziali differenze tra i vari paesi europei, inclusa l'Italia. Lo studio ILSA si colloca tra i pochissimi studi che hanno valutato l'incidenza di questa patologia. In Italia si contano in media annualmente 3 nuovi casi di malattia ogni 1.000 ultrasessantacinquenni. Le cause della malattia di Parkinson rimangono a tutt'oggi non chiarite, ma si sa che il rischio di sviluppare la malattia aumenta al crescere dell'età e per i maschi è circa il doppio che per le femmine. In una percentuale variabile dal 5% al 18% dei casi sembrerebbero chiamati in causa fattori genetici.

Sclerosi multipla. La sclerosi multipla è una

malattia infiammatoria del sistema nervoso centrale a carattere demielinizzante, ad eziologia sconosciuta e a patogenesi verosimilmente autoimmune. Sebbene riduca l'aspettativa di vita solo del 25%, l'elevato costo sociale è determinato dal carattere cronico e progressivamente invalidante della malattia, che colpisce giovani adulti in età produttiva, iniziando nel 70% dei casi tra i 20 e i 40 anni di età. Per quanto riguarda la prevalenza, un recente studio nella provincia di Ferrara riporta un valore di 69,4 casi per 100.000. Tassi particolarmente elevati, intorno a 100 casi per 100.000 abitanti, sono stati evidenziati in Sardegna. Mentre in alcune aree italiane l'incidenza è stabile (2 nuovi casi per 100.000 per anno nella provincia di Ferrara) in Sardegna vi è la documentazione di una tendenza alla crescita progressiva dei tassi.

Epilessia. L'incidenza della epilessia in Italia, riportata alcuni anni fa, è di circa 40 nuovi casi per 100.000 per anno, simile a quella degli altri paesi industrializzati. Non si ritiene che vi siano state nel tempo sostanziali modificazioni, per quanto si possa ipotizzare un possibile moderato aumento in rapporto all'aumentare dei casi di craniotrauma (epilessia post-traumatica). La prevalenza, riportata in aree geografiche molto piccole, oscilla tra i 3 e i 5 casi ogni 1.000 abitanti. Dati recenti indicano il coinvolgimento di tutte le classi di età con oltre il doppio dei casi nelle fasce di età superiori ai 60 anni, in cui predominano le forme cosiddette focali che sono in genere sintomatiche.

Trauma cranico. Il trauma cranico continua a rappresentare in Italia un gravissimo problema socio-sanitario. La causa più frequente è, come è noto, l'incidente stradale (circa l'80% dei casi). I traumi da incidente su ciclomotore continuano a rappresentare un evento grave soprattutto in età giovanile (22 anni in media). La frequenza della disabilità residua varia dal 2% al 45% in rapporto alla gravità del trauma. I dati epidemiologici riguardanti la frequenza del trauma cranico in Italia sono relativamente scarsi. L'incidenza del grave trauma registrata in Friuli è di 525 casi per milione di abitante all'anno.

Riferimenti bibliografici

The World Bank. World Development Report 1993. New York Oxford University Press, 1993.

ILSA Working Group. Prevalence of chronic diseases in older Italians: comparing self-reported and clinical diagnoses. International Journal of Epidemiology, 1997.

H.M. Baum, M. Robins. The National Survey on Stroke. Survival and prevalence. Stroke, 12, Suppl. 1, 1981.

A. Carolei et alii. High stroke incidence in the prospective community-based L'Aquila registry (1994-1998). First year's results. Stroke, 1997.

M. Lamassa et alii. Characteristics, outcome, and care of stroke associated with atrial fibrillation in Europe: data from a multicenter multinational hospital-based registry (The European Community Stroke Project). Stroke, 2001.

M. Baldereschi et alii. Parkinson's disease and parkinsonism in a longitudinal study: two-fold higher incidence in men. ILSA Working Group. Neurology, 2000.

E. Granieri et alii. Multiple sclerosis in Italy. A reappraisal of incidence and prevalence in Ferrara. Archives of Neurology, 1996.

E. Granieri et alii. The increasing incidence and prevalence of MS in a Sardinian province. Neurology, 2000.

C. Maremmani et alii. Descriptive epidemiologic study of epilepsy syndromes in a district of northwest Tuscany, Italy. Epilepsia, 1991.

S. Thornhill et alii. Disability in young people and adults one year after head injury: prospective cohort study. British Medical Journal, 2000.

2.3.2. Disturbi psichici

In Italia, solo di recente, è stato portato a termine uno studio epidemiologico, che ha coinvolto 4.565 persone. Il lavoro, coordinato dall'ISS, intendeva indagare la prevalenza dei principali disturbi mentali e le caratteristiche sociodemografiche, cliniche ed assistenziali delle persone affette da tali disturbi Esemed/Mhedea 2000 (European Study on the Epidemiology of Mental Disorders').

Per quanto riguarda specificamente i tassi di prevalenza dei principali disturbi investigati, va detto che quasi il 10% del campione intervistato ha soddisfatto, negli ultimi 12 mesi, i criteri diagnostici per almeno un disturbo mentale o da abuso di sostanze, con una percentuale molto più elevata nel sesso femminile (13,9%) che in quello maschile (4,1%), in conformità con i dati della letteratura internazionale (tab. 5).

I disturbi d'ansia sono i disturbi più comuni, riscontrandosi nel 7% circa della popolazione. Tra di essi, il gruppo di disturbi più comuni è rappresentato dalle fobie semplici e dalla fobia sociale (rispettivamente 3,4% e 2,3% di prevalenza ad un anno). I disturbi affettivi si riscontrano invece nel 3,8% della popolazione in età superiore a 18 anni.

A parte la ricerca citata, la fonte di dati nazionali sulla prevalenza dei disturbi psichici, anche se in un segmento di popolazione ben definito quale quello delle persone ricoverate in ambito ospedaliero, è costituito dalle SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera), per gli

Tab.5 Tassi di prevalenza a 12 mesi dei principali disturbi mentali (val. % ed errore standard)

	maschi (%es)	**femmine** (%es)	**totale** (%es)
Disturbi affettivi			
Depressione maggiore	1,1 (0,3)	5,2 (0,9)	3,2 (0,5)
Distima	0,3 (0,1)	1,0 (0,5)	0,6 (0,3)
Tutti i disturbi affettivi			3,8 (0,6)
Disturbi d'ansia			
Disturbi d'ansia generalizzato	0,1 (0,0)	1,7 (0,5)	0,9 (0,3)
Fobia sociale	0,5 (0,2)	3,9 (1,4)	2,3 (0,8)
Fobia semplice	1,6 (0,7)	5,0 (0,9)	3,4 (0,6)
Disturbo post-traumatico da stress	0,1 (0,1)	0,4 (0,2)	0,3 (0,1)
Agorafobia	0,4 (0,2)	1,7 (0,4)	1,1 (0,2)
Agorafobia con disturbo da attacchi di panico	0,4 (0,2)	1,6 (0,4)	1,0 (0,2)
Disturbo da attacchi di panico	0,4 (0,2)	0,9 (0,2)	0,7 (0,2)
Tutti i disturbi d'ansia			7,1 (1,0)
Disturbi da abuso di sostanze			
Abuso di alcool	0,1 (0,1)	0,0 (0,0)	0,1 (0,0)
Dipendenza da alcool	0,1 (0,1)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)
Abuso di sostanze	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)
Dipendenza da sostanze	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)
Tutti i disturbi da abuso di sostanze			0,1 (0,0)
Tutti i disturbi mentali	4,1 (0,9)	13,9 (1,9)	9,3 (1,0)

Fonte: Ministero della Salute – D.G. della Programmazione Sanitaria

anni 1999-2000, che riportano i codici della classificazione OMS, Icd9-Cm (International Classification of Deseases – clinical modification), secondo la lista ristretta rappresentata dagli ACC (Aggregati Clinici di Codici). Per patologie mentali, i codici diagnostici sono 11 (da 65 a 75). Limitando la presentazione delle attività di ricovero a solo quattro categorie diagnostiche più tipicamente rappresentative della prevalenza trattata in regime di ricovero, disturbi affettivi (cod. 69), schizofrenia e disturbi correlati (cod. 70), altre psicosi (cod. 71), ansia, disturbi somatomorfi, dissociativi e della personalità (cod. 72), i ricoveri relativi ai codici ACC 69-72 rappresentano il 62% circa (211.568 casi nel '99 e 204.032 nel 2000) del totale dei ricoveri per patologie psichiatriche.

Nel 2000 si registra una riduzione, rispetto all'anno precedente, del numero complessivo dei dimessi pari a oltre 7.000 casi (-3,6%). Per i sottogruppi delle schizofrenie e delle altre psicosi tale contrazione risulta più alta rispetto a quanto osservato per i disturbi affettivi e per i disturbi d'ansia, somatomorfi, dissociativi e della personalità (-4,5% e -5,6% contro -2,7% e -3,2% rispettivamente).

Il calo è generalizzato a tutte le ripartizioni geografiche, ma nettamente più marcato al Sud (-5%) rispetto al Nord (-3,8%) e al Centro (-0,1%). Per 5 Regioni (Campania, Lazio, Marche, Emilia Romagna e Provincia di Trento) si evidenzia tuttavia un aumento, dell'ordine dell'1%, del totale dei dimessi per ACC 69-72.

Nell'universo ACC 69-72 le donne sono maggiormente rappresentate rispetto agli uomini (54% e 46% rispettivamente nell'anno 2000). Considerando i singoli gruppi di patologie, la più forte presenza del sesso femminile si mantiene nella classe dei disturbi affettivi (65%) e in quella dei disturbi d'ansia, somatomorfi, dissociativi e della personalità (56%); mentre nei dimessi per schizofrenia prevale il sesso maschile (62%) e nelle altre psicosi c'è una parità tra i sessi. Il rapporto numerico maschi/femmine mostra comunque una certa variabilità regionale. Stratificando per classe di età si osserva che, nel complesso degli ACC, la classe 25-44 anni è quella modale per entrambi i sessi (48,7% e 36,5% rispettivamente nei maschi e nelle femmine), seguita dalla classe 45-64 anni (28,6% e 34,4% rispettivamente) e dai soggetti di 65 anni e oltre (10,4% e 20,7%). Dall'analisi per ripartizione geografica emerge un gradiente Nord-Sud relativamente alla frequenza delle età più avanzate (maggiore al Nord).

2.3.3. Disturbi del comportamento alimentare e obesità

Anoressia e bulimia sono sindromi culture-bound, ugualmente diffuse in tutti i paesi industrializzati del mondo. Nei paesi in via di sviluppo, questi quadri clinici compaiono via via che aumentano le disponibilità alimentari e si diffondono costumi propri delle nazioni più ricche. Sulla base degli studi di prevalenza più recenti si possono prevedere, in Italia, su mille giovani donne (12-25 anni), tre casi di anoressia nervosa, dieci di bulimia nervosa e settanta di disturbi subliminali. I valori sono analoghi a quelli di altri paesi industrializzati.

Il rapporto maschi/femmine è 1:10 per l'anoressia nervosa, 1:20 per la bulimia nervosa. Solo uno su tre dei soggetti con anoressia e solo uno su diciassette di quelli con bulimia si curano.

La distribuzione per classi sociali è uniforme. L'incidenza dell'anoressia nervosa non è significativamente maggiore nelle grandi città rispetto ai piccoli centri e alle campagne. Quella della bulimia nervosa è, invece, maggiore nei grandi centri urbani.

La mortalità per annum di malattia è 0,5%, che è valore dodici volte superiore alla mortalità attesa in quella stessa fase del ciclo vitale. Il suicidio è una causa frequente di morte. In un terzo dei casi, includendo anche i meno gravi, la malattia dura più di 6 anni. Il recupero del peso e il ritorno del ciclo avviene, dopo anni, in circa due terzi dei casi, ma in più della metà persistono disturbi psicopatologici clinicamente rilevanti. Miglioramenti e guarigioni possono verificarsi anche a grande distanza di tempo (10-15 anni) dall'esordio.

In passato la forma restrittiva di anoressia nervosa era più frequente di quella bulimica. Da anni, è vero il contrario. Inoltre, molti casi di anoressia nervosa restrittiva evolvono nella forma bulimica o, quando il peso risale e torna il ciclo mestruale, in bulimia nervosa. Anoressia e bulimia possono alternarsi in epoche diverse della vita della stessa persona.

L'incremento esplosivo di anoressia, bulimia e altri disordini alimentari porta a pensare che, accanto ai fattori genetici al cui ruolo causale è riconosciuta da tempo grande importanza, siano entrati in campo, soprattutto, fattori eziologici socio-culturali. Tra questi, occorre ricordare il valore accordato dalla cultura contemporanea a modelli estetici femminili caratterizzati da una magrezza innaturale.

A fronte dello sviluppo dell'incidenza di anoressia nervosa, bulimia nervosa e altri disturbi del comportamento alimentare, non si può non rilevare l'enorme incremento dell'incidenza del problema dell'obesità.

L'obesità è uno dei rilevanti fattori di rischio per la salute di un individuo ed assume un ruolo sempre più emergente tra quelle patologie che incidono sulla spesa sanitaria di un paese. Ad un eccesso di peso, con conseguente accumulo di grasso corporeo, si associano frequentemente complicanze cardiovascolari, problemi dell'apparato muscolo-scheletrico ed altre patologie quali diabete, malattie del fegato o colecisti, cancro, ipertensione.

La sua insorgenza è imputabile, oltre alla componente ereditaria, a fattori ambientali, tra cui spiccano gli stili di vita sedentari. Infatti, considerato l'apporto energetico medio della dieta degli italiani, che non giustifica la tendenza all'aumento del sovrappeso, il fattore che maggiormente sembra pesare su questo fenomeno è la scarsa attività fisica per il lavoro e il tempo libero.

I dati più recenti, disponibili in Italia, sono quelli rilevati dall'ISTAT con l'Indagine Multiscopo condotta su circa 53.000 famiglie per un totale di oltre 140.000 individui. I dati sono stati recentemente pubblicati nel testo "Fattori di rischio e tutela della salute", ISTAT 2002. Si tratta di dati di peso e di statura dichiarati durante un'intervista proposta da un rilevatore. I dati dichiarati, pur con le dovute limitazioni, possono rappresentare, quando riportati da un vasto campione, una buona fonte per stimare il valore di tendenza centrale (la mediana). La popolazione oggetto di studio è stata suddivisa in bambini/adolescenti (6-17 anni) e adulti (dai 18 anni in poi).

Il criterio diagnostico adottato è l'IMC (Indice di Massa Corporea) e la classificazione è quella indicata dall'OMS. Il sottopeso è considerato al disotto di un IMC di 18,5; tra 18,5 e 24,9 la condizione è di normopeso; tra 25 e 29,9 si è in sovrappeso, mentre tutte le classi uguali e superiori a 30 sono considerate condizione di obesità.

Per quanto riguarda il trend dell'eccesso di peso, emerge che oltre 4 milioni sono le persone adulte obese in Italia, con un incremento stimato del 25% rispetto al 1994, che tendenzialmente risulta in linea con gli incrementi registrati in altri paesi europei (per la Spagna l'incremento 1993-'97 è pari al 30%). I soggetti in sovrappeso non registrano alcun aumento rispetto al '94 e sono circa 16 milioni di adulti.

Al crescere dell'età la quota di soggetti obesi aumenta. Sono poco meno del 2% i giovani (18-24 anni) che presentano un eccesso di peso ponderale, ma il fenomeno assume rilevanza dopo i 50 anni: il tasso di prevalenza subisce un evidente salto raggiungendo complessivamente il 12,4% nella fascia d'età 45-54 (per le donne il tasso di obesità tra i 45-54 anni addirittura raddoppia rispetto alla fascia d'età immediatamente precedente), arriva al valore massimo del 14,4% per le persone tra i 55-64 anni e si attesta comunque circa al 12,6% per gli anziani di 65 anni e più.

Anche le persone in sovrappeso presentano una relazione diretta tra eccesso di peso ed età: tra i giovani di 18-24 anni la percentuale è di circa il 13% (e per i maschi quasi il 18,5%) e triplica nelle fasce d'età critiche dei 50 anni, fino a raggiungere i livelli massimi del 45,2% tra gli anziani di 65-74 anni (tab. 6).

In termini di distribuzione del fenomeno sul territorio, emergono differenze passando dal Centro-Nord al Sud del Paese. Ai tassi standardizzati del meridione con valori dell'obesità dell'11% e 12%, rispettivamente per maschi e femmine, si contrappongono tassi del 7,7% e 7,5% del Nord-Ovest.

Qualche riflessione merita anche la condizione di sottopeso che si concentra soprattutto tra le giovani donne con un livello culturale medio-alto. Nella fascia di età 18-24 anni, complessivamente il sottopeso coinvolge oltre il 10% dei

Tab.6 Persone di 18 anni e più secondo l'IMC per classe di età e sesso. Anni 1999-2000 (per cento persone dello stesso sesso e della stessa età)

Classi di età per sesso	IMC				Totale
	sottopeso	normopeso	sovrappeso	obesi	
maschi					
18-24	3,3	76,4	18,5	1,7	100
25-34	1,0	61,8	32,8	4,4	100
35-44	0,3	45,6	45,1	9,0	100
45-54	0,3	35,4	51,2	13,0	100
55-64	0,4	33,5	51,4	14,8	100
65-74	0,6	34,4	51,8	13,2	100
75 e più	2,3	44,0	45,5	8,1	100
Totale	1,0	47,4	42,4	9,2	100
femmine					
18-24	18,2	72,6	7,7	1,6	100
25-34	10,3	74,8	12,0	2,9	100
35-44	4,4	69,9	20,2	5,4	100
45-54	2,4	55,4	30,4	11,7	100
55-64	2,2	45,6	38,0	14,1	100
65-74	2,1	43,1	39,8	15,0	100
75 e più	5,7	46,6	36,0	11,7	100
Totale	6,0	59,2	26,0	8,8	100
maschi e femmine					
18-24	10,6	74,5	13,2	1,6	100
25-34	5,6	68,2	22,5	3,6	100
35-44	2,4	57,7	32,6	7,2	100
45-54	1,4	45,6	40,7	12,4	100
55-64	1,3	39,7	44,5	14,4	100
65-74	1,4	39,2	45,2	14,2	100
75 e più	4,5	45,7	39,4	10,4	100
Totale	3,6	53,5	33,9	9,0	100

Fonte: Ministero della Salute – D.G. della Programmazione Sanitaria

giovani (tra le donne raggiunge il 18%); decresce sensibilmente all'aumentare dell'età fino a raggiungere poco più dell'1% tra gli anziani di 65-74 anni, ma tra gli ultrasettantacinquenni sale nuovamente al 4,5%.
Tra le laureate o diplomate di 18-34 anni circa il 15% è in condizione di sottopeso e la percentuale si riduce al 6,5% tra le donne che hanno raggiunto al massimo la licenza elementare.

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders (Revision). American Journal of Psychiatry 157, Jan Supplement, 2000.

A. Carr. What works with children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families. Routledge, New York, 2000.

M. Cuzzolaro, M. Ammaniti. Disordini alimentari in adolescenza. Manuale di psicopatologia dell'adolescenza. Raffaello Cortina, Milano, 2002.

C. Fairburn and K. Brownell. Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook. Guilford, New York, 2000.

M. Flament and P. Jeammet. La boulimie. Réalités et perspectives. Masson, Paris, 2000.

E. Molinari, M. Cuzzolaro, A. Italiano. Aspetti psicosociali. 2° Rapporto sull'obesità in Italia 2000. FrancoAngeli, Milano, 2000.

R. Striegel-Moore and L. Smolak. Eating disorders. Innovative directions in research and practice. American Psychological Association, Washington, DC, 2001.

T. Wadden and A. Stunkard. Handbook of obesity treatment. Guilford, New York, 2002.

D. Wilfley and B. Saelens. Epidemiology and causes of obesity in children, in C. Fairburn and K. Brownell, Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook. Guilford, New York, 2002.

J. Yager. Weighty perspectives: contemporary challenges inobesity and eating disorders. American Journal of Psychiatry 157, 2000.

A. Astrup. Healty lifestyles in Europe: prevention of obesity and type II diabetes by diet and physical activity. Publ. Hlt. Nutr., 4,2(A), 2001.

ISTAT. Indagine sullo stato di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000 in Fattori di rischio e tutela della salute. Roma, aprile 2002.

W.P.T. James. The dietary challenge for the European Union. Publ. Hlt. Nutr., 4,2(A), 2001.

R.L. Weinsier et alii. The etiology of obesity: relative contribution of metabolic factors, diet, and physical activity. Am J Med, 1998.

WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. WHO technical report series 854. World Health Organization, Geneva, 1995.

WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity, Geneva 3-5 june 1997. Geneva: WHO Pubblication, 1997.

2.4. Malattie professionali

Negli anni più recenti si è assistito ad una diminuzione nel numero di casi di malattia professionale denunciati all'INAIL. Infatti, nei settori industria e servizi si passa dalle 26.879 denunce del 1997 alle 21.988 dell'anno 2001, parimenti nell'agricoltura, dove il numero di casi denunciati scende dai 926 del 1997 ai 781 del 2001. Complessivamente, quindi, si registrano oltre 5.000 casi in meno di malattie professionali denunciate in Italia nell'ultimo quinquennio (tab. 7).

I dati relativi al fenomeno delle malattie professionali sono però fortemente condizionati dal sistema di rilevazione preso in considerazione. L'evoluzione dei processi lavorativi rende il sistema di tutela non sempre attuale.

Infatti, ad una attenta lettura delle informazioni contenute nella banca dati dell'Istituto assicuratore, si è visto come negli anni più recenti sia aumentato progressivamente il numero di denunce per malattie non tabellate, sino al punto di superare quelle tabellate.

Questo ha conseguenze dirette sul contenuto informativo dei dati, perché le malattie non tabellate hanno una percentuale di riconoscimento con indennizzo (5% circa) molto più bassa delle malattie tabellate (20% circa).

Avviene in sostanza che al decremento delle denunce di malattia professionale, si associa la "selezione" indotta dai criteri utilizzati per il riconoscimento e l'attribuzione degli indennizzi. Si può parlare, dunque, di "malattie professionali perdute" e della conseguente necessità di un tempestivo adeguamento delle tabelle, con ricadute non solo sulla tutela assicurativa ma, in particolar modo, sulla rappresentatività dei dati quale riferimento per tempestive ed appropriate politiche per la prevenzione.

Chiarite alcune cautele da seguire nella interpretazione dei dati di fonte assicurativa – comunque gli unici disponibili su scala nazionale e continui nel tempo – si può osservare come i casi manifestatisi nel 1997 e indennizzati sino a quest'anno siano stati 3.956 per l'industria e servizi, tra cui emerge l'ipoacusia e la sordità con il 32,5% degli indennizzi, seguono: le malattie cutanee (13,8%), l'asbestosi (6,6%), le neoplasie da asbesto (4,8%), la silicosi (3,7%) e le malattie osteoarticolari (2,9%).

Le malattie non tabellate raggiungono il 23,1% degli indennizzi. In agricoltura, dove

Tab.7 Malattie professionali denunciate e riconosciute in Italia. Industria e servizi – agricoltura (val. % e v.a.)

Anno denuncia	Malattie tabellate			Malattie non tabellate			Totale malattie professionali (**)		
	denunc.	riconosc.	% riconosc.	denunc.	riconosc.	% riconosc.	denunc.	riconosc.	% riconosc.
1997	14.434	2.943	20,4	13.337	866	6,5	27.805	3.809	13,7
1998	11.720	2.652	22,6	14.573	866	5,9	26.330	3.518	13,4
1999	10.716	2.389	22,3	14.251	755	5,3	25.116	3.144	12,5
2000 (*)	9.847	991	10,1	14.723	241	1,6	26.118	1.232	4,7
2001 (*)	6.307	333	5,3	12.959	84	0,6	22.769	417	1,8

(*) Il dato relativo alle malattie riconosciute non è significativo perché ancora incompleto

(**) Comprese le indeterminate

Fonte: INAIL – Rapporto Annuale 2001

sono state 151 le malattie manifestatesi nel 1997 e successivamente riconosciute con indennizzo, è meno rilevante il peso dell'ipoacusia e sordità (14,6%), al quale si avvicinano le alveoliti allergiche (11,3%) e l'asma bronchiale (10,6%), seguite dalle broncopneumopatie (5,3%). In questo macrosettore gli indennizzi delle malattie non tabellate sono pari al 44,4%.

La necessità di utilizzare altre fonti informative, ad integrazione di quelle esistenti, ha portato a considerare i dati già rilevati sul territorio da parte dei Servizi di prevenzione delle ASL (Azienda Sanitaria Locale), anche se in forma disomogenea. Questo ha costituito la premessa per dare avvio ad un sistema di sorveglianza sanitaria delle malattie professionali in collaborazione tra l'ISPESL (Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro) e le Regioni Lombardia (dal 1999) e Toscana (dal 2000), basato su un comune modello di raccolta delle informazioni e che ha portato alla diffusione di un primo rapporto congiunto per l'anno 2000. Attualmente sono in corso accordi per l'allargamento del sistema, chiamato MALPROF, ad altre Regioni interessate.

Riferimenti bibliografici

INAIL. Rapporto annuale 2000, Roma, 2001.

INAIL. Rapporto annuale 2001, Roma, 2002.

ISPESL. Malprof anno 2000 – Il primo rapporto ISPESL – Regioni sulle malattie professionali. "Fogli di informazione ISPESL", 1° supplemento monografico al n.1/2001.

M. Marconi, P. Montanari, M. Passerini, G. Campo, A. Leva. Sistema Informativo Prevenzionale. Rapporto sui casi di malattia professionale – industria, anni di definizione 1990-1999, ISPESL. www.ispesl.it/mapronew/index.htm.

2.5. Cause violente

2.5.1. Suicidi

I dati più recenti forniti dall'ISTAT sui suicidi avvenuti nel nostro Paese riguardano gli anni 1998 e 1999, durante i quali sono stati registrati rispettivamente 4.504 e 4.115 decessi per questa causa. Il tasso di mortalità per suicidio è risultato pari a 8,2 casi ogni 100.000 abitanti nel 1998, così come osservato nel biennio 1996-'97, mentre nel 1999 è stato di 7,5 casi ogni 100.000 abitanti, che è il valore più basso dal 1989. Per dare significatività statistica a questo decremento sarà necessario attendere i dati riguardanti gli anni successivi al 1999. Bisogna, altresì, ricordare che ogni anno un certo numero di decessi, pur essendo attribuito ad incidenti di varia natura, possono, in realtà, essere stati causati da veri e propri atti suicidari "mascherati" proprio dagli autori stessi di questi gesti estremi. Si presume, pertanto, che il numero complessivo dei suicidi nel nostro Paese sia costantemente sottostimato in misura non quantificabile.

L'analisi dei dati ISTAT del periodo di riferimento, elaborati dal Ministero della salute, ha sostanzialmente confermato quanto si era riscontrato nella precedente relazione, dove il fenomeno era stato studiato per un periodo di tempo molto più lungo (dal 1985 al 1997). In Italia il rischio di morire per suicidio è fra i più bassi d'Europa e, almeno per quanto riguarda le nazioni più evolute, del mondo. Analogamente a quanto osservato in passato e a ciò che succede negli altri paesi, i maschi mostrano una predisposizione maggiore rispetto alle femmine a compiere con successo questo gesto. Il rapporto maschi/femmine è infatti risultato di poco superiore a 3:1 in entrambi gli anni di riferimento.

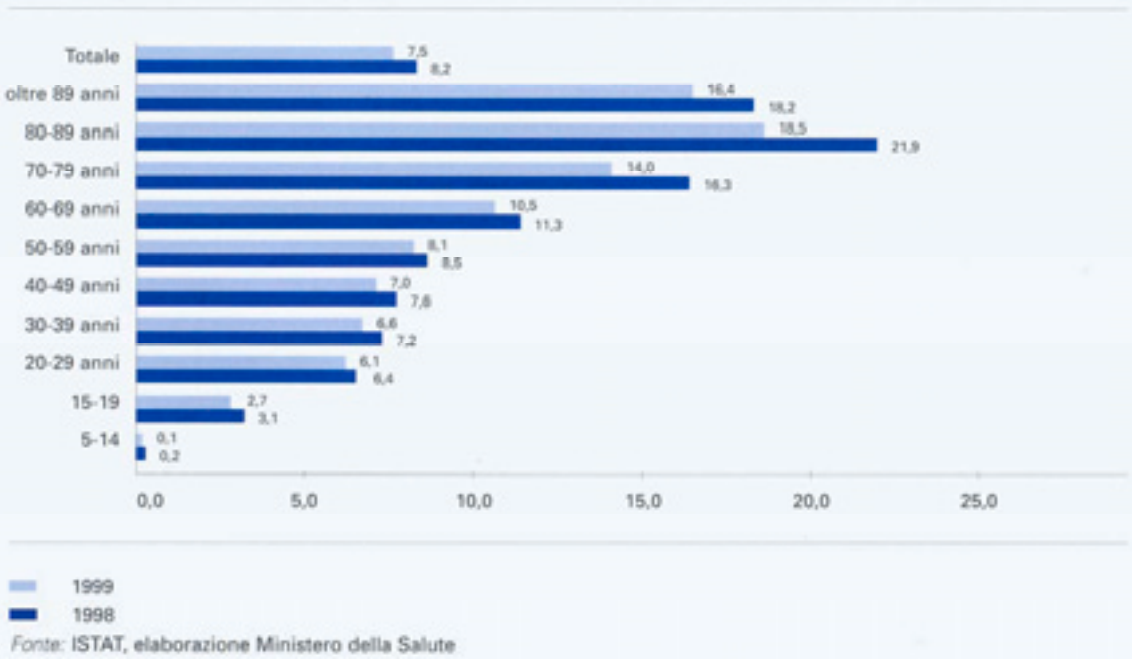
Il maggior numero di suicidi si verifica tra i 60 e i 79 anni di vita (circa il 33% del totale in entrambi gli anni del periodo di riferimento). Tuttavia la classe di età con il tasso di mortalità per suicidio più elevato (e quindi più a rischio) è risultata essere quella compresa tra gli 80 e gli 89 anni di vita, con valori di 21,9 casi su 100.000 nel 1998 e di 18,5 casi su 100.000

Tab.8 Tassi di mortalità per suicidio per classi d'età (val. % e v.a.)

	Classi di età										Totale
	5-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	oltre 89	
1998											
numero suicidi	14,0	100,0	541,0	660,0	588,0	610,0	730,0	768,0	435,0	58,0	4.504,0
rapporti % suicidi di una classe/suicidi totali	0,3	2,2	12,0	14,6	13,1	13,5	16,2	17,1	9,7	1,3	100,0
tasso suicidi	0,2	3,1	6,4	7,2	7,6	8,5	11,3	16,3	21,9	18,2	8,2
1999											
numero suicidi	8,0	86,0	503,0	610,0	540,0	587,0	683,0	686,0	356,0	56,0	4.115,0
rapporti % suicidi di una classe/suicidi totali	0,2	2,1	12,2	14,8	13,1	14,3	16,6	16,7	8,6	1,4	100,0
tasso suicidi	0,1	2,7	6,1	6,6	7,0	8,1	10,5	14,0	18,5	16,4	7,5

Fonte: ISTAT, elaborazione Ministero della Salute

Fig.5 Tasso di mortalità per suicidio, per classi d'età. Anni 1998-1999 incidenza per 100.000 abitanti



nel 1999; quindi abbiamo la classe di età superiore agli 89 anni e quella di età compresa tra i 70 e i 79 anni.
Risulta pertanto evidente che il problema dei suicidi è fortemente legato alla vecchiaia, periodo della vita nel quale in genere si assiste ad una riduzione degli stimoli e delle attività di una persona, a cui si può associare un aumento dei problemi legati alla salute fisica e mentale e all'emarginazione sociale.
Per quanto riguarda le fasce di età più giovani (dai 15 ai 29 anni), dopo il preoccupante in-

Tab.9 Tassi regionali di mortalità per suicidio. Anni 1998 e 1999 (val. % e v.a.)

