mini di risorse investite e di costi sostenuti.
Va comunque sottolineato che è attualmente in atto uno sforzo sostanziale che coinvolge il Ministero della Salute e le Regioni per la costruzione di flussi informativi e sistemi di rilevazione stabili, strutturati e condivisi, essenziali per la comprensione di come evolve lo stato di salute degli italiani e delle risposte che il Servizio Sanitario Nazionale è in grado di fornire. In particolare, nel 2005 dovrebbe iniziare la sperimentazione del Sistema Informativo Nazionale per la Salute Mentale (SISM), che prevede la rilevazione di informazioni sulle caratteristiche sociodemografiche e cliniche dell'utenza dei dipartimenti di salute mentale, e sulla tipologia di assistenza erogata; ciò potrà costituire la base di più affidabili valutazioni epidemiologiche relative ai pazienti e ai pattern di trattamento.

2.9.5 Riferimenti normativi

Il riferimento normativo più cogente è il Progetto obiettivo nazionale "Tutela della salute mentale" 1998-2000 (DPR 1 novembre 1999).

2.9.6 Indicazioni per la programmazione

Utilizzando le stime ottenute nella ricerca ESEMeD-WMH, si può calcolare che circa tre milioni e mezzo di persone adulte hanno sofferto di un disturbo mentale negli ultimi 12 mesi; di costoro, quasi due milioni e mezzo hanno presentato un disturbo d'ansia, un milione e mezzo un disturbo affettivo e quasi cinquantamila un disturbo da abuso di sostanze alcoliche.
Rispetto ai tassi di prevalenza lifetime trovati nel campione italiano, si può altresì stimare che più di otto milioni e mezzo di adulti hanno sofferto di un qualche disturbo mentale nel corso della propria vita. Le donne sono molto più a rischio di soffrire di un disturbo mentale, con l'eccezione dei disturbi correlati all'uso di alcol. Anche l'essere disoccupati, casalinghe o disabili aumenta il rischio di soffrire di disturbi psichici.
Considerando che il progetto ESEMeD-WMH ha messo in luce una limitata identificazione ed un ridotto livello di trattamento dei disturbi mentali, appare di particolare importanza far sì che gli operatori dei servizi di salute mentale (e gli operatori sanitari in genere) riconoscano e trattino questi disturbi tempestivamente ed efficacemente: questa è la sfida che ci attende negli anni a venire.
Per quanto riguarda i dati desumibili dalle SDO risulta, confrontando per quanto possibile la serie storica, una certa stabilità sia nel numero di ricoveri effettuati sia riguardo alle patologie prevalenti che motivano i ricoveri stessi. Ciò a livello nazionale; in alcune Regioni, tuttavia, sono riscontrabili differenze significative che meritano una riflessione critica sull'efficacia dei modelli di intervento attivati a livello territoriale (è ampiamente condiviso il concetto che il numero dei ricoveri è indirettamente proporzionale alla efficacia dei servizi territoriali nel prendere in carico dei pazienti).

Bibliografia essenziale

1. Alonso J, Ferre M, Romera B, Villagut G, Angermeyer M, Bernert S, Brugha TS, Taub N, MacColgen Z, de Girolamo G, Polidori G, Mazzi F, et al. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: ratiionale and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2003; 11: 55-67.
2. De Girolamo G, Bassi M. Community surveys of mental disorders: recent achievements and work in progress: editorial review. *Current Opinion in Psychiatry*, 2003; 16: 403-12.
3. Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health Survey Initiative Version of the World Health Organisation (WHO) Composite International Diagnostic Interniew (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2004; 13: 93-121.
4. World Health Organisation The ICD-10 *Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Geneva: WHO, 1993.
5. Fortino A. "*L'utilizzo degli ACC (CCS) nella rappresentazione della casistica di ricovero ospedaliero*". Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria (disponibile sul sito www.ministerosalute.it).

