

STATI PATOLOGICI DI PARTICOLARE RILEVANZA  
PER LA SALUTE DEL PAESE

1. - MALATTIE INFETTIVE (1).

1.1. - *Il ruolo delle malattie infettive nella salute del Paese.*

Nel triennio 1981-83 meno dell'1 % dei decessi del nostro Paese sono attribuiti alle malattie infettive notificabili per legge. Nello stesso periodo tuttavia molto più numerosi sono stati i decessi per « infezioni » includendo in questo termine le infezioni respiratorie acute, le infezioni acute dell'apparato gastroenterico e quelle del sistema nervoso da virus HTLV III (AIDS) e da malattie infettive esotiche importate.

Esiste quindi un importante divario tra le informazioni fornite dal sistema nazionale di notifica e la reale epidemiologia delle infezioni, così a fronte di circa 300.000 casi/anno di malattie infettive notificate si stimano circa 15 milioni di casi/anno di infezioni che portano questa classe di patologia ad essere una delle prime voci della domanda di assistenza sanitaria della popolazione.

La *Tab. 1* fornisce il numero di casi notificati nel 1981-82-83 per ognuna delle 65 malattie notificabili per legge (*Fonte*: dati provvisori ISTAT).

1.2. - *Malattie prevenibili con vaccinazione.*

1.2.1. - *Malattie per cui esiste l'obbligo di vaccinazione.*

*Poliomielite.* - La vaccinazione con i tre tipi di poliovirus è obbligatoria per tutti i nuovi nati dal 1966 e la prevalenza dell'immunità nella

---

(1) Le informazioni sulla patologia infettiva italiana provengono dalle seguenti fonti:

1. Sistema informativo di notifica obbligatoria di 65 malattie (testo unico 1934 e successivi aggiornamenti).
2. Indagini campionarie ISTAT sullo stato di salute della popolazione.
3. Studi epidemiologici nazionali per specifiche patologie.
4. Isolamenti microbiologici di laboratorio per specifici agenti eziologici.

popolazione nazionale, calcolata in base a ricerche di sieroepidemiologia negli anni recenti, è ormai superiore al 90 %.

Nonostante questo non si è ancora giunti alla scomparsa completa dei casi che quasi ogni anno ammontano a poche unità: 1981 un caso, 1982 tre casi e 1983 due casi. La maggior parte di questi casi è rappresentata da bambini non vaccinati che evidenziano quindi la presenza di sacche di popolazione a rischio.

*Difterite.* – Il numero dei casi registrati continua a mantenersi nell'ordine di grandezza di decine e la maggior parte delle notifiche si concentra nel Sud-Italia. Oltre al cospicuo numero di casi notificati ogni anno, è da segnalare anche il numero di decessi per difterite registrato nella fascia di popolazione soggetta a profilassi vaccinale (introdotta come obbligatoria nel 1934 e per tutti i nuovi nati dal 1963): nel periodo 1970-80 si sono avute 49 morti nella classe di età 0-14 anni. I casi registrati negli ultimi anni sono stati: 1981 35 casi, 1982 19 casi, 1983 11 casi.

*Tetano.* La vaccinazione contro il tetano è obbligatoria dal 1961 per tutti i nuovi nati e la malattia è limitata soprattutto alle classi di età più elevate, sfuggite alla profilassi immunitaria. Negli ultimi tempi i casi notificati di tetano sono stati: 1981: 239 casi, 1982: 219 casi e 1983: 193 casi. Il tetano neonatale non viene notificato a parte rispetto al tetano: le notifiche per la classe di età sotto un anno nel quinquennio 1973-77 sono state  $0,59 \times 100.000$  per anno (cioè circa 4 casi ogni anno).

*Tubercolosi.* – La vaccinazione contro questa malattia è obbligatoria per alcune categorie a rischio. Storicamente l'andamento temporale della tubercolosi registra un declino naturale (*Fig. 1*). Negli anni più recenti invece il numero di notifiche (*Tab. 1*) e quello dei tassi nazionali sembra essersi arrestato su valori stazionari. Mancano tuttavia caratterizzazioni più dettagliate circa i casi notificati. Nel 1983 il Ministero della Sanità nel tentativo di raccogliere informazioni attendibili ha emanato una circolare rivolta a tutte le U.S.L. tendente a descrivere la situazione nel 1982.

Dalle risposte molto parziali (1/8 della popolazione nazionale), probabilmente poco rappresentative, è stato calcolato un valore di incidenza di T.B.C. maggiore di circa 6 volte rispetto ai valori ufficiali ISTAT, di cui ben il 27 % sarebbe costituito da casi extrapulmonari.

Dati sulla cutipositività al test della tubercolina non sono disponibili centralmente, ma numerosi studi locali danno cifre maggiori dell'1 % di positività al quattordicesimo anno di età. Certamente si è constatato uno spostamento della prima infezione verso l'età adulta, con conseguenti maggiori difficoltà diagnostiche in quanto la tubercolosi primaria ha caratteristiche particolari meno note nell'età adulta rispetto a quella pedia-

trica. Per questa malattia quindi è urgente un recupero del sistema informativo ed una migliore organizzazione delle attività di prevenzione e controllo.

*Febbre tifoide.* – Anche per questa malattia è prevista vaccinazione obbligatoria per le categorie a rischio.

La Fig. 2 mette in evidenza la diminuzione della malattia, restano circa 3.000 casi all'anno notificati.

Per molte delle epidemie da febbre tifoide l'origine è accertata nel consumo di frutti di mare crudi, ma non sono infrequenti anche epidemie di origine idrica.

#### 1.2.2. – *Malattie a vaccinazione non obbligatoria.*

*Rosolia.* – L'andamento temporale della rosolia (anni 1971–83) è riportato in Fig. 3. È evidente la ciclicità bi-triennale delle epidemie registrate a livello nazionale. La vaccinazione contro la rosolia è volontaria e quindi può essere praticata individualmente con l'acquisto del vaccino in farmacia.

L'Emilia-Romagna (1), la Toscana (2), la Valle d'Aosta (3) ed il Trentino (4) hanno regolamentato la vaccinazione mediante leggi locali che dispongono la somministrazione di una dose di vaccino alle bambine in fase pre-pubere nel corso del decimo anno di vita (4<sup>a</sup>–5<sup>a</sup> elementare).

Non esistono stime attendibili a livello nazionale sulla percentuale di soggetti vaccinati. Stime del Ministero della Sanità indicano una copertura vaccinale di circa il 20 % della popolazione bersaglio.

Non esiste alcuna raccolta sistematica degli eventuali casi di rosolia congenita. È anche difficile individuare un indicatore del numero di sindrome da rosolia congenita dato che la frequenza di tali casi in un anno è funzione del tasso di natalità, dell'incidenza della malattia, della prevalenza di donne in età fertile suscettibili all'infezione in quell'anno e dell'epoca gestazionale in cui viene contratta l'infezione.

*Pertosse.* – Anche l'andamento della pertosse (Fig. 4) indica la comparsa di cicli epidemici biennali. È da notare la particolare intensità (in termini numerici) dell'epidemia del 1983. La vaccinazione contro la pertosse è volontaria e solo la Regione Piemonte (5) prevede la sua somministrazione ai « bambini a rischio ».

---

(1) Legge n. 22 del 10 giugno 1976.

(2) Legge n. 48 del 17 agosto 1973.

(3) Legge n. 65 dell'11 novembre 1977.

(4) Legge n. 27 del 23 agosto 1976.

(5) Legge n. 7 del 10 marzo 1982.

A causa della sporadicità della vaccinazione non è possibile avere un quadro della copertura immunitaria nel Paese. I casi notificati si concentrano nella fascia di età sotto i 5 anni.

*Morbillo.* – L'andamento nel tempo dei casi notificati di morbillo (Fig. 5) evidenzia anche per questa malattia i cicli biennali epidemici dai quali non si rileva alcuna tendenza alla diminuzione. Anche per il morbillo, nonostante la presenza di indagini sieroepidemiologiche e di numerose esperienze circoscritte di vaccinazioni di massa, la frequenza di vaccinazioni, a livello nazionale, è ignota, ma sicuramente così bassa da non produrre alcun decremento sensibile nel numero dei casi notificati. Stime del Ministero della Sanità indicano una copertura vaccinale del 5 %.

*Parotite.* – Anche per la parotite il numero dei casi notificati nei vari anni (Fig. 6) dipende dalla ciclicità della malattia e non si evidenziano segni di decremento. La vaccinazione contro questa malattia non è disponibile in Italia ed è prevista solo in una legge regionale (Piemonte) che ne rimanda l'attuazione al momento dell'introduzione in Italia del vaccino trivalente contro rosolia-parotite-morbillo.

*Influenza.* – L'andamento epidemiologico dell'influenza non è deducibile dal numero di notifiche ufficiali, e l'unico indicatore disponibile è il numero ed il tipo di isolamenti virali effettuati presso i laboratori collaboranti alla sorveglianza nazionale, coordinata dal Centro Nazionale dell'O.M.S. presso l'Istituto Superiore di Sanità. Dai dati forniti ogni anno è possibile individuare le variazioni genetiche dei virus, responsabili delle epidemie. Nel triennio considerato l'attività influenzale è stata relativamente modesta e l'unica incidenza « epidemica » è stata riscontrata nei primi mesi del 1983.

La vaccinazione è sempre facoltativa e consigliata solo a gruppi di persone per cui la malattia può avere gravi conseguenze.

*Epatite virale di tipo B.* – L'andamento temporale annuale delle notifiche di epatite virale totale è riportato in Fig. 7.

Dei casi notificati circa il 50 % viene attribuito all'epatite da virus B. Da studi sieroepidemiologici è stato stimato che ogni anno in Italia si verificano circa 310.000 nuove infezioni di epatite B. Di queste circa il 10 % provocano una malattia clinicamente evidente e solo un'ulteriore frazione viene notificata. Inoltre si stima che circa il 4 % della popolazione nazionale (circa 2 milioni di persone) sono portatori dell'antigene di superficie del virus (HBsAg). Va anche ricordato che il 5-10 % dei casi acuti di epatite virale B va incontro a cronicizzazione della malattia con grave prognosi per il malato. Nel 1983 è stata introdotta la vaccinazione delle categorie a rischio ed è stato avviato lo studio per la valutazione delle risorse anticorpali.

Sono almeno 500.000 gli italiani che nella prima fase di vaccinazione dovranno essere protetti.

*Meningite meningococcica.* – La serie storica dei casi di meningite meningococcica (Fig. 8) mostra l'ancora elevata endemia di questa malattia che negli anni '80 evidenzia caratteristiche epidemiologiche (sierogruppo e maggior proporzione di casi nelle età adulte) che rendono verosimile l'eventualità di prossimi focolai epidemici. Per questo motivo è stata attivata una speciale sorveglianza epidemiologica.

Attualmente è disponibile un efficace vaccino contro alcuni sierogruppi del germe responsabile.

### 1.3. – *Malattie a trasmissione prevalentemente sessuale.*

In questo settore vi è una rilevante sottonotifica per cui i 3.228 casi dichiarati di blenoraggia nel 1983 sono inferiori ai casi trattati nello stesso anno presso gli Ospedali della sola città di Roma.

Tuttavia dalla Fig. 9 è possibile osservare un recente incremento delle notifiche. Analogo problema sorge per la sifilide (Fig. 10) di cui si apprezza anche un incremento dei casi nei primi anni '80. Purtroppo non vi sono informazioni sulle infezioni da herpes che pure l'O.M.S. dichiara essere uno dei più grandi problemi infettivi degli anni '80.

*Sindrome da immunodeficienza acquisita.* – Alla fine del 1983, 5 casi di AIDS risultavano notificati in Italia. Si tratta di omosessuali che hanno presuntivamente contratto la malattia all'estero. Tale nuova patologia ha gravi caratteristiche: altissima letalità, scarsa sensibilità alle terapie, veloce invasività, trasmissione per via ematica.

Negli Stati Uniti oltre 10.000 sono stati i casi finora identificati ed in Europa si sono verificate già alcune centinaia di casi (1980: 10 casi; 1981: 17; 1982: 79; 1983: 251; 1984: 514; 1985, I semestre: 327).

Per questo motivo il Ministero della Sanità con l'Istituto Superiore di Sanità ha instaurato uno speciale Sistema di Sorveglianza orientato soprattutto sui gruppi di popolazione a maggior rischio (omosessuali e tossicodipendenti).

La disponibilità recente di test diagnostici fa prevedere un aumento cospicuo dei casi nel prossimo futuro e una diffusione molto rilevante dell'infezione nella popolazione.

Alla data di pubblicazione di questo rapporto (dicembre 1985) i casi registrati in Italia risultano 140 mentre nel mondo sono 18.000 di cui 15.000 negli Stati Uniti d'America.

Da sottolineare che in Italia l'incidenza di AIDS è egualmente distribuita tra la popolazione omosessuale (44 %) e quella dei tossicodipendenti

(49 %) a differenza di quanto si osserva negli U.S.A. ove gli omosessuali contribuiscono in maniera predominante (74 %).

La comparsa di AIDS in emofilici e politrasfusi è invece uguale sia in Italia sia in U.S.A. (1-2 %).

#### 1.4. – Zoonosi.

*Brucellosi.* – Nel 1983, 2.623 sono stati i casi di brucellosi umana notificati e la Fig. 11 mostra un andamento pressoché costante negli ultimi anni: è quindi logico sospettare una inadeguatezza dei programmi di controllo di questa malattia che a fianco di danni umani porta considerevoli perdite al patrimonio zootecnico italiano.

*Echinococcosi.* – In Italia resta una malattia endemica di bassa incidenza, con particolari aggregazioni regionali (Sardegna).

*Leptospirosi.* – Pur avendo subito un notevole decremento negli anni recenti rimane un'infezione importante nel Paese con circa 200 casi ogni anno, soprattutto in Veneto, Emilia, Lombardia. L'identificazione dei casi è strettamente correlata alla disponibilità di accertamenti di laboratorio. Attualmente questa infezione rientra nel gruppo delle « infezioni occasionali » ed in quelle « da tempo libero » in quanto si osserva soprattutto nel personale adibito a lavori nella rete fognaria, nei canali di scarico oppure nei pescatori di acqua dolce e nei bagnanti fluviali. Importante risulta l'incidenza anche nell'ambito veterinario e nelle professioni correlate alla zootecnia.

*Toxoplasmosi.* – Si è assistito ad un graduale incremento della frequenza (Tab. 1): questa infezione rappresenta senza dubbio nel nostro Paese la malattia protozoaria più frequente.

Indagini epidemiologiche svolte in molte regioni hanno dimostrato che il 40-80 % della popolazione italiana oltre i 30 anni presenta anticorpi sierici specifici antitoxoplasmici, a dimostrazione dell'avvenuta infezione. La prevalenza anticorpale riscontrata nelle donne in età fertile varia dal 40 % (Liguria, Piemonte) al 60 % (Emilia, Sardegna): ne consegue che il rischio di infezione connatale risulta essere di 0,2-0,3 per mille nati vivi.

*Tularemia.* – Tra le malattie di recente introduzione nel Paese figura la tularemia che è passata da 2 casi nel 1980 a 92 nel 1982, dei quali ben 85 nelle provincie di Firenze ed Arezzo; malattia dei roditori selvatici ha avuto scoppi epidemici nel Centro Italia dovuti a consumo di acque contaminate da animali infetti; un'ipotesi molto verosimile è quella secondo cui la malattia sia stata importata nel Paese attraverso l'introduzione (a scopo venatorio) di animali vivi.

*Leishmaniosi.* – Negli ultimi 15 anni in alcune regioni, specie centro-meridionali (Toscana, Calabria, Sicilia) ma anche settentrionali (Piemonte, Liguria) si è riscontrata una ripresa di questa infezione dopo una bassa incidenza nel periodo 1950–1970, con prevalenza dell'interessamento nell'età adulta.

#### 1.5. – *Malattie epidemiche veicolate da acqua ed alimenti.*

*Dissenteria bacillare.* – Circa 200 casi/anno sono notificati per questa malattia, ma tali dati sono difficilmente credibili per la stretta relazione che esiste tra la dissenteria bacillare e la febbre tifoide che, come già visto, è fortemente endemica nel nostro Paese.

*Salmonellosi.* – Oltre 10.000 sono i casi di salmonellosi documentati e vi è una modica tendenza all'aumento dell'incidenza di questa malattia; per questo motivo il Ministero della Sanità ha istituito un Sistema di Sorveglianza specifico basato su una rete di laboratori operanti in tutto il Paese.

Il numero complessivo di isolamenti dall'uomo è: nel 1981: 9.814, 1982: 9.530, 1983: 8.668.

*Tossinfezioni alimentari.* – I circa 1.500 casi notificati annualmente di tossinfezioni alimentari difficilmente corrispondono alla realtà: è stato avviato uno specifico piano di sorveglianza presso l'Istituto Superiore di Sanità per identificare i determinanti epidemiologici di questa importante malattia.

*Botulismo.* – Si rilevano alcune decine di casi/anno (*Tab. 1*) con elevata letalità. È sospettata in Italia la presenza anche di infezioni di botulismo infantile.

#### 1.6. – *Infezioni ospedaliere.*

Uno studio condotto nel 1983 dall'Istituto Superiore di Sanità su 146 Ospedali italiani per un campione di 34.000 pazienti ha dimostrato che il 7 % degli italiani contrae un'infezione quando entra in ospedale: si tratta di oltre 600.000 casi all'anno che, soltanto per i costi aggiuntivi di degenza, portano ad un aggravio sulla spesa sanitaria di oltre 1.000 miliardi all'anno.

Un terzo di queste sono rappresentate da infezioni delle vie urinarie spesso associate a cattive manovre di cateterizzazione urinaria, il 22 % sono infezioni delle vie respiratorie particolarmente frequenti nei reparti di terapia intensiva ed in soggetti immunocompromessi, il 12 % sono infezioni delle ferite chirurgiche.

Le infezioni ospedaliere costituiscono quindi nel Paese uno dei rilevanti settori della patologia infettiva e richiedono l'attenzione degli operatori sanitari per avviare adeguati programmi di prevenzione.

#### 1.7. – *Malattie tropicali da importazione.*

*Malaria.* – La malaria è stata dichiarata eradicata dall'Italia negli anni '70 e a conferma di ciò i soli casi registrati sono di importazione o da esposizione a sangue infetto (ad esempio trasfusioni oppure tra tossicodipendenti).

I dati raccolti dal sistema routinario di notifiche non vengono considerati come attendibili, in quanto per la registrazione di un caso di malattia viene richiesto l'accertamento del tipo di parassita da parte dell'Istituto Superiore di Sanità. Nella *Tab. 2* vengono riportati i casi registrati nel triennio considerato, classificati per plasmodio e origine dell'infezione.

Anche con queste limitazioni si può osservare una certa riduzione dei casi di malaria importata in questo triennio e particolarmente nel 1983 in rapporto ai casi importati negli anni 1977 e 1978, in funzione forse della sensibilizzazione dell'opinione pubblica sull'efficacia e assoluta necessità della chemioterapia.



