

LA TUTELA SOCIO-SANITARIA DI DETERMINATI GRUPPI**3.1. Donne e salute***3.1.1. Occupazione*

L'andamento dell'applicazione della politica tendente a favorire l'inserimento della donna nel mondo del lavoro, in tutti i settori, può rilevarsi dai dati della tavola 2.36, precedentemente riportata, riguardante l'ambiente di lavoro, dalla quale si deduce che il numero delle donne occupate è salito da 6.991.000 nel 1987 a 7.113.000 nel 1988. Peraltro vi è da rilevare che, nonostante ciò, è aumentato, sia pure lievemente, anche il numero delle donne in cerca di occupazione, che sono passate da 1.604.000 a 1.645.000.

3.1.2. Interruzione volontaria di gravidanza

Il numero delle IVG per il 1988 è risultato di 179.193 unità, con un decremento, rispetto al 1987 del 6,4% ed al 1982 del 23,7%.

Il dato numerico per l'anno 1987 è di 191.469 IVG, con una variazione percentuale in valori assoluti rispetto al 1982 di -26,5% per l'Italia settentrionale e di -21,8% per l'Italia centrale. La variazione percentuale relativa al 1987 rispetto al 1986 corrisponde per tutta la penisola a -3,5%.

Dal 1982, anno in cui si è rilevato il valore più alto di ricorso alla interruzione volontaria di gravidanza (234.801 casi), in Italia si è osservata una costante diminuzione del fenomeno.

Dai dati elaborati per l'anno 1988 risulta che in tutte le regioni d'Italia si è registrato un decremento del numero degli aborti.

Fa eccezione solo la Sardegna, che nel 1988 ha contato 4.011 interruzioni volontarie di gravidanza: 185 in più rispetto all'anno precedente, pari ad una variazione percentuale di +5,1 (tavola 3.1).

Nel 1988 il tasso di abortività è di 12,4 con una riduzione del 6,8% rispetto al 1987, anno in cui, peraltro, si era rimarcata una diminuzione del 4,3% rispetto al 1986.

Rispetto al 1982 il decremento sul tasso di abortività è risultato del 27,9%.

Particolarmente significativi i decrementi osservati per i tassi di abortività al Nord ed al Centro dove si è passati da un tasso pari a 17,7 (1982) all'11,9 (-32,8%) al Nord e da 20,3 (1982) al 14,2 (-30,0%) al Centro (tavola 3.2).

Nell'Italia meridionale si nota una riduzione anche se minore rispetto all'Italia centro-settentrionale.

Nel 1988 si è verificato un incremento dei nati vivi di 25.527 unità rispetto al 1987 (+4,6%). Ciò ha contribuito a ridurre in modo più evidente i rapporti di abortività (IVG/nati vivi) nel 1988.

Tavola 3.1 - Numero di IVG in valori assoluti per gli anni dal 1982 al 1988
e variazione percentuale 1987/1988
(dati regionali)

| REGIONE | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 | Variazione % 87/88 |
|---------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|-----------------------|
| Piemonte | 22.586 | 21.077 | 20.619 | 18.642 | 16.866 | 15.957 | 15.070 | - 5,5 |
| Valle d'Aosta | 540 | 517 | 537 | 490 | 463 | 429 | 372 | - 13,3 |
| Lombardia | 37.493 | 36.279 | 35.869 | 32.802 | 30.651 | 29.256 | 27.737 | - 5,2 |
| P. a. Bolzano | 824 | 760 | 675 | 684 | 645 | 604 | 524 | - 13,2 |
| P. a. Trento | 1.295 | 1.329 | 1.444 | 1.310 | 1.239 | 1.266 | 1.243 | - 1,8 |
| Veneto | 11.033 | 10.316 | 9.921 | 8.952 | 8.414 | 7.729 | 7.312 | - 5,2 |
| Friuli-Venezia Giulia | 5.131 | 5.183 | 4.985 | 4.416 | 4.060 | 3.837 | 3.636 | - 5,7 |
| Liguria | 8.219 | 7.790 | 7.658 | 6.733 | 6.360 | 5.939 | 5.599 | - 7,9 |
| Emilia-Romagna | 23.329 | 22.179 | 20.959 | 18.548 | 17.075 | 16.119 | 14.837 | - 5,2 |
| Toscana | 17.602 | 17.182 | 16.170 | 14.800 | 13.434 | 13.323 | 12.468 | - 6,24 |
| Umbria | 4.042 | 3.925 | 4.103 | 3.930 | 3.593 | 3.272 | 3.103 | - 5,2 |
| Marche | 5.187 | 5.169 | 5.201 | 4.710 | 4.315 | 3.783 | 3.369 | - 10,9 |
| Lazio | 26.130 | 26.147 | 25.812 | 23.568 | 21.545 | 21.039 | 20.179 | - 4,1 |
| Abruzzo | 4.900 | 4.615 | 4.910 | 4.630 | 4.388 | 4.254 | 3.859 | - 9,3 |
| Molise | 1.196 | 1.259 | 1.212 | 1.153 | 1.084 | 1.230 | 1.209 | - 1,7 |
| Campania | 15.317 | 15.441 | 14.111 | 13.688 | 14.766 | 16.524 | 15.940 | - 3,5 |
| Puglia | 24.847 | 29.250 | 28.801 | 26.902 | 25.691 | 23.808 | 21.389 | - 10,2 |
| Basilicata | 1.497 | 1.648 | 1.747 | 1.613 | 1.491 | 1.296 | 1.155 | - 10,9 |
| Calabria | 4.826 | 5.228 | 4.370 | 3.453 | 4.219 | 4.610 | 3.546 | - 23,8 |
| Sicilia | 14.003 | 14.181 | 13.412 | 14.728 | 13.888 | 13.378 | 12.670 | - 5,3 |
| Sardegna | 4.804 | 4.501 | 4.433 | 4.845 | 4.134 | 3.816 | 4.011 | + 5,1 |
| Italia . . . | 234.801 | 233.976 | 227.446 | 210.597 | 198.375 | 191.469 | 19.193 | - 6,4 |

Fonte: Relazione del Ministro della Sanità ai Presidenti della Camera e Senato sull'andamento delle IVG nel 1987 e 1988.

Per il 1988 il rapporto è di 310,2 (per 1000 nati vivi) con una riduzione del 10,5 per cento rispetto al 1987, anno che a sua volta aveva contrassegnato un calo del 3,0% rispetto al precedente 1986.

Rispetto al 1982 si è avuto un decremento del 18,4%.

Analisi del dato regionale: il tasso e il rapporto di abortività

La regione che presenta il più alto tasso di abortività è la Puglia, con un valore del 20,3 per 1000 donne in età feconda. Seguono l'Umbria, con un tasso di abortività pari a 15,9, l'Emilia-Romagna con 15,6 e il Molise con 15,3.

Il minore tasso di abortività si è registrato nella provincia autonoma di Bolzano, con un valore pari a 4,6; seguono le regioni Veneto con 6,4, Calabria con 6,7 e Basilicata con 7,7.

Per quanto riguarda il rapporto di abortività (n. IVG/1000 nati vivi) il maggiore valore si riscontra in Emilia-Romagna, con 564 aborti per 1000 nati vivi. Seguono la Liguria con un rapporto di abortività pari a 497,9, la Toscana con 468,0, l'Umbria con 456,9 e il Piemonte con un valore pari a 450,9.

L'Italia centrale rappresenta, sia per il tasso (14,2) che per il rapporto di abortività (407,8), l'area geografica in cui si manifesta la maggiore concentrazione dei fenomeni presi in considerazione.

L'Italia insulare, invece, registra i valori più bassi, con un tasso di abortività pari al 9,6 e un rapporto di abortività pari a 194,7.

C'è da tenere presente, comunque, che specialmente nell'Italia meridionale esiste un ampio ricorso all'aborto clandestino.

Le stime per l'anno 1987 dell'Istituto Superiore di Sanità, infatti, evidenziano circa 85.000 aborti.

Caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG

Fanno ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza, in prevalenza, donne con età maggiore o uguale ai 25 anni, coniugate, con uno o più figli e con un livello di istruzione medio.

La distribuzione percentuale delle interruzioni volontarie di gravidanza per classi di età relativa al 1988 è analoga a quella identificata negli anni precedenti. Le percentuali di aborti ripetuti tendono a rimanere costanti: 30,1% nel 1988 contro 30,0% nel 1987, 28,5% nel 1986, 28,1% nel 1985, 27,3% nel 1984, 24,9% nel 1983. I valori 1987-1988, pur risultando leggermente più elevati degli anni precedenti, si inseriscono in una evoluzione che è al di sotto di quanto ci si potrebbe aspettare assumendo l'attitudine abortiva costante nel tempo.

Tavola 3.2 - Interruzione volontaria di gravidanza

| | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 |
|---------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| Valori assoluti | | | | | |
| Nord | 102.664 | 92.577 | 85.827 | 81.136 | 76.330 |
| Centro | 51.786 | 47.008 | 42.887 | 41.417 | 39.119 |
| Sud | 55.151 | 51.439 | 51.639 | 51.722 | 47.098 |
| Isole | 17.845 | 19.573 | 18.022 | 17.194 | 16.681 |
| Italia . . . | 227.446 | 210.597 | 198.375 | 191.469 | 1.792.28 |
| Rapporti abortività | | | | | |
| Nord | 489,1 | 448,1 | 438,0 | 418,0 | 372,8 |
| Centro | 527,8 | 479,6 | 458,5 | 442,7 | 407,8 |
| Sud | 277,6 | 278,7 | 285,5 | 286,3 | 246,0 |
| Isole | 196,4 | 226,9 | 213,3 | 204,6 | 194,7 |
| Italia . . . | 380,6 | 365,9 | 357,5 | 346,7 | 310,2 |
| Tassi abortività | | | | | |
| Nord | 16,4 | 14,6 | 13,5 | 12,7 | 11,9 |
| Centro | 19,5 | 17,4 | 15,7 | 15,2 | 14,2 |
| Sud | 16,5 | 14,9 | 14,7 | 14,6 | 13,1 |
| Isole | 11,1 | 11,8 | 10,6 | 10,0 | 9,6 |
| Italia . . . | 16,4 | 14,9 | 13,9 | 13,3 | 12,4 |

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Laboratorio Epidemiologia e Biostatistica.

Proposte

Le donne che prevalentemente ricorrono all'aborto sono quelle che hanno almeno un figlio e il ricorso all'aborto, per il 70 per cento, deriva dal fallimento o da un uso scorretto dei metodi per il controllo delle nascite adottati testimoniando cioè una attitudine positiva a regolare la fecondità con metodi alternativi all'aborto ma non disponendo delle conoscenze per adottare efficacemente i metodi disponibili. Che ci sia una attitudine positiva è dimostrato:

1. dalla diminuzione degli aborti legali dal 1983 (fenomeno osservato anche negli altri Paesi) e la ragione più plausibile è l'aumentata diffusione dell'uso (o del più corretto uso) dei metodi per la regolazione della fecondità, grazie a una maggiore circolazione delle informazioni al riguardo;

2. dalla osservazione che nelle regioni dove sono maggiormente presenti i consultori familiari o dove è maggiore la percentuale di certificazioni rilasciate da questi servizi maggiore è stata la diminuzione della abortività;

3. l'incremento delle percentuali di aborti ripetuti è stato inferiore a quello aspettato nell'ipotesi di una costanza nel tempo dei comportamenti relativi alla regolazione della fecondità. E tale minore incremento può essere giustificato solo da un incremento dell'uso (o di un uso più corretto) dei metodi alternativi all'aborto.

I fenomeni descritti non possono essere attribuiti all'aumento dell'abortività clandestina in quanto questa, stimata nel 1983 in 100.000 unità (70 per cento al Sud), è stimata essersi ridotta (utilizzando uno dei tre modelli applicati ai dati 1983) a 87.000 unità nel 1987, tenendo conto che le maggiori riduzioni si sono osservate soprattutto al Centro e al Nord.

Un programma, gestito dai consultori familiari, tendente a mettere a disposizione delle donne che partoriscono l'informazione accurata su tutti i metodi per la regolazione della fecondità e sulla fisiologia della riproduzione (in alcune indagini è risultato che circa il 50 per cento delle donne in età feconda non sa quale è il periodo fertile del ciclo) in modo tale da permettere loro una scelta responsabile, può produrre riduzione imponenti dell'abortività (in un quinquennio si potrebbe ottenere una riduzione del 50 per cento dell'abortività, secondo stime ottenute mediante l'uso di modelli matematici).

3.1.3. *La donna in rapporto agli obiettivi specifici della "salute per tutti"*

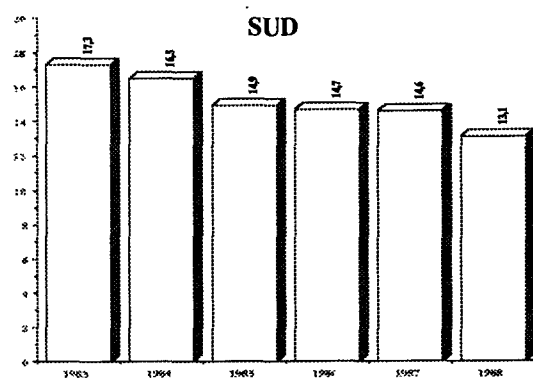
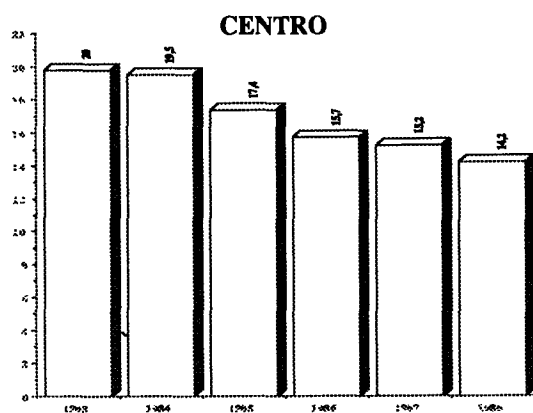
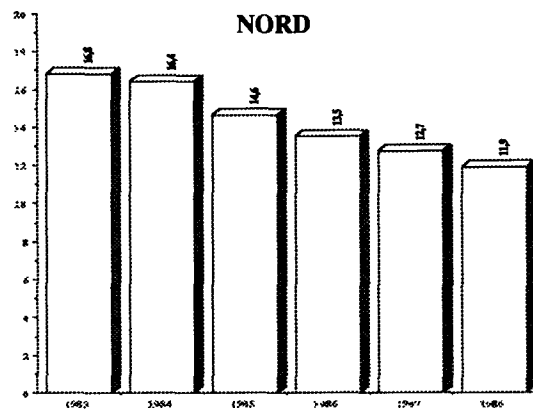
Per quanto riguarda il rapporto tra la donna e gli obiettivi specifici della "salute per tutti", l'Organizzazione mondiale della sanità distingue un duplice ruolo:

- 1) quello di partecipante alla realizzazione dell'obiettivo;
- 2) di destinataria dell'attività dell'obiettivo stesso.

In appendice sono elencati i 38 obiettivi specifici con l'indicazione del ruolo che ha la donna come partecipante attiva alla realizzazione dell'obiettivo stesso e, nell'ultima colonna, quale destinataria delle attività previste.

PAGINA BIANCA

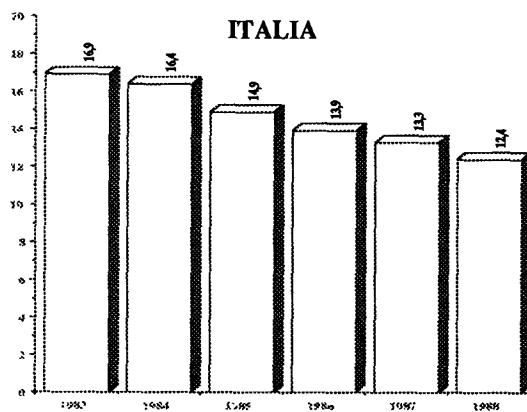
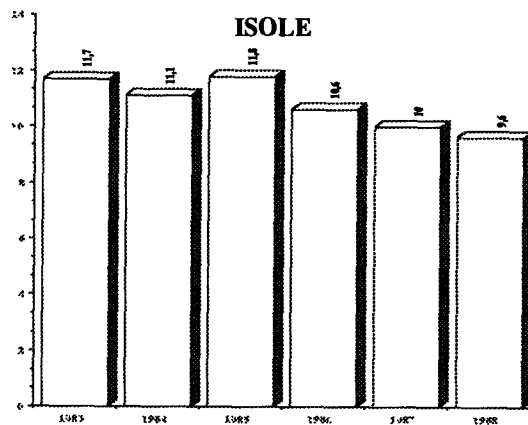
ANDAMENTO DEL TASSO DI ABORTIVITÀ (n. IVG/n. donne 15-49 anni)
Anni 1983/1988



Fonte: ISIS

Fig. 3.1

PAGINA BIANCA



| Anno 1987/1988 | |
|----------------|----------------|
| | Variazioni (%) |
| NORD | - 6.3 |
| CENTRO | - 6.6 |
| SUD | - 10.3 |
| ISOLE | - 4.0 |
| ITALIA | - 6.8 |

Fonte: ISIS

Segue: Fig. 3.1

PAGINA BIANCA

3.2. Maternità e infanzia

3.2.1. Riduzione della mortalità infantile

Obiettivo specifico (O.S.) europeo n. 7:

Entro il 2000, i casi di mortalità infantile nella Regione dovrebbero essere meno di 20 ogni mille nati vivi.

Strategia nazionale:

La tutela materno-infantile è uno dei progetti della proposta di Piano sanitario nazionale.

L'azione di prevenzione per la mortalità infantile è legata ad interventi multidisciplinari, che vanno dal miglioramento della qualità della vita a programmi di educazione sanitaria per favorire l'allattamento al seno, al miglior funzionamento dei consultori in tutto il territorio nazionale per la preparazione alla paternità e maternità; vanno poi potenziati i servizi semi-residenziali (day-hospital, day-surgery, centri dedicati alla riabilitazione, ecc.).

Nati-mortalità

La nati-mortalità ha mostrato un discreto decremento, negli ultimi quindici anni, continuando la tendenza, già precedentemente dimostrata: si è passati infatti dai 28,3 nati morti per mille nati vivi del 1953, agli 11,06 del 1975 e ai 6,4 del 1986. Tra il 1975 ed il 1986, si è avuto nella nati-mortalità un decremento pari al 42 per cento.

In Italia sono stati registrati 3.429 nati morti nel corso del 1987 e 3.504 nel 1988 (tavola 3.3). Il quoziente di nati-mortalità, definito come rapporto tra il numero di nati morti ed il numero di nati (vivi o morti), è pari al 6,2 per mille nel 1987 e 6,1 per mille nel 1988. Nel 1980 l'indice era pari a 8,2 per mille, la riduzione è stata del 25 per cento in 8 anni.

I tassi regionali variano nel 1988 dal minimo, pari al 4,5 per mille del Veneto, al massimo, pari al 9,3 della Sardegna.

Mortalità neonatale e perinatale

La mortalità neonatale ha presentato, dal 1971 al 1986, un decremento pari al 62,7 per cento, consistente soprattutto nell'ultimo decennio (1975-1986); la mortalità perinatale, nello stesso periodo, ha presentato un decremento del 57 per cento.

Si è infatti passati, per la mortalità neonatale, dai valori di 20,51 morti nel 1° mese di vita per mille nati vivi del 1971 ai 7,65 del 1986, mentre, per la mortalità perinatale, si è passati dai 30,4 nati morti, e morti nella prima settimana di vita, per mille nati vivi del 1971 ai 12,8 del 1986.

Tavola 3.3 - Quozienti di natimortalità secondo la regione di residenza
(per 1.000 nati)

| REGIONE | 1980 | 1987 | 1988 |
|---------------------------------|------------|------------|------------|
| Piemonte | 7,8 | 6,1 | 6,1 |
| Valle d'Aosta | 7,7 | 3,3 | 7,7 |
| Lombardia | 7,0 | 5,4 | 4,9 |
| Liguria | 7,1 | 4,8 | 6,3 |
| Trentino-Alto Adige | 6,7 | 3,6 | 5,4 |
| Veneto | 7,3 | 5,7 | 4,5 |
| Friuli-Venezia Giulia | 6,5 | 3,8 | 4,9 |
| Emilia-Romagna | 5,9 | 4,9 | 5,4 |
| Toscana | 8,1 | 5,5 | 5,6 |
| Umbria | 4,9 | 5,3 | 5,4 |
| Marche | 5,8 | 4,9 | 4,6 |
| Lazio | 7,4 | 5,5 | 6,1 |
| Abruzzo | 8,4 | 5,4 | 6,1 |
| Molise | 9,5 | 5,8 | 4,8 |
| Campania | 10,1 | 7,5 | 7,3 |
| Puglia | 8,9 | 6,3 | 5,9 |
| Basilicata | 9,3 | 5,2 | 6,8 |
| Calabria | 8,9 | 7,8 | 6,7 |
| Sicilia | 9,0 | 7,4 | 7,2 |
| Sardegna | 9,5 | 7,8 | 9,3 |
| Italia | 8,2 | 6,2 | 6,1 |

Nota I quozienti di natimortalità, sono calcolati rapportando i nati morti per luogo di residenza ai nati della popolazione residente

Fonte: ISTAT, Annuario Statistico Italiano ed elaborazione su Bollettino Mensile di Statistica.

Anche per questi dati le regioni centro-settentrionali presentano quasi tutte tassi superiori al 7,65 per mille, che rappresenta la media nazionale. In tutte le regioni vi è stata, comunque, una forte riduzione della mortalità neonatale, mentre la riduzione della mortalità perinatale è stata meno sensibile e, soprattutto al Sud, meno importante di quella neonatale.

La mortalità perinatale, i nati morti ed i morti nella prima settimana di vita sono stati nel 1988 6.864 contro i 6.941 nel 1987. Il tasso nazionale, che era pari al 17,5 per mille nel 1980, continua a diminuire ed ha raggiunto il 12,8 per mille nati nel 1986, il 12,4 nel 1987 e l'11,9 nel 1988 (tavola 3.4).

Si osserva comunque che, nonostante i decrementi, le differenze geografiche permangono. La regione più sfavorita è la Sardegna con il 16,2 per mille, quella più favorita è il Friuli-Venezia Giulia con il 6,5 per mille.

Tavola 3.4 - Quozienti di mortalità perinatale secondo la regione di residenza
(per 1.000 nati vivi)

| REGIONE | 1980 | 1986 | 1987 | 1988 |
|---------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Piemonte | 17,2 | 11,9 | 12,6 | 10,5 |
| Valle d'Aosta | 18,4 | 7,8 | 9,8 | 14,0 |
| Lombardia | 15,1 | 9,9 | 9,9 | 8,7 |
| Liguria | 14,7 | 11,3 | 8,3 | 9,7 |
| Trentino-Alto Adige | 13,6 | 8,8 | 9,9 | 9,7 |
| Veneto | 15,0 | 9,7 | 10,0 | 8,7 |
| Friuli-Venezia Giulia | 12,7 | 6,0 | 6,9 | 6,5 |
| Emilia-Romagna | 14,6 | 10,2 | 9,9 | 10,7 |
| Toscana | 17,1 | 11,6 | 11,5 | 10,6 |
| Umbria | 12,8 | 13,6 | 10,8 | 12,8 |
| Marche | 14,4 | 10,5 | 11,9 | 10,8 |
| Lazio | 15,5 | 10,6 | 11,3 | 11,4 |
| Abruzzo | 17,7 | 12,8 | 12,7 | 12,5 |
| Molise | 18,7 | 11,2 | 14,2 | 13,1 |
| Campania | 20,4 | 14,7 | 14,9 | 14,3 |
| Puglia | 20,4 | 15,7 | 13,8 | 12,3 |
| Basilicata | 18,7 | 15,6 | 11,6 | 12,1 |
| Calabria | 19,5 | 16,2 | 15,0 | 14,8 |
| Sicilia | 20,1 | 15,8 | 15,4 | 14,7 |
| Sardegna | 18,9 | 16,9 | 12,3 | 16,2 |
| Italia | 17,5 | 12,8 | 12,4 | 11,9 |

Nota. I quozienti di mortalità perinatale sono calcolati rapportando, per luogo di residenza, i nati morti ed i morti nella prima settimana ai nati della popolazione residente

Fonte: ISTAT, *Annuario Statistico Italiano* ed elaborazione su *Bollettino Mensile di Statistica*.

Mortalità infantile

Negli ultimi 7 anni la mortalità infantile in Italia si è molto ridotta, essendo passata da valori pari a 14,2 morti nel 1° anno di vita per mille nati vivi nel 1980, a 9,6 nel 1987 e 9 per mille nati vivi nel 1988 (tavola 3.5).

Questo risultato corrisponde ad un decremento nella mortalità infantile, pari al 65 per cento nell'intero periodo considerato.

Se si analizzano i dati regionali, ci si rende subito conto che esiste, anche in questo campo, un grande squilibrio fra il Centro-Nord ed il Sud e le Isole del nostro Paese; infatti nel Nord d'Italia si registrano nel 1987 valori di tipo Nord-Europeo, compresi tra il 6,4 della Liguria e l'8,9 del Piemonte, con la sola eccezione della Valle d'Aosta, il cui valore di 9,8 si discosta dalla media delle regioni dell'Italia settentrionale; ciò è in parte probabilmente dovuto all'esiguità dei numeri assoluti ed alla loro variabilità casuale, che incide molto in una regione così piccola e con un numero di nati vivi estremamente basso.

