

.....

**LA SALUTE IN ALCUNI GRUPPI DI POPOLAZIONE**

**Infanzia e adolescenza**

La salute fisica dell'infanzia e dell'adolescenza è di buon livello in Italia. Si può affermare, sia pure in senso generale, che i bambini e gli adolescenti italiani mediamente sono sani e dispongono di una rete efficiente di servizi per affrontare eventuali malattie d'organi e apparati. Il pediatra di base è stato indubbiamente un'innovazione utile a questo scopo. Altrettanto efficace è il piano di vaccinazione e l'attenzione che attraverso la scuola viene rivolta a tutti gli studenti in età pediatrica. Se, per esempio, si osservano alcuni comportamenti acquisiti della popolazione, anche per motivi estetici, come quelli relativi alla salute dell'apparato masticatorio e dentale, occorre ammettere che la cura e conservazione dei denti ha raggiunto un livello di impegno, anche economico, particolare, fino a riservare alle estrazioni dentali un ruolo ormai solo storico.

Con questi buoni risultati contrasta, nell'infanzia e nell'adolescenza, la disattenzione per la promozione della salute psichica o meglio per tutte quelle strategie e interventi tesi a contrastare o alleviare il disagio psichico che sta sovente alla base di comportamenti inaccettabili e distruttivi per il singolo, prima ancora che per le famiglie e la società.

Si fa riferimento a un'area di particolare rilievo, anche se non facilmente definibile: l'area del malessere dei bambini e dei giovani, che si manifesta in comportamenti e in atteggiamenti che preoccupano proprio per la loro distruttività e violenza.

Occorre fare subito una distinzione e affermare che l'area della popolazione qui esaminata è molto variegata e include soggetti sani anche psichicamente, con una buona relazione familiare e un ottimo impegno nell'ambito delle scelte di studio o di lavoro compiute.

Occorre anche dire che il termine disagio è oggi abusato e che, quanto meno, dovrebbe essere distinto in disagio esistenziale e disagio clinico o patologico.

Con il primo termine si intende fare riferimento a un malessere che ha una funzione utile e che fa parte delle esperienze esistenziali. Di fronte a una nuova prova è da attendersi una sensazione di disagio e di difficoltà, accompagnata dall'ansia della novità, che in queste circostanze rappresenta un meccanismo di attivazione utile, finalizzato a dare il meglio di sé a livello individuale. Un disagio, dunque, reattivo a una situazione, e pertanto passeggero, ben diverso dal disagio patologico, che è rappresentato da una condizione prolungata e stabile che certo non aiuta ad affrontare la nuova prova, ma semmai la rende più complicata. Questo è il disagio su cui occorre intervenire.

Da quanto detto risulta evidente come si debba impedire che il disagio sia percepito sempre come un sintomo e come esso debba essere nettamente distinto e diagnosticato. Una volta che esso sia stato rilevato, non deve essere minimizzato, anche se necessariamente l'intervento utile è quello che passa attraverso il sistema sanitario, e non piuttosto quello condotto attraverso una corretta gestione da parte della famiglia e della scuola.

Si impone una cultura nuova nell'intervento volto all'infanzia e all'adolescenza e i bisogni emergenti dimostrano quanto sia insufficiente una visione puramente sanitaria del problema, rivolta solo al sintomo. È questo un campo dove la sanità ha bisogno della scuola, delle politiche sociali e di piani di sviluppo economico futuro su cui devono inserirsi i giovani.

**Bisogni dell'infanzia.** Il bambino è una realtà per molti versi ancora da scoprire e ciò riguarda proprio la sua dimensione e i suoi bisogni di relazione e psicologici. Oggi sappia-

mo che egli è persona fin dal primo momento della nascita e ciò significa che ha bisogni psicologici e necessità di stare con i propri genitori, e non solo di essere nutrito.

Ciò rappresenta una vera rivoluzione all'interno della cultura che ha dominato per lungo tempo e che vedeva il bambino, fino alla comparsa del linguaggio verbale, come un oggetto o un vegetale che cresceva in altezza e peso.

Oggi sappiamo che tra 0 e 3 anni si compie uno dei processi più importanti dal punto di vista della crescita psicologica: il processo di individuazione-separazione che termina con la percezione da parte del bambino di essere un individuo separato e capace di relazione, un sé capace di dare e avere dagli altri. Solo se questo processo si compie egli avrà fiducia e si proporrà nella relazione. È questo un periodo entro cui si ipotizza trovino origine alcune caratteristiche della personalità e alcuni possibili difetti di questa.

Insomma il bambino è una realtà da scoprire e per questo occorre certo studiarlo scientificamente, ma soprattutto attivare processi conoscitivi ed educativi nei confronti della popolazione (bisogna, per esempio, insegnare alle madri e ai padri, ma anche ai nonni, a rispondere adeguatamente ai bisogni del bambino).

Può apparire sconvolgente sapere che un bambino, già entro il primo anno di vita, può provare la depressione o un senso di inadeguatezza, espresso con un linguaggio non verbale, e che certi sintomi somatici sono più propriamente equivalenti psichici di somatizzazioni.

Un bambino da studiare, soprattutto in relazione a questa società e all'uso delle sue scoperte tecnologiche: con ciò ci si riferisce alla televisione, ai videogiochi e a una meccanica, ormai entrata nei processi educativi, che talora sembra ricca di stimoli e povera in affetti.

La sanità deve guardare alla prevenzione, ma soprattutto in questo ambito è necessario promuovere una strategia intersettoriale, in accordo con il Dipartimento degli affari sociali, che ha promosso una discussione in parlamento attraverso una proposta di legge sulla difesa dell'infanzia e della adolescenza, con il Ministero della pubblica istruzione, che ha tentato di proporre ritmi scolastici più adeguati alle conoscenze riguardanti la crescita dei bambini, partendo dal superamento dell'idea che solo a 6 anni il bambino acquista la capacità di diventare uno scolaro. L'Italia deve affrontare questo tema di frontiera per il suo stesso futuro; sempre più, infatti, si presentano fatti di violenza che portano in primo piano i processi educativi dell'età infantile come strumento di prevenzione primaria e contemporaneamente come strumento di terapia psicologica e relazionale. Un esempio è la pedofilia, tema che coinvolge tutti: l'educazione e la formazione della personalità del bambino attuate oggi diventeranno garanzia di salute psichica dell'adulto domani. La pedofilia è, infatti, una malattia, prima che un crimine, e la sanità deve affrontare questo tema per la parte di sua competenza, allo scopo di prevenire con una diagnosi precoce un potenziale pedofilo (in questo ambito la ricerca deve essere potenziata), ma anche curare e riabilitare all'occorrenza.

È chiaro che aiutare i bambini a crescere bene significa anche aiutare le famiglie a capirli e gli insegnanti a conoscerne le esigenze mentali, intellettive e affettive. In questo senso è positiva la decisione del governo di prevedere una laurea per gli insegnanti della scuola primaria e di dotarli di conoscenze psicologiche adeguate.

**Bisogni dell'adolescenza.** L'adolescenza, il periodo che dalla pubertà va fino a 18 anni di età (si considera come indicatore discriminante il diritto di voto), è una condizione fisiologicamente problematica. Rappresenta una stagione di grandi mutamenti somatici, psicologici e sociali e, per certi aspetti, una vera metamorfosi che pone l'adolescente di fronte a una percezione di sé nuova e sconvolgente.

.....

La crisi adolescenziale va dunque considerata fisiologica e legata alle vicende esistenziali, ma, proprio perché si tratta di un cambiamento di personalità in una società dove non è facile orientarsi e dove i punti di riferimento sono divenuti molteplici e tra loro incoerenti, il rischio di comportamenti anomali è alto. L'adolescenza è uno di quei periodi in cui il disagio è presente, e forse sarebbe preoccupante se esso non si manifestasse, perché significherebbe che l'adolescente è legato a un'infanzia che non vuol abbandonare e che così si prolunga in maniera inopportuna.

D'altra parte, la crisi adolescenziale deve essere transitoria e dunque mantenersi entro tempi e modi adeguati, così da non sfociare nel fenomeno delle adolescenze ritardate e persino interminabili, che portano ad avere adolescenti di 40-50 anni.

Queste osservazioni mostrano come l'adolescenza non sia un fatto meccanico che si consuma, seguendo le caratteristiche di una reazione chimica, ma dipende anche dalle famiglie e più in generale dalla società, capace quest'ultima di favorire il passaggio attribuendo dei ruoli precisi ai giovani, rendendoli infine protagonisti e non più soggetti bloccati in una sorta di gravidanza sociale quale appunto l'adolescenza appare.

I comportamenti patologici più frequenti nell'adolescenza, i cui dati sono presenti nei rispettivi capitoli, sono:

- l'abuso di sostanze: dal fumo all'alcol, dai derivati della canapa indiana alla dipendenza da oppiacei; non vi è dubbio alcuno che la dipendenza (e non solo quella da sostanze) è un limite posto al comportamento giovanile e una distorsione che porta ad azioni contro di sé e la comunità;
- il suicidio, che si lega in molti casi a un vissuto di solitudine e alla paura di non piacere;
- all'altro e quindi di rimanere senza senso dentro la comunità;
- i disturbi del comportamento alimentare, in grande crescita sia nell'espressione anoressica sia in quella bulimica;
- gli incidenti stradali, come esempio di una tendenza a mostrarsi eroe in operazioni fuori del comune, quando non appartengano in realtà a suicidi mascherati;
- i comportamenti contro le regole della famiglia e della società, con conseguenze in quest'ultimo caso penali.

Si tratta di vere e proprie patologie a forte impatto sociale che chiamano in causa innanzitutto la psichiatria, ma ovviamente anche tanti altri settori dell'attività pubblica: dalla scuola al dicastero del lavoro, a quello della giustizia.

Il problema è soprattutto preventivo, si sa, a questo proposito, che è molto più difficile intervenire con un progetto di recupero.

Si possono distinguere fattori di rischio aspecifici, tra cui il senso di malessere e la paura di esclusione dal gruppo dei coetanei, che sono all'origine di un malessere che induce o depressione o atti pseudoeroici. Si tratta di fattori che non si legano specificamente a uno o all'altro dei disturbi indicati, ma che ne rappresentano la fonte comune. In questo capitolo si trovano le frustrazioni e il senso di malessere che si avverte in una circostanza o in un ambiente (la scuola e la famiglia). La frustrazione è il segnale di una relazione che non funziona e la sua intensità ne mostra il rischio di fuga dalla relazione stessa.

