

**PARTE PRIMA**  
**Il contesto regionale**



# I. POPOLAZIONE E FAMIGLIE

## I.1 Dinamica demografica, struttura e distribuzione sul territorio regionale

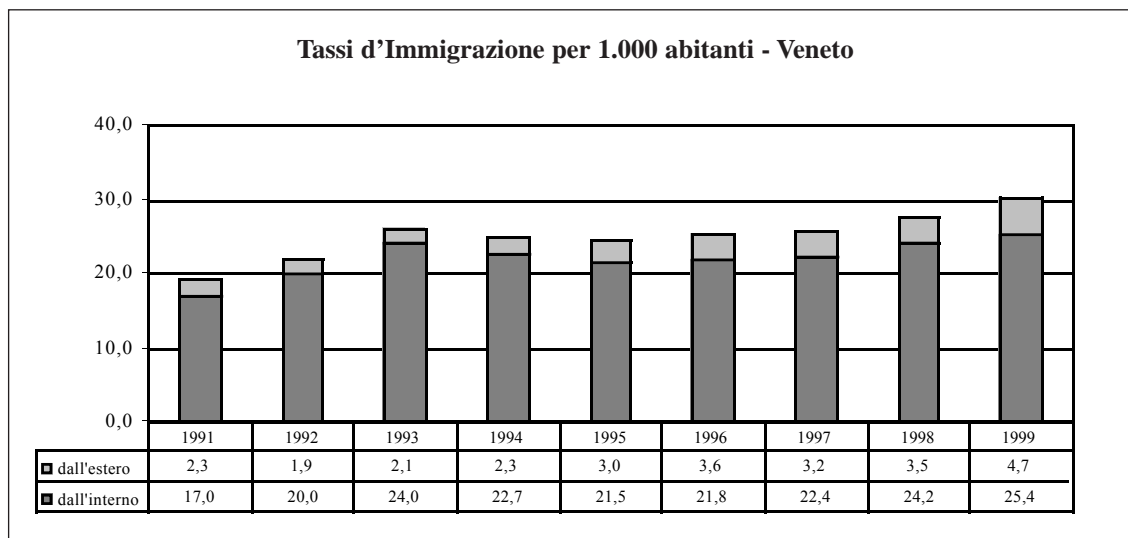
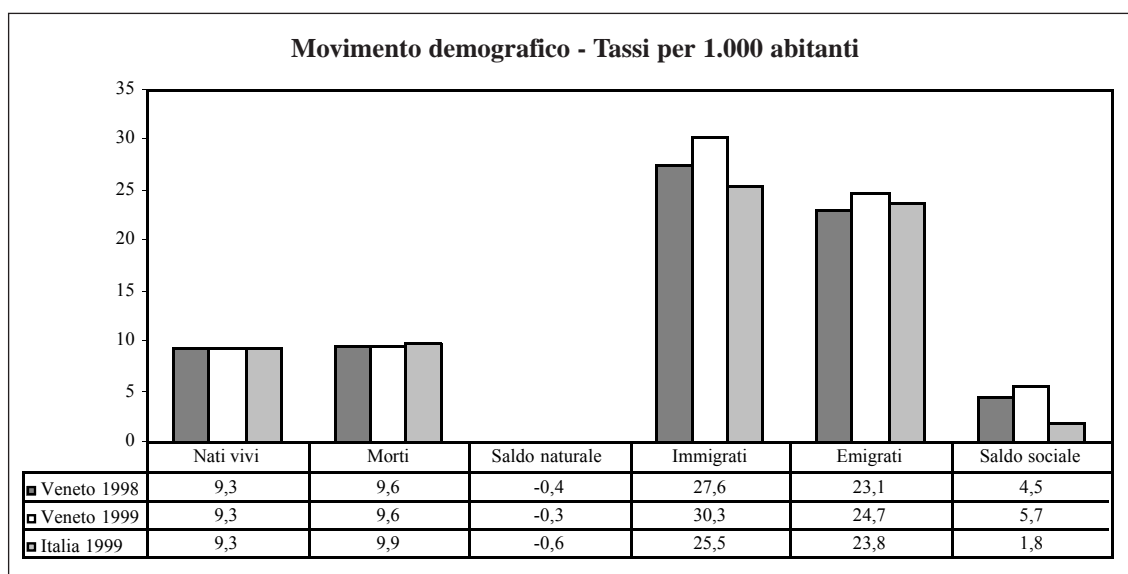
### DINAMICA DEMOGRAFICA Quadro regionale

Anche nel 1999, si è registrato un aumento della popolazione regionale, determinato, come per gli anni precedenti, da un saldo migratorio fortemente positivo e più che triplo rispetto a quello medio nazionale.

La **componente naturale** si conferma attorno allo zero, con valore analogo a quello osservato negli ultimi due anni e in linea con il valore nazionale. Dal 1997 il Veneto recupera lievemente in natalità (+1,4%) presumibilmente legato alla stabilizzazione della popolazione immigrata e al ricongiungimento familiare della stessa. Non appare significativo, invece, il lieve aumento (+1,6%) della mortalità, ma anzi, considerando il processo di invecchiamento in atto, fa ancora apprezzare i livelli di mortalità della nostra regione. Un'analisi più approfondita della dinamica di queste due componenti naturali si rimanda a specifici capitoli successivi.

### Popolazione residente

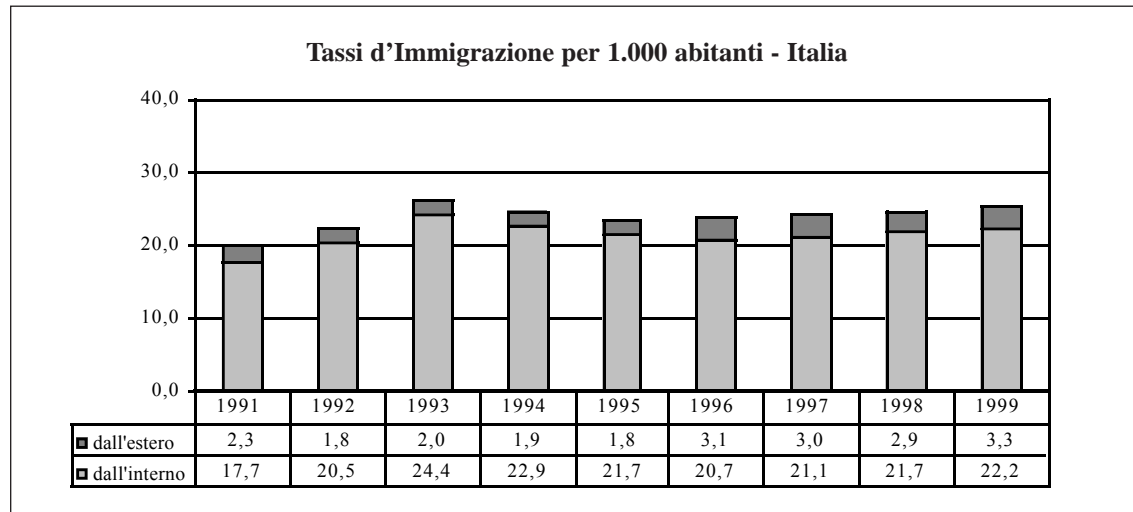
ANNI	N. Residenti al 31-12	Variazione annua	
		V.A.	%
Veneto 1997	4.469.156	16.363	0,4
Veneto 1998	4.487.560	18.404	0,4
Veneto 1999	4.511.714	24.154	0,5
Italia 1998	57.612.615	49.261	0,1
Italia 1999	57.679.895	67.280	0,1



## Analisi territoriale

## STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE PER SESSO ED ETÀ

### Quadro generale



Per quanto riguarda la **componente migratoria**, il saldo sociale riprende a salire, ancor più decisamente nel 1999 rispetto al 1998 (+26,6%) e al lieve calo osservato nel 1997.

Le nuove iscrizioni di residenti nel Veneto sono aumentate del 10,2%, a fronte di un aumento di cancellazioni del 7,1%.

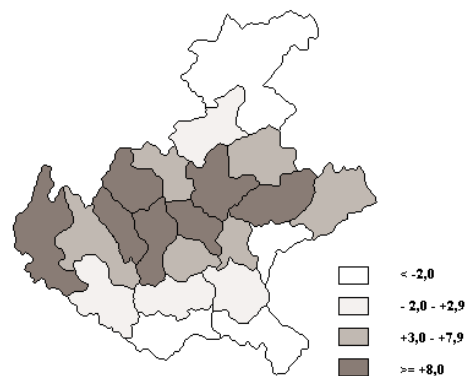
Il tasso di immigrazione del Veneto dal 1991 al 1999 è aumentato di quasi il 57%, con un andamento simile a quello osservato per l'intero territorio nazionale. Nel 1999 la percentuale di iscrizione dall'estero ammonta al 18,5% delle iscrizioni totali portando ad un tasso regionale decisamente più alto di quello calcolato per l'intero territorio nazionale.

In sintesi, il Veneto continua a caratterizzarsi, all'interno del contesto nazionale, per una più elevata immigrazione straniera e per una progressiva stabilizzazione della stessa.

La mappa regionale della dinamica demografica, letta in ottica socio-sanitaria, offre alcune interessanti indicazioni di carattere generale, evidenziando:

- zone con un significativo calo demografico, sintomo della presenza di disagi di tipo socio-economico e/o ambientale (ULSS 1, 12, 18 e 19);
- zone a forte incremento demografico, che potrebbe prefigurare problematiche legate all'integrazione degli immigrati, soprattutto di quelli stranieri, ma anche ad uno sviluppo economico "fuori controllo" (ULSS della fascia centrale del Veneto).

Incremento - decremento demografico - Anno 1999  
Tassi per 1.000 p.a.



Media regionale: +5,4

Continua il processo di invecchiamento della popolazione regionale, mantenendosi a livelli superiori a quelli medi nazionali, sia per gli uomini che per le donne: dal 1991 all'inizio del 1999 il peso totale della popolazione anziana è cresciuto del 14,4%.

L'immigrazione straniera, caratterizzata da popolazione in età lavorativa e giovane e la lieve ripresa della natalità, possono essere considerate le cause principali del-

Popolazione residente - Struttura per sesso ed età

	Veneto				Italia	
	Censimento 1991		al 1.1.1999		al 1.1.1999	
	%	F/M	%	F/M	%	F/M
Popolazione (M+F) 0-14	14,2	95,4	13,2	94,6	14,5	94,6
Popolazione (M+F) 65 e +	15,3	159,1	17,5	155,7	17,7	146,1
Popolazione (M+F) 75 e +	6,7	197,8	7,6	202,2	7,6	182,0
Indice di femminilità	106,0		105,3		106,0	
Indice di vecchiaia	107,4		132,2		122,0	
Indice di dipendenza	41,8		44,4		47,5	

## Analisi territoriale

## DISTRIBUZIONE SUL TERRITORIO REGIONALE

## FAMIGLIE

l'inversione di tendenza che inizia a profilarsi nell'andamento della popolazione giovanile.

Collegato alla distribuzione per età è anche l'indice di femminilità: essendo ormai nota la maggior sopravvivenza femminile, le classi d'età anziane risultano maggiormente "femminili", arrivando ad un rapporto di oltre due donne ogni uomo ultrasettantacinquenne

L'indice di dipendenza, in conseguenza sia del processo di invecchiamento che della diminuzione dei giovani, è aumentato, dal Censimento a tutto il 1998, del 6,2%, avvicinandosi ad un "carico sociale" di quasi 1 persona ogni due in età lavorativa.

Nelle ULSS 1, 2, 12, 18 e 19 gli anziani rappresentano più di un quinto della popolazione, le ULSS con popolazione più giovane appartengono alla fascia centrale della regione; in particolare nelle ULSS 5, 8, 13 15 e 22, il peso degli anziani si attesta intorno al 16%.

### Distribuzione della popolazione sul territorio - Quadro sintetico al 1.1.1999

		Veneto		Italia	Differenza%	
		Censimento 1991	al 1.1.1999	al 1.1.1999	Veneto '99/91	Veneto/Italia
Superficie territoriale Kmq.	n.	18.364,6	18.379,2	301.343,7	0,08	6,10
Abitanti per Kmq. (densità)	n.	238,6	244,2	191,2	2,37	127,73
Comuni	n.	582	580	8.100	-0,34	7,16
Residenti medi per comune	n.	7.527	7.737	7.113	2,79	-8,07
Residenti in zone di montagna	%		7,7			
Residenti in zone collinari	%		16,2			
Residenti in zone di pianura	%		76,1			

Nel complesso il Veneto si caratterizza per:

- densità demografica medio-alta
- popolazione distribuita sul territorio in Comuni di dimensioni medio-piccole

Da questo profilo medio si discostano in modo significativo solo poche situazioni:

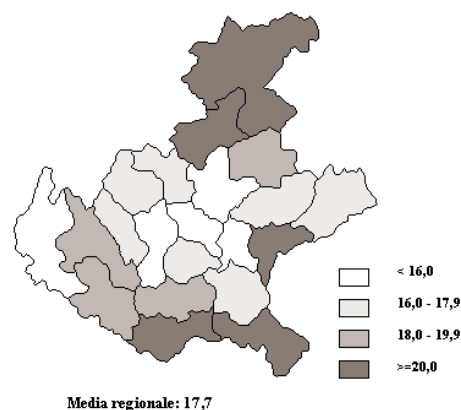
- ULSS 1 e 2 con densità demografica molto bassa e popolazione prevalentemente sparsa in comuni di dimensioni estremamente ridotte
- ULSS 12, 16 e 20 con densità demografica alta e popolazione prevalentemente concentrata in comuni di grandi dimensioni.

Al 1.1.1999 le famiglie nel Veneto ammontano a 1.666.917 (+1,4% rispetto all'anno precedente). Informazioni sulla tipologia di famiglia e sulla loro composizione si hanno solo in occasione dei Censimenti generali sulla popolazione o attraverso indagini campionarie. Dall'Indagine Multiscopo sulle Famiglie, effettuata dall'ISTAT nel 1998 sugli "Aspetti di vita quotidiana" è possibile avere un'idea sulla composizione delle famiglie venete.

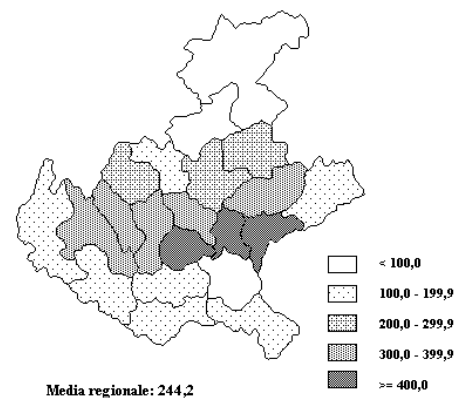
In particolare si evidenzia:

- il numero medio di componenti è 2,7 persone, in linea con il valore medio nazionale;
- rispetto ai valori osservati nella precedente indagine (1995-1996), sono leggermente diminuiti i nuclei familiari (costituiti da coppie con o senza figli e situazioni di monogenitorialità), mentre sono aumentate le famiglie composte da una sola persona, delle quali quasi il 60% ultrassessantenne;

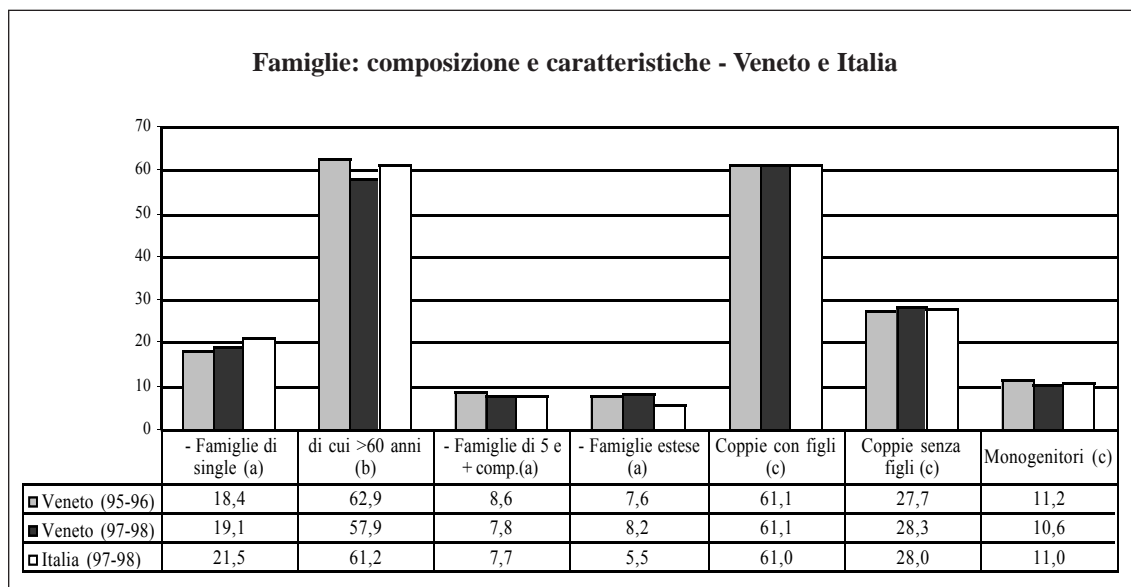
Popolazione residente - Al 1.1.2000  
Percentuale di anziani (>=65 anni)



Densità demografica - Anno 1998  
Popolazione residente per chilometro quadrato



- il Veneto si caratterizza ancora , rispetto alla media nazionale, per una percentuale più alta di famiglie estese, cioè composte da due o più nuclei o da un nucleo familiare con altre persone aggregate.



Note: (a) per 100 famiglie

(b) per 100 single

(c) per 100 nuclei familiari

Per famiglie estese si intendono famiglie composte da due o più nuclei o da un nucleo familiare con altre persone aggregate

#### FONTI

- ISTAT:
  - “Popolazione e Movimento Anagrafico dei Comuni - Anno 1998”
  - “Famiglie, abitazioni e sicurezza dei cittadini”, Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana” - Anno 1998
- Regione Veneto:
  - Unità di Progetto Sistema Informatico Regionale - Servizio Statistico Regionale

#### TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 1.1.1/A, TAVOLA 1.1.2/A, TAVOLA 1.1.3/A

#### TAVOLE SU CD E SU INTERNET

- TAVOLA 1.1.1/R, TAVOLA 1.1.2/R, TAVOLA 1.1.4/R

## 2. STATO DI SALUTE

### 2.1 Speranza di vita, stili di vita e salute percepita

#### SPERANZA DI VITA

##### Indicatori di speranza di vita - Veneto e Italia

ANNI	SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA				SPERANZA DI VITA A 60 ANNI				PROBABILITA' DI MORTE A 0 ANNI			
	Veneto		Italia		Veneto		Italia		Veneto		Italia	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
1992	73,6	81,1	73,8	80,4	18,3	23,8	18,7	23,2	6,0	5,0	8,7	6,8
1993	73,6	81,1	74,1	80,5	18,4	23,8	18,9	23,3	6,5	5,0	8,2	6,6
1994	73,9	81,3	74,3	80,7	18,6	24,0	19,0	23,5	6,4	4,7	7,6	6,1
1995	74,3	81,6	74,6	81,0	18,9	24,2	19,2	23,7	6,0	4,6	7,1	5,6
1996	74,6	81,9	75,0	81,3	19,2	24,5	19,4	24,0	5,6	4,5	6,6	5,6

La riduzione del rischio di morte, in particolare alle età senili, comporta un generale incremento della sopravvivenza per entrambi i sessi.

Le donne, in particolare, continuano ad avere una speranza di vita superiore agli uomini.

Rispetto all'Italia gli uomini veneti si caratterizzano per una minor speranza di vita sia alla nascita che a sessant'anni.

La probabilità di morire entro il primo anno di vita rimane più bassa rispetto alla media nazionale anche per i maschi oltre che per le femmine.

L'aumento della vita media della popolazione, non è sufficiente però a valutare il buono stato di salute.

In un quadro epidemiologico di bassa mortalità e prevalenza di patologie cronicodegenerative, acquista sempre più importanza valutare le conseguenze prodotte dalla diffusione di patologie croniche non letali e a lento decorso.

##### Speranza di vita, speranza di vita in buona salute e libera da disabilità - Italia 1994

ETÀ	MASCHI			FEMMINE		
	Speranza di vita			Speranza di vita		
	nel complesso	in buona salute	libera da disabilità (*)	nel complesso	in buona salute	libera da disabilità (*)
0	74,3	50,2		80,7	47,5	
15	60,2	37,1	57,3	66,4	34,2	61,1
45	31,9	12,7	29,2	37,2	11,0	32,0
65	15,4	3,3	12,7	19,2	3,2	14,2
75	9,2	1,4	6,6	11,5	1,5	6,9

Fonte: ISTAT

(\*) esclusi Q15: "Riesce a masticare senza difficoltà?" e Q19: "Ha problemi di incontinenza?"

L'ISTAT con un'indagine specifica svolta nel 1994 ha stimato nel 5% la percentuale media di popolazione non in grado di svolgere in modo autonomo una o più funzioni relative ad attività della vita quotidiana afferenti alla sfera della mobilità, dell'autoaccudimento e della comunicazione.

Calcolando la speranza di vita libera da disabilità, si osserva che pur rimanendo in assoluto in vantaggio il sesso femminile, determinato dai più bassi livelli di mortalità, proporzionalmente le donne passano una parte più lunga della loro vita in condizioni di disabilità. La speranza di vita in buona salute (percepita) risulta addirittura leggermente superiore per gli uomini che per le donne: tale divario si attenua, fino a scomparire per le età anziane.

## STILI DIVITA

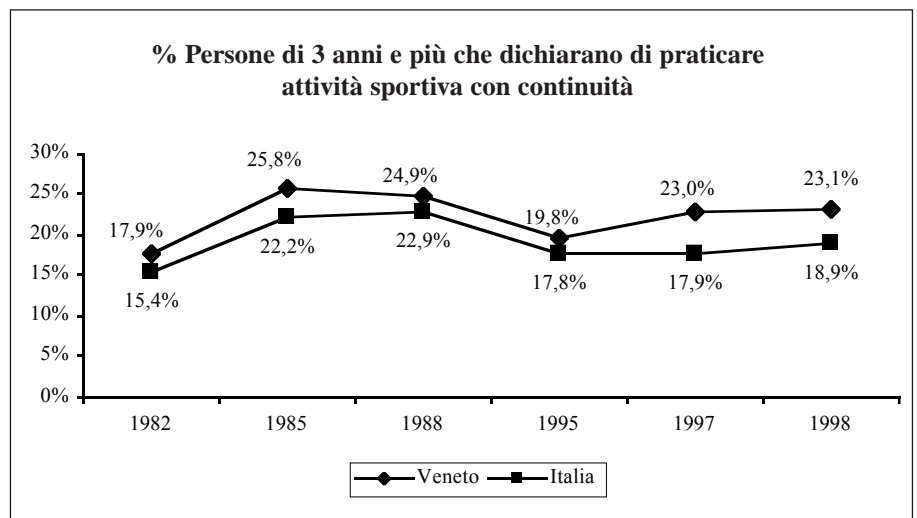
### Pratica sportiva

Le informazioni relative agli stili di vita della popolazione sono anch'esse rilevate dall'ISTAT, tramite due indagini statistiche campionarie, una svolta con cadenza annuale "Aspetti della vita quotidiana", e una periodica "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Gli ultimi dati disponibili, relativi a quest'ultima indagine, sono già stati presentati nella precedente Relazione Sanitaria, mentre nel 1999 e nel 2000 è in corso una nuova rilevazione.

L'attività sportiva continuativa si può certamente considerare un indicatore di buona salute e un fattore preventivo all'insorgenza di patologie.

Nel Veneto la percentuale di persone oltre i tre anni che pratica attività sportiva con continuità è assestata ormai

da un paio d'anni sul 23%, livello superiore a quello osservato per l'intero territorio nazionale.



### Obesità

Uno dei fattori di rischio per lo stato di salute di un individuo è rappresentato dalla condizione di obesità: all'aumento del peso corporeo, oltre certi limiti, si possono associare alterazioni organiche e del

metabolismo, che possono determinare un più elevato rischio di mortalità per numerose patologie. I dati disponibili e già presentati nella precedente Relazione Sanitaria, sulle abitudini alimentari e sull'attività fisica della popolazione residente nel Veneto, evidenziavano in generale un modello di consumo alimentare e di attività fisica dei Veneti che non conduce a percentuali di popolazione in sovrappeso superiori a quelle osservate per la media nazionale.

Pur tuttavia misurando l'obesità attraverso l'indice di massa corporea ( $\text{peso}/\text{statura}^2$ ) con valori maggiori o uguali a 30, si osservano per il Veneto tassi specifici e standardizzati di persone obese leggermente superiori a quelli nazionali (soprattutto per il sesso maschile e per le età anziane).

