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)

	maschi				femmine			
Malattie croniche	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.

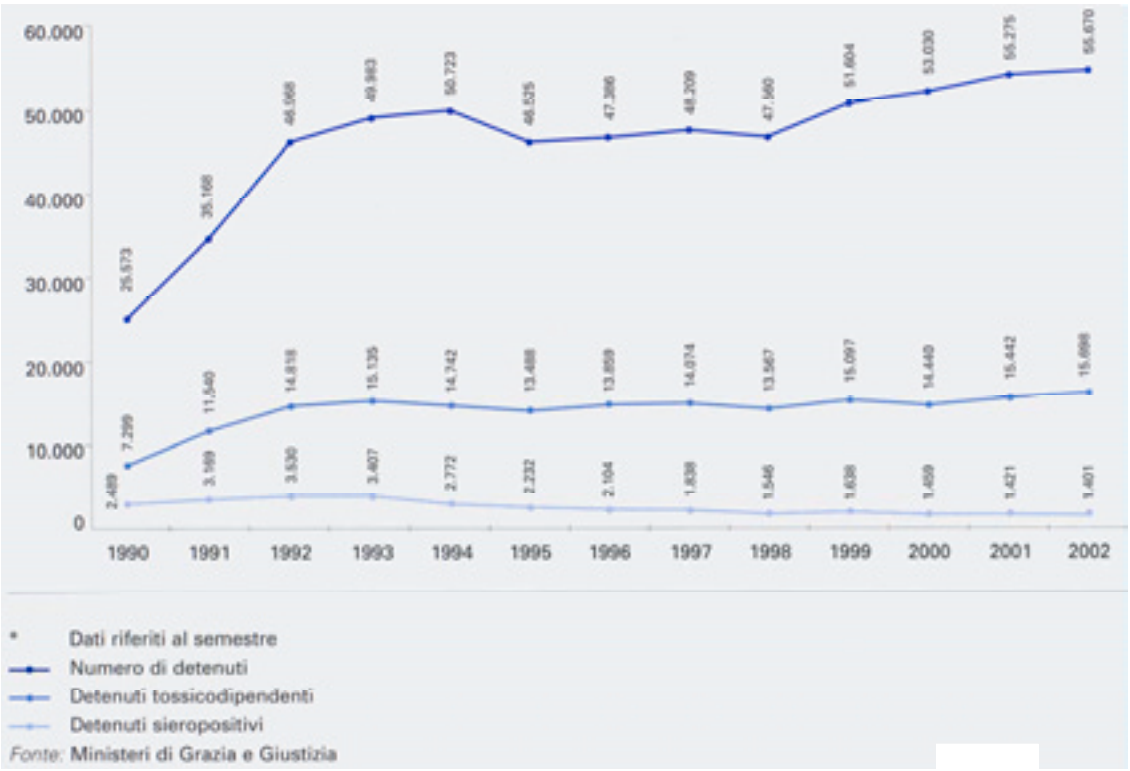
La presenza delle donne detenute risulta abbastanza stabile, variando da un massimo del 5,46%, registrato nel 1992, fino all'attuale

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.