	1998			1999		
Regioni	numero suicidi	rapporti % di suicidi di una regione/ suicidi nazionali	tassi suicidi	numero suicidi	rapporti % di suicidi di una regione/suicidi nazionali	tassi suicidi
Piemonte	458	10,2	11,1	394	9,6	9,6
Valle d'Aosta	26	0,6	22,7	19	0,5	16,5
Lombardia	659	15,5	8,1	640	15,5	7,4
Prov. Aut. di Trento	(50)	(1,1)	11,2	(44)	(1,1)	9,8
Prov. Aut. di Bolzano	(50)	(1,1)	11,6	(49)	(1,2)	11,3
Veneto	356	7,9	8,3	340	8,3	7,9
Friuli Venezia Giulia	162	3,6	14,2	106	2,6	9,3
Liguria	89	2,0	5,6	83	2,0	5,3
Emilia Romagna	444	9,9	11,7	407	9,9	10,7
Toscana	288	6,4	8,5	296	7,2	8,7
Umbria	90	2,0	11,2	77	1,9	9,6
Marche	150	3,3	10,8	113	2,7	8,1
Lazio	261	5,8	5,2	282	6,8	5,6
Abruzzo	108	2,4	8,9	86	2,1	7,0
Molise	19	0,4	6,0	24	0,6	7,6
Campania	281	6,2	5,2	218	5,3	4,0
Puglia	193	4,3	5,0	186	4,5	4,8
Basilicata	38	0,8	6,6	52	1,2	9,0
Calabria	123	2,7	6,3	110	2,7	5,6
Sicilia	340	7,5	7,1	301	7,3	6,3
Sardegna	184	4,1	11,6	161	3,9	10,2
*Estero o n.c.**	*98*	*2,2*	*n.v.***	*127*	*3,1*	*n.v.***
Totale	4.504	100,0	8,2	4.115	100,0	7,5

(*) Estero n.c.: casi nei quali la selezione relativa alla residenza nella scheda di morte non è stata compilata o riporta la residenza in uno stato estero

(**) n.v.: non valutabile

Fonte: ISTAT, elaborazione Ministero della Salute

cremento del tasso annuale di mortalità per suicidio osservato alla fine degli anni ottanta e nel primo quinquennio degli anni novanta, si sta verificando da qualche tempo un'inversione di tendenza che dovrà comunque essere confermata da riscontri successivi. L'esempio più evidente è rappresentato dalla fascia di età compresa tra i 15 e i 19 anni, il cui tasso annuale è sceso progressivamente da 4,1 casi su 100.000 del 1996 a 2,7 del 1999. Meno marcata, ma comunque discretamente significativa, è la riduzione del tasso osservata per la classe di età compresa tra i 20 e i 29 anni, il cui valore è passato dai 6,9 casi su 100.000 del 1997 ai 6,1 del 1999. (tab. 8, fig. 5).

La Valle d'Aosta è la Regione d'Italia con i valori più alti del tasso di mortalità per suicidio sia nel 1998, con 22,7 casi ogni 100.000 abitanti, che nel 1999, con 16,5 casi ogni 100.000 abitanti. Nel 1998 troviamo al secondo posto il Friuli Venezia Giulia con 14,2 casi ogni 100.000 abitanti, quindi l'Emilia Romagna con 11,7, la Sardegna e la Provincia Autonoma di Bolzano con 11,6, l'Umbria e la Provincia Autonoma di Trento con 11,2, il Piemonte con 11,1. Nel 1999 dietro la Valle d'Aosta abbiamo la Provincia Autonoma di Bolzano con 11,3 casi ogni 100.000 abitanti, quindi l'Emilia Romagna con 10,7, la Sardegna con 10,2 e la Provincia Autonoma di Trento con 9,8.

Il Friuli Venezia Giulia con un tasso di 9,3 casi ogni 100.000 abitanti è dietro al Piemonte e all'Umbria che hanno riportato un valore pari a 9,6.

Per quanto riguarda le Regioni a basso rischio per suicidio ricordiamo la Campania (5,2 casi ogni 100.000 abitanti nel 1998, 4,0 nel 1999), la Puglia (5,0 nel 1998, 4,8 nel 1999), il Lazio (5,2 nel 1998, 5,6 nel 1999) e la Liguria (5,6 nel 1998, 5,3 nel 1999) (tab. 9).

Il rischio di morire per suicidio è più alto al Nord (9,5 casi ogni 100.000 abitanti nel 1998, 8,5 nel 1999) rispetto al Centro (7,5 nel 1998, 7,2 nel 1999) o al Sud e nelle Isole (6,4 nel 1998, 5,6 nel 1999; l'unica Regione di questo gruppo in controtendenza e che alza la media è la Sardegna).

Infine, è importante notare che, come già osservato in passato, ben l'1,3% dei decessi di soggetti con residenza all'estero o per i quali la casella della residenza nella scheda di morte non è stata compilata è stato causato da suicidio in entrambi gli anni del periodo di riferimento.

2.5.2. Gli incidenti stradali

L'impatto degli incidenti stradali sulla salute della popolazione costituisce un problema di assoluta emergenza per il Paese, il cui controllo non può essere ulteriormente ritardato. Gli incidenti stradali provocano meno dell'1,5% dei decessi che si verificano annualmente in Italia, ma tra i 15 e i 24 anni questa proporzione sale ad oltre il 40%, costituendo la prima causa di morte in questa fascia di età, con conseguenze estremamente rilevanti in termini di costi umani e sociali. Questi eventi costituiscono, inoltre, una importante causa di ricovero e di accesso alle prestazioni di pronto soccorso, nonché la causa determinante di gravi invalidità traumatiche, quali paraplegia, tetraplegia e traumatismi intracranici.

La mortalità per incidente stradale in Italia, desunta dalle statistiche sanitarie dell'ISTAT sulle cause di morte, è per il 1999 pari a 7.829 soggetti (13,7 decessi/100.000 abitanti). Per il 2000, in base ai dati ISTAT sugli incidenti stradali verbalizzati dalle autorità di polizia, è possibile stimare un corrispondente numero di morti nell'anno pari a 7.583 (13,3 decessi/100.000 abitanti). Le lesioni che più frequentemente determinano la morte sono costituite dal trauma cranico (45,8%) e da traumatismi interni del torace, addome e bacino (41,6%).

Per quanto riguarda la tipologia di utenza, nel 2000 oltre la metà delle morti (55,1%) si riferisce ad automobilisti, il 19,2% ad utenti delle due ruote motorizzate, il 5,8% a ciclisti, il 13,2% a pedoni ed il restante 6,7% ad altra utenza della strada (mezzi pesanti, mezzi pubblici, ecc.).

Il numero di ricoveri attribuibili agli incidenti

stradali è desumibile dalle statistiche relative alle SDO, in base alle quali si contano nel 1999 per questa causa 128.830 ricoveri (226 ricoveri/100.000 abitanti). Questi dati sono comunque sottostimati in quanto, in molte schede relative a cause traumatiche, manca ancora l'indicazione della causa esterna, ovvero del tipo di evento che ha determinato il trauma. Da nostre valutazioni, basate sui ricoveri della Regione Lazio e sui ricoveri nazionali per trauma cranico, riteniamo che tale sottostima sia dell'ordine del 15%, il che comporta un totale corretto intorno ai 145.000 casi.

Le lesioni che determinano il ricovero a seguito di incidente stradale sono soprattutto frattura del cranio (4,5%), traumatismi intracranici senza frattura (24,1%), altre fratture (34,8%), contusioni e schiacciamenti (11,4%), distorsioni e distrazioni di articolazioni e muscoli (7,4%).

Più consistente, come è logico, appare il ricorso ai centri di PS (Pronto Soccorso). In questo ambito non esiste ancora una fonte statistica organica di rilevamento mirata al fenomeno infortunistico ma in base ai dati a disposizione – tra cui quelli della Regione Lazio, in cui l'Agenzia di Sanità Pubblica Regionale ha osservato per il 2000 149.500 accessi riconducibili ad incidenti – è possibile stimare il numero di accessi al PS dovuti all'incidentalità stradale in circa 1.578.000 l'anno (2.768 accessi/100.000 abitanti).

Anche per quanto riguarda l'invalidità secondaria ad incidenti stradali, in particolare quella grave, i dati sono scarsi e frammentari. Tuttavia, da studi recentemente effettuati, possiamo dire che il 55%-60% dei soggetti ricoverati in istituti di riabilitazione presenta lesione midollare post-traumatica a seguito di incidente stradale. Questa percentuale sale fino al 70%-80% in caso di trauma cranio-encefalico.

Tra le principali cause determinanti l'incidente stradale, riconducibili alle condizioni psico-fisiche del conducente, primeggia la guida in stato di coscienza alterato in seguito ad assunzione di bevande alcoliche e di sostanze d'abuso.

Da qualche anno, poi, stanno emergendo, diffondendosi e consolidandosi nuovi fattori di rischio per la sicurezza stradale, specie tra i giovani (quali lunghe percorrenze notturne, concentrazione dell'uso di bevande alcoliche nel week-end, uso di sostanze cosiddette "ricreative", poliassunzione di sostanze, ecc.). Tra queste nuove "abitudini", l'uso del telefono cellulare durante la guida, appare un fenomeno da seguire con particolare attenzione.

In termini di fattori di protezione, quello di maggiore impatto nella riduzione dei traumi (e della loro gravità), è costituito dall'utilizzo delle cinture di sicurezza e del casco, per i quali esistono specifiche leggi d'obbligo. Tuttavia, i dati dell'Osservatorio Nazionale sull'uso dei dispositivi di sicurezza (sistema Ulisse) mostrano come attualmente la situazione sia lontana da una soglia d'uso adeguato.

L'utilizzo delle cinture di sicurezza, infatti, appare appiattito su valori decisamente bassi, attestandosi attorno al 30%, laddove mediamente in Europa è dato osservare valori d'uso attorno al 75%. Migliore è, invece, la situazione riguardo all'uso del casco, grazie anche alla recente estensione dell'obbligo ai maggiorenni su ciclomotore (L. 472/99): pur tra diverse realtà regionali o provinciali, il casco viene indossato da circa il 70% degli utenti delle due ruote motorizzate.

2.5.3. Infortuni sul lavoro

I dati più recenti delle denunce di infortunio sul lavoro mostrano un aumento costante nell'ultimo quinquennio. Infatti, si passa da 981.530 denunce nel 1997 a 1.045.664 nel 2001, con una crescita pari al 6,5%. Tuttavia un analogo aumento percentuale, nello stesso intervallo di tempo, si registra anche per il numero degli occupati in Italia. Nel considerare separatamente i macro settori di attività economica, si può notare come la crescita del numero di denunce riguardi esclusivamente il ramo industria (da 845.456 casi nel 1997 a 932.382 nel 2001), mentre si registra una diminuzione per l'agricoltura (da 103.970 denunce nel 1997 a 81.313 nel 2001) e rimane sostanzialmente stabile il quadro per la PA (Pubblica Ammini-

strazione), con valori che si mantengono prossimi alle 30.000 denunce.

Dal punto di vista delle conseguenze, tra gli infortuni accaduti nell'anno 2000 e riconosciuti con indennizzo, si registrano 1.299 eventi mortali, di cui 1.130 nell'industria e servizi, che equivalgono ad oltre 3 decessi al giorno avvenuti nel corso dell'attività lavorativa.

Sempre per l'anno 2000, gli infortuni con postumi permanenti sono percentualmente più elevati nel settore agricolo (4,31% dei casi) che non in quello dell'industria e servizi (2,56%) e nella PA (2,88%). Gli infortuni che comportano conseguenze solo temporanee per il lavoratore, sempre superiori al 95% dei casi nei tre rami di attività economica, hanno una durata media più elevata in agricoltura (29 giorni).

Per un'analisi territoriale del fenomeno infortunistico è opportuno ricorrere agli indici di frequenza, che consentono di rapportare gli infortuni accaduti al numero di addetti esposti. Tali indici, disponibili solo per il settore industria e servizi (che tuttavia comprendono oltre il 94% di tutti i lavoratori in Italia), sono espressi per mille addetti e si riferiscono alla media annuale dei casi indennizzati nel triennio 1997/1999, al fine di evitare l'influenza di oscillazioni temporali in ciascun anno considerato. Osservando la distribuzione delle regioni italiane si osservano valori più elevati degli indici in Umbria (56,82), Emilia Romagna (51,93), Marche (51,92) e Friuli Venezia Giulia (51,31), mentre i valori degli indici più bassi si riscontrano in Calabria (31,41), Sicilia (28,66), Campania (27,8) e Lazio (29,63), a fronte di un valore medio nazionale pari a 39,98.

Le differenze nei valori degli indici sono dovute innanzitutto alla diversa struttura economica che caratterizza ciascuna regione, con attività a maggior o minor rischio, ma lasciano spazio anche ad interpretazioni legate alla presenza di lavoro in nero ed all'efficienza della sorveglianza sulle attività lavorative in ciascuna regione. Infatti, concentrando l'attenzione sui soli infortuni mortali (difficilmente eludibili in termini di segnalazione) cambia l'immagine geografica e si riscontrano valori più elevati degli indici (tra 0,14 e 0,15) nelle Regioni Molise, Puglia, Calabria, e Basilicata; per contro in coda alla graduatoria di rischio di tali eventi (indice compreso tra 0,06 e 0,07) troviamo Liguria, Lombardia, Lazio, Piemonte e Trentino Alto Adige. In questo caso la media italiana è pari a 0,09 infortuni mortali per mille addetti. Tra le attività economiche maggiormente a rischio troviamo le industrie del legno, dei metalli e della trasformazione, che presentano valori dell'indice di frequenza superiori a 70 infortuni per mille addetti, ovvero prossimi al doppio del valor medio di tutti i settori (39,98). Ancora in evidenza nella graduatoria del rischio, con valore dell'indice compreso tra 60 e 70, risultano il settore delle costruzioni, l'estrazione di minerali, l'industria della gomma e l'industria dei mezzi di trasporto. I settori con più elevato indice di frequenza per gli infortuni mortali risultano essere quello minerario (0,48), dei trasporti (0,33) e delle costruzioni (0,25), con livelli di rischio molto accentuati rispetto alla media (0,09).

Riferimenti bibliografici

INAIL. Rapporto annuale 2000, Roma, 2001.

INAIL. Rapporto annuale 2001, Roma, 2002.

ISTAT. Forze di Lavoro, Roma, vari anni.

2.5.4. Incidenti domestici

Nell'ambito della mortalità conseguente a cause accidentali o violente (circa 27.000 casi l'anno), circa il 45% di eventi (12.000 casi) deriva da cause accidentali, non dovute ad incidenti della strada o del lavoro. Queste morti accidentali comprendono i decessi che conseguono ad infortunio in ambiente domestico ed altre morti, che si realizzano per incidenti accaduti in altri ambienti.

Nel 2000 i casi di morte, per i quali il medico certificatore ha indicato come luogo di decesso l'abitazione, sono risultati 2.097 (3,6 casi/100.000 abitanti). Questi valori appaiono largamente sottostimati. Da studi pregressi e

da risultati di altri paesi, tra loro congruenti, sappiamo, infatti, come le morti avvenute in casa (o nelle sue pertinenze) siano nell'ordine di circa il 40% di tutte le morti accidentali non derivanti da incidente stradale o del lavoro. Sappiamo, inoltre, che la gran parte di queste morti riguarda soggetti molto anziani, che decedono in seguito a caduta.

Nel caso di decesso per cause accidentali o violente, i dati di mortalità sono classificati sia tenendo conto delle cause esterne responsabili dell'evento, sia di quelle nosologiche responsabili del decesso. Un'analisi dei dati basata su tali codici indica che nel 1999, su 11.194 casi accertati di morte privi di qualunque informazione relativa al luogo di accadimento, 7.861 casi sono risultati conseguenti a cadute accidentali (7.038 dei quali riguardano soggetti con più di 75 anni). Poiché gran parte delle morti per caduta accidentale che si determinano in soggetti appartenenti a queste fasce d'età avvengono prevalentemente in casa (stante anche la ridotta mobilità ed il relativamente elevato carico di patologie che tendono a caratterizzare tali individui), possiamo ragionevolmente ritenere che almeno il 50% di tali cadute (come stima conservativa) possano essersi realizzate nell'ambito domestico. Questa valutazione produce pertanto, per l'anno considerato, almeno altri 3.500 casi di morti per incidenti in casa, portando a circa 5.000-6.000 i relativi decessi stimati.

Per la valutazione della morbosità da incidente domestico sono disponibili fonti informative diverse, utilizzabili in particolare per le stime nazionali di incidenza e tipologia dei relativi traumi. Tra queste fonti informative spiccano l'Indagine Multiscopo sulle famiglie dell'ISTAT e le SDO. A queste fonti possiamo oggi affiancare il SIES (Sistema Informativo di Emergenza Sanitaria) della Regione Lazio, che per prima ha inserito nelle procedure informatiche di rilevamento degli accessi presso tutti i PS del proprio territorio, l'indicazione della causa esterna del trauma. In base all'Indagine Multiscopo dell'ISTAT è possibile stimare in 978.000 gli accessi al PS dovuti ad incidente domestico e in almeno 1.200.000 per il 1999 gli infortuni che hanno richiesto le cure di un medico di PS. Proiettando invece i dati della Regione Lazio (146.730 accessi per incidente domestico nei 60 PS della Regione nel 2000, su 5.400.000 abitanti) alla realtà nazionale, si possono stimare in circa 1.600.000 gli accessi al PS per incidente domestico nel 2000 in Italia. Questa stima è congruente con quella di circa 1.800.000 accessi al PS per incidente domestico ottenuta da altri studi condotti dall'ISS. Riguardo agli infortuni in casa che, oltre alla prestazione di PS, hanno comportato assistenza in ricovero ospedaliero, le stime consentono di ritenere che i ricoveri per infortunio domestico siano circa 245.000 all'anno nel periodo 1999-2000. Le cause più frequenti di ricovero sono le fratture agli arti (quelle al collo ed al tronco sono relativamente più rare) ed i traumi cranici. Questo è conseguenza del fatto che la causa più comune dell'incidente domestico è la caduta accidentale.

Sempre dalla casistica succitata delle SDO correttamente classificate è possibile avere delle indicazioni sulle caratteristiche anagrafiche dei pazienti ricoverati. La distribuzione per età e sesso dei dimessi ospedalieri per incidente domestico mostra che, nel complesso, il 61% dei soggetti sono femmine. Sino a 44 anni di età, però, il fenomeno caratterizza prevalentemente i maschi con il 62,2% dei ricoveri. Dai 45 anni in poi l'evento colpisce in modo prevalente le donne con circa il 70,6% dei casi.

3. LA SALUTE IN ALCUNI GRUPPI DI POPOLAZIONE

3.1. Infanzia e adolescenza

La mortalità materna, la mortalità neonatale, perinatale e la nati-mortalità rappresentano indici importanti per valutare lo stato dell'assistenza sociosanitaria nel settore materno infantile e, più in generale, il grado di civiltà raggiunto da una nazione.

La mortalità materna (morti materne su 100.000 nati vivi) si è ridotta da 53,6 per 100.000 nati vivi nel 1970 a 5,6 nel 1995 e 2,6 nel 1999, pari a 14 morti materne per complicanze della gravidanza, del parto e del puerperio. C'è da sottolineare che, con dati numerici per fortuna così piccoli, anche una sola morte materna può determinare variazioni importanti del rapporto di mortalità.

La riduzione è continua e progressiva in tutte le ripartizioni geografiche con il trascorrere degli anni.

Tutto ciò è sicuramente da mettere in relazione al fatto che, ormai da molti anni in Italia, le gravidanze a rischio vengono identificate precocemente e la tutela sanitaria della gravidanza permette un attento controllo della stessa.

La mortalità perinatale (nati morti e morti a meno di una settimana di vita per 1.000 nati vivi) nel 1999 ha raggiunto il 6,3 per mille nati vivi, rispetto all' 8,1 del 1995 e al 31,2 del 1970. Considerando, invece, i nati morti e morti a meno di un mese per 1.000 nati vivi, il dato del 1999 è pari a 7,2. Permangono ancora delle differenze in diverse aree del Paese.

Anche la mortalità infantile (morti nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi) ha subito, negli anni, una notevole riduzione. Nel 1999 il dato cumulativo (maschi più femmine) è stato pari a 4,9 (5,4 per i maschi e 4,5 per le femmine). Il dato provvisorio per l'anno 2000 è pari a 4,2 per i maschi e 3,8 per le femmine, rispetto al 6,2 per mille nati vivi del 1995 ed al 29,6 del 1970. Tale riduzione si è però verificata prevalentemente a carico della mortalità post-neonatale (dal 1° al 12° mese di vita), mentre quella nel 1° mese (mortalità neonatale totale) – ed in particolare quella della 1° settimana di vita (mortalità neonatale precoce) – ha presentato un andamento assai meno confortante, soprattutto nelle Regioni meridionali.

Anche in termini strettamente sanitari il quadro dei bisogni è mutato. Infatti, malattie respiratorie e malattie infettive non sono più cause primarie di mortalità, mentre compaiono ai primi posti, accanto alle cause perinatali, le malattie genetiche, le malformazioni, i traumi ed i tumori.

Il tasso di basso peso alla nascita (<2.500 gr) nel 1995 è stato del 4,7% (4,1% nei maschi e 5,3% nelle femmine) e negli ultimi cinque anni non ha mostrato significativi cambiamenti.

Il numero di nascite da donne di età 15-19 anni rappresenta l'1,9% nel 1999 ed il 2,0% nel 2000, con marcate differenze tra le aree geografiche.

Il tasso di ospedalizzazione, inteso come rapporto tra il numero dei bambini 0-14 anni ricoverati sul totale dei bambini residenti in Italia, è stato per il 2000 pari a 114 per 1.000 con differenze regionali particolarmente significative. Si passa infatti dal 78 per 1.000 del Friuli Venezia Giulia al 182 per mille della Liguria.

Nella distribuzione dell'età pediatrica in fasce d'età, risultano elevati i tassi di ospedalizzazione da 0 ad 1 anno (600 per mille) e da 1 a 4 anni (109 per 1.000).

La prima causa di ospedalizzazione nella fascia di età 0-14 anni sono le malattie dell'apparato respiratorio, di cui sono affetti circa il 20% di tutti i bambini ricoverati. Seguono le condizioni morbose di origine perinatale (15%), i traumatismi e avvelenamenti (11,0%) e le malattie dell'apparato digerente (9%).

Passando dalla mortalità dei neonati a quella dei minori di 0-14 anni, si deve subito annotare che i quozienti di mortalità decrescono al crescere dell'età.

Sul quoziente di mortalità dei minori di 0-14 anni incide massimamente la mortalità infantile, decisamente meno quella della classe 1-4 anni e in misura ancor più contenuta la mortalità della classe 5-14 anni. Proprio in quest'ultima classe si hanno, peraltro, i quozienti di mortalità più bassi che si registrano nel corso della vita.

I tassi di mortalità dei minori di 0-14 anni, si attestano su valori intermedi se confrontati con quelli di altri paesi europei, con una prevalenza di mortalità maschile (57 morti di 0-14 anni per 100 mila, per i maschi, a fronte di 50 morti di 0-14 anni per 100 mila, per le femmine).

Analogamente alla mortalità generale, anche la mortalità violenta dei minori di 0-14 anni (4,9 per 100 mila) si riduce al crescere dell'età.

Anche per la mortalità violenta dei minori si ha una prevalenza di mortalità maschile. All'interno della mortalità per cause non naturali, gli incidenti stradali sono la prima causa di morte anche per i minori di 0-14 anni, anche se è decisamente inferiore a quella dei soggetti di 15-24 anni e alla mortalità che si ha per questa stessa causa nella popolazione complessivamente intesa.

L'Italia (1,7 morti di 0-14 anni in incidenti stradali per 100 mila minori della stessa età) si colloca nel gruppo dei paesi con i tassi più bassi di mortalità dei minori di 0-14 anni per incidenti stradali.

3.2. Donne in gravidanza

Le donne italiane fruiscono di un buon livello di assistenza in gravidanza. La quasi totalità di esse è stata seguita da un operatore sanitario durante la gravidanza (99,6%) ed una quota elevata si è sottoposta a controlli nei primi mesi di gestazione. Infatti, ben il 93% ha effettuato la prima visita entro il terzo mese ed una quota lievemente inferiore (84%) si è sottoposta nello stesso periodo alla prima ecografia. I controlli prenatali tardivi o assenti sono generalmente associati ad una giovane età della donna e ad un basso livello di istruzione.

Il numero medio di visite mediche durante la gravidanza è pari a 6,8 e quello relativo alle ecografie è pari a 5,2.

L'83% delle donne è stato informato circa la diagnosi prenatale ed il livello di informazione aumenta al crescere dell'età: mentre tra le giovani fino a 24 anni si osserva la quota più bassa di donne informate (72%), la percentuale cresce fino al 94% fra quelle che hanno avuto figli a 40 anni e più. Il numero delle donne informate è più basso nelle Isole (76%) e nel Sud (78%), mentre la quota più alta si osserva nel Nord-Ovest (90%).

Si osservano forti differenze territoriali anche per la partecipazione a corsi di preparazione al parto, che rappresentano un utile strumento per aumentare la consapevolezza delle donne e che risultano associati ad una riduzione di esiti negativi per la salute della madre e del bambino. A fronte di una media nazionale di circa il 30%, nel Nord le donne che frequentano corsi di preparazione al parto superano il 40%, nell'Italia centrale la percentuale si mantiene abbastanza elevata (38%), mentre nelle Isole la quota scende al 18,1% e nell'Italia meridionale solo il 10% delle donne frequenta questi corsi. Fra quante non hanno partecipato a corsi di preparazione al parto, ben il 29% delle donne residenti in Italia meridionale ed il 28% di quelle dell'Italia insulare dichiara di non averli potuti frequentare per mancanza di servizi disponibili.

La maggior parte delle donne italiane (l'89,1%) partorisce in una struttura pubblica; seguono, a grande distanza, le strutture private accreditate (6,2%) e quelle private (4,4%). Soltanto lo 0,2% ha partorito in casa. Il ricorso alla struttura pubblica per il parto è maggiore al Nord e al Centro (nel Nord-Est raggiunge il 95,2%) e molto più basso nell'Italia meridionale (81,3%), dove l'11,6% delle donne si rivolge all'assistenza sanitaria privata.

Da un'indagine condotta dall'ISTAT nel periodo 1999-2000, su un campione di donne che avevano avuto figli nei cinque anni precedenti la rilevazione, risulta che l'81% delle donne intervistate (pari a poco meno di due milioni) ha allattato al seno il proprio bambino per un periodo (in media) di 6,2 mesi. Il 27% delle mamme ha allattato per più di 6 mesi, mentre il 24% ha interrotto dopo tre mesi. Le giovani fino a 24 anni e le madri di 40 anni e più (77%) sono le categorie che allattano al seno in proporzione minore.

L'indagine ISTAT (1999-2000) indica che una quota molto elevata di donne ha vissuto la gra-

vidanza senza disturbi di rilievo (71,5%). Ben il 92,1% delle donne italiane che hanno partorito negli ultimi cinque anni ha portato regolarmente a termine la gravidanza al nono mese; mentre il 6,5% ha partorito all'ottavo mese e solo l'1,4% entro il settimo mese.

Le condizioni patologiche più gravi, associate al rischio di non portare a termine la gestazione, hanno prevalenze piuttosto basse (16,6% per le minacce di aborto e 13,7% per le minacce di parto pretermine) e solo una quota molto piccola di donne ha sofferto di gestosi (3,3%), diabete (1,9%) o disturbi dovuti ad ipertensione (4,3%). Il 16,1% è stata ricoverata durante la gravidanza, anche se solo il 7,4% per periodi superiori ai 7 giorni.

Le donne che lavoravano prima della gravidanza sono colpite in misura più elevata, rispetto alla media, da disturbi durante la gravidanza. Tra le patologie più gravi è da segnalare, in particolare, la maggiore prevalenza di diabete (3,7% a fronte di una media dell'1,9%), gestosi (6% rispetto al 3,3%), ipertensione (6,9% a fronte del 4,3%) e minacce di parto pretermine (22,7% rispetto ad una media del 13,7%). Il 25,2% delle donne che lavoravano prima della gravidanza svolgeva mansioni pesanti o nocive; tale percentuale sale al 32,2% nel Nord-Est. Tra le donne impegnate in lavori pesanti o nocivi, soprattutto quando non sono state assegnate ad incarichi adeguati alla gravidanza (oltre tre quarti di queste donne), si osservano percentuali più elevate per tutte le patologie rilevate.

Le donne mostrano di conoscere i rischi associati al fumo in gravidanza e di modificare responsabilmente i loro comportamenti. Infatti, del 25% delle donne che avevano l'abitudine di fumare prima della gravidanza (circa 610.000), oltre il 63% ha sospeso il consumo di tabacco una volta concepito il bambino ed il 30% ne ha diminuito la quantità quotidiana. Nel Sud le percentuali sono più sfavorevoli: solo il 59% delle donne che fumavano smette di fumare in gravidanza e ben il 12% non modifica le proprie abitudini. Il livello di

Tab.10 Percentuale di parti con taglio cesareo in Italia tra il 1980 ed il 2000 (val. %)

Regioni	Anni		Differenza %	Regioni	Anni		Differenza %
	1980	2000	1998-2000		1980	2000	1998-2000
Piemonte	14,1	27,2	92,9	Lazio	15,6	32,9	110,9
Valle d'Aosta	15,6	23,6	51,3	Abruzzo	14,2	36,4	156,3
Lombardia	13,4	23,7	76,9	Molise	13,2	35,8	171,2
Trentino Alto Adige	11,8	22,0	86,4	Campania	8,5	53,4	528,2
Veneto	11,4	25,4	122,8	Puglia	9,8	40,6	314,3
Friuli Venezia Giulia	12,5	20,4	63,2	Basilicata	11,3	39,5	249,6
Liguria	14,6	29,7	103,4	Calabria	7,1	37,5	428,2
Emilia Romagna	13,8	28,4	105,8	Sicilia	9,4	42,4	351,1
Toscana	8,4	24,4	190,5	Sardegna	5,4	27,0	400,0
Umbria	13,2	26,5	100,8				
Marche	12,7	33,3	162,2	Italia	11,2	33,2	195,6

Fonte: Sistema Informativo Sanitario – dati SDO 2000

istruzione gioca un ruolo fondamentale nell'indurre la futura madre a smettere di fumare. Infatti, sono molto più numerose le donne diplomate o laureate (71,6%) che smettono di fumare durante la gestazione rispetto a quelle meno istruite (35,8%). Tra le donne che fumavano prima della gravidanza si osservano percentuali più elevate di nascite di bambini sottopeso (23,7% a fronte di una quota del 19,5% delle donne non fumatrici). L'effetto positivo per la salute del bambino, prodotto dall'interruzione dell'abitudine al fumo, si manifesta in una riduzione al 21,8% di nascite di bambini sottopeso tra quante hanno orientato in tal modo il loro comportamento.

Nel corso degli anni si evidenzia un aumento della frequenza del taglio cesareo. Questa è una situazione peculiare del nostro Paese che presenta valori nettamente superiori agli altri paesi sviluppati.

Alcune indagini sono state effettuate per chiarire le dimensioni e le possibili cause di tale situazione. L'indicatore relativo all'incidenza dei tagli cesarei è oggetto di continua attenzione da parte del Ministero della salute ed è stato introdotto anche tra quelli che costituiscono il "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", di cui al D.M. 12 dicembre 2001. Per tale indicatore di appropriatezza clinica è stato stabilito, in detto decreto, un parametro di riferimento pari al 15%-20%. Tale parametro è stato individuato in base ad esperienze internazionali e in base a quanto avviene nelle diverse realtà regionali del nostro Paese. In particolare, la maggior parte dei paesi europei – tra cui Francia, Germania, Spagna e Gran Bretagna – mostrano un'incidenza dei tagli cesarei simile (o inferiore) al prefissato 15%-20%.

I rapporti annuali sulle attività ospedaliere-

Tab.11 Numero, tassi e rapporti di abortività volontaria. Italia 1978-2001

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	385,6	1996	140.398	9,8	267,1
1985	210.597	14,9	380,6	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	139.213	9,9	265,9
1988	179.193	12,4	310,1	2000	135.133	9,6	250,7
1989	171.684	11,8	309,0	2001**	130.512	9,3	245,4

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

** dati preliminari

Legenda: Tasso di abortività: numero di IVG per 1.000 donne in età 15-45 anni
Rapporto di abortività: numero di IVG per 1.000 nati vivi

Fonte: Ministero della Salute

pubblicati dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria- mostrano, per il triennio 1998-2000, una percentuale in lenta ma progressiva crescita, con valori annui pari rispettivamente a 31,4%, 32,9%, 33,2%.

L'aumento è dovuto principalmente ad alcune Regioni dove è molto frequente il taglio cesareo, tra le quali la Campania (dato 2000 pari al 53%), la Sicilia (42,4%), la Puglia (40,6%), la Basilicata (39,5%).

Valori significativamente inferiori si riscontrano nella Provincia Autonoma di Bolzano (18,7%) ed in Friuli Venezia Giulia (20,4%), che hanno operato da tempo scelte di razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera e di promozione dell'appropriatezza (tab. 10).

Per quanto riguarda l'IVG (Interruzione volontaria della Gravidanza), i dati contenuti nell'ultima Relazione sull'andamento del fenomeno (31 luglio 2002), che il Ministro della salute presenta annualmente al Parlamento, mostrano una tendenza al decremento del fenomeno. Infatti, dopo un aumento iniziale, con un massimo di 234.801 IVG nel 1982, si è osservata, successivamente, una tendenza alla diminuzione dell'incidenza di IVG, fino a raggiungere i 130.512 interventi nel 2001 (-44,4% rispetto al 1982), pari a 9,3 IVG per 1.000 donne di età tra 15 e 49 anni (dato preliminare) (tab. 11). I maggiori decrementi si sono osservati tra le donne di età compresa tra 25 e 39 anni.

