

in particolare, e legati al consumo di prodotti alimentari a base di uova crude. Dopo il picco osservato nel 1992 (23.348 casi), tuttavia, il numero di casi di salmonellosi è andato progressivamente diminuendo, passando a 20.348 nel 1993, a 21.350 e ad 11.746 (dati provvisori) casi nel 1995. La brucellosi rimane ancora un problema di sanità pubblica, particolarmente nelle Regioni meridionali ed in quelle maggiormente dedite a pastorizia ed allevamento. Mostrano infatti tendenza all'aumento di casi di brucellosi umano, che sono passati dai 1.119 del 1993 ai 1.314 del 1994 e ai 1.373 (dati provvisori) del 1995.

La mortalità evitabile

Nel lavoro «Tendenze della mortalità evitabile» contenuto nel «Rapporto sulla salute in Europa» (Ediesse, Roma, 1995) sono state considerate «evitabili» le morti tra 5 e 64 anni dovute a tre gruppi di cause. Il primo gruppo è denominato «Prevenzione Primaria»; in esso rientrano sette cause di morte che potrebbero essere evitate o ridotte in seguito all'adozione di normative, comportamenti, stili di vita atti a prevenire le malattie. Vi rientrano infatti le patologie più strettamente legate al fumo (quali tumori delle vie aeree, del polmone e della vescica, disturbi circolatori dell'encefalo) all'alcool (in particolare la cirrosi) e le morti violente, che sono prevalentemente rappresentate dagli incidenti stradali. Esso è costituito da:

1. tumori maligni delle prime vie aereo-digestive
2. tumori maligni del fegato
3. tumori maligni del polmone
4. tumori maligni della vescica
5. disturbi circolatori dell'encefalo
6. cirrosi epatica
7. morti violente.

Il secondo gruppo è denominato «Diagnosi Precoce e Terapia» ed è costituito sostanzialmente da tumori che colpiscono le donne (mammella e collo dell'utero) e che possono essere evitati con appropriati programmi di diagnosi e terapia precoci. Sono anche considerate le patologie che colpiscono entrambi i generi o solo gli uomini, quali la malattia di Hodgkin ed il tumore del testicolo, la cui mortalità può essere fortemente ridotta con una terapia precoce adeguata. Il gruppo è formato da:

1. tumore della pelle
2. tumore della mammella
3. tumore del collo dell'utero
4. tumore del corpo dell'utero e dell'utero senza altra indicazione
5. tumore del testicolo
6. malattia di Hodgkin.

Infine il terzo gruppo, denominato «Igiene ed Assistenza Sanitaria» comprende un gruppo più eterogeneo di 14 malattie. Per quanto riguarda le malattie infettive (le più rilevanti sono le malattie infettive intestinali,

le epatiti virali e la tubercolosi) esse possono essere evitate mediante provvedimenti igienici, di interventi di prevenzione (vaccinazioni) ed adeguata assistenza. Vi sono poi alcune cause di morte che sono quelle a cui più si addice il termine «evitabile», quali l'ulcera gastrica, l'appendicite, l'ernia, la mortalità materna, che sono tipici indicatori di malfunzionamento del sistema sanitario: diagnosi non tempestiva, ritardi nel trasporto in ospedale o nel tempo di ricovero, intervento ecc. Esse sono:

1. malattie infettive nel complesso
2. leucemie
3. cardiopatie reumatiche croniche
4. ipertensione
5. malattie ischemiche del cuore
6. polmoniti, bronchiti, malattie respiratorie acute
7. ulcera gastrica
8. appendicite
9. ernia addominale
10. colecistite acuta e cronica
11. mortalità materna
12. malformazioni congenite cardiache

Nella Fig.10-A sono riportati, per uomini e donne, il tasso di decessi «evitabili» nei tre gruppi nei trienni 80-82 e 90-92.

In Italia la mortalità evitabile nel suo complesso è diminuita, in dieci anni, sia per gli uomini (-19%) che per le donne (-25%). In termini assoluti, si è passati da 173.427 decessi del triennio 1980-82 a 148.637 decessi nel triennio 1990-92. Per le donne, nello stesso intervallo di tempo si è passati da 73.669 a 60.663 decessi.

Confronto europeo

La Fig.10-B mostra il confronto fra i tassi (tassi per 10.000 persone anno standardizzati sulla popolazione Europea) dell'Italia con quelli delle principali aree Europee.

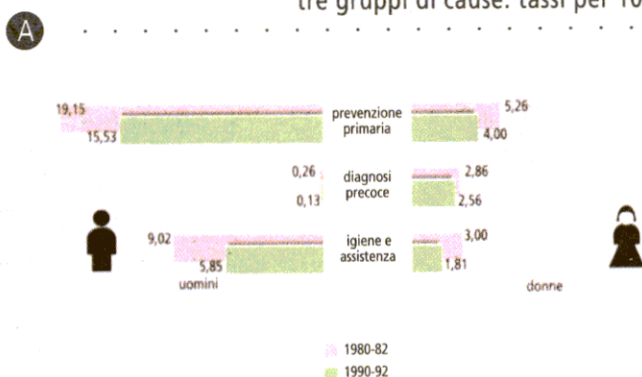
Come si può osservare la mortalità evitabile in Italia presenta nel triennio 90-92 tassi inferiori ed in alcuni casi notevolmente inferiori a quelli medi europei o di raggruppamenti per area geografica di altri paesi europei.