Vi sono poi rischi specifici per ciascuno dei disturbi adolescenziali richiamati, che tendono a indirizzare il malessere verso l'uso di sostanze stupefacenti o verso un disturbo del comportamento alimentare, o verso l'appartenenza a gruppi con forti componenti antisociali.

Il gruppo è un elemento essenziale a questa età e se è indubbio che riveste una funzione

importante nella crescita autonoma dei giovani nei confronti della famiglia d'origine, favorendo l'acquisizione di una dimensione sociale, è altrettanto vero che può alterare le loro percezioni sul lecito e sul vietato, in altre parole sulla norma legislativa, e così costituire una forza di devianza notevole.

Il campo dei rischi specifici deve portare a promuovere una ricerca attenta nel mondo giovanile, per uscire anche da una genericità che non aiuta a interventi seri.

Il Ministero della sanità ha fornito il proprio contributo in questo campo promuovendo una ricerca dal titolo "Forme estreme di disagio giovanile: anoressia, bulimia, suicidi, tossicodipendenze. Analisi dei bisogni e qualità degli interventi pubblici e privati", presentata in un seminario tenutosi il 6 giugno 2000 presso la sede centrale del Ministero.

Lo scopo della ricerca era quello di identificare quali stili di vita e quali percezioni mentali affettive caratterizzassero queste forme estreme di disagio. Si tratta di una ricerca che è tuttora aperta e che ha mostrato l'importanza della percezione che i giovani hanno del futuro, della morte e del proprio corpo come base del loro comportamento e dei disturbi comportamentali che ne derivano. Da questa ricerca si è avuta conferma di come la formazione, l'educazione, il modo di pensare e di percepire la vita condizionino il comportamento e dunque la salute mentale prima di ogni altro ambito.

### **La salute delle donne in gravidanza**

**Assistenza in gravidanza, parto e puerperio.** In Italia i dati disponibili indicano che l'assistenza in gravidanza e durante il parto è generalmente buona. Infatti, da due indagini nazionali condotte nel 1995-1996 e nel 1999 dall'Istituto superiore di sanità in collaborazione con gli operatori del Servizio sanitario nazionale è risultato che il 99 per cento delle donne era stato seguito in gravidanza da un operatore sanitario (il 75 per cento da un ginecologo privato) e che più dell'85 per cento aveva effettuato la prima visita entro il terzo mese di gravidanza (secondo mese come valore medio e mediano della distribuzione).

Si è osservato tuttavia un ricorso eccessivo ad alcune procedure mediche sulla cui utilità non esistono prove scientifiche sufficienti: più del 60 per cento delle donne era stato sottoposto ad almeno quattro ecografie in gravidanza (il protocollo nazionale ne raccomanda tre in caso di gravidanze fisiologiche) e il 70 per cento a monitoraggi cardiocografici in gravidanza.

Si è inoltre notata una certa carenza di conoscenze e un basso ricorso ad alcune tecniche poco invasive ed importanti per la prevenzione di esiti negativi: il 79 per cento delle intervistate non aveva eseguito esami preconcezionali, il 31 per cento non era stato informato dell'esistenza di tecniche di diagnosi prenatale e il 77 per cento non aveva partecipato a un corso di preparazione alla nascita. La maggior parte (più dell'85 per cento) delle donne dichiarava di non aver fumato in gravidanza e il 75 per cento di avere assunto farmaci, principalmente ematologici e nutrizionali.

Il 92 per cento delle intervistate aveva allattato durante il ricovero. Tuttavia, solo il 66 per cento aveva potuto farlo per la prima volta entro poche ore dal parto, benché sia stato ormai ampiamente dimostrato che un inizio precoce sia un fattore favorevole per la riuscita dell'allattamento materno prolungato. Queste due indagini hanno infine evidenziato notevoli differenze regionali e per condizione socioeconomica. Come indicato dai dati nazionali raccolti dall'ISTAT, la nascita si verifica nella maggioranza dei casi negli istituti di cura pubblici

.....

**Tabella 45. Percentuale di parti con taglio cesareo in Italia tra il 1980 e il 1996**

regioni	1980	1996	aumento percentuale (1980-1996)
Piemonte	14,1	25,4	80,1
Valle d'Aosta	15,6	21,1	35,3
Lombardia	13,4	21,7	61,9
Trentino	11,8	18,7	58,5
Veneto	11,4	23,2	103,5
Friuli	12,5	16,5	32,0
Liguria	14,6	25,3	73,3
Emilia Romagna	13,8	25,4	84,1
Toscana	8,4	21,6	157,1
Umbria	13,2	24,4	84,8
Marche	12,7	30,0	136,2
Lazio	15,6	32,1	105,8
Abruzzo	14,2	26,5	86,6
Molise	13,2	28,4	115,1
Campania	8,5	36,3	327,1
Puglia	9,8	30,2	208,2
Basilicata	11,3	33,7	198,2
Calabria	7,1	28,2	297,2
Sicilia	9,4	34,2	263,8
Sardegna	5,4	25,9	470,4
<b>Italia</b>	<b>11,2</b>	<b>27,9</b>	<b>149,1</b>

(87,6 per cento nel 1996, ultimo dato disponibile). Si evidenzia inoltre un ricorso sempre più frequente al taglio cesareo: dall'11,2 per cento del 1980 si è passati al 21,2 per cento del 1990 e al 27,9 per cento del 1996. Attualmente l'Italia è il paese europeo con la più alta percentuale di parti con taglio cesareo. La tabella 45 riporta i dati del 1980 e del 1996 distribuiti per regione. Gli aumenti maggiori si sono osservati tra i parti effettuati nelle case di cura e nelle regioni del Centro e del Sud Italia (nel 1996 il valore massimo è stato pari al 36,3 per cento e ha interessato la Campania).

La proporzione di nati pretermine (<37 settimane di gestazione) è rimasta invariata negli ultimi anni, con valori simili ad altri Paesi europei: poco più dell'1 per cento prima di 33 settimane e il 5 per cento tra 33 e 36 settimane.

Anche la distribuzione percentuale dei nati per classe di peso alla nascita è rimasta sostanzialmente costante negli anni. Pesi inferiori a 1.500 g si osservano nell'1 per cento dei nati, il 5 per cento ha un peso compreso tra 1.500 e 2.499 g, l'87 per cento tra 2.500 e 3.999 g e circa il 7 per cento supera i 4.000 g di peso alla nascita.

**Aborto spontaneo.** L'Italia è uno dei pochi paesi che dispone, dal 1956, di una rilevazione nazionale di questo fenomeno. Ogni anno vengono notificati in Italia circa 60-70.000 aborti spontanei e, da un punto di vista temporale, il fenomeno è in leggero aumento (66.666

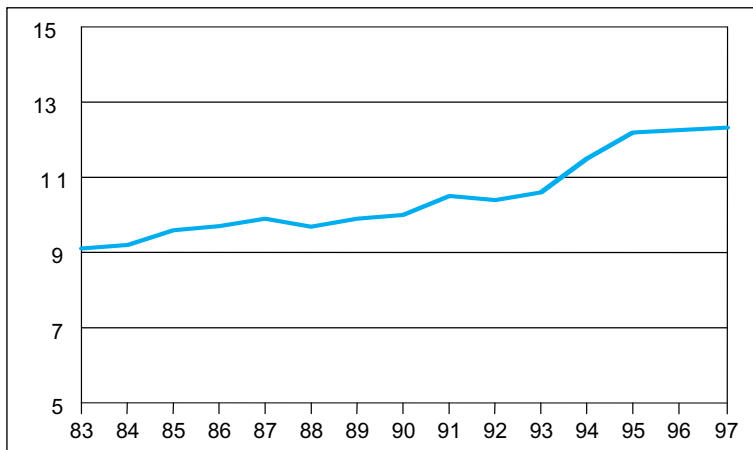


Figura 51. Rapporto di abortività spontanea per 100 nati vivi in Italia tra il 1983 e il 1997.

nel 1998, ultimo dato disponibile). Nel periodo 1983-97 il rapporto nazionale è passato, infatti, da 9,1 a 12,4 aborti spontanei per 100 nati vivi (figura.1). Esistono notevoli differenze tra le varie regioni, con valori generalmente più elevati al Centro e al Nord (13,6 aborti spontanei per 100 nati vivi al Nord nel 1997, 14,9 al Centro e 10,3 al Sud).

Globalmente, la frequenza dell'aborto spontaneo risulta aumentare con il crescere dell'età della donna, in particolare sopra i 34 anni.

L'aumento dell'incidenza del fenomeno nel corso del tempo può essere attribuibile principalmente a una modifica nella raccolta dei dati (dal 1994 le informazioni riguardano anche gli aborti spontanei che non hanno richiesto degenza), a una migliorata notifica dell'evento e all'innalzamento dell'età della madre al momento del parto.

**Interruzione volontaria di gravidanza.** Dal 1978 è in vigore in Italia la legge 194, recante "Norme per la tutela della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza", che regola le modalità del ricorso all'aborto volontario. Grazie a essa, qualsiasi donna per motivi di salute, economici, sociali o familiari può richiedere l'interruzione volontaria della gravidanza (IVG) entro i primi 90 giorni di gestazione. L'intervento può essere effettuato presso le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale e le strutture private convenzionate e autorizzate dalle regioni.

Dopo un aumento iniziale del fenomeno, con un massimo di 234.801 IVG nel 1982 (tabella 46), si è osservata in questi anni una tendenza alla diminuzione dell'incidenza di IVG, fino a raggiungere i 139.386 interventi nel 1999, pari a 9,9 IVG per 1000 donne di età tra 15 e 49 anni (dato preliminare). I maggiori decrementi si sono osservati tra le donne di età compresa tra 25 e 39 anni .

Rispetto al quadro internazionale, l'Italia si colloca in una posizione intermedia. Permangono tuttavia notevoli differenze all'interno del Paese tra regioni e tra aree geografiche. Inoltre l'Istituto superiore di sanità ha stimato che esiste ancora una certa quota di aborti clandestini (27.000 nel 1998), che si distribuisce in maniera eterogenea sul territorio nazionale, con, in generale, una maggior frequenza nelle regioni del Sud.