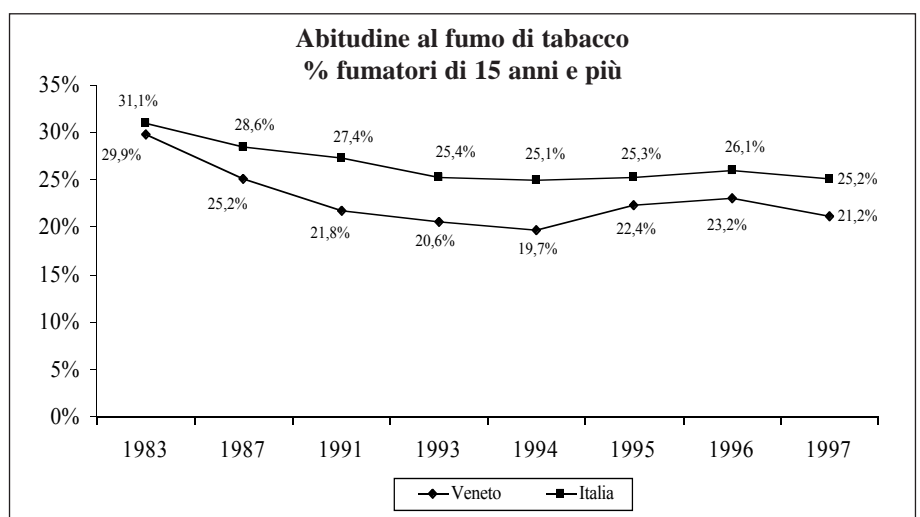
**Persone di 15 anni e più in sovrappeso, per sesso e classi d'età - Anno 1994**

CLASSI D'ETA'	VENETO			ITALIA		
	M	F	Totale	M	F	Totale
25-44	38,4	15,2	27,0	37,5	16,9	27,2
45-64	51,1	34,4	42,6	50,6	34,3	42,2
65 e oltre	48,3	39,1	42,8	45,5	36,9	40,4
Tot.	40,4	24,9	32,3	39,8	25,2	32,2
Tasso st.	38,3	24,0	30,9	38,2	24,3	31,0

### Abitudine al fumo

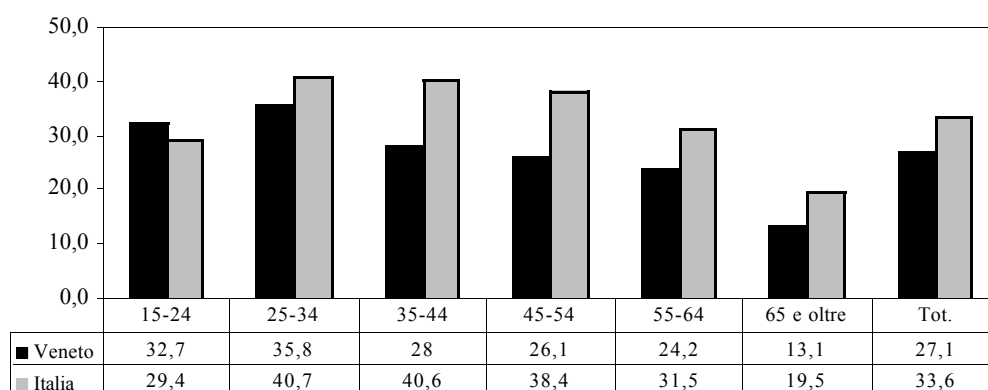
In Veneto, a partire dal 1994 si assiste ad un'inversione di tendenza rispetto all'andamento continuamente calante del decennio precedente, leggermente ridimensionato nel 1997.

La percentuale più alta di fumatori si osserva tra



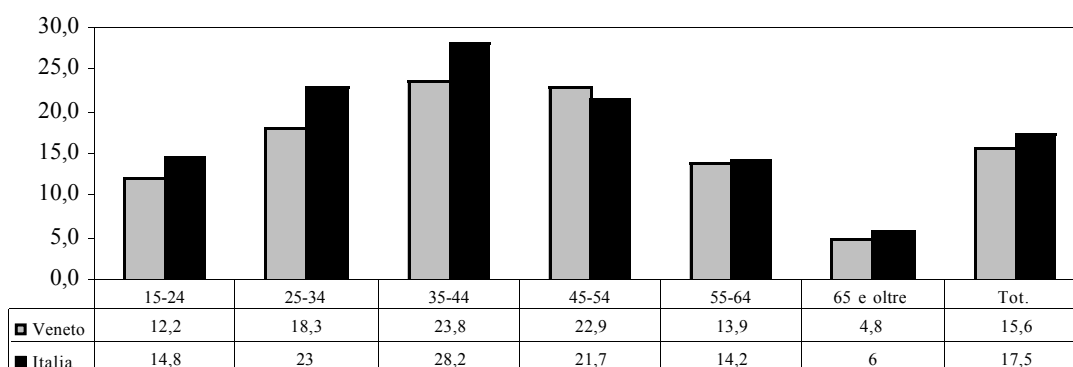


**Abitudine al fumo di tabacco - 1997**  
**% fumatori per classi di età - Maschi**



i maschi in età 25-34 anni. La percentuale di fumatori continua ad essere inferiore a quella italiana ad eccezione dei giovani maschi tra i 15 e i 24 anni e delle donne in età 45-54 anni.

**Abitudine al fumo di tabacco - 1997**  
**% fumatori per classi di età - Femmine**



In Veneto si fumano mediamente meno sigarette rispetto alla media nazionale. La percentuale di forti fumatori (oltre 20 sigarette al giorno), è la metà di quella osservata per l'intero territorio nazionale e in particolare si osservano percentuali più basse, rispetto ai valori nazionali, tra i maschi.

**Numero medio giornaliero di sigarette consumate - Anno 1997**

CLASSI D'ETA'	VENETO			ITALIA		
	M	F	Totale	M	F	Totale
15-24	10,1	7,6	9,5	11,9	9,2	11,0
25-34	13,1	9,3	11,8	15,3	11,5	13,9
35-44	14,9	9,1	12,2	17,4	12,4	15,3
45-54	15,9	12,1	14,0	18,2	12,9	16,2
55-64	14,5	11,9	13,6	17,4	12,2	15,7
65 e oltre	11,9	8,2	10,6	14,4	11,3	13,5
Tot.	13,4	10,0	12,0	16,0	11,8	14,5
% grossi fumatori (oltre 20 sigarette al giorno)	5,9	2,2	4,5	12,3	3,7	9,2

L'indagine campionaria effettuata dall'ISTAT nel 1998 sugli "Aspetti della vita quotidiana", consente di evidenziare come le famiglie giudicano alcune caratteristiche dell'ambiente in cui vivono. In particolare, per valutare il benessere psico-fisico e ambientale della popolazione residente, si sono considerati i giudizi, forniti dalle famiglie intervistate, relativi all'inquinamento ambientale e acustico e alle condizioni igieniche della zona in cui abitano, della propria abitazione e indirettamente dell'acqua che bevono.

In generale le famiglie venete giudicano più soddisfacenti, rispetto alla media nazionale, le condizioni ambientali in cui vivono. Eccezioni si notano con riferimento alle segnalazioni di fastidiosi odori sgradevoli nella propria zona e a cattive condizioni della propria abitazione.

**Stato di salute**

Una possibile ipotesi esplicativa, seppure non confermata da dati oggettivi, potrebbe essere la maggior vicinanza delle zone abitative delle famiglie venete a zone fortemente industrializzate.

Il Veneto continua a presentare percentuali di persone soddisfatte del proprio stato di salute superiori a quelle che si osservano per l'intero territorio nazionale.

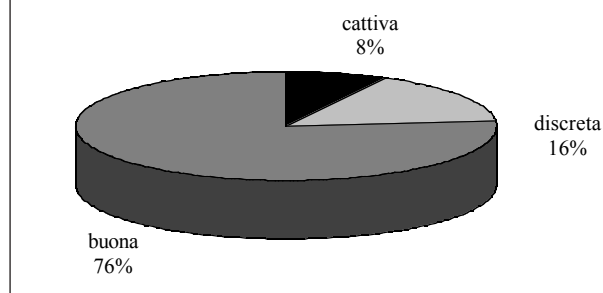
Nell'ultimo anno, tuttavia, si intravede una lieve flessione, riscontrata peraltro anche a livello italiano. Le persone di sesso maschile sono comunque quelle si dichiarano in percentuali maggiori in buona salute.

Il Veneto presenta percentuali più alte rispetto alla media nazionale di persone che si dichiarano con una malattia cronica: va comunque sottolineato che tra queste oltre la metà si dichiara in buona salute.

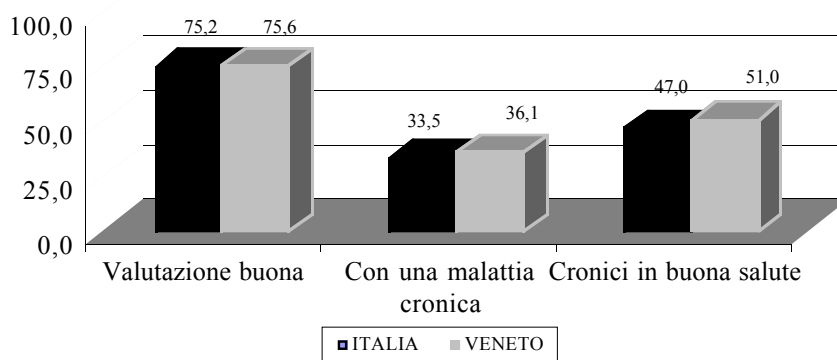
**% Famiglie che dichiarano presenza di problemi ambientali**

PROBLEMI SEGNALATI	VENETO 1993	VENETO 1998	ITALIA 1998
Inquinamento dell'aria	29,4	34,8	37,1
Rumore	-	29,4	34,7
Sporczia nelle strade	18,0	22,0	31,5
Odori sgradevoli	-	22,5	20,5
Abitazione in cattive condizioni	-	6,1	5,5
Non bevono acqua di rubinetto	34,5	41,9	46,5

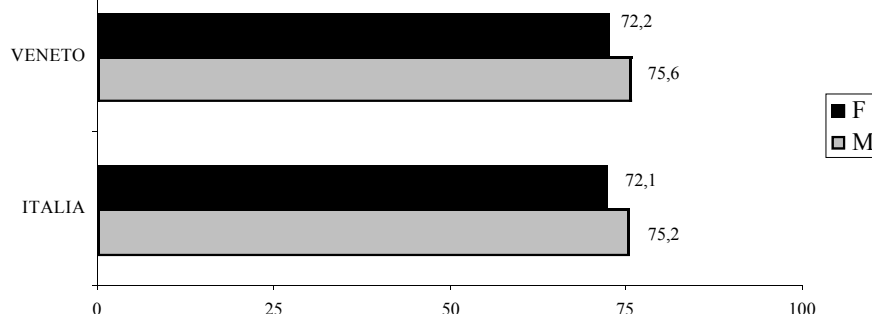
**Valutazione del proprio stato di salute  
Valori percentuali - Veneto - Anno 1998**



**Popolazione per condizione di salute percepita  
Valori percentuali - Anno 1998**



**Persone che si dichiarano in buona salute  
Valori percentuali - Anno 1998**



**FONTI**

- ISTAT - Indagine Multiscopo sulle famiglie. Aspetti della vita quotidiana - Anno 1998
- Indagine Multiscopo sulle famiglie. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anno 1994
- "Annuario Statistico Italiano - 1999"
- Regione Veneto
- Direzione Prevenzione - Servizio Epidemiologia e Sanità Pubblica

## 2. STATO DI SALUTE

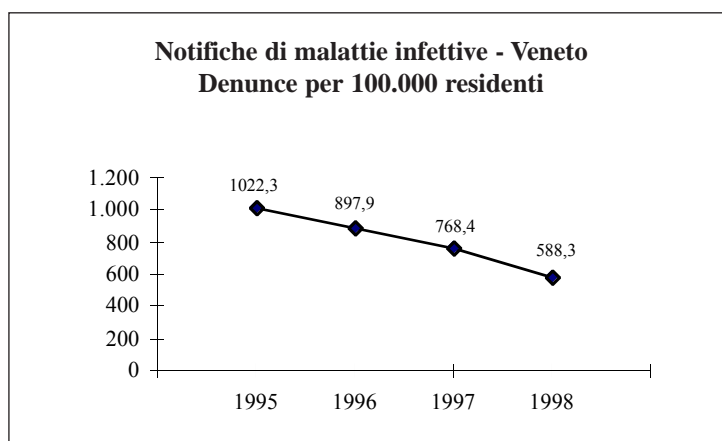
### 2.2 Morbosità: malattie infettive

#### QUADRO GENERALE

Dal punto di vista sanitario il monitoraggio dei casi notificati ha lo scopo di individuare e seguire la stagionalità delle infezioni/epidemie per predisporre i mezzi di prevenzione e di lotta alla diffusione delle malattie infettive.

Nell'evoluzione temporale, il confronto con i dati nazionali non appare significativo a causa della sottotifica dichiarata dall'ISTAT, in particolare per le malattie più frequenti appartenenti alla 2<sup>a</sup> classe.

Programmi coordinati di vaccinazione hanno dimostrato una grande efficacia nell'eliminare completamente alcune malattie infettive e ridurre in modo sostanziale l'incidenza di molte altre.

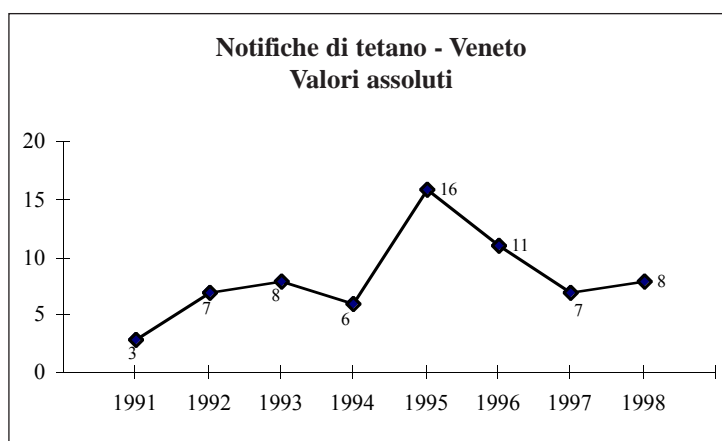


#### MALATTIE INFETTIVE PREVENIBILI CON VACCINAZIONE

##### Malattie infettive della prima classe

##### Tetano

Il numero di casi di tetano si è attestato sotto i 10 casi negli ultimi due anni. Tutti i casi di tetano di cui si conosce la storia vaccinale si sono verificati in persone mai vaccinate: soprattutto donne anziane. Considerata l'alta letalità e gli alti costi per la cura di questa malattia, si sta impostando una strategia di programma che punta alla offerta attiva della vaccinazione alle persone mai vaccinate in precedenza.



#### MALATTIE INFETTIVE DELLA SECONDA CLASSE E DELL'INFANZIA

##### Scarlattina e Varicella

Nel 1998 in Veneto sono stati notificati 26.348 casi di malattie infettive, l'88% dei quali rientra nel gruppo delle malattie di classe 2.

#### Malattie infettive dell'infanzia - Denunce per 100.000 p. a. - Veneto

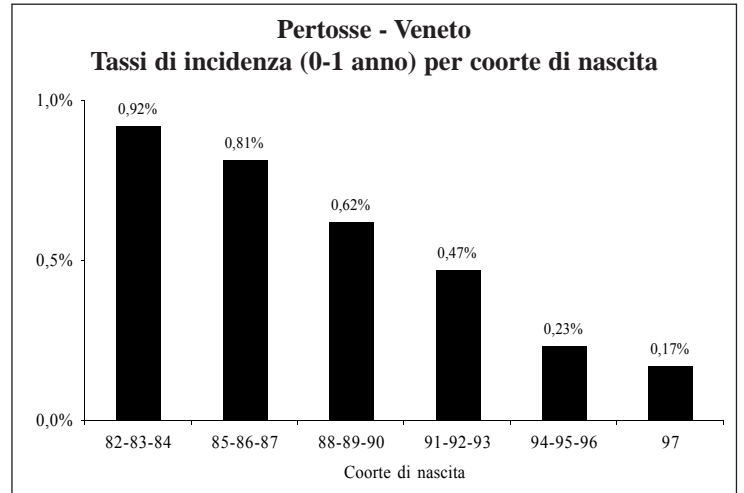
	1995	1996	1997	1998
Morbillo	109,34	28,6	86,5	5,6
Parotite epidemica	249,9	195,3	48,1	15,8
Pertosse	16,9	5,3	11	15,5
Rosolia	11,4	113,3	131,8	5,3
Scarlattina	92,4	91,2	91,7	85,7
Varicella	426,9	341	274,7	328,6

Determinanti nel raggiungimento di questi valori sono, come sempre, la scarlattina e la varicella, che insieme rappresentano quasi l'80% delle notifiche della seconda classe.

Queste malattie esantematiche dell'infanzia, non ancora controllabili con interventi vaccinali di massa, continuano a colpire con regolarità i bambini, mantenendosi a livelli di morbosità medio-elevati.

**Parotite epidemica e pertosse**

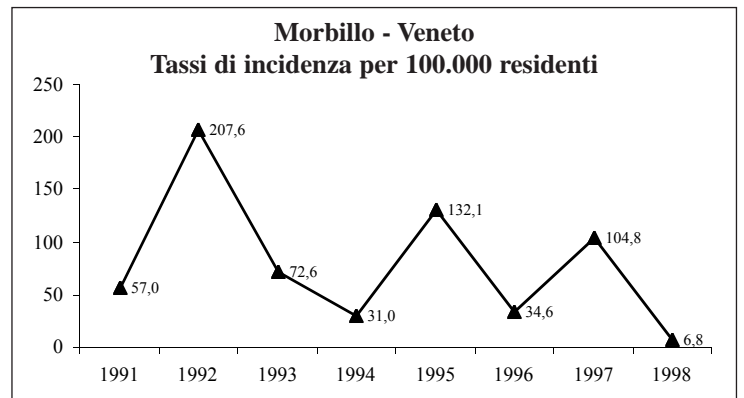
L'alta infettività della parotite e della pertosse e la relativa efficacia della vaccinazione (rispettivamente 72,8% e 80%) non consentono ancora l'eliminazione di queste due malattie, ma hanno determinato un'importante riduzione delle periodiche epidemie e soprattutto la protezione dei bambini nel primo anno di vita, periodo durante il quale tali malattie possono essere particolarmente gravi.



**Morbillo**

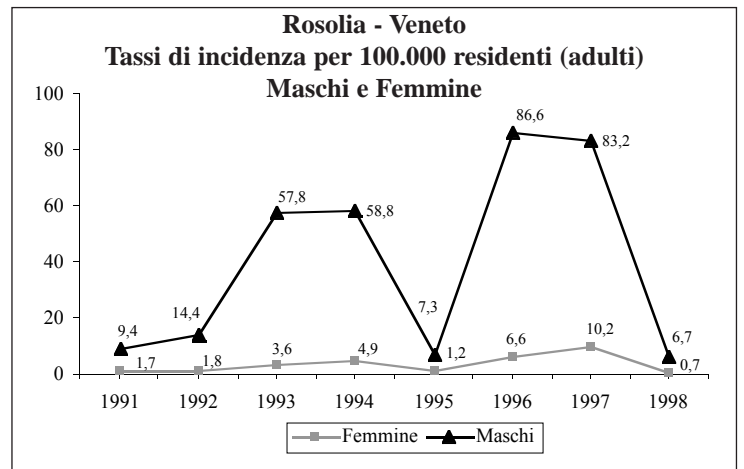
Il programma di eliminazione del morbillo, lanciato dalla Regione nel 1998 e condotto da tutte le Aziende ULSS, ha determinato una netta riduzione della malattia.

Per effetto della vaccinazione, la cui efficacia è dimostrata essere superiore al 97%, il morbillo è diventata negli ultimi anni, una malattia dell'adolescenza colpendo quindi essenzialmente i giovani non adeguatamente vaccinati nei loro primi anni di vita. L'età mediana di malattia si è infatti sensibilmente accresciuta passando da 7 anni negli anni '80 a 13,5 negli anni '90.



**Rosolia**

La vaccinazione per la rosolia è stata nel passato limitata alle sole femmine in età prepubere, questo ha portato ad una importante riduzione dell'incidenza della malattia nelle donne ma si è mantenuta la circolazione dell'infezione nei maschi, non riuscendo così ad eliminare completamente il rischio di malattia.



Perciò la strategia per il controllo della rosolia è stata modificata e oggi si basa essenzialmente sulla vaccinazione universale con vaccino triplo morbillo-parotite-rosolia.

L'alta efficacia dimostrata dalla vaccinazione (superiore al 97%) consente di implementare strategie che portino alla completa eliminazione di queste malattie.

**Epatite virale**

Come rilevato ormai da diversi anni, il numero totale di nuovi casi di epatite virale acuta conti-

**Epatite - Denunce per 100.000 p. a.**

ANNI	VENETO					ITALIA				
	Epatite A	Epatite B	Epatite non A non B	Epatite non specif.	Totale	Epatite A	Epatite B	Epatite non A non B	Epatite non specif.	Totale
1995	1,9	4,5	2,1	0,5	9,2	2,4	4,3	2,5	0,7	9,2
1996	2,6	3,6	1,1	0,1	7,5	13,6	3,3	1,8	0,6	19,3
1997	3,0	2,4	1,3	0,2	6,8	17,9	3,1	1,4	0,5	22,8
1998	2,5	2,7	0,9	0,0	6,2	5,1	3,1	1,5	0,2	9,9

**Salmonella non tifoidea**

**Poliomielite e Difterite**

**ALTRE MALATTIE INFETTIVE**  
**Tubercolosi**

nua a calare. Il trend decrescente delle notifiche è particolarmente evidente per le epatiti virali a trasmissione parenterale sia da virus C, classificate come epatiti non A e non B, che da virus B. Quest'ultime rappresentano ancora oltre il 40% delle epatiti virali e sono risultate leggermente in aumento nel 1998.

Valori simili di incidenza si sono osservati nel 1998 anche per l'epatite virale A, a trasmissione alimentare, che tuttavia ha evidenziato una lieve diminuzione.

Nel 1998 è aumentata del 24% la morbosità da salmonella non tifoidea (45,9 per 100.000 p.a. nel 1998 e 36,8 per 100.000 p.a. nel 1997).

Da molti anni non si verificano più casi di poliomielite e difterite grazie alla diffusa protezione vaccinale della popolazione regionale. Si prevede tuttavia di continuare la vaccinazione antipolio fino alla eradicazione della malattia che è prevista per il prossimo decennio.

Tra le malattie classificate in 3<sup>a</sup> classe, appaiono ormai stabilizzati i valori d'incidenza sia di tubercolosi polmonare che extra-polmonare.

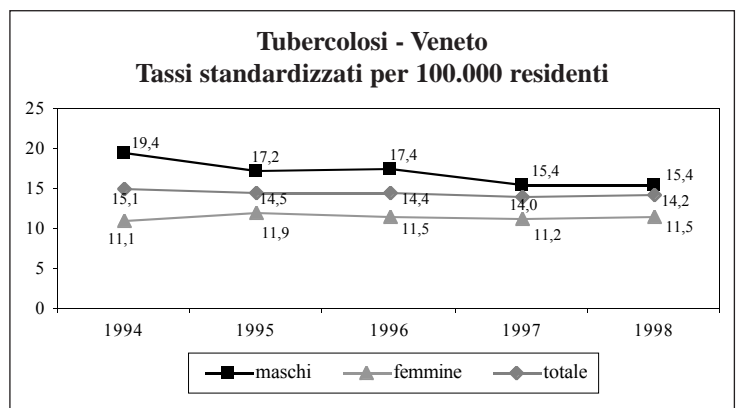
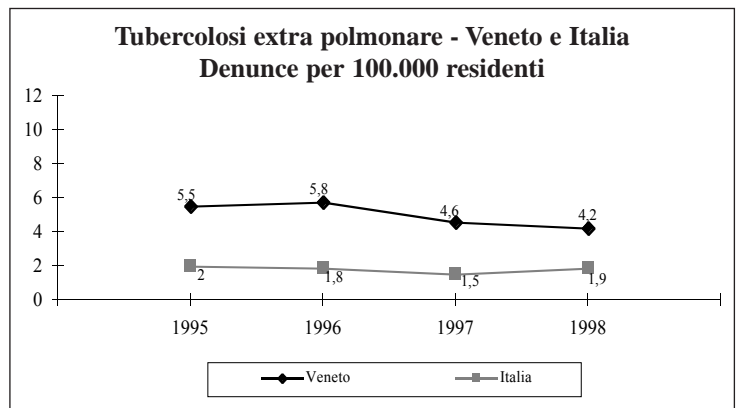
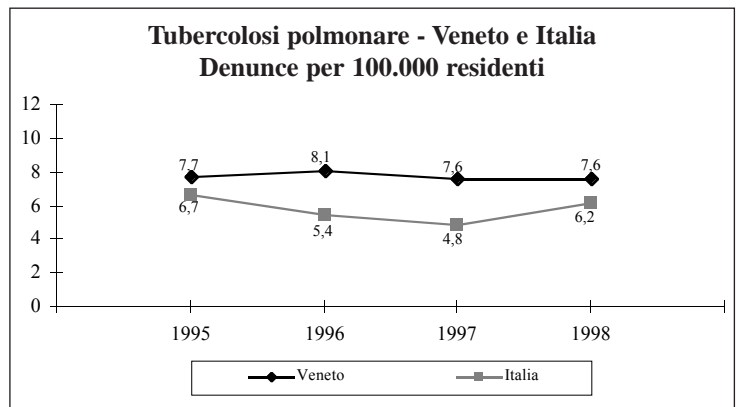
Per questa patologia il Servizio di Epidemiologia e Sanità Pubblica della Regione Veneto ha avviato uno studio specifico integrando le informazioni provenienti dall'Archivio delle Denunce Obbligatorie di fonte ISTAT, con un flusso speciale di notifica regionale. I dati complessivamente esaminati, sebbene differiscano da quelli considerati con il solo flusso ISTAT per cui il confronto con l'Italia non appare significativo, consentono un'analisi della patologia per alcune caratteristiche demografico-sociali.

Dal 1994 la malattia risulta sostanzialmente stabile e con tassi leggermente più elevati nei maschi rispetto alle femmine: la proporzione tra i due sessi rimane abbastanza costante negli anni.

Considerando i tassi standardizzati sulla popolazione del Veneto del 1996, si osserva tuttavia come sia diminuito il tasso per i maschi mentre sia rimasto costante per le femmine.

L'andamento della malattia è quello tipico dei Paesi a bassa epidemia dove la maggior parte dei casi si verifica negli anziani per riaccensione endogena di infezioni acquisite nei decenni precedenti quando la circolazione dei microrganismi tubercolari era sensibilmente superiore: l'incidenza di tubercolosi nella popolazione italiana è infatti in calo e risulta regolarmente crescente con l'età.

In Veneto, tuttavia si osserva un primo picco, per entrambi i sessi, nella classe di età 25-34, poi scen-



de per risalire oltre i 50 anni. Pur non essendo allarmante, il picco in questa fascia d'età, può essere il segnale per un maggior controllo sui soggetti a rischio quali gli immigrati che, provenendo da regioni dove la malattia è diffusa, possono essere portatori di infezione, o tossicodipendenti o altri soggetti deboli e a rischio di disagio sociale. Un numero elevato di casi si sono registrati in Veneto anche nelle donne di età superiore ai 75 anni con un aumento, tra il 1997 e il 1998, del 50% ed una diminuzione invece di circa il 30% negli uomini.

Il numero di casi di tubercolosi in persone immigrate è raddoppiato nel quinquennio 1994 - 1998; passando da 62 a 125 casi con un incremento del 42% nell'ultimo anno. Al contrario, nello stesso quinquennio, il numero di casi in persone non immigrate è passato da 608 a 476 (-21,7%), con una diminuzione nell'ultimo anno del 7,5%.