Confronti regionali

La Fig.11-A e B riporta i tassi di mortalità evitabile registrati nel triennio 1990/92 per regione e province autonome e le variazioni dei tassi attuali rispetto ai valori del triennio 1980/82. Per gli uomini (Fig.11-A) tale diminuzione presenta un trend geografico nord-sud ben delineato: le diminuzioni più importanti si hanno al nord; al centro si hanno valori allineati alla media italiana, mentre al sud si riscontrano i guadagni minori. Occorre però rilevare che le regioni del nord partivano

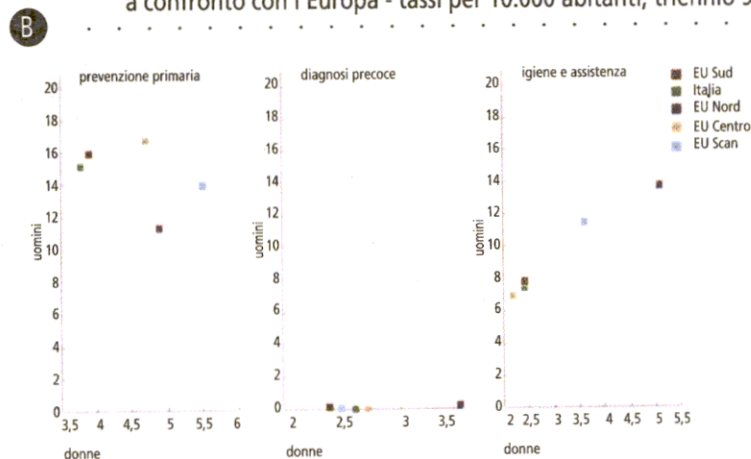
mortalità totale, per varie classi di età

Fig. 10

decessi fra i 5 ed i 64 anni secondo
tre gruppi di cause: tassi per 10.000 abitanti

Nel primo gruppo di cause la mortalità è diminuita in 10 anni del 18,9% negli uomini e del 24% nelle donne. Nel secondo gruppo il tasso, a livello nazionale, è diminuito del 10% in 10 anni nelle donne e si è dimezzato negli uomini. Nel terzo gruppo la mortalità associata a queste cause è diminuita del 35% negli uomini e del 40% nelle donne.

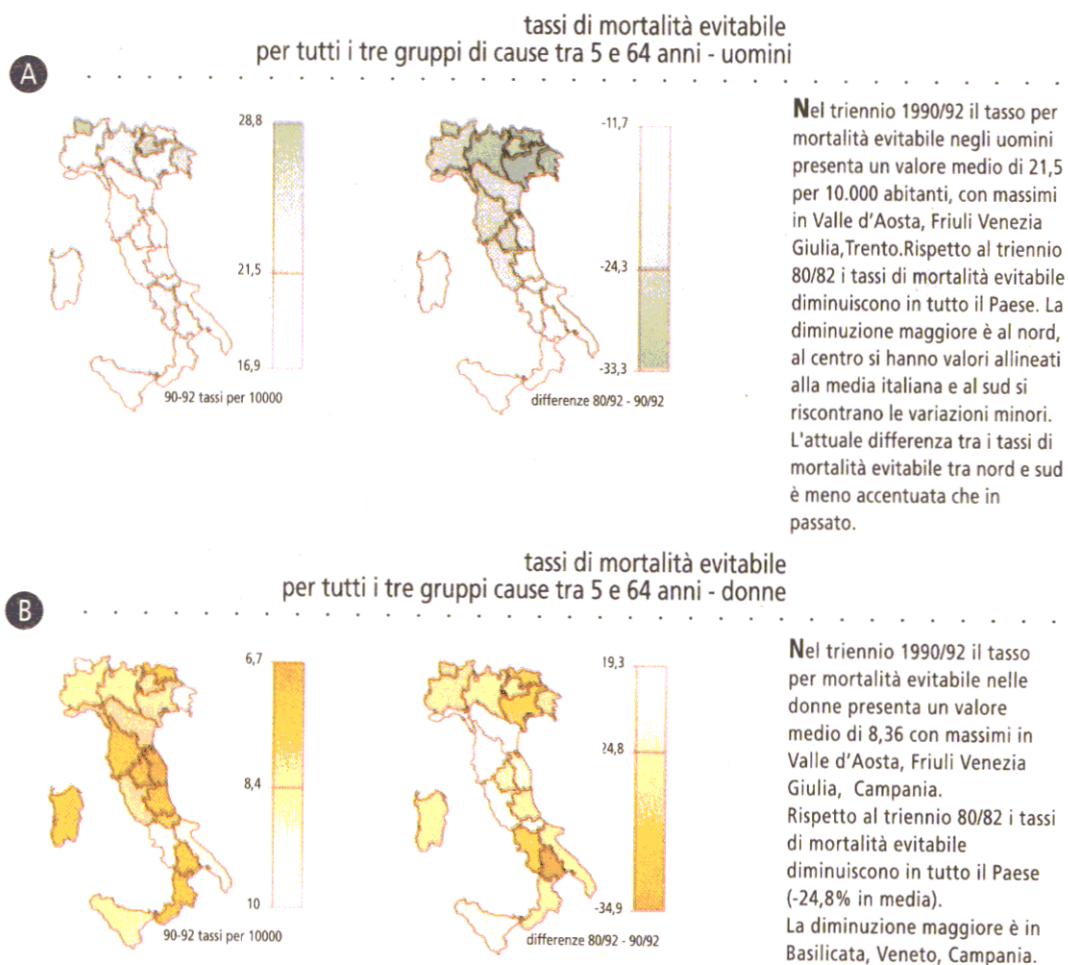
a confronto con l'Europa - tassi per 10.000 abitanti, triennio 90-92



Nel primo gruppo di cause per gli uomini il tasso italiano è in linea con il valore medio Europeo ma è più alto di quello dei paesi del Nord Europa. Per le donne, invece si registra il valore più basso in assoluto rispetto al valore medio Europeo e a quello dei paesi del Nord Europa. Nel secondo gruppo di cause il tasso, sia per gli uomini che per le donne, è praticamente allineato a quello medio Europeo. Nel terzo gruppo si registrano i valori più bassi rispetto a tutte le aree geografiche europee.

distribuzione regionale della mortalità evitabile, tassi per 10.000 abitanti

Fig. 11



da valori più alti, e che ora la differenza tra i tassi di mortalità evitabile tra nord e sud è meno accentuata di quanto fosse nel 1980/82. Tra le donne (Fig.1 1-B) la riduzione maggiore si è avuta in Basilicata, mentre quelle minori si sono presentate al nord (Emilia Romagna) ed al centro (Toscana). Considerando i valori dei tassi di mortalità, in entrambi i trienni, si osserva che tra le donne si mantiene una maggiore omogeneità geografica rispetto a quanto avviene tra gli uomini.