Nell'Italia centrale i valori sono lievemente più elevati, tuttavia accettabili per un Paese europeo altamente industrializzato; nel Sud e nelle Isole i valori, ancorché molto ridotti, rispetto a 15 anni fa, e tendenti ad uniformarsi ai valori della media nazionale, risultano, per quasi tutte le regioni, superiori a questa; il 9,6 dell'Italia è, infatti, intermedio tra il 7,8 del Centro-Nord e l'11,3 del Sud-Isole.

Tavola 3.5 - Quozienti di mortalità infantile secondo la regione di residenza
(per 1.000 nati vivi)

| REGIONE | 1980 | 1986 | 1987 |
|---------------------------------|-------------|------------|------------|
| Piemonte | 11,6 | 8,4 | 8,9 |
| Valle d'Aosta | 13,1 | 7,8 | 9,8 |
| Lombardia | 12,5 | 8,1 | 7,5 |
| Liguria | 15,3 | 7,4 | 6,4 |
| Trentino-Alto Adige | 9,1 | 8,1 | 8,1 |
| Veneto | 12,1 | 7,2 | 6,7 |
| Friuli-Venezia Giulia | 8,9 | 6,0 | 6,0 |
| Emilia-Romagna | 12,9 | 7,7 | 8,2 |
| Toscana | 11,6 | 9,4 | 8,7 |
| Umbria | 11,3 | 10,9 | 9,0 |
| Marche | 12,7 | 8,0 | 9,5 |
| Lazio | 12,9 | 8,5 | 9,2 |
| Abruzzo | 12,6 | 10,5 | 10,1 |
| Molise | 9,3 | 8,0 | 11,7 |
| Campania | 16,6 | 11,0 | 11,8 |
| Puglia | 16,9 | 12,0 | 10,9 |
| Basilicata | 12,8 | 11,3 | 10,5 |
| Calabria | 16,5 | 12,3 | 11,8 |
| Sicilia | 18,2 | 12,9 | 11,9 |
| Sardegna | 14,0 | 10,3 | 7,9 |
| Italia | 14,2 | 9,8 | 9,6 |

Nota. I quozienti di mortalità infantile sono calcolati rapportando i morti nel primo anno di vita per luogo di residenza ai nati vivi della popolazione residente

Fonte: ISTAT, Annuario Statistico Italiano ed elaborazione su Bollettino Mensile di Statistica.

Nel Sud il valore più elevato è presentato dalla Sicilia (11,9) e dalla Calabria (11,8). Nell'Italia centrale è da sottolineare, nell'ultimo quinquennio, il trend presentato dalla regione Lazio, che, da valori vicini a quelli delle regioni meridionali nel 1980, si è allineata con i dati di quelle settentrionali.

Per quanto riguarda le cause di questi decessi nel primo anno di vita, i tassi specifici per le principali cause nell'anno 1983 sono stati i seguenti:

- malattie infettive: 22,3;
- enteriti, diarrea: 9,5;
- pertosse: 1,0;
- insufficienza respiratoria acuta: 72,1;
- polmoniti: 48,8;
- incidenti: 15,8;
- malformazioni congenite: 306,6.

Mortalità infantile: confronto con altri Paesi

Il numero dei morti nel primo anno di vita è stato, sul territorio nazionale, pari a 5.144 nel 1988 contro 5.312 nel 1987. Il tasso di mortalità infantile, numero di decessi per mille nati vivi, è stato pari a 9,6 nel 1987, rispetto al 14,2 del 1980. Come per la natalità e la mortalità perinatale, si nota che, pure in un contesto di netto e generale miglioramento, le differenze territoriali permangono. Nel 1987 i tassi più alti, maggiori di 10 per mille, sono stati registrati in numerose regioni del Sud, il più basso nel Friuli-Venezia Giulia, con il 6 per mille.

Nelle altre nazioni, nel 1987 (per alcune il dato si riferisce al 1986), si sono avuti i seguenti tassi di mortalità infantile: Regno Unito: 9,1, Paesi Bassi: 7,6, Belgio: 9,7, Germania R.F.: 8,6, Francia: 7,6, Svezia: 5,7, Austria: 9,9, Grecia: 12,3, Ungheria: 17,4, Bulgaria: Canada: 8,5, Usa: 10,4. Le regioni italiane del Centro-Nord mostrano dei tassi paragonabili a quelli delle nazioni più sfavorite dell'Europa occidentale, quelle del Centro-Sud registrano dei tassi ulteriormente riducibili.

INDICATORI O.M.S.:

07.01.00A Tasso di mortalità infantile, per mille nati vivi (Indicatore mondiale n. 9).

Per l'Italia questo valore era 29,55 nel 1970, 14,63 nel 1980 e 12,32 nel 1983 (Fonte: O.M.S.).

07.01.01A Tasso di mortalità neonatale, per mille nati vivi (prime 4 settimane di vita).

Italia: 7,65 (1986) (ISTAT).

07.01.02A Tasso di mortalità precoce, per mille nati vivi.

Italia: 6,3 (1987) (ISTAT).

07.01.03A Tasso di mortalità tardiva, per mille nati vivi.

Italia: 1,3 (1987) (ISTAT).

07.01.04A Tasso di mortalità post-natale (tra il 2° e l'11° mese di vita), per mille nati vivi.

Italia: 2,0 (1987) (ISTAT).

07.04.04A Tasso di mortalità perinatale, per 1.000 nati vivi (come definito dalla CIM 9^a ed.).

Italia: 12,4 (1987) (ISTAT).

RICERCHE PROPOSTE DALL'O.M.S.:

- A) Sindrome di morte improvvisa del bambino;
- B) Variazioni della mortalità infantile;
- C) Tecnologia perinatale;
- D) Basso peso alla nascita;
- E) Allattamento al seno.

Ulteriori informazioni: Appendice IV.7.

3.2.2 Riduzione della mortalità materna

Obiettivo specifico (O.S.) europeo n. 8:

Entro il 2000, i casi di mortalità materna nella Regione dovrebbero essere meno di 15 ogni centomila nati vivi.

Strategia nazionale:

La protezione della gravidanza è specifico oggetto del progetto-obiettivo di tutela della salute materno-infantile attraverso campagne di educazione sanitaria.

Mortalità materna

Le donne morte per complicità della gestazione, del parto e del puerperio sono state, nel periodo 1° gennaio 30 settembre 1988, in numero di 35 contro 29 del 1987 e 36 del 1986, considerando lo stesso periodo.

INDICATORI O.M.S.:**08.01.00A Morti materne, per tutte le cause, per centomila nati vivi:**

Per l'Italia questo valore era: 54,47 nel 1970, 13,18 nel 1980, 9,16 nel 1983 (Fonte: O.M.S.).

08.01.01A Morti materne, in seguito ad aborto, per centomila nati vivi.

Italia: 0,75 (1987) (Ministero della Sanità).

08.01.02A Morti materne, per emorragia, per centomila nati vivi.

Italia: 0,91 (1987) (ISTAT).

08.01.03A Morti materne, per tossiemia gravidica, per centomila nati vivi.

Italia: 1,09 (1987) (ISTAT).

08.01.04A Morti materne, in seguito a puerperio, per centomila nati vivi.

Italia: 0,36 (1987) (ISTAT).

08.01.05A Morti materne, per cause ostetriche dirette, per centomila nati vivi.

08.01.06A Morti materne, per cause ostetriche indirette, per centomila nati vivi.

Italia: il dato viene fornito per il totale delle cause ostetriche, sia dirette che indirette: 1,45 (1987) (ISTAT).

RICERCHE PROPOSTE DELL'O.M.S.:

- A) Monitoraggio della morbilità e della mortalità;
- B) Ricerche sull'accesso ed impiego dei servizi sanitari.

3.3. Giovani ed adolescenti

I giovani di oggi devono fronteggiare problemi che non si erano mai posti per il passato. Ciò difficilmente consente loro di seguire modelli prestabiliti e complica singolarmente il compito di coloro che vorrebbero orientarli.

Per quanto attiene ai problemi della salute, si è trascurata, per anni, la salute dei giovani, ritenendoli relativamente al riparo dalle malattie e generalmente meno

vulnerabili dei meno giovani e dei più anziani. Ma il loro comportamento e, quindi, la loro salute sono estremamente sensibili alle condizioni sociali, considerevolmente cambiate nella nostra epoca. Le modificazioni degli stili di vita hanno accresciuto i rischi di gravidanze non desiderate, di malattie a trasmissione sessuale ed hanno fatto pesare una nuova minaccia: quella dell'AIDS. Infatti almeno la metà delle persone affette da HIV ha meno di 25 anni.

Il tabacco, l'alcool e le droghe sono talvolta facilmente accessibili e interessi finanziari incoraggiano la loro utilizzazione da parte dei giovani; la situazione di certe industrie e le condizioni della viabilità hanno aumentato i rischi di incidenti e di invalidità per i giovani; le abitudini alimentari e le necessità in materia di igiene bucco-dentale cambiano rapidamente, ma si presta poca attenzione alle conseguenze attuali e future dei cambiamenti che interessano la salute dei giovani, e, infine, la concorrenza accanita che essi debbono fronteggiare per entrare nel mondo del lavoro e in quello dell'istruzione rischiano di provocare ancora maggiori turbe psicologiche, fino a comportamenti suicidari.

La presente Relazione, che affronta per la prima volta in una visione unitaria la problematica "giovani e salute", si limita per mancanza di dati significativi ad una illustrazione sintetica delle linee guida comportamentali e dei maggiori rischi nei diversi aspetti della vita quotidiana, riservandosi un maggiore approfondimento nella Relazione per il 1989.

I giovani e l'alimentazione

Le abitudini alimentari acquisite durante l'adolescenza hanno importanti ripercussioni, sullo stato di salute, a breve e lungo termine.

Un apporto insufficiente in sali minerali e vitamine può provocare problemi di salute immediati o in età adulta. Un apporto energetico eccessivo, in proporzione al consumo energetico (attività fisica), porterà inevitabilmente ad un aumento di peso, che può avere conseguenze gravi, sia a breve, che a lungo termine.

L'alimentazione ha una importanza notevole sulla salute bucco-dentale: si sa che gli alimenti ricchi di zucchero aumentano sostanzialmente i rischi di carie dentarie.

Occorre quindi incoraggiare i giovani a fare delle scelte razionali per ciò che concerne la loro alimentazione, mediante una collaborazione tra le famiglie, gli operatori sanitari, gli insegnanti, l'industria agro-alimentare ed i mezzi di comunicazione di massa.

I giovani e gli incidenti

Il costo socio-economico degli incidenti nei giovani è enorme (danni materiali, costi per la cura, mancato guadagno): i decessi di adolescenti e giovani adulti costano assai cari alla società.

Le invalidità conseguenti agli incidenti raggiungono proporzioni considerevoli.

L'utilizzazione di veicoli a due ruote è una delle maggiori cause di incidenti stradali, sovente mortali, tra i giovani.

Accanto agli incidenti del traffico, rappresentano rischi notevoli anche gli incidenti del tempo libero e dello sport.

Come i bambini e gli adulti, gli adolescenti sono esposti a rischi imposti dall'esterno (rischi specifici dell'ambiente, rischi indotti dalla pubblicità), ma i giovani scelgono sovente, più o meno deliberatamente, altri rischi. E' bene domandarsi quali ne siano i moventi.

Accanto a fattori di natura ambientale e tecnologica, i fattori individuali giocano un gran ruolo nella genesi degli incidenti e loro conseguenze. La prevenzione deve dunque tenere conto di questi differenti elementi: ambiente, tecnologia, normativa ed educazione. Poiché il processo che conduce all'incidente è multifattoriale, la prevenzione deve essere multisettoriale e ne consegue che occorre combinare le diverse misure in una vera strategia preventiva. Ogni riflessione sugli incidenti deve tener conto dell'adolescente quale persona e fondarsi sul significato dei suoi atti e non solo sulle loro conseguenze.

Numerosi esempi di intervento preventivo ed efficace possono essere citati per dimostrare che un trauma accidentale non è una fatalità. Sono da ricordarsi, ad esempio, l'obbligo delle cinture di sicurezza e del casco.

Accanto a ferite accidentali si trovano anche ferite non accidentali, inflitte da terzi o dal soggetto stesso. E' talvolta difficile, tra i giovani, distinguere ciò che è accidentale e ciò che deriva da una condotta veramente suicidiaria. Ma i giovani non hanno l'appannaggio di comportamenti violenti. Sarebbe senza dubbio utile riflettere sull'insieme dei sistemi di pressione che pesano sugli adolescenti: pressioni sociali, familiari, scolastiche, economiche, talvolta razziali, che l'adolescente risente sovente come violenza.

I giovani ed il tabacco

- L'uso del tabacco inizia in età sempre più precoce, particolarmente nelle giovani dei Paesi industrializzati. La maggior parte dei nuovi fumatori inizia prima dei 18 anni, sono poche le persone che si mettono a fumare dopo tale età. Più l'uso del tabacco comincia presto e più la speranza di vita diminuisce: tale diminuzione è calcolata a 8 anni, se l'uso del tabacco inizia a 15 anni, e di 4 anni se inizia a 25. Inoltre, coloro che cominciano a fumare giovani hanno maggiori difficoltà a smettere.

Gli adolescenti, i cui genitori o fratelli e sorelle fumano, o i cui amici sono fumatori, sono particolarmente suscettibili di mettersi essi stessi a fumare. Le giovani donne che fumano sono esposte al rischio di un tumore in età adulta e quelle che utilizzano dei contraccettivi orali sono più sensibili ai disturbi cardio-vascolari. Gli educatori sanitari devono soprattutto insistere sugli aspetti positivi di una vita senza tabacco. Descrivere gli effetti nefasti del tabacco non ha molte probabilità di ottenere cambiamenti di comportamento. Occorre che i programmi di educazione sanitaria e di informazione, destinati ai giovani, possano essere recepiti positivamente, quale contributo per il miglioramento della qualità della loro vita, e non negativamente, quali imposizioni di proibizione. Bisogna convincerli che un comportamento di rifiuto del tabacco è conforme agli ideali di libertà e di indipendenza, così cari ai giovani.

I programmi di educazione sanitaria dovrebbero iniziare già prima degli 11 anni, perché numerosi bambini fumano la loro prima sigaretta a tale età. Tra gli 11 ed i 13 anni un numero crescente di bambini comincia a fumare per provare, ma è verso la metà dell'adolescenza che si acquisisce l'abitudine di fumare più regolarmente.

La maggior parte delle misure anti-tabacco, indirizzate verso i bambini e gli adolescenti, tende soprattutto a prevenire l'acquisizione dell'abitudine al fumo. Occorrerebbe anche impostare dei programmi di rinuncia al tabacco, destinati ai giovani che ne fanno regolarmente uso e che rischiano già di aver acquisito una dipendenza nei confronti della nicotina.

Gli indicatori più sicuri del comportamento nei confronti del tabacco nei giovani si trovano nell'ambiente sociale, nelle relazioni con gli amici, nella famiglia e nella scuola. Poiché numerosi giovani fumatori hanno acquisito una attitudine negativa di fronte alla scuola, questa non costituisce sempre il mezzo migliore per raggiungere i giovani ed esercitare un'influenza sul loro comportamento. Occorre, quindi, concepire e sperimentare "moduli" completi di educazione sanitaria inerenti il tabacco, che interessino i giovani anche al di fuori del sistema scolastico.

I giovani e l'alcool

I problemi connessi con il consumo eccessivo di alcool comprendono non solo i disturbi patologici ed i decessi da esso provocati, ma anche gli incidenti domestici, nell'ambiente di lavoro e sulle strade, nonché la violenza e la criminalità.

Il tasso di mortalità per incidenti della strada, legati al consumo di alcool, è causa di preoccupazione in numerosi Paesi.

Le ricerche indicano che le modalità di consumo patologico dell'alcool si sviluppano durante l'adolescenza ed all'inizio dell'età adulta, ma le conseguenze possono apparire solo dopo qualche decennio.

A causa di differenze fisiologiche, come una più forte proporzione di acqua nell'organismo ed una più debole proporzione di grasso e di muscolo, una data quantità di alcool può avere maggiore effetto sui giovani, che rischiano di divenire più rapidamente dipendenti dell'alcool, rispetto agli adulti.

Poiché sono dei bevitori meno sperimentati ed hanno una soglia di tolleranza più debole nei confronti dell'alcool, i giovani sono più suscettibili alla ubriachezza e possono trovarsi così implicati negli incidenti.

I giovani bevono l'alcool per le stesse ragioni degli adulti: libera dalle inibizioni, favorisce le relazioni sociali e provoca piacere. Numerosi giovani vedono nel consumo dell'alcool un simbolo attraente della maturità.

La maggioranza dei giovani fanno la loro prima esperienza, in materia di alcool, in casa, generalmente con i loro genitori e all'inizio dell'adolescenza. In seno alla famiglia, i giovani consumano generalmente dell'alcool solo in occasioni speciali e le quantità bevute sono trascurabili; l'abitudine di bere si rinforza insieme a gruppi affini, perché i giovani bevono raramente soli.

Bisogna tener conto che i giovani sono naturalmente curiosi e vogliono provare diverse sorti di bevande e non sempre le persone sono coscienti del tenore di alcool delle bevande che consumano.

Gli adolescenti sono raramente dei grossi bevitori cronici: si ubriacano piuttosto occasionalmente. L'alcolizzazione episodica tende a diminuire nei giovani, avanzando con l'età: la frequenza delle occasioni di bere può aumentare, ma la quantità consumata in ciascuna occasione diminuisce. Il consumo regolare di grandi quantità di alcool, caratteristico del bevitore eccessivo adulto, è raro nei giovani. L'alcool-dipendenza impiega diversi anni per instaurarsi e la maggior parte di quelli che cercano la disassuefazione ha 30 anni o più.

L'alcool è una droga che genera dipendenza, sia fisica che psicologica: i bevitori cronici acquisiscono una tolleranza che li spinge a bere quantità maggiori per ottenere gli stessi effetti.

Gli interventi che si sono rilevati più efficaci sono quelli che fanno appello ai giovani per parlare da loro pari dell'alcool e dei problemi che il suo uso provoca: molti sono più recettivi nei confronti di altri giovani della stessa età e della stessa cultura. La pressione dei coetanei può quindi essere messa positivamente a profitto per aiutare i giovani a resistere alla pressione dei loro amici e della pubblicità, che presenta sempre il consumo di alcool sotto una luce attraente.

I giovani, la sessualità e la riproduzione

L'adolescenza è anzitutto un periodo di maturazione, sia sul piano fisico che su quello sociale, che influenza le relazioni dei giovani tra di loro e con le persone che li circondano. Se il processo si svolge normalmente, costituisce una forza positiva e favorisce lo sviluppo dell'adolescente negli altri settori.

Spesso i segni di maturazione sessuale appaiono prima della maturità psicologica o sociale e, anche, prima della maturità fisica completa. Ciò significa che le giovani possono concepire prima di essere pronte dal punto di vista fisico o psicologico, quindi la maternità durante l'adolescenza, specie all'inizio di tale età, comporta rischi considerevoli per la salute, quali, per esempio, distocia perché il bacino non ha avuto il tempo di svilupparsi, tanto più che si è notato, in tutto il mondo, l'abbassamento dell'età del menarca. Si è, inoltre, rilevato che i bambini nati da adolescenti sono, in generale, sottopeso e con minori probabilità di sopravvivenza. Vi è ancora da rilevare che la maternità e paternità precoci limitano grandemente le possibilità di istruzione e di impiego. Ciò comporta la necessità di una assistenza maggiore per l'adolescente gravida e servizi di pianificazione familiare adeguati per evitare gravidanze precoci. Una attività sessuale precoce è pure rischiosa.

Si va poi notando la tendenza a sposarsi più tardi. Ciò è dovuto ad una gamma complessa di fattori, quali l'educazione, le possibilità d'impiego, l'urbanizzazione, l'esposizione a valori culturali di altri Paesi ed il cambiamento della struttura familiare. Queste modifiche contribuiscono ad aumentare la probabilità di rapporti sessuali prima del matrimonio.

I rischi, che i giovani incontrano con rapporti sessuali precoci o senza ricorrere ai mezzi per evitare una gravidanza non voluta o malattie a trasmissione sessuale, possono essere molto ridotti ricorrendo a misure particolari.

E' poi importante che i giovani conoscano l'esistenza dei servizi di pianificazione familiare, per l'assistenza prenatale ed ostetrica e per il trattamento delle malattie a trasmissione sessuale.

Un numero crescente di associazioni e di organizzazioni per la gioventù fanno della salute uno degli elementi maggiori del loro programma di attività e contattano numerosi giovani, prima che questi incontrino problemi.

I giovani e le malattie a trasmissione sessuale

I cambiamenti che l'urbanizzazione, l'industrializzazione, le comunicazioni di massa e la maggior possibilità di viaggiare hanno provocato nell'ambito dei comportamenti sessuali e sociali, contribuiscono a dare importanza a questo problema di sanità pubblica. I giovani, tra 10 e 24 anni, costituiscono un gruppo vulnerabile, ma allo stesso tempo una importante forza potenziale per la prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale.

Quali misure efficaci per la prevenzione di tali malattie l'O.M.S. ha proposto l'astinenza sessuale, le relazioni sessuali monogame, la limitazione delle attività sessuali, l'utilizzazione corretta di condoms od altri metodi profilattici efficaci con partners suscettibili di essere infetti.

Per prevenire e combattere tali malattie nei giovani, si raccomanda di promuovere programmi modello di educazione sanitaria nelle scuole, con la partecipazione attiva dei giovani.

Ma la cosa più importante è che tale lotta sia condotta nell'ambito di un quadro positivo di educazione alla sessualità umana.

Importante è anche l'assistenza efficace agli ammalati ed ai loro partners sessuali, a tal fine è necessario:

- riconoscere od escludere la malattia;
- somministrare la cura, se necessario;
- fornire consigli agli ammalati in materia di prevenzione;
- fornire pareri in merito alla scrupolosa esecuzione della cura;
- assicurarsi che il o i contatti del malato siano esaminati e, se necessario, trattati.

I giovani e l'AIDS

L'AIDS costituisce ormai un problema sanitario mondiale e di notevole ampiezza.

Almeno la metà delle persone infette da HIV hanno meno di 25 anni: l'AIDS è quindi una delle maggiori preoccupazioni per la gioventù attuale.

A causa del carattere delicato di tutto ciò che si riferisce alla sessualità, compresa la comunicazione, i responsabili della sanità pubblica e gli educatori si trovano spesso di fronte a gravi problemi nel loro sforzo di lotta e di prevenzione, particolarmente quando si rivolgono specificamente ai giovani dai 10 ai 24 anni.

I giovani possono impedire la propagazione del virus HIV, imparando ciò che si deve sapere sull'AIDS per potere proteggere se stessi, e coloro che amano, ed insegnare agli altri come arrestare la trasmissione del virus HIV.

I genitori ed i responsabili della comunità possono non essere favorevoli alla comunicazione di informazioni sulla sessualità perché non vogliono ammettere che numerosi giovani abbiano già una attività sessuale. Possono anche temere che i programmi di prevenzione, aventi una componente di educazione sessuale, incoraggino l'attività sessuale. Tali ostacoli ritardano spesso la comunicazione a molto tempo dopo la prima esperienza sessuale di numerosi giovani, quando invece è preferibile informarli delle possibili scelte sessuali e delle loro conseguenze. Anche quando sanno che corrono un rischio, i giovani possono non avere l'attitudine necessaria a cambiare comportamento o a suggerire tale cambiamento ai loro partners sessuali.

La promozione della salute dovrebbe tendere a modificare i comportamenti, nel contesto generale della vita e dei bisogni dei giovani.

Lo sforzo di prevenzione dell'AIDS, mediante la promozione della salute, risulta maggiormente efficace se integrato in programmi completi, destinati a far prendere coscienza ai giovani delle conseguenze del loro comportamento, per loro stessi e per gli altri, e a fare acquisire la capacità di agire in modo da prevenire l'infezione e la trasmissione. Le scuole sono sovente il punto focale delle attività educative per la prevenzione delle infezioni da HIV.

I giovani e la droga

L'uso della droga non è assolutamente limitato ai giovani, tuttavia il tasso di abuso è più elevato tra gli adolescenti ed i giovani rispetto agli adulti. Essi utilizzano una sempre maggiore varietà di sostanze psicotrope e sempre più precocemente. L'età in cui una persona comincia a drogarsi è importante, perché sembra vi sia un legame tra la precocità della prima esperienza, l'aumento del consumo e l'apparizione della dipendenza. Si può iniziare con una droga nel corso della adolescenza e passare con l'età a diverse droghe, spesso utilizzate in combinazione.

Le ragioni che spingono i giovani a provare droghe illecite sono numerose, ivi comprese la curiosità, la pressione dei compagni, la disponibilità del prodotto. I giovani amano provare nuove esperienze ed alcuni sperimentano diverse droghe per il gusto del vietato. In altri la droga rappresenta un mezzo per sfuggire una amara realtà: si conosce l'associazione tra l'abuso di droga, la disintegrazione sociale, la povertà, l'assenza di un focolare, la disoccupazione.

