

*Il Profilo di Salute
della Repubblica di San Marino*



Prima Parte

Documento 1 - 2005

Alla redazione del Profilo di Salute ha contribuito il gruppo di lavoro costituito dai membri dell'Authority: Paolo Pasini (dirigente), Mauro Fiorini (esperto legale), Andrea Gualtieri (esperto in organizzazione sanitaria e sistemi di qualità) e Davide Petrini (esperto in programmazione sanitaria).

Si ringrazia Davide Petrini per l'elaborazione del documento e per la revisione Andrea Gualtieri.

L'Authority ritiene doveroso ringraziare, inoltre, per l'aiuto nel reperimento dei dati, per aver facilitato la realizzazione del documento e per la disponibilità:

- *Il Comitato Esecutivo dell'Istituto per la Sicurezza Sociale*
- *L'Ufficio Programmazione Economica e Centro Elaborazione Dati e Statistica*
- *Il Servizio Medicina di Base*
- *Il Servizio Ospedaliero e Specialistico*
- *Il Servizio Farmaceutico*
- *Il Servizio Igiene Ambientale*
- *Il Servizio Medicina Legale e Fiscale*
- *Il Servizio Specialistico Medicina del Lavoro*
- *Il Servizio Anziani*
- *Il Servizio Territoriale Domiciliare*
- *Il Servizio Minori*
- *Il Servizio Neuro Psichiatrico*
- *L'Amministrazione ISS*
- *Il Servizio Informativo ISS*
- *La Polizia Civile di San Marino*

Il presente documento è consultabile e scaricabile sul sito www.salute.sm nella sezione dell'Authority

Indice

PREFAZIONE	4
POPOLAZIONE E TERRITORIO	6
<i>LA CRESCITA DEMOGRAFICA E I MOVIMENTI MIGRATORI</i>	9
<i>LA NATALITÀ E LA MORTALITÀ</i>	13
<i>LA DINAMICA DEMOGRAFICA</i>	13
<i>LA SPERANZA DI VITA</i>	17
L'AMBITO SOCIO ECONOMICO	20
<i>LA FAMIGLIA</i>	20
<i>MATRIMONI, SEPARAZIONI, DIVORZI</i>	22
<i>LA SCUOLA</i>	22
<i>IL REDDITO</i>	26
<i>LE IMPRESE</i>	28
<i>LA DISOCCUPAZIONE</i>	36
GLI STILI DI VITA	38
<i>ALIMENTAZIONE</i>	38
<i>OBESITÀ NELLA REPUBBLICA DI SAN MARINO</i>	39
<i>IL FUMO DI TABACCO</i>	40
<i>ALCOOL</i>	41
<i>ATTIVITÀ FISICA</i>	43
L'AMBIENTE	45
<i>INQUINAMENTO ATMOSFERICO</i>	45
<i>INQUINAMENTO IDRICO</i>	46
<i>I CAMPI ELETTROMAGNETICI</i>	46
<i>RADIAZIONI IONIZZANTI</i>	47
<i>INQUINAMENTO ACUSTICO</i>	47
<i>I RIFIUTI</i>	47
LA MORBOSITÀ	49
<i>L'USO DELL'OSPEDALE</i>	49
<i>I FARMACI</i>	71
<i>AIDS</i>	75
<i>PENSIONI PER INVALIDITÀ</i>	75
<i>INFORTUNI SUL LUOGO DI LAVORO</i>	76
<i>MALATTIE PROFESSIONALI</i>	82
<i>GLI INCIDENTI STRADALI</i>	82
LA MORTALITÀ	85
<i>LE PRINCIPALI CAUSE DI MORTE</i>	85
<i>LA MORTALITÀ PER TUMORI</i>	91
<i>MORTALITÀ PER MALATTIE APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO</i>	94
<i>MORTALITÀ PER CAUSA VIOLENTA</i>	98
LA POPOLAZIONE ANZIANA A SAN MARINO	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>L'ISTRUZIONE</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>LA SPERANZA DI VITA</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>LA MORTALITÀ</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>LA VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>L'OSPEDALIZZAZIONE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>L'ASSISTENZA DOMICILIARE</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>IL SERVIZIO DI TRASPORTO</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>IL SERVIZIO DI TELESOCORSO</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>IL CENTRO RICREATIVO PER GLI ANZIANI</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>LE BADANTI</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
INFANZIA ED ETÀ EVOLUTIVA	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>LA MORTALITÀ</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.

<i>I PARTI</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>LA MORBOSITÀ</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>MALFORMAZIONI CONGENITE</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>LE VACCINAZIONI</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>LA SCOLARITÀ</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>ALUNNI CON HANDICAP</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>I SERVIZI DI TUTELA DEI MINORI</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>HANDICAP E DISABILITÀ</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>SALUTE DONNA</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>LA SITUAZIONE LAVORATIVA</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>LA MORTALITÀ</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>NEOPLASIE</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>LA SALUTE RIPRODUTTIVA</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>NEOPLASIE</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>INCIDENZA DEI TUMORI</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>MORTALITÀ PER TUMORE</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>TUMORE AL POLMONE</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>TUMORE DEL COLON</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>TUMORE DELLO STOMACO</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>TUMORE DELLA MAMMELLA</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>TUMORE ALLA PROSTATA</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>MORTALITÀ PROPORZIONALE DEI VARI TUMORI</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>L'USO DELL'OSPEDALE</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>LA SALUTE MENTALE E LE DIPENDENZE PATOLOGICHE</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>CASI DI SUICIDIO</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>TENTATIVI DI SUICIDIO</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>IL SERVIZIO DI NEUROPSICHIATRIA</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>ABUSO DI SOSTANZE STUPEFACENTI</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>L'ABUSO DI ALCOL</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<i>I RICOVERI</i>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.

La legge assegna all'**Authority** per l'autorizzazione, l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio educativi il compito di esprimere proposte per la formulazione del Piano Sanitario e Sociale della Repubblica di San Marino. E' in questo ambito che, contestualmente ai lavori per la proposta del *Regolamento per l'Autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-educative*, e ora, immediatamente dopo la sua emanazione come decreto, l'Authority sta lavorando alla prima stesura di documenti che, in forma omogenea, costituiranno le proposte per il Piano sociale e sanitario 2006-2008.

Nei sistemi sanitari evoluti si è da tempo abbandonata la logica della pianificazione per servizi, per parametri di funzionamento e per obiettivi meramente quantitativi. Sempre più i piani vengono orientati verso le politiche per la salute piuttosto che politiche dei servizi, lasciando al Piano annuale delle Azioni quest'ultima incombenza.

L'Authority intende perseguire la prima strada, quella che si orienta verso le politiche per la salute: intende contribuire, cioè, a produrre una proposta che possa costituire il perno attorno cui ruoti il sistema nei suoi aspetti gestionali, organizzativi, professionali, assistenziali, nell'ambito di una rete di offerta che abbia come *primum movens* non lo *status quo* ma il bisogno di salute dei cittadini.

E' intenzione dell'Authority, dunque, proporre una serie di strumenti all'attenzione degli *stakeholders*, inizialmente in forma documento di lavoro per la discussione e, successivamente, come documento unitario che rappresenti l'esito dei contributi che sicuramente giungeranno da tutti i soggetti interessati.

Nel momento in cui il *fil rouge* di tutto il percorso di pianificazione è immerso nello sviluppo di politiche di salute, la prima mossa non potrà che essere la domanda "Come sta San Marino?".

Per poter formulare il quesito sarà necessario tracciare un "Profilo di Salute", esplicitare cioè, in un documento descrittivo, alcuni oggetti che attengono alla salute dei Sammarinesi e la possano descrivere in modo sufficientemente esplicativo.

Questi oggetti afferiscono a:

- *Popolazione e territorio,*
- *L'ambito socio economico*
- *Gli stili di vita*
- *L'ambiente,*
- *La morbosità*
- *La mortalità*
- *La popolazione anziana*
- *Infanzia ed età evolutiva*
- *Disabilità*
- *Salute donna*
- *Neoplasie*
- *Salute mentale e dipendenze patologiche.*

Il punto di vista è epidemiologico, ma non mancano, anzi a volte sono preminenti, gli spunti descrittivi ed alcune prime valutazioni.

Il profilo di salute vuole tenere conto di una serie di elementi che concorrono a rappresentare la salute di un territorio, quindi non soltanto oggetti di squisita accezione sanitaria, ma anche alcuni altri che attengono alla sfera demografica, economica, sociale, culturale, soprattutto in quanto la salute ha un'accezione molto più vasta del termine sanità la quale, concorre allo stato di salute di una determinata popolazione in valenza non superiore a quella degli altri fattori. Fattori molteplici dunque, come, ad esempio, la prevenzione primaria, gli stili di vita, l'occupazione, le condizioni economiche, le pari opportunità, l'offerta culturale, i momenti partecipativi, la sfera motoria e affettiva.

Cogliere tutti i fattori, o come dovremmo dire meglio, *i determinanti*, è un compito molto arduo, a volte difficile da tenere “sotto controllo” in una sintesi efficace. Abbiamo dunque selezionato i determinanti che si trovano nel presente documento di lavoro: “Profilo di Salute della Repubblica di San Marino”, come punto di partenza essenziale per proporre le linee di Piano sociale e sanitario e, corrispondentemente, le azioni e gli obiettivi che il sistema sarà chiamato a perseguire.

Un ulteriore compito che spetta all’Authority è definito dal comma 9 dell’art.6 della Legge 69/04: “*organizzare un sistema informativo sanitario e socio-sanitario per la raccolta e l’elaborazione di dati di governo e di esercizio di supporto alla programmazione, alla gestione e all’innovazione dei servizi pubblici e privato.*”

Già il presente Profilo di Salute ha richiesto la messa a punto di sorgenti di dati che ancora rappresentano solo *in nuce* un sistema informativo (doverosamente un particolare ringraziamento va a tutti i servizi che in maniera estremamente disponibile hanno fornito collaborazione e dati).

Naturalmente occorrerà mettere in rete le fonti, rendere omogenee e costanti le rilevazioni, uniformare i tracciati, standardizzare indicatori e sistema di flusso. Difatti, si noterà che in alcuni segmenti del profilo di salute i dati afferiscono a periodi e ad anni diversi e non sempre omogenei alle annualità prese come riferimento generale, in quanto si è preferito lavorare su formulazioni le più solide e sicure possibili.

In altre situazioni è stato necessario sviluppare ulteriori elaborazioni o servirsi di indicatori *proxy*, in altre il dato era assente in quanto il sistema di rilevamento era progettato per altri scopi.

In ogni caso abbiamo ritenuto ugualmente utile proseguire nel lavoro, in quanto anche le lacune diventeranno obiettivi il cui raggiungimento servirà a completare il disegno complessivo dello stato di salute della Repubblica.

Il presente documento, lo ribadiamo, costituisce un elaborato quasi sperimentale come necessario punto di partenza e parte integrante dei documenti per il Piano Socio-Sanitario della Repubblica di San Marino, per cui tutti i rilievi e suggerimenti saranno i benvenuti.

Paolo Pasini

*Dirigente dell’Authority per l’autorizzazione,
l’accreditamento e la qualità dei servizi sanitari,
socio-sanitari e socio educativi*

Popolazione e territorio¹

¹ **FONTE DATI:** Relazione economico-statistica 2005 – Ufficio Programmazione Economica e Centro Elaborazione Dati e Statistica.

La Repubblica di San Marino si caratterizza per:

- *Aumento costante della popolazione residente.*
- *Un indice di vecchiaia più basso rispetto alla Regione Emilia Romagna.*
- *Speranza di vita alla nascita tra le più alte al mondo.*
- *Elevata densità abitativa nei castelli di Serravalle, Borgo Maggiore e Città.*

La Repubblica di San Marino è suddivisa in nove castelli con una superficie complessiva di 61 km quadrati.

La popolazione residente, alla fine del 2003, ammontava a 29.241 unità, di cui 14.338 maschi (49%) e 14.903 femmine (51%). A giugno 2004, il numero di residenti raggiungeva le 29.421 unità (14.422 maschi e 14.999 femmine).

La *tabella 1* riassume la distribuzione dei residenti nei nove Castelli.

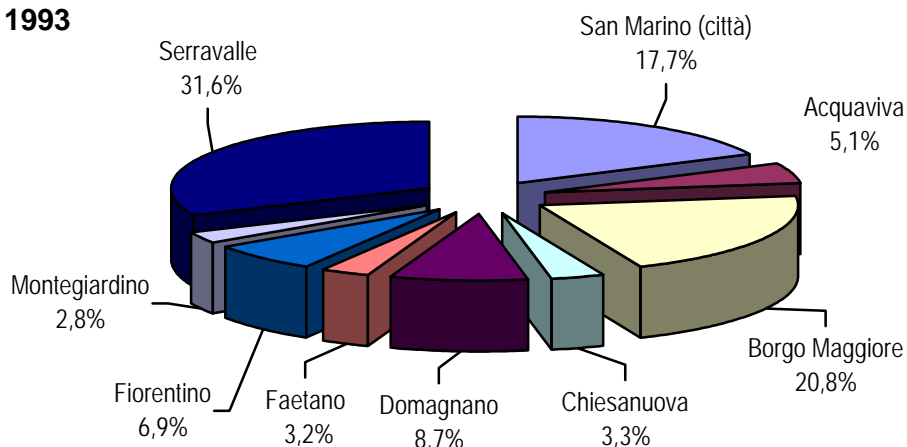
Tabella 1 – Popolazione residente per castello

Castello	31 dicembre 2003		Giugno 2004	
	N. soggetti	%	N. soggetti	%
Acquaviva	1.678	5,7%	1.688	5,7%
Borgo Maggiore	5.992	20,5%	6.038	20,5%
Città (San Marino)	4.493	15,4%	4.482	15,2%
Chiesanuova	976	3,3%	995	3,4%
Domagnano	2.714	9,3%	2.752	9,4%
Faetano	1.081	3,7%	1.081	3,7%
Fiorentino	2.120	7,3%	2.148	7,3%
Montegiardino	793	2,7%	803	2,7%
Serravalle	9.394	32,1%	9.434	32,1%

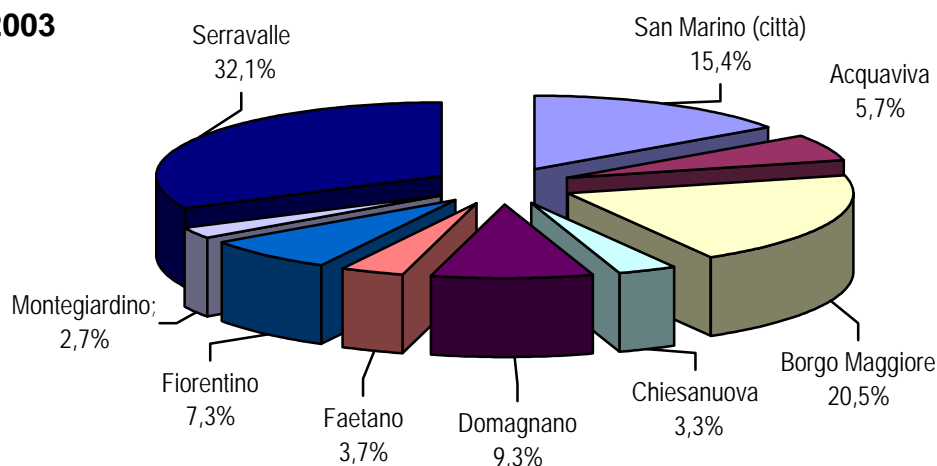
Nell'arco del decennio 1993-2003, tale distribuzione non ha subito sostanziali modifiche, eccezion fatta per il Castello di San Marino Città, la cui popolazione rispetto a quella totale, è passata dal 17,7% del 1993 al 15,4% del 2003 (*grafico 1*).

Grafico 1 – Popolazione residente per castello

1993



2003



Alla fine del 2003 la densità abitativa ammonta a 478 ab/kmq, nel giugno 2004 ha raggiunto i 481 ab/kmq; questo valore è superiore di 2,6 volte rispetto alla densità media registrata al 1 gennaio 2001 nella regione Emilia Romagna (pari a 181 ab/Kmq).

La distribuzione della densità abitativa non è però omogenea nel territorio: la densità più elevata si registra nel castello di Serravalle (896,0 ab/Kmq a giugno 2004), seguito da quello di Borgo maggiore (669,9 ab/Kmq) e di San Marino Città (632,4 ab/Kmq). Nei castelli di Faetano e di Chiesanuova sono presenti, invece, le densità abitative più basse (*tabella 2*).

Tabella 2 – Densità abitativa (abitanti/kmq) (giugno 2004)

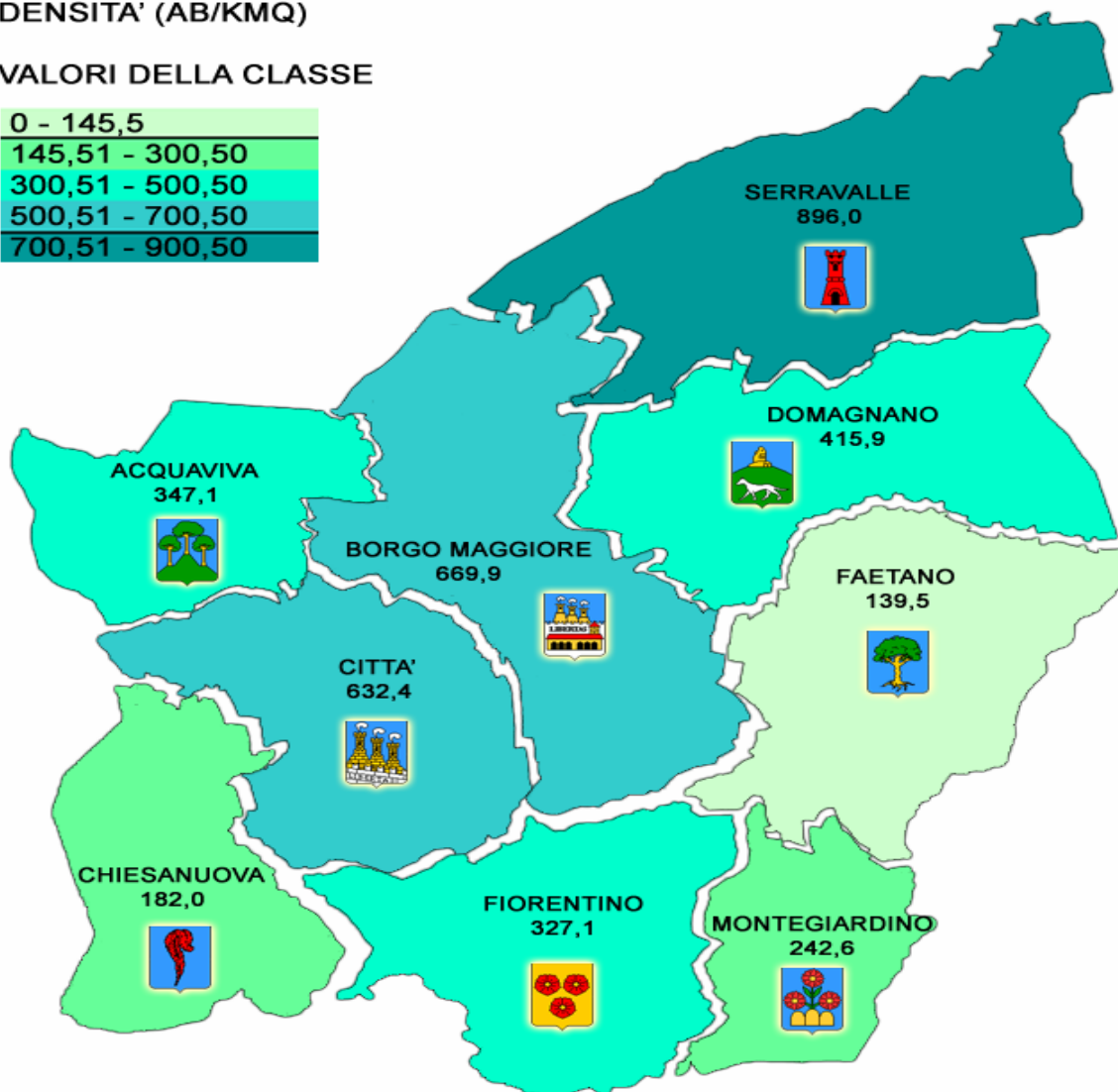
Castello	Superficie castello (Kmq)	Densità abitativa (ab/kmq)
Acquaviva	4,86	347,1

Borgo Maggiore	9,01	669,9
Città (San Marino)	7,09	632,4
Chiesanuova	5,46	182,2
Domagnano	6,62	415,9
Faetano	7,75	139,5
Fiorentino	6,57	327,1
Montegiardino	3,31	242,6
Serravalle	10,53	896,0
TOTALE	61,20	480,8

DENSITA' (AB/KMQ)

VALORI DELLA CLASSE

0 - 145,5
145,51 - 300,50
300,51 - 500,50
500,51 - 700,50
700,51 - 900,50



La crescita demografica e i movimenti migratori

Nel 2003 si registra un incremento dei residenti di 488 unità rispetto all'anno precedente (+ 1,7%); l'incremento gennaio/giugno 2004 ammonta a 180 unità: si assiste, quindi, ad una flessione della crescita rispetto al 2003 e ad una sua

stabilizzazione dopo il forte incremento rilevato nel 2001 (*tabella 3a, 3b, 4; grafici 2 e 3*).

Per quanto riguarda i *soggiornanti*², questi sono complessivamente 931 alla fine del 2003, con una diminuzione dello 0,4% rispetto all'anno precedente; nel corso del primo semestre 2004 i soggiornanti tornano nuovamente ad aumentare (+12,8%).

La *popolazione presente*³ è aumentata del 1,6% nel 2003, dell'1% nel primo semestre 2004 per un totale del 18% nell'ultimo decennio (*grafico 3*).

Tabella 3a – Popolazione residente (1994 – giugno 2004)

	N. soggetti			Variazione % rispetto anno precedente			Variazione % sul 1994		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
1994	12.079	12.628	24.707	-	-	-	-	-	-
1995	12.214	12.844	25.058	1,1	1,7	1,4	1,1	1,7	1,4
1996	12.426	13.089	25.515	1,7	1,91	1,8	2,9	3,7	3,3
1997	12.616	13.305	25.921	1,5	1,65	1,6	4,4	5,4	4,9
1998	12.785	13.447	26.232	1,3	1,07	1,2	5,8	6,5	6,2
1999	13.008	13.620	26.628	1,7	1,29	1,5	7,7	7,9	7,8
2000	13.185	13.756	26.941	1,4	1,0	1,2	9,2	8,9	9,0
2001	13.793	14.373	28.166	4,6	4,5	4,5	14,2	13,8	14,0
2002	14.072	14.681	28.753	2,0	2,1	2,1	16,5	16,3	16,4
2003	14.338	14.903	29.241	1,9	1,5	1,7	18,7	18,0	18,4
giu-04	14.422	14.999	29.421	0,6	0,6	0,6	19,4	18,8	19,1

Grafico 3 – Andamento della popolazione residente

² SOGGIORNANTI: persone che dimorano nel territorio della Repubblica

³ POPOLAZIONE PRESENTE: popolazione che risiede anagraficamente nel territorio della Repubblica di San Marino unitamente alle persone che nel territorio dimorano (soggiornanti)

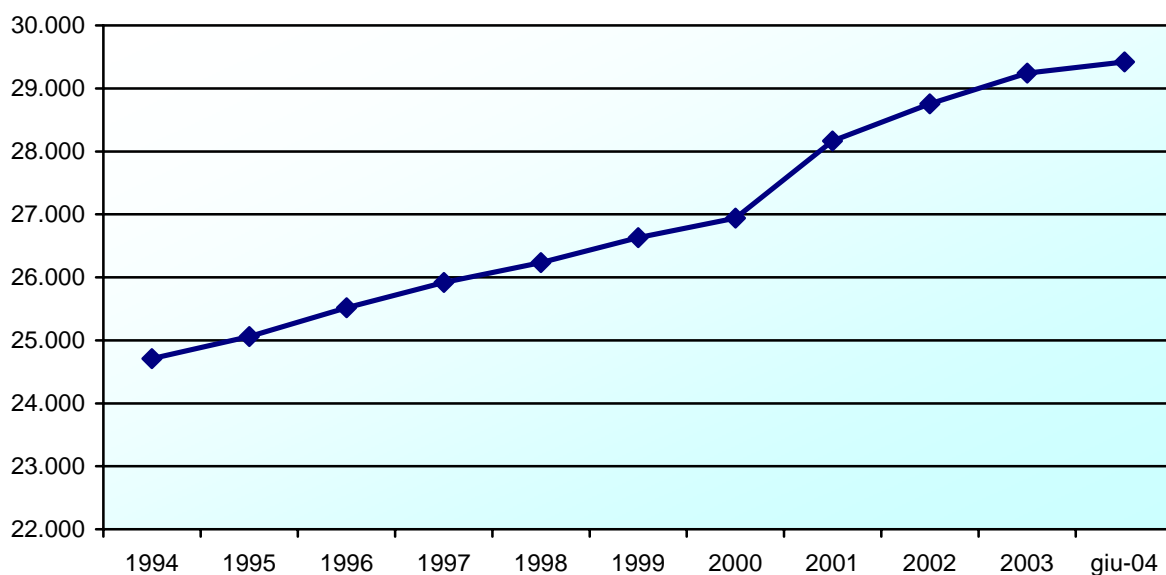


Tabella 3b – Andamento della popolazione residente, soggiornante, presente (1994 – giugno 2004)

	POP. RESIDENTE			POP. SOGGIORNANTE			POP. PRESENTE		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
1994	12.079	12.628	24.707	573	317	890	12.652	12.945	25.597
1995	12.214	12.844	25.058	616	346	962	12.830	13.190	26.020
1996	12.426	13.089	25.515	617	350	967	13.043	13.439	26.482
1997	12.616	13.305	25.921	598	361	959	13.214	13.666	26.880
1998	12.785	13.447	26.232	670	496	1.166	13.455	13.943	27.398
1999	13.008	13.620	26.628	650	693	1.343	13.658	14.313	27.971
2000	13.185	13.756	26.941	622	677	1.299	13.807	14.433	28.240
2001	13.793	14.373	28.166	375	483	858	14.168	14.856	29.024
2002	14.072	14.681	28.753	388	547	935	14.460	15.228	29.688
2003	14.338	14.903	29.241	373	558	931	14.711	15.461	30.172
giu-04	14.422	14.999	29.421	436	614	1.050	14.858	15.613	30.471

Grafico 4 – Andamento della popolazione (variazione % sul 1994)

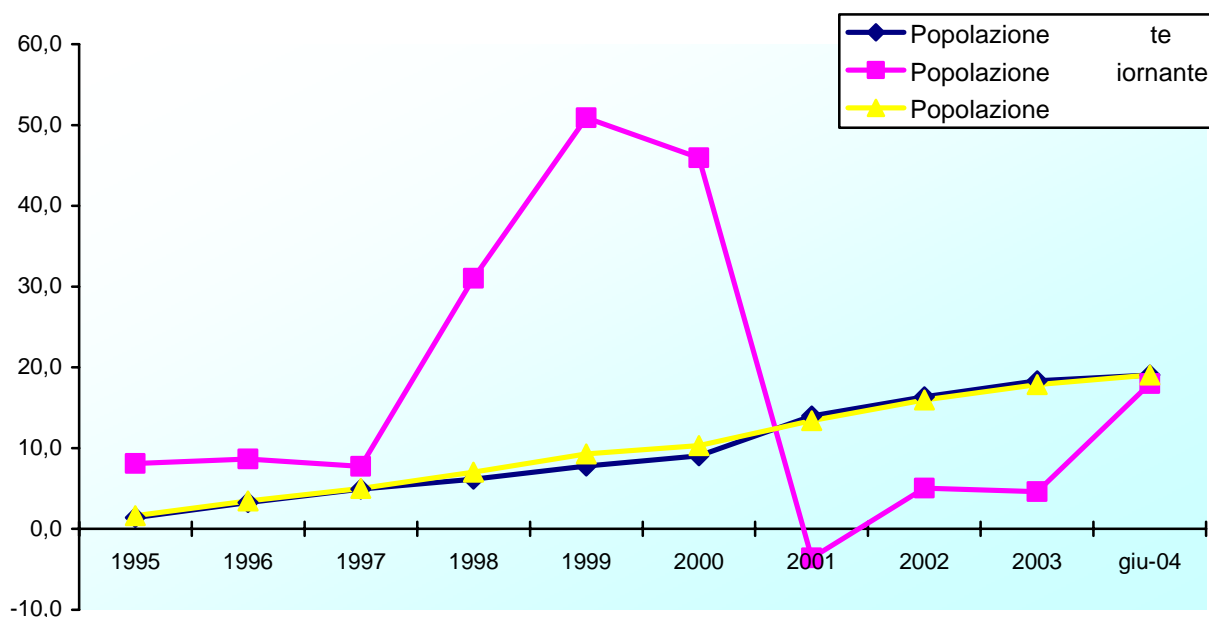


Tabella 4 – Bilancio demografico

	Pop. Res. inizio periodo	movimento naturale			movimento migratorio			Incr. netto	Pop. fine periodo*	* di cui forensi
		Nati vivi	Morti	Saldo	Immigrati	Emigrati	Saldo			
1998	25.921	285	190	95	328	96	232	327	26.232	3.871
1999	26.232	303	198	105	330	40	290	395	26.628	4.101
2000	26.628	290	188	102	254	43	211	313	26.941	4.273
2001	26.941	315	195	120	1.154	49	1.105	1.225	28.166	4.615
2002	28.166	295	203	92	570	76	494	587	28.753	4.104
2003	28.753	300	216	84	449	46	403	488	29.241	4.405
giu-04	29.241	149	96	53	161	34	127	180	29.421	4.531

Per quanto riguarda il bilancio demografico, il movimento naturale (*tabella 4*), nel 2003 si sono avute complessivamente 300 nascite mentre nel periodo gennaio/giugno 2004 ne sono state registrate 149; ciò conferma il costante andamento positivo riscontrato nell'ultimo quinquennio di lieve ma costante ripresa della natalità.

Il numero dei decessi è stato di 216 nel 2003 e di 96 nel primo semestre 2004. Nel 2003 il saldo naturale è stato di 84 unità, il più basso degli ultimi 5 anni.

Il movimento migratorio, è costituito dalla differenza tra iscrizioni e cancellazioni anagrafiche conseguenti a trasferimenti di residenza, anche nel 2003, è risultato in aumento, presentando un saldo positivo di 403 unità. In particolare, le immigrazioni sono state 449 e le emigrazioni 46. Nel primo semestre del 2004 gli immigrati sono stati 161 e gli emigrati 34.

La crescita demografica è stata, quindi, sostenuta principalmente dall'immigrazione, in analogia a quanto si osserva nella realtà circostante.

Per quanto riguarda la provenienza della componente migratoria, dal 2002 al 30 giugno 2004, gli immigrati provenienti dall'Italia ammontano a 875 (pari al 76%),

quelli provenienti dall'Unione Europea sono complessivamente 12 (pari al 1%), mentre quelli che giungono da paesi extra-europei sono in tutto 262 (pari al 23%).

La natalità e la mortalità

Il *tasso di natalità*⁴ è in diminuzione rispetto agli anni '70, anche se a partire dal 1996 registra una timida ripresa. Il *tasso di mortalità*⁵ si è mantenuto, invece, pressoché costante dagli ultimi anni (7,3% negli ultimi cinque anni) (*tabella 5*).

Tabella 5 – Indicatori demografici

	Movimento naturale		
	Natalità	Nuzialità⁶	Mortalità
1976-1980	13,3	7,7	7,3
1981-1985	10,2	8,0	7,5
1986-1990	10,0	7,9	7,4
1991-1995	10,4	8,1	7,1
1996-2000	11,1	8,1	7,1
1997-2001	11,3	7,9	7,2
1998-2002	11,1	7,6	7,3
1999-2003	10,9	7,2	7,3

Il tasso di natalità misura l'intensità delle nascite con riferimento alla popolazione nel suo complesso, senza tener conto della quota di soggetti che possono realmente contribuire a produrre le nascite osservate. Per superare questo limite si può calcolare un indicatore che tiene conto dei soli individui in età riproduttiva, il cosiddetto *coefficiente di fecondità*. Questo è ottenuto come rapporto tra il numero di nati e il numero di donne in età riproduttiva (15-49 anni) in un certo periodo di riferimento. Nella Repubblica di San Marino, nel 2003, il *coefficiente di fecondità*⁷ è pari al 40 per mille. Le donne in età riproduttiva sono, infatti, 7500 mentre il numero dei neonati è pari a 300.