Mortalità evitabile nel primo gruppo di cause (prevenibili con prevenzione primaria)

La patologia che ha mostrato la riduzione maggiore è la cirrosi epatica (variazione -42%, da 3,5 a 2,2), seguita dai disturbi circolatori dell'encefalo (variazione -39,2%, da 2,7 ad 1,6); la riduzione più bassa si è osservata per i tumori maligni dell'encefalo (-9,3%, da 4,6 a 4,2). Il tumore del fegato è la sola causa ad aver registrato un aumento: da 0,7 a 0,9 (variazione del 20,8%).

Le regioni in cui si osserva la diminuzione più accentuata sono quelle del nord (Veneto e Friuli -29,8%, Lombardia -28,4%); le regioni centrali presentano decrementi in linea con la media nazionale, mentre le regioni con diminuzioni meno sensibili sono situate al sud: il minor decremento si osserva in Sicilia (-1,7%).

Per le donne la diminuzione è stata notevole, di quasi un quarto (24%, da un tasso di 5,3 a 4), con un maggior apporto da parte dei disturbi circolatori dell'encefalo (variazione -39,4%, da 1,60 a 1) e della cirrosi epatica (variazione -33%, da 1,1 a 0,7); è da osservare che vi è una sola causa che registra un aumento: il tumore del polmone, che passa da 0,49 per 10.000 a 0,54, con un aumento del 10,2%.

Tra le donne, al contrario che tra gli uomini, le diminuzioni più pronunciate si osservano nelle regioni meridionali (Basilicata -42,2%, Abruzzo -34,9%, Campania -32,9%, Sardegna -32,8%), mentre la riduzione meno importante si osserva appunto in una regione settentrionale, la Liguria (-12,5%).

Mortalità evitabile nel secondo gruppo di cause (prevenibili con diagnosi precoce e terapia)

Le cause che formano questo gruppo sono prevalentemente tipiche delle donne e pertanto i tassi standardizzati di mortalità per gli uomini risultano piuttosto bassi; comunque, tra gli uomini si è osservato un dimezzamento, da 0,26 a 0,13; esso è dovuto alle diminuzioni del tumore del testicolo, della malattia di Hodgkin e dei tumori della pelle.

Non emerge con chiarezza un trend geografico di variazione: le diminuzioni più consistenti si osservano sia al nord (-70,3% in Liguria, a parte il -100% della Valdaosta, che è però riferito al passaggio da 2 decessi ad uno), sia al centro (Umbria -70,8%) ed al sud (Molise -69,7%). Per le donne vi è stata ugualmente una diminuzione, seppure meno evidente che tra gli uomini (da 2,86 a 2,56, variazione del 10,5%); ad essa

contribuiscono principalmente il dimezzamento dei tumori della pelle (da 0,02 a 0,01) e le forti diminuzioni della malattia di Hodgkin (da 0,1 a 0,05, variazione -44,4 %) e del tumore del corpo dell'utero e dell'utero senza altra indicazione (da 0,64 a 0,36, variazione -43,8%); il tumore della mammella, invece, subisce un lieve aumento, che però, data la frequenza della causa, ha portato a 1.300 decessi in più tra i due trienni.

Anche tra le donne non vi è un deciso andamento geografico nel guadagno in vite umane; le regioni con le diminuzioni più accentuate sono sia al nord (Veneto -17,3%) che al sud (Molise -15,7%), analogamente avviene per le variazioni minori (Valdaosta -0,6%, Toscana -4,6%, Sardegna -2,7%). L'unica regione in cui si osserva un sia pur lieve aumento è l'Abruzzo (+ 1,7%, con un modesto aumento da 335 decessi a 356).

Mortalità evitabile nel terzo gruppo di cause (prevenibili con igiene ed assistenza sanitaria)

Tra gli uomini vi è stata una forte diminuzione (da 9 a 5,8, variazione - 35,1%), con notevoli apporti della colecistite acuta e cronica (da 0,07 a 0,02, variazione -71,4%) e delle cardiopatie reumatiche croniche (da 0,35 a 0,11, variazione 68,6%). Le malformazioni cardiache congenite sono rimaste praticamente invariate (tasso di 0,05, con numero dei decessi che però diminuisce da 381 a 324); nessuna causa registra aumenti.

Le regioni del nord partivano da una mortalità più elevata, ma in esse si sono verificati i miglioramenti più sensibili (Valdaosta -50,5%, Trentino -43,8%, Veneto -42,4%); le regioni del sud, che avevano ed hanno valori più bassi, presentano le variazioni meno accentuate (Sardegna-24,7%, Molise-26,1%, Basilicata-26,3%).

Per quanto riguarda le donne, si osserva una diminuzione ancora maggiore (da 3 a 1,81, variazione del 40%), a cui danno il massimo contributo l'appendicite (da 0,01 a 0,001), le cardiopatie reumatiche croniche che sono diminuite di due terzi (da 0,42 a 0,14), come pure l'ernia addominale (da 0,03 a 0,001) e la colecistite acuta e cronica (da 0,06 a 0,02). Anche in questo caso, nessuna causa presenta aumenti.

Tra le donne non si evidenzia un chiaro trend geografico nelle variazioni, con una diminuzione abbastanza omogenea, mai al di sotto del -35%, e punte più accentuate sia al nord (Valdaosta -57,6%, Trentino -47,7%) che al sud (Molise -47,6%, Puglia -46,6%).

Mortalità per cause accidentali e violente

La gran parte delle morti per causa accidentale e violenta (N8000-9999 della ICD IX) che si osservano nell'anno in Italia sono costituite da quattro grandi cause «esterne»: gli Incidenti Stradali, le Cadute, gli Omicidi e i Suicidi. Queste cause rendono, infatti, conto di più dell' 80% del quadro di mortalità osservato. Se si escludono gli omicidi,

che hanno cause complesse e profonde (es. criminalità organizzata, malattie mentali gravi, ecc.) le possibilità di prevenzione esistenti appaiono alla luce delle attuali conoscenze molto rilevanti, in particolare nel caso degli incidenti stradali, dove un uso più diffuso dei dispositivi di sicurezza (casco, cinture, seggiolini) e un controllo più generalizzato delle alcolemie dei conducenti potrebbero portare ad una consistente riduzione della mortalità, morbosità e invalidità osservate.

Incidenti stradali

Nella Fig. 12-A sono riportati per le Regioni italiane i tassi standardizzati di mortalità osservati nel periodo 1988-1992.