Permangono tuttavia notevoli differenze all'interno del Paese tra regioni e tra aree geografiche. Inoltre l'ISS ha stimato che esiste ancora una certa quota di aborti clandestini (21.100 nel 2000 di cui il 91% dei quali effettuati al Sud e nelle Isole. Nel 1983, primo anno in cui il dato è stato stimato, gli aborti clandestini risultavano 100.000).

3.3. Anziani

L'invecchiamento della popolazione è una delle trasformazioni più rapide e profonde che le moderne società stanno sperimentando. Le previsioni dell'ISTAT stimano, per l'Italia, un aumento in termini assoluti del numero di anziani di 65 anni e oltre da 10,4 milioni nel 2000 a quasi 18 milioni nel 2050, corrispondenti ad un incremento del peso sul totale della popolazione dal 18% al 34,4%.

Questo potrà produrre un peggioramento delle condizioni di salute della popolazione solo in presenza di dinamiche fortemente sfavorevoli nei rischi collettivi di mortalità e di morbosità. Se si guarda a misure generali come la speranza di vita e la speranza di vita libera da disabilità, i progressi registrati negli ultimi 5 anni mostrano che gli anziani di oggi possono aspettarsi di vivere più a lungo e con una proporzione maggiore di anni liberi da disabilità.

L'attuale popolazione anziana gode generalmente di condizioni di salute discrete. Del resto è solo tra i "grandi anziani" (75 anni e oltre) che emergono problemi di salute gravi o tali da richiedere necessità di supporto ed aiuto. Prima dei 75 anni il 27,6% degli uomini e il 20,5% delle donne della stessa età dichiarano di sentirsi bene o molto bene.

Anche la presenza di patologie croniche, che costituisce uno dei principali indicatori per valutare lo stato di salute in termini di peggioramento della qualità della vita, mostra segnali di cambiamento importanti per gli anziani. Ad esempio negli uomini anziani diminuisce la frequenza di persone malate di artrosi-artrite, che rappresenta la malattia più diffusa nelle età avanzate della vita, e diminuisce anche per altre malattie meno diffuse ma a maggiore impatto sulla qualità della vita: è il caso del diabete, delle malattie del cuore, della bronchite cronica, dell'asma bronchiale. Per le donne il quadro è meno ottimistico, ma ci sono comunque riduzioni significative per il diabete, per alcune malattie del cuore (esclusa l'angina pectoris) e l'asma bronchiale (tab. 12).

Anche considerando il problema della disabilità, i dati statistici a distanza di 5 anni mostrano segnali positivi. La quota di popolazione disabile è tendenzialmente decrescente, sia nel complesso della popolazione che limitatamente ai soli anziani.

Segnali positivi emergono anche dal diffondersi di atteggiamenti e comportamenti salutari tra gli anziani. Ad esempio, negli ultimi anni si

è rilevata una tendenza alla riduzione della quota di anziani che non pratica alcuna attività fisica. Un altro aspetto positivo è la riduzione registrata tra il 1995 e il 2000 dell'abitudine al fumo nelle età anziane, in entrambi i sessi.
Il quadro dello stato di salute degli anziani sin qui delineato e gli aspetti positivi emersi portano a rivedere alcuni preconcetti tradizionalmente costruiti intorno agli anziani. Anche a livello internazionale si sta diffondendo una nuova cultura dell'anziano come risorsa per la società. L'OMS si è fatta promotrice di una nuova visione dell'anziano, introducendo già nel 1996 il concetto dell'invecchiamento "attivo", utilizzando il termine in senso ampio con riferimento alla integrazione sociale, economica, culturale, spirituale e civile di questo gruppo di popolazione.

Riferimenti bibliografici

ISTAT. Previsioni popolazione residente al 2050. Informazioni, Roma, 2000.

ISTAT. Decessi caratteristiche demografiche e sociali. Anno 1999. Annuari, Roma, 2002.

ISTAT. Sistema sanitario e salute della popolazione. Indicatori regionali. Anno 1999. Informazioni n. 45, Roma, 2001.

Tab.12 Anziani con malattie croniche per tipo malattia, sesso e classi di età. Anni 1994, 1999-2000 (quozienti per 100 persone)

Malattie croniche	maschi				femmine			
	65-74 anni		75 anni e più		65-74 anni		75 anni e più	
	1994	1999-2000	1994	1999-2000	1994	1999-2000	1994	1999-2000
Malattie allergiche	6,6	6,5	4,1	6,1	8,5	8,4	6,4	6,8
Diabete	11,8	11,3	14,1	12,3	13,6	12,2	15,1	14,1
Cataratta	7,7	8,6	19,3	19,4	10,1	10,9	24,3	24,6
Ipertensione arteriosa	28,2	31,6	31,5	33,4	34,6	36,2	37,6	43,2
Infarto del miocardio	8,9	5,5	8,6	6,2	2,4	2,2	5,6	3,5
Angina pectoris	3,8	3,2	5,3	4,2	2,5	2,5	4,3	4,3
Altri disturbi del cuore	9,5	9,5	16,8	14,1	11,2	9,6	20,9	17,8
Trombosi, embolia, Emorragia cerebrale	3,1	3,1	5,9	5,1	2,3	2,1	5,1	4,5
Bronchite cronica, enfisema	20,3	15,5	28,3	22,8	10,2	8,8	13,4	14,0
Asma bronchiale	9,3	6,8	14,2	10,8	5,6	5,1	9,1	6,9
Artrosi, Artrite	41,6	39,3	47,8	45,6	57,0	56,8	61,0	63,7
Ernia addominale	7,0	6,8	10,9	11,1	2,5	3,1	3,6	4,8
Ulcera gastrica o duodenale	10,0	8,4	10,4	9,4	6,9	6,1	6,8	6,5
Calcolosi del Fegato e delle vie biliari	4,5	4,1	5,9	4,5	7,5	7,5	9,0	7,5
Calcolosi renale	3,6	3,5	3,9	3,6	2,5	2,8	2,8	2,5

Fonte: ISTAT, indagini su condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

ISTAT. Le condizioni di salute della popolazione. Anni 1999-2000. Informazioni, Roma, 2001.

ISTAT. Stili di vita e condizioni di salute. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2000. Informazioni, Roma, 2001.

ISTAT. Forze di lavoro. Media 2001. Annuari, Roma, 2002.

ISTAT. Cultura, socialità e tempo libero. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2000. Informazioni n. 2, Roma, 2002.

World Health Organization. Active Ageing. A Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid, Spain, April 2002.

Oecd. Maintaining Prosperity in an Ageing Society. Paris, 1998.

www.istat.it (Prodotti e servizi, Pubblicazioni on line).

3.4. Disabili

La disabilità costituisce un fenomeno in progressivo aumento per effetto dell'invecchiamento e del naturale allungarsi della vita media della popolazione ed è caratterizzato da implicazioni etiche ed economiche, in gran parte ancora irrisolte.

Proiezioni statistiche stimano che nel 2050 il numero degli anziani ultrassessantacinquenni sarà di circa 18 milioni e che le persone di 80 anni ed oltre potrebbero superare i 7 milioni. L'incremento significativo degli anziani porta quindi a confrontarci con almeno due ordini di problemi; il primo legato più propriamente alla sfera sanitaria ed assistenziale, l'altro relativo al contesto ed al ruolo sociale degli anziani. Da recenti studi emerge che circa il 20% della popolazione ultrasessantacinquenne è affetta da disabilità, che si accentua in maniera progressiva con l'avanzare dell'età. Studi più specifici indicano che più del 3% degli ultrasessantacinquenni manifesta un indice di dipendenza molto elevato.

Una prima generale riflessione sul problema porta quindi ad affermare che l'attuale trend di progressivo invecchiamento della popolazione (sia in termini percentuali che assoluti) determina un incremento della popolazione disabile, anche con elevati gradi di dipendenza, aggravato dalla contestuale continua riduzione della capacità di assistenza informale da parte delle famiglie.

Il problema delle patologie cronico-degenerative, che rendono disabili gli anziani, costituisce sicuramente l'emergenza dei prossimi anni. Tuttavia,non va sottovalutata la persistenza di un diffuso problema che investe la popolazione giovane ed adulta, con circa 500.000 soggetti disabili (tasso medio di disabilità che si colloca oltre l'1%), la metà dei quali confinati a letto o in carrozzina.

Inoltre, nel nostro Paese circa il 5% dell'intera popolazione, cioè poco meno di tre milioni di persone, convive con situazioni di disabilità ed il 2% è affetto da forme di disabilità che richiedono una assistenza completa. Ma il fenomeno della disabilità non si può leggere sol-

tanto attraverso numeri, che sono in realtà poco significativi sull'effettivo stato di salute del paziente ed in particolare sui problemi sanitario e sociale che ne derivano.

A fronte dei singoli dati di prevalenza di disabilità va studiata attentamente l'evoluzione delle "curve di bisogno", che presentano un andamento molto difforme in rapporto all'età del soggetto ed alle condizioni patologiche in atto. Bisogna quindi imparare a considerare e valutare la disabilità come una realtà complessa, dinamica ed in continua evoluzione. La disabilità è condizionata da un lato dalla menomazione biologica e dall'altro dalle modalità con le quali si realizzano le "interazioni" con l'ambiente. È intuitivo come la disabilità costituisca un concetto "dinamico" condizionato da: a) l'evoluzione epidemiologica dei fattori menomanti; b) l'evoluzione della scienza medica; c) la progressiva disponibilità di ausili tecnologici sostitutivi o compensativi; d) la modifica delle abitudini di vita delle popolazione; e) le politiche sociali adottate.

La continua evoluzione di questi fattori fa della disabilità un fenomeno con effetti socio-sanitari in lento e continuo cambiamento, cui corrispondono bisogni le cui risposte devono essere costantemente aggiornate. L'intera problematica della disabilità deve, quindi, essere interpretata secondo una chiave di lettura volta a valutare l'evoluzione del bisogno di assistenza in termini di:

- prevenzione;
- interventi clinici (diagnostici e terapeutici);
- programmi riabilitativi;
- assistenza alla persona;
- attività socio-educative e relazionali.

È necessario sottolineare che il progressivo sviluppo culturale ed economico della nostra società rende sempre più inadeguate le risposte fornite al mondo dei disabili in tutte le altre aree e questo sia in termini di equità sociale che di aspettative degli utenti.

Se è vero che la concezione scientifica più aggiornata ICF/OMS 2001 (International Classification of Function Disability and Health) della disabilità non la equipara prevalentemente ad una condizione di malattia – come avvenuto in passato e per molto tempo – è altrettanto vero che la stessa ICF associa la disabilità medesima ad uno stato particolare di salute, dinamico per sua natura e interagente con molti altri fattori che confluiscono negativamente o positivamente, determinando un'alterazione del livello di funzioni e partecipazione sociale: relazioni personali e sociali, ambiente servizi, tecnologia utilizzabile e necessaria, riabilitazione, ecc.

Se questa deve essere la corretta impostazione concettuale cui attenersi, ne deriva che è urgente la necessità di creare, sulla condizione di disabilità, una rete d'informazioni nella quale convergono una serie di elementi: a) stato sanitario individuale; b) collocazione geografica e ambientale; c) valutazioni attitudinali specifiche; d) grado di dipendenza dagli ausili/riabilitazione; e) presenza/assenza sul territorio di servizi di supporto; f) livello d'istruzione, ecc.

Attuare la riforma dei criteri di valutazione della disabilità e invalidità – basandoli sull'apprezzamento delle capacità funzionali possibili del cittadino e non sulle sue esclusive mancanze – è una meta inderogabile non solo perché risponde ad un adempimento voluto dal legislatore con le disposizioni dell'art. 24 della L. 328/2000, ma ancor più perchè dimostrerebbe che si è capaci di concretizzare quanto ormai culturalmente condiviso.

3.5. Detenuti

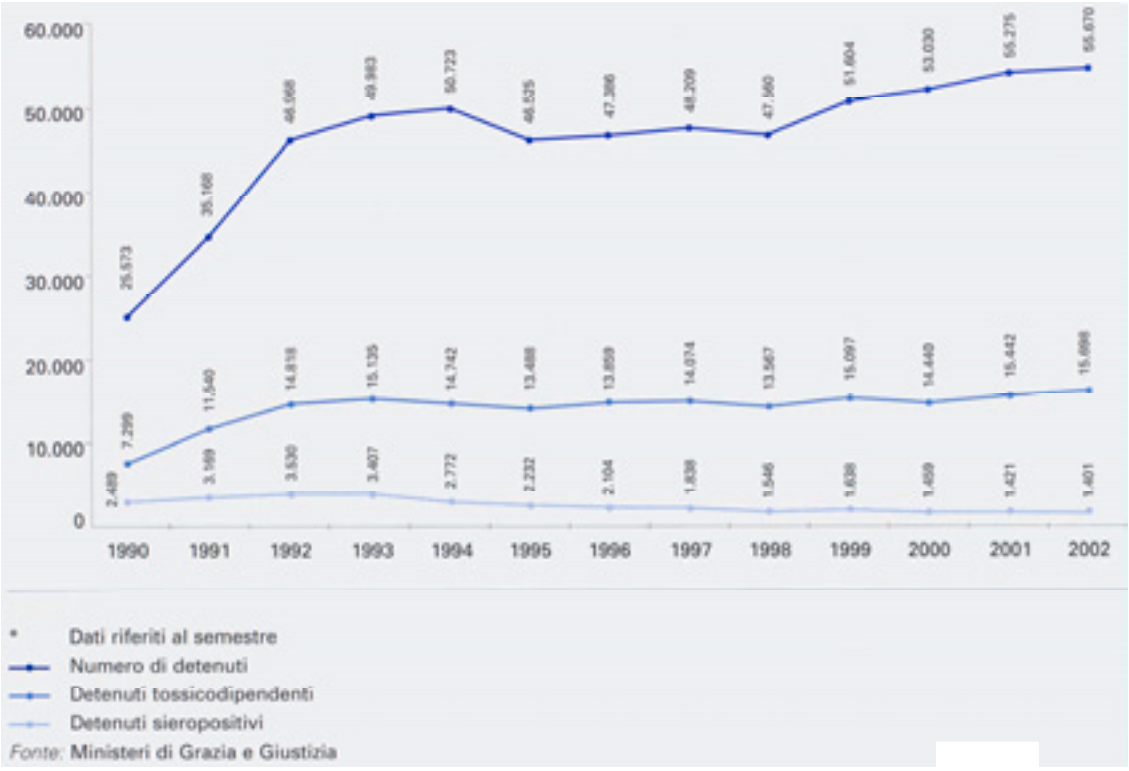
La popolazione carceraria italiana ha presentato un netto e proporzionale incremento annuo negli ultimi dieci anni considerati. Risulta più che raddoppiata in termini di presenze rilevate (25.573 al 31 dicembre 1990 – 55.670 al I semestre 2002) (fig. 6).

Accanto al fenomeno dell'incremento quantitativo, se ne è aggiunto un altro di tipo qualitativo, che ha visto un notevole aumento delle quote relative ai tossicodipendenti ed agli stranieri.

La presenza delle donne detenute risulta abbastanza stabile, variando da un massimo del 5,46%, registrato nel 1992, fino all'attuale

4,28%. Il Lazio è la Regione con il numero più alto di donne detenute, dovuto alla presenza di un grande Istituto.
Il grado di istruzione più frequentemente riscontrato è la licenza di scuola media inferiore (37,4%), seguita da quella elementare (29,2%) e da coloro che non possiedono un titolo di studio (8,2%). Le donne appaiono più frequentemente appartenenti a gruppi con titoli di studio più bassi. Nel 55% dei casi l'età è compresa tra i 25 ed i 39 anni e la metà dei soggetti ha un'età inferiore a 34 anni (età mediana). Alla data del 30 giugno 2002 i detenuti stranieri presenti erano 17.004, dei quali 4.193 tossicodipendenti e 144 sieropositivi per HIV (Human Immunodeficency Virus). Soltanto per 111 di questi è stato possibile formulare una diagnosi di tossicodipendenza. La maggiore concentrazione della popolazione straniera (8.703 presenze al 30 giugno 2002, pari al 51,18%) si riscontra nelle regioni del Centro-Nord: Lazio, Lombardia, Piemonte e Toscana. I paesi di provenienza più rappresentati sono quelli dell'Europa dell'Est compresa la ex-Jugoslavia (31,7%).
Alcuni gruppi di detenuti vengono distinti in seno alla totalità per caratteristiche omogenee legate ad una diagnosi clinica e per questa loro

Fig.6 Andamento nel numero dei detenuti presenti nelle strutture carcerarie, detenuti tossicodipendenti, detenuti sieropositivi. Anni 1990-2002* (v.a.)



valenza sanitaria accertata sono di particolare interesse per il SSN.

Tossicodipendenti. Il gruppo maggiormente rappresentato all'interno delle carceri italiane, come anche in altri paesi sviluppati, è quello dei tossicodipendenti. Per questa tipologia di detenuti (compresi gli alcoldipendenti), considerando sempre lo stesso periodo,si è passati dalle 7.299 presenze del 1990 ai 15.698 del 30 giugno 2002. Non è variata di molto la percentuale totale di questo gruppo in quanto dal 28,54% si è passati, alle stesse date, al 27,94% a causa dell'incremento totale della popolazione.

La Regione con la percentuale più elevata di questa popolazione è la Liguria (55,42%), seguita dalla Sardegna (40,47%) e dal Lazio (38,33%). Nel primo semestre 2002 il numero più alto di detenuti tossicodipendenti viene registrato in Lombardia (2.376), seguita dal Lazio (2.063) e dalla Campania (1.556).

A parte la terapia della sindrome astinenziale in carcere, che viene affrontata con l'uso di farmaci sostitutivi (metadone, buprenorfina, idrossibutirrato), per il trattamento della tossicodipendenza l'attuale ordinamento prevede diverse tipologie di opportunità:

- il D.P.R. 309/90 prevede espressamente (art. 96) una particolare attenzione nei confronti dei tossicodipendenti reclusi ed affida questa responsabilità alle ASL localmente competenti. Prevede, inoltre,la creazione di reparti carcerari opportunamente attrezzati per la cura e la riabilitazione, di concerto con le autorità locali (soprattutto Regioni e ASL). Quindi, il Ministero della giustizia da allora ha organizzato strutture all'uopo dedicate che attualmente risultano essere allocate in diverse Regioni, così come rilevato dal Coordinamento Nazionale degli Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane. Esse sono a Torino, Verbania, Sanremo, Genova Marassi, Venezia Giudecca SAT, Padova, Forlì, Rimini, Firenze M. Gozzini, Empoli, Roma Rebibbia Nuovo Complesso e IIIa Casa Circondariale, Napoli Secondigliano, Eboli (SA), Gragnano (NA), Lauro (AV), San Severo (FG) e Giarre (CT);
- la persona tossicodipendente che voglia sottoporsi ad un programma terapeutico esterno al carcere, qualora la pena non sia superiore a quattro anni, può presentare al Tribunale di Sorveglianza una istanza di sospensione dell'esecuzione penale (D.P.R. 309/90 art. 90 e 91, ex art. 47 e 47ter) o la richiesta di affidamento in prova in casi particolari (art. 94, ex art. 47bis). In caso di esito favorevole può essere liberato ed essere ammesso al programma indicato e concordato con il SERT (Servizi Tossicodipendenza) di appartenenza che, oltre a certificare lo stato dei tossicodipendenti, dovrà emettere un giudizio di idoneità per il programma stesso.

Dal 1990 ad oggi la percentuale di tossicodipendenti, che richiede una misura alternativa alla carcerazione, è rimasta sostanzialmente invariata attorno ad un valore di circa il 40%. Questo primo passo verso un programma terapeutico e riabilitativo necessita il soddisfacimento di alcuni requisiti peculiari, per evitare ogni possibile speculazione preordinata al conseguimento del beneficio stesso.

Infezione da HIV. La stretta connessione esistente tra tossicodipendenza ed infezione da HIV viene testimoniata dalla costante correlazione osservabile tra questi due fenomeni, anche se è da rimarcare il lieve incremento dei detenuti sieropositivi ma non diagnosticati quali tossicodipendenti. Al 30 giugno 2002 erano presenti nelle carceri italiane 1.401 detenuti (1.201 tossicodipendenti, pari a 85,7%) affetti da HIV di cui 885 (63,2%) asintomatici, 324 (23,1%) sintomatici e 192 (13,7%) con AIDS. La Regione con il più alto numero di sieropositivi presenti alla data del 30 giugno 2002 è la Lombardia con 371 casi, seguita dal Lazio con 143 e dal Piemonte con 133. L'accertamento di positività per HIV-Ab è necessaria ai sensi della L. 222/93 e del Decreto Ministero della Sanità del 25 marzo 1993 che prevede la scarcerazione dei soggetti con AIDS conclamato o con condizioni cliniche gravi.

Internati. Si definisce internato una persona ristretta per una misura di sicurezza in OPG

(Ospedale Psichiatrico Giudiziario). Gli OPG e le Sezioni minorati od osservandi sono 9 sull'intero territorio.

I dati storici delle presenze in OPG, calcolati in una recente rassegna alla data del 12 marzo 2000, hanno visto sempre maggiormente svantaggiate le donne rispetto agli uomini. A fronte di un dato medio del 4,3% degli Istituti carcerari, negli OPG la percentuale delle donne sale al 6,5%, anche se la maggioranza della popolazione resta maschile con un'età media di 41,05 anni, prevalentemente celibi/nubili . La permanenza media in Istituto è pari a 36,33 mesi, ma con ampie variazioni tra le diverse sedi; il 47,1% degli internati resta meno di 17 mesi.

Donne, gravidanza e nidi penitenziari. La recente L. 8 marzo 2001 n. 40 pubblicata sulla G.U. n. 56 dell'8 marzo 2001 ("Misure alternative alla detenzione a tutela del rapporto tra detenute e figli minori") avrebbe dovuto indurre un rilevante decremento di queste presenze in carcere, ma i risultati ottenuti sono ancora di scarsa entità. La regolamentazione dell'assistenza alle gestanti e alle madri con bambini e gli asili nido penitenziari è data dall'art. 19 del Regolamento Penitenziario (D.P.R. n. 230 del 30 giugno 2000) e prevede che l'assistenza alle gestanti e madri con bambini venga erogata da parte di specialisti in Ostetricia e Ginecologia, da ostetriche professionali, pediatri e puericultrici.

Al di là delle tipologie specifiche di detenuti, uno degli argomenti più controversi della tutela della salute in carcere è per sua stessa natura e drammaticità la morte in detenzione che può esprimersi attraverso diverse modalità: il suicidio, la morte naturale, l'omicidio e la morte intercorsa durante un trasporto o permanenza in ospedale.

Il suicidio in carcere è il fenomeno di cui si cominciano a conoscere abbastanza nettamente i contorni, grazie all'utilizzazione dei dati raccolti dal Ministero della giustizia ed alle esperienze internazionali.

È possibile quindi – nel periodo considerato 1996-2000 – tentare di definire delle linee di profilo del suicida in carcere che:

- risulta essere prevalentemente italiano (240 casi) anziché straniero (55 casi);
- ha un periodo di permanenza inferiore ad un anno (204 casi) o superiore (69 casi);
- è in attesa di primo giudizio (92 casi) o ha appena avuto un giudizio definitivo (128 casi);
- appartiene prevalentemente al gruppo dei detenuti cosiddetti "comuni" (non appartenenti cioè alla grande organizzazione criminale, alla politica od al sequestro di persone).

Infine, per completezza di quadro, è utile la ricostruzione dello stato di salute dei minori detenuti.

Il circuito minorile costituisce circa l'8% del fenomeno della detenzione in Italia, sia come ingressi, presenze o provvedimenti terapeutico-giudiziari. Il numero di ingressi annui nel circuito si mostra abbastanza stabile in questi ultimi dieci anni, ma con un sostanziale mutamento qualitativo della nazionalità dell'utenza. Vi è, infatti, un progressivo e costante aumento di utenza straniera, con una prevalenza di reati contro il patrimonio e con un aumento di persone di sesso maschile tra i 16-17 anni. Le donne in gran parte sono straniere o nomadi. Il 13% dei minori (per la stragrande maggioranza maschi) viene collocato in comunità terapeutiche che ospitano ragazzi con problemi correlati all'uso di stupefacenti e/o problemi psichiatrici.

Riferimenti bibliografici

ONDCP (White House Office of National Drug Control Policy). Therapeutic Comminities in Correctional Settings. The prison based TC Standards Development Project, 1999.

Atti del I° Convegno Nazionale sulla Droga, Palermo 24-26 giugno 1993.

Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento degli affari sociali. Consulta Nazionale degli Operatori delle Tossicodipendenze: proposte di un programma organico di azioni ed interventi per il contrasto al consumo ed all'abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope, lu-

glio 2000.

V. Andreoli (a cura di). Anatomia degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Ministero della giustizia, 2002.

Assemblea Nazionale delle Custodie Attenuate.

A. Liebling, T. Ward. Deaths in custody: international perspectives. Whiting&Birch Ltd, 1994.

Senato della Repubblica. 12a Commissione Permanente: indagine conoscitiova sulla situazione nelle carceri, 1994.

Corte dei Conti Assistenza sanitaria ai detenuti. Relazione sull'assistenza sanitaria ai detenuti. Gestione anni 1997-1999 e prospettive di riordino del servizio – D. L.gs n. 230/99.

Comitato per il monitoraggio e la valutazione della fase sperimentale relativa al trasferimento delle funzioni sanitarie dell'amministrazione Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale. La Relazione sulla fase sperimentale ai sensi dell'art. 8 del D. L.gs n. 230 del 22 giugno 1999 e modificato dal D. L.gs n. 433 del 22 dicembre 2000, 27 giugno 2002.

Piano Sanitario della Regione Lazio 2002.

Senato della Repubblica. XIV Legislatura, 184a Seduta Pubblica, 5 giugno 2002.

3.6. Immigrati

Secondo i recenti dati del Ministero degli interni, al 31 dicembre 2001, gli stranieri presenti in Italia erano 1.362.630. Aggiungendo a tale numero quello dei minori si può stimare che la presenza straniera regolare ammonti a circa 1.600.000 persone, pari al 2,8% della popolazione.

Dai numerosi dati pubblicati in varie ricerche multicentriche nazionali ed internazionali, è ormai evidente che gli immigrati possiedono un patrimonio di salute sostanzialmente integro nel momento in cui decidono di partire e che diversa è la situazione al loro arrivo in Italia.

Il patrimonio di salute in dotazione all'immigrato, sempre che giunga integro all'arrivo in Italia, si dissolve sempre più rapidamente (intervallo di benessere), per una serie di fattori di rischio.

Questo periodo di intervallo che trascorre dall'arrivo in Italia alla prima richiesta di intervento medico, negli ultimi 4 anni, si è drasticamente ridotto ed è passato da circa 10-12 mesi nel 1993-'94 a non più di 2 mesi nel periodo 1999-2001.

Si possono manifestare in tal modo quelle malattie che sono definite malattie da disagio o malattie da degrado.

Tra queste sono certamente da ricordare le malattie infettive e sessualmente trasmissibili.

I problemi di sanità pubblica relativi alle malattie infettive e sessualmente trasmissibili, riguardanti in maniera più diretta alcune fasce di popolazione più o meno stabilmente e/o legalmente presenti sul territorio nazionale, non possono rimanere confinati a queste popolazioni ma interessano tutta la comunità nazionale.

Per quanto riguarda l'infezione da HIV/AIDS, i dati dell'ISS evidenziano un costante e rapido aumento nel tempo di proporzione di casi AIDS notificati in cittadini stranieri (dal 3,0% nel 1982-'93 al 14,8% nel 2000-2001). Questo dato, ricordando che gli stranieri rappresentano meno del 3% dell'intera popolazione, può essere spiegato sia con il migliorato accesso degli stranieri ai servizi pubblici che con un aumentato numero di stranieri con HIV/AIDS

che giungono in Italia per potersi curare con le terapie antiretrovirali, spesso non disponibili nei rispettivi paesi di provenienza. Secondo il Sistema di Sorveglianza delle Malattie Sessualmente Trasmesse, la prevalenza di tali patologie nell'ambito della popolazione straniera è dell'11,4%. Questa prevalenza – come del resto quella relativa alle malattie tropicali propriamente dette, osservate in molti centri specialistici – viene considerata da tutti gli esperti del settore come certamente sottostimata. Anche la percentuale dei casi di tubercolosi in cittadini stranieri è in costante aumento e secondo i dati dell'ISS è passata dall'8,1% nel 1992 al 16,6% nel 1998.

Altre aree che necessitano di particolare attenzione sono quelle che riguardano la salute della donna, del bambino, dell'anziano, della medicina del lavoro e della tossicodipendenza tra i Rom. Quest'ultimo fenomeno è in continuo aumento e questa realtà, già di per sé gravissima, diviene drammatica se si pensa alla giovane età dei soggetti coinvolti ed al fatto che prima del 1990 tale fenomeno quasi non esisteva. Sempre maggiore attenzione dovrà quindi essere posta su questo problema, soprattutto considerando la scarsa conoscenza reale di tale fenomeno in termini statistico-epidemiologici. Bisogna inoltre ricordare, a tale proposito, la difficoltà di accesso ai servizi territoriali per le tossicodipendenze per quei Rom che vorrebbero iniziare la terapia di disassuefazione da oppiacei con metadone a scalare. Questo ridotto accesso alle competenti strutture del SSN (Servizio Sanitario Nazionale) non è purtroppo l'unico. Molti Rom, infatti, pur avendo il permesso di soggiorno, non hanno effettuato la scelta del medico di base e ciò dipende a volte da aspetti culturali peculiari di questa popolazione, ma alle volte da un più o meno esplicito rifiuto da parte di alcuni medici di base verso questi pazienti. In ogni caso, al di là dei motivi che la sottendono, tale situazione denuncia ancora una volta ed in maniera inequivocabile quanto lungo sia il cammino da percorrere per una completa integrazione dei Rom nel tessuto sociale.

Inoltre, per una corretta ricostruzione del quadro relativo alle condizioni sanitarie degli immigrati occorre sottolineare il problema della prostituzione. Il fenomeno della prostituzione è rilevante, con una stima di prostitute immigrate in Italia per l'anno 2000 compresa tra circa 35.000 e 50.000 esseri umani (Commissione Antimafia e Comitato Schengen: "Indagine parlamentare sulla tratta degli esseri umani" 28 febbraio 2001) con una netta prevalenza di donne provenienti dall'Europa dell'Est e dall'Africa sub-sahariana, regioni ad altissima prevalenza di sifilide ed HIV. Anche in questo settore vanno attivati interventi di prevenzione, informazione e repressione del fenomeno.

Infine, una panoramica articolata sui punti critici della condizione sanitaria degli immigrati viene resa possibile da una serie di studi di settore e dalla analisi dei dati delle SDO.

Dalle ricerche effettuate si è evidenziato, dal 1980 ad oggi, un aumento da circa 5.000 a 25.000 nati da almeno un genitore straniero. Tra questi bambini sono più frequenti la prematurità, il basso peso alla nascita, la natimortalità, la mortalità neonatale e calendari vaccinali effettuati spesso in ritardo o in modo incompleto, soprattutto nelle popolazioni nomadi. Inoltre, in un'indagine condotta dall'ISS su un campione di donne straniere, è stata evidenziata un'assistenza prenatale ridotta e gravi carenze informative tra le immigrate. Lo stesso studio ha evidenziato che le IVG, effettuate da donne nate all'estero, sono passate da 4.500 nel 1980 a 20.500 nel 1998 e che, mentre tra le italiane le maggiori richieste di IVG riguardano la fascia d'età compresa tra i 25 ed i 34 anni, tra le straniere c'è un trend fortemente decrescente dalle età più giovani a quelle più avanzate. In questo ambito si deve ricordare anche il problema delle MGF (mutilazioni genitali femminili) e sottolineare la mancanza pressoché totale di campagne di prevenzione rivolte alle nuove nate in Italia con almeno uno dei genitori proveniente da paesi ad alta prevalenza per MGF.

I dati delle SDO segnalano, tra l'altro, una maggiore frequenza dei ricoveri causati da

traumatismi in "stranieri non residenti", categoria che comprende quasi esclusivamente gli irregolari, rispetto alla popolazione italiana. A tale proposito il tema degli incidenti sul lavoro in soggetti stranieri è rilevante, pur mancando una rilevazione sistematica del fenomeno. Un'analisi più accurata delle SDO mostra come le più frequenti cause di ricovero siano quelle legate alle patologie della gravidanza (15,8% dei ricoveri ordinari nelle straniere contro il 2,9% del valore nazionale), ai traumatismi intracranici e superficiali (10,1% negli stranieri contro il 2,2% del valore nazionale), agli aborti indotti (3,8% nelle straniere, 0,5% come valore nazionale), confermando ancora una volta non solo la scarsa conoscenza dei metodi contraccettivi da parte delle donne immigrate, ma anche il profondo disagio sociale in cui sono costrette a vivere (assenza di un nucleo familiare stabile, precarietà socio-economica, lavorativa e alloggiativa, mancanza di figure di riferimento e supporto, prostituzione).

Riferimenti bibliografici

Anticipazioni Dossier Statistico Immigrazione Caritas 2002.

