

elettorali). Questi soggetti sono stati dapprima valutati dal proprio medico di medicina generale con una breve intervista di screening; quindi, tutti coloro risultati positivi, più un piccolo campione di soggetti negativi al medesimo screening, sono stati direttamente valutati da un clinico attraverso l'impiego di un nutrito set di strumenti di valutazione standardizzati, utilizzando i criteri diagnostici statunitensi del DSM-IV. Lo studio di Sesto Fiorentino può quindi essere considerato, a tutt'oggi, quello più informativo circa la frequenza dei disturbi mentali in un campione di popolazione italiana, pur presentando ovvi limiti di rappresentatività sul piano nazionale.

La tabella 36b mostra i tassi di prevalenza nella vita ("lifetime") emersi nello studio di Sesto Fiorentino: come si può vedere, complessivamente il 13,5 per cento dei soggetti di sesso maschile e una percentuale doppia dei soggetti di sesso femminile inclusi in questo campione (27,3 per cento) hanno sofferto, in un qualche momento della propria vita, di un disturbo mentale significativo; la percentuale complessiva, sull'intero campione, era pari al 21,2 per cento. Tali percentuali sono in linea con quelle emerse in altre ricerche condotte a livello internazionale con una metodologia simile.

Per quanto riguarda le specifiche classi di disturbi, il 10,8 per cento della popolazione maschile ed addirittura il 21,5 per cento di quella femminile risulta aver sofferto, in un qualche momento della propria vita, di un disturbo affettivo (categoria che comprende la depressione maggiore, gli episodi maniacali, la distimia, la ciclotimia e la depressione non altrimenti specificata). La prevalenza nella vita dei disturbi d'ansia risulta parimenti elevata, con un analogo differenziale nei tassi dei due sessi; il disturbo d'ansia generalizzata costituisce la categoria diagnostica specifica con la più elevata prevalenza tra tutti i disturbi studiati. La prevalenza dei disturbi psicotici (categoria che comprende in primo luogo la schizofrenia e quindi alcuni disturbi dello spettro schizofrenico) è pari allo 0,5 per cento nel sesso maschile ed allo 0,9 per cento nel sesso femminile, mentre tassi di prevalenza più bassi sono emersi per le altre categorie di disturbi considerati.

Una seconda ricerca parziale, relativa alla parte Sud di Verona, ma condotta con criterio rigoroso, (utilizzando dati del Registro psichiatrico, gestito dalla Clinica dell'Università) ha indicato i tassi di pazienti presi in carico per 100.000 abitanti (tabella 36c).

La psichiatria in geriatria. L'allungamento dell'aspettativa di vita nella popolazione e, di fatto, il maggior numero di vecchi ha posto seri problemi anche per quanto attiene alle malattie psichiatriche. Si nota un aumento delle forme di demenza nelle diverse espressioni che sovente sono fasi evolutive di una progressione continua: disturbi delle facoltà superiori (memoria, attenzione, comprensione), disturbi della coscienza (confusione temporospatiale, disconoscimenti).

I quadri di deterioramento legati all'età avanzata meritano un'attenzione psichiatrica nuova

Tabella 36c. Prevalenza dei pazienti trattati nel 1999 presso il Servizio psichiatrico territoriale di Verona-Sud (tassi per 100.000 residenti adulti)

	schizofrenia	disturbi affettivi	nevrosi e disturbi somatoformi	altre diagnosi	tutte
maschi	279,4	465,7	214,2	599,1	1.558,4
femmine	327,8	945,5	342,5	579,6	2.195,4
totale	304,3	712,6	280,2	589,1	1.886,2

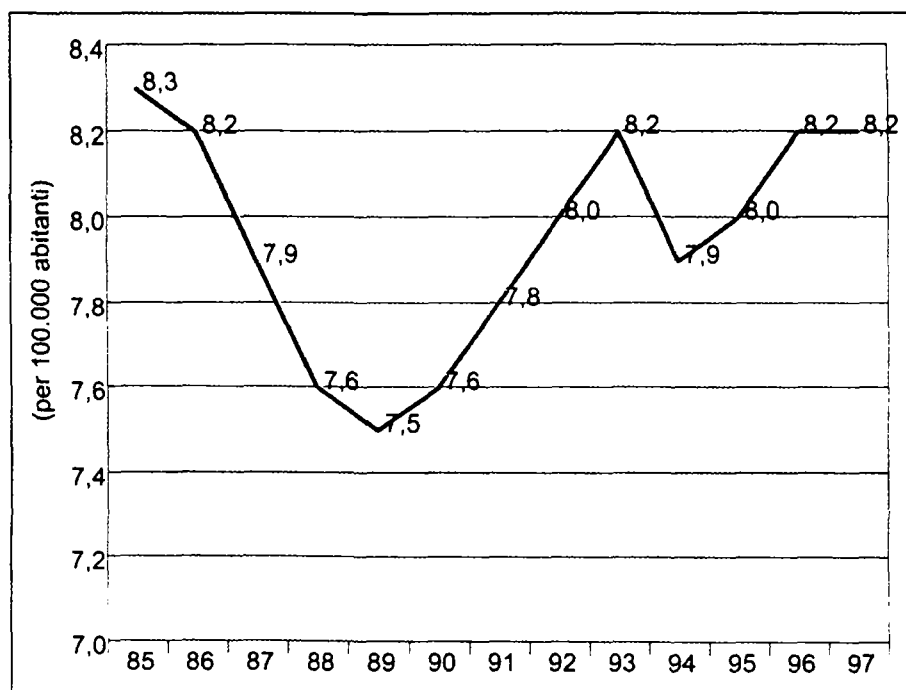
e particolare: sulla scorta delle loro frequenti difficoltà mentali sono sempre più i casi di anziani che vengono perseguiti nelle loro decisioni, in quanto incapaci di intendere e di volere e dunque sottoposti a regime di inabilitazione o interdizione. Occorre giungere a diagnosi precise e metodologicamente corrette per impedire che siano oggetto di vera e propria «persecuzione» per il solo fatto di compiere azioni non condivise dai parenti.

Suicidi

Secondo i dati forniti dall'ISTAT, in Italia ogni giorno si tolgono la vita in media 12-13 persone. Questo dato, dall'aspetto preoccupante, corrisponde in realtà ad un tasso annuale di mortalità per suicidio di circa 8 casi ogni 100.000 abitanti, uno dei valori più bassi d'Europa. Il nostro paese, infatti, rispecchia l'andamento delle nazioni che si affacciano sul Mediterraneo, che è piuttosto diverso da quello che si riscontra nel centro e nel nord dell'Europa, in particolar modo nei paesi baltici, dove tale tasso supera i 20-30 casi ogni 100.000 abitanti. Il rapporto maschi-femmine, in armonia invece con quanto avviene in tutto il mondo, si aggira intorno a 3:1.