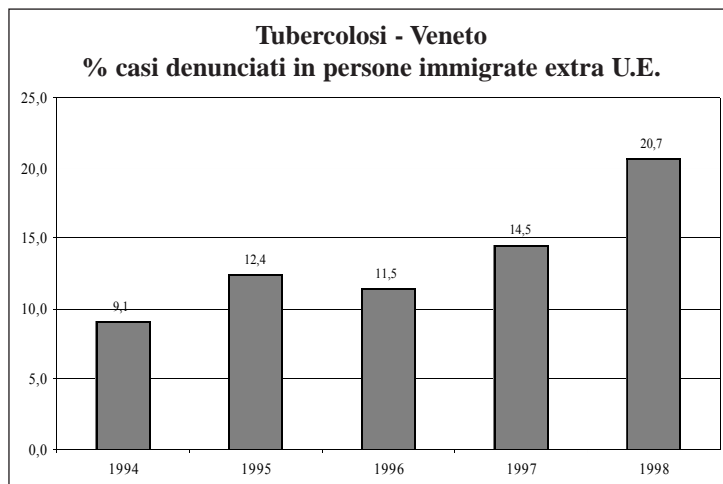
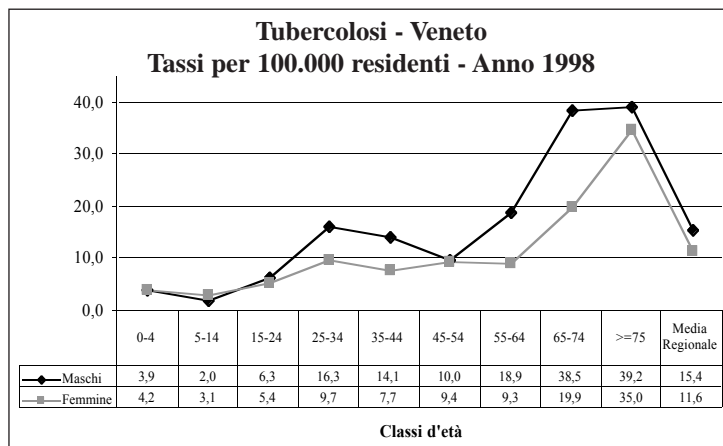
La provincia nella quale si verifica la maggior incidenza della malattia è la provincia di Belluno, dove è più alta anche la percentuale di popolazione anziana, mentre l'incidenza nelle altre Province della Regione è molto più bassa e sostanzialmente omogenea.

Contestualmente all'aumento del numero di persone che si recano all'estero, è aumentata negli ultimi anni la notifica dei casi di malaria (252 nel 1998) ed è diventata anche un'importante causa di ricovero ospedaliero.

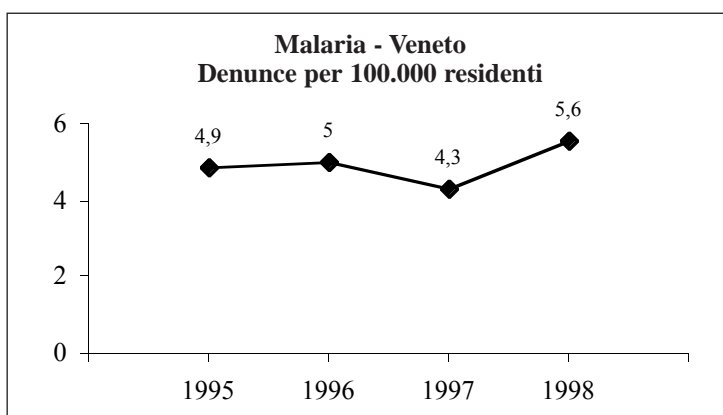
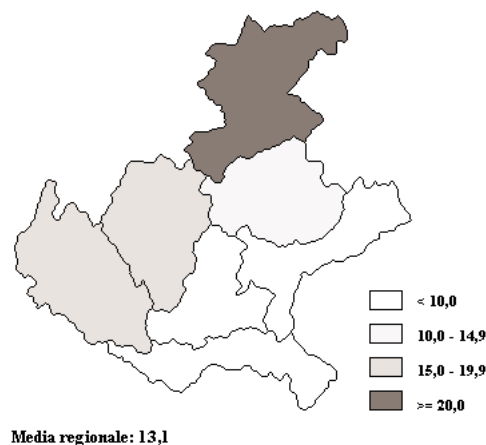
Anche nel 1998 il numero di casi segnalati è stato elevato e circa il 95% di essi ha richiesto il ricovero ospedaliero.

Fin dal 1988, la Regione del Veneto ha avviato un sistema di sorveglianza HIV.

Il maggior numero di casi di soggetti HIV positivi è stato rilevato nel 1989, anno in cui il sistema, ormai avviato, aveva raggiunto un'ampia diffusione e molto numerosa era ancora la coorte dei casi presenti non ancora notificati. Da allora il numero di casi entrati per la prima



**Tubercolosi - Anno 1998**  
**Tassi per 100.000 residenti**



## Malaria

## SORVEGLIANZA HIV Quadro regionale

volta nel sistema di sorveglianza si è progressivamente ridotto. Nell'ultimo anno, il 1998, sono stati notificati 219 nuovi casi di positivi, ma occorre ribadire che una quota di questi è probabilmente costituita da persone infettatesi molti anni prima.

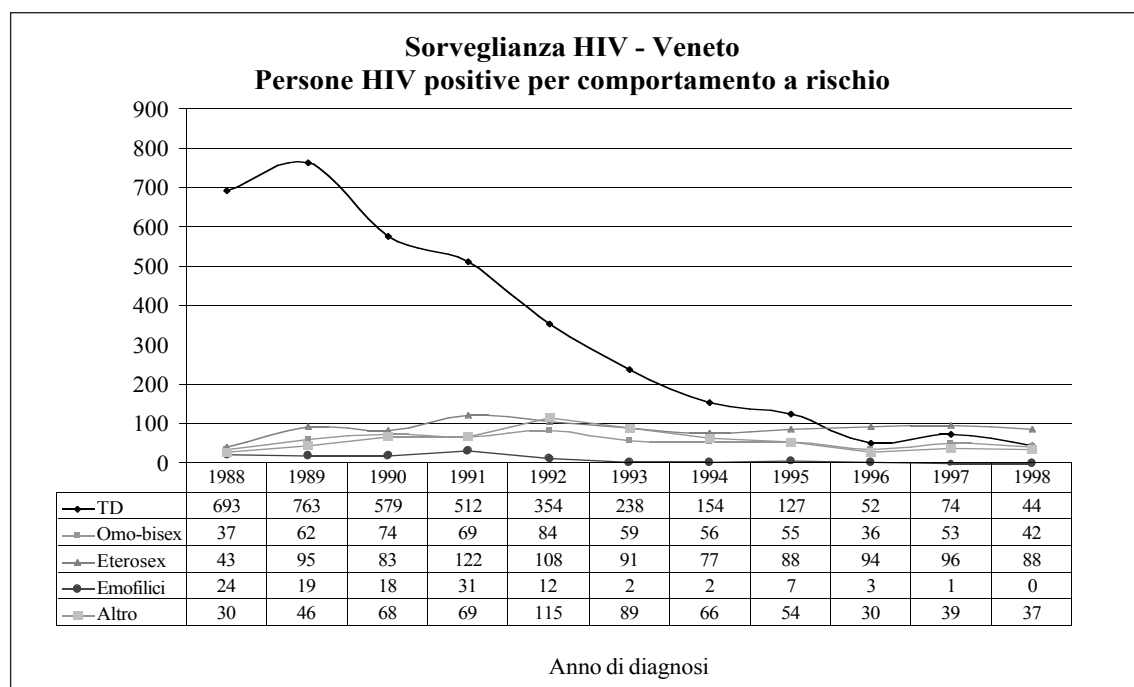
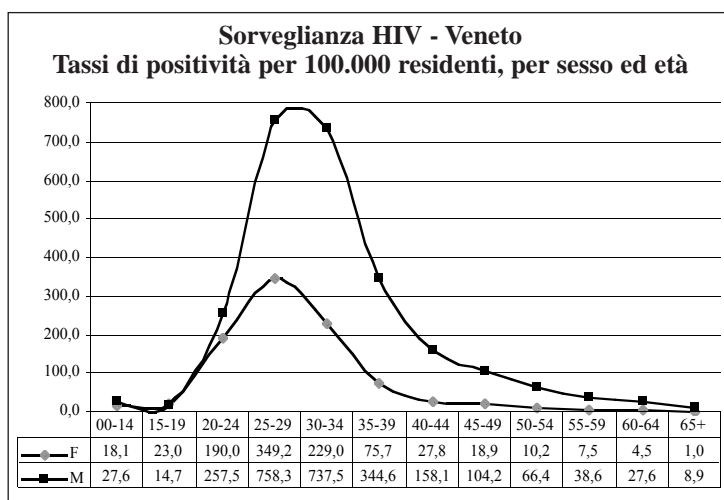
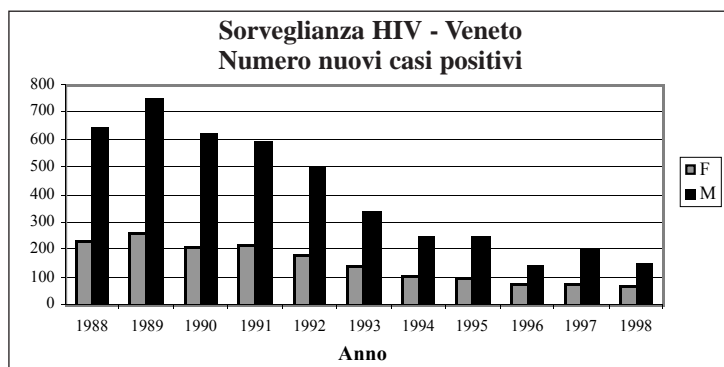
Nel 1997 si è assistito ad un incremento del numero di casi individuati rispetto all'anno precedente, ma nel 1998 il numero è tornato paragonabile a quello del 1996. Appare, quindi, plausibile l'ipotesi che l'aumento sia il frutto di un temporaneo miglioramento della cattura di casi piuttosto che l'indice di un aumento della diffusione dell'infezione.

Tale ipotesi è avvalorata anche dall'analisi delle caratteristiche dei casi: l'incremento infatti si è avuto sia a carico dei tossicodipendenti (passati da 52 nel 1996 a 74 nel 1997) sia a carico dei soggetti omosessuali (passati da 36 a 53) ed inoltre ha riguardato tutte le provincie della Regione.

Su di un totale di 118.012 persone esaminate dall'attivazione del registro, 6.095 sono risultate positive, di cui 4.430 maschi (72,7%). La maggior parte delle persone positive al test sono giovani adulti di età compresa tra i 20 e i 34 anni. In questa fascia di età ricadono l'81,5 % delle donne sieropositive e il 72.1% dei maschi. L'età media delle femmine è inferiore a quella dei maschi ed inoltre maggiore è la concentrazione delle donne intorno alle età giovanili.

Complessivamente l'incidenza di sieropositivi nella nostra regione è di circa 140 persone ogni 100 mila con un valore tre volte superiore nei maschi (208 per 100 mila ) che nelle femmine (73 per 100 mila).

In tutte le classi di età l'incidenza nei maschi è nettamente superiore a quella nelle femmine, con



## Distribuzione territoriale

l'esclusione della classe di età 15-19; l'incidenza di infezione più elevata è nella classe 25-29 anni, ma anche la classe di età successiva, 30-34, ha ugualmente una incidenza superiore a 7 casi ogni mille persone di sesso maschile. Tra le femmine è sempre la classe di età 25-29 che ha la maggiore incidenza con oltre 3 persone positive ogni 1000 donne.

L'importanza assoluta e relativa dei principali fattori di rischio, sia totali che nei due sessi, ha subito delle importanti modifiche nel periodo di osservazione.

Nei primi anni il Sistema di Sorveglianza ha raccolto i casi accumulatisi negli anni precedenti e riferibili quindi all'epidemia degli anni '80 che appariva quasi esclusivamente a carico dei tossicodipendenti.

Successivamente l'importanza assoluta e relativa dell'epidemia è andata progressivamente diminuendo per cui nell'ultimo triennio il numero di casi individuati è risultato 10 volte inferiore.

Inoltre, a partire dal 1996 il fattore di rischio "uso di droghe" è diminuito al punto da non costituire più il principale fattore, avendo superato nella sua discesa il numero di nuovi casi ascrivibili a trasmissione eterosessuale.

Da tale anno, i rapporti eterosessuali costituiscono la modalità di rischio più frequentemente segnalata nonostante il numero di persone sieropositive che segnalavano un rischio di tipo eterosessuale sia rimasto relativamente costante negli anni ad eccezione del valore massimo osservato nel 1991. In senso relativo, per effetto della forte riduzione del numero di casi nei tossicodipendenti, gli eterosessuali sono costantemente aumentati, passando da valori intorno al 10 % nei primi anni della sorveglianza a valori intorno al 40 % negli ultimi anni. Il maggior numero di positivi che segnalavano come fattore di rischio l'omosessualità maschile si è avuto nel 1992, da allora il numero è diminuito attestandosi intorno a un valore medio di circa 50 casi l'anno. In senso relativo, pur a fronte di una diminuzione rispetto ai primi anni, l'importanza di questo fattore di rischio è raddoppiata.

Complessivamente le provincie con il più elevato numero di casi e ugualmente con il più elevato tasso per 100 mila abitanti sono quelle di Verona e Vicenza; la provincia in cui entrambi gli indicatori sono minimi è quella di Belluno.

Per tutte le provincie del Veneto il numero di casi individuati negli ultimi anni è nettamente inferiore ai casi segnalati nei primi anni di gestione del sistema di sorveglianza, durante i quali sono stati intercettati i casi presenti accumulatisi nel corso dell'epidemia.

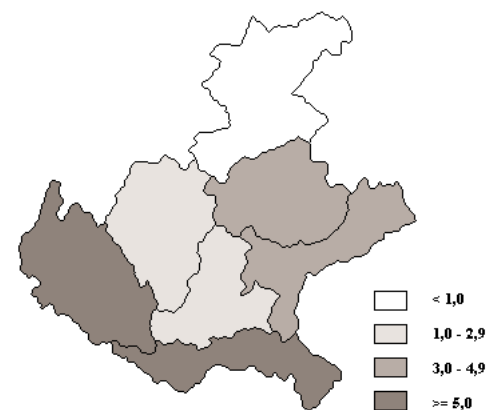
Negli ultimi anni il tasso di positività è simile per tutte le provincie della Regione.

I casi prevalenti nel Veneto al 31.12.1999 sono 752; tale indicatore, che rappresenta la principale

misura per stimare le necessità di assistenza, è in continuo aumento rispetto agli anni precedenti. Tale aumento è causato non tanto da un aumento dell'incidenza della patologia, quanto piuttosto da una maggior sopravvivenza dei casi segnalati.

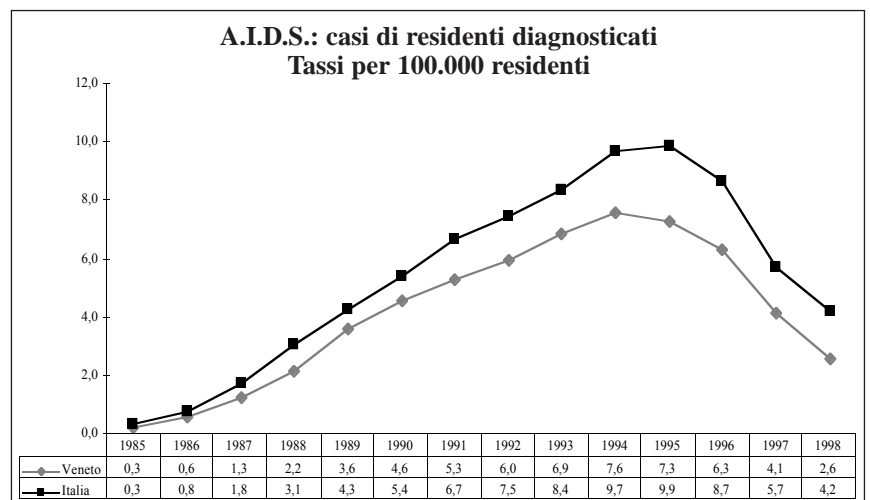
Il numero di nuovi casi nel Veneto come in

Sorveglianza HIV - Veneto  
Tassi HIV positivi per 100.000 residenti



Media regionale: 3,7

A.I.D.S.: casi di residenti diagnosticati  
Tassi per 100.000 residenti





Italia è, infatti, in sensibile riduzione negli ultimi anni per effetto soprattutto della maggiore efficacia delle nuove terapie antiretrovirali che hanno ridotto la capacità di progressione dell'infezione verso la malattia conclamata.

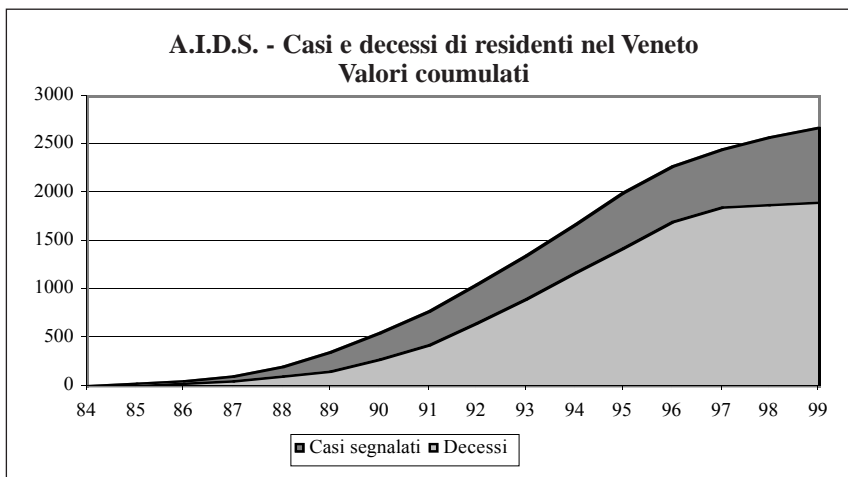
I nuovi casi di AIDS di residenti nel Veneto, notificati nel corso del 1999 sono stati 89, mentre quelli segnalati nel corso del 1998 sono stati 118, facendo ulteriormente scendere il tasso di incidenza per questa patologia.

Dal 1984 al 31.12.1999 i casi di AIDS di residenti diagnosticati, sono stati 2.664, mentre i decessi notificati sono stati 1.912: la letalità complessiva nel periodo è risultata del 71,8 %, valore inferiore a quello osservato in precedenza. Occorre precisare, però, che tale valore può risultare sovrastimato sia per effetto del ritardo che della mancata notifica di decessi legati all'AIDS.

L'analisi delle caratteristiche dei casi conferma quanto già evidenziato nella precedente Relazione Sanitaria: la classe d'età 30-34 è la maggiormente colpita sia nei maschi che nelle femmine; negli ultimi anni si è verificata una riduzione dell'importanza della tossicodipendenza come fattore di rischio mentre è progressivamente aumentata la proporzione relativa di casi attribuibili a trasmissione eterosessuale. La trasmissione omosessuale rimane sempre il secondo fattore di rischio come importanza; la trasmissione eterosessuale, in particolare nelle femmine, è secondaria all'epidemia nei tossicodipendenti.

Fino al 1990 la distribuzione territoriale della malattia era caratterizzata da differenze molto marcate tra le diverse province Venete con una elevatissima incidenza nella provincia di Vicenza. In questi ultimi anni il quadro complessivo si è modificato con un sensibile riavvicinamento di incidenza tra le diverse province, in particolare l'incidenza più elevata nelle Province di Vicenza, Verona e Padova può essere dovuta all'effetto combinato della precocità di sviluppo dell'epidemia e ad una maggiore diffusione in queste province della tossicodipendenza. I casi distribuiti per provincia di notifica evidenziano una attrazione per questa patologia, di Padova, anche se non vi sono differenze marcate da far sospettare carenze nell'offerta assistenziale.

Anche il numero di casi per ULSS di residenza è ancora condizionato dall'essere l'AIDS una patologia presente soprattutto nelle città più grandi.

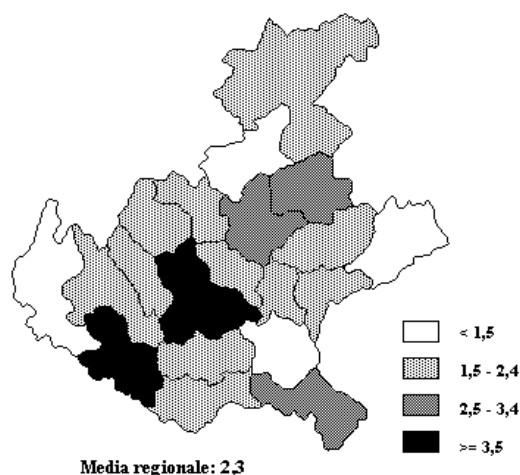


Fino al 1990 la distribuzione territoriale della malattia era caratterizzata da differenze molto marcate tra le diverse province Venete con una elevatissima incidenza nella provincia di Vicenza.

In questi ultimi anni il quadro complessivo si è modificato con un sensibile riavvicinamento di incidenza tra le diverse province, in particolare l'incidenza più elevata nelle Province di Vicenza, Verona e Padova può essere dovuta all'effetto combinato della precocità di sviluppo dell'epidemia e ad una maggiore diffusione in queste province della tossicodipendenza. I casi distribuiti per provincia di notifica evidenziano una attrazione per questa patologia, di Padova, anche se non vi sono differenze marcate da far sospettare carenze nell'offerta assistenziale.

Anche il numero di casi per ULSS di residenza è ancora condizionato dall'essere l'AIDS una patologia presente soprattutto nelle città più grandi.

A.I.D.S.: Casi segnalati per ULSS di residenza  
Tassi per 100.000 residenti - Anni 1998-1999



## Distribuzione territoriale

### FONTI

- Regione Veneto:
  - Direzione Prevenzione – Servizio Epidemiologia e Sanità Pubblica – Rilevazioni specifiche per sistemi di sorveglianza
  - Unità di Progetto Sistema Informatico Regionale - Servizio Statistico Regionale
- I.S.S. "Notiziario", vol. 13, n.4 (suppl.) - Aprile 2000

### TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 2.2.1/A; TAVOLA 2.2.2/A, TAVOLA 2.2.3/A



## 2. STATO DI SALUTE

### 2.3 Infortuni

#### INFORTUNI SUL LAVORO Premessa metodologica

I Servizi per la Prevenzione e la Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL), nello svolgimento della propria attività istituzionale (informazione ed assistenza alle aziende e ai lavoratori, consulenza nei confronti delle associazioni di categoria e vigilanza sul rispetto della normativa relativa alla sicurezza sul lavoro) perseguono l'obiettivo di salute di riduzione degli eventi patologici determinati dai fattori di rischio presenti negli ambienti di lavoro: infortuni e malattie professionali.

Per le malattie professionali non esistono attualmente dati correnti disponibili completi ed affidabili; per tale motivo la Direzione regionale per la Prevenzione ha avviato il progetto "Osservatorio di Epidemiologia Occupazionale".

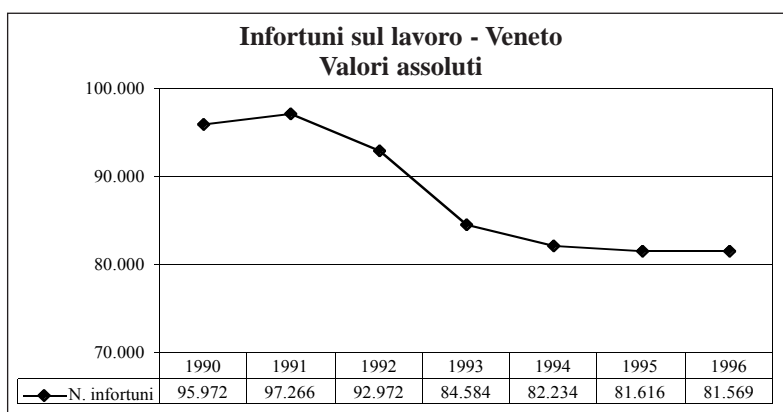
Per gli infortuni, invece, i dati INAIL, trasmessi alla Regione ai sensi del DPCM 09.01.1986, rappresentano una fonte informativa valida per giungere alla conoscenza del fenomeno.

Con riferimento all'analisi dei dati INAIL, da cui emerge la dinamica del fenomeno infortunistico in ambiente di lavoro, riportata di seguito, si tenga conto che:

- i dati più recenti sono riferiti al 1996, ultimo anno per cui sono disponibili con adeguata completezza;
- dai dati INAIL, raccolti a scopo assicurativo, sono esclusi gli eventi in franchigia, vale a dire con durata inferiore a 4 giorni di inabilità;
- per gli addetti sono stati utilizzati:
  - le "stime delle forze di lavoro" effettuate annualmente dall'ISTAT, per il calcolo degli indici a livello complessivo regionale e provinciale;
  - i dati ricavati dal "Censimento generale dell'industria e dei servizi - Anno 1991" e dal "Censimento generale dell'agricoltura - Anno 1990", per il calcolo degli indici a livello di comparto produttivo;
- per il calcolo degli indici di incidenza per comparto sono state effettuate aggregazioni in comparti compatibili con le diverse classificazioni adottate da ISTAT e INAIL, utilizzando transcodifiche definite dal "Gruppo di Studio Regionale sugli Infortuni sul Lavoro"; tali raggruppamenti per comparto costituiscono quanto di meglio possibile allo stato attuale. Il problema delle diverse classificazioni, peraltro, è in via di risoluzione con la prossima adozione da parte dell'INAIL della classificazione ISTAT "ATECO 91".

Di seguito è riportata una sintesi dell'analisi contenuta nella pubblicazione Statistica n° 18 - "Atlante degli Infortuni sul Lavoro della Regione Veneto - Anni 1987 - 1996", curato da Unità di Progetto Sistema Informatico - Servizio Statistico Regionale - SISTAN e da Direzione per la Prevenzione - Progetto Osservatorio di Epidemiologia Occupazionale; ad essa si rimanda per informazioni più dettagliate sia sulla dinamica del fenomeno infortunistico in ambiente di lavoro sia su materiali e metodi utilizzati per l'analisi.

Nel 1996 in Veneto sono stati registrati 81.569 infortuni sul lavoro, che hanno determinato una perdita di 1.823.342 giornate di lavoro (mediamente poco più di 22 giornate per evento); di questi eventi il 7,5% ha comportato postumi permanenti e lo 0,14% è risultato mortale (112 casi).