A. Morrone et alii. Promozione della salute delle comunità di popolazioni migranti e a rischio di emarginazione: l'esperienza del San Gallicano. Rapporti ISTISAN, 1/30. iss, 2001.

Carballo et alii. Migration and health in the European Union Tropical Medicine and International Health. Vol. III, n. 12, December 1998.

A. Morrone. Il fenomeno immigratorio in Italia. Ann. Ital. Med. Int., 16, Suppl. 1, 2001.

A. Morrone et alii. Medicina delle migrazioni in Medicina internazionale (a cura di) C. Bianchini, M. Marangi, G. Meledandri, A. Morrone. Società Editrice Universo, Roma, 2000.

A. Morrone et alii. La condizione di salute delle persone senza fissa dimora a Roma. Ann. Ital. Med. Int., 16, Suppl. 2, 2001.

B. Suligoi (e responsabili della rete del Sistema di Sorveglianza MST). mst e immigrazione: la situazione nel 2002. Organo Ufficiale della SIMAST (Società Interdisciplinare per lo studio delle Malattie Sessualmente Trasmissibili), n.17, gennaio 2002.

S. Donati et alii. L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. Annali dell'ISS, 35(2), 1999.

A. Spinelli et alii. Gravidanza, parto, puerperio: una ricerca su donne immigrate. Atti del convegno Immigrati e salute sessuale riproduttiva: le risposte dei servizi, Milano, 26-27 novembre 1998.

Ministero della Sanità. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - dati SDO 1999, Roma, febbraio 2001.

A. Morrone et alii. Stop female genital mutilation: appeal to the international dermatologic community. Int. J. Dermatol, May 2002.

S. Geraci et alii. Il diritto alla salute degli immigrati: scenario nazionale e politiche locali. Caritas romana Nuova Anterem, 2002.

II

I DETERMINANTI DELLA SALUTE

4. DETERMINANTI SOCIOECONOMICI

La povertà – nell'opinione condivisa dalla maggior parte degli osservatori e studiosi del settore – può essere considerata come "il singolo fattore più importante che determina cattive condizioni di salute", essendo associata ad una maggiore mortalità infantile, a più malattie, ad una crescente tendenza all'uso di sostanze (fumo, alcol, droga), ad una più elevata esposizione a fattori di rischio ambientali (abitativi, lavorativi, sociali). In Italia, diversi milioni di individui sono al disotto del reddito adatto ad assicurare condizioni di sufficienza.

La mortalità, in diversi paesi europei, è fino a 5 volte più elevata nel 20% della popolazione più povera rispetto al 20% della popolazione più ricca. Queste disparità nel nostro Paese sono state ben dimostrate in ricerche condotte in alcune Regioni, come Piemonte e Lazio. Questi dati sono certamente estensibili alle altre, dove il fenomeno non è stato ancora indagato.

Le popolazioni aventi un più basso stato economico sono esposte a maggiori fattori di rischio ambientali e legati agli stili di vita. L'ambiente di vita e di lavoro è meno salubre. Si stima che oltre il 10% della popolazione europea non abbia accesso all'acqua potabile, mentre una percentuale ancor maggiore non è servita da impianti fognari idonei. Questo fenomeno interessa particolarmente il Sud del nostro Paese, ma anche alcune aree e città del Nord sono carenti sotto questo profilo. E' evidente che di ciò fanno le spese soprattutto i meno abbienti e coloro che vivono in abitazioni e quartieri disagiati.

A condizioni socio economiche medio-basse corrispondono – come risulta da indagini svolte nel Regno Unito e nei paesi membri dell'UE (Unione Europea), assimilabili al nostro – obesità, maggiori livelli di colesterolemia, scarsa attività fisica, tanto negli uomini che nelle donne.

Gli individui appartenenti alla classi sociali meno agiate mostrano una maggiore tendenza all'uso del tabacco e dell'alcol. In diversi paesi (USA, Canada, Regno Unito, Polonia) al fumo di sigaretta si imputa la metà della differenza di mortalità tra i ceti agiati e quelli disagiati. Ad esso ugualmente sarebbe attribuito l'ampliamento della differenza nella speranza di vita tra benestanti e poveri. Anche in questo campo si sono rovesciate le parti. L'abitudine al fumo viene progressivamente abbandonata dai ceti medio-alti, mentre la si vede aumentare in quelli disagiati. Al consumo di alcol – in paesi come Inghilterra, Scozia, Galles e Svezia – è stata correlata una mortalità da 7 a 20 volte superiore negli operai non specializzati e in condizioni di non lavoro, rispetto alle classi professionali. In questi soggetti risulta una maggiore incidenza di infarto del miocardio.

Da numerose ricerche condotte nei paesi europei, risulta una maggiore incidenza di depressione nei ceti poveri di diversi paesi del Nord-Centro Europa e degli USA, pur essendo ritenuta tale patologia tradizionalmente delle classi agiate. I dati sui suicidi mostrano un trend identico. Inoltre, una maggiore incidenza di infarto del miocardio è stata riscontrata nel Regno Unito nelle classi socio-economicamente svantaggiate. Infine, nelle donne di basso ceto sociale è stata rilevata una maggiore incidenza di tumori del seno. Molte di queste differenze sono legate direttamente al rapporto con il servizio sanitario e riguardano sia l'accesso alle prestazioni che al trattamento ricevuto.

All'interno di un permanente squilibrio tra Centro-Nord e Mezzogiorno, la distribuzione dei servizi sul territorio è fortemente discriminante, anche all'interno delle tre aree, per le popolazioni che vivono in periferia rispetto a quelle residenti nei centri urbani, per quelle che abitano in zone decentrate dei comuni, province e regioni, con una disomogeneità dell'offerta che limita fortemente l'accesso alle strutture sanitarie. Ad esempio nella Regione Lazio la densità di strutture specialistiche presenta un range da 31 a 60 branche per centomila abitanti in 10 ASL, fino a 150-273 branche in sole 3 ASL. Le circoscrizioni del Comune di Roma ugualmente oscillano tra i due estremi sopra ricordati, ma solo le quattro centrali hanno i valori più elevati e ben 14 (su un totale di 20) sono al disotto di 100 branche per centomila abitanti. Secondo i dati presen-

tati dalla Lega Italiana per la Lotta contro i tumori ai "Primi stati generali dei malati di tumore", solo il 6% delle donne tra i 50 ed i 69 anni, che vivono nel Sud del nostro Paese, è stato inserito in un'attività di screening, a fronte di una crescita considerevole nelle regioni del Centro-Nord.

Sono noti già da qualche tempo i risultati, sempre nel Lazio, di ricerche che dimostrano disparità di trattamento terapeutico e nella riuscita delle cure in ospedale tra i ricoverati di classi agiate e di ceti socio-economicamente inferiori.

Si potrebbe ancora insistere con altri dati ma questi, nel loro ampio spettro, mostrano inequivocabilmente le disuguaglianze tuttora esistenti e le disparità notevoli che colpiscono i più poveri nella salute.

Dunque, nel lento processo del nostro Paese si è assistito alla attenuazione delle tradizionali differenze, soprattutto quelle geografiche e culturali, mentre resistono più pervicacemente quelle razziali e di censo.

A queste se ne sono aggiunte di nuove che si realizzano attraverso diverse forme quali:

- la disponibilità di strutture, per un'insufficiente distribuzione delle stesse ed una solo parziale omogeneizzazione nel funzionamento e negli standard assistenziali;
- l'accesso rallentato ed a volte impedito, per la ragione precedente e per motivi di disponibilità economica, difficoltà di spostamento e di trasporto, deficit culturali e conoscitivi, carenza di informazioni.

I soggetti colpiti da queste nuove povertà, oltre i tradizionali, costituiscono una lunga lista di svantaggiati (i giovani, i vecchi, le donne, i malati cronici, i detenuti, gli immigrati, le prostitute, i rimpatriati) per i quali evidentemente già si registrano, o sono da attendersi, peggiori condizioni nello stato di salute.

Riferimenti bibliografici

R. Bertollini et alii. Environment and Health1: overview and main European issues. Who regional officie for Europe. European series n. 68, Copenhagen, 1996.

P. Carlsson, D. Vagero. The social pattern of heavy drinking in Russia during transition. European Journal of public Health, 1998.

Comune di Bologna. Il profilo di salute della città di Bologna, in Verso il Piano per la salute della Città di Bologna. Quaderno n. 2, Bologna, 2002.

Provincia di Torino. La Provincia per la salute. Lo stato di salute nella provincia di Torino anno 2001, Provincia di Torino, 2002.

J. A. Martinez et alii. Variables independently associated with self-reported obesity in the european Union. Public Health Nutrition, 1999.

A. Petrelli, C. Saitto et alii. Il sistema dell'offerta di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale nella regione Lazio. Epidemiologia e prevenzione, 2002.

OMS. Comitato regionale per l'Europa, 51° sessione, Madrid 10-13 settembre 2001. Povertà e salute. Ufficio città sane, Comune di Padova, 2002.

A. Romelsjo, M. Lundberg. The changes in the social class distribution of moderate and high alcohol consumption and of alcohol related disabilities over time in Stockolm County and in the whole Sweden. Addiction, 1996.

N. Segnan. Socio-economic status and cancer screening. Iarc. Sci. Publ., 1997.

WHO The European Health Report 2002 www.euro.who.int/europeanhealthreport.

5. STILI DI VITA

5.1. Nutrizione

I consumi alimentari sono in diminuzione in Italia. L'introito energetico medio pro-capite nel periodo 1994-'96 è stato di circa 2.162 kcal/giorno ed è più basso di circa il 15%-20% rispetto al periodo 1980-'84. Il divario è rilevante. L'entità di energia ingerita nel 1994-'96 copre appena il fabbisogno del campione studiato per uno stile di vita sedentario; se lo stile di vita fosse leggermente più attivo – moderatamente attivo come auspicabile – l'energia ingerita risulterebbe più bassa del 6% circa. La copertura del fabbisogno energetico nel 1980-'84 era più ampia. Anche il fabbisogno energetico medio degli italiani è cambiato negli ultimi 40 anni. Infatti, calcolato sulla base dei Livelli di Assunzione Raccomandati di Nutrienti per gli italiani, si osserva che esso è passato dalle circa 2.600 kcal/giorno del 1960, alle circa 2.300 kcal del 1996. Questo calo è attribuibile sia alla maggiore presenza di anziani nella nostra popolazione, sia alla ridotta attività fisica per il lavoro e il tempo libero.

Gli alimenti che hanno subito il maggior calo sono: il vino, i grassi da condimento, i formaggi, le carni, il latte intero. Mentre gli alimenti come il pesce, gli ortaggi, la pizza, il latte scremato e parzialmente scremato hanno subito un aumento di consumo. Questo profilo alimentare, rispetto a quello del 1984, è senz'altro più vicino alla tipologia alimentare consigliata dalle varie linee guida alimentari. Può essere, tuttavia, ancora molto migliorato per assicurare un maggior margine di sicurezza nell'assunzione di nutrienti non energetici. Sembra che l'italiano abbia acquisito cognizione dell'importanza dell'alimentazione e voglia avviarsi verso un comportamento più salutare. In generale, la situazione alimentare italiana, per la sua più recente evoluzione, si presenta in una forma piuttosto complessa. I modelli alimentari sono vari e risentono dell'influenza di vari fattori socio-culturali, come ad esempio la diffusione dell'informazione, la varietà etnica della popolazione, le scelte vegetariane o altre scelte di nuovi stili di vita.

In questo quadro il consumatore appare diviso tra continuità e discontinuità nel mantenimento delle tradizioni alimentari tipiche italiane. In particolare egli conserva il piacere del mangiar bene, caratteristico della nostra tradizione, anche se calano alcuni consumi tipici come quelli della pasta e del vino rispetto ai livelli degli anni '70.

Quanto alle modalità dell'alimentazione giornaliera, è in aumento il numero di coloro che consumano la prima colazione, di preferenza a casa. Il luogo di consumo dei pasti principali resta la casa per circa il 90% dei consumatori. Resiste ancora il pranzo fatto in casa come pasto principale per oltre il 75% della popolazione. I consumi fuori casa, in crescita, sono prevalentemente dovuti ai bambini, utenti della mensa scolastica.

Alcuni atteggiamenti, che lasciavano ipotizzare una tendenza verso tipologie di consumo più consone alla tradizione nord americana, si sono rivelati più una occasione ludica che non una modificazione culturale.

Tra i mutamenti più rilevanti degli stili alimentari occorre, invece, segnalare un aumentato interesse da parte di un crescente numero di consumatori per una alimentazione di tipo vegetariano, più precisamente latto-ovo-vegetariano. I seguaci italiani di questo regime alimentare, che può essere dettato da ideologie o da salutismo, raggiungono oggi circa 1,5-1,8 milioni. L'opinione diffusa tra gli esperti circa una dieta latto-ovo-vegetariana è piuttosto equilibrata. Una dieta del genere è considerata compatibile con un buono stato di salute nell'adulto, a patto di scegliere e combinare opportunamente gli alimenti, il che, ovviamente, richiede una buona conoscenza del valore nutrizionale dei cibi comunemente consumati. Tra i consumatori aumenta, in maniera significativa, la consapevolezza del cibo come fattore di promozione della salute e si diffonde il favore per i prodotti dell'agricoltura biologica, mentre è nato e sta aumentando il timore verso gli alimenti geneticamente modificati. Riguardo agli aspetti nutrizionali, l'alimentazione italiana, dopo quasi mezzo secolo di co-

stante aumento dell'introito calorico medio, ha registrato una inversione di tendenza. Ciò è in gran parte attribuibile all'invecchiamento della popolazione e alla sedentarietà dilagante, che riducono i fabbisogni nutrizionali. Ma nonostante i consumi alimentari si siano ridotti, le conoscenze nutrizionali siano aumentate, la prevalenza dell'obesità è ancora alta. Per evitare di continuare ad ingrassare, pur mangiando meno, l'unica via è quella di aumentare l'attività motoria.

Riferimenti bibliografici

G.P. Fabris. Comunicazione alla Seconda Conferenza Nazionale per l'Educazione Alimentare. (INRAN) FAO, Roma, febbraio 2001.

ISTAT. I Bilanci Alimentari Nazionali 1986. Annuario statistico italiano, Roma, 1988.

ISTAT. I Bilanci Alimentari Nazionali 1996. Annuario statistico italiano, Roma, 1998.

ISTAT. I Consumi delle famiglie 1986, Roma, 1988.

ISTAT. I Consumi delle famiglie 1996, Roma, 1998.

A. Saba et alii. Indagine nazionale sui consumi alimentari delle famiglie 1980-'84, alcuni principali risultati. Riv. Sc. Alim. 19, 1990.

L.L. Sabbadini. Comunicazione alla Seconda Conferenza Nazionale per l'Educazione Alimentare. (INRAN) FAO, Roma, febbraio 2001.

A. Turrini et alii. Food consumption patterns in Italy: the Inn-Ca Study 1994-1996. Eur. J. Clin. Nutr., July 2001.

5.2. Attività fisica

Le più recenti evidenze scientifiche hanno dimostrato gli effetti benefici sullo stato di salute prodotti da una attività fisica di moderata intensità, svolta con regolarità, modificando peraltro la convinzione che per conseguire una buona forma fisica fosse necessaria la pratica continuativa di un esercizio fisico intenso di tipo aerobico.

A fronte di questa evidenza, nel 2001 il 59,1% delle persone di 3 anni e più ha dichiarato di aver svolto nel proprio tempo libero uno sport o una qualche attività fisica durante l'anno. Tuttavia, in termini di attività fisica svolta con regolarità, la quota dei praticanti quasi si dimezza. Circa una persona su tre (33,6%), infatti, svolge regolarmente nel tempo libero uno sport o un'attività fisica una o più volte la settimana. Più precisamente il 19,2% ha dichiarato di praticare uno sport in modo continuativo e la restante quota del 14,4% ha riferito di fare passeggiate a piedi di almeno un chilometro, passeggiate in bicicletta, nuoto, ecc. con cadenza almeno settimanale. Il 10,6% ha dichiarato invece di praticare uno sport in modo saltuario. È quanto emerge dall'Indagine Multiscopo dell'ISTAT, condotta nel 2001, su un campione rappresentativo di circa 20.000 famiglie, distribuito su tutto il territorio nazionale.

La pratica di attività fisica nel tempo libero, condotta regolarmente, cioè con una frequenza almeno settimanale, presenta un andamento nettamente decrescente all'avanzare dell'età. La prevalenza più elevata si riscontra tra gli adolescenti (11-14 anni). Circa due ragazzi su tre (64,1%) praticano regolarmente un'attività fisica, mentre la quota più bassa, come prevedibile, si registra tra le persone di 65 anni e più (meno di una persona su quattro svolge un'attività fisica in maniera regolare).

Analizzando il fenomeno rispetto al genere, risultano complessivamente più attivi gli uomini (37,7% contro 29,6% delle donne). Già tra i 15 e i 17 anni, le donne fanno registrare un crollo della pratica regolare: solo il 48,0% delle ragazze di 15-17 anni svolge un esercizio fisico

regolare a fronte del 61,2% dei loro coetanei. Le differenze vanno attenuandosi tra gli adulti, ma si incrementano nuovamente tra gli anziani (29,7% tra gli uomini di 65 anni e più contro il 15,9% delle donne anziane) (tab. 13).

Le donne, quindi, sono generalmente più sedentarie dei loro coetanei. In particolare merita evidenziare che ben il 46,1% ha dichiarato di non svolgere alcuna attività fisica nel tempo libero contro il 34,2% degli uomini, con scarti in media di circa 10 punti percentuali rispetto ai loro coetanei. Gli scarti aumentano nell'età anziana: tra gli uomini di 65 anni e più, uno su due è "sedentario", cioè dichiara di non svolgere alcuna attività fisica nel tempo libero, tra le coetanee lo sono più di due su tre. Negli ultimi cinque anni, se complessivamente si registra un aumento delle persone definite sedentarie (dal 35,5% del 1997 sono aumentate al 40,3%), assume particolare rilievo

Tab.13 Persone di 3 anni e più che praticano uno sport o un'attività fisica regolare e persone di 3 anni e più che non praticano alcuna attività fisica o sport nel tempo libero, per classe di età e sesso. Anni 1997-2001 (per 100 persone con le stesse caratteristiche) (val.%)

Classi di età per sesso	Attività fisica regolare		Nessuna attività fisica		Classi di età per sesso	Attività fisica regolare		Nessuna attività fisica	
	1997	2001	1997	2001		1997	2001	1997	2001
maschi					**femmine**				
3-5	32,5	29,6	42,6	49,0	35-44	26,6	26,6	37,0	41,3
6-10	64,5	63,6	14,6	18,7	45-54	25,0	26,4	44,5	46,3
11-14	69,8	68,9	8,4	10,4	55-59	26,3	27,8	49,4	49,9
15-17	61,6	61,2	12,6	14,9	60-64	26,1	26,2	52,5	54,9
18-19	53,4	49,5	14,4	20,5	65 e più	17,4	15,9	68,3	72,6
20-24	46,2	45,8	19,2	21,2	Totale	30,0	29,6	41,7	46,1
25-34	39,8	37,9	21,7	27,5					
35-44	32,7	31,4	25,4	33,1	**maschi e femmine**				
45-54	28,7	29,2	32,3	38,6	3-5	30,0	29,5	46,3	49,5
55-59	31,4	30,7	36,0	40,6	6-10	60,5	60,0	17,1	21,6
60-64	34,6	36,0	37,7	40,9	11-14	65,0	64,1	11,5	13,6
65 e più	31,6	29,7	50,0	53,3	15-17	55,9	54,7	15,6	18,5
Totale	39,2	37,7	28,8	34,2	18-19	47,6	44,5	18,1	24,3
femmine					20-24	41,8	42,0	22,1	26,0
3-5	27,4	29,5	50,1	49,9	25-34	36,0	35,4	25,9	31,4
6-10	56,2	56,1	19,8	24,7	35-44	29,7	29,0	31,2	37,1
11-14	60,1	58,8	14,6	17,0	45-54	26,8	27,8	38,5	42,5
15-17	49,5	48,0	19,0	22,3	55-59	28,7	29,3	42,9	45,2
18-19	41,3	39,3	22,0	28,1	60-64	30,2	30,9	45,2	48,1
20-24	37,5	38,1	24,9	30,9	65 e più	23,3	21,7	60,7	64,6
25-34	32,1	32,9	30,1	35,3	Totale	34,4	33,6	35,5	40,3

Fonte: Ministero della Salute – D.G. della Programmazione Sanitaria

Fig.7 Persone di 3 anni e più che non praticano alcuna attività fisica o sport nel tempo libero per regione e ripartizione. Anno 2001 (quozienti standardizzati* per 100 persone delle stessa zona)



Fonte: Ministero della Salute – D.G. della Programmazione Sanitaria

l'aumento del fenomeno nelle fasce di età giovanili. Tra i giovani di 18-19 anni, infatti, la quota di persone completamente inattive era del 18,1% nel 1997, mentre nel 2001 ha raggiunto il 24,3%.

Anche nella fascia di età tra i 6 e i 10 anni aumentano i comportamenti sedentari: più di un bambino su 5 non svolge alcuna attività fisica nel tempo libero (21,6%), e nel 1997 era il 17,1%. In particolare diminuisce (dal 31% al 18,6%) la quota di quanti svolgevano almeno un'attività fisica di tipo destrutturato (passeggiate in bicicletta, a piedi lunghe almeno 2 chilometri, ecc.), solo parzialmente compensata da lievi incrementi dell'attività sportiva, sia continuativa che saltuaria (in media di 1 punto e mezzo). In questa fascia d'età gli stili di vita dei genitori influenzano in modo rilevante quello dei figli. Infatti, tra i bambini che non praticano alcuna attività fisica, ben il 57,4% ha entrambi i genitori che non svolgono alcuna attività fisica regolare.

Rispetto al territorio, emerge con evidenza un gradiente Nord-Sud. La prevalenza dell'abitudine a svolgere regolarmente attività fisica decresce notevolmente passando dal Nord (38,4%) al Sud e Isole (27,2%).

Confrontando le diverse Regioni al netto della diversa distribuzione per età, la Regione più sedentaria, cioè in cui è maggiore la percentuale di quanti hanno dichiarato di non svolgere alcuna attività fisica nel tempo libero, è la Sicilia (57,2%), immediatamente seguita dalla Campania (56,3%). Ad esse si contrappongono invece Trentino Alto Adige (17,7%) e Friuli Venezia Giulia (26,1%), Valle D'Aosta (27,4%) e Veneto (28,1%) (fig. 7).

In Campania, tra gli anziani residenti, l'81% non svolge alcuna attività fisica, mentre in Trentino Alto Adige la quota è meno della metà (39,1%). Invece tra i bambini di 3-14 anni sono soprattutto quelli residenti in Puglia i più sedentari (39,2%), mentre sono sempre i coetanei alto-atesini a presentare le più basse quote (7,2%).

E negli ultimi cinque anni, confrontando i tassi standardizzati rispetto alla popolazione del

Tab.14 Persone di 3 anni e più che praticano uno sport o un'attività fisica regolare e persone di 3 anni e più che non pratica no alcuna attività fisica o sport nel tempo libero per regione e ripartizione. Anni 1997-2001 (per 100 persone con le stesse caratteristiche) (val.%)

Regioni	Attività fisica regolare		Nessuna attività fisica	
	1997	2001	1997	2001
Piemonte	37,0	37,3	29,7	31,4
Valle d'Aosta	34,7	32,7	25,8	28,0
Lombardia	38,9	36,5	28,6	32,9
Prov. Aut. di Bolzano	51,2	49,6	9,8	16,7
Prov. Aut. di Trento	41,0	46,8	19,1	17,7
Veneto	42,9	41,4	22,7	28,4
Friuli Venezia Giulia	39,0	42,3	29,1	27,4
Liguria	32,6	36,0	33,4	37,3
Emilia Romagna	42,2	38,6	28,4	34,8
Toscana	36,3	36,2	33,5	37,7
Umbria	26,7	30,0	45,5	46,3
Marche	33,5	34,1	38,4	39,2
Lazio	31,7	33,4	39,3	40,4
Abruzzo	28,6	32,2	42,9	44,5
Molise	25,6	28,1	49,2	49,9
Campania	28,4	24,9	43,7	53,2
Puglia	29,8	27,9	42,0	50,8
Basilicata	34,1	28,3	38,4	47,7
Calabria	31,0	25,5	40,3	50,8
Sicilia	23,3	26,1	52,0	55,1
Sardegna	41,5	34,4	31,0	42,5
Ripartizione geografica				
Italia nord-occidentale	37,6	36,6	29,4	32,9
Italia nord-orientale	42,5	41,0	24,9	29,7
Italia centrale	33,0	34,1	37,8	39,8
Italia meridionale	29,4	26,8	42,5	51,0
Italia insulare	27,8	28,2	46,8	52,0
Italia	34,4	33,6	35,5	40,3

Fonte: Ministero della Salute
D.G. della Programmazione Sanitaria

2001, emerge che gli incrementi di comportamenti sedentari interessano ancora una volta quelle regioni che già presentavano i tassi più elevati. Ad eccezione del Molise che non evidenzia variazioni, l'incremento riguarda la Sardegna, la Calabria (10 punti percentuali) e la Campania (9 punti percentuali). Incrementi si riscontrano anche in Emilia Romagna, Veneto e Liguria, anche se in misura più contenuta (tab. 14).

In sintesi, dunque, l'abitudine allo svolgimento regolare di un'attività fisica, diversamente dagli anni '80, non mostra un trend di tipo crescente. Anzi, negli ultimi cinque anni, sembra comunque in lieve ascesa il numero di sedentari, mentre è sostanzialmente stabile la quota di coloro che svolgono regolarmente un'attività fisica.

Riferimenti bibliografici

U.S. Department of Health and Human Services, Physical Activity and Health, a Report of the Surgeon General. Washington, DC, Hhs, 1996.

C. Bouchard, R.J. Shepard, T. Stephens. Physical activity, fitness and health. The consensus statement in Physical activity, fitness and health, Champaign, Ill: Human Kinetics, 1994.

European Heart Health Initiative. Children and young people – the importance of physical activity. European heart network. Brussels, 2001.

Institute of European food studies. A pan-EU survey on Consumer Attitudes to Physical Activity, Body-weight and Health, European Commission, 1998.

ISTAT. Fattori di rischio e tutela della salute. Volume Informazioni n. 26, 2002.

ISTAT. Cultura, socialità e tempo libero. Volume informazioni n. 2, 2002.

J. Shephard Roy. Attività fisica, invecchiamento e salute. McGraw-Hill Libri Italia, 1998.

U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity Fundamental to preventing disease, 2002.

B. Wicklin. Sport and Recreation for Healthy life in World Health Forum, Vol. 13, World Health Organization. Ginevra.

World Health Organization. Diet, physical activity and health. Ginevra, 2002.

WHO The European Health Report 2002, www.euro.who.int/europeanhealthreport.

5.3. Tabacco

Gli ultimi dati disponibili, relativi agli anni 1999-2000 (ISTAT: Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"), indicano che nella popolazione italiana i fumatori stimati sono circa 12 milioni e 330 mila. La percentuale di fumatori totale (>14 anni) è pari al 24,9%; per gli uomini la prevalenza è maggiore, con una percentuale del 32,2%, mentre per le donne la percentuale è del 18,2%. Tra le donne, tuttavia, la percentuale ha subito un aumento passando dal 17,3% del 1997 al 18,2% del '99/2000. Tra gli uomini, dal 1980 in poi, si nota una graduale diminuzione fino alla metà degli anni novanta (54,3% nel 1980; 34,1% nel 1994). Successivamente, soprattutto dal 1997, la percentuale di fumatori maschi si è stabilizzata.

Il fenomeno è maggiormente concentrato nelle fasce di età dai 25 ai 54 anni, con un massimo tra i 25-34 anni per gli uomini (40,6%) e tra i 35-44 anni per le donne (27,8%).

La più alta percentuale di fumatori si osserva nell'Italia nord-occidentale e centrale (26,2%), seguita dall'Italia insulare (24,5%), meridionale (23,8%) e nord-orientale (23,5%). Al Sud e nelle Isole si osserva la più alta prevalenza di fumatori tra gli uomini (33,9% e 33,4%) e la più bassa fra le donne (14,2% e 16,2%).

L'abitudine al fumo è più diffusa nelle aree urbane ed appare correlata al livello di istruzione, sia pure con andamento differenziato nei due sessi. Infatti, negli uomini la prevalenza di fumatori aumenta al decrescere del titolo di studio passando dal 27,4% tra i laureati, al 36,8% tra coloro che hanno conseguito la licenza media. Nelle donne il rapporto con il livello di istruzione è diversificato in funzione dell'età. Tra le donne più giovani (25-44 anni) l'abitudine al fumo è caratterizzata da una prevalenza di fumatrici crescente al diminuire del titolo di studio, analogamente agli uomini (20,4% tra le laureate, 23,5% tra le diplomate, 28,7% tra chi ha la licenza media). Tra le donne più anziane (65-74 anni) si osserva un andamento opposto alla quota di donne fumatrici, tra le laureate, tripla (20%) rispetto a

quella tra le donne con licenza media (6%).
Un altro aspetto interessante è quello relativo alla dose giornaliera di tabacco fumato. Il 91,9% dei fumatori dichiara di fumare tutti i giorni (il 93,3% dei fumatori e l'89,6% delle fumatrici). I fumatori abituali di sigarette rappresentano il 90,9% dei fumatori abituali. La quota restante di fumatori abituali fumano per lo più il sigaro o la pipa. Si possono distinguere tre tipologie di fumatori, rispetto al numero di sigarette fumate mediamente al giorno: i "forti fumatori" (20 e più sigarette al giorno) pari al 40,9% dei fumatori abituali di sigarette, i "fumatori medi" (da 10 a 19 sigarette) sono il 40,1% e i "fumatori moderati" (da 1 a 9 sigarette) sono il 19%. Oltre la metà dei fumatori ha dichiarato di fumare da 20 anni e più; tale dato è preoccupante, considerato che i rischi per la salute crescono con l'aumentare degli anni di esposizione al fumo di tabacco.
Età di inizio. Il 43,5% dei fumatori ha iniziato a fumare tra i 14 e i 17 anni ed il 38,2% tra i 18 e i 21 anni, con un'età media di inizio del consumo, maggiore negli uomini (19,7) che nelle donne (17,6). L'età di inizio nelle donne varia, tuttavia, con l'età anagrafica: le anziane (65 anni e più) hanno iniziato in media a 26-27 anni, le più giovani (25-44 anni) a circa 18 anni. L'inizio precoce (prima dei 14 anni) è maggiore per gli uomini (6,9%) che per le donne (3,4%), con una maggiore prevalenza di fumatori precoci nelle regioni dell'Italia meridionale ed insulare (rispettivamente 6,9 e 6,3%).
I giovani ed il fumo. I dati ISTAT indicano che i giovani tra 14 e 24 anni che dichiarano di fumare sono il 22,2% (pari a circa 1 milione e seicentomila persone), con una maggiore concentrazione nelle Regioni del Nord e del Centro Italia. La quota dei ragazzi fumatori è superiore a quella delle ragazze fumatrici (27,5% contro 16,6%). Tale differenza è particolarmente evidente nell'Italia meridionale ed insulare (24,8% contro 10,5% nel Sud e 27,5% contro 12,5% nelle Isole).
Fumatori passivi in famiglia. Coloro che non fumano, ma convivono con almeno un fumatore sono in Italia circa 12 milioni e 500mila, pari al 21,9% della popolazione. Soprattutto per i bambini e le persone anziane, si può ipotizzare che i familiari adottino comportamenti di tutela della salute ed evitino o riducano l'abitudine di fumare in casa. Si potrebbe, quindi più correttamente, parlare di "potenziali fumatori passivi". Tre quarti di essi (73,1%), comunque, sono potenzialmente esposti al fumo di un solo familiare, il 23,4% al fumo di due familiari ed il 3,5% al fumo di tre o più persone.
Ex Fumatori. In Italia gli ex fumatori sono 9 milioni e 466 mila (pari al 19,1% della popolazione di età superiore a 13 anni), di cui 6 milioni e 294 mila uomini (26,4%) e 3 milioni e 172 mila donne (12,4%). La quota di ex-fumatori aumenta con l'età fino a raggiungere il 56,9% tra gli anziani di età 70-74 anni. Fra le donne la quota delle ex-fumatrici raggiunge il massimo tra i 35 e i 44 anni (17,8%), ma presenta una minore variabilità tra le differenti classi d'età. Dai dati emerge che in Italia i fumatori in media smettono di consumare tabacco intorno ai 40 anni; le donne fumatrici in media a 37,1 anni, gli uomini fumatori a 41,7 anni.