2.10 Demenze

2.10.1 Introduzione

Le demenze comprendono un insieme di patologie (demenza di Alzheimer, vascolare, frontotemporale, a corpi di Lewy ecc.) che hanno un impatto notevole in termini sociosanitari sia perché un sempre maggior numero di famiglie ne sono drammaticamente coinvolte, sia perché richiedono una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socioassistenziali. Le demenze, inoltre, rap-

presentano una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione generale. Il progressivo invecchiamento della popolazione generale, sia nei Paesi occidentali che in quelli in via di sviluppo, fa ritenere queste patologie un problema sempre più rilevante in termini di sanità pubblica.
La sintomatologia della demenza, conseguente alla grave compromissione delle funzioni cognitive, è caratterizzata da una progressiva disabilità la cui gestione clinica ed assistenziale risulta estremamente complessa. Va, inoltre, tenuto costantemente presente che la condizione clinica del paziente demente è caratterizzata dal fenomeno della pluripatologia che, necessariamente, comporta vari gradi di disabilità solo parzialmente spiegati dalle deficienze cognitive. A ciò si accompagnano problemi somatici, psichiatrici, sociali, etici e medico-legali. Attualmente le demenze costituiscono un insieme di patologie non guaribili che devono essere affrontate con un approccio globale alla cura delle persone colpite, perché globale e progressivo è il coinvolgimento della persona e dei suoi famigliari.
Storicamente, in particolare nel nostro Paese, la gestione del paziente demente viene affrontata in due momenti distinti e cioè quello diagnostico e quello assistenziale e/o riabilitativo. Il momento diagnostico, fondamentale, è quasi sempre di pertinenza dei reparti di neurologia o di geriatria ma anche della psichiatria e della medicina generale. Il momento cosiddetto assistenziale-riabilitativo, invece, ancora oggi grava quasi sempre sulle famiglie e, in maniera ancora molto contenuta nel nostro Paese, su istituzioni di tipo sociale.

2.10.2 Presentazione dei dati

In Europa si stima che la prevalenza delle demenze sia pari a 6,4 casi per 100 abitanti con età superiore ai 65 anni; la prevalenza varia tra 0,8% nella fascia d'età 65-69 anni e 28,5% nella fascia d'età superiore a 89 anni [1]. I tassi d'incidenza per demenza sono compresi tra 2,4 casi per 1.000 anni-persona nella fascia d'età 65-69 e 70,2 in quella maggiore di 89 anni [2].
Nella popolazione italiana si stima che la prevalenza sia compresa tra 6,2 e 9,1 casi per 100 abitanti ultrasessantenni [3]. Questa variabiltà dipende dai criteri diagnostici utilizzati e dalle diverse procedure adottate negli studi. Nello studio door-to-door condotto ad Appignano (Macerata) è stato stimato un tasso di prevalenza pari al 6,2% con valori crescenti da 0,6% nella classe d'età 60-69 anni a 40% nella classe d'età 85-89 [4]. Se si applicano i tassi età-specifici dello studio di Appignano alla popolazione italiana del 2001 è possibile stimare un numero di casi prevalenti di demenza pari a 925.000 (IC95% 565.00-1.300.000) con la seguente distribuzione per forma clinica: demenza di Alzheimer, 42%; demenza vascolare, 35%; demenza mista, 12%; demenza secondaria, 6,1%; demenza non specificata, 4% [4].
L'unico studio di incidenza per demenza disponibile in Italia è stato effettuato sulla popolazione identificata nello studio ILSA ("Italian Longitudinal Study on Aging") [5]. Per stimare l'incidenza di demenza è stata rivalutata nel 1995 la coorte di 3.208 soggetti sani al 1992-93. Sono stati così identificati 127 casi incidenti di demenza (secondo i criteri clinici fissati dal DSM IIIR) pari ad un tasso standardizzato, sulla popolazione italiana del 1995, di 12,5 casi per 1.000 anni-persona (IC95% 10,2-14,7) con una lieve differenza fra donne e uomini (13,3 vs 11,3). I tassi d'incidenza per demenza di Alzheimer e per demenza vascolare, le due maggiori forme di demenza, sono pari rispettivamente a 5,5 casi per 1.000 anni-persona (IC95% 4,9-8,2) e 3,3 (IC95% 2,1-4,4) [3]. L'applicazione dei tassi età-sesso specifici, osservati in questo studio, alla popolazione italiana residente nel 2000 consente di stimare un numero di casi incidenti di demenza pari a circa 150.000 pazienti all'anno [3].