Tab. 1. - NOTIFICHE DELLE 65 MALATTIE INFETTIVE IN ITALIA - 1981-82-83.  
DATI PROVVISORI ISTAT

MALATTIA	1981	1982	1983
Amebiasi .....	89	250	88
Anchilostomiasi .....	26	19	16
Blenorragia .....	1.932	3.114	3.224
Brucellosi .....	2.476	2.987	2.623
Carbonchio .....	65	38	41
Colera .....	—	—	—
Congiuntivite contagiosa in collettività .....	836	889	787
Difterite .....	46	19	11
Dissenteria bacillare .....	131	253	225
Echinococcosi .....	54	87	113
Epatite virale .....	25.855	28.859	29.060
Febbre gialla .....	—	—	—
Febbre Q .....	8	16	18
Febbre tifoide .....	3.472	3.629	2.905
Infezioni da paratifo .....	971	1.925	1.303
Altre infezioni da salmonelle .....	11.498	12.535	11.196
Botulismo .....	43	43	24
Altre tossinfezioni alimentari .....	928	1.729	1.669
Gastroenterite nel 1° anno di vita .....	704	889	691
Imenolepiasi .....	4	1	3
Influenza .....	6.953	648	9.208
Lebbra .....	4	7	10
Leishmaniosi cutanea .....	38	28	23
Leishmaniosi viscerale .....	28	23	27
Leptospirosi .....	156	206	207
Linfogranuloma inguinale .....	3	4	9
Malaria .....	218	250	98
Malattia reumatica .....	96	107	108
Meningite meningococcica .....	804	761	761
Micosi della cute .....	1.288	1.542	2.400
Mononucleosi infettiva .....	2.239	2.822	3.129
Morbillo .....	70.926	21.794	29.574
Morva .....	—	—	—
Nevrassiti virali .....	332	386	436
Ornitosi .....	9	18	52

Segue Tab. 1. - NOTIFICHE DELLE 65 MALATTIE INFETTIVE IN ITALIA - 1981-82-83.  
DATI PROVVISORI ISTAT

MALATTIA	1981	1982	1983
Parotite epidemica .....	53.134	54.548	25.234
Pediculosi nelle collettività .....	20.883	23.149	18.694
Pertosse .....	7.335	16.955	27.735
Peste .....	—	—	—
Poliomielite .....	1	5	4
Rabbia .....	—	—	—
Morsicatura da animali rabbidi o sospetti ...	34.992	44.029	43.121
Rosolia .....	7.559	17.008	12.734
Scabbia .....	8.037	9.008	7.004
Scarlattina .....	7.107	10.768	9.155
Schistosomiasi .....	9	28	12
Sepsi puerperale .....	3	4	5
Sifilide con manifestazioni contagiose in atto ..	2.276	2.781	3.615
Teniasi .....	126	161	188
Tetano .....	239	219	193
Tifo esantematico .....	—	—	—
Forme dermatofosimili .....	844	1.099	1.103
Tigna .....	2.570	3.096	3.907
Toxoplasmosi .....	401	652	679
Tracoma .....	5	—	—
Trichinosi .....	18	2	—
TBC polmonare in fase contagiosa .....	2.972	3.686	3.498
TBC extrapolmonare in forma contagiosa ...	210	499	474
Tularemia .....	—	18	65
Ulcera venerea .....	20	10	22
Vaiolo .....	—	—	—
Vaccina generalizzata .....	—	—	10
Encefalite post-vaccinica .....	—	5	17
Varicella .....	43.838	69.272	67.400
Legionellosi (inserita con D.M. 7 febbraio 1983)	—	—	14

Tab. 2. - CASI DI MALARIA ACCERTATI IN ITALIA

SPECIE DI PLASMODIO	Casi importati da			Emotrasfusionale	Tossico-dipendente	TOTALE
	Africa	Asia	Americhe			
<i>1981</i>						
P. falciparum .....	70	4	2	—	23	99
P. vivax .....	28	17	7	—	—	52
P. malariae .....	2	—	1	2	—	5
P. ovale .....	—	—	—	—	—	—
Forme miste .....	1	—	—	—	—	1
Forme non riconosciute ..	11	—	—	—	—	11
TOTALE ...	112	21	10	2	23	168
<i>1982</i>						
P. falciparum .....	89	12	3	—	3	107
P. vivax .....	14	23	4	—	—	41
P. malariae .....	2	1	—	1	—	4
P. ovale .....	2	2	—	—	—	4
Forme miste .....	—	3	—	—	—	3
Forme non riconosciute ..	—	—	—	—	—	—
TOTALE ...	107	41	7	1	3	159
<i>1983</i>						
P. falciparum .....	107	2	1	—	—	110
P. vivax .....	22	17	3	—	—	42
P. malariae .....	1	—	—	—	—	1
P. ovale .....	1	—	—	—	—	1
Forme miste .....	—	1	—	—	—	1
TOTALE ...	131	20	4	—	—	155