Dagli studi sino a oggi effettuati, si è osservato che il ricorso all'IVG non è nella maggioranza dei casi una scelta di elezione, bensì una conseguenza dell'incapacità concreta di regolare la fecondità con altri metodi, nonostante vi sia un'attitudine positiva in questo

**Tabella 46. Numero, tassi e rapporti di abortività volontaria. Italia tra il 1978 e il 1999**

anno	numero	tasso	rapporto	anno	numero	tasso	rapporto
1978*	68.700	10,1	171,7	1990	165.845	11,4	285,6
1979	187.456	13,6	277,0	1991	160.494	11,0	286,9
1980	222.499	16,1	345,3	1992	155.266	10,7	276,9
1981	224.067	16,2	363,2	1993	150.863	10,5	273,0
1982	234.801	17,2	380,2	1994	142.657	9,9	270,5
1983	233.976	16,9	381,7	1995	139.549	9,7	267,7
1984	227.446	16,4	16,4	1996	140.398	9,8	267,1
1985	210.597	14,9	365,9	1997	140.525	9,8	265,7
1986	198.375	13,9	357,5	1998	138.357	9,8	268,4
1987	191.469	13,3	346,7	1999**	139.386	9,9	266,9
1988	179.193	12,4	310,1				
1989	171.684	11,8	309,0				

\* i dati si riferiscono ai mesi compresi tra giugno e dicembre  
 \*\* dati preliminari

senso. Esistono certamente sottopopolazioni in cui il ricorso all'aborto risulta più elevato: le donne con figli, quelle con titolo di studio più basso e le casalinghe. Inoltre negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di IVG richieste da donne straniere immigrate in Italia (vedi il capitolo sulla salute della popolazione immigrata), fenomeno che potrebbe essere la causa principale dell'attuale fase di stabilizzazione dell'incidenza di IVG effettuate in Italia.

Infatti, se si considerano solo le cittadine italiane, il fenomeno risulta essere ancora in diminuzione: 127.700 IVG richieste da donne italiane nel 1996 contro le 123.728 del 1998, anni questi che risultano tra più attendibili essendo pochi i casi in cui mancava l'informazione sulla cittadinanza delle donne che avevano fatto richiesta di IVG.

## Anziani

Le tendenze demografiche attualmente in atto in Italia evidenziano un progressivo invecchiamento della popolazione, sia in senso assoluto, per la diminuzione dei tassi di mortalità e l'aumento della speranza di vita, sia in senso relativo, per il declino dei segmenti più giovani della popolazione.

La popolazione italiana al 31 dicembre 1996 ammontava a 57,5 milioni di persone, quasi il 17 per cento di queste, per un totale di circa 9,5 milioni, aveva superato i 65 anni d'età. La dinamica della crescita della popolazione anziana in Italia è, per intensità e velocità, una delle più significative nel mondo intero. Dall'inizio degli anni ottanta è raddoppiata la quota di "molto anziani" con più di 80 anni; tale quota ha superato oggi il 4 per cento, si prevede che raggiungerà il 10 per cento nel 2040. Quasi una donna su cinque ha almeno 65 anni, quelle con almeno 80 anni superano il 5 per cento.

Poiché in una popolazione più anziana, la distribuzione delle malattie e della disabilità è radicalmente diversa, da quella corrispondente a una popolazione giovane, le attitudini nei riguardi dell'invecchiamento e degli anziani devono essere modificate per rispondere alle esigenze di una popolazione nella quale la componente anziana è molto più ampia e diver-

sificata in varie sottoclassi di età, con esigenze distinte. Inoltre l' invecchiamento della popolazione comporta un inevitabile aumento della richiesta di servizi per il trattamento delle patologie croniche associate all'età. Il poter soddisfare tale richiesta in maniera adeguata e tempestiva può migliorare significativamente lo stato di salute degli anziani e ridurre, quindi, a medio termine, il peso socioeconomico dell' invecchiamento della popolazione italiana. Si descriverà lo stato di salute dell' anziano riportando dati rilevati nello studio ILSA e nell' Indagine multiscopo ISTAT del 1999-2000.

**Stato di salute.** Lo Studio longitudinale sull' invecchiamento (ILSA), coordinato dal CNR e dall' Istituto superiore di sanità, rappresenta la prima iniziativa nazionale in grado di fornire stime dei tassi di prevalenza e di incidenza delle patologie più gravi dell' anziano (demenza, parkinsonismo, ictus, sintomatologia depressiva, polineuropatia periferica, cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco, aritmia, arteriopatia periferica, ipertensione, diabete, artrosi e broncopneumopatia cronica). L' ILSA è un progetto epidemiologico multicentrico, condotto in un campione casuale di oltre 5.000 individui di 65-84 anni di età. Nella raccolta dati sono stati coinvolti inizialmente otto centri: Catania, Casamassima (Bari), Fermo (Ascoli Piceno), Impruneta (Firenze), Genova, Segrate (Milano), Napoli, Selvazzano e Rubano (Padova), ciascuno con un campione di 704 soggetti.

Nei follow up successivi (1995 e quello attualmente in corso) si raccolgono informazioni sui tassi di incidenza delle stesse malattie, sulla transizione nello stato funzionale fisico e cognitivo e sulle eventuali modificazioni nel profilo di rischio individuale.

I tassi di prevalenza delle maggiori patologie investigate nell' ILSA sono presentati nella figura 52. Tra i risultati ottenuti, vanno segnalate l' alta prevalenza dell' ipertensione arteriosa, che è presente in circa il 60 per cento degli anziani italiani. Questi tassi di prevalenza sono comparabili a quelli ottenuti in studi analoghi (NHANES III) negli Stati Uniti. L' ipertensione arteriosa è uno dei più importanti fattori di rischio per le patologie vascolari, che sono la prin-

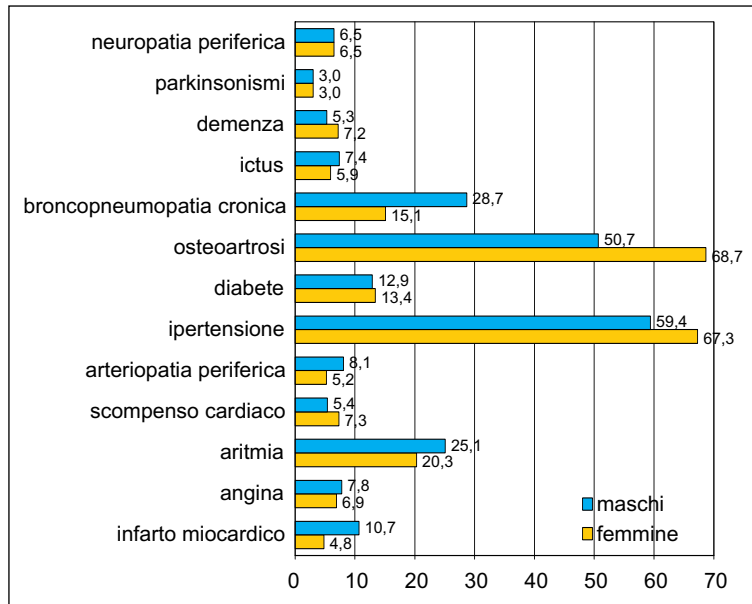


Figura 52. Prevalenza (%) delle maggiori patologie croniche valutate nello Studio ILSA

.....

cipale causa di morte e tra le prime cause di disabilità nei paesi occidentali. Un suo attento controllo e l'istituzione di idonei programmi di prevenzione potrebbero portare ad una riduzione della morbosità e dei rilevanti costi legati a tali patologie. Pure elevata è la prevalenza di osteoartrosi, che va dal 50,7 per cento nei maschi al 68,7 per cento nelle femmine. La prevalenza di cardiopatia ischemica è, invece, inferiore a quella riportata in studi analoghi in altri paesi anglosassoni e conferma il dato che questa patologia è meno frequente nei paesi mediterranei. I dati relativi all'ictus cerebrale mostrano un'elevata prevalenza di questa patologia, che risulta maggiore di quanto riportato in analoghi studi di popolazione. Infatti, i dati disponibili indicano prevalenze oscillanti tra il 3 per cento e il 5 per cento per gli uomini e tra l'1,5 per cento e il 3,5 per cento per le donne, mentre nel nostro campione la prevalenza totale è risultata del 7,4 per cento negli uomini e del 5,9 per cento nelle donne, con punte intorno al 10 per cento in alcuni gruppi di età. Anche se alcune differenze metodologiche potrebbero spiegare in parte questa maggior frequenza, i nostri dati sembrano suggerire una prevalenza realmente più alta di tale patologia in Italia.

La prevalenza della demenza è del 5,3 per cento negli uomini e del 7,2 per cento nelle donne, con punte intorno al 20 per cento nei soggetti più anziani. Tali dati sono concordanti con quanto riportato in analoghe ricerche condotte in Europa e indicano un'elevata frequenza, anche in Italia, di tale patologia, che ha costi molto elevati sia sul piano sociale che sanitario. Un dato epidemiologico su cui anche a livello internazionale sono disponibili poche informazioni riguarda la prevalenza delle neuropatie degli arti inferiori che, secondo i dati ILSA, interessano circa il 6,5 per cento dei soggetti anziani, con una maggior frequenza nei gruppi di età più avanzata. Questa patologia, oltre a una serie di disturbi soggettivi, si accompagna spesso ad importanti problemi nella deambulazione, legati a riduzione della forza o ad alterazioni della sensibilità profonda.

Le neuropatie, infatti, sono ai primi posti quali cause di disturbi della marcia nell'anziano, e possono essere causa di cadute e di fratture del femore, una delle maggiori cause di disabilità nell'anziano. Il follow up a tre anni di questa coorte ha permesso di stimare che in Italia, nella popolazione anziana, ci sono ogni anno circa 76.000 nuovi casi di infarto del miocardio, 78.000 di diabete, 104.000 di ictus, oltre 95.000 di demenza e oltre 100.000 di neuropatia degli arti inferiori. Il peso assistenziale, quindi, per queste importanti patologie è indubbiamente elevato e rappresenta una sfida continua al nostro sistema sanitario. La continua valutazione dell'impatto che gli interventi di prevenzione, cura ed assistenza possono avere in questa popolazione è un compito fondamentale del servizio sanitario e, quindi, il potenziare sistemi di sorveglianza in questo settore è l'unico modo per garantire un'adeguata pianificazione sanitaria. L'aumento dell'età comporta un aumento della prevalenza di patologie croniche disabilitanti e, di conseguenza, la necessità di assistenza diventa un problema preponderante nella pianificazione sanitaria nazionale. Basti ricordare che, in base ai dati dello studio ILSA, circa il 25 per cento dei maschi e il 34 per cento delle femmine ultrasessantacinquenni risulta affetto da qualche forma di disabilità nelle attività quotidiane (lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.): la percentuale di totalmente autosufficienti nella popolazione tra i 65 e gli 84 anni è del 70 per cento, circa il 23 per cento ha una disabilità lieve, mentre circa il 3 per cento non è autosufficiente.