2.10.3 Analisi quantitativa

I tassi di prevalenza ed incidenza riportati in Italia sono in linea con i dati che si rilevano negli altri Paesi europei. In termini generali, l'età emerge in maniera netta come il principale fattore di rischio nell'insorgenza della malattia. In Italia, in base alle proiezioni demografiche elaborate dall'ISTAT, si possono stimare nel 2025 circa 2.300.000 casi di demenza con un coinvolgimento di circa 7.000.000 di cittadini se si considerano in media 3 familiari per un paziente con demenza, ciò nell'ipotesi che gli altri principali fattori di rischio associati all'insorgenza delle diverse forme di demenza (malattie cardiovascolari, scolarità, integrazione sociale, fattori genetici) restino costanti.
Negli ultimi anni si è andata definendo nell'ambito della comunità scientifica una entità nosologica denominata "Mild Cognitive Impairment" (MCI) che secondo alcuni Autori dovrebbe costituire una fase precoce della demenza (in quanto caratterizzata esclusivamente da un deficit isolato di memoria che evolve poi in un quadro dementigeno) e secondo altri invece deve essere in-

tesa al massimo come un fattore di rischio per l'insorgenza della demenza. Le stime epidemiologiche riportate in letteratura consentono di calcolare per l'Italia circa 1.000.000 di persone che presentano un deficit di memoria isolato [6]. Il dibattito in seno alla comunità scientifica è molto vivace anche perché non sono chiari i confini e gli strumenti che devono essere utilizzati per identificare questa entità. Recentemente, in una consensus di esperti sulla materia, è stato ribadito che non esistono, al momento, strumenti di screening a livello di popolazione generale sensibili, specifici e con elevato valore predittivo positivo e negativo che consentano di identificate un MCI o una fase precoce della demenza di Alzheimer [7].

2.10.4 Valutazione critica

Gli studi sulla frequenza delle demenze sono stati condotti in Italia su un numero di soggetti non molto consistente e, in genere, con una scarsa attenzione verso la stima delle diverse forme cliniche e dei diversi stadi della demenza (lieve, moderata, severa). Tutto ciò rende le stime epidemiologiche incerte, nell'ambito di una visione di sanità pubblica, sia in termini complessivi di conoscenza del fenomeno sia per quanto riguarda l'entità delle differenze fra demenza vascolare e demenza di Alzheimer (la prima maggiormente prevenibile tramite un controllo a livello di popolazione dei fattori di rischio cardiovascolari). Inoltre, l'incertezza della stima dello stadio di gravità della demenza rende ovviamente più difficile una programmazione dei servizi socio-assistenziali.

2.10.5 Indicazioni per la programmazione

Dovrebbe essere promossa una migliore applicazione dei criteri diagnostici delle demenze nelle diverse realtà territoriali con l'adozione di strumenti neuropsicologici che rispettino i principali standard di qualità psicometrici.
Nella fase post-diagnostica della demenza, occorre affrontare fondamentalmente quattro principali compiti: un trattamento farmacologico specifico; il contenimento dell'eccesso di disabilità del paziente; un approccio propriamente riabilitativo che tenga conto della globalità della patologia del paziente; il miglioramento della qualità della vita del paziente e dei suoi famigliari. Una forma di assistenza di questo tipo deve basarsi sull'attività di Centri specializzati per la diagnosi e la cura della demenze che, oltre al trattamento farmacologico, possano integrarsi con altri interventi sociali o sanitari per fare fronte complessivamente ai bisogni espressi dai malati dementi e dalle loro famiglie.
Poiché i farmaci utilizzati nel trattamento delle demenze (inibitori delle colinesterasi, neurolettici, antidepressivi, benzodiazepine ecc.) hanno un valore terapeutico limitato, così come emerge dagli studi clinici e dallo studio osservazionale Cronos, risulta evidente l'importanza di una più forte progettualità relativamente ad altri approcci terapeutici non farmacologici e riabilitativi ed agli aspetti assistenziali dei malati e dei loro famigliari.
Per quanto riguarda la rete dei servizi, occorre individuare una modalità/struttura (un nodo) per consentire una piena integrazione tra offerta sanitaria e supporto sociale. Tali nodi possono essere individuati a partire dalle Unità di Valutazione per l'Alzheimer (UVA), che sono state istituite nell'ambito del progetto Cronos, prevedendo però un naturale processo di evoluzione di queste strutture che tenga conto delle diverse realtà assistenziali già presenti, anche se in maniera difforme, tra le diverse Regioni. Bisogna ricordare, infatti, che le Regioni e le Province Autonome hanno identificato circa 500 UVA, strutture per la diagnosi e il trattamento della demenza di Alzheimer, in modo da garantire la massima accessibilità alle cure a tutti i pazienti interessati. I criteri, suggeriti nel protocollo del progetto, erano centrati sulla identificazione di unità funzionali basate sul coordinamento delle competenze neurologiche, psichiatriche, internistiche e geriatriche presenti nell'ambito dei dipartimenti ospedalieri e dei servizi specialistici aziendali, della medicina generale e dei servizi di assistenza domiciliare in modo da garantire la capacità di valutare la persona con disturbi cognitivo-comportamentali, seguendo un percorso diagnostico strutturato, e la capacità di mantenere un contatto e una interazione continua con il medico di famiglia in modo che fosse garantita la continuità delle cure dell'ammalato.
Paziente, medici di medicina generale e famigliari potrebbero in tal modo avere a disposizione l'accesso ad una rete di servizi attraverso un nodo che potrebbe diventare il più importante riferimento clinico e assistenziale nella gestione delle persone con demenza per usufruire delle diverse strutture integrate: specialisti, Ospedale per acuti, Ospedale diurno, assistenza domiciliare integrata, residenze sanitarie assistenziali, ospedalizzazione a domicilio, centro diurno ecc. A questo proposito si deve ricordare che in letteratura sono presenti