La dinamica demografica

Le dinamiche di crescita della popolazione sammarinese, come quelle dei paesi ad economie più avanzate, sono sempre più caratterizzate da un forte processo di *Invecchiamento*, dovuto soprattutto ad una crescita della popolazione in età anziana, grazie all'aumento della speranza di vita. In particolare, l'età modale (*grafico 5*),

⁴ *TASSO DI NATALITA'*: nati vivi nel periodo di riferimento/popolazione media nel periodo di riferimento x 1.000

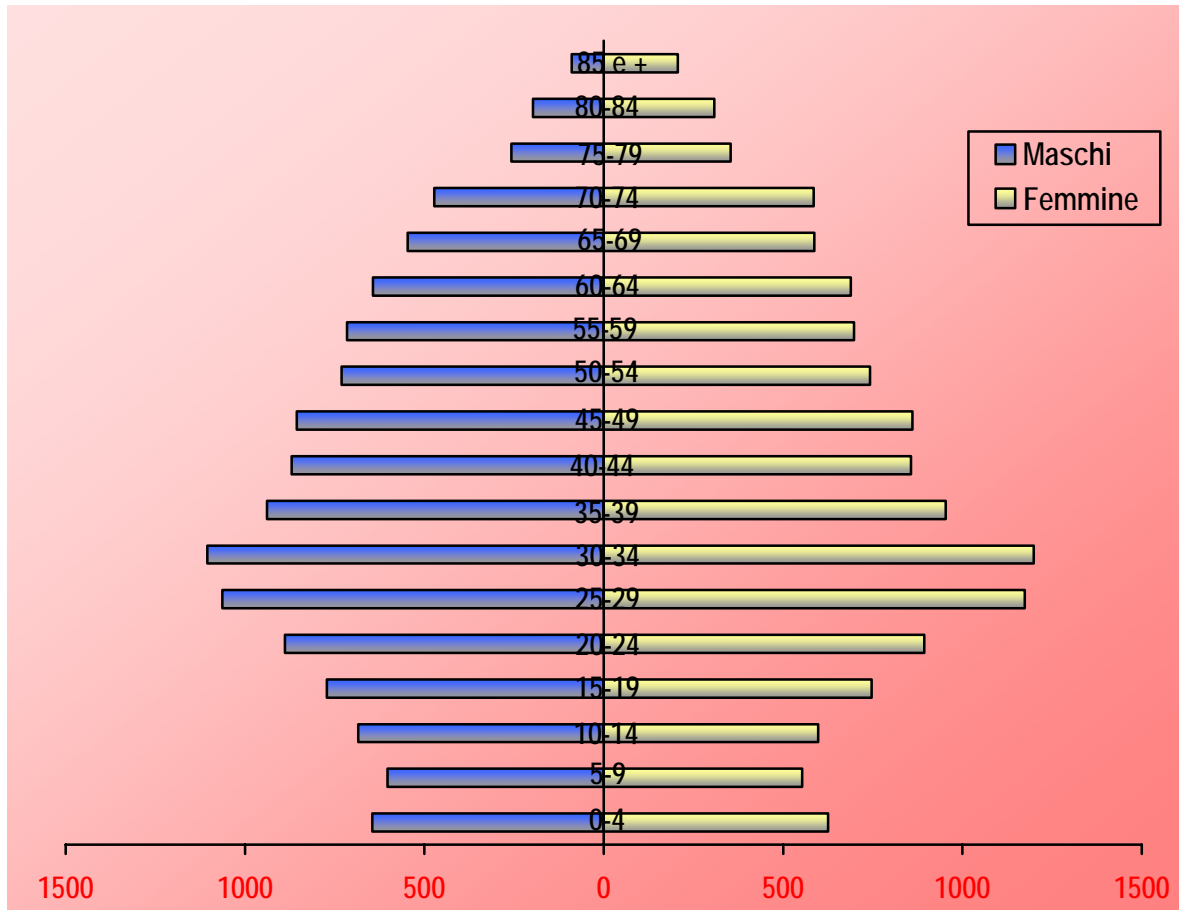
⁵ *TASSO DI MORTALITA'*: morti nel periodo di riferimento/popolazione media nel periodo di riferimento x 1.000

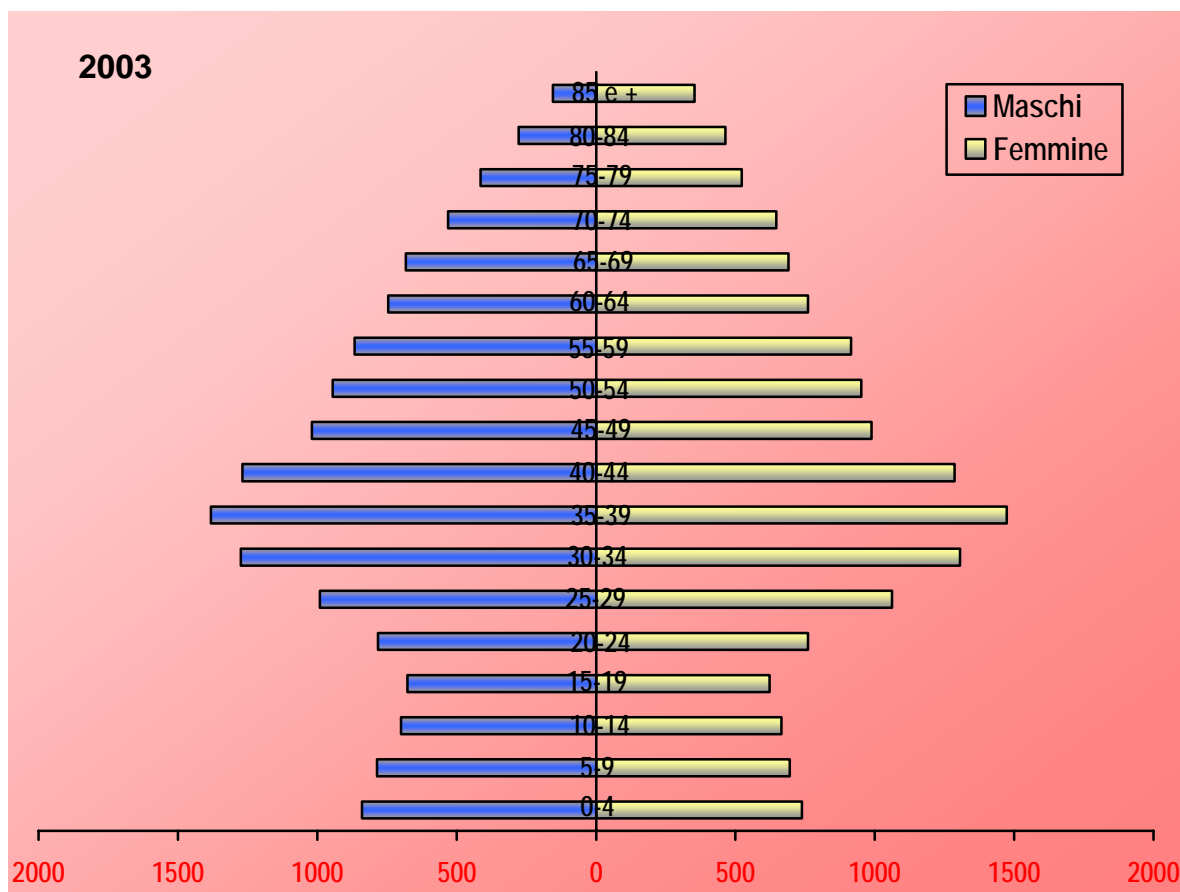
⁶ *TASSO DI NUZIALITA'*: matrimoni nell'anno di riferimento/popolazione media nel periodo di riferimento x 1.000

⁷ *QUOZIENTE DI FECONDITA'*: numero di nati vivi / popolazione femminile in età feconda (cioè in età compresa tra i 15 e i 49 anni)

ossia l'età riscontrabile con più frequenza tra gli individui, si assesta attorno alla fascia 35/39 anni.

Grafico 5 – Piramide delle età della popolazione residente





Naturalmente, l'allargamento dal basso della piramide di età non sottintende una popolazione giovane: infatti, la fascia di età 0-16 anni nel 2003 rappresenta il 16,9% del totale della popolazione residente, mentre nel 1980 rappresentava il 25,6%; il peso della popolazione anziana (65 anni e oltre) sul totale della popolazione residente è, invece, progressivamente aumentato nel corso del tempo: si è passati da un 11,17% del 1980 ad un 16,21% del 2003 (*tabella 6*), un dato comunque sensibilmente inferiore a quello delle realtà circostanti.

Tabella 6 – Popolazione residente per fasce di età

	0-16		17-64		65 e oltre	
	N. soggetti	% sul totale della pop. residente	N. soggetti	% sul totale della pop. residente	N. soggetti	% sul totale della pop. residente ⁸
1980	5.508	25,57	13.623	63,25	2.406	11,17
1990	4.433	19,07	15.653	67,35	3.156	13,58
2000	4.544	16,87	18.054	67,01	4.343	16,12
2001	4.705	16,70	18.967	67,34	4.494	15,96
2002	4.788	16,65	19.352	67,30	4.613	16,04
2003	4.938	16,89	19.564	66,91	4.739	16,21

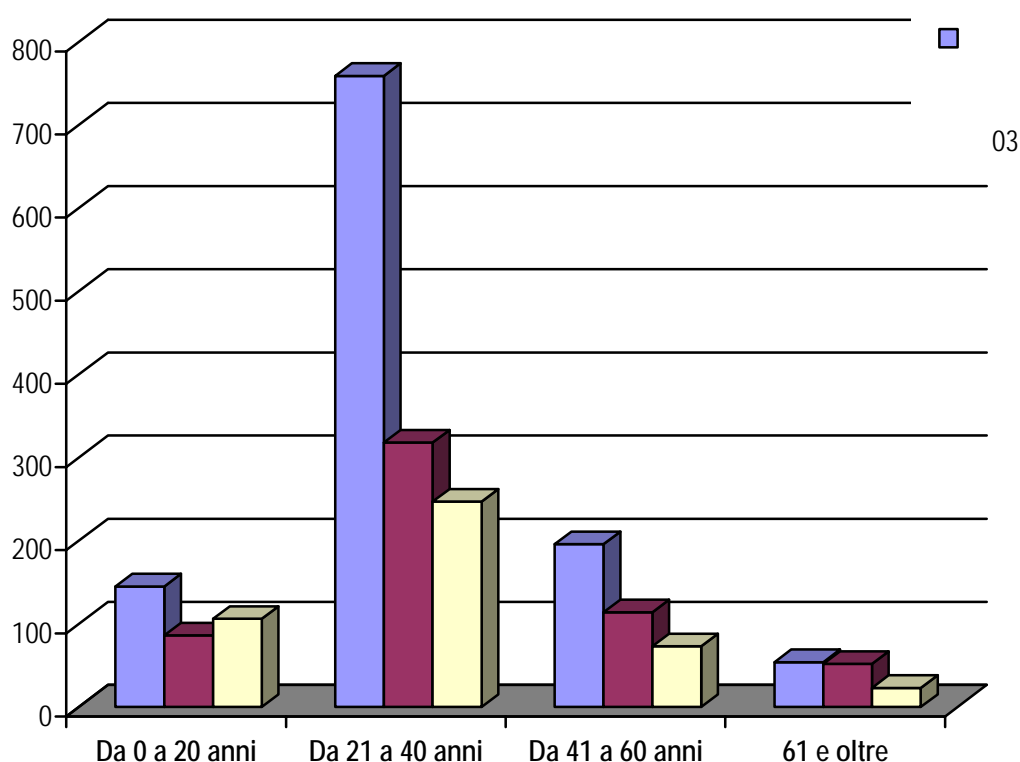
Va sottolineato che a contenere gli effetti dell'invecchiamento della popolazione hanno contribuito, negli ultimi anni, gli immigrati, costituiti prevalentemente da giovani (*tabella 7*). Tutto ciò ha prodotto uno sbilanciamento assai irregolare della

⁸ Anche chiamato con il termine di *indice di invecchiamento*

piramide, soprattutto a favore della popolazione femminile che ha superato quella maschile di circa 500 unità.

Tabella 7 – Immigrati per fasce di età

	2001			2002			2003		
	M	F	Tot.	M	F	Tot.	M	F	Tot.
Da 0 a 20 anni	76	69	145	49	37	86	52	54	106
Da 21 a 40 anni	367	392	759	145	173	318	117	130	247
Da 41 a 60 anni	108	88	196	49	65	114	47	26	73
61 e oltre	28	26	54	22	30	52	16	7	23
Totale Generale	579	575	1154	265	305	570	232	217	449



Anche l'indice di vecchiaia⁹ ha subito un forte aumento nel corso del tempo: il suo valore era pari al 43,68% nel 1980, nel 2003 ha raggiunto il 95,97%. Tale aumento può essere attribuito sia ad un incremento della popolazione anziana, sia ad una diminuzione della componente giovanile (tabella 8).

L'indice di dipendenza strutturale¹⁰ ha assunto, negli ultimi quattro anni, valori abbastanza costanti, variando tra il 48% e il 49,5% e registrando una diminuzione evidente rispetto al 1980. In particolare, analizzando tale indicatore in modo più

⁹ INDICE DI VECCHIAIA: popolazione con più di 65 anni / popolazione di 16 anni o meno x 100. Costituisce un indicatore simmetrico del grado di invecchiamento della popolazione.

¹⁰ INDICE DI DIPENDENZA STRUTTURALE: popolazione oltre 65 anni + popolazione con meno di 16 anni / popolazione tra i 17 e i 64 anni x 100

dettagliato, attraverso la distinzione dei fattori da cui è determinato, si osserva un aumento, rispetto agli anni passati, dell'indice di dipendenza strutturale degli anziani¹¹ e una diminuzione considerevole dell'indice di dipendenza giovanile¹².

Tabella 8 – Indicatori di struttura della popolazione residente

	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza strutturale degli anziani	Indice di dipendenza giovanile
1980	43,68	58,09	17,66	40,43
1990	71,19	48,48	20,16	28,32
2000	95,58	49,22	24,06	25,17
2001	95,52	48,50	23,69	24,81
2002	96,35	48,58	23,84	24,74
2003	95,97	49,46	24,22	25,24

L'indice di vecchiaia indicato nella *tabella 7* è stato ottenuto come rapporto tra il numero di anziani residenti e il numero di individui con un'età compresa tra i 0 e i 16 anni. Considerato che in Italia e in Europa tale indice è calcolato sulla popolazione in età compresa tra i 0 e i 14 anni, al fine di confrontarci con altri paesi e regioni italiane a noi limitrofe, si è ritenuto opportuno ricalcolare l'indice ponendo a denominatore la popolazione tra i 0 e i 14 anni (*tabella 9*).

Tabella 9 – Indice di vecchiaia

1991	82,75	1998	105,4
1992	86,31	1999	106,29
1993	90,16	2000	108,09
1994	94,91	2001	106,67
1995	97,17	2002	107,01
1996	101,82	2003	107,12
1997	103,46		

Tale indice nel 2003 ammonta a 107,12%, in ampio aumento rispetto al 1991 (82,75). Tale valore è molto più elevato rispetto al valore medio rilevato nei paesi dell'Unione Europea che ammonta al 91%; è, invece, un valore molto più basso rispetto all'indice di vecchiaia registrato nei territori emiliano-romagnoli o marchigiani che circondano la Repubblica di San Marino: *in particolare, nella Provincia di Rimini tale indicatore era pari a 150,8% alla fine del 2000*.

La speranza di vita

La *speranza di vita alla nascita*¹³ nel 2003 è di 78,03 anni per i maschi e 84,57 per le femmine (*tabella 10*), ponendo San Marino fra i paesi con i migliori valori di

¹¹ INDICE DI DIPENDENZA STRUTTURALE DEGLI ANZIANI: popolazione oltre 65 anni/ popolazione tra i 17 e i 64 anni x 100

¹² INDICE DI DIPENDENZA GIOVANILE: popolazione con meno di 16 anni / popolazione tra i 17 e i 64 anni x 100

¹³ Numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti alla nascita

aspettativa di vita alla nascita (*vedi tabella 11*). Se consideriamo anche l'aspettativa di vita in buona salute alla nascita San Marino si attesta al secondo posto dopo il Giappone (*tabella 12*).

Tabella 10 – Speranza di vita

	Maschi	Femmine
1996	75,92	82,53
1997	76,43	82,68
1998	77,05	83,42
1999	77,45	83,67
2000	77,43	83,98
2001	77,85	84,21
2002	77,94	84,49
2003	78,03	84,57

Tabella 11 – I dieci paesi con i migliori o peggiori valori di aspettativa di vita alla nascita nel 2002
14

Aspettativa di vita alla nascita (2002)

Migliori 10		Peggiori 10	
1) Giappone	81,9	1) Sierra Leone	34,0
2) Monaco	81,2	2) Lesotho	35,7
3) San Marino	80,6	3) Zimbabwe	37,9
4) Svizzera	80,6	4) Swaziland	38,8
5) Svezia	80,4	5) Zambia	39,7
6) Australia	80,4	6) Angola	39,9
7) Andorra	80,3	7) Malawi	40,2
8) Islanda	80,1	8) Botswana	40,4
9) Canada	79,8	9) Burundi	40,8
10) Italia/Francia	79,7	10) Burkina Faso	41,7

Tabella 12 – HALE (DALE) alla nascita, 2002.¹⁵ I dieci paesi con i migliori o peggiori¹⁶

HALE Aspettativa di vita buona salute alla nascita (2002)

Migliori 10		Peggiori 10	
1) Giappone	75,9	1) Sierra Leone	28,6
2) San Marino	73,4	2) Lesotho	31,4
3) Svezia	73,3	3) Angola	33,4
4) Svizzera	73,2	4) Zimbabwe	33,6
5) Monaco	72,9	5) Swaziland	34,2
6) Islanda	72,8	6) Zambia	34,9
7) Italia	72,7	7) Malawi	34,9
8) Australia	72,6	8) Burundi	35,1

¹⁴ FONTE DATI : “Elaborazione su dati *The World Health Report 2003*, WHO

¹⁵ ASPETTATIVA DI VITA IN BUONA SALUTE: Tale indice prende in esame gli anni di vita trascorsi senza disabilità. Si calcola sottraendo il numero di anni passati in media con una invalidità al numero di anni che indicano l'aspettativa di vita. Può essere indicato in particolare per rappresentare situazioni in cui l'influenza delle invalidità è particolarmente significativa; ad esempio nei paesi poveri gli effetti invalidanti di alcune patologie colpiscono giovani e adulti in maniera diffusa e dunque a parità di anni vissuti la qualità della vita è sensibilmente diversa.

¹⁶ FONTE DATI : Elaborazione su dati *The World Health Report 2003*, WHO

9) Spagna	72,6	9) Liberia	35,3
10) Andorra	72,2	10) Niger	35,5

L'Ambito Socio Economico ¹⁷

La Repubblica di San Marino si caratterizza per:

- ***Incremento delle famiglie mononucleari dal 1982 pari al 102%***
- ***Nuclei familiari composti da anziani soli (+65 anni) pari al 10,3% sul totale del numero delle famiglie***
- ***Tasso di scolarità superiore a quanto registrato in Italia***
- ***Tasso di scolarità universitaria in continua crescita***
- ***Elevato reddito medio dei lavoratori dipendenti con una considerevole differenza tra pubblico e privato***
- ***Elevato numero di imprese di dimensioni assai ridotte***
- ***Tasso di disoccupazione a livelli bassi, al di sotto della media europea***

La famiglia

¹⁷ ***FONTE DATI:*** Relazione economico-statistica 2005– Ufficio di Programmazione Economica e Centro Elaborazione Dati e Statistica

Analizzando la composizione della popolazione sammarinese per nuclei familiari emerge come a fronte di un incremento dei nuclei dello 0,9% rispetto al 2003, sia presente una minima variazione nel numero medio dei componenti per famiglia.

A giugno del 2004, i nuclei familiari sono complessivamente 12.230.

I nuclei familiari più numerosi sono costituiti da quelli con due componenti (31%) e da quelli con un solo componente (22%) (*tabella 1*).

Tabella 1 – Nuclei familiari per numero di componenti

	2000	2001	2002	2003	giu-04
1 componente	2.476	2.363	2.522	2.592	2.653
2 componenti	3.371	3.589	3.659	3.739	3.751
3 componenti	2.559	2.761	2.859	2.881	2.897
4 componenti	2.070	2.171	2.141	2.156	2.193
5 o più componenti	689	706	708	747	736
Media del numero di componenti	2,58	2,61	2,58	2,58	2,58
Totale famiglie	11.165	11.590	11.889	12.115	12.230

A giugno 2004 i nuclei familiari risultano così distribuiti per castello:

Castelli	% sul totale dei nuclei familiari
Acquaviva	5,7%
Borgo Maggiore	20,6%
Città (San Marino)	16,3%
Chiesanuova	3,2%
Domagnano	9,1%
Faetano	3,5%
Fiorentino	7,3%
Montegiardino	2,5%
Serravalle	31,9%

Alla fine del 2003, 1.247 nuclei familiari delle 2.592 famiglie unipersonali sono formate esclusivamente da anziani soli. Le famiglie con un unico componente di età superiore ai 65 anni rappresentano, cioè, il 10,3% dei nuclei familiari totali e il 48,2% di quelli unipersonali.

Nel corso degli ultimi venti anni le famiglie sono aumentate di oltre il 60%, i nuclei familiari unipersonali sono quasi raddoppiati (*tabella 2*).

Tabella 2 – Evoluzione delle famiglie unipersonali

31/12/1982	31/12/2003	variazione % rispetto al 1982
-------------------	-------------------	--

Popolazione totale	22.010	29.241	32,9%
Numero famiglie	7.247	12.115	67,2%
Numero famiglie mononucleari	1.280	2.592	102,5%
di cui anziane (+65 anni)		1.247	

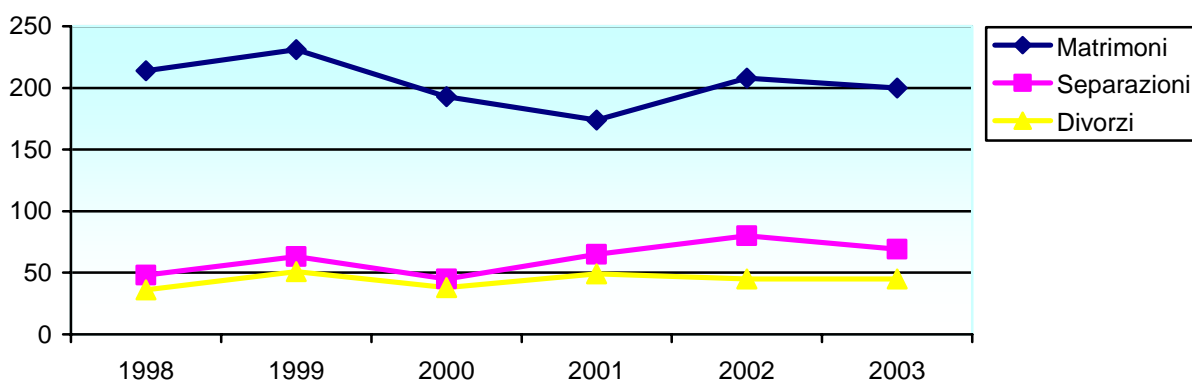
Matrimoni, separazioni, divorzi

I matrimoni, negli ultimi cinque anni sono stati circa 200 all'anno con una punta massima di 231 nel 1999 ed una minima di 174 nel 2001.

Se il dato viene rapportato alla popolazione si evidenzia una sostanziale diminuzione del numero di matrimoni e delle separazioni, mentre il numero di divorzi rimane pressoché costante (*tabella 3*).

Tabella 3 – Matrimoni, separazioni, divorzi

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Matrimoni	214	231	193	174	208	200
Separazioni	48	63	45	65	80	69
Divorzi	36	51	38	49	45	45



La Scuola

A San Marino la popolazione residente in età scolare, cioè con un'età compresa tra i 6 e i 18 anni, alla fine del 2003 ammonta a 3.551 unità, pari al 12,1% della popolazione residente totale.

La *tabella 4* mostra la sua distribuzione nei nove Castelli.

Tabella 4 – Popolazione residente in età scolare per castello (2003)

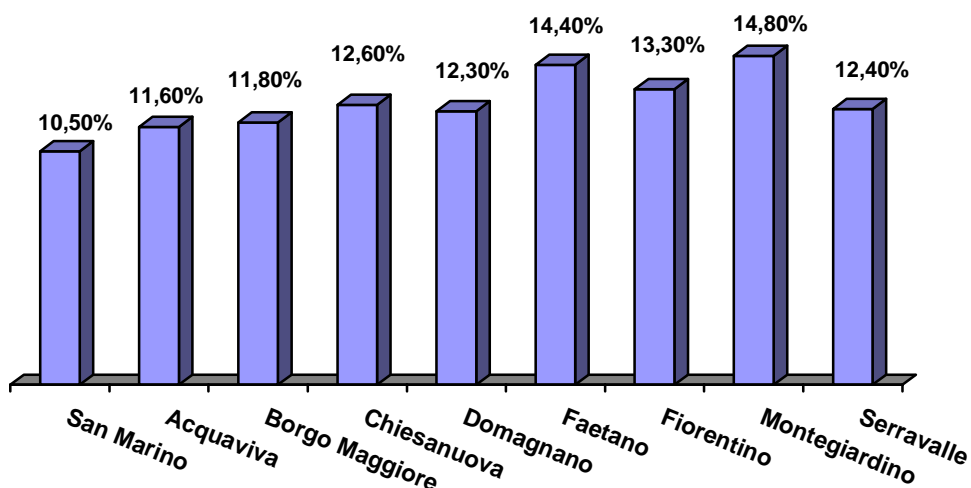
Castelli

Popolazione residente in età scolare

San Marino	473
Acquaviva	194
Borgo Maggiore	709
Chiesanuova	123
Domagnano	333
Fa'etano	156
Fiorentino	283
Montegiardino	117
Serravalle	1163
Repubblica di San Marino	3.551

Il peso della popolazione in età scolare rispetto alla popolazione residente assume i valori più elevati a Faetano e Montegiardino, mentre il valore più basso viene registrato a San Marino Città (*grafico 1*).

Grafico 1 – Peso della popolazione residente in età scolare per castello



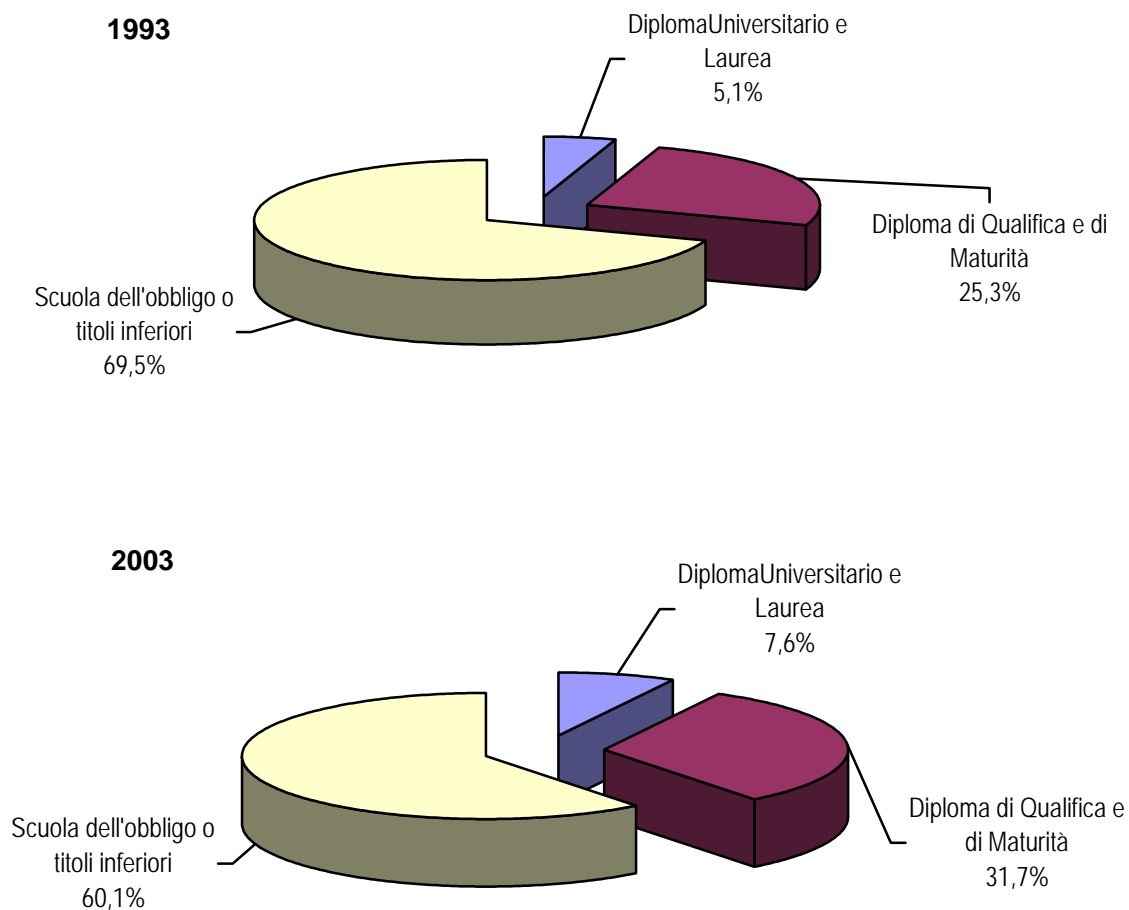
La costante crescita economica dell'ultimo decennio è stata accompagnata da un aumento del reddito pro-capite disponibile, da un netto miglioramento degli stili di vita e da un conseguente aumento progressivo del grado di istruzione della popolazione presente.

Nel 2003 la popolazione presente totale, esclusi coloro che sono in obbligatorietà scolastica, fa registrare 7.961 persone in possesso di Diploma e 2.064 persone in possesso di laurea o diploma universitario, evidenziando un incremento costante del livello educativo soprattutto se rapportato al dato del 1993.

Analizzando la popolazione per grado di istruzione e per fascia di età con riferimento al decennio 1993/2003, il peso di coloro che sono in possesso di un titolo di studio minimo è ancora dominante (60,1% contro il 69,5% del 1993), anche se si registra un

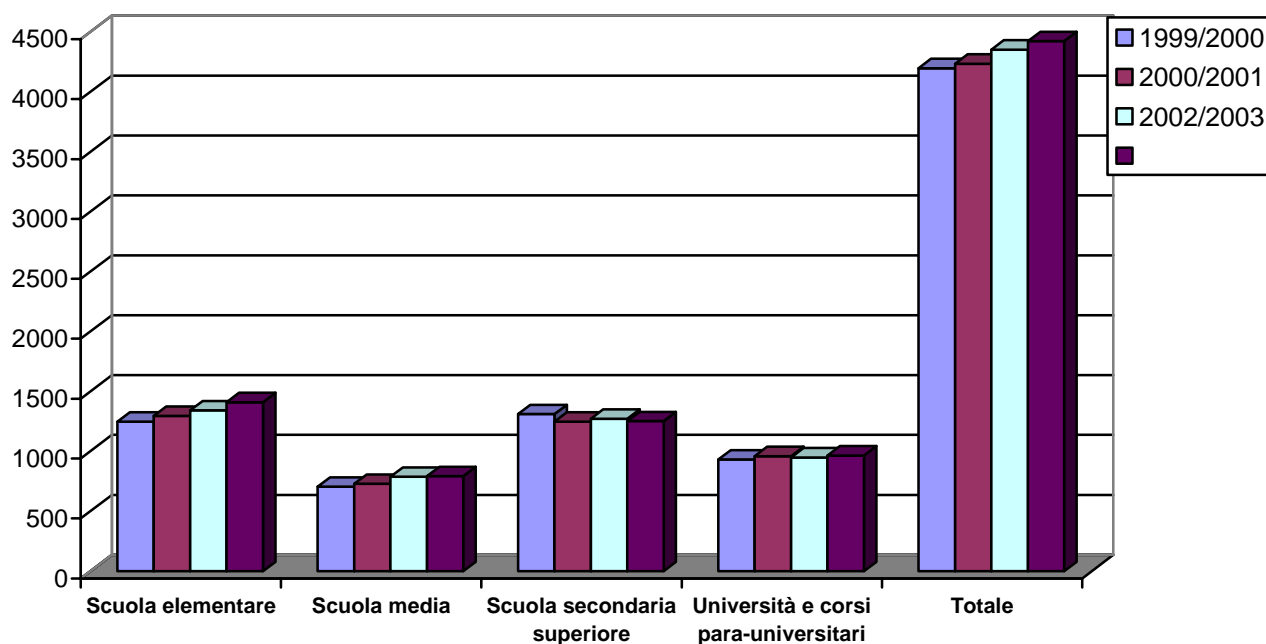
considerabile aumento del numero di coloro che sono in possesso di un diploma (grafico 2).

Grafico 2 – Popolazione presente per grado di istruzione



A San Marino, la popolazione scolastica totale, esclusa l'istruzione prescolastica, nell'anno 2003/2004 conta 4.425 iscritti presentando un incremento di 228 unità rispetto all'anno 1999/2000 (+5,3%) (grafico 3)

Grafico 3 - Popolazione Scolastica - Serie Storica

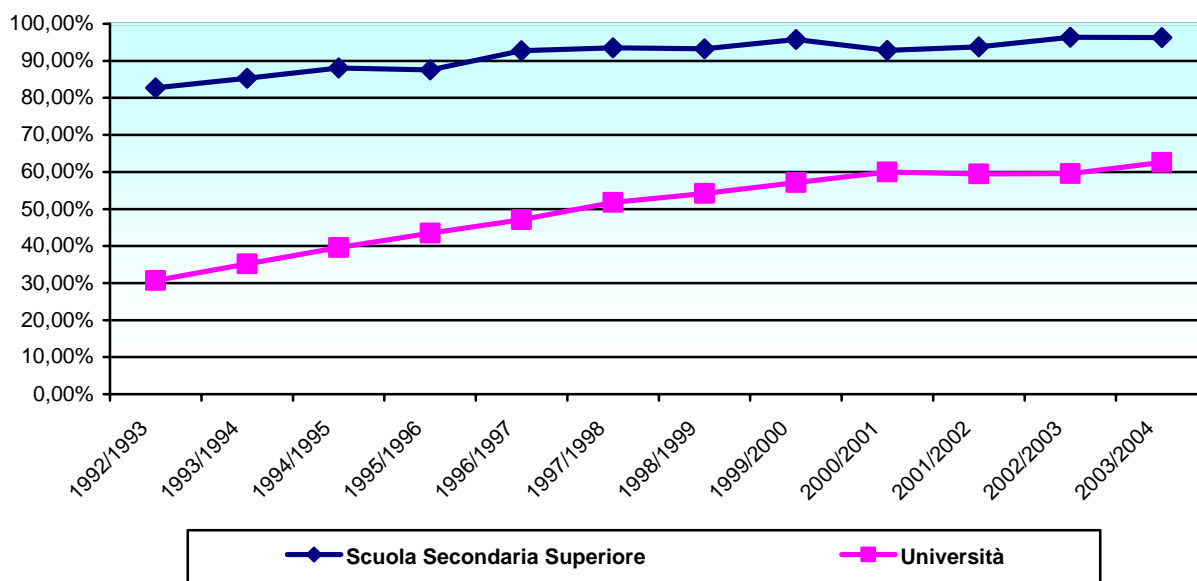


Il tasso di scolarità¹⁸ della Scuola Secondaria Superiore, calcolato rapportando gli iscritti alla popolazione di età teorica corrispondente al corso frequentato, nel 2003/04 è pari al 96,31% (in Italia 83,6%), mantenendosi costante rispetto all'anno precedente (96,37%).

Il tasso di scolarità universitario nell'anno accademico 2003/2004 riprende quel trend di crescita che si era interrotto solo agli inizi degli anni 2000 (grafico 4).

Grafico 4 – Andamento del tasso di scolarità (1994-2004)

¹⁸ TASSO DI SCOLARITA': numero di iscritti ad un determinato grado scolastico / pop. residente di età corrispondente x 100



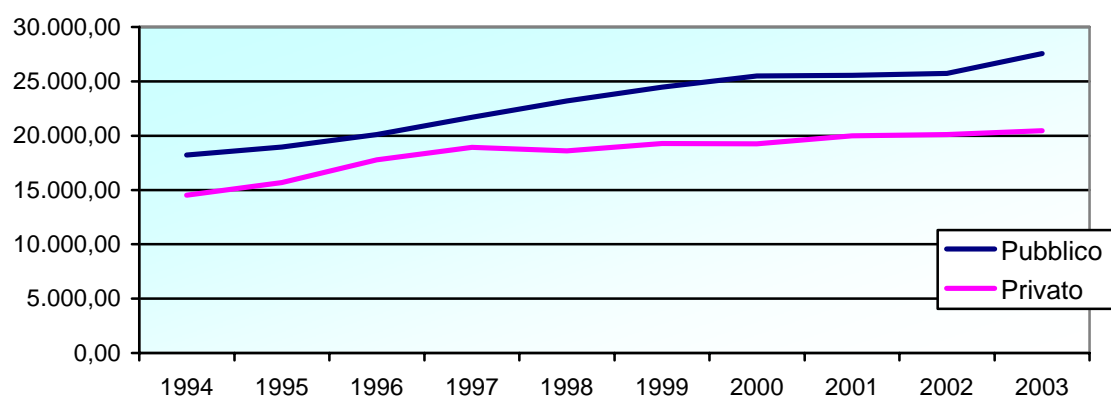
Il reddito

La retribuzione media per dipendente nel 2003 è pari a €22.136,60 facendo registrare un incremento pari al 2,92% rispetto all'anno precedente. Vi è una considerevole differenza tra il reddito medio del lavoratore dipendente nel settore pubblico (€ 27.656,81) e quello ottenuto sempre dai lavoratori dipendenti nel settore privato (€ 20.462,15) (tabella 5 e grafico 5).