Nel 1992, i morti per questa causa sono stati 9.426, pari a 16,6 decessi ogni 100.000 residenti (26,2 per gli uomini, 7,5 per le donne). Come si può osservare, la mortalità tende ad aumentare nel tempo (differenza percentuale tra 1992 e 1988 pari a 6,4%), e una certa tendenza all'aumento è rilevabile anche in aspetti più circoscritti del fenomeno: confrontando questi due anni, infatti, in tutte e tre le macroaree (nord, centro e sud) i tassi aumentano, in particolare al sud (+13,9%), ed esaminando i tassi relativi alle diverse regioni si osservano 16 variazioni positive contro solo 4 negative.

I tassi più elevati (intorno a 25-30 decessi ogni 100.000 residenti/anno) si riscontrano tra i giovani (15-29 anni) e tra gli anziani (70 e più anni), dove nel caso di soggetti maschi si osservano massimi rispettivamente di 41,3 e 51,3 decessi ogni 100.000 residenti/anno. I tassi sono più elevati al nord (19,9), e decrescono poi, passando da 16,2 nel centro a 12,4 nel sud. Nel corso del 1995, gli ultimi dati ISTAT-ACI, presentati i primi dell'ottobre scorso a Stresa, riportano un aumento del numero di incidenti verbalizzati rispetto all'anno precedente (182.761 contro 170.679) e un numero di morti a sette giorni dall'incidente pari a 6.512 che, opportunamente corretto, porta a stimare intorno a 8.800 i morti nell'anno per il 1995.

La morbosità, in termini di arrivi al Pronto Soccorso, è valutabile intorno a 500.000-700.000 prestazioni/anno, cui corrispondono circa 150-200.000 ricoveri (stima ricavata dai dati del progetto SISI-Molise).

Sempre in riferimento al 1995, sono disponibili le stime di morbosità (in termini di arrivi/anno al Pronto Soccorso per incidente stradale) ricavate dal suddetto progetto: come si osserva, i tassi più elevati si riscontrano tra gli adolescenti, dove si presenta un picco, pari a circa 2.700 arrivi/anno, nel caso degli uomini tra 15 e 19 anni.

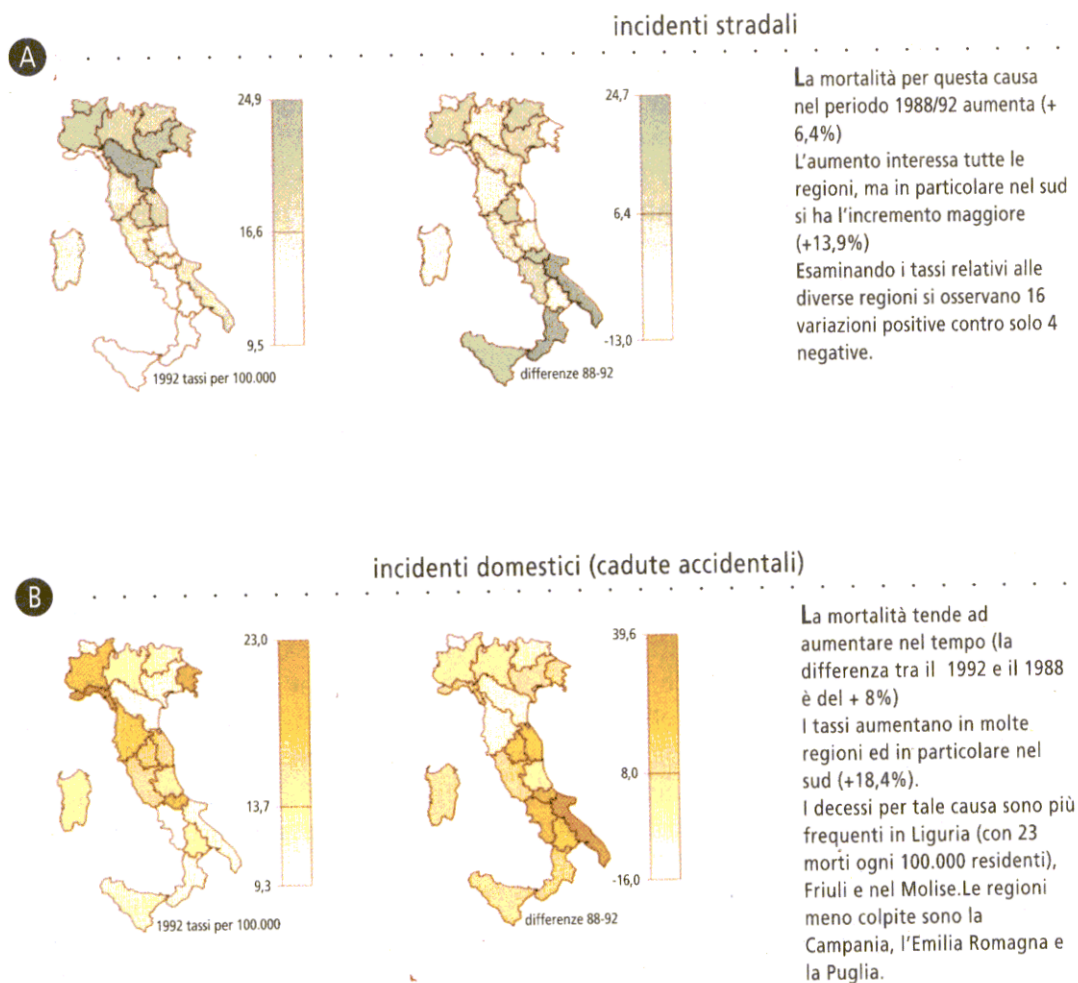
Incidenti domestici: le cadute

Nella Fig. 12-B sono riportati, per le regioni italiane i tassi di mortalità per caduta osservati (per i residenti) nel periodo 1988-1992, (il totale è standardizzato contro la popolazione italiana del 1971).

Nel 1992, i morti per questa causa sono stati 7.779, pari a 13,7 decessi ogni 100.000 residenti (10,3 per gli uomini, 16,9 per le donne).

decessi per cause accidentali e violente

Fig. 12



Come si può vedere, anche in questo caso il tasso tende sostanzialmente ad aumentare nel tempo (differenza percentuale tra 1992 e 1988 pari a 8%). Confrontando questi due anni, in tutte e tre le macroaree (nord, centro e sud) i tassi aumentano, e l'aumento più consistente si registra nel sud (+18,4%). Esaminando i tassi relativi alle diverse regioni si osservano, ancora, 16 variazioni positive contro solo 4 negative.