#### Quadro generale

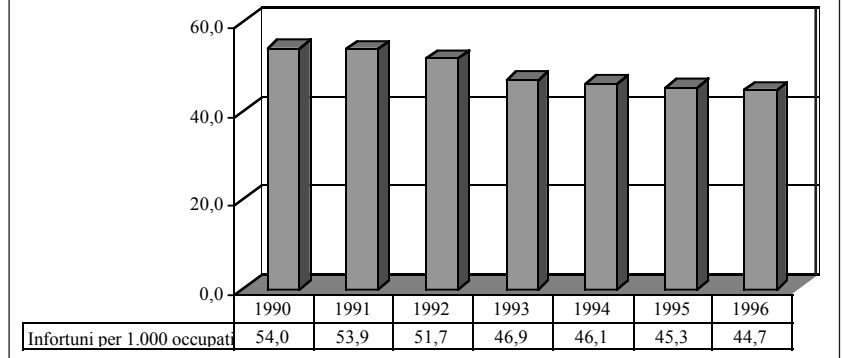
I fenomeni di maggior rilevanza che emergono dall'analisi dell'andamento temporale e territoriale degli infortuni sul lavoro in Veneto sono:

- nei sette anni considerati il numero di infortuni si è ridotto complessivamente del 15%; tale riduzione è attribuibile alla dinamica degli eventi nei settori "industria e servizi" (- 19%) e del settore "agricoltura" (- 46,2%), mentre nel settore "artigianato" la riduzione è stata decisamente più contenuta (- 6%) e nel settore "per conto dello stato" si è osservato un rilevante aumento del numero di infortuni (+ 493%). Tali dati vanno interpretati tenendo presente che l'INAIL registra i dati a scopi assicurativi sulla base di criteri che possono variare nel tempo; in particolare, la riduzione degli eventi in agricoltura è attribuibile, oltre che alla diminuzione dell'occupazione in

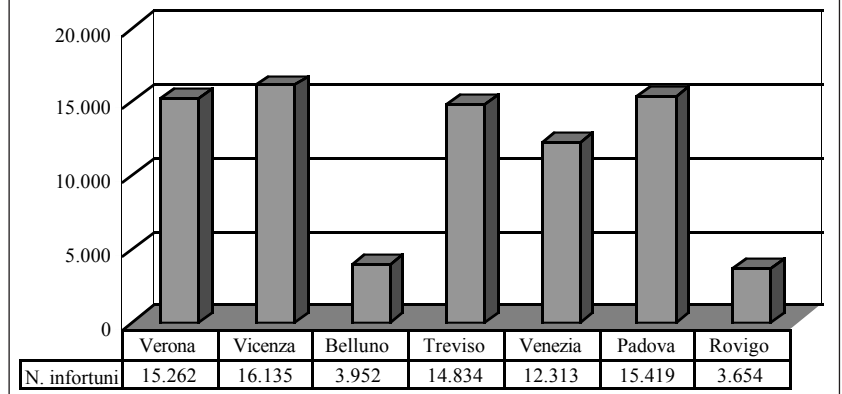
tale settore, anche al criterio amministrativo dell'INAIL di non assicurare più, a partire dal 1994, i lavoratori agricoli che svolgono attività in misura non prevalente rispetto ad altra occupazione principale; analogamente l'aumento degli eventi nel settore "per conto dello stato" è collegata alla inclusione, dal 1993, degli studenti che svolgono attività di educazione fisica tra i soggetti assicurati, con pesanti ricadute in un settore che presentava un numero di infortuni decisamente marginale fino al 1992 (1.098 casi);

- la riduzione complessiva risulta ancora più accentuata in termini di indici di frequenza per 1.000 occupati (- 17,2%) in conseguenza del contemporaneo aumento della forza lavoro; a livello regionale, infatti, dal 1990 al 1996 gli occupati sono cresciuti del 2,7%);
- in termini assoluti la diffusione del fenomeno infortunistico all'interno del territorio regionale è molto differenziata con valori che vanno dai 3-4.000 casi nelle province di Rovigo e Belluno, a 12.000 nella provincia di Venezia fino a giungere ai 15-16.000 casi negli altri quattro territori provinciali; le disomogeneità si ridimensionano molto relativizzando i dati in rapporto agli occupati, che comunque fanno emergere differenze importanti, con valori di incidenza

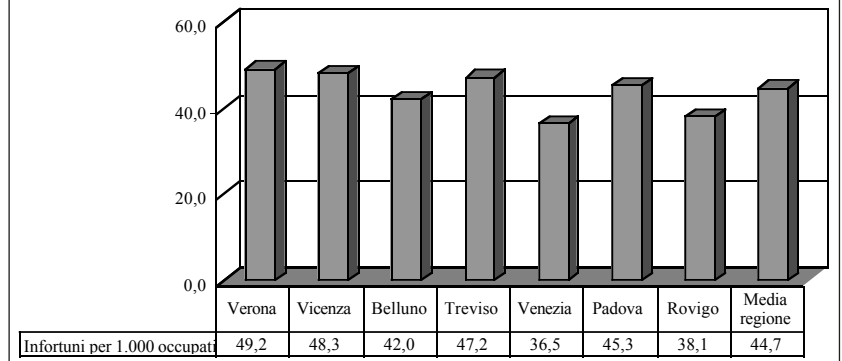
**Infortuni sul lavoro - Veneto**  
Indice di frequenza per 1.000 occupati



**Infortuni sul lavoro - Veneto**  
Valori assoluti per provincia - Anno 1996



**Infortuni sul lavoro - Veneto**  
Indice di frequenza per provincia - Anno 1996



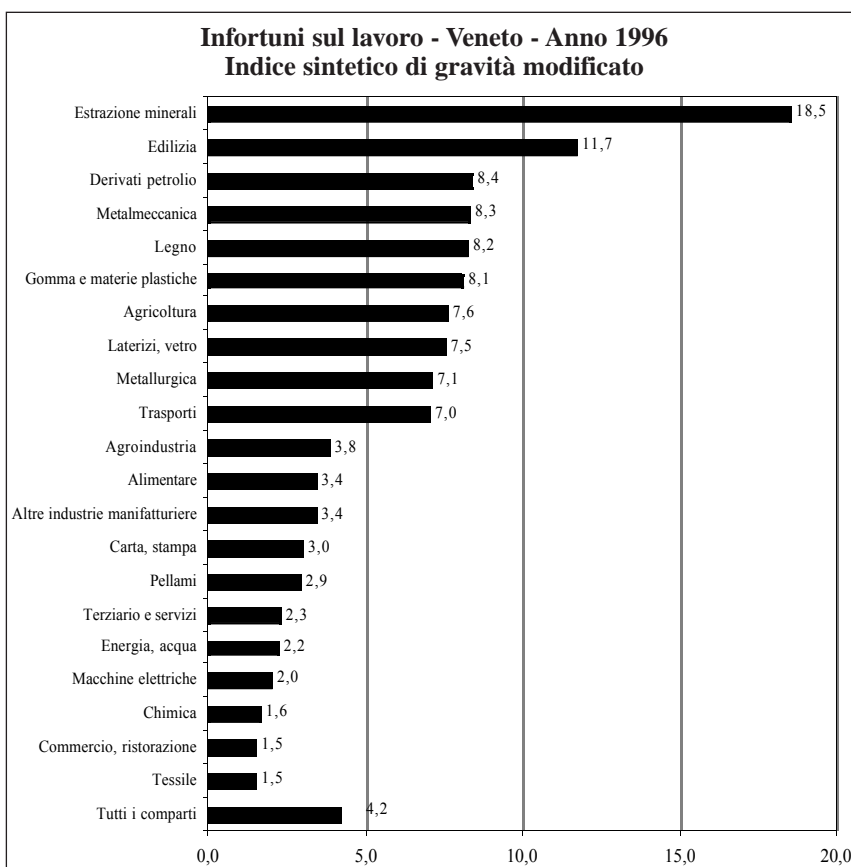
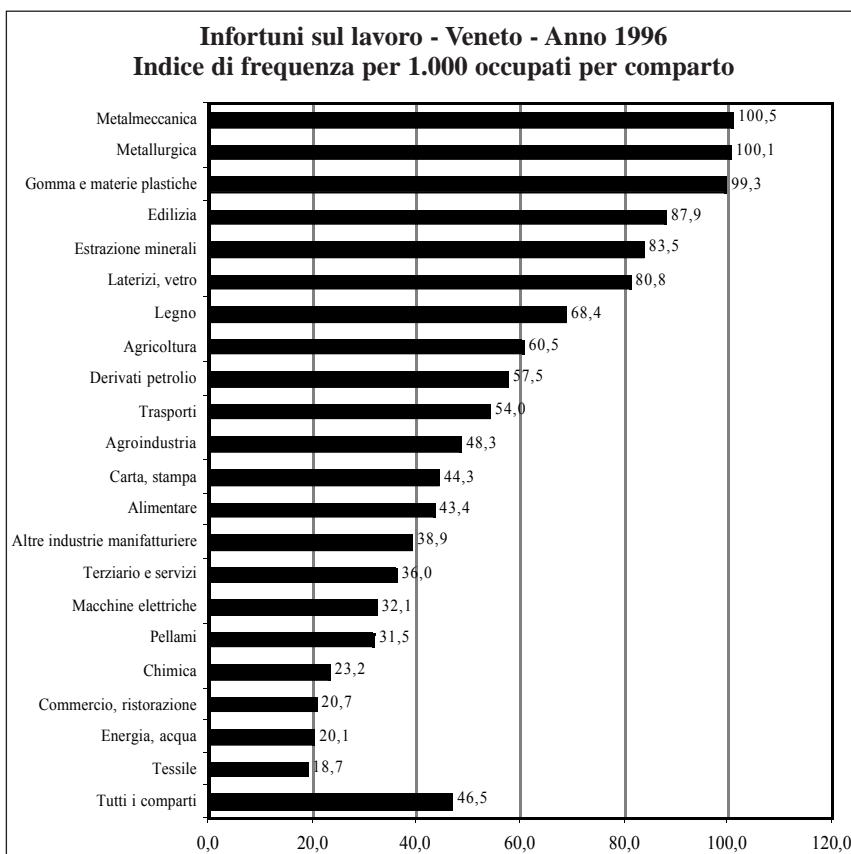
particolarmente elevati nelle province di Verona e di Vicenza.

Nonostante l'evidente riduzione del fenomeno infortunistico è opportuno tenere presente che, di fronte ad un numero così elevato di infortuni sul lavoro appare riduttivo rifugiarsi nella considerazione che questi diminuiscono, ma ci si deve spingere ad agire al fine di evitare gli eventi prevenibili; in quest'ottica, la Direzione regionale per la Prevenzione, con il "Piano triennale per la promozione della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro" (DGR n. 5083/98) ha posto le basi per le attività di prevenzione in questo settore.

Con riferimento alla frequenza di infortuni in rapporto agli occupati i comparti a maggior rischio sono quelli metalmeccanico, metallurgico e gomma e plastica, mentre più "sicuri" risultano il tessile, energia e acqua, commercio e ristorazione e chimica.

L'analisi per comparto e per provincia, limitatamente ai gruppi di attività a maggior occupazione evidenzia un aumento delle probabilità di andare incontro ad infortuni:

- per il comparto metalmeccanico nelle province di Belluno, Verona e Treviso;
- per il comparto tessile nelle province di Belluno, Venezia e Vicenza;
- per il comparto edilizia nelle province di Vicenza, Venezia e Verona;
- per il comparto legno nelle province di Belluno, Venezia e Treviso;
- per il settore agricoltura nelle province di Rovigo, Verona e Treviso.



**RICOVERI  
PER  
INCIDENTE**  
Premessa

**Quadro  
complessivo**

**Ricoveri  
per incidenti  
da traffico**

Ai fini dell'analisi degli infortuni sul lavoro in funzione della gravità viene utilizzato l' "Indice Sintetico di Gravità Modificato – ISGM", calcolato secondo l'algoritmo illustrato in calce al grafico; tale indice, per quanto indiscutibilmente utile se calcolato su un numero elevato di eventi, appare soggetto a variazioni casuali importanti quando riferito a una casistica limitata.

Ciò premesso, si osserva che due tra i primi quattro comparti nella classifica per gravità sono relativamente marginali in termini di dimensione occupazionale (estrazione di minerali con 2.167 addetti e combustibili con 1.652 addetti).

Questa osservazione porta ad una riflessione, importante ai fini della strategia di intervento dei Servizi per la Prevenzione e la Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, sul fatto se sia sempre utile indirizzare l'attività preventiva su comparti a maggior densità di occupazione o non sia altrettanto opportuno attuare, magari su scala regionale o nazionale, interventi su comparti a bassa occupazione, ma a rischio elevato di infortunio anche grave.

Vengono infine riportate due osservazioni importanti che emergono dall'analisi dell'evoluzione temporale del fenomeno infortunistico in ambiente lavorativo:

- negli ultimi 10 anni gli infortuni sul lavoro avvenuti "alla guida di mezzi di trasporto terrestre non su rotaia" sono cresciuti notevolmente di importanza e si sono progressivamente aggravati: la loro incidenza sul totale degli infortuni è passata da 1,8% nel 1987 a 8,4% nel 1996 e, contestualmente, la quota di infortuni con esiti permanenti è passata da 7,9% a 17,9% e gli eventi mortali sono cresciuti dal 22,3% al 53,6%;
- dal 1984 al 1996, gli infortuni sul lavoro tra i minori di 18 anni sono diminuiti del 40% nell'industria e servizi e del 63% nell'artigianato; tale riduzione appare congrua con un miglioramento delle condizioni di sicurezza sul lavoro nel periodo considerato, oltre che con l'innalzamento dell'età scolare e con l'intensa attività di educazione e prevenzione compiuta dai Servizi per la Prevenzione e la Sicurezza negli Ambienti di Lavoro delle ULSS, in collaborazione con l'amministrazione scolastica.

Viene riportata di seguito una sintesi dell'analisi sui ricoveri per incidenti avvenuti negli ospedali del Veneto, realizzata a cura della Direzione regionale per la Prevenzione – Servizio di Epidemiologia e Sanità Pubblica.

Fonte dei dati sono le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), dal cui corrispondente archivio sono stati selezionati i ricoveri che alla voce "causa violenta" riportavano le specifiche riguardanti il luogo: in *ambiente domestico*, in *ambiente di lavoro* e in seguito ad incidente *da traffico*; va precisato che la compilazione non sempre completa di questa voce impone cautela nell'interpretazione dei dati, che potrebbero risultare sottostimati in misura disomogenea in funzione del tipo di incidente.

I ricoveri sono stati analizzati anche in funzione della lesione riportata, codificata secondo la gerarchia prevista dalla classificazione ICDIX, che consente di classificare ogni caso in base alla più grave fra le lesioni descritte nella SDO.

**Ricoveri ospedalieri per incidente in Veneto - N. dimessi**

ANNI	INCIDENTI DA TRAFFICO			INCIDENTI DOMESTICI			INCIDENTI SUL LAVORO		
	M	F	M+F	M	F	M+F	M	F	M+F
1996	4.616	2.292	6.908	1.565	2.728	4.293 *	3.494	1.491	4.985
1997	8.767	4.382	13.149	2.936	0	7.995	4.700	822	5.522
1998	8.247	3.974	12.222 *	2.476	4.415	6.892 *	4.324	712	5.036

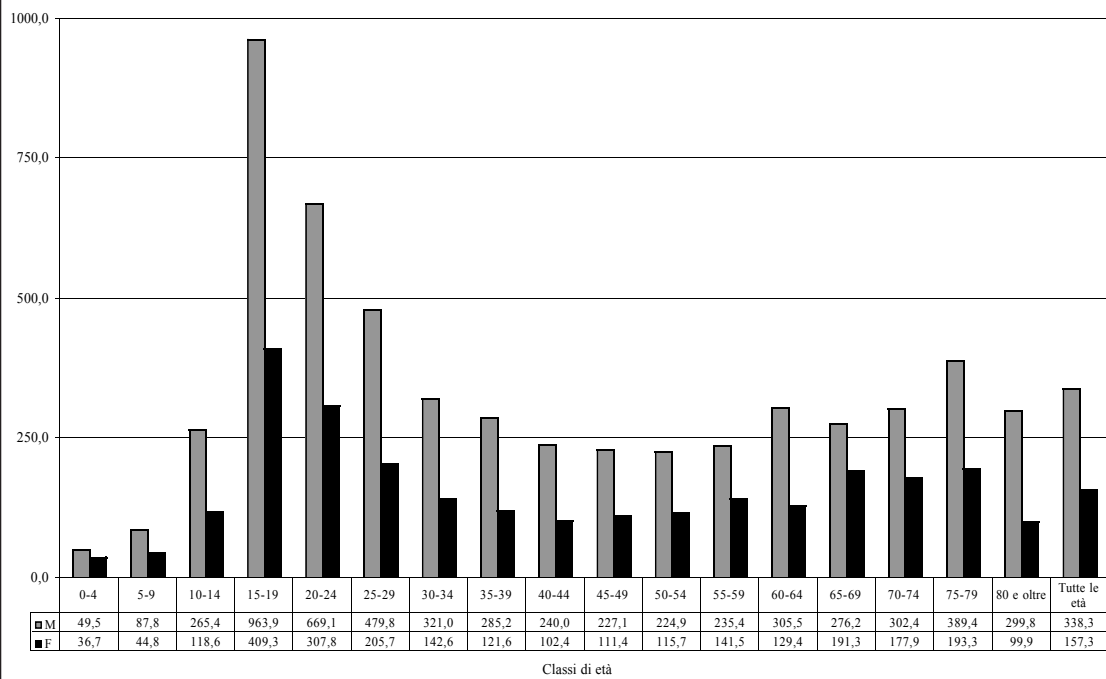
\* sesso non specificato per tutti i ricoverati

I dati riassuntivi sulle persone dimesse da ospedali del Veneto dopo ricovero per incidente negli anni 1996, 1997 e 1998 sono riportati in tabella, mentre di seguito sono considerati solo i ricoveri per incidenti relativi al 1998.

Ai fini dell'organizzazione degli interventi di prevenzione degli incidenti da traffico con conseguenze gravi e dei servizi per il trattamento delle stesse, indicazioni utili, che emergono dall'analisi dei dati sui ricoveri ospedalieri, sono:

- *età e sesso degli infortunati*: netta prevalenza dei maschi in tutte le classi di età e andamento bimodale dei tassi di ricovero in entrambi i sessi, con due picchi, il più elevato interessa le

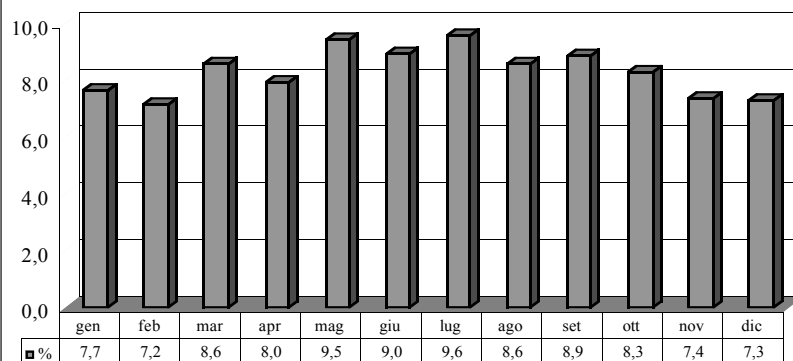
### Ricoveri ospedalieri per incidenti da traffico in Veneto Dimessi residenti per 100.000 abitanti - Anno 1998



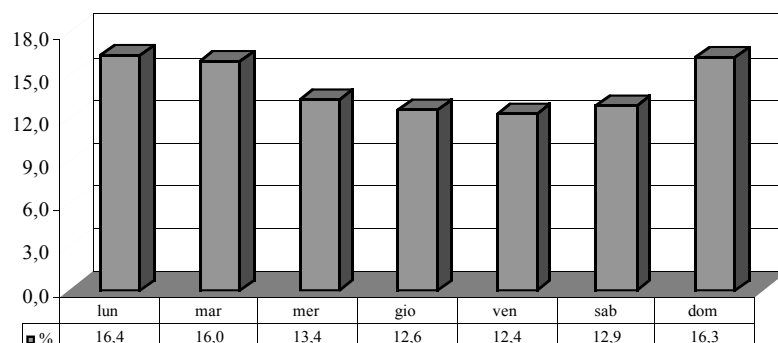
classi di età da 15 a 29 anni (in particolare quella compresa fra 15 e 19 anni) e il secondo, più ridotto, nella fascia di età 75-79 anni;

- *mesi e giorni della settimana*: maggior frequenza di incidenti nei mesi di luglio e maggio e nei fine settimana e il lunedì;
- *ULSS di residenza*: i residenti nelle ULSS 4, soprattutto, ma anche nelle ULSS 8, 19, 5, 16 e 22 presenterebbero i rischi di incidente stradale con conseguenze gravi più elevati;
- *tipo di lesione*: trauma cranico e fratture degli arti sono le lesioni più ricorrenti negli incidenti da

### Ricoveri ospedalieri per incidenti da traffico in Veneto % dimessi per mese - Anno 1998

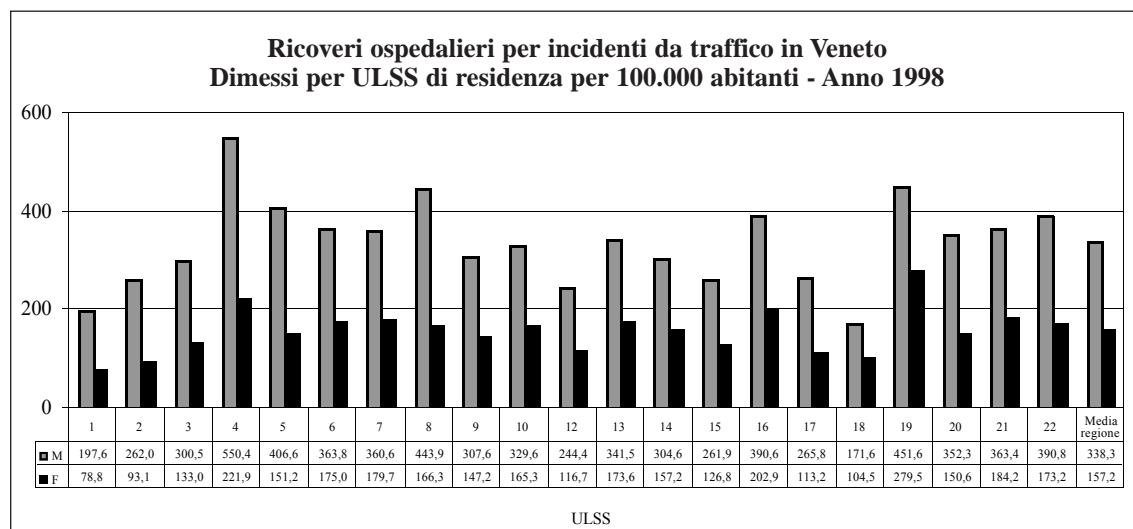


### Ricoveri ospedalieri per incidenti da traffico in Veneto % dimessi per giorno della settimana - Anno 1998



traffico, ma va sottolineata la presenza consistente di lesioni gravi come fratture del cranio, del collo e della colonna vertebrale che spesso provocano esiti invalidanti.