Tabella 5 – Retribuzioni lorde lavoratori dipendenti

	Retribuzione			Numero dipendenti			Retribuzione media per dipendente		
	Pubblico	Privato	Totale	Pubblico	Privato	Totale	Pubblico	Privato	Totale
1994	68.893.868	124.311.244	193.205.112	3.779	8.568	12.347	18.231	14.509	15.648
1995	72.668.652	143.155.826	215.824.478	3.832	9.119	12.951	18.964	15.699	16.665
1996	78.511.250	168.071.096	246.582.346	3.903	9.444	13.347	20.116	17.797	18.475
1997	88.490.754	185.564.201	274.054.954	4.076	9.808	13.884	21.710	18.920	19.739
1998	97.920.029	193.851.552	291.771.582	4.220	10.419	14.639	23.204	18.606	19.931
1999	103.919.450	215.588.447	319.507.896	4.246	11.184	15.430	24.475	19.277	20.707
2000	109.821.984	229.182.214	339.004.198	4.307	11.910	16.217	25.498	19.243	20.904
2001	112.678.789	250.436.214	363.115.003	4.410	12.521	16.931	25.551	20.001	21.447
2002	110.770.523	262.796.569	373.567.092	4.303	13.066	17.369	25.743	20.113	21.508
2003	111.228.031	267.706.320	378.934.351	4.035	13.083	17.118	27.566	20.462	22.137

Grafico 5 – Andamento della retribuzione media per dipendente



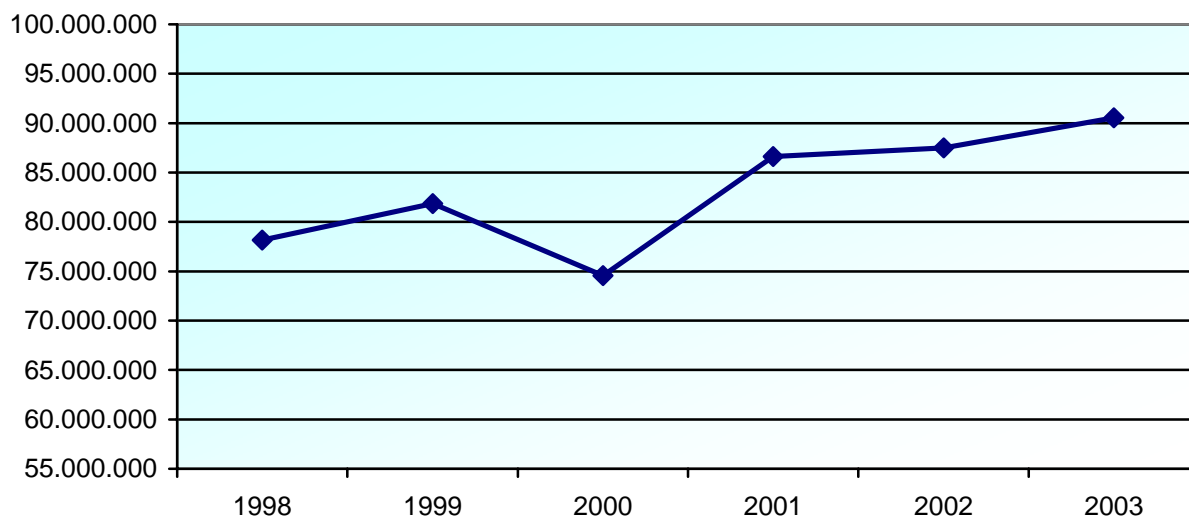
Il reddito medio dei Lavoratori Autonomi/Imprese totali nel 2003 presenta una media generale pari a 15.338,62 euro (+2,08% rispetto al 2002).

Il flusso di cassa dell'imposta generale sui redditi ammonta, nel 2003, a € 90.550.579.78 con un incremento sul 2002 del 3,50% (tabella 6 e grafico 6).

Tabella 6 – Imposta generale sui redditi (flussi di cassa)

	1998	var. %	1999	var. %	2000	var. %
Imposte su interessi passivi banc.	6.167.404	-	4.325.141	-29,87	3.525.304	-18,49
Imposte su redditi da lav. dipend.	11.286.315	-	15.929.594	41,14	14.826.656	-6,92
Imposte su altri redditi	11.674.242	-	13.532.615	15,92	15.292.930	13,01
Imposte su dichiarazione	47.909.578	-	47.449.518	-0,96	40.396.548	-14,86
I.G.R. mediante ruoli	1.135.166	-	635.914	-43,98	515.982	-18,86
Totale Generale	78.172.704		81.872.781	4,73	74.557.420	-8,94
	2001	var. %	2002	var. %	2003	var. %
Imposte su interessi passivi banc.	4.155.569	17,88	5.569.845	34,03	3.281.175	-41,09
Imposte su redditi da lav. dipend.	16.920.908	14,12	14.250.905	-15,78	14.664.634	2,9
Imposte su altri redditi	16.032.270	4,83	18.862.891	17,66	20.303.490	7,64
Imposte su dichiarazione	49.384.994	22,25	48.290.610	-2,22	51.780.369	7,23
I.G.R. mediante ruoli	111.976	-78,3	516.249	361,03	520.912	0,9
Totale Generale	86.605.717	16,16	87.490.501	1,02	90.550.580	3,5

Grafico 6 – Andamento IGR



Il Prodotto nazionale lordo pro-capite nel 2002 risulta pari a 28.819 euro e incrementa, a prezzi correnti, del 17,6% rispetto all'anno precedente e del 14,9% a prezzi costanti (*tabella 7*)

Tabella 7 – Prodotto nazionale lordo pro-capite

	Prezzi correnti	Incremento %	Prezzi costanti (base 1995)	Incremento%
1997	20.087	-	19.004	-
1998	21.362	6,3	19.853	4,5
1999	23.050	7,9	21.088	6,2
2000	23.382	1,4	20.858	-1,1
2001	24.510	4,8	21.270	2,0
2002	28.819	17,6	24.443	14,9

Le imprese

Il sistema produttivo sammarinese presenta delle specificità in stretta analogia con il contesto economico presente nelle regioni limitrofe: presenza di un elevato numero di imprese attive e loro dimensione media assai ridotta.

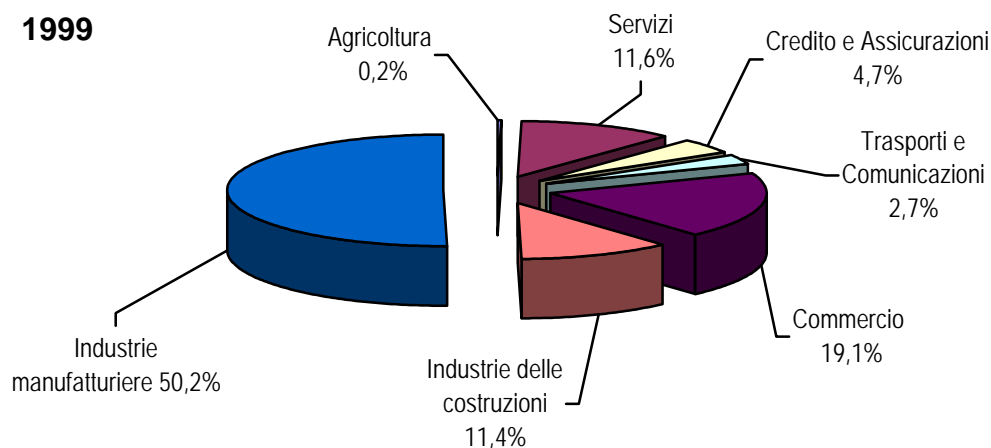
Dalla *tabella 8* si può notare che, a giugno 2004, il totale delle imprese attive, sono aumentate mediamente nell'ultimo quinquennio di circa il 4%, risultando pari a 4.986 (4.816 nel 2003) con un'occupazione complessiva di 15.912 addetti (dipendenti + indipendenti) a settembre 2004.

Tabella 8 – Imprese per ramo di attività economica

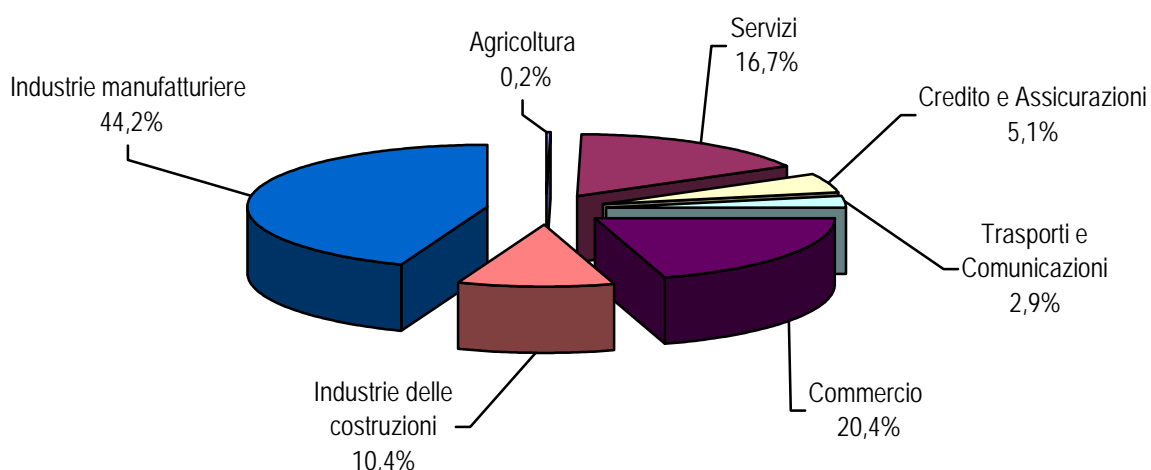
	2000	2001	2002	2003	giu-04
Agricoltura	118	115	85	87	88
Industrie Manifatturiere	681	667	679	691	713
Costruzioni e Impianti	384	393	436	452	456
Commercio e Alberghi	1.389	1.411	1.407	1.433	1.470
Trasporti e Comunicazioni	156	174	183	180	181
Credito e Assicurazioni	55	63	62	68	77
Servizi	1.491	1.612	1.771	1.905	2.001
Totale imprese	4.274	4.435	4.623	4.816	4.986

Per quanto riguarda il numero di dipendenti per ramo di attività economica (grafico 7), è l'Industria manifatturiera il settore che rappresenta la maggior percentuale di occupazione (44,2%), seguita dal Commercio (20,4%) ed infine dal ramo Servizi (16,7%), in crescita nel lungo periodo, poiché nel 1999 costituiva l'11,6% dell'occupazione del settore privato.

Grafico 7 – Dipendenti per ramo di attività economica



sett. 2004



Il lavoro¹⁹

Gli anni '90 sono stati caratterizzati da un apprezzabile ed ininterrotta crescita dell'occupazione (*tabella 9, grafico 8*). Solamente il 2003 risulta in controtendenza

¹⁹ GLOSSARIO.

FORZA LAVORO: lavoratori dipendenti, indipendenti e disoccupati

PERSONE IN CERCA DI OCCUPAZIONE (DISOCCUPATI): persone in età lavorativa (16 anni e oltre) iscritte nelle pubbliche graduatorie di collocamento. Tra di esse sono compresi i disoccupati in senso stretto cioè le persone immediatamente disponibili ad entrare nel mondo del lavoro. tra disoccupati totali sono comprese anche le persone che si dichiarano disoccupati ma che frappongono vincoli all'ingresso nel mondo lavorativo.

TASSO DI ATTIVITA' O DI PARTECIPAZIONE: forza lavoro \ la popolazione in età lavorativa (16/65 anni) x 100

TASSO DI ATTIVITA' O DI PARTECIPAZIONE INTERNO: persone appartenenti alle forze lavoro (residenti + soggiornanti) \ persone in età lavorativa (16/65 anni) x 100

TASSO DI DISOCCUPAZIONE: persone in cerca di occupazione \ forza lavoro x 100

TASSO DI DISOCCUPAZIONE IN SENSO STRETTO: disoccupati in senso stretto \ forza lavoro x 100

TASSO DI OCCUPAZIONE: numero di occupati \ popolazione in età lavorativa (16/64 anni) x 100

TASSO DI OCCUPAZIONE INTERNO: numero di occupati (residenti + soggiornanti) \ persone in età lavorativa (16/64 anni) x 100

con una riduzione del tasso di occupazione che passa dal 97,26% del 2002 al 95,85% del 2003.

Tabella 9 – Tassi

	Tasso di occupazione totale			Tasso di occupazione interno		
	M	F	Tot	M	F	Tot
2001*	117,06%	78,27%	97,45%	76,79%	66,21%	71,44%
2002*	117,23%	77,92%	97,26%	76,30%	65,49%	70,81%
2003*	115,44%	76,95%	95,85%	75,83%	65,11%	70,38%
giu-04	117,26%	79,99%	98,31%	77,22%	67,39%	72,22%
set-04	115,49%	77,82%	96,33%	75,55%	65,48%	70,43%

	Tasso di partecipazione			Tasso di partecipazione interno		
	M	F	Tot	M	F	Tot
2001*	117,81%	79,31%	98,35%	77,53%	67,25%	72,33%
2002*	118,36%	79,39%	98,56%	77,43%	66,96%	72,11%
2003*	116,55%	78,92%	97,40%	76,94%	67,08%	71,93%
giu-04	117,93%	81,25%	99,28%	77,89%	68,64%	73,19%
set-04	116,42%	79,54%	97,66%	76,48%	67,21%	71,76%

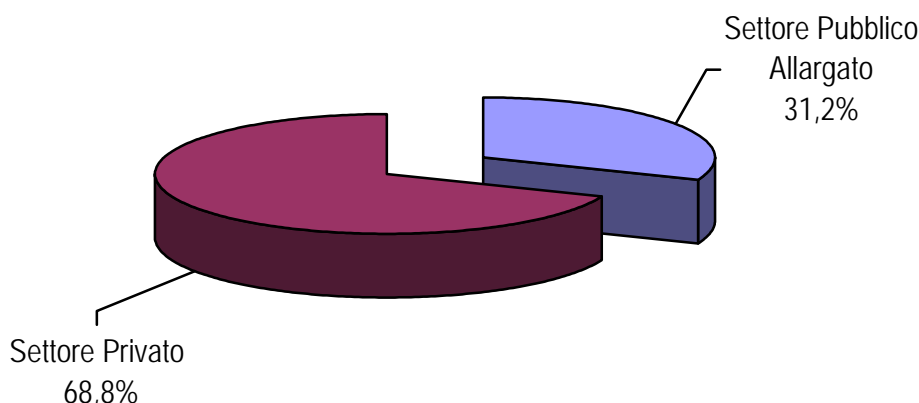
* media annuale

Il numero dei disoccupati in senso stretto si attesta comunque su livelli bassissimi e sempre al di sotto della media europea. Per quanto riguarda il 2003 e i primi 9 mesi del 2004 il numero si abbassa leggermente (563 al 30 settembre 2004).

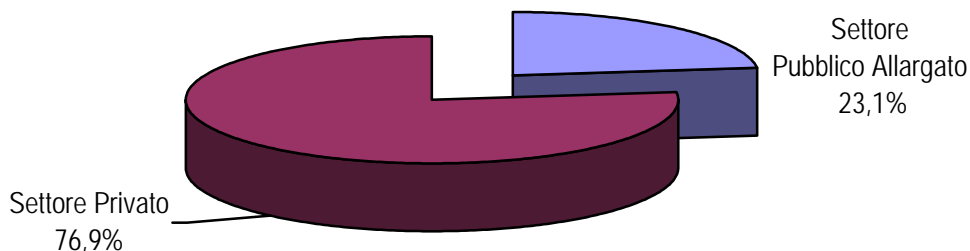
La struttura dell'occupazione, a giugno 2004, risulta formata per il 10,9% da lavoratori indipendenti, per l'89,1% da lavoratori dipendenti, di cui il 23,1% è collocato nel settore pubblico (25,8% nel 2001) e il 76,9% nel settore privato (grafico 8).

Grafico 8 – Distribuzione del lavoro dipendente nei settori pubblico e privato

1993



sett. 2004

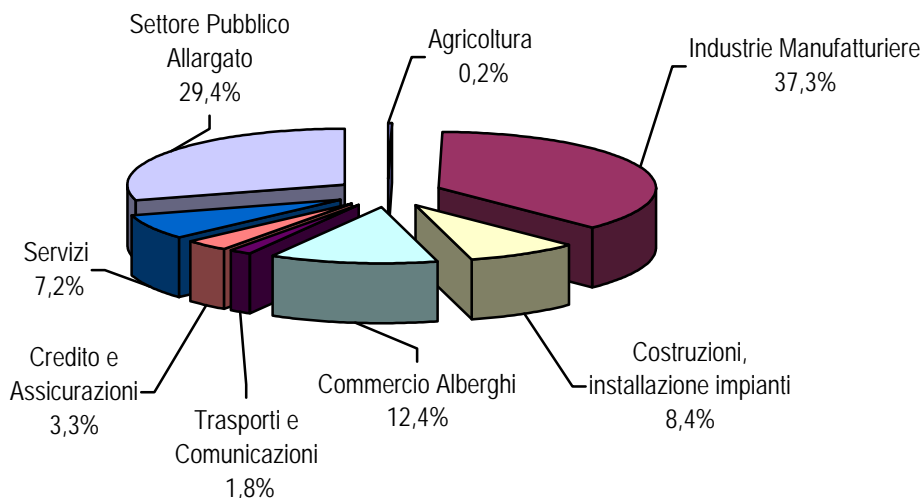


Il tasso di occupazione interno, a settembre 2004, è pari al 70,43%, mentre il tasso di partecipazione interno è pari al 71,76%; ciò conferma dunque che, in questi anni, si è consolidata la base occupazionale e che, come avviene nelle economie avanzate, si è indebolito il modello tradizionale di divisione del lavoro tra i componenti della famiglia; è aumentata la propensione al lavoro della popolazione, soprattutto femminile (*tabella 9*).

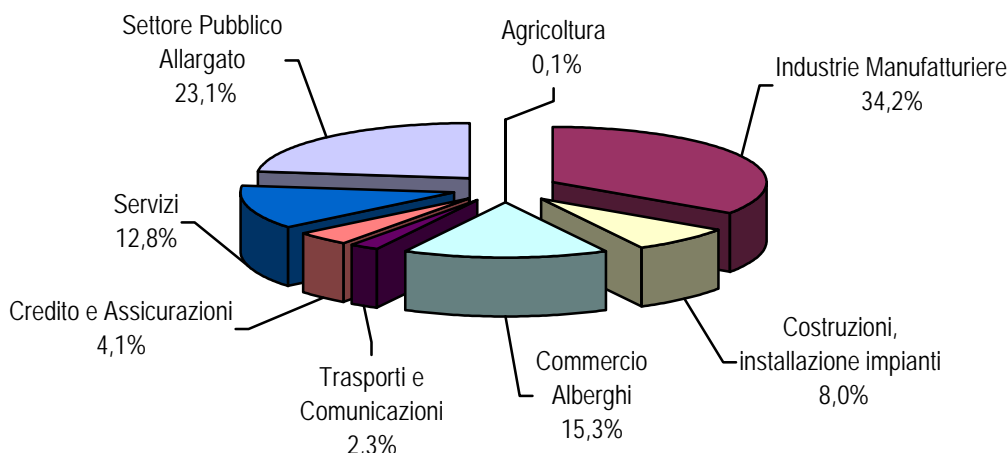
Dal 1997 al giugno 2004 si è notevolmente modificata la distribuzione dei lavoratori dipendenti nei vari settori economici: i lavoratori del settore manifatturiero sul totale dei lavoratori (compreso il ramo costruzioni e impianti) sono passati dal 45,7% al 41,8%, il settore Pubblico Allargato dal 29,4% al 23,5%, mentre aumenta il peso del settore terziario, che passa complessivamente dal 24,7% al 34,5%, dove il maggior incremento lo si riscontra nel settore dei Servizi (dal 7,2% del 1997 al 12,8% del giugno 2004) (*grafico 9*).

Grafico 9 – Lavoratori dipendenti per settore di attività

1997



sett. 2004



La crescita dell'occupazione femminile rappresenta uno dei fenomeni che maggiormente contraddistingue le trasformazioni del mercato del lavoro degli ultimi decenni. Tuttavia tale incremento avviene nel contesto di un sovraccarico di lavoro sulle donne, soprattutto quando il ruolo di lavoratrice si va ad aggiungere a quello di moglie e/o di madre e, quindi, alle responsabilità di lavoro familiare e di cura a cui consegue un aumento di domanda di servizi socio assistenziali a favore della famiglia (tabella 10a, 10b e grafico 10).

Tabella 10a - Lavoratori dipendenti per qualifica e sesso (2003)

Settore Pubblico Allargato

	M	F	Tot.
Dirigenti e assimilati	45	26	71
Responsabili ed esperti di settore	316	506	822
Impiegati specializzati e tecnici	305	724	1.029
Impiegati operativi	298	445	743
Operai caporeparto	26	0	26
Operai specializzati e tecnici	524	261	785
Operai qualificati	100	110	210
Operai generici e commessi	125	176	301
Apprendisti e corsisti	0	0	0
Altri	37	11	48
Totale	1.776	2.259	4.035

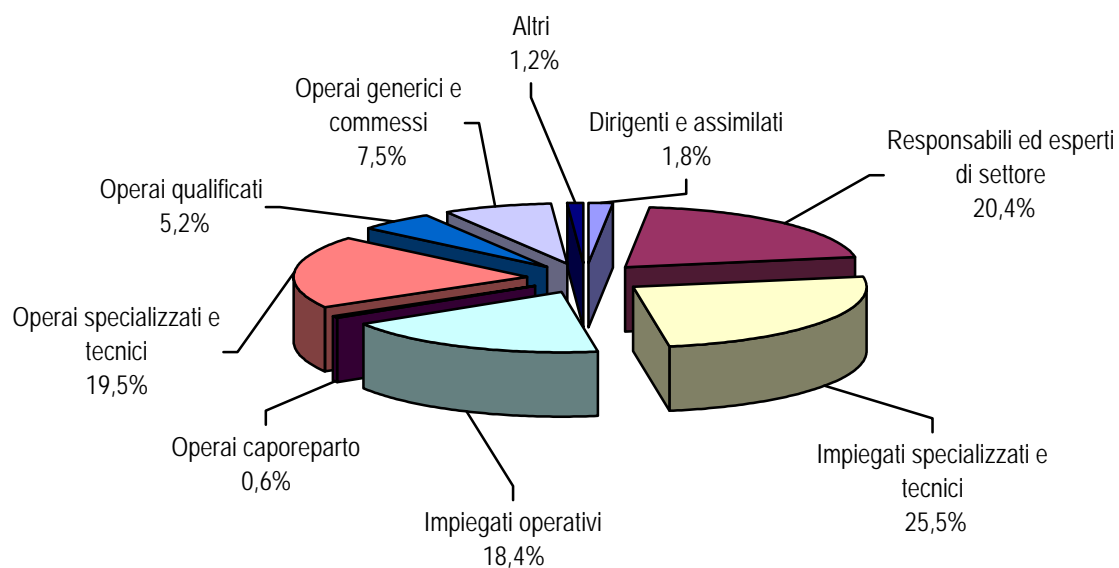


Tabella 10b - Lavoratori dipendenti per qualifica e sesso (2003)

Settore Privato

	M	F	Tot.
Dirigenti e assimilati	157	18	175
Responsabili ed esperti di settore	765	308	1.073
Impiegati specializzati e tecnici	1.446	1.478	2.924
Impiegati operativi	629	858	1.487
Operai caporeparto	80	9	89
Operai specializzati e tecnici	2.792	343	3.135
Operai qualificati	1.512	837	2.349
Operai generici e commessi	768	1.065	1.833
Apprendisti e corsisti	8	0	8
Altri	8	2	10
Totale	8.165	4.918	13.083

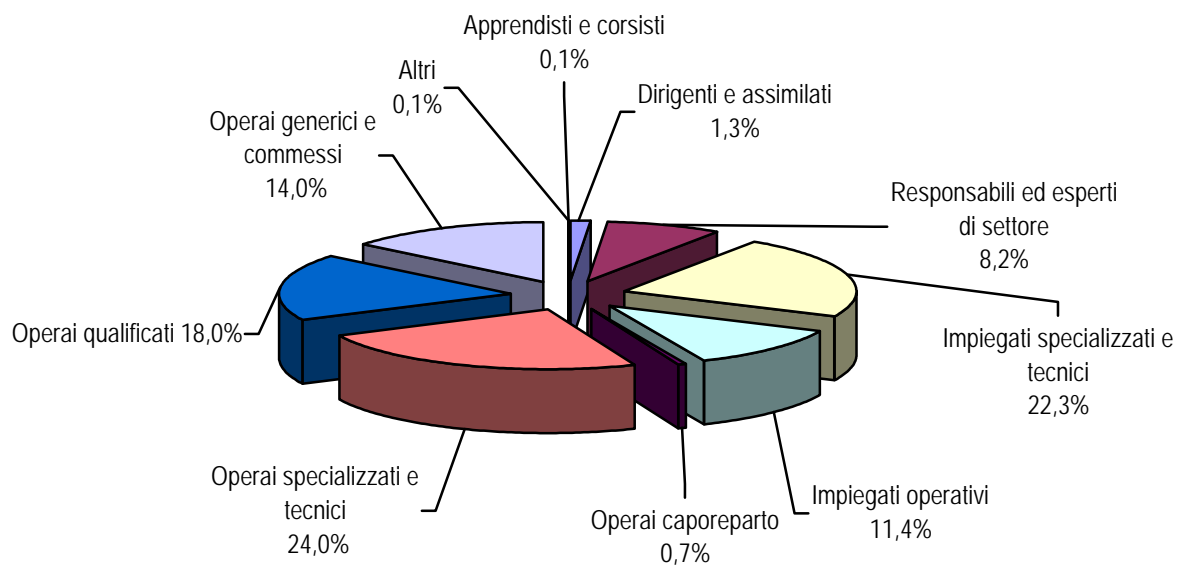
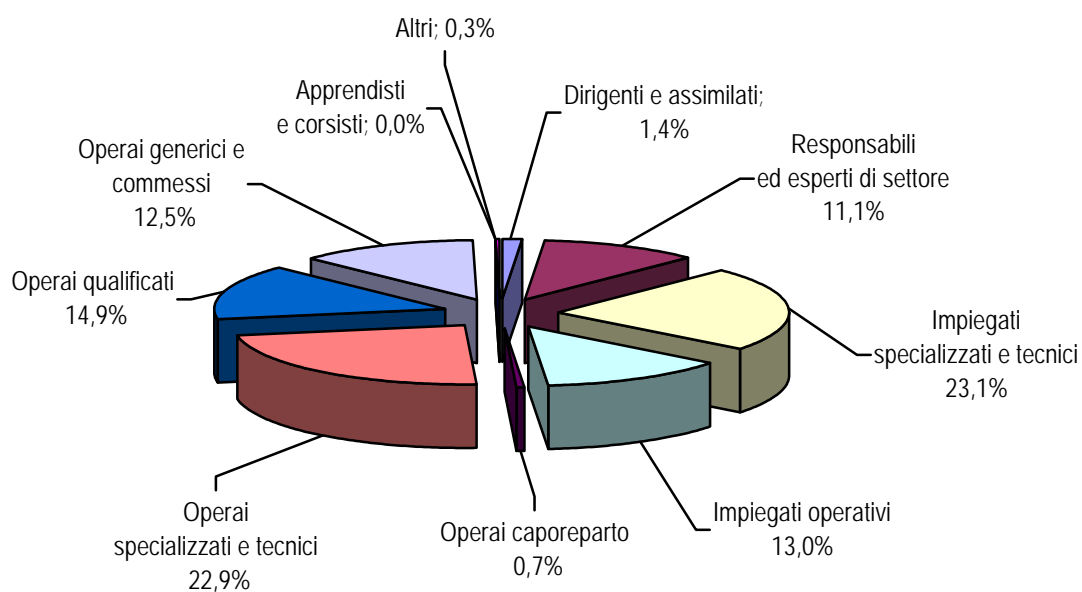


Grafico 10 – Lavoratori dipendenti totali per qualifica (2003)



La disoccupazione

La disoccupazione totale a San Marino si presenta dal 1992 con un andamento altalenante, registrando il punto minimo nel 2000 e quello massimo nel 2002. Come si può ben osservare dalla *tabelle 11a e 11b* e dal *grafico 11*, nel periodo 1996/2000 si assiste ad un persistente andamento decrescente della disoccupazione, e parallelamente negli stessi anni l'occupazione è cresciuta complessivamente del 22,6%.

Tabella 11a – Disoccupati totali e disoccupati in senso stretto (1993-sett 2004)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	sett. 2004
Disoccupati totali	616	580	495	653	568	553	454	428	514	710	628	563
Disoccupati in senso stretto									209	341	321	277

Grafico 11 – Andamento della disoccupazione (1993- sett 2004)

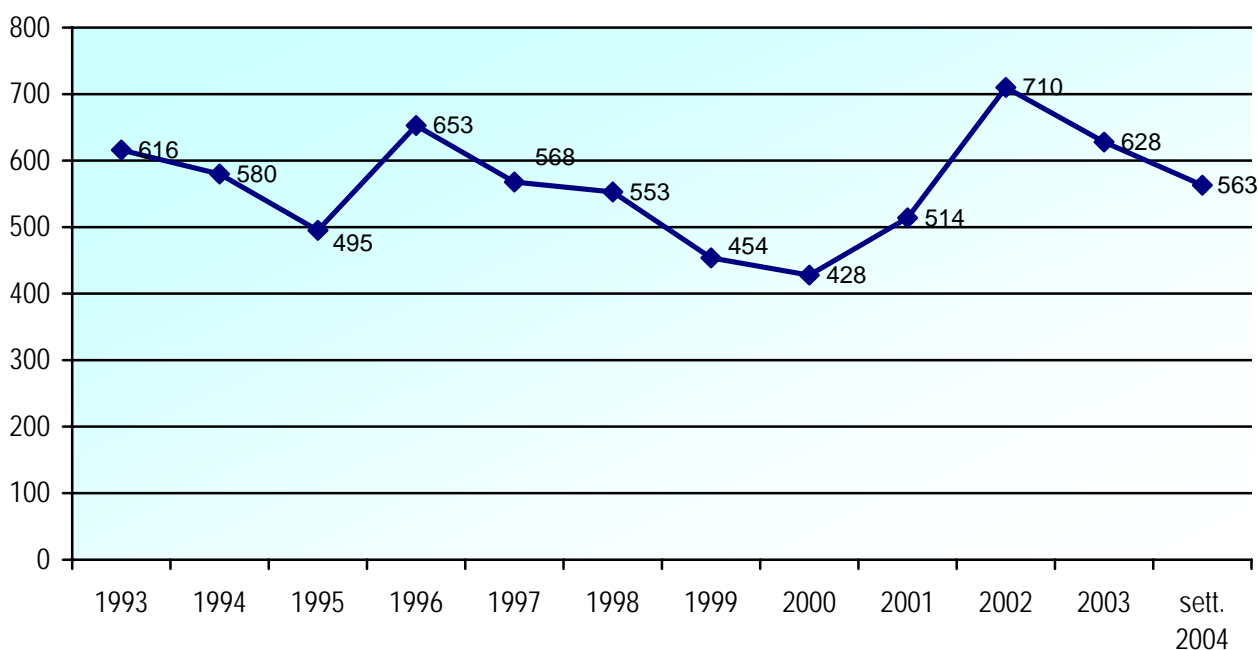


Tabella 11b – Tassi di disoccupazione

**Tasso di disoccupazione
totale (per cento)**

**Tasso di disoccupazione
in senso stretto (per cento)**

	M	F	Tot	M	F	Tot
2001*	1,79	4,17	2,92	0,95	1,5	1,21
2002*	2,32	5,67	3,92	1,44	2,11	1,76
2003*	2,12	6,27	4,12	1,43	2,84	2,11
sett. 2004	1,69	5,85	3,70	1,21	2,47	1,82

* si considera un valore medio annuale

Analizzando la disoccupazione per sesso si osserva come la disoccupazione femminile sia stata numericamente sempre più elevata di quella maschile (*tabella 12a e grafico 12*); prendendo in considerazione gli ultimi cinque anni, il numero di donne disoccupate si è ridotto fino al 2000, per poi aumentare nuovamente negli anni successivi. Nel 2003 il tasso di disoccupazione totale nelle donne ammonta a 6,27, quello dei maschi al 2,12.

Tabella 12 a – Disoccupazione per sesso

1999			2000			2001			2002			2003			set-04
M	F	Tot.	M	F	Tot.	M	F	Tot.	M	F	Tot.	M	F	Tot.	Tot.
125	329	454	127	301	428	164	350	514	184	526	710	174	454	628	563

Grafico 12 – Andamento della disoccupazione per sesso

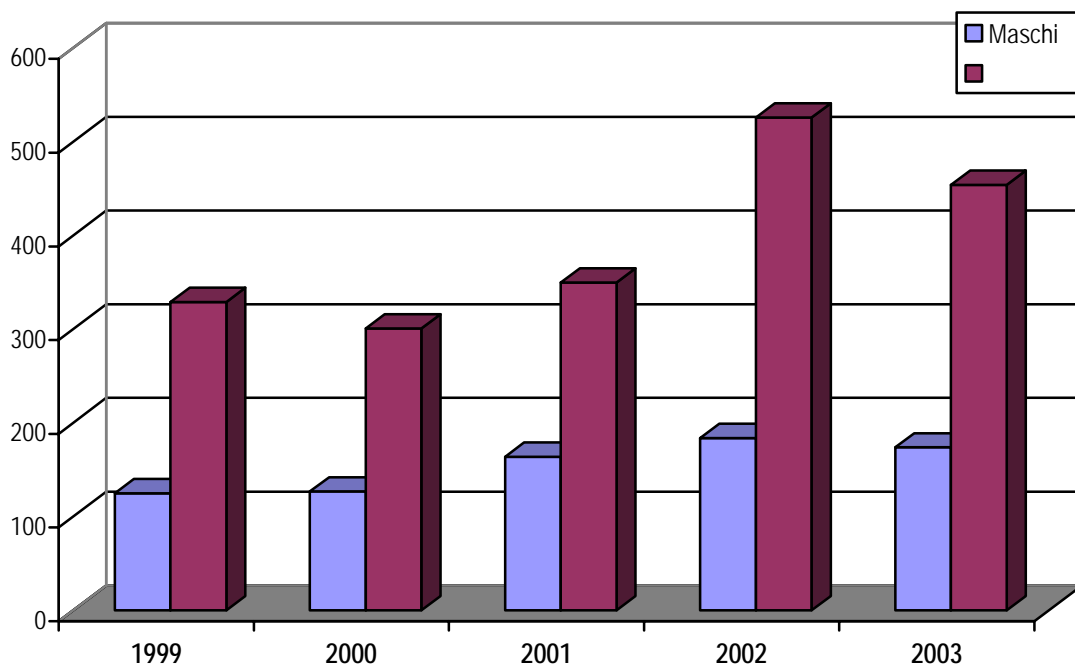


Tabella 12b – Andamento della disoccupazione per fasce di età

	1999			2000			2001			2002			2003			sett-04
	M	F	Tot.	M	F	Tot.	M	F	Tot.	M	F	Tot.	M	F	Tot.	Tot.
16-19 anni	8	21	29	11	6	17	16	21	37	22	25	47	21	22	43	44

20-24 anni	22	64	86	44	62	106	44	64	108	46	92	138	38	73	111	108
25-29 anni	33	67	100	28	70	98	47	81	128	38	100	138	34	100	134	126
30-34 anni	19	67	86	10	65	75	25	59	84	24	105	129	26	78	104	94
35 e oltre	43	110	153	34	98	132	32	125	157	54	204	258	55	181	236	153

Infine se consideriamo la disoccupazione per titolo di studio vi è un numero maggiore di disoccupati fra i diplomati (263) e laureati (163) rispetto a quelli con licenza media (137).