Per avere un quadro descrittivo del fenomeno, si è ritenuto utile esaminare un periodo di tempo abbastanza lungo: dal 1985 al 1997 (ultimo anno di cui sono disponibili i dati). L'analisi dei dati ISTAT di tale periodo ha messo in evidenza diversi aspetti interessanti. Dopo un allarmante aumento verificatosi prima del 1985, il numero dei casi di suicidio ed il relativo tasso di mortalità sono diminuiti verso la fine degli anni 80, per poi risalire all'inizio degli anni 90 (figura 47). Sebbene il maggior numero di suicidi si verifichi tra i 50 e i 79 anni di vita, soprattutto tra i 60 e i 69 (figura 48), la classe di età maggiormente a rischio è quella compresa tra gli 80 e gli 89 anni, che presenta infatti un valore medio del tasso annuale di mortalità per suicidio nel periodo compreso tra il 1985 e il 1997 pari a 23,7 su 100.000. Il tasso in questione trova il suo minimo nella fascia di età compresa tra 5 e 14 anni e tende

Figura 47.
Tasso di mortalità
per suicidio in Italia
(fonte ISTAT)



progressivamente a crescere con l'aumentare dell'età; una leggera flessione si riscontra solamente dopo gli 89 anni. Nel corso dei 13 anni presi in considerazione si è potuta osservare una redistribuzione dei casi con spiccata tendenza all'aumento dell'incidenza nelle fasce più giovanili (dai 15 ai 39 anni; figura 49) e alla diminuzione invece al di sopra dei 40 anni. L'aumento più sensibile si è verificato tra i 15 e i 19 anni di vita. Nel 1997 il suicidio è stato una delle principali cause di morte tra gli adolescenti e i giovani adulti, essendo responsabile del 7 per cento dei decessi di soggetti in età compresa tra 15 e 19 anni e addirittura del 10,8 per cento delle morti avvenute tra i 20 e i 29 anni di vita.

Per quanto riguarda la distribuzione del fenomeno nelle varie regioni, il valore medio più elevato del tasso annuale di mortalità per suicidio nel periodo compreso tra il 1985 e il 1997 è risultato appartenere alla Valle d'Aosta (17,3 per 100.000 abitanti), seguita dall'Emilia Romagna (12,1), dal Friuli Venezia Giulia (12,0), dal Piemonte (11,3) e dal Trentino Alto Adige (11,0). Tra le regioni con tasso più basso segnaliamo la Campania (4,4 per 100.000 abitanti), la Calabria (4,7) e la Puglia (5,0) (figura 50). Questi dati sembrano attribuire ai fattori climatico-ambientali e socio-comportamentali una notevole importanza per quanto riguarda la predisposizione al suicidio, mentre il livello organizzativo e l'efficienza operativa dei servizi sociosanitari influenzerebbero in teoria assai poco tale aspetto.

Nonostante qualche fisiologica oscillazione, tra il 1985 e il 1997 i tassi annuali di mortalità per suicidio sono rimasti pressoché costanti nelle singole regioni ad eccezione della Liguria, dove si è registrata una progressiva riduzione da 12 a 7 casi ogni 100.000 abitanti, e della Sardegna, dove al contrario si è verificato un graduale e sensibile aumento da 8 a 12 casi ogni 100.000 abitanti. La Sardegna è stata infatti nel 1997 la terza regione d'Italia con il più alto tasso di mortalità per suicidio dietro alla Valle d'Aosta e al Piemonte.

Sulla base dei valori medi rilevati tra il 1985 e il 1997, il rischio di suicidio è maggiore al nord (11,2 su 100.000 abitanti per anno) rispetto al centro (8,0) o al sud e nelle isole (6,2) e che il suicidio costituisce l'1,04 per cento delle cause di morte al nord, lo 0,79 per cento al cen-

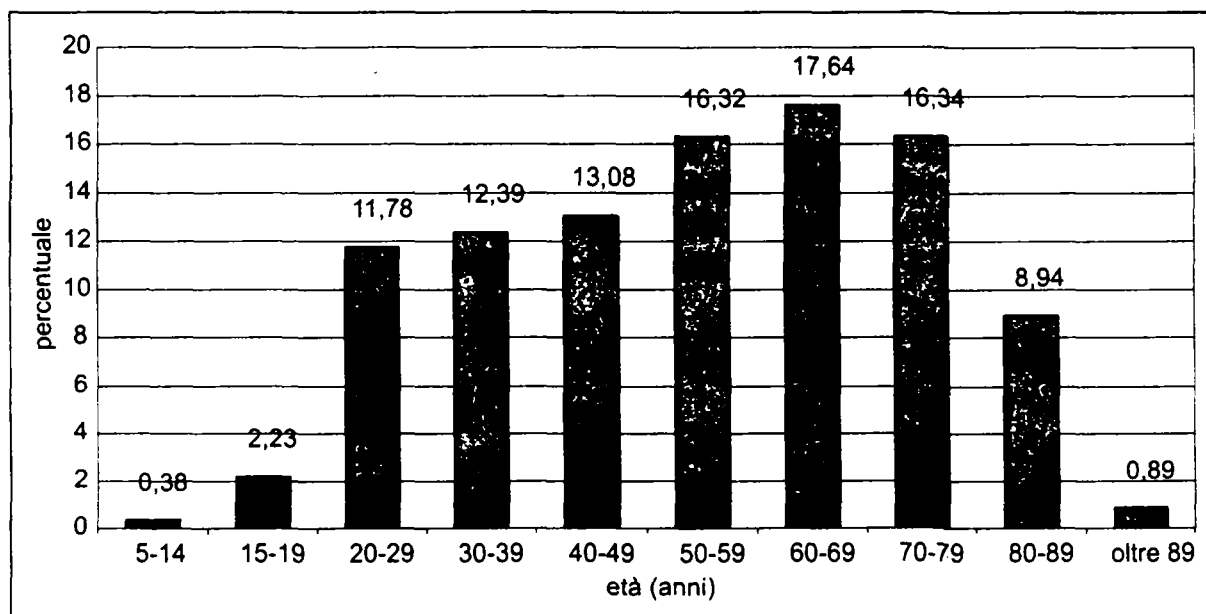


Figura 48. Distribuzione dei casi di suicidio in Italia per fasce di età (fonte ISTAT)

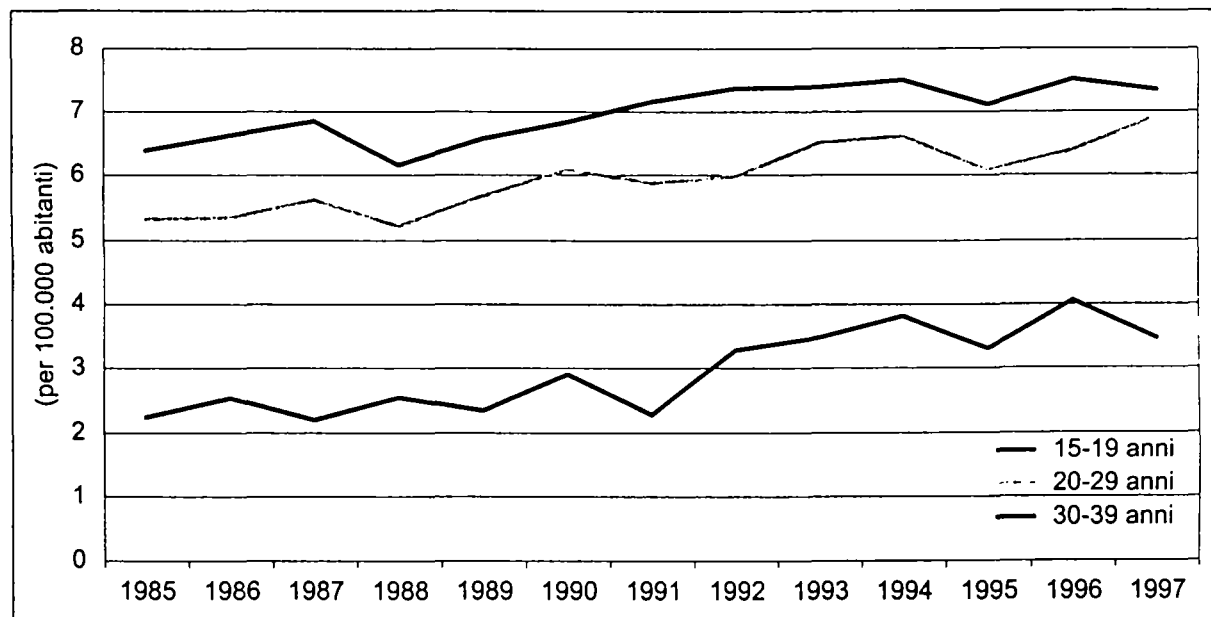


Figura 49. Tassi di mortalità per suicidio in alcune fasce di età ad andamento crescente dal 1985 al 1997 (fonte ISTAT)