Tra le conseguenze nefaste dell'uso e dell'abuso di droghe nei giovani si possono citare la dipendenza, l'overdose, gli incidenti, i danni fisici e psicologici e, talvolta, una morte prematura.

I rischi della droga sono stati drammaticamente evidenziati dalla propagazione dell'infezione HIV, che sfocia spesso nell'AIDS per coloro che usano droghe iniettabili, scambiandosi siringhe o aghi infetti.

L'uso e l'abuso di droghe può dare luogo a tutta una serie di problemi, sia per l'individuo che per la società. L'abitudine alla droga può essere molto costosa da soddisfare e numerosi tossicomani sono incapaci di un lavoro regolare: per procurarsi tali sostanze rischiano di dedicarsi al furto ed alla prostituzione.

Dinanzi alla difficoltà di controllare l'approvvigionamento e l'offerta di droghe illecite, si è cercato di ridurre la domanda di sostanze psicoattive mediante l'educazione sanitaria, ma non sempre ci si è molto preoccupati di valutare l'efficacia delle attività svolte.

Uno dei problemi fondamentali è l'identificazione dei gruppi a rischio: occorre decidere se i programmi devono influenzare gli utilizzatori o esercitare la prevenzione nei confronti dei non utilizzatori.

Sarebbe necessario valutare più sistematicamente le campagne di educazione sanitaria, che dovrebbero, da un punto di vista ideale, essere formulate tenendo conto di ciò che si sa sul genere di approccio dimostratosi efficace nel passato.

Le tecniche di terapia di gruppo, il consiglio di coetanei, i metodi che aiutano l'individuo a recuperare la stima di se stesso ed a prepararsi ad un impiego offrono delle possibilità per il trattamento e la prevenzione dell'abuso di droga presso i giovani.

3.4. Portatori di handicap

Obiettivo specifico (O.S.) europeo n. 3:

Entro il 2000, i minorati dovrebbero avere le opportunità fisiche, sociali ed economiche di svolgere una vita socialmente ed economicamente soddisfacente e mentalmente creativa.

Strategia nazionale:

La tutela dell'handicap è tema specifico di un progetto-obiettivo della proposta di Piano sanitario nazionale.

L'intervento statale e regionale, attraverso i Piani sanitari e socio-assistenziali, tende a garantire anche alle persone affette da minorazione una vita soddisfacente, attraverso la rimozione di tutti gli ostacoli di tipo sociale, sanitario ed economico che possano frapporsi alla realizzazione dell'obiettivo.

La risposta dello Stato alle problematiche dell'handicap deve essere unitaria: vale a dire occorre attuare una serie di interventi socio-sanitari e di integrazione sociale idonei a determinare il miglioramento della "qualità della vita" dei portatori di handicap. Vanno poi attivate campagne di educazione sanitaria per la prevenzione degli handicap.

3.4.1. *Situazione dell'invalidità civile, cecità, sordomutismo*

Nel 1988 si può calcolare in circa 3 milioni il numero delle persone disabili, di cui la maggioranza (2.870.000) invalidi ed i restanti ciechi (113.000) e sordomuti (15.000) (tav. 3.6).

Il numero degli invalidi aumenta costantemente nel tempo ma il dato è dovuto non solo dal fisiologico aumento, ma anche dalla notevole diminuzione della mortalità in soggetti affetti da gravi menomazioni sia congenite che acquisite.

Anche per gli anni futuri è prevedibile un trend in crescita che porterà ad un aumento di tutte le categorie aventi diritto ad indennità economica e, conseguentemente, a maggior impegno sul fronte dell'assistenza socio-sanitaria. Il dato che, in assoluto, dal confronto 1987-1988, è più aumentato - 52.292 - è quello riferito agli invalidi totali non deambulanti o, comunque, non autosufficienti, non ricoverati, e ultrasessantacinquenni, con diritto alla sola indennità di accompagnamento; aumenti considerevoli sono anche presenti in tutte le altre categorie in cui è prevista tale indennità.

Invece, non si hanno significative variazioni delle altre categorie (ciechi, sordomuti, invalidi).

La previsione, anche alla luce della recente legge del 21 novembre 1988, n. 508, art. 1 (aventi diritto all'indennità di accompagnamento), è che vi sarà, nel prossimo futuro, un ulteriore cospicuo aumento di tutte le categorie che prevedono per l'appunto la indicata indennità, dato questo di difficile quantificazione.

Si ritiene che l'attuazione di quanto stabilito dal D.L. 509/88 ed in particolare l'elaborazione di una nuova tabella indicativa delle percentuali di invalidità, possa apportare ulteriormente chiarezza, sulle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti, considerando l'invalido non più per le sole menomazioni da cui è affetto, ma visto in un contesto socio-sanitario più ampio, quale quello insito nel concetto di handicap.

Tavola 3.6 - Numero degli invalidi civili assistiti dal Ministero dell'Interno al 31-12-1988
(invalidi oltre il 67%, ciechi e sordomuti)

| REGIONE | Popolazione | Invalidi | | Ciechi | | Sordomuti | | Totale | |
|---------------------------------|-------------------|----------------|-------------|----------------|-------------|---------------|-------------|----------------|-------------|
| | | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Piemonte | 4 373.020 | 46.707 | 1,07 | 5 787 | 0,13 | 678 | 0,02 | 53 172 | 1,22 |
| Valle d'Aosta | 144.457 | 1 770 | 1,55 | 171 | 0,15 | 20 | 0,02 | 1 961 | 1,71 |
| Liguria | 1.744.897 | 27.769 | 1,55 | 3.851 | 0,22 | 308 | 0,02 | 31 928 | 1,83 |
| Lombardia | 8.893.455 | 96.331 | 1,08 | 8.794 | 0,10 | 1.368 | 0,02 | 106 493 | 1,20 |
| Trentino-Alto Adige | 445.516 | 5.946 | 1,33 | 566 | 0,13 | 177 | 0,04 | 6.689 | 1,1'50 |
| Veneto | 4.375.967 | 54.282 | 1,24 | 5.692 | 0,13 | 787 | 0,02 | 60.761 | 1,39 |
| Friuli-Venezia Giulia | 1.208.362 | 16.383 | 1,36 | 1.701 | 0,14 | 262 | 0,02 | 18.346 | 1,52 |
| Emilia-Romagna | 3.921.992 | 56.797 | 1,45 | 6.947 | 0,18 | 551 | 0,01 | 64.295 | 1,64 |
| Toscana | 3 566.299 | 73.545 | 2,06 | 7.795 | 0,22 | 575 | 0,02 | 81.915 | 2,30 |
| Marche | 1.428.910 | 27.131 | 1,90 | 4.211 | 0,29 | 312 | 0,02 | 31 654 | 2,22 |
| Umbria | 818.680 | 23.684 | 2,89 | 2.282 | 0,28 | 200 | 0,02 | 26 166 | 3,20 |
| Lazio | 5.142.548 | 61.818 | 1,20 | 6.073 | 0,12 | 1.124 | 0,02 | 69.015 | 1,34 |
| Abruzzo | 1.259.626 | 31.806 | 2,53 | 3.507 | 0,28 | 432 | 0,03 | 35.745 | 2,84 |
| Molise | 334.759 | 4.794 | 1,43 | 1.570 | 0,47 | 142 | 0,04 | 6.506 | 1,94 |
| Campania | 5.745.502 | 86.274 | 1,50 | 8.547 | 0,15 | 1.677 | 0,03 | 96.498 | 1,68 |
| Puglia | 4.408.463 | 61.500 | 1,52 | 11.473 | 0,28 | 1 355 | 0,03 | 74.328 | 1,84 |
| Basilicata | 621.700 | 15.201 | 2,45 | 1.489 | 0,24 | 372 | 0,06 | 17 062 | 2,74 |
| Calabria | 2 148.047 | 36.364 | 1,69 | 5.962 | 0,28 | 1.202 | 0,06 | 43.528 | 2,03 |
| Sicilia | 5 150.636 | 115.547 | 2,24 | 19.154 | 0,37 | 2.607 | 0,05 | 137.308 | 2,67 |
| Sardegna | 1 653.029 | 26.364 | 1,59 | 7.212 | 0,44 | 513 | 0,03 | 34.089 | 2,06 |
| Italia | 56.995.865 | 870.013 | 1,53 | 112.784 | 0,20 | 14.662 | 0,03 | 997.459 | 1,75 |

Fonte: Ministero della Sanità - Dir. Gen. Serv. di Medicina Sociale.

INDICATORI O.M.S.:

04.01.01 Giorni di inabilità temporanea per persona.

Italia: 20,30 giorni nell'industria e 27,46 nell'agricoltua (1987) (INAIL).

04.02.01A per cento della popolazione con inabilità a lungo termine.

Italia: 44,84 per cento nell'industria e 88,21 per cento nell'agricoltura (1987) (INAIL).

Vengono consigliati anche i seguenti indicatori:

- 03.01.01 Percentuale degli handicappati in età lavorativa con occupazione regolare;
- 04.05.01 Speranza di vita libera da handicap, in anni.

RICERCHE PROPOSTE DALL'O.M.S.:

- A) Analisi comparativa delle due forme di assistenza prestata agli handicappati: nelle istituzioni e nell'ambito della comunità;
- B) Efficacia della riabilitazione.

3.5. Tossicodipendenti

Obiettivo specifico (O.S.) europeo n. 17:

Entro il 1990 in tutti gli Stati membri si dovrebbe ottenere una sensibile riduzione dei comportamenti dannosi alla salute: abuso di alcool e di farmaci, uso di stupefacenti e di sostanze chimiche dannose, guida pericolosa e comportamenti sociali violenti.

Strategia nazionale:

Il Piano sanitario nazionale prevede uno specifico progetto obiettivo per le tossicodipendenze, nonché una serie di interventi, attraverso campagne di educazione sanitaria, per la prevenzione di comportamenti sociali dannosi.

3.5.1. Tossicodipendenze da droga: quadro generale 1988

La struttura dei servizi pubblici e privati socio-riabilitativi e di trattamento dei tossicodipendenti è profondamente cambiata nel corso degli ultimi 2-3 anni, soprattutto come adattamento all'evoluzione del fenomeno "droga". La ristrutturazione dei servizi ha interessato la loro entità numerica, la distribuzione territoriale e la qualificazione degli interventi.

Ad alcuni servizi di assistenza per i tossicodipendenti sono stati attribuiti compiti di centri di prima accoglienza (compiti cioè di indirizzo del tossicodipendente al suo specifico programma e destinazione) e di servizi di trattamento e servizi socio-riabilitativi per implementare programmi integrati piuttosto che singoli trattamenti.

Le comunità residenziali, inoltre, hanno potenziato le loro capacità di intervento in alcune realtà modificando il tipo di approccio verso il soggetto e andando incontro al tossicodipendente sul suo terreno più familiare: la strada.

Parallelamente il sistema di registrazione operante nelle amministrazioni centrali come il Ministero dell'Interno, di Grazia e Giustizia, della Difesa, della Sanità, è stato migliorato e potenziato. E' stato così possibile rilevare e strutturare dati più affidabili ed operare una migliore forma di intervento rispetto al passato.

Ai mutamenti del quadro generale, cui fanno riflesso le condizioni comportamentali nel campo del consumo di droghe e lo sforzo di adeguamento delle strutture, si affianca la ripartizione dei fondi ex-leggi 297/1985 e 176/1988 (tavola 3.7) che continua ad interessare comuni, USL, altri enti, cooperative, associazioni private e volontariato.

L'incremento, registrato anche nel 1988, dei sequestri di cocaina (circa il doppio rispetto all'anno precedente) pone l'accento sulla opportunità di una attenta e profonda riflessione sulle capacità di diffusione di questa sostanza che rapidamente, e consistentemente, sta invadendo il mercato italiano per una confluenza di motivi: imitazione di mode di altri Paesi, accessibilità e basso costo, profondi mutamenti del costume e delle abitudini dell'assuntore, ecc.

La netta tendenza all'incremento è rilevabile da altri indicatori (non sanitari). Quanto sopra è peraltro confermato dai risultati preliminari di uno studio sul campo condotto nell'area romana nell'inverno 1987-1988.

Sulla base delle nuove potenzialità vengono considerati i seguenti parametri:

- gli aspetti collegati con il traffico ed altri comportamenti illeciti o criminali;
- i tossicodipendenti nelle varie strutture ed i dati totali di prevalenza;
- l'entità d'uso dei farmaci sostitutivi e degli psicofarmaci variamente associati, nell'uso, con la tossicodipendenza;
- i decessi correlati;
- l'AIDS e la tossicodipendenza;

- la descrizione di alcuni indicatori di nuova introduzione (sequestri normalizzati; nuove notificazioni; tassi di letalità) e dei requisiti degli indicatori per un loro uso nella programmazione degli interventi.

I dati relativi alla quota di tossicodipendenti tra i detenuti, per il 1988, sono stati resi disponibili solamente sotto forma di ripartizione per ispettorato (tavole 3.8 e 3.9).

La disaggregazione-aggregazione per singola regione non è stata perciò possibile.

In ogni caso il dato nazionale è già di per sé sufficiente a confermare la validità dei due differenti sistemi di rilevazione utilizzati in Italia dal 1986 ed illustrati nella Relazione dello scorso anno.

Tavola 3.7 - Distribuzione dei fondi ex leggi 297/1985 e 176/1988 per la riabilitazione dei tossicodipendenti (1985-1988)
(fondi assegnati, milioni di lire)

| | Anni | | | |
|---|--------|--------|--------|--------|
| | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 |
| Totale stanziamento | 14 000 | 19 000 | 19.000 | 19 200 |
| Servizi pubblici | 1 843 | 2.778 | 2.964 | 2 405 |
| Comuni | 2.719 | 5.284 | 3 807 | 4.235 |
| Associazioni private e del volontariato | 9.437 | 10 937 | 12 229 | 12.559 |

Fonte. Ministero dell'Interno

Il carattere fortemente "a rischio" della popolazione detenuta nei riguardi della tossicodipendenza emerge dal confronto dei dati di prevalenza rilevati nel triennio e nei singoli ispettorati per l'ultimo anno.

Si deve sottolineare la necessità di una particolare prudenza nella lettura dei dati quando valori assai simili si riferiscono a realtà profondamente diverse ed assumono, perciò, significati differenti.

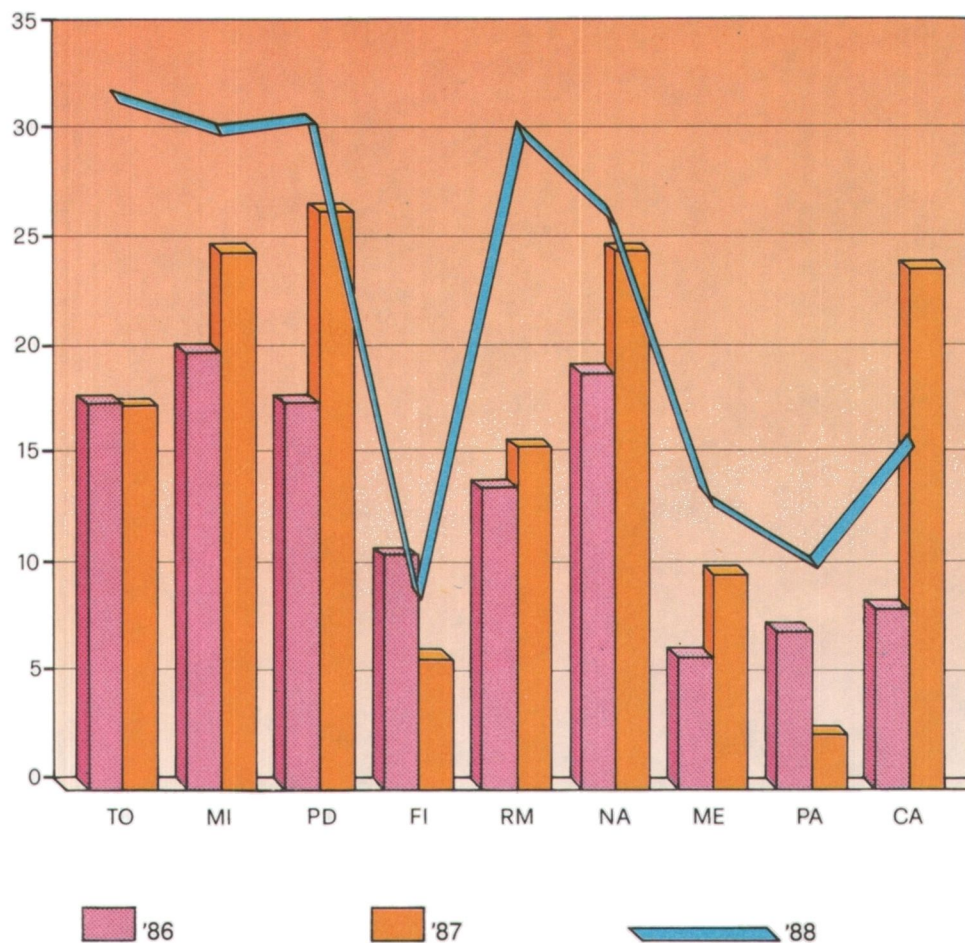
Tavola 3.8 - Detenuti e tossicodipendenti nelle carceri
Italia, 1986-1987-1988

| ANNO | Detenuti | Tossicodipendenti | % |
|----------------|----------|-------------------|------|
| 1986 | 31 403 | 6.102 | 19,4 |
| 1987 | 30.555 | 5.221 | 17,0 |
| 1988 | 31.077 | 7.500 | 24,1 |

Fonte. Servizio Sanitario Penitenziario - Dir. Gen. Istituti di Prevenzione e Pena Ministero Grazia e Giustizia

PERCENTUALE DI TOSSICODIPENDENTI IN POPOLAZIONE DETENUTA

Distribuzione per ispettorato 1986-1988



Fonte: Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati del Servizio Sanitario Penitenziario (D.G.I.P.P.) Ministero di Grazia e Giustizia

Fig. 3.2

PAGINA BIANCA

Tavola 3.10 - Sequestri delle principali sostanze d'abuso e quantità requisite a stranieri
Rapporto italiani/stranieri - Dati nazionali 1986-1988

| | Anno | Totale | Di cui a stranieri | % | kg/it (*) | kg/str (*) |
|--------------------|------|--------|--------------------|--------|-----------|------------|
| Eroina | 1986 | 333 | 76 | (23,0) | 0,03 | 0,59 |
| | 1987 | 322 | 131 | (40,7) | 0,02 | 0,75 |
| | 1988 | 575 | 186 | (32,3) | 0,03 | 0,42 |
| Cocaina | 1986 | 127 | 67 | (53,0) | 0,08 | 0,84 |
| | 1987 | 326 | 180 | (55,2) | 0,14 | 2,22 |
| | 1988 | 612 | 440 | (72,0) | 0,10 | 2,53 |
| Cannabis | 1986 | 16.011 | 11.164 | (69,7) | 1,01 | 106,32 |
| | 1987 | 13.010 | 720 | (5,5) | 2,12 | 12,20 |
| | 1988 | 7.151 | 2.357 | (33,0) | 0,74 | 31,43 |

(*) Da rilevare l'ordine di grandezza, più che il dato in sé, in quanto in alcune grosse operazioni contro stranieri è stato coinvolto qualche connazionale e viceversa

Fonte: Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati del Servizio Centrale Antidroga (Ministero dell'Interno)

Tavola 3.11 - Consumatori segnalati in relazione alle principali sostanze
oggetto di abuso - Italia, 1986-1988

| | 1986 | | 1987 | | 1988 | |
|--------------------|-------|------|------|------|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Eroina | 1.008 | 33,7 | 990 | 28,3 | 1.669 | 34,8 |
| Cocaina | 7 | 0,2 | 11 | 0,3 | 36 | 0,7 |
| Cannabis | 714 | 24,0 | 712 | 20,4 | 818 | 17,0 |

Fonte: Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati del Servizio Centrale Antidroga (Ministero dell'Interno).

Tavola 3.12 - Principali sostanze d'abuso tra le nuove notificazioni:
% sostanza primaria e secondaria - Italia, 1986-1987

| | Primaria | | Secondaria | |
|------------------------|----------|------|------------|------|
| | 1986 | 1987 | 1986 | 1987 |
| Eroina | 80,2 | 89,0 | 3,1 | 1,9 |
| Cannabis | 8,3 | 5,8 | 15,8 | 18,9 |
| Cocaina | 1,5 | 0,5 | 7,4 | 5,9 |
| Psicofarmaci | 4,7 | 2,7 | 14,8 | 15,9 |
| Alcool | 0,5 | 0,4 | 2,6 | 6,0 |

Fonte: Direzione Generale Servizi di Medicina Sociale (Ministero della Sanità).

Denunce ed arresti nel 1988

Il miglioramento complessivo della qualità degli interventi delle forze di Carabinieri, Guardia di Finanza e Polizia di Stato è valutabile in base all'entità e al numero dei sequestri, delle operazioni effettuate e delle persone arrestate.

Complementare al dato sugli arresti è quello sulle persone denunciate, ma a piede libero. Tra queste è andata diminuendo la quota di coloro che hanno commesso il reato per traffico (dal 60 per cento al 20 per cento in soli quattro anni).

Si deve sottolineare, inoltre, la esigua proporzione di coloro che hanno commesso il reato sotto l'effetto della droga, proporzione che è rimasta praticamente costante (mediamente inferiore allo 0,3 per cento e comunque mai superiore all'1% di coloro rimasti a piede libero).

Una conferma alle altre indicazioni sullo "invecchiamento" della popolazione dei tossicodipendenti risulta dalle segnalazioni per uso personale: la sola fascia di età in costante aumento è quella dei 26-40 anni, cui corrisponde la diminuzione delle due classi 16-17 e 18-25.

Servizi di assistenza

In considerazione delle norme legislative in atto nel nostro Paese, i dati totali sulle presenze nelle varie strutture esistenti (tavola 3.13) nelle carceri permettono di disporre di elementi affidabili per la stima della prevalenza di tossicodipendenti in ambito nazionale.

Tavola 3.13 - Servizi di assistenza (S.A), di prima accoglienza (P.A.), comunità residenziali (C.R.) e strutture socio-riabilitative (S.R.) - Italia, 1988 (1° sem.)

| | Servizi pubblici | | Strutture pubbliche e private | |
|---------------------|-----------------------|------------|-------------------------------|------------|
| | SA | PA | CR | CR |
| Italia . . . | 480 492 (*) | 197 | 356 | 129 |

(*) Al 31 dicembre 1988

Fonte: Osservatorio permanente (Ministero dell'Interno).

I predetti dati sono stati per altra via sostanzialmente confermati dal Ministero della Sanità per gli anni 1986-1987 (tavola 3.14).

Tavola 3.14 - Tossicodipendenti in trattamento nei servizi pubblici, nelle strutture socio-riabilitative pubbliche e private, e nelle carceri - Italia, 1986, 1987, 1988

| ANNO | Tossicodipendenti in trattamento | | | Totali |
|----------------|----------------------------------|---------|---------|--------|
| | SP (*) | SR (**) | Carceri | |
| 1986 | 20.137 | 5.927 | 6.015 | 32.079 |
| 1987 | 23.276 | 6.676 | 5.281 | 35.233 |
| 1988 | 27.906 | 8.017 | 7.500 | 43.423 |

(*) n. = 492; (**) n. = 356.

(*) Dati cumulativi raccolti dalla Direzione Generale Servizi medicina sociale (Ministero Sanità) riportano 32.719 tossicodipendenti per il 1986 e 39.039 per il 1987

Fonte: Osservatorio permanente (Ministero dell'Interno) - Servizio Sanitario penitenziario, D.G.I.P.P. (Ministero di Grazia e Giustizia)

Analogamente al 1987, il metadone non viene prodotto in Italia, quello utilizzato nelle preparazioni farmaceutiche proviene totalmente dalla importazione. Questo farmaco agonista viene commercializzato, per oltre il 93%, nella forma farmaceutica sciroppo da 20 ml.

Un stima di massima sul numero di trattamenti possibili, per gli 11.500 tossicodipendenti in trattamento farmacologico sostitutivo nei servizi, fornisce una media di 3 cicli ciascuno di due mesi di durata, con dosi medie di 30 mg di metadone al giorno.

L'aumento, seppure contenuto, della quantità totale di metadone utilizzato rispetto al 1987 è peraltro in accordo con il corrispondente incremento di tossicodipendenti in trattamento (circa 11.500 attuali contro i 10.600 dell'anno precedente).

L'aumento della quantità di morfina (tavola 3.15) rispetto al 1987 è di fatto apparente per quanto riguarda l'abuso di droga e le tossicodipendenze. Esso è dovuto, per oltre il 50 per cento, alla importazione di una specialità a base di morfina solfato, in compresse per uso orale: tale specialità è utilizzata esclusivamente in ambito ospedaliero e non è disponibile per la vendita nelle farmacie aperte al pubblico.

Tavola 3.15 - Farmaci agonisti lavorati in Italia

| | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 |
|--------------------|------|------|--------|---------|
| Morfina | 46 | 33 | 30 | 57 (**) |
| Metadone | 58 | 57 | 57 (*) | 63 |

(*) Non più prodotto in Italia. Viene totalmente importato
(**) Di cui 30 kg costituiti da compresse di morfina solfato (totalmente di importazione), per uso orale, utilizzate esclusivamente in ambito ospedaliero

Fonte: Ufficio Centrale Stupefacenti D.G. Farmaceutico (Ministero della Sanità).