### Ricoveri per incidenti domestici



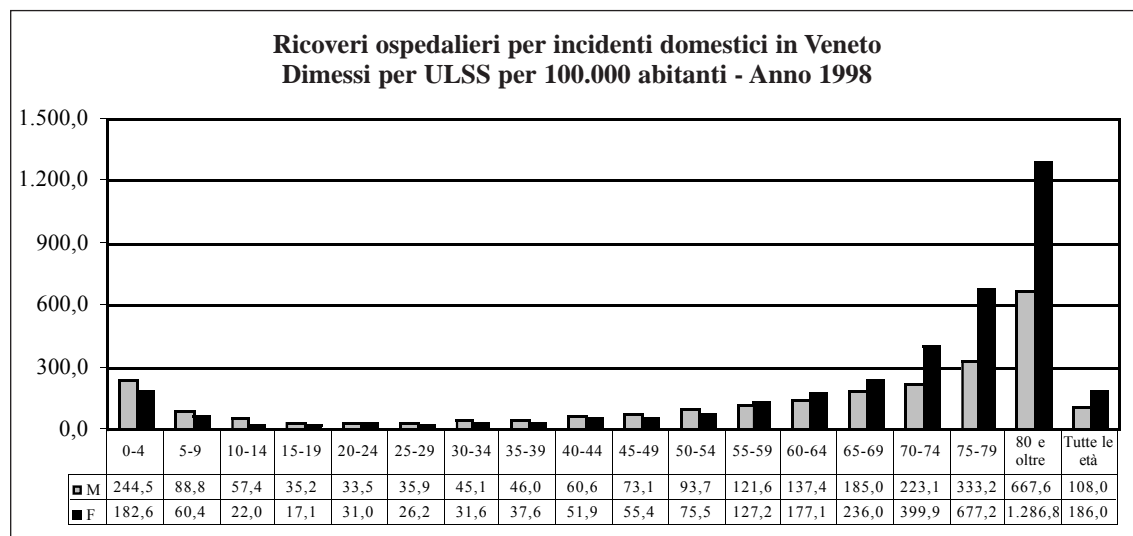
Indicazioni utili a fini preventivi e di organizzazione dei servizi di cura sono:

- *età e sesso degli infortunati*: anche i tassi di ricovero per incidente domestico presentano un andamento bimodale in funzione dell'età con 2 picchi in corrispondenza delle fasce di età estreme, più accentuato per le età più avanzate. L'analisi per sesso vede la prevalenza dei maschi nelle età più giovani, cui segue un sostanziale equilibrio fino ai

60 anni circa, e nelle classi di età più avanzate una progressiva maggior frequenza di incidenti fra le femmine, con tassi doppi rispetto a quelli dei maschi a partire dai 70 anni; l'aumento dei ricoveri tra le donne è presumibilmente espressione di un più elevato rischio di incidente domestico

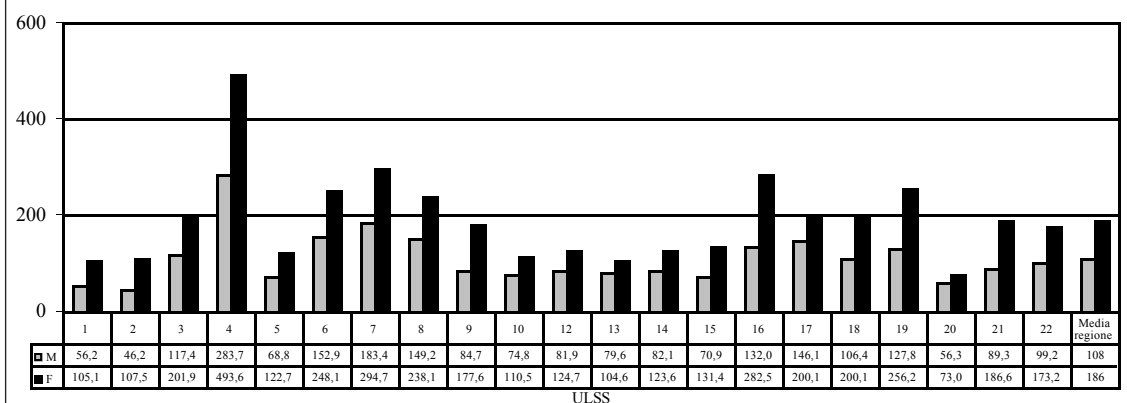
### Ricoveri ospedalieri per incidenti da traffico in Veneto Dimessi per tipo di lesione riportata - Anno 1998

LESIONE	DIMESSI	
	n.	%
Fratture del cranio	391	3,2
Fratture del collo	176	1,4
Traumatismi interni del torace, dell'addome, del bacino	755	6,2
Frattura del tronco	871	7,1
Frattura della colonna vertebrale	261	2,1
Frattura delle ossa della faccia	677	5,5
Traumatismi intracranici	3.572	29,2
Ferite del collo e del torace	7	0,1
Amputazione traumatica degli arti	8	0,1
Traumatismi del midollo spinale senza segni di lesione vertebrale	25	0,2
Fratture degli arti	2.502	20,5
Ustioni	18	0,1
Altre diagnosi	2.959	24,2
<b>TOTALE</b>	<b>12.222</b>	<b>100,0</b>





### Ricoveri ospedalieri per incidenti domestici in Veneto Dimessi per ULSS di residenza per 100.000 abitanti - Anno 1998



per le donne collegato a peculiari condizioni socio-sanitarie;

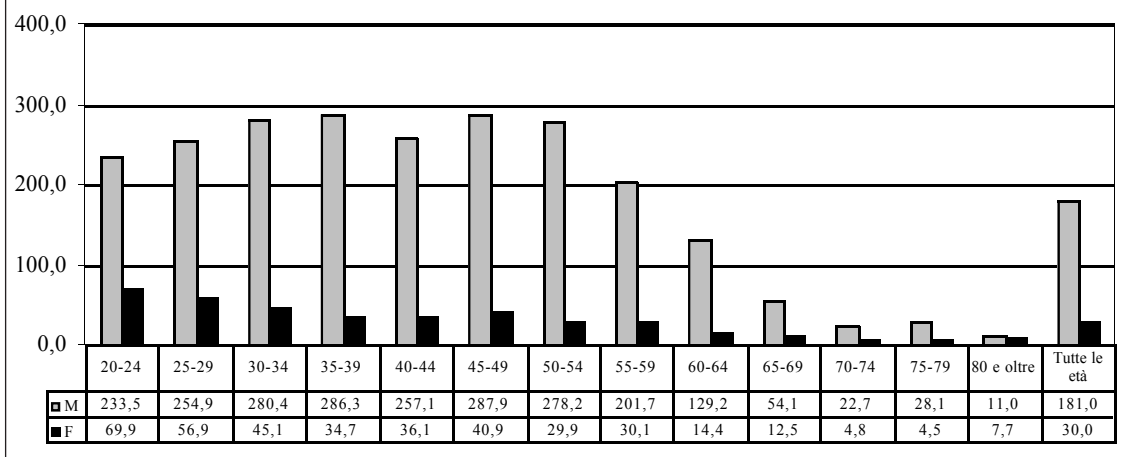
- *ULSS di residenza*: emergono i tassi di ricovero particolarmente elevati dell'ULSS 4; superiori alla media in misura significativa sono anche i ricoveri relativi ai residenti nelle ULSS 7, 16, 19, 6 e 8;
- *tipo di lesione*: le lesioni più frequenti sono le fratture degli arti, con un'incidenza maggiore fra le donne; tra le lesioni di maggiore gravità che ricorrono con frequenze significative si segnalano fratture del cranio e della colonna vertebrale. Limitando l'analisi alla fascia di età più giovane (0-4 anni) si osserva la netta prevalenza dei traumatismi intracranici, che giustificano quasi il 50% dei ricoveri; fra le altre cause da segnalare una quota di ricoveri superiore all'8% dovuta ad avvelenamento per ingestione di farmaci o di altre sostanze.

### Ricoveri ospedalieri per incidenti domestici in Veneto Dimessi per tipo di lesione riportata - Anno 1998

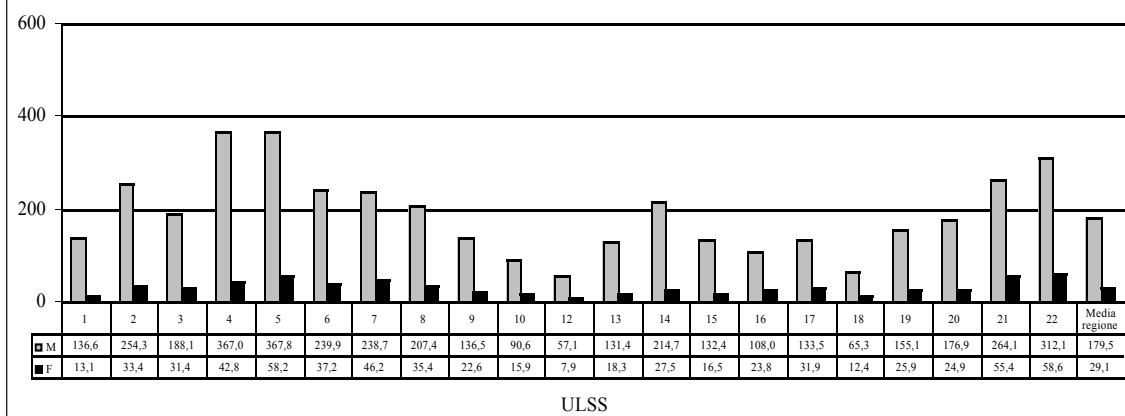
LESIONE	DIMESSI			
	Tutte le età		0-5 anni	
	n.	%	n.	%
Fratture del cranio	107	1,6	29	6,9
Fratture del collo	24	0,4	0	0,0
Traumatismi interni del torace, dell'addome, del bacino	130	2,0	2	0,5
Frattura del tronco	371	5,6	1	0,2
Frattura della colonna vertebrale	282	4,3	0	0,0
Frattura delle ossa della faccia	140	2,1	0	0,0
Traumatismi intracranici	753	11,4	166	39,4
Ferite del collo e del torace	3	0,0	0	0,0
Amputazione traumatica degli arti	1	0,0	0	0,0
Traumatismi del midollo spinale senza segni di lesione vertebrale	2	0,0	0	0,0
Fratture degli arti	2.685	40,6	28	6,7
Ustioni	134	2,0	29	6,9
Altre diagnosi	1.984	30,0	166	39,4
TOTALE	6.616	100,0	421	100,0

### Ricoveri per incidenti sul lavoro

### Ricoveri ospedalieri per incidenti sul lavoro in Veneto Dimessi residenti per 100.000 abitanti - Anno 1998



**Ricoveri ospedalieri per incidenti sul lavoro in Veneto  
Dimessi per ULSS di residenza per 100.000 abitanti - Anno 1998**



Indicazioni ulteriori ricavate dall'analisi dei ricoveri ospedalieri rispetto a quanto riportato nel paragrafo specifico sugli infortuni sul lavoro sono:

- *età e sesso*: l'andamento per età è coerente con l'età delle forze lavoro; da segnalare un eccesso di rischio delle femmine nelle età più giovani;
- *ULSS di residenza*: le ULSS 4, 5, 22 e 21 appaiono a maggior rischio di incidente che comportano un ricovero in ospedale;
- *tipo di lesione*: quasi il 50% dei ricoveri avviene per lesioni di modesta gravità, come distorsioni, lussazioni e ferite, che in tabella rientrano nella voce "Altre diagnosi".

**Ricoveri ospedalieri per incidenti sul lavoro in Veneto  
Dimessi per tipo di lesione riportata - Anno 1998**

LESIONE	DIMESSI	
	n.	%
Fratture del cranio	65	1,4
Fratture del collo	30	0,7
Traumatismi interni del torace, dell'addome, del bacino	166	3,6
Frattura del tronco	169	3,7
Frattura della colonna vertebrale	165	3,6
Frattura delle ossa della faccia	120	2,6
Traumatismi intracranici	453	9,9
Ferite del collo e del torace	7	0,2
Amputazione traumatica degli arti	9	0,2
Traumatismi del midollo spinale senza segni di lesione vertebrale	11	0,2
Fratture degli arti	992	21,7
Ustioni	107	2,3
Altre diagnosi	2.279	49,8
<b>TOTALE</b>	<b>4.573</b>	<b>100,0</b>

#### FONTI

- Regione Veneto:
  - Direzione Prevenzione – Progetto Osservatorio di Epidemiologia Occupazionale
  - Direzione Prevenzione – Servizio Epidemiologia e Sanità Pubblica
  - Unità di Progetto Sistema Informatico Regionale - Servizio Statistico Regionale

#### TAVOLE

- "Atlante degli Infortuni sul Lavoro della Regione Veneto – Anni 1987-1996" – Pubblicazione "Statistica n° 18" a cura di:
  - Direzione Prevenzione – Progetto Osservatorio di Epidemiologia Occupazionale
  - Unità di Progetto Sistema Informatico – Servizio Statistico Regionale - SISTAN
 Consultabile anche via INTERNET al sito [www.prevenzioneveneto.com](http://www.prevenzioneveneto.com)

## 2. STATO DI SALUTE

### 2.4 Mortalità

#### PREMESSA

Per l'analisi seguente si utilizzano i dati ISTAT rilevati tramite il flusso informativo specifico sulle Cause di morte. Tali dati forniti dai medici che accertano il decesso al momento della morte e integrati dagli Ufficiali di Stato Civile dei Comuni vengono trasmessi all'ISTAT, il quale provvede a codificare, in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, la patologia principale determinante della morte. Questo lavoro, nonostante la recente introduzione, in ISTAT, della procedura di codifica automatica, comporta tempi ancora abbastanza lunghi: gli ultimi dati resi disponibili ed elaborati sono relativi al 1995 e al 1996.

Le medesime schede di rilevazione e informazioni alimentano i Registri Nominativi delle Cause di Morte delle ULSS secondo quanto previsto dal Regolamento di Polizia Mortuaria ai fini della sorveglianza epidemiologica locale.

Gli archivi dei deceduti sono raccolti poi a livello regionale ed è in corso una valutazione sulla congruenza e comparabilità temporale e geografica di questi dati con quelli provenienti da fonte ISTAT.

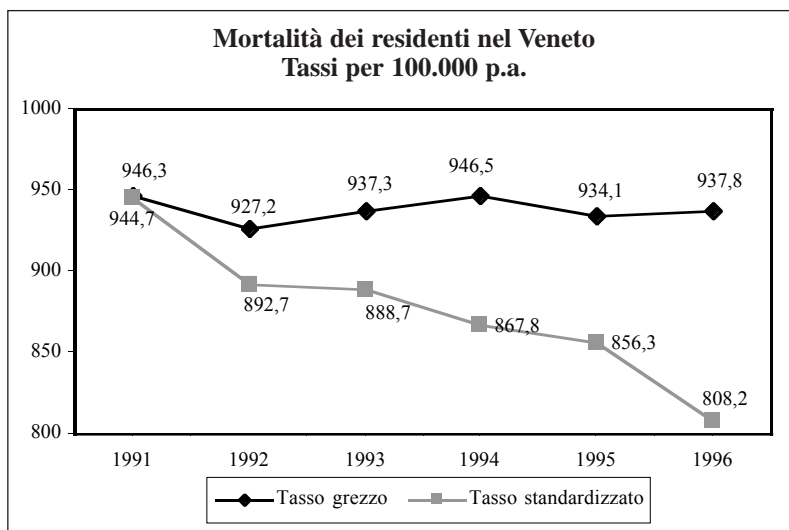
Nella presentazione che segue si è preferito perciò, in analogia con gli anni precedenti, considerare i soli dati ISTAT, che risultano omogenei e confrontabili sia a livello territoriale che temporale.

Altre elaborazioni ed analisi specifiche per causa e ULSS di residenza sono state sviluppate dal Servizio Statistico regionale e dal Servizio di Epidemiologia e Sanità Pubblica del Dipartimento regionale per la Prevenzione e pubblicate anche sul sito INTERNET regionale: ad esse si rimanda per ulteriori approfondimenti. È stato inoltre recentemente istituito, con DGR n. 4781/99, un nuovo Centro Regionale Specializzato, denominato "Sistema Epidemiologico Regionale" con compiti di ricerca e studio in ambito epidemiologico.

#### MORTALITÀ GENERALE

Nel Veneto sono stati registrati, nel 1996, 41.361 decessi di residenti e 41.667 nel 1995.

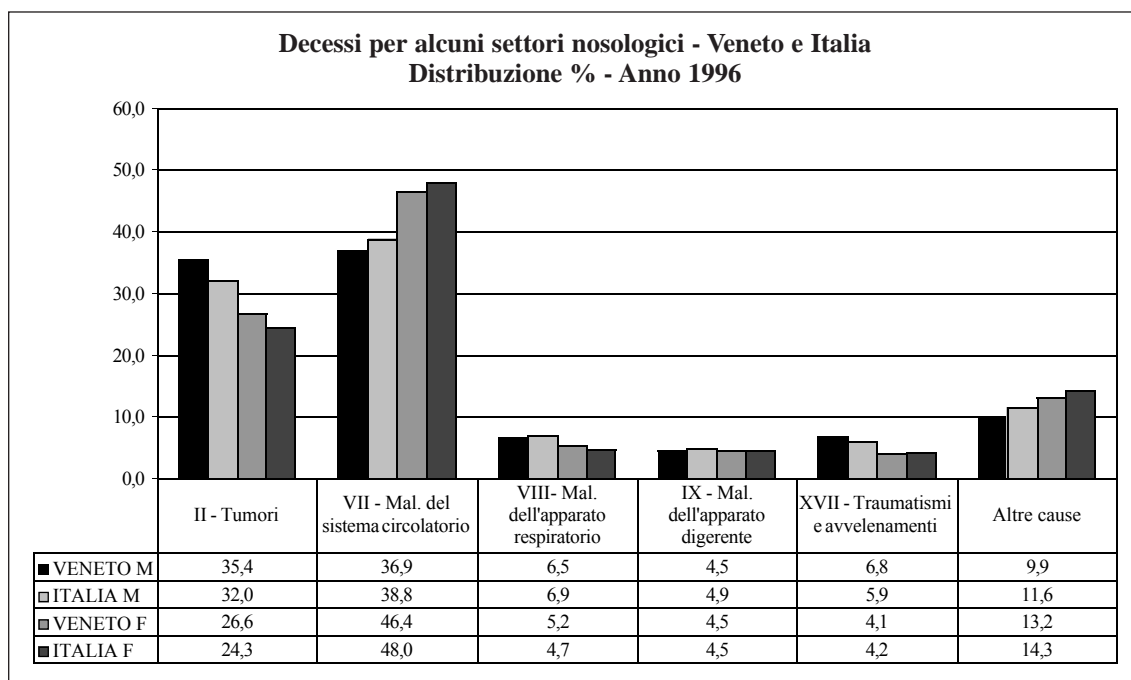
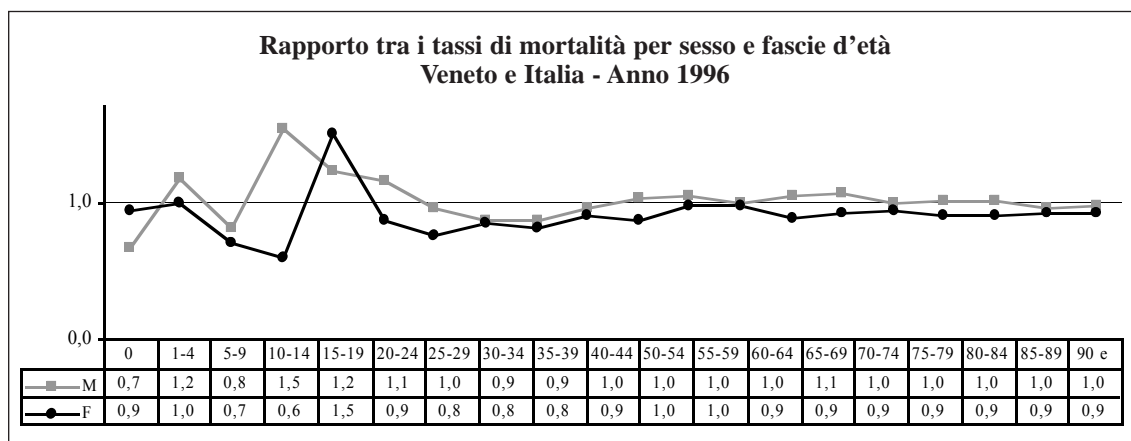
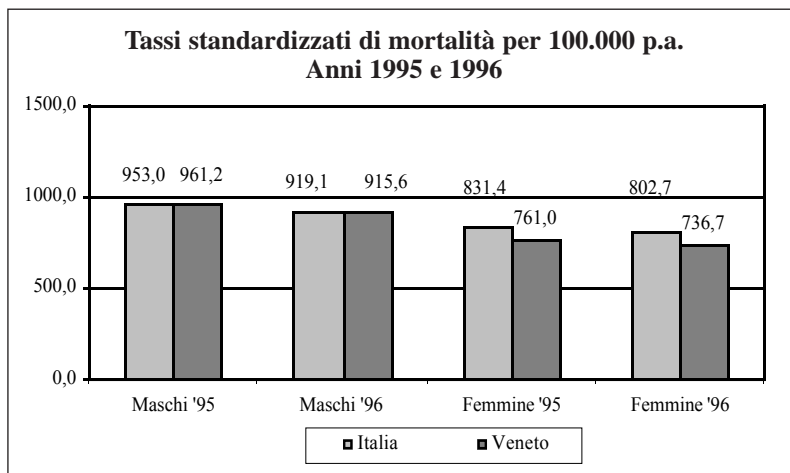
Il trend decrescente della mortalità è confermato anche considerando il tasso di mortalità standardizzato, ossia depurato dall'influenza del processo di invecchiamento della popolazione. Tra il 1994 e il 1995 la diminuzione del tasso standardizzato è stata del 1,3% ed è ulteriormente diminuito del 5,6% tra il 1995 e il 1996, rimanendo in generale inferiore al valore nazionale.



#### MORTALITÀ PER SESSO E CLASSI DI ETÀ

I maschi hanno in tutte le classi d'età, ad esclusione del primo anno di vita, una mortalità più elevata delle femmine. I tassi di mortalità per età fino ai 10 anni sono abbastanza simili tra i due sessi, diventano doppi per i maschi sopra i 40 anni e quasi tripli fino a raggiungere la distanza massima nella classe d'età 20-24. In genere questo andamento si riscontra anche nella popolazione italiana. Rispetto all'Italia, si conferma una minor mortalità delle donne venete, mentre la più elevata mortalità maschile osservata fino al 1995 sembra ridursi nel 1996.

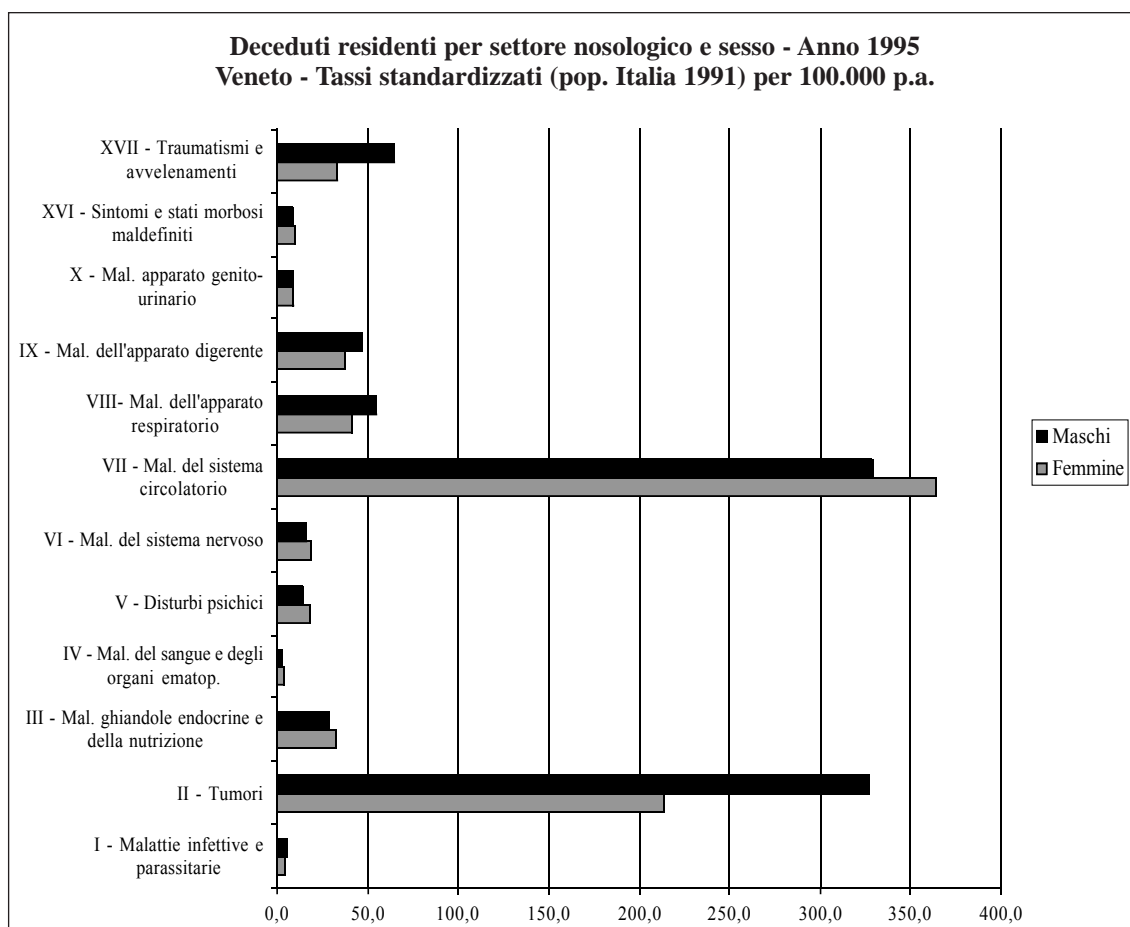
La mortalità nel primo anno di vita rimane decisamente inferiore a quella nazionale, soprattutto per i maschi; mentre per le altre classi d'età infantili si osserva nel 1996 una mortalità superiore a quella nazionale per i maschi in età tra 1 e 4 anni e a partire dai 10 anni e, per le femmine, nella sola classe d'età 15-19.



Nel Veneto la distribuzione percentuale della mortalità per causa di morte non si discosta molto da quella italiana e da quella osservata negli anni precedenti: i decessi per malattie del sistema circolatorio e per tumore rappresentano le prime due cause di morte sia per gli uomini che per le donne, sebbene con un ordine invertito, rappresentando le prime oltre il 46% dei decessi nella popolazione femminile.

Rispetto all'Italia il Veneto continua ad avere una maggior frequenza di decessi per tumori, pur essendo comunque in diminuzione, e per traumatismi e avvelenamenti.

Consapevole che importanti risultati nella riduzione della mortalità si possono attendere da attività di prevenzione primaria, come ad esempio programmi di controllo degli incidenti da traffico o sulla diffusione AIDS, oppure da interventi di prevenzione secondaria, come lo screening del tumore della mammella per la donna, la regione del Veneto ha avviato programmi specifici in queste aree.



#### FONTI

- ISTAT:
  - "Popolazione e Movimento Anagrafico dei Comuni - Anno 1995"
  - "Popolazione e Movimento Anagrafico dei Comuni - Anno 1996"
  - "Decessi - Caratteristiche demografiche e sociali - Anno 1995"
  - "Decessi - Caratteristiche demografiche e sociali - Anno 1996"
  - "Morti per causa - Anno 1995"
- Regione Veneto:
  - Unità di Progetto Sistema Informatico Regionale - Servizio Statistico Regionale
  - Direzione Prevenzione - Servizio Epidemiologia e Sanità Pubblica

#### TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 2.4.1/A

#### TAVOLE SU CD E SU INTERNET

- TAVOLA 2.4.1/R, TAVOLA 2.4.2/R, TAVOLA 2.4.3/R



## 2. STATO DI SALUTE

### 2.5 Soggetti deboli: fase nascente, immigrati, tossicodipendenti e detenuti

#### PREMESSA

Nell'ambito del PSN 1998-2000, approvato con DPR 23 luglio 1998 è stato previsto uno specifico obiettivo "Rafforzare la tutela dei soggetti deboli" riconoscendo che alcune categorie di soggetti si trovano in condizioni di bisogno o vivono particolari situazioni di disagio e sono costrette a forme di dipendenza assistenziale e di cronicità. Il Piano stesso ha individuato alcuni particolari gruppi di soggetti "deboli" quali appunto gli stranieri immigrati, i tossicodipendenti, i malati mentali, i bambini e gli adolescenti, gli anziani che presentano specifiche esigenze di tutela e i malati terminali. La Regione Veneto, per alcune di queste categorie di popolazione, ha da tempo approvato progetti obiettivi specifici (salute mentale e tossicodipendenti) che consentono di attivare una rete di servizi territoriali, analizzati nel presente volume in capitoli specifici (capp. 4.8 e 4.9). Ha inoltre avviato progetti finalizzati e una serie di azioni specifiche atte a consentire equità di accesso e di tutela della salute a quelle categorie che nel territorio regionale del Veneto risultano essere particolarmente deboli.

Di seguito si presentano alcuni risultati, in termini di condizioni di salute raggiunta dalla popolazione interessata in particolare alla fase nascente della vita e un quadro della consistenza del fenomeno immigrazione straniera nel Veneto. Per quanto riguarda gli anziani e la fase terminale della vita, si rimanda invece ai capitoli relativi all'assistenza territoriale, in particolare di base, domiciliare e riabilitativa extraospedaliera (capp. 4.1, 4.4 e 4.7), ai capitoli relativi all'assistenza a malati di AIDS (cap. 4.10) e agli aspetti innovativi dell'integrazione socio-sanitaria (cap. 4.11), nonché ai capitoli relativi all'assistenza ospedaliera.

