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:

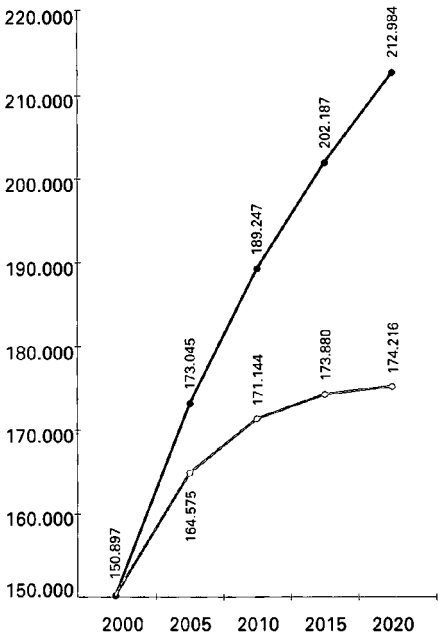
- alcune malattie neurologiche età-correlate quali la demenza, le malattie cerebrovascolari e la malattia di Parkinson;
- alcune malattie prevalentemente giovanili, quali la sclerosi multipla, ed altre malattie che incidono a tutte le età, come l'epilessia ed il trauma cranico, e che comportano anch'esse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

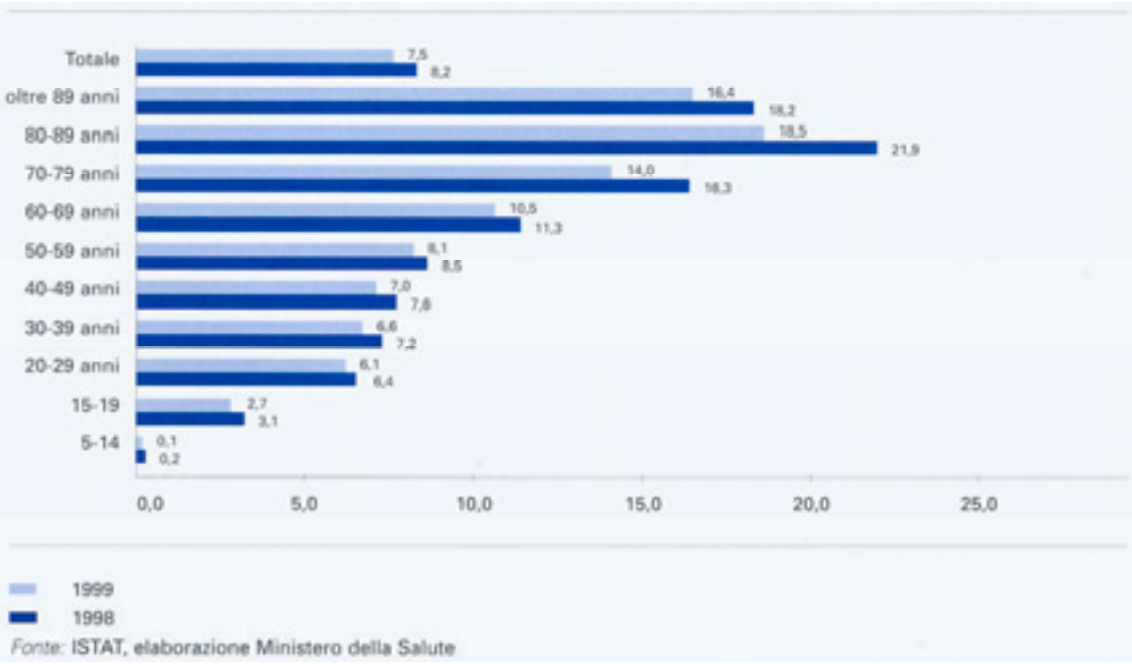
Il maggior numero di suicidi si verifica tra i 60 e i 79 anni di vita (circa il 33% del totale in entrambi gli anni del periodo di riferimento). Tuttavia la classe di età con il tasso di mortalità per suicidio più elevato (e quindi più a rischio) è risultata essere quella compresa tra gli 80 e gli 89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