Tenuto conto di quanto sopra, sembra confermato il trend in diminuzione rilevato successivamente alla autorizzazione dell'uso sperimentale di morfina per i trattamenti.

Tranquillanti ed ipnotici

Invariata rispetto al 1987 è rimasta la distribuzione per sesso e per età e anche la quantità totale delle vendite di queste preparazioni con indicazioni "tranquillanti"

Un leggero incremento, inferiore al 2 per cento, si è rilevato con le preparazioni con indicazioni "ipnotici".

Questi medicinali si confermano dunque come farmaci prevalentemente utilizzati dalle donne oltre i 40 anni. Essendo rimasta sostanzialmente invariata la quantità venduta nel corso dell'anno, resta confermato che l'uso eventualmente associato alla "droga" primaria da parte del tossicodipendente interessa praticamente una frazione assai esigua (non superiore a 1,5 per cento del totale delle vendite).

Decessi correlati

Questo indicatore ha registrato nel 1988 un drammatico incremento (+ 53 per cento) che ha prodotto una crescita del tasso di letalità, giunto a 18,2 decessi per mille tossicodipendenti (tavola 3.16).

Le morti sono così aumentate: 792 nel 1988, 516 nel 1987 contro 276 nel 1986. Il tasso di letalità nello stesso periodo è così progredito: 8,6 per mille nel 1986, 14,6 per mille nel 1987 e 18,2 per mille nel 1988. La regione con il più alto numero di morti nel 1988 è la Lombardia con 213 decessi seguita dal Lazio con 92 e dal Piemonte con 84.

Il calcolo del tasso di letalità a livello regionale, possibile solo per il biennio precedente, consente una valutazione più articolata del fenomeno, anche tenendo conto della differente distribuzione del rapporto maschi/femmine (fig. 3.4).

Anche se non legati da un rapporto di causa-effetto, i decessi correlati (in crescita) e la percentuale di trattamenti farmacologici sostitutivi (in diminuzione) si presentano in qualche modo associati.

Tavola 3.16 - Decessi correlati all'uso di droga (tassi di incidenza)
Anni 1986-1987-1988

| REGIONE | Decessi (*) | | | Dec /pop a ris (× 10 ⁵) | | | Dec / "TD" (× 10 ³) | | |
|---------------------------------|-------------|------------|------------|-------------------------------------|------------|------------|---------------------------------|-------------|-------------|
| | 1986 | 1987 | 1988 | 1986 | 1987 | 1988 | 1986 | 1987 | 1988 (**) |
| Piemonte | 33 | 47 | 84 | 2,1 | 3,3 | 5,5 | 9,1 | 12,2 | — |
| Val d'Aosta | — | 4 | 2 | — | — | — | — | 32,0 | — |
| Lombardia | 81 | 115 | 213 | 2,5 | 3,6 | 6,6 | 15,3 | 18,5 | — |
| Liguria | 17 | 37 | 56 | 3,0 | 6,5 | 9,8 | 8,7 | 17,8 | — |
| Trentino-Alto Adige | 4 | 12 | 12 | 1,2 | 3,7 | 3,7 | 9,5 | 23,0 | — |
| Friuli-Venezia Giulia | 3 | 9 | 5 | 0,7 | 2,2 | 1,2 | 4,7 | 11,2 | — |
| Veneto | 20 | 50 | 64 | 1,4 | 3,2 | 4,0 | 10,3 | 27,4 | — |
| Emilia-Romagna | 24 | 44 | 68 | 1,8 | 3,3 | 5,1 | 7,1 | 11,3 | — |
| Toscana | 9 | 16 | 46 | 0,8 | 1,4 | 3,9 | 3,9 | 7,5 | — |
| Umbria | 2 | 3 | 2 | 0,8 | 1,1 | 0,8 | 2,2 | 3,2 | — |
| Marche | 2 | 7 | 10 | 0,4 | 1,5 | 2,0 | 2,7 | 8,1 | — |
| Lazio | 26 | 55 | 92 | 1,4 | 3,1 | 5,1 | 8,4 | 17,6 | — |
| Abruzzo | 2 | 3 | 4 | 0,5 | 0,7 | 0,9 | 6,5 | 7,1 | — |
| Molise | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Campania | 20 | 36 | 50 | 1,0 | 1,8 | 2,5 | 7,9 | 14,3 | — |
| Puglia | 15 | 29 | 38 | 1,1 | 2,0 | 2,6 | 7,4 | 10,5 | — |
| Basilicata | — | 1 | 4 | — | 0,5 | 2,0 | — | 10,5 | — |
| Calabria | 2 | 6 | 7 | 0,3 | 0,8 | 0,9 | 5,9 | 13,6 | — |
| Sicilia | 15 | 24 | 18 | 0,8 | 1,4 | 1,0 | 11,3 | 18,8 | — |
| Sardegna | 1 | 7 | 11 | 0,2 | 1,2 | 1,8 | 1,1 | 5,4 | — |
| Estero (***) | 4 | 11 | 6 | — | — | — | — | — | — |
| Italia | 276 | 516 | 792 | 1,4 | 2,6 | 4,0 | 8,6 | 14,6 | 18,2 |

(*) Inclusi gli stranieri deceduti in Italia
(**) Non è disponibile per il 1988 la distribuzione regionale dei dati sul totale dei soggetti in trattamento
(***) Italiani deceduti all'estero

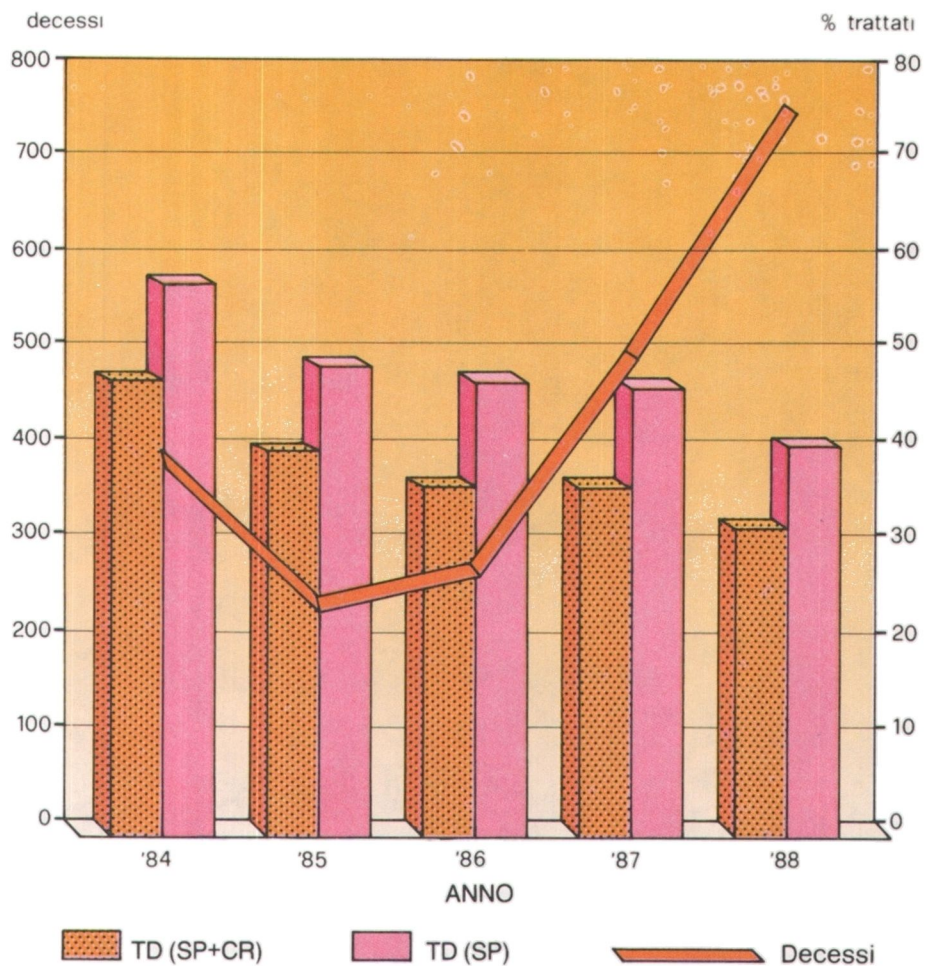
Fonte Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati del Ministero dell'Interno e del Ministero di Grazia e Giustizia.

DECESSI CORRELATI ALL'ABUSO DI DROGA

A) TOSSICODIPENDENTI IN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO SOSTITUTIVO: PERCENTUALE NEI SERVIZI PUBBLICI E NEI SERVIZI PUBBLICI+COMUNITÀ RESIDENZIALI.

B) DECESSI CORRELATI ALL'USO DI DROGA.

DATI NAZIONALI 1984-1988.



Fonte: Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati dell'Osservatorio Permanente e Servizio Centrale Antidroga (Ministero dell'Interno)

Fig. 3.3

PAGINA BIANCA

Tossicodipendenza e AIDS

Prescindendo dalle stime indirette sulla diffusione della sieropositività HIV, dalle relative proiezioni e dalle considerazioni sui tempi di latenza, si ritiene utile richiamare l'attenzione sulla reale prevalenza dei casi AIDS correlati all'uso di droga e sulla interrelazione con i tossicodipendenti totali.

Uno specifico contributo conoscitivo viene fornito dai dati relativi alla popolazione detenuta. Sui 35.083 detenuti, provenienti dalla libertà esaminati per l'HTLV-III il 19 per cento (cioè 6.679 soggetti) è risultato sieropositivo. L'analisi dei sieropositivi ha confermato il trend nazionale del rischio dei tossicodipendenti verso questo tipo di infezione. Quasi il 95 per cento dei sieropositivi (corrispondente a 6.327 unità, pari al 18 per cento della popolazione esaminata) è risultato essere anche tossicodipendente.

Sul versante della popolazione non-detenuta i casi di AIDS tra i tossicodipendenti registrati in Italia sono cresciuti al ritmo di 9,2, 18,9 e 26,9 casi per mille tossicodipendenti (tavola 3.17). Tale rapporto si riduce, naturalmente, ad 1/4 se, invece dei tossicodipendenti, si considerano gli assuntori (secondo la classificazione utilizzata nel progetto TO.DI.2, tale rapporto si ridurrebbe a 2,3, 4,8, 6,8 per mille, nei tre anni, rispettivamente).

Tavola 3.17 - Casi di AIDS associati alla tossicodipendenza (*)
e numero di tossicodipendenti segnalati (**)
Dati nazionali, 1984-1988

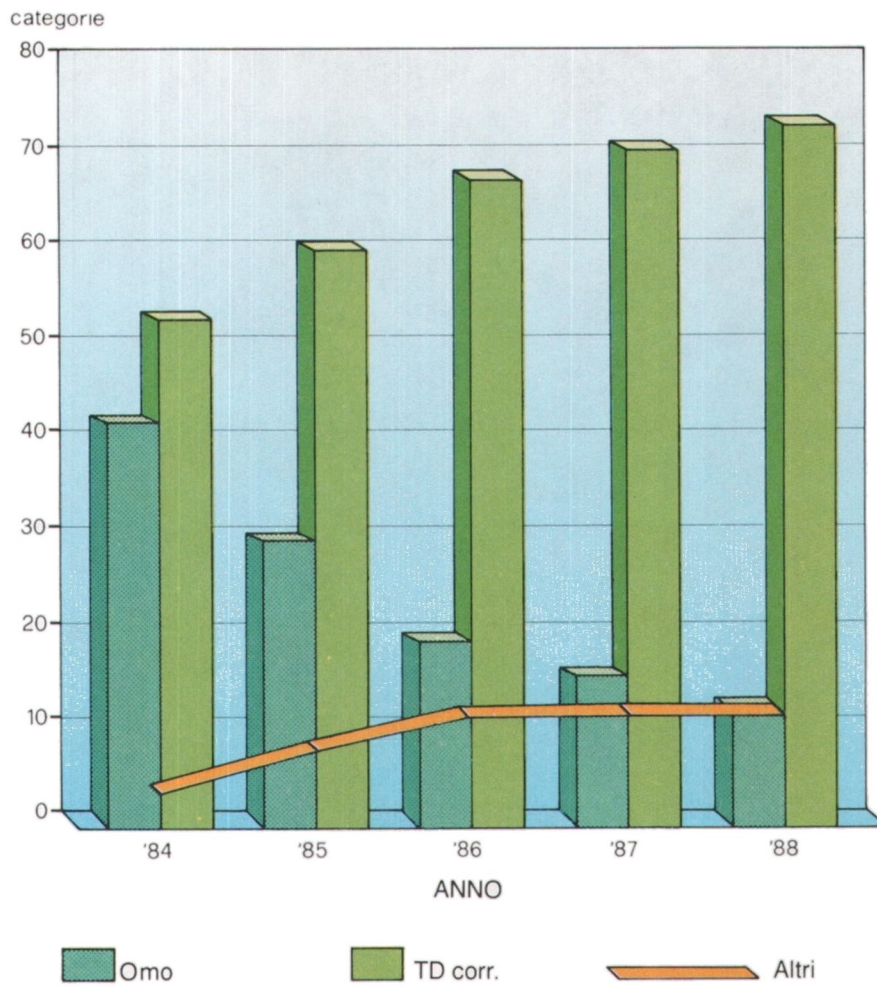
| | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 |
|------------------------|--------|--------|---------------|---------------|---------------|
| AIDS | 14 | 110 | 293 | 668 | 1.170 |
| TD (SP + CR) | 22.000 | 23.000 | 26.000 | 30.000 | 36.000 |
| TD-detenuti | (***) | (***) | 6.000 | 5.300 | 7.500 |
| Totale TD . . . | — | — | 32.000 | 35.300 | 43.500 |

(*) Tossicodipendenti, omosex-tossicodipendenti, figli di madri tossicodipendenti
 (**) Numero arrotondato
 (***) Dati ancora non disponibili in forma sistematica

Fonte: Elaborazione Reparto Sostanze d'Abuso su dati del C.O.A. (Istituto Superiore di Sanità) e dell'Osservatorio Permanente (Ministero dell'Interno).

PAGINA BIANCA

DISTRIBUZIONE CASI A.I.D.S. PERCENTUALE PER ANNO E CATEGORIE A RISCHIO



TD = Tossicodipendenti, Tossicodipendenti-Omosessuali Figli di madre tossicodipendente
 Altri = Emofilici, Trasfusi, Con contatti eterosessuali, Non determinati

Fonte: Elaborazione Reparto Sostanze d'Abuso (ISS) su dati C.O.A.

Fig. 3.4

PAGINA BIANCA

Anche se i tossicodipendenti si confermano come categoria a maggior rischio, la loro crescente rappresentatività tra i casi AIDS tende, anche se gradualmente, ad attenuarsi (tavola 3.18).

Tavola 3.18 - Casi di AIDS associati alla tossicodipendenza: incremento percentuale nel corso degli anni e rapporto con il totale (dal 1986) dei tossicodipendenti segnalati (1984-1988)

| | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 |
|--------------------------------|------|------|------|------|------|
| Incremento % | — | 686 | 166 | 128 | 75 |
| Rapporto TD totale % | — | — | 0,9 | 1,9 | 2,7 |

Fonte: Elaborazione Reparto Sostanze d'Abuso su dati del C.O.A. (Istituto Superiore di Sanità) e dell'Osservatorio Permanente sul Fenomeno Droga (Ministero dell'Interno).

Richieste di primo trattamento e/o nuove notificazioni

Questo indicatore è entrato nell'uso corrente solo da poco tempo, anche a seguito di iniziative di ricerca comunitarie (Consiglio d'Europa - Gruppo Pompidou). Proprio perché ancora in fase di rodaggio, la sua affidabilità può apparire scarsa per una qualche forma di incertezza, attribuibile anche alla complessità delle informazioni, per le quali vengono richiesti contemporaneamente dati recenti e retrospettivi (tavole. 3.19 e 3.20).

Tavola 3.19 - Richieste di primo trattamento e nuove notificazioni ai servizi pubblici (S.P.) e alle strutture socio-riabilitative (S.R.) - Italia, 1986-1987-1988 (1° semestre)

| | 1986 | | 1987 | | 1988 | |
|---------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|
| | SP | SR | SP | SR | SP | SR |
| Italia . . . | 11.425 | 11.204 | 15.091 | 13.142 | 8.232 | 8.357 |

Fonte. Osservatorio Permanente (Min. dell'Interno).

In ogni caso un primo contributo conoscitivo di un certo rilievo derivato da questo indicatore riguarda il diverso andamento dell'età media, di quella dei tossicodipendenti nelle varie regioni e la percentuale delle classi di età di maggior interesse.

L'età media è compresa tra i 26,6 e i 27,6 anni con sostanziali differenze tra regione e regione. L'aumento dell'età media riguarda principalmente le classi di età 25-29 anni +4,1 per cento e +2,3 per cento rispettivamente per maschi e femmine.

Tavola 3.20 - Richieste di primo trattamento e/o nuove notificazioni - Italia, 1986-1987

| | Soggetti in tratt | Nuove notificazioni | | | Età (media) |
|----------------|----------------------|---------------------|-------|-------|----------------|
| | | Numero | M (%) | F (%) | |
| 1986 | 32 719 | 10.100 | 78,1 | 21,8 | 24,4 |
| 1987 | 39.039 | 13.580 | 79,3 | 20,6 | 24,7 |

Fonte: Direzione Generale Servizi di Medicina Sociale (Ministero della Sanità)

Sequestri normalizzati

La comparabilità dei sequestri a livello nazionale e internazionale è stata migliorata sulla base di una proposta congiunta del Servizio Centrale Antidroga e dell'Istituto Superiore di Sanità.

Sulla base dei dati analitici relativi alla composizione dei principali sequestri (superiore ai 300 grammi), verificati dalla Polizia Scientifica, le quantità grezze dei sequestri sono state trasformate in "quantità normalizzate" e il "numero di dosi medie equivalenti" (tavola 3.21)

Tavola 3.21 - Sequestri di droga: pesi grezzi e pesi normalizzati, dosi medie (D.M.) ottenibili (*) - Italia, 1988

| Eroina (kg) | | | Cocaina (kg) | | |
|-------------|-----------------------|--------|--------------|-----------------------|--------|
| Grezzo | Norm (in migliaia) | DM | Grezzo | Norm (in migliaia) | DM |
| 576 | 213 | 14.212 | 612 | 539 | 13 474 |

(*) Dose Media, DM, eroina = 0,015 grammi, dose Media, DM, cocaina = 0,040 grammi

Fonte: Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati del Servizio Centrale Antidroga (Ministero dell'Interno)

Quest'ultimo parametro assume il significato di indicatore oggettivo e diretto di sostanze d'abuso sottratte all'uso illecito; esso costituisce una misura direttamente confrontabile tra i vari Paesi, ed acquista un significato protettivo dal punto di vista sanitario. Inoltre il processo di trasformazione suddetto permette un primo confronto sulla qualità delle droghe fornite dal traffico illecito in ciascun Paese. Il criterio qui descritto può essere inserito nel sistema di registrazione dei sequestri usualmente adottato in ciascun Paese; in tal modo vengono rese disponibili informazioni supplementari di un certo rilievo e in tempo reale.

Tassi di letalità

In considerazione dei criteri applicativi e delle normative di legge nei riguardi dei tossicodipendenti, il loro numero, quale risulta dalle notificazioni e dalle segnalazioni dei servizi e delle altre strutture, si può ritenere, per il nostro Paese, rappresentativo dell'intera popolazione dei "reali tossicodipendenti" (di soggetti, cioè, bisognevoli di assistenza).

Ciò consente il calcolo del tasso di letalità annuo attraverso il rapporto tra decessi correlati e tossicodipendenti totali. Ovviamente questo tasso risulta tanto più affidabile quanto più è grande il denominatore, quanto cioè più approssima il numero vero della popolazione dei tossicodipendenti nell'area considerata. Per un utile confronto si consideri che, verso la fine degli anni '70, il tasso era stimato intorno a 5 decessi per mille tossicodipendenti negli U.S.A. e circa 14 decessi per mille in Gran Bretagna, in accordo con i risultati di specifiche ricerche condotte in aree limitate dei due Paesi, seguendo criteri diversi tra loro.

La scelta, il significato e l'uso degli indicatori per le stime di diffusione e la caratterizzazione delle tossicodipendenze dipendono, oltre che dalle specifiche di ogni indicatore, dalle finalità e dai limiti (territoriali o di popolazione) per cui essi vengono utilizzati. I requisiti riportati in tavola 3.22 sono essenziali per la valutazione della idoneità degli indicatori a fini di programmazione e di individuazione di interventi di carattere politico e amministrativo. Il significato di ogni requisito non è ovviamente lo stesso in tutti i casi; di ciò si deve tuttavia tener conto quando se ne ammette o se ne esclude l'uso. E' ugualmente indispensabile promuovere, in tempi brevi e con la massima rapidità, il follow-up di tutte le iniziative intraprese a livello regionale e nazionale (ad es. gli esiti dei trattamenti e/o di programmi), la definizione e standardizzazione di parametri (come i sequestri, le dosi, ecc.) ed altri.

Alcuni di questi sono stati già avviati, con le proposte di cui sopra, altri sono da individuare ad opera di strutture tecnico-scientifiche necessariamente sganciate da vincoli di subordinazione scientifica, psicologica, culturale di varia natura.

Altro punto da sottolineare, sulla base delle esperienze pregresse nel nostro e in altri Paesi, è la necessità di sistematizzare i tempi, i criteri e le modalità di raccolta, come anche, e soprattutto, delle possibili "letture" della gran mole di informazioni e di dati che sono oggi comunque disponibili nel nostro Paese.

Tavola 3.22 - Requisiti cui devono corrispondere gli indicatori di diffusione dell'abuso di droga al fine di fornire elementi utili alla individuazione di provvedimenti ed interventi di carattere politico-amministrativo

| Requisiti e condizioni | |
|------------------------|--|
| Disponibilità | - attuale - da mettere a punto |
| Affidabilità | - direttamente correlata al problema - dipendente da più fasi - complessiva, desumibile dall'insieme dei parametri |
| Comparabilità | - in ambito nazionale - in ambito internazionale - fra trends nello stesso ambito |
| Fattibilità | - immediata - subordinata a modifiche normative |
| Obiettività | - indipendenza dell'operatore da pregiudizi e da condizionamenti ideologici |
| Beneficio/costo | - da valutare per confronto della qualità e del significato del risultato con quelli di altre misure |

Fonte Istituto Superiore di Sanità, Reparto Sostanze d'Abuso

3.5.2. *Linee guida del Ministero della Sanità per i trattamenti terapeutici e socio-riabilitativi dei tossicodipendenti*

Molte indicazioni fornite dal Ministero della Sanità sono state rielaborate, completate e richiamate nel piano di prevenzione delle infezioni da HIV tra i tossicodipendenti approvato dalla Commissione nazionale AIDS e diffuso ai servizi per la tossicodipendenza ed alle autorità sanitarie regionali nel 1988.

I servizi pubblici sono stati invitati a effettuare indagini di laboratorio e visite mediche di controllo periodiche e sistematiche, a effettuare un'opera di informazione ed educazione sanitaria sistematica sui sieronegativi e sui sieropositivi; ad effettuare interventi continuati di supporto psicologico sui sieropositivi; ad effettuare un'opera di informazione ed educazione sanitaria mirata alla contraccezione nelle ragazze in età fertile.

Nell'ambito di tale piano di prevenzione è stata prevista anche l'effettuazione di una ricognizione a livello nazionale dello stato di attuazione delle suddette indicazioni, al fine di individuare quali ostacoli vi siano in termini di strutture, personale e di formazione e quali fondi siano necessari per rimuovere detti ostacoli.

Si riportano qui di seguito i dati più significativi di tale indagine, provenienti da 350 servizi pubblici, sui 481 esistenti, e riguardanti la situazione al 1988.

Da tale indagine è risultato che il 74 per cento dei Servizi attuano trattamento con metadone a scalare, il 50 per cento trattamenti con metadone protratto, il 5 per cento con buprenorfina, il 34 per cento con naltrexone, il 69 per cento con altri farmaci e che l'89 per cento attua trattamenti psicologici (ogni servizio può attuare più di un tipo di trattamento naturalmente).

Quest'ultima voce si sta avvicinando al traguardo del 100 per cento, dopo che per anni il Ministero della Sanità nelle proprie linee guida ha sottolineato la necessità che ogni servizio offra la possibilità di un trattamento psicologico anche per i soggetti trattati con farmaci.

Per quanto riguarda i criteri di ammissione ai trattamenti con metadone, solo il 2 per cento dei servizi che effettuano tale trattamento procede senza compiere il necessario colloquio, ma più alta è la percentuale di quelli che procedono senza compiere l'esame obiettivo (il 13 per cento), e ancora più alta (il 23 per cento) quella dei servizi che procedono senza compiere la valutazione dei primi sintomi di astinenza, mentre la ricerca dei metaboliti urinari dei morfiniti viene effettuata nel 90 per cento dei servizi.

Risulta inoltre che ben il 63 per cento dei servizi adotta tutte le misure suddette per l'ammissione di un soggetto a trattamenti con metadone.