5.4. Alcol

Secondo un trend, iniziato dai primi anni ottanta, continua in Italia il calo del consumo medio annuo pro-capite di alcol (individuabile come consumo medio dell'alcol contenuto nel complesso di tutte le diverse tipologie di bevanda alcolica consumate), stimato per l'anno 2000 in 7,5 litri. Il calo dei consumi complessivi di alcol è da attribuirsi per buona parte al calo dei consumi di vino, e in parte dei superalcolici, mentre in aumento appaiono i consumi di birra.
Nonostante ciò, il livello del consumo medio pro-capite è ancora notevolmente al di sopra di quello ritenuto auspicabile dall'OMS nella Regione europea per l'anno 2015, individuato – nell'ambito del Programma "Health 21/1999 Target 12" – in 6 litri l'anno per tutta la popolazione al di sopra dei 15 anni e in 0 litri per quella di età inferiore. Rimane inoltre

alta, benché in calo, la prevalenza del consumo quotidiano di vino in quantità eccedenti nei maschi (nel 1998 è stato rilevato un consumo quotidiano superiore al litro nel 9,7% dei maschi, contro il 12,2% nel 1995) .

I soggetti che abusano di alcol, individuati come coloro che si sono ubriacati più di una volta negli ultimi tre mesi, crescono dallo 0,9 del 1993 all' 1,4 del 2000. La Società italiana di alcologia ha stimato in una cifra superiore a 50.000 il numero dei nuovi alcolisti per anno. Secondo la stessa fonte è del 10% la prevalenza di patologie alcolcorrelate in medicina generale, ed anche nell'ambito dei ricoveri ospedalieri il 10% è attribuibile a problemi alcolcorrelati.

Dai dati rilevati dal Ministero della sanità sulle schede di dimissione ospedaliera nell'anno 2000, risultano dimessi dagli ospedali con diagnosi totalmente attribuibile all'alcol, 99.321

Tab.15 Distribuzione regionale dei tassi di ospedalizzazione per diagnosi totalmente attribuite all'alcool. Anno 2000 (dimessi per 100.000 abitanti)

Regioni	≤ 14 anni		15-35 anni		36-55 anni		> 55 anni		Totale
	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	
Piemonte	3,8	3,6	84,3	27,4	379,3	130,9	483,1	96,2	174,2
Valle d'Aosta	0,0	13,6	264,6	66,1	626,2	239,5	1.283,5	319,8	398,0
Lombardia	3,8	2,1	163,0	42,4	434,8	136,1	664,0	123,1	215,8
Prov. Aut. di Bolzano	14,9	7,8	343,6	100,3	1.050,7	285,0	1.370,6	317,1	448,0
Prov. Aut. di Trento	14,0	0,0	203,7	43,7	904,0	217,4	1.481,5	275,4	421,1
Veneto	4,9	4,1	124,2	37,6	523,3	191,0	851,2	194,0	263,9
Friuli Venezia Giulia	1,5	0,0	86,3	29,6	599,8	199,8	903,5	221,4	300,0
Liguria	4,6	0,0	272,8	87,5	748,5	189,3	521,7	108,2	279,2
Emilia Romagna	3,5	0,9	138,6	49,7	390,1	126,5	449,3	80,8	180,2
Toscana	1,4	5,0	143,7	45,2	301,6	116,6	291,9	85,2	143,2
Umbria	0,0	0,0	48,8	12,6	182,0	45,9	610,3	125,6	153,7
Marche	4,1	0,0	183,8	49,0	490,3	148,5	459,4	86,5	200,9
Lazio	3,4	1,7	131,3	33,3	334,2	82,9	350,0	71,6	137,4
Abruzzo	1,1	4,5	256,4	51,3	554,8	133,2	667,3	104,6	243,2
Molise	8,1	0,0	208,3	21,4	632,4	138,8	605,2	103,1	234,2
Campania	2,6	0,4	68,1	18,4	228,4	46,5	219,6	74,3	80,3
Puglia	5,0	0,9	153,7	31,0	337,9	63,2	316,8	67,4	125,4
Basilicata	9,8	2,1	183,3	48,8	397,5	69,4	496,3	126,9	177,2
Calabria	6,6	1,2	111,2	20,0	354,2	55,6	473,0	122,6	145,3
Sicilia	1,9	0,2	67,8	13,9	248,5	31,9	160,4	43,6	72,5
Sardegna	10,5	2,6	154,3	28,0	434,9	75,0	420,2	81,4	161,1
Italia	3,9	1,8	131,6	34,5	396,4	109,5	486,9	104,8	172,2

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario

soggetti, con un tasso per 100.000 abitanti che va da un massimo di 448 nella Provincia Autonoma di Bolzano a un minimo di 72,5 nella Regione Sicilia e che è comunque particolarmente elevato nella fascia di età superiore ai 55 anni per i maschi, e in quella di 36-55 anni per le femmine (tab. 15).

Le stime della mortalità alcolcorrelata sono ancora elevate, con valori situati, a seconda delle diverse fonti e dell'anno della stima, fra i 15.000 e i 22.000 morti l'anno. D'altra parte un consumo inappropriato di alcol provoca all'organismo danni non solo diretti, soprattutto in situazioni di cronico abuso (psicosi alcolica, cirrosi epatica, alcuni tumori), ma indiretti, anche in modiche quantità (incidenti stradali, domestici e sul lavoro).

Contestualmente alla diminuzione dei consumi, tra il 1994 e il 2000 è stato rilevato un aumento del numero dei consumatori, con un trend molto evidente che ha portato la percentuale complessiva dal 74% nel 1993 all'80% nel 2000. Il fenomeno riguarda sopratutto le donne e le fasce di popolazione più giovane. Le donne consumatrici sono passate dal 61,1% del 1994 al 69,9% del 1997 e al 73,2% del 2000 e consumano sempre di più bevande alcoliche fuori pasto (12,0% nel 1998 contro il 10,5% nel 1995) e birra (33,1% nel 1998 contro il 30% del 1995).

I giovani consumatori di bevande alcoliche dai 15 ai 24 anni sono passati dal 74% al 77% dal 1991 al 2000 e tra loro i soggetti che hanno abusato, ubriacandosi più di una volta in tre mesi, sono passati dall' 1,8% nel 1994 al 3,2% nel 2000. Il 39% dei giovani studenti sedicenni ammettono di essersi ubriacati negli ultimi dodici mesi e il numero di soggetti che si ubriacano da 1 a 9 volte l'anno appare notevolmente superiore a quello di coloro che per lo stesso numero di volte ammettono l'uso di marijuana e hashish.

Anche la struttura del consumo dei giovanissimi fra i 15 e i 17 anni, evidenziata dall'ISTAT, mostra una preoccupante diffusione del ricorso agli alcolici fuori pasto e alle bevande ad elevato contenuto alcolico.

Il fenomeno dell'abuso giovanile è ben rappresentato anche dalla percentuale di giovani utenti alcoldipendenti in carico presso i servizi sociosanitari per l'alcoldipendenza, così come evidenziata dai dati rilevati dal Ministero della salute.

Nel 2000 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati 34.558 utenti alcoldipendenti (26.319 maschi, 8.239 femmine), il 76,1% dei quali ha un'età compresa tra i 30 ed i 59 anni (età media 45,6 anni). Tali soggetti hanno consumato più frequentemente come bevanda alcolica il vino (61,9%), la birra (19,8%) ed i superalcolici (10,0%) mentre, rispettivamente, il 7,3% ed il 6,6% ha assunto anche sostanze stupefacenti o psicotrope ed ha abusato o assunto impropriamente farmaci. I trattamenti ai quali sono stati sottoposti nel 2000 sono stati: per il 28,4% di tipo medico-farmacologico in regime ambulatoriale, per il 25,6% di counseling (all'utente o alla famiglia), per il 10,5% di tipo psicoterapeutico e per il 12,2% di inserimento in gruppi di auto/mutuo aiuto.

Per alcuni di questi utenti si è reso necessario il ricovero in strutture ospedaliere principalmente per la sindrome di dipendenza da alcol, che ha riguardato il 69,6% degli utenti in ricovero ospedaliero o day-hospital ed il 63,6% degli utenti ricoverati in case di cura private convenzionate.

5.5. Consumo di droghe

Le linee di tendenza sul consumo di droghe in Italia vengono ricostruite sulla base dei dati provenienti da due fonti principali:

- il progetto ESPAD, promosso e coordinato dal CAN (Consiglio Svedese per l'informazione sull'Alcool e altre Droghe), condotto contemporaneamente in circa 30 paesi europei ogni 4 anni e, solo in Italia, replicato annualmente dal 1999 dal CNR (Consiglio Nazionale delle Ricerche);
- lo studio IPSAD (Italian Population Survey on Alcol and Drugs) realizzato, nel corso del 2001 dal CNR, che ha rappresentato la prima indagine nazionale italiana sulla preva-

lenza d'uso di alcol e sostanze illegali nella popolazione generale, svolta utilizzando le metodologie proposte dall'Osservatorio Epidemiologico Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze di Lisbona (Emcdda).

Lo studio ESPAD – condotto con strumenti e metodologie di rilevazione standardizzati (questionari autosomministrati), definiti in ambito europeo – rileva la prevalenza del consumo di droghe illegali (oltreché di alcol e tabacco) negli studenti tra i 15 e i 19 anni, delle scuole superiori.

Per il triennio 1999-2001 si rileva, in generale, un aumento dell'approvazione dell'uso di sostanze ed una diminuzione della percezione di rischio. La percentuale di giovani che disapprova fumare "uno spinello" regolarmente cala dall'84% (nel 1999) al 79% (nel 2001); di contro, l'approvazione passa dal 12% nel 1999 al 17% nel 2001. Contemporaneamente, si evidenzia nel triennio un aumento della percentuale di soggetti che riferisce di non percepire rischio nel fumare cannabis regolarmente (rispettivamente: 2,2%, 1,8% e 3,0%). Anche per l'uso di altre droghe come l'Lsd, la cocaina, le amfetamine e l'ecstasy, si evidenzia una tendenza all'aumento dei giovani che approva il comportamento. La stessa cosa avviene per l'assenza di percezione del rischio, in leggera riduzione nel periodo considerato.

Relativamente all'esperienza d'uso (almeno una volta nella vita), vi è una leggera riduzione nel 2001 di cannabinoidi (32,7%-2,4%), di amfetamine ed ecstasy, ma un aumento dell'uso d'eroina fumata (più 1,1%) e una bassa percentuale di uso di droghe per via iniettiva.

In relazione all'età di prima assunzione verso i 15-16 anni, al consolidarsi dell'uso quotidiano di tabacco sembra associarsi la prima esperienza d'uso di cannabis. Tutte le altre sostanze, ad esclusione di tranquillanti e sedativi, mostrano essenzialmente una iniziazione riferibile a classi di età più avanzate. Un'eccezione sembra evidenziarsi in relazione agli allucinogeni, che mostrano, anche se in percentuale molto bassa, una prima esperienza d'uso nella fase dei 15-16 anni.

Vi è la tendenza ad una maggiore prevalenza d'uso tra i ragazzi e le ragazze più grandi, rispetto a quelli più giovani e, dato costante in ciascun studio ESPAD, i consumi delle ragazze risultano sempre inferiori rispetto a quelli dei coetanei di sesso opposto.

Lo studio IPSAD si è basato sull'invio di un questionario a casa dei 12.000 soggetti appartenenti al campione. Il tasso di risposte al primo invio è stato del 34% e un tasso di risposte complessivo del 48,2%. Secondo lo studio, per la popolazione italiana compresa tra i 15 e i 44 anni di età, il valore delle stime dei soggetti che riferiscono l'esperienza d'uso di sostanze risulta: per i cannabinoidi il 22%, per la cocaina il 3%, per l'ecstasy il 2%, per le amfetamine il 2% e per gli allucinogeni il 2%.

L'esperienza d'uso nell'ultimo anno, che meglio si adatta a descrivere il fenomeno della diffusione attuale dell'uso di droga in un determinato contesto, presenta valori numerici inferiori pari rispettivamente: al 6% della popolazione italiana compresa tra i 15 e i 44 anni di età per soggetti che riferiscono l'esperienza d'uso di cannabinoidi, all'1% per coloro che riferiscono l'uso di cocaina, allo 0,5% per gli oppiacei, allo 0,2% per l'ecstasy e gli allucinogeni e allo 0,1% per le amfetamine.

6. AMBIENTE

6.1. Aria – Idrocarburi policiclici aromatici

Gli IPA (idrocarburi policiclici aromatici) sono una classe di inquinanti ambientali ubiquitari, di cui vari cancerogeni, immessi in atmosfera durante la combustione di materiali organici. Il BaP (benzo[a]pirene), il composto più studiato, viene generalmente usato come indicatore di rischio cancerogeno per l'intera classe. Le sorgenti principali nell'aria urbana sono le emissioni autoveicolari, il riscaldamento domestico (ove non a metano) ed eventuali insediamenti industriali. Una concentrazione media annuale di BaP pari a 1 ng/m3 è fissato dalla legislazione italiana quale "obiettivo di qualità". Tuttavia, questo valore non sembra praticamente raggiungibile in condizioni di intenso traffico, quali si registrano in varie aree urbane, con i carburanti ed i veicoli attualmente in circolazione.

Medie annuali di BaP, comprese tra 0,2 e 3,5 ng/m3, sono state misurate durante gli anni '90 in Italia (13 città). Medie superiori (fino a 11 ng/m3) sono state misurate in un sito urbano esposto a emissioni industriali. Medie relative ad almeno due anni per lo stesso sito, indicano una tendenza alla riduzione. Si osserva un'elevata variabilità stagionale (pari ad oltre 10 volte tra le concentrazioni invernali, maggiori, ed estive). I dati italiani sono in accordo con quelli ottenuti in altri paesi europei.

Alcuni sottogruppi della popolazione sono soggetti ad esposizioni più intense in quanto, per ragioni professionali, trascorrono un maggior numero di ore a livello stradale: vigili urbani, edicolanti, conducenti di autobus e tassisti.

A Genova, l'esposizione a BaP dei vigili urbani durante il servizio è risultata tra 0,5 e 26 ng/m3. L'esposizione media (circa 4 ng/m3) era da 10 a 30 volte superiore a quella dei soggetti di riferimento che lavoravano in ambienti chiusi senza esposizione occupazionale ad IPA. Tra gli edicolanti si sono osservate esposizioni tra 0,03 e 11 ng/m3, con una media di circa 1 ng/m3.

In assenza di fonti interne (fumo di tabacco e dall'uso di carbone e legna), le concentrazioni indoor dipendono da quelle esterne. In uno studio condotto a Pavia, l'esposizione indoor media a BaP (0,1 ng/m3) è risultata circa 10 volte inferiore a quella misurata all'esterno . In un locale pubblico con molti fumatori sono state misurate concentrazioni di BaP tra 5 e 10 ng/m3. L'uso delle stufe a legna può determinare livelli indoor di BaP marcatamente superiori a quelli esterni; sono state misurate concentrazioni indoor fino a 23 ng/m3 .

Come si nota, la quasi totalità delle misure disponibili si riferisce a siti di campionamento in zone ad elevato traffico. È presumibile che l'esposizione media della popolazione sia inferiore alle concentrazioni misurate. In un'area urbana – ove la concentrazione media di BaP nelle zone a maggior traffico sia di circa 1 ng/m3, ipotizzando che l'effettiva esposizione sia di un ordine di grandezza inferiore – il rischio incrementale di tumore polmonare attribuibile agli IPA sarebbe pari a circa 1 x 10-5, sulla base delle stime operate dal WHO e dalla CCTN (Commissione consultiva tossicologica nazionale).

Per quanto riguarda l'impatto sulla popolazione italiana dell'esposizione ad IPA emessi dagli autoveicoli, la CCTN ha stimato che, ad un'esposizione media per l'intera vita pari a 0,06-1,5 ng/m3 di BaP (corrispondente a concentrazioni medie outdoor di 0,1-2 ng/m3), sarebbe attribuibile un eccesso di casi di tumore polmonare compreso tra 1 e 35 all'anno, per i successivi 75 anni. Espressa come proporzione dei casi di tumore polmonare diagnosticati ogni anno in Italia, tale stima equivale ad una quota variabile tra 0,03 e 1 per mille.

Riferimenti bibliografici

D.M. 25 settembre 1994 del Ministero dell'ambiente (Suppl. ord. G.U. n. 290 del 13 dicembre 1994): obiettivo di qualità dell'aria per il BaP nelle città con oltre 150.000 abitanti.

Decreto 21 aprile 1999 n. 163 del Ministero dell'ambiente (G.U. n. 135 dell'11 giugno 1999): criteri ambientali e sanitari in base ai quali i sindaci devono adottare le misure di limitazio-

ne della circolazione al fine di raggiungere l'obiettivo di qualità per il BaP.

D.M. 12 luglio 1990 del Ministero dell'ambiente (Suppl. ord. G.U. n. 176 del 30 luglio 1990): valori limite dagli impianti industriali.

Decreto 19 novembre 1997 n. 503 del Ministero dell'ambiente (G.U. n. 23 del 29 gennaio 1998): valori limite da impianti di incenerimento di taluni rifiuti.

Decreto 25 febbraio 2000 n. 124 del Ministero dell'ambiente (G.U. n. 114 del 18 maggio 2000): valori limite dagli impianti di incenerimento e di coincenerimento dei rifiuti pericolosi.

CCTN. Parere sugli idrocarburi policiclici aromatici, in N. Mucci e L. Rossi (a cura di), Raccolta dei pareri espressi dalla CCTN nel 1991. Serie Relazioni 92/1, iss, Roma, 1992.

CCTN. Parere riguardante la stima del rischio di tumore polmonare da idrocarburi policiclici aromatici da emissioni autoveicolari, in I. Camoni e N. Mucci (a cura di), Raccolta dei pareri espressi dalla CCTN nel 1995. Serie Relazioni 96/3, ISS, Roma, 1996.

IARC. Overall Evaluations of Carcinogenicity: an Updating of IARC Monographs Volumes 1 to 42. Monogr. Eval. Carcinog. Risks to Humans, Suppl. 7, Lyon, 1987.

F. Merlo, C. Bolognesi, M. Peluso, F. Valerio, A. Abbondandolo, R. Puntoni. Airborne levels of polycyclic aromatic hydrocarbons: $_{32}$P-postlabeling DNA adducts and micronuclei in white blood cells from traffic police workers and urban residents. J Environ Pathol Toxicol Oncol, 1997.

C. Minoia, S. Magnaghi, G. Micoli, M.L. Fiorentino, R. Turci, S. Angeleri, A. Berri. Determination of environmental reference concentration of six pahs in urban areas (Pavia, Italy). Sci Total Environ, 1997.

F. Valerio, F. Ciccarelli, C. Roggi. Esposizione personale a benzo(a)pirene in aree urbane e rurali (dati preliminari), in C. Aprea, G. Sciarpa, M. L. Fiorentino, C. Minoia (a cura di), I valori di riferimento e i valori limite nella prevenzione ambientale e occupazionale, Morgan Edizioni Tecniche, Milano, 1996.

WHO. Polynuclear aromatic hydrocarbons (PAH), in Air Quality Guidelines for Europe. WHO Reg. Publ., Eur. Series n. 23, Geneva, WHO, 1987.

6.2. Radiazioni

6.2.1. Radiazioni ionizzanti

La popolazione umana è esposta a diverse sorgenti di radiazioni ionizzanti. Alcune di esse sono di origine naturale, altre sono dette artificiali in quanto derivano da attività umane.

Si valuta attualmente che le principali fonti di esposizione della popolazione italiana alle radiazioni ionizzanti siano: la presenza di radon negli ambienti chiusi, l'uso di radiazioni in diagnostica medica, i radionuclidi presenti nella catena alimentare. Situazioni di esposizioni potenziali sono inoltre collegate alla presenza di rifiuti radioattivi di elevata attività.

Esposizione al radon. L'esposizione al radon presente nell'aria interna delle abitazioni è considerata dagli organismi sanitari internazionali una delle principali cause di tumore polmonare dopo il fumo di sigaretta. Inoltre, essa produce in media circa la metà della dose efficace annua dovuta all'esposizione alle radiazioni ionizzanti.

Quindi una conoscenza dettagliata delle concentrazioni di radon in Italia e dei rischi connessi assume una rilevante importanza sanitaria. A livello nazionale la conoscenza della distribuzione della concentrazione di radon nelle abitazioni deriva dall'indagine nazionale svolta negli anni 1989-1996, promossa e coordinata dall'ISS e dall'ANPA (Agenzia Nazionale per la Protezione e l'Ambiente) e realizzata in collaborazione con le Regioni e Province Autonome, da cui risulta che il valore medio della concentrazione di radon in Italia risulta abbastanza alto se confrontato con quello di altri paesi.

In sette Regioni, successivamente all'indagine nazionale, sono state effettuate indagini nelle scuole (materne, asili nido, elementari), riscontrando spesso valori più elevati dovuti in gran parte al fatto che tali scuole sono generalmente al piano terra.

Va segnalato che, mentre il suolo è generalmente la fonte principale dei valori più elevati di concentrazione di radon indoor, un contributo significativo deriva in alcune regioni dall'uso di particolari materiali da costruzione (tufo, pozzolana, graniti), i quali emettono anche una quantità rilevante di radiazione gamma.

Ingestione di radionuclidi. Gli alimenti e le acque possono essere contaminati da radioattività di origine artificiale o naturale.

- Radioattività artificiale. Negli anni passati episodi di contaminazione di alimenti e bevande si sono verificati a seguito del fallout conseguente agli esperimenti nucleari in atmosfera, negli anni 60, e a seguito dell'incidente alla centrale nucleare di Chernobyl, nella seconda metà degli anni 80. Al momento attuale non vi è rischio significativo di esposizione della popolazione alle radiazioni ionizzanti da questa fonte.
- Radioattività naturale. Sono molto scarse le conoscenze sul possibile contenuto di radioattività naturale delle acque potabili e minerali e degli alimenti che potrebbero, invece, costituire una sorgente di esposizione della popolazione italiana. Le acque potabili e minerali possono, infatti, presentare elevate concentrazioni di radionuclidi naturali quali 238U, 226Ra e 222Rn, a seguito del dilavamento di rocce ricche di questi radionuclidi. Tuttavia, non essendo mai stata condotta una indagine nazionale in questo settore, i dati a disposizione, non sempre tranquillizzanti, sono relativi a studi a carattere locale. Per quanto riguarda la catena alimentare, vari studi europei hanno messo in luce che lo scarico a mare di prodotti di risulta delle industrie, che utilizzano minerali fosfatici per la produzione di acido fosforico e fertilizzanti, possono comportare elevate concentrazioni di radionuclidi naturali in crostacei e molluschi. Questi, infatti, hanno una elevata capacità di concentrare metalli pesanti presenti nell'acqua. L'unica indagine condotta finora in Italia, in una località pesantemente coinvolta da scarichi industriali, ha individuato, infatti, elevate contaminazioni .

Esposizioni mediche. Così come in tutte le nazioni con un elevato grado di assistenza sanitaria, l'impiego delle radiazioni ionizzanti in campo medico costituisce la fonte principale di esposizione della popolazione a sorgenti di

origine artificiale ed è in continuo aumento. Questo fenomeno è favorito da diverse cause tra le quali l'invecchiamento della popolazione e l'estensiva applicazione di tecniche che fanno uso di radiazioni nella diagnostica precoce di molte patologie, aumentata anche per il netto miglioramento della qualità delle prestazioni. Nel caso della diagnostica per immagini con raggi X, va segnalato il ricorso sempre più frequente all'impiego di nuove tecnologie che si sono andate rapidamente affermando, quali la tomografia assiale computerizzata e la radiologia interventistica, che comportano valori elevati della dose efficace.

Gestione dei rifiuti radioattivi. La quantità di rifiuti radioattivi prodotti fino ad oggi in Italia risulta di circa 28.000 m3. Tali rifiuti, solo in parte opportunamente trattati, derivano dal pregresso esercizio delle centrali nucleari, dagli impianti di ricerca ed industriali, dagli impieghi medici.

Un problema particolare è costituito dalla gestione del combustibile irraggiato che, in parte, è stato inviato all'estero per il riprocessamento (circa 1.575 tonnellate) e, in parte, è ancora presente in alcuni impianti italiani (circa 290 tonnellate).

Si deve considerare che, in seguito alla chiusura definitiva delle centrali nucleari, sono iniziate le attività di disattivazione che comporteranno la produzione, soprattutto nella fase conclusiva di smantellamento totale, di considerevoli quantità di materiali solidi (circa 80.000 m3). In assenza di un deposito centralizzato, i rifiuti derivanti dalle attività di ricerca medico-ospedaliere e industriali vengono, nella maggior parte dei casi, trasferiti in piccoli depositi gestiti da privati. I rifiuti prodotti durante l'esercizio delle centrali nucleari sono immagazzinati presso i siti di origine, in depositi temporanei, che furono progettati ipotizzando il trasferimento dei rifiuti, dopo un periodo di tempo ben determinato, in strutture idonee per il loro confinamento per tempi lunghi.

6.2.2. Radiazioni non ionizzanti

Col termine di radiazioni non ionizzanti si intendono i campi elettrici, magnetici ed elettromagnetici che, per il loro contenuto energetico, non sono in grado di produrre ionizzazione negli atomi e nelle molecole biologiche. In pratica, queste corrispondono all'intervallo dello spettro elettromagnetico che va dai campi statici alla radiazione ultravioletta.

Ai fini della politica sanitaria sono particolarmente rilevanti le esposizioni ai campi magnetici a frequenza industriale (50 Hz), ai campi elettromagnetici a radiofrequenza e microonde, alla radiazione ultravioletta (Ruv) solare e artificiale e ,da qualche anno, anche alla radiazione laser.

Campi magnetici a frequenza industriale (50 Hz). Sono stati classificati come "possibilmente cancerogeni" (gruppo 2B) dalla IARC(International agency for research on cancer). Gli effetti sanitari sono dunque ipotetici, ma sono motivo di notevoli preoccupazioni del pubblico.

Campi elettromagnetici a radiofrequenza. Secondo l'OMS e altre organizzazioni internazionali non vi sono evidenze scientifiche di rischi sanitari. Tuttavia, sono anch'essi fonte di ansie e di tensioni sociali, per la presenza, nel nostro Paese, di un elevato numero di emittenti radiotelevisive e di varie decine di migliaia di antenne per la telefonia mobile.

Radiazione Ultravioletta. La Ruv è un noto fattore di rischio sia per danni da esposizione acuta di natura deterministica, sia per danni da esposizione cronica, alcuni con prevalente natura stocastica. In base ai propri criteri di valutazione la IARC include la radiazione solare fra i cancerogeni certi (gruppo 1) e la Ruv-A, Ruv-B, Ruv-C nonché le modalità di esposizione alle lampade ed ai lettini solari (abbronzatura artificiale della pelle) fra i cancerogeni probabili (gruppo 2A). I danni da esposizione alla Ruv sono documentati, anche se in misura incompleta o parziale, soltanto per le neoplasie cutanee correlate o correlabili con l'esposizione alla Ruv. In particolare, per i carcinomi (basaliomi e spinaliomi) ed i melanomi della pelle i dati di mortalità della banca dati

ISTAT sono aggiornati fino al 1998. Per i melanomi sono disponibili i dati di incidenza di alcuni registri tumori dai quali è possibile stimare l'incidenza in alcune regioni del Paese.
Alcuni lavori epidemiologici hanno analizzato l'associazione fra fattori di rischio quali: fototipo, numero dei nevi, esposizione intermittente e cumulativa al sole, esposizioni acute nell'infanzia etc. (Zanetti et alii, 1996, CEI, 1998, Naldi et alii, 2000, Brenner et alii, 2002).
Laser. La radiazione laser è un noto fattore di rischio, soprattutto per possibili danni all'occhio. La proliferazione e la diffusione di laser giocattolo (puntatori non professionali) e apparecchiature laser per trattamenti estetici avvenuta negli ultimi anni, pongono il problema di possibili rischi sanitari per la popolazione e richiedono un'attenta e puntuale valutazione.

Riferimenti bibliografici

ANPA. Le discariche di fosfogessi nella laguna di Venezia: valutazioni preliminari dell'impatto radiologico. Serie Stato dell'ambiente 8/2000, Roma, 2000.

ANPA. Reti Nazionali di Sorveglianza della Radioattività Ambientale in Italia 1994-1997. Serie Stato dell'Ambiente 3/1999.

BEIR-VI (Committee on Health Risks of Exposure to Radon – National Research Council). Health Effects of Exposure to Radon. National Academy Press, Washington, D.C., 1999.

F. Bochicchio, G. Campos Venuti, C. Nuccetelli, S. Piermattei, S. Risica, L. Tommasino, G. Torri. Results of the representative Italian national survey on radon indoors. Health Phys, 71(5), 1996.

F. Bochicchio, G. Campos Venuti, F. Monteventi, C. Nuccetelli, S. Piermattei, S. Risica, L. Tommasino, G. Torri. Indoor exposure to gamma radiation in Italy. Proc. IX International Congress of the International Radiation Protection Association (IRPA 9). Vienna 14–19 April 1996, Vol. 2, 1996b.

F. Bochicchio, G. Campos Venuti, C. Nuccetelli, S. Piermattei, S. Risica, L. Tommasino, G. Torri. Results of the National Survey on radon indoors in all the 21 Italian Regions. Proc. workshop "Radon in the Living Environment", Athens 19-23 April 1999.

F. Bochicchio, S. Bucci, M. Bonomi, G. Cherubini, C. Giovani, M. Magnoni, L. Minach, P. Sabatini. Areas with high radon levels in Italy. Proc. Workshop "Radon in the Living Environment", 19-23 April 1999, Athens, Greece, 1999b.

F. Bochicchio, M. Magnoni, G. Agnesod, R. Rusconi, L. Verdi, G. Frizzera, F. Trotti, C. Giovani, S. Maggiolo, R. Sogni, S. Bucci, P. Sabatini, C. Pantalone, G. Cherubini, S. D'Ostilio, C. Cristofaro, L. Bellino, V. Martucci, A. Crispino, D. Colicchia, S. Basile, M. Cappai, M. Belli, M. Notaro, R. Forestiero, D. Sacco, A. Parisi, S. Risica, F. Imbarlina, D. Ballada. Dose from Cs-137 Ingestion in Italian Regions in 1998-1999: a Preliminary Analysys of the Results of a Monitoring Campaign. Proc. Irpa-10 (10th Int. Congress of the Int. Radiat. Prot. Association), May 14-19 2000, Hiroshima (Japan), 2000.

A.V. Brenner, J.H. Lubin, D. Calista and M.T. Landi. Instrumental measurements of skin color and skin UV light sensitivity and risk of Cmm: a case-control study in an Italian population. Am. J. Epidem 156, 2002.

Cei-En. Sicurezza degli apparecchi elettrici d'uso domestico e similare. Parte 2: Norme particolari per apparecchi per il trattamento della pelle con raggi ultravioletti ed infrarossi per uso domestico e similare, 1998.

European Commission. Radiation Protection 112. Radiological Protection Principles Concerning the Natural Radioactivity of Building of Materials, Luxembourg, 2000.

L. Gaidolfi, M.R. Malisan, S. Bucci, M. Cappai,

M. Bonomi, L. Verdi, F. Bochicchio. Radon measurements in kindergardens and schools of six Italian regions. Radiat. Prot. Dosim, 1998.

G. Gremigni. Rhizocarpon Geographicum e Trichloma Album: bioindicatori specifici degli isotopi del cesio. Atti del XXXI Congresso Nazionale Airp, Ancona, 20-22 settembre 2000.

ICRP (International Commission on Radiological Protection). Recommendations of the International Commission on Radiological Protection. Annals of the ICRP, 21 (1-3), 1991.

L. Minach. Misure della Radioattività in Alto Adige:1990-1994. Concetti Misurazioni, Analisi, Provincia Autonoma di Bolzano, 1995.

L. Naldi, I.G. Lorenzo, F. Parazzini et alii. Pigmentary traits, modalities of sun reaction, history of sunburns and melanocitic nevi as risk factors for cutaneous malignant melanoma in the Italian population: results of a collaborative case-control study. Cancer 88, 2000.

C. Petrini, A. Polichetti, P. Vecchia, S. Lagorio. Assessment of exposure to 50 Hz magnetic fields from power lines in Italy. Proceedings of the 5th International Congress of the European BioElectromagnetics Association (Ebea). Eds. M. Hietanen, K. Jokela, J. Juutilainen, Helsinki, 6-8 September 2001.

Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. D.P.R. 23 luglio 1998. Supplemento ordinario alla G.U. Serie generale n. 288, 1998.

S. Risica, C. Bolzan, C. Nuccetelli. Radioactivity in building materials: experimental methods, calculations and an overview of the Italian situation. Workshop "radon in the Living Environment", Athens, 19-23 April 1999.

G. Sgorbati, M. Forte, G. Gianforma, R. Rusconi, C. Margini. Rilevazione delle concentrazioni di uranio 238 e radio 226 in acque destinate al consumo umano in Lombardia. Pubblicazione asl Città di Milano, 1998.

UNSCEAR (United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation). Sources and Effects of Ionizing Radiation. 2000 Report to the General Assembly, with Annexes, United Nations, New York, 2000.

WHO–IARC (World Health Organization – International Agency for Research on Cancer). IARC Monograph on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans: Man-made Mineral Fibres and Radon. IARC Monograph Vol. 43, Lyon, France, 1988.