Tabella 12c – Andamento della disoccupazione per titolo di studio

	1999			2000			2001			2002			2003			Sett-2004
	M	F	Tot.	M	F	Tot.	M	F	Tot.	M	F	Tot.	M	F	Tot.	Tot.
Licenza media ed altri	30	81	111	22	64	86	42	94	136	57	193	250	61	144	205	137
Diplomati, Diplomi di Qualifica	63	176	239	76	164	240	86	185	271	79	222	301	73	209	282	263
Laureati e Diplomi Universitari	32	72	104	29	73	102	36	71	107	48	111	159	40	101	141	163

Gli Stili di Vita

In sintesi:

- ***Gli stili di vita possono influenzare negativamente o positivamente lo stato di salute***
- ***L'obesità infantile, legata soprattutto ad un'errata alimentazione, è un problema che coinvolge anche San Marino***
- ***Esiste una stretta relazione fra fumo di sigaretta ed aumento di morbilità e mortalità per patologie cardiovascolari, respiratorie e neoplastiche***
- ***Il consumo eccessivo di alcool rappresenta nella realtà europea un serio problema di salute pubblica che non va sottovalutato***
- ***L'attività fisica ha degli effetti positivi sul benessere delle persone***

I fattori che dipendono dal comportamento personale, i cosiddetti “stili di vita”, possono influenzare negativamente o positivamente lo stato di salute.

Quelli che rivestono maggiore interesse, soprattutto nei paesi industrializzati, sono i seguenti:

- alimentazione
- fumo di tabacco
- alcool
- attività fisica

Alimentazione

Le conoscenze scientifiche attuali confermano che il regime alimentare costituisce uno dei più importanti determinanti di salute. Una sbagliata alimentazione, infatti,

può comportare un'ingestione di sostanze nocive, carenze acute o croniche di nutrienti essenziali, eccessi e squilibri nutrizionali, tutti fattori di rischio per l'insorgenza di malattie neoplastiche, cardiovascolari, dismetaboliche e degenerative. Infatti, nei Paesi industrializzati la prevalenza di malattie croniche e degenerative, risultanti dalla complessa interazione tra variabili non modificabili (quali l'età, il sesso ed il codice genetico) e variabili passibili di modificazioni (fattori socio-economici ambientali e abitudini di vita) sia notevolmente influenzata, in termini di rischio, proprio da uno scorretto regime alimentare.

In particolare si stima che in Europa i fattori nutrizionali, associati all'inattività fisica, siano implicati:

- nel 30-40% dei tumori;
- in almeno 1/3 delle morti premature dovute alle malattie cardiovascolari;
- nella " epidemia " di obesità e sovrappeso, a loro volta implicati nel diabete mellito, nelle malattie cardiovascolari, in certi tumori e morti premature;
- nell'osteoporosi e nelle sue complicanze, comprese le fratture del femore e delle vertebre negli anziani;
- nelle carie dentarie, nelle anemie sideropeniche, nei disordini dovuti al deficit di iodio, ecc.

Obesità nella Repubblica di San Marino

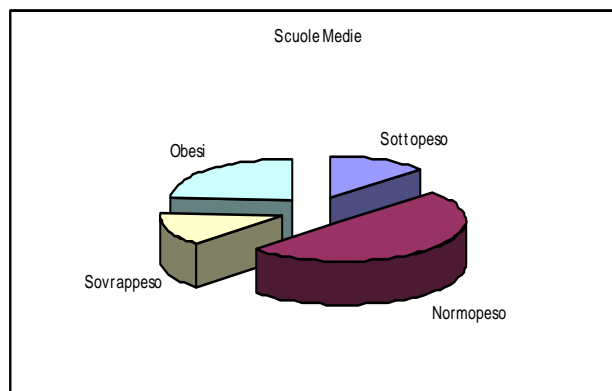
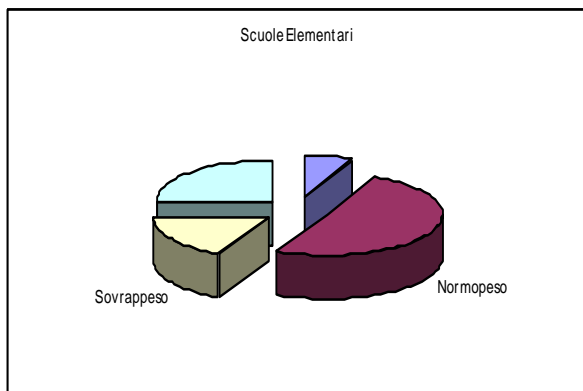
A partire dalla metà degli anni '80 la popolazione dei paesi occidentali ha avuto a disposizione, in media, oltre 1000 calorie in più rispetto al fabbisogno ottimale medio di 2300 calorie. La prima conseguenza dell'eccessivo consumo di alimenti è stata la diffusione dell'obesità nella nostra popolazione. Attualmente più del 30% dei bambini che frequentano la scuola dell'obbligo è in sovrappeso, condizione, questa, che predispone all'obesità ed all'ipercolesterolemia in età adulta, fattori di rischio, entrambi, per patologie quali malattie cardiocircolatorie, diabete, artropatie, tumori. La corretta informazione e l'educazione alimentare, opportunamente inserite nel percorso pedagogico scolastico, possono fare molto per indurre i bambini e gli adolescenti ad adottare una sana alimentazione, basata sul consumo equilibrato dei vari alimenti, con preferenza per quelli cosiddetti "mediterranei" : pane, pasta, legumi, pesce, olio d'oliva, agrumi e frutta di stagione, ortaggi in abbondanza.

In una indagine sull'obesità infantile²⁰ condotta a San Marino nell'anno scolastico 2003-2004, nell'ambito delle visite mediche preventive degli alunni di 1°, 5° elementare e 3° media, sono stati presi in esame 665 bambini della scuola elementare e 176 della scuola media ed è emerso che:

²¹	Sottopeso	Normopeso	Sovrappeso	Obesi
Scuola elementare	6,77%	50,38%	17,29%	25,56%
Scuola Media	13,07%	49,43%	13,64%	23,86%

²⁰ Studio effettuato dal Servizio di Pediatria

²¹ Per la valutazione dell'eccesso ponderale, sono stati calcolati l'**indice di massa corporea** (BMI) il quale si ottiene dividendo il peso del soggetto espresso in chili per il quadrato della statura espressa in metri(kg/m²) ed il **peso relativo percentuale** che si ottiene dal rapporto : peso reale/peso ideale x100.



Il Servizio di Dietologia

A San Marino è presente un servizio di dietologia che svolge le proprie attività – che vanno dalla compilazione di diete speciali e personalizzate, al controllo dei pazienti, ad incontri di educazione, informazione e formazione – nei seguenti ambiti:

- ospedale - dietoterapia ospedaliera
- socio sanitario (casa di riposo, servizio minori, servizio psico-sociale Libeccio, Colonia marina di Pinarella di Cervia)
- centro diabetologico
- ambulatorio grandi obesi
- centri sanitari
- pazienti con disturbi del comportamento alimentare (anoressia – bulimia)
- scuole elementari e dell'infanzia
- pazienti celiaci

Il fumo di tabacco

Un'ampia serie di studi epidemiologici ha dimostrato che esiste una stretta relazione fra fumo di sigaretta ed aumento di morbilità e mortalità per patologie cardiovascolari, respiratorie e neoplastiche.

L'entità del danno è risultata in particolare direttamente proporzionale alla durata dell'uso di sigarette ed alla quantità e qualità di esse. Il problema coinvolge non solo i fumatori, ma anche coloro che sono esposti al fumo passivo. E' stato, infatti, dimostrato come in questi soggetti vi sia un incremento del rischio per le stesse patologie e complicanze riconosciute ampiamente nei fumatori.

Nei Paesi industrializzati il fumo di sigarette è la più importante causa prevenibile di morte. In Italia si stima che 90 mila morti all'anno siano causate dal fumo. In particolare si stima che sia dovuto a tabagismo il 25% delle morti per malattie ischemiche del miocardio, il 90% delle morti per cancro del polmone e il 90% delle morti per Broncopneumopatie croniche ostruttive.

A San Marino esistono una serie di provvedimenti che tendono a tutelare i cittadini dall'esposizione al fumo di tabacco.

E' infatti in vigore dal 1990 la Legge 21 Novembre 1990 n°139 "Tutela dall'esposizione al fumo di tabacco", che, a tutela e difesa del diritto degli individui a non essere esposti al fumo di tabacco, vieta di fumare nell'ospedale, nella casa di Riposo, nei centri Sanitari nei locali adibiti a pubblica riunione e spettacolo, negli uffici, nei bar, nei ristoranti, mentre consente di fumare nei locali ove siano funzionanti impianti di depurazione o aspirazione dell'aria omologati dall'ufficio Igiene Ambientale.

Inoltre secondo l'articolo Unico del DECRETO del 22 giugno 2004 n°86, la Repubblica di San Marino s'impegna a dare piena ed intera esecuzione alla "Convenzione Quadro dell' Organizzazione Mondiale della Sanità per la Lotta al Tabagismo" (Ginevra, 21 Maggio 2003). L'obiettivo di tale convenzione e dei suoi protocolli è quello di proteggere le generazioni presenti e future contro gli effetti sanitari, sociali, ambientali, ed economici devastatori del consumo di tabacco e dell'esposizione al fumo di tabacco offrendo un quadro per l'attuazione di misure di lotta al tabagismo delle Parti a livello nazionale, regionale, ed internazionale, al fine di ridurre gradatamente e sensibilmente la prevalenza del tabagismo e l'esposizione al fumo del tabacco.

Alcool

L'alcol è probabilmente la droga che da più tempo l'umanità consuma; essa è anche, assieme al tabacco, la più largamente consumata.

L'Europa resta, nel mondo, la realtà con i più elevati livelli di produzione e consumo. In realtà, il consumo di piccole quantità di alcol ai pasti, sotto forma di bevande naturali come il vino o la birra, ha un significato esclusivamente alimentare. Non solo non esiste alcuna prova che in piccole quantità esso sia nocivo, ma anzi si può ritenere che contribuisca al benessere aumentando il piacere dell'alimentazione e completando il gusto degli alimenti.

L'abuso di alcool ed il rischio di sviluppare patologie alcool-correlate (cirrosi, psicosi alcolica ecc.) rappresenta nella realtà europea un problema di salute pubblica tanto serio quanto, spesso, sottovalutato. Il danno provocato dall'abuso di alcool impone, inoltre, un carico economico significativo sugli individui, sulle famiglie e sulla società attraverso costi sanitari, perdita di produttività dovuta all'aumento della morbilità e costi dovuti ad incidenti (domestici, lavorativi, stradali).

Se analizziamo i dati della vicina Italia, risulta che:

- gli uomini consumano prevalentemente vino (69,7% contro il 44,8% delle donne), ne hanno un consumo quotidiano (42,3% per gli uomini e 18,6% per le donne) e, tra questi, sono soprattutto gli adulti (67,3% nella classe di età di 45-54 anni).
- in relazione all'evoluzione nel tempo, la quota di consumatori di vino risulta abbastanza costante, anche se si osserva un aumento del consumo occasionale (dal 20,1% del 1993 al 23,3% del 1999) a discapito di quello quotidiano (dal 36,1% al 30,1%).
- si beve più vino al Nord, in particolare nel Nordest (62,2%) e nel Centro Italia (59,4%).
- tra le Regioni il consumo è più diffuso in Valle d'Aosta (65,5%), in Emilia Romagna (64,6%) e nelle Marche (65,3%).
- la quota di popolazione che beve alcolici fuori pasto si è mantenuta abbastanza costante negli anni più recenti.
- nel 1999 coloro che facevano uso di vino, birra, aperitivi alcolici, liquori e amari fuori pasto erano il 23,5% della popolazione.
- il consumo risulta differenziato tra i due sessi e tra le diverse classi di età: a esso ricorre il 35,2% degli uomini contro il 12,7% delle donne; è piuttosto diffuso tra i giovani, per poi decrescere con l'aumentare dell'età.
- l'abitudine di bere alcolici fuori pasto è più accentuata nell'Italia Settentrionale (31,8% nel Nordest e 27,5% nel Nordovest) e nei piccoli centri. (29,9% nei Comuni con meno di 2000 ab.)
- in Italia, come anche in Emilia Romagna, i giovanissimi (14-17 anni) bevono più frequentemente birra (35,3%), aperitivi alcolici, liquori e altre bevande alcoliche (20,7%) rispetto al vino (19%) e lo stesso fenomeno si osserva fra i ragazzi dai 18 ai 24 anni, che assumono bevande alcoliche in misura maggiore.
- sin da giovani non sono pochi coloro che bevono fuori pasto: il 20,7% degli adolescenti tra i 14 e i 17 anni e ben il 46,6% dei ragazzi fra i 18 e i 24 anni. Il consumo di alcool di questi soggetti, quindi, è meno legato alle abitudini alimentari quotidiane ed avviene piuttosto fuori casa, al di fuori dei pasti, in occasioni sociali e di divertimento.

L'abuso di alcool nella Repubblica di San Marino:

I pazienti in carico al servizio neuro-psichiatrico con diagnosi d'abuso di sostanze alcoliche al 31/3/2001 sono in tutto 54. I pazienti in carico nel 2000 erano 46 e di questi 41 hanno continuato ad essere seguiti nel 2001. Inoltre, si sono avuti nell'arco di tre mesi, dal 1° Gennaio al 31 Marzo, 13 nuovi ingressi portando il totale dei pazienti seguiti a 54. Al 31 di Marzo 2001 il rapporto utenti maschi/ femmine è pari a 3,9. Il sesso maschile prevale rispetto a quello femminile.

E' opportuno precisare che i casi che afferiscono al servizio neuro-psichiatrico sono solo la punta dell'iceberg del problema. Sarà interessante analizzare in futuro quali sono le abitudini rispetto al consumo di alcool di tutta la popolazione di San Marino.

Attività fisica

La sedentarietà, frutto delle abitudini di vita e dell'evoluzione dell'attività lavorativa della nostra società, può essere considerato un fattore di rischio per alcune patologie legate alla ridotta attività fisica ed al conseguente eccesso ponderale.

Infatti, sulla base dei dati medico- scientifici, le più autorevoli organizzazioni sanitarie internazionali raccomandano che ogni cittadino sano pratichi quotidianamente un'attività motoria moderata o intensa per almeno 30 minuti consecutivi specificando che in tale tempo possono rientrare attività aerobiche (in grado di aumentare il consumo di ossigeno) non formalmente sportive o ginniche, come passeggiate con andamento sostenuto, spostamenti in bicicletta, giochi ed attività domestiche o da giardino che presuppongono movimenti.

In base alla letteratura scientifica i benefici dell'attività fisica possono essere: fisiologici, psicologici e sociali per l'individuo e la comunità.

I benefici dell'attività fisica nella prevenzione delle malattie sono numerosi, in particolare riguardano:

- le malattie cardiovascolari
- l'ipertensione
- l'obesità
- il diabete non insulino-dipendente (l'attività fisica gioca un ruolo importante sul controllo glicemico)
- i tumori

L'attività fisica ha degli effetti positivi sulla salute mentale delle persone. Sia che si tratti di pazienti depressi o di persone psicologicamente equilibrate, l'attività fisica incrementa il benessere soggettivo, riduce l'ansia e lo stress e indirettamente influenza la fiducia e la stima di sé. A lungo termine, l'attività fisica contribuisce ad incrementi cognitivi ed a un più efficace controllo motorio.

Dal punto di vista delle relazioni sociali, l'attività fisica contribuisce a:

- Aumentata integrazione sociale
- Formazione di nuove amicizie
- Mantenimento del ruolo ed acquisizione di nuovi ruoli: uno stile di vita attivo

Dal punto di vista fisico spinge a frequentare ambienti stimolanti necessari per mantenere un ruolo attivo nella società e ad acquisire nuovi ruoli.

Numerosi sono anche i benefici dell'attività fisica per la collettività:

- Ridotti costi di assistenza sanitaria e sociale
- Aumento della produttività degli anziani: le persone anziane sono in grado di offrire un rilevante contributo alla società. Uno stile di vita attivo aiuta gli anziani a mantenere un'indipendenza funzionale e ad ottimizzare il numero di coloro che sono capaci di partecipare attivamente alla società.

L'Ambiente

In sintesi:

- *Esiste una chiara correlazione fra inquinamento ambientale e danni alla salute*
- *E' opportuno focalizzare l'attenzione non solo sull'inquinamento atmosferico ed idrico ma anche sui possibili effetti negativi dei campi elettromagnetici e del rumore*
- *Si ritiene importante ed urgente implementare un sistema di monitoraggio dell'ambiente naturale ed urbano a San Marino.*

Le condizioni dell'ambiente naturale e urbano in cui viviamo hanno sicuramente importanti effetti sulla salute umana. La tutela della salute non può essere attuata senza prendere in considerazione l'ampio intreccio di rapporti che si sviluppa tra l'ambiente e l'uomo: è ormai ampiamente dimostrato che nella comparsa di un numero sempre maggiore di patologie l'ambiente gioca un ruolo eziologico di primaria importanza. Ambiente e salute sono tra loro strettamente interconnessi: infatti, se da un lato la qualità dell'ambiente condiziona in modo fondamentale lo stato di salute della popolazione, dall'altro lo stato di salute della popolazione dà la misura dello stato di salute dell'ambiente.

L'inquinamento può alterare l'ambiente in una qualunque delle sue componenti:

- atmosfera (aria)
- idrosfera (acque superficiali e sotterranee)
- litosfera (suolo)
- biosfera (organismi viventi).

I fattori ambientali che sono implicati nell'insorgenza di determinate patologie, in particolare quelle cronico-degenerative a prevalente eziologia multifattoriale (neoplasie, patologie cardio-vascolari, broncopneumopatie croniche aspecifiche, neuropatie, allergie, infertilità, etc.), possono essere classificati, in base alla loro natura, in fisici, chimici e biologici.

- Agenti fisici: radiazioni ultraviolette, radiazioni ionizzanti, radiazione elettromagnetica, ma anche temperatura, umidità e ventilazione.
- Agenti chimici: composti organici volatili, plastiche, pesticidi, benzene, monossido di carbonio, idrocarburi aromatici policiclici etc.
- Agenti biologici: batteri, muffe, funghi, pollini, etc.

Inquinamento atmosferico

L'inquinamento atmosferico derivante soprattutto dal traffico veicolare e da sistemi di produzione industriale è un noto fattore di rischio per la salute.

Nel caso che si verifichi un brusco innalzamento delle concentrazioni dei comuni contaminanti dell'aria (inquinamento acuto), l'aumentata esposizione a vari irritanti atmosferici provoca la riduzione della funzionalità polmonare, l'aumento delle

malattie respiratorie nei bambini, gli attacchi acuti di bronchite e l'aggravamento dei quadri di asma; il tutto comporta un forte incremento nel numero dei decessi fra le persone più sensibili a determinati inquinanti, come gli anziani o le persone affette da malattie respiratorie e cardiovascolari.

L'effetto dell'inquinamento a bassi livelli e per lungo tempo risulta invece più subdolo e difficile da individuare. Si presume che provochi a breve termine disagio, irritazione, tossicità specifica, affezioni respiratorie acute e, in rari casi, mortalità, soprattutto fra gli anziani affetti da patologie croniche cardiovascolari o respiratorie. Gli effetti a lungo termine causati da una esposizione ad inquinanti presenti a concentrazioni relativamente basse non sono ancora completamente chiari; in ogni caso si ritiene che fra i vari effetti vi sia la comparsa di malattie polmonari croniche aspecifiche (come la bronchite cronica, l'asma e l'enfisema), la formazione di varie neoplasie maligne (cancro polmonare, leucemie) ed un aumento della mortalità per malattie cardiovascolari e respiratorie.

L'aria inquinata delle grandi aree urbane ed industriali è ricca di contaminanti che possono esplicare la loro azione sia singolarmente che sinergicamente. L'aria che respiriamo può essere contaminata da sostanze inquinanti provenienti da industrie, veicoli, centrali elettriche e molte altre fonti. Questi inquinanti rappresentano un grosso problema per gli effetti dannosi che possono avere nei confronti della salute o dell'ambiente in cui viviamo. Il loro impatto dipende da vari fattori, come ad esempio la quantità di inquinante dell'aria al quale si è esposti, la durata dell'esposizione e la pericolosità dell'inquinante stesso. Gli effetti sulla salute possono essere di piccola entità e reversibili (come un'irritazione agli occhi) oppure debilitanti (come un aggravamento dell'asma) o anche fatali (come il cancro).

Inquinamento idrico

La Carta Europea dell'acqua, all'art. 3, afferma: "alterare le qualità dell'acqua significa nuocere alla vita dell'uomo e degli altri esseri viventi che da essa dipendono". Inquinare l'acqua, dunque, vuol dire modificare le caratteristiche qualificative, al punto da renderla inadatta al consumo degli esseri viventi.

L'inquinamento idrico, microbiologico o chimico, può essere la causa, nel primo caso, di patologie infettive per contaminazione batterica dell'acqua potabile oppure di patologie tumorali nel secondo caso.

I campi elettromagnetici

I campi elettromagnetici (CEM) o *elettrosmog* costituiscono oggi un motivo di preoccupazione per la popolazione soprattutto per quanto concerne possibili conseguenze a lungo termine (neoplasie). In effetti la rapida crescita tecnologica ha innalzato il naturale livello di fondo elettromagnetico e la Comunità scientifica internazionale, ed in particolare l'OMS, ha valutato gli studi epidemiologici condotti e ne sta predisponendo altri per definire le possibili conseguenze a lungo termine

sulla salute ed i livelli di protezione necessari. Nel frattempo riconosce la necessità di applicare nei confronti di tale tipo di esposizione il principio della precauzione.

I CEM a cui la popolazione può essere esposta in ambito residenziale sono sostanzialmente quelli generati dalle linee di trasporto e distribuzione dell'energia elettrica (campi a bassissima frequenza o campi ELF) e quelli generati da ripetitori radiotelevisivi o impianti per la telefonia cellulare (campi ad alta frequenza: radiofrequenza e microonde). Anche gli elettrodomestici e le apparecchiature normalmente presenti nelle abitazioni contribuiscono all'esposizione.

I CEM a bassissima frequenza (linee elettriche) sono ritenuti, pur nell'incertezza scientifica, come più pericolosi e sono stati classificati dallo IARC come possibili cancerogeni. Per quanto concerne i CEM ad alta frequenza, lo stato delle conoscenze relativo agli effetti a lungo termine sulla salute è caratterizzato da ancora maggiori incertezze.

Radiazioni ionizzanti

La maggior parte delle radiazioni assorbite dalla popolazione proviene da sorgenti naturali. Questo tipo di esposizione è inevitabile ed è strettamente correlata alle caratteristiche geologiche e geografiche.

La radioattività artificiale deriva, invece, da attività umane quali ad esempio produzione di energia nucleare o utilizzo di radioisotopi per la ricerca scientifica di tipo medico o industriale. Per questi impieghi, i rischi per la popolazione e per l'ambiente derivano dall'utilizzo inadeguato delle sorgenti, dall'eventuale rilascio di scorie radioattive e dagli incidenti che si possono verificare durante l'impiego o il trasporto.

Inquinamento acustico

Il rumore, che è spesso direttamente collegato al traffico veicolare, costituisce una delle più importanti fonti d'inquinamento sia per la sua diffusione che per gli effetti nocivi. Sono infatti possibili disturbi al sistema nervoso, endocrino, della psiche ed alterazioni delle relazioni sociali.

Una persona adulta può tollerare un'esposizione occasionale ad un livello di rumore superiore ai 140 dB, ma per i bambini l'esposizione non deve mai superare i 120 dB. L'esposizione per più di 8 ore ad un rumore superiore agli 85 dB è potenzialmente rischiosa per la salute.

I rifiuti

La produzione di rifiuti complessiva, rilevata all'interno dell'Unione Europea, ha registrato, fra il 1990 e il 1995, un incremento del 10%. La produzione pro capite di

rifiuti urbani risulta inoltre correlata positivamente con i fattori socio-economici quali il PIL ed i consumi, confermando che zone più produttive e con maggiori consumi pro capite tendono ad avere una più alta produzione di rifiuti. Per quanto riguarda la gestione dei rifiuti occorre privilegiare il recupero dei rifiuti, soprattutto attraverso la raccolta differenziata ed il riciclaggio, come importante risorsa di materia ed energia, ed un adeguato smaltimento dei rifiuti, soprattutto quelli tossici, al fine di evitare possibili contaminazioni dell'aria, del suolo e dell'acqua.

San Marino, per la sua configurazione territoriale e per la sua densità abitativa non può essere paragonata a metropoli e città dove l'inquinamento assume livelli critici. Tuttavia a causa del traffico veicolare, che può essere intenso in strade ad alta percorrenza ed in alcuni periodi dell'anno legati al fenomeno del turismo, e di alcuni insediamenti produttivi industriali ed artigianali presenti a San Marino, si ritiene importante ed urgente implementare un sistema di monitoraggio dell'ambiente naturale ed urbano.

La morbosità

In sintesi:

- *Tasso di ospedalizzazione più basso rispetto alla regione Emilia Romagna*
- *Tasso di occupazione posti letto molto basso (55%)*
- *Numero di giornate di degenza costanti nel tempo*
- *Le principali cause di ricovero sono: complicanze per gravidanza, parto e puerperio nella donna e traumatismi e avvelenamenti negli uomini*
- *I ricoveri sono concentrati principalmente nell'età anziana*
- *La spesa per farmaci registra una spesa pro-capite più elevata rispetto alle zone a noi limitrofe*
- *Il numero di infortuni sul lavoro è in calo in valore assoluto anche se rimane costante per gravità*
- *Nel 2004 il numero di incidenti stradali con referto medico è stato pari a 624*

L'uso dell'ospedale

L'Ospedale di Stato di San Marino ha 127 posti letto e nel 2004 si sono avuti 4.559 ricoveri con un numero di giornate complessive di degenza pari a 25.715; si è registrato un tasso di occupazione posti letto del 55% (tabella 1, 2 e 3).

Tabella 1 – Posti letto per reparto ospedaliero (periodo 2002-2004)

	2002	2003	2004
P.S. e Acc.	-	-	5
Medicina Generale	37	37	37
Geriatria	14	14	14
Pediatria	7	7	7
Terapia Semi-int.	6	6	6
Chirurgia Generale	28	21	16
Ortopedia	19	20	21
Ostetricia Ginec..	18	16	16
Anestesia e T.I	6	6	5
Totale	135	127	127

Tabella 2 - Totale giornate di degenza per reparto ospedaliero (periodo 2002-2004)

	2002	2003	2004
P.S. e Acc.	-	-	407
Medicina Generale	9.044	9.578	9.547

Geriatria	4.473	4.552	4.568
Pediatria	819	816	709
Terapia Semi-int.	763	711	661
Chirurgia Generale	3.187	3.317	2.995
Ortopedia	3.505	3.186	3.458
Ostetricia Ginec..	2.596	2.567	2.453
Anestesia e T.I	804	794	917
Totale	25.191	25.521	25.715

Tabella 3 - Tasso di occupazione posti letto per reparto ospedaliero (periodo 2002-2004)

	2002	2003	2004
P.S. e Acc.	0%	0%	22%
Medicina Generale	67%	71%	71%
Geriatria	88%	89%	90%
Pediatria	32%	32%	28%
Terapia Semi-int.	35%	32%	30%
Chirurgia Generale	31%	43%	51%
Ortopedia	51%	44%	45%
Ostetricia Ginec..	42%	44%	42%
Anestesia e T.I	44%	36%	50%
Totale	43%	55%	55%

Nel corso del 2002, nell'ospedale della Repubblica di San Marino, sono avvenuti complessivamente 4.237 ricoveri²². Oltre a questi, sono stati effettuati 851 ricoveri in degenza ordinaria al di fuori del territorio della Repubblica e 274 in regime di day hospital per un totale di 1.125.

Il *tasso di ospedalizzazione totale*²³, nell'anno 2002 è stato pari al 186,5 per mille. Ciò significa che, nel corso del 2002, 187 persone su 1000 residenti sono state ricoverate presso l'ospedale di San Marino o presso strutture ospedaliere esterne al territorio della Repubblica in regime di degenza ordinaria o di day hospital.

Più precisamente, il tasso di ospedalizzazione complessivo presso l'ospedale di San Marino è stato del 147,3 per mille (147 persone su 1000 residenti sono state ricoverate presso l'ospedale nel corso dell'anno).

Dei 4.237 ricoveri, 1.917 hanno riguardato il sesso maschile (45,2%), 2.320 il sesso femminile (54,8%); nel corso dell'anno 2002, 136 maschi su 1.000 e 158 femmine su 1.000 sono stati ricoverati in ambito ospedaliero.

Il tasso di ospedalizzazione relativo alle strutture fuori territorio è stato, invece, del 39,13 per mille.

Come si può notare dalla *tabella 4* il tasso di ospedalizzazione presso l'ospedale di San Marino non si differenzia molto se confrontiamo il 2001 con il 2002, mentre il

²² *FONTE DATI*: Relazione sullo stato di salute della popolazione di San Marino (anno 2003) – Direzione sanitaria

²³ Numero di ricoveri per tutte le cause (in regime ordinario e in day hospital) sia presso l'ospedale di San Marino sia presso presidi ospedalieri fuori territorio) / popolazione residente nell'anno di riferimento x 1000

tasso di ospedalizzazione relativo ai ricoveri in degenza ordinaria nelle strutture fuori territorio registra un leggero aumento dall'anno 2001 al 2002.

Tabella 4 - Tassi di ospedalizzazione a San Marino e in strutture fuori territorio - periodo 2001-2003

	2001		2002	
	N. ricoveri	Tasso di ospedalizzazione (x 1.000)	N. ricoveri	Tasso di ospedalizzazione (x 1.000)
Ospedale di San Marino (ricoveri in degenza ordinaria e in day hospital)	4.239	150,5	4.237	147,36
Strutture fuori territorio	-	-	1.125	39,13
- ricoveri in degenza ordinaria	-	17,6	851	29,60
- day hospital	-	-	274	9,53

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato²⁴ relativo ai ricoveri dei residenti effettuati presso l'ospedale di San Marino è pari a 150 x 1.000 nel sesso femminile, 128,79 nel sesso maschile.

Il tasso standardizzato calcolato nella Provincia di Rimini nel corso dell'anno 2000 ammontava al 178,73 x 1.000 nei maschi, 199,57 x 1.000 nelle femmine. In questo caso, però, il tasso di ospedalizzazione considera i ricoveri di soggetti residenti effettuati sia presso i presidi locali sia al di fuori.

L'analisi del tasso di ospedalizzazione totale calcolato distintamente per sesso e per età²⁵, (escludendo i neonati sani), mostra che il maggior numero di ricoveri avviene nella popolazione anziana (persone con 65 anni e più); seguono poi i neonati e i bambini fino ai 4 anni di età. In particolare, in queste fasce di età, il tasso di ospedalizzazione è più elevato nei maschi piuttosto che nelle femmine (tabella 5 e grafico 1).

Tabella 5 – Tasso grezzo di ospedalizzazione totale distinto per sesso ed età

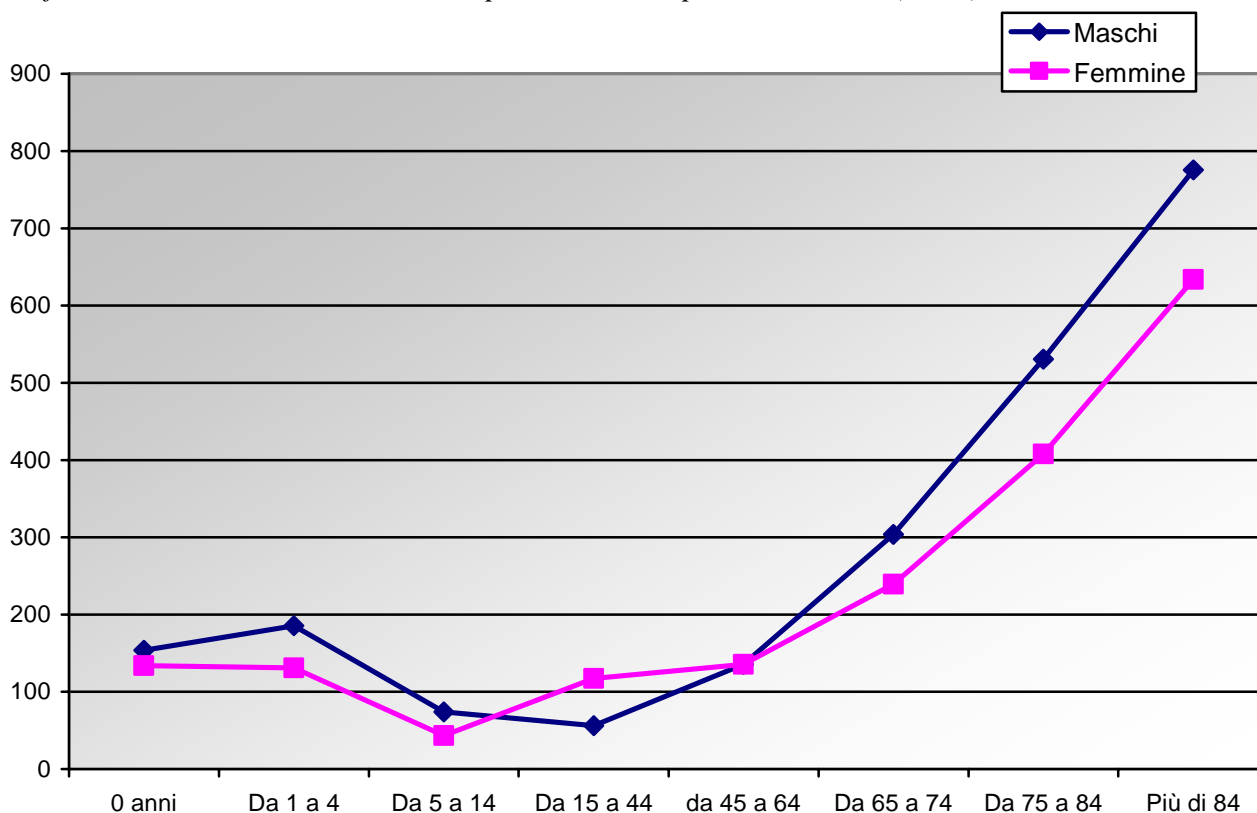
Fasce di età	Maschi		Femmine	
	N. ricoveri	Tasso di ospedalizzazione (x 1.000)	N. ricoveri	Tasso di ospedalizzazione (x 1.000)
0 anni	26	153,85	17	133,86
Da 1 a 4	122	185,41	79	131,01
Da 5 a 14	107	74,10	57	43,51
Da 15 a 44	355	56,29	758	117,46
da 45 a 64	474	135,58	484	135,46
Da 65 a 74	355	303,68	312	239,26
Da 75 a 84	357	530,46	393	407,68
Più di 84	121	775,64	220	634,01

²⁴ Popolazione tipo: popolazione italiana del 1991

²⁵ Per semplicità, l'età dei soggetti ricoverati è stata individuata tenendo conto del solo anno di nascita e di ricovero.