Nonostante il Ministero della Sanità abbia sottolineato, in caso di inefficienza di un trattamento a scalare, con metadone, la inopportunità di proseguire con altri trattamenti a scalare, e di valutare la opportunità di ammettere il soggetto a un trattamento metadone, solo il 34 per cento dei servizi che utilizzano il metadone segue questa procedura, mentre il rimanente 66 per cento dei servizi usa generalmente la procedura di far seguire un trattamento a scalare all'altro.

Per quanto riguarda la necessità di valutare che i tossicodipendenti in trattamento di qualsiasi tipo non continuino ad assumere eroina, è stato rilevato che il 71 per cento dei servizi esegue dei controlli sui metaboliti urinari senza preavvisare il tossicodipendente; di questi però il 29 per cento non controlla che le urine siano sicuramente del soggetto in trattamento. Questi due dati forniscono una chiara indicazione sul fatto che la percentuale di un effettivo controllo da parte dei servizi sulla efficienza dei trattamenti attuati non è ancora soddisfacente.

Per quanto riguarda la necessità di accertarsi che il metadone venga effettivamente assunto dai tossicodipendenti in trattamento, l'83 per cento dei servizi che effettua

tale trattamento richiede che tale sostanza sia assunta davanti ad un sanitario. Anche questo dato mostra come una percentuale non bassa dei servizi non può verificare se i tossicodipendenti seguono o meno il trattamento prescritto.

Passando alla tematica della cura dello stato generale di salute, dall'indagine risulta che ancora il 10 per cento dei servizi non effettua la visita medica sui pazienti in trattamento, e questa omissione è valutata come molto grave in un momento in cui il problema della cura delle patologie correlate alla tossicodipendenza assume tanta importanza.

Conseguentemente, quasi una analoga percentuale dell'11 per cento non attua uno screening sistematico di laboratorio per le infezioni da HIV e quasi il 20 per cento dei servizi non si occupa né contribuisce alla cura delle patologie correlate alla tossicodipendenza.

Questi dati indicano come nonostante le linee guida del Ministero della Sanità, e nonostante i servizi pubblici afferiscano al Servizio sanitario nazionale, vi è una noncuranza dei problemi medici relativi alle patologie correlate allo stato di tossicodipendenza, oltre che degli aspetti medici della tossicodipendenza in quanto tale.

Si ritiene che posizioni di carattere ideologico, che da anni influenzano opinione pubblica ed operatori per una demedicalizzazione della tossicodipendenza, abbiano determinato queste erronee impostazioni da parte di non pochi Servizi, con tutte le conseguenze mediche del caso, non ultime fra queste l'alta prevalenza di sieropositivi HIV tra tossicodipendenti in Italia.

I servizi che hanno compreso tale problema, che sono quelli che effettuano l'esame obiettivo, pongono infatti tutta particolare attenzione, nell'ambito della visita medica, ai segni clinici correlati alle infezioni da HIV.

Purtroppo però nell'ambito dei servizi che effettuano l'esame clinico del tossicodipendente, pochi sono quelli che lo fanno con sistematicità.

Infatti il 6 per cento di questi non effettua l'esame obiettivo al momento del primo ingresso del tossicodipendente al servizio stesso e, dato più allarmante, il 21 per cento di questi servizi non lo effettua al bisogno, il 33 per cento non lo effettua a cadenze periodiche, l'80 per cento non lo effettua a trattamento completato.

Inoltre solo il 37 per cento dei servizi effettua l'esame obiettivo almeno ogni 3 mesi, mentre il 34 per cento ogni 6 mesi, l'8 per cento ogni anno; il rimanente 21 per cento con periodicità del tutto causale.

Il 15 per cento dei servizi dichiara di non poter effettuare l'esame obiettivo dei tossicodipendenti del tutto o sistematicamente per carenze di personale, il 9 per cento per mancanza di tempo, il 13 per cento per mancanza di strutture.

Tornando ai problemi dell'AIDS, l'83 per cento dei servizi compie al riguardo un'opera sistematica di educazione ed informazione sanitaria sui tossicodipendenti, mentre solo il 48 per cento compie un'opera sistematica di supporto psicologico sui sieropositivi.

Se la prima è una percentuale non bassa, la seconda è sicuramente insoddisfacente ed ambedue dovrebbero giungere in tempi brevi al 100 per cento, essendo questi dei compiti di importanza primaria per dei servizi pubblici che lavorano a contatto con una popolazione a rischio per le infezioni da HIV.

Inoltre il 5 per cento dei servizi non ha un centro di riferimento disponibile cui rivolgersi e per compiere i test sierologici anti HIV, mentre rispetto ai servizi che attuano una routine di screening di laboratorio (l'89 per cento del totale), il 94 per cento lo fa in tutti i soggetti all'ingresso al servizio, l'86 per cento anche alle dimissioni e il 6 per cento solo quando ci sono segni clinici sospetti.

Il 25 per cento dei servizi, che effettuano il test anti HIV, lo ripetono periodicamente in tutti i sieronegativi ogni 3 mesi, il 40 per cento ogni 6 mesi, il 7 per cento ogni 12 mesi e il 28 per cento senza criteri predeterminati.

Il prelievo ematico viene eseguito presso il 46 per cento dei servizi suddetti, mentre il rimanente 54 dei servizi utilizza un centro di riferimento clinico-diagnostico.

Per quanto riguarda le carenze delle strutture a disposizione dei servizi in rapporto al movimento quotidiano dei tossicodipendenti, sono stati evidenziati i seguenti dati:

- il 73 per cento dei servizi non dispone di un W.C. strutturato in modo che si possa controllare decorosamente che le urine da analizzare per la ricerca dei metaboliti degli stupefacenti siano effettivamente del paziente in studio;

- il 46 per cento dei servizi non dispone di armadio idoneo ai sensi di legge per la custodia delle metadone, il 37 per cento dei servizi non dispone di idoneo locale per compiere adeguatamente e periodicamente l'esame obiettivo del paziente;

- il 45 per cento dei servizi che usano il metadone non dispone di idoneo locale per l'osservazione dei primi sintomi astinenziali per la diagnosi di dipendenza fisica, quale requisito di ammissione ai trattamenti con metadone; così come il 33 per cento dei suddetti servizi non dispone di idoneo locale per controllare agevolmente che il tossicodipendente assuma effettivamente il metadone;

- il 48 per cento dei servizi non dispone di idoneo locale per compiere adeguatamente l'attività di supporto psicologico per i sieropositivi e l'attività di educazione e informazione sanitaria contro la diffusione dell'HIV;

- il 61 per cento dei servizi non dispone di un locale adeguatamente attrezzato per i prelievi ematici per i test anti HIV.

Infine per quanto riguarda le carenze di personale, i 350 servizi che hanno risposto all'indagine hanno richiesto, per poter attuare quanto previsto dalle linee guida fornite dal Ministero della Sanità, di raddoppiare il numero dei medici e degli infermieri a tempo pieno e di portare da 1 a 3 il numero degli psicologi a tempo pieno.

3.5.3. Strutture socio-riabilitative

Le strutture socio-riabilitative esistenti su tutto il territorio nazionale, censite al 30 giugno 1988, possono raggrupparsi, principalmente, in tre grossi comparti:

- centri di 1^a accoglienza;
- comunità terapeutiche residenziali;
- centri di reinserimento.

Alla data del 30 giugno 1988 sono state censite complessivamente 682 strutture, la cui ripartizione è riportata nella tavola 3 23.

Il 62,90 per cento di tali strutture è situato al Nord, il 20,09 per cento al Centro e il 17,01 per cento nel Meridione (Sud + Isole).

Con particolare riferimento alle comunità terapeutiche residenziali, che rappresentano il momento centrale del processo socio-riabilitativo, sono stati rilevati alcuni significativi dati statistici.

L'entità delle strutture ha iniziato ad assumere dimensioni apprezzabili, a livello di insediamenti, verso la fine degli anni '70, con un andamento di crescita continua.

Si è passati, infatti, dalle 64 comunità terapeutiche del 1979 alle 302 del 31 ottobre 1985, alle 342 del 31 ottobre 1987 per arrivare alle 356 del 30 giugno 1988.

Tavola 3.23 - Strutture socio-riabilitative esistenti sul territorio nazionale

| | Centri 1° accogl | Com terr residenz | Centri reinser | Totali |
|--------------------------------|---------------------|----------------------|-------------------|------------|
| Nord. | 114 | 228 | 87 | 429 |
| Centro | 49 | 61 | 27 | 137 |
| Sud | 21 | 36 | 8 | 65 |
| Isole | 13 | 31 | 7 | 51 |
| Totale Italia | 197 | 356 | 129 | 682 |

Fonte Ministero dell'Interno (Osservatorio permanente del fenomeno droga).

Nelle comunità si attua, per lo più, un programma terapeutico che si sviluppa in un arco di tempo generalmente lungo, ed ha come presupposto fondamentale la residenzialità.

La recettività delle comunità rilevata al 31-10-1987 è estremamente varia: vi sono strutture che ospitano soltanto uno o due soggetti ed altre con più di 50 utenti.

La classe di recettività più diffusa è quella compresa tra 6 e 20 utenti che raggiunge da sola il 58,51 per cento del totale delle comunità.

La recettività delle 323 comunità terapeutiche censite (sulle 356 esistenti) è di circa 7.200 (1) posti come di seguito illustrata:

| ZONA GEOGRAFICA CENSITA | N comunità | N posti |
|--------------------------------|------------|--------------|
| Nord | 210 | 3 883 |
| Centro | 57 | 2.029 |
| Sud | 30 | 749 |
| Isole | 26 | 610 |
| Totale Italia | 323 | 7.271 |

(1) I dati sono stati calcolati in media, facendo riferimento alle classi di recettività indicate nella pubblicazione "Censimento delle strutture sanitarie pubbliche e delle strutture socio-riabilitative alla data del 31 ottobre 1987", a cura della Direzione Centrale per la Documentazione

3.5.4. Indicazioni diffuse dal Ministero della Sanità nel 1988 relativamente al problema dell'AIDS tra i tossicodipendenti

Al fine di prevenire la diffusione della infezione da HIV nella popolazione tossicodipendente si ritiene necessario mettere le seguenti iniziative:

- 1) educazione ed informazione sanitaria dei tossicodipendenti in trattamento presso i servizi pubblici e presso le comunità terapeutiche e relativo supporto psicologico;
- 2) campagna di educazione e di informazione sanitaria che raggiunga la popolazione tossicodipendente non in trattamento;

3) iniziative di educazione e di informazione sanitaria nella popolazione scolastica e universitaria, in collaborazione con il Ministero della Pubblica Istruzione e nella popolazione militare in collaborazione con il Ministero della Difesa e nell'associazionismo giovanile;

4) sistematica e periodica valutazione dello stato generale di salute e relativi controlli clinici e di laboratorio dei tossicodipendenti (da eseguire su base volontaria) in trattamento sia presso i servizi che presso le comunità terapeutiche;

5) razionalizzazione del trattamento farmacologico dei tossicodipendenti, secondo procedure di correttezza scientifica ed eseguendo da parte dei servizi i necessari controlli valutativi;

6) a) valutazione anche economica da parte del Ministero tramite le regioni della necessità che hanno i servizi per poter attuare quanto previsto nei precedenti punti individuando concretamente le carenze che ostacolano la realizzazione dei suddetti punti, quali ad esempio carenze di tipo:

- ambientale (ad es. la mancanza di spazi per attività di psicoterapia, di ambulatori ecc.);

- culturale professionale (organici, livelli del personale, turn-over, consulenze presenti e mancanti);

- organizzativo (collegamenti istituzionali e funzionali);

b) relativa erogazione di fondi finalizzata al raggiungimento di una tipologia minima dei servizi al trasferimento dei servizi in locali più idonei;

7) realizzazione di un programma capillare, sistematico e periodico di aggiornamento professionale di:

- personale dei servizi per tossicodipendenti;

- medici USL che seguono dal punto di vista clinico i tossicodipendenti in comunità terapeutiche;

- medici operanti in strutture penitenziarie in collaborazione con il Ministero di Grazia e Giustizia;

8) ricerche mirate a:

- valutazione della diffusione dell'infezione da HIV tra i tossicodipendenti;

- valutazione della efficacia degli interventi suddetti e di altre strategie di prevenzione attuate a livello internazionale o proposte O.M.S.

Adesione del Ministero della Sanità alle raccomandazioni internazionali

Per quanto concerne le indicazioni emerse dal Report of International Conference on Drug Abuse and Illicit Trafficking del 1987 relativamente ai problemi di prevenzione, trattamento e riabilitazione degli stati di tossicodipendente, il Ministero della Sanità aveva già precedentemente al 1988 diffuso numerose circolari completamente in sintonia con le raccomandazioni del documento di cui sopra ed ha inoltre attivato una serie di iniziative specifiche nel 1988 quali:

- Riduzione della domanda e prevenzione dell'AIDS (targets 29 e 33 del documento ONU).

Il Ministero della Sanità ha avviato nel 1988 le seguenti iniziative per le quali ha stanziato i relativi fondi sull'esercizio finanziario 1988:

1) campagna di informazione sanitaria tra la popolazione universitaria (L. 225 milioni);

2) formazione degli insegnanti nelle scuole medie Inferiori e superiori per una corretta attività di educazione sanitaria nella scuola (L. 250 milioni);

3) formazione del personale dei servizi pubblici per tossicodipendenti (L. 526 milioni).

- Trattamento degli stati di tossicodipendenza (targets 30 e 31 del documento ONU).

In linea con quanto previsto dai targets 30 e 31 sono state ribadite tramite il citato piano di prevenzione AIDS tra i tossicodipendenti le linee guida, precedentemente emanate e diffuse a livello nazionale tramite le citate circolari relativamente ai seguenti problemi:

- omogeneizzare sul territorio nazionale i criteri per l'ammissione al trattamento farmacologico con farmaci analgesico-narcotici nonché i trattamenti stessi e le tecniche diagnostiche e di laboratorio connesse al trattamento farmacologico;

- razionalizzare e personalizzare il trattamento al fine di prevenire le ricadute nella assunzione di eroina e la conseguente diffusione della infezione da HIV collegata con le abitudini di tossicodipendenza.

- Formazione del Personale (O.S. 33).

Anche in questo settore il Ministro della Sanità aveva, precedentemente al documento ONU, diffuso precisi orientamenti sulla formazione del personale medico e non, operante nei servizi pubblici di assistenza ai tossicodipendenti e nelle comunità terapeutiche e promosso un corso di aggiornamento pilota onde fornire modelli efficaci anche di tipo organizzativo per la formazione di tutte le figure professionali impegnate nel settore. Tali linee guida sono state ribadite nel 1988 tramite il citato Piano di prevenzione dell'AIDS tra i tossicodipendenti e, come indicato per i targets 29 e 33 sono stati stanziati nel 1988 i fondi relativi ad un capitolo di bilancio specifico per l'AIDS, finalizzati ad una più specifica preparazione del personale operante nel settore delle tossicodipendenze nonché per il personale impegnato nella gestione e nel trattamento del tossicodipendente sieropositivo.

3.5.5. Attività antidroga nel 1988

Nel 1988 l'attività svolta nel settore dell'antidroga dall'Arma dei Carabinieri, dalla Guardia di Finanza e dalla Polizia di Stato è stata ancora una volta molto intensa ed ha consentito il conseguimento di risultati di apprezzabile rilievo.

Sono stati infatti:

- a) sequestrati complessivi kg. 8.373 di sostanze stupefacenti;

- b) denunciate n. 28.269 persone per traffico e spaccio;

- c) segnalate n. 19.360 persone alle Autorità giudiziarie e sanitarie per possesso di modiche quantità di droga o perché risultate tossicodipendenti.

I dati di cui sopra, peraltro allarmanti, sono indicatori di una situazione di abuso delle sostanze stupefacenti in progressivo aumento, per come evidenziato dall'andamento dei decessi per droga che ha raggiunto la spaventosa cifra di ben 791 unità.

Per quanto riguarda le singole droghe sono state sequestrate:

- a) kg. 576,179 di eroina, che permane la droga più micidiale, tenuto conto che i decessi dinanzi citati sono da attribuire esclusivamente all'abuso di tale sostanza. Giunge principalmente dal Medio Oriente e si prevede che nel 1989 l'afflusso in Europa sia più consistente a causa della elevata produzione in Birmania e negli altri Paesi del "triangolo d'oro";

- b) kg. 611,983 di cocaina, il cui afflusso massiccio è da ritenere conseguente al considerevole sviluppo della corrente di traffico verso l'Europa ed alla elevata produzione nei Paesi d'origine. Le organizzazioni che gestiscono tale traffico utilizzano di massima corrieri sud-americani, che viaggiano con apprezzabili quantitativi in aereo, mentre per carichi consistenti ricorrono al trasporto via mare in considerazione delle difficoltà che le forze di polizia incontrano nel sottoporre ad ispezione il materiale trasportato e nell'individuare gli innumerevoli nascondigli offerti dalle navi.

In merito, anche se i sequestri relativi non possono essere considerati indicatori di un aumento dell'abuso, nel caso specifico si può affermare che il consumo di cocaina è in fase di netta crescita ed in progressivo aumento, e l'afflusso di tale sostanza in Italia è da ritenere provenga soprattutto dalla Colombia;

- c) kg. 329,576 di cannabis e derivati di massima provenienti dal Libano e dal Marocco

Per quanto concerne le misure volte a prevenire la produzione e la distribuzione delle sostanze stupefacenti occorrerebbe, come già noto, prendere in esame le situazione economica interna e lo stato di indebitamento internazionale dei Paesi nei quali avviene la coltivazione, poiché una accentuata crisi economica e la presenza di gruppi terroristici possono seriamente ostacolare le scelte dei singoli Stati intenzionati a reprimere le grandi centrali illegali di produzione e di distribuzione della droga.

Appare, altresì, opportuno ricordare in materia l'istituzione, su proposte dell'O.N.U., dell'UNFDAC, ossia dell'istituzione di un fondo volontario per finanziare l'attività diretta alla prevenzione del fenomeno droga, soprattutto verso i Paesi produttori.

Di preminente rilevanza dovrebbero essere pure i controlli sui flussi di capitali provenienti dal traffico degli stupefacenti.

Auspicabile sarebbe anche instaurare una specifica collaborazione con i Paesi in via di sviluppo la cui normativa in materia si presenta meno severa che nei Paesi occidentali. Da tenere presente poi che un'azione di prevenzione efficace deve incidere profondamente sulle situazioni di malessere sociale ed economico che costituiscono terreno particolarmente fertile per lo sviluppo di ideologie di violenza e per la diffusione della droga

Comunque, per interrompere il circolo vizioso della droga, è necessario mobilitare le migliori energie individuali e collettive in una lotta che deve coinvolgere le coscienze di ognuno e promuovere la viva partecipazione dei cittadini ad ogni iniziativa volta a sradicare tale fenomeno dalla società civile.

3.6. Alcolismo

Nel corso del 1988 il Ministero della Sanità, con decreto 10 agosto, ha fissato il tasso alcolimetrico al di sopra del quale il conducente di un veicolo è considerato in stato di ebbrezza.

“Si considera in stato di ebbrezza alla guida di un veicolo - specifica il testo - il conducente che risulti avere un tasso alcolemico pari o superiore ad 80 milligrammi per 100 millilitri”.

La legge n. 111 sempre del 1988, all'articolo 132, nel caso il conducente di un veicolo risulti positivo al controllo, prevede, ove il fatto costituisca più grave reato, l'arresto fino ad un mese e l'ammenda da lire 200 mila a 500 mila. La patente viene immediatamente ritirata e spetta al prefetto, entro 48 ore dal ricevimento della denuncia, stabilire il periodo di sospensione di questa

Sono quattro i disegni di legge e le proposte di legge presentate in Camera e Senato sulla cura e la prevenzione delle alcoldipendenze. Due - la n. 141 presentata dal deputato Franco Foschi (DC) e la n. 369 d'iniziativa del senatore Adriano Bompiani (DC) - sono praticamente identiche. Il d.d.l. Foschi (in discussione alla Commissione Affari sociali della Camera) e la p.d.l. Bompiani indicano le regioni come i principali propulsori per l'istituzione delle strutture e l'attivazione di rilevazioni statistiche del fenomeno. Alle USL spetterebbe invece il compito di stipulare convenzioni con associazioni e centri privati (ad esempio gli alcolisti anonimi), promuovere ricerche e indagini conoscitive sul territorio. In merito agli interventi sui luoghi di lavoro le due proposte sottolineano la necessità di effettuare un'azione di rilevamento epidemiologico presso le grandi aziende, con lo scopo di segnalare alle USL quei lavoratori dediti ad un eccessivo consumo di alcolici. Per i casi accertati di alcoldipendenza è comunque prevista l'applicazione, se indispensabile, delle attribuzioni demandate al sindaco dall'articolo 33 della legge "883" per la eventuale imposizione del trattamento terapeutico obbligatorio.

Infine il problema della cosiddetta "ebrezza al volante". Sia la proposta Foschi che quella Bompiani (precedenti al D.M. 10-8-1988 sopra citato) giudicano inderogabile l'introduzione nel nostro Paese di un tasso alcolemico determinato, ritenendo tuttavia utile ai fini preventivi procedere con gradualità: è previsto - anche in aderenza a quanto praticato in Francia e Germania Federale - un doppio tasso alcolemico (0,8 e 1,30 milligrammi), in modo da distinguere la condotta meno grave, sanzionabile con pena pecuniaria, da quella grave, punibile anche con l'arresto.

La p.d.l. n. 232, d'iniziativa del deputato Franco Piro (PSI), si limita invece a proporre il divieto di vendita sulle autostrade di qualsiasi bevanda alcolica. Un divieto accolto anche dalla p.d.l. n. 7 di iniziativa popolare ed esteso alla propaganda pubblicitaria diretta o indiretta di qualsiasi bevanda alcolica.

3.7. Tabacco

Per il 1988, i dati forniti dal monopolio testimoniano la tendenza, già manifestatasi nel 1987, ad un calo dei consumi mentre gli anni 1982 e 1985 hanno registrato una tendenza moderata all'aumento consolidatasi nel 1986, anno in cui ha avuto inizio il calo dei consumi.

Per l'anno 1988 si è registrato comunque un aumento dell'attività di commercio illecito elevato e di conseguenza è da ridimensionare la significatività del calo dei consumi di tabacco.

I dati ISTAT evidenziano una netta diminuzione del numero dei fumatori nell'arco del periodo 1980-1986. Si passa, infatti, dal 34,9 per cento del totale della popolazione al di sopra dei 14 anni al 29,3 per cento. Tra la popolazione maschile i fumatori rappresentano il 38,3 per cento, mentre solo il 17 per cento delle donne fuma. Il fumatore medio è quello consumatore di 11/20 sigarette al giorno, mentre solo il 3,3 per cento dei fumatori consuma, giornalmente, più di 30 sigarette. In aumento il numero dei fumatori con un massimo di 6 sigarette al giorno (14,3 per cento). L'informazione e la consapevolezza sui rischi del fumo sono le motivazioni guida indicate dalla maggior parte degli intervistati che hanno smesso di fumare. Secondo una indagine svolta dalla C.E.E. nel 1987, la percentuale dei fumatori in Italia appare inferiore rispetto a quella media europea; i fumatori risultano essere il 33 per cento del totale della popolazione italiana, contro il 37 per cento dei fumatori complessivi dei Paesi C.E.E.; la percentuale italiana, assieme a quella dell'Irlanda, appare la più bassa tra i Paesi C.E.E., dopo il Belgio, che ha un 32 per cento di fumatori.

Molto alta, sempre rispetto agli altri Paesi C.E.E., la percentuale di italiani che vogliono smettere di fumare (36 per cento contro il 37 per cento che rappresenta il dato europeo); solo nel Regno Unito si ha una percentuale più alta che in Italia (38 per cento).

Molto alta (67 per cento, seconda solo al Belgio, con il 68 per cento) la percentuale di persone che adottano la rinuncia al fumo in quanto misura preventiva antitumorale.

La percentuale di italiani che si dichiara disturbata in alto grado dal fumo altrui è superiore a quella europea C.E.E.: 34 per cento contro 32 per cento; contemporaneamente, è più bassa quella delle persone che non sono disturbate dal fumo altrui (34 per cento contro 37 per cento). Gli italiani sembrano pertanto piuttosto insofferenti rispetto al fumo degli altri.

Tenendo conto della stima delle percentuali approssimative delle morti attribuibili al fumo fornita dall'O.M.S., le morti attribuibili al fumo in Italia possono essere stimate per il 1987 come segue:

- n. 23.903 dovute a tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni;
- n. 19.233 dovute a bronchite cronica ed enfisema (affezioni broncopolmonari);
- n. 20.177 dovute a malattie vascolari (infarto miocardico acuto e altre malattie ischemiche del cuore);
- n. 3.520 dovute a tumore maligno di laringe e bocca;
- n. 1.209 dovute a tumore maligno dell'esofago.