Si sono, infine, inseriti in questo capitolo anche alcuni dati relativi alla popolazione carceraria e ai tossicodipendenti, rimandando allo specifico capitolo per una visione d'insieme della specifica assistenza territoriale.

#### FASE NASCENTE Quadro generale di contesto

Popolazione residente in particolari classi d'età

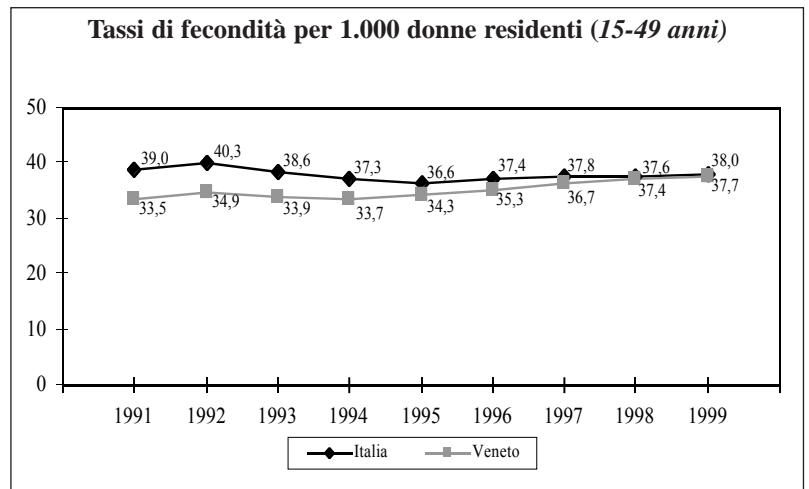
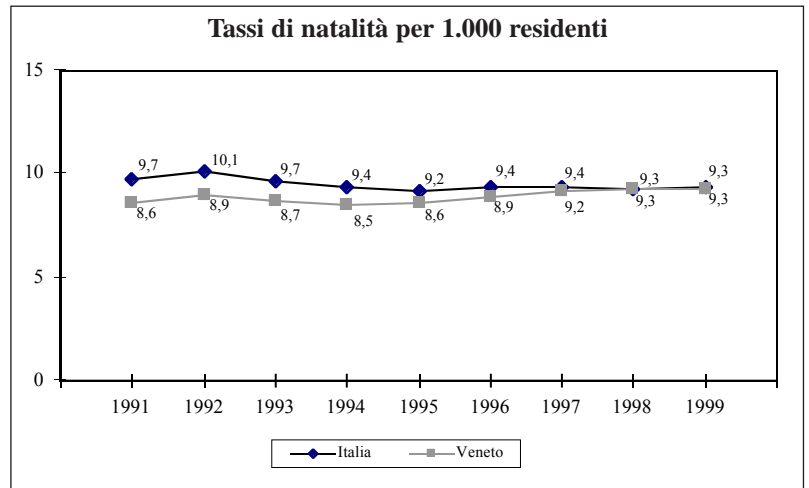
Tipologia	(Età)	Veneto						Italia	
		Censimento 1991		al 1.1.1998		al 1.1.1999		al 1.1.1999	
		V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
Neonati	(0)	38.335	0,9	40.558	0,9	41.226	0,9	530.037	0,9
Età pre-scolare	(1-5)	187.294	4,3	193.736	4,3	197.943	4,4	2.677.829	4,6
Età scolare	(6-13)	344.134	7,9	310.762	7,0	314.752	7,0	4.555.473	7,9
Adolescenti	(14-17)	237.865	5,4	171.449	3,8	167.844	3,7	2.448.022	4,2
<b>Tot. Minori</b>	<b>(0-17)</b>	<b>807.628</b>	<b>18,4</b>	<b>716.505</b>	<b>16,0</b>	<b>721.765</b>	<b>16,1</b>	<b>10.211.361</b>	<b>17,7</b>
<b>Donne</b>	<b>(15-49)</b>	<b>1.127.370</b>	<b>25,7</b>	<b>1.110.349</b>	<b>24,8</b>	<b>1.103.646</b>	<b>24,6</b>	<b>14.093.142</b>	<b>24,5</b>

Gli indirizzi programmatori e gli obiettivi prevalenti sia nazionali che regionali, considerano, nell'area materno-infantile, popolazione oggetto di intervento le donne in età fertile e cioè comprese tra i 15 e i 44 anni (perlopiù ormai estesa ai 49 anni), i neonati e in genere i minori d'età. Nel Veneto, al 1.1.1999 le donne in età compresa tra i 15 e i 49 anni sono diminuite rispetto al 1.1.1997 in media di 0,6% all'anno, attestandosi attorno ad una percentuale leggermente inferiore al 25% della popolazione. I neonati (bambini al di sotto di un anno di vita) sono invece aumentati di 1.875 unità nel biennio; nell'insieme la popolazione veneta al di sotto dei 18 anni è diminuita, rispetto al Censimento del 1991, di oltre il 10% per effetto del calo di natalità osservato agli inizi degli anni '80 che coinvolge soprattutto la classe d'età attuale degli adolescenti. La relativa stabilizzazione delle nascite, integrata dalla crescita della popolazione di cittadinanza straniera immigrata, fa già vedere un lievissimo recupero del contingente di minori residenti, in particolare nella classe d'età pre-scolare.

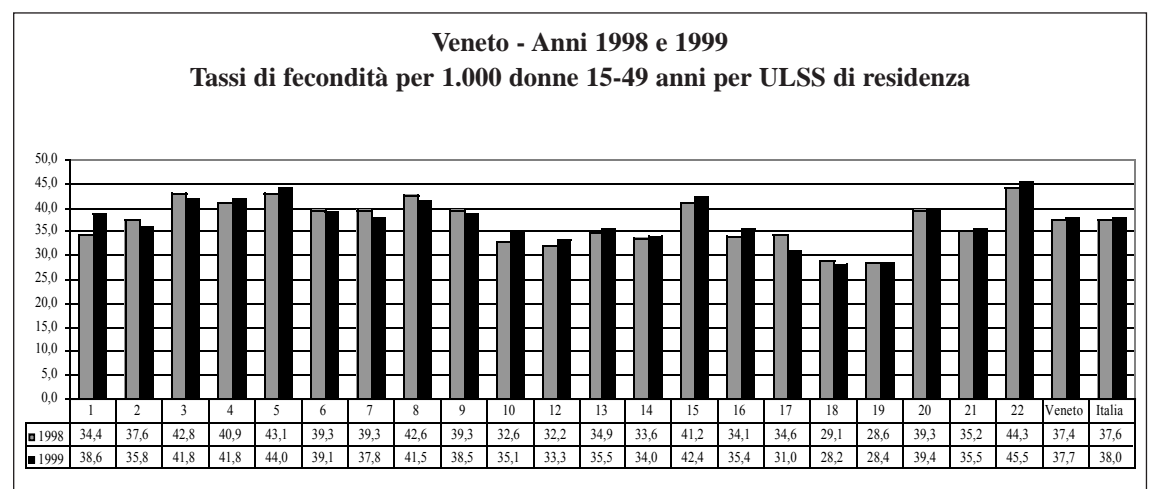
**Natalità e fecondità**  
**QUADRO REGIONALE**

In Veneto continua la ripresa della natalità in valore assoluto mentre, per effetto del contestuale aumento della popolazione, rimangono abbastanza stabili i valori del tasso di natalità, ormai in linea con il valore medio nazionale. Tenendo conto della lieve diminuzione nel tasso di fertilità (n. di donne in età fertile rapportato alla popolazione residente totale), si apprezza maggiormente la crescita del tasso di fecondità regionale (nati vivi ogni 1.000 donne in età fertile) e tale valore ha ormai quasi raggiunto il valore nazionale. Si confermano, quindi, le considerazioni fatte nella precedente relazione sanitaria e cioè che la lieve ripresa della natalità è il risultato del recupero di maternità da parte di quelle donne che hanno posticipato la

nascita del primo e spesso unico figlio ad età più adulta. Tale cambiamento di costume nella fecondità da parte delle donne venete si riscontra anche su tutto il territorio nazionale, come pure la bassa percentuale (inferiore all'1%) di fecondità di minorenni, mentre risulta in crescita e superiore alla media nazionale la percentuale di donne senza figli (stime effettuate dall'ISTAT per le generazioni di donne nate negli anni '60, calcolano per il Veneto una percentuale pari al 17,1% delle nate nel 1960 che arriva addirittura al 28,6% per le donne nate nel 1966; per l'Italia le percentuali calcolate ammontano rispettivamente al 14% e al 23%).



**ANALISI TERRITORIALE**



A livello territoriale, la distribuzione dei tassi di fecondità è presumibilmente legata oltre che alla distribuzione per età della popolazione, a fattori economico-sociali e tra questi anche alla presenza di giovane popolazione immigrata. Nel 1999 le ULSS con i più alti valori continuano ad



essere quelle del Vicentino (zone industrializzate e con più alte percentuali di immigrati), mentre valori più bassi si osservano per le ULSS della provincia di Rovigo (18 e 19) e per l'ULSS 17; in crescita appaiono i tassi di fecondità dell'ULSS 1 di Belluno.

Nel corso dell'intero anno 1999 sono state eseguite nelle strutture sanitarie del Veneto, n.6.387 Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG), 5,9% in più rispetto al 1998: tale recupero riporta a valori simili a quelli registrati agli inizi degli anni '90. Dopo un picco iniziale nel 1980, il numero di interventi effettuati nel Veneto è andato via via diminuendo fino agli anni 1995-96 e 1997, quando si è osservata una lieve ripresa, per poi diminuire nel 1998 e nuovamente risalire nell'ultimo anno.

Considerando il tasso di abortività (interventi effettuati nel Veneto rapportato alle donne residenti in età fertile 15-49 anni) si conferma una lieve ripresa del fenomeno nell'ultimo anno, con un aumento del 7,4% rispetto al 1998. Anche il rapporto di abortività (interventi effettuati nel Veneto rapportato al numero di nati vivi da donne residenti), mostra un aumento nell'ultimo anno del 5,2%, rimanendo tuttavia ben al di sotto del valore calcolato per l'intero territorio nazionale.

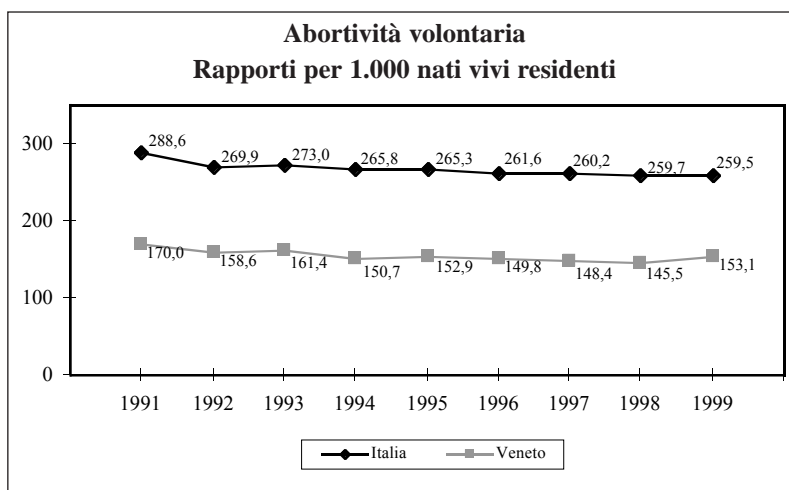
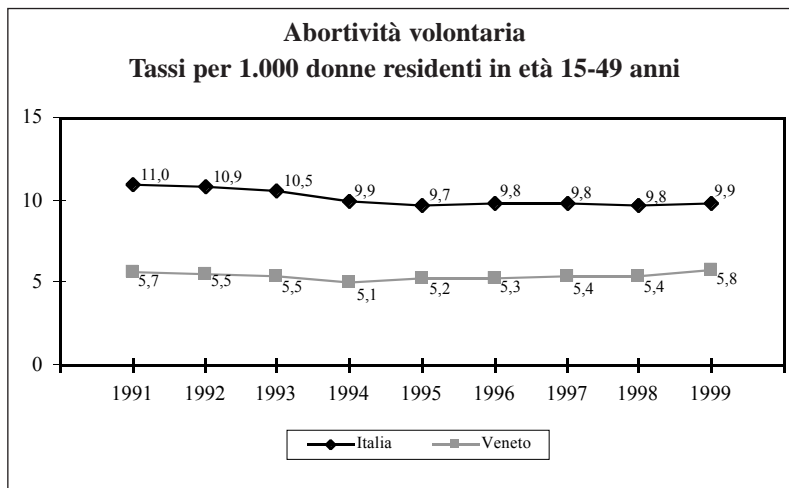
Una precisazione si rende doverosa per il fatto che si stanno considerando gli interventi effettuati sia da donne residenti in Veneto che residenti fuori regione, mentre non sono conteggiate le IVG effettuate da donne venete che si sono rivolte a strutture di altre regioni. Tale percentuale

di fuga (6,2%), calcolata dall'Istituto Superiore di Sanità sulla base dei dati nazionali 1998, consente di pervenire a valori degli stessi indicatori per residenza che, sebbene risultino lievemente superiori a quelli in precedenza esaminati, lasciano tuttavia la regione del Veneto ancora al livello più basso nella graduatoria di abortività volontaria in Italia.

A livello italiano si osserva in generale un andamento abbastanza analogo a quello regionale, con un aumento (solo del tasso e non del rapporto) nell'ultimo anno più contenuto rispetto a quello osservato per il Veneto, sebbene il dato nazionale sia ancora provvisorio e suscettibile di ulteriori aggiustamenti.

Si osserva inoltre, in questa sede, che il rapporto di abortività non risponde pienamente alle esigenze conoscitive del fenomeno IVG perché tende a valutare il rischio di una IVG rispetto alla nascita ed il suo andamento risulta quindi fortemente influenzato dal trend della natalità.

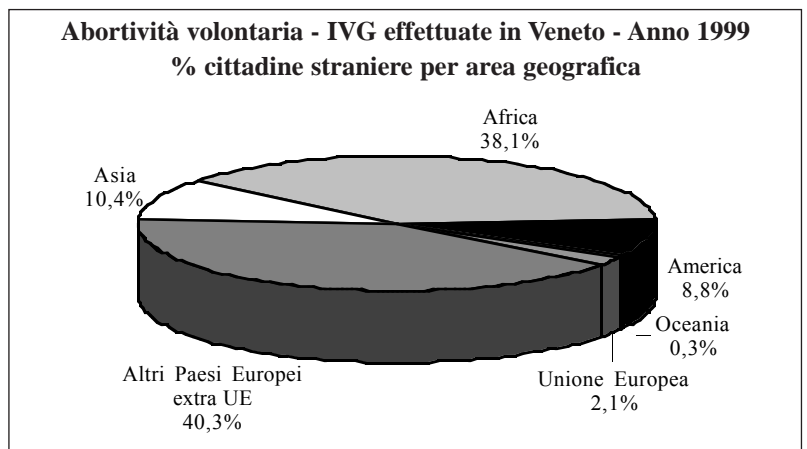
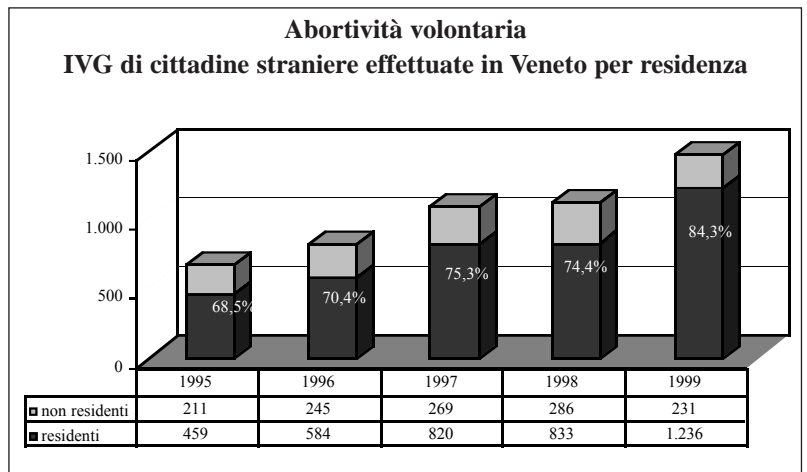
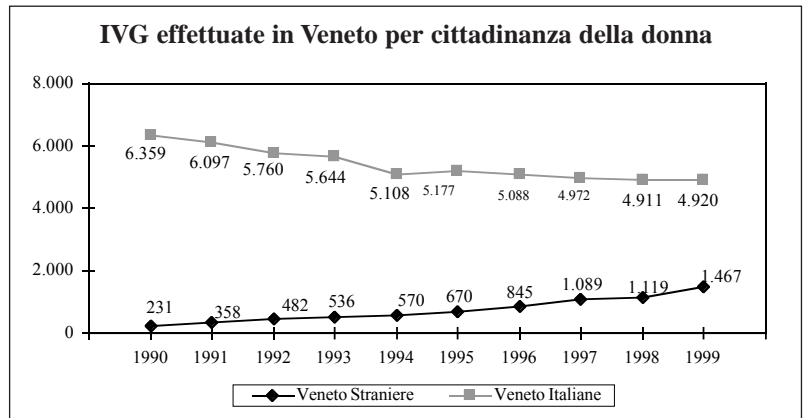
Per quanto riguarda il tasso di abortività si nota come il lieve aumento osservato possa essere dovuto all'effetto congiunto della diminuzione del contingente di donne in età fertile e alla contemporanea stabilizzazione delle donne straniere immigrate.



Considerando, infatti, le IVG effettuate in Veneto sia per cittadinanza che per residenza delle donne, si osserva come, in particolare nell'ultimo anno, il ricorso all'IVG tra le cittadine italiane è sostanzialmente stabile (+ 0,2%) mentre aumentano gli interventi effettuati da cittadine straniere (+ 31,1%) specialmente residenti (+ 48,4%).

L'area geografica prevalente di provenienza delle donne cittadine straniere che hanno effettuato IVG in Veneto rimane, anche per il 1999, quella europea extra UE, seguita dall'Africa: il numero maggiore di IVG tra le donne con cittadinanza straniera si registra tra le nigeriane (+14%) e a seguire tra le rumene (+49,1%) e le jugoslave (+27%).

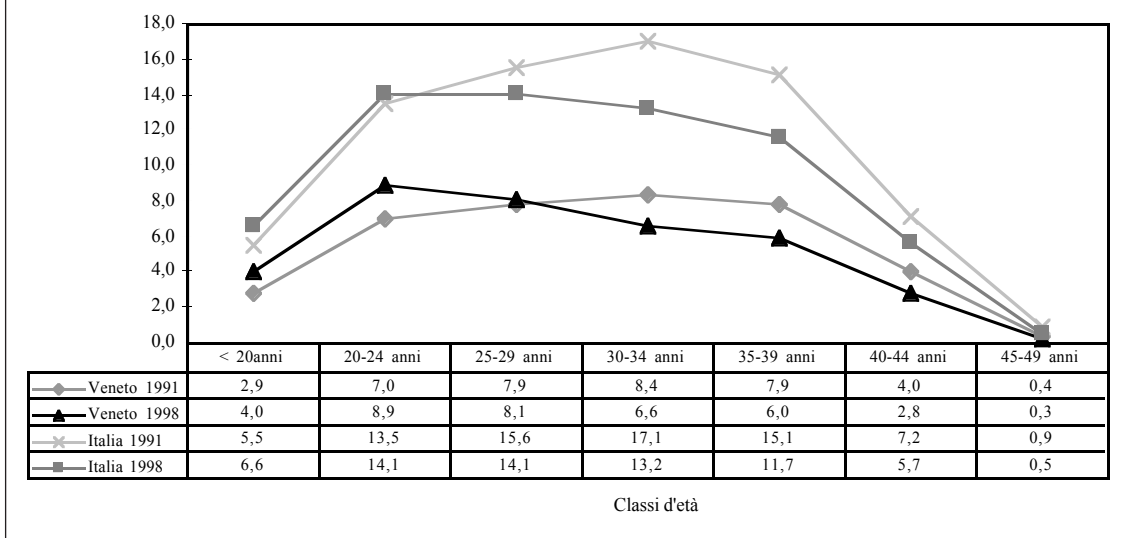
L'esame delle altre caratteristiche delle donne può essere effettuato tramite l'analisi della distribuzione percentuale nelle varie modalità per ciascuna caratteristica: tale analisi, puramente descrittiva, risente del mutamento generale avvenuto nell'ultimo decennio nella struttura della popolazione femminile per le variabili considerate e nelle scelte di fecondità. La distribuzione percentuale delle IVG per classi d'età della donna, mostra una sostanziale equidistribuzione delle donne nelle tre classi quinquennali d'età centrali tra i 20 e i 34 anni. L'andamento osservato, pur evolvendo lentamente, non si discosta significativamente da quello degli anni precedenti, ad eccezione di un maggior peso che sembra stiano assumendo le minorenni.



**IVG di cittadine straniere effettuate in Veneto per nazionalità**

1998			1999		
Nazionalità Totali 89			Nazionalità Totali 82		
Stato Estero	V.A.	%	Stato Estero	V.A.	%
NIGERIA	222	19,8%	NIGERIA	254	17,3%
JUGOSLAVIA	118	10,5%	ROMANIA	170	11,6%
ROMANIA	114	10,2%	JUGOSLAVIA	150	10,2%
ALBANIA	94	8,4%	ALBANIA	120	8,2%
MAROCCO	88	7,8%	MAROCCO	109	7,4%
GHANA	66	5,9%	GHANA	95	6,5%
CINA	39	3,5%	CINA	53	3,6%
FILIPPINE	20	1,8%	INDIA	26	1,8%
BRASILE	20	1,8%	CROAZIA	25	1,7%
SRI LANKA	19	1,7%	COLOMBIA	24	1,6%
COLOMBIA	17	1,5%	FILIPPINE	23	1,6%
MACEDONIA	16	1,4%	SRI LANKA	23	1,6%
POLONIA	15	1,3%	MOLDAVIA	23	1,6%
CROAZIA	13	1,2%	RUSSIA	21	1,4%
MOLDAVIA	12	1,1%	MACEDONIA	19	1,3%
			BRASILE	19	1,3%

**Abortività volontaria**  
**Tassi specifici per classi d'età per 1.000 donne residenti**



Più significativo risulta l'esame dei tassi di abortività specifici per età e in particolare confrontando la curva osservata nel 1991 con quella costruita sui tassi relativi al 1998: si osserva una generale riduzione di abortività sopra i 30 anni, mentre cresce la propensione ad abortire delle più giovani.

Per quanto riguarda le altre caratteristiche delle donne non si notano grosse modificazioni negli ultimi anni, se non lievi aumenti nelle percentuali di quelle modalità probabilmente tipiche anche delle donne straniere immigrate: le nubili sono passate dal 43,1% nel 1995 e al 47,1% nel 1999, le donne senza figli da 44,7% nel 1995 a 46,2% e la percentuale di recidive è passata da 16,2% nel 1995 a 18,1% nel 1999. Un'analisi più approfondita, confrontando le caratteristiche delle donne con IVG degli anni '80, è stata pubblicata dall'ISTAT e dall'ISS a livello nazionale, evidenziando che i mutamenti intervenuti negli ultimi anni nelle caratteristiche riproduttive delle donne hanno influenzato anche le caratteristiche delle donne che ricorrono ad una IVG: da un modello in cui le percentuali più alte si osservavano tra le coniugate con figli, si passa ad un mo-

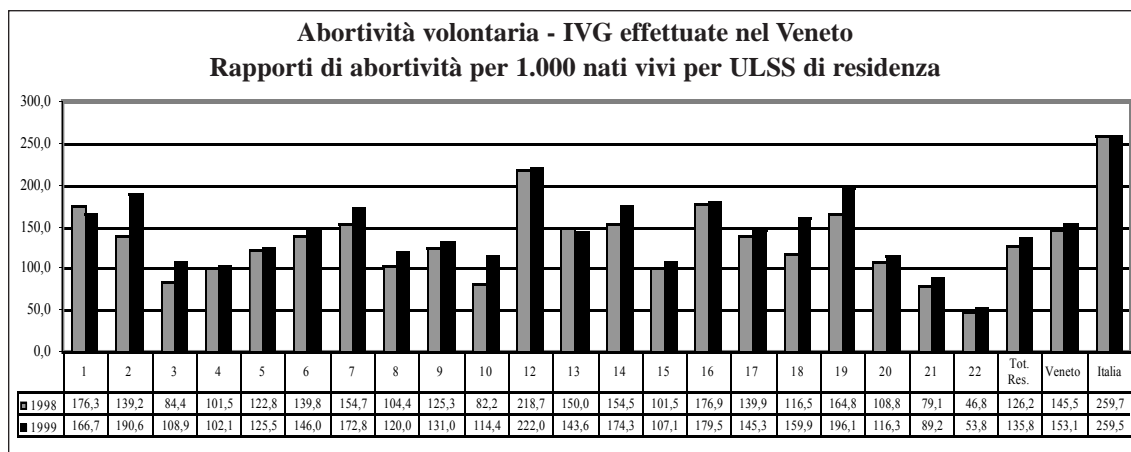
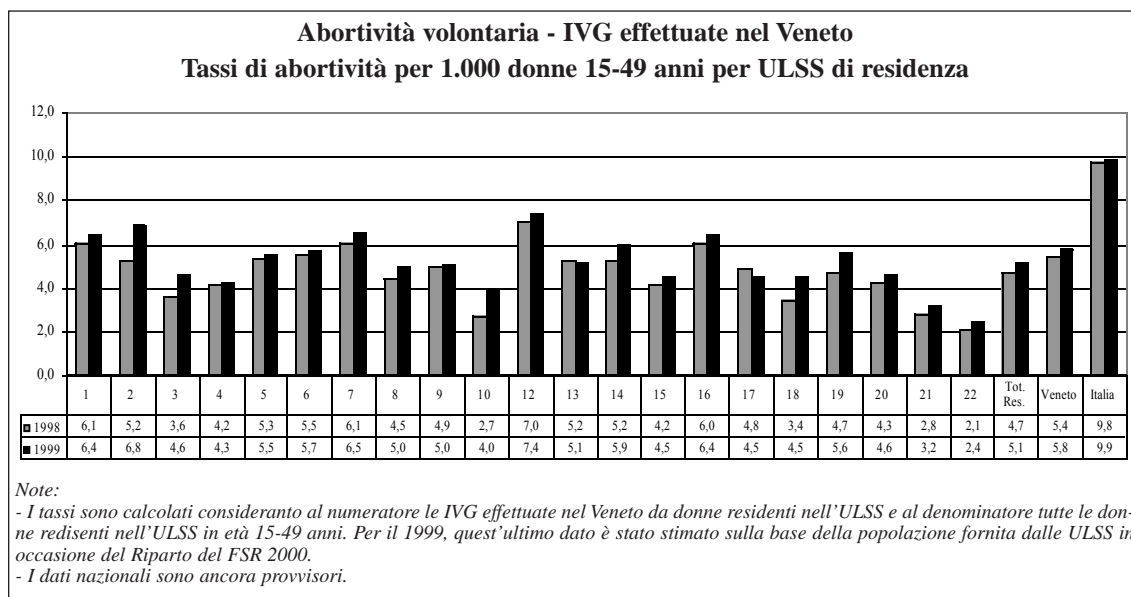
**Interruzioni Volontaria della Gravidanza - Modalità di svolgimento**

	VENETO					ITALIA			
	1995	1996	1997	1998	1999	1995	1996	1997	1998
<i>Epoca gestazionale</i>									
< 8ª settimana	37,0	36,1	37,0	35,2	29,9	50,2	47,8	49,1	47,8
9ª-12ª settimana	59,8	60,8	58,8	60,6	66,2	48,4	50,8	49,2	50,4
> 12ª settimana	3,2	3,0	4,2	4,3	3,8	1,4	1,4	1,7	1,7
<i>Luogo di certificazione</i>									
Consultorio	23,0	25,6	28,3	30,0	31,2	23,5	24,5	24,9	27,2
Medico di fiducia	44,2	42,3	39,1	37,5	33,7	45,5	43,3	41,9	40,9
Servizi ostetrico-ginecologici	31,5	31,1	29,6	31,4	33,5	29,1	30,6	31,8	30,2
Altro	1,2	1,1	1,1	1,1	1,6	1,9	1,6	1,8	1,7
<i>Attesa dell'intervento</i>									
< 15 giorni	54,9	52,8	50,5	50,2	42,3	78,1	74,6	69,6	67,3
15-21 giorni	28,3	28,7	28,6	29,6	31,3	15,7	18,1	20,5	22,0
> 21 giorni	16,8	18,5	17,6	20,2	26,3	6,2	7,3	9,9	10,7
<i>Tipo di intervento</i>									
Raschiamento	2,2	13,9	8,9	12,8	15,2	14,9	15,0	16,7	16,8
Isterosuzione	27,0	27,2	36,6	35,8	55,0	24,8	27,9	21,1	19,5
Karman	41,5	49,6	49,7	49,0	28,1	57,5	55,8	60,9	62,6
Altro	29,3	9,4	4,4	2,4	1,7	2,8	1,4	1,3	1,2
<i>Anestesia</i>									
Generale	81,1	82,2	83,2	84,0	83,9	80,0	82,1	82,7	83,1
Locale	16,2	11,1	12,2	13,8	13,7	17,3	15,3	15,3	15,6
Altro	1,7	5,8	2,7	2,3	2,4	1,9	1,8	2,0	1,3
<i>Durata della degenza</i>									
< 1 giorno	63,5	70,6	71,6	74,2	78,7	76,9	78,5	78,6	79,4
1 giorno	24,3	19,7	17,1	19,1	16,6	17,5	15,8	15,7	15,5
> 1 giorno	12,2	9,6	11,3	6,8	4,7	5,5	5,7	5,7	5,0

dello più simile a quello dei paesi occidentali (Svezia, Finlandia, Stati Uniti) dove acquistano sempre più importanza le nubi senza figli e dove, in conseguenza dello spostamento nel tempo dell'età al matrimonio e quindi del calendario riproduttivo, aumentando il rischio di malformazione fetale, aumenta anche la percentuale di abortività volontaria a settimane gestazionali più elevate. In questo senso è rilevante notare come il Veneto presenti percentuali superiori alla media nazionale di IVG al di sopra della 12<sup>ma</sup> settimana di gestazione.