Totale **1.917** **136,23** **2.320** **158,03**

Grafico 1 – Andamento del tasso di ospedalizzazione per sesso ed età (2002)



L'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere²⁶ (tabella 6) evidenzia che, per ottenere assistenza ospedaliera, la popolazione sammarinese si rivolge nella maggior parte dei casi all'ospedale della Repubblica e solo in poche situazioni si affida a presidi fuori territorio.

Tabella 6 – Indice di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere (anni 2002)

Ospedale di San Marino	79,0
Strutture ospedaliere fuori territorio	21,0

Calcolando il tasso di ospedalizzazione per sesso, nel 2001 e nel 2002, si nota come questo sia superiore nelle donne piuttosto che degli uomini. Questa differenza è attribuibile in larga parte ai ricoveri per parto o per complicanze legate alla

²⁶ L'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere esprime, percentualmente a quali strutture /aziende una data popolazione si rivolge per l'assistenza ospedaliera. Da un altro punto di vista, tale indice esprime in che percentuale le diverse strutture/aziende contribuiscono alla formazione del tasso di ospedalizzazione delle aziende USL.

gravidanza, che costituiscono la prima causa di ricovero nel sesso femminile (tabella 7).

Tabella 7 – Tassi di ospedalizzazione a San Marino distinti per sesso – anni 2001 e 2002

	Maschi	Femmine
2001	140,7	159,9
2002	136,2	158,0

Le tabelle 8a e 8b mostrano le cause di ricovero nel 2001 e nel 2002 distinte per sesso.

Tabella 8a - RICOVERI PRESSO L'OSPEDALE DI SAN MARINO DISTINTI PER CAUSA (ICD-9) – POPOLAZIONE MASCHILE - Anni 2001 e 2002

	Maschi			
	2001		2002	
	Numero ricoveri	%	Numero ricoveri	%
I (001-139) Malattie infettive	51	2,63%	69	3,60%
II (140-239) Tumori	176	9,07%	210	10,95%
III (240-279) Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche, e dist. immunit.	26	1,34%	21	1,10%
IV (280-289) Malattie del sangue e organi emopoietici	10	0,52%	15	0,78%
V (290-319) Disturbi psichici	38	1,96%	34	1,77%
VI (320-389) Malattie del sistema nervoso	54	2,78%	44	2,30%
VII (390-459) Malattie del sistema circolatorio	330	17%	278	14,50%
VIII (460-519) Malattie del sistema respiratorio	196	10,10%	211	11,01%
IX (520-579) Malattie dell'apparato digerente	218	11,23%	219	11,42%
X (580- 629) Malattie dell'apparato genito-urinario	68	3,50%	69	3,60%
XI (630-677) Complicanze gravidanza parto e puerperio	0	0%	0	0,00%
XII (680-709) Malattie cute e sottocutaneo	28	1,44%	27	1,41%
XIII (710-739) Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	184	9,48%	180	9,39%

XIV (740-759) Malformazioni congenite	1	0,05%	7	0,37%
XV (760-779) Alcune condizioni morbose di origine perinatale	1	0,05%	3	0,16%
XVI (780-7999) Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	124	6,39%	112	5,84%
XVII (800-999) Traumatismi e avvelenamenti	341	17,57%	300	15,65%
CODICI E cause esterne dei traumatismi	1	0,05%	0	0,00%
(V01-V82) Altri fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	94	4,84%	118	6,16%
TOTALE RICOVERI	1.941		1.917	

Tabella 8b - RICOVERI PRESSO L'OSPEDALE DI SAN MARINO DISTINTI PER CAUSA (ICD-9) – POPOLAZIONE FEMMINILE - Anni 2001 e 2002

	Femmine			
	2001		2002	
	Num. ricoveri	%	N. Ricoveri	%
I (001-139) Malattie infettive	47	2,05%	45	1,94%
II (140-239) Tumori	214	9,31%	203	8,75%
III (240-279) Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche, e dist. immunit.	43	1,87%	34	1,47%
IV (280-289) Malattia del sangue e organi emopoietici	9	0,39%	9	0,39%
V (290-319) Disturbi psichici	55	2,39%	50	2,16%
VI (320-389) Malattie sistema nervoso	86	3,74%	75	3,23%
VII (390-459) Malattie sistema circolatorio	280	12,18%	277	11,94%
VIII (460-519) Malattie sistema respiratorio	148	6,44%	131	5,65%
IX (520-579) Malattie apparato digerente	147	6,40%	187	8,06%
X (580- 629) Malattie apparato genito-urinario	171	7,44%	165	7,11%
XI (630-677) Complicanze gravidanza parto e puerperio	448	19,50%	413	17,80%
XII (680-709) Malattie cute e sottocutaneo	25	1,09%	25	1,08%
XIII (710-739) Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	205	8,92%	233	10,04%
XIV (740-759) Malformazioni congenite	3	0,13%	6	0,26%
XV (760-779) Alcune condizioni morbose di origine perinatale	1	0,04%	1	0,04%
XVI (780-7999) Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	120	5,22%	115	4,96%
XVII (800-999) Traumatismi e avvelenamenti	212	9,23%	240	10,34%
CODICI E cause esterne dei traumatismi	0	0,00%	0	0,00%

(V01-V82) Altri fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	84	3,66%	111	4,78%
TOTALE RICOVERI	2.298		2.320	

Grafico 2 – Tassi di ospedalizzazione (x 1.000 ab.) distinti per causa e per sesso – anno 2002

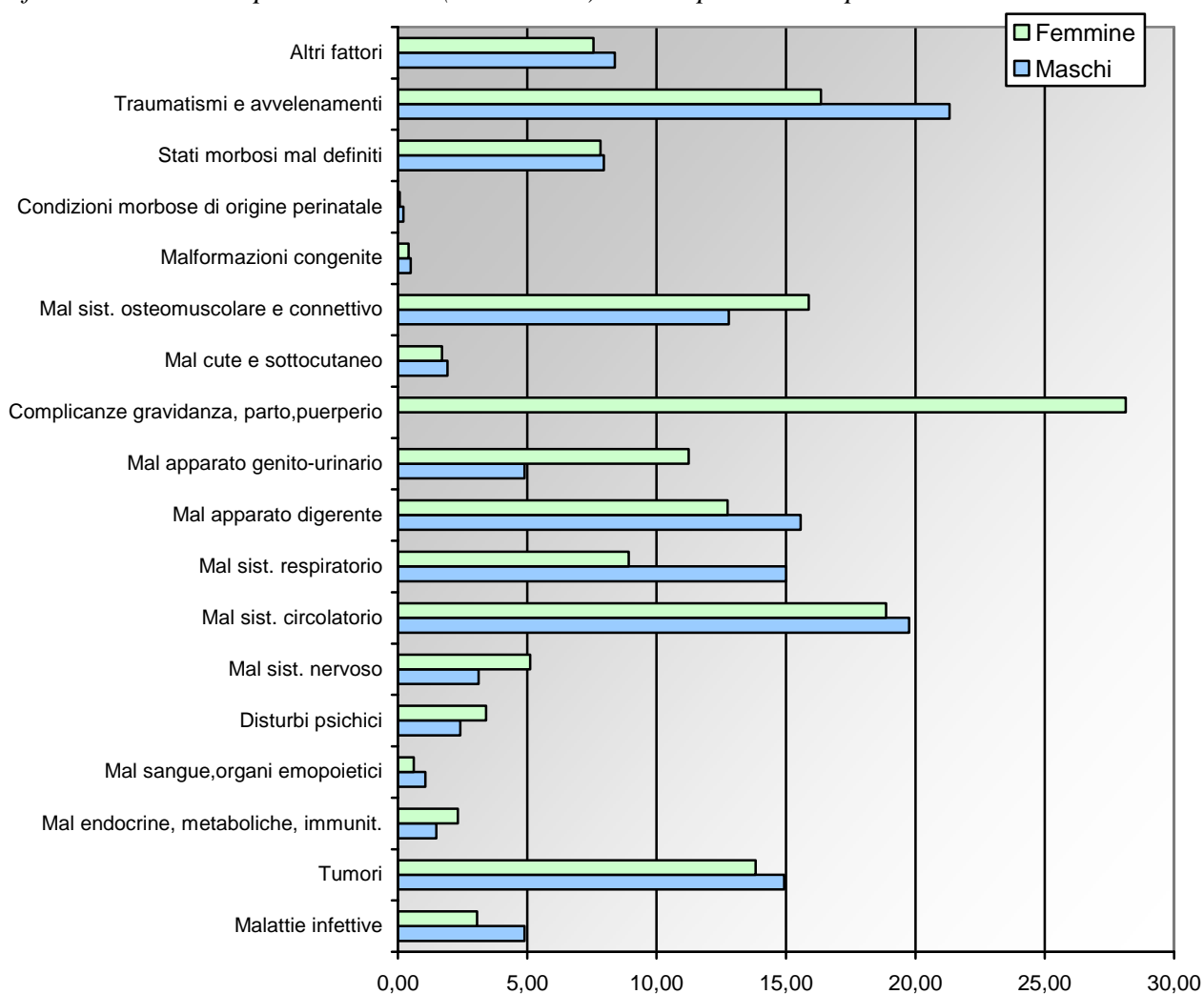


Tabella 9a - Principali cause di ricovero nel sesso maschile

Anno 2001

CAUSA DEL RICOVERO	% SUL TOTALE DEI RICOVERI	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE (x 1000 ABITANTI)
Traumatismi e avvelenamenti	17,57%	24,72
Malattie sistema circolatorio	17,00%	23,93
Malattie apparato digerente	11,23%	15,81
Malattie sistema respiratorio	10,10%	14,21
Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	9,48%	13,34
Tumori	9,07%	12,76

*Tabella 9b - Principali cause di ricovero nel sesso maschile***Anno 2002**

CAUSA DEL RICOVERO	% SUL TOTALE DEI RICOVERI	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE (x 1000 ABITANTI)
Traumatismi e avvelenamenti	15,65%	21,32
Malattie sistema circolatorio	14,50%	19,76
Malattie apparato digerente	11,42%	15,56
Malattie sistema respiratorio	11,01%	14,99
Tumori	10,95%	14,92
Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	9,39%	12,79

Bisogna evidenziare come, nel sesso maschile (*tabelle 9a e 9b e grafico 3a*), i ricoveri per traumatismi e avvelenamenti e per malattie al sistema circolatorio abbiano subito una diminuzione nel 2002 rispetto al 2001. Sono, invece, aumentati i ricoveri per malattie del sistema respiratorio, quelli per tumori e per malattie all'apparato digerente.

*Tabella 10a - Principali cause di ricovero nel sesso femminile***Anno 2001**

CAUSA DEL RICOVERO	% SUL TOTALE DEI RICOVERI	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE (x 1000 ABITANTI)
Complicanze gravidanza parto e puerperio	19,50%	31,17
Malattie sistema circolatorio	12,18%	19,48
Tumori	9,31%	14,89
Traumatismi e avvelenamenti	9,23%	14,74
Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	8,92%	14,26
Malattie apparato genito-urinario	7,44%	11,89

*Tabella 10b - Principali cause di ricovero nel sesso femminile***Anno 2002**

CAUSA DEL RICOVERO	% SUL TOTALE DEI RICOVERI	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE (x 1000 ABITANTI)
Complicanze gravidanza parto e puerperio	17,80%	28,13

Malattie sistema circolatorio	11,94%	18,87
Traumatismi e avvelenamenti	10,34%	16,35
Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	10,04%	15,87
Tumori	8,75%	13,83
Malattie apparato digerente	8,06%	12,74

Nel 2002, nel sesso femminile (*tabella 10a e 10b e grafico 3b*), è aumentato il numero dei ricoveri per traumatismi e avvelenamenti (10,34% nel 2002 contro il 9,23% del 2001) e per malattie del sistema osteomuscolare e connettivo (10,04% nel 2002 contro l'8,92% del 2001). Sono invece diminuiti i ricoveri per tumore .

Grafico 3a - Tassi di ospedalizzazione (x 1.000 ab) delle principali cause di ricovero per classi di età – sesso maschile (anno 2002)

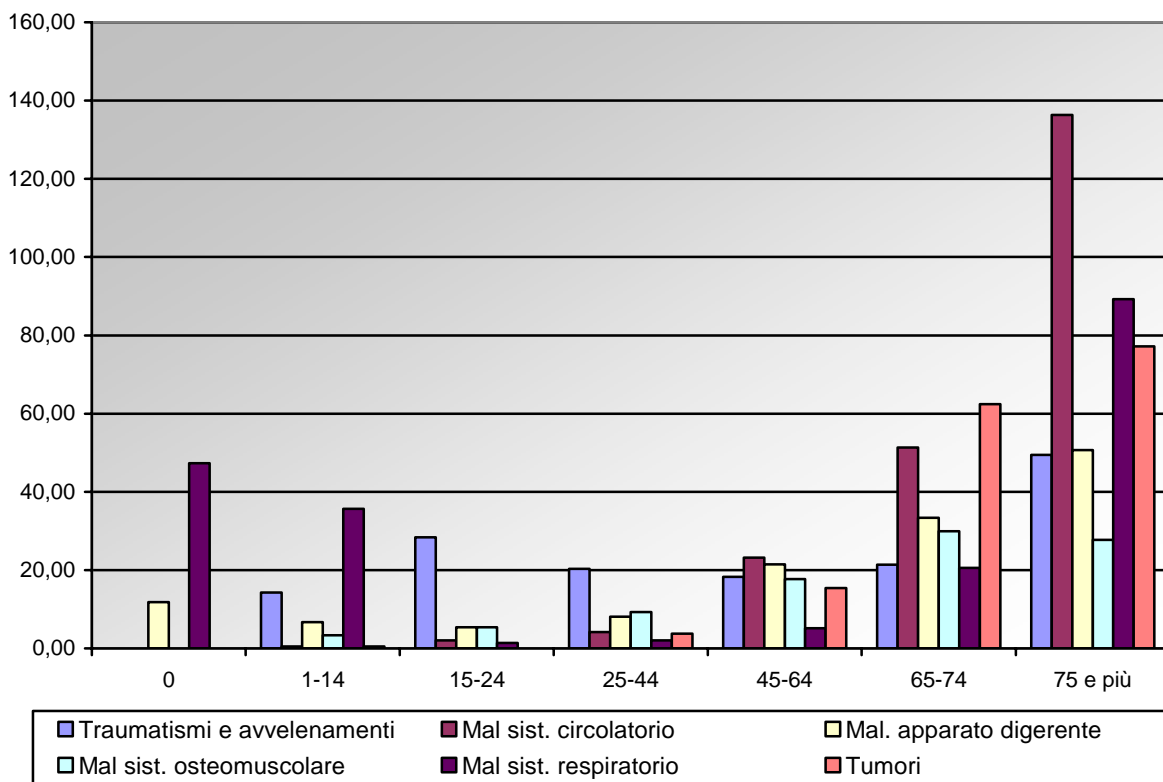
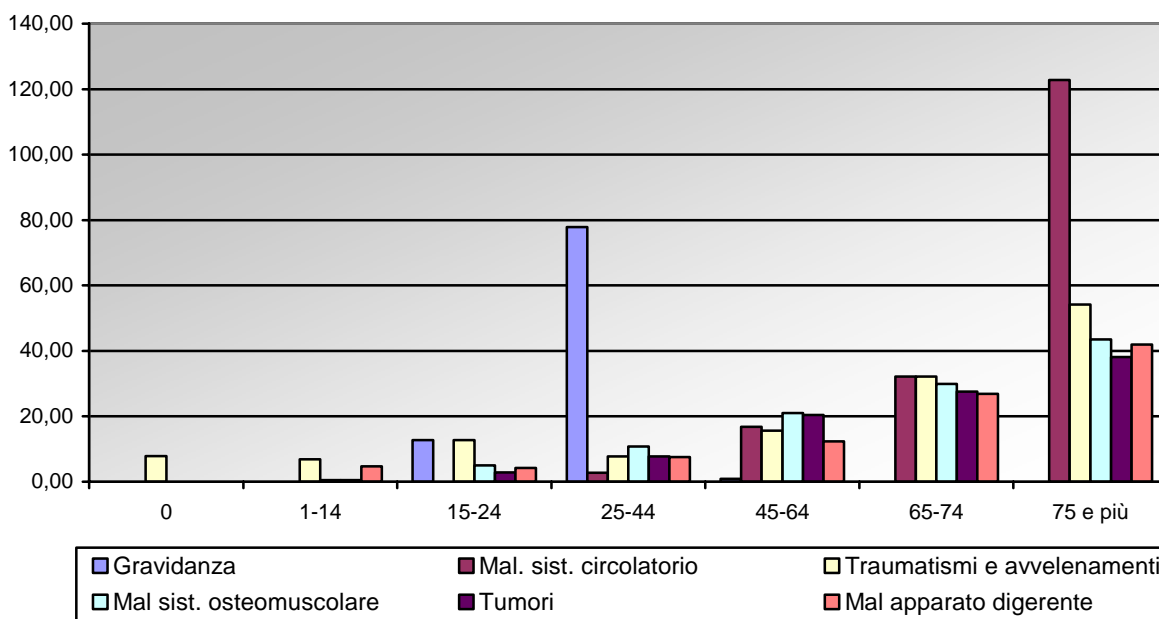


Grafico 3b - Tassi di ospedalizzazione (x 1.000 ab) delle principali cause di ricovero per classi di età – sesso femminile (anno 2002)



NEONATI

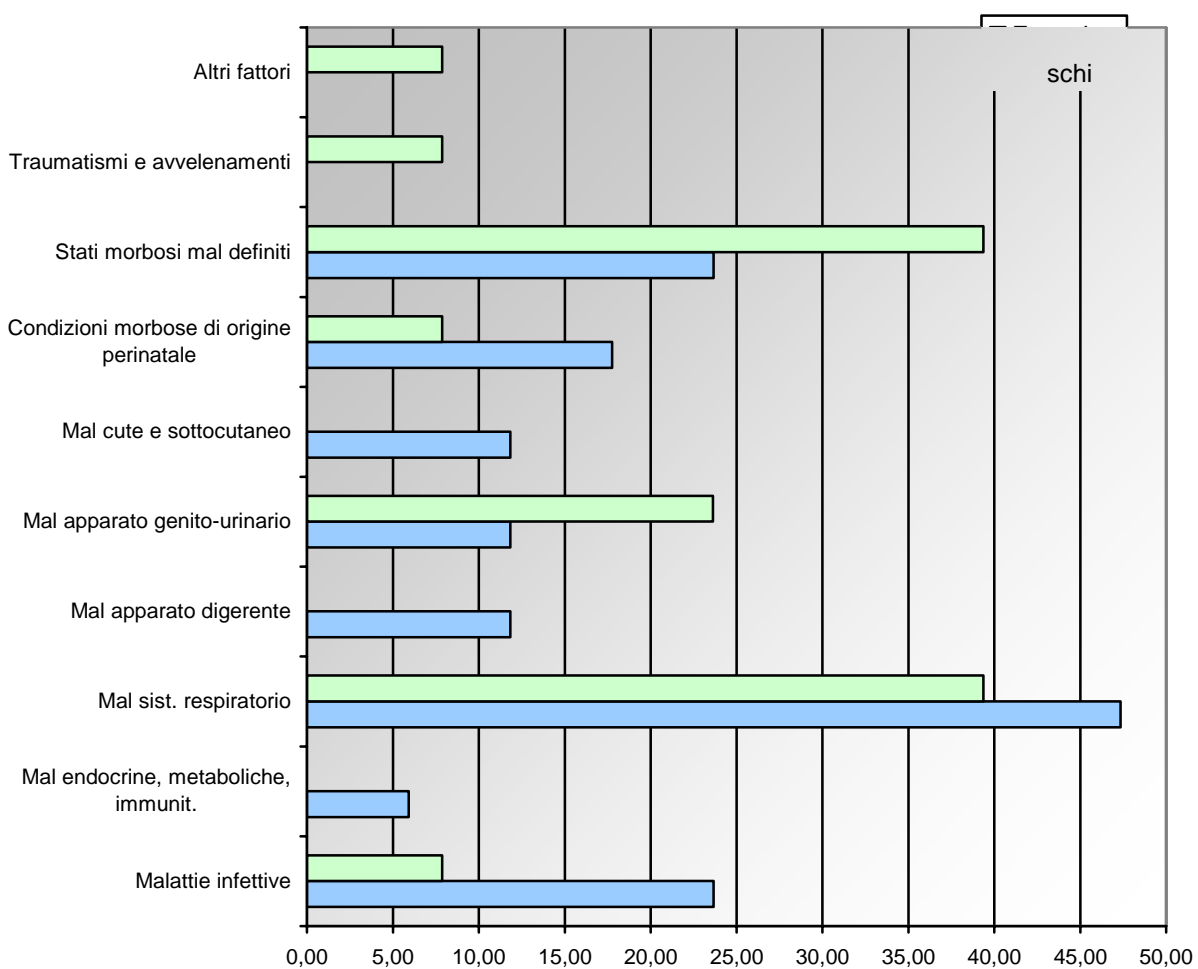
La principale causa di ricovero nei neonati è rappresentata, in entrambi i sessi, dalle malattie del sistema respiratorio. Da notare, inoltre, come in entrambi i sessi molti ricoveri siano determinati da sintomi, segni, stati morbosi mal definiti (tabella 11a e grafico 4).

Tabella 11a - Tassi di ospedalizzazione per causa (x 1.000) – NEONATI (anno 2002)

	Maschi		Femmine	
	N.	Tasso di ospedalizzazione	N.	Tasso di ospedalizzazione
Malattie infettive	4	23,67	1	7,87
Tumori	0	0,00	0	0,00
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	1	5,92	0	0,00
Malattie del sangue e organi emopoietici	0	0,00	0	0,00
Disturbi psichici	0	0,00	0	0,00
Malattie sistema nervoso	0	0,00	0	0,00
Malattie sistema circolatorio	0	0,00	0	0,00
Malattie sistema respiratorio	8	47,34	5	39,37
Malattie apparato digerente	2	11,83	0	0,00
Malattie apparato genito-urinario	2	11,83	3	23,62
Complicanze gravidanza, parto, e puerperio	-	-	0	0,00
Malattie della cute e sottocutanea	2	11,83	0	0,00
Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	0	0,00	0	0,00
Malformazioni congenite	0	0,00	0	0,00
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	3	17,75	1	7,87
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	4	23,67	5	39,37
Traumatismi e avvelenamenti	0	0,00	1	7,87

Cause esterne dei traumatismi	0	0,00	0	0,00
Altri fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso a servizi sanitari	0	0,00	1	7,87
Totale	26	153,85	17	133,86

Grafico 4 - Tassi di ospedalizzazione per causa (x 1.000) – NEONATI (anno 2002)



FASCIA DI ETA' 1 – 14 ANNI

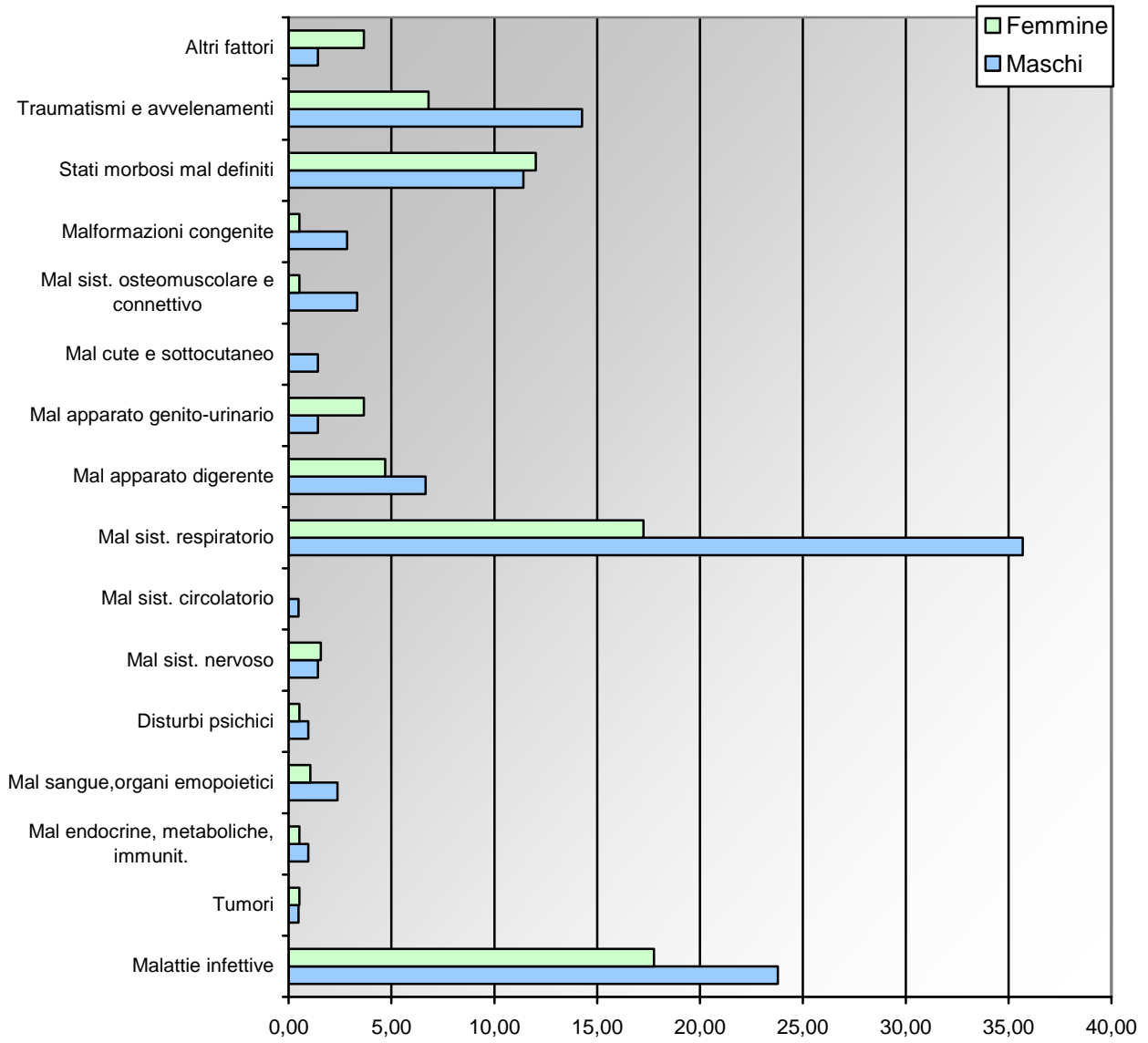
In analogia a quanto avviene nei neonati, la principale causa di ricovero in entrambi i sessi è rappresentata dalle malattie del sistema respiratorio (tasso di ospedalizzazione: 17,77 x 1.000 nelle femmine, 35,68 x 1.000 nei maschi). Seguono poi in entrambi i sessi i ricoveri per malattie infettive (tabella 11b e grafico 5).

Tabella 11b - Tasso di ospedalizzazione per causa (x 1.000) – FASCIA DI ETA' 1-14 ANNI (anno 2002)

	Maschi		Femmine	
	N.	Tasso di ospedalizzazione	N.	Tasso di ospedalizzazione
Malattie infettive	50	23,79	34	17,77
Tumori	1	0,48	1	0,52
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	2	0,95	1	0,52
Malattie del sangue e organi emopoietici	5	2,38	2	1,05
Disturbi psichici	2	0,95	1	0,52
Malattie sistema nervoso	3	1,43	3	1,57
Malattie sistema circolatorio	1	0,48	0	0,00
Malattie sistema respiratorio	75	35,68	33	17,25
Malattie apparato digerente	14	6,66	9	4,70
Malattie apparato genito-urinario	3	1,43	7	3,66
Complicanze gravidanza, parto, e puerperio	-	-	0	0,00
Malattie della cute e sottocutanee	3	1,43	0	0,00
Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	7	3,33	1	0,52
Malformazioni congenite	6	2,85	1	0,52
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	0	0,00	0	0,00
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	24	11,42	23	12,02
Traumatismi e avvelenamenti	30	14,27	13	6,80
Cause esterne dei traumatismi	0	0,00	0	0,00
Altri fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso a servizi sanitari	3	1,43	7	3,66
Totale	229	108,94	136	71,09

In analogia a quanto avviene nei neonati, la principale causa di ricovero in entrambi i sessi è rappresentata dalle malattie del sistema respiratorio (tasso di ospedalizzazione: 17,77 x 1.000 nelle femmine, 35,68 x 1.000 nei maschi). Seguono poi in entrambi i sessi i ricoveri per malattie infettive (tabella 11b e grafico 5).

Grafico 5 - Tasso di ospedalizzazione per causa (x 1.000) – FASCIA DI ETA' 1-14 ANNI (anno 2002)



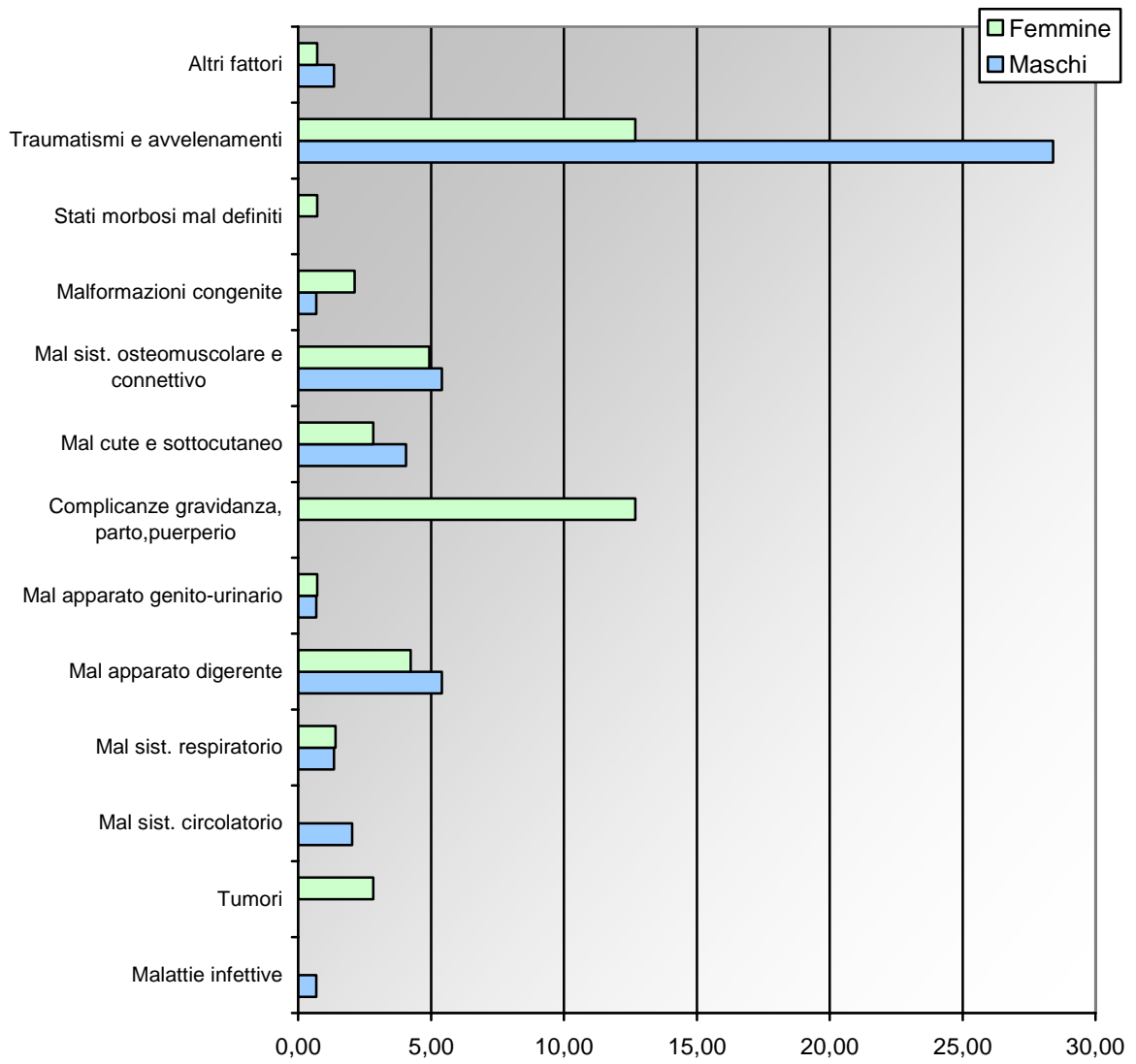
FASCIA DI ETA' 15 – 24 ANNI

Nella fascia di età tra i 15 e i 24 anni si registra complessivamente il tasso di ospedalizzazione più basso in entrambi i sessi (45,84 x 1.000 nelle femmine, 50,03 x 1.000 nei maschi). Nelle femmine le principali cause di ricovero sono rappresentate dalle complicanze durante la gravidanza, parto e puerperio e dai traumatismi e avvelenamenti. I traumatismi e avvelenamenti costituiscono anche la causa prevalente di ricovero nel sesso maschile (*tabella 11c e grafico 6*).