I tassi più elevati (111,6 decessi ogni 100.000 residenti/anno) si riscontrano tra gli anziani (70 e più anni), dove nel caso delle donne si osserva la mortalità più elevata, pari a 127,8 decessi ogni 100.000 residenti/anno. Per tutte le età, i tassi sono più elevati al centro (16,5), ma al nord e nel sud i valori riscontrati (14,2 e 11,6 rispettivamente) non sono sostanzialmente diversi dalla media nazionale (13,7).

Riferendoci a tutti gli incidenti domestici (non solo alle cadute), la morbosità, in termini di arrivi al Pronto Soccorso, è valutabile intorno a 3.500.000 di prestazioni/anno, cui corrispondono circa 420.000 ricoveri.

Circa la metà di questi eventi si realizza nell'abitazione o nelle pertinenze della stessa. Nell'indagine multiscope dell'ISTAT sugli incidenti in casa, sono stati stimati circa 3.300.000 eventi/anno (indipendentemente dal fatto che si sia ricorsi o meno al Pronto Soccorso). In riferimento al 1995, i tassi più elevati si riscontrano tra ragazzi di 10-14 anni, dove si presenta un picco, pari a circa 3.000 arrivi/anno.

Suicidi

Nel 1992, i morti per questa causa sono stati 4.489, pari a 7,9 decessi ogni 100.000 residenti (11,9 per gli uomini, 4,1 per le donne). Come si può osservare, il tasso è sostanzialmente stabile nel tempo (differenza percentuale tra 1992 e 1988 pari a +2,6%), anche se una tendenza all'aumento sembra rilevarsi: confrontando questi due anni, infatti, in tutte e tre le macroaree i tassi aumentano, in particolare al sud (+7,6%). Esaminando i tassi relativi alle diverse regioni, d'altra parte, si osservano 10 variazioni positive contro 10 negative.

I tassi più elevati (18,5 decessi ogni 100.000 residenti/anno) si riscontrano tra gli anziani (70 e più anni), dove nel caso dei maschi si osserva il massimo che è pari a 34,3 decessi ogni 100.000 residenti/anno. Su tutte le età, i tassi sono più elevati al nord (16,5), e decrescono, passando da 7,6 (centro) a 5,8 (sud). Va rilevato, nel confronto 1988-1992, che mentre negli uomini anziani (70 e oltre anni) c'è stato un decremento della mortalità (da 41,7 a 34,3, -17,7%) nel caso dei giovani (15-29 anni) si assiste ad un sensibile aumento, del 22,3% (da 6,36 a 7,78).

Omicidi

Nel 1992, i morti per questa causa sono stati 1.233, pari a 2,2 decessi ogni 100.000 residenti (3,8 per gli uomini, 0,6 per le donne). Dal 1988 il tasso è aumentato (differenza percentuale tra 1992 e 1988 pari a 16%). Diversamente dalle altre cause, gli omicidi risultano concentrati prevalentemente nel sud del paese, con tassi massimi in Calabria e in

Sicilia, mediamente superiori di 6-7 volte rispetto a quello che si osserva nel centro-nord. Di fatto, Paumento si osserva in tutto il paese, ma anche se gli incrementi percentuali dei tassi sono simili nelle tre macroaree (nord, centro e sud, rispettivamente +17,3%, 14,3% e 15,5%), i tassi del sud sono più di quattro volte superiori a quelli del nord e del centro, che si attestano intorno ad un caso per 100.000 residenti/anno il fenomeno omicidi risente ovviamente delle «annate» in Calabria, per esempio, c'è stata una diminuzione del tasso tra il 1988 e il 1992, da 8,7 a 6,6 (per 100.000 residenti/anno). Comunque sia, il fenomeno appare nel complesso in aumento: nelle venti regioni si osservano, nel confronto 1988-1992, 14 aumenti e 6 diminuzioni.

Infortuni sul lavoro e malattie professionali

Sono stati presi in considerazione i dati INAIL relativi ai casi di infortunio e di malattie professionali denunciati negli anni 1992, 1993 e 1994 e definiti entro Panno successivo a quello della denuncia. Per le elaborazioni sono stati utilizzati i dati relativi ai casi indennizzati escludendo quindi i casi respinti dall'Istituto.

È evidente che con riferimento ai casi avvenuti in un determinato anno i casi indennizzati saranno carenti di tutti quelli per i quali l'iter clinico amministrativo non è ancora concluso al momento della elaborazione.

Occorre tuttavia tener presente che mediamente oltre il 95% dei casi denunciati vengono definiti entro il 31 dicembre dell'anno successivo e di questi in generale ne vengono indennizzati l'85%.

Infortuni

I casi di infortunio sul lavoro e malattia professionale tendono a diminuire nel triennio 1992-1994; per quanto concerne l'industria si passa, infatti, dai circa 710.000 casi del 1992 ai circa 590.000 del 1994. Nell'agricoltura si passa dai circa 200.000 casi del 1992 ai circa 107.000 casi del 1994.