alcune evidenze che mostrano come un intervento sulla rete dei servizi sia efficace ed efficiente nel modificare la storia naturale delle demenze [8]. Infine devono essere attuate strategie di prevenzione primaria e secondaria del fenomeno delle demenze orientate verso la modificazione di stili di vita e dei fattori di rischio cardiovascolari [9].

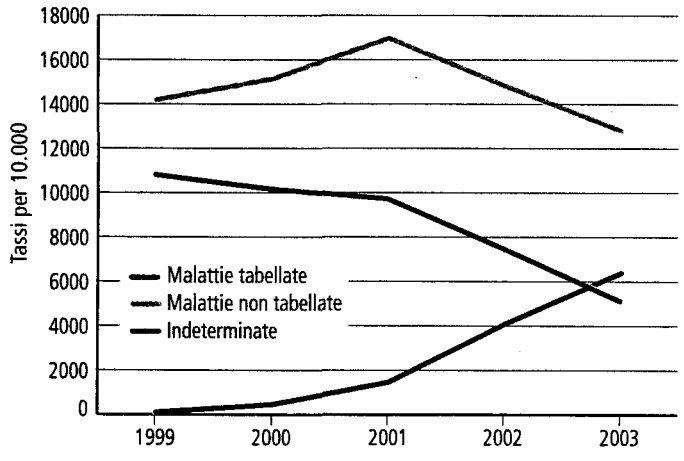
Bibliografia essenziale

1. Lobo A, et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-base cohorts. Neurology 2000; 54 (supp 15): S4-9.
2. Fratiglioni L, et al. Incidence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. Neurology 2000; 54 (suppl 5) S10-15.
3. Vanacore N, et al. Epidemiologia della demenza di Alzheimer e valutazioni sul numero di pazienti inclusi nel progetto Cronos. Newsletter Cronos 2002; 4: 3-6.
4. Rocca WA, et al. Prevalence of clinically diagnosed Alzheimer's disease and other dementing disorders: a door-to-door survey in Appignano, Macerata province, Italy. Neurology 1990; 40: 626-31.
5. Di Carlo A, et al. Incidence of dementia, Alzheimer's disease, and vascular dementia in Italy. The ILSA study. J Am Geriatr Soc 2002; 50: 41-8.
6. Bischkopf J, et al. Mild cognitive impairment – a review of prevalence, incidence and outcome according to current approaches. Acta Psychiatr Scand 2002;106: 403-14.
7. Winblad B, et al. Mild cognitive impairment – beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. J Intern Med 2004; 256: 240-6.
8. Bernabei R, et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in community. BMJ 1998; 316: 1348-51.
9. Fratiglioni L, et al. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. Lancet Neurol 2004; 3: 343-53.

2.11 Malattie professionali

2.11.1 Introduzione

Secondo la normativa vigente, il datore di lavoro deve trasmettere all'Istituto assicuratore la denuncia delle malattie professionali, corredata da certificato medico, entro i cinque giorni successivi a quello nel quale il lavoratore dipendente ha comunicato la manifestazione della malattia. Nel caso di attività lavorativa non dipendente, la denuncia di malattia professionale può essere presentata direttamente dal lavoratore.
Occorre precisare che, pur non rientrando tra quelle previste dal D.P.R. n. 336/1994 ("Regolamento recante le nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura"), sono tutelate anche le malattie di cui il lavoratore dimostri la causa di lavoro. Dette malattie sono classificate come "malattie non tabellate" e comprendono anche quelle per le quali non sussistono i requisiti per l'erogazione da parte dell'Istituto delle prestazioni previste; proprio la mancanza di prestazioni economiche è il motivo per cui non vengono acquisite dagli attuali sistemi di rilevazione le informazioni sull'attività o sulla lavorazione svolta dal datore di lavoro.
I dati relativi al fenomeno delle malattie professionali sono quindi fortemente condizionati dal sistema di rilevazione utilizzato. La rapida evoluzione dei processi lavorativi ha reso in gran parte inadeguato l'attuale sistema di tutela e di sorveglianza.