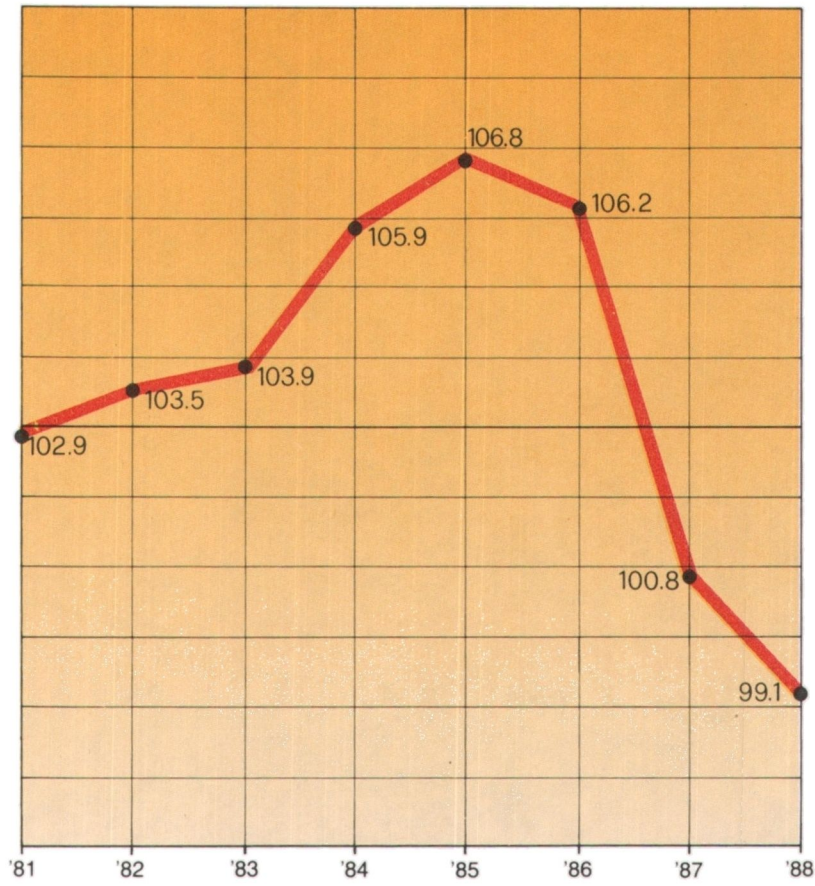
Il totale delle morti fumo-correlate in Italia è dunque stimabile per il 1987 in circa 67.982.

Tra il 1986 e il 1987 si nota una flessione del dato delle morti fumo-correlate, attribuibile soprattutto alla flessione del dato relativo alle morti per affezione bronco-polmonare, che passano da circa 30.000 a circa 25.000, nonché alla flessione del dato relativo agli infarti.

E' da sottoporre a verifica la correlazione tra il calo dei morti per queste patologie e la contestuale diminuzione del consumo di tabacco evidenziata da alcune fonti, potendo specie per l'infarto aversi interpretazioni legate a modifiche nell'apporto di grassi saturi.

VENDITE DEI TABACCHI LAVORATI SUL TERRITORIO NAZIONALE (1981-1988)

(Per anno in milioni di Kg.)



1981 = 100

Fonte: Dati Monopoli di Stato

Fig. 3.5

PAGINA BIANCA

3.8. Salute mentale

Obiettivo specifico (O.S) europeo n. 4:

Entro il 2000 il numero medio di anni vissuti senza le peggiori malattie ed invalidità dovrebbe aumentare almeno del 10 per cento.

Strategia nazionale:

La tutela della salute psichica è uno dei principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale.

Tutte le ricerche sui servizi e la letteratura del settore concordano nell'indicare quattro grandi questioni che devono essere affrontate per elevare e omogenizzare la qualità dell'intervento attualmente offerto alla popolazione:

- a) la costruzione in tutte le USL di una rete completa di strutture territoriali psichiatriche, di strutture residenziali e semi-residenziali, di strutture adibite alla riabilitazione e alla gestione della crisi;

- b) l'aumento delle competenze professionali degli addetti al settore per metterli in grado di svolgere la maggiore complessità di compiti loro affidati;

- c) lo sviluppo dell'organizzazione dipartimentale del lavoro, dotando la rete dei servizi psichiatrici delle USL di un coordinamento tecnico e gestionale che garantisca il funzionamento integrato dei servizi stessi. Ciò è richiesto dalla pluralità di strutture psichiatriche che insistono sullo stesso territorio, dalla varietà delle figure professionali e dalla presenza di altri servizi non psichiatrici, che hanno dei confini operativi con la salute mentale (medicina di base, assistenza, tossicodipendenza, consultorio, medicina scolastica, ecc). In questo contesto variegato e frantumato la continuità terapeutica può essere garantita all'utente solo mediante un coordinamento dipartimentale del settore;

- d) il definitivo superamento dell'ospedale psichiatrico (O.P.). La progressiva delegittimazione che ha investito tale tipo di istituzione totale, mentre ha prodotto nel corso degli anni '70 un intenso fenomeno di riduzione dei ricoverati, non è stato accompagnato da un uguale lavoro sul territorio per preparare prima, e seguire poi, le condizioni di non traumatico inserimento dei pazienti nei contesti familiare, sociale e lavorativo.

L'insieme di questi elementi e soprattutto la scarsa articolazione e capillarizzazione dei servizi e il ritardo nel predisporre strutture ed interventi sul territorio, complementari ed alterantivi alla degenza ospedaliera, ha prodotto inevitabilmente un sovraccarico funzionale della famiglia, che ha portato a diffusi fenomeni di rigetto della stessa filosofia della legge 180/78. Tale disagio ha preso corpo, come è noto, in numerosi interventi delle associazioni dei familiari dei malati, nel frattempo costituitesi.

Una nuova filosofia di governo del settore psichiatrico

A questo stadio di maturazione del settore psichiatrico diventa importante attivare una linea di governo che rafforzi il nuovo già emerso e completi quel disegno organizzativo che non può essere affidato soltanto alle spinte spontanee.

Si tratterebbe in linea concreta di dar vita alle seguenti misure:

- a) varare un programma nazionale rappresentato dal progetto-obiettivo previsto dal Piano sanitario nazionale che indica le priorità di sviluppo e sollecita l'attivazione anche a livello regionale di un analogo strumento di pianificazione e governo;

- b) dotare coerentemente il settore di un quantitativo adeguato di risorse finanziarie, che rappresentano la condizione indispensabile per incentivare le regioni e le USL a perseguire gli obiettivi selezionati;

- c) attivare dei meccanismi di concertazione tra il Ministero e le regioni e tra queste e le USL che favoriscano una migliore integrazione verticale del settore. Si tratta cioè di istituire delle commissioni di lavoro dedicate a problemi specifici in cui si affrontino problemi tecnici ed organizzativi che presentino un elevato livello di complessità per elaborare degli indirizzi attuativi che spianino la strada alla applicazione del progetto-obiettivo;

- d) attivare, infine, dei meccanismi di controllo partecipato sullo sviluppo del settore nei tre anni di validità del progetto-obiettivo per consentire un rinnovo dello stesso alla luce dei risultati conseguiti. In tal modo è anche possibile prevedere degli incentivi finanziari che vadano nel senso di premiare gli interventi qualitativamente più riusciti.

3.8.1. *Risoluzione del Comitato Regionale O.M.S. per l'Europa sui disturbi mentali*

Il Comitato Regionale O.M.S. per l'Europa nella sua 39ª Sessione (Copenaghen 12-17 settembre 1988) ha adottato una Risoluzione sulla prevenzione delle turbe mentali, psicosociali e neurologiche, nella Regione europea. Tale documento:

1. richiede agli Stati membri di includere delle precise proposte per la prevenzione delle turbe mentali, psicosociali e neurologiche nei loro piani sanitari nazionali e nei loro programmi a medio termine, come elementi integranti della strategia per raggiungere gli obiettivi della salute per tutti;

2. sollecita il Direttore regionale di stabilire e sviluppare attivamente la collaborazione tra l'Ufficio regionale e gli Stati membri per:

a) l'elaborazione e la normalizzazione di indicatori per la sorveglianza dei progressi realizzati nella messa in opera dei programmi di prevenzione;

b) l'organizzazione ed il coordinamento dei programmi di formazione miranti a fornire al personale dei servizi sanitari e sociali una conoscenza e comprensione sufficienti dei problemi di salute mentale, psicosociale e neurologica e delle misure di prevenzione;

c) la promozione della ricerca epidemiologica e valutativa di questi disturbi, in particolare sotto forma di progetti di cooperazione internazionale.

RICERCHE PROPOSTE DALL'O.M.S.:

A) Problemi di salute mentale (vedere appendice).

3.9. Anziani (autosufficienti e non autosufficienti sia motori che relazionali)

Obiettivo specifico (O.S.) europeo n. 2:

Entro il 2000, tutti dovrebbero avere le opportunità fondamentali di sviluppare ed utilizzare il proprio potenziale di salute per condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva.

Strategia nazionale:

Lo scopo del Piano sanitario nazionale, in una sinergia di progetti-obiettivo, azioni programmate e interventi è quello di migliorare il livello di qualità della vita di tutti i cittadini, tra cui, particolarmente, anche gli anziani.

Carenze e ritardi nella politica per gli anziani

Oltre al disagio economico, vanno evidenziate "nuove povertà". In particolare, tre situazioni assumono un rilievo quantitativo e qualitativo tale da rendere indispensabile l'intervento dello Stato: la non autosufficienza; il disadattamento- spesso associato alla solitudine dell'anziano - e il disagio psichico. Queste tre condizioni costringono molti anziani al trauma dell'istituzionalizzazione. Infatti, venute meno in tutto o in parte le solidarietà pre-moderne, il ricovero nelle "istituzioni totali" resta quasi sempre l'unica possibilità per gli anziani che hanno perduto la loro autonomia e che non possono contare su familiari in grado di assisterli. Sono assai poche le città italiane in cui i comuni o le unità sanitarie locali hanno promosso interventi alternativi, come l'assistenza domiciliare oppure l'accoglienza in centri diurni ove si pratica un'assistenza semiresidenziale. E scarsamente numerose sono anche le esperienze dei gruppi del volontariato e delle associazioni del privato sociale, che, quando esistono, vanno apprezzate e valorizzate poiché propongono un recupero essenziale dei valori della solidarietà in forme più consapevoli che partecipate.

Il grave ritardo che purtroppo si registra nelle politiche assistenziali per gli anziani è dovuto, in misura non trascurabile, alla tradizionale separazione tra l'intervento sanitario e quello socio-assistenziale.

3.9.1. *Andamento della popolazione anziana italiana con oltre 65 anni di età*

La popolazione anziana italiana con oltre 65 anni di età, nel 1931, ammontava a poco più di 3 milioni di abitanti, rappresentando il 7,4 per cento del totale. Nel 1987 il contingente di anziani è più che raddoppiato, passando a poco meno di 7,9 milioni di abitanti, pari a 13,7 per cento della popolazione complessiva.

Posto uguale a 100 il quoziente di anziani del 1931, l'indice attuale dell'incidenza di anziani assume il valore 185 con l'85 per cento, quindi, di aumento nell'ultimo cinquantennio.

L'incremento medio annuo di anziani non è stato costante nel tempo, ma ha avuto un ritmo intenso a decorrere dall'anno 1961. Infatti, tra il 1961 e il 1981 l'aumento di incidenza degli anziani è stato di circa 0,19 per cento in media all'anno, mentre molto

più tenue è stato tra il 1931 e il 1951 con appena lo 0,04 e nel decennio successivo (1951-1961) l'incremento medio annuo ha avuto anche un valore sensibile, pari allo 0,13 per cento.

Tra il 1981 e il 1987 il ritmo di aumento annuo sembra più contenuto (0,08 per cento). Tale dato potrebbe però risentire del periodo di tempo troppo limitato per poter definire in maniera significativa il fenomeno

3.9.2. Andamento della popolazione anziana italiana con oltre 80 anni di età

Gli anziani ultraottuagenari italiani erano in numero alquanto modesto nel 1931 (appena 371.000 individui), come risulta dai dati del censimento di quell'epoca.

Oggi il loro ammontare è più che quadruplicato; infatti, nel 1987, la popolazione senile in età avanzata con oltre 80 anni di età era pari a ben 1.607.000 unità.

L'incidenza di tali anziani è passata dallo 0,9 per cento del 1931 al 2,85 per cento del 1987.

Quindi sono state soprattutto le persone in età avanzata a vedere aumentati in misura considerevole i propri quozienti di popolazione in quest'ultimo cinquantennio, con un incremento di oltre il 200 per cento. Il numero indice dell'incidenza di anziani è infatti passato dal valore 100 del 1931 al valore 311 attuale

Contrariamente alla popolazione anziana considerata nella sua globalità, l'incremento medio annuo dell'incidenza di anziani con oltre 80 anni di età ha presentato un andamento linearmente crescente negli intervalli di tempo intercensuari.

Tra il 1931 ed il 1951 l'incremento medio per ogni singolo anno è stato di appena lo 0,01 per cento, ed è andato via via aumentando fino a raggiungere il valore dello 0,12 per cento annuo tra il 1981 ed il 1987.

3.9.3. L'invecchiamento demografico nelle varie regioni italiane

Dal confronto regionale di tale indice emerge una situazione particolarmente critica in alcune regioni settentrionali, in particolare nella Liguria dove l'indice di vecchiaia raggiunge il suo massimo, con 165 ultrasessantacinquenni per 100 giovani di età compresa tra 0-14 anni; seguono l'Emilia-Romagna con 131, il Friuli-Venezia Giulia con 129, la Toscana con 124, il Piemonte con 111, l'Umbria con 108 e le Marche con 103. Per tutte le altre regioni italiane il valore dell'indice è inferiore a 100

Sono principalmente le regioni del Sud che presentano i più bassi indici di vecchiaia, con bisogni sanitari, di conseguenza, differenziati rispetto alle regioni sopra citate. In particolare, i valori di minore invecchiamento si riscontrano in Campania con un indice di 42, in Puglia con 40 ed in Sardegna, Calabria e Sicilia con valori intorno a 50-60 anziani per 100 giovani.

Il quoziente regionale di anziani rispetta, ovviamente, in linea di massima, la situazione descritta per l'indice di vecchiaia, con incidenza elevata in Liguria, 19 per cento di ultrasessantacinquenni, nel Friuli, Toscana ed Emilia (17 per cento) e cifre oscillanti tra il 9 e il 12 per cento nelle regioni meridionali ed insulari.

3.9.4. I quozienti specifici di mortalità degli anziani

Come si è già accennato, una delle cause dell'invecchiamento demografico è costituita dalla diminuzione della mortalità nel corso del tempo (tavole 3.24 e 3.25).

Tavola 3.24 - Quozienti specifici di mortalità
e numeri indice della popolazione senile italiana

| ANNO | Quozienti pop 65-w | | | Quozienti mortalità pop 80-w | | |
|---|--------------------|---------|-----------|------------------------------|---------|-----------|
| | Maschi | Femmine | Complesso | Maschi | Femmine | Complesso |
| Quozienti di mortalità (per 1 000 abitanti) | | | | | | |
| 1931 | 81,7 | 75,2 | 78,3 | 210,6 | 192,3 | 200,4 |
| 1951 | 73,1 | 63,9 | 68,1 | 192,4 | 171,2 | 180,4 |
| 1961 | 74,6 | 59,0 | 65,7 | 181,0 | 159,7 | 163,6 |
| 1984 | 62,9 | 45,6 | 52,5 | 138,3 | 110,6 | 119,6 |
| Numeri indice | | | | | | |
| 1931 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 1951 | 89 | 85 | 87 | 91 | 89 | 90 |
| 1961 | 91 | 78 | 84 | 86 | 83 | 82 |
| 1984 | 77 | 61 | 67 | 66 | 56 | 60 |

Fonte ISTAT - Annuario Statistico Italiano, 1988

Tavola 3.25 - Vita media della popolazione italiana

| EPOCHE DI RILEVAZIONE | Alla nascita | | A 60 anni | | A 80 anni | |
|--------------------------|-------------------------|------------------------------|-------------------------|------------------------------|-------------------------|------------------------------|
| | Vita media (anni) | Incremento medio annuo | Vita media (anni) | Incremento medio annuo | Vita media (anni) | Incremento medio annuo |
| Maschi | | | | | | |
| 1910-12 | 46,6 | — | 14,1 | 4,2 | — | — |
| 1930-32 | 53,8 | 0,36 | 15,2 | 0,06 | 4,9 | 0,04 |
| 1950-53 | 63,7 | 0,50 | 16,0 | 0,04 | 5,0 | 0,01 |
| 1960-62 | 67,2 | 0,35 | 16,7 | 0,07 | 5,7 | 0,07 |
| 1970-72 | 69,0 | 0,18 | 16,7 | — | 5,8 | 0,01 |
| 1982 | 71,5 | 0,25 | 17,2 | 0,05 | 6,0 | 0,02 |
| Femmine | | | | | | |
| 1910-12 | 47,3 | — | 14,4 | — | 4,2 | — |
| 1930-32 | 56,0 | 0,44 | 16,1 | 0,09 | 5,2 | 0,05 |
| 1950-53 | 67,2 | 0,56 | 17,5 | 0,07 | 5,5 | 0,02 |
| 1960-62 | 72,3 | 0,51 | 19,3 | 0,18 | 6,4 | 0,09 |
| 1970-72 | 74,9 | 0,26 | 20,2 | 0,09 | 6,7 | 0,03 |
| 1982 | 78,2 | 0,33 | 21,7 | 0,15 | 7,4 | 0,07 |

Fonte Elaborazione ISIS su dati ISTAT e OMS.

Il maggior vantaggio della riduzione dei quozienti di mortalità lo si è avuto per i bambini nel primo anno di vita. La mortalità infantile, infatti, si è contratta in maniera sensibile nel corso degli ultimi cinquant'anni. Oggi si ha un quoziente di appena 11 decessi di bambini nel primo anno di vita ogni 1000 nati vivi.

Nelle età senili il decremento di mortalità non è stato così sensibile come per i bambini, sebbene si sia registrata una costante diminuzione del quoziente nel cinquantennio preso in esame (1931-1984), pari al 37 per cento per la popolazione con oltre 65 anni di età ed in misura più sensibile pari al 40 per cento con oltre 80 anni di età.

Per il sesso maschile il quoziente di mortalità degli ultrasessantacinquenni è variato da 81,7 decessi ogni 1000 abitanti dell'anno 1931 a 62,9 del 1984.

Per gli ultraottantenni tale quoziente è passato da 210,6 per mille a 138,3 nell'arco di tempo sopra citato con una riduzione, quindi, del 34 per cento; mentre nella classe di età precedente (oltre 65 anni) la riduzione del quoziente di mortalità è stata più modesta: 23 per cento.

Per il sesso femminile la variazione degli indici di mortalità è stata di gran lunga più accentuata. Per le donne con oltre 65 anni di età il quoziente è variato da 75,2 a 45,6 deceduti ogni 1000 abitanti, con una riduzione dell'indice del 39 per cento.

Per le età con oltre 80 anni il quoziente è passato da 192,3 a 110,6, con una riduzione, quindi, del 44 per cento.

In sostanza, della diminuita mortalità ne hanno tratto maggior beneficio oltre ai bambini in tenera età, soprattutto gli anziani con oltre 80 anni ed in particolare il sesso femminile.

3.9.5. Proiezioni della popolazione anziana italiana

Secondo i dati sulle proiezioni della popolazione effettuate dall'ISTAT, la popolazione complessiva italiana dovrebbe iniziare a subire un declino demografico a decorrere dagli ultimi anni di fine secolo. Si dovrebbe passare, infatti, dagli attuali 57.300.000 abitanti a circa 53.000.000 nel 2021. In sostanza, la popolazione italiana, supposto immutato l'andamento della natalità, dovrebbe subire una diminuzione di circa l'8 per cento nel corso del prossimo trentennio.

Se queste sono le previsioni della popolazione italiana considerata nel suo complesso, il fenomeno inverso dovrebbe invece verificarsi nella popolazione senile.

Per gli anziani con oltre 65 anni di età, il numero complessivo dovrebbe passare da 7.500.000 unità riscontrate nel 1981 a ben 10.600.000 del 2021.

L'incidenza, per tale contingente di popolazione, dovrebbe pertanto variare dal valore attuale, di poco superiore al 13 per cento, al 20 per cento dopo i primi 20 anni di inizio secolo.

Per la popolazione di età avanzata (oltre 80 anni), le proiezioni forniscono addirittura un raddoppio del contingente attuale, raggiungendo i 2.600.000 abitanti dopo i primi 20 anni del nuovo millennio.

L'incidenza degli ultraottuagenari passerebbe, pertanto, dal 2,4 per cento attuale al 5 per cento del 2021.

3.9.6. Le strutture per l'assistenza agli anziani in Italia

Il sistema di assistenza agli anziani in Italia è composto da una serie di strutture, pubbliche e private, che si identificano nei reparti geriatrici e per lungodegenti gestiti dal S.S.N. e nelle case albergo, case di riposo e strutture protette la cui erogazione dei servizi di assistenza e beneficenza è stata attribuita dal D.P.R. 616/77 ai comuni (erogazione prima attribuita agli ECA e alle IPAB).

I reparti di geriatria negli istituti di cura pubblici risultano essere al 31-12-1987, secondo i dati del Ministero della Sanità, 141 con 7.458 posti letto ai quali si aggiungono 42 reparti, con 1.589 posti letto, delle case di cura private convenzionate. I reparti di lungodegenza pubblici sono 97 con 5.871 posti letto, quelli privati convenzionati 76 con 7.518 posti letto (vedi tavole 3.26 e 3.27). Il maggior numero di reparti geriatrici, ubicati in istituti di cura pubblici, si registra nel Veneto, che conta 1.823 posti letto in 24 reparti; sempre in Veneto la maggioranza dei posti letto pubblici per lungodegenti: 1.544 in 20 reparti. Per quanto riguarda le strutture private convenzionate, alla Puglia spetta il primato per i posti letto (665) e per il numero di reparti di geriatria (12); segue la Lombardia con 8 reparti e 224 posti letto. Il più alto numero di reparti per lungodegenti si registra nel Lazio: 26 con un totale di 3.523 posti letto; segue la Lombardia con 11 reparti e 1.137 posti letto.

Tavola 3.26 - Indicatori degli istituti di cura pubblici nelle discipline di geriatria e lungodegenza - Anno 1987

| DISCIPLINA | Reparti | Posti letto | Giorni di degenza | Degenza media | Tasso di utilizz. | Indice di turn-over | Indice di rotazione |
|------------------------|---------|-------------|-------------------|---------------|-------------------|---------------------|---------------------|
| Geriatria | 141 | 7 458 | 2.211 719 | 16,8 | 81,2 | 3,9 | 17,6 |
| Lungodegenza | 97 | 5.871 | 1.530.731 | 35,1 | 71,4 | 14,0 | 7,4 |

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario.

Tavola 3.27 - Indicatori delle case di cura private convenzionate nelle discipline di geriatria e lungodegenza - Anno 1987

| DISCIPLINA | Reparti | Posti letto | Giorni di degenza | Degenza media | Tasso di utilizz. | Indice di turn-over | Indice di rotazione |
|------------------------|---------|-------------|-------------------|---------------|-------------------|---------------------|---------------------|
| Geriatria | 42 | 1.589 | 608.891 | 38,8 | 105,0 | -1,8 | 9,9 |
| Lungodegenza | 76 | 7.518 | 2.532.657 | 107,7 | 92,3 | 9,0 | 3,1 |

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario.

39.7 Programma n. 1 del Piano sanitario nazionale - Tutela della salute degli anziani

Il P.S.N. ha aderito ai principi sanciti nel Piano di azione mondiale per l'invecchiamento, approvato nel 1982 dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite, nel quale si afferma che "l'invecchiamento è un processo che dura tutta la vita e deve essere riconosciuto come tale".

Le stime effettuate dall'apposita Commissione incaricata della redazione del programma permettono di delineare il seguente panorama del fabbisogno assistenziale:

- persone non autosufficienti: 285.000 pari al 3,8 per cento degli ultrasessantacinquenni;
- persone parzialmente autosufficienti: 750.000 pari al 10 per cento;
- persone autosufficienti ma bisognose di servizi socio-sanitari: 1.500.000 pari al 20 per cento

Per completare il panorama della condizione degli anziani c'è da aggiungere la categoria dei "prossimi anziani" cioè quella fascia di popolazione che verso il 50° anno di età attraversa una crisi esistenziale che rappresenta molto spesso lo spartiacque di un avvio positivo o negativo verso l'età anziana. Per questo essi rappresentano un gruppo di popolazione a rischio e i destinatari naturali delle azioni di prevenzione.

Il modello organizzativo per la tutela della salute degli anziani deve tener conto che le situazioni da affrontare sono fortemente caratterizzate in senso particolaristico e nascono dalla interazione di una molteplicità di fattori sociali, economici, psicologici, sanitari

Pertanto l'organizzazione integrata socio-sanitaria, funzionale all'assistenza agli anziani, si struttura qualitativamente su due classi di servizi: i servizi socio-assistenziali "di base"; i servizi socio-assistenziali "di tipo specialistico". Ambedue le classi di servizi contemplano servizi non residenziali, servizi semiresidenziali, servizi residenziali.

Per quanto riguarda l'assistenza agli anziani non autosufficienti, parzialmente autosufficienti o ad alto rischio di invalidità, tra questi ultimi includendo tutti gli ultrasessantacinquenni, il P.S.N. prevede un servizio di assistenza geriatrica basato sul potenziamento e la specializzazione di divisioni ospedaliere espressamente dedicate e la formazione di personale da impiegare in questo tipo di assistenza.