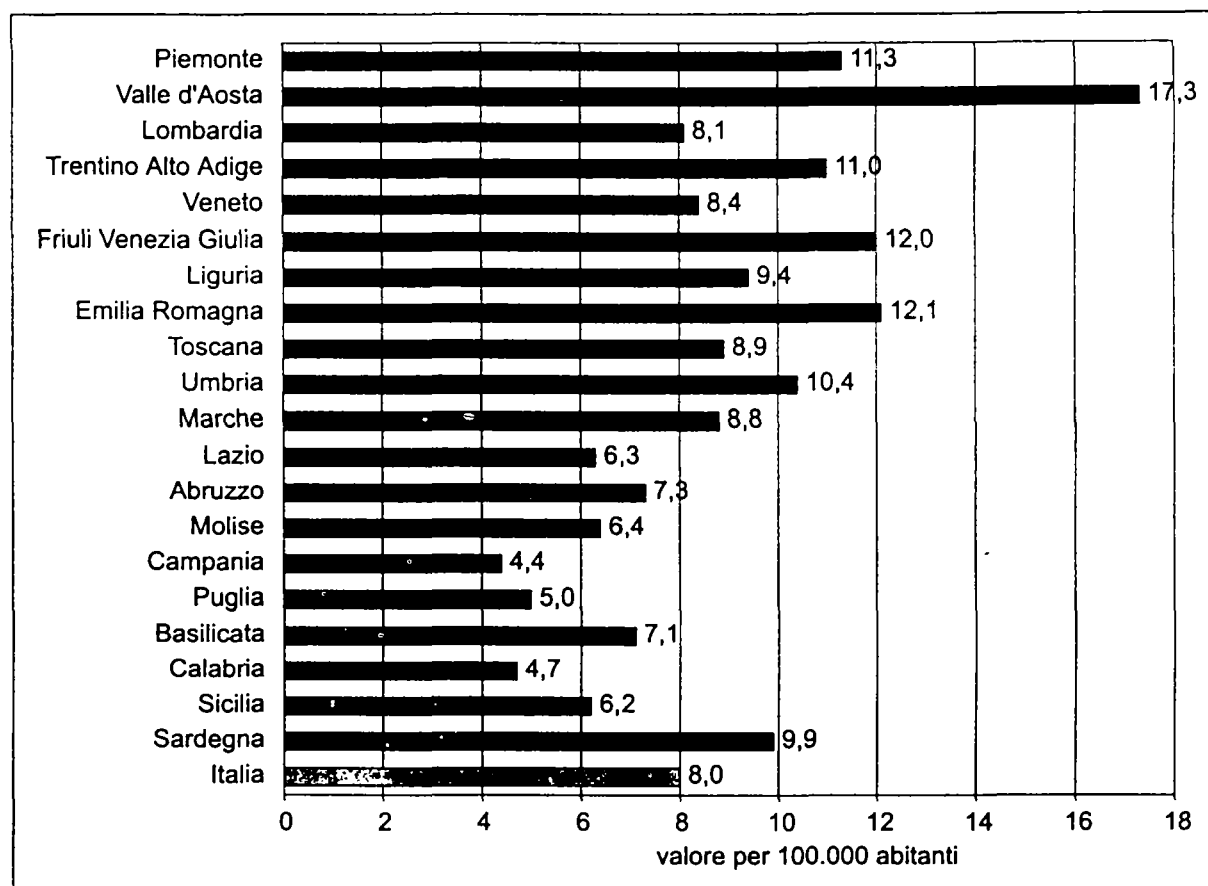


Figura 50. Tassi di mortalità per suicidio (valori medi del periodo 1995-1997) (fonte ISTAT)

tro e lo 0,76 per cento al sud e nelle isole. Una categoria che ha un elevato tasso di mortalità per suicidio (rapporto percentuale tra i morti per suicidio di una classe e la mortalità totale specifica di quella classe) è rappresentato dalle persone che risultano essere residenti all'estero o per le quali non è stata riscontrata una residenza (1,76 per cento contro l'1,62 della Valle d'Aosta che possiede l'indice più alto fra tutte le regioni; valori medi del periodo 1985-1997). Dato che i flussi migratori non sono sempre notificati, non è stato calcolato il tasso di mortalità per suicidio di questa classe. Per quanto riguarda i mezzi suicidari, in Italia quelli maggiormente utilizzati sono l'impiccagione, il soffocamento e la precipitazione seguiti ad una certa distanza dall'uso delle armi da fuoco. Minore importanza rivestono invece l'annegamento, l'avvelenamento e l'uso di strumenti da punta e da taglio. Da notare, nel periodo 1985-1997, la riduzione degli avvelenamenti da gas domestici e l'aumento di quelli da gas veicolari.

Fattori di rischio. Diversi autori ritengono che siano molteplici i fattori di rischio che possono favorire comportamenti suicidari. Alla base di questo fenomeno si riscontra in genere un disturbo mentale, che può insorgere acutamente in soggetti predisposti in seguito ad uno stress più o meno improvviso (per esempio fallimenti economici, lutti, divorzi, ecc.) oppure, come più spesso avviene, essere già presente da tempo come vera e propria malattia psichiatrica. La schizofrenia e i disturbi affettivi, come depressione e mania, sono le patologie che più di frequente portano al suicidio. Altri fattori di rischio sono rappresentati da:

- il sesso; come affermato in precedenza, il sesso maschile è maggiormente predisposto al suicidio (rapporto M/F 3:1), mentre la donna è più incline ai tentativi infruttuosi di togliersi la vita (rapporto M/F 1:2);
- l'età: l'incidenza dei suicidi tende ad aumentare con l'età, anche se i tassi di mortalità per suicidio stanno elevandosi nei giovani soprattutto di sesso maschile;
- condizioni sociali: coloro che vivono soli e privi di una rete familiare e/o sociale di supporto sono più a rischio di suicidio soprattutto al di sopra dei 65 anni;
- occupazione: il suicidio è più diffuso tra i disoccupati;
- alcolismo e abuso di sostanze stupefacenti: favoriscono l'insorgenza di gravi turbe mentali;
- malattie fisiche serie: le malattie somatiche generalmente gravi, dolorose e invalidanti, predispongono alla depressione e quindi al suicidio. È quello che per esempio si riscontra tra i soggetti affetti da patologie come l'AIDS, o i tumori;
- il disagio esistenziale nella fragilità delle personalità giovanili.

La prevenzione del suicidio deve essere basata su un'articolata ed efficiente rete di strutture e servizi sociosanitari che consentano:

- la precoce rilevazione e un appropriato trattamento della depressione;
- la precoce rilevazione dei problemi di salute mentale;
- il trattamento effettivo dei disordini psicotici;
- la prevenzione e il trattamento dell'alcolismo;
- l'identificazione dei problemi specifici delle differenti fasce di età (ad esempio quelli connessi con il pensionamento);
- il supporto psicologico nelle malattie somatiche.

Sarebbe inoltre auspicabile che i mezzi di comunicazione, quali stampa, radio e televisione, non facessero riferimento ai casi di suicidio, o che, per lo meno, ne evitassero la spettacolarizzazione. Le descrizioni infatti, soprattutto se dettagliate, possono favorire nell'immediato inopportuni comportamenti di tipo imitativo in soggetti predisposti.