Fonte: INAIL, Rapporto Annuale 2003

Figura 1 Andamento delle denunce di malattie professionali manifestatesi nel periodo 1999/2003.

2.11.2 Presentazione dei dati

Il rapporto annuale pubblicato dall'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) contiene sia informazioni relative alle malattie professionali denunciate dai lavoratori e datori di lavoro, sia dati sulle malattie professionali definite e indennizzate; l'ultima edizione disponibile fa riferimento all'anno 2003.
Negli anni più recenti si è assistito ad una di-

minuzione del numero complessivo dei casi di malattia professionale denunciati all'INAIL. Nei settori dell'industria e dei servizi si è passati dalle 24.094 denunce del 1999 alle 23.231 dell'anno 2003, viceversa nell'agricoltura il numero di casi denunciati aumenta da 949 casi del 1999 a 1.030 casi del 2003.

Dopo un trend crescente nel triennio 1999-2001, si assiste dunque ad un calo nel numero totale di casi denunciati di malattie professionali; complessivamente, si registrano circa 800 casi in meno nel quinquennio 1999-2003 (–3,1%). Tale andamento è la risultante di una tendenza alla riduzione delle malattie tabellate e, in misura minore, di quelle non tabellate (**Figura 1**). Analizzando in dettaglio la tipologia di malattie, si osservano tuttavia andamenti differenziati; in particolare, nell'ambito del settore industria e servizi, tra le malattie tabellate si registra un incremento del 29% delle neoplasie da asbesto e tra quelle non tabellate un aumento del 38% delle tendiniti. Nell'ambito del settore agricolo, tutte le malattie tabellate risultano in calo (con decrementi variabili tra il 51% e il 74%), mentre tra le malattie non tabellate alla riduzione di ipoacusia, bronchite cronica e dermatite da contatto si contrappone l'aumento della sindrome del tunnel carpale, della tendinite e dell'artrosi (**Tabella 1**).

Tabella 1 Denunce di malattie professionali manifestatesi nel periodo 1999/2003 per tipo di malattie e settore di attività

	1999	2000	2001	2002	2003	Var. 1999-2003
INDUSTRIA E SERVIZI						
Malattie tabellate (di cui)	10.467	9.858	9.523	7.287	4.991	–52%
Ipoacusia e sordità	5.753	5.339	4.784	3.447	2.177	–62%
Malattie cutanee	1.207	1.062	1.028	804	562	–53%
Asbestosi	631	627	777	639	415	–34%
Silicosi	701	669	576	439	353	–50%
Neoplasie da asbesto	374	431	588	587	484	29%
Malattie osteoarticolari	347	355	377	330	225	–35%
Asma bronchiale	245	272	257	189	155	–37%
Pneumoconiosi da silicati	232	223	170	117	68	–71%
Malattie non tabellate (di cui)	13.555	14.492	16.217	14.115	12.137	–10%
Ipoacusia	6.316	6.017	5.499	2.804	2.244	–64%
Malattie dell'apparato respiratorio	1.121	1.166	1.138	1.073	475	–58%
Sindrome del tunnel carpale	734	838	865	542	388	–47%
Tendiniti	564	791	1.001	927	777	38%
Tumori	363	362	433	287	288	–21%
Indeterminate	72	426	1.393	3.926	6.103	
Totale Industria e servizi	24.094	24.776	27.133	25.328	23.231	–4%
AGRICOLTURA						
Malattie tabellate (di cui)	340	301	191	189	136	–60%
Ipoacusia e sordità	125	103	79	84	50	–60%
Asma bronchiale	96	89	57	47	47	–51%
Alveoliti allergiche	73	63	29	28	19	–74%
Malattie non tabellate (di cui)	603	630	727	687	640	6%
Ipoacusia	281	280	216	154	102	–64%
Bronchite cronica	31	26	26	18	5	–84%
Sindrome del tunnel carpale	29	28	28	34	45	55%
Tendiniti	23	22	47	46	53	130%
Artrosi	13	26	30	33	18	38%
Dermatite da contatto	18	14	14	12	8	–56%
Indeterminate	6	10	40	123	254	
Totale Agricoltura	949	941	958	999	1.030	9%
Totale tabellate	10.807	10.159	9.714	7.476	5.127	–53%
Totale non tabellate	14.158	15.122	16.944	14.802	12.777	–10%
Totale Indeterminate	78	436	1.433	4.049	6.357	
TOTALE COMPLESSIVO	25.043	25.717	28.091	26.327	24.261	–3%