La percentuale di totalmente autosufficienti varia dall'87 per cento nei maschi di 65-69 anni, al 56,2 per cento in quelli di 80-84 anni, mentre nelle donne varia dall'88 per cento al 54,2 per cento. La disabilità lieve varia dal 9,6 per cento al 19,8 per cento nei maschi

.....

e dal 7,6 per cento al 19,4 per cento nelle donne, mentre la disabilità grave va dal 3,4 per cento al 24 per cento nei maschi, e dal 4,3 per cento al 26,3 per cento nelle donne negli stessi gruppi di età. Se pensiamo alla rapidità con cui il gruppo di ultraottantenni sta crescendo ed al fatto che nei prossimi decenni rappresenterà circa il 7 per cento della popolazione italiana, è ovvio che il peso dell'assistenza sanitaria a questa fascia della popolazione diventerà particolarmente rilevante. Il problema della perdita di autonomia funzionale è, ovviamente, ancora più pressante se si considera che, spesso, queste persone vivono sole. Per esempio, nel campione ILSA circa il 23 per cento degli uomini e il 25 per cento delle donne che vivono soli presentano qualche grado di disabilità nelle comuni attività quotidiane. Il 40 per cento dei maschi e il 32 per cento delle donne vivono con un'altra persona ultrasessantacinquenne e, tra questi, circa il 30 per cento ha limitazioni funzionali che ne condizionano l'autonomia.

Importante sottolineare, comunque, che in base ai risultati del follow up la disabilità fisica non è necessariamente una condizione che porta ad un progressivo declino, ma in una certa percentuale ci può essere un recupero importante della funzionalità fisica. Per esempio, tra le donne con disabilità lieve nel 1992, oltre il 40 per cento riacquista la piena autonomia funzionale nel 1995, così come la riacquista il 20 per cento di coloro che avevano una disabilità grave. Questo significa che, oltre a coloro che hanno una perdita di autonomia fisica permanente, ci sono anziani che, se adeguatamente assistiti con programmi di riabilitazione, possono riacquistare, totalmente o in parte, l'indipendenza funzionale.

L'indagine multiscopo dell'ISTAT segnala che le patologie più frequenti dichiarate dagli anziani e delle quali sono afflitti più del 10 per cento, sono: artrosi 52 per cento, ipertensione 35 per cento, osteoporosi 17 per cento, cataratta 16 per cento, vene varicose 16 per cento, lombosciatalgia 16 per cento, bronchite 14 per cento, altre malattie del cuore (escluso l'infarto) 13 per cento, diabete 12 per cento, cefalea 11 per cento.

E' inevitabile che ci siano discrepanze con i dati ILSA, soprattutto per quelle patologie in cui non esistono chiari segni e sintomi e che, quindi, possono essere sottostimate. Per esempio, mentre per il diabete le prevalenze sono molto simili (12 per cento verso 13 per cento dell'ILSA), per l'ipertensione ci sono differenze assolutamente clamorose (35 per cento verso il 60 per cento circa).

Con riferimento alla riduzione dell'autonomia personale dovuta ad una malattia cronica o ad una invalidità permanente, il 12,4 per cento delle donne anziane ed il 11,3 per cento degli uomini dichiarano di esserne affetti in modo saltuario mentre il 14,1 per cento delle donne e il 12,7 per cento degli uomini dichiarano di esserne affetti in modo continuativo.

Se i dati riportati vengono letti per sesso, si osserva che la frequenza delle patologie è quasi sempre maggiore nelle donne rispetto agli uomini e ciò vale anche per la riduzione di autonomia. Questo conferma quanto già è stato evidenziato nel paragrafo "La speranza di vita libera da disabilità" nel quale si afferma la maggiore longevità delle donne non si traduce in una migliore qualità della sopravvivenza. Si conferma quindi che il gruppo degli anziani non è un gruppo omogeneo in quanto le donne sono più numerose degli uomini e contemporaneamente sono più affette da malattie.

**Fattori di rischio.** I dati ILSA dimostrano che circa il 16 per cento delle donne e il 77 per cento degli uomini sono o sono stati fumatori. Di questi, circa il 16 per cento delle donne e il 41 per cento degli uomini fuma/fumava più di 20 sigarette al giorno. Oltre l'85 per cento dei fumatori lo è stato per un periodo superiore ai 10 anni.

.....

.....

Circa il 66 per cento delle donne e l'89 per cento degli uomini beve vino ogni giorno. Tra i bevitori, però, circa il 3 per cento delle donne e il 24 per cento degli uomini dichiara di bere più di 50 gr di alcol al giorno (mezzo litro di vino). Per quanto riguarda la dieta, abbiamo valutato solo il consumo di frutta e verdura e una percentuale molto bassa, ossia circa il 15 per cento delle donne e il 14 per cento degli uomini consumano almeno due porzioni di frutta o verdura al giorno.

L'indice di eccesso ponderale utilizzato in questa analisi è l'Indice di massa corporea (IMC o BMI), ossia il rapporto tra peso (in chili) e quadrato dell'altezza (in metri). I dati dimostrano che la media del BMI, sia nei maschi che nelle femmine, è tendenzialmente alto e superiore ai valori considerati normali (20-25 Kg/m<sup>2</sup>). Circa il 46 per cento dei maschi e il 39 per cento delle femmine è in sovrappeso e il 15 per cento e il 37 per cento rispettivamente è obeso, secondo la classificazione dell'OMS (BMI da 25 a 29,9 nei maschi e da 23,9 a 28,6 nelle femmine indica il sovrappeso, mentre un BMI superiore a 30 e a 28,6 rispettivamente indica l'obesità manifesta).

Se valutiamo la presenza di un fattore di rischio, quale l'obesità, in soggetti ipertesi, vediamo un'associazione significativa, con una prevalenza di obesità del 31,6 per cento e del 18,8 per cento rispettivamente nelle femmine e nei maschi ipertesi, contro una prevalenza del 21,5 per cento e del 11,4 per cento rispettivamente nei normotesi. Tale associazione resta costante in ogni gruppo di età, sia per i maschi sia per le femmine. Anche diabete e peso corporeo sono notoriamente associati: il 4 per cento delle donne e il 9 per cento degli uomini sottopeso sono diabetici, contro il 17 per cento e il 19,8 per cento rispettivamente degli obesi. Se consideriamo altri parametri biologici, la media del colesterolo totale è elevato in tutto il nostro campione (218 mg/dl), anche se con una variabilità molto elevata (SD 43,97). Tuttavia, i livelli di HDL sono alti (effetto protettivo sulla patologia cardiovascolare) e, come previsto, sono superiori nelle donne rispetto ai maschi.

La valutazione di fattori di rischio sociali, invece, effettuata nell'ILSA ha evidenziato come un basso livello di scolarità, usualmente utilizzato come indicatore di livello socio-economico, sia associato a tassi più elevati di malattie croniche invalidanti, quali per esempio demenza e scompenso cardiaco, di disabilità e di mortalità generale.

**Conclusioni.** L'analisi delle complesse relazioni tra caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione è necessaria per la razionale pianificazione della ricerca medica e dell'assistenza sanitaria. In questo secolo, la popolazione anziana ha subito un aumento numerico e relativo mai registrato in precedenza. La sopravvivenza superiore delle femmine rispetto ai maschi comporta un largo numero di donne spesso sole, in condizioni di salute scadenti e in situazioni economiche precarie, che richiedono interventi assistenziali sociosanitari spesso onerosi. Le proiezioni della popolazione nei prossimi 30-40 anni indicano un continuo aumento della popolazione anziana, con tutte le pesanti implicazioni assistenziali che si possono prevedere. Particolare attenzione va dedicata alle patologie disabilitanti che, pur non essendo mortali, causano perdita dell'autosufficienza tale da richiedere continua cura e assistenza. Gli sforzi della geriatria devono perciò essere diretti in misura massiva alla comprensione dei processi fisiologici e patologici legati all'invecchiamento. Solo raggiungendo le conoscenze sufficienti per prevenire o posporre le patologie e le disabilità dell'anziano, potremmo considerare l'invecchiamento della popolazione come una positiva conquista della nostra società e non come un problema e un peso per le generazioni più giovani.

## II PARTE

.....

### BIBLIOGRAFIA

- Amaducci L. Low educational level as a risk factor for disability in the elderly. *J Geront* 1998; 53: 484-490.
- Baldereschi M et al. ILSA Working Group: Dementia is a major predictor of death among the Italian elderly. *Neurology* 1999; 52:709-713.
- CNR, Progetto finalizzato invecchiamento. Roma: Resource Data Book, 1996.
- Di Carlo A et al. Influence of different screening procedures on the stroke prevalence estimates. The Italian Longitudinal Study on Aging. *Cerebrovascular diseases* 1999; 4: 231-237.
- Di Carlo A et al. Body-mass index and all-cause mortality in older people: the Italian Longitudinal Study on Aging. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 1035.
- Fries J.F. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine* 1980; 303:130, 1980.
- Grigoletto F et al. Il disabile anziano nel contesto familiare: risultati dello studio longitudinale del CNR sull'invecchiamento. In *Salute famiglia. Metodi di produzione e analisi statistica di dati.*. A cura di M.Bolzan et al. Roma: Cleup editrice, 1996.
- ISTAT, Indagine multiscopo sulle famiglie, 1999-2000.
- Kaplan GA et al. Mortality among the Elderly in the Alameda County Study: Behavioral and Demographic Risk Factors. *Am.J.Public Health* 1987; 77: 307.
- Maggi S. et al.. The Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA): Design and methods. *Aging Clin Exp Res* 1999; 6: 464-473.
- The ILSA Group. Prevalence of chronic diseases in older Italians: Comparing self-reported and clinical diagnosis. *Int J Epidemiol* 1997; 26: 5.
- Zamboni M et al. The relationship between body composition and physical performance in older women. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 1403-8.