Fig. 1. - CASI DI TBC POLMONARE NOTIFICATI IN ITALIA  
1971-1983

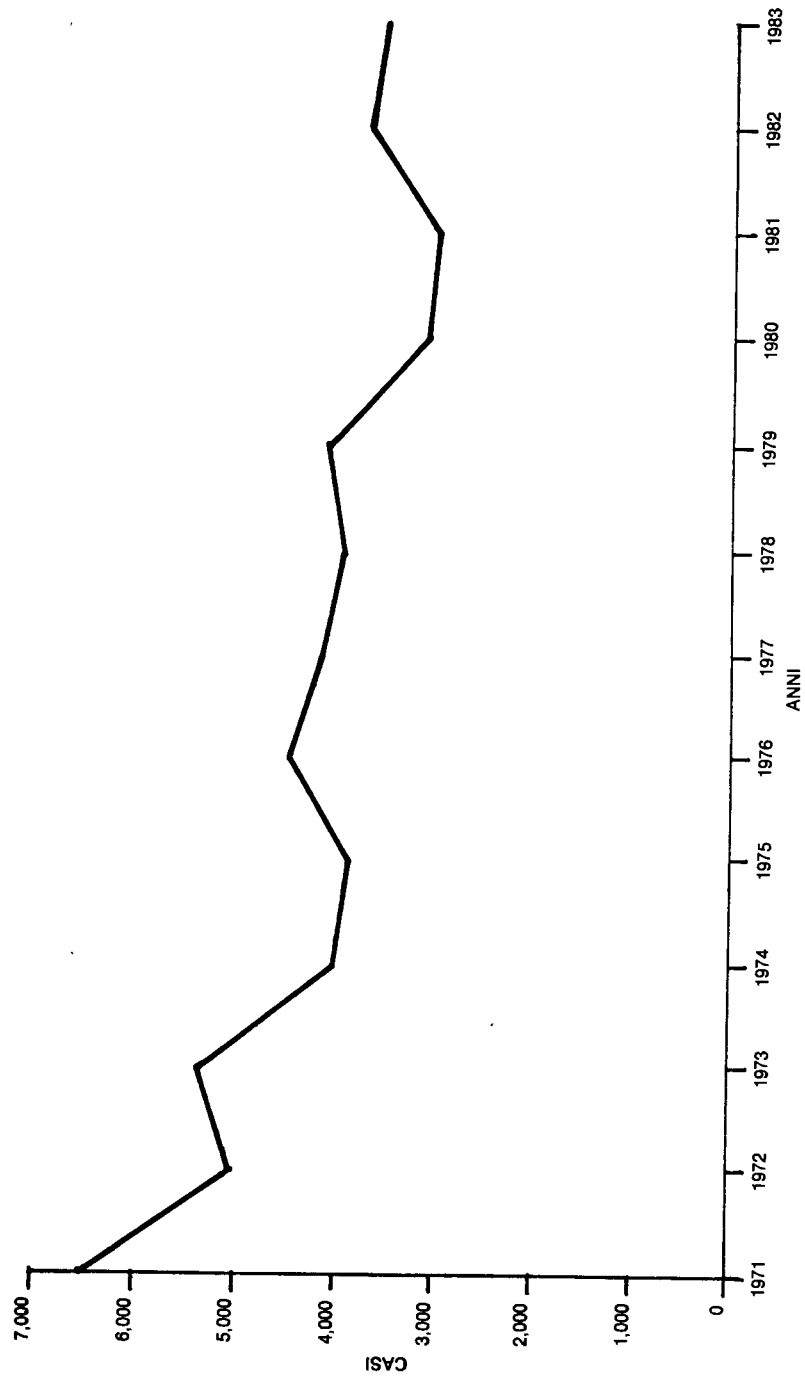


Fig. 2. - CASI DI FEBBRE TIFOIDE NOTIFICATI IN ITALIA  
1971-1983

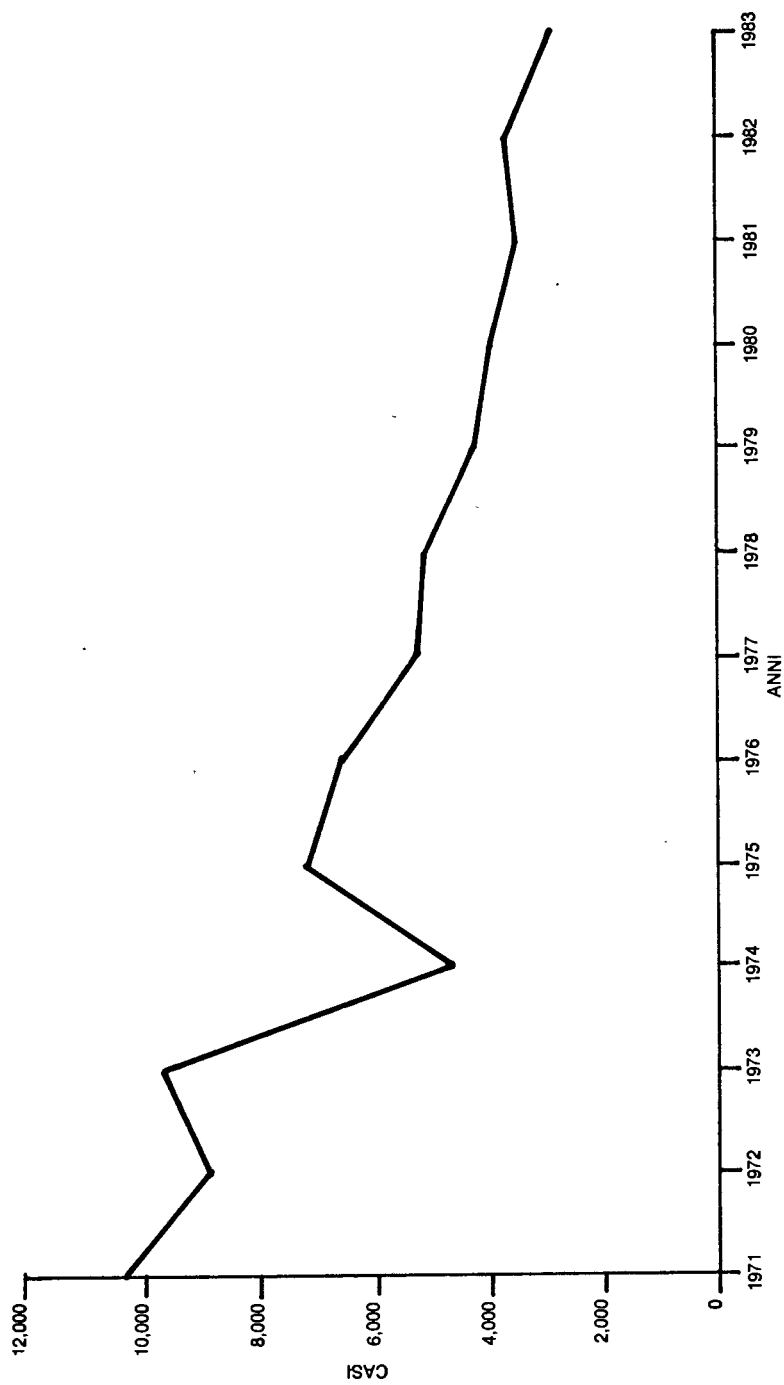


Fig. 3. - CASI DI ROSOLIA NOTIFICATI IN ITALIA  
1971-1983

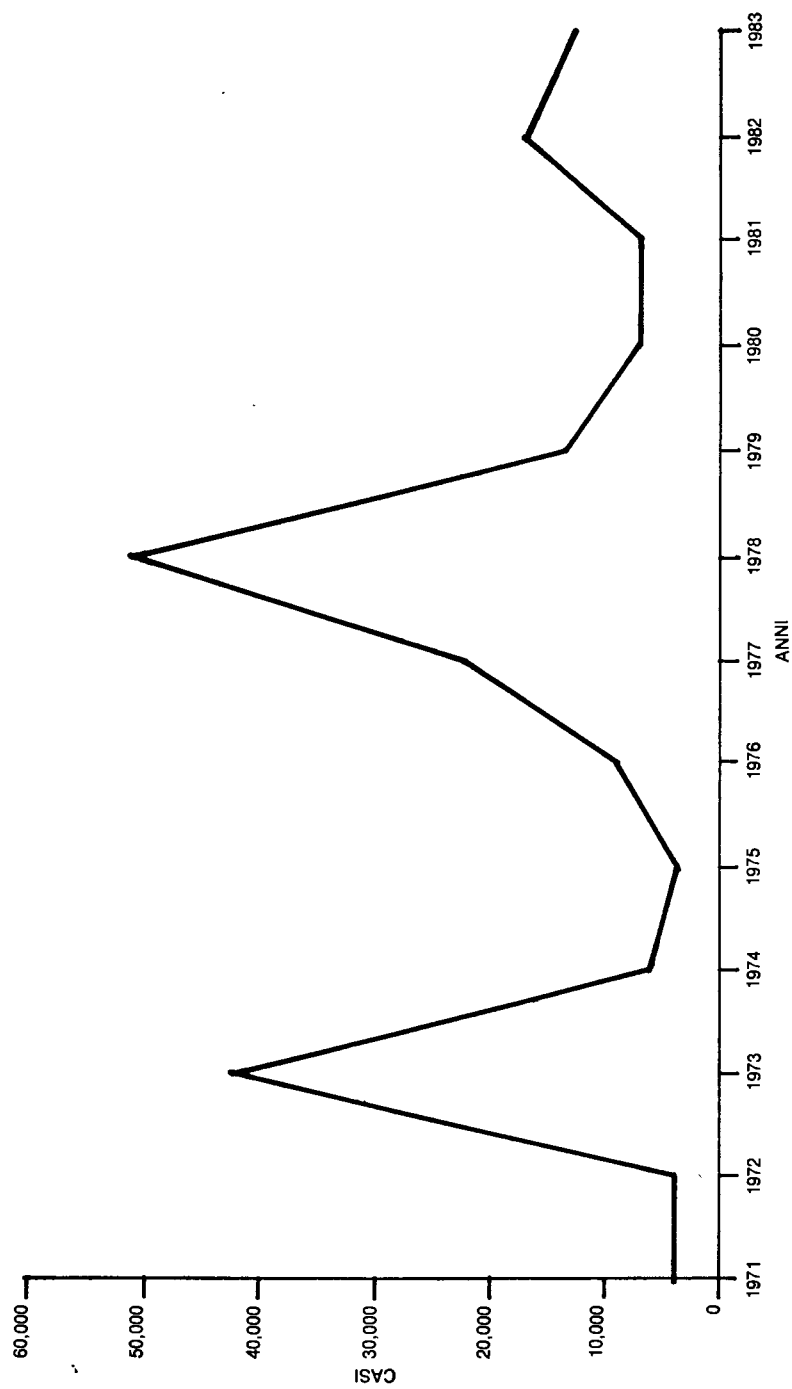


Fig. 4. - CASI DI PERTOSSE NOTIFICATI IN ITALIA  
1971-1983

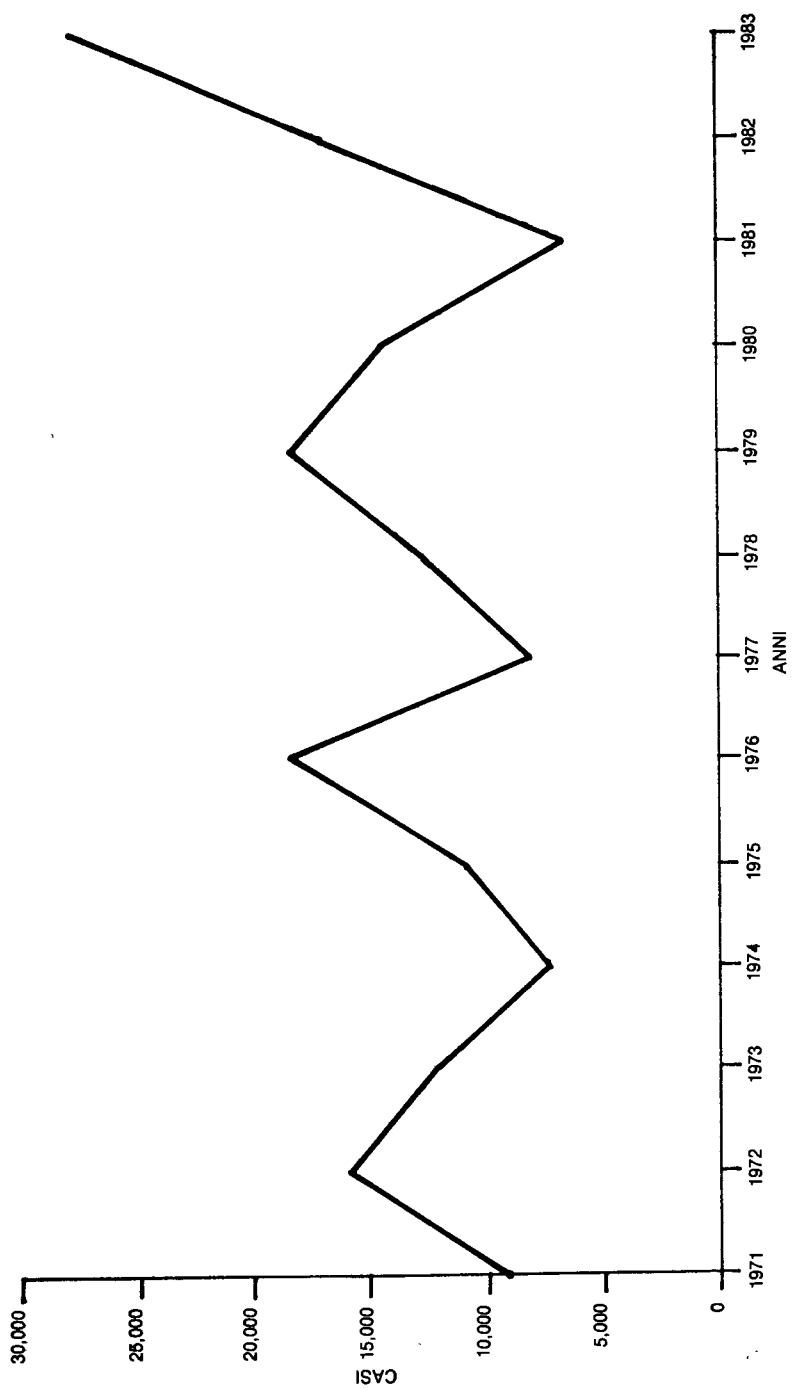


Fig. 5. - CASI DI MORBILLO NOTIFICATI IN ITALIA  
1971-1983

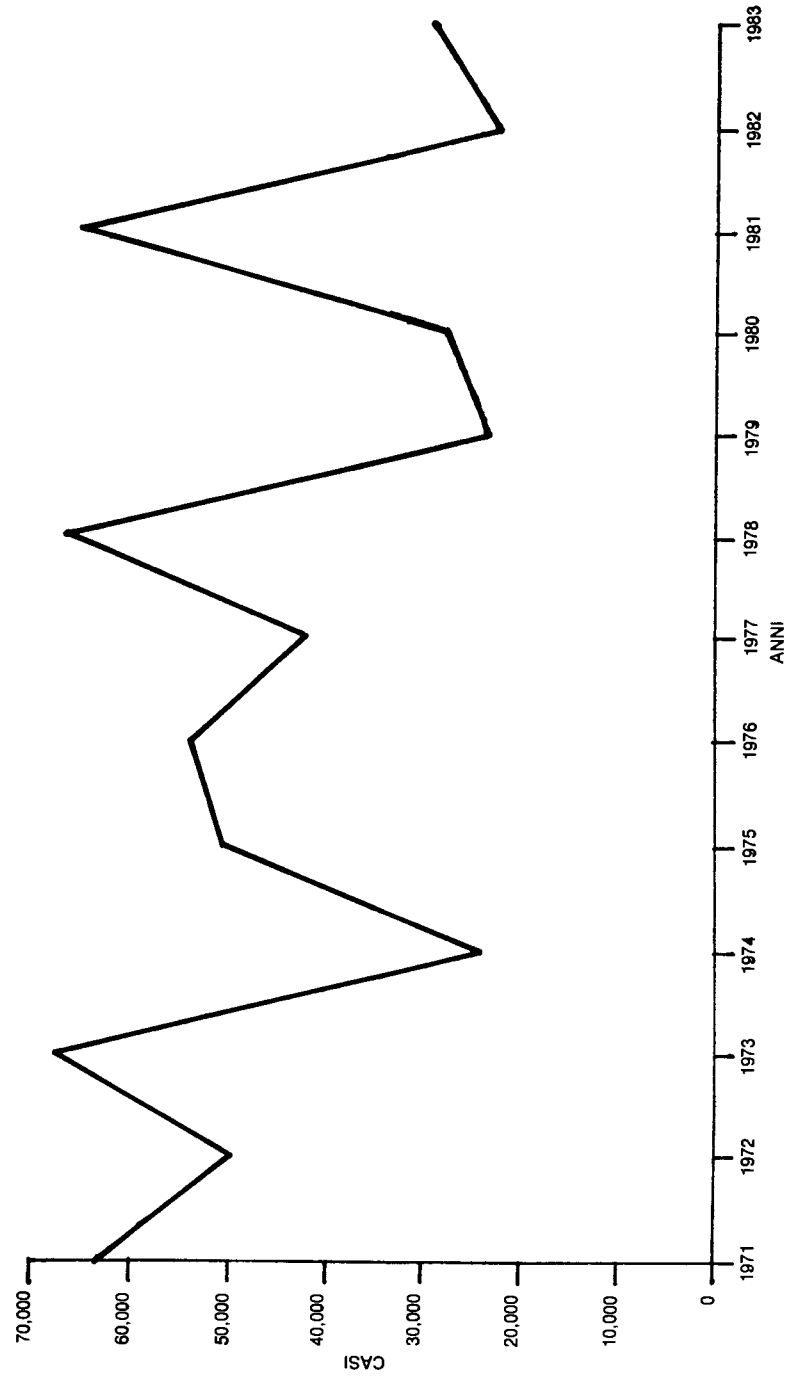




Fig. 6. - CASI DI PAROTITE EPIDEMICA NOTIFICATI IN ITALIA  
1971-1983

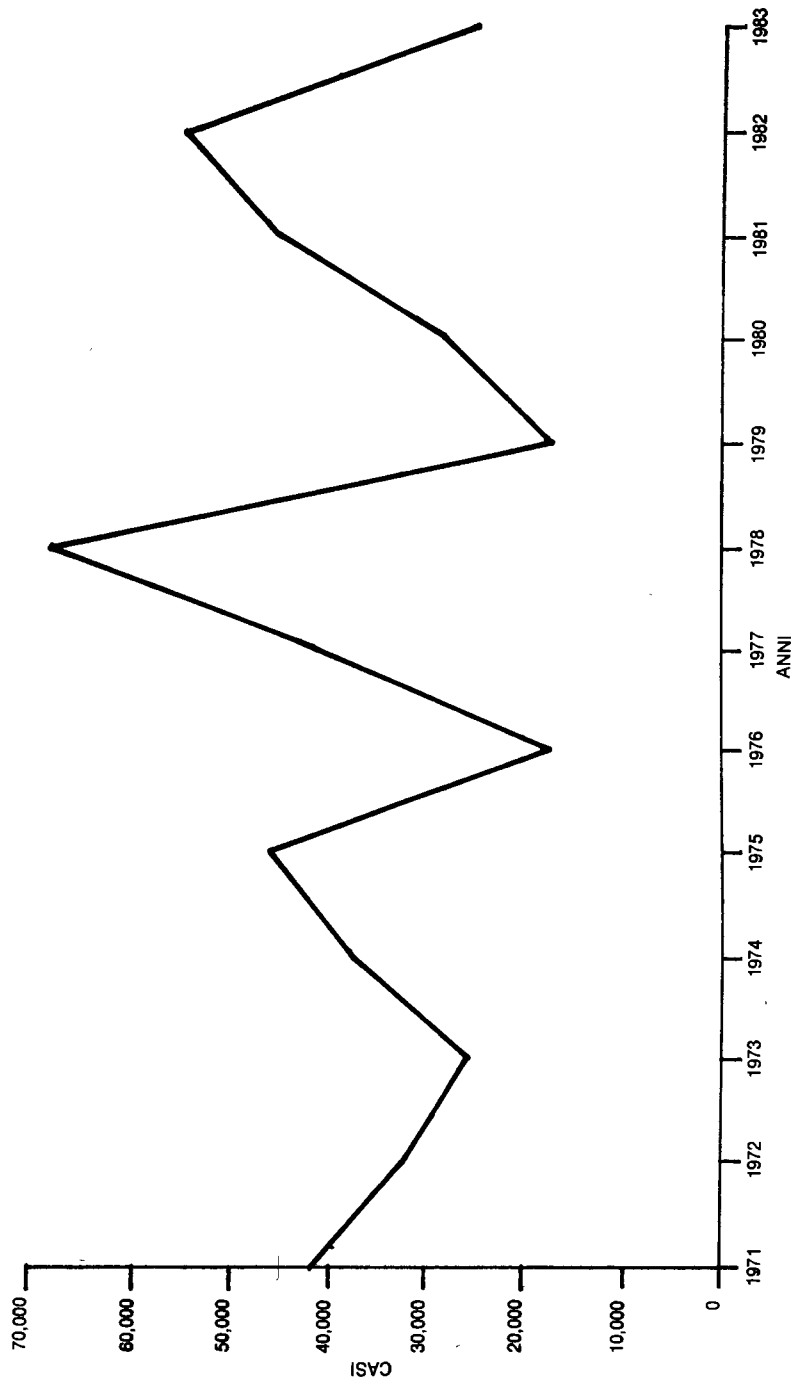


Fig. 7. - CASI DI EPATITE VIRALE NOTIFICATI IN ITALIA  
1971-1983

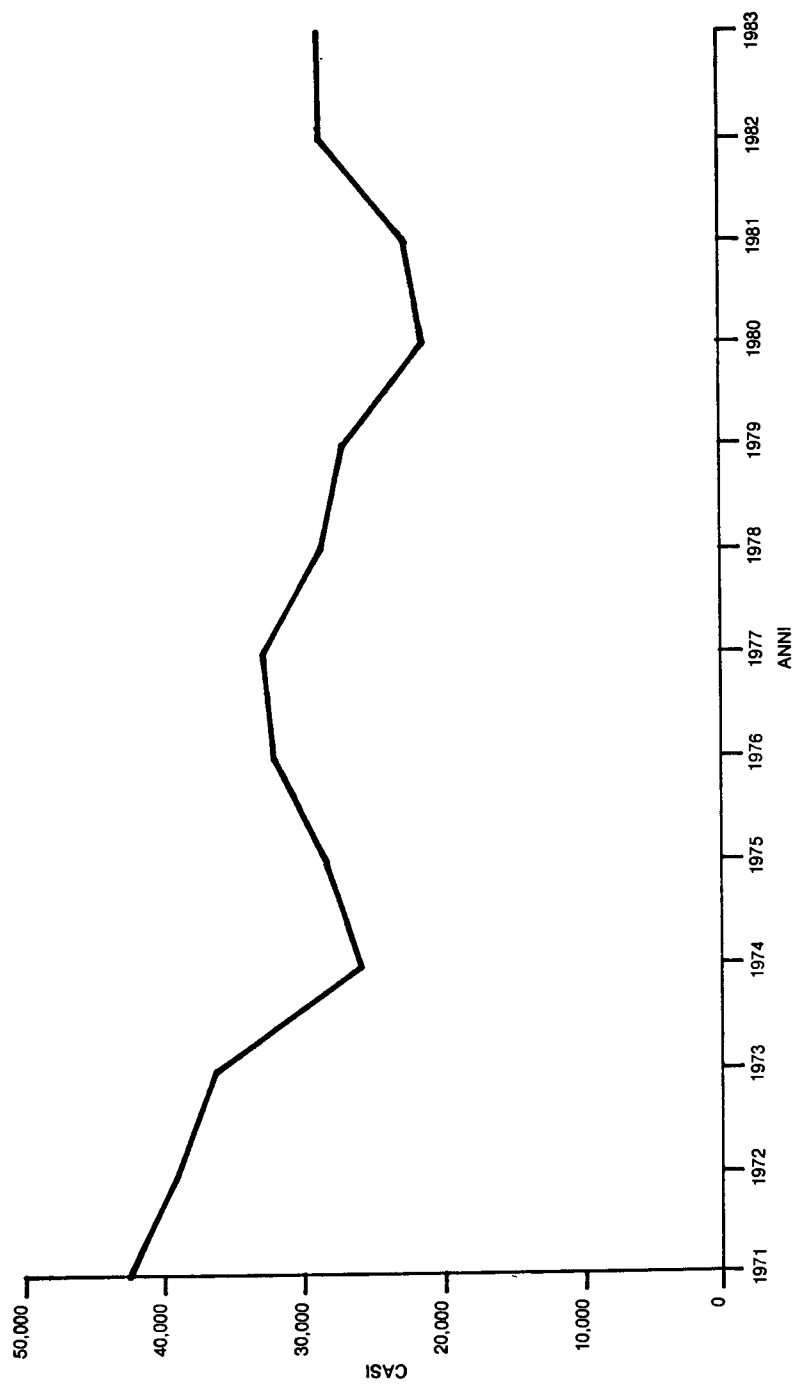


Fig. 8. - CASI DI MENINGITE NOTIFICATI IN ITALIA  
1971-1983

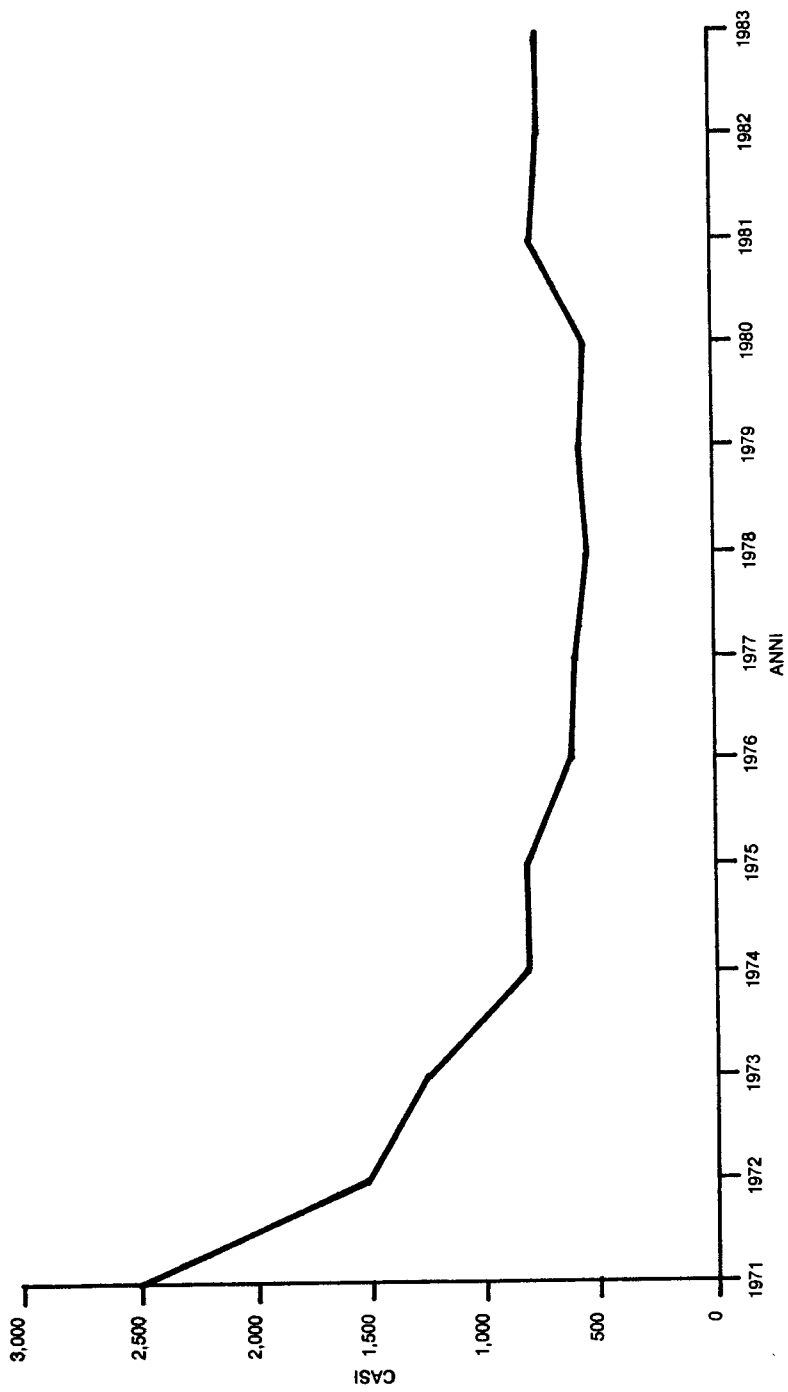


Fig. 9. - CASI DI BLENORRAGIA NOTIFICATI IN ITALIA  
1971-1983

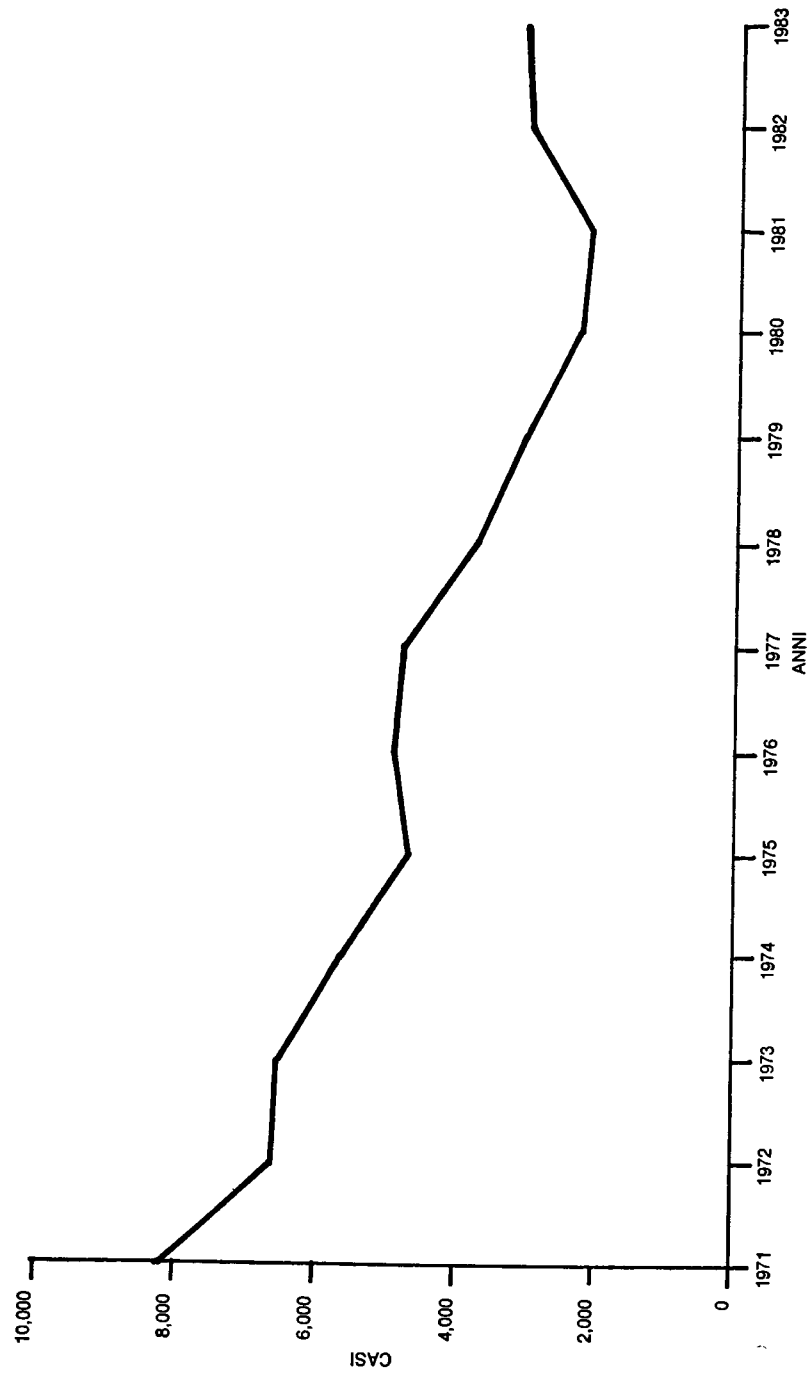


Fig. 10. - CASI DI SIFILIDE NOTIFICATI IN ITALIA  
1971-1983

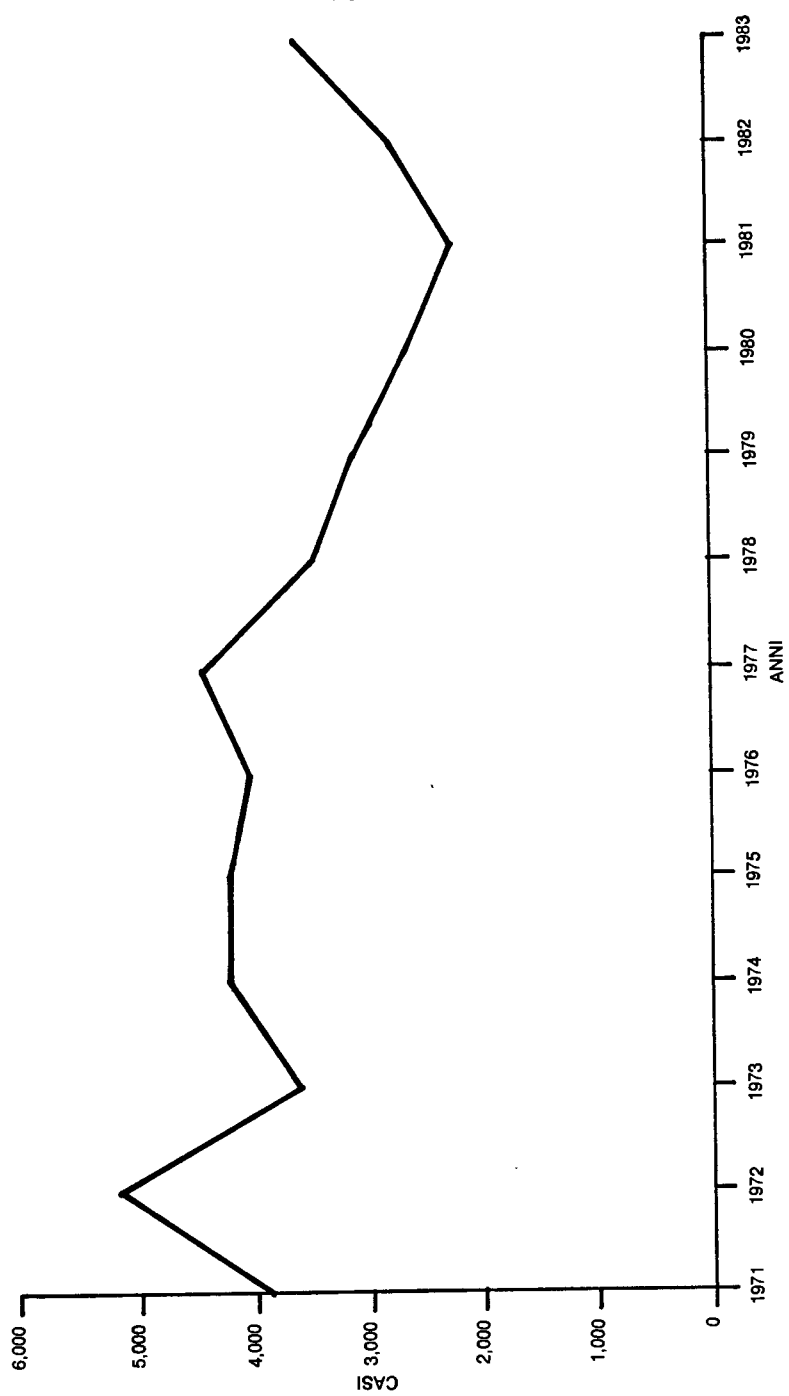
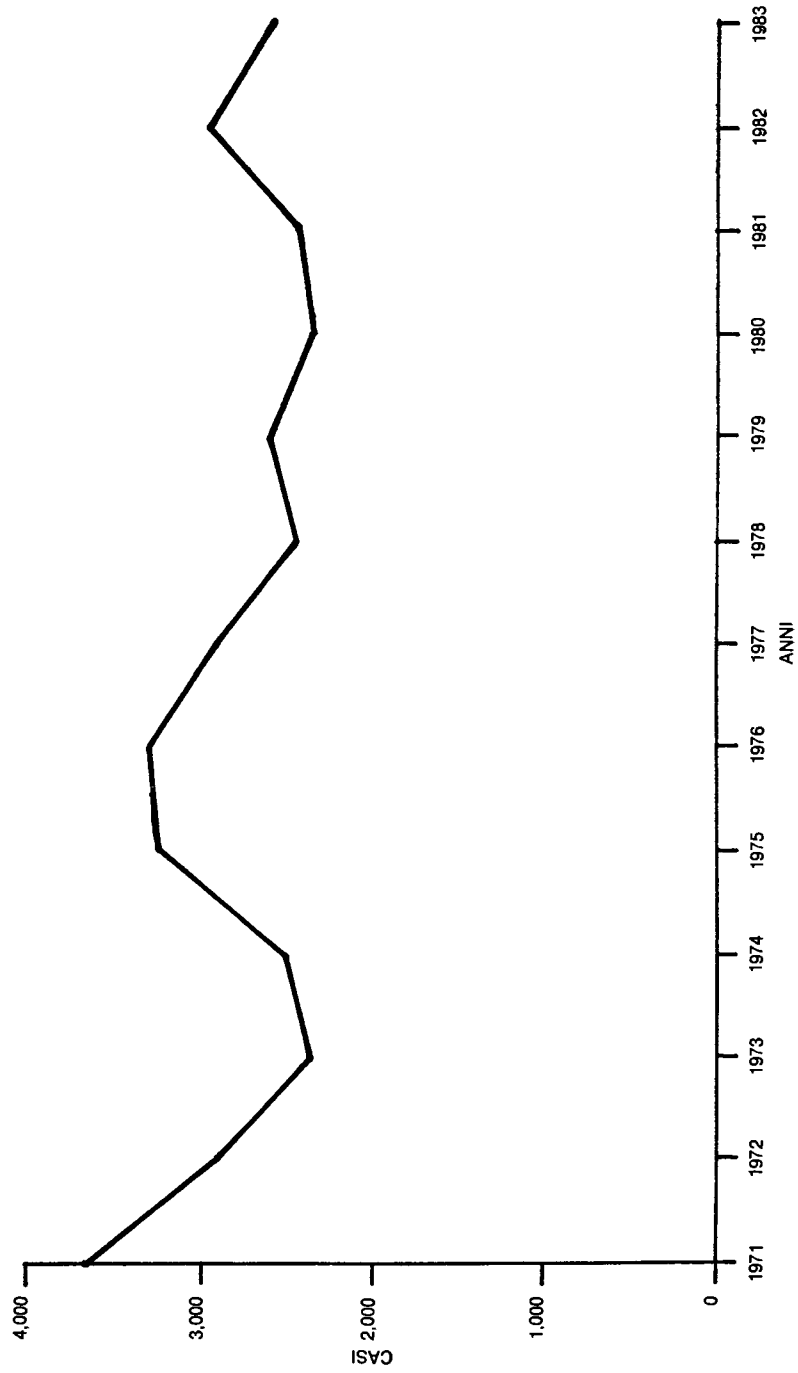


Fig. 11. - CASI DI BRUCELLOSI NOTIFICATI IN ITALIA  
1971-1983



## 2. - MALATTIE NON INFETTIVE.

Il Sistema informativo sanitario non ha ancora raggiunto un livello di integrazione funzionale tale da rendere le varie fonti di dati comparabili sia per distribuzione geografica che per modalità di sorveglianza di determinate patologie specifiche. La realizzazione di registri orientati a singole patologie (cardiopatie, diabete, handicaps, epilessia, osteoporosi, ecc.) potrebbe rappresentare lo strumento informativo valido per una completa conoscenza dei dati epidemiologici relativi alle malattie non infettive.

### 2.1. - Malattie articolari.

Da una recente indagine campionaria ISTAT (1983) risulta che, fra le malattie « cronico-degenerative », l'artrosi e l'artrite costituiscono la patologia più diffusa (19,7 %), seguite dalle malattie dell'apparato cardiovascolare (15,3 %) e dell'apparato respiratorio (58,8 %).

Il tipo di affezione di più frequente riscontro, nell'ambito della patologia reumatica, è l'artrosi (63,5 %) (Tab. 1).