Il P.S.N. prevede, inoltre, un servizio di assistenza domiciliare integrata, un servizio di spedalizzazione domiciliare, residenze sanitarie assistenziali.

INDICATORI O.M.S.:

02.02.01 Grado di autoconstatazione del proprio stato di salute.

Per l'Italia questo valore è: buono il 66,1, non buono il 32,1, non indicato l'1,8 (Fonte: ISTAT, dati relativi agli anni 1986-87).

02.03.01 Grado di indipendenza nelle attività quotidiane.

Per l'Italia questo valore è: 45,70 nel 1988.

L'O.M.S. prevede anche il seguente indicatore:

- 02.04.01 Percentuale della popolazione oltre i 65 anni che vive fuori dagli istituti.

RICERCHE PROPOSTE DALL'O.M.S.:

- A) Sviluppo di indicatori di buona salute;
- B) Screening precoce del ritardo;
- C) Problemi degli anziani (vedere appendice).

PAGINA BIANCA

TITOLO III

INDICAZIONI SULLA MORBOSITÀ E SULLA MORTALITÀ

CAPITOLO 4

I FENOMENI MORBOSI CAUSA DI RICOVERO OSPEDALIERO

4.1. Ricoveri ospedalieri

La centralità, mantenuta nell'ambito dell'organizzazione sanitaria, e l'elevata quota di risorse assorbite fanno dell'ospedale un punto di riferimento importante, per la conoscenza dello stato di salute della popolazione, ed un momento prioritario del processo di programmazione e valutazione dei servizi.

È quindi necessaria un'adeguata conoscenza non solo dell'entità, ma anche delle caratteristiche specifiche dei ricoveri ospedalieri, in relazione, sia ai soggetti che vi ricorrono (età, sesso, residenza, ecc.), che alla casistica trattata ed all'attività svolta (diagnosi di dimissione, intervento chirurgico, durata degenza, ecc.).

La disponibilità di informazioni di questo tipo permette di fornire contributi significativi, anche se non esaurienti, ai fini della programmazione, come, ad esempio, flussi di pazienti, bacini di utenza per struttura o per reparto, tipologia dei pazienti ricoverati, modifiche temporali e variazioni territoriali della patologia trattata, ecc.

A fini di valutazione, la diagnosi di dimissione (oltre ad altre caratteristiche relative ai pazienti e al ricovero) è essenziale per produrre indicatori di 'case-mix', che permettano di comparare omogeneamente l'attività di reparti o presidi ospedalieri; sono infatti ben noti i limiti degli indicatori ospedalieri tradizionali, quali: degenza media, saturazione, intervallo di turnover, ecc., che non tengono conto della diversa complessità dell'assistenza richiesta per il trattamento di patologie diverse e di diversa severità.

Recentemente, il Ministero della Sanità, in collaborazione con regioni, ISTAT e ISS, ha messo a punto un modello di scheda nosologica individuale, contenente un set minimo di informazioni, che dovrebbe essere adottato da tutte le regioni, estendendo così all'intero territorio nazionale la rilevazione sistematica esaustiva. Le finalità perseguite dal Ministero con questa iniziativa sono principalmente di tipo programmatico-valutativo, ma sono indubitabili gli sviluppi che la disponibilità di queste informazioni a livello locale porteranno anche alla ricerca epidemiologica.

Sulla base delle informazioni attualmente disponibili, vengono qui presentate alcune caratteristiche dei ricoveri, utilizzando sia la rilevazione campionaria ISTAT, sia le rilevazioni sistematiche di alcune regioni (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana), che forniscono i dati più aggiornati e più analitici.

4.1.1. Età e sesso

Le variazioni principali del ricorso al ricovero sono in relazione all'età e al sesso della popolazione: i tassi specifici, nel 1986, per quattro regioni del Centro-Nord (figura 4.1) mostrano andamenti analoghi con valori molto elevati nel primo anno di vita (fino ad oltre 500 ricoveri ogni mille nati), valori relativamente stabili in età 1-44 anni (100-150 ricoveri ogni 1000 abitanti), e tassi in seguito, rapidamente e costantemente, crescenti con l'aumentare dell'età.

I maschi presentano tassi sempre superiori alle femmine, tranne che nell'età feconda (15-44 anni), in relazione a ricoveri per parti, aborti e patologie della gravidanza.

Le quattro regioni considerate presentano, però, delle differenze nei valori dei tassi specifici, in particolare, per le fasce estreme di età: primo anno di vita (tassi più elevati in Lombardia e Toscana) e a 75 anni e oltre (valori massimi nel Veneto). Tali differenze si possono rilevare anche nei valori dei tassi per mille abitanti, standardizzati per età: Lombardia 163, Veneto 164, Emilia-Romagna 139, Toscana 149. Le variazioni possono essere dovute sia a differenze nelle caratteristiche delle rilevazioni ospedaliere regionali (per esempio: esclusione o meno dei ricoveri di un giorno o di quelli privati, convenzionati o no), sia a effettiva diversità nel ricorso al ricovero o nella entità e organizzazione della rete ospedaliera ed extra-ospedaliera, pure in situazioni che si possono considerare relativamente simili.

Per non doversi continuamente confrontare con tali diversità, si sono utilizzati come riferimento i dati di una sola regione, la Lombardia.

La dinamica temporale dei ricoveri per età, valutata in termini generali per l'intera Italia attraverso la rilevazione campionaria ISTAT, indica che, tra il 1972 e il 1982, il tasso di ricovero nel primo anno di vita è aumentato del 65 per cento, quello tra 1 e 54 anni presenta una leggera flessione (-5,4 per cento), mentre aumenta del 19 per cento quello per la popolazione di 60 anni e oltre.

In Lombardia, con dati storici più aggiornati e dettagliati in relazione all'età, si evidenzia che, tra gli anziani, aumenta soprattutto il ricovero degli ultra 75enni (+ 14 per cento nel periodo 1976-1986).

Tra i 5 ed i 64 anni, il ricorso al ricovero è in diminuzione o stazionario (figura 4.2). Particolarmente consistente (+ 59 per cento), l'aumento del tasso nel primo anno di vita: attualmente almeno un neonato su due viene ricoverato in pediatria.

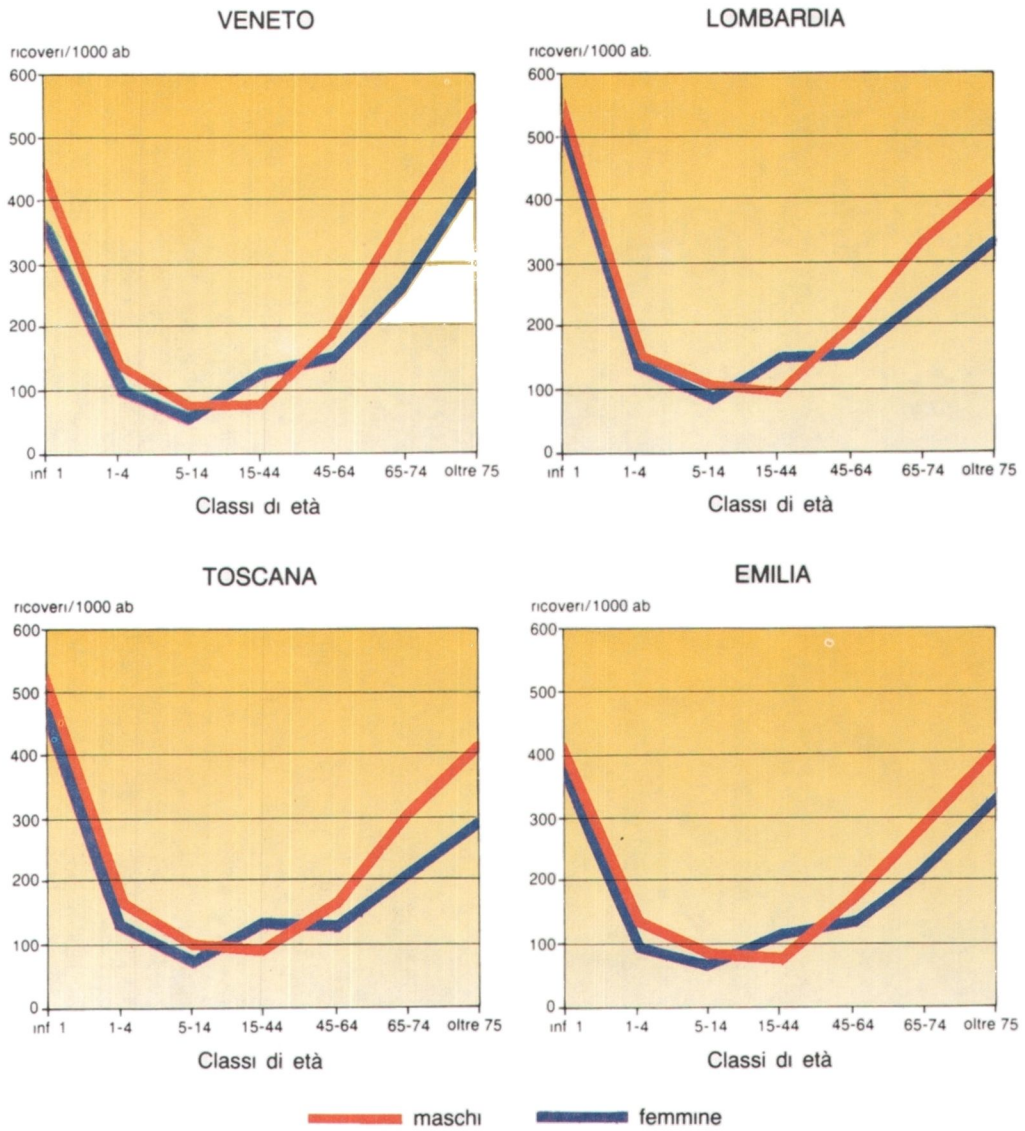
Forse tale aumento è dovuto ad una accresciuta attenzione alla salute del neonato, ma sicuramente, e in misura maggiore, alla diffusione della pratica di ricoverare tutti i nati dell'ospedale, a fini amministrativi, più che per esigenze sanitarie (si ricorda, in proposito che la rilevazione nosologica non comprende i neonati sani ospitati nel nido).

La degenza media varia in rapporto con l'età e, in misura minore, in relazione al sesso: aumenta da un minimo di 5 giorni tra 1 e 4 anni ad un massimo di quasi 18 giorni ed è più prolungata nelle femmine, rispetto ai maschi (figura 4.3).

Nel tempo, la durata delle degenze diminuisce per tutte le età, anche se in misura diversa: in Lombardia, tra il 1976 e 1986, la degenza media si riduce di circa il 27 per cento tra i 5 e i 64 anni, ma, dopo, del 13 per cento fino a 75 anni.

Se si tiene, contemporaneamente, conto: dell'aumento degli anziani nella popolazione, dell'aumento dei relativi tassi di ricovero, del fatto che la durata media di queste degenze è più elevata e tende a contrarsi più lentamente che nelle altre classi di età, si può immaginare che, se nulla cambia nell'attuale organizzazione, si dovranno

RICOVERI NEL 1986 - TASSI SPECIFICI PER 1000 ABITANTI

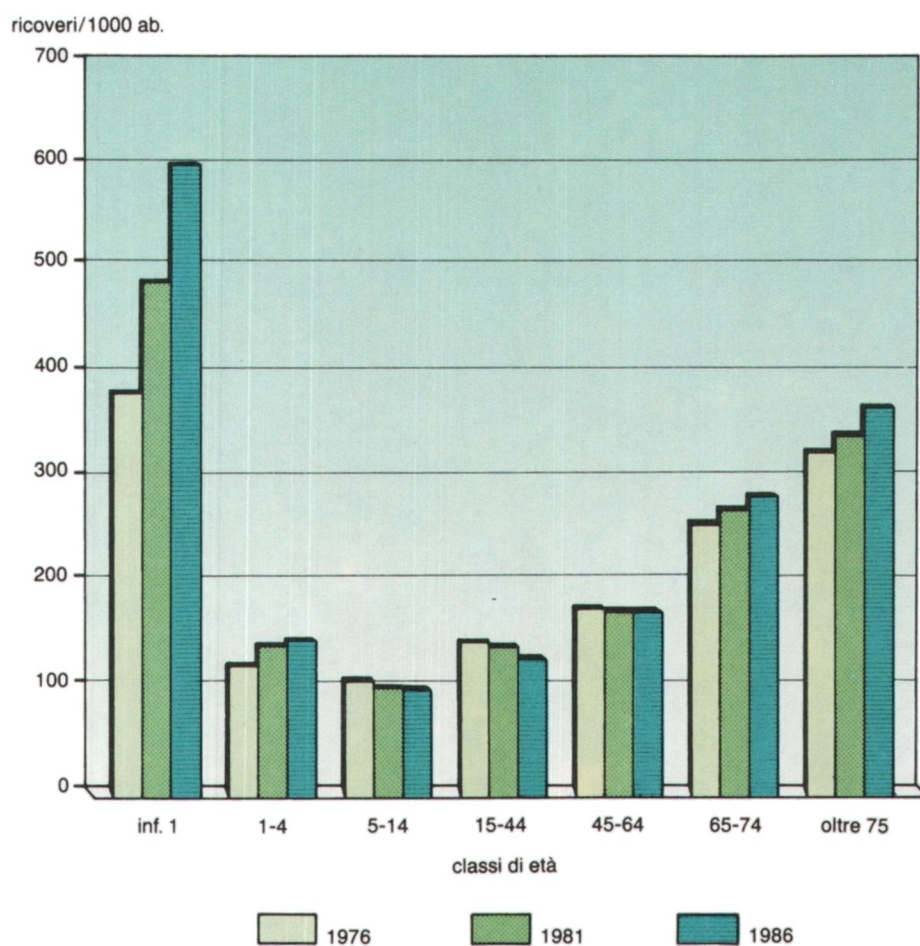


Fonte: Istituto Superiore di Sanità

Fig. 4.1

PAGINA BIANCA

ANDAMENTO DEI RICOVERI PER ETÀ LOMBARDIA 1976-1981-1986 (M + F)

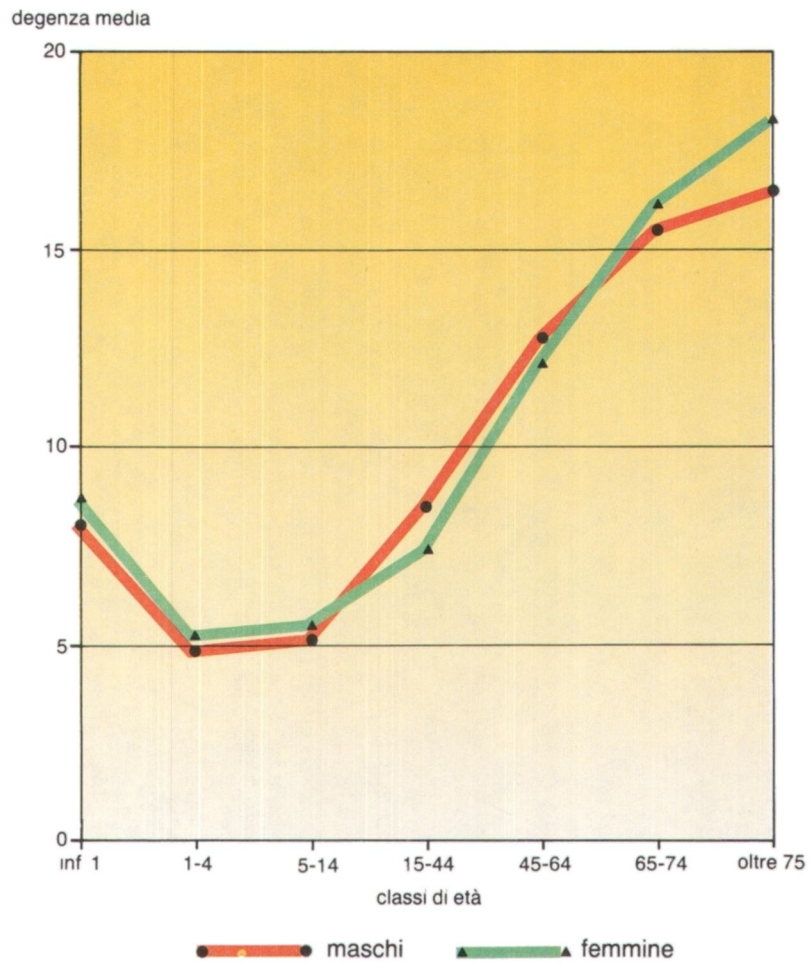


Fonte: Istituto Superiore di Sanità

Fig. 4.2

PAGINA BIANCA

DURATA DELLA DEGENZA PER ETÀ E SESSO LOMBARDIA 1986

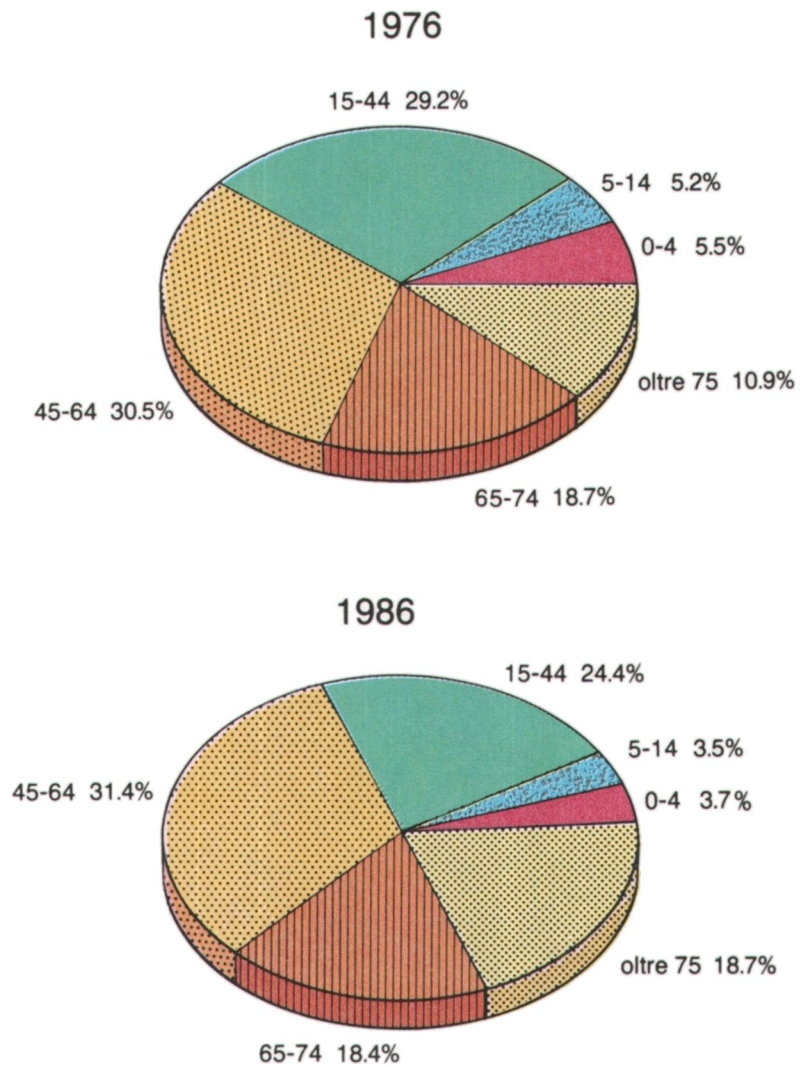


Fonte: Istituto Superiore di Sanità

Fig. 4.3

PAGINA BIANCA

LETTI OCCUPATI GIORNALMENTE PER CLASSI DI ETÀ (%)



Fonte: Istituto Superiore di Sanità

Fig. 4.4

PAGINA BIANCA

affrontare patologie e problemi legati agli anziani, modificando in parte l'attuale caratteristica di presidio per acuti. In Lombardia, in 11 anni, tale modifica si sta già rendendo evidente: nel 1976 su 100 letti per acuti, occupati giornalmente, circa 11 erano dedicati agli ultra 75enni, nel 1986 tale quota è salita a 19 (figura 4.4).

4.1.2. Cause di ricovero

In relazione alla patologia trattata durante il ricovero, viene presentata la distribuzione per grandi gruppi di cause della diagnosi principale alla dimissione, a livello nazionale, per l'anno 1982 (figura 4.5). Al primo posto figurano le patologie traumatiche, che rappresentano il 12,5 per cento dei ricoveri, quasi allo stesso livello le malattie dell'apparato digerente (12,4 per cento) e quelle cardiocircolatorie (12 per cento). Circa l'11 per cento dei ricoveri è dovuto ad eventi non necessariamente patologici, legati alla gravidanza (parto, aborto, ecc.); i tumori rappresentano più dell'8 per cento dei ricoveri ed è anche da notare la rilevanza (6,4 per cento) di ricoveri per sintomi o patologie non definite. Tale quadro è sostanzialmente simile per tutte le regioni, anche se alcune differenze sono comunque rilevabili: ad esempio, un maggior peso relativo dei ricoveri per tumore nelle regioni del Centro-Nord (9-10 per cento) rispetto a quelle del Sud (4-5 per cento). L'inverso accade per le malattie infettive che sono, comunque, ormai poco rilevanti (2-3 per cento nel Nord, 3-4 per cento nel Sud). I limiti e le qualità della rilevazione campionaria ISTAT non consentono di esprimere valutazioni su queste differenze, né di dettagliare ulteriormente l'analisi; bisogna inoltre considerare che da tale rilevazione sono esclusi i ricoveri limitati ad una giornata (non necessariamente day-hospital), che stanno assumendo un peso sempre maggiore nell'attuale attività ospedaliera.

E', comunque, utile esaminare i cambiamenti, intervenuti durante il decennio 1972-1982, nella composizione percentuale delle diagnosi di dimissione e delle relative giornate di degenza.

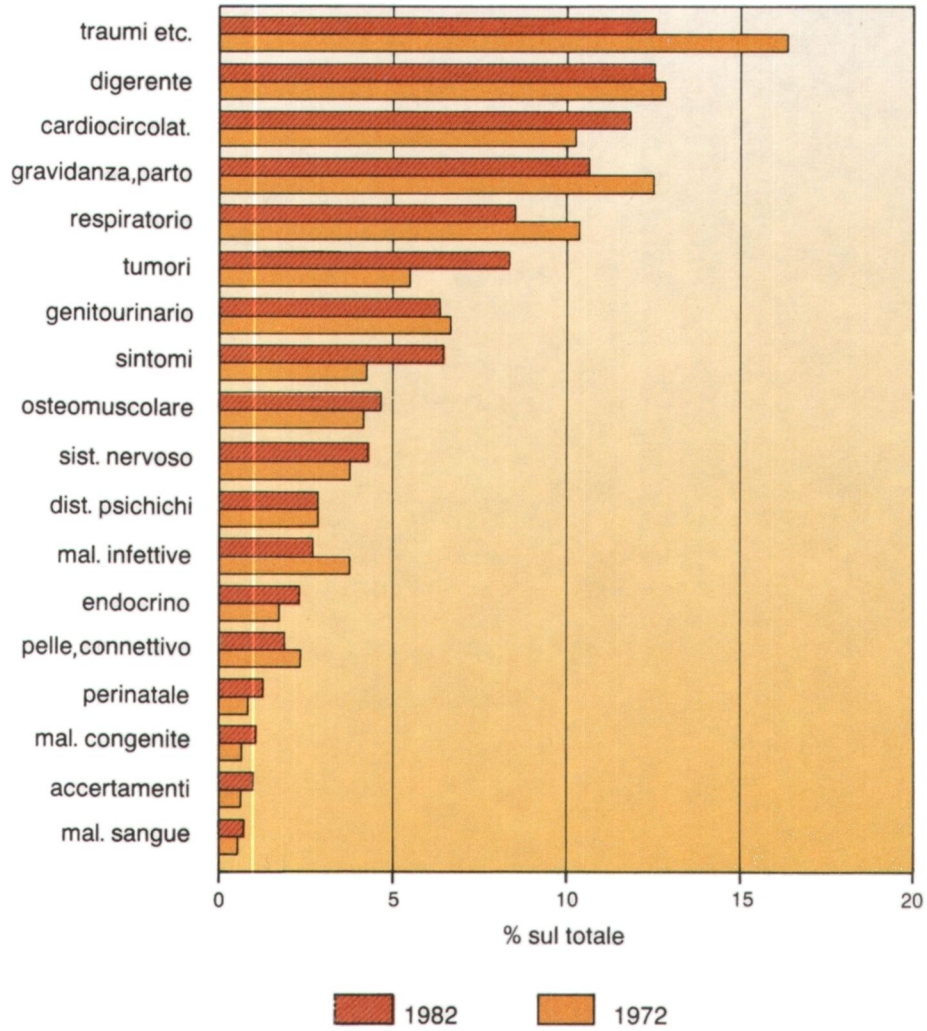
Per quanto riguarda i ricoveri in rapporto alle giornate di degenza (figura 4.6), si rileva un aumento dell'importanza delle patologie cronico-degenerative, legate all'avanzamento dell'età (tumori, patologia cardiocircolatoria, malattie endocrine, osteomuscolari); diminuiscono invece i ricoveri legati agli eventi traumatici, quelli relativi alla gravidanza, alla patologia respiratoria ed alle malattie infettive.