WHO–IARC (World Health Organization – International Agency for Research on Cancer). IARC Monograph on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans: Some Internally Deposited Radionuclides. IARC Monograph Vol. 78, Lyon, France, 2001.

R. Zanetti, S. Rosso et alii. The multicentre South European study "Helios I": skin characteristics and sunburns in basal cell and squamous cell carcinomas of the skin. Br. J. Cancer. 73, 1996.

6.3. Clima

Il clima negli ultimi 50/100 anni sta subendo una profonda modificazione, i cui aspetti salienti possono riassumersi in IPCC-WG1 (Intergovernmental Panel on Climate Change-Working Group 1), 2001:

- aumento della temperatura dell'aria quantificabile in 0,6°C/100anni;
- modifica del ciclo idrologico con conseguenze sul regime di precipitazioni e sulle risorse idriche disponibili;
- incremento degli eventi meteorologici estremi come uragani, bombe meteorologiche, precipitazioni intense ed alluvioni, siccità, ondate di gelo, onde di calore, venti intensi.

In questo contesto sembra opportuno riportare una breve descrizione dei regimi termico e pluviometrico registrati in Italia nel periodo ottobre 2001 – agosto 2002 (tab. 16).

Con riferimento alla temperatura, secondo le stime fornite dall'OMM (Organizzazione meteorologica mondiale) e dal Servizio Meteorologico, l'anno 2001 è stato più caldo della media di riferimento e questa tendenza si è confermata anche nel 2002. Tuttavia, si è riscontrata una notevole variabilità con onde di calore nei mesi di ottobre 2001, febbraio, marzo, giugno 2002 ed ondate di freddo intenso nei mesi di dicembre 2001 e aprile 2002. Inoltre, durante i mesi estivi (luglio ed agosto) la temperatura si è mantenuta al di sotto dei valori medi stagionali, soprattutto nelle Regioni settentrionali.

L'andamento più anomalo, tuttavia, è stato quello delle precipitazioni. Infatti, dopo un semestre secco che ha determinato seri problemi legati alla forte riduzione delle risorse idriche, soprattutto nelle Regioni meridionali e nelle Isole, piogge insistenti si sono avute nei mesi estivi, concentrandosi in eventi di notevole intensità (>64 mm/giorno), che, se non hanno provocato conseguenze drammatiche come in Europa Centrale (Cecoslovacchia, Ungheria e Germania), hanno dato, comunque, luogo a diverse situazioni di calamità con alluvioni ed esondazioni in diverse regioni del Nord Italia. Questo quadro risulta essere del tutto atipico.

Tab.16 Anomalie climatiche del periodo ottobre 2001-agosto 2002

Ottobre '01	Onda di calore 27°C Nord Italia (Media Stagionale 1961-1990 compresa tra 17,3 °C di Torino e 9,1°C di Treviso) – 32°C Sud Italia. (Media Stagionale 1961-1990 compresa tra 21°C di Bari e 22,9 di Palermo)
Dicembre '01	Freddo intenso – tempeste di neve sul Nord Italia – temperatura fino a -15°C in pianura. (Media Stagionale 1961-1990 compresa tra 5,2°C di Brescia e 6,9 °C di Torino)
Gennaio '02	Siccità – in Piemonte 5 mm in 60gg contro i 75 mm della media storica.
Febbraio '02	Onda di calore dal giorno 10, precipitazioni intense al Nord 130mm/24ore.
Marzo '02	Onda di calore 30°C a Torino e Milano. (Media stagionale 1961-1990 compresa tra 12,7°C di Torino e 13,2°C di Milano)
Aprile '02	Ondata di freddo – nevicate anche a bassa quota ed in pianura.
Maggio '02	Precipitazioni intense (fino ad 800mm sui laghi) ed esondazioni dei fiumi.
Giugno '02	Alluvione nel biellese (350mm/24ore) – ondata di caldo a metà mese 37°C nel Nord Italia. (Media Stagionale 1961-1990 compresa tra 24,7°C di Torino e 26,2°C di Vicenza)
Luglio '02	Precipitazioni abbondanti ed intense (161mm/24ore a Torino) ed alluvione sulle Alpi Marittime.
Agosto '02	Temporali e grandinate al Nord – Trombe d'aria – Nubifragi.

Fonte: Ministero della Salute, 2002

Infatti, temperature ridotte e precipitazioni intense e continue nei mesi estivi sono decisamente in chiara controtendenza rispetto non solo alle caratteristiche proprie del clima mediterraneo, che presenta inverni miti e piovosi ed estati calde, soleggiate e secche, ma anche rispetto alle variazioni climatiche recenti. Infine, va osservato che le anomalie hanno riguardato, sia pure in tempi diversi, tutte le regioni italiane, che in misura più o meno rilevante ne hanno subito le conseguenze.

Per quanto riguarda l'impatto sulla salute, l'OMM ha pubblicato recentemente alcuni dati dai quali emerge chiaramente come gli eventi legati al clima ed alle sue variazioni siano quelli maggiormente nocivi sia in termini economici sia in perdite di vite umane.

Con riferimento specifico all'Europa ed al nostro Paese i problemi principali per la salute derivanti dal cambiamento climatico si possono riferire a: I) incremento degli stress termici (onde di calore) con conseguente eccesso di mortalità dovuto a malattie cardiovascolari, cerebrovascolari e respiratorie; II) peggioramento della qualità dell'aria nelle città con più frequenti fenomeni di smog fotochimico e formazione di ozono con effetti nocivi su mucose e vie respiratorie; III) allargamento delle aree di influenza di parassiti ed insetti apportatori di malattie (malaria, febbri dissenteriche ecc.); IV) riduzione della disponibilità di risorse idriche con effetti negativi sulla potabilità e l'igiene; V) aumento delle precipitazioni intense e dei fenomeni associati (esondazioni dei fiumi, frane, smottamenti), con effetti anche psicologici sulla popolazione esposta.

Infine, tenuto conto della crescente tendenza verso l'urbanizzazione, deve essere considerato con grande attenzione l'impatto sulla salute del clima urbano. Quest'ultimo presenta caratteristiche specifiche, perché tutti i parametri che caratterizzano il clima di una zona sono fortemente modificati dalla presenza di una città: cresce la temperatura dell'aria, aumentano le precipitazioni ed anche il regime anemologico risulta profondamente alterato, con gli effetti di canalizzazione e turbolenza dovuti alla presenza degli edifici. Inoltre, nelle città a causa dell'alta concentrazione della popolazione è molto più facile il contagio ed il diffondersi di epidemie.

Riferimenti bibliografici

P. Alpert, M. Colacino et alii. The paradoxial increase of Mediterranean extreme daily rainfall in spite of decrease in total values. Geophys. Res. Lett., 2002.

IPCC-WG1. Climate Change 2001: The scientific basis, Cambridge Un. Press, 2001.

IPCC-WG2. Climate Change 2001: Impacts, Adaption, and Vulnerability, Cambridge Un. Press, 2001.

Obasi, G.O.P. Messaggio per la Giornata Meteorologica Mondiale, Ginevra, 23 marzo 2002.

E. Piervitali, M. Colacino, M. Conte. Signals of Climatic Change in the Central-Western Mediterranean Basin, Theor. Applied Climatol. 58, 1997.

6.4. Alimenti

La qualità degli alimenti viene assicurata dal 1962 mediante una legge quadro (L. 30 aprile 1962, n. 283) e da numerose norme settoriali. Inoltre, una norma specifica (Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni sui criteri per l'elaborazione dei programmi di controllo ufficiale di alimenti e bevande, D.P.R. 14 luglio 1995) stabilisce che annualmente ciascuna Regione effettui programmi di ispezione delle aziende alimentari che operano sul territorio e di analisi degli alimenti prodotti o commercializzati ricercando i parametri chimici, fisici e biologici indicati per ciascun tipo di alimento. Il recepimento di numerose direttive "verticali" a partire dagli anni 90 e più recentemente della direttiva igiene (D.Lgs. 26 maggio 1997 n. 155, attuazione delle direttive 93/43/CEE e 96/3/CEE concernenti l'igiene dei prodotti alimentari) ha fatto sì che ogni azienda alimentare sia obbligata ad adottare un piano di controllo della propria filiera produttiva, nel quale debbono essere correttamente identificati i punti critici di controllo, il limite di sicurezza (limite critico), la procedura di monitoraggio adottata per controllare il pericolo e le procedure correttive da utilizzare qualora vengano oltrepassati i limiti critici prefissati. Anche le strutture pubbliche deputate al controllo degli alimenti hanno dovuto profondamente modificare le procedure ispettive, di prelievo e di analisi dei campioni conformandosi al sistema HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point). Al controllo ufficiale degli alimenti provvedono i servizi veterinari (ispezione e prelievo negli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale) e i servizi di igiene degli alimenti e della nutrizione (per i rimanenti alimenti).Le analisi di laboratorio, invece, sono affidate ai 10 Istituti zooprofilattici sperimentali (per un complessivo di 70 laboratori) nel caso degli alimenti di origine animale e dalle Agenzie Regionali Protezione Ambiente per i rimanenti alimenti.

Controllo ufficiale su frutta e ortaggi. I dati del programma nazionale di controllo ufficiale sui residui dei prodotti fitosanitari negli ortofrutticoli, mostrano che per il 2001 è stato di 8.857 il numero dei campioni analizzati e trasmessi al Ministero della salute dai Laboratori pubblici (Presidi multizonali di prevenzione, Istituti zooprofilattici sperimentali ed Agenzie Regionali Protezione Ambiente), coordinati dalle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano. Globalmente il numero dei campioni è superiore di circa il 102,7% rispetto al numero minimale previsto dal Piano Nazionale Residui Antiparassitari, fissato dal D.M. 23 dicembre 1992.

Sui 8.857 campioni analizzati 113 (1,3%) sono risultati non regolamentari. I campioni di frutta irregolari sono stati 65 su 4.389 (1,5%) e quelli di ortaggi 48 su 4.468 (1,1%). I campioni ortofrutticoli regolamentari sono stati 8.744, pari al 98,7% del totale;di questi il 69,1% è risultato privo di residui, mentre il 30,9% con residui entro i limiti previsti dalla legge.

Controllo ufficiale su cereali, vino e olii. Sono stati analizzati complessivamente 1.602 campioni, di cui 19 sono risultati non regolamentari, con una percentuale di irregolarità pari all'1,2%. Complessivamente i campioni privi di residui sono stati 1.074 (67%), quelli monoresiduo 461 (28,8%), quelli multiresiduo 67 (4,2%).

Controlli veterinari. Nella logica del mercato unico comunitario, le direttive di base (direttive del Consiglio n. 89/662/CEE e n. 90/425/CEE recepite nell'ordinamento nazionale con D.Lgs. 30 gennaio 1993, n. 28) prevedono che i controlli veterinari sugli animali e sui prodotti di origine animale siano effettuati nel luogo di origine. Anche se il sistema si fonda sulla fiducia nelle garanzie fornite dal paese speditore, le direttive consentono l'effettuazione di controlli, per sondaggio e con carattere non discriminatorio, nel paese di destinazione. A questi controlli routinari si aggiungono, inoltre, quelli che possono derivare dall'applicazione di misure di salvaguardia a tutela della salute pubblica o della salute animale. Nell'anno 2001 sono state sottoposte a con-

trolli documentali e fisici 8.468 partite pari al 1,5% circa delle partite introdotte dai paesi comunitari, con un leggero decremento rispetto all'anno 2000 (1,9%).

Tra queste partite 3.920 sono state sottoposte a controlli di laboratorio. Il controllo veterinario ha portato al respingimento/distruzione di 131 partite di merci potenzialmente pericolose per la salute del consumatore o per la salute degli animali. Più in particolare si è trattato di 28 partite di pesce preparato, 27 partite di carni suine e 14 partite di crostacei ecc. Ove possibile e laddove le irregolarità erano meno gravi (es. certificati o documenti commerciali incompleti, identificazione degli animali non corretta), si è invece provveduto alla regolarizzazione della situazione (297 partite).

Nell'anno 2002 il patrimonio bovino e bufalino nazionale soggetto a controllo è stato di 3.922.435 capi bovini e di 196.152 capi bufalini, presenti rispettivamente in 159.658 e 2.201 aziende.

Integratori alimentari. Il settore degli integratori alimentari presenta da diversi anni un andamento di crescita costante. I consumi di questi preparati aumentano di anno in anno. Il Ministero della salute provvede alla verifica della loro conformità e sicurezza, nella misura di 7.913 integratori alimentari notificati al 31 dicembre 2001, e 1.382 nuove notifiche presentate nel 2001, di cui 949 valutate conformi nel 2001. Al 31 dicembre 2002 gli integratori alimentari notificati sono stati pari a 6.636. Le nuove notifiche presentate nel 2002 sono state pari a 1533, di cui 895 valutate conformi.

6.5. Ambiente di lavoro

Nel nostro Paese è in atto una profonda trasformazione delle condizioni di lavoro in tutti i settori produttivi, a causa dell'impiego di nuove tecnologie e del conseguente cambiamento dei modelli di produzione. La competitività del mercato ha determinato l'introduzione di nuovi modelli organizzativi ed operativi, come la fabbrica diffusa e il telelavoro, e la flessibilità impone una segmentazione del mercato e una risposta diversa in termini di modelli di occupazione, introducendo forme contrattuali atipiche.

Il ricorso ai servizi esterni e l'esternalizzazione di parte del ciclo produttivo frammenta l'attività produttiva e decentra il rischio lavorativo, rendendone più difficile e oneroso il controllo. La risposta rapida alle variazioni della domanda costringe le aziende a produrre secondo il modello just in time, imponendo ritmi di produzione elevati.

Inoltre, alcuni tratti del processo lavorativo e della forza lavoro (come l'introduzione di un elevato numero di nuove sostanze nei cicli lavorativi, la rapida modifica degli stessi, la complessità delle mansioni, il superamento del limite delle 40 ore settimanali, la stretta interdipendenza tra rischio professionale ed ambientale, l'invecchiamento della popolazione lavorativa, la femminilizzazione dell'occupazione, la presenza di lavoratori immigrati) introducono nuovi fattori di rischio e inducono una progressiva modificazione dei modelli tradizionali di esposizione. Tali elementi delineano una nuova area di indagine definita come "rischi emergenti".

Un gruppo di lavoro, collegato con l'Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro, ha recentemente fornito la seguente definizione di rischio emergente:

"Un rischio è definito emergente quando esso soddisfa almeno uno dei seguenti criteri: 1. è causato da nuove tecnologie, nuovi processi o nuove organizzazioni del lavoro; 2. è un problema preesistente considerato solo oggi come rischio, per via di una nuova percezione sociale o pubblica; 3. è un problema preesistente considerato solo oggi come rischio per via di nuove conoscenze su di esso."

Tali rischi, documentati da indagini epidemiologiche, sono identificabili in: rischi di tipo ergonomico (da sovraccarico meccanico, dell'arto superiore); rischi da fattori psico-sociali collegati alle trasformazioni dell'organizzazione del lavoro (stress, mobbing); rischi da agenti chimici in cui la componente di genere assume particolare rilievo quando essi, come nel caso dei distruttori endocrini, hanno effetti diretti

sul sistema riproduttivo; rischi cancerogeni; rischi da agenti fisici (campi elettromagnetici); rischi da agenti biologici (infezioni riemergenti e nuove modalità di infezione).

Riferimenti bibliografici

ISTAT. Rapporto Annuale 2001.

INAIL. Rapporto Annuale 2000.

P.A. Bertazzi et alii. Epidemiologia occupazionale e nuove sfide della medicina del lavoro.

III

LE RISPOSTE ATTUALI DEL SERVIZIO SANITARIO

7. ASSISTENZA PRIMARIA

7.1. Medicina di base

L'assistenza distrettuale, allo scopo di coordinare ed integrare tutti i percorsi di accesso ai servizi sanitari da parte del cittadino, si avvale in primis dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, convenzionati con il SSN. Essi, valutando il reale bisogno sanitario del cittadino, regolano l'accesso agli altri servizi offerti dal SSN.

Il contratto dei medici di medicina generale e di pediatria prevede, salvo eccezioni, che ciascun medico di medicina di base assista al massimo 1.500 pazienti adulti (dai 13 anni in su) e ciascun pediatra 800 bambini (con età inferiore a 14 anni). Esistono comunque realtà territoriali in cui, per carenza di medici pediatri o per libera scelta dei genitori, è consentito che i bambini siano assistiti da medici di medicina generale.

In media, a livello nazionale, ogni medico di base ha un carico potenziale di 1.059 adulti residenti, con notevoli differenziazioni a livello regionale. In particolare, si evidenzia la Provincia Autonoma di Bolzano con 1.729 residenti adulti per medico di base. Va, però, tenuto presente che in detta Provincia Autonoma il contratto di convenzione con il SSN dei medici di base stabiliva, quale massimale di scelte, 2.500 assistiti e solo recentemente è stato ridotto a 2.000 scelte per medico. Nella Basilicata e nel Lazio, invece, si registrano i valori minimi, rispettivamente 920 e 969 residenti adulti per medico di medicina generale. Nelle Regioni del Sud si registrano lievi oscillazioni attorno al valore nazionale (tab. 17, fig. 8).

Il carico medio potenziale per pediatra è a livello nazionale di 1.080 bambini, con una variabilità territoriale anche più elevata rispetto a quella registrata per i medici di medicina generale. Tutte le Regioni, comunque, sono caratterizzate da una forte carenza di pediatri in convenzione con il SSN. Fanno eccezione Abruzzo ed Emilia Romagna, che presentano un numero di bambini per pediatra di poco superiore al massimale stabilito nel contratto di convenzione. Nell'esaminare lo scostamento del carico potenziale dal valore nazionale, spicca, anche in questo caso, il dato della Provincia Autonoma di Bolzano con un valore pari al 66,2% (1.795 bambini per pediatra); nel contratto di convenzione dei pediatri con il Servizio Sanitario Provinciale, comunque, è stato fissato a 1.000 il massimale di bambini assistiti per pediatra. In tutte le Regioni meridionali il carico potenziale di bambini per pediatra è superiore al valore nazionale ad eccezione della Sicilia e della Sardegna. Notevole è

Tab.17 Numero di scelte e adulti residenti per medico generico. Distribuzione regionale (v.a.)

Regioni	Adulti residenti per medico generico	Numero di scelte per medico
Piemonte	1.052	1.078
Valle d'Aosta	1.010	1.045
Lombardia	1.069	1.095
Prov. Aut. di Bolzano	1.729	1.830
Prov. Aut. di Trento	1.088	1.111
Veneto	1.140	1.161
Friuli Venezia Giulia	1.028	1.051
Liguria	1.036	1.029
Emilia Romagna	1.094	1.107
Toscana	1.074	1.040
Umbria	1.063	1.064
Marche	1.073	1.092
Lazio	969	1.014
Abruzzo	1.075	1.075
Molise	1.005	1.031
Campania	1.036	1.144
Puglia	1.052	1.095
Basilicata	920	1.065
Calabria	1.005	1.047
Sicilia	1.082	1.111
Sardegna	1.100	1.132
Italia	1.059	1.092

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario

lo scostamento positivo rilevato nella Regione Campania (+24%) e nella Regione Basilicata (+14%) (tab. 18, fig. 9)

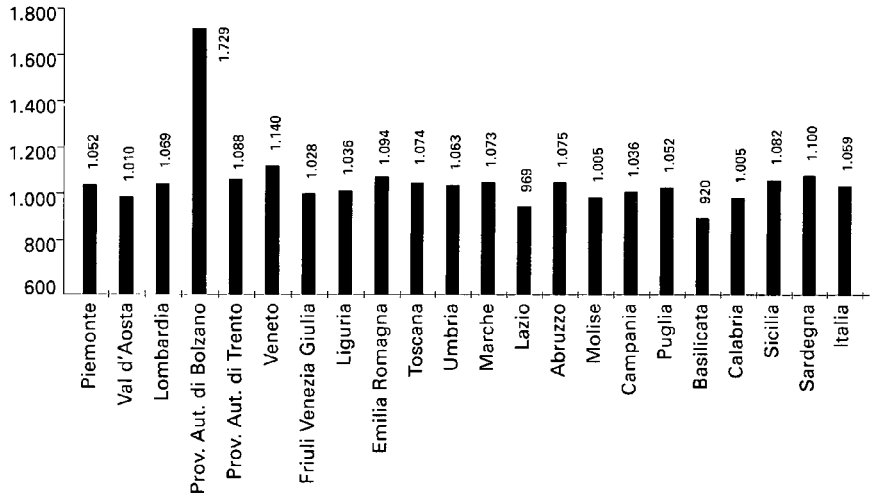
A fronte del carico potenziale dei medici di base (di medicina generale e pediatri), è possibile valutare il carico assistenziale effettivo, dato dal numero degli iscritti al SSN (coloro che hanno scelto presso la ASL di competenza il proprio medico di base) per ciascun medico. In tutte le Regioni tale indicatore evidenzia che il numero di scelte per medico di medicina generale è maggiore della popolazione adulta residente, mentre il numero di scelte per pediatra è sempre inferiore al numero dei bambini residenti. Complessivamente il numero totale delle scelte è prossimo al numero complessivo dei residenti. Da ciò si deduce, dunque, che per molti bambini è stata scelta l'assistenza erogata dal medico di medicina generale anziché pediatrica. Il numero medio di scelte per medico pediatra è, inoltre, in tutte le Regioni inferiore al massimale stabilito nel contratto di convenzione, pur essendo la popolazione in età pediatrica molto superiore a detto massimale.

7.2. Guardia medica

Il servizio di guardia medica garantisce la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana. Essa si realizza assicurando interventi domiciliari e territoriali per le urgenze notturne, festive e prefestive. L'attività di guardia medica è organizzata nell'ambito della programmazione regionale, per rispondere alle diverse esigenze legate alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche.

Nel 2001 sono stati rilevati, in Italia, 2.975 punti di guardia medica, con 13.709 medici titolari, ovvero 2 medici ogni 10.000 abitanti; nel 2002 si registra un aumento dei punti di guardia medica che diventano 2.999, con 14.035 medici titolari. Sempre nel 2002 i punti di

Fig.8 Numero di adulti residenti per medico generico. Anno 2000 (v.a.)



Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario

guardia medica, per 100.000 abitanti, corrispondono a 5,18; mentre i medici titolari, per 100.000 abitanti, sono stati pari a 24,26. Nel 2002 si registra che il numero di adulti residenti per medico generico è stato pari a 1.067 (rispetto al 1.065 del 2001) e il numero di bambini residenti per medico pediatra è stato pari a 1.073 (rispetto ai 1.075 del 2001).

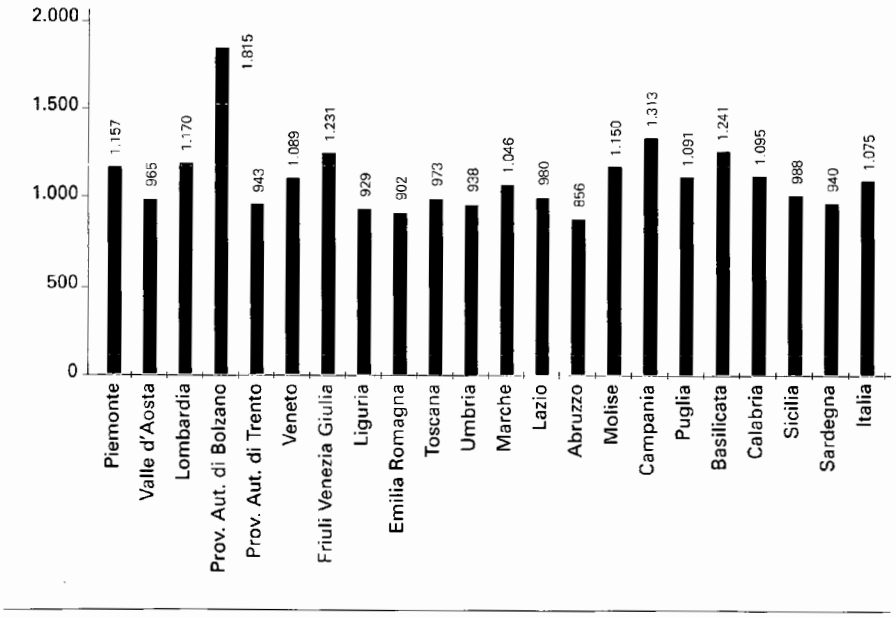
A livello territoriale si registra una realtà notevolmente diversificata, sia per quanto riguarda la densità dei punti di guardia medica rispetto alla popolazione, sia per quanto concerne il numero di medici titolari ogni 100.000 abitanti.

Nelle Regioni meridionali - in particolare in Molise, Basilicata e Calabria- si rileva una maggiore presenza di punti di guardia medica e un rapporto più elevato fra medici addetti e popolazione.

A parte la Valle d'Aosta e la Provincia Autonoma di Trento, che presentano un numero elevato di punti di guardia medica (quasi 7 ogni 100.000 abitanti), per quasi tutte le Regioni dell'Italia nord-centrale si registrano valori inferiori alla media nazionale.

Tali differenze territoriali sono da ricondurre a diversi fattori come, ad esempio, la diversa distribuzione territoriale delle strutture ospedaliere, oppure l'incidenza dei flussi turistici che interessano l'intero Paese e che, anche in questo caso, sono diversamente distribuiti.

Fig.9 Numero di bambini residenti per pediatra, per regione. Anno 2001 (v.a.)



Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario

Tab.18 Numero di scelte e bambini residenti per pediatria. Distribuzione regionale (v.a. e val. %)

Regioni	Bambini residenti per pediatria	Numero di scelte per pediatria	Scostmeto del carico potenziale
Piemonte	1.140	787	5,6
Valle d'Aosta	1.188	719	10,0
Lombardia	1.171	773	8,4
Prov. Aut. di Bolzano	1.795	849	66,2
Prov. Aut. di Trento	964	802	10,7
Veneto	1.087	819	0,6
Friuli Venezia Giulia	1.197	796	10,8
Liguria	910	743	15,7
Emilia Romagna	886	741	18,0
Toscana	1.015	756	6,0
Umbria	927	707	14,2
Marche	1.034	798	4,3
Lazio	965	746	10,6
Abruzzo	857	666	20,6
Molise	1.202	753	11,3
Campania	1.335	808	23,6
Puglia	1.095	792	1,4
Basilicata	1.233	703	14,2
Calabria	1.102	653	2,0
Sicilia	1.009	776	6,6
Sardegna	983	667	9,0
Italia	1.080	765	-

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario

Tab.19 Distribuzione regionale dei punti di guardia medica. Anno 2001 (val % e v.a.)

Regioni	Punti di guardia medica	Medici titolari		Ore totali
		Numero	x 1.000 abitanti	
Piemonte	134	529	0,1	945.220
Valle d'Aosta	8	26	0,2	50.672
Lombardia	220	1.114	0,1	1.657.893
Provi. Aut. di Bolzano	7	25	0,1	37.950
Prov. Aut. di Trento	32	98	0,2	225.866
Veneto	116	762	0,2	1.036.347
Friuli Venezia Giulia	45	134	0,1	281.938
Liguria	54	215	0,1	303.459
Emilia Romagna	158	634	0,2	1.048.515
Toscana	172	867	0,2	1.187.439
Umbria	43	238	0,3	358.293
Marche	90	393	0,3	1.064.190
Lazio	121	590	0,1	911.836
Abruzzo	95	406	0,3	567.017
Molise	45	208	0,6	269.439
Campania	247	1.731	0,3	2.877.320
Puglia	236	952	0,2	1.518.974
Basilicata	140	469	0,8	685.158
Calabria	342	1.224	0,6	2.082.880
Sicilia	509	2.235	0,4	2.992.763
Sardegna	161	859	0,5	966.842
Italia	2.975	13.709	0,2	21.070.011

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario

8. SISTEMA DI EMERGENZA SANITARIA

L'Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza (D.P.R. 27 marzo 1992):

- attribuisce al SSN competenza esclusiva relativa all'attività di soccorso sanitario;
- individua le condizioni per assicurare queste attività uniformemente su tutto il territorio nazionale, attraverso un complesso di servizi e prestazioni di urgenza ed emergenza, adeguatamente articolate a livello territoriale ed ospedaliero, con il coordinamento della Centrale operativa.

Le successive "Linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992", emanate nel 1996, forniscono indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza. Sulla base di tali indicazioni, il sistema dell'emergenza sanitaria (tab. 20) risulta costituito da:

Tab.20 Sistema dell'emergenza – urgenza

Regioni	**Centrali operative**	**% di territorio coperto dal sistema**
Piemonte	Alessandria, Asti, Biella, Cuneo, Novara, Torino, Verbania, Vercelli	100%
Valle d'Aosta	Aosta	100%
Lombardia	Milano, Bergamo, Brescia, Como, Cremona, Lecco, Lodi, Mantova, Monza, Pavia, Sondrio, Varese	100%
Prov. Aut. di Bolzano	Bolzano	100%
Prov. Aut. di Trento	Trento	100%
Veneto	Belluno, Mestre, Padova, Rovigo, Treviso, Verona, Vicenza	100%
Friuli Venezia Giulia	Trieste, Gorizia, Pordenone, Udine	100%
Liguria	Genova, Imperia, La Spezia, Lavagna, Savona	100%
Emilia Romagna	Bologna, Cesena, Ferrara, Forlì, Modena, Parma, Piacenza, Ravenna, Reggio Emilia, Rimini	100%
Toscana	Firenze, Arezzo, Empoli, Grosseto, Livorno, Lucca, Massa, Pisa, Pistoia, Prato, Siena, Viareggio	100%
Umbria	Perugia, Foligno, Terni	100%
Marche	Ancona, Ascoli Piceno, Macerata, Pesaro	100%
Lazio	Roma, Frosinone, Latina, Rieti, Viterbo	100%
Abruzzo	L'Aquila, Pescara, Teramo, Chieti	100%
Molise	Campobasso	100%
Campania	Napoli (3 C.O.) Avellino, Benevento, Caserta, Salerno, Vallo della Lucania (da attivare la C.O. per il trasporto pediatrico al Santobono)	100%
Puglia	Bari, Brindisi	35%
Basilicata	Sarà attivata probabilmente entro Gennaio 2003	
Calabria	Catanzaro, Cosenza, Crotone, Reggio Calabria, Vibo Valentia	100%
Sicilia	Palermo (TP), Caltanisetta (AG-EN), Catania (SR-RG), Messina	100%
Sardegna	Cagliari, Sassari	100%

Fonte: Ministero della Salute – D.G. della Programmazione Sanitaria

- un sistema di allarme sanitario, assicurato dalla Centrale operativa, alla quale affluiscono tutte le richieste di intervento sanitario in emergenza tramite il numero unico telefonico nazionale 118. La Centrale operativa garantisce il coordinamento di tutti gli interventi nell'ambito territoriale di riferimento ed attiva la risposta ospedaliera, 24 ore su 24, avvalendosi di personale infermieristico adeguatamente addestrato e di competenze mediche in emergenza urgenza;
- un sistema territoriale di soccorso, costituito dai mezzi di soccorso distribuiti sul territorio: ambulanze, centri mobili di rianimazione, eliambulanze;
- una rete di servizi e presidi.

Di questa rete fanno parte:

- Punti di primo intervento, dove il problema sanitario viene risolto o, nei casi in cui questo non è possibile, il paziente viene stabilizzato per il successivo invio all'ospedale più idoneo;
- PS ospedalieri, che assicurano gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato, oppure, nei casi più complessi, garantiscono gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e l'eventuale trasporto ad un ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate, sotto il coordinamento della Centrale operativa.

Nell'area dell'emergenza circa il 37,7% degli ospedali pubblici risulta dotato, nel 2001, di un dipartimento di emergenza e circa la metà del totale degli istituti di un centro di rianimazione. Il pronto soccorso è presente nell'83% circa degli ospedali. Dai dati di attività delle strutture con pronto soccorso, si evidenzia che nel 2001 ci sono stati circa 4 accessi ogni 10 abitanti e di questi il 21,4% è stato in seguito ricoverato. I reparti direttamente collegati all'area di emergenza dispongono, per il complesso degli istituti pubblici e privati accreditati, di 3.930 posti letto di terapia intensiva (6,7 per 100.000 abitanti), 1.186 posti letto di terapia intensiva neonatale (2,3 per 1.000 nati vivi) e 2.687 posti letto per unità coronarica (4,6 per 100.000 abitanti);

- Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA). Il DEA rappresenta un'aggregazione funzionale di unità operative che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico-assistenziale ma che riconoscono la propria interdipendenza, adottando un comune codice di comportamento assistenziale, al fine di assicurare, in collegamento con le strutture operanti sul territorio, una risposta rapida e completa. I DEA afferiscono a due livelli di complessità, in base alla tipologia di unità operative che li compongono: DEA di I livello e DEA di II livello.

La seguente tabella illustra l'attività di pronto soccorso e di accettazione nelle strutture pubbliche e in quelle private accreditate.