I dati riferiti sull'epidemiologia delle malattie reumatiche in Italia sono pressoché sovrapponibili a quelli denunciati in altri Paesi.

Suddividendo la popolazione per gruppi di età si rileva, dagli studi condotti dalla Lega Italiana contro le M.R. e per l'aiuto al malato reumatico, che le malattie reumatiche colpiscono l'1 % dei giovani fino a 18 anni, il 18 % dei soggetti in età lavorativa (19-60 anni) ed oltre l'80 % degli anziani (oltre 60 anni). Il tipo di affezione che si riscontra nei tre gruppi d'età anzidetti è diverso: prevalgono i reumatismi di tipo infiammatorio nei giovani; sono presenti quasi tutte le diverse malattie reumatiche nei soggetti in età lavorativa; negli ultrasessantenni la malattia che si riscontra nella quasi totalità dei casi è l'artrosi.

Per i reumatismi infiammatori la frequenza di una invalidità « grave » o « totale » si aggira intorno al 40 % dei casi. Tale evento è meno frequente fra gli artrosici, che però rappresentano la gran parte dei reumatici invalidi a causa dell'elevato numero dei soggetti colpiti dalla malattia.

Dai dati I.N.P.S. risulta che le malattie reumatiche, con una frequenza del 28,4 %, rappresentano la seconda causa di invalidità permanente, dopo quelle del sistema circolatorio.

Il danno economico indotto dalle malattie reumatiche è notevolmente elevato; esso è valutabile per l'anno 1982 ad oltre 2.000 miliardi di lire per i soli costi diretti (Tab. 2). Il costo medio più elevato per singola malattia (Fig. 1) è quello per la spondilite anchilosante che precede quello per l'artrite reumatoide; con costi nettamente inferiori seguono l'artrosi, la gotta e il reumatismo articolare acuto. Se si fa riferimento invece al costo globale, l'onere maggiore è da attribuirsi, per l'elevato numero dei



casi, all'artrosi che determina circa il 60 % dell'intero costo; seguono con cifre nettamente inferiori l'artrite reumatoide, la spondilite anchilosante, la gotta, il reumatismo articolare acuto. Una aliquota consistente, pressoché pari a quella dell'artrite reumatoide, è dovuta ad « altri reumatismi », quali la diffusa fibrosite, le periartriti e le più rare connettiviti.

## 2.2. - Malattie cardiovascolari.

Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte in Italia, e la riduzione complessiva dei quozienti di mortalità, osservata negli ultimi anni, è lieve e sembra prevalentemente spiegata dalla riduzione degli incidenti cerebrovascolari il cui andamento è chiaramente decrescente da molti anni. Sembra invece prematuro attribuire attendibilità alla riduzione dei quozienti per cardiopatia ischemica, per il semplice fatto che tale andamento sembra « confuso » da possibili slittamenti diagnostici che hanno recentemente portato ad un aumento di voci aspecifiche che non dovrebbero trovar posto tra le cause di morte (ipertensione, arteriosclerosi, cardiopatie descritte in termini sintomatici).

Nel 1983 ha preso avvio il primo sistema di registrazione delle m.c. in Italia, nell'ambito del progetto Monica-O.M.S., Monitoraggio Malattie Cardiovascolari. Tale progetto coinvolge tre aree: area Latina (popolazione target: 420.000 abitanti), area Friuli (480.000 abitanti), area Brianza (460.000 abitanti). Nelle prime due aree vengono registrati gli eventi coronarici e quelli cerebrovascolari, mentre nell'area Brianza solo gli eventi coronarici.

L'area Latina ha fornito i primi dati, seppure provvisori, relativi al 1983, che sono qui riportati e che vengono impiegati per tentativi di estrapolazione. Ai fini di questo rapporto gli eventi coronarici sono stati classificati in fatali, non fatali maggiori e totali (somma dei due). Estrapolando i quozienti alla popolazione italiana (1980) si ottengono frequenze che sono riportate nella sezione (b) della *Tab. 3*.

Un approccio analogo è stato eseguito per gli eventi cerebrovascolari i cui dati sono riportati nella *Tab. 4*.

La *Tab. 5*, utilizzando ancora i dati del registro dell'area Latina, riporta il rapporto fra casi fatali e tutti i casi (letalità a 28 giorni). Tale letalità si eleva con l'avanzare dell'età ed è più elevata nelle femmine che nei maschi, sia per gli eventi coronarici che per quelli cerebrovascolari. Gli elevati livelli talora evidenziati nelle età più giovani sono artifici dipendenti dai piccoli numeri.

Un altro settore della patologia cardiovascolare in cui si dispone di dati derivati da sistemi di registrazione è quello delle cardiopatie congenite. Il registro cardiologico di Firenze indica un'incidenza di cardiopatie con-



genite del 10,5 per 1.000 nati vivi. D'altra parte il sistema di registrazione delle malformazioni congenite IPIMC suggerisce che l'incidenza è scarsamente variabile nelle diverse regioni italiane. Risulta pertanto legittimo eseguire una estrapolazione che porta a stimare in circa 6.000 all'anno i nati vivi portatori di malformazioni congenite cardiache.

Per quanto riguarda l'endocardite infettiva, una recente indagine condotta nel Veneto su materiale ospedaliero ha indicato il raddoppio dell'incidenza stimata tra il 1975 e il 1984. Se l'incidenza osservata nel Veneto viene estrapolata all'intero Paese dovrebbero verificarsi ogni anno in Italia circa 1.250 casi. È evidente che le precauzioni profilattiche non hanno ancora raggiunto una sufficiente applicazione nel nostro Paese.

Nel settore dei fattori di rischio dell'arteriosclerosi l'unica novità di rilievo di carattere descrittivo consiste nella revisione recente di una serie di studi condotti su campioni di popolazione che hanno permesso di definire l'entità del controllo dell'ipertensione arteriosa in Italia (*Tab. 6*).

In campo sperimentale si è invece recentemente concluso il Progetto Romano di Prevenzione della Cardiopatia Coronarica per un follow-up di 10 anni, di cui i primi 6 caratterizzati da un pesante intervento preventivo sui principali fattori di rischio nella popolazione a trattamento. Al termine di questa esperienza la mortalità per cardiopatia coronarica nei gruppi trattati è risultata ridotta di circa il 30 % rispetto ai gruppi di controllo, confermando l'utilità di intervenire massicciamente sui principali fattori come la colesterolemia, la pressione arteriosa e il fumo di sigaretta a livello comunitario.

### 2.3. – *Stati disendocrino-dismetabolici.*

#### 2.3.1. – *Malattie genetico-metaboliche.*

Tra le numerose malattie genetico-metaboliche un particolare rilievo medico-sociale rivestono quelle che sono passibili di diagnosi precoce e quindi di prevenzione primaria e secondaria. Gli interventi preventivi in questo settore possono uniformarsi a tre logiche operative:

- a) lo screening neonatale;
- b) lo screening mirato;
- c) la diagnosi prenatale.

La logica operativa dello screening neonatale è quella di sottoporre ad analisi tutti i neonati per evidenziare i soggetti a rischio di malattia. Una commissione di esperti della C.E.E. ha raccomandato l'esecuzione dello screening per le seguenti malattie, in ordine di priorità (tra parentesi è indicata l'incidenza nel nostro Paese): ipotiroidismo (1/2.800), fenilche-

tonuria ed iperfenilalaninemie (1/9.000), galattosemia (1/50.000), malattia delle urine a sciroppo d'acero (1/100.000) e sindrome adrenogenitale. Obiettivo di questo tipo di interventi è quello di diagnosticare i neonati affetti entro il primo mese di vita, al fine di intervenire in tempo con le opportune terapie.

Lo screening mirato consiste nello studio di segmenti di popolazione caratterizzati da un elevato rischio di essere affetti da una certa malattia.

La diagnosi prenatale si avvale di diverse tecniche che possono essere applicate alle malattie cromosomiche, ai difetti di saldatura del tubo neurale ed alle malattie genetico-metaboliche. Per queste ultime la diagnosi si basa sulla raccolta di cellule di origine fetale e sullo studio delle attività degli enzimi interessati. L'alta specializzazione occorrente per le tecniche di prelievo dei campioni e per la coltura e le successive analisi rende indispensabile una severa selezione e centralizzazione dei presidi in grado di svolgere questo intervento.

### 2.3.2. - Malattie tiroidee.

Da una recente indagine svolta dalla European Thyroid Association (1) l'Italia risulta regione europea ad alta prevalenza di gozzo. Vengono indicate aree di endemia nelle seguenti regioni: Val d'Aosta, Toscana, Sicilia, Alto Adige, Lazio, Calabria. Sicuramente esistono altre zone di endemia non identificate. Nelle zone studiate la prevalenza del gozzo oscilla nell'età scolare tra il 25 ed il 60 %. La profilassi iodica non è obbligatoria per legge.

Lo screening dell'ipotiroidismo congenito neonatale è in atto in varie regioni. La frequenza di neonati affetti varia da 1/1.541 nelle Marche a 1/5.825 in Emilia. L'Istituto Superiore di Sanità controlla a livello nazionale i risultati dello screening.

Non esistono dati sulla prevalenza nella popolazione generale delle malattie autoimmuni della tiroide, quali la malattia di Flajani-Basedow, le tiroiditi croniche autoimmuni, il mixedema primario dell'adulto. È risultata una prevalenza dell'autoimmunità tiroidea del 12,5 %, che sale al 28 % nel sesso femminile in età adulta. Un ipotiroidismo latente (anticorpi antitiroide e TSH marginalmente elevato) è presente nel 2,7 % dei soggetti, con maggior prevalenza nel sesso femminile (4,2 %).

Il controllo a distanza di cinque anni non ha dimostrato in alcun caso l'evoluzione verso una forma di ipotiroidismo manifesto.

Scarsi sono i dati epidemiologici sulla morbosità e mortalità per cancro della tiroide in Italia. I dati più recenti indicano una incidenza

---

(1) *Lancet*, n. 8441, vol. I, 1985.

annuale di 2/100.000 abitanti; dati meno recenti e limitati al Nord Italia indicano 2/100.000 per i maschi e 4,3/100.000 per le femmine. Non si conosce se la prevalenza di cancro tiroideo nelle aree di endemia gozzigena differisca da quella delle aree esenti da endemia. Non si conosce se vi sia stato un mutamento del tipo istologico in quelle aree nelle quali viene praticata la profilassi iodica.

#### 2.4. - *Diabete.*

Una descrizione della diffusione del diabete in termini numerici precisi non è possibile, per la mancanza di dati statistici attendibili.

La mortalità per diabete risulta infatti in genere notevolmente sotto-stimata, in base ai certificati di morte, in quanto l'esito fatale è solo in una piccola parte dei casi legato a complicanze metaboliche acute che vengono specificatamente menzionate nella diagnosi.

Per quel che riguarda la prevalenza della malattia, si ritiene che il diabete sia una delle condizioni morbose croniche più diffuse; fatto ancor più importante, l'incidenza sembra essere in rapido e continuo aumento. Stime di larga massima portano a valutare in circa 1,5 milioni gli italiani con diabete manifesto diagnosticato: ciò corrisponde ad una prevalenza di circa il 2,5 % della popolazione generale e di ben quasi il 7 % della popolazione adulta di età 45 anni ed oltre, che rappresenta la fascia di età maggiormente colpita dal diabete di tipo II o non insulino-dipendente (più del 90 % di tutti i casi di diabete). Se questo è il dato relativo ai soggetti con diabete clinico, si calcola che almeno altrettanti italiani siano affetti da diabete ignorato.

In altre parole, si stima che gli italiani affetti da diabete siano circa 3 milioni, pari a poco meno del 5 % del totale della popolazione. Se, in aggiunta a questi soggetti, si prendono in considerazione anche quelli che presentano altre categorie di intolleranza glucidica (ridotta tolleranza al glucosio, diabete gestazionale) o che sono classificabili in certe classi di rischio statistico (pregresse alterazioni della tolleranza al glucosio, anomalie potenziali della tolleranza al glucosio), il problema appare chiaramente in tutta la sua importanza, anche sotto il profilo quantitativo.

Rifacendoci all'indagine campionaria ISTAT del 1983 la prevalenza stimata risulta essere del 3,31 %, maggiore per le donne (3,69 %) che per gli uomini (2,90 %), e più alta nelle classi d'età più anziane (11,7 % negli ultrasessantacinquenni rispetto al 2,6 % dei soggetti al di sotto dei 30 anni). Da notare che nella precedente indagine ISTAT del 1980 la prevalenza risultava del 2,85 %, indicando l'esistenza di un andamento ascendente dovuto probabilmente all'aumentata incidenza della malattia.

## 2.5. - Epilessia.

I tassi di incidenza e di prevalenza della malattia secondo quanto valutato dal NIH nel 1978 sono rispettivamente di 4,67/100.000 e di 6,57/1000. Si ritiene inoltre che il 3,4/100.000 di soggetti affetti sfuggano al controllo. Ne deriva che l'1 % della popolazione ne è effettivamente colpita. Tale dato, rapportato alla popolazione italiana, fa pensare che nel nostro Paese il numero complessivo di persone affette da epilessia sia di circa 5-600.000, delle quali ad es. 51.000 nel Lazio, 90.000 nella Lombardia, e almeno 30.000 nel comune di Roma. Rare sono le indagini epidemiologiche fatte in Italia, comunque nessun dato ufficiale dello stato è disponibile. Gli studi disponibili riguardano solo alcuni territori (Tab. 7).

Quale esempio della rilevanza del problema possiamo riferire che nel 1981 presso l'accettazione del policlinico Umberto I di Roma su un totale di 61.825 ricoverati, 290 pari al 4,7/1000 avevano una diagnosi di entrata di epilessia.

Si sono creati negli ultimi dieci anni Centri deputati unicamente all'assistenza di questi malati. Il numero dei centri riconosciuti o meno dalle regioni è certamente ancora molto esiguo (Fig. 2) e del tutto insufficiente a svolgere solo un'attività di consulenza. Ad esempio l'Italia meridionale appare particolarmente carente.

Si può concludere dicendo che la complessità e peculiarità della malattia e la molteplicità delle conseguenze non permettono all'ammalato epilettico di trovare ancora una adeguata ed esauriente risposta alle sue necessità nella attuale struttura sanitaria.

## 2.6. - Microcitemia e anemia mediterranea.

Ricerche condotte tra il 1945 ed il 1960 dal Centro di Studi della Microcitemia hanno messo in luce per la prima volta la gravità del problema microcitemico in Italia, evidenziando la presenza di densi focolai nel Delta Padano, in Sardegna, in Sicilia e nelle altre regioni dell'Italia meridionale. In tutti questi territori la frequenza dei portatori di microcitemia è del 10-20 % ed anche maggiore (Fig. 3). Nelle altre regioni, in cui la frequenza era inizialmente molto bassa, l'immigrazione avvenuta nel dopoguerra dal Sud al Nord ha creato nuovi focolai; a Milano e a Torino, per esempio, si è passati dall'1-2 % degli anni '40 al 5-6 % degli anni '70.

Complessivamente si calcola che siano presenti in Italia circa 2 milioni e mezzo di microcitemici. In tutti i focolai le varietà più frequenti sono le microcitemie del gruppo non- $\alpha$ ( $\beta$ microcitemia),  $\beta$  (con Hb Lepore o con Hb F) e cioè quelle che in condizione omozigotica o di doppia eterozigosi danno origine all'anemia mediterranea (o morbo di Cooley

o talassemia major). Solo nel focolaio sardo le  $\alpha$ -microcitemie rappresentano circa il 50 % di tutte le microcitemie. Una mappa molto dettagliata della frequenza e della distribuzione delle microcitemie è disponibile oggi per il Lazio (Fig. 4).

Non vi è ancora un registro nazionale dei malati in Italia, ma i dati parziali già disponibili permettono di valutare che i malati gravi trasfusione-dipendenti sono almeno 7.000, quasi tutti concentrati nelle aree microcitemiche, e altri 700-800 sono i malati di talassemia intermedia (meno gravi e solo saltuariamente obbligati a trasfusioni). Una stima recente ha messo in evidenza, inoltre, che il numero di nuovi malati che ogni anno sono previsti in Italia, in assenza di prevenzione, è di circa 400, di cui un centinaio nell'Italia centro-settentrionale ed i rimanenti in Sicilia, Sardegna e in tutte le altre regioni meridionali.

Il decorso della malattia è solo di 3-4 anni. Da un ventennio però la durata e la qualità della vita dei malati sono molto migliorate. Un'indagine eseguita dal Centro Microcitemia di Roma sui dati ISTAT relativi al periodo 1969-1980 ha rilevato che alla fine degli anni '70 il 50 % dei malati superava già l'età di 14 anni; un ulteriore prolungamento, per quanto ancora non documentabile, si può ritenere sia avvenuto dal 1981 in poi. La terapia che assicura questi risultati viene oggi effettuata in day-hospital, ma queste strutture sono ancora scarse nell'Italia meridionale e insulare ove anche la terapia trasfusionale è spesso inadeguata per la cronica carenza di donazioni volontarie di sangue.

Un programma di prevenzione globale della malattia deve articolarsi sui seguenti punti:

- 1) l'educazione sanitaria delle popolazioni;
- 2) lo screening dei microcitemici in una fascia totale, preferibilmente scolastica, di popolazione;
- 3) la ricerca e lo screening pre-matrimoniale, su giovani coniugi e donne in gravidanza;
- 4) la consulenza genetica.

È necessaria inoltre sul territorio la presenza di centri specializzati che svolgano i suddetti compiti e di centri di diagnosi prenatale. È da segnalare, sebbene in questo campo non vi sia ancora una programmazione ufficiale, che i centri di microcitemia sono già sorti per iniziativa locale in molti territori; ed in alcune città sono sorti centri di diagnosi prenatale. Il fabbisogno reale è però di 2 o 3 centri di microcitemia per ogni regione ad alta incidenza, e di almeno 10 centri di diagnosi prenatale su tutto il territorio nazionale.

A Roma il Centro Studi Microcitemia ha realizzato dall'ottobre 1975 il primo piano globale di prevenzione, mettendo in atto tutti gli

interventi sopra elencati. Nei primi 10 anni di lavoro sono stati identificati 9.000 microcitemici su 454.000 studenti esaminati e altri 12.000 giovani microcitemici su 87.000 giovani esaminati; sono state individuate 222 coppie a rischio delle 350 previste nella regione; negli ultimi 4 anni sono stati identificati ed è stata effettuata interruzione di gravidanza per 15 feti omozigoti; si è ottenuta una riduzione dell'85 % delle nascite di nuovi malati. Questo è l'unico piano globale di prevenzione di dimensioni regionali finora realizzato in Paesi microcitemici.

In Italia altri piani condotti in più piccoli territori (provincia di Ferrara, Sardegna meridionale, Sicilia occidentale) e con la sola ricerca di gravidanze a rischio hanno ottenuto finora risultati modesti, ad eccezione della provincia di Ferrara dove si è raggiunta una prevenzione totale.

## 2.7. - Tumori.

Risulta molto difficile dare un quadro della situazione nazionale per ciò che concerne la patologia neoplastica, sia per la carenza delle fonti ufficiali, sia per la difficoltà ad impostare indagini epidemiologiche volte a stimare l'incidenza e la prevalenza di tali forme morbose. Anche i dati dei Registri Tumori si prestano poco a questo scopo, data l'indefinibilità del denominatore. Secondo i dati della indagine ISTAT del novembre 1983, la prevalenza globale (entrambi i sessi; tutte le classi d'età) delle malattie neoplastiche (compresi leucemia e linfomi) risulta dello 0,52 %.

Uno degli aspetti da tenere in considerazione studiando l'aumento nel tempo dei tumori nel nostro Paese è che negli ultimi anni la popolazione tende sempre di più ad invecchiare e quindi sarebbe logico attenderci sempre più tumori, pur rimanendo il loro andamento costante, essendo questi più frequenti nelle età più avanzate.

I dati ISTAT, standardizzati per l'età, ci offrono il quadro di una situazione epidemiologica, per ciò che riguarda i tumori, molto simile a quella degli altri Paesi occidentali, sia pur con alcune interessanti differenze.

I tumori dell'apparato respiratorio mostrano un costante incremento, più marcato per i maschi, ma di rilievo anche per le femmine. L'osservazione della distribuzione geografica di tali neoplasie evidenzia come queste siano di gran lunga più frequenti al Nord, nelle aree industriali e nelle grandi città. Fra i tumori dell'apparato digerente si osserva un incremento delle forme esofagee ed intestinali ed un decremento dei tumori dello stomaco. Per i tumori dello stomaco è interessante notare come la tendenza alla diminuzione sia molto meno marcata che non in altre aree, probabilmente a causa di fattori presenti nella nostra dieta che ancora si differenzia da quella di altri Paesi occidentali. Tale situazione è particolarmente evidente in alcune zone della Toscana, Emilia e

Lombardia. L'incremento dei tumori dell'esofago è stato relazionato sia con l'abuso di alcool sia col fumo di sigaretta. A differenza dei tumori respiratori quelli del digerente presentano una mortalità abbastanza simile nei due sessi.

Riguardo ai tumori epatici l'incremento non è molto rilevante se il dato ISTAT viene corretto per l'età. Nei maschi si registra un numero doppio di casi rispetto alle femmine.

Fra le neoplasie di maggior rilievo ricordiamo quelle tipicamente femminili dell'utero e della mammella. Le prime mostrano una tendenza lieve alla diminuzione, le seconde all'aumento. Dal punto di vista geografico, al Nord assistiamo al maggior calo dei tumori dell'utero e nello stesso tempo alla maggior crescita dei tumori della mammella, specie nelle classi sociali più elevate. Non esistono dati per valutare l'apporto degli screening di massa nelle modificazioni della mortalità per tumore della mammella; i dati provenienti dagli U.S.A. ne consigliano comunque l'uso e l'estensione, limitando la mammografia alle donne dopo i 45 anni.