Dalla distribuzione delle degenze si può evidenziare che, rispetto ai ricoveri, assumono maggior peso le malattie cardiocircolatorie (al primo posto) ed i tumori, mentre stupisce l'elevata quota di giornate di degenze dedicate alla patologia psichica nelle strutture per acuti nel 1972, quando ancora erano in piena funzione le strutture manicomiali. Rilevante è anche la diminuzione delle giornate consumate per le malattie infettive su cui, a livello ospedaliero, pesa in modo preponderante la tubercolosi.

Un quadro dettagliato dei tassi di ricovero specifici per sesso, età e cause, nel 1986, è riportato, per i residenti in Lombardia nelle tavole 4.1 (per i maschi) e 4.1.a (per le femmine), poste nelle pagine seguenti. Benché riferiti ad una sola regione, tali tassi, in carenza di altri dati, possono essere considerati indicativi, anche a livello nazionale, ricordando che si tratta comunque di 1.500.000 ricoveri/anno (in strutture pubbliche e private), che rappresentano più del 15 per cento di quelli dell'intera Italia.

PAGINA BIANCA

DISTRIBUZIONE DEI RICOVERI PER GRUPPI DI CAUSE IN ITALIA NEL 1982 e 1972

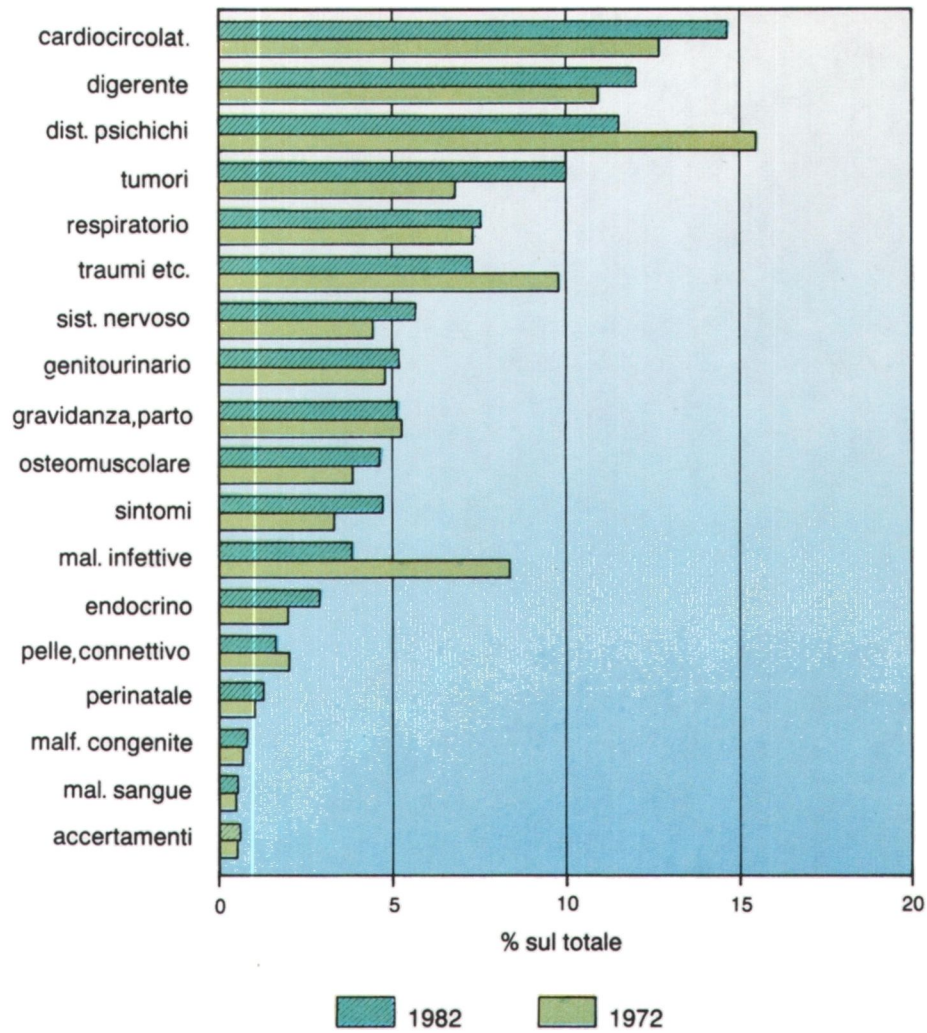


Fonte: Istituto Superiore di Sanità

Fig. 4.5

PAGINA BIANCA

DISTRIBUZIONE DELLE GIORNATE DI DEGENZA PER GRUPPI DI CAUSE IN ITALIA NEL 1982 e 1972



Fonte: Istituto Superiore di Sanità

Fig. 4.6

PAGINA BIANCA

Tavola 4.1 - Dimissioni di residenti in Lombardia da ospedali e case di cura della regione nel 1986
secondo la diagnosi principale alla dimissione - Maschi
(Raggruppamenti diagnostici)

| DIAGNOSI PRINCIPALE ALLA DIMISSIONE | (Codici IX Rev) | Tassi per mille abitanti | | | | | | Totale |
|--|-----------------|--------------------------|------|-------|-------|-------|--------|--------|
| | | 0-4 | 5-16 | 15-44 | 45-64 | 65-74 | 75 e + | |
| Infezioni intestinali | (001-009) | 8,0 | 0,7 | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 0,7 | 0,7 |
| Tubercolosi | (010-018, 137) | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 0,7 | 1,2 | 1,2 | 0,4 |
| Epatite virale | (070) | 0,2 | 0,2 | 0,7 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,4 |
| Altre malattie infettive | (altro 001-139) | 5,5 | 2,5 | 1,4 | 1,3 | 1,9 | 2,2 | 1,8 |
| Tumori maligni stomaco | (151) | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 1,8 | 4,6 | 5,7 | 1,0 |
| Tumori maligni colon | (153) | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 1,0 | 3,1 | 3,0 | 0,6 |
| Tumori maligni retto | (154) | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,8 | 2,2 | 2,9 | 0,5 |
| Tumori maligni trachea, bronchi, polmoni | (162) | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 7,2 | 13,6 | 8,8 | 3,1 |
| Tumori maligni mammella | (174-175) | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 |
| Tumori maligni utero | (179-182) | — | — | — | — | — | — | — |
| Leucemie | (204-208) | 2,7 | 2,7 | 0,6 | 1,2 | 1,9 | 2,6 | 1,3 |
| Tumori maligni altre sedi e secondari | (altro 140-208) | 1,0 | 0,7 | 2,0 | 14,4 | 33,9 | 32,4 | 8,0 |
| Tumori benigni utero | (218-219) | — | — | — | — | — | — | — |
| Tumori benigni altre sedi ed altri tumori | (altro 210-239) | 0,8 | 1,1 | 1,7 | 4,5 | 7,3 | 6,0 | 2,8 |
| Malattie ghiandola tiroide | (240-246) | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,2 |
| Diabete | (250) | 0,2 | 0,3 | 0,6 | 3,1 | 5,7 | 6,4 | 1,7 |
| Altre malattie metaboliche, nutriz. immunit. | (251-279) | 3,9 | 2,0 | 0,9 | 1,4 | 1,7 | 2,2 | 1,4 |
| Malattie sangue e organi ematopoietici | (280-289) | 6,4 | 5,9 | 1,4 | 1,5 | 3,8 | 7,2 | 2,8 |
| Psicosi | (290-299) | 0,1 | 0,1 | 2,4 | 1,9 | 2,0 | 3,0 | 1,8 |
| Disturbi neurotici | (300) | 0,1 | 0,1 | 1,4 | 2,1 | 2,1 | 1,3 | 1,4 |
| Altri disturbi psichici | (301-319) | 0,7 | 0,4 | 2,6 | 2,4 | 1,1 | 0,8 | 2,0 |
| Malattie sistema nervoso | (320-359) | 2,7 | 2,0 | 1,9 | 4,2 | 7,9 | 9,2 | 3,2 |
| Cataratta | (366) | 0,1 | 0,0 | 0,2 | 1,9 | 7,9 | 10,8 | 1,4 |

Segue: Tavola 4.1 - Dimissioni di residenti in Lombardia da ospedali e case di cura della regione nel 1986
secondo la diagnosi principale alla dimissione - Maschi
(Raggruppamenti diagnostici)

| DIAGNOSI PRINCIPALE ALLA DIMISSIONE | (Codici IX Rev.) | Tassi per mille abitanti | | | | | | Totale |
|---|------------------|--------------------------|------|-------|-------|-------|--------|--------|
| | | 0-4 | 5-16 | 15-44 | 45-64 | 65-74 | 75 e + | |
| Altre malattie occhio e annessi | (altro 360-379) | 0,1 | 0,0 | 0,2 | 1,9 | 7,9 | 10,0 | 1,4 |
| Malattie orecchio e mastoide | (380-389) | 3,9 | 0,9 | 0,9 | 1,4 | 1,3 | 0,9 | 1,2 |
| R.A.A. e cardiop. reumatiche croniche | (390-398) | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,5 | 0,7 | 1,4 | 0,3 |
| Malattie ipertensive | (401-405) | 0,1 | 0,1 | 0,7 | 3,3 | 5,6 | 5,7 | 1,7 |
| Infarto miocardico acuto | (410) | 0,0 | 0,0 | 0,4 | 4,1 | 7,0 | 7,9 | 1,9 |
| Altre malattie ischemiche cuore | (411-414) | 0,1 | 0,0 | 0,7 | 9,3 | 16,2 | 19,5 | 4,4 |
| Disturbi circolatori encefalo | (430-438) | 0,2 | 0,1 | 0,4 | 5,1 | 19,3 | 37,8 | 4,1 |
| Varici arti inferiori | (454) | 0,0 | 0,0 | 0,7 | 2,0 | 1,4 | 1,5 | 1,0 |
| Altre malattie sistema circolatorio | (altri 415-459) | 1,3 | 1,4 | 3,7 | 11,8 | 32,8 | 54,7 | 9,0 |
| Tonsillite cronica | (474) | 15,4 | 8,9 | 0,5 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 2,2 |
| Polmonite | ((480-486) | 7,3 | 1,6 | 0,8 | 2,6 | 8,6 | 16,9 | 2,7 |
| Bronchite, enfisema, asma | (490-493) | 6,9 | 1,4 | 0,4 | 4,1 | 16,3 | 24,2 | 3,6 |
| Altre malattie apparato respiratorio | (altro 460-519) | 21,1 | 4,8 | 3,4 | 5,4 | 9,2 | 11,9 | 5,6 |
| Ulcera stomaco e duodeno | (531-534) | 0,1 | 0,1 | 0,8 | 2,2 | 3,1 | 4,0 | 1,3 |
| Appendicite | (540-534) | 1,1 | 11,8 | 2,9 | 0,8 | 0,6 | 0,6 | 3,2 |
| Ernia addominale | (550-543) | 5,5 | 1,1 | 2,0 | 6,4 | 9,6 | 9,3 | 3,9 |
| Cirrosi e altre malattie cron. fegato | (571) | 0,1 | 0,1 | 1,6 | 6,9 | 7,7 | 5,1 | 3,2 |
| Litiasi biliare | (574) | 0,0 | 0,0 | 0,7 | 2,9 | 4,4 | 5,4 | 1,5 |
| Altre malattie apparato digerente | (altro 520-579) | 11,7 | 3,0 | 4,6 | 9,1 | 13,8 | 17,6 | 6,9 |
| Malattie apparato urinario | (580-599) | 7,0 | 2,2 | 2,2 | 5,5 | 9,6 | 13,2 | 4,2 |
| Iperplasia prostata | (600) | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2,0 | 10,7 | 12,4 | 1,6 |

Segue: Tavola 4.1 - Dimissioni di residenti in Lombardia da ospedali e case di cura della regione nel 1986
secondo la diagnosi principale alla dimissione - Maschi
(Raggruppamenti diagnostici)

| DIAGNOSI PRINCIPALE ALLA DIMISSIONE | (Codici IX Rev.) | Tassi per mille abitanti | | | | | | Totale |
|---|------------------|--------------------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | 0-4 | 5-16 | 15-44 | 45-64 | 65-74 | 75 e + | |
| Altre malattie genitali maschili. | (601-608) | 4,4 | 4,6 | 1,9 | 2,0 | 2,3 | 2,1 | 2,4 |
| Malattie mammella e genitali femminili. | (610-629) | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,3 | 0,3 | 0,1 |
| Gravidanza con esito abortivo | (630-639) | — | — | — | — | — | — | — |
| Parto completamente normale | (650) | — | — | — | — | — | — | — |
| Complic. gravid., parto, puerperio. | (altro 640-676) | — | — | — | — | — | — | — |
| Malattie pelle e sottocutaneo | (680-709) | 4,0 | 2,2 | 3,0 | 3,3 | 4,3 | 4,9 | 3,2 |
| Malattie sistema osteomuscolare | (710-739) | 2,5 | 3,2 | 7,2 | 11,9 | 13,6 | 11,9 | 8,2 |
| Malformazioni congenite | (740-759) | 13,9 | 4,9 | 1,1 | 0,8 | 1,2 | 1,4 | 2,2 |
| Morbosità perinatale | (760-779) | 36,9 | — | — | — | — | — | 1,8 |
| Sintomi e stati morbosi malattie definiti | (780-799) | 14,1 | 6,7 | 4,7 | 8,5 | 14,0 | 21,1 | 7,4 |
| Frattura cranio e colonna | (800-806) | 0,6 | 0,7 | 1,3 | 1,0 | 1,0 | 1,2 | 1,1 |
| Altre fratture | (807-829) | 2,5 | 8,5 | 7,7 | 6,2 | 7,0 | 11,9 | 7,3 |
| Traumi intracranici | (850-869) | — | — | — | — | — | — | — |
| Interni e nervi. | (950-957) | 6,4 | 3,7 | 4,0 | 2,8 | 3,2 | 4,0 | 3,7 |
| Ferite e altri traumi | (altro 830-859) | 3,9 | 5,0 | 10,4 | 6,3 | 4,2 | 4,6 | 7,7 |
| Ustioni. | (940-949) | 0,8 | 0,3 | 0,4 | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 0,4 |
| Avvelenamenti, intossicazioni | (960-989) | 3,4 | 0,4 | 0,5 | 0,4 | 0,3 | 0,4 | 0,6 |
| Danni da agenti fisici e iatrogeni | (990-999) | 0,7 | 0,3 | 0,5 | 0,7 | 0,9 | 0,8 | 0,6 |
| Postumi traumatismi, avvelenamenti, ecc. | (905-909) | 0,4 | 1,4 | 2,2 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,8 |
| Accertamenti e altro. | (VO1-V82) | 28,4 | 4,9 | 4,7 | 4,7 | 5,0 | 3,9 | 5,9 |
| Totale | | 240,2 | 104,8 | 97,5 | 190,9 | 345,1 | 432,3 | 156,6 |

Fonte: Regione Lombardia.

Tavola 4.1.a - Dimissioni di residenti in Lombardia da ospedali e case di cura della regione nel 1986
secondo la diagnosi principale alla dimissione - Femmine
(Raggruppamenti diagnostici)

| DIAGNOSI PRINCIPALE ALLA DIMISSIONE | (Codici IX Rev.) | Tassi per mille abitanti | | | | | | Totale |
|--|------------------|--------------------------|------|-------|-------|-------|--------|--------|
| | | 0-4 | 5-16 | 15-44 | 45-64 | 65-74 | 75 e + | |
| Infezioni intestinali. | (001-009) | 7,0 | 0,5 | 0,2 | 0,2 | 0,4 | 0,6 | 0,6 |
| Tubercolosi | (010-018,137) | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,3 | 0,4 | 0,4 | 0,2 |
| Epatite virale | (070) | 0,2 | 0,1 | 0,3 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,2 |
| Altre malattie infettive | (altro 001-139) | 4,6 | 2,3 | 1,3 | 1,0 | 1,4 | 1,8 | 1,5 |
| Tumori maligni stomaco | (151) | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,7 | 2,1 | 3,2 | 0,6 |
| Tumori maligni colon | (153) | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,9 | 1,9 | 2,1 | 0,6 |
| Tumori maligni retto. | (154) | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,5 | 1,3 | 1,5 | 0,4 |
| Tumori maligni trachea, bronchi, polmoni | (162) | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,8 | 1,7 | 1,4 | 0,5 |
| Tumori maligni mammella | (174-175) | 0,1 | 0,0 | 1,1 | 6,7 | 7,7 | 4,9 | 3,2 |
| Tumori maligni utero | (179-182) | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 1,6 | 2,5 | 1,5 | 0,9 |
| Leucemie | (204-208) | 1,7 | 1,6 | 0,3 | 0,6 | 1,2 | 1,3 | 0,7 |
| Tumori malattie altre sedi e secondari. | (altro 140-208) | 1,6 | 0,7 | 1,7 | 8,0 | 13,7 | 13,3 | 5,0 |
| Tumori benigni utero | (218-219) | 0,0 | 0,0 | 2,6 | 4,9 | 0,4 | 0,2 | 2,5 |
| Tumori ben. altre sedi e altri tum | (altro 210-239) | 1,0 | 1,2 | 3,4 | 4,8 | 4,8 | 4,1 | 3,6 |
| Malattie ghiandola tiroide | (240-246) | 0,3 | 0,2 | 0,8 | 1,5 | 1,4 | 0,7 | 1,0 |
| Diabete | (250) | 0,1 | 0,4 | 0,5 | 3,0 | 8,2 | 9,7 | 2,4 |
| Altre mal. metaboliche, nutriz immunit | (251-279) | 3,5 | 2,1 | 1,4 | 1,4 | 1,5 | 1,7 | 1,6 |
| Malattie sangue e organi ematopoietici | (280-289) | 4,6 | 4,3 | 1,6 | 1,3 | 2,8 | 5,4 | 2,3 |
| Psicosi. | (290-299) | 0,1 | 0,1 | 1,8 | 2,4 | 3,0 | 3,7 | 1,9 |
| Disturbi neurotici | (300) | 0,1 | 0,1 | 2,1 | 4,4 | 5,2 | 2,8 | 2,7 |
| Altri disturbi psichici. | (301-319) | 0,5 | 0,3 | 1,2 | 1,1 | 0,9 | 0,7 | 1,0 |
| Malattie sistema nervoso. | (320-359) | 2,6 | 1,9 | 1,9 | 3,5 | 6,0 | 7,6 | 3,1 |
| Cataratta | (366) | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 1,4 | 6,9 | 9,9 | 1,7 |

Segue: Tavola 4.1.a - Dimissioni di residenti in Lombardia da ospedali e case di cura della regione nel 1986
secondo la diagnosi principale alla dimissione - Femmine
(Raggruppamenti diagnostici)

| DIAGNOSI PRINCIPALE ALLA DIMISSIONE | (Codici: IX Rev) | Tassi per mille abitanti | | | | | | Totale |
|---|------------------|--------------------------|------|-------|-------|-------|--------|--------|
| | | 0-4 | 5-16 | 15-44 | 45-64 | 65-74 | 75 e + | |
| Altre malattie occhio e annessi | (altro 360-379) | 1,8 | 1,0 | 1,0 | 2,3 | 4,7 | 4,8 | 1,9 |
| Malattie orecchio e mastoide | (380-389) | 3,4 | 0,7 | 1,0 | 1,5 | 1,4 | 0,9 | 1,2 |
| R.A.A. e cardiop. reumatiche croniche | (390-398) | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,9 | 1,1 | 0,7 | 0,5 |
| Malattie ipertensive | (401-405) | 0,0 | 0,1 | 0,5 | 3,2 | 7,6 | 9,8 | 2,4 |
| Infarto miocardico acuto | (410) | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,7 | 2,9 | 5,0 | 0,8 |
| Altre malattie ischemiche cuore | (411-414) | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 2,5 | 9,5 | 17,2 | 2,7 |
| Disturbi circolatori encefalo | (430-438) | 0,2 | 0,1 | 0,3 | 2,5 | 11,6 | 31,0 | 4,0 |
| Varci arti inferiori | (454) | 0,0 | 0,0 | 1,6 | 3,8 | 2,1 | 2,0 | 2,0 |
| Altre mal. sistema circolatorio | (altro 415-459) | 1,2 | 0,5 | 1,6 | 6,2 | 19,4 | 44,0 | 7,1 |
| Tonsillite cronica | (474) | 11,0 | 8,3 | 0,6 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 1,7 |
| Polmonite | (480-486) | 7,1 | 1,4 | 0,5 | 1,0 | 3,4 | 8,3 | 1,8 |
| Bronchite, enfisema, asma | (490-493) | 5,1 | 1,0 | 0,4 | 1,8 | 5,8 | 9,4 | 2,1 |
| Altre malattie apparato respiratorio | (altro 460-519) | 16,1 | 3,6 | 2,0 | 2,3 | 4,3 | 7,5 | 3,5 |
| Ulcera stomaco e duodeno | (531-534) | 0,1 | 0,0 | 0,2 | 0,9 | 1,4 | 2,3 | 0,6 |
| Appendicite | (540-543) | 0,9 | 14,8 | 5,2 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 4,2 |
| Ernia addominale | (550-543) | 2,0 | 0,6 | 0,5 | 1,5 | 2,5 | 3,0 | 1,2 |
| Cirrosi e altre mal. cron. fegato | (571) | 0,2 | 0,0 | 0,5 | 2,6 | 3,5 | 2,4 | 1,4 |
| Litiasi biliare | (574) | 0,1 | 0,0 | 1,7 | 4,0 | 5,3 | 6,7 | 2,7 |
| Altre mal. apparato digerente | (altro 520-579) | 11,0 | 2,7 | 3,4 | 6,0 | 9,9 | 14,6 | 5,7 |
| Malattie apparato urinario | (580-599) | 7,9 | 2,6 | 2,2 | 3,8 | 5,7 | 6,7 | 3,5 |
| Iperplasia prostata | (600) | — | — | — | — | — | — | — |

Segue: Tavola 4.1.a - Dimissioni di residenti in Lombardia da ospedali e case di cura della regione nel 1986
secondo la diagnosi principale alla dimissione - Femmine
(Raggruppamenti diagnostici)

| DIAGNOSI PRINCIPALE ALLA DIMISSIONE | (Codici IX Rev.) | Tassi per mille abitanti | | | | | | |
|---|------------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | 0-4 | 5-16 | 15-44 | 45-64 | 65-74 | 75 e + | Totale |
| Altre malattie genitali maschili. | (601-608) | — | — | — | — | — | — | — |
| Malattie mammella e genitali femminili. | (610-629) | 0,3 | 0,5 | 13,6 | 14,8 | — | — | 10,6 |
| Gravidanza con esito aborto | (630-639) | — | 0,1 | 18,9 | 0,3 | — | — | 8,2 |
| Parto completamente normale | (650) | — | 0,0 | 26,5 | 0,1 | — | — | 11,3 |
| Complic. gravid., parto, puerpero. | (altro 640-676) | — | 0,0 | 18,1 | 0,1 | — | — | 7,7 |
| Malattie pelle e sottocutaneo | (680-709) | 3,1 | 1,8 | 2,3 | 2,6 | 3,7 | 4,4 | 2,6 |
| Malattie sistema osteomuscolare | (710-739) | 1,7 | 3,0 | 5,3 | 13,6 | 21,7 | 19,5 | 9,4 |
| Malformazioni congenite | (740-759) | 8,9 | 1,6 | 0,9 | 0,9 | 1,0 | 1,0 | 1,3 |
| Morbosità perinatale | (760-779) | 35,0 | — | — | — | — | — | 1,5 |
| Sintomi e stati morbosi malattie definiti | (780-799) | 12,1 | 6,3 | 4,4 | 5,5 | 9,0 | 13,3 | 6,2 |
| Frattura cranio e colonna | (800-806) | 0,6 | 0,4 | 0,5 | 0,6 | 1,0 | 1,4 | 0,6 |
| Altre fratture | (807-829) | 2,0 | 4,1 | 2,1 | 4,7 | 9,7 | 22,0 | 5,1 |
| Traumi intracranici | (850-869) | — | — | — | — | — | — | — |
| Interni e nervi. | (950-957) | 5,4 | 1,8 | 1,8 | 1,4 | 1,9 | 3,3 | 2,0 |
| Ferite e altri traumi | (altro 830-859) | 3,2 | 2,6 | 3,2 | 2,7 | 3,4 | 4,7 | 3,1 |
| Ustoni. | (940-949) | 0,6 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,2 |
| Avvelenamenti, intossicazioni | (960-989) | 2,7 | 0,4 | 0,7 | 0,4 | 0,3 | 0,5 | 0,6 |
| Danni da agenti fisici e iatrogeni | (990-999) | 0,5 | 0,3 | 0,5 | 0,5 | 0,6 | 0,6 | 0,5 |
| Postumi traumatismi, avvelenamenti, ecc. | (905-909) | 0,4 | 0,8 | 0,6 | 1,1 | 1,6 | 3,2 | 1,0 |
| Accertamenti e altro. | (VO1-V82) | 26,6 | 3,4 | 4,8 | 3,8 | 4,8 | 4,2 | 5,3 |
| Totale | | 200,0 | 80,8 | 150,8 | 152,8 | 243,5 | 337,6 | 166,3 |

Fonte: Regione Lombardia.