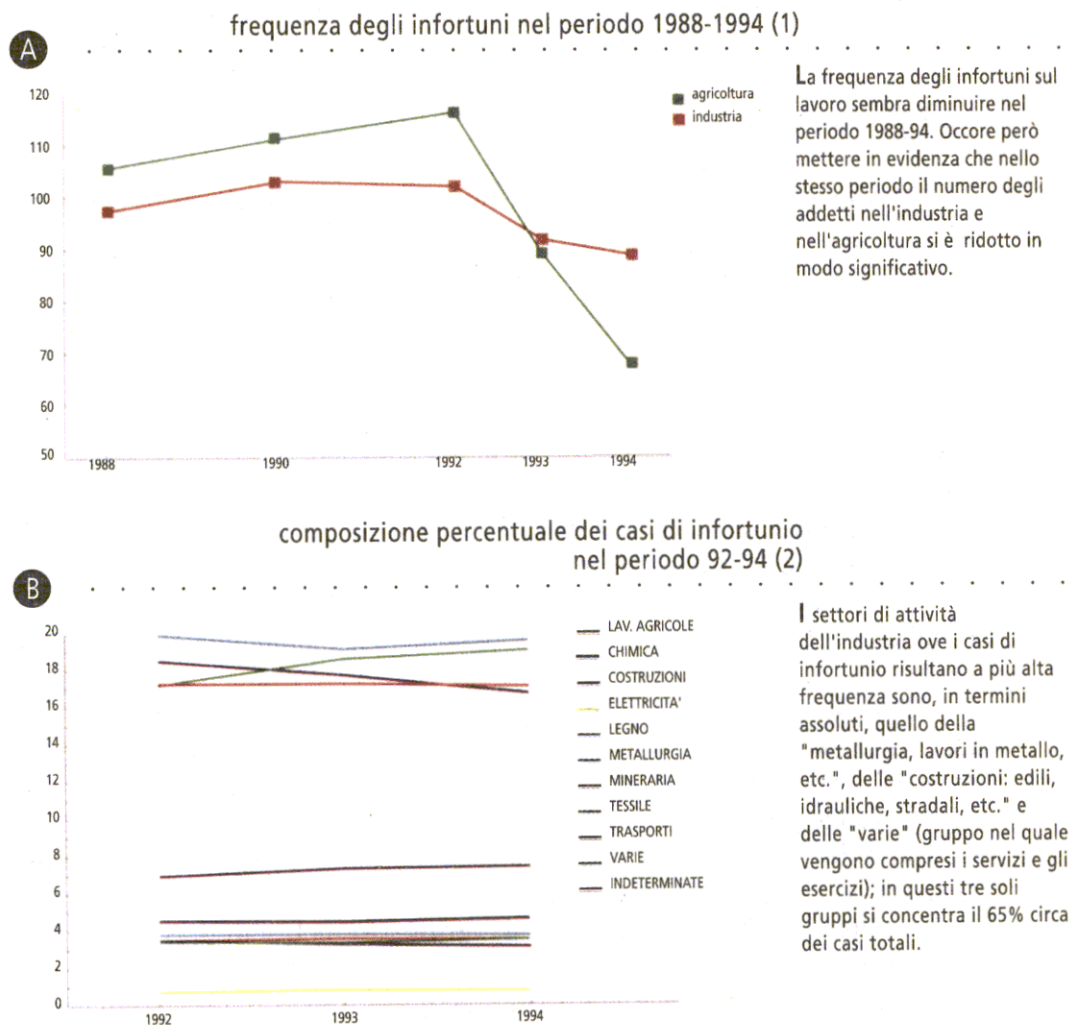
Occorre evidenziare che nello stesso periodo il numero degli addetti nell'industria è passato da 6.850.000 a circa 6.570.000 unità e nell'agricoltura da 1.750.000 a circa 1.560.000 unità.

Va comunque evidenziato come a fronte della diminuzione dei casi il rapporto fra casi gravi (morte o inabilità permanente) e casi lievi (invalidità temporanea) rimane pressochè costante (5,2% nel 1992 e 4,9% nel 1994).

Dall'esame della distribuzione dei casi di infortunio nel settore industriale secondo il grande gruppo di attività risultano a più alta frequenza, sempre in termini assoluti, quello della «metallurgia, lavori in metallo etc.», delle «costruzioni: edili, idrauliche, stradali etc» e delle «varie» (gruppo nel quale vengono compresi dall'istituto assicuratore i servizi e gli esercizi), in questi tre soli gruppi si concentrano il 65% circa dei casi totali (Fig. 13).

infortuni sul lavoro

Fig. 13



1) Casi denunciati e definiti con indennizzo al 31.12 successivo, per 1.000 occupati

2) Casi denunciati per grandi gruppi d'industria

Se si esaminano gli infortuni sul lavoro nel settore industria in relazione alla distribuzione sul territorio si osserva mostra un andamento omogeneo nel periodo 1992-94.

Circa il 70% dei casi di infortunio avvenuti nel 1994 si è verificato nell'ordine in Lombardia (109.440), Emilia Romagna (71.556), Veneto (70.523), Toscana (52.483), Piemonte (47.558), Lazio (30.877) e Puglia (28.282).

Nel settore dell'agricoltura la maggior parte degli infortuni sono avvenuti in Emilia Romagna (14.017), Veneto (9.140), Campania (7.444), Lombardia (9.048), Toscana (8.227) e Piemonte (8.170).

Malattie professionali

Il settore della metallurgia, lavori in metallo, ecc., nel corso del triennio considerato, rimane il settore dove si registra il più alto numero di definizioni; questo settore, unitamente a quello delle costruzioni, rappresenta circa il 55% delle inabilità permanenti. L'esame delle denunce e delle definizioni per tipo di patologia e gravità, mostra come l'inabilità permanente nelle ipoacusie assorba nel triennio circa il 65% delle inabilità totali, mentre una percentuale di circa 66% si registra considerando la mortalità nelle malattie professionali dell'asbestosi e della silicosi. La diffusione delle malattie professionali esaminata in relazione alla distribuzione sul territorio mostra un andamento omogeneo nel periodo 1992-94. Le Regioni che registrano il maggior numero di casi di malattie professionali indennizzate nel 1994 sono l'Emilia Romagna (937), Lombardia (657), Toscana (612), Veneto (611), Piemonte (596) e Puglia (374).

Per quanto concerne l'agente materiale, causa dell'infortunio, la categoria «materiali, sostanze, radiazioni» sia nel settore industria l'agente materiale che determina il maggior numero di infortuni.

Considerando invece la forma che ha determinato l'infortunio, l'industria delle costruzioni con la «caduto dall'alto» oltre a far riscontrare la maggior frequenza assoluta di infortuni in tutti i settori riportati, concentra circa il 34% degli infortuni verificatisi nel settore stesso delle costruzioni.

La sede della lesione che risulta essere la più colpita è la «mano», con circa un terzo degli infortuni indennizzati nel periodo considerato.

Prendendo in esame l'indice di frequenza e di gravità nell'industria, ripartito per grande gruppo di attività e dimensione aziendale, si nota come l'industria mineraria, minerallurgia e lavori complementari sia la più colpita con circa 138 operai su 1000, seguita da quella delle costruzioni con 131 operai su 1000; l'indice di gravità non fa che confermare che quei due grandi gruppi di industria sono quelli che presentano maggior rischio, risultando i due indici in questione i più elevati: rispettivamente 19,2 e 21,8 per mille operai.