Disturbi del comportamento alimentare

In questi ultimi anni i disturbi del comportamento alimentare hanno subito un notevole incremento, tale da rappresentare un fenomeno di allarme sociale. Il Ministero della sanità ha istituito tra il 1994 e il 1999 tre commissioni per trattare l'argomento. Sotto la denominazione di disturbi del comportamento alimentare si raccolgono tre quadri clinici d'interesse psichiatrico e internistico: anoressia nervosa (tabella 37), bulimia nervosa (tabella 38) e disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati o atipici o parziali.

Epidemiologia. Nel loro insieme i disturbi del comportamento alimentare rappresentano un problema grave e diffuso tra gli adolescenti e le giovani donne.

In Italia, come in altri paesi occidentali, ogni 100 ragazze in età di rischio, 10 soffrono di qualche disturbo del comportamento alimentare, 1-2 delle forme più gravi come l'anoressia e la bulimia, le altre delle manifestazioni cliniche transitorie e incomplete (sindromi parziali). Il rapporto femmine-maschi è di 9 a 1. Tali patologie che in passato sembravano esclusive delle classi medio-alte si sono diffuse negli anni recenti in tutti gli strati sociali. L'età di esordio cade tra i 10 e i 30 anni ma si vanno registrando forme sia prepuberale che tardive. Vari fattori culturali, familiari, individuali, sia biologici sia psicologici, concorrono a determinare l'insorgenza dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa. Non disponiamo ancora di una interpretazione eziopatogenetica univoca mentre sono più conosciuti i fattori predisponenti, precipitanti e perpetuanti. Trattandosi di malattie gravi, pericolose e difficili da curare, una strategia efficace deve prevedere un trattamento interdisciplinare ed integrato, che coinvolge figure professionali diverse: psichiatri, psicologi clinici, psicoterapeuti, nutrizionisti, internisti, endocrinologi. In questo modo è possibile prendersi cura dei versanti somatico e psichico, a seconda delle fasi della malattia.

I rischi vitali sono elevati e sono dovuti al sommarsi di vari fattori fisici e psichici. Il suicidio è una causa frequente di morte. Trattandosi di affezioni di lunga durata le possibilità di miglioramento sono da valutare nel tempo. Non esistono al momento attuali studi italiani di esito in Italia. La Commissione ha effettuato una ricognizione delle strutture esistenti nel nostro paese, dalla quale emerge che: a) l'assistenza ai pazienti affetti da DCA è in generale molto carente e la situazione peggiora nelle aree meridionali; b) il divario tra le diverse aree del territorio non è solo organizzativo ma culturale; c) i servizi socio-assistenziali possono essere un utile punto di riferimento per l'utenza; d) la richiesta di formazione da parte dei servizi è elevata e urgente; nonché

- i pazienti vengono assistiti da servizi molto diversificati professionalmente;
- i servizi psichiatrici non sono adeguatamente coinvolti dal problema;
- i trattamenti più utilizzati sono quelli psicoterapeutici e psicofarmacologici.

Sulla base di questa ricognizione il Ministero della sanità ha deciso di procedere nell'ulteriore approfondimento degli aspetti scientifici, sanitari e sociali per ricavarne indicazioni utili agli interventi necessari. Attraverso l'elaborazione di un'ipotesi di Progetto obiettivo che ha lo scopo di tutelare la salute mentale e di affrontare il problema del disagio giovanile, del quale i disturbi del comportamento alimentare rappresentano un allarmante aspetto.

Il riconoscimento e la gestione di queste patologie richiede il coinvolgimento di una serie di strutture e di servizi quali i Dipartimenti materno-infantili, i Consultori adolescenziali e familiari, i servizi di Tutela della salute mentale in età evolutiva, i Dipartimenti di salute mentale, i Dipartimenti di igiene e prevenzione, i Servizi riabilitazione tossicodipendenza,

Tabella 37. Anoressia nervosa**criteri diagnostici DSMIV**

- a) rifiuto di mantenere il peso corporeo al livello minimo normale per l'età e la statura o al di sopra di esso
- b) intensa paura di aumentare di peso o di ingrassare, pur essendo sottopeso
- c) disturbi nel modo di sentire il peso e le forme del proprio corpo, influenza indebita del peso e delle forme del corpo sulla valutazione di sé, o diniego della gravità della perdita di peso attuale
- d) nelle donne che hanno già avuto il menarca, l'amenorrea, cioè assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi

tipo restrittivo: durante l'episodio di anoressia nervosa la persona non pratica frequenti abbuffate e comportamenti purgativi (vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, clisteri)

tipo bulimico: la persona pratica frequenti abbuffate e comportamenti purgativi

Tabella 38. Bulimia nervosa**criteri diagnostici DSMIV**

- a) episodi ricorrenti di abbuffate compulsive; l'abbuffata compulsiva è definita da due caratteri necessari: mangiare in tempo circoscritto una quantità di cibo maggiore di quella che la maggior parte della gente mangerebbe nello stesso tempo; sentire una mancanza di controllo durante l'episodio
- b) comportamenti ricorrenti di compenso (vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, clisteri ed altri farmaci, digiuni, esercizio fisico eccessivo)
- c) abbuffate e contromisure improprie capitano almeno due volte alla settimana per tre mesi
- d) la valutazione di sé indebitamente influenzata dalle forme e dal peso del corpo
- e) il disturbo non capita solo nel corso di episodi di anoressia

tipo purgativo: la persona si è provocata frequentemente il vomito o ha usato frequentemente lassativi, diuretici eccetera

tipo non purgativo: durante l'episodio di bulimia nervosa la persona ricorre ad altri meccanismi di compenso come digiuno o esercizio fisico eccessivo ma non il vomito, i lassativi, i diuretici

i Servizi ambulatoriali di medicina generale o specialistica, e infine i Servizi sociali comunali e il settore privato-sociale, tutti operanti senza una precisa definizione dei limiti di competenza.

Gli strumenti terapeutici. Sulla base delle attuali conoscenze ed esperienze validate, la psicoterapia è il cardine centrale del trattamento dei disturbi del comportamento alimentare. I modelli di trattamento psicoterapico sono rappresentati da: a) psicoterapie cognitive; b) psicoterapie psicodinamiche; c) psicoterapie relazionali sistemiche.

Nel nostro Paese questi modelli sono quelli che vantano maggiore esperienza di applicazione e contano il maggior numero di operatori. Esistono tuttavia altri modelli che meritano attenzione come la psicoterapia interpersonale oltre gli approcci psicoeducativi individuali, familiari e di gruppo.

L'attuale livello di conoscenze suggerisce che nell'adulto i farmaci psicotropi non dovrebbero essere usati come unico trattamento per l'anoressia e che invece dovrebbero essere

presi in considerazione nella prevenzione delle ricadute e nei pazienti che abbiano ristabilito il proprio peso.

Nella bulimia gli antidepressivi sono efficaci come uno dei componenti del trattamento iniziale e questa efficacia non è in relazione con la presenza di sintomi depressivi.

La formazione. Per quanto riguarda gli psicoterapeuti si ritiene determinante, al di là del modello di ispirazione, una formazione svolta, nell'ambito di scuole validate, e un periodo di tirocinio clinico presso un centro specializzato.

Per un costruttivo sviluppo delle conoscenze e della qualità degli interventi di diagnosi e terapia dei disturbi del comportamento alimentare bisognerà dare un concreto impulso ai corsi di formazione per medici di base e specialisti oltre che per tutti gli operatori sanitari coinvolti, di concerto con le Regioni e università e le società scientifiche.