Riguardo alle altre neoplasie la situazione è generalmente stabile e, comunque, molto simile a quella che si registra nelle altre nazioni europee e negli U.S.A. Va ricordata la sempre maggiore mole di conoscenze che permettono di attribuire al fattore ambientale (polluzione atmosferica, contaminanti idrici, carcinogeni alimentari) un ben preciso ruolo causale in alcune forme neoplastiche. Non meno importante a questo riguardo è il fattore professionale, soprattutto se si considera che secondo una recente indagine circa il 2 % delle malattie tumorali avrebbero all'origine una causa professionale. Nella *Tab. 8* vengono riportati i casi di morte in Italia nel triennio 1981-83 per sede di tumore.

## 2.8. - Traumatismi.

Qui di seguito faremo riferimento agli incidenti in ambiente di vita (incidenti stradali e incidenti domestici, intesi nel senso lato del termine), ricordando che il presente volume ospita una sintesi epidemiologica sull'argomento.

### 2.8.1. - Incidenti stradali.

Nel 1982 sono stati registrati 262.230 incidenti, di cui 6.997 mortali e 152.881 con soli feriti. I morti riportati nelle Statistiche degli Incidenti Stradali nel 1982 sono stati 7.706. Questo dato, che si riferisce a soggetti morti entro il settimo giorno dall'incidente, porta ad una stima del numero effettivo di morti pari a 10.200 soggetti. La *Tab. 9* riporta le mortalità osservate nelle varie regioni nel 1982. I feriti riportati dalle Statistiche

degli Incidenti Stradali per il 1982 sono stati 217.426 (149.008 maschi e 68.418 femmine).

### 2.8.2. – Incidenti domestici.

Ancora oggi mancano dati di base complessivi per una valutazione rigorosa del fenomeno degli « incidenti domestici ». È possibile tuttavia dare rispetto al passato alcune indicazioni quantitative ricavate da studi campionari. In una rilevazione effettuata in Toscana su un campione di Centri di Pronto Soccorso Pediatrico, condotta dalla Regione e dall'Istituto Superiore di Sanità, sono stati rilevati 1.826 incidenti domestici a minori di 14 anni (1.186 maschi e 640 femmine), circa il 55 % degli eventi rilevati si era verificato in casa o nelle immediate pertinenze. Il 60 % di questi incidenti era costituito da cadute, seguite da ferite (32,6 %), ustioni (4,2 %), avvelenamenti (1,7 %) e altri incidenti (1,5 %). Nei ricoverati (9 % degli arrivi al Pronto Soccorso) le lesioni prevalenti interessavano il capo (43 %) e gli arti (27 %).

Un altro rilevamento di interesse è stato svolto a Perugia a cura dell'Istituto di Igiene dell'Università. Questa ricerca ha messo in luce un tasso di morbosità intorno al 35 % con un picco nella classe 10-14 anni del 75,8 % e una percentuale del 10 % di ricovero.

In base a questi dati si può stimare intorno a 2.000.000/anno i casi di incidente domestico che affluiscono a Centri di Pronto Soccorso in Italia.

### 2.9. – Malattie mentali.

Gli studi epidemiologici, esistenti a questo riguardo, fanno riferimento ai dati ISTAT i quali considerano soprattutto le strutture tradizionali di ricovero, trascurando quasi completamente le nuove strutture nate con la riforma. Mancano informazioni basilari, quali la reale entità numerica del personale operante nei nuovi servizi, la diffusione delle principali malattie mentali, i costi sostenuti dalle amministrazioni regionali per l'assistenza psichiatrica. I dati certi sono invece riferiti al movimento dei pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici pubblici, mentre i dati relativi agli istituti privati non sempre sono verificabili. Una questione da esaminare è quella relativa all'ipotizzato « travaso » di pazienti dagli ospedali psichiatrici pubblici in quelli privati e giudiziari. Stando alle fonti ufficiali non sembra che questo esodo abbia avuto luogo. La *Tab. 10* illustra la situazione relativa agli ospedali psichiatrici pubblici e privati negli anni 1977 e 1983.



Per quanto riguarda gli ospedali psichiatrici giudiziari i dati sono molto scarsi; comunque gli entrati erano 2.018 nel 1977 e 1.910 nel 1983, testimoniando una certa stabilità nel tempo. Indubbiamente i dati riferiti agli ospedali psichiatrici pubblici hanno meno importanza oggi visto che il polo dell'assistenza psichiatrica si è spostato dal « manicomio » al « territorio ».

Molto più chiarificanti sono i dati riferiti ai nuovi servizi previsti dalla legge 180 (*Tab. 11*).

La *Fig. 5* sintetizza la situazione del rapporto tra posti-letto e abitanti nelle diverse regioni italiane.

La linea di riferimento è stata fissata al rapporto 1/10.000. È molto evidente come solo poche regioni raggiungano questo rapporto ottimale, mentre in altre regioni il rapporto appare profondamente insufficiente con una punta massima nel Lazio dove la carenza di posti-letto appare particolarmente drammatica. Per quanto riguarda i servizi ambulatoriali e le altre strutture intermedie, riportiamo la *Tab. 12*.

I dati qui riportati non sono completi anche perché la realtà dell'assistenza psichiatrica è in continuo cambiamento e richiederebbe degli strumenti informativi molto agili. È questa un'esigenza che viene avvertita specialmente dagli operatori e dagli amministratori.

#### 2.10. - *Insufficienza renale cronica.*

Patologia cronica di elevato costo sociale, l'insufficienza renale cronica vede come uniche possibilità terapeutiche, nella sua fase terminale, il trapianto renale e la dialisi ematica. Non si dispone purtroppo di dati ufficiali circa l'incidenza della malattia nella popolazione e sulla mortalità relativa al triennio 1981-83. Dai risultati dell'indagine condotta dall'ISTAT nel 1983, relativa ad un campione di circa 90.000 persone, ne deriverebbe una prevalenza della malattia, intesa come risposta affermativa alla domanda « soffre di insufficienza renale? », del 10,6/1.000.

Questo dato si ridimensiona consistentemente se ci si riferisce alla situazione relativa agli uremici terminali, quei soggetti cioè che necessitano di emodialisi periodica o di trapianto renale. Infatti dai dati pubblicati dall'ANED nel 1983 si desume una prevalenza di dializzati più trapiantati dello 0,34/1.000. La disaggregazione regionale del dato ci indica come la più bassa prevalenza si abbia in Basilicata (0,20/1.000) mentre la più alta si ritrova in Friuli-Venezia Giulia (0,42/1.000). La *Tab. 13* mostra i dati relativi ai soli dializzati. I posti dialisi sul territorio nazionale sono circa 94,5 per milione di abitanti, andando dai 55 per milione della Basilicata ai 116 per milione della Campania, con coeffi-

cienti di utilizzazione dei posti dialisi (n. di pazienti/unità di posto dialisi) che vanno dai 2,31 della Campania ai 3,63 dell'Umbria ed ai 3,83 della Lombardia. Nel triennio 1981-83 il coefficiente di utilizzazione dei posti dialisi si è mantenuto pressoché costante.

Un fattore che contribuisce alla migliore utilizzazione dei posti dialisi è la diffusione della terapia dialitica a domicilio. La dialisi domiciliare vede coinvolto (1983) l'11,5 % dei pazienti dializzati, anche qui con ampie differenze regionali.

Difatti a fronte di un 36,7 % di dializzati a domicilio in Umbria, si ha un minimo dello 0,3 % per la Sicilia e dello 0,5 % per la Campania (Tab. 14). Si può notare inoltre che per alcune regioni la totalità dei centri di dialisi appartiene alla struttura pubblica, mentre in altre si osserva una netta presenza di centri privati che, nel caso di Lazio, Campania e Sicilia, forniscono un numero di posti dialisi decisamente superiore a quello offerto dal servizio pubblico (rispettivamente il 56 %, 79 %, 68 % del totale dei posti dialisi) (Tab. 15).

Per ciò che concerne la situazione dei trapianti renali risulta in costante aumento il numero degli interventi all'anno sia in Italia che all'estero. In Italia nel 1983 sono stati eseguiti 453 trapianti di rene contro gli 83 del 1975, mentre coloro che hanno scelto centri esteri per l'intervento sono stati 211 nel 1983 contro i 92 del 1975. Del totale dei trapianti nel 1983 il 18,9 % è stato costretto a tornare alla terapia dialitica mentre si è verificato un 4,2 % di decessi nel corso del medesimo anno.

## 2.11. - Altre malattie di rilevanza sociale.

### 2.11.1. - Colelitiasi.

Fra le patologie prevalenti, nel nostro come negli altri Paesi occidentali, è da annoverare la calcolosi della colecisti. Anche qui si rileva la carenza delle fonti ufficiali d'informazione. Dall'indagine campionaria ISTAT del 1983 si desume una prevalenza del 2,3 % (1,5 % per gli uomini, 3,1 % per le donne), che raggiunge il 5,1 % nella classe d'età 50-64 anni. Da notare che la precedente indagine del 1980 rilevò una prevalenza di colelitiasi dell'1,9 %. Altre indagini epidemiologiche, volte a valutare la prevalenza della malattia mediante metodica ecografica, sono state condotte da gruppi di ricerca universitari. Quella del GREPCO (Gruppo Romano di Epidemiologia e Prevenzione della Colelitiasi), svoltasi nel periodo 1980-83, si è rivolta ad un campione lavorativo di 1.092 donne e 725 uomini. La prevalenza osservata risulta più alta rispetto a quella trovata nello studio ISTAT.

Confrontando i due sessi per gruppi di età si nota una costante e sensibile maggior prevalenza di malattia colecistica nelle donne:

Età	Uomini	Donne
49-53 .....	7,9 %	14,3 %
54-58 .....	16,2 %	18,5 %
59-63 .....	12,8 %	22,9 %

Il valore stimato di incidenza annua è stato dello 0,4 % per gli uomini e dello 0,6 % per le donne.

Un'altra indagine è stata condotta nel 1982-83, su campione demografico, a Sirmione sul lago di Garda. Sono stati studiati 1.930 soggetti d'età 18-65 anni (883 uomini, 1.047 donne). Risultò una prevalenza di malattia colecistica dell'11 % (6,9 % calcoli, 4,1 % colecistectomia) maggiore per le donne (14,6 %) che per gli uomini (6,7 %).

Da entrambi gli studi descritti risultò che circa i due terzi dei calcolotici non erano a conoscenza della propria condizione e ciò potrebbe spiegare la diversa prevalenza rispetto allo studio ISTAT.

I risultati di queste indagini di tipo osservazionale forniscono indicazioni sulla presenza di fattori associati alla malattia (sovrappeso corporeo, ipertrigliceridemia, numero di gravidanze), alcuni dei quali forse con significato di fattori di rischio.

#### 2.11.2. - Malattie oftalmiche.

Dall'indagine ISTAT del novembre 1983 sullo stato di salute degli italiani risulta che negli ultimi 3 anni la prevalenza della cecità è passata dallo 0,32 % allo 0,48 % senza differenze apprezzabili nei due sessi.

Rispetto al 1980 gli infortuni oculari occorsi sul lavoro nel settore industriale sono passati dal 6,5 % al 6,7 % del totale degli infortuni lavorativi mentre nel settore agricolo sono rimasti attestati sul 5,4 %. Mediamente più numerosi e più gravi si sono rivelati i postumi permanenti dei traumatizzati durante il lavoro agricolo (12 % con invalidità media del 26,5 %) rispetto agli addetti all'industria (5,2 % con invalidità media del 22,9 %).

Tra le cause principali della cecità nei bambini (1979) sono le anomalie congenite (33,8 %) ed ereditarie (13,4 %), mentre elevata risulta la presenza di glaucoma congenito (10,6 %) e di fibroplasia retrolenticolare (7,6 %) e l'incidenza dei fattori infettivi (8,4 %). Tra questi il 50 % è rappresentato da infezioni da meningococco e dai quadri di meningoencefaliti, mentre il 34 % (17 % per rosolia e 17 % per toxoplasmosi) sono dovuti ad infezioni contratte dalla madre durante il periodo della gravidanza. Tra i bambini non vedenti (1981) è stato evidenziato il 25,4 % di cataratta congenita ed il 20,5 % di atrofia ottica.

Circa il 40 % della popolazione scolastica presenta vizi di rifrazione. L'ipermetropia è risultata al primo posto fra le cause di deficit visivo riscontrate durante uno studio socio-oftalmologico condotto su di una popolazione in età scolare e pre-scolare dell'Abruzzo. Una netta prevalenza dell'astigmatismo ipermetropico è risultata invece da un'indagine effettuata nella Regione Molise. Questo dato è confermato in una successiva indagine campione compiuta su scolari di scuole materne del Lazio, nella quale è stata sottolineata l'incidenza del tutto trascurabile della miopia in tale fascia di età in quanto il suo comparire è in genere successivo, a meno che non si tratti di miopia grave, congenita, con evidenti alterazioni corio-retiniche.

La visita di 4.533 bambini preliminare all'iscrizione ad un gruppo sportivo ha consentito di notare come solo il 3 % dei bambini sia sottoposto in età pre-scolare a visita oculistica; in tale visita è stata rilevata una percentuale molto alta di ametropie (44,9 %) nei bambini fino ai 6 anni di età, due terzi delle quali erano costituite da astigmatismi ipermetropici.

La residenza nella grande città (Roma) consente una probabilità maggiore di avere diagnosticato in tempi utili per un trattamento precoce un difetto visivo di quanto sia possibile abitando in una zona rurale, pur se l'incidenza dei disordini oculari rimane comunque simile nelle due zone.

Che lo stato di benessere oculare in Italia sia a livelli decisamente insufficienti si evince da uno studio sulle cause di inidoneità al servizio di leva nell'arco di dieci anni (1970-1980). Lo 0,33 % dei giovani esaminati è risultato inidoneo al servizio per riduzione del visus in uno od in ambedue gli occhi (art. 45). Un altro 0,34 % dei giovani è risultato affetto da ametropie superiori alle 8 diottrie (art. 46, 47, 48). Da studi simili successivi la maggiore causa di inidoneità al servizio di leva è risultata essere l'ambliopia *ex non usu* (17,8 %), seguita dal cheratocono (9,2 %) e dall'anisometropia (8,0 %); inoltre è stato evidenziato che solo il 40 % degli esaminati ha raggiunto, con lo sviluppo corporeo, un'acutezza visiva naturale ottimale, mentre il 20 % circa si è rilevato invece ipovedente ed il 3,4 % è risultato non vedente in un occhio. Degno di nota è il fatto che solo il 34 % delle ametropie era stato diagnosticato in tempi precedenti alla visita di leva.

Recenti studi sulle cause di cecità fra gli iscritti alla Unione Italiana dei Ciechi hanno rilevato come cause principali di cecità nella provincia di Vercelli miopia (22,1 %), cataratta (18,8 %), glaucoma (16,5 %), degenerazioni tapeto-retiniche (8,6 %) e retinopatia diabetica (8,4 %); nella provincia di Rieti la cataratta senile (20,5 %) è al primo posto fra le cause di cecità, seguita dalla retinite pigmentosa (13,6 %) e dalla miopia elevata (12,3 %); nella provincia di Parma la miopia è la

causa principale delle minorazioni visive, seguita dalla cataratta e dalle malattie della retina.

In un vasto studio effettuato nella Regione Lazio, il gruppo delle cataratte (14,6–14,8 %) si è rilevato essere la principale causa di cecità: la cataratta senile si presenta con un'incidenza dal 7,0 % al 7,3 %, quella secondaria con il 2,6 %, la congenita con il 2,3 % e l'afachia con l'1,1 % (anche se in quest'ultima il cristallino opacato è stato rimosso, la causa primigena della menomazione rimane la cataratta).

Al secondo posto fra le cause di menomazione visiva è stata trovata la miopia (10,4 %); al terzo il gruppo del glaucoma (9,4–9,8 %), che comprende anche il glaucoma congenito (1,3 %). La retinite pigmentosa si è collocata al quarto posto (8,6 %); il diabete (retinopatia diabetica e manifestazioni diabetiche oculari) è invece al quinto posto (4,9 %). Altre cause di cecità di una certa rilevanza sono il distacco di retina (3,5–4,1 %), le degenerazioni maculari (3,7–3,8 %), l'atrofia bulbare (3,7 %), le cicatrici ed opacità corneali (3,0 %) e l'anoftalmo chirurgico (2,5–2,8 %).

Nel sesso maschile, le principali cause di handicap visivo sono costituite dal gruppo delle cataratte (12,7 %), quello dei glaucomi (10,6 %), atrofia del nervo ottico (10,2 %) e retinite pigmentosa (8,5 %).

Nel sesso femminile, invece, le cause maggiori di cecità sono costituite dalla cataratta (tutti i tipi), 16,4 %, miopia, 14,2 %, glaucoma (tutti i tipi), 8,8 %, atrofia del nervo ottico, 8,3 %, e retinite pigmentosa, 8,2 %.

### 2.11.3. – *Malattie otorinolaringoiatriche.*

In campo audiologico si stima che 53 neonati su 1.000 sono affetti da deficit neurosensoriali della funzione uditiva, di cui 13 con ipoacusia lieve, 27 con ipoacusia di media entità e 13 con ipoacusia profonda. I sordomuti in Italia sarebbero circa l'1 ‰ ed i sordastri circa il 3,5 ‰.

Va rilevata la notevole riduzione, osservata negli ultimi anni, dell'intervento di tonsillectomia, mentre l'adenoidectomia da sola è tuttora un intervento largamente praticato.

In campo infettivologico si assiste ad una notevole riduzione di tutta la patologia batterica, mentre sembrano in aumento le malattie virali delle prime vie aeree. Parimenti in aumento appaiono le malattie a eziologia allergica.

In campo oncologico mancano dati statistici globali significativi relativi alla morbosità e si dispone solo dei dati di mortalità ISTAT che non rispecchiano a sufficienza gli evidenti incrementi di sopravvivenza dovuti alla introduzione di nuove tecniche terapeutiche né testimoniano la qualità di vita che ne risulta. Malgrado i progressi della terapia, secondo una recente revisione dei dati di mortalità 1955–1979 i tumori maligni

della testa e del collo hanno quasi raddoppiato la loro incidenza in riferimento ai decessi per tutte le altre neoplasie (6,6 % nel 1957; 12,01 % nel 1979).

I tumori maligni della laringe costituiscono l'entità neoplastica preminente nel campo ORL per il loro indice di mortalità specifica che è in Italia di circa 50 unità per milione di abitanti; anche tale indice che nel 1955 era del 21,31 per milione si è più che raddoppiato. L'incremento dell'indice di mortalità per cancro laringeo ha comunque un ritmo più lento rispetto a quello delle vie aeree inferiori, che nello stesso periodo di tempo si è quadruplicato. Pur rimanendo il sesso maschile nettamente più sfavorito (90-94 % nello stesso periodo) si è verificato tuttavia anche un aumento della mortalità specifica femminile (dal 2,96 % al 5,62 %).

I tumori maligni della faringe, del cavo orale e della lingua hanno anch'essi raddoppiato dal 1955 al 1979 il loro indice di mortalità.

#### 2.12. - *Indagine statistica sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari.*

L'Istituto Centrale di Statistica (ISTAT) ha effettuato nel 1983 una indagine campionaria sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari.

Essa ha riguardato circa 1.165 Comuni distribuiti sull'intero territorio nazionale.

Le famiglie intervistate sono state 31.025 per un totale di 89.765 persone, con un tasso di campionamento finale dell'1,57 %.

I fenomeni oggetto d'indagine possono essere ricondotti a tre gruppi di informazioni riguardanti: il primo le condizioni igienico-sanitarie (stato di salute, malattie in atto, invalidità permanenti), il secondo alcuni aspetti del ricorso ai servizi (ricoveri ospedalieri, visite mediche, accertamenti diagnostici) ed infine, il terzo, l'abitudine al fumo ed il consumo abituale di bevande.

Il 19,4 % della popolazione ha risposto « no » alla domanda « Nelle ultime settimane è stato sempre in buona salute? ».

Tale percentuale risulta più elevata tra le donne che negli uomini (21,3 % contro 17,4 %) e passa complessivamente dal 16,1 % riscontrato nella classe di età fino a 13 anni, al livello minimo pari al 14,1 % della classe 14-29 anni per poi risalire sensibilmente nelle due classi di età successive, quelle di 30-49 anni e di 50-64 anni.

I disturbi dell'apparato respiratorio ed osteoarticolare rappresentano complessivamente più della metà delle forme morbose indicate come causa del non buono stato di salute al momento dell'intervista.

Circa le malattie cronicodegenerative di particolare rilevanza socio-sanitaria (quali diabete, ipertensione, bronchite cronica, malattie di cuore, ulcera gastro-duodenale, disturbi nervosi) risulta che le malattie più frequenti sono: artrosi ed artrite (197,2 casi per mille abitanti), ipertensione arteriosa (65,3), disturbi nervosi (49,5), malattie di cuore compreso l'infarto miocardico (47,9), bronchite cronica (45,4), emorroidi e vene varicose (40,2).

La rilevanza delle invalidità permanenti è la seguente: l'analisi per sesso evidenzia come l'invalidità motoria e la sordità siano più frequenti tra i maschi (rispettivamente 16,4 e 7,1 casi per 1.000 abitanti a fronte di 13,3 e 4,9 per quanto riguarda le femmine), mentre invece la cecità risulta più diffusa tra le femmine (5,3 casi per 1.000 abitanti contro 4,3 dei maschi).