Tab.21 Attività di pronto soccorso delle strutture di ricovero pubbiche e delle case di cura private accreditate. Anno 2001

Regioni	Numero pazienti				% di ricoverati	N. accessi per 1.000 abitanti
	Ricoverati	Non ricoverati	Deceduti	Totale		
Piemonte	218.059	1.604.309	2.140	1.824.508	12,0	425
Val d'Aosta	6.712	30.955	39	37.706	17,8	313
Lombardia	625.965	2.984.890	4.217	3.615.072	17,3	396
P.A. Bolzano	32.037	200.011	89	232.137	13,8	499
P.A. Trento	31.881	209.154	103	241.138	13,2	505
Veneto	348.735	1.698.174	2.416	2.049.325	17,0	451
Friuli Venezia Giulia	70.121	385.710	353	456.184	15,4	384
Liguria	143.156	543.545	1.357	688.058	20,8	424
Emilia Romagna	332.568	1.048.118	1.659	1.742.345	19,1	435
Toscana	253.805	1.085.968	1.446	1.341.219	18,9	378
Umbria	76.653	285.404	3.787	365.844	21,0	435
Marche	101.587	507.518	528	609.633	16,7	415
Lazio	453.143	1.680.575	2.747	2.136.465	21,2	403
Abruzzo	165.183	345.292	272	510.747	32,3	399
Molise	57.392	88.158	99	145.649	39,4	445
Campania	472.805	1.892.216	963	2.365.984	20,0	409
Puglia	599.323	959.141	1.388	1.559.852	38,4	382
Basilicata	83.710	101.620	161	185.491	45,1	307
Calabria	244.425	544.347	321	789.093	31,0	386
Sicilia	638.030	1.641.524	1.032	2.280.586	28,0	449
Sardegna	94.393	366.639	232	461.264	20,5	280
Italia	5.049.683	18.563.268	25.349	23.638.300	21,4	409

N.B: L'attività di pronto soccorso può comprendere anche quella di accettazione

Fonte: Sistema Informativo Sanitario – Ministero della Salute
Dipartimento della programmazione flussi informativi delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere

9. ASSISTENZA OSPEDALIERA

9.1. Assistenza ospedaliera per acuti e lungodegenti

Il sistema SSN si avvale per l'assistenza ospedaliera di 1.410 Istituti di ricovero e cura di cui 778, pari al 55%, appartengono al settore pubblico. Risulta confermato il trend decrescente del numero degli istituti, già evidenziatosi negli anni precedenti, effetto della riconversione e dell'accorpamento di molte strutture. Il 73% delle strutture pubbliche è costituito da ospedali direttamente gestiti dalle Aziende USL, il 13% da Aziende Ospedaliere e il restante 15% dalle altre tipologie di ospedali pubblici.

I posti letto disponibili negli Istituti di ricovero e cura sono utilizzati per le discipline cosiddette per acuti (discipline mediche, chirurgiche e di emergenza) in modalità di degenza ordinaria e in day hospital e/o day surgery e per le discipline post-acuzie, in modalità di riabilitazione e lungodegenza, unità spinale.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) dispone di circa 260.000 posti letto per degenza ordinaria, di cui il 19% nelle strutture private accreditate e 24.713 posti per day hospital, quasi totalmente pubblici (93%). A livello nazionale sono disponibili 5 posti letto ogni mille abitanti, di cui 4,4 dedicati all'attività per acuti.

Le politiche di riorganizzazione della rete ospedaliera hanno, di fatto, inciso sulla diminuzione dei posti letto per le attività di ricovero ordinario, in buona parte riconvertiti in modalità di degenza diurna. Nel corso dell'ultimo quinquennio i posti letto per la degenza ordinaria sono diminuiti di quasi il 18%, mentre quelli di day hospital sono aumentati di quasi il 50%.

La dotazione di posti letto per le attività di day hospital e/o di day surgery è estremamente variabile a livello regionale. Il valore medio nazionale di percentuale di posti letto per day hospital, sul totale complessivo dei posti letto, è pari al 8,9% e, quindi, ancora leggermente inferiore a quanto previsto dall'atto di indirizzo e coordinamento del 1992. Sono superiori al valore previsto del 10% le Regioni: Umbria (14%), Provincia Autonoma di Trento (11,7%), Piemonte (10,6%), Emilia Romagna (10,4%), Lazio e Sicilia (10,1%). Decisamente lontane da quanto previsto la Regione Molise e la Provincia Autonoma di Bolzano, che registrano valori inferiori al 5%.

Anche la distribuzione regionale dell'indicatore posti letto per degenza ordinaria per 1.000 abitanti dimostra una elevata eterogeneità. Si passa dal 3,2 al 4,8 del Friuli Venezia Giulia e della Provincia Autonoma di Bolzano, al 4,7 della Sardegna e della Liguria. Tutte le Regioni meridionali ed insulari, ad eccezione della Sardegna, dispongono di un numero più basso di posti letto rispetto alla popolazione, mentre le Regioni settentrionali, ad eccezione della Valle d'Aosta e del Piemonte, di un numero più elevato. L'intensità del privato accreditato rispetto al pubblico è particolarmente evidente in alcune Regioni, quali la Calabria (1,3 per 1.000), la Sardegna, la Campania, il Lazio (0,9), le Marche e l'Emilia Romagna (0,8).

Il numero di posti letto dedicati alle discipline di emergenza (terapia intensiva, unità coronarica, grandi ustioni) sono 7.981, pari a circa 13,8 ogni 100.000 abitanti. Costituiscono il 3,3% dell'ammontare complessivo dei posti letto utilizzati per acuti, coerentemente con quanto stabilito dalle linee guida nazionali del 1996.

L'ospedalizzazione domiciliare è ancora una realtà poco diffusa nel nostro Paese. Nel SIS (Sistema Informativo Sanitario) risultano presenti solo 64 servizi, quasi interamente afferenti al settore pubblico, corrispondenti a poco più dell'8% delle strutture ospedaliere pubbliche esistenti sul territorio nazionale.

Nel 2001 sono state effettuate nelle strutture pubbliche e private accreditate circa 70 milioni di giornate di degenza e un ammontare totale di ricoveri pari a 9.275.973. Da questi dati emerge una diminuzione della degenza media (pari nei reparti pubblici a 6,9) e del tasso di utilizzo (77,8%). Nei reparti dedicati all'attività di riabilitazione e lungodegenza si osserva la stessa tendenza tra istituti pubblici e istituti privati accreditati: si è verificata una riduzione dei posti letto e delle giornate di degen-

za (con corrispondente diminuzione della degenza media che passa da 77,6 giorni del 1995 a 26,9 del 2001 nelle strutture pubbliche e da 49,2 giorni del 1995 a 32,8 del 2001 nelle strutture private accreditate).

Considerando che il legislatore ha previsto un parametro di riferimento del 160 per 1.000 complessivo – ossia che comprende anche le discipline di riabilitazione e lungodegenza – per rientrare nei parametri di riferimento sarebbe necessario prevedere ulteriori misure di razionalizzazione. Analizzando la situazione del ricovero ordinario, risulta una evidente variabilità a livello regionale. I valori più elevati si registrano nelle Regioni meridionali ed in particolare in Abruzzo, Basilicata, Molise e Puglia. I valori del tasso standardizzato, che consentono di ottenere un confronto più accurato, confermano tendenzialmente questo quadro. I valori più elevati permangono nelle regioni Puglia, Abruzzo, Molise e nella Provincia Autonoma di Bolzano e si accentuano le differenze territoriali tra il Centro-Nord ed il Sud del Paese (tab. 22).

Anche nella modalità assistenziale del ricovero diurno persiste una notevole variabilità regionale. Il tasso di ospedalizzazione per day hospital è più elevato nelle Regioni Liguria, Umbria, Sicilia e Sardegna, dove si registrano valori maggiori del 60 per 1.000 e più basso nella Provincia Autonoma di Bolzano e in Molise, dove i valori non raggiungono il 25 per 1.000. La tendenza ad un graduale e progressivo incremento del regime diurno si evidenzia in tutte le Regioni centrali e meridionali. Ovviamente, l'attività riflette l'organizzazione e, pertanto, la dotazione di risorse dedicate alla modalità di day hospital.

La durata della degenza ordinaria si è notevolmente ridotta nell'ultimo quinquennio, passando da 7,2 giorni a 6,8. I valori più bassi si registrano nell'area meridionale del Paese, con punte di 5,8 in Puglia, 5,5 in Campania e 5,6 in Sicilia. Eliminando l'effetto della diversa complessità dei casi trattati, i valori si riequilibrano e permangono più bassi nelle regioni Sicilia, Umbria, Campania e Puglia. La degenza media risulta inferiore nelle case di cura private (5,9) rispetto a quanto registrato negli Istituti pubblici. La degenza media tra gli Istituti privati diminuisce in modo uniforme tra le Regioni. La maggior parte dei ricoveri avviene per le malattie del sistema circolatorio, che costituiscono la causa di ricovero per quasi il 16% dei dimessi. Seguono le malattie dell'apparato digerente (10,7% dei dimessi), i traumatismi e gli avvelenamenti (9,0%), la gravidanza, il parto e il puerperio (8,5%) e i tumori (8,7%).

I costi del livello di assistenza ospedaliera (complessivamente erogata, sia nelle discipline per acuti che per la riabilitazione e la lungodegenza) sono stati pari, nel 2000, a circa 34 miliardi di euro (33.922.549.541) con un'incidenza pro-capite di 588 euro. Il costo pro-capite varia da un minimo di 524 euro in Toscana a un massimo di 797 in Valle d'Aosta. Sono presenti valori significativamente superiori alla media nazionale oltre che in Valle D'Aosta anche nella Provincia Autonoma di Bolzano, nella Provincia Autonoma di Trento, nel Veneto, nel Friuli Venezia Giulia, nel Lazio, in Abruzzo e in Basilicata. Nelle Regioni di dimensioni contenute – come la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Bolzano e la Basilicata – il maggior costo pro-capite è da collegarsi alle diseconomie di scala, dovute al territorio montuoso sul quale insistono ospedali, spesso di piccole dimensioni, ed ai maggiori costi del personale che si rilevano nelle Regioni a statuto speciale con bilinguismo.

In alcune Regioni, invece, il costo pro-capite è inferiore alla media nazionale. Tra queste le migliori performances si rilevano in Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Marche (fig. 10). Tali Regioni hanno affrontato negli scorsi anni un processo di riorganizzazione della rete ospedaliera, in alcuni casi ancora in corso, il quale ha portato ad una razionalizzazione dei costi in termini di performances ospedaliere e di appropriatezza delle cure (tab. 23).

Dai dati illustrati, si rileva una sostanziale tendenza alla riduzione del ricovero ordinario sia tramite il potenziamento del ricovero diurno, sia portando fuori dall'ospedale, per quanto possibile, la cura di quelle patologie che posso-

no essere adeguatamente trattate in sede ambulatoriale o domiciliare (in particolare quelle croniche).

L'attività ospedaliera erogata nelle discipline di recupero e riabilitazione funzionale, lungodegenza e unità spinale viene effettuata su quasi 28.000 posti letto equamente distribuiti tra le strutture pubbliche e quelle private.

A livello regionale, si riflettono situazioni alquanto diversificate. In Veneto e in Sicilia si evidenzia una palese predominanza del settore pubblico su quello privato, mentre nel Lazio, in Campania e in Calabria la predominanza è a favore del settore privato. L'ammontare dei posti letto, per degenza ordinaria e per day hospital, sulla popolazione residente, è pari allo 0,6% e, nonostante l'incremento verificatosi negli ultimi anni, lo standard previsto dalle normative nazionali (1 per 1.000) è ancora lontano.

Escludendo la Valle d'Aosta, che non ha posti letto dedicati alla riabilitazione ospedaliera, quasi tutte le Regioni centro-meridionali si caratterizzano per un valore dell'indicatore infe-

Tab. 22 Tassi di ospedalizzazione per degenza ordinaria e day hospital. Anno 2000. Strutture di ricovero pubbliche e private accreditate. Discipline per acuti

Regioni	Tasso grezzo d.o.	Tasso grezzo d.h.	Tasso di ospedalizzazione complessivo	Tasso standardizzato d.o.
Piemonte	135,8	48,0	183,8	130,8
Valle d'Aosta	150,5	53,3	203,8	147,5
Lombardia	156,5	49,8	206,3	156,6
Prov. Aut. di Bolzano	183,4	16,1	199,5	192,6
Prov. Aut. di Trento	156,9	46,2	203,1	156,0
Veneto	142,9	49,8	192,7	142,0
Friuli Venezia Giulia	145,1	39,0	184,1	133,2
Liguria	169,1	71,4	240,5	153,5
Emilia Romagna	146,9	59,1	206,0	135,5
Toscana	143,6	43,8	187,4	133,1
Umbria	157,5	60,9	218,4	147,8
Marche	166,9	43,4	210,3	157,6
Lazio	152,7	43,5	196,2	155,2
Abruzzo	203,4	42,5	245,9	199,4
Molise	192,8	13,9	206,7	188,4
Campania	168,3	39,1	207,4	183,2
Puglia	196,8	35,4	232,2	208,9
Basilicata	180,3	40,2	220,5	184,6
Calabria	176,7	38,0	214,7	185,7
Sicilia	151,0	49,8	200,8	157,2
Sardegna	160,9	62,7	223,6	170,7
Italia	158,6	46,8	205,4	158,6

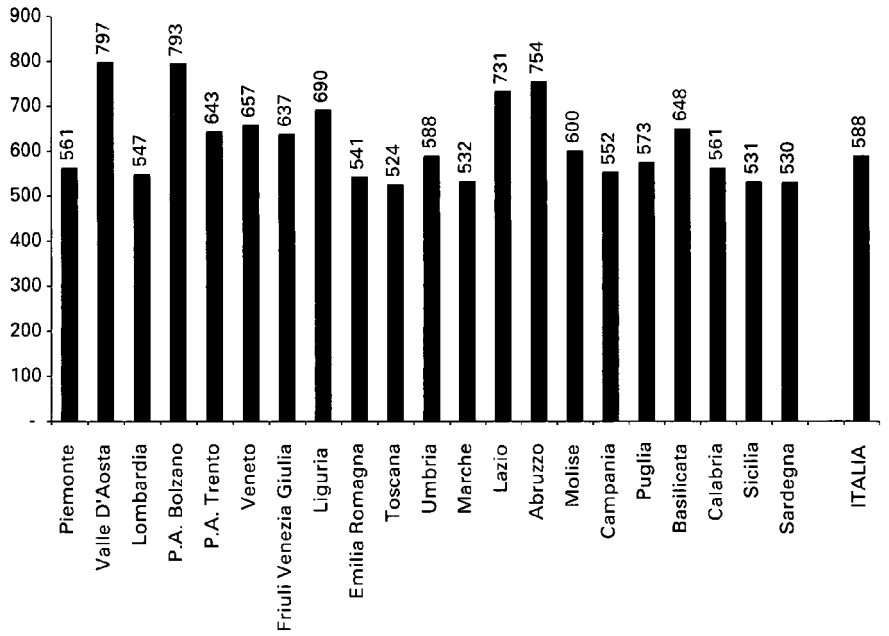
Fonte: Sistema Informativo Sanitario – SDO

riore allo 0,5%. La Provincia Autonoma di Trento, il Piemonte ed il Lazio registrano valori uguali o maggiori allo 0,6%.

L'attività di riabilitazione e l'unità spinale vengono erogate quasi esclusivamente in regime di degenza ordinaria. Solo il 7,4% dei posti, pari a circa 1.600 su 22.000, sono dedicati alle prestazioni in modalità diurna. Oltre alla Valle d'Aosta ed alla Provincia Autonoma di Bolzano e il Molise, anche il Friuli Venezia Giulia, la Liguria, l'Abruzzo, la Basilicata e la Sardegna hanno un numero pressoché nullo di posti dedicati al ricovero diurno. I reparti di riabilitazione dispongono di circa 18.000 posti letto, pari allo 0,3 per 1.000 abitanti. Le Regioni con numero di posti letto per 1.000 abitanti inferiore allo 0,1% sono la Basilicata e la Sardegna, mentre superiori allo 0,6 ci sono la Provincia Autonoma di Trento e il Lazio.

I reparti per l'unità spinale sono per lo più ubicati nelle Regioni settentrionali del Paese. Ci sono circa 370 posti letto, di cui circa 100 in

Fig.10 Costo pro-capite per l'assistenza ospedaliera, per ragione. Anno 2000 (v.a. in euro)



Fonte: Ministero della Salute – D.G. della Programmazione Sanitaria

Tab. 23 Costo dell'assistenza ospedaliera.

Regioni	Complessivo (euro)	pro-capite (euro)
Piemonte	2.407.015.034	561
Valle D'Aosta	95.910.178	797
Lombardia	4.962.944.217	547
P.A. Bolzano	367.007.184	793
P.A. Trento	304.378.005	643
Veneto	2.965.080.800	657
Friuli Venezia Giulia	754.853.920	637
Liguria	1.122.101.773	690
Emilia Romagna	2.154.433.008	541
Toscana	1.854.126.232	524
Umbria	490.897.964	588
Marche	777.249.041	532
Lazio	3.850.242.477	731
Abruzzo	963.811.865	754
Molise	196.765.947	600
Campania	3.191.135.534	552
Puglia	2.342.537.972	573
Basilicata	393.081.543	648
Calabria	1.151.027.491	561
Sicilia	2.702.226.446	531
Sardegna	875.722.911	530
ITALIA	**33.922.549.541**	**588**

Per Lombardia, Abruzzo, Campania, Calabria, Sicilia il dato è stato stimato a partire dal 1999. I dati si riferiscono ai costi effettivamente sostenuti sul territorio della regione. I costi dell'assistenza ospedaliera sono al netto dei costi amministrativi imputabili a tale livello, il cui importo è pari a 3.616.051.000 euro.

Fonte: Ministero della Salute
D.G. della Programmazione Sanitaria

Lombardia, 66 in Veneto e 50 in Toscana.

Per il settore della lungodegenza ci sono oltre 10.000 posti letto, corrispondenti allo 0,19 ogni 1.000 abitanti. I valori più alti dell'indicatore si registrano nella Provincia Autonoma di Trento (0,70), in Emilia Romagna (0,50) e nel Lazio (0,52).

Nel complesso nell'anno 2001, ci sono stati circa 323 mila ricoveri per riabilitazione e lungodegenza con oltre 8,6 milioni di giornate di degenza. I ricoveri ospedalieri, nelle discipline di riabilitazione e lungodegenza, rappresentano meno del 3% dell'ammontare complessivo dei ricoveri.

Il tasso di ospedalizzazione è pari al 5,7 per 1.000, ma registra una evidente variabilità a livello regionale. I valori minimi si trovano in Sardegna (0,9 per 1.000) e in Sicilia (1,9) e i valori massimi in Emilia Romagna (9,7) e nella Provincia Autonoma di Trento (16,3), riflettendo la dotazione dei reparti dedicati.

Nel ricovero ordinario l'indicatore di permanenza media nella struttura sta progressivamente aumentando nel settore pubblico, dove è passata da 19 giorni del 1998 a 24,6 nel 2000, e sta contraendosi nel settore privato dove è passata da 30,1 a 28,3 (tab. 24).

Tab. 24 Degenza media nelle strutture pubbliche e accredidate. Anno 2000. Discipline di riabilitazione e lungodegenza

Regioni	**Strutture pubbliche**	**Strutture private accreditate**
Piemonte	29,6	34,1
Valle d'Aosta	-	-
Lombardia	20,7	20,1
Prov. Aut. di Bolzano	18,9	28,9
Prov. Aut. di Trento	18,3	23,9
Veneto	21,0	21,0
Friuli Venezia Giulia	26,7	25,7
Liguria	29,8	15,8
Emilia Romagna	31,4	23,3
Toscana	21,8	30,9
Umbria	23,2	8,8
Marche	25,4	40,2
Lazio	41,4	40,2
Abruzzo	14,3	21,5
Molise	33,1	-
Campania	20,3	36,9
Puglia	20,2	24,9
Basilicata	26,0	-
Calabria	19,1	40,0
Sicilia	35,0	16,0
Sardegna	55,1	67,8
Italia	24,6	28,3

Fonte: Ministero della Salute
D.G. della Programmazione Sanitaria

10. ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI

In Italia muoiono ogni anno oltre 157.000 persone a causa di una malattia neoplastica (ISTAT, 2000). Circa 141.300 (90%) hanno una fase terminale che necessita di un piano personalizzato di cura. Per ciò che riguarda i malati non neoplastici, pur in assenza di stime epidemiologiche certe, si fa riferimento a quanto contenuto nell'Accordo del 19 aprile 2001 della Conferenza Unificata "Accordo tra il Ministro della sanità, le Regioni, le Province Autonome di Trento e Bolzano e le Province, i Comuni e le Comunità Montane, sul documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative", pubblicato in G.U. serie generale n. 110, il 14 maggio 2001. Le evidenze disponibili suggeriscono che l'utenza potenziale di un programma di intervento di cure palliative per malati non neoplastici è stimabile annualmente nel 50%-100% degli utenti potenziali per malattia neoplastica (tab. 25).

La fase terminale richiede livelli assistenziali a complessità differenziata, adeguati alle necessità del malato che mutano in modo rapido ed imprevedibile. Per questo è necessario programmare un sistema a rete, che offra la maggior possibilità di integrazione possibile tra differenti modelli e livelli di intervento e tra i differenti e numerosi soggetti professionali coinvolti.

La rete deve comprendere l'offerta di assistenza sia a domicilio, sede privilegiata preferita dal malato e dal nucleo famigliare nel 75%-85% dei casi, sia in strutture di degenza specificamente dedicate al ricovero e soggiorno (hospice) per quel 15%-25% di malati non assistibili a domicilio.

Va considerato che, mediante i finanziamenti statali previsti dall'apposito programma, è prevista l'attivazione di oltre 2.000 posti letto in strutture residenziali per malati terminali (hospice) (tab. 26).

Tab. 25 Utenza potenziale annua di cure palliative (nuovi pazienti anno)

	Decessi annui (ISTAT 2000)	**Utenza potenziale** (90%) dei decessi	
Malattia neoplastica	157.000	141.300	
Malattia non neoplastica	78.500-157.000	70.650-141.300	
	Malattia neoplastica	**Malattia non neoplastica**	**Range di utenza potenziale**
Utenza potenziale minima	141.300	70.650	211.950
Utenza potenziale massima	141.300	141.300	282.600

Fonte: Comitato Cure Palliative

Tab.26 Strutture e posti letto per malati terminali, I e II tranche. Distribuzione regionale (v.a. e val. %)

Regioni	Finanz. 1998-1999		Finanz. 2000-2002		Totale		Posti letto x 10.000 ab.
	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto	
Piemonte	15	177	5	44	20	221	0,49
Val d'Aosta	1	10	0	0	1	10	0,83
Lombardia	25	245	*	*	25	245	0,27
Prov. Aut. Bolzano	1	10	0	5	1	15	0,32
Prov. Aut. Trento	2	20	0	0	2	20	0,42
Veneto	9	90	6	46	15	136	0,30
Friuli Venezia Giulia	3	30	1	15	4	45	0,38
Liguria	6	59	1	10	7	69	0,43
Emilia Romagna	15	168	6	61	21	229	0,57
Toscana	10	117	6	49	16	166	0,47
Umbria	4	38	*	*	4	38	0,45
Marche	4	54	4	33	8	87	0,59
Lazio	6	93	*	*	6	93	0,26
Abruzzo	6	60	1	18	7	78	0,61
Molise	1	12	0	5	1	17	0,52
Campania	4	42	*	*	4	42	0,17
Puglia	6	48	*	*	6	48	0,10
Basilicata	3	30	2	15	5	45	0,74
Calabria	2	22	5	62	7	84	0,41
Sicilia	9	102	8	90	17	192	0,38
Sardegna	3	40	0	0	3	40	0,24
Totale	135	1.467	45	453	180	1920	0,35

* Documentazione in via di perfezionamento

Fonte: Ministero della Salute – Direzione Generale Sistema Informativo e Statistico e degli investimenti strutturali e tecnologici

11. SERVIZI TRASFUSIONALI

Il sangue è una componente fondamentale delle cure mediche, in particolare in campo ematologico, oncologico, chirurgico e cardiochirurgico.

Le problematiche principali connesse al suo utilizzo riguardano la sicurezza trasfusionale, l'approvvigionamento e l'appropriatezza della richiesta. Per questo il "Piano Nazionale Sangue e Plasma 1999-2001", sulla base delle iniziative già intraprese e delle raccomandazioni dell'UE e del Consiglio d'Europa, individua tra i principali obiettivi il conseguimento dell'autosufficienza e della sicurezza trasfusionale e, insieme ad essi, la razionalizzazione del modello organizzativo, lo sviluppo scientifico e tecnologico, la qualità, l'efficienza ed economicità di gestione delle strutture trasfusionali, la politica sociale in campo trasfusionale.

Una razionalizzazione del modello organizzativo è stata operata con l'istituzione di servizi di immunoematologia e trasfusione, centri trasfusionali, unità di raccolta, definendone i bacini d'utenza e la funzioni.

Inoltre, per garantire la massima riduzione possibile del rischio trasfusionale sono state adottate tecniche di biologia molecolare, le quali hanno ridotto in maniera drastica il rischio di trasmissione dei virus dell'epatite e dell'AIDS mediante la trasfusione del sangue e dei suoi prodotti.

Il "Piano Nazionale Sangue e Plasma 1999-2001" ha anche previsto l'attivazione del sistema nazionale di emovigilanza che, attraverso il monitoraggio delle informazioni raccolte sistematicamente, potrà adottare misure adeguate per ridurre le situazioni avverse e gli errori di trasfusione, l'incidenza di malattie trasmesse con il sangue.

Infine, per migliorare il buon uso del sangue e degli emoderivati sono state emanate Linee Guida ed istituiti Comitati ospedalieri.

Varie iniziative a livello centrale e a livello regionale sono state, inoltre, intraprese per il raggiungimento della autosufficienza nazionale e per implementare l'appropriatezza dell'utilizzo del sangue e degli emoderivati.

Si è, pertanto, registrato nel periodo 1998-2001, secondo i dati del Registro nazionale del sangue e del plasma, un incremento del numero dei donatori per mille abitanti di 2 unità, e un incremento del 6,8% di unità di sangue intero raccolto nello stesso periodo. Tuttavia, permane ancora una forte variabilità nel numero dei donatori tra le diverse regioni, che sono 17 per mille abitanti nell'Italia meridionale, rispetto alla media nazionale di 23 (tab. 27).

Tab. 27 Dati trasfusionali relativi sia al territorio nazionale che suddivisi per aree geografiche (v.a. e val. %)

	Italia	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Isole
Popolazione (ISTAT 2000)	57.844.000	15.153.000	10.681.000	11.160.000	14.125.000	6.725.000
Donatori	1.320.000	371.000	315.000	252.000	231.000	151.000
% donatori nuovi	15	9	6	19	26	20
% donatori periodici	85	91	94	81	74	80

Fonte: Istituto Superiore della Sanità

12. TRAPIANTI

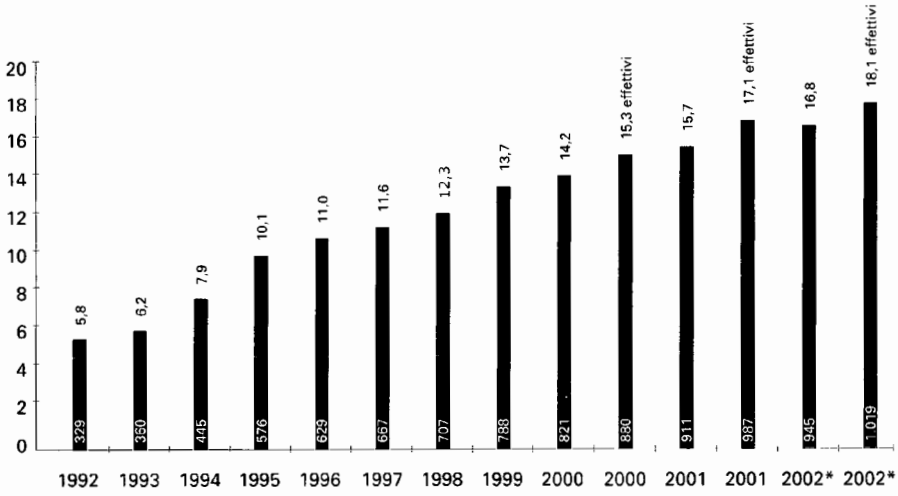
Il cospicuo incremento fatto registrare sul fronte delle donazioni e dei trapianti, ha consentito al nostro Paese di passare da 329 donatori utilizzati nell'anno 1992 (5,8 p.m.p) a 945 (16,8 p.m.p.) nel 2002 superando la media europea (fig. 11). Per questo, l'obiettivo da raggiungere non riguarda più il confronto con il numero di donatori a livello europeo (raggiunto nel 1999) ma il massimo soddisfacimento del bisogno dei pazienti, sia in termini di numero di trapianti che di qualità delle prestazioni.

Nel 2002 il Ministro della salute ha affidato all'ISS il compito di valutare la qualità del sistema sanità a livello nazionale, attraverso una determinazione delle performances ottenute nella terapie di alcune patologie, al fine di consentire il confronto (bench marking) tra le diverse strutture specializzate operanti sul territorio nazionale e migliorare lo stato di salute.

Il Centro Nazionale Trapianti ha avviato la valutazione delle attività di trapianto di rene, fegato, cuore, polmone, pancreas e trapianto pediatrico, coinvolgendo i centri operativi e i professionisti del settore. I dati raccolti hanno dimostrato che la qualità del sistema trapianti in Italia è assolutamente elevata e in grado di garantire buone performances in tutti i centri trapianto attualmente operativi.

Vale la pena qui riportare i dati della sopravvivenza ad un anno del paziente e dell'organo e quelli relativi alla riabilitazione del paziente trapiantato, dai quali si ricava una valutazione positiva circa gli esiti dei trapianti eseguiti nel

Fig.11 Donatori utilizzati 1992-2002* (v.a.)



* Anno 2002: proiezione dati 31 agosto 2002

Fonte: Ministero della Salute

nostro Paese.

I dati raccolti evidenziano che i risultati dei centri italiani sono allineati o superiori alle casistiche internazionali di riferimento, testimoniando la assoluta qualità del sistema nazionale trapianti (tab. 28). Infatti, nella donazione di organi l'Italia, con il 18,1 donatori per milioni di abitanti (pmp), è seconda tra le grandi nazioni europee, dietro alla Spagna (32,5 donatori pmp), pari alla Francia (17,8 pmp) e prima della Germania (13,1 pmp) e del Regno Unito (13,5 pmp). Da tenere in considerazione l'aumento, nel 2002, del 15% delle donazioni registrato nell'area centro sud rispetto al 2001, un dato che riduce la differenza tra le regioni del nord e quelle del mezzogiorno.

Quanto ai trapianti, nel 2002 sono stati trapiantati 2.681 pazienti (2.620 nel 2001): 1.466 di rene, 310 di cuore, 830 di fegato, 59 di polmone, 76 di pancreas, 5 di intestino, 2 multiviscerali (1 con fegato e pancreas e 1 con pancreas), 50 di rene-pancreas, 12 di rene-fegato, 1 di cuore-polmone. Positivo, infine, anche il dato relativo al trapianto di cellule staminali emopoietiche nel 2002: con 3.917 trapianti, l'Italia si colloca al primo posto in Europa.

Tra i risultati positivi meritano particolare attenzione quelli relativi alla riabilitazione dei pazienti trapiantati dai quali si ricava, come mostrano i dati relativi ai trapiantati di fegato e rene, che la grande maggioranza dei pazienti è in grado di svolgere una normale attività, compatibilmente con l'età biologica. Solo una minoranza dei pazienti, infatti, presenta limitazioni dell'attività per causa di malattia o non ha chiaramente espresso un giudizio.

Tutto ciò a conferma che il trapianto costituisce oggi una terapia di reale riabilitazione del paziente, a cui accedono, di anno in anno, sempre più persone.

I discreti livelli di donazione raggiunti, seppur in modo non uniforme su tutto il territorio nazionale, consolidano la posizione del nostro Paese nel panorama europeo, evidenziando in modo chiaro lo sviluppo del sistema nazionale. Ma se si può affermare che il nostro sistema trapianti ha raggiunto un buon livello di atti-

Tab. 28 Confronto tra i dati relativi alla sopravvivenza del paziente e dell'organo ottenuti in Italia con quelli dei principali Registri Internazionali

	Sopravvivenza 1 anno					
	Fegato		Cuore		Rene	
	Paziente	Organo	Paziente	Organo	Paziente	Organo
Italia	82	76	87	87	97	93
ELTR*	79	72	-	-	-	-
UNOS**	87	80	85	84	95	89
CTS***	83	75	82	81	94	86

Note:

* ELTR (European Liver Transplant Registri): trapianti dal 5/1968 al 12/2000

** UNOS (United Network for Organ Sharing): trapianti anni 1998-1999

*** CTS (Collaborative Transplant Study): trapianti anni 1994-2000

Fonte: Istituto Superiore della Sanità

vità, non solo in termini di quantità ma anche di qualità e sicurezza, non si può certamente dire, purtroppo, che tali livelli garantiscano il soddisfacimento della crescente domanda, come dimostrano i dati relativi alle liste di attesa. I dati aggiornati al 2002, infatti, ci dicono che 7.451 pazienti aspettano un rene, 1.440 il fegato, 788 il cuore e 242 un polmone. Il tempo medio di attesa per un rene è di 3,2 anni, per un cuore di 1,9 anni, per il fegato di 1,6 anni, per il polmone di 1,8 anni.