Tabella 11c - Tasso di ospedalizzazione (x 1.000) per causa – FASCIA DI ETA' 15-24 ANNI (anno 2002)

	Maschi		Femmine	
	N.	Tasso di ospedalizzazione	N.	Tasso di ospedalizzazione
Malattie infettive	1	0,68	0	0,00
Tumori	0	0,00	4	2,82
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	0	0,00	0	0,00
Malattie del sangue e organi emopoietici	0	0,00	0	0,00
Disturbi psichici	0	0,00	0	0,00
Malattie sistema nervoso	0	0,00	0	0,00
Malattie sistema circolatorio	3	2,03	0	0,00
Malattie sistema respiratorio	2	1,35	2	1,41
Malattie apparato digerente	8	5,41	6	4,23
Malattie apparato genito-urinario	1	0,68	1	0,71
Complicanze gravidanza, parto, e puerperio	-	-	18	12,69
Malattie della cute e sottocutanee	6	4,06	4	2,82
Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	8	5,41	7	4,94
Malformazioni congenite	1	0,68	3	2,12
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	0	0,00	0	0,00
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	0	0,00	1	0,71
Traumatismi e avvelenamenti	42	28,40	18	12,69
Cause esterne dei traumatismi	0	0,00	0	0,00
Altri fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso a servizi sanitari	2	1,35	1	0,71
Totale	74	50,03	65	45,84

Grafico 6 - Tasso di ospedalizzazione per causa (x 1.000) – FASCIA DI ETA' 15-24 ANNI (anno 2002)



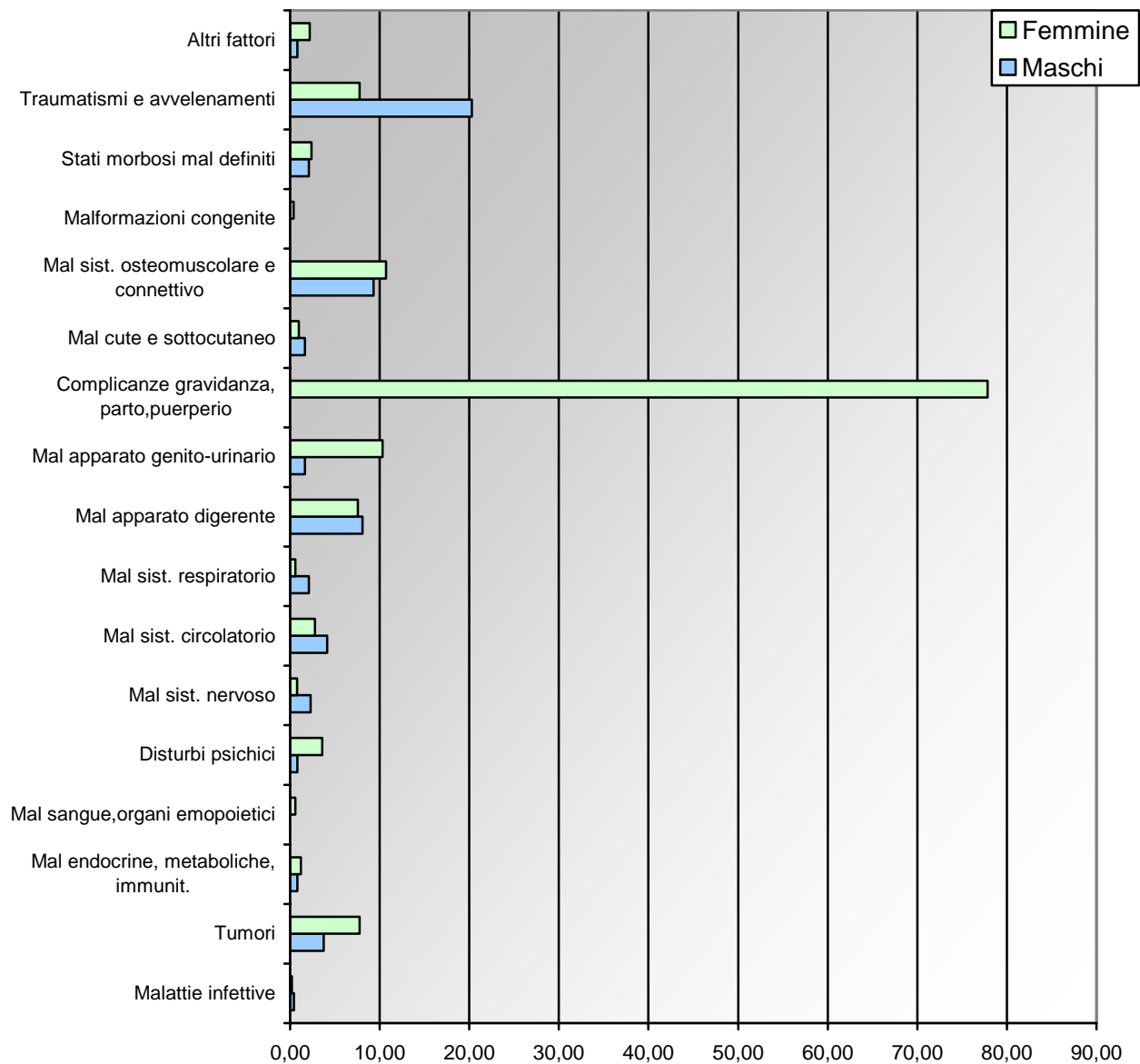
FASCIA DI ETA' 25 – 44 ANNI

Il tasso di ospedalizzazione complessivo nel sesso femminile subisce un aumento evidente (137,64 x 1.000) in forza dell'elevato numero di ricoveri dovuti al parto. Infatti, le complicanze durante la gravidanza, il parto e puerperio costituiscono la causa principale di ricovero nel sesso femminile, mentre la ragione principale di ricovero nei maschi è rappresentata dai traumatismi e dagli avvelenamenti (*tabella 11d e grafico 7*).

Tabella 11d - Tasso di ospedalizzazione (x 1.000) per causa – FASCIA DI ETA' 25-44 ANNI (anno 2002)

	Maschi		Femmine	
	N.	Tasso di ospedalizzazione	N.	Tasso di ospedalizzazione
Malattie infettive	2	0,41	1	0,20
Tumori	18	3,73	39	7,75
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	4	0,83	6	1,19
Malattie del sangue e organi emopoietici	0	0,00	3	0,60
Disturbi psichici	4	0,83	18	3,57
Malattie sistema nervoso	11	2,28	4	0,79
Malattie sistema circolatorio	20	4,14	14	2,78
Malattie sistema respiratorio	10	2,07	3	0,60
Malattie apparato digerente	39	8,08	38	7,55
Malattie apparato genito-urinario	8	1,66	52	10,33
Complicanze gravidanza, parto, e puerperio	-	-	392	77,86
Malattie della cute e sottocutanee	8	1,66	5	0,99
Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	45	9,32	54	10,72
Malformazioni congenite	0	0,00	2	0,40
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	0	0,00	0	0,00
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	10	2,07	12	2,38
Traumatismi e avvelenamenti	98	20,30	39	7,75
Cause esterne dei traumatismi	0	0,00	0	0,00
Altri fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso a servizi sanitari	4	0,83	11	2,18
Totale	281	58,20	693	137,64

Grafico 7 - Tasso di ospedalizzazione per causa (x 1.000) – FASCIA DI ETA' 25-44 ANNI (anno 2002)



FASCIA DI ETA' 45 – 64 ANNI

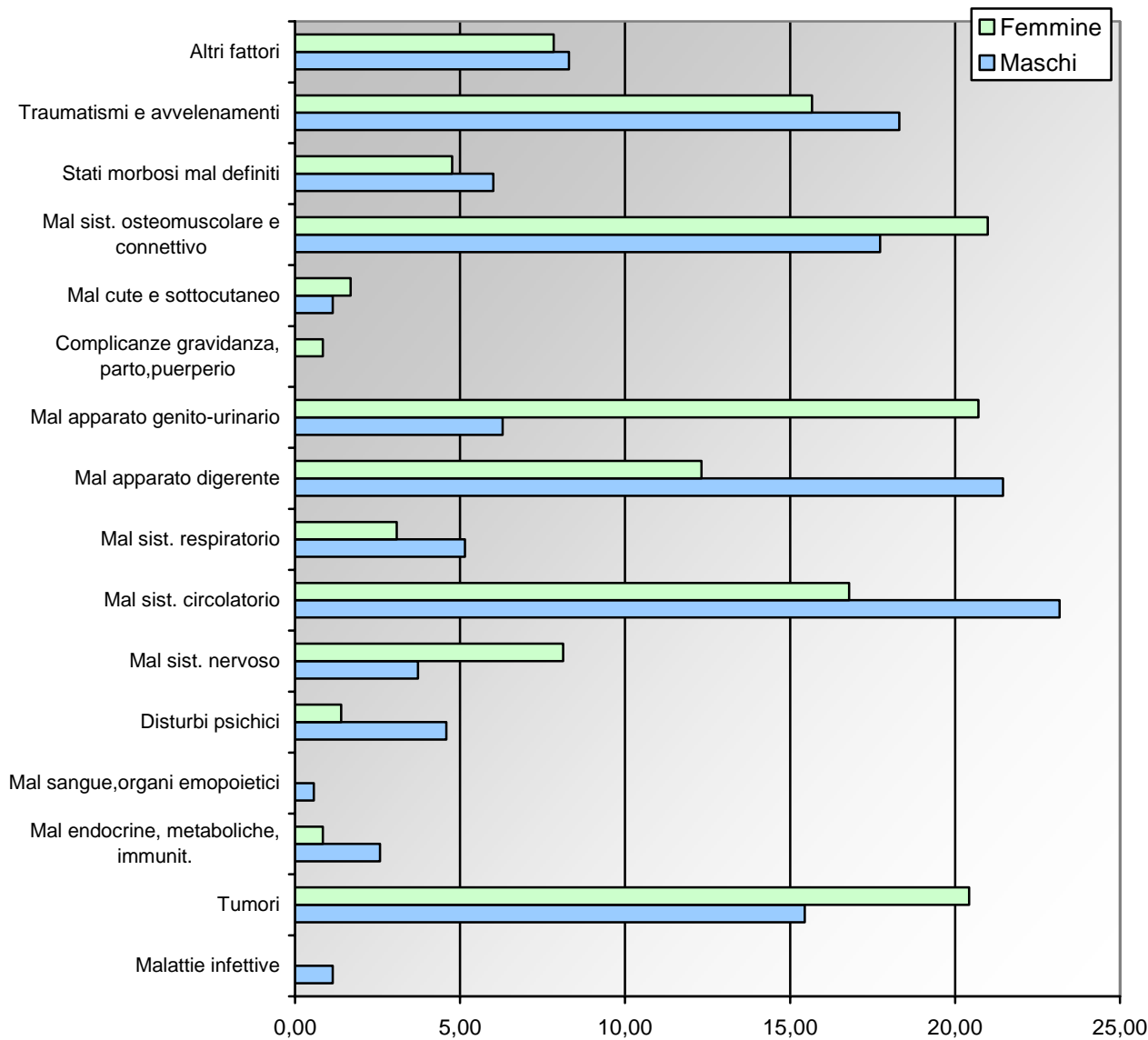
Il tasso di ospedalizzazione nel 2002 è simile per il sesso maschile e per il sesso femminile, attestandosi rispettivamente al 135,58 e 135,46.

Tabella 11e - Tasso di ospedalizzazione per causa (x 1.000 ab) – FASCIA DI ETA' 45-64 ANNI (2002)

	Maschi		Femmine	
	N.	Tasso di ospedalizzazione	N.	Tasso di ospedalizzazione
Malattie infettive	4	1,14	0	0,00
Tumori	54	15,45	73	20,43
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	9	2,57	3	0,84
Malattie del sangue e organi emopoietici	2	0,57	0	0,00
Disturbi psichici	16	4,58	5	1,40
Malattie sistema nervoso	13	3,72	29	8,12
Malattie sistema circolatorio	81	23,17	60	16,79
Malattie sistema respiratorio	18	5,15	11	3,08
Malattie apparato digerente	75	21,45	44	12,31
Malattie apparato genito-urinario	22	6,29	74	20,71
Complicanze gravidanza, parto, e puerperio	-	-	3	0,84
Malattie della cute e sottocutanee	4	1,14	6	1,68
Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	62	17,73	75	20,99
Malformazioni congenite	0	0,00	0	0,00
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	0	0,00	0	0,00
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	21	6,01	17	4,76
Traumatismi e avvelenamenti	64	18,31	56	15,67
Cause esterne dei traumatismi	0	0,00	0	0,00
Altri fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso a servizi sanitari	29	8,30	28	7,84
Totale	474	135,58	484	135,46

Le cause di ricovero più comuni nel sesso femminile sono rappresentate dalle malattie del sistema osteomuscolare e connettivo, dalle malattie dell'apparato genito-urinario e dai tumori. Nel sesso maschile, invece, sono costituite dalle malattie del sistema circolatorio e dalle malattie dell'apparato digerente (tabella 11e e grafico 8).

Grafico 8 - Tasso di ospedalizzazione per causa (x 1.000) – FASCIA DI ETA' 45-64 ANNI (anno 2002)



FASCIA DI ETÀ 65 – 74 ANNI

In entrambi i sessi, e soprattutto nel sesso maschile, vi è un incremento notevole del tasso di ospedalizzazione complessivo rispetto alle fasce di età precedenti.

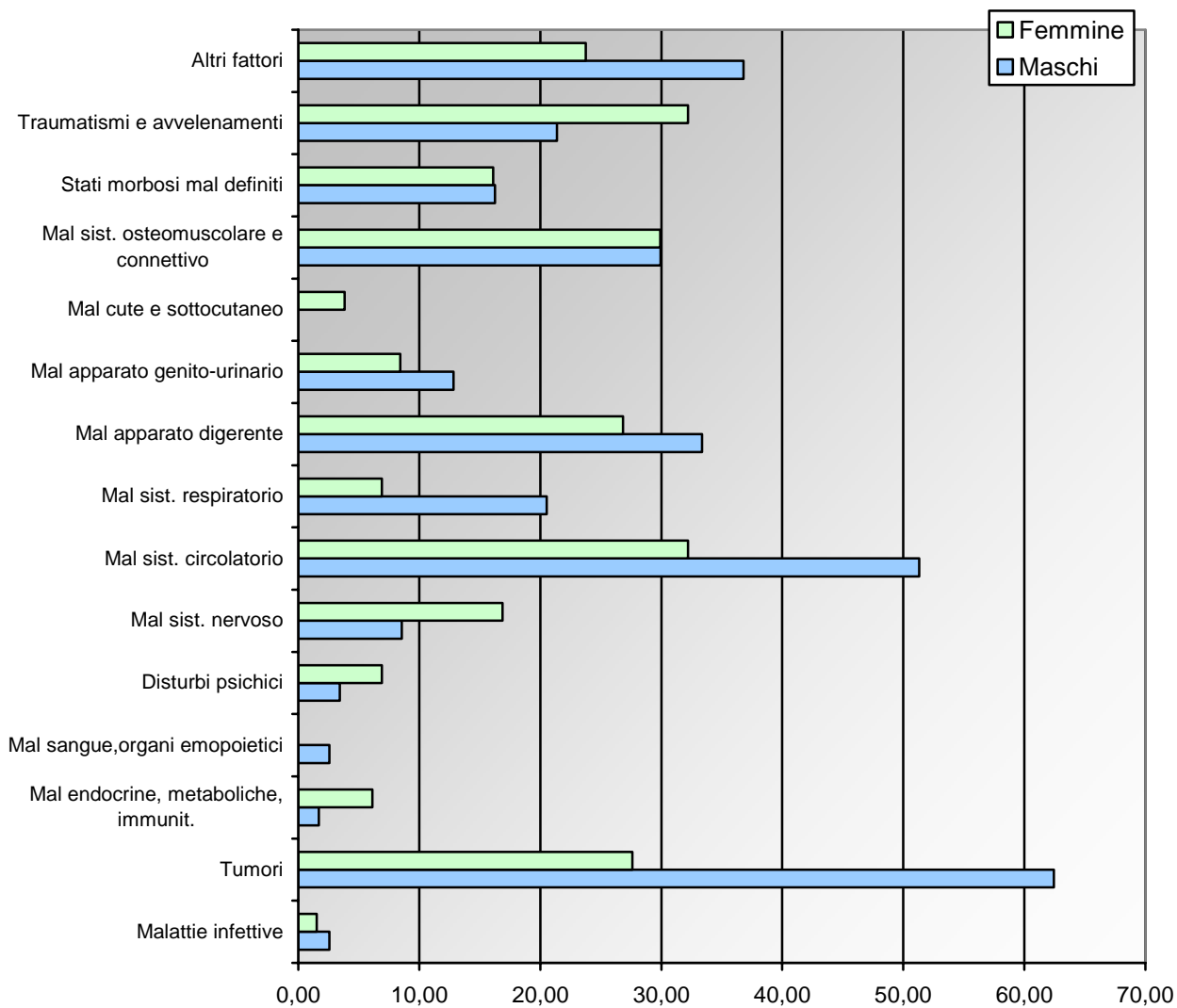
Tabella 11f - Tasso di ospedalizzazione per causa (x 1.000) – FASCIA DI ETA' 65-74 ANNI (anno 2002)

	Maschi		Femmine	
	N.	Tasso di ospedalizzazione	N.	Tasso di ospedalizzazione
Malattie infettive	3	2,57	2	1,53
Tumori	73	62,45	36	27,61
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	2	1,71	8	6,13
Malattie del sangue e organi emopoietici	3	2,57	0	0,00
Disturbi psichici	4	3,42	9	6,90
Malattie sistema nervoso	10	8,55	22	16,87
Malattie sistema circolatorio	60	51,33	42	32,21
Malattie sistema respiratorio	24	20,53	9	6,90
Malattie apparato digerente	39	33,36	35	26,84
Malattie apparato genito-urinario	15	12,83	11	8,44
Complicanze gravidanza, parto, e puerperio	-	-	0	0,00
Malattie della cute e sottocutanee	0	0,00	5	3,83
Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	35	29,94	39	29,91
Malformazioni congenite	0	0,00	0	0,00
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	0	0,00	0	0,00
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	19	16,25	21	16,10
Traumatismi e avvelenamenti	25	21,39	42	32,21
Cause esterne dei traumatismi	0	0,00	0	0,00
Altri fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso a servizi sanitari	43	36,78	31	23,77
Totale	355	303,68	312	239,26

Nel sesso maschile, il maggior numero di ricoveri è attribuibile ai tumori, la seconda causa di ricovero è attribuibile alle malattie del sistema circolatorio.

Nel sesso femminile le principali cause di ricovero sono rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio e dai traumatismi e avvelenamenti seguiti dalle malattie del sistema osteomuscolare e connettivo e dai tumori (tabella 11f e grafico 9).

Grafico 9 - Tasso di ospedalizzazione per causa (x 1.000) – FASCIA DI ETA' 65-74 ANNI (anno 2002)



75 ANNI E PIU'

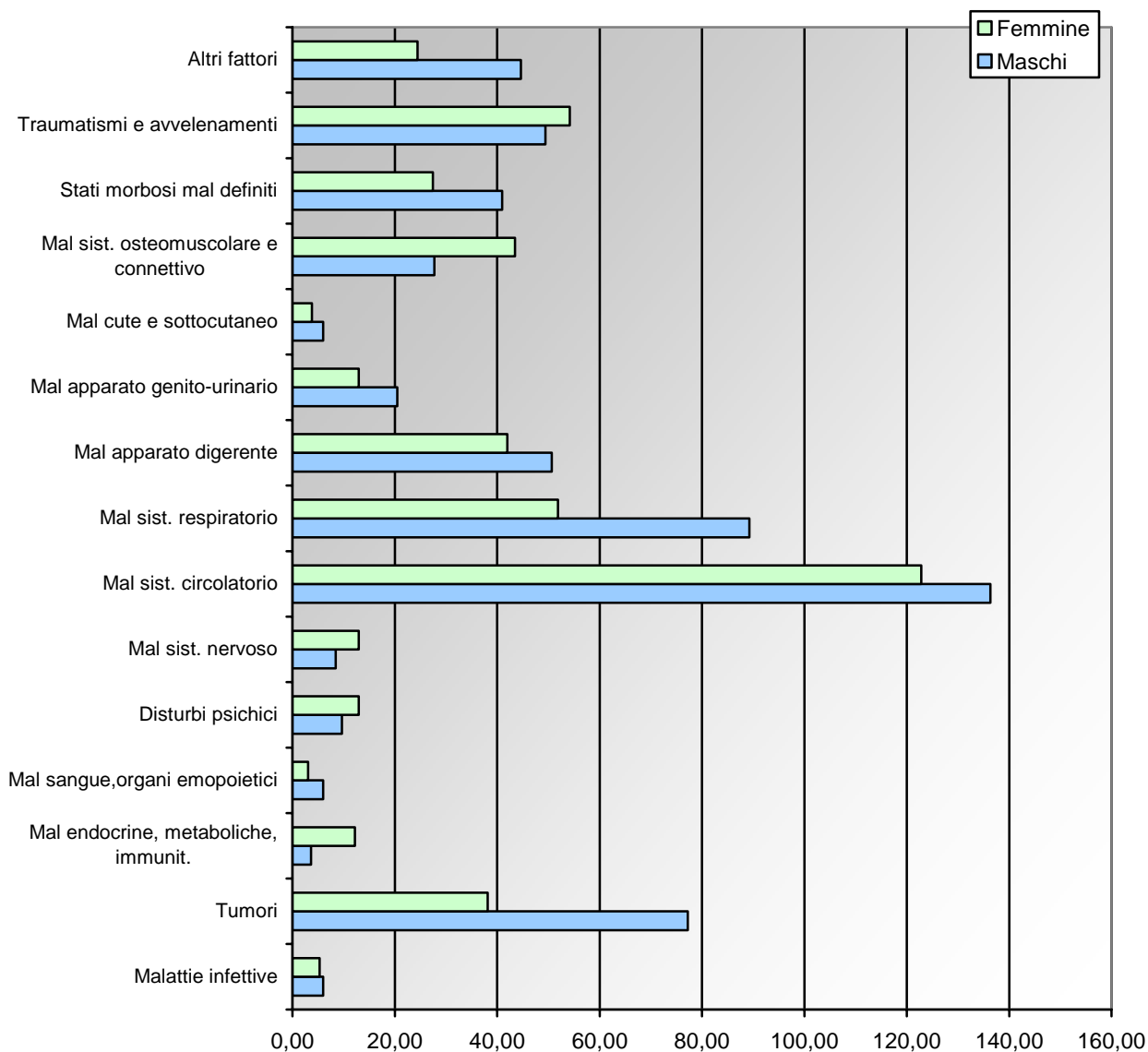
In questa fascia di età si rileva il tasso di ospedalizzazione complessivo più elevato per entrambi i sessi (467,58 x 1.000 nel sesso femminile, 576,60 x 1.000 nel sesso

maschile). In entrambi i sessi la causa prevalente di ricovero è rappresentata dalle malattie del sistema circolatorio (tabella 11g e grafico 10).

Tabella 11g - Tasso di ospedalizzazione (x 1.000) per causa – FASCIA DI ETA' 75 ANNI E PIU' (anno 2002)

	Maschi		Femmine	
	N.	Tasso di ospedalizzazione	N.	Tasso di ospedalizzazione
Malattie infettive	5	6,03	7	5,34
Tumori	64	77,20	50	38,14
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	3	3,62	16	12,20
Malattie del sangue e organi emopoietici	5	6,03	4	3,05
Disturbi psichici	8	9,65	17	12,97
Malattie sistema nervoso	7	8,44	17	12,97
Malattie sistema circolatorio	113	136,31	161	122,81
Malattie sistema respiratorio	74	89,26	68	51,87
Malattie apparato digerente	42	50,66	55	41,95
Malattie apparato genito-urinario	17	20,51	17	12,97
Complicanze gravidanza, parto, e puerperio	-	-	0	0,00
Malattie della cute e sottocutanee	5	6,03	5	3,81
Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	23	27,74	57	43,48
Malformazioni congenite	0	0,00	0	0,00
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	0	0,00	0	0,00
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	34	41,01	36	27,46
Traumatismi e avvelenamenti	41	49,46	71	54,16
Cause esterne dei traumatismi	0	0,00	0	0,00
Altri fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso a servizi sanitari	37	44,63	32	24,41
Totale	478	576,60	613	467,58

Grafico 10 - Tasso di ospedalizzazione per causa (x 1.000) – FASCIA DI ETA' 75 ANNI E PIU' (2002)



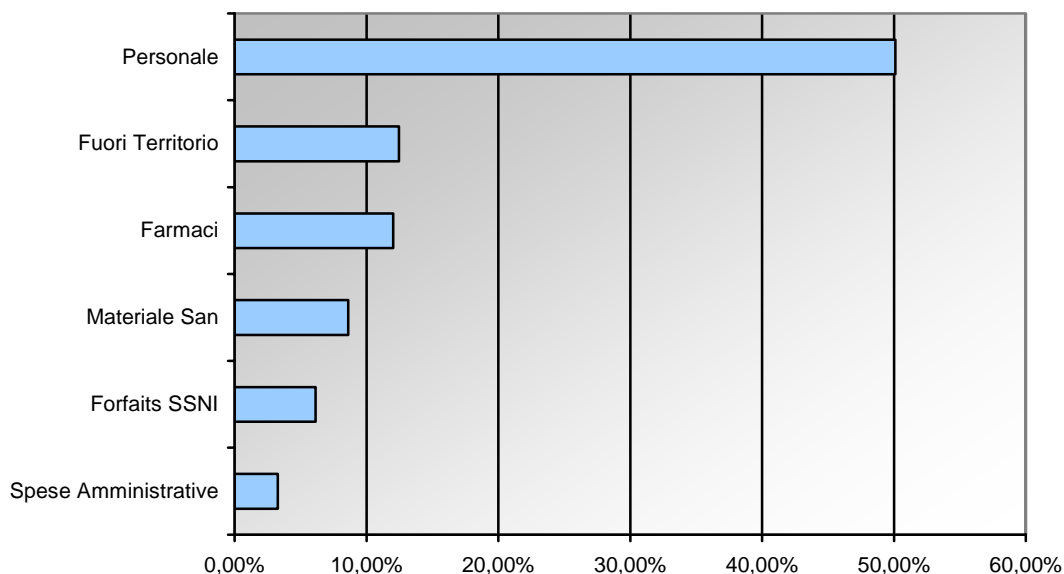
I farmaci

A San Marino la spesa per i farmaci costituisce il 12% del totale della spesa per l'assistenza sanitaria (*tabella 12 e grafico 11*).

Tabella 12 - Composizione della spesa per l'assistenza sanitaria (anno 2004)

Descrizione	Costi	%
Personale	€ 28.904.988,06	50,11%
Fuori Territorio	€ 7.191.901,98	12,47%
Farmaci	€ 6.935.928,35	12,02%
Materiale San	€ 4.978.844,24	8,63%
Forfaits SSNI	€ 3.550.000,00	6,15%
Spese Amministrative	€ 1.887.898,66	3,27%
Servizi e Consulenze	€ 875.457,74	1,52%
Acquisto beni e piccola attrezzatura	€ 767.397,45	1,33%
Affitti e Noli Passivi	€ 723.519,28	1,25%
Ammortamenti	€ 581.766,37	1,01%
Manutenzioni	€ 573.731,52	0,99%
Spese Diverse	€ 456.139,25	0,79%
Associazioni Esterne	€ 121.263,15	0,21%
Utenze	€ 100.194,88	0,17%
Trasferimenti	€ 21.633,45	0,04%
Accantonamenti	€ 15.504,72	0,03%
Rimborsi	€ 84,00	0,00%
Totale	€ 57.686.253,10	

Grafico 11 – Principali voci di spesa per l'assistenza sanitaria



La tabella 13 e il grafico 12 mostrano la suddivisione per Gruppi Anatomici Principali della spesa per farmaci riferita agli anni 2003 e del 2004²⁷.

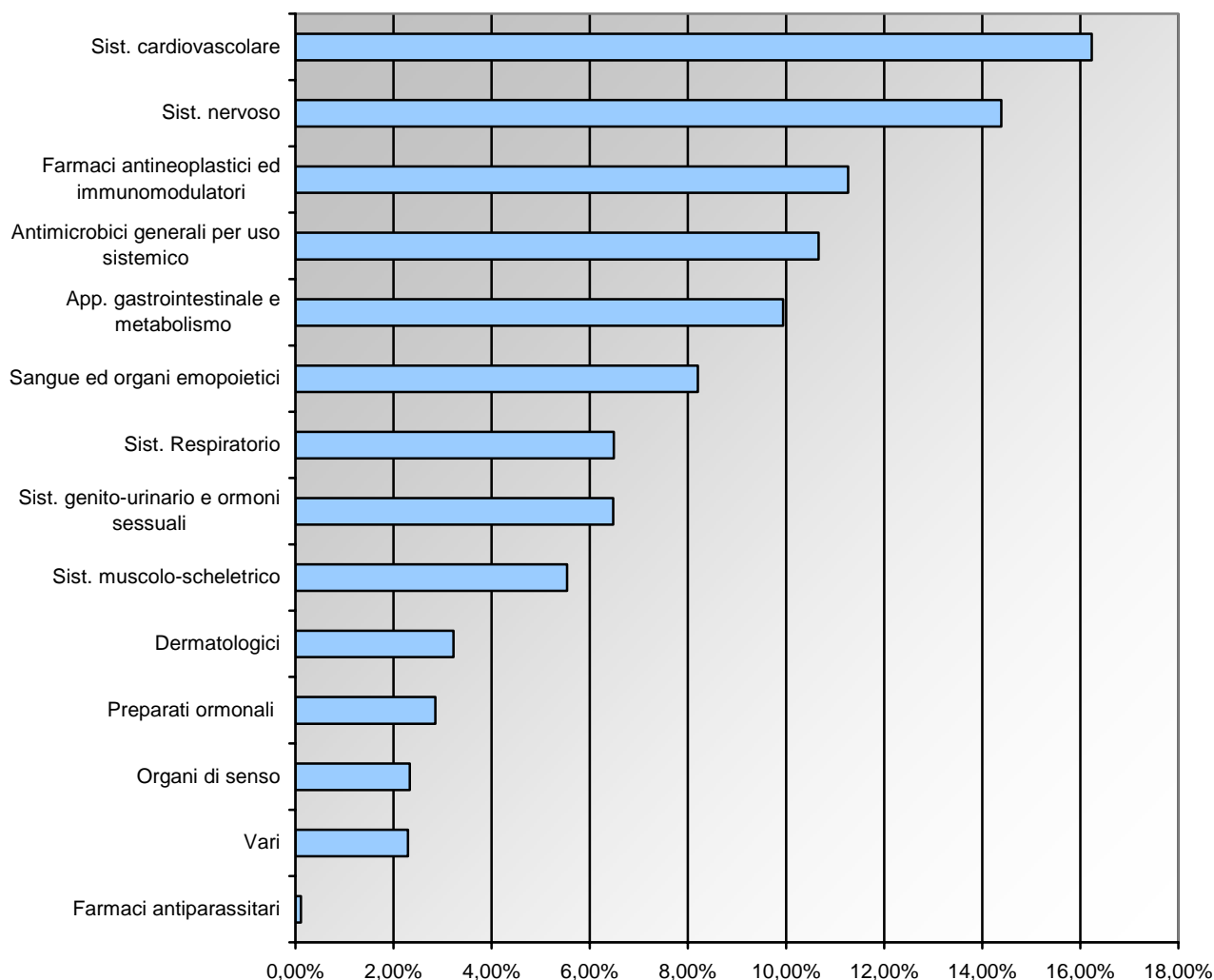
Tabella 13 - Spesa per farmaci suddivisa per Gruppi Anatomici Principali

GRUPPI ANATOMICI PRINCIPALI livello della classificazione ATC)	(primo	2003		2004	
		Importo (in euro)	%	Importo (in euro)	%

²⁷ Si tratta della Classificazione Anatomica Clinica (ATC), un metodo internazionale di classificazione dei farmaci, raccomandato dall'OMS per le statistiche sul consumo.

A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	757.519	11,73%	606.316	9,94%
B	Sangue ed organi emopoietici	494.876	7,66%	499.754	8,20%
C	Sistema cardiovascolare	926.631	14,35%	989.657	16,23%
D	Dermatologici	204.806	3,17%	196.215	3,22%
G	Sistema genito-urinario ed ormoni sessuali	435.961	6,75%	394.861	6,48%
H	Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	173.491	2,69%	173.740	2,85%
J	Antimicrobici generali per uso sistemico	720.941	11,17%	649.926	10,66%
L	Farmaci antineoplastici ed immunomodulatori	776.037	12,02%	687.424	11,27%
M	Sistema muscolo-scheletrico	412.124	6,38%	337.803	5,54%
N	Sistema nervoso	873.524	13,53%	877.550	14,39%
P	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	4.868	0,08%	6.589	0,11%
R	Sistema respiratorio	408.856	6,33%	395.702	6,49%
S	Organi di senso	135.972	2,11%	142.337	2,33%
V	Vari	131.411	2,04%	139.506	2,29%
Z	Ossigeno	-	-	-	-

Grafico 12 - Spesa per farmaci suddivisa per Gruppi Anatomici Principali (2004)



La quota maggiore di spesa è attribuibile ai farmaci per il sistema cardiovascolare (14,35% sul totale della spesa nel 2003, 16,23 nel 2004), seguita dai farmaci per il sistema nervoso (13,53% nel 2003, 14,39% nel 2004), dai farmaci antineoplastici e immunomodulatori (12,02% nel 2003, 11,27% nel 2004) e da quelli dell'apparato gastrointestinale e metabolismo (11,73 nel 2003, 9,94 nel 2004).

Nel 2004, la spesa per farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo, per il sistema muscolo scheletrico e per i farmaci antineoplastici e immunomodulatori ha subito una evidente flessione rispetto al 2003.

Tabella 14 - Variazione della spesa per farmaci distintamente per gruppo ATC

GRUPPI ANATOMICI PRICIPALI

Var. % della spesa
nel 2004 rispetto al 2003

A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	-19,96
B	Sangue ed organi emopoietici	0,99
C	Sistema cardiovascolare	6,80
D	Dermatologici	-4,19
G	Sistema genito-urinario ed ormoni sessuali	-9,43
H	Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	0,14
J	Antimicrobici generali per uso sistemico	-9,85
L	Farmaci antineoplastici ed immunomodulatori	-11,42
M	Sistema muscolo-scheletrico	-18,03
N	Sistema nervoso	0,46
P	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	35,36
R	Sistema respiratorio	-3,22
S	Organi di senso	4,68
V	Vari	6,16
Z	Ossigeno	-

AIDS²⁸

Nel quinquennio 1999-2003 si sono verificati complessivamente tre decessi per AIDS, tutti nel sesso maschile. Il tasso grezzo di mortalità attribuibile a questa causa è pari al 4,4 x 100.000 abitanti nel sesso maschile. E' importante, comunque, chiarire ed evidenziare che al contrario di quanto avviene in Italia, a San Marino è stato istituito l'obbligo di notifica sia per sieropositivi sia per pazienti affetti da AIDS e tale notifica è anonima e opportunamente criptata. Nonostante la garanzia dell'anonimato, la limitatezza del bacino determina una certa reticenza ed è probabile che i casi di AIDS siano sottostimati.

Pensioni per invalidità

A giugno 2005, il numero di soggetti residenti nella Repubblica di San Marino che percepiscono la pensione di invalidità e/o l'assegno di accompagnamento sono 1.753. Il maggior numero di pensioni vengono erogate per invalidità ordinaria (*tabella 15a*).