Riguardo il ricorso ai servizi sanitari (*Tab. 16*) risulta che in merito ai ricoveri, riferendosi ad un periodo di circa undici mesi, il 7,7 % della popolazione è stata ricoverata almeno una volta con una degenza media di 25,3 giorni. Il primo indice è più elevato per le femmine (8,1 % contro 7,3 % dei maschi) mentre il secondo risulta più elevato per i maschi (27,3 giorni contro i 23,6 delle femmine). Entrambi gli indici crescono con l'età.

Con riferimento alle 4 settimane precedenti quella di rilevazione, sono state effettuate un numero medio di 49,7 visite ogni 100 abitanti (*Tab. 17*): il 65,6 % delle prestazioni sono costituite da visite ambulatoriali, il 25,0 % da visite domiciliari; il tipo di accertamenti diagnostici per sesso e per età è riportato nella *Tab. 18*.

Significativi risultano anche i dati riguardanti l'abitudine al fumo ed il consumo abituale di vino riferiti alla popolazione di 14 anni ed oltre.

Risulta che i fumatori sono 31,1 % e per quanto riguarda il consumo di bevande il 38,3 % della popolazione si è dichiarato astemio; solo l'1,5 % ha dichiarato di bere un litro di vino al giorno.

Allo stato attuale non è possibile confrontare le indagini del 1980 e del 1983 essendo i dati di quest'ultima indagine parziali.

Tabella 1

FORME MORBOSE	Distribuzione % « stimata » sul totale delle malattie reumatiche	N. presumibile dei casi di malattia
Artrosi .....	63,5	3.500.000
Reumatismi fibrositici .....	12,7	698.000
Artrite reumatoide .....	6,3	350.000
Gotta .....	4,4	216.000
Reumatismi secondari .....	3,1	167.000
Spondilartrosi anchilosante.....	1	56.000
Connettiviti .....	0,3	17.000
Reumatismo articolare acuto .....	0,2	10.000
Altre reumopatie .....	10,5	468.000
TOTALE ...	—	5.512.000

Tab. 2. - SPESE STIMATE PER LE MALATTIE REUMATICHE IN ITALIA,  
LIMITATAMENTE AI COSTI DIRETTI NELL'ANNO 1980

VOCI DI SPESA	Costi (in miliardi di lire)
Ricoveri .....	792,452
Farmaci .....	137,128
Cure termali .....	22,478
Indennità di malattia .....	227,434
Invalidità .....	1.021,016
TOTALE ...	2.200,508



Tab. 3. - EVENTI CORONARICI

EVENTI	Maschi	Femmine	TOTALI
<i>(a) Registro dell'area Latina, 1983. Età 25-74. Quozienti per 100.000</i>			
Fatali .....	130	30	—
Non fatali .....	145	20	—
TUTTI ...	275	50	—
<i>(b) Frequenza (n) di eventi in Italia per estrapolazione diretta dall'area Latina. Età 0-74</i>			
Fatali .....	21.000	5.100	26.100
Non fatali .....	23.500	4.300	27.800
TUTTI ...	44.500	9.400	53.900
<i>(c) Frequenza (n) di eventi in Italia adottando la mortalità italiana per cardiopatia coronarica del 1980 e assumendo un rapporto tra casi fatali e non fatali uguale a quello osservato nell'area Latina. Età 0-74</i>			
Fatali (ISTAT) .....	26.000	9.800	35.800
Non fatali .....	29.000	6.500	35.500
TUTTI ...	55.000	16.300	71.300

Tab. 4. - EVENTI CEREBROVASCOLARI

EVENTI	Maschi	Femmine	TOTALI
<i>(a) Registro dell'area Latina, 1983. Età 25-74. Quozienti per 100.000</i>			
Fatali .....	96	70	—
Non fatali .....	164	92	—
TUTTI ...	260	162	—
<i>(b) Frequenza (n) di eventi in Italia per estrapolazione diretta dall'area Latina. Età 0-74</i>			
Fatali .....	15.300	12.000	27.300
Non fatali .....	26.200	15.700	41.900
TUTTI ...	41.500	27.700	69.200
<i>(c) Frequenza (n) di eventi in Italia adottando la mortalità italiana per accidenti cerebrovascolari del 1980 e assumendo un rapporto tra casi fatali e non fatali uguale a quello osservato nell'area Latina. Età 0-74</i>			
Fatali .....	14.600	11.400	26.000
Non fatali .....	25.000	15.000	30.000
TUTTI ...	39.600	26.400	56.000

Tab. 5. - REGISTRO DELL'AREA LATINA. RAPPORTO TRA CASI FATALI E TUTTI I CASI (LETALITÀ IN 28 GIORNI) IN %

ETÀ	EVENTI CORONARICI		EVENTI CEREBROVASCOLARI	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
25-29 .....	50	—	—	—
30-34 .....	60	—	29	33
35-39 .....	50	—	33	—
40-44 .....	17	100	31	100
45-49 .....	29	50	33	33
50-54 .....	36	44	30	62
55-59 .....	38	54	29	32
60-64 .....	49	43	31	36
65-69 .....	52	54	38	38
70-74 .....	65	66	44	49
TUTTI ...	47	60	37	43

Tab. 6. - PREVALENZA, TRATTAMENTO E CONTROLLO DELL'IPERTENSIONE ARTERIOSA IN ALCUNI CAMPIONI DI POPOLAZIONE ITALIANA

PROGETTO	Anno	Sesso	Età	N.	Prevalenza ipertensione %	Proportione di trattati %	Proportione di ipertesi sotto controllo %
Progetto Romano (Roma) (controlli) .....	1980-81	M	46-65	1.445	30,7	43,8	17,4
Montevarchi (Arezzo) .....	1980-81	M	45-49	549	18,8	14,6	2,9
		F	45-49	515	20,5	24,5	10,4
Monica-area Latina .....	1982-84	M	20-69	639	23,2	28,4	11,5
		M	45-59	253	25,3	26,6	9,4
		F	20-69	675	24,6	50,6	22,9
		F	45-59	280	35,7	48,0	21,0
Disco-Sezze (Latina) .....	1983-84	M	20-69	731	28,0	11,2	1,5
		M	45-59	248	36,7	13,2	1,1
		F	20-69	846	33,2	33,1	7,1
		F	45-59	276	49,6	30,7	8,0
Brisighella (Bologna) .....	1980	M	20-59	756	36,5	11,6	1,1
		M	60 +	342	65,8	38,2	6,2
		F	20-59	730	34,9	27,4	7,4
		F	60 +	352	68,5	52,7	9,1

Tab. 7. - STUDI CONDOTTI SU POPOLAZIONI ITALIANE

ANNI	Località	N. soggetti	Prevalenza / 1.000
1968-73 (**) .....	Modena (Gavazzuti G.B.)	22.300	4,5
1974 .....	San Marino (Pazzaglia P.)	19.000	4,1
1974 .....	Siena (Zanette E.)	104.621	3,4
1975 .....	Roma (Bergonzi P.)	15.177	2,0 (ospedalizzati)
1976 (*) .....	Cesena (Pazzaglia P.)	13.000	3,0
1980-81 .....	Comprensorio Cosentino (Zolo-Bianchi)	32.212	8,4 (AEDT)

(AEDT) Consumatori di farmaci antiepilettici.  
 (\*) Soggetti da 7 a 14 anni.  
 (\*\*) Soggetti da 5 a 14 anni.

Tab. 8. - MORTI PER TUMORE IN ITALIA NEGLI ANNI 1981-82-83  
 (Estratto dal bollettino mensile di statistica ISTAT 1985, n. 1/7)

	1981	1982	1983
Stomaco .....	15.133	14.710	14.995
Intestino .....	11.100	11.731	12.179
Fegato e vie biliari .....	8.716	8.767	9.245
Trachea, bronchi e polmoni .....	23.545	24.385	25.305
Mammella .....	8.998	9.219	9.498
Organi genitali femminili .....	6.432	6.501	7.018
Altri .....	47.806	48.127	50.442
Ca. in situ e altri non classificabili .....	1.064	1.181	1.237

Tab. 9. - MORTALITÀ PER INCIDENTI STRADALI

REGIONI	Morti	Morti × 100.000 abitanti
Piemonte .....	912	20,4
Valle d'Aosta .....	34	30,3
Lombardia .....	1.650	18,6
Trentino-Alto Adige .....	195	22,3
Veneto .....	1.146	26,4
Friuli-Venezia Giulia .....	386	31,3
Liguria .....	222	12,3
Emilia-Romagna .....	1.162	29,4
Toscana .....	741	20,7
Umbria .....	182	22,4
Marche .....	248	17,6
Lazio .....	799	16,0
Abruzzo .....	200	16,4
Molise .....	37	11,3
Campania .....	477	8,7
Puglia .....	602	15,5
Basilicata .....	81	13,3
Calabria .....	172	8,3
Sicilia .....	472	9,6
Sardegna .....	253	15,9
TOTALE ...	9.971	17,6

Tabella 10

	ISTITUTI PSICHIATRICI PUBBLICI		ISTITUTI PSICHIATRICI PRIVATI	
	1977	1983	1977	1983
Posti-letto <sup>1</sup> .....	70.070	42.650	24.177	19.763
Degenze nell'anno .....	150.657	48.650	69.245	63.599
Giornate complessive di degenza	21.384.000	11.620.000	7.351.000	5.863.000
Degenza media (in giorni per de- gente) .....	141,9	238,8	106,1	92,2

Fonte: Annuario Statistico Italiano.

Tab. 11. - I SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA ISTITUITI  
E FUNZIONANTI AL GIUGNO 1984 NELLE REGIONI ITALIANE

REGIONI	ISTITUITI O PREVISTI		FUNZIONANTI		
	Numero	Posti-letto	Numero	Posti-letto	Abitanti per letto
Piemonte .....	21	255	21	255	17.400
Valle d'Aosta .....	1	15	1	15	7.600
Lombardia .....	51	758	37	601	14.800
Provincia di Trento .....	4	60	4	60	7.400
Provincia di Bolzano .....	1	15	1	15	28.800
Veneto .....	43	645	31	465	9.400
Friuli-Venezia Giulia .....	12	180	4	88	14.000
Liguria .....	10	200	8	86	20.800
Emilia-Romagna .....	11	170	10	134	29.500
Toscana .....	23	345	18	138	25.900
Umbria .....	2	30	2	30	27.000
Marche .....	18	194	12	125	11.400
Lazio .....	18	250	5	75	67.300
Abruzzo .....	15	203	3	45	27.400
Molise .....	3	35	3	35	9.500
Campania .....	29	437	13	197	28.200
Puglia .....	32	480	15	201	19.600
Basilicata .....	11	86	5	41	15.000
Calabria .....	19	158	9	79	26.500
Sicilia .....	59	520	24	280	17.800
Sardegna .....	6	90	6	90	13.900
ITALIA ...	394	5.126	232	3.055	18.500

Tab. 12. - SITUAZIONE DEI NUOVI SERVIZI DI ASSISTENZA PSICHIATRICA  
AL GIUGNO 1984 NELLE REGIONI ITALIANE

REGIONI	Servizi territoriali	Day hospital	Comunità alloggio	Comunità protette	Cooperative lavoro
Piemonte .....	76	4	14	1	—
Valle d'Aosta .....	1	1	—	—	—
Lombardia .....	72	12	43	7	—
Provincia di Trento .....	11	—	1	2	—
Provincia di Bolzano .....	7	—	3	1	—
Veneto .....	10	3	5	—	—
Friuli-Venezia Giulia .....	12	—	10	—	—
Liguria .....	20	—	—	—	—
Emilia-Romagna .....	41	—	132	39	—
Toscana .....	38	—	60	28	—
Umbria .....	13	1	33	—	—
Marche .....	31	2	14	5	4
Lazio .....	47	3	8	1	1
Abruzzo .....	13	1	3	—	—
Molise .....	—	—	—	—	—
Campania .....	16	—	—	—	—
Puglia .....	44	7	17	—	1
Basilicata .....	5	8	8	—	1
Calabria .....	22	2	2	—	—
Sicilia .....	22	5	5	2	—
Sardegna .....	6	23	23	—	—
ITALIA ...	507	381	381	86	7

Tabella 13 (\*)

REGIONI	PAZIENTI IN TRATTAMENTO (per milione di abitanti)			POSTI DIALISI (per milione di abitanti)			COEFFICIENTI DI UTILIZZAZIONE DEI POSTI DIALISI		
	1981	1982	1983	1981	1982	1983	1981	1982	1983
	Piemonte .....	293,5	323,6	327,3	67,5	74,6	78,8	3,35	3,28
Valle d'Aosta .....	122,3	230,8	293,7	104,8	88,8	115,7	1,08	2,10	2,38
Lombardia .....	285,2	311,2	337,4	66,0	70,9	75,7	3,07	3,05	3,13
Trentino-Alto Adige .....	241,4	241,6	256,5	80,8	95,3	91,6	2,55	2,22	2,50
Veneto .....	260,3	283,1	302,9	74,5	79,8	85,1	3,01	3,06	3,12
Friuli-Venezia Giulia .....	321,5	354,5	363,0	91,6	100,8	109,4	2,99	3,07	2,90
Liguria .....	238,7	266,8	270,0	77,9	77,3	85,7	2,76	3,06	2,78
Emilia-Romagna .....	250,3	314,2	310,5	68,1	77,7	85,1	3,19	3,25	3,20
Toscana .....	297,6	322,6	341,2	89,1	96,6	99,7	3,00	3,03	3,09
Marche .....	204,9	230,0	262,7	60,5	70,9	85,7	2,98	2,91	2,74
Umbria .....	280,0	304,7	330,6	55,5	58,5	56,7	2,91	2,98	3,63
Lazio .....	203,6	240,6	263,1	81,2	92,9	96,2	2,46	2,53	2,68
Abruzzo .....	211,2	227,1	250,4	58,6	65,8	74,7	3,27	3,19	3,10
Molise .....	239,0	261,7	295,4	95,6	113,9	112,7	2,50	2,27	2,62
Campania .....	208,5	242,0	270,5	94,3	96,9	116,2	2,18	2,47	2,31
Puglia .....	266,3	302,4	327,5	94,8	102,3	111,3	2,74	2,89	2,84
Basilicata .....	139,0	152,3	188,5	48,5	49,7	55,7	2,77	2,97	3,20
Calabria .....	217,5	241,3	262,0	66,6	75,3	77,1	3,09	3,05	3,29
Sicilia .....	275,7	327,7	363,6	114,6	130,8	143,5	2,38	2,48	2,51
Sardegna .....	221,7	266,1	303,0	65,8	82,0	84,1	3,02	2,79	3,03
ITALIA ....	254,0	285,4	308,5	79,5	87,2	94,5	2,78	2,85	2,86

(\*) Coefficienti ottenuti considerando solo pazienti ospedalizzati ed in assistenza limitata in emodialisi.

Elaborato da fonti ANED.



Tab. 14. - DIALISI IN ASSISTENZA LIMITATA E DIALISI DOMICILIARE  
(Percentuale sul numero totale dei pazienti)

REGIONI	ASSISTENZA LIMITATA			DIALISI DOMICILIARE		
	1981	1982	1983	1981	1982	1983
Piemonte .....	15,1	16,7	17,1	21,3	23,1	21,3
Valle d'Aosta .....	—	—	24,2	7,1	19,2	3,0
Lombardia .....	12,3	13,6	13,4	27,8	29,4	29,0
Trentino-Alto Adige .....	14,6	16,7	19,6	14,1	12,4	10,7
Veneto .....	7,4	8,7	11,2	11,5	12,4	11,0
Friuli-Venezia Giulia .....	14,2	17,4	19,2	9,8	10,8	12,1
Liguria .....	3,4	3,7	7,1	8,5	11,5	11,3
Emilia-Romagna .....	25,6	30,8	30,7	11,5	9,7	8,8
Toscana .....	7,8	8,3	7,9	9,4	9,1	9,5
Marche .....	1,4	1,2	1,9	9,3	8,6	9,7
Umbria .....	—	3,3	3,0	37,9	40,4	36,7
Lazio .....	—	—	—	1,3	1,8	1,7
Abruzzo .....	1,5	1,1	1,3	9,1	7,2	7,2
Molise .....	17,5	22,3	21,6	—	—	—
Campania .....	—	—	—	0,7	0,4	0,5
Puglia .....	1,3	3,1	3,7	2,1	2,1	3,2
Basilicata .....	—	—	—	3,5	3,3	5,2
Calabria .....	6,8	6,7	5,4	75,1	4,5	2,4
Sicilia .....	—	—	0,3	0,7	0,7	0,3
Sardegna .....	—	0,7	1,2	9,5	14,0	15,7
ITALIA ...	7,6	8,7	9,0	11,7	12,1	11,5

Dati elaborati da fonti ANED.

Tab. 15. - SITUAZIONE RELATIVA AL 1983

REGIONI	POSTI DIALISI		PAZIENTI TRATTATI IN STRUTTURE	
	Pubblici %	Privati %	Pubbliche %	Private %
Piemonte .....	100,0	—	100,0	—
Valle d'Aosta .....	100,0	—	100,0	—
Lombardia .....	89,9	10,1	92,0	8,0
Trentino-Alto Adige .....	90,0	10,0	91,1	8,9
Veneto .....	100,0	—	100,0	—
Friuli-Venezia Giulia .....	100,0	—	100,0	—
Liguria .....	100,0	—	100,0	—
Emilia-Romagna .....	100,0	—	100,0	—
Toscana .....	100,0	—	100,0	—
Marche .....	100,0	—	100,0	—
Umbria .....	100,0	—	100,0	—
Lazio .....	43,7	56,3	37,2	62,8
Abruzzo .....	100,0	—	100,0	—
Molise .....	75,7	24,3	77,3	22,7
Campania .....	20,3	79,7	19,5	80,5
Puglia .....	69,6	30,4	70,5	29,5
Basilicata .....	100,0	—	100,0	—
Calabria .....	100,0	—	100,0	—
Sicilia .....	31,4	68,6	30,2	69,8
Sardegna .....	85,1	14,9	84,3	15,7
ITALIA ...	72,0	28,0	77,1	22,9

Elaborato da fonti ANED.

Tab. 16. - RICOVERI OSPEDALIERI  
(Dal 1° gennaio al 27 novembre 1983) (a)

CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE	PERSONE CON ALMENO UN RICOVERO		GIORNI DI DEGENZA	
	Cifre assolute (in migliaia)	Per 100 abitanti	Cifre assolute (in migliaia)	Media per persona ricoverata
<b>Sesso:</b>				
- Maschi .....	2.013	7,3	54.968	27,3
- Femmine .....	2.367	8,1	55.691	23,6
<b>Classi di età:</b>				
- Fino a 13 .....	449	4,4	6.697	14,9
- 14-49 .....	1.916	6,7	41.996	21,9
- 50-64 .....	992	9,3	28.837	29,1
- 65 ed oltre .....	1.023	13,5	33.429	32,4
<b>TOTALE ...</b>	<b>4.380</b>	<b>7,7</b>	<b>110.659</b>	<b>25,3</b>

(a) Non sono compresi i ricoveri relativi ai membri permanenti della convivenza o alle persone facenti parte di nuclei familiari con un solo componente che erano ricoverate nel giorno dell'intervista.