La prevenzione. Per la prevenzione primaria, non esistono ancora interventi nel campo dei disturbi del comportamento alimentare, dei quali sia provata e documentata l'efficacia. In questa incertezza sembra di poter richiamare tre temi: a) l'informazione isolata non sembra sortire effetti positivi per la prevenzione; b) di particolare significato sono forse le attenzioni sulla percezione del mondo puberale e adolescenziale, sulla morte, sul futuro, sul sé, e quindi le relazioni interpersonali familiari, in particolare le ricerche nell'ambito della famiglia, sulla trasmissione dei processi di immaturità tra una generazione e la successiva e di differenziazione dei ruoli familiari; c) gli ambiti operativi per gli obiettivi della prevenzione sono la scuola, il gruppo dei coetanei, quello degli operatori sociosanitari.

La prevenzione secondaria merita particolare attenzione in quanto garantisce la possibilità di un precoce riconoscimento dei casi e di conseguenza un intervento clinico più efficace. A tal fine sarà opportuno proporre un programma di informazione-formazione da attuarsi nei confronti dei medici di base e degli operatori specializzati.

Malattie respiratorie

Le malattie respiratorie costituiscono le patologie più diffuse nella popolazione italiana; in questo paragrafo viene trattata in particolare una delle sue forme più gravi e invalidanti, la broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO) e l'asma bronchiale, malattia in crescente aumento in età pediatrica. Un'altra diffusa malattia delle vie respiratorie, la sindrome influenzale, viene trattata nel paragrafo dedicato alle malattie infettive.

Broncopneumopatia cronico-ostruttiva. La broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO) è una sindrome clinica eterogenea e complessa caratterizzata da limitazione del flusso nelle vie aeree associata a bronchite cronica ed enfisema polmonare, in varia misura coesistenti. È una sindrome ad andamento cronico con possibilità di riacutizzazioni causate da eventi molteplici, in particolare le infezioni. Un paziente con BPCO affronta da uno a quattro episodi di riacutizzazione per anno con punte fino a sei episodi all'anno. Circa il 15-20 per cento dei fumatori sviluppano i segni della BPCO. La malattia comincia in età giovanile con segni modesti, evolve poi nel tempo (tosse e catarro persistente) fino a limitare in modo grave le normali attività quotidiane e causare una morte prematura.

Dati epidemiologici. La mortalità per BPCO varia sensibilmente da paese a paese, sia per una diversa esposizione a fattori di rischio (specie il fumo di sigaretta), sia per problemi metodologici relativi alla redazione dei certificati di morte ed alle codifiche adottate. Le malattie dell'apparato respiratorio rappresentano la terza causa di morte in Italia dopo le

Tabella 39. Fattori di rischio per BPCO

grado di certezza	fattori ambientali	fattori endogeni
certi	fumo di sigaretta esposizioni occupazionali	deficienza di alfa 1 antitripsina
probabili	inquinamento dell'aria (in particolare SO ₂ e particolato) povertà, basso stato socioeconomico alcol fumo di tabacco ambientale nell'infanzia altre esposizioni occupazionali	basso peso alla nascita infezioni dell'apparato respiratorio nell'infanzia atopia (alti livelli di IgE) iperreattività bronchiale storia familiare
possibili	infezioni da adenovirus dieta povera di vitamina C	predisposizione genetica gruppo sanguigno di tipo A IgA-non secretori

malattie cardiovascolari ed i tumori. Negli ultimi anni i tassi di mortalità per BPCO si sono assestati intorno a valori di 30 per 100.000; in numero assoluto si tratta di valori compresi tra 17.292 nel 1988 a 19.361 nel 1997.

Nel 1997, il tasso di mortalità tra le donne è stato pari a 18,8 per 100.000 contro 41,8 dei paesi Europei. Tra gli uomini i valori corrispondenti sono 42,6 e 88,7 per 100.000. Anche in Italia, come nel resto dell'Europa, il tasso di mortalità per malattie croniche dell'apparato respiratorio è diminuito negli ultimi 20 anni. I tassi di mortalità sono più alti nel Sud che nel Nord, sono maggiori tra gli uomini rispetto alle donne (rapporto M/F=2.26) e nella fascia di età più anziana (> 65 anni). La mortalità per malattie croniche dell'apparato respiratorio è quasi completamente attribuibile alla BPCO, anche se un ruolo importante è riservato all'asma bronchiale.

La ricerca epidemiologica sulla BPCO in Italia attualmente non fornisce stime di prevalenza della malattia per l'intero territorio nazionale. Del resto è da più parti dimostrato come i casi di BPCO diagnosticati siano in realtà molto meno di quelli effettivamente presenti nella popolazione. L'entità di tale sottostima varia dal 50 per cento al 75 per cento a seconda delle fonti, ma è comunque notevole. Informazioni sull'epidemiologia delle BPCO in Italia derivano dai dati raccolti in un campione di popolazione generale che ha partecipato ad uno studio longitudinale svolto nell'area del Delta Padano (province di Ferrara e Rovigo) e nell'area urbana di Pisa. L'analisi dei dati ha evidenziato una differenza notevole tra il numero delle persone che hanno dichiarato di aver tosse ed espettorato cronico (sintomo elettivo di bronchite cronica) e quelle delle persone alle quali è stata effettivamente diagnosticata la malattia.

Nel 1999 l'ISTAT, nell'ambito dell'Indagine multiscopo, ha fornito dati sulla prevalenza di malattie croniche.

Nella graduatoria totale delle malattie croniche più frequenti, l'insieme dato da bronchite, enfisema e insufficienza respiratoria è al quarto posto con una percentuale del 4,6 per cento (maschi 5,7 per cento e femmine 3,7 per cento), mentre si colloca al terzo posto (totale 16,2 per cento, maschi 23 per cento e femmine 11,4 per cento) quando si considera la sola fascia degli ultrasessantacinquenni.

La BPCO è una condizione di grande impatto socio-economico sia per la elevata diffusio-

ne sia per le importanti conseguenze economiche sull'individuo (invalidità, perdita di produttività, peggiore qualità della vita) e sulla società (ricoveri ospedalieri, terapie complesse e costose, compresa l'ossigeno terapia domiciliare a lungo termine e la ventiloterapia domiciliare).

Sulla base della registrazione delle schede di dimissione ospedaliera presso il Ministero della sanità nel 1994 si sono verificate 61.591 casi di ricovero ordinario per maggior gruppo diagnostico (MDC) numero 4 ovvero "Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio", corrispondente al DRG 88; pari all'1,2 per cento di tutte le dimissioni e al settimo posto per numerosità, dopo l'aterosclerosi e l'ipertensione arteriosa e prima delle neoplasie dell'apparato respiratorio.

Negli anni ottanta è stata dimostrata l'efficacia della ossigenoterapia domiciliare a lungo termine nel ridurre i giorni di degenza ospedaliera e nel migliorare la sopravvivenza e la qualità di vita dei pazienti.

La maggiore attenzione posta al trattamento della fase ipercapnica dell'insufficienza respiratoria ha portato allo sviluppo di tecniche di ventilazione non invasiva. Sono sempre più numerosi i lavori clinici ed epidemiologici che mettono in luce l'efficacia della ventilazione meccanica domiciliare non invasiva in termini di qualità ed attesa di vita e, di conseguenza, sono sempre più numerosi i pazienti reinseriti al proprio domicilio con il supporto di una ventilazione meccanica.