Esaminando la serie storica delle denunce di infortunio in agricoltura presentate all'INAIL dal 1951 al 1993 ed indennizzate entro il 31 dicembre dell'anno successivo, si mette in risalto come il fenomeno in-

fortunistico in agricoltura sia in ascesa; l'indice di frequenza ha subito un balzo notevole nel 1986 e da quell'anno in poi ha continuato ad aumentare, passando da 48,9 nel 1986 a 65,4 nel 1992, subendo quindi un incremento di 17 punti.

Al fine di rappresentare il fenomeno nella sua completezza, nell'allegato statistico sono state accluse sei tavole che riportano in particolare:

la distribuzione a livello nazionale degli infortuni e delle malattie professionali denunciati nell'industria e nell'agricoltura (tab. 1);

la suddivisione dei casi di infortunio e di malattia professionale denunciati nell'industria suddivisi in base ai grandi gruppi di attività del settore (tab. 2);

la suddivisione per tipo di patologia e gravità delle malattie professionali denunciate nell'industria (tab. 3);

la distribuzione a livello regionale degli infortuni e delle malattie professionali denunciati nell'industria (tab. 4);

la suddivisione in base ai grandi gruppi di attività del settore ed alla loro distribuzione regionale dei casi di infortunio denunciati nell'industria (tab. 5);

la suddivisione in base alla loro distribuzione regionale degli infortuni e delle malattie professionali denunciati nell'agricoltura (tab. 6).

Inoltre vengono fornite le tabelle (7-13) che puntualizzano alcune particolarità del fenomeno infortunistico: la causa, l'agente materiale, la sede della lesione, la forma, nonché alcuni indici di frequenza e di gravità nel settore industriale secondo la dimensione aziendale, mentre per l'agricoltura viene riportata la serie storica dal 1951 al 1993 degli indici di frequenza e delle denunce dei casi di infortunio definiti con indennizzo entro il 31 dicembre dell'anno successivo.

2.7 LA FREQUENZA DELLE MALATTIE CRONICHE

I dati di mortalità rivestono particolare importanza ai fini dell'epidemiologia descrittiva, per la loro disponibilità, per la loro confrontabilità in senso spaziale e temporale, unitamente ad una relativamente buona qualità. Essi descrivono tuttavia solo uno dei possibili esiti di un processo morboso. Solo una parte, più o meno esigua, dei malati per una specifica patologia cronica, muore a causa della malattia stessa. Una parte muore per cause indipendenti, una parte sopravvive a lungo alla malattia, una parte eventualmente guarisce dalla malattia stessa. Questo aspetto di parzialità dell'informazione contenuta nel dato di mortalità rende distorto l'uso della frequenza di decessi per cause diverse come indicatore della frequenza relativa delle corrispondenti patologie nella popolazione, se diversa è la letalità ad esse associata.

I dati sulla morbosità, ed in particolare sull'incidenza (frequenza di nuovi casi di malattia), sulla sopravvivenza e sulla prevalenza (numero di soggetti con pregressa diagnosi di malattia), sono d'altra parte difficili da ottenere, se non in popolazioni limitate e coperte da specifici registri di malattia.

Le indagini campionarie trasversali, quale l'indagine ISTAT sullo stato di salute della popolazione, considerano generalmente la percezione soggettiva dello stato di salute. Questa, anche se inadeguata alla misura della frequenza di patologie gravi quali quella neoplastica, risulta comunque strettamente associata alla domanda di servizi sanitari, ed è perciò di interesse per la programmazione e la distribuzione delle risorse.

La più recente indagine ISTAT, dalla quale sono stati tratti i dati riportati nel prossimo paragrafo, è stata condotta nel dicembre 1993 la prima volta e nel novembre 1994 la seconda volta. Ogni indagine ha raggiunto approssimativamente 20 mila famiglie per un totale di 60 mila individui.

Questo capitolo riporta parte dei dati rilevati nell'indagine ISTAT ed i dati disponibili per alcune patologie rilevanti quali i tumori, le malattie cardiovascolari e le malattie del sistema nervoso centrale.

Indagine ISTAT su «Stili di vita e condizioni di salute»

La percezione dello stato di salute è una misura indiretta dello stato di salute stesso, poichè testimonia l'effettivo stato di benessere (o malessere) psicofisico di un individuo filtrato da fattori concomitanti, che variano da persona a persona, e fattori soggettivi di percezione, che possono evidenziare modi diversi di vivere lo stesso livello di malattia o disagio.

Ma la «percezione», che di per sè può sembrare un modo irrazionale di valutare lo stato di salute di una popolazione, di fatto è un modo estremamente importante se si considera che è proprio il «sentirsi male», più che lo «star male», la molla che porta un individuo in contatto con il sistema di servizi sanitari di un Paese.

Pertanto la percezione dello stato di salute è fortemente correlata a tutti i riscontri oggettivi esistenti sullo stato di salute: ricorso ai servizi, uso di farmaci, presenza di malattie croniche.

Nel 1993-94 il 49,2% della popolazione ha dichiarato di sentirsi molto bene (ha dato alla propria salute il punteggio massimo il 52,9% degli uomini e il 45,6% delle donne) e solo il 2,8% di sentirsi molto male (il punteggio minimo è stato indicato dal 2,1% degli uomini contro il 2,6% delle donne). Il dato è estremamente confortante, specialmente se letto come uno dei risultati di una politica di welfare sanitario per tutti che l'Italia ha adottato già dagli anni cinquanta.