### **Stranieri immigrati**

Gli stranieri regolarmente soggiornanti in Italia all'1 gennaio 2000 si possono stimare in 1.520.000 unità (secondo una stima ISTAT sulla base di dati del Ministero dell'interno); alla stessa data gli stranieri residenti sono 1.271.000 (dati ISTAT), equivalenti al 2,2 della popolazione residente complessiva in Italia al primo gennaio 2000, pari a 57.680.000 unità. Occorre, tra loro, distinguere i cittadini provenienti da Paesi appartenenti all'Unione europea (circa l'11 per cento). Facendo riferimento a quella che viene generalmente considerata la popolazione più tipicamente "immigrata" (proveniente dai paesi cosiddetti "a forte pressione migratoria"), è opportuno distinguere anche i soggetti provenienti da altri paesi europei occidentali non appartenenti all'Unione Europea e i cittadini nord-americani (questa comunità è attualmente la sesta in Italia per consistenza), che rappresentano complessivamente un ulteriore 4 per cento di tutti gli stranieri. Vi sono poi i soggetti irregolarmente presenti (persone entrate clandestinamente o a cui non è stato rinnovato il permesso di soggiorno) di cui, per definizione, è sconosciuta l'entità ma che, considerando la recente sanatoria, vengono attualmente stimati intorno alle 200-300.000 unità. È utile qui ribadire sinteticamente alcune considerazioni generali sul fenomeno migratorio e sugli aspetti sanitari a esso correlati, rimandando alla precedente Relazione sullo stato sanitario del paese, 1999 per un ampio inquadramento e per l'approfondimento di alcune aree:

- l'immigrazione è oggi una componente strutturale, ordinaria, della nostra società;
  - a partire dalla legge 40 del 1998, sono state emanate disposizioni sanitarie che delineano precise politiche per la salute di questi gruppi di popolazione (1), parzialmente ancora in corso di adozione in numerose realtà locali;
  - il Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000 ha, per la prima volta, dedicato una
- .....

**Tabella 47a. Ricoveri totali di stranieri residenti e non-residenti, anno 1998**

regioni	stranieri non residenti	stranieri residenti	totale stranieri	totale ricoveri nazionali	ricoveri di stranieri ogni 1.000 ricoveri	% ricoveri di non residenti sui ricoveri di stranieri
Piemonte	5.165	10.939	16.104	869.495	18,52	32,07
Valle d'Aosta	100	87	187	23.568	7,93	53,48
Lombardia	12.705	34.353	47.058	2.092.737	22,49	27,00
Provincia autonoma Bolzano	381	993	1.374	101.047	13,60	27,73
Provincia autonoma Trento	297	1.818	2.115	100.962	20,95	14,04
Veneto	4.113	14.147	18.260	1.101.534	16,58	22,52
Friuli v. Giulia	1.054	2.257	3.311	242.187	13,67	31,83
Liguria	2.853	4.360	7.213	412.618	17,48	39,55
Emilia Romagna	7.170	9.881	17.051	965.770	17,66	42,05
<b>Nord</b>	<b>33.838</b>	<b>78.835</b>	<b>112.673</b>	<b>5.909.918</b>	<b>19,07</b>	<b>30,03</b>
Toscana	6.867	9.055	15.922	719.603	22,13	43,13
Umbria	1.214	1.633	2.847	195.737	14,55	42,64
Marche	784	2.107	2.891	316.725	9,13	27,12
Lazio	4.589	42.984	47.573	1.069.812	44,47	9,65
<b>Centro</b>	<b>13.454</b>	<b>55.779</b>	<b>69.233</b>	<b>2.301.877</b>	<b>30,08</b>	<b>19,43</b>
Abruzzo	274	1.168	1.442	279.329	5,16	19,00
Molise	106	270	376	66.769	5,63	28,19
Campania	2.057	3.612	5.669	1.105.305	5,13	36,29
Puglia	1.745	1.883	3.628	941.388	3,85	48,10
Basilicata	138	3.406	3.544	109.410	32,39	3,89
Calabria	629	733	1.362	420.153	3,24	46,18
Sicilia	945	3.112	4.057	768.162	5,28	23,29
Sardegna	535	179	714	260.764	2,74	74,93
Sud e isole	6.429	14.363	20.792	3.951.280	5,26	30,92
<b>totale</b>	<b>53.721</b>	<b>148.977</b>	<b>202.698</b>	<b>12.163.075</b>	<b>16,67</b>	<b>26,50</b>

sezione specifica agli stranieri immigrati, considerati quali soggetti potenzialmente deboli cui destinare interventi specifici;

- non sono attualmente disponibili informazioni valide e continuative di carattere nazionale sulla salute degli immigrati (fatta eccezione per quelle di seguito illustrate);
- i principali fattori di rischio per la salute fisica e psichica degli immigrati sembrano riferibili alla dimensione sociale delle loro condizioni di vita (occupazione, alloggio, alimentazione, supporto psico-affettivo, ecc);
- l'accessibilità e la fruibilità dei servizi sanitari pubblici vengono ritenuti elementi di particolare criticità per la tutela della salute degli stranieri immigrati.

Viene di seguito analizzata l'attività di ricovero ospedaliero, per l'anno 1998, relativa a cittadini stranieri, utilizzando la banca dati della scheda di dimissione ospedaliera (SDO). L'assistenza ospedaliera rappresenta indubbiamente un aspetto rilevante dell'accesso degli

II PARTE

**Tabella 47b. Ricoveri totali di stranieri per Regione di ricovero ed area di provenienza, anno 1998**

regione	altri Paesi dell'Europa Occidentale	Europa dell'Est	Asia	Africa	America settentrionale	America centro-meridionale	Oceania	Apolidi o non indicato	totale	valore %
Piemonte	220	4.788	991	7.355	89	1.420	23	1.218	16.104	7,9
Valle d'Aosta	11	30	10	112	8	14	1	1	187	0,1
Lombardia	818	10.895	8.055	19.686	495	6.157	91	861	47.058	23,2
Prov. Auton. Bolzano	78	582	172	412	36	73	3	18	1.374	0,7
Prov. Auton. Trento	55	854	112	650	25	160	5	254	2.115	1,0
Veneto	295	5.434	1.836	7.918	794	1.284	63	636	18.260	9,0
Friuli V. Giulia	62	1.809	193	594	290	275	25	63	3.311	1,6
Liguria	165	2.057	612	2.359	117	1.854	16	33	7.213	3,6
Emilia Romagna	1.027	4.428	2.057	8.203	118	1.036	17	165	17.051	8,4
Toscana	373	5.669	3.371	4.247	548	1.474	70	170	15.922	7,9
Umbria	39	989	330	856	115	361	17	140	2.847	1,4
Marche	101	879	503	583	23	182	5	615	2.891	1,4
Lazio	1.573	14.615	6.271	14.224	2.626	7.276	426	562	47.573	23,5
Abruzzo	75	713	63	205	40	157	19	170	1.442	0,7
Molise	65	103	8	52	58	75	13	2	376	0,2
Campania	182	2.097	692	2.009	185	445	35	24	5.669	2,8
Puglia	213	2.141	283	560	65	81	10	275	3.628	1,8
Basilicata	-	5	1	11	-	-	-	3.527	3.544	1,7
Calabria	132	517	98	321	97	85	43	69	1.362	0,7
Sicilia	234	719	783	1.434	135	167	32	553	4.057	2,0
Sardegna	53	255	74	194	98	17	3	20	714	0,4
<b>totale</b>	<b>5.771</b>	<b>59.579</b>	<b>26.515</b>	<b>71.985</b>	<b>5.962</b>	<b>22.593</b>	<b>917</b>	<b>9.376</b>	<b>202.698</b>	<b>100,0</b>
<b>valore %</b>	<b>2,8</b>	<b>29,4</b>	<b>13,1</b>	<b>35,5</b>	<b>2,9</b>	<b>11,1</b>	<b>0,5</b>	<b>4,6</b>	<b>100,0</b>	

stranieri al SSN, anche se il ricovero costituisce solo un evento nel complesso dei bisogni assistenziali e delle prestazioni che vengono a farvi fronte.

Nel caso specifico della popolazione straniera manca, spesso, quella rete di continuità assistenziale che garantisce l'appropriato, tempestivo ed efficace ricorso alle cure. Si tratta di un fenomeno complesso e dinamico, influenzato dall'evoluzione del quadro normativo e da molti altri fattori, per cui una rappresentazione fedele e sintetica può essere possibile con il costante affinamento dei metodi e delle fonti di rilevazione. Attraverso le variabili rilevate con la scheda di dimissione ospedaliera è stato possibile individuare due gruppi di ricoveri relativi a pazienti non-italiani: da un lato le dimissioni dei pazienti stranieri potenzialmente iscritti al SSN, in quanto residenti in un comune italiano, e dall'altro le dimissioni di pazienti stranieri non residenti e quindi non iscritti al SSN. E' da precisarsi, infatti, che prima dell'emanazione delle disposizioni sanitarie contenute nel D.Lgs.DL 286/1998 e del suo regolamento di attuazione (DPR 394/1999), l'iscrizione al SSN non era possibile in assenza di residenza; è quindi possibile affermare che coloro che sono stati definiti non-residenti non erano sicuramente, all'anno 1998, iscritti al SSN (molto difficilmente sono stati iscritti nei restanti mesi dell'anno, considerato il periodo di diffusione, recepimento ed attuazione della legge e la mancanza del regolamento di attuazione, emanato nel novembre 1999); diversamente, non è possibile affermare che tutti coloro che sono stati definiti residenti fossero

**Tabella 48. Primi 15 paesi di provenienza per numero di ricoveri totali (con esclusione dei PSA), anno 1998**

paese di provenienza	ricoveri	% sul totale dei ricoveri	di cui non residenti
Marocco	25.565	13,5	3,0
Albania	19.516	10,3	3,6
Jugoslavia	13.990	7,4	2,3
Romania	8.839	4,7	1,5
Tunisia	8.625	4,6	1,0
Egitto	6.129	3,2	0,4
Polonia	5.955	3,1	1,0
Cina	5.948	3,1	0,9
Nigeria	5.587	3,0	1,2
Perù	5.228	2,8	0,6
Filippine	5.212	2,8	0,3
Senegal	4.852	2,6	0,6
Brasile	4.280	2,3	0,6
Ghana	4.135	2,2	0,4
Sri Lanka	3.407	1,8	0,2
altro	62.121	32,8	8,0
<b>totale</b>	<b>189.389</b>	<b>100,0</b>	<b>25,5</b>

iscritti nel 1998 al SSN, dato che prima del DL 286/1998 l'iscrizione era, ad eccezione dei lavoratori dipendenti e dei loro familiari, solo facoltativa.

Le variabili rilevate dalla SDO non consentono di distinguere gli stranieri regolarmente presenti da quelli irregolari, ma è comunque possibile affermare che la componente irregolare è compresa nella più ampia categoria dei non-residenti. La definizione di straniero, adottata in questo contesto, è conforme a quella prevista dalla legge (art. 1 del DL 286/1998) cioè di "cittadino proveniente da paese non appartenente all'Unione europea". Nel 1998 i ricoveri per acuti, effettuati sia in regime ordinario che in day hospital, relativi a cittadini non-italiani, sono stati pari a 238.327, in media circa 19,6 ricoveri ogni 1.000 ricoveri nazionali.