Fonte: INAIL, Rapporto Annuale 2003

L'iter burocratico che porta dalla denuncia di una malattia professionale al suo eventuale indennizzo può essere molto lungo: dai dati INAIL risulta che poco più della metà del totale delle malattie professionali denunciate nel 2003 sono state definite, di queste solo il 29,1% è stato riconosciuto, con una proporzione finale di indennizzi pari al 45,2%.

I casi di malattia professionale denunciati nel 1999 sono stati invece quasi tutti definiti ma solo il 30,8% è stato riconosciuto e tra questi una quota pari al 40% deve ancora ricevere indennizzo. Differenze si riscontrano anche in questo caso tra i due settori in esame (agricoltura e industria e servizi) (**Tabella 2**).

Le **Tabelle 3** e **4** riportano in dettaglio, separatamente per i due settori in esame, la distribuzione, in numero assoluto e in percentuale per tipo di malattia, dei casi di malattie professionali manifestatisi nel periodo 1999-2003 e indennizzati sino al 30 aprile 2004, per i due sottogruppi di malattie tabellate e non tabellate.

In generale, è possibile ipotizzare che, per le malattie non tabellate, per le quali si osserva una percentuale di riconoscimento con indennizzo complessivamente più bassa rispetto alle malattie tabellate (nel 2003 per industria e servizi 6% vs 20%), si generi una sorta di riduzione indotta della presentazione di denuncia, dovuta proprio alla difficoltà di soddisfare i criteri di dimostrazione con onere della prova ai fini del riconoscimento e dell'attribuzione degli indennizzi; a tale meccanismo conseguirebbe una riduzione, in realtà solo apparente, del numero di casi, attribuibile alla mancata emersione delle "malattie professionali perdute".

Tabella 2 Malattie professionali manifestatesi nel periodo 1999-2003 definite, riconosciute e indennizzate al 30 aprile 2004

	1999	2000	2001	2002	2003
AGRICOLTURA					
Riconosciute	290	283	257	256	172
di cui indennizzate	217	182	127	133	94
non riconosciute	659	649	683	624	495
Definite	949	932	940	880	667
in via di definizione	0	9	18	119	363
Totale denunce	**949**	**941**	**958**	**999**	**1.030**
% di definizione	100,0%	99,0%	98,1%	88,1%	64,8%
% di riconoscimento	30,6%	30,4%	27,3%	29,1%	25,8%
% di indennizzo	74,8%	64,3%	49,4%	52,0%	54,7%
INDUSTRIA E SERVIZI					
Riconosciute	7.385	6.886	7.353	6.651	3.964
di cui indennizzate	4.421	3.681	3.381	2.816	1.774
non riconosciute	16.561	17.451	18.219	14.469	9.589
Definite	23.946	24.337	25.572	21.120	13.553
in via di definizione	148	439	1.561	4.208	9.678
Totale denunce	**24.094**	**24.776**	**27.133**	**25.328**	**23.231**
% di definizione	99,4%	98,2%	94,2%	83,4%	58,3%
% di riconoscimento	30,8%	28,3%	28,8%	31,5%	29,2%
% di indennizzo	59,9%	53,5%	46,0%	42,3%	44,8%
TOTALE MALATTIE PROFESSIONALI					
Riconosciute	7.675	7.169	7.610	6.907	4.136
di cui indennizzate	4.638	3.863	3.508	2.949	1.868
non riconosciute	17.220	18.100	18.902	15.093	10.084
Definite	24.895	25.269	26.512	22.000	14.220
in via di definizione	148	448	1.579	4.327	10.041
Totale denunce	**25.043**	**25.717**	**28.091**	**26.327**	**24.261**
% di definizione	99,4%	98,3%	94,4%	83,6%	58,6%
% di riconoscimento	30,8%	28,4%	28,7%	31,4%	29,1%
% di indennizzo	60,4%	53,9%	46,1%	42,7%	45,2%

Fonte: INAIL, Rapporto Annuale 2003

Tabella 3 **Malattie professionali manifestatesi nel periodo 1999-2003 e indennizzate a tutto il 30 aprile 2004 per tipo di malattia e anno. INDUSTRIA E SERVIZI**