La ventilazione meccanica, da sempre elemento fondante le terapie intensive, è così divenuta una nuova problematica assistenziale di tipo sociosanitario. Molto scarsi sono i dati epidemiologici disponibili in Italia: non esistono al riguardo registri nazionali o regionali dei pazienti in ossigenoterapia o ventilazione meccanica domiciliare. Si calcola che in Italia siano almeno 30.000 i pazienti in ossigenoterapia, con una ragionevole attesa di aumento delle prescrizioni fino a più di 100.000. E' ipotizzabile che un numero inferiore al 5 per cento dei pazienti in ossigenoterapia sia inoltre sottoposto a ventilazione assistita domiciliare non invasiva o con tracheotomia. Ancora minori e per lo più indiretti sono i dati epidemiologici disponibili sui pazienti in ventiloterapia domiciliare. La gravità delle condizioni dei pazienti che richiedono una ventilazione a lungo termine, ne limita in ogni caso il numero assoluto.

L'insorgenza di BPCO è influenzata dall'azione di numerosi fattori di origine ambientale od individuale (riassunti nella tabella 39) che possono interagire tra loro.

Prospettive future. L'invecchiamento progressivo della popolazione e le conoscenze disponibili sulla epidemia dell'abitudine al fumo nel nostro paese non fanno prevedere una diminuzione della frequenza della malattia negli uomini mentre la prevalenza potrebbe addirittura aumentare nelle donne.

Nel complesso, le malattie respiratorie costituiranno un importante problema di sanità pubblica per le prossime decadi. Sono programmi efficaci di prevenzione primaria gli interventi per la cessazione del fumo e di bonifica dei luoghi di lavoro.

Ogni intervento per la riduzione dell'abitudine al fumo supportato dal Servizio sanitario nazionale è rilevante nel campo delle malattie respiratorie. È importante inoltre considerare la necessità di programmi di trattamento dei pazienti con diagnosi di BPCO per rallentare l'evoluzione della malattia. Le diverse strategie di trattamento sono indicate nelle linee guida cliniche della American Thoracic Society (1995) e dell'European Thoracic Society (1995).

Asma bronchiale. L'asma bronchiale costituisce un rilevante problema di sanità pubblica in età pediatrica, è una malattia infiammatoria cronica delle vie aeree che, per cause ancora sconosciute, presenta una prevalenza progressivamente crescente nei paesi sviluppati. Tale malattia riconosce sicuramente, fra le cause che ne determinano la presenza, una predisposizione individuale legata alla condizione di allergia. Per tale motivo sia le manifestazioni cliniche sia i più rilevanti aspetti epidemiologici dell'asma bronchiale sono strettamente associati con quelli di altre malattie allergiche.

Epidemiologia. La letteratura scientifica internazionale ha segnalato un aumento della frequenza della patologia asmatica dell'infanzia negli ultimi decenni. Si tratta di un fenomeno mondiale. Uno studio multicentrico (SIDRIA, Studi italiani sui disturbi respiratori nell'infanzia e l'ambiente) condotto in Italia nell'ambito di una iniziativa internazionale (ISAAC, International Study on Asthma and Allergies in Childhood) ha permesso di stimare la prevalenza dei problemi respiratori e delle allergie tra i bambini (6-7 anni) e gli adolescenti (13-14 anni) in Italia e di approfondire il ruolo di numerosi fattori di rischio. Per quanto riguarda la frequenza della patologia asmatica e allergica, il nostro Paese si situa, in una posizione intermedia tra le nazioni con una frequenza molto elevata come la Gran Bretagna e l'Australia e quelli con frequenza bassa come la Grecia o i paesi dell'Est europeo. Le differenze osservate all'interno delle aree italiane sono di modesta entità.

Tra i bambini di 6-7 anni si è stimata una prevalenza del 24,4 per cento per sibili nel corso della malattie su base atopica, quali la rinite e la dermatite atopica, 7,7 per cento per sibili negli ultimi 12 mesi, 1,4 per cento per 4 o più attacchi di sibili nell'anno, 5,3 per cento per dispnea con sibili nei 12 mesi, e 1,7 per cento per sibili dopo esercizio fisico. Per il campione complessivo dei ragazzi la prevalenza di asma nella vita (9 per cento) è simile a quanto riportato per i bambini (9 per cento), le frequenze di sibili nella vita (19,4 per cento), sibili negli ultimi 12 mesi (4,7 per cento), e di dispnea con sibili (3,4 per cento) nei ragazzi appaiono lievemente più basse di quanto riferito dai genitori per soggetti della scuola elementare.

Nei bambini, le prevalenze sono sempre più elevate nei maschi rispetto alle femmine sia per l'asma (11,4 per cento contro 6,4 per cento) sia per i sintomi.

Nei ragazzi, la differenza tra i sessi permane per quanto riguarda l'asma (11,8 per cento contro 8,8 per cento), mentre si annulla o addirittura si inverte (sibili con sforzo) per quanto riguarda i sintomi. Tutte le prevalenze stimate per i bambini sono, anche se in misura lieve, più elevate al centro rispetto al nord, mentre tale differenza non è presente tra i ragazzi. L'esame della frequenza di asma e di sibili per grado di urbanizzazione non mostra differenze di rilievo, con la sola esclusione della frequenza di asma tra i bambini che presenta un chiaro eccesso nelle aree metropolitane. Gran parte dei bambini e degli adolescenti affetti da asma sono in terapia con farmaci specifici. In particolare, il 34,4 per cento è in terapia solo occasionalmente, il 10,1 per cento effettua la terapia per più di tre mesi all'anno, e il 7,5 per cento è in terapia continua. Malgrado il trattamento terapeutico, tuttavia, il 4,2 per cento dei pazienti asmatici ogni anno ha bisogno di ricorrere al pronto soccorso per l'aggravarsi dei sintomi. La frequenza del ricorso al pronto soccorso è più alta tra coloro che sono in terapia continua (11,1 per cento).

Sulla base dei dati disponibili si può affermare che: a) La prevalenza di asma e di sintomi di tipo asmatico è più bassa in Italia rispetto a quanto riportato in altre nazioni, specie di lingua anglosassone; b) l'eterogeneità geografica in Italia è relativamente bassa, senza una dif-

ferenza rilevante tra nord e centro e tra aree più o meno urbanizzate; c) tra i bambini la prevalenza di malattia è più elevata tra i maschi, e tale differenza tra i sessi tende a scomparire tra i ragazzi; d) gran parte dei soggetti affetti ha bisogno di una terapia specifica ma questa non previene un frequente ricorso al pronto soccorso.

I fattori di rischio. È da notare che la patologia asmatica riconosce fattori di rischio differenti a seconda che l'esordio sia avvenuto durante i primi due anni, presumibilmente per effetto delle infezioni virali, oppure in età più tardiva per il consolidarsi di una patologia su base allergica. Un importante fattore di rischio, facilmente prevenibile, è rappresentato dalla esposizione al fumo passivo. È stato riscontrato, infatti, che più della metà dei bambini italiani vive in famiglie in cui almeno uno dei genitori è fumatore. In questi bambini è stato osservato un aumento dei casi di asma, o di malattie respiratorie in genere. L'indagine nazionale ha potuto stimare che il 15 per cento dei casi di asma in Italia tra i bambini e i ragazzi sono attribuibili al fumo dei genitori.

Mentre la letteratura sugli effetti del fumo passivo è rilevante, meno noti sono gli effetti di altri fattori indoor. La presenza di macchie di umidità o di muffa nella camera dove il bambino dorme aumenta il rischio di sintomi asmatici. L'aumento dell'umidità e della temperatura favoriscono infatti la proliferazione non solo delle muffe ma anche dell'acaro della polvere che è l'allergene più frequentemente responsabile di malattie respiratorie in soggetti geneticamente predisposti.