13. QUALITÀ DEI SERVIZI

13.1. La qualità percepita dei servizi sanitari

Le linee di tendenza sulla qualità percepita dei servizi sanitari derivano dalla ricerca "La qualità percepita dei servizi sanitari pubblici in Italia", commissionata dal Ministero della sanità ad Eurisko. L'indagine è stata condotta, nel periodo gennaio-dicembre 2000, su un campione rappresentativo della popolazione italiana d'età superiore a 14 anni. I risultati sono confrontati con un analogo studio a livello nazionale condotto, per conto del Ministero della sanità, nel 1997.

Le indicazioni più rilevanti della ricerca si riferiscono alle seguenti aree:

- il giudizio dell'opinione pubblica sul SSN;
- il giudizio sul SSN basato sull'esperienza;
- l'accesso e le dimensioni di fruizione dei servizi sanitari pubblici;
- la valutazione complessiva della qualità dei servizi fruiti;
- la valutazione analitica della prestazione dei servizi fruiti con l'indicazione, per ciascun servizio, delle priorità d'intervento per migliorare la qualità percepita (intesa, in questo ambito come soddisfazione presso l'utenza).

Per quanto riguarda il giudizio dell'opinione pubblica sul SSN, la maggioranza della popolazione (62%) si orienta su un giudizio di sufficienza o si dichiara soddisfatto (giudizio molto buono, buono o sufficiente) e il 38% si dichiara insoddisfatto (giudizio mediocre, scadente o molto scadente).

Tale valutazione complessiva appare in ripresa rispetto alla precedente rilevazione del 1997. Infatti, il SSN si configura come il servizio che più di ogni altro è migliorato nella percezione dei cittadini nel periodo 1997-2000.

Ancora più positivo risulta il giudizio dell'opinione pubblica, sull'insieme dei servizi sanitari pubblici della zona di residenza.

Su questo versante, infatti, i giudizi positivi aumentano di tre punti percentuali: il 65% della popolazione li giudica molto buoni, buoni o sufficienti, il 35% li giudica mediocri, scadenti o molto scadenti.

Lo stesso orientamento positivo si riscontra nelle persone che hanno utilizzato un servizio pubblico negli ultimi sei mesi.

La valutazione media dei servizi sanitari pubblici, complessivamente fruiti negli ultimi sei mesi, è orientata in senso positivo. Infatti, il 64% dei fruitori ne dà un giudizio di eccellenza a fronte di un 13% rimasto negativamente impressionato.

Il dato conferma, nella sostanza, quanto già emerso nel 1997.

Questo quadro tendenzialmente positivo viene ulteriormente confermato dalla scarsa incidenza delle criticità sul versante della accessibilità ai servizi.

Infatti, l'esperienza di non poter accedere ad un servizio perché non disponibile, in riferimento alle proprie necessità, risulta del tutto minoritaria e riguarda solo il 9% degli intervistati.

Sulla base dei risultati della ricerca – e in particolare in relazione alle aree percepite di criticità e di eccellenza – è, inoltre, possibile classificare i servizi sanitari pubblici in:

- servizi relativamente meno eccellenti e più critici, come sportelli e uffici amministrativi dell'ASL e PS;
- servizi relativamente meno eccellenti ma anche meno critici, come servizi domiciliari, Uffici Relazione con il Pubblico, servizi di diagnosi e cura in ospedale;
- servizi eccellenti, con aree di criticità, come medicina di base e laboratori analisi.

13.2. L'accreditamento dei servizi sanitari

L'accreditamento, che rappresenta uno strumento di garanzia della qualità delle attività sanitarie, è stato introdotto nella normativa italiana dal D.Lgs. 502/92, ma ha trovato notevoli difficoltà nella sua applicazione pratica.

Un'indagine svolta nei primi mesi del 2002 dalla CNAQ (Commissione Nazionale per l'Accreditamento e la Qualità), cui è attribuita una specifica competenza sul tema, in collaborazione con le Regioni e Province Autonome, ha permesso di avere un quadro preciso sullo stato di applicazione dell'accreditamento. Si è

evidenziato che solo 15 Regioni hanno recepito il D.P.R. 14 gennaio 1997 inerente i requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione delle strutture sanitarie, che è preliminare al processo di accreditamento. Per quanto attiene all'accreditamento, 16 Regioni hanno emanato atti per disciplinarlo, mentre in merito alla determinazione del fabbisogno, richiesta dallo stesso D.L. 229/99 per l'attivazione dell'autorizzazione e dell'accreditamento, 6 Regioni dichiarano di avere provveduto a ciò per tutti i settori, 8 Regioni per alcuni settori, mentre 7 non lo hanno determinato. Sono comunque 17 le Regioni che dichiarano di avere in corso di definizione o approvazione normative sui temi inerenti autorizzazione od accreditamento.

La rilevazione della Commissione Nazionale (inizio 2002) ha chiarito che l'accreditamento ha avuto forme di concretizzazione reale solo in 7 Regioni. Per la precisione, in quattro Regioni il processo è giunto nella fase attuativa – ovvero di gestione completa di tutto il percorso con rilascio (o negazione) del certificato di accreditamento – alla conclusione di una procedura formalizzata. Esso ha coinvolto tutte le tipologie di strutture sanitarie solo nella Regione Lombardia, dove hanno avuto l'accreditamento definitivo 183 strutture ambulatoriali pubbliche e 302 private ex-convenzionate, come pure i 118 ospedali e le 75 case di cura, oltre a 59 strutture residenziali. In Friuli Venezia Giulia l'accreditamento è stato limitato alle sole strutture ambulatoriali, con l'accreditamento di 23 strutture ambulatoriali pubbliche su 167 esistenti e di 42 private su 46 (a 4 strutture è stato revocato l'accreditamento), oltre che ad 11 privati non ex-convenzionati. In due Regioni (Marche e Piemonte) il processo è stato attivato nei primi mesi del 2002 ed è in una fase iniziale. In altre tre Regioni il processo è ancora in fase sperimentale: l'Emilia Romagna ha realizzato l'accreditamento sperimentale su 150 strutture ambulatoriali pubbliche, 4 ambulatoriali private ex-convenzionate, 85 ospedali e 21 case di cura su 38 presenti; la Toscana ha sperimentato su 80 ospedali pubblici e su 4 ambulatori pubblici; la Provincia Autonoma di Bolzano ha fatto una sperimentazione su due strutture termali.

13.3. L'ECM come strumento per la qualità professionale degli operatori della sanità

Il sistema di ECM (Educazione Medica Continua) è stato attivato in Italia nel 2000 in base al D.L. n. 502 del 1992 con la nomina della Commissione Nazionale per l'ECM, poi modificata ed estesa ai rappresentanti delle Regioni e delle professioni sanitarie non mediche nel 2002.

Questi provvedimenti hanno introdotto in Italia il principio dell'obbligatorietà dell'aggiornamento dei medici, reso necessario dal sempre più rapido progredire dell'innovazione nel settore medico, biologico, della diagnostica e della clinica ed hanno uniformato il nostro Paese con quanto già avviene in molti paesi europei.

Il sistema è stato avviato in forma sperimentale dal 2000 con le seguenti caratteristiche:

- le procedure di richiesta di accreditamento, assegnazione dei crediti e registrazione delle valutazioni sono completamente informatizzate sul sito del Ministero della salute;
- gli argomenti e gli obiettivi dell'ECM di ogni singolo medico non sono lasciati del tutto alla decisione individuale (in base ai bisogni di aggiornamento individualmente percepiti), ma sono in parte determinati da obiettivi prioritari di salute a livello nazionale e regionale;
- vengono al momento accreditati solo eventi formativi residenziali, con la partecipazione diretta dei discenti, mentre la formazione a distanza è ancora in fase di sperimentazione;
- nelle more dell'accreditamento dei soggetti fornitori di ECM ("Provider") ogni evento formativo viene valutato da parte di esperti che, in base a parametri prefissati, assegnano il numero di crediti valutando la rilevanza dell'argomento, la qualità pedagogica e la qualità organizzativa dell'evento;
- l'obbligatorietà del sistema ECM segue criteri di gradualità. È obbligatorio acquisire 10 crediti nel 2002, 20 nel 2003 e così via fino a 50 nel 2006 quando, uniformemente alle in-

dicazioni europee, si dovranno acquisire 150 crediti in 3 anni.

Le fasi sperimentali hanno riguardato gli eventi formativi relativi all'anno 2001. Per quanto concerne gli eventi formativi residenziali, la fase sperimentale si è conclusa il 31 dicembre 2001 e a partire dal primo gennaio 2002 è iniziata la fase a regime. Per quanto riguarda la formazione a distanza, la fase sperimentale sarà avviata nell'autunno 2003.

In base alla considerazione che i medici sono un elemento importante ma non l'unico a determinare la qualità complessiva dell'assistenza e considerato che sulla qualità complessiva intervengono tutti gli operatori coinvolti nelle procedure sanitarie (oltre al livello qualitativo dell'organizzazione del sistema e delle strutture), l'obbligo dell'ECM in Italia è stato esteso a tutti gli operatori della Sanità (oltre 900.000 soggetti).

Questo comporta un onere organizzativo ed investimenti di spesa non ancora ben definiti (costi diretti e costi indiretti legati al tempo/assenze degli operatori) ma, se realizzato in modo efficace, potrebbe costituire elemento di importante avanzamento e miglioramento complessivo della qualità dell'assistenza.

13.4. Le liste di attesa

L'attuazione di quanto disposto dal D.L. n.124 del 1998, in materia di riduzione delle liste d'attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e di day hospital, ha dato luogo ad una serie di programmi e di iniziative, da parte di Regioni e Aziende sanitarie, diversi per metodi, risorse e risultati.

Più recentemente, l'accordo tra Stato e Regioni, siglato il 14 febbraio 2002, ha fornito un ulteriore vigore a tali programmi di attività, estendendo il campo di applicazione a tutte le prestazioni sanitarie, ambulatoriali e di ricovero, per le quali la riduzione dei tempi di attesa rivesta carattere di priorità, sulla base di valutazioni di appropriatezza e di urgenza.

L'accordo- attraverso le "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa" che sono andate ad integrare, come allegato, il D.P.C.M. del 29 novembre 2002 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"- ha ribadito che un'erogazione tempestiva delle prestazioni sanitarie è condizione fondamentale per ottemperare ai principi alla base dei LEA (Livelli Essenziali d'Assistenza) e in particolare a quelli della corretta risposta a bisogni di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità ed appropriatezza delle cure.

Il successivo accordo tra Stato e Regioni dell'11 luglio 2002, attraverso un lavoro istruttorio effettuato dal tavolo di monitoraggio dei LEA, ha individuato una classificazione nazionale delle classi di priorità per l'accesso alle prestazioni, sia ambulatoriali che di ricovero. Il tema del tempo di attesa viene declinato in ordine a priorità cliniche (appropriatezza ed urgenza della prestazione), riconoscendo che alcune situazioni di bisogno meritano speciale attenzione perché la tempestività dell'assistenza ne condiziona l'efficacia reale, in termini di esito clinico e sociale.

Il ruolo di indirizzo e di monitoraggio esercitato dal Ministero della salute, finalizzato a promuovere indirizzi generali, a sostenere le iniziative in corso e a diffondere le esperienze più significative, si è concretizzato attraverso una serie di attività.

Nel corso dell'anno 2001 è stata promossa e realizzata, attraverso una Commissione tecnica nazionale, un'analisi sistematica del problema delle liste d'attesa e sono state formulate raccomandazioni per gli interventi volti alla loro riduzione.

Sulla base di tali indicazioni, è stata condotta una rilevazione nazionale degli interventi attuati in tema di liste e tempi d'attesa, dalla cui analisi è emerso che:

- le Aziende hanno attuato diverse iniziative sul versante della razionalizzazione dell'offerta di prestazioni, dedicando tuttavia un'insufficiente attenzione al problema della razionalizzazione e dell'appropriatezza della domanda;
- la misura e il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali sono dis-

cretamente diffusi sul territorio nazionale, anche se con una certa disomogeneità metodologica, mentre è risultata insufficiente l'attenzione che le Aziende dedicano al versante dei ricoveri ospedalieri;

- sono abbastanza diffusi (85% dei casi), i CUP (Centri Unificati di Prenotazione) per la prenotazione delle prestazioni ambulatoriali, il 60% dei quali è di livello aziendale, mentre la maggior parte dei ricoveri viene ancora prenotata presso i reparti delle strutture di ricovero;
- in alcune Regioni sono già in atto alcune iniziative innovative tra cui, ad esempio, i percorsi diagnostico-terapeutici, i raggruppamenti omogenei d'attesa, l'utilizzo di Internet per diffondere le informazioni;
- nonostante le numerose iniziative avviate dalle Aziende, è ancora modesta l'attività di divulgazione agli utenti dell'informazione relativa alla durata dell'attesa per le prestazioni.

Dal 1999 ad oggi sono state promosse e realizzate dal Ministero della salute numerose iniziative per fornire, sia agli operatori sia agli utenti del SSN, idonei strumenti di conoscenza e un ventaglio di esperienze, considerate di particolare rilevanza ai fini del miglioramento dei tempi d'attesa.

Riferimenti bibliografici

Commissione nazionale del Ministero della Salute sui tempi e le liste d'attesa. Relazione finale: analisi e proposte in tema di liste d'attesa, maggio 2001.

Ministero della Salute. Rilevazione nazionale degli interventi attuati in tema di liste e di tempi di attesa dalle Aziende ASL e ospedaliere, giugno 2002.

14. FARMACI

L'analisi dei consumi farmaceutici negli ultimi due decenni mostra una riduzione del trend di crescita della spesa pubblica solo nel periodo 1994-1996 e un trend costante di crescita per quella privata (fig. 12).

Un picco rilevante in questa linea di tendenza è stato registrato nel corso del 2001. In quell'anno l'abolizione del ticket a livello nazionale e l'estensione delle esenzioni hanno comportato un aumento della spesa del SSN del 33%, nonostante l'introduzione dei farmaci generici. Il ticket ha inciso per il 44% dell'incremento della spesa, l'aumento delle quantità consumate per il 35% (dovuto alla somma del trend naturale di aumento dei consumi e l'estensione delle esenzioni) e il restante 21% per il cosiddetto "effetto-mix", ossia la prescrizione di farmaci più costosi.

Per cercare di contenere l'incremento della spesa, nel novembre 2001, è stata approvata la L. 405 che ha sostanzialmente accelerato gli scenari delle politiche farmaceutiche nazionali verso una devoluzione dei poteri alle Regioni.

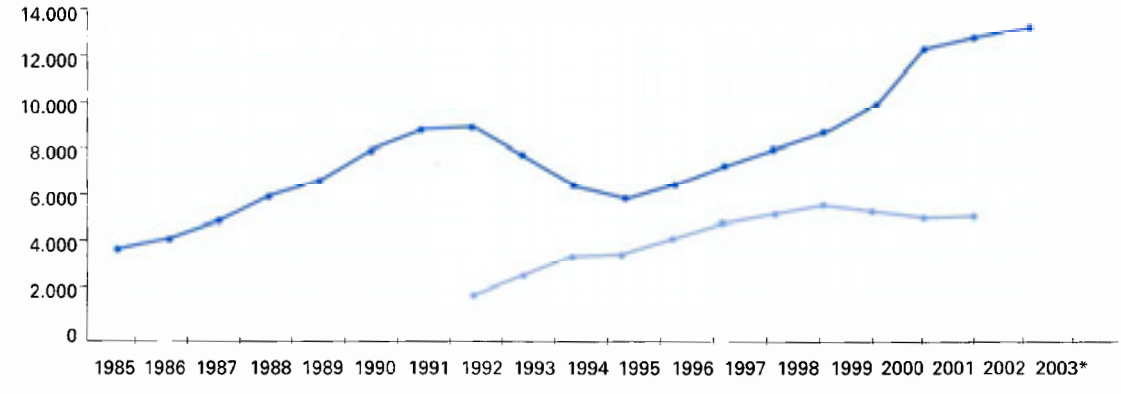
La principale indicazione della L. 405 era la definizione di un tetto della spesa farmaceutica territoriale pari al 13% della spesa sanitaria complessiva, rendendo le Regioni responsabili della copertura di eventuali disavanzi.

Le Regioni avevano la possibilità di prevedere misure quali:

a) le compartecipazione alla spesa a carico dei cittadini (ticket);
b) la possibilità di adottare (o aumentare, per le Regioni che già lo facevano) la distribuzione diretta dei farmaci con duplice via di distribuzione;
c) le eventuali variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche o altre misure fiscali.

Tutte queste indicazioni normative hanno avuto un pesante effetto nel 2002. I dati relativi ai primi 9 mesi dell'anno mostrano, rispetto al 2001, un incremento della spesa farmaceutica del SSN dell' 1% (+4% per quella lorda) e di una riduzione di quella privata (-1%). L'acquisto privato di farmaci di classe A e B, a

Fig.12 Andamento della spesa farmaceutica pubblica e privata. (val. in milioni di euro)



Fonte: OSMED, 2002

conferma dell'andamento del 2001, mostra una riduzione del 19%; quelli di fascia C con obbligo di ricetta medica hanno mostrato un incremento del 3%, mentre quelli per automedicazione non hanno subito variazioni.

Il confronto dei consumi regionali mostra un maggior utilizzo dei farmaci nelle Regioni del Sud, rispetto a quelle del Nord. Tuttavia negli ultimi due anni le prime presentano dei valori di incremento della spesa inferiori alle seconde (tab. 29). La differenza fra spesa netta e lorda è data dall'aumento del ticket che ha principalmente riguardato due Regioni (Liguria e Piemonte, con valori rispettivamente del 8,4% e 7% sulla spesa lorda).

L'analisi regionale della spesa totale (pubblica

Tab.29 Andamento della spesa farmaceutica regionale pesata SSN

Regioni	Spesa netta			Spesa lorda			Ticket[1]	
	-	02/01	01/00	-	02/01	01/00	-	%su spesa lorda
Piemonte*	166,5	-5,2	26,7	187,5	2,3	15,4	13,1	7,0
Valle d'Aosta	175,1	2,3	32,0	182,6	3,4	20,5	0,8	0,4
Lombardia*	190,3	6,6	30,6	202,2	8,1	18,8	2,1	1,0
Trentino Alto Adige*	160,0	4,3	32,6	172,3	74,4	20,9	3,9	2,2
Veneto*	172,1	0,0	31,9	188,4	4,9	19,2	8,0	4,3
Friuli Venezia Giulia	172,5	5,6	34,1	181,5	6,5	21,8	1,2	0,6
Liguria*	191,5	-5,8	35,8	220,7	3,4	24,2	18,5	8,4
Emilia Romagna	178,9	5,8	35,6	187,7	6,5	21,9	1,0	0,5
Toscana	175,7	0,8	33,4	184,1	1,3	20,0	0,9	0,5
Umbria	336,6	1,3	20,9	190,3	2,2	10,4	2,6	1,3
Marche	106,2	5,3	31,5	206,7	6,3	19,5	0,6	0,3
Lazio*	238,1	0,1	35,0	259,5	3,2	24,2	8,2	3,1
Abruzzo*	217,8	2,4	31,5	232,1	4,8	21,0	4,1	1,8
Molise*	204,5	8,1	32,0	218,5	11,0	21,3	5,2	2,4
Campania	238,8	-2,5	27,6	235,3	-1,5	17,5	2,7	1,1
Puglia*	220,2	-2,2	31,2	240,6	2,4	20,9	7,9	3,3
Basilicata	217,2	7,3	28,0	228,2	8,5	17,7	1,6	0,7
Calabria*	227,7	-0,3	35,3	248,0	4,5	24,5	9,7	3,9
Sicilia*	250,1	0,9	37,9	273,8	5,3	26,2	10,4	3,8
Sardegna*	210,8	0,0	34,6	226,0	2,5	23,0	4,7	2,1
Italia	202,7	1,0	32,2	218,6	4,0	20,7	5,8	2,7
Nord	179,5	2,2	31,5	194,2	5,8	19,4	6,0	3,1
Centro	207,2	1,0	33,1	221,7	3,0	21,5	4,3	1,9
Sud e Isole	231,9	-0,5	32,4	250,4	2,7	21,7	6,6	2,6

(1) Comprende sia i tcket per confezione e per ricetta sia la compartecipazione

* Regioni che hanno introdotto i ticket nel corso del 2002

Fonte: Elaborazione OSMED su dati ASSR/Assessorati Regionali

+ privata) mostra come il Trentino Alto Adige continui ad essere la Regione con la spesa più bassa e il Lazio quella con la spesa più elevata (tab. 30).

Rispetto al tetto di spesa del 13% definito dalla L. 405 del 2001, è possibile osservare come questo venga raggiunto solo dal Trentino Alto Adige. Tre Regioni (Sicilia, Lazio e Campania) spiegano il 50% dello sfondamento della spesa.

Come sottolineato da numerosi studi internazionali, molta parte della variabilità – sia a livello regionale italiano che a livello internazionale – non è spiegabile da differenze nelle malattie o nei bisogni sanitari, ma da diverse modalità di approccio, più o meno appropriate o più o meno sostenute da adeguati dati di efficacia. Inoltre, nella situazione italiana, le Regioni con la spesa minore sono anche quelle che da più tempo hanno introdotto sistemi di verifica delle prescrizioni all'interno del SSN e hanno adottato, sebbene spesso in maniera ancora frammentaria, interventi correttivi sia di tipo amministrativo (controlli e feed-back informativo sulle prescrizioni ai medici) sia di ti-

Tab.30 Stima della quota di spesa farmaceutica netta regionale sulla spesa complessiva del SSN. Anno 2002

Regioni	Ripartizione FSN		Tetto 13%	Spesa netta*	Differenza			Incidenza % su spesa SSN
	%	milioni □	milioni □	milioni □	milioni □	%sul tot.	Cum	
Sicilia	8	6.184	804	1.200	396	19,3	19,3	19,6
Lazio	9	6.679	868	1.248	380	18,5	37,9	18,9
Campania	9	6.971	906	1.226	320	15,6	53,5	17,8
Puglia	7	5.023	653	835	182	8,9	62,4	16,8
Lombardia	16	12.035	1.565	1.739	174	8,5	70,9	14,6
Calabria	3	2.410	313	440	127	6,2	77,1	18,5
Abruzzo	2	1.664	216	287	71	3,5	80,5	17,4
Sardegna	3	2.013	262	327	65	3,2	83,7	16,3
Marche	3	1.915	249	308	59	2,9	86,6	16,2
Liguria	3	2.345	305	359	54	2,6	89,2	13,6
Emilia Romagna	8	5.608	729	781	52	2,5	91,7	15,5
Toscana	7	4.845	630	680	50	2,4	94,2	14,0
Basilicata	1	682	89	128	39	1,9	96,1	18,0
Piemonte	8	5.697	741	761	20	1,0	97,1	13,5
Veneto	8	5.859	762	781	19	0,9	98,0	13,4
Umbria	2	1.144	149	167	18	0,9	98,8	14,7
Molise	1	414	54	70	16	0,8	99,6	16,8
Friuli Venezia Giulia	2	1.639	213	222	9	0,4	100,0	13,4
Valle d'Aosta	0	146	19	22	3	0,1	100,2	14,7
Trentino Alto Adige	2	1.160	151	146	-5	-0,2	100,0	12,7
Italia	100	74.564	9.676	11.723	2.047	100,0	-	15,9

* La spesa netta è ottenuta sottraendo alla spesa lorda le trattenute alle farmacie e il ticket a carico dei pazienti

Fonte: Elaborazione OSMED su dati ASSR

po informativo e formativo per i medici del territorio e ospedalieri.

La tendenza sopra descritta alla razionalizzazione del consumo di farmaci ed al controllo della spesa farmaceutica ha segnato ulteriori sviluppi nel 2002, anno in cui vengono adottati, oltre ai provvedimenti regionali di riequilibrio della spesa farmaceutica, anche importanti provvedimenti amministrativi nazionali come:

- l'adeguamento alla IV tranche del prezzo medio europeo a partire dal 1° gennaio 2002;
- la riduzione del 5% del prezzo dei farmaci;
- l'applicazione della normativa sui farmaci generici.
- Abolizione delle classi B1 e B2 (D.M. del 7/09/2002)

Questi ed altri provvedimenti troveranno soluzione organica con l'introduzione, nel febbraio 2003, del nuovo Prontuario Farmaceutico Nazionale.

Riferimenti bibliografici

O. Cars et alii. Variation in antibiotic use in the European Union, Lancet, 2001.

S. Garattini. Cultural shift in Italy's drug policy, Lancet, 1995.

S. Garattini, V. Bertelè. Adjusting Europe's drug regulation to public health needs, Lancet, 2001.

F. Grandi et alii. Who decides which drugs to prescribe? An observational study on the first prescriber for outpatients. Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 2002.

OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development), Health Data, Paris, 2001.

OSMED (Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale gennaio-settembre 2002. Ministero della salute, Roma, dicembre 2002.

G. Traversa et alii. Consumo e spesa pubblica nel settore farmaceutico in I Servizi sanitari in Italia a cura di G. Fiorentini, Il Mulino Editore, Bologna, 2002.

J. Wennberg. Unwarranted variations in healthcare delivery: implications for academic medical centers, BMJ, 2002.

15. BIOTERRORISMO

In relazione allo scenario determinatosi a seguito degli eventi dell'11 settembre 2001, in Italia sono state intraprese iniziative per fronteggiare le conseguenze di un eventuale impiego deliberato di aggressivi biologici o chimici.
Tali iniziative sono state assunte contemporaneamente e trasversalmente fra Enti istituzionalmente coinvolti e si sono articolate nelle tre fasi della:

- gestione dell'emergenza;
- ricognizione delle risorse;
- elaborazione e divulgazione del Piano Nazionale di Difesa Settore Sanitario.

Per quanto riguarda la prima fase, presso il Ministero della salute è stato costituito un Gruppo di Lavoro, denominato "Unità di crisi" formato, oltre che da rappresentanti del Ministero della salute, da eminenti specialisti nel campo delle malattie infettive, dell'ematologia, della sicurezza e prevenzione nei luoghi di lavoro, della sanità militare, nonché dalla rappresentanza della Segreteria NATO-UEO.
Il Gruppo di Lavoro, nello svolgimento dei compiti e nella messa a punto delle indicazioni tecniche e procedurali, è stato coadiuvato da tecnici specialisti della Direzione Generale della Prevenzione del Ministero.
Per la gestione dell'emergenza si sono immediatamente adottate procedure concordate, che prevedono il coinvolgimento degli operatori sanitari di tutti i livelli.
Come elemento cardine della fase iniziale e come primo filtro, si è istituito il numero verde 800 571 661, cui potevano afferire cittadini ed operatori sanitari. Il numero verde è stato attivo su due versanti: nei confronti della popolazione, al fine di dare rassicurazioni ed informazioni corrette ed opportune; nei confronti degli operatori, al fine di registrarne le segnalazioni, valutarne la qualità, smistarle verso le strutture competenti e ritrasmetterle alle Istituzioni che hanno svolto attività di supporto.
Tali Istituzioni sono state individuate in alcuni centri di eccellenza nazionali, con il compito di supportare il SSN per la valutazione del rischio e per l'attività diagnostica non effettuabile in situazioni routinarie. Compito di tali centri è anche quello di fornire indicazioni omogene e standard su problemi, con i quali la maggior parte degli operatori sanitari italiani non si era, per fortuna, fino al 2001, mai confrontata.
Sono state impartite alle strutture sanitarie nazionali istruzioni, circa l'intensificazione della sorveglianza di patologie infettive non usuali e di altri eventi inattesi.
A fini informativi, è stata inviata alle Regioni, alle ASL, alle AO (Aziende Ospedaliere), alle associazioni di categoria dei medici – nonché al Ministero dell'interno, al Ministero della difesa, al Dipartimento della protezione civile della Presidenza del Consiglio dei Ministri – la documentazione relativa alle caratteristiche di agenti biologici e chimici che potrebbero essere impiegati a scopo terroristico, insieme ad indicazioni su misure di profilassi e contenimento ed all'elenco di presidi farmacologici utili in caso di aggressione con tali agenti.
Il tutto è stato reso disponibile sul sito internet del Ministero della salute, allo scopo di assicurarne la massima diffusione.
È stato, inoltre, definito un protocollo per la gestione di materiali sospetti per possibile contaminazione da spore di bacillo anthracis, in cui si stabilisce quale materiale sia da considerare sospetto, le procedure per l'allerta, le modalità di prelievo e trasporto, il trattamento per l'inattivazione del probabile contaminante.
Nel protocollo è stato individuato, quale Centro di Riferimento per le indagini sul materiale sospetto, l'Istituto Zooprofilattico di Foggia, in grado di eseguire la ricerca del DNA batterico (i risultati delle indagini eseguite ad oggi, circa 2.300, sono stati tutti negativi per presenza di antrace).
In una seconda fase, si è proceduto ad una ricognizione dei presidi utili e di provata efficacia in caso di emergenza reale e si è prevista la costituzione, a livello centrale, di ulteriori scorte commisurate a diversi scenari, in sinergia con il Ministero dell'interno.
La ricognizione ha riguardato:

- numero di posti letti nei reparti per malattie infettive degli Istituti di ricovero pubblici e

privati accreditati;
- funzionalità del Servizio 118;
- centri antiveleno;
- centri per la rilevazione della radioattività;
- centri dei servizi di medicina nucleare;
- aziende farmaceutiche produttrici di sieri e vaccini;
- disponibilità di presidi farmacologici (antibiotici, antidoti, vaccini) per fronteggiare eventuali situazioni di emergenza.

Inoltre, sono state avviate le procedure per la conservazione di scorte di vaccino antivaioloso.
Nel contempo, è stata avviata un'indagine conoscitiva presso le Regioni per acquisire ulteriori elementi di conoscenza in relazione alla disponibilità, sui territori di rispettiva competenza, di:
- rilevatori di agenti biologici e chimici;
- antibiotici e vaccini per agenti inusuali;
- tute e maschere per agenti chimici e biologici;
- centri ospedalieri dotati di stanze di isolamento a pressione negativa, con zone filtro a pressione positiva e relativo numero di posti letto;
- laboratori fissi e mobili di livello BSL3, per gestione agenti infettivi a fini diagnostici;
- laboratori fissi e mobili di livello BSL4, per gestione agenti infettivi a fini diagnostici;
- centri in cui è possibile mettere a punto tecniche di diagnostica rapida per agenti inusuali, con laboratori ad elevato livello di contenimento che consentano di fornire una risposta entro 24 ore dal ricevimento del campione in tutti i giorni dell'anno;
- laboratori con capacità diagnostiche per agenti biologici in base a reagenti e procedure già disponibili ed, in particolare, per: variola major (vaiolo), bacillus anthracis (antrace o carbonchio), yersinia pestis (peste), tossina di cl. botulinum (botulismo), francisella tularensis (tularemia), filovirus (ebola, marburg), arenavirus (febbre lassa, febbre emorragica argentina-junin, e virus correlati).

Nelle Regioni e nelle Province Autonome di Trento e di Bolzano si è proceduto, su invito del Ministero, alla costituzione di unità di crisi locali che possano agire in maniera coordinata con l'unità di crisi costituita a livello centrale.
Infine, in linea con il Piano di difesa nazionale, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, è stato messo a punto e divulgato il Piano nazionale di difesa settore sanitario.
Il Piano è stato redatto dalla Direzione Generale della Prevenzione con l'apporto dell'ISS e dell'ISPESL (Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro) – nonché con la consulenza tecnico-operativa della Direzione Generale della sanità militare – approvato dall'unità di crisi e divulgato dal Ministro della salute agli Organi regionali.
Consiste di una parte non classificata, quella appunto divulgata, e di una parte classificata, cui hanno accesso solo operatori provvisti di nulla osta di segretezza.
Il Piano, che tiene conto della linea organizzativa prevista dalle vigenti disposizioni in materia di gestione delle crisi, si articola in due parti: nella prima è presa in considerazione la minaccia biologica, nella seconda, invece, la minaccia chimica e radiologica.
Ciascuna parte è, a sua volta, suddivisa in due titoli.
Nel primo, di tipo divulgativo, vengono fornite informazioni generali sui criteri essenziali per l'identificazione di eventi dannosi a seguito di atto terroristico, sui siti bersaglio, sugli aggressivi presumibilmente utilizzabili in tali scenari e sulle modalità patogenetiche di detti aggressivi.
Nel secondo, ad impostazione eminentemente operativa, vengono enunciate considerazioni di massima di tipo organizzativo, in base alle quali possono essere sviluppate in sede locale le procedure di intervento più idonee.