	Valori Assoluti					Percentuali				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
MALATTIE TABELLATE										
Ipoacusia e sordità	1.208	823	508	382	218	40,4%	34,1%	24,2%	23,1%	20,7%
Malattie cutanee	497	426	364	269	187	16,6%	17,6%	17,3%	16,2%	17,8%
Neoplasie da asbesto	262	312	429	417	295	8,8%	12,9%	20,4%	25,2%	28,0%
Asbestosi	238	212	216	140	73	8,0%	8,8%	10,3%	8,4%	6,9%
Silicosi	156	106	89	67	32	5,2%	4,4%	4,2%	4,0%	3,0%
Malattie osteoarticolari	101	94	97	76	43	3,4%	3,9%	4,6%	4,6%	4,1%
Asma bronchiale	73	68	60	42	32	2,4%	2,8%	2,9%	2,5%	3,0%
Amine alifatiche	73	48	51	43	24	2,4%	2,0%	2,4%	2,6%	2,3%
Altre	383	328	287	221	149	12,8%	13,6%	13,7%	13,3%	14,2%
TOTALE MALATTIE TABELLATE	**2.991**	**2.417**	**2.101**	**1.657**	**1.053**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**
% indennizzo sul totale delle denunce	**28,6**	**24,5**	**22,1**	**22,7**	**21,1**					
MALATTIE NON TABELLATE										
Tendiniti	106	168	266	307	217	7,4%	13,4%	20,9%	26,6%	30,1%
Ipoacusia	681	469	319	278	166	47,7%	37,3%	25,1%	24,1%	23,1%
Sindrome del tunnel carpale	121	148	177	167	109	8,5%	11,8%	13,9%	14,5%	15,1%
Malattie dell'apparato respiratorio	114	78	86	86	27	8,0%	6,2%	6,8%	7,5%	3,8%
Tumori	42	35	26	34	25	2,9%	2,8%	2,0%	2,9%	3,5%
Altre	363	360	398	281	176	25,4%	28,6%	31,3%	24,4%	24,4%
TOTALE MALATTIE NON TABELLATE	**1.427**	**1.258**	**1.272**	**1.153**	**720**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**
% indennizzo sul totale delle denunce	**10,5**	**8,7**	**7,8**	**8,2**	**5,9**					
INDETERMINATA	3	6	8	6	1					
TOTALE MALATTIE	**4.421**	**3.681**	**3.381**	**2.816**	**1.774**					

Fonte: INAIL, Rapporto Annuale 2003

Tabella 4 **Malattie professionali manifestatesi nel periodo 1999-2003 e indennizzate a tutto il 30 aprile 2004 per tipo di malattia e anno. AGRICOLTURA**

	Valori Assoluti					Percentuali				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
MALATTIE TABELLATE										
Ipoacusia e sordità	32	18	15	13	3	32,3%	23,7%	30,6%	30,2%	10,3%
Alveoliti allergiche	28	22	13	12	9	28,3%	28,9%	26,5%	27,9%	31,0%
Asma bronchiale	23	22	10	6	7	23,2%	28,9%	20,4%	14,0%	24,1%
Malattie osteoarticolari	5	6	3	8	6	5,1%	7,9%	6,1%	18,6%	20,7%
Acido carbammico	2	0	2	1	1	2,0%	0,0%	4,1%	2,3%	3,4%
Malattie cutanee	2	2	3	2	1	2,0%	2,6%	6,1%	4,7%	3,4%
Altre	7	6	3	1	2	7,1%	7,9%	6,1%	2,3%	6,9%
TOTALE MALATTIE TABELLATE	**99**	**76**	**49**	**43**	**29**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**
% indennizzo sul totale delle denunce	**29,1**	**25,2**	**25,7**	**22,8**	**21,3**					
MALATTIE NON TABELLATE										
Ipoacusia	75	65	27	28	24	65,8%	61,9%	36,0%	31,1%	36,9%
Tendiniti	10	7	15	20	20	8,8%	6,7%	20,0%	22,2%	30,8%
Sindrome del tunnel carpale	9	7	9	11	15	7,9%	6,7%	12,0%	12,2%	23,1%
Bronchite cronica	1	2	0	2	0	0,9%	1,9%	0,0%	2,2%	0,0%
Artrosi	1	1	1	1	0	0,9%	1,0%	1,3%	1,1%	0,0%
Altre	18	23	23	28	6	15,8%	21,9%	30,7%	31,1%	9,2%
TOTALE MALATTIE NON TABELLATE	**114**	**105**	**75**	**90**	**65**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**
% indennizzo sul totale delle denunce	**18,9**	**16,7**	**10,3**	**13,1**	**10,2**					
INDETERMINATA	4	1	3	0	0					
TOTALE MALATTIE	**217**	**182**	**127**	**133**	**94**					