La scelta del ricorso all'IVG è dunque legata a condizioni sociali e a scelte culturali più che non a motivi sanitari: ciò nonostante è compito dei servizi sanitari garantire una buona qualità delle prestazioni richieste e soprattutto un'equità di accesso.

Le caratteristiche degli interventi effettuati in Veneto, mettono in evidenza percentuali ancora inferiori alla media nazionale di interventi effettuati secondo le indicazioni OMS e cioè con il metodo Karman e in anestesia locale e un'attesa superiore ai 15 giorni per oltre il 50% delle donne. Per questi motivi, la sorveglianza deve essere soprattutto ospedaliera, dove vengono effettuati gli interventi sanitari richiesti, ma è nei servizi territoriali che si sta lavorando per prevenire la richiesta di questo tipo di intervento e garantire prestazioni tempestive ed eque.



Osservando l'andamento per ULSS sede di intervento, spicca l'elevato numero di IVG effettuate nell'Azienda Ospedaliera di Padova, nell'ULSS 12 Venezia-Mestre e nell'ULSS 7 Pieve di Soligo. Anche il calcolo degli indicatori mostra un più alto ricorso all'IVG da parte delle donne residenti nelle medesime ULSS di Venezia-Mestre e di Padova, cui si aggiungono le donne residenti nelle ULSS 1 di Belluno e 2 di Feltre. Il servizio IVG è garantito su tutto il territorio regionale da almeno un ospedale per ULSS, ad eccezione delle ULSS 16 e 20 che si avvalgono delle Aziende Ospedaliere rispettivamente di Padova e Verona e dell'ULSS 3 in cui nel 1999 tutti i me-

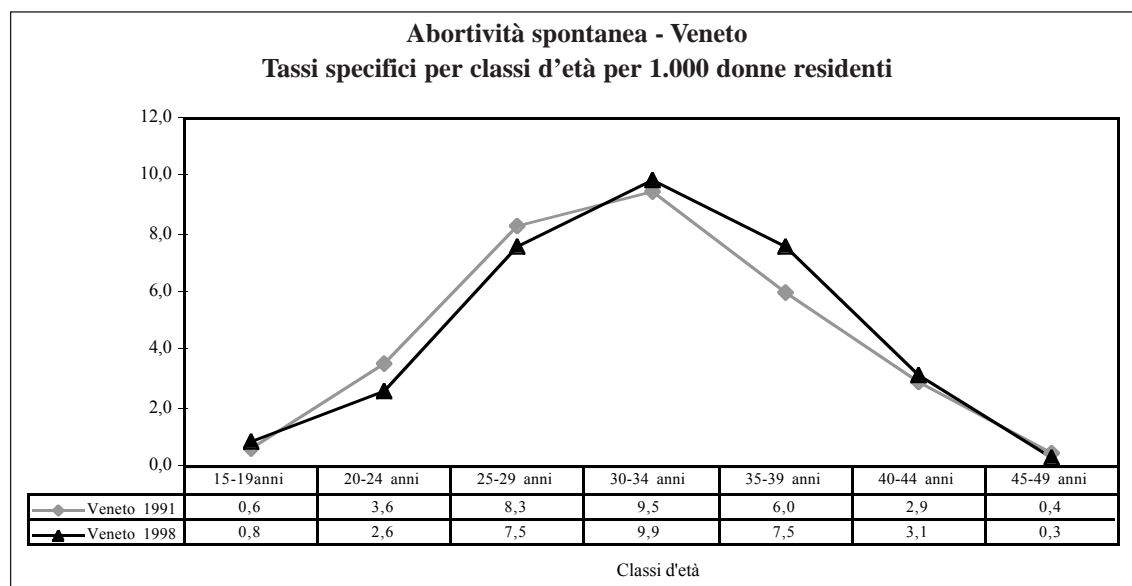
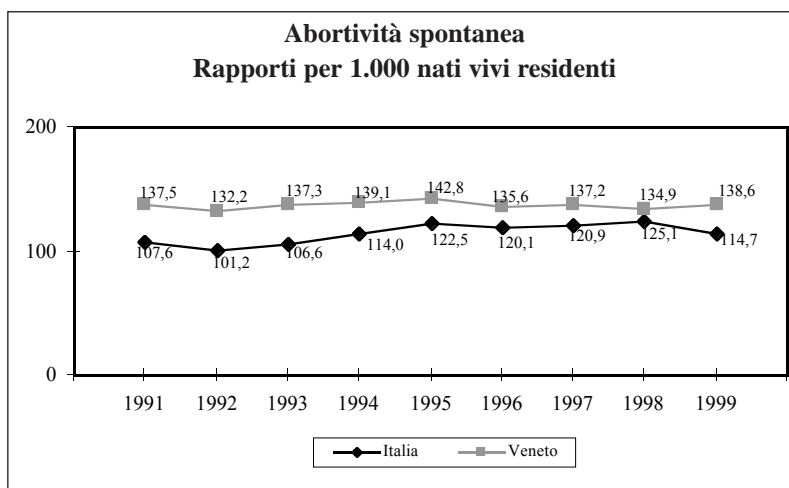
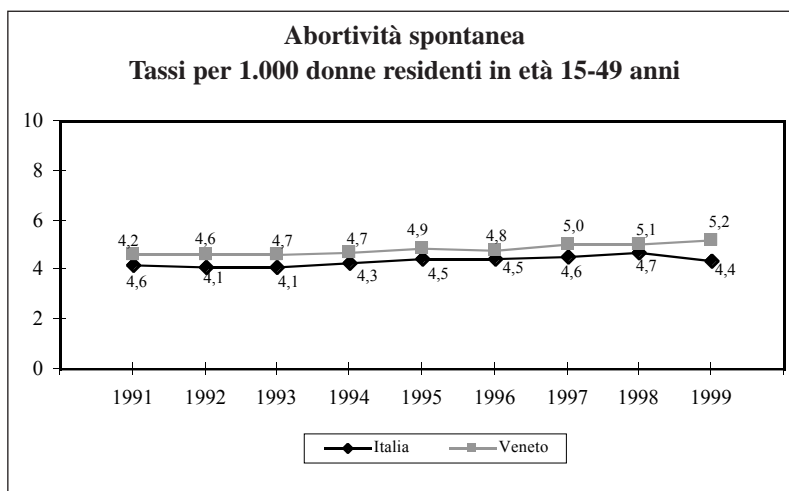
**Abortività spontanea**  
**QUADRO REGIONALE**

dici ostetrico-ginecologi e anestesisti si sono dichiarati obiettori di coscienza facendo dirottare le donne presso strutture di altre ULSS limitrofe (65% si sono rivolte all'Ospedale di Thiene - ULSS 4).

In totale sono stati 27 gli ospedali nelle 21 ULSS del Veneto che nel 1999 hanno garantito il servizio di IVG con 87 medici ginecologi, 153 medici anestesisti e 579 operatori paramedici coinvolti.

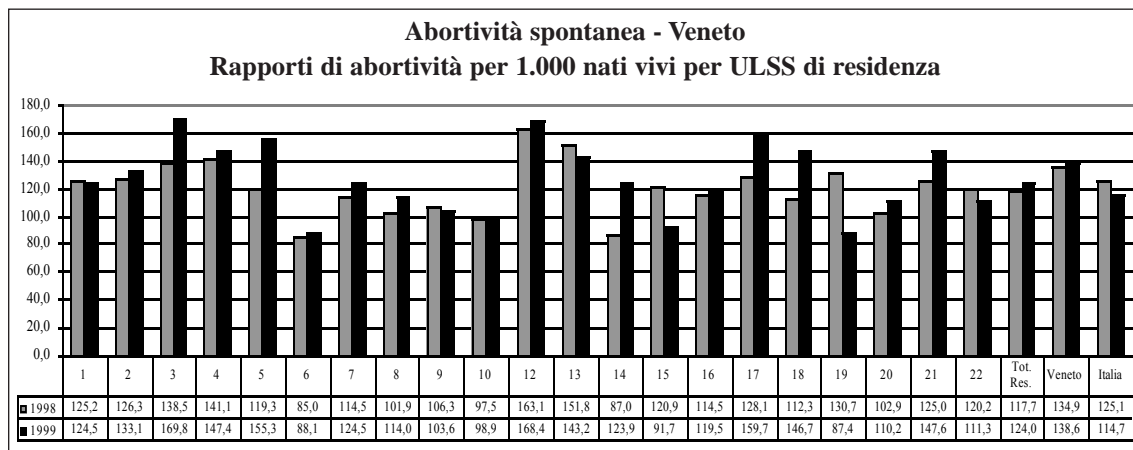
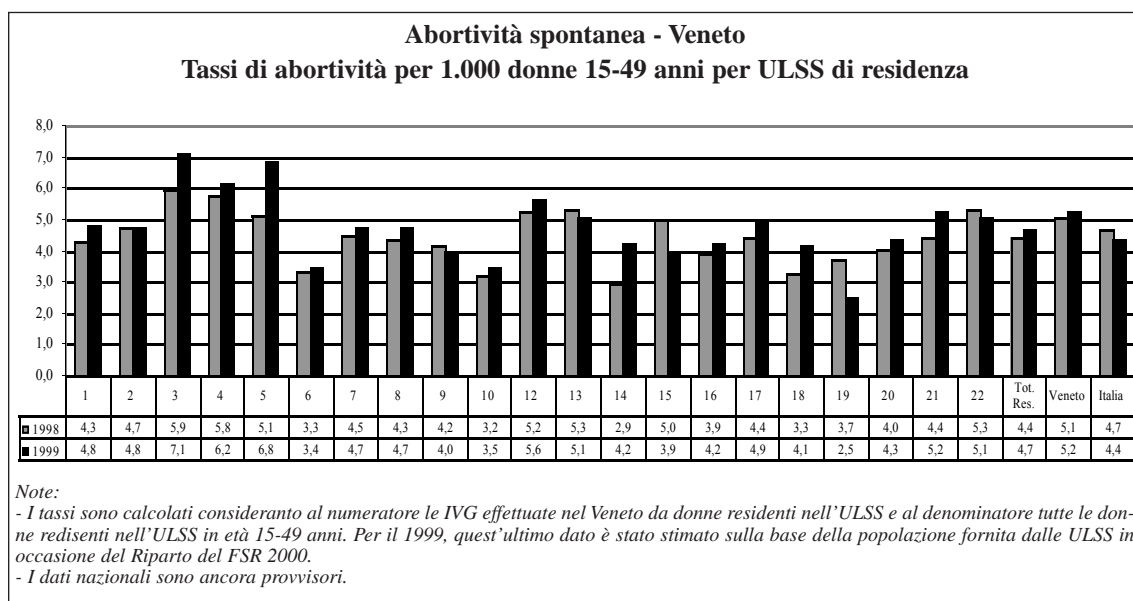
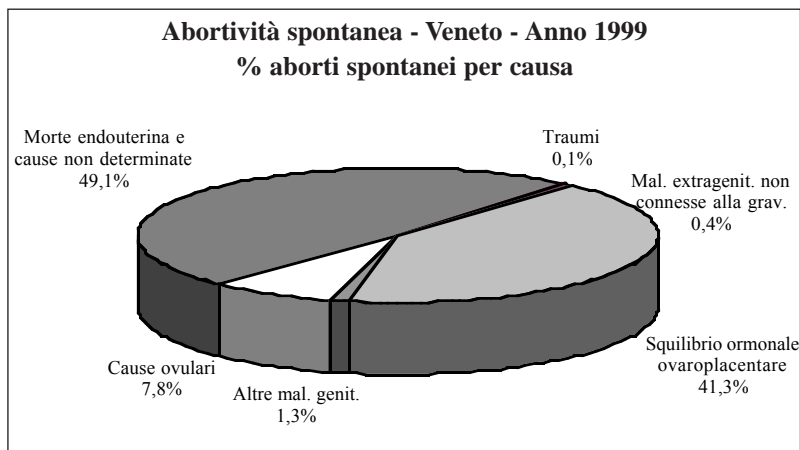
Al di là delle interruzioni volontarie della gravidanza, esistono eventi, più o meno osservabili e noti, che impediscono la realizzazione dell'evento nascita. Tra questi eventi, la mortalità intrauterina clinicamente osservabile è conosciuta come aborto spontaneo. Le donne dimesse dagli ospedali pubblici e privati preaccreditati del Veneto nel 1999 per aborto spontaneo sono state 5.782 (+3,4% rispetto al 1998). Il continuo e lieve aumento nei valori assoluti si osserva anche nei tassi di abortività spontanea mentre risulta meno evidente nei rapporti di abortività per effetto dell'andamento della natalità già citato. Escludendo i dati relativi al 1999, ancora provvisori e quindi suscettibili di ulteriori aggiustamenti, risulta evidente un analogo

andamento del fenomeno abortività spontanea anche per l'intero territorio nazionale, sebbene su livelli più bassi. Il Veneto risulta ancora la regione con i più alti tassi e rapporti di abortività spontanea su tutto il territorio nazionale.



Oltre ad una maggior attenzione regionale alla rilevazione, una delle possibili spiegazioni del lieve e continuo aumento dell'abortività spontanea, può essere ricondotta al diverso comportamento riproduttivo delle donne venete, che avendo posticipato la maternità, si espongono ad un rischio maggiore di interruzione spontanea della gravidanza. E' infatti confermato, anche da recenti studi effettuati dall'ISS, che il rischio di aborto spontaneo aumenta al crescere dell'età alla prima gravidanza. Anche lo slittamento in avanti che si osserva nella distribuzione dei tassi specifici di abortività spontanea per età è quindi il risultato di questo mutamento nelle scelte di fecondità: confermato dall'osservazione che l'età media al parto del primogenito delle donne venete rimane più alta di oltre un anno rispetto al valore medio calcolato per l'intero territorio nazionale.

Rimane inoltre particolarmente preoccupante il fatto che per quasi il 50% dei casi non è determinata la causa e quindi difficilmente sono possibili iniziative di prevenzione finalizzate alla riduzione del rischio che una gravidanza venga spontaneamente interrotta.

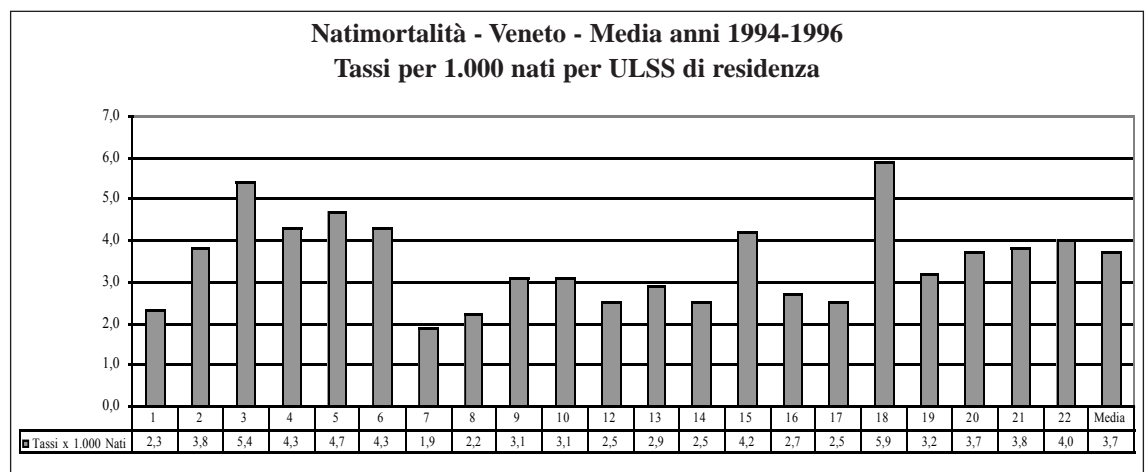
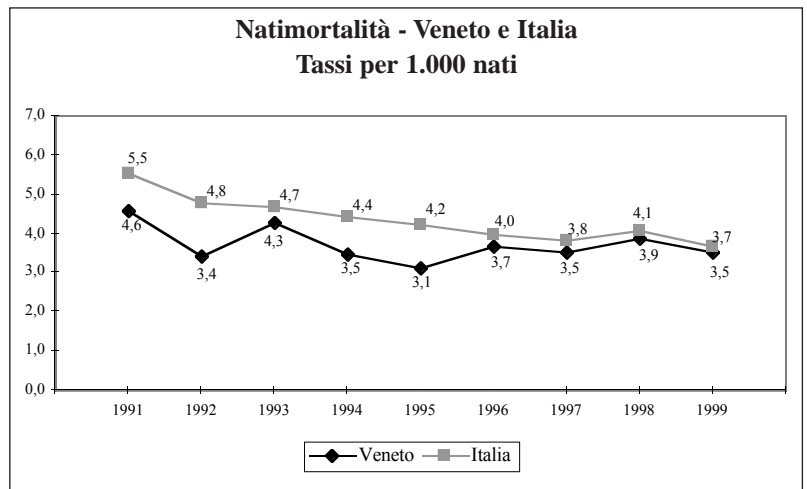


L'analisi territoriale evidenzia che i più alti tassi di abortività spontanea di donne residenti nel Veneto sono concentrati nell'alto vicentino, zona tra le più industrializzate del Veneto dove si osservano anche i più alti tassi di fecondità. Tassi di abortività spontanea più bassi si osservano invece per le residenti nelle ULSS 19, 6 e 10, ULSS dove a parità quasi di fecondità si osserva per il 1999 una crescita anche dell'abortività volontaria.

Tra gli esiti negativi di una gravidanza, si rilevano i nati morti e i neonati morti prima del compimento del primo anno d'età. Ovviamente le modalità di intervento sanitario per prevenire o evitare la mortalità neonatale o infantile sono notevolmente diverse. Le informazioni più recenti sulla natimortalità, deducibili dal flusso informativo ISTAT dai Comuni dove viene effettuata la denuncia di nascita, riportano 148 nati morti nel Veneto nel 1999.

Il tasso di natimortalità rimane pressoché costante dal 1994, con fluttuazioni legate più all'andamento della natalità in generale e alle modalità di rilevazione che non a interventi sanitari mirati. Rispetto al valore medio nazionale il tasso di natimortalità del Veneto risulta ancora più favorevole.

Sulle cause di natimortalità non si conosce molto ma si stima che più del 30% dei nati morti risulti affetto da anomalie congenite. Diventa quindi particolarmente importante la consulenza genetica preconcezionale e la diagnosi prenatale, nonché la sorveglianza e il controllo sulle malformazioni congenite sia in epoca prenatale che neonatale.



Per quanto riguarda la distribuzione territoriale, da interpretarsi con cautela data la rarità del fenomeno, si osserva una discreta variabilità con un valore minimo per il tasso di natimortalità dell'ULSS 7 e un valore massimo per l'ULSS 18, in generale i tassi di natimortalità più alti si osservano nelle ULSS della provincia di Vicenza, mentre quelli più bassi nella provincia di Treviso.

Poiché spesso il feto "critico" nasce vivo ma in condizioni di salute così precarie da morire subito dopo la nascita, l'indicatore generalmente utilizzato per valutare lo stato di salute e l'assistenza sanitaria neonatale è il tasso di mortalità perinatale, derivante dalla somma delle due componenti di natimortalità e di mortalità neonatale precoce (nati vivi deceduti entro la prima settimana di vita). Il tasso di mortalità perinatale del Veneto è continuato a diminuire in modo molto evidente dal 1991 (-28%), facendo intravedere un lieve recupero nel 1996, analogamente a

quanto osservato per la natimortalità. Data quindi la relativa stazionarietà della natimortalità regionale, si può maggiormente apprezzare il buon livello di assistenza neonatale raggiunto nel Veneto che ha portato alla terza posizione nella graduatoria nazionale dei tassi di mortalità perinatale.

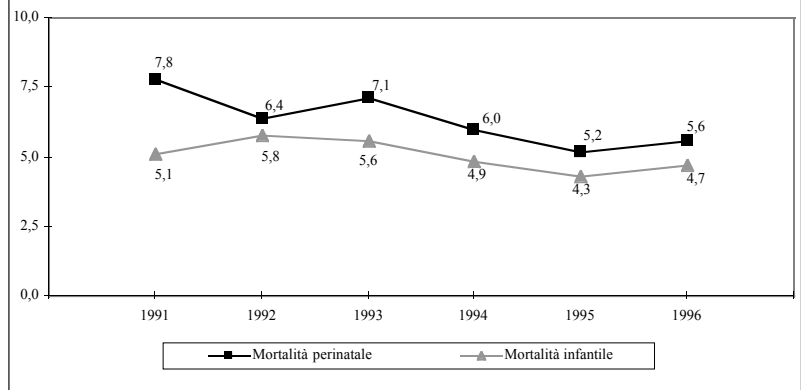
Non altrettanto si può osservare per la mortalità infantile che, seppure diminuita dal 1991 al 1996 del 7,8%, ha visto retrocedere il Veneto dalla quarta (1994) alla quinta posizione della graduatoria nazionale.

L'analisi della mortalità infantile e pediatrica per causa, effettuata dall'Osservatorio Regionale della patologia pediatrica, cui si rimanda, evidenzia come la miglior posizione del Veneto rispetto alla media nazionale sia andata progressivamente contraendosi nel tempo. Per l'intera età pediatrica (0-14 anni) le cause di morte più rilevanti risultano ancora essere le affezioni perinatali, seguite dalle malformazioni congenite ma con un peso

relativo inferiore rispetto alla media nazionale mentre assumono un peso maggiore i traumi e gli incidenti e i tumori. Il calcolo degli anni di vita persi dalla popolazione veneta in età pediatrica e degli scostamenti rispetto alla distribuzione percentuale in Italia, mette in evidenza che il Veneto tende a guadagnare rispetto alla situazione nazionale soprattutto nelle patologie che richiedono un maggior "tecnicismo" di risposte assistenziali (le condizioni perinatali, le affezioni dell'apparato respiratorio, le malattie del sistema nervoso), mentre perde abbondantemente in altri settori, come gli incidenti e le patologie psichiche, che vedono un profilo di determinanti di origine psico-sociale complessa e richiedono modalità di risposta sia in termini di prevenzione che di assistenza spesso multisettoriali e multidisciplinari.