Tabella 15a - Pensioni erogate per natura della prestazione (2 giugno 2005)

²⁸ **FONTI DATI:** Relazione sullo stato di salute della popolazione di San Marino (anno 2003) – Direzione sanitaria

	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Invalidità ordinaria	486	73,52	650	51,22	1.136	58,86
Invalidità casalinghe	0	0,00	30	2,36	30	1,55
Assegno Accompagnamento	113	17,10	327	25,77	440	22,80
Invalide civile	22	3,33	50	3,94	72	3,73
Invalidità sociale	40	6,05	212	16,71	252	13,06
Totale	661		1.269		1.930	

Il numero di soggetti che percepiscono una pensione e/o un assegno di accompagnamento per malattia professionale o per infortunio sul lavoro sono pari a 488, con una prevalenza delle prestazioni erogate per malattie professionali (*tabella 15b*)

Tabella 15b - Pensioni erogate per malattia professionale o infortunio sul lavoro (2 giugno 2005)

	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	Incidenza %	N.	Incidenza %	N.	Incidenza %
Priv. Malattia Professionale	274	62,84	39	69,64	313	63,62
Priv. Infortunio sul lavoro	162	37,16	17	30,36	179	36,38
Totale	436		56		492	

*Infortuni sul luogo di lavoro*²⁹

Il contesto locale

Il sistema produttivo sammarinese, in analogia con il contesto economico esistente nelle regioni limitrofe, è caratterizzato dalla presenza di un elevato numero di imprese attive dalla dimensione media estremamente ridotta. In particolare, alla fine del 2003, erano presenti 4.816 imprese e il numero complessivo di addetti ammontava a 15.313. A giugno 2004 il totale delle imprese attive risulta pari a 4.986

²⁹ FONTE DATI:

- Relazione economico-statistica 2005 - Ufficio di Programmazione Economica e Centro Elaborazione Dati e Statistica
- Relazione servizio *Igiene Ambientale* 2004

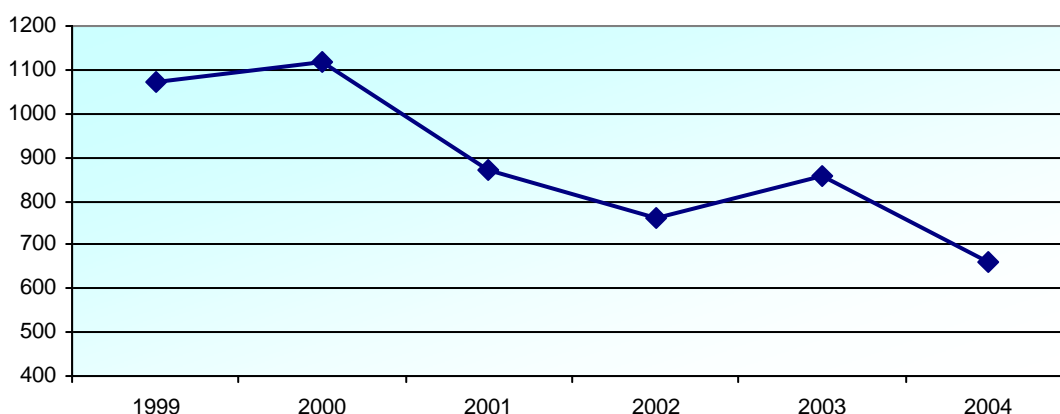
con un'occupazione complessiva (dipendenti + indipendenti) di 15.912 addetti (a settembre 2004). Il 95% di queste imprese occupano meno di 11 dipendenti.

Nel 2003 sono stati registrati complessivamente 859 infortuni sul lavoro, nel 2004 questi sono risultati pari a 659, con una diminuzione rispetto all'anno precedente del 23,3%. In particolare, il numero di infortuni si è mantenuto al di sopra dei 1000 casi nel 1999 e nel 2000, mentre nel periodo 2001-2004 si registra un andamento piuttosto altalenante del numero di infortuni, con valori comunque chiaramente inferiori rispetto al 1999 e al 2000 (*tabella 16 e grafico 13*).

Tabella 16 – Infortuni sui luoghi di lavoro (1999-2004)

Anni	Totale infortuni	Var. % rispetto anno precedente	Var. % rispetto 1999
1999	1.074	-	-
2000	1.119	+ 4,2	+ 4,2
2001	869	- 22,3	- 19,1
2002	761	- 12,4	- 29,1
2003	859	+ 12,9	- 20,0
2004	659	- 23,3	- 38,6

Grafico 13 – Infortuni sui luoghi di lavoro (1999-2004)



Nel 2004, così come negli anni precedenti, il settore nel quale si è verificato il maggior numero di infortuni è quello delle industrie manifatturiere (39,5% del totale infortuni), seguito dal settore delle industrie delle costruzioni e installazione impianti (9,7%), del commercio (6,5%) e dei servizi (6,4%). E' importante notare come, in riferimento al quinquennio 1999 – 2004, risultano in diminuzione gli infortuni sul

lavoro accaduti nei settori delle Costruzioni e Impianti e nel Commercio, evidenziando l'efficacia delle norme a tutela della sicurezza sul lavoro. Non si deve tralasciare, comunque che per una quota consistente degli infortuni non si conosce il settore nel quale questi si sono verificati. (tabella 17 e grafico 14)

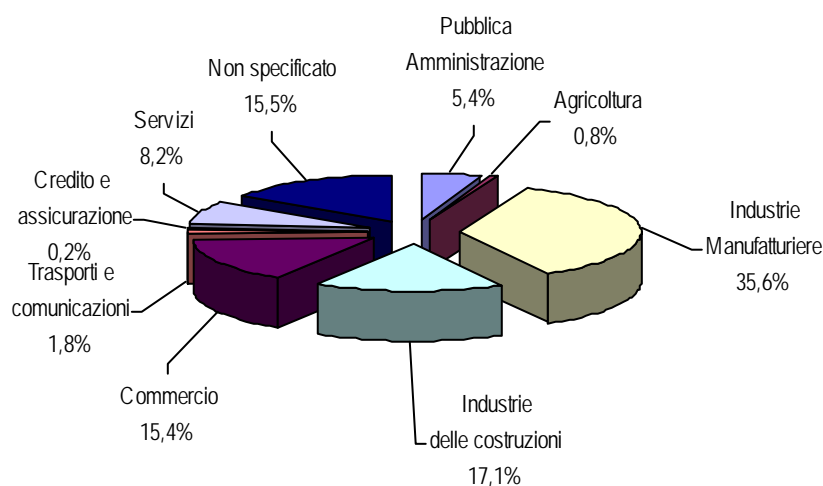
Tabella 17 – Infortuni sui luoghi di lavoro per ramo di attività (1999-2004)

Settore	1999		2000		2001		2002		2003		2004	
	N. casi	Peso %	N. casi	Peso %	N. casi	Peso %	N. casi	Peso %	N. casi	Peso %	N. casi	Peso %
Pubblica Amministrazione	58	5,4	43	3,8	42	4,8	49	6,4	54	6,3	39	5,9
Agricoltura	9	0,8	8	0,7	4	0,5	6	0,8	7	0,8	0	0,0
Industrie Manifatturiere	382	35,6	439	39,2	311	35,8	343	45,1	310	36,1	260	39,5
Industrie delle costruzioni e installaz. impianti*	184	17,1	169	15,1	124	14,3	119	15,6	84	9,8	64	9,7
Commercio	165	15,4	149	13,3	132	15,2	134	17,6	105	12,2	43	6,5
Trasporti e comunicazioni	19	1,8	8	0,7	9	1,0	7	0,9	4	0,5	3	0,5
Credito e assicurazione	2	0,2	5	0,4	10	1,2	9	1,2	1	0,1	2	0,3
Servizi	88	8,2	106	9,5	84	9,7	47	6,2	75	8,7	42	6,4
Non specificato	167	15,5	192	17,2	153	17,6	47	6,2	219	25,5	206	31,3
TOTALE	1.074		1.119		869		761		859		659	

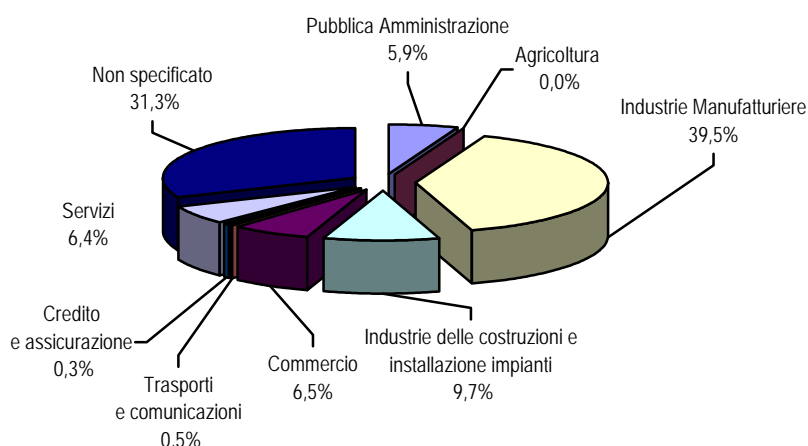
* compresi cantieri di stato

Grafico 14 – Infortuni sui luoghi di lavoro per ramo di attività

1999



2004



Se consideriamo l'indice di incidenza degli infortuni costituito dal rapporto tra il numero di infortuni e il numero complessivo di addetti per cento, si può notare come questo indicatore abbia assunto negli ultimi anni valori chiaramente più bassi rispetto agli anni 1999 e 2000 riconfermando quanto già esposto in precedenza. (tabella 18).

Tabella 18 –Infortuni ed Indice di incidenza (1999-2003)

Anni	N. infortuni	N. addetti	Indice di incidenza
1999	1.074	15.430	6,96%
2000	1.119	15.874	7,05%
2001	869	16.884	5,15%
2002	761	16.992	4,48%
2003	859	17.118	5,02%

Inoltre, l'indice di incidenza consente di fare una sorta di graduatoria dei lavoratori più esposti a rischio infortunistico. Dalla tabella 19, infatti, si evince che i lavoratori più a rischio sono quelli del settore agricolo seguiti dal settore industria delle costruzioni (anno 2003).

Tabella 19 - Tasso di incidenza (1999-2003)

Settore	1999	2000	2001	2002	2003
Pubblica Amministrazione	1,4	1,0	1,0	1,2	1,3
Agricoltura	33,3	33,3	16,7	23,1	26,9
Industrie Manifatturiere	6,8	7,7	5,2	5,8	5,1
Industrie costruzioni, inst. e impianti	14,4	13,3	9,2	8,9	6,1
Commercio	7,7	6,7	5,4	5,3	4,2
Trasporti e comunicazioni	6,3	2,4	2,5	1,9	1,0
Credito e assicurazione	0,4	0,9	1,6	1,4	0,1
Servizi	6,8	7,3	4,8	2,4	3,6

Considerando il quinquennio 1999-2003, si può notare che la fascia di età con il maggior numero di infortunati risulta essere quella che va dai 36 ai 40 anni (tabella 20).

Tabella 20 – Infortuni sui luoghi di lavoro per fascia d'età

Età	Anni				
	1999	2000	2001	2002	2003
Fino ai 18 anni	1	4	8	5	13
19-20 anni	15	11	13	14	12
21-25 anni	59	89	72	61	53
26-30 anni	164	159	127	107	103
31-35 anni	168	188	155	163	151
36-40 anni	182	193	139	105	141
41-45 anni	125	126	121	95	114
46-50 anni	115	124	79	76	99
51-55 anni	105	99	73	68	91
56-60 anni	90	96	61	48	60
Oltre 61 anni	49	27	17	14	22
Non specificato	-	-	-	5	-

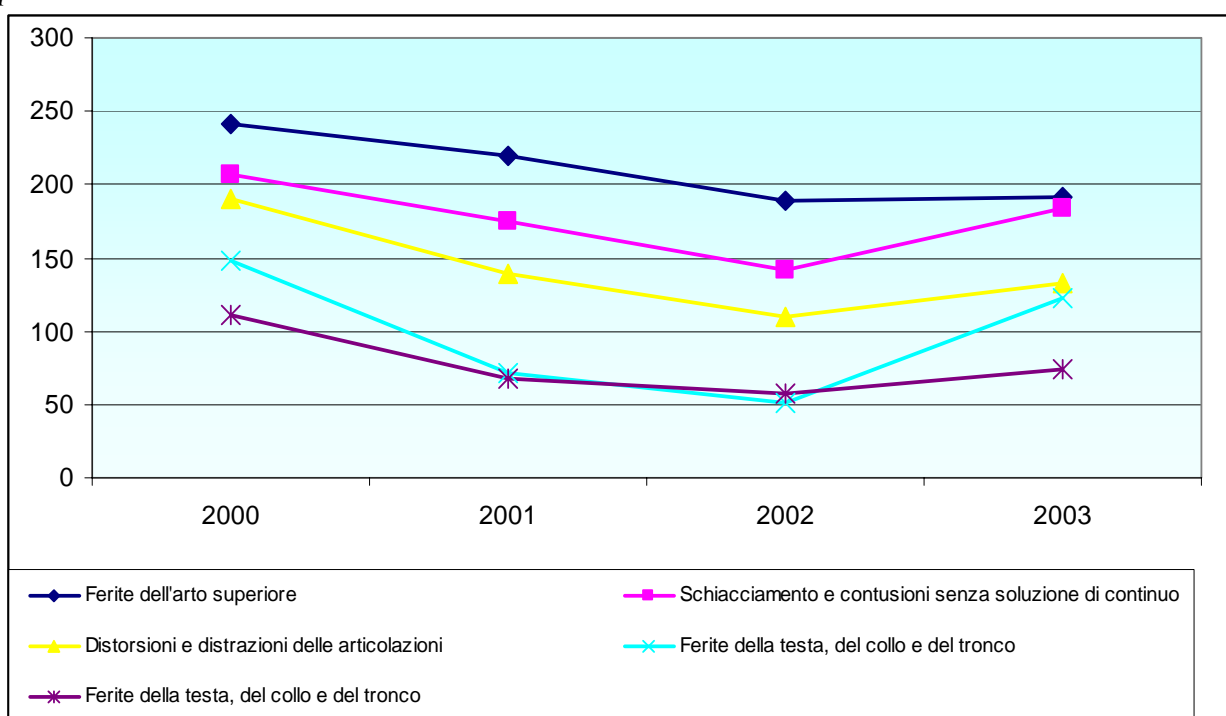
Fascia Dominante
 Fascia Semi - Dominante

Per quanto riguarda la natura delle lesioni (tabella 21), nel corso del 2003, non si registrano evidenti differenze rispetto agli anni passati: gli infortuni più frequenti sono quelli che determinano ferite dell'arto superiore (22,2%); questi sono seguiti dagli infortuni che comportano schiacciamenti e contusioni (21,4%) e quelli che determinano distorsioni e distrazioni delle articolazioni e dei muscoli (15,5%).

Tabella 21 – Infortuni sui luoghi di lavoro per la natura delle lesioni (2000 – 2003)

Natura delle lesioni	2000		2001		2002		2003	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Fratture del cranio, del collo, del tronco	24	2,1	35	4,0	17	2,2	20	2,3
Fratture degli arti superiori	53	4,7	49	5,6	42	5,5	38	4,4
Fratture degli arti inferiori	27	2,4	21	2,4	19	2,5	18	2,1
Lussazioni	5	0,4	2	0,2	6	0,8	5	0,6
<i>Distorsioni e distrazioni delle articolazioni</i>	190	17,0	139	16,0	110	14,5	133	15,5
Traumatismi intra cranici, esclusi quelli associati a fratture del cranio	5	0,4	4	0,5	6	0,8	1	0,1
Traumatismi interni del torace, dell'addome e del bacino	0	0,0	2	0,2	3	0,4	0	0,0
Ferite della testa, del collo e del tronco	111	9,9	68	7,8	57	7,5	74	8,6
<i>Ferite dell'arto superiore</i>	241	21,5	219	25,2	189	24,8	191	22,2
Ferite dell'arto inferiore	33	2,9	24	2,8	27	3,5	20	2,3
Traumatismi superficiali	5	0,4	21	2,4	63	8,3	22	2,6
<i>Schiacciamento e contusioni senza soluzione di continuo</i>	207	18,5	175	20,1	142	18,7	184	21,4
Effetti da corpo estraneo penetrato attraverso orificio naturale	148	13,2	72	8,3	51	6,7	123	14,3
Ustioni	42	3,8	20	2,3	19	2,5	17	2,0
Effetti tossici di sostanze di origine principalmente medicamentosa	14	1,3	12	1,4	2	0,3	9	1,0
Altri e non specificati effetti da cause esterne e complicazioni di cure mediche	9	0,8	4	0,5	8	1,1	3	0,3
Non specificato	5	0,4	2	0,2	0	0,0	1	0,1
TOTALE	1.119		869		761		859	

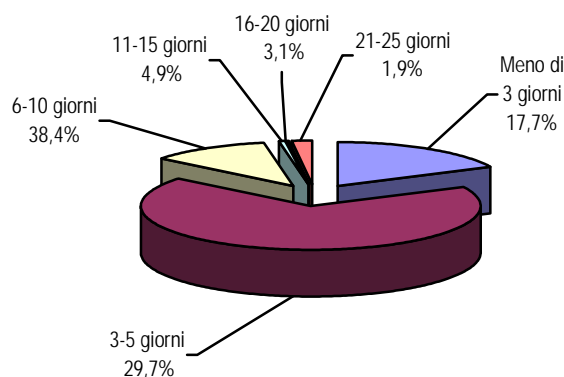
Grafico 15 – Andamento delle prime cinque lesioni per natura causate da infortunio sul lavoro nel periodo 2000-2003



Nel 2003 la quasi totalità degli infortuni ha comportato al massimo 10 giorni di prognosi (grafico 16); in particolare:

- gli infortuni con prognosi inferiore a tre giorni rappresentano il 17,7% (9,5% nel 2002),
- quelli con prognosi compresa tra 3/5 giorni sono pari al 29,7% (27,2% nel 2002),
- quelli con prognosi compresa tra 6/10 giorni sono il 38,4% (44% nel 2002)

Grafico 16 – Infortuni sui luoghi di lavoro per giornate di prognosi (anno 2003)



Malattie Professionali

Nel 2004 sono stati comunicati dai medici del lavoro aziendali 39 casi di sospetti stati morbosi correlati all'attività lavorativa (malattie professionali tabellate ai sensi del D.R. n. 1/95, patologie correlate al lavoro, ecc). I lavoratori sono stati sottoposti a visita specialistica di Medicina del Lavoro e ad accertamenti di II° livello (esame audiometrico completo, elettromiografia, ecografie, ecc). A seguito di tali accertamenti in 10 casi è stata sollecitata la denuncia di Malattia Professionale alla Commissione degli Accertamenti Sanitari Individuali e sono state avviate le inchieste specifiche ai fini del riconoscimento della malattia professionale per eventuale pensione privilegiata.

Sono, inoltre, stati segnalati dal datore di lavoro 82 casi di lavoratori esposti a livello di esposizione personale a rumore pari o superiore a 85 dB (A).

Gli incidenti stradali

Nel 2004 gli incidenti stradali, registrati dal Posto di Polizia dell'Ospedale di Stato e per i quali è stato emesso un referto medico dal Pronto Soccorso, sono stati 624.

Gli incidenti accaduti nel territorio sammarinese hanno la seguente distribuzione per castello (*tabella 22*)

Tabella 22

Castello	Numero incidenti	Superficie castello (Km²)	Densità abitativa (ab/kmq)
Serravalle	151	10,53	896,0
Borgo Maggiore	142	9,01	669,9
Città (S.Marino)	45	7,09	632,4

Acquaviva	31	4,86	347,1
Domagnano	30	6,62	415,9
Faetano	26	7,75	139,5
Fiorentino	17	6,57	327,1
Chiesanuova	5	5,46	182,2
Montegiardino	3	3,31	242,6
TOTALE	450	61,2	480,8

A questi incidenti vanno aggiunti 145 incidenti avvenuti in Italia e 29 incidenti da accertare.

Dei 379 referti di laboratorio relativi al 2004, 334 sono risultati negativi, 45 positivi. La tabella che segue descrive in dettaglio gli esiti di questi referti.

Tabella 23

	N.	%
Alcolemia	14	3,7%
Rifiuti di sottoporsi ai prelievi	11	2,9%
Cannabinoidi	7	1,8%
Benzodiazepine	7	1,8%
Positivi a più analisi	4	1,1%
Cocaina	1	0,3%
Oppiacei	1	0,3%
Negativi	334	88,1%
Totale	379	100,0%

Le principali lesioni delle persone infortunate per incidente stradale nell'anno 2004 sono:

Tabella 24

Descrizione	N°
Distorsione e distrazione del collo	250
Contusione del cuoio capelluto e del collo	53
Distorsione e distrazione di altre e non specificate parti del dorso	21
Contusione del ginocchio e della gamba	18
Ferite della faccia senza menzione di complicazioni	18

Il numero di morti per incidenti stradali nel periodo 1999-2003 è sintetizzato nella tabella che segue:

Tabella 25

Incidenti stradali	Maschi	Femmine
---------------------------	---------------	----------------

- scontro di due veicoli a motore	6	2
- scontro di veicolo a motore con altro veicolo	1	0
- scontro di veicolo a motore con pedone	1	4
- altri scontri da veicolo a motore	1	0
- incidente dovuto a perdita di controllo del veicolo	4	0
Totale	13	6

La mortalità

In sintesi:

- ***La mortalità è sensibilmente inferiore a quanto registrato in Italia.***
- ***La principale causa di morte per il sesso maschile è rappresentata dai tumori (43,2%), mentre per il sesso femminile dalle malattie all'apparato cardio-circolatorio (42,9%).***
- ***I tumori sono la prima causa di morte nella fascia di età 15-64 anni in entrambi i sessi.***
- ***La principale causa di morte sotto i 40 anni di età è rappresentata dai traumatismi..***

Nel corso dell'anno 2003, a San Marino, si sono verificati complessivamente 216 decessi, di cui 105 nel sesso femminile, 111 in quello maschile.

Il *tasso grezzo di mortalità generale* risulta essere pari a 738,7 per 100.000 abitanti³⁰.

Nel sesso maschile la mortalità è superiore rispetto al sesso femminile; infatti, il *tasso grezzo di mortalità generale specifico per sesso*³¹ è pari a 774,2 nei maschi e 704,2 nelle femmine.

Le principali cause di morte³²

Le principali cause di morte³³ della popolazione sammarinese, nel 2003, sono rappresentate nel sesso maschile (*tabella 1a*) dai tumori (43,2%) e dalle malattie all'apparato cardio-circolatorio (32,4%). Nel sesso femminile la causa di morte che presenta una maggiore frequenza è costituita dalle malattie all'apparato cardio-circolatorio (42,9%), mentre i tumori maligni (29,5%) rappresentano la seconda causa di morte (*tabella 1b*).

³⁰ **TASSO GREZZO DI MORTALITA' GENERALE:** numero di decessi totale avvenuti nell'anno indipendentemente dalla causa / popolazione residente nell'anno di riferimento x 100.000

³¹ **TASSO DI MORTALITA' SPECIFICO PER SESSO:** numero di decessi totali avvenuti nell'anno di riferimento in uno dei due sessi / popolazione residente totale dello stesso sesso nell'anno di riferimento x 100.000

³² **FONTE DATI:** Bollettino statistico – 4 ° trimestre 2003

³³ Per valutare le principali cause di morte si è fatto ricorso alla MORTALITA' PROPORZIONALE, cioè la percentuale di morti per una certa causa rispetto al numero totale di morti nell'anno di riferimento.

Tabella 1a - Principali cause di morte della popolazione maschile (anno 2003)

Cause di morte	N. decessi	% sul totale dei decessi
Tumori maligni	48	43,2%
Malattie apparato-cardiocircolatorio	36	32,4%
Altre cause	9	8,1%
Malattie maldefinite	7	6,3%
Traumatismi e avvelenamenti	6	5,4%
Malattie apparato respiratorio	2	1,8%
Malattie croniche del fegato e cirrosi	2	1,8%
Altre cause di mortalità perinatale	1	0,9%
Malformazioni congenite	0	0,0%

Tabella 1b - Principali cause di morte della popolazione femminile (anno 2003)

Cause di morte	N. decessi	% sul totale dei decessi
Malattie apparato-cardiocircolatorio	45	42,9%
Tumori maligni	31	29,5%
Malattie maldefinite	13	12,4%
Altre cause	9	8,6%
Malattie apparato respiratorio	4	3,8%
Traumatismi e avvelenamenti	2	1,9%
Malformazioni congenite	1	1,0%
Malattie croniche del fegato e cirrosi	0	0,0%
Altre cause di mortalità perinatale	0	0,0%

Se consideriamo il periodo 1999-2003³⁴, in questo arco di tempo si sono verificati complessivamente 989 decessi, di cui 531 nel sesso maschile e 458 nel sesso femminile. Il *tasso grezzo di mortalità generale* nel quinquennio 1999-2003 è pari a 707,8 per 100.000 abitanti³⁵. Il *tasso grezzo di mortalità generale specifico per sesso* ammonta a 776,4 nei maschi e 642 nelle femmine.

Tabella 2a - Principali cause di morte della popolazione maschile (1999-2003)

Cause di morte	Numero decessi	% sul totale dei decessi
Neoplasie	224	42,18%

³⁴ FONTE DATI: Relazione sullo stato di salute della popolazione della Repubblica di San Marino (anno 2003) – Direzione sanitaria

³⁵ Il tasso così calcolato costituisce il tasso medio annuo per il quinquennio 1999-2003.

Apparato cardiocircolatorio	202	38,04%
Traumatismi e avvelenamenti	31	5,83%
Malattie maldefinite	25	4,70%
Apparato Respiratorio	20	3,76%
Apparato digerente	8	1,50%
Malformazioni Congenite	4	0,75%
Malattie infettive	3	0,56%
Sistema nervoso	3	0,56%
Malattie metaboliche	3	0,56%
Disturbi psichici	2	0,37%
Apparato genito-urinario	2	0,37%
Altro	4	0,75%
Totale	531	

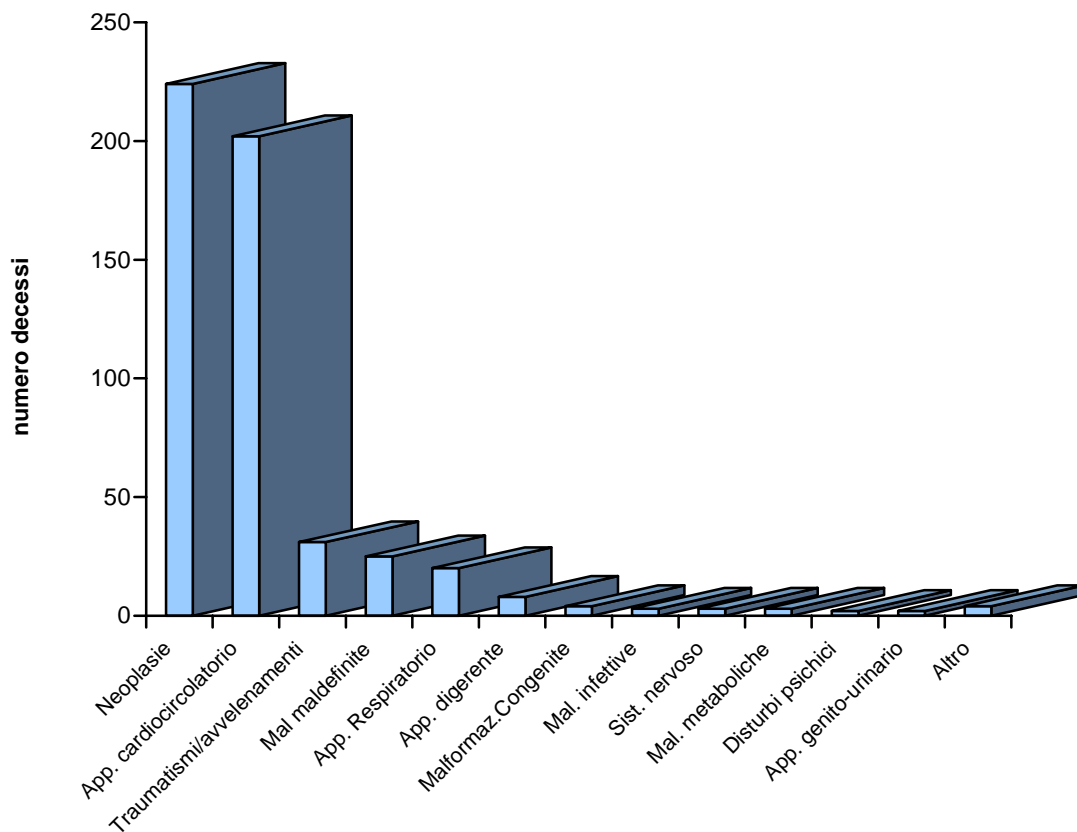
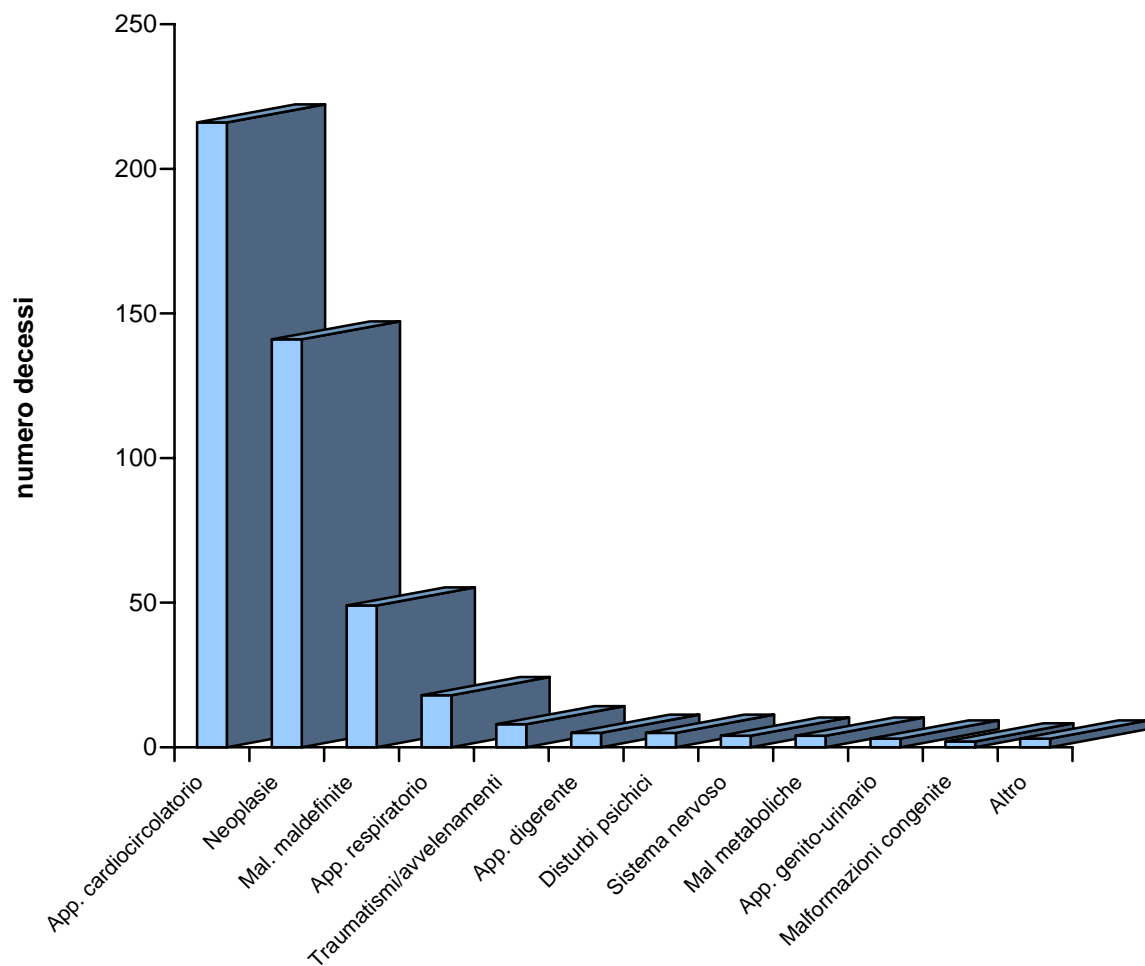


Tabella 2b - Principali cause di morte della popolazione femminile (anno 1999-2003)

Cause di morte	Numero decessi	% sul totale dei decessi
Apparato cardiocircolatorio	216	47,16%
Neoplasie	141	30,78%
Malattie maldefinite	49	10,69%
Apparato respiratorio	18	3,93%
Traumatismi e avvelenamenti	8	1,74%
Apparato digerente	5	1,09%
Disturbi psichici	5	1,09%
Sistema nervoso	4	0,87%

Malattie metaboliche	4	0,87%
Apparato genito-urinario	3	0,65%
Malformazioni congenite	2	0,43%
Altro	3	0,65%
Totale decessi	458	



Il tasso di mortalità nel quinquennio 1999-2003 standardizzato con il metodo della popolazione tipo (assumendo come popolazione tipo la popolazione italiana risultante dal censimento del 1991) è pari a 695,83 x 100.000 abitanti nel sesso maschile e a 601,1 x 100.000 abitanti nel sesso femminile.

Il tasso di mortalità standardizzato sulla popolazione della Provincia di Rimini (anno 2000), ammonterebbe a 808,82 nella Repubblica di San Marino³⁶ mentre nella Provincia di Rimini è pari a 919,56 x 100.000³⁷. La mortalità sarebbe, quindi, nel complesso, inferiore dell' 11,9% (-8,5% nel sesso maschile, -16,7% nel sesso femminile) nella Repubblica di San Marino (tabella 3).

Tabella 3 – Tasso di mortalità standardizzato (pop. tipo: pop. Provincia di Rimini – anno 2000)

Tasso di mortalità standardizzato	Maschi	Femmine	Totale
Provincia di Rimini	939,43	898,79	917,56

³⁶ Tasso di mortalità relativo al quinquennio 1999-2003 standardizzato con il metodo della popolazione tipo.

³⁷ In questo caso il tasso di mortalità standardizzato per la Provincia di Rimini coincide con il tasso non standardizzato.

Repubblica di San Marino	859,48	748,44	808,82
Repubblica di San Marino/Provincia di Rimini (x 100)	91,5	83,3	88,1

Quasi il 90% dei decessi nel sesso femminile e l'80% dei decessi nel sesso maschile hanno interessato la popolazione anziana (65 anni e più), in particolare le persone con più di 75 anni di età.

Nelle fasce di età più giovani, la prevalenza dei decessi ha riguardato prevalentemente le persone di sesso maschile (*tabella 4 e 5*).