Un piccolo aumento di rischio di malattie respiratorie, infine, è stato riscontrato in bambini la cui abitazione è riscaldata con combustibili ad alto potenziale inquinante (legna, carbone, gas in bombole). Mentre non esiste una grande differenza nella frequenza della patologia nelle varie aree geografiche italiane, esiste, all'interno di una specifica città o di una specifica area metropolitana, una differenza di frequenza della malattia tra chi vive in strade ad alto traffico di mezzi pesanti e chi vive invece in strade lontane dal traffico. Coloro che vivono in aree ad elevata incidenza di scarichi diesel hanno, infatti, una maggiore frequenza di sintomi di tipo bronchitico e di asma.

L'ultimo elemento su cui di recente si è incentrata l'attenzione della ricerca scientifica è rappresentato da particolari abitudini alimentari che possono avere un ruolo di protezione per l'asma. È stato infatti notato che i bambini che fanno un basso uso di agrumi e di alimenti ricchi vitamina C hanno una più elevata frequenza di patologia.

Diabete

Il diabete mellito, con le sue complicate, è uno dei maggiori problemi sanitari dei paesi economicamente evoluti e, allo stesso tempo, una delle prime voci di spesa sanitaria.

Dall'analisi di dati internazionali, accreditati dall'Organizzazione mondiale della sanità, emerge un aumento ubiquitario della malattia, tale da indurre a parlare di epidemia mondiale di diabete. Un indicatore indiretto di tale fenomeno è rilevabile anche in Italia, dove il consumo di farmaci per il diabete è in sensibile aumento. Il consumo di insulina nel periodo 1993-1999 è aumentato del 6 per cento e quello dei farmaci ipoglicemizzanti orali del 6,9 per cento. Tale fenomeno è spiegabile sia con un aumento reale della patologia, dovuto alle modificazioni dello stile di vita e all'invecchiamento medio della popolazione negli ultimi anni, sia con una maggiore intensità di trattamento derivante dalle nuove acquisizioni scientifiche.

Esistono due forme di diabete mellito:

- il diabete di tipo 1, prevalentemente (ma non esclusivamente) infantile-giovanile, che richiede un trattamento insulinico multiiniettivo sin dall'inizio e ha una genesi autoimmune derivante dall'interazione di una predisposizione genetica con cause ambientali non ancora chiare;
- il diabete di tipo 2, caratteristico dell'età adulta-senile, tipicamente associato a sovrappeso, dislipidemia e ipertensione, il quale è controllabile per anni con la dieta, l'esercizio fisico o gli ipoglicemizzanti orali; in tale forma il trattamento insulinico si rende necessario spesso, ma non sempre, dopo un certo numero anni di malattia.

La prevalenza del diabete di tipo 1 in Italia risulta essere tra lo 0,4 e l'1 per mille. L'incidenza è compresa tra i 6 e i 10 casi per 100.000 per anno nella fascia di età da 0 a 14 anni, dato confermato dai rilievi di vari registri regionali, mentre è stimata in 6,72 casi per 100.000 per anno nella fascia di età da 15 a 29 anni.

Fa assoluta eccezione a tale tendenza la Sardegna, che ha un'incidenza e una prevalenza di diabete giovanile tra le più alte del mondo, in Europa seconda soltanto alla Finlandia. In Sardegna l'incidenza del diabete di tipo 1 nella fascia di età tra 0 e 14 è di 34 casi per 100.000 per anno.

La prevalenza di diabete di tipo 2 pone problemi di rilevazione più complessi. La malattia nei primi anni è spesso asintomatica e non di rado la diagnosi viene posta nel corso di accertamenti per altre patologie o in occasione di ricoveri per complicanze già in atto, soprattutto eventi coronarici o altre vasculopatie. Da ciò discende che la prevalenza della malattia nota, desumibile da rilievi incrociati sul consumo di siringhe e farmaci, dimissioni ospedaliere e centri di diabetologia è stimata intorno al 2,7-3 per cento, mentre indagini di popolazione su ampia scala basate sulla curva da carico di glucosio forniscono percentuali sensibilmente più elevate, tra il 6 e l'11 per cento. Il fenomeno del diabete tipo 2 misconosciuto è pertanto presente anche nella realtà italiana.

La prevalenza del diabete è stata stimata anche attraverso un'indagine multiscopo sulle condizioni di salute svolta dall'ISTAT nel 1999-2000. Su 100 intervistati 3,7 dichiaravano di essere affetti da questa patologia cronica. I tassi negli uomini sono leggermente inferiori a quelli delle donne e negli anziani con età di 65 anni o più raggiungono il 12,1 per cento.

Una precisa fotografia del diabete in Italia non può prescindere da un'analisi delle complicanze croniche tardive della malattia che, in un'epoca in cui è ormai raro il decesso per cause acute, ne rappresentano il vero, principale, costo umano ed economico.

Retinopatia diabetica. La retinopatia è la complicanza del diabete che più risente di un corretto controllo glicemico. In rilevazioni epidemiologiche italiane essa si colloca come prima causa di ipovisione o di cecità legale in età lavorativa, essendo risultata responsabile del 20 per cento di tutti i casi di cecità tra i 20 e 69 anni nel periodo 1993-1995 riportati nei registri dell'Unione italiana ciechi. Casistiche su coorti di pazienti seguiti dai servizi di diabetologia italiani evidenziano una prevalenza del 20 per cento di retinopatia e dello 0,5 per cento di cecità. Casistiche di minori dimensioni, ma più accurate in quanto a rilievo del dato, forniscono una prevalenza di retinopatia non proliferante variabile tra il 23 e il 28 per cento e di retinopatia proliferante e maculopatia tra il 6 e il 12 per cento, con una maggiore frequenza di malattia nel diabete di tipo 1.

Nefropatia diabetica. In alcune casistiche nordeuropee e statunitensi la nefropatia diabetica è la prima causa di insufficienza renale terminale con accesso alla dialisi. Nel Registro

italiano di dialisi e trapianti, con riferimento all'anno 1998, essa, con il 15 per cento dei casi, si collocava al terzo posto tra tutte le cause di ingresso in dialisi. I diabetici sono il 4,7 per cento dei soggetti con rene trapiantato.

Per quanto riguarda le forme non terminali, casistiche italiane su coorti cliniche di diabetici seguiti dai servizi di diabetologia riportano per il diabete di tipo 2 una prevalenza di circa il 22 per cento di nefropatia incipiente e intorno al 7-8 per cento di nefropatia conclamata.

Piede diabetico e amputazioni. Come in altre casistiche mondiali, il piede diabetico, ovvero quel quadro di lesioni neuropatiche e vascolari che porta a lesioni trofiche delle estremità inferiori, rappresenta anche in Italia una rilevante causa di morbidità e di ricovero per i pazienti diabetici. Casistiche locali sulle amputazioni degli arti inferiori indicherebbero che in Italia il diabete è la prima causa di amputazione degli arti inferiori nella popolazione, arrivando al 60 per cento di tutte le cause di amputazione nel maschio. Casistiche su coorti cliniche di diabetici seguiti dai servizi di diabetologia riportano per il diabete di tipo 2 una prevalenza di amputazioni dell'1 per cento nei maschi e dello 0,4 per cento nelle femmine.

Complicanze coronariche e cerebrovascolari. Soprattutto nel diabete di tipo 2, esse rappresentano la prima causa di morte e la voce più costosa in termini di ricoveri ospedalieri attinenti alla popolazione diabetica. In studi ad hoc la mortalità legata a eventi cardiovascolari in presenza di diabete risulta aumentata rispetto alla popolazione generale del 67 per cento nel maschio e del 92 per cento nella femmina.

Allo sviluppo di tali complicanze concorrono le alterazioni lipidiche e l'ipertensione arteriosa, che spesso si associano al dismetabolismo glucidico accelerando la formazione di placche aterosclerotiche. In Italia il 25-30 per cento dei pazienti ricoverati nelle unità di terapia intensiva coronarica è diabetico. La prevalenza dettagliata di eventi coronarici maggiori e di tromboembolie cerebrali in una vasta casistica di diabetici seguiti dai servizi sanitari italiani è riportata nella tabella 40.