La distribuzione regionale dei ricoveri effettuati da cittadini stranieri propriamente detti, esclusa quindi l'Unione Europea, è invece riportata nella tabella 47a. Complessivamente sono stati effettuati 202.698 ricoveri di cittadini stranieri (quasi l'1,7 per cento dei ricoveri totali); il 26,5 per cento di questi è relativo a pazienti non-residenti. La variabilità regionale dell'incidenza di ricoveri stranieri sul totale dei ricoveri è molto ampia: essa raggiunge i valori massimi nel Lazio e nella Basilicata, regioni dove peraltro è meno significativo il peso di pazienti stranieri non-residenti, ed assume invece i valori più bassi nelle regioni meridionali, in particolare in Sardegna, Puglia e Calabria. La distribuzione dei ricoveri tra le regioni, espressi in numero assoluto, vede ai primi posti Lazio e Lombardia, con oltre 47.000 ricoveri ciascuna; Emilia Romagna, Veneto, Piemonte e Toscana registrano oltre 15.000 ricoveri ognuna.

Nella tabella 48 è rappresentata la distribuzione regionale dei ricoveri complessivi di pazien-

II PARTE

**Tabella 49. Primi 15 aggregati clinici di diagnosi (ACC) per numero di ricoveri ordinari in regime ordinario di stranieri (con esclusione dei PSA), anno 1998**

aggregati clinici di diagnosi		stranieri residenti		stranieri non residenti		valore nazionale	
		n	%	n	%	n	%
196	gravidanza e/o parto normale	11.305	9,7	2.362	5,7	310.099	3,2
195	altre complicanze del parto e del puerperio che comportano un trattamento della madre	3.392	2,9	540	1,3	116.443	1,2
181	altre complicazioni della gravidanza	3.351	2,9	946	2,3	66.454	0,7
218	nati vivi sani	2.924	2,5	823	2,0	181.867	1,9
251	dolore addominale	2.387	2	1.044	2,5	102.771	1
182	perdita ematica in gravidanza, abruptio placentae, placenta previa	2.221	1,9	663	1,6	54.682	0,6
233	traumatismo intracranico	2.195	1,9	1.634	4,0	120.827	1,2
142	appendicite e altre malattie dell'appendice	2.122	1,8	932	2,3	103.422	1,1
160	calcolosi delle vie urinarie	2.041	1,7	782	1,9	143.163	1,5
178	aborto indotto	1.963	1,7	854	2,1	48.953	0,5
184	minaccia o travaglio di parto precoce	1.922	1,6	517	1,3	43.462	0,4
239	traumatismi superficiali, contusioni	1.805	1,5	1.098	2,7	99.201	1
122	polmoniti (escluse quelle causate da tubercolosi o da malattie sessualmente trasmesse)	1.655	1,4	663	1,6	120.095	1,2
205	spondilosi, patologie dei dischi intervertebrali, altri disturbi del dorso	1.599	1,4	336	0,8	161.090	1,6
<b>totale dei primi 15 ACC</b>		<b>40.882</b>	<b>34,9</b>	<b>13.194</b>	<b>32,1</b>		
<b>totale generale</b>		<b>116.756</b>	<b>100</b>	<b>41.237</b>	<b>100</b>		

ti stranieri secondo l'area geografica di provenienza. Oltre il 65 per cento dei cittadini stranieri ricoverati proviene dall'Africa (35,5 per cento) e dall'Europa dell'est (29,4 per cento); il 13,1 per cento dall'Asia e l'11,1 per cento dall'America centro meridionale. La tabella riporta la distribuzione dei ricoveri per le principali comunità (primi 15 paesi di provenienza per numero di ricoveri effettuati) che rappresentano, da sole, il 68,2 per cento dei ricoveri totali. In questa analisi non si tiene conto dei Paesi cosiddetti "a sviluppo avanzato" (PSA) corrispondenti ai Paesi dell'Europa occidentale, dell'America settentrionale, dell'Oceania e al Giappone. Il totale dei ricoveri analizzati si riduce quindi a 189.389 ricoveri su stranieri, di cui il 25,5 per cento non-residenti. Il maggior numero di ricoveri è stato effettuato su soggetti provenienti da Marocco, Albania e Jugoslavia (Serbia e Montenegro), che insieme esprimono quasi un terzo dei ricoveri di stranieri (31,2 per cento) e che erano, comunque, 3 delle prime 4 comunità soggiornanti in Italia al 31/12/1998.

Le tabelle 49 e 50 analizzano le principali cause di ricovero distintamente per regime ordinario e day hospital (2). Esse descrivono i primi 15 aggregati clinici di diagnosi (codici ACC) per il regime ordinario e i primi 10 ACC per il day hospital; gli aggregati clinici di codici (ACC) costituiscono aggregati dei codici di diagnosi, utilizzati per rappresentare sinteticamente la casistica trattata; i codici sono raggruppati secondo un criterio di significatività e omogeneità clinica. Le principali cause di ricovero sono riassumibili nei seguenti gruppi:

**Tabella 50. Primi 10 aggregati clinici di diagnosi (ACC) per numero di ricoveri in day hospital di stranieri (con esclusione dei PSA), anno 1998**

aggregati clinici di diagnosi	casi in day hospital stranieri residenti		stranieri non residenti		valore nazionale	
	n	%	n	%	n	%
178 aborto indotto	6.607	27,2	3.975	56,0	90.588	3,8
5 infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)	914	3,8	380	5,4	37.211	1,6
1 tubercolosi	557	2,3	208	2,9	4.995	0,2
6 epatite	466	1,9	63	0,9	46192	1,9
45 chemioterapia e radioterapia	417	1,7	139	2,0	126.529	5,3
47 altri e non specificati tumori benigni	383	1,6	43	0,6	73.853	3,1
59 anemia da carenza e altre anemie	371	1,5	129	1,8	40.414	1,7
181 altre complicazioni della gravidanza	345	1,4	95	1,3	11.808	0,5
174 infertilità femminile	326	1,3	39	0,5	9.089	0,8
58 altri disordini endocrini, metabolici e nutrizionali	273	1,1	29	0,4	36.715	1,5
<b>totale dei primi 15 ACC</b>	<b>10.659</b>	<b>43,8</b>	<b>5.100</b>	<b>71,8</b>		
<b>totale generale</b>	<b>24.295</b>	<b>100</b>	<b>7.101</b>	<b>100</b>		

gravidanza e parto, traumatismi e aborto. La tabella 49 mostra che, per gli stranieri residenti, tra le prime sei maggiori cause di ricovero, cinque sono connesse alla gravidanza e al parto (sono solo due per i non-residenti). Il "dolore addominale" non ulteriormente precisato è tra le prime cause di ricovero in entrambi i gruppi, mentre nell'insieme dei ricoveri registrati in Italia esso occupa il ventiquattresimo posto: molte sono le possibili spiegazioni di questa diversità, probabilmente legata a un differente percorso diagnostico-terapeutico, laddove gli italiani tendono a rivolgersi ad altri e più adeguati livelli assistenziali.

I "traumatismi intracranici" costituiscono la settima causa di ricovero per i residenti (1,9 per cento) e la seconda per i non-residenti (4 per cento), (3), mentre tra gli italiani sono la sedicesima causa (1,2 per cento).

Attraverso ulteriori elaborazioni è stato possibile rilevare che, tra le malattie infettive, le malattie del tratto respiratorio superiore e inferiore assommano a una frequenza del 3,3 per cento nei residenti e del 3,8 per cento nei non-residenti, da confrontare con il valore di riferimento nazionale, pari a 2,3 per cento. Il confronto può essere effettuato anche per classi di età omogenee; considerando la classe modale 15-44 anni, si ottengono frequenze relative pari a 1,7 per cento negli stranieri e 1 per cento nel totale dei ricoveri nazionali (4).

Tra le cause di ricovero sono scarsamente rappresentate, in entrambi i gruppi, le malattie cronico-degenerative, evidenza chiaramente collegabile al fatto che la popolazione dei ricoverati stranieri è molto più giovane di quella italiana, essendo concentrata nella fascia d'età 15-44 anni e riflette la composizione per età della popolazione straniera complessiva.

Nell'analisi delle frequenze dei casi di day hospital (tabella 50), si può rilevare come il nume-

## II PARTE

.....

ro assoluto di accessi effettuati per HIV/AIDS sia contenuto, tenendo presente che il day hospital può rappresentare la modalità assistenziale prevalente se non quasi obbligata per le fasce deboli. È da rilevare inoltre che i dati relativi alla popolazione italiana compresa nella classe d'età 15-44 anni (classe modale nel complesso di ricoveri effettuati da stranieri) mostrano una frequenza relativa delle infezioni da HIV/AIDS in regime di day hospital pari al 3,7 per cento (con un totale di accessi di oltre 29.000), inferiore al dato degli stranieri, pari al 5,9 per cento; tuttavia il numero assoluto è contenuto a 1.065 casi.

In entrambi i gruppi di straniere, l'aborto indotto è di gran lunga la prima causa di ricovero in day hospital, con un valore relativo doppio tra i non-residenti (56 per cento) rispetto ai residenti (27,2 per cento); nel complesso dei ricoveri registrati in Italia, l'aborto indotto è sì la seconda causa di ricovero in day hospital, ma con una frequenza pari al 3,8 per cento.

Tali dati sono coerenti con una rilevazione e analisi a hoc curata dall'ISTAT e dall'Istituto superiore di sanità. Da quest'ultima è emerso che il tasso di abortività (cioè il numero di interruzioni volontarie di gravidanza effettuate ogni 1.000 donne di un certo gruppo di età, in questo caso tra i 18 e i 49 anni) stimato per le donne con cittadinanza straniera è stato di 28,7 per mille nel 1998 (27,4 per mille nel 1995; 29,1 per mille nel 1996; 26,4 per mille nel 1997), valori di circa tre volte superiori a quelli osservati tra le cittadine italiane, i cui tassi nella stessa fascia di età risultano pari, negli stessi anni, a circa il 9 per mille. Va sottolineato che i tassi sulle straniere sono stimati, in quanto è stimato il denominatore (quantità di donne straniere residenti in Italia nello stesso anno, di età compresa tra i 18 e i 49 anni, calcolato sulla base dei permessi di soggiorno in quella fascia d'età e sull'assunto che circa il 95 per cento di queste richiede la residenza). Contrariamente alle italiane, nelle donne straniere si osserva un aumento dei tassi passando dalle età più giovani a quelle più avanzate. Questi risultati vengono interpretati, oltretutto come prova di una scarsa conoscenza dei metodi contraccettivi, come segno inequivoco del disagio sociale frequentemente vissuto dalle giovani donne immigrate (assenza di un nucleo familiare stabile, precarietà socio-economica, lavorativa e alloggiativa, mancanza di figure di riferimento e supporto, esercizio della prostituzione, ecc.).