La sorveglianza sulle malformazioni congenite è effettuata nel Veneto dal "Registro Nord-Est Italia -NEI" che ha sede presso l'Unità Operativa di Genetica Clinica ed Epidemiologica del Dipartimento di Pediatria dell'Università di Padova. Il registro raccoglie informazioni su 14 gruppi selezionati di malformazioni in epoca neonatale e su tutte le malformazioni in epoca prenatale. E' inoltre attivo il rilevamento in epoca pediatrica (0 - 3 anni) per le malformazioni oculari e cardiache. Negli anni 1998 e 1999, il Registro ha censito, nel territorio veneto, circa il 98% dei nati. Rispetto al 1998, i nati con malformazioni congenite nel 1999 sono diminuiti del 14,2% e le IVG per anomalia fetale del 7,4%. In complesso nel 1999 si è osservata una diminuzione del

**Mortalità perinatale - Tassi per 1.000 nati - Veneto**  
**Mortalità infantile - Tassi per 1.000 nati vivi - Veneto**



**Tassi di natimortalità, mortalità perinatale e mortalità infantile**  
**Anno 1996**

Nati-mortalità (x 1.000 nati)	Mortalità perinatale (x 1.000 nati)	Mortalità infantile (x 1.000 nati vivi)
Valle d'Aosta 2,6	Valle d'Aosta 3,5	Friuli 3,8
Toscana 2,7	Trentino 5,4	Lombardia 4,3
Lazio 3,2	Veneto 5,6	Valle d'Aosta 4,4
Trentino 3,5	Lazio 5,8	Trentino 4,5
Marche 3,5	Lombardia 5,9	Veneto 4,7
Lombardia 3,6	Toscana 5,9	Umbria 4,7
Veneto 3,7	Friuli 6,3	Emilia-Romagna 4,8
Friuli 4,1	Marche 6,8	Liguria 5,0
Abruzzo 4,1	Liguria 6,9	Lazio 5,1
Puglia 4,1	Emilia-Romagna 7,4	Marche 5,1
Campania 4,3	Umbria 7,6	Toscana 5,5
Emilia-Romagna 4,4	Molise 7,6	Sardegna 5,6
Piemonte 4,4	Piemonte 8,1	Basilicata 5,7
Liguria 4,5	Campania 8,3	Molise 5,9
Molise 4,8	Sardegna 8,6	Piemonte 6,1
Sicilia 5,1	Basilicata 9,1	Puglia 6,9
Umbria 5,2	Puglia 9,1	Campania 7,1
Sardegna 5,4	Abruzzo 9,2	Calabria 7,5
Basilicata 5,7	Calabria 9,8	Abruzzo 8,1
Calabria 5,7	Sicilia 10,8	Sicilia 8,9
Italia 4,1	Italia 7,5	Italia 6,0

## Malformazioni Congenite



### Malformazioni congenite - Veneto

TIPO DI MALFORMAZIONE	Anno 1998			Anno 1999		
	Escluse IVG	IVG	Incluse IVG	Escluse IVG	IVG	Incluse IVG
<i>ANOMALIE CROMOSOMICHE - Sub-totale</i>	37	47	84	31	68	99
- Trisomia 21 o sindrome di Down	31	31	62	26	39	65
- Trisomia 18 o sindrome di Edwards	2	7	9	1	13	14
- Altre	4	9	13	4	16	20
<i>CARDIOPATIE CONGENITE - Sub-totale</i>	180	11	191	152	15	167
- Cardiopatie non specificate	53	1	54	37	7	44
- Difetto interatriale (DIA)	26	0	26	21	0	21
- Difetto interventricolare (DIV)	58	3	61	47	6	53
- Tetralogia di Fallot (TF)	10	0	10	10	0	10
- Trasposizione dei grossi vasi arteriosi (TGV)	5	0	5	7	0	7
- Cuore sinistro ipoplasico (IP C SN)	5	3	8	1	0	1
- Dotto arterioso pervio (PDA)	8	0	8	5	0	5
- Ventricolo unico (VENT UN)	1	0	1	1	0	1
- Stenosi aortica (StA)	1	0	1	4	0	4
- Stenosi dell'arteria polmonare (SAP)	3	0	3	8	0	8
- Altre	10	4	14	11	2	13
<i>POLIDATTILIA E SINDATTILIA</i>	77	6	83	66	6	72
<i>ASSENZA ARTO</i>	9	5	14	18	3	21
<i>MALFORMAZIONI DELL'ORECCHIO ESTERNO</i>	90	2	92	55	0	55
<i>LABIOSCHISI E PALATOSCHISI</i>	43	8	51	49	11	60
<i>IPOSPADIA, EPISPADIA</i>	16	0	16	14	0	14
<i>DISPLASIE SCHELETRICHE (DS)</i>	2	3	5	3	2	5
<i>2 O PIU' MALFORMAZIONI</i>	41	16	57	41	9	50
<i>ALTRE</i>	49	51	100	38	24	62
<b>TOTALE</b>	<b>544</b>	<b>149</b>	<b>693</b>	<b>467</b>	<b>138</b>	<b>605</b>

12,7%. In particolare, l'analisi dei dati nel solo periodo neonatale, ha messo in evidenza una diminuzione statisticamente significativa per anomalie cardiovascolari, ipospadia e sindattilia, malformazioni dell'orecchio esterno, labioschisi (nel 1998), palatoschisi (nel 1999), assenza di arto e sindrome di Down. Poiché la diminuzione osservata può essere attribuibile anche ad una maggior diffusione e precisione della diagnosi prenatale, il Registro include nell'analisi anche i casi identificati nei primi due trimestri di gravidanza che hanno comportato una IVG. L'analisi con inclusione delle IVG, mette in evidenza, pur in presenza di una probabile sottototificazione dei casi, la non significatività della diminuzione di sindrome di Down e di assenza di arto e di palatoschisi, mentre viene confermata la diminuzione delle altre patologie.

### IMMIGRATI Premessa

Una particolare attenzione occorre porre ad un altro fenomeno demografico indubbiamente rilevante per il sistema dei servizi sanitari e dello stato di salute della popolazione: l'aumento della presenza straniera. Dal punto di vista dello stato di salute, l'attenzione viene posta considerando la variabile "cittadinanza" nell'analisi dei dati relativi alle singole patologie (in particolare si veda IVG e TBC), mentre nel seguito si considererà soprattutto la consistenza demografica sul territorio regionale veneto utile al fine di individuare il carico assistenziale per i servizi sanitari e sociali.

Per l'analisi della presenza regolare degli stranieri in regione, si sono utilizzati i dati relativi sia alla popolazione con cittadinanza straniera iscritta nelle Anagrafi Comunali come residente, che i permessi di soggiorno rilasciati dalle Questure del Veneto: questi ultimi di fonte ISTAT e non Ministero dell'Interno in quanto i dati ISTAT sono stati oggetto di attenta revisione, escludendo i permessi scaduti e quelli intestati più volte.

Occorre evidenziare, inoltre, che il dato sui permessi di soggiorno sottostima la presenza reale di stranieri in quanto i minori non vengono conteggiati con un proprio documento ma con quello relativo ai loro familiari: stime ISTAT riportano una percentuale attorno al 12% di stranieri che dichiarano minori a carico, senza peraltro precisarne il numero. D'altra parte il dato relativo ai residenti con cittadinanza straniera, dal punto di vista epidemiologico ha un'importanza relativa, mentre dal punto di vista programmatico e di organizzazione dei servizi non è rilevante, se non come dato generale di riferimento. Accanto ad una presenza legale, occorre invece considerare

anche una presenza di stranieri difficilmente quantificabile, proprio perché irregolare e non manifesta che assume più rilevanza sia dal punto di vista epidemiologico e sociale che per l'organizzazione dei servizi. Una stima effettuata dall'Osservatorio Regionale Immigrazione Veneto, con metodi sia diretti che indiretti, calcola una presenza di stranieri clandestini e irregolari in Veneto attorno al 10% dei regolari.

Dalla 1991 al 1.1.1999 il numero degli stranieri residenti in Veneto è quasi quadruplicato. L'aumento più considerevole si è avuto nel corso del 1996 in parte per effetto della regolarizzazione prevista dal DLvo n. 489/95. I dati relativi ai permessi di soggiorno sono notevolmente aumentati dal 1991.

Rappresentando il primo passo per la regolarizzazione della presenza in Italia, nonché condizione necessaria per l'iscrizione all'Anagrafe Comunale e godere di regolare assistenza sanitaria, il numero dei permessi di soggiorno, pur essendo sottostimato per i motivi sopra accennati, rimane ancora superiore al dato sui residenti avvicinandosi sempre di più al medesimo valore. I rapporti sulla popolazione residente confermano la forte crescita di presenza regolare sul territorio veneto di stranieri, sia residenti che presenti. Il confronto con i valori medi nazionali evidenzia la forte capacità attrattiva non solo di primo ingresso (i permessi di soggiorno sono registrati di solito nelle questure di prima accoglienza), ma anche per la successiva stabilizzazione e integrazione della popolazione che, a livello nazionale, pone il Veneto al terzo posto dopo Lombardia e Lazio.

**Popolazione residente con cittadinanza straniera**

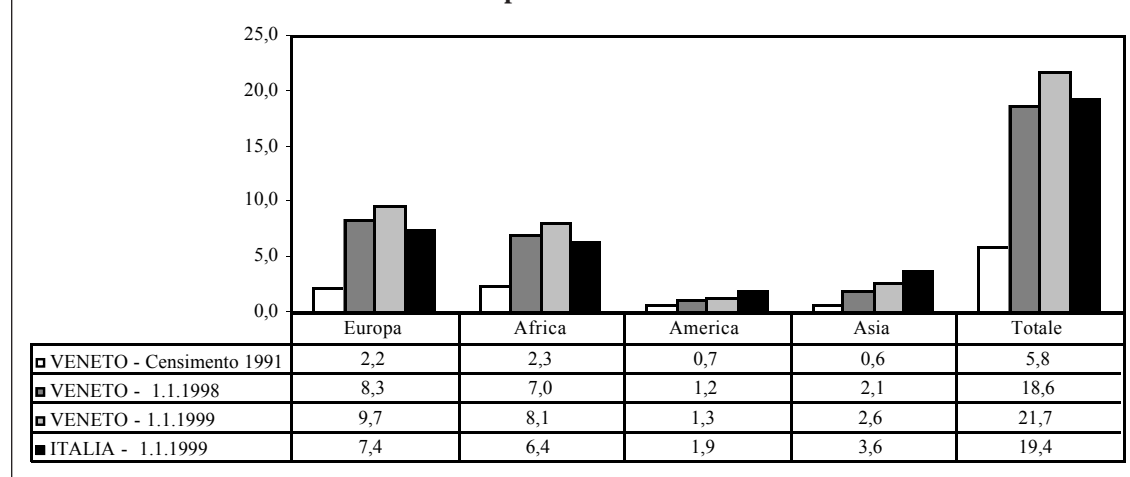
ANNI	VENETO al 1.1				ITALIA al 1.1			
	Numero	Variazione			Numero	Variazione		
		V.A.	%	N.I.		V.A.	%	N.I.
Censim.	25.471			100,0	356.159			
1992	25.471				356.159			
1993	39.388	13.917	54,6	154,6	573.258	217.099	61,0	161,0
1994	44.700	5.312	13,5	175,5	629.165	55.907	9,8	176,7
1995	50.662	5.962	13,3	198,9	685.469	56.304	8,9	192,5
1996	57.575	6.913	13,6	226,0	737.793	52.324	7,6	207,2
1997	71.102	13.527	23,5	279,1	884.555	146.762	19,9	248,4
1998	83.172	12.070	17,0	326,5	991.678	107.123	12,1	278,4
1999	97.218	14.046	16,9	381,7	1.116.394	124.716	12,6	313,5

*Nota: la popolazione straniera riportata come residente al 31.12.91 è quella rilevata al Censimento (20.10.91)*

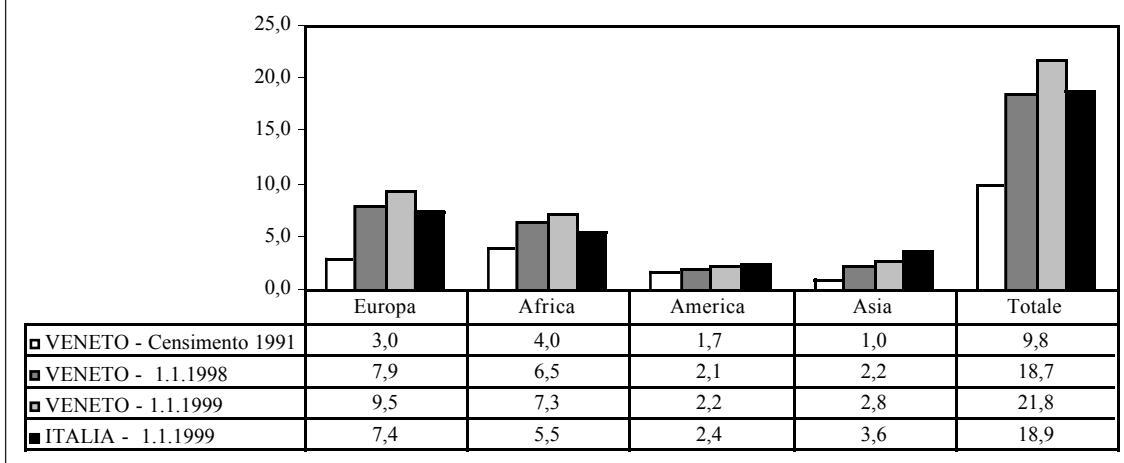
**Popolazione straniera con permesso di soggiorno**

	VENETO al 1.1				ITALIA al 1.1			
	Numero	Variazione			Numero	Variazione		
		V.A.	%	N.I.		V.A.	%	N.I.
Censim.	28.396			100,0	287.755			
1992	43.053				648.935			
1993	43.066	13	0,0	100,0	589.457	- 59.478	-20,7	90,8
1994	48.972	5.906	13,7	113,7	649.102	59.645	10,1	100,0
1995	51.676	2.704	5,5	120,0	677.791	28.689	4,4	104,4
1996	56.988	5.312	10,3	132,4	729.159	51.368	7,6	112,4
1997	75.524	18.536	32,5	175,4	986.020	256.861	35,2	151,9
1998	83.415	7.891	10,4	193,7	1.022.896	36.876	3,7	157,6
1999	97.915	14.500	17,4	227,4	1.090.820	67.924	6,6	168,1

**Popolazione straniera residente per area geografica di cittadinanza  
Tassi per 1.000 residenti**



**Permessi di soggiorno per area geografica di cittadinanza  
Tassi per 1.000 residenti**



Al 1.1.1999 gli stranieri residenti sul territorio veneto rappresentano oltre il 2% della popolazione residente.

Con riferimento all'area geografica di provenienza, l'aumento più consistente, nell'ultimo anno si è verificato per i cittadini provenienti dai paesi asiatici (+27,1%), ma il Veneto si caratterizza, rispetto al territorio nazionale, per valori più alti di residenti provenienti dall'Europa, in particolare centro-orientale, e dall'Africa.

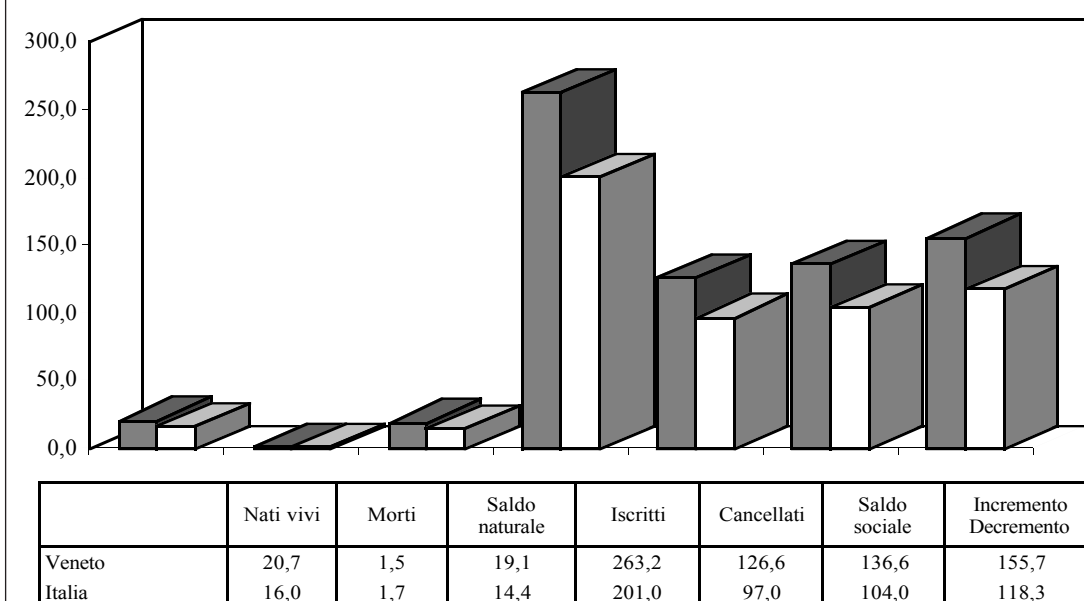
Un elevato grado di "femminilizzazione" della popolazione si riscontra tra le americane e in particolare tra le donne provenienti dall'America centromeridionale: analoghe percentuali si riscontrano a livello nazionale e possono essere collegate alla presenza in Italia di donne nordamericane, mogli di militari NATO.

I dati sul movimento demografico della popolazione straniera residente mette in evidenza una popolazione in evoluzione con alti tassi di natalità e di immigrazione, come alto risulta il tasso d'incremento.

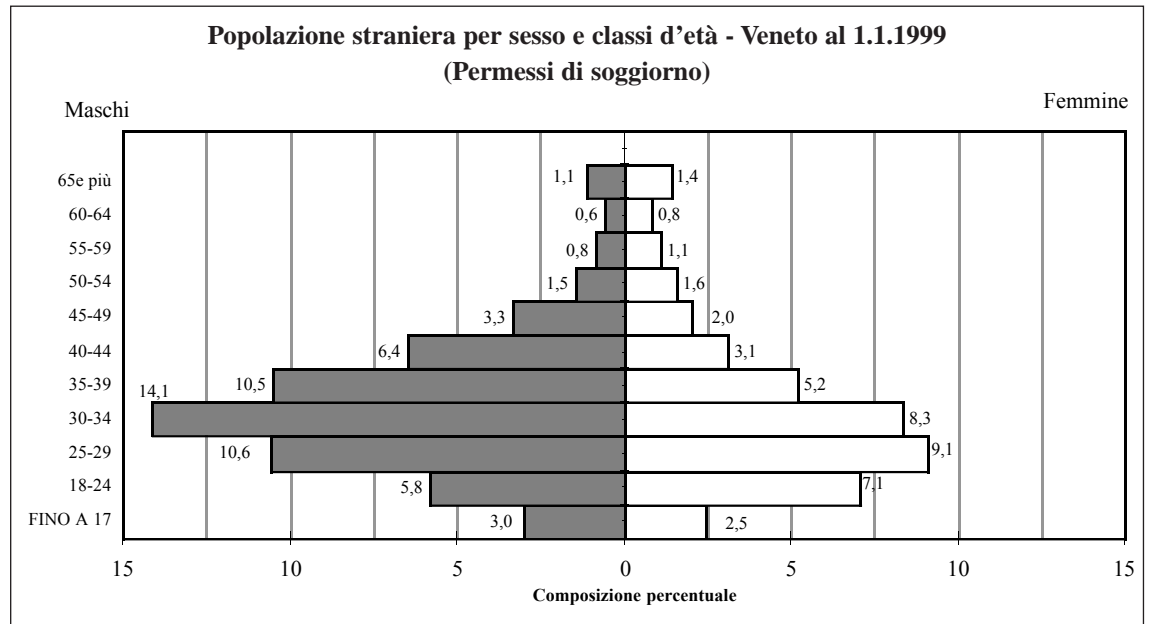
La composizione della popolazione per sesso e classi d'età, possibile solo con riferimento ai permessi di soggiorno, pur con i limiti di notificazione sopra richiamati, mette in evidenza una popolazione molto giovane.

In generale la presenza maggiore è ancora rappresentata dal sesso maschile ma la percentuale di

**Movimento demografico della popolazione straniera residente  
Tassi per 1.000 p.a. - Anno 1998**

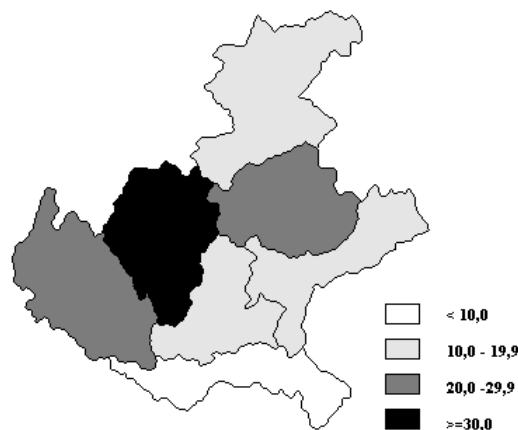


## Analisi territoriale

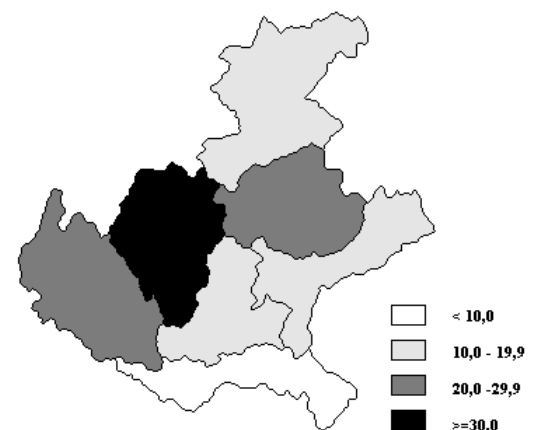


donne raggiunge ormai più del 40% degli stranieri in Veneto. Nella classe d'età 18-24 risulta preponderante il sesso femminile e percentuali simili tra i due sessi nella classe di età più giovane confermano la tendenza alla stabilizzazione della popolazione straniera regolare.

Popolazione straniera residente - Al 1.1.1999  
Tassi per 1.000 residenti



Permessi di soggiorno per provincia - Al 1.1.1999  
Tassi per 1.000 residenti



Quasi la metà degli stranieri presenti in Veneto è concentrata nelle provincie di Vicenza e Verona, seguono Treviso e, a distanza, Padova.

Nell'ultimo anno, i più rilevanti aumenti si sono osservati, nella provincia di Treviso (22%), ma soprattutto nella provincia di Rovigo (30,4%), a conferma del forte richiamo che esercitano aree "periferiche" che consentono migliori sistemazioni abitative e/o lavorative.

Da quanto finora complessivamente osservato e in linea con quanto emerso anche a livello nazionale, si può prevedere per i prossimi anni un progressivo consolidamento della presenza straniera nelle provincie di Vicenza, Verona e Padova e un aumento per Treviso, Belluno e Rovigo: aree di richiamo per condizioni socio-economiche e abitative tali da favorire una sistemazione durevole.

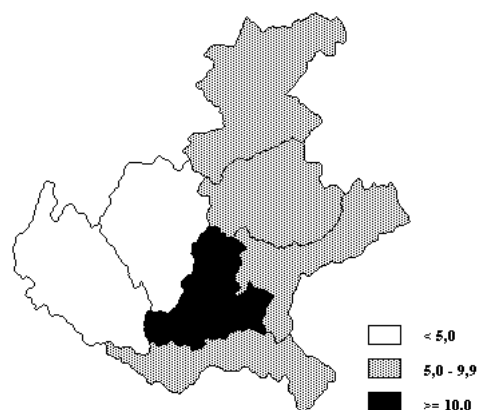
## TOSSICODIPENDENTI E DETENUTI

Informazioni sulla popolazione tossicodipendente nel Veneto sono desumibili dai dati di utenza dei servizi, ai quali si rimanda nello specifico capitolo e da indagini campionarie ad hoc, nonché dalle fonti informative correnti del Ministero dell'Interno e del Ministero di Grazia e Giustizia.

Gli indicatori epidemiologici disponibili inducono a mantenere un livello costante di allarme, segnalando che il problema delle “vecchie droghe” è tutt’altro che superato:

- i decessi per droga hanno fatto registrare una preoccupante impennata (da 64 a 104 casi) nel triennio 1994/96, per poi stabilizzarsi intorno ai 90 decessi annui. Relativamente al fenomeno “morti per droga” il Veneto si allinea alla media nazionale con 4,7 decessi per 100.000 residenti nel 1998 contro un corrispondente valore nazionale di 4,8;
- i detenuti tossicodipendenti continuano a rappresentare una quota significativa della popolazione detenuta negli Istituti di Prevenzione e Pena del Veneto: il 40,9% al 31.12.1999;
- l’utenza in carico ai Ser.T continua a crescere, superando ormai le 11.000 unità/anno;
- solo l’utenza in programmi residenziali o semi-residenziali presso strutture riabilitative, dopo il picco raggiunto nel 1994 (1.875 utenti in comunità terapeutica su 5.763 in carico ai Ser.T alla data del 15 giugno, pari al 32,5%), è in lenta progressiva flessione, sia in termini relativi che in termini assoluti, comunque sempre nettamente superiori alle 1.000 unità, per effetto soprattutto del sensibile potenziamento dell’organico dei Ser.T che ha reso i servizi pubblici ampiamente autonomi nel trattamento dei tossicodipendenti.

Detenuti tossicodipendenti in Veneto - Al 31.12.1999  
Tassi per 100.000 residenti



Media regionale: 10,2

## FONTI

- ISTAT:
  - “L’interruzione volontaria di gravidanza in Italia”
  - “La presenza straniera in Italia negli anni ‘90”
  - “La presenza straniera in Italia: caratteristiche demografiche”
- Ministero della Sanità – Relazione del Ministro della Sanità sull’attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l’interruzione volontaria di gravidanza (at. 16 L.N. 194 del 22.5.1978)
- Università di Padova – Dipartimento di Pediatria – Registro N.E.I delle Malformazioni Congenite
- Regione del Veneto:
  - Direzione Programmazione Socio-Sanitaria – Servizio Progetti Obiettivo e Azioni Prioritarie
  - Direzione Servizi Sociali - Servizio Prevenzione e Cura Dipendenze
  - Unità di Progetto Sistema Informatico Regionale - Servizio Statistica
  - ORIV “Banca dati sull’immigrazione in Veneto”

## TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 2.5.1/A, TAVOLA 2.5.5/A, TAVOLA 2.5.6/A, TAVOLA 2.5.7/A, TAVOLA 2.5.10/A, TAVOLA 2.5.11/A

## TAVOLE SU CD E SU INTERNET

- TAVOLA 2.5.1/R, TAVOLA 2.5.2/R, TAVOLA 2.5.3/R, TAVOLA 2.5.4/R, TAVOLA 2.5.7/R, TAVOLA 2.5.8/R, TAVOLA 2.5.9/R, TAVOLA 2.5.10/R, TAVOLA 2.5.11/R