Tab. 17. - NUMERO DI VISITE E CONSULTAZIONI MEDICHE  
NELLE QUATTRO SETTIMANE DI RIFERIMENTO

A) Visite in totale

CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE	VISITE MEDICHE	
	Cifre assolute (in migliaia)	Per 100 abitanti
<b>Sesso:</b>		
- Maschi .....	12.565	45,6
- Femmine .....	15.727	53,6
<b>Classi di età:</b>		
- Fino a 13 .....	3.894	38,0
- 14-49 .....	10.120	39,5
- 60-64 .....	7.044	66,2
- 65 ed oltre .....	7.234	95,6
<b>TOTALE ...</b>	<b>28.292</b>	<b>49,7</b>

Segue Tab. 17. - NUMERO DI VISITE E CONSULTAZIONI MEDICHE NELLE QUATTRO SETTIMANE DI RIFERIMENTO

B) Secondo il motivo che ha determinato il ricorso al medico

MOTIVO	TOTALE	Sesso		CLASSI DI ETÀ			
		M	F	Fino a 13	14-49	50-64	65 ed oltre
<i>Cifre assolute (in migliaia)</i>							
Malattie o disturbi .....	17.129	7.639	9.491	2.309	5.997	4.363	4.465
Controllo sullo stato di salute in assenza di malattie o disturbi	6.284	2.656	3.628	957	2.092	1.518	1.719
Certificati o atti amministrativi .....	1.330	673	658	126	551	331	323
Per altro motivo .....	705	346	359	89	401	119	96
Senza indicazione del motivo .....	2.843	1.251	1.592	417	1.079	714	632
TOTALE ...	28.292	12.565	15.728	3.894	10.120	7.044	7.234
<i>Per 100 visite in complesso</i>							
Malattie o disturbi .....	60,5	60,8	60,3	59,2	59,3	61,9	61,7
Controllo sullo stato di salute in assenza di malattie o disturbi	22,2	21,1	23,1	24,6	20,7	21,6	23,8
Certificati o atti amministrativi .....	4,7	5,4	4,2	3,2	5,4	4,7	4,6
Per altro motivo .....	2,5	2,7	2,3	2,3	3,9	1,7	1,4
Senza indicazione del motivo .....	10,1	10,0	10,1	10,7	10,6	10,1	8,5
TOTALE ...	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Segue Tab. 17. - NUMERO DI VISITE E CONSULTAZIONI MEDICHE NELLE QUATTRO SETTIMANE DI RIFERIMENTO

C) Secondo il tipo di prestazione

TIPO DI PRESTAZIONE	TOTALE	SESSO		CLASSE DI ETÀ			
		M	F	Fino a 13	14-49	50-64	65 ed oltre
<i>Cifre assolute (in migliaia)</i>							
Visite domiciliari .....	7.079	3.023	4.055	1.156	1.751	1.525	2.646
Visite ambulatoriali .....	18.560	8.288	10.272	2.333	7.343	4.961	4.023
Consigli telefonici .....	621	260	360	103	236	153	129
Altro tipo di visita .....	436	214	222	80	174	113	89
Senza indicazione del tipo di prestazione .....	1.597	779	818	242	615	382	347
TOTALE ...	28.292	12.565	15.727	3.914	10.120	7.044	7.234
<i>Per 100 visite in complesso</i>							
Visite domiciliari .....	25,0	24,0	25,6	29,7	17,3	21,7	36,6
Visite ambulatoriali .....	65,6	66,0	65,3	59,9	72,6	69,0	55,6
Consigli telefonici .....	2,2	2,1	2,3	2,6	2,3	2,1	1,8
Altro tipo di visita .....	1,5	1,7	1,5	1,5	1,7	1,6	1,2
Senza indicazione del tipo di prestazione .....	5,6	6,2	5,3	6,2	6,1	5,6	4,8
TOTALE ...	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Segue Tab. 17. - NUMERO DI VISITE E CONSULTAZIONI MEDICHE NELLE QUATTRO SETTIMANE DI RIFERIMENTO  
D) Secondo il tipo di specializzazione del medico

MOTIVO	TOTALE	SESSO		CLASSI DI ETÀ				
		M	F	Fino a 13	14-49	50-64	65 ed oltre	
								Cifre assolute (in migliaia)
Visita di un medico generico o pediatra .....	18.356	8.293	10.083	2.008	5.781	4.603	5.166	
Visite specialistiche:								
cardiologiche .....	1.101	493	608	46	282	371	402	
ostetriche .....	142	—	142	3	118	20	—	
ginecologiche .....	788	—	788	2	665	81	38	
oculistiche .....	541	228	313	67	280	108	126	
odontoiatriche .....	1.209	514	895	203	657	186	163	
otorinolaringoiatriche .....	406	219	189	92	180	86	50	
ortopediche .....	783	397	386	92	343	209	139	
neuropsichiatriche .....	348	126	219	20	173	101	54	
altre visite specialistiche .....	1.871	987	906	170	809	530	381	
senza indicazione della specializzazione .....	2.747	1.226	1.521	371	890	750	735	
TOTALE .....	38.282	12.545	15.796	3.844	10.120	7.944	7.234	
<i>Cifre assolute (in migliaia)</i>								
Visita di un medico generico o pediatra .....	64,9	88,0	54,0	72,1	57,1	65,4	71,4	
Visite specialistiche:								
cardiologiche .....	3,9	4,7	3,2	1,2	2,8	5,3	5,6	
ostetriche .....	0,5	—	0,9	0,1	1,2	0,3	—	
ginecologiche .....	2,8	—	5,0	—	6,6	1,2	0,5	
oculistiche .....	1,9	1,8	2,0	2,2	2,2	1,5	1,7	
odontoiatriche .....	4,3	4,1	4,4	5,2	8,5	2,6	2,3	
otorinolaringoiatriche .....	1,4	1,7	1,2	2,4	1,8	1,2	0,7	
ortopediche .....	2,8	3,2	2,6	2,4	3,4	3,0	1,9	
neuropsichiatriche .....	1,2	1,0	1,4	0,5	1,7	1,4	0,7	
altre visite specialistiche .....	6,6	7,7	5,7	4,4	8,0	7,5	5,0	
senza indicazione della specializzazione .....	9,7	9,8	9,7	9,5	8,7	10,6	10,2	
TOTALE .....	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
<i>Per 100 visite in complesso</i>								

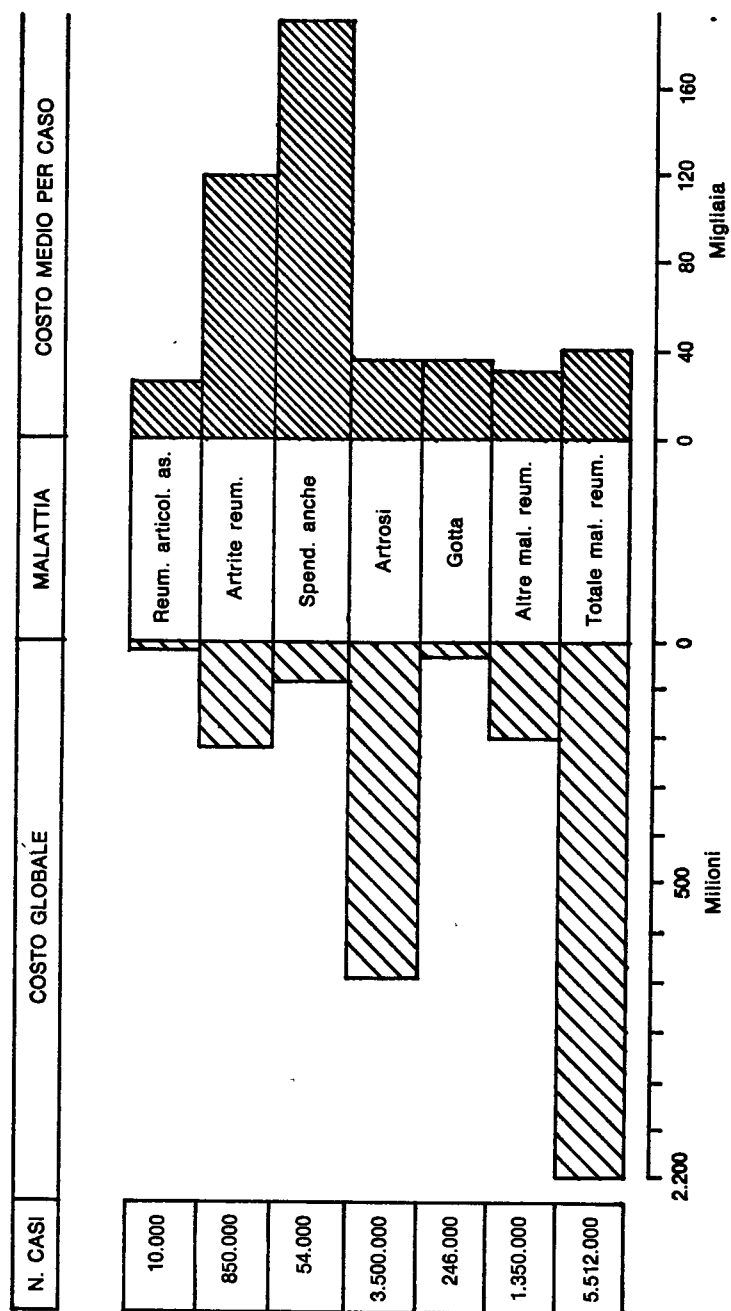
Tab. 18. - NUMERO DI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI NELLE QUATTRO SETTIMANE DI RIFERIMENTO

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	Totale	SESSO		CLASSE DI ETÀ			
		M	F	Fino a 13	14-49	50-64	65 ed oltre
<i>Cifre assolute (in migliaia) (a)</i>							
Esami radiologici .....	2.841	1.454	1.387	275	1.322	714	530
Elettrocardiogrammi .....	1.576	804	772	92	505	514	465
Ecografie .....	460	149	311	25	247	110	78
Analisi del sangue .....	4.416	1.950	2.466	311	1.779	1.255	1.072
Analisi delle urine .....	3.383	1.472	1.911	246	1.338	919	880
Altri accertamenti (b) .....	1.159	495	664	136	510	322	190
<i>Per 1.000 abitanti</i>							
Esami radiologici .....	49,9	52,7	47,3	26,8	46,4	67,1	70,1
Elettrocardiogrammi .....	27,7	29,2	26,3	9,0	17,7	48,3	61,5
Ecografie .....	8,1	5,4	10,0	2,4	8,7	10,3	10,3
Analisi del sangue .....	77,4	70,7	84,1	30,4	62,5	118,0	141,7
Analisi delle urine .....	59,5	53,4	65,1	24,0	47,0	86,4	116,3
Altri accertamenti (b) .....	20,4	18,0	22,6	13,3	17,9	30,3	25,1

(a) I dati non sono sommabili per colonna in quanto una stessa persona può aver dichiarato di aver effettuato anche più di un accertamento diagnostico.

(b) Sono compresi accertamenti quali: l'elettroencefalogramma, il metabolismo basale, l'oscillometria, ecc.

Figura 1



Anno 1982



Fig. 2. - DISTRIBUZIONE DEI CENTRI PER LA CURA DELL'EPILESSIA PRESENTI IN ITALIA, RICAVATI DA UN CENSIMENTO OPERATO DALLA LEGA ITALIANA CONTRO L'EPILESSIA, PUBBLICATO NEL 1981



Fig. 3. - FREQUENZA DELLE MICROCITEMIE SUL TERRITORIO NAZIONALE

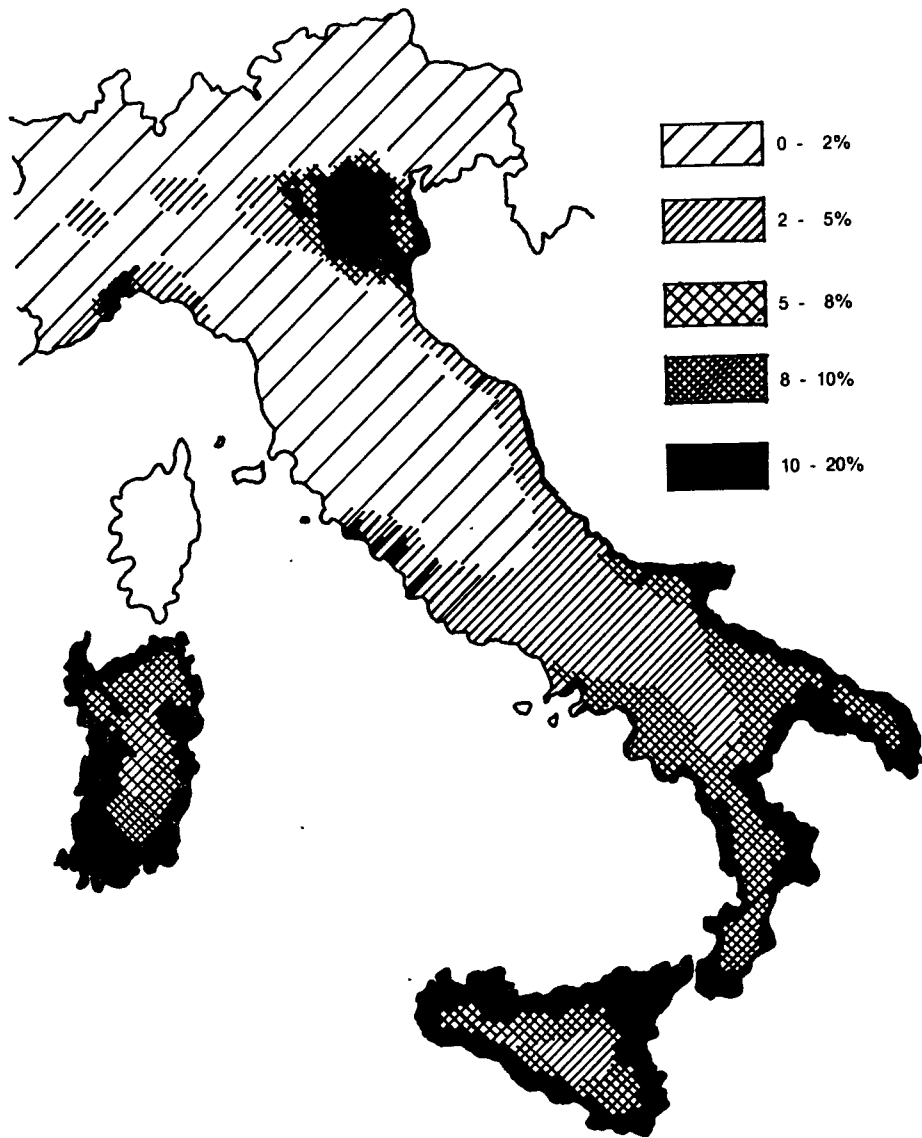


Fig. 4. - FREQUENZA DELLE MICROCITEMIE NELLE PROVINCE DEL LAZIO

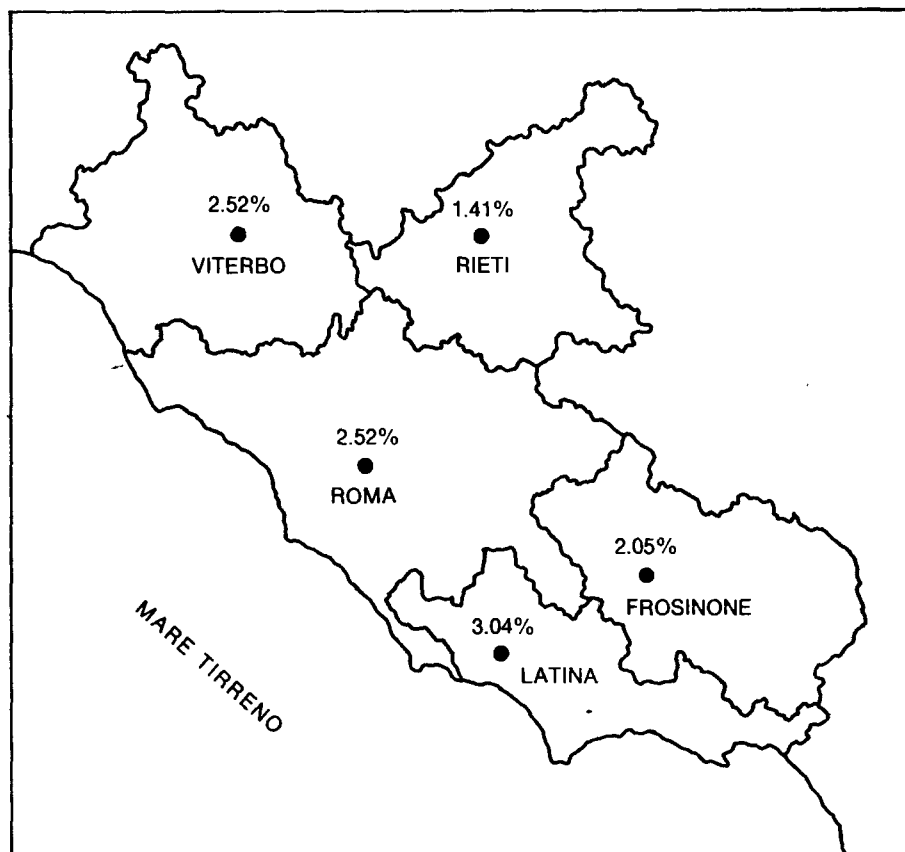
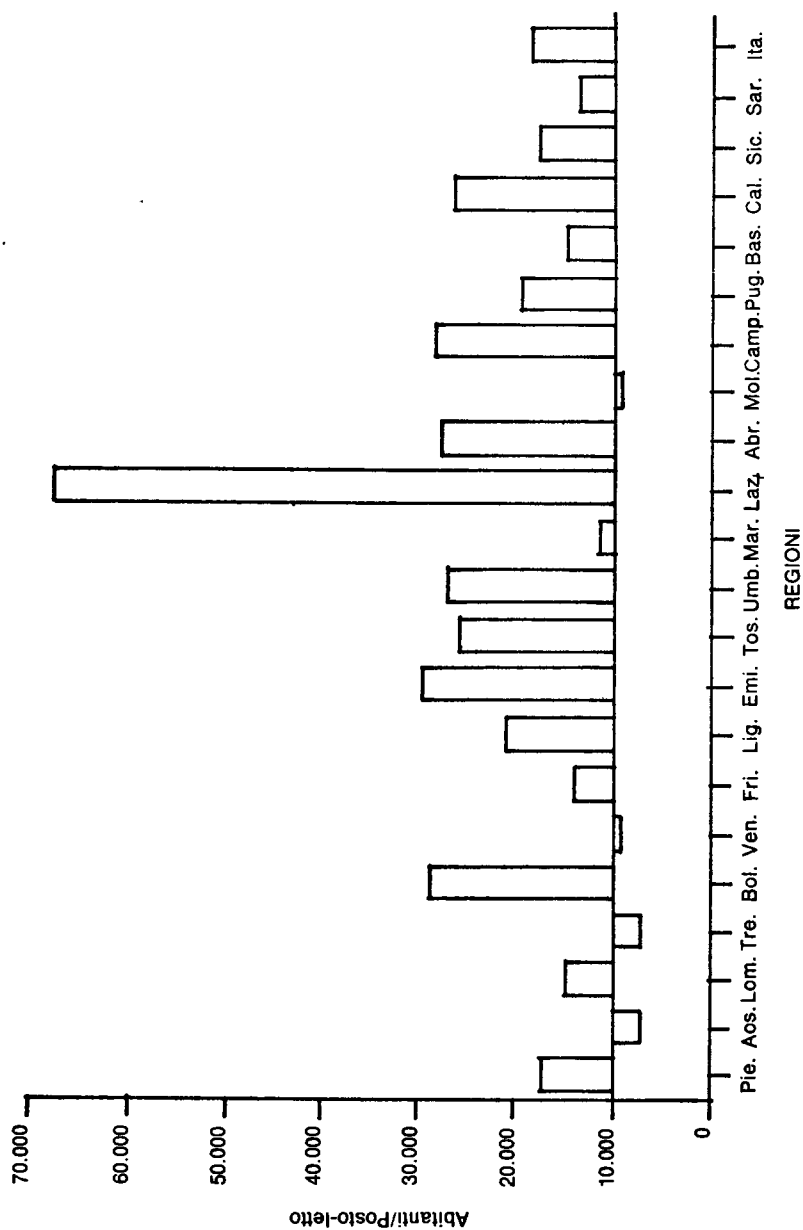


Fig. 5. - RAPPORTO TRA POPOLAZIONE E POSTI-LETTO PER ACUTI IN SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA NELLE DIVERSE REGIONI ITALIANE ANNO 1983



### 3. - HANDICAPS.

Una stima dei soggetti portatori di handicap, relativamente al 1983, è desumibile dall'indagine statistica sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari effettuata dall'ISTAT (*Tab. 1*).

Risulta evidente l'elevata diffusione delle invalidità permanenti che sono più frequenti nel sesso maschile e nelle classi di età più avanzate.

Secondo i dati forniti dal Ministero degli Interni risultano assistite oltre 500.000 persone, secondo il dettaglio indicato in *Tab. 2*. Dall'osservazione della tabella si mette in evidenza un aumento nel tempo dell'invalidità dovuta all'incremento degli « invalidi », mentre la percentuale di ciechi e sordomuti si mantiene costante.

Un ulteriore dato riguarda la categoria di ciechi assoluti e di invalidi totali, aventi diritto all'indennità di accompagnamento. I ciechi nel 1981-82-83 sono risultati rispettivamente 45.671, 47.151, 47.936; gli invalidi civili 30.062, 86.971, 137.710. Anche da questo dato si osserva come il fenomeno della cecità rimane costante mentre è consistente l'incremento di invalidità civili con diritto all'indennità di accompagnamento.

Ulteriori dati (*Tab. 3*) sono forniti dal Ministero della Pubblica Istruzione sugli alunni portatori di handicap nella scuola materna, elementare e media dell'obbligo.

Nella *Tab. 3* si mette in evidenza l'aumento dei plessi delle scuole considerate in cui è in atto l'inserimento di alunni handicappati nel triennio in esame. La *Tab. 4* mette in evidenza il generale aumento di alunni handicappati inseriti nelle scuole; si osserva una lieve diminuzione percentuale solo nella scuola materna. La *Tab. 5* mette in evidenza, nei due anni in cui si dispone di dati, l'aumento del numero degli insegnanti di sostegno in servizio nelle scuole considerate. Nella *Tab. 6* relativa al solo anno scolastico 1982-83, si indica in 101.526 il totale degli alunni handicappati inseriti nelle scuole; il dato è ripartito per tipo di scuola e per handicap.

Si ritiene utile riportare i dati relativi ad una sperimentazione effettuata dal Ministero della Sanità in alcune regioni italiane: Liguria (U.S.L. 16), Lombardia (U.S.L. 30), Abruzzo (U.S.L. 8) e Calabria (U.S.L. 7).

Per quanto riguarda la frequenza percentuale dei disabili sul totale della popolazione si osserva una maggiore incidenza di questi nella U.S.L. abruzzese rispetto alle altre tre (Abruzzo 1,9 %; Liguria 1,5 %; Lombardia 1,2 %; Calabria 0,9 %).

La distribuzione degli handicappati per classi di età mette in evidenza una maggior prevalenza di questi nelle fasce di età più avanzate (*Tab. 7*).

L'età media dei soggetti presi in esame si aggira intorno ai 57/58 anni nelle U.S.L. ligure e abruzzese, mentre notevolmente più bassa è per la U.S.L. lombarda (quasi 48 anni) e per quella calabrese (43).

Le U.S.L. lombarda e calabrese presentano infatti una struttura per età dei disabili sensibilmente più giovane rispetto alle altre U.S.L.

È stato inoltre rilevato che il 26 % degli invalidi nella U.S.L. lombarda e il 28 % in quella calabrese lo sono dalla nascita, contro il 16,2 % in Liguria e il 14,5 % in Abruzzo.