Il dato non è tuttavia equamente distribuito tra gli individui ed una lettura specifica per sesso ed età mostra delle immediate disuguaglianze di genere e generazione. Considerando quest'ultimo tipo di differenze, come è intuibile, si trova che la percezione di un buono stato di salute è correlata negativamente con l'età: migliore per i giovani e peggiore per i più anziani. Il massimo del benessere è raggiunto dai giovani tra i 6 e i 14 anni (82%), e il massimo del malessere dagli anziani oltre i 75 anni (12,2%). Se nelle classi giovani la maggior parte delle persone dichiara di sentirsi molto bene, via via nelle classi più anziane si delinea una

maggiore uniformità: la modalità più frequente diventa il sentirsi discretamente. Inoltre, procedendo con l'età, il «sentirsi bene» lascia rapidamente spazio alle altre modalità (il sentirsi molto male, ecc.) diventando, via via, meno esclusivo: le età più giovani sono quelle in cui è quasi trascurabile il peso degli stati di malessere ed è predominante quello di benessere; al contrario le età avanzate sono più composite, e le percezioni negative molto più presenti. Le donne sono in leggero svantaggio rispetto agli uomini, eccezion fatta per le giovanissime generazioni in cui i sessi sono quasi alla pari (fino a 14 anni); le donne hanno un gap negativo di 5-6 punti percentuali sulla modalità di benessere massimo rispetto agli uomini, che si riduce, però, oltre i 65 anni: in questi anni la comorbidità (cioè la presenza contemporanea di più malattie) e le invalidità tipiche dell'età anziana per entrambi i sessi, fanno sentire tutto il loro peso sulla percezione dello stato di salute. Dall'indagine risulta che il 35,4% della popolazione dichiara di soffrire di una qualche malattia cronica e di questo ammontare più della metà (55,1%) è costituito da donne.

Inoltre, se è vero che il 36,4% di coloro che sono affetti da patologie croniche è costituito da persone con più di 65 anni, è altresì vero che nell'81,6% dei casi chi ha superato quest'età è affetto da patologie croniche.

La maggior parte di questi soggetti (10 milioni di individui) è concentrata (45,3%) nell'età adulta, tra i 35 ed i 64 anni, anche se solo una persona su due (49,7%) di quest'età dichiara una malattia cronica.

Le artrosi e le artriti con un quoziente del 20,1% sono le patologie più frequentemente dichiarate, sia da parte maschile che da parte femminile. Come si evince dalla Fig. 14, nel 1993-94 una donna su quattro e un uomo su sei dichiarano di essere affetti da artrosi o artrite. Per entrambi i sessi l'ipertensione arteriosa occupa il secondo posto nella graduatoria delle malattie croniche, con una diffusione maggiore tra le donne che presentano un quoziente dell'11,4% contro l'8,3% degli uomini. Sia nel caso dell'artrosi sia dell'artrite e dell'ipertensione, sono gli anziani i soggetti maggiormente svantaggiati. I dati dell'artrosi risultano più alti per le donne che hanno più di 75 anni (68,8% contro 55,4%); analogamente dicasi per l'ipertensione (40,8% contro 31,3%).

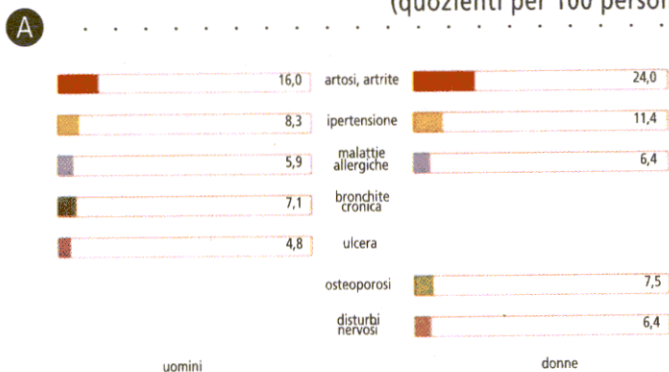
Se si considerano le altre malattie croniche lo scenario di morbosità delle donne e degli uomini risulta completamente differente. Alcune malattie sono nettamente più diffuse tra le donne: disturbi nervosi (6,4% contro 3,8%), e osteoporosi (7,5% contro 1,6%); altre sono a più elevata diffusione maschile: bronchite cronica (compresi enfisema ed insufficienza respiratoria: 7,1% contro 5,6%) e ulcera gastrica e duodenale (4,8% contro 3%).

La frequenza dei tumori

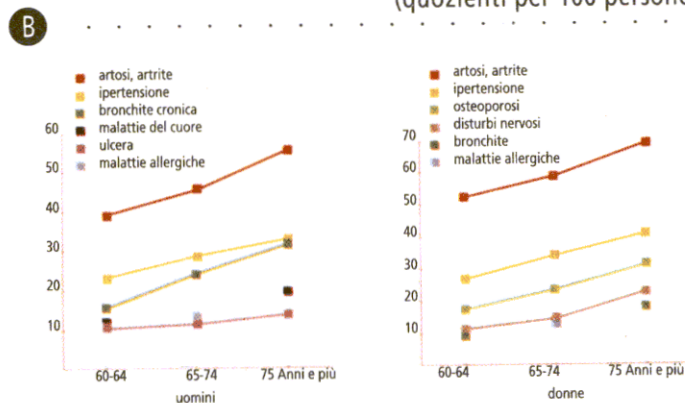
In Italia si stima che nel 1995 siano stati diagnosticati circa 270.000 nuovi casi di tumore, mentre le morti per neoplasia sono state circa 160.000.

malattie croniche e percezione dello stato di salute

Fig. 14

graduatoria delle malattie croniche per tutte le classi di età
(quozienti per 100 persone, 1993-94)

Una donna su quattro e un uomo su sei dichiarano di soffrire di artrosi o artrite. L'ipertensione arteriosa è, per frequenza, la seconda patologia, che colpisce con una percentuale maggiore le donne rispetto agli uomini. Seguono le malattie allergiche che rappresentano nei maschi la terza causa di disturbi, mentre nelle donne sono a pari frequenza con i disturbi nervosi.

graduatoria delle malattie croniche per alcune classi di età
(quozienti per 100 persone, 1993-94)

Il quoziente di intervistati che dichiarano di essere affetti da patologie aumenta progressivamente nelle età tra i 60-64 anni, 65-74 anni e oltre 75 anni, ed inoltre si modifica la frequenza delle patologie. Fino a 74 anni, infatti, ai primi due posti per entrambi i sessi si collocano artrosi e ipertensione, per gli uomini al terzo posto si ritrova la bronchite cronica per le donne l'osteoporosi. Dopo i 75 anni negli uomini la bronchite si colloca al secondo posto superando l'ipertensione; al quarto posto emergono le malattie del cuore e poi il diabete; nelle donne dopo l'osteoporosi emergono la bronchite e le malattie del cuore.