### NOTE

1) Vedi DL 286/98 (artt. 34, 35 e 36); DPR 23 luglio 1998 (PSN 1998-2000); DPR 394/99 (artt. 42, 43 e 44); Circolare Min. sanità 24 marzo 2000, n. 5.

2) Per l'analisi della casistica espressa in termini di Raggruppamenti omogenei di diagnosi (ROD o DRG) si rimanda all'indagine completa effettuata dal Dipartimento della programmazione del Ministero della sanità e presentata il 7 marzo 2001.

3) Nello stesso gruppo i "traumatismi superficiali e contusioni" sono la terza causa di ricovero con il 2,7 per cento.

4) Non tutti i dati riferiti sono riportati nelle tabelle.

### BIBLIOGRAFIA

Commissione per le Politiche di integrazione degli immigrati. Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia. Presentato a Roma il 13.12.2000 (in corso di stampa).

Decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998. Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000. Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale 288 del 10 dicembre 1998 - Serie generale.

Fortino A et al. Rapporto nazionale sui ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia. Dati SDO 1998. Agenzia sanitaria italiana 2001; 10: 6-25.

.....

- Geraci S et al. Migrazioni e salute in Italia, in Migrazioni. Scenari per il XXI secolo a cura dell'Agenzia Romana per il Giubileo. Roma, 2000; 1295-1379.
- Geraci S et al. Donne e bambini immigrati, in M. Geddes e G. Berlinguer, La salute in Italia. Rapporto 1998. Roma: Ediesse, 1998; 43-76.
- ISMU (Fondazione Cariplo per le Iniziative e lo studio sulla multiethnicità). Quinto rapporto sulle migrazioni 1999. Milano: FrancoAngeli, 2000.
- Marceca M et al. Immigrazione e salute, in M. Geddes e G. Berlinguer, La salute in Italia. Rapporto 1997. Roma: Ediesse, 1997,169-199.
- Ministero della sanità – Servizio studi e documentazione. Relazione sullo stato sanitario del Paese 1999. Roma: Sistema informativo sanitario, 2000; 156-179.
- Zincone G (a cura di). Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia. Bologna: il Mulino, 2000, 273-315.

## **Disabili**

Se consideriamo la disabilità come l'incapacità di fare e operare nelle attività della vita quotidiana, valutiamo il modo con cui la persona si pone nei confronti dell'ambiente e non le attività delle singole parti del suo sistema corporeo come possono essere i suoi apparati od organi.

La malattia è viceversa intesa spesso come un fenomeno locale che risponde a regole di tipo biologico. Secondo questa distinzione esiste quindi la possibilità che un organo possa essere ammalato senza che ciò comporti direttamente e immancabilmente una disabilità e viceversa è possibile che una persona manifesti una perdita delle sue abilità in misura non direttamente proporzionale alla disfunzione di parti del suo organismo.

Di fatto ciò è quello che frequentemente avviene per alcune categorie di malattie quali quelle congenite o in ogni modo dell'età evolutiva, quelle psichiatriche o per le condizioni legate all'invecchiamento, in cui il modello di riferimento non è dato dal buono o cattivo livello di funzionamento degli apparati colpiti dagli eventi patogeni, ma dall'alterazione del comportamento della persona stessa in relazione all'ambiente in cui vive e si esprime. Analogamente un altro problema si pone se utilizziamo criteri multidimensionali di valutazione ovvero se vogliamo misurare la disabilità in termini di prestazioni. In questo caso quanto più diminuiscono le capacità prestazionali tanto più aumenterebbe la disabilità. Tuttavia è intuitivo verificare a esempio che la perdita del cammino non corrisponde necessariamente a una disabilità nella locomozione, se la persona è in grado di andare dove desidera attraverso l'utilizzo di una carrozzina.

Analogamente la perdita della capacità di correre o la diminuzione della velocità della marcia ha un significato radicalmente diverso, se si manifesta in un bambino, in un adulto o in un anziano. Inoltre se misuriamo le singole prestazioni dobbiamo utilizzare parametri diversi come a esempio minuti, passi, metri eccetera. L'autosufficienza è, viceversa, un parametro monodimensionale, poiché è misurabile solo nei termini della modificazione del grado di dipendenza dall'aiuto o dall'assistenza di altre persone, costituisce dunque una valida unità di misura della disabilità, perché prende in considerazione il comportamento dell'individuo nella sua globalità piuttosto che il funzionamento di singole sue componenti.

La perdita dell'autosufficienza rappresenta uno dei rischi maggiori delle età anziane e provoca ancor più della presenza di una particolare malattia conseguenze personali familiari e sociali di grande rilievo. Proprio a tali conseguenze è riconducibile l'emergere di necessità e bisogni della collettività destinati ad avere un impatto notevole sulle scelte di

II PARTE

**Tabella 51. Disabili di 6 anni e più per sesso e tipo di disabilità secondo la classe di età, anno 1999. Indagine sulla salute, trimestri settembre/dicembre 1999 (tassi per cento persone)**

	classi di età								
	6-14	15-24	25-44	45-54	55-64	65-74	75-79	80 e più	<b>totale</b>
<b>maschi</b>									
disabili	1,50	0,84	1,09	1,74	3,47	7,33	16,01	38,5	3,55
confinamento individuale	0,27	0,32	0,42	0,75	0,89	2,67	6,02	21,07	1,42
difficoltà nelle funzioni	0,97	0,47	0,57	0,66	1,56	3,84	9,76	27,87	2,05
difficoltà nel movimento	0,21	0,38	0,35	0,65	1,79	4,24	7,74	17,39	1,62
difficoltà vista udito, parola	0,21	0,16	0,3	0,63	0,87	1,27	4,28	10,14	0,87
<i>popolazione</i>	<i>2.674</i>	<i>3.453</i>	<i>8.868</i>	<i>3.753</i>	<i>3.253</i>	<i>2.582</i>	<i>909</i>	<i>643</i>	<i>26.135</i>
<b>femmine</b>									
disabili	1,48	1,03	0,99	1,53	4,58	10,91	23,91	51,67	6,33
confinamento individuale	0,4	0,67	0,54	0,53	1,66	3,89	9,41	28,02	2,86
difficoltà nelle funzioni	0,79	0,58	0,34	0,46	1,7	5,14	14,24	38,36	3,71
difficoltà nel movimento	0,27	0,35	0,31	0,75	2,51	6,1	13,47	27,55	3,3
difficoltà vista udito, parola	0,23	0,11	0,28	0,39	0,55	1,66	2,98	12,36	1,19
<i>popolazione</i>	<i>2.379</i>	<i>8.744</i>	<i>3.862</i>	<i>3.422</i>	<i>3.186</i>	<i>1.342</i>	<i>1.386</i>	<i>27.814</i>	
<b>totale</b>									<b>totale</b>
disabili	1,49	0,94	1,04	1,64	4,04	9,31	20,72	47,5	4,98
confinamento individuale	0,33	0,5	0,48	0,64	1,28	3,34	8,04	25,82	2,16
difficoltà nelle funzioni	0,88	0,53	0,46	0,56	1,63	4,56	12,43	35,03	2,9
difficoltà nel movimento	0,24	0,37	0,33	0,7	2,16	5,27	11,15	24,33	2,49
difficoltà vista udito, parola	0,22	0,14	0,29	0,51	0,7	1,49	3,51	11,66	1,04
<i>popolazione</i>	<i>5.168</i>	<i>6.832</i>	<i>17.612</i>	<i>7.615</i>	<i>6.675</i>	<i>5.768</i>	<i>2.252</i>	<i>2.029</i>	<i>53.950</i>

allocazione di risorse per l'assistenza sociosanitaria. L'indagine sulle condizioni di salute, condotta dall'ISTAT, rappresenta a tutt'oggi l'unica fonte nazionale, sia pur con il limite di non includere la popolazione residente in istituzioni, che tenti di quantificare il fenomeno della disabilità intesa come riduzione o perdita di capacità funzionali conseguenti a una menomazione. Dal punto di vista operativo questo approccio si è tradotto sottoponendo agli intervistati una lista di quesiti relativi alla capacità di svolgere un insieme selezionato di funzioni e attività, che afferiscono a tre dimensioni essenziali:

- la dimensione fisica relativa alla mobilità all'interno del proprio spazio vitale; in questo senso il "confinamento" permanente nella propria abitazione, in un letto o su una sedia rappresenta l'espressione di massima gravità;
- la dimensione della comunicazione con riferimento alla vista, all'udito e alla parola;
- la dimensione delle "funzioni della vita quotidiana" che attiene più specificatamente alle attività di cura della propria persona.

In questo contesto sono referenziati come disabili gli individui che hanno dichiarato di essere soggetti a limitazioni gravi di autonomia in almeno una delle dimensioni elencate.

**Tabella 52. Persone di 6 anni e più disabili e non per stato di salute dichiarato secondo la classe di età. Indagine sulla salute, trimestri settembre/dicembre 1999 (percentuali di colonna)**

	classi di età							totale
	6-14	15-24	25-44	45-54	55-64	65-74	75 e più	
<i>disabili</i>								
male o molto male	3,3	26,9	33,6	40,2	53,3	64,3	61	55,6
discretamente	14,4	22,3	35,4	42,4	40,2	31,9	35	34,4
bene o molto bene	82,3	50,8	31	17,3	6,5	3,8	4	10
<b>totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<i>non disabili</i>								
male o molto male	0,6	1,1	1,8	5,2	8,9	13,4	15,2	4,9
discretamente	6,1	12,9	24,3	42,4	52,8	62	65,3	33,3
bene o molto bene	93,3	86	73,9	52,4	38,3	24,5	19,5	61,8
<b>totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Sulla base dei primi due trimestri dell'ultima indagine sulla salute 1999-2000, i disabili ammontano a circa 2.700.000 individui, pari al 5 per cento della popolazione italiana di 6 anni e più; tenuto conto che i dati dell'indagine, possono sottostimare il fenomeno (1), tale percentuale è decisamente rilevante. Al crescere dell'età la quota di persone interessate da problemi di disabilità si fa progressivamente più elevata: tra gli anziani di 65 anni e più raggiunge il 20 per cento mentre quasi un individuo su due è disabile dopo gli 80 anni.