Fonte: INAIL, Rapporto Annuale 2003

2.11.3 Analisi quantitativa

Analizzando la distribuzione geografica del fenomeno in Italia, i dati relativi alle denunce nell'anno 2003 mostrano che l'Emilia Romagna (seguita da Lombardia e Veneto) è la regione con il più alto numero di casi denunciati; all'estremo opposto si colloca il Molise. Nel quinquennio 1999-2003 le regioni che presentano un più elevato aumento delle denunce sono le Valle d'Aosta (+56,5%, tenendo conto dell'esiguità dei casi), il Friuli Venezia Giulia (+35,5%), l'Emilia Romagna (31%), mentre una riduzione consistente si osserva in Sicilia (–24,3%), Campania (–22,5%), Lazio (–18,5%). Analoghe differenze regionali si osservano nel settore industriale (che è quello numericamente più rappresentativo), mentre nel settore agricolo si registra un forte aumento del numero di denunce nel quinquennio 1999-2003 in Trentino Alto Adige (+110,3%) e Campania (+75%) e una rilevante diminuzione in Sardegna (–41,2%) e nel Lazio (–37%) (**Tabella 5**).

È inoltre interessante anche l'analisi delle differenze di genere. Nel quinquennio 1999-2003 nell'Industria e nei Servizi si registra una riduzione (–8,4%) delle denunce di malattie professionali che hanno colpito il sesso maschile e, al contrario, un aumento (+24,4%) dei casi relativi alle donne; il rapporto M/F passa da un caso femminile ogni cinque maschili ad un caso ogni quattro circa. Va peraltro ricordato che in tale settore, per ogni lavoratrice si contano tre lavoratori maschi. Come si può vedere dalla **Tabella 6** la variabilità tra regione e regione è molto ampia.

Le malattie professionali tabellate più frequenti nella popolazione femminile sono state quelle cutanee e, tra le non tabellate, le affezioni del sistema osteoarticolare muscoloscheletrico, quelle dell'apparato respiratorio e quelle della cute.

Il progetto dell'ISPESL per un Sistema di sorveglianza nei Dipartimenti di prevenzione

Un tentativo di migliorare le conoscenze sulle malattie professionali è stato fatto con un complesso ed articolato percorso di ricerca avviato dall'ISPESL in collaborazione con competenti e qualificate strutture di prevenzione delle Regioni Toscana e Lombardia.

Nei primi anni novanta prende infatti le mosse il progetto dell'ISPESL per la ricerca e lo studio delle malattie professionali, collocato nell'ambito del programma S.I.PRE.-Regioni, articolato in più fasi operative e giunto oggi ad una concreta applicazione solo in due regioni (Lombardia e Toscana).

Tabella 5 Malattie professionali manifestatesi nel periodo 1999-2003 e denunciate all'INAIL per Regione e anno

Regioni	1999	2000	2001	2002	2003	Var. 1999-2003
			AGRICOLTURA			
Piemonte	37	30	24	27	35	–5,4%
Valle d'Aosta	1	5	1	1	1	0,0%
Lombardia	40	10	36	37	28	–30,0%
Liguria	7	5	7	8	10	42,9%
Trentino Alto Adige	29	57	50	43	61	110,3%
Veneto	47	50	44	54	34	–27,7%
Friuli Venezia Giulia	16	16	5	14	14	–12,5%
Emilia Romagna	134	133	108	166	210	56,7%
Toscana	108	89	79	118	104	–3,7%
Umbria	75	95	73	75	84	12,0%
Marche	156	156	167	141	147	–5,8%
Lazio	27	23	30	35	17	–37,0%
Abruzzo	78	113	76	97	99	26,9%
Molise	4	5	4	11	6	50,0%
Campania	8	6	8	9	14	75,0%
Puglia	17	30	44	29	29	70,6%
Basilicata	6	2	3	9	5	–16,7%
Calabria	17	14	14	10	15	–11,8%
Sicilia	45	63	54	36	60	33,3%
Sardegna	97	39	131	79	57	–41,2%
ITALIA	**949**	**941**	**958**	**999**	**1.030**	**8,5%**

(continua)