Stime sul rischio globale di sviluppare eventi coronarici, calcolate su dati rilevati in diabetici di tipo 2 italiani, indicano un rischio medio del 35-40 per cento dopo 10 anni di malattia.

L'assistenza ai diabetici in Italia. Grazie all'impulso della legge 115/87, che tuttora stabilisce le linee generali dell'assistenza al cittadino diabetico, in Italia esiste una rete di strutture specialistiche che ha pochi confronti con altri Paesi e che è stata oggetto di studi e riferimenti da parte di organizzazioni internazionali, inclusa l'Organizzazione mondiale della sanità. Un recente censimento ha evidenziato 631 servizi in tutto il territorio nazionale. Tali servizi erogano un'assistenza di tipo specialistico che si fa carico di molti aspetti della gestione della malattia e in particolare, pur con le dovute differenze, dell'educazione del malato. Sono ormai di un certo numero le segnalazioni in letteratura che dimostrano come questo tipo di assistenza, sensibilmente diversa da quella di altri Paesi, dove l'invio a un centro specialistico avviene soltanto in determinate occasioni, è particolarmente efficace nel prevenire le complicanze e a contenere i costi della patologia a medio e lungo termine.

I costi del diabete. Una recente analisi sull'impatto economico del diabete in Italia stima in 10.011 miliardi di lire annui il costo totale di tale patologia, pari al 6,65 per cento della spesa sanitaria nazionale complessiva. Il costo dell'assistenza sanitaria erogata a un paziente diabetico aumenta da 3 a 4 volte se sussistono o solo complicanze cardiocerebrovascolari o solo complicanze microvascolari (a carico di rene, retina e sistema nervoso periferi-

Tabella 40. Prevalenza di eventi coronarici e cerebrovascolari nei diabetici di tipo 2

	maschi (%)	femmine (%)	totale (%)
infarto	9,1	3,3	6,2
tromboembolia cerebrale	3,4	2,4	2,9
cardiopatía ischemica	6,0	6,3	6,1
angioplastica coronarica	1,2	0,5	0,8
bypass aortocoronarico	3,0	1,0	2,0

co) e di 5 volte se sono presenti ambedue questi tipi di complicanze. Di qui la considerazione che, alla luce delle prove scientifiche che hanno dimostrato l'efficacia delle cure in tale settore, il trattamento intensivo e preventivo della malattia sin dall'esordio non solo permette di migliorare la qualità di vita del paziente diabetico, la morbilità e la mortalità della malattia, ma è anche vantaggioso sul piano economico.

BIBLIOGRAFIA

Bruno G. et al. Comparison of incidence of insulin-dependent diabetes mellitus in children and young adults in the Province of Turin, Italy, 1984-91. Piedmont Study Group for Diabetes Epidemiology. *Diabet Med* 1997; 14 (11): 964-9.

Censimento delle strutture diabetologiche italiane. *Giornale Italiano di Diabetologia e Metabolismo* 1999, 10. Comitato Scientifico Studio DAL. Presso Laboratorio di Epidemiologia e Statistica dell'Istituto Superiore di Sanità. Roma: Personal Communications.

Dati epidemiologici sul diabete mellito in Italia. *Epidemiologia e prevenzione* 1995, 48-49: 55-58.

Epidemiology of lower extremity amputation in centres in Europe North America and East Asia. *British Journal of Surgery* 2000; 87: 328-337.

Grassi G et al. Evaluating the Framingham risk equations for predicting heart disease in type 2 diabetes. *Diabetologia* 2000 (suppl.): 43: 1A.

Lo studio CODE 2. *Pharmacoeconomics* 2000, vol. 1 (2).

Muggeo M et al. The Verona Diabetes Study: a population-based survey on known diabetes mellitus prevalence and 5-years all-cause mortality. *Diabetologia* 1995; 38 (3): 318-25.

Prevalence of NIDDM and impaired glucose tolerance in Italy: an OGTT-based population study. *Diabetologia* 1995; 38: 306-313.

Registro italiano di dialisi e trapianti. <http://www.sin-italia.org/homepage/registri.htm>

The Bruneck study. *Diabetes Care* 1998; 21: 221-229.

Cause violente

Incidenti domestici. Il fenomeno degli infortuni in casa mostra un andamento in continua crescita confermando (dati ISTAT), comunque, una certa costanza nei comportamenti soprattutto in relazione alla distribuzione geografica.

Si è passati da 2.743.000 infortuni nell'anno 1988, a 3.848.000 nel 1997 e a 4.132.000 nel 1998 mentre, per quanto concerne il numero di persone infortunate, questo è passato da 2.103.000 nel 1988 a 3.352.000 nel 1997 e nel 1998 con maggiore incidenza per il sesso femminile che risulta essere il doppio di quella maschile.

Il dato, espresso in valore assoluto, evidenzia comunque un fenomeno estremamente grave e diffuso che potrebbe trovare una giustificazione nel fatto che, allo stato attuale, la

Tabella 41. Infortuni domestici per sesso e classe di età. Anni di rilevazione 1990, 1998. (dati assoluti in migliaia)

classi di età	anno 1990				anno 1998			
	maschi		femmine		maschi		femmine	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0-5	127	12,62	83	3,62	160	13,99	92	3,06
6-14	160	15,89	124	5,40	100	8,74	76	2,53
15-24	110	10,92	225	9,81	92	8,04	196	6,52
25-44	243	24,13	721	31,43	284	24,83	956	31,82
45-64	227	22,54	685	29,86	288	25,17	892	29,6
> 65	140	13,90	456	19,88	220	19,23	792	26,36
totale	1.007	100,0	2.294	100,0	1.144	100,0	3.004	100,0

definizione di caso e la misura della frequenza in relazione all'esposizione e della gravità dell'infortunio non sono state ancora definite. Le categorie dei soggetti a rischio, ovvero quelle più coinvolte dall'evento infortunistico, sono le persone in età avanzata e più precisamente quelli appartenenti alla fascia di età compresa fra 45 e 64 anni seguita dalla classe 25-44 anni.

L'andamento per classi e sesso è riportato nella tabella 41 in cui è riportato altresì il confronto tra il 1990 ed il 1998.

L'analisi di tale distribuzione mette in luce un aspetto molto interessante dal punto di vista della tipologia dei soggetti maggiormente a rischio. Si nota, infatti, che i due punti di massima incidenza di infortunio si verificano in corrispondenza dell'età infantile (meno di 5 anni) per i maschi e dell'età avanzata (maggiore di 75 anni) per le femmine.

Una spiegazione a tale inversione di tendenza può essere fornita considerando per la fascia di età infantile, l'attitudine, o meglio, il comportamento che i bambini assumono durante le loro attività ludiche: infatti, la competitività, esercitata con un maggiore riferimento alle risorse fisiche individuali (giochi di forza, sport di contatto), possono essere l'origine di una maggiore propensione a subire infortuni.

Superati i 14 anni d'età, invece, la donna diventa la categoria di soggetti più esposti e quindi più infortunati. Questo a causa del peso che le attività domestiche, occupazionali ed il ruolo di mamma esercitano nel loro stile di vita.

Tabella 42. Causa di incidente: numero e percentuale

scale	368.000	14,4%
pavimenti	337.000	13,2%
mobili/abitazione	250.000	9,8%
piccoli elettrodomestici	131.000	5,1%
coltello	279.000	10,9%
attrezzi da lavoro	134.000	5,3%
forni/fornelli	128.000	5,0%
altro	212.000	8,3%