In questo quadro le donne risultano fortemente svantaggiate con un tasso complessivo del 6,3 per cento contro il 3,6 per cento degli uomini; anche a parità di età il differenziale tra i sessi appare consistente, le distanze maggiori si registrano nelle fasce anziane. Nell'ambito delle dimensioni esplorate quella più frequentemente compromessa è relativa alle difficoltà nelle attività quotidiane. Circa il 3 per cento delle persone di 6 anni e più non è in grado di provvedere autonomamente alla propria cura personale. Queste limitazioni insorgono prevalentemente in tarda età; in particolare è al di sopra dei 74 anni che il problema raggiunge proporzioni considerevoli: tra i 75 e i 79 anni riguarda il 12 per cento della popolazione e almeno un individuo su tre dopo gli 80 anni. Rilevante è la quota di persone che hanno bisogno di aiuto per farsi il bagno o la doccia, circa 1.300.000 individui, l'81 per cento dei quali ha più di 65 anni.

Tutt'altro che trascurabile è inoltre la quota di popolazione che deve essere aiutata per vestirsi o spogliarsi (650.000) o per consumare i pasti (350.000). Circa 200.000 individui ha difficoltà anche a lavarsi mani e viso. Le condizioni più gravi di disabilità sono relative alla riduzione pressoché totale di autonomia nel movimento; ciò comporta la costrizione a vivere permanentemente a letto o su una sedia o confinati nella propria abitazione a causa di malattia o invalidità. Queste condizioni riguardano oltre un milione di individui (il 2 per cento) con quote significativamente più elevate tra gli anziani. Dopo gli 80 anni i tassi raggiungono il 21 per cento per gli uomini e il 28 per cento per le donne. Relativamente agli aspetti legati alla locomozione si può osservare che il 2,5 per cento della popolazione presenta limitazioni nel salire o scendere le scale, camminare o raccogliere oggetti da terra.

Tali problemi sono naturalmente prevalenti nella popolazione anziana: dopo i 75 anni di età il tasso raggiunge complessivamente il 17 per cento con uno scarto notevole tra uomini e donne a svantaggio di queste ultime, l'11,7 per cento contro il 20 per cento rispettivamente. Le difficoltà nella sfera della comunicazione, quali l'incapacità di vedere, sentire o parlare, coinvolgono circa l'1 per cento della popolazione di 6 anni e più, e nell'età inferiore ai 60 anni colpiscono più i maschi che le femmine. Lungi dal considerare il disabile una categoria sociale va tuttavia evidenziato che le caratteristiche strutturali, le condizioni di vita, le risorse educative e di lavoro di questa fascia di popolazione configurano un quadro di disagio, e in taluni casi di precarietà, con cui il sistema sanitario e sociale nel suo complesso devono necessariamente confrontarsi.

Uno stato di salute compromesso può aver pregiudicato a sua volta la possibilità di lavoro e di affermazione sociale contribuendo ad aggravare lo svantaggio sociale di questo gruppo di popolazione. In tutte le classi di età la proporzione di persone che hanno conseguito un titolo di studio superiore alla scuola dell'obbligo è tra i disabili sensibilmente inferiore rispetto al resto della popolazione.

Ciò dimostra quanto ancora debba essere fatto per la reale integrazione dei disabili nella società. Un titolo di studio adeguato è, oggi più che in passato, la prima via di accesso al mercato del lavoro. Nonostante il notevole impegno normativo per garantire pari opportunità alle persone disabili si stima che gli occupati non raggiungano le 150.000 unità, pari al 19 per cento degli individui disabili in età lavorativa. L'analisi per età rivela come le forti discriminazioni siano evidenti sin dall'ingresso nel mondo del lavoro. La percentuale di occupati fra i disabili maschi di età compresa fra 20 e 44 anni è del 44 per cento, contro l'85 per cento dei loro coetanei senza disabilità. Fra le donne tale differenza è di 35 punti percentuali.

Fra i 45 e i 64 anni la percentuale di donne occupate nella popolazione complessiva è il triplo rispetto alle donne disabili. Un ulteriore elemento di criticità è rappresentato dal contesto familiare del disabile. È infatti la famiglia che molto spesso si fa carico delle necessità assistenziali del disabile. La particolare struttura per età di questo segmento di popolazione, dove preponderante è il peso delle classi di età elevate, fa sì che vi si rintraccino le stesse tipologie familiari degli anziani, caratterizzate da una forte componente femminile che vive in famiglie senza nuclei, più frequentemente come persona sola (36 per cento), e da una componente maschile collocata più spesso in famiglie mononucleari. Un dato di notevole interesse è rappresentato dagli oltre 750.000 disabili che vivono da soli; si tratta prevalentemente di donne (86 per cento) delle quali l'80 per cento con età superiore ai 74 anni.

Quasi il 26 per cento vive in coppia senza figli; un 10 per cento vive come "membro aggregato" contro poco più dell'1 per cento degli individui senza disabilità. I disabili maschi si trovano con frequenza più elevata (38 per cento) a vivere in coppia con la propria moglie, senza figli. Rilevante è anche la quota di famiglie caratterizzate da coppie con figli in cui il padre è disabile: sono il 22,3 per cento delle famiglie degli uomini e sono, maggiormente concentrate nelle fasce di età centrali.

Per quanto riguarda le donne, un'ulteriore considerazione riguarda la circostanza che al crescere dell'età vanno a costituire con frequenza superiore a quella dei loro coetanei maschi il membro aggregato di coppie con figli (6,7 per cento). Se infine guardiamo allo stato civile, ancora una volta la struttura per età determina fortemente la distribuzione: il

.....

50 per cento delle donne è vedova, contro solo il 9 per cento degli uomini. Al tempo stesso ben il 64 per cento degli uomini è coniugato, contro solo il 33 per cento delle donne. **Le condizioni di salute e i consumi sanitari dei disabili.** L'indicatore di percezione soggettiva dello stato di salute ben si presta a esprimere un bisogno sanitario elaborato e valutato come sintesi di aspetti medici, psicologici e sociali che incidono sulle condizioni di vita del disabile.

Globalmente il 55 per cento della popolazione disabile percepisce come cattivo il proprio stato di salute, contro appena il 5 per cento del resto della popolazione di 6 anni e più. Solo il 10 per cento delle persone disabili dichiara di stare "bene o molto bene", a fronte del 61,8 per cento della popolazione non disabile (tabella 52). Questo dato complessivo è fortemente condizionato dalla prevalenza di anziani tra i disabili anche se già a partire dai 55 anni oltre la metà dei disabili si percepisce in cattiva salute.

È soprattutto tra i giovani che la condizione di disabile viene vissuta con particolare gravità; infatti risulta molto ampio il divario tra le proporzioni di coloro che si percepiscono in buona salute a seconda della presenza o meno di disabilità: solo il 50,8 per cento per cento dei ragazzi disabili di 15-24 anni dichiara di stare "bene o molto bene" a fronte dell'86 per cento dei loro coetanei non disabili.

Presenza di disabilità e presenza di malattie croniche, sono fenomeni altamente correlati. L'87 per cento delle persone disabili risultano affette da almeno una malattia cronica contro il 47 per cento del resto della popolazione. A parità di età i quozienti di morbosità cronica tra le persone disabili sono di gran lunga superiori a quelli di tutta la popolazione, e ciò per la quasi totalità delle malattie croniche rilevate.

Indipendentemente dall'eziologia della disabilità, fatta eccezione per alcune tipologie di disabilità, per es. quelle della comunicazione non associate ad altre forme di disabilità, tutte le altre sono spesso associate al moltiplicarsi delle comorbidità di tipo cronico. Sono multicronici il 74 per cento delle persone disabili contro il 28 per cento del resto della popolazione di 6 anni e più. L'utilizzo di servizi socio-sanitari costituisce un elemento fondamentale della domanda espressa da una popolazione e, come tale ne riflette i differenti livelli di morbosità.

Le persone disabili, pertanto, si qualificano come consumatori "forti" dei servizi sociosanitari. Oltre il 51 per cento ha effettuato almeno una visita nelle ultime quattro settimane precedenti l'intervista, contro il 25 per cento del resto della popolazione, per un ammontare complessivo di oltre 3 milioni di visite.

Più elevato è anche il numero medio di visite per persona, nello stesso periodo di riferimento: 2,2 tra i disabili e 1,7 nel resto della popolazione. La domanda di consultazioni mediche aumenta con l'aumentare dell'età, dal 21,5 per cento nella fascia di età compresa tra i 6-14 anni si passa al 54,6 negli ultra sessantacinquenni. Su 100 disabili di 6 anni e più le consultazioni presso un medico generico sono state circa 69 a fronte delle 19 effettuate dalla popolazione di 6 anni e più.

Meno accentuato è il ricorso alle visite specialistiche: sono state circa 45 le visite specialistiche effettuate per 100 disabili, contro le 23 della popolazione. Il confronto territoriale evidenzia un maggior ricorso allo specialista da parte delle persone disabili del Sud e delle Isole rispetto a quelle del Nord. Il ricorso allo specialista privato risulta complessivamente più contenuto nella popolazione disabile rispetto al resto della popolazione: complessivamente la quota a pagamento delle consultazioni specialistiche è rispettiva-

## II PARTE

---

mente pari al 42 per cento e al 65 per cento. Gli specialisti più consultati dalle persone con disabilità risultano essere in maggior misura il cardiologo, seguito dall'ortopedico, dal neurologo e dall'oculista. Circa il 13 per cento è stato ricoverato almeno una volta negli ultimi 3 mesi precedenti l'intervista a fronte del 3 per cento circa della popolazione senza disabilità. Pur se con adeguata cautela, tenuto conto dell'esiguità del fenomeno e in attesa di dati più consistenti, giova soffermarsi infine sul ricorso ai servizi di assistenza domiciliare e ai centri di riabilitazione. Meno del 10 per cento dei disabili sembrerebbe ricorrere al servizio di assistenza domiciliare, di questi l'82 per cento ha un'età superiore a 64 anni..

Sono infine ricorsi a centri di riabilitazione pubblici o privati negli ultimi 3 mesi, meno del 9 per cento delle persone disabili, con tassi di utilizzo leggermente decrescenti rispetto all'età.

### NOTE

(1) Per definizione la scala A.D.L. dell'OMS non consente di rilevare la disabilità nei bambini con età inferiore ai sei anni. Inoltre tale scala non consente di cogliere adeguatamente le disabilità di tipo mentale.