Tabella 4 – Decessi per fasce di età (1999-2003)

	Maschi		Femmine	
	N.	%	N.	%
0 anni	4	0,8%	2	0,4%
1-15 anni	1	0,2%	0	0,0%
16-64 anni	102	19,2%	54	11,8%
65 anni e più	424	79,8%	402	87,8%
Totale	531		458	

Tabella 5– Decessi per fasce di età (1999-2003)

	Maschi		Femmine	
	N.	%	N.	%
0 anni	4	0,75%	2	0,44%
1-29 anni	14	2,63%	2	0,43%
30-44 anni	12	2,26%	10	0,21%
45-64 anni	77	14,51%	42	9,17%
65-74 anni	123	23,17%	65	14,20%
>=75	301	56,67%	337	73,59%
Totale	531		458	

In entrambi i sessi, i decessi nei neonati sono legati esclusivamente a cause congenite. Nel sesso maschile, la principale causa di morte nella fascia di età 16-64 anni è rappresentata dalle neoplasie, seguita dai traumatismi/avvelenamenti. I decessi per traumatismi/avvelenamenti si concentrano principalmente nelle età giovani: da notare come il 40% dei decessi per traumatismi si sia verificato in età inferiore ai 40 anni.

Nella persone di sesso maschile con 75 anni e più, neoplasie e malattie cardio-circolatorie costituiscono le principali cause di morte.

Anche nelle femmine la prima causa di morte nella fascia di età 16-64 anni è rappresentata dalle neoplasie. Nella persone anziane, invece, sono le malattie cardio-circolatorie a determinare il maggior numero di decessi, seguite sempre dalle neoplasie (tabella 6 e grafico 1 e 2).

Tabella 6 – Principali cause di decesso per fasce di età (1999-2003)

	0 anni		1-15 anni		16-64 anni		65 anni e più	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Cause congenite	4	2	0	0	0	0	0	0
Neoplasie	0	0	0	0	52	34	172	107
Malattie cardio-vascolari	0	0	0	0	19	11	183	205
Cause traumatiche	0	0	1	0	22	4	8	4
Malattie infettive	0	0	0	0	3	0	0	0
Malattie respiratorie	0	0	0	0	0	0	19	18
Sintomi e segni mal definiti	0	0	0	0	0	0	16	41

Grafico 1 – Principali cause di decesso nel sesso maschile per classi di età (1999-2003)

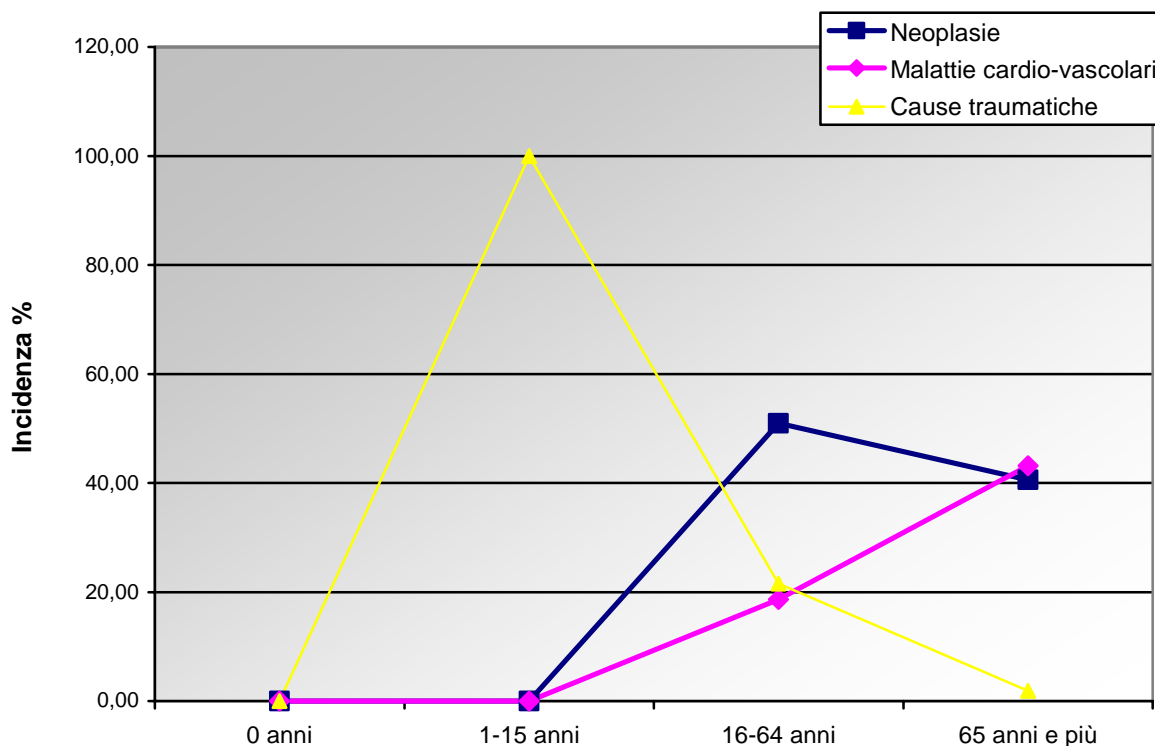
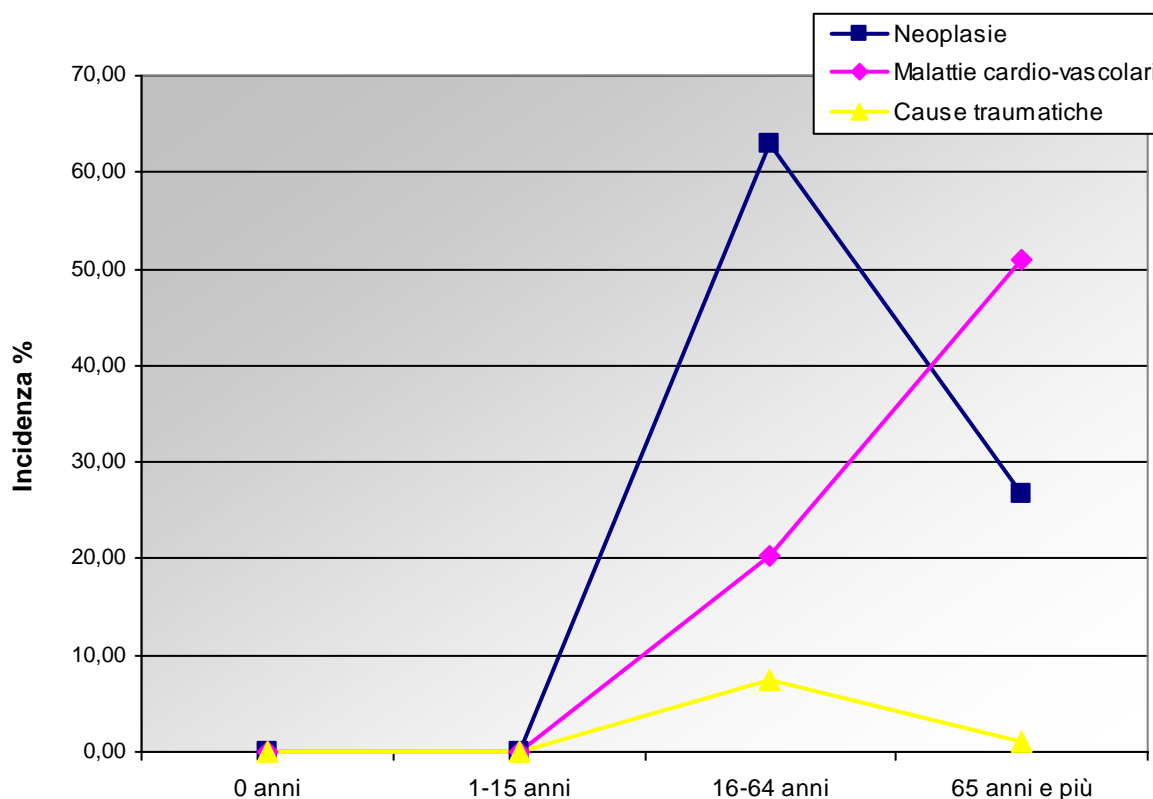


Grafico 2 – Principali cause di decesso nel sesso femminile per classi di età (1999-2003)



La mortalità per tumori

Nel quinquennio 1999–2003 il numero di soggetti residenti nella Repubblica di San Marino deceduti a causa di tumori sono complessivamente 365, di cui 141 femmine e 224 maschi. I tumori costituiscono la principale causa di morte nel sesso maschile (il 42,18% dei decessi negli uomini è stata causata da tumori) e la seconda causa di morte nelle donne (per il sesso femminile i tumori hanno provocato il 30,78% dei decessi). Il tasso grezzo di mortalità attribuibile a tumori maligni è di 327,5 su 100.000 abitanti nel sesso maschile³⁸, 197,66 su 100.000 abitanti nel sesso femminile.

Tabella 7 – Decessi per tumori per classe di età (1999-2003)

	Maschi		Femmine	
	N.	%	N.	%
0 anni	0	0,0%	0	0,0%
1-15 anni	0	0,0%	0	0,0%
16-64 anni	52	23,3%	34	24,1%
65 anni e più	172	76,8%	107	75,9%
Totale	224		141	

³⁸ Numero di decessi per tumore relativi al sesso maschile nel periodo di riferimento (quinquennio 1999-2003) / popolazione maschile totale nel quinquennio 1999-2003 x 100.000

Se consideriamo la distribuzione dei principali tumori maligni nei due sessi (*tabelle 8a e 8b*), si può notare che nel sesso maschile la mortalità per tumore al polmone è al primo posto (21,9%), seguita da quella per il tumore allo stomaco (14,3%), alla prostata (12,1%) e al colon-retto (11,6%); nel sesso femminile, invece, la principale causa di morte nell'ambito dei tumori maligni è rappresentata dal tumore alla mammella (19,1%), seguito dal tumore allo stomaco, al polmone (11,3%) e al colon retto (10,6%).

*Tabella 8a - Mortalità proporzionale per i principali tumori – sesso maschile*³⁹

Sede del tumore	Numero casi	% sul totale dei decessi per tumore
Polmone	49	21,9%
Stomaco	32	14,3%
Prostata	27	12,1%
Colon-retto	26	11,6%
Vescica	12	5,3%
Encefalo	12	5,3%
Leucemie	12	5,3%
Pancreas	11	4,9%
Fegato	8	3,6%
Linfomi	7	3,1%
Rene	5	2,2%
Vie biliari	4	1,8%
Mieloma	4	1,8%
Altri tumori	15	6,7%

³⁹ Numero di decessi per un particolare tipo di tumore (ad esempio tumore al polmone) / numero di morti totale per tumore

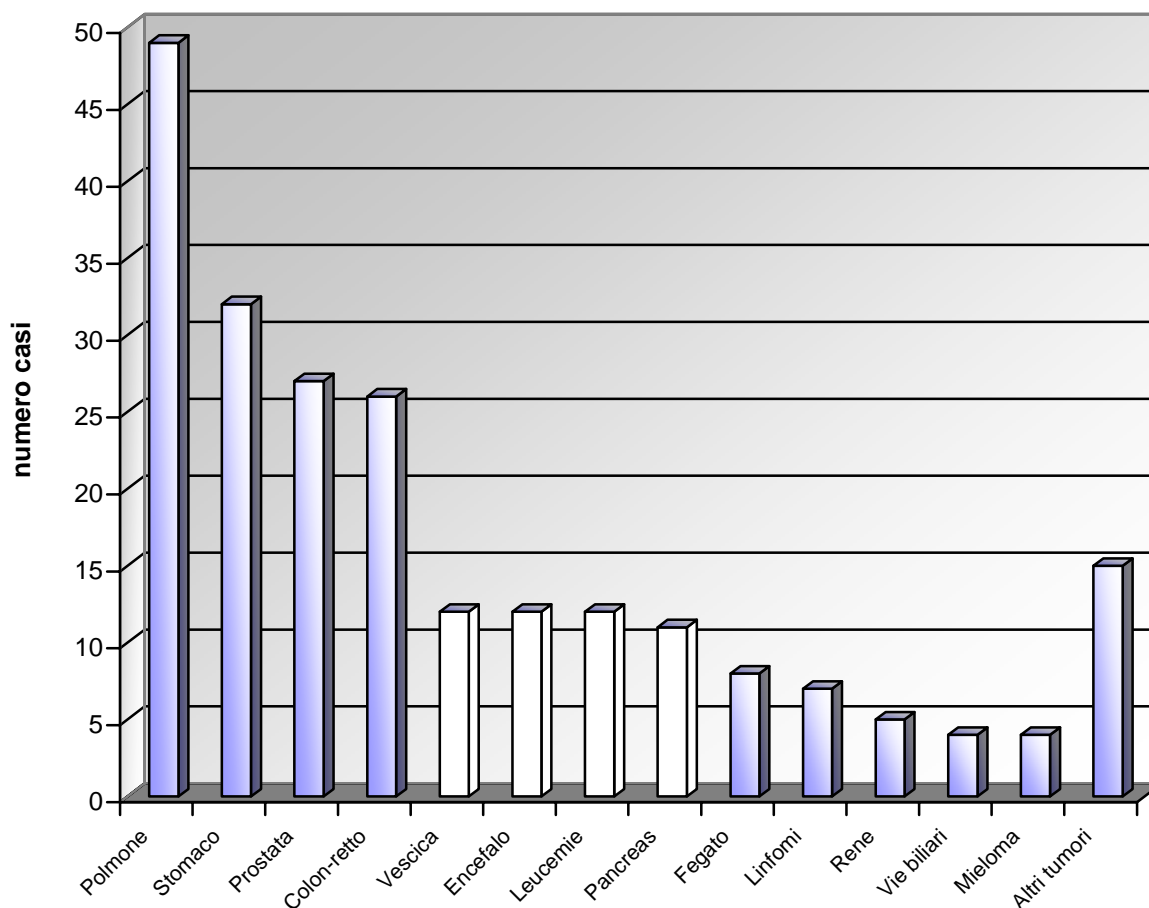


Tabella 8b - Mortalità proporzionale per i principali tumori – sesso femminile

Sede del tumore	Numero casi	% sul totale dei decessi per tumore
Mammella	27	19,1%
Stomaco	16	11,3%
Polmone	16	11,3%
Colon-retto	15	10,6%
Encefalo	13	9,2%
Linfomi	11	7,8%
Pancreas	10	7,1%
Ovaio	4	2,8%
Vescica	4	2,8%
Mieloma	3	2,1%
Leucemie	3	2,1%
Collo utero	1	0,7%
Corpo utero	1	0,7%
Altri tumori	17	12,1%

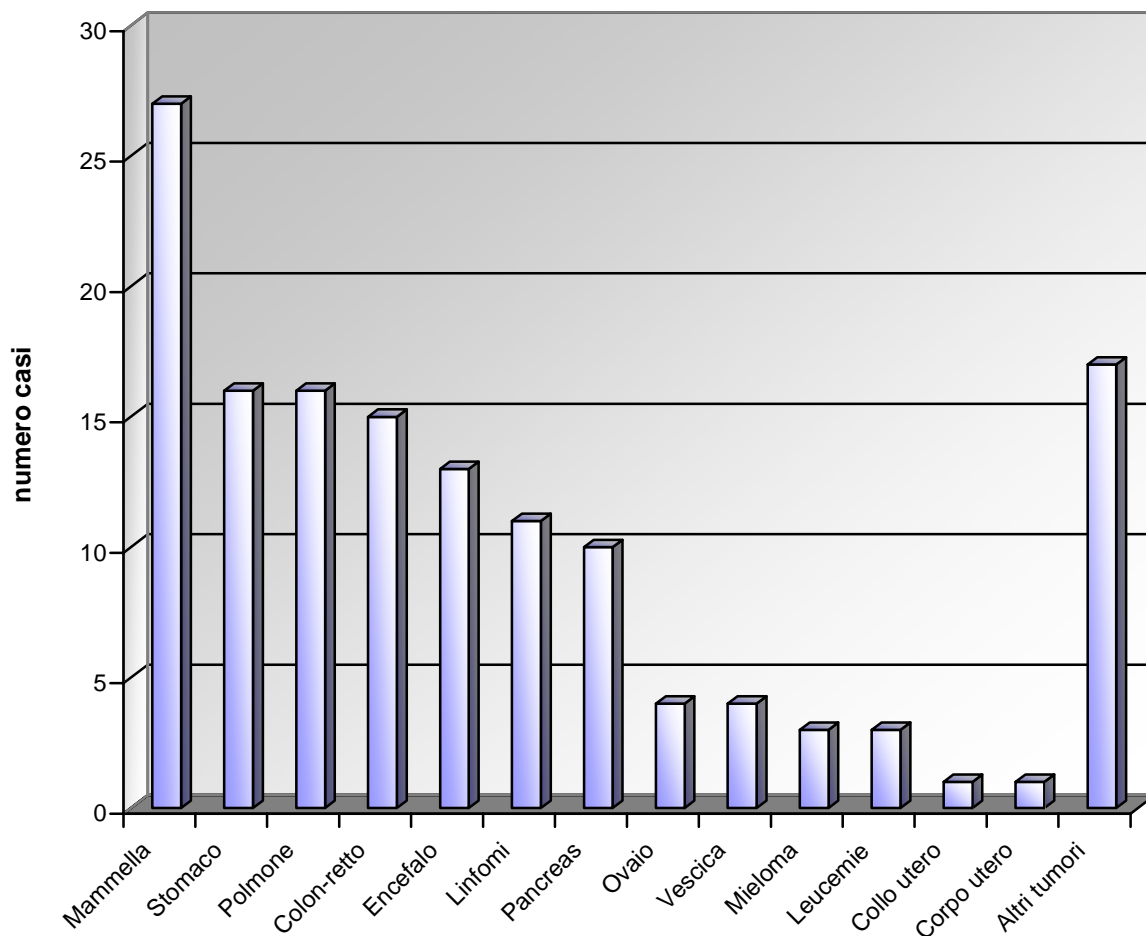


Tabella 9 – Tassi grezzi di mortalità per i principali tumori (1999-2003)

Maschi		Femmine	
Sede del Tumore	Tasso grezzo di mortalità (x 100.000 abitanti)	Sede del Tumore	Tasso grezzo di mortalità (x 100.000 abitanti)
Polmone	71,6	Mammella	37,8
Stomaco	46,8	Stomaco	22,4
Prostata	39,5	Polmone	22,4
Colon-retto	38,0	Colon-retto	21,0

Il tasso di mortalità per tumore standardizzato sulla base della popolazione italiana del 1991 relativo al quinquennio 1999-2003 ammonta a 295,23 x 100.000 abitanti nel sesso maschile e a 177,06 x 100.000 nel sesso femminile.

Nella Provincia di Rimini (anno 2000), il valore di questo tasso, è leggermente più basso nel sesso maschile (289,19 x 100.000); nelle femmine assume, invece, valori più elevati (244,74 x 100.000).

Mortalità per malattie apparato cardio-circolatorio

Nel periodo 1999–2003, le malattie cardio-circolatorie hanno rappresentato la principale causa di morte nella popolazione femminile (il 47,16% dei decessi) e la seconda causa di decesso nel sesso maschile (il 38,04% dei decessi).

Il tasso grezzo di mortalità attribuibile a malattie cardio-vascolari è stato di 295,3 su 100.000 abitanti nel sesso maschile e di 302,8 su 100.000 abitanti nel sesso femminile.

La quasi totalità dei decessi attribuibili a malattie all'apparato cardio-vascolare in entrambi i sessi riguardano quasi esclusivamente le persone di 65 anni e più. In particolare, nel sesso femminile il 95% dei decessi dovuti a malattie cardio-vascolari è avvenuto in età superiore ai 65 anni, il 73% si è verificato in età superiore agli 80. Nel sesso maschile il 90,6% dei decessi si è manifestato in età superiore ai 65 anni ma non bisogna trascurare la quota di persone decedute per tale motivo nella fascia di età 16-64 anni (9,5%) (tabella 10).

Tabella 10 – Decessi per malattie cardio-vascolari per classe di età (1999-2003)

	Maschi		Femmine	
	N.	%	N.	%
0 anni	0	0,0%	0	0,0%
1-15 anni	0	0,0%	0	0,0%
16-64 anni	19	9,5%	11	5,1%
65 anni e più	183	90,6%	205	94,9%
Totale	202		216	

In entrambi i sessi la principale causa di morte per malattie cardio-circolatorie nel periodo 1999-2003 sono attribuibili ad arresto cardiaco (dimostrando in ogni caso la difficoltà dei medici di attribuire con chiarezza la causa del decesso).

La seconda causa di morte sia per uomini che per donne è rappresentata dai disturbi circolatori dell'encefalo (25,9% dei decessi per malattie cardio-vascolari nelle femmine e 21,3% nei maschi), seguiti dai disturbi del ritmo che sono causa del 12% dei decessi nelle femmine e dall'11,4% nei maschi (tabella 11 e tabelle 12a e 12b).

Tabella 11 – Tassi grezzi di mortalità per le principali cause di morte per malattie cardio-vascolari (x 100.000 abitanti)

Causa di morte	Maschi	Femmine
Arresto cardiaco n.s.	98,0	93,9

Disturbi circolatori dell'encefalo	62,9	78,5
Disturbi del ritmo non specificati	33,6	36,4
Insufficienza cardiaca	20,5	32,2
Altre malattie ischemiche del cuore	17,5	15,4
Infarto miocardio acuto	30,7	14,0

Tabella 12a - Mortalità principali dell'apparato cardio-circolatorio (periodo 1999-2003) – sesso maschile

Causa di morte	Numero decessi	%
Arresto cardiaco n.s.*	67	33,2%
Disturbi circolatori dell'encefalo	43	21,3%
Disturbi del ritmo non specificati	23	11,4%
Infarto miocardico acuto	21	10,4%
Insufficienza cardiaca	14	6,9%
Altre malattie ischemiche del cuore	12	5,9%
Disturbi della conduzione e del ritmo	6	3%
Malattia ipertensiva	5	2,5%
Arteriosclerosi	1	0,5%
Altre cause	10	4,9%
Totale	202	

**n.s. : Non specificato*

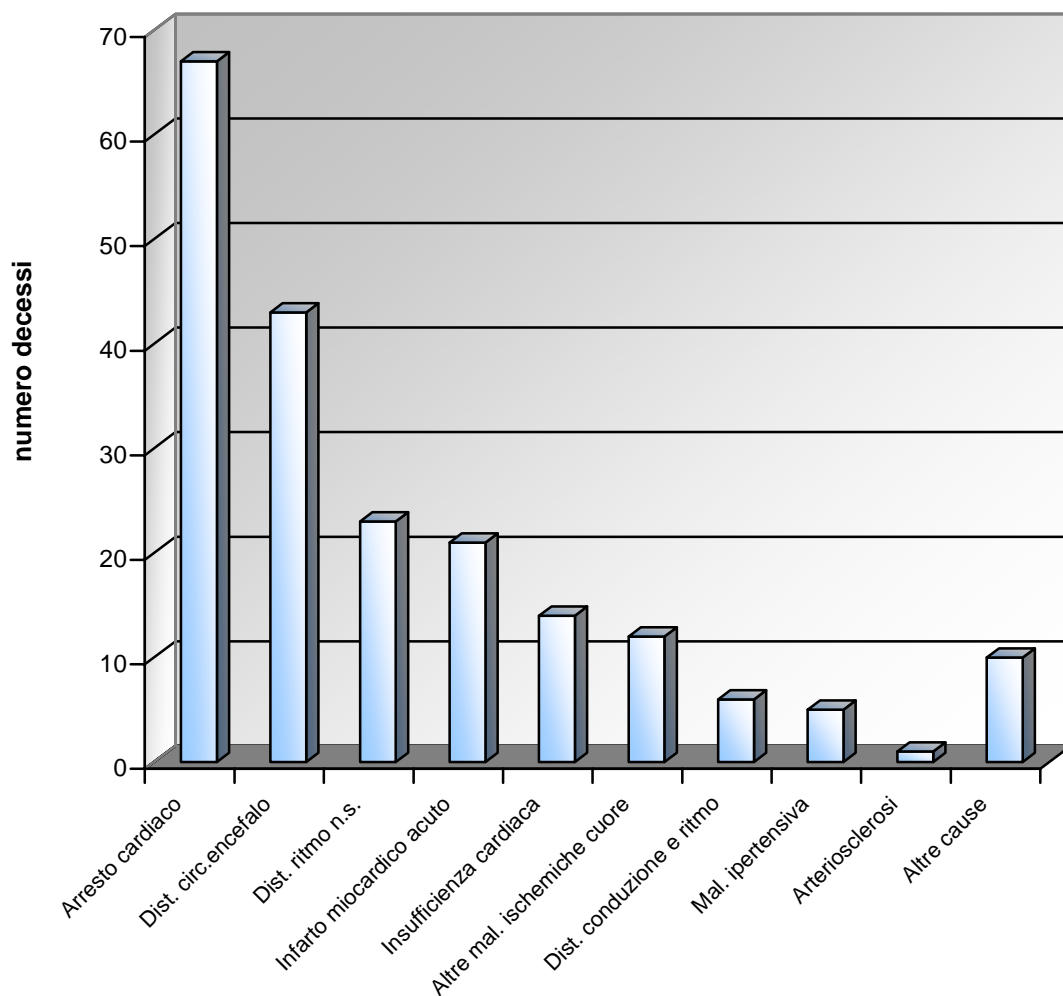
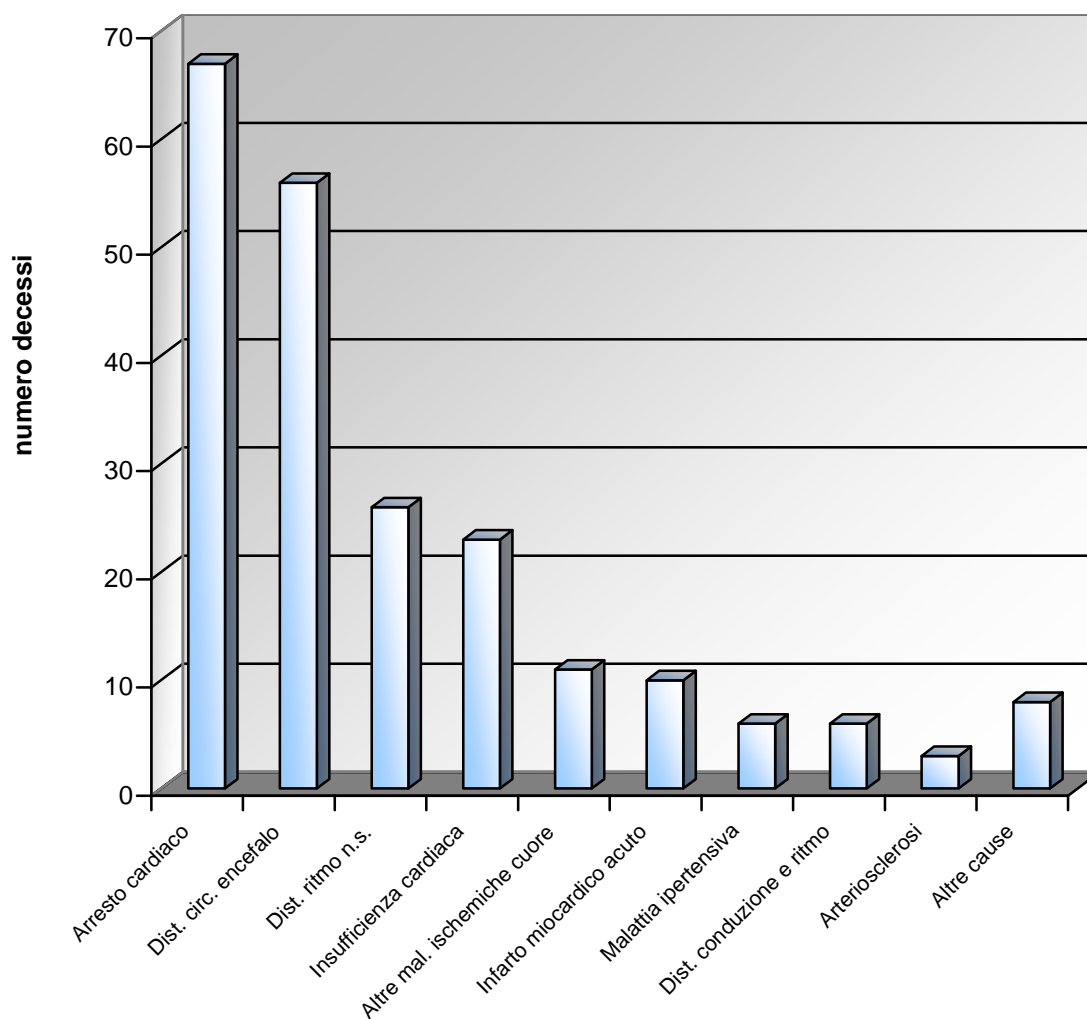


Tabella 12b -Mortalità principali dell'apparato cardio-circolatorio (periodo 1999-2003) – sesso femminile

Causa di morte	Numero decessi	Frequenza
Arresto cardiaco n.s. *	67	31,0%
Disturbi circolatori dell'encefalo	56	25,9%
Disturbi del ritmo non specificati	26	12,0%
Insufficienza cardiaca	23	10,6%
Altre malattie ischemiche del cuore	11	5,1%
Infarto miocardico acuto	10	4,6%
Malattia ipertensiva	6	2,8%
Disturbi della conduzione e del ritmo	6	2,8%
Arteriosclerosi	3	1,4%
Altre cause	8	3,7%
Totale	216	

* n.s. : Non specificato



Il tasso di mortalità per malattie cardio-circolatorie standardizzato sulla base della popolazione italiana del 1991 relativo al quinquennio 1999-2003 è pari a 257,1 x 100.000 abitanti nel sesso maschile e a 280,1 x 100.000 nel sesso femminile.

Nella provincia di Rimini (anno 2000), tale tasso assume valori leggermente più elevati in entrambi i sessi (272,04 x 100.000 nei maschi, 299,30 x 100.000 nelle femmine).

Mortalità per causa violenta

Oltre il 70% dei decessi per causa violenta nel quinquennio 1999-2003, attribuibili a suicidi, omicidi, incidenti e incidenti stradali, hanno interessato persone di sesso maschile.

Tabella 13a – Morti per incidente stradale (1999-2003)

	Maschi	Femmine
Scontro di due veicoli a motore	6	2
Scontro di veicolo a motore con altro veicolo	1	0
Scontro di veicolo a motore con pedone	1	4
Altri scontri da veicolo a motore	1	0
Incidente dovuto a perdita di controllo del veicolo	4	0

Totale

13

6

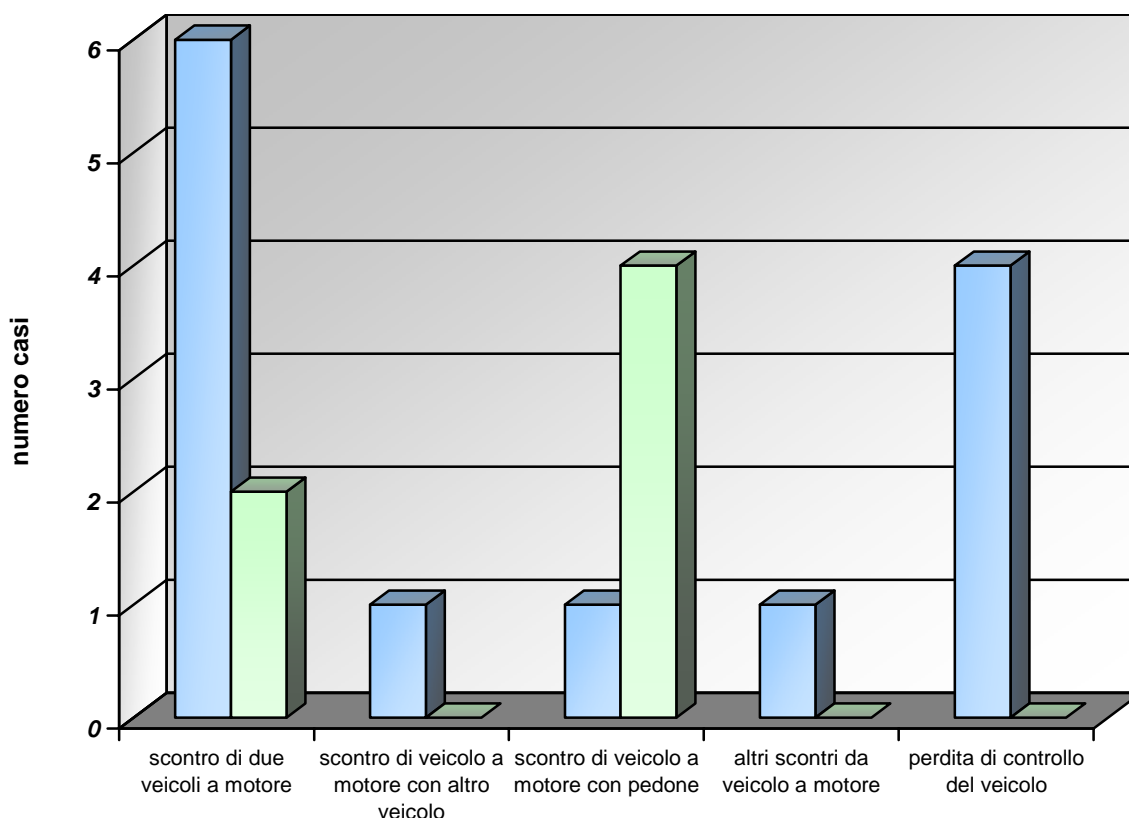


Tabella 13b – Morti per incidente (non stradale) (1999-2003)

	Maschi	Femmine
Con arma da fuoco	2	0
Annegamento	2	0
Caduta accidentale	1	1
Totale	5	1

Tabella 13c – Casi di omicidio (1999-2003)

	Maschi	Femmine
N. casi	0	1

Tabella 13d – Casi di suicidio a San Marino nel quinquennio 1999-2003⁴⁰

	Maschi	Femmine
1999	2	1
2000	0*	0
2001	2	2
2002	5	0
2003	3	0
Totale	12	3

⁴⁰ FONTE DATI: I casi di suicidio nel quinquennio 1999-2003 sono stati forniti dal Servizio di NeuroPsichiatria (dott. Bastianelli)

* *Ufficialmente risultano nel 2000 due casi di suicidio nel sesso maschile; non sono stati considerati in questa sede in quanto tali soggetti, pur risultando residenti a San Marino, vivevano di fatto in Italia.*

Nel sesso maschile la maggior parte delle morti per causa violenta è attribuibile a suicidi o è dovuta a incidenti stradali (in particolare, dallo scontro tra due veicoli a motore o da incidente provocato dalla perdita di controllo del veicolo).

Nelle donne, gran parte dei decessi per causa violenta è attribuibile a incidenti stradali ed in particolare a scontro di pedone con veicolo a motore (*tabelle 13a, 13b, 13c, 13d e grafico 3*).

Nel quinquennio 1999-2003 si è verificato un solo caso di omicidio che ha interessato il sesso femminile mentre i suicidi hanno riguardato quasi esclusivamente il sesso maschile.

Grafico 3 - Tassi grezzi di mortalità (x 100.000 abitanti) per causa violenta (1999-2003)