L'handicap con incidenza più elevata risulta, in tutte le U.S.L. considerate, la riduzione o assenza di movimento in una o più articolazioni. In Liguria e Lombardia prevalgono anche la sordità e cecità/semicecità; in Abruzzo e in Calabria è rilevante anche l'incidenza di insufficienza mentale e disturbi psichici (cfr. *Tab. 8*).

Di notevole interesse sono i dati relativi al grado di autonomia degli invalidi e al tipo di servizi e strutture di riabilitazione di cui usufruiscono.

Gli invalidi senza alcuna autonomia costituiscono una parte relativamente bassa in Liguria e in Lombardia (rispettivamente l'8,8 % e il 9,7 %) mentre sono più presenti in Calabria (34,8 %) e in Abruzzo (13,6 %), a fronte di una presenza sensibilmente minore (rispetto alle altre due U.S.L.) di invalidi autonomi.

Per quel che riguarda l'uso di protesi, questo è piuttosto variabile e non sembra esserci una relazione particolare tra grado di autonomia e uso delle protesi.

Da notare comunque il basso numero di disabili della U.S.L. calabrese che fanno uso di protesi (appena il 9,4 %), contro i valori più alti delle altre U.S.L. (dal 26,7 al 46 %) (*Tabb. 9 e 20*).

Assistenza e aiuto gli invalidi li ricevono essenzialmente da componenti del nucleo familiare (82-86 % dei casi) e in bassa percentuale da parte di operatori forniti dai servizi. Si tenga comunque presente che la grande maggioranza dei disabili vivono nel proprio nucleo familiare (tra l'85 e il 96 %) (*Tabb. 11 e 12*).

Il ricorso a servizi di riabilitazione è notevolmente basso e questo può costituire senz'altro un fattore di allarme per la soluzione dei problemi legati all'inserimento degli handicappati.

Non si nota una sensibile differenza fra le U.S.L. considerate, ad indicare che il problema dei disabili ha caratteristiche proprie e peculiari che non sempre sono riconducibili, sebbene ne risentano comunque l'infusso, a fattori di tipo socio-culturale (*Tabb. 13 e 14*).

Tab. 1. - INVALIDITÀ PERMANENTI (1983)

TIPO DI INVALIDITÀ	TOTALE	SESSO		CLASSI DI ETÀ			
		M	F	Fino a 29	30 - 49	50 - 64	65 ed oltre
<i>Cifre assolute (in migliaia) (a)</i>							
Cecità .....	276	120	156	30	29	64	154
Sordomutismo .....	55	28	27	12	8	15	20
Sordità .....	340	195	145	11	33	100	196
Insufficienza mentale.....	209	103	106	45	62	40	62
Invalidità motoria .....	842	451	390	87	135	258	361
<i>Per 1.000 abitanti</i>							
Cecità .....	4,9	4,3	5,3	1,3	1,9	6,0	20,3
Sordomutismo .....	1,0	1,0	0,9	0,5	0,5	1,4	2,6
Sordità .....	6,0	7,1	4,9	0,5	2,2	9,4	25,9
Insufficienza mentale .....	3,7	3,7	3,6	1,9	4,1	3,7	8,2
Invalidità motoria .....	14,8	16,4	13,3	3,7	8,9	24,3	47,8
<p>(a) I dati non sono sommabili per colonna in quanto una stessa persona può aver dichiarato di essere affetta anche da più di un'invalidità.</p>							

Tab. 2. - INVALIDI ASSISTITI

ANNI	Popolazione	CIECHI		SORDOMUTI		INVALIDI		TOTALE	
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
1981..	56.725.658	107.211	0,19	15.966	0,03	303.040	0,53	426.317	0,75
1982..	55.803.292	108.133	0,19	15.927	0,03	355.527	0,64	479.587	0,86
1983..	56.338.820	105.749	0,19	15.770	0,03	423.613	0,75	545.132	0,97

Tab. 3. - NUMERO DEI PLESSI DI SCUOLA MATERNA, ELEMENTARE E MEDIA DELL'OBBLIGO  
IN CUI È IN ATTO L'INSERIMENTO DEGLI ALUNNI HANDICAPPATI

INTERO TERRITORIO	SCUOLA MATERNA			SCUOLA ELEMENTARE			SCUOLA MEDIA			TOTALI COMPLESSIVI		
	N. Totale plessi	Di cui con al. H		N. Totale plessi	Di cui con al. H		N. Totale plessi	Di cui con al. H		N. Totale plessi	Di cui con al. H	
		N.	%		N.	%		N.	%		N.	%
1980-81.....	13.747	2.513	18,3	23.160	12.690	45,1	8.765	4.184	47,7	50.672	19.339	33,3
1982-83.....	13.325	5.169	23,8	27.457	13.663	50,5	10.433	5.212	59,5	51.215	23.244	45,4

Tab. 4. - NUMERO DEGLI ALUNNI HANDICAPPATI INSERITI NELLE SCUOLE COMUNI STATALI MATERNE,  
ELEMENTARI E MEDIE DELL'OBBLIGO

INTERO TERRITORIO	SCUOLA MATERNA			SCUOLA ELEMENTARE			SCUOLA MEDIA			TOTALI COMPLESSIVI		
	N. Totale alunni	Di cui alunni H		N. Totale alunni	Di cui alunni H		N. Totale alunni	Di cui alunni H		N. Totale alunni	Di cui alunni H	
		N.	%		N.	%		N.	%		N.	%
1980-81.....	774.605	4.719	0,6	4.057.687	66.849	1,6	2.754.250	19.892	0,7	7.616.552	91.469	1,2
1982-83.....	863.392	5.531	0,6	3.853.343	66.517	1,7	2.673.927	29.378	1,1	7.395.667	101.526	1,4



Tab. 5. - NUMERO DEGLI INSEGNANTI DI SOSTEGNO IN SERVIZIO NELLE SCUOLE COMUNI STATALI MATERNE, ELEMENTARI E MEDIE DELL'OBBLIGO

INTERO TERRITORIO	N. TOTALE ins. sost.	Di cui			
		Specializzati	%	Non specializzati	%
<i>Scuola materna</i>					
1980-81 .....	—	—	—	—	—
1982-83 .....	—	—	—	—	—
<i>Scuola elementare</i>					
1980-81 .....	12.756	—	—	—	—
1982-83 .....	15.042	9.767	64,9	5.275	35,1
<i>Scuola media</i>					
1980-81 .....	6.163	—	—	—	—
1982-83 .....	8.045	1.420	17,6	6.625	82,3
<i>Totali complessivi</i>					
1980-81 .....	18.919	—	—	—	—
1982-83 .....	23.087	11.187	48,4	11.900	51,5

Tab. 6. - NUMERO DEGLI ALUNNI HANDICAPPATI INSERITI NELLE SCUOLE COMUNI STATALI MATERNE, ELEMENTARI E MEDIE DELL'OBBLIGO CON L'INDICAZIONE DEL NUMERO DEI NON VEDENTI, DEI NON UIDENTI E DEGLI PSICOFISICI

INTERO TERRITORIO	N. TOTALE alunni H	Di cui					
		Non vedenti	%	Non udenti	%	Psicofisici	%
<i>Scuola materna</i>							
1982-83 .....	5.631	172	2,16	321	5,7	5.133	92,7
<i>Scuola elementare</i>							
1982-83 .....	56.517	1.135	1,7	2.794	4,2	52.588	3,5
<i>Scuola media</i>							
1982-83 .....	29.378	692	1,3	1.793	6,1	26.875	91,5
<i>Totali complessivi</i>							
1982-83 .....	361.525	1.949	7,9	4.903	4,8	94.669	93,2

Tab. 7. - HANDICAPPATI PER CLASSI DI ETÀ

CLASSI DI ETÀ	LIGURIA		ABRUZZO		LOMBARDIA		CALABRIA	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
0-4 anni .....	7	0,6	10	0,9	28	1,9	23	3,4
5-9 anni .....	12	1,0	23	2,0	46	3,1	55	8,1
10-14 anni .....	24	2,1	25	2,2	69	4,7	40	5,9
15-24 anni .....	50	4,3	62	5,5	158	10,7	95	14,0
25-44 anni .....	151	13,0	144	12,7	299	20,4	125	18,5
45-64 anni .....	387	33,4	335	29,4	452	30,8	159	23,5
65-74 anni .....	283	24,4	262	23,0	238	16,2	98	14,5
Oltre 74 anni.....	246	21,2	277	24,3	179	12,2	82	12,1
TOTALE ...	1.160	100,0	1.138	100,0	1.469	100,0	(*)677	100,0
Età media .....	57,8	—	57,4	—	47,7	—	43,0	—

(\*) Il totale dei disabili è 679: due di essi non hanno risposto alla domanda sull'età.

Tab. 8. - TIPO DI HANDICAP

N.	TIPO DI HANDICAP	LIGURIA		ABRUZZO		LOMBARDIA		CALABRIA	
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
1	Sordità .....	309	26,6	145	12,7	224	15,4	74	11,0
2	Assenza di linguaggio.....	73	6,3	85	7,5	102	7,0	69	10,2
3	Cecità/semicecità .....	246	21,2	255	22,4	231	15,8	125	18,5
4	Mancanza di uno o più arti	47	4,1	33	2,9	82	5,6	25	3,7
5	Movimento ridotto o mancanza di movimento in una o più articolazioni..	479	41,3	562	49,4	596	40,9	219	32,5
6	Insufficienza mentale.....	110	9,5	164	14,4	197	13,5	203	30,1
7	Disturbi psichici .....	197	17,0	275	24,2	194	13,3	144	21,4
8	Gravi malformazioni congenite .....	49	4,2	82	7,2	107	7,3	72	10,7

N.B. - Dato il non indifferente numero di risposte multiple, il totale dei valori assoluti delle regioni è superiore al totale degli intervistati nelle rispettive UU.SS.LL.; le percentuali sono riferite al totale degli intervistati nei rispettivi luoghi. Per la Lombardia e la Calabria le % sono riferite al totale degli intervistati che hanno risposto alla domanda (1.457 e 674).

Tab. 9. - GRADO DI AUTONOMIA

	LIGURIA		ABRUZZO		LOMBARDIA		CALABRIA	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Autonomo .....	653	56,3	443	38,9	788	53,6	70	10,3
Parzialmente autonomo .....	400	34,5	530	46,6	536	36,5	365	53,7
Senza alcuna autonomia .....	102	8,8	155	13,6	142	9,7	236	34,8
Non risposto .....	5	0,4	10	0,9	3	0,2	8	1,2
TOTALE ...	1.160	100,0	1.138	100,0	1.469	100,0	679	100,0

Tab. 10. - USO DI PROTESI

	LIGURIA		ABRUZZO		LOMBARDIA		CALABRIA	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Sì .....	534	46	304	26,7	440	30,0	64	9,4
No .....	606	52,2	785	69,0	1.014	69,0	586	86,3
Non risposto .....	20	1,7	49	4,3	15	1,0	29	4,3
TOTALE ...	1.160	100,0	1.138	100,0	1.469	100,0	679	100,0

Tab. 11. - SE L'INVALIDO È PARZIALMENTE AUTONOMO O NON AUTONOMO INDICARE CHI LO AIUTA (\*)

	LIGURIA		ABRUZZO		LOMBARDIA		CALABRIA	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Un componente del nucleo familiare .....	415	82,7	572	83,5	585	86,3	500	83,2
Un volontario .....	9	1,8	5	0,7	18	2,6	6	1,0
Un operatore fornito dai servizi .....	30	6,0	70	10,2	30	4,4	10	1,7
Altro .....	91	18,1	13	1,9	69	10,2	79	13,1
Non risposto .....	28	5,6	28	4,1	42	6,2	14	2,3

(\*) Possibilità di risposte multiple. Le percentuali sono calcolate sul totale dei parzialmente autonomi e non autonomi delle rispettive UU.SS.LL. (502 per la Liguria; 685 per l'Abruzzo; 678 per la Lombardia; 601 per la Calabria).

Tab. 12. - LUOGO DOVE ATTUALMENTE VIVE L'HANDICAPPATO

	LIGURIA		ABRUZZO		LOMBARDIA		CALABRIA	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Nel proprio nucleo familiare ..	1.113	95,9	996	87,5	1.412	96,1	582	85,7
In altro nucleo familiare .....	20	1,7	17	1,5	18	1,2	77	11,3
In comunità alloggio o gruppo famiglia .....	—	—	2	0,2	1	0,1	2	0,3
In istituto .....	25	2,1	112	9,8	35	2,4	11	1,6
Non risposto .....	2	0,2	11	1,0	3	0,2	7	1,1
TOTALE ...	1.160	100,0	1.138	100,0	1.469	100,0	679	100,0

Tab. 13. - SERVIZI DI RIABILITAZIONE

	LIGURIA		ABRUZZO		LOMBARDIA		CALABRIA	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Sì .....	151	13,0	64	5,6	203	13,8	82	12,1
No .....	999	86,1	1.042	91,6	1.260	85,8	588	86,6
Non risposto .....	10	0,9	32	2,8	6	0,4	9	1,3
TOTALE ...	1.160	100,0	1.138	100,0	1.469	100,0	679	100,0

Tab. 14. - TIPO DI STRUTTURA RIABILITATIVA

	LIGURIA		ABRUZZO		LOMBARDIA		CALABRIA	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Pubblica .....	105	69,5	39	60,9	154	75,9	61	74,4
Privata .....	45	29,8	22	34,4	45	22,2	2	2,4
Non risposto .....	1	0,7	3	4,5	4	1,9	19	23,2
TOTALE ...	151	100,0	64	100,0	203	100,0	82	100,0

#### 4. - TOSSICODIPENDENZE.

##### 4.1. - *Da alcool.*

##### 4.1.1. - *Indici indiretti sull'assunzione di alcool (1).*

Il consumo pro-capite di vino, dopo una crescita del 21 % tra gli anni '50 e gli anni '60, ed un ulteriore aumento del 3 % nel decennio successivo, fa registrare una diminuzione del 18 % tra gli anni '70 e gli anni '80, tornando, col valore attuale di 91,14 litri annui pro capite, quasi al livello degli anni '50, valore tuttavia sempre elevato.

Per contro, per l'instaurarsi di nuove abitudini nel consumatore, il consumo di birra mostra una costante crescita per tutti i periodi presi in esame. È da notare come il consumo di birra, come anche di superalcolici, non si sostituisce ma si aggiunge a quello di vino. Tali consumi sono riferiti nel capitolo I, paragrafo 9, della parte corrente.

Mancando i dati relativi ai liquori non è possibile da questa fonte procedere al calcolo della quantità di anidro.

Secondo i Food Balance Sheets calcolati dalla F.A.O. (v. *Tab. 1*) in totale il consumo medio giornaliero per abitante di alcool anidro è stato, nel triennio 1979-1981 di 36,3 g. Dagli stessi dati si rileva che l'Italia occupa il 7° posto, come consumo giornaliero pro-capite di alcool in grammi, tra i 20 Paesi principali consumatori.

##### 4.1.2. - *Ricerche dirette sull'abuso di alcool.*

L'utilizzo di ricerche dirette finalizzate al rilievo epidemiologico della patologia correlata all'abuso di alcool è spesso scarsamente attendibile a causa della reticenza del consumatore, specie quando rientra nella fascia di abuso.

L'ISTAT procede ogni anno a rilevare la spesa familiare inerente un certo numero di voci, in cui vengono registrati i consumi di vino, birra e liquori.

L'ISTAT per il momento pubblica solo i dati concernenti il vino.

---

(1) Il rilevamento epidemiologico sulla patologia correlata all'abuso di alcool si avvale in primo luogo di indici indiretti relativi ai consumi.

Secondo l'equazione  $D = P + I - E - A \pm (S)$  ( $D$  = disponibilità al consumo,  $P$  = produzione interna,  $I$  = Importazione,  $E$  = esportazione,  $A$  = usi non alimentari,  $(S)$  = variazione degli stocks) è possibile determinare la disponibilità totale al consumo per un certo anno dei singoli alimenti. Tale dato, diviso per la popolazione media dello stesso anno, fornisce poi il consumo o meglio la *disponibilità al consumo medio annuo per abitante*. L'ISTAT, che esegue questo calcolo per vino e birra, non procede più, da dodici anni, al calcolo della disponibilità al consumo per i superalcolici.

Secondo questa fonte, dalla quale peraltro mancano i consumi extracasalinghi di bevande alcoliche (che per aperitivi e liquori sono rilevanti), il consumo giornaliero di alcool anidro sarebbe di 22,01 g (media del triennio), dato notevolmente inferiore a quello calcolato dalla F.A.O., anche se questi ultimi si riferiscono al triennio 1979-81.

Per quanto riguarda la distribuzione del consumo a seconda della composizione familiare è da rilevare (v. *Tab. 2*) che nelle famiglie a 3-4 componenti si ha un aumento del consumo.

Dalla indagine statistica condotta dall'ISTAT nel 1983, sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari, emerge che il 38,3 % della popolazione al di sopra dei 14 anni non beve vino. Il dettaglio sui consumi abituali giornalieri di vino per persone in età di 14 anni ed oltre è espresso nella *Tab. 3*.

Da una indagine statistica condotta dall'Istituto Nazionale della Nutrizione nel 1981, sul consumo delle bevande alcoliche, diretta a 2.370 persone di 6 diverse località, risulta che il 22,1 % dei soggetti non beve vino. Il dato medio di consumo giornaliero rilevato complessivamente è di 50,5 ml, pari a 39,8 g di alcool anidro giornaliero pro capite, dato leggermente superiore anche a quello di fonte F.A.O., probabilmente perché quello dell'I.N.N. riguarda la popolazione al di sopra dei 14 anni.

Si riferisce infine una indagine epidemiologica sull'abitudine al fumo e sui consumi medi di alcool, di farmaci e tabacco fra gli studenti di scuole medie superiori di 11 città italiane. Tale indagine, svolta dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori e dal Centro Sperimentale di Educazione Sanitaria di Perugia per conto del Centro Studi del Ministero della Sanità, è stata condotta nel 1981 su una popolazione di oltre 10.000 studenti. Il consumo di vino cresce dalle prime alle ultime classi; è maggiore nei maschi; fra i maschi prevalgono i consumatori « tutti i giorni solo ai pasti »; le consumatrici sono prevalentemente « saltuarie ». Nel complesso, la percentuale dei soggetti a rischio che dichiarano di bere « tutti i giorni, anche fuori pasto » riguarda il 3,5 % dei maschi delle ultime classi e lo 0,9 % delle femmine. I consumatori di birra sono più numerosi dei consumatori di vino, la stragrande maggioranza dichiara di berla « saltuariamente », anche se sussiste la tendenza ad un maggiore uso fuori pasto della birra rispetto al vino. Si può comunque ipotizzare che la birra non costituisca un grosso fattore di rischio per patologie alcool correlate. Per i liquori il consumo è inferiore a vino e birra; anche qui l'andamento è maggiore per i maschi e nelle ultime classi. Si evidenzia però un numero abbastanza rilevante di consumatori di quantità elevate.

Altro dato che denota il progressivo evolversi, oltre che della qualità e quantità dei consumi, anche della modalità riguarda la frequenza annua delle ubriacature: il 29,2 % fra i maschi delle ultime classi dichiara di

farlo « almeno una volta l'anno ». È inoltre da rilevare che chi consuma elevate quantità di alcool sotto forma di vino, tende a consumarne quantità elevate anche sotto forma di liquori, con il sommarsi delle condizioni di rischio.

#### 4.1.3. – Mortalità alcool-correlata (MAC).

A riguardo della mortalità alcool-correlata (MAC), accanto ai classici dati individuati dall'O.M.S., il Comité National de Défense contre l'Alcoolisme (Francia) ne ha recentemente proposti altri: l'insieme di questi dati, estrapolati indirettamente tramite elaborazioni matematiche, è conosciuto come formula di Perrin. Tale formula propone dei fattori di correzione da applicare al numero di morti per cause in cui può essere in gioco l'alcool. Il numero ottenuto mediante tali correzioni rappresenterebbe una stima della reale quota alcool-correlata, distinta per gruppi di patologia e di problemi.

Le diagnosi di alcolismo e psicosi alcolica sono scarsamente rappresentate e diminuiscono ulteriormente a partire dal 1970.

I morti per neurosi alcolica e psicosi alcolica sono valutati in 1.144 nel triennio considerato, secondo il seguente dettaglio:

ANNO	Neurosi alcolica	Psicosi alcolica	TOTALE
1981.....	340	45	385
1982.....	338	43	381
1983.....	336	42	378
TOTALE TRIENNIO...	1.014	130	1.144

Elaborazione ISPES da fonte ISTAT.

Le morti per cirrosi epatica presentano un costante e progressivo aumento, essendosi passati, in cifre assolute, da 6.697 decessi del 1955 ai 19.573 del 1980; tradotto in quoziente per 100.000 abitanti si è passati da  $Q = 13,55$  nel 1955 a  $Q = 34,3$  nel 1980.

Tenendo conto dei risultati di una indagine multicentrica condotta nel 1977 (1) possiamo attribuire a causa alcolica il 60 % delle cirrosi al Nord e scendere progressivamente fino al 22 % circa delle regioni meri-

(1) Associazione Italiana per lo Studio del Fegato (AISF).

dionali. Mediante l'uso di modelli di previsione si può stimare il numero dei morti per cirrosi epatica nel triennio 1981-83 rispettivamente in:

- 20.041 per il 1981;
- 20.238 per il 1982;
- 20.429 per il 1983 (proiezioni ISPES).

Assumendo come percentuale media italiana di cirrosi alcoliche il 44 % delle totali, si avranno complessivamente 26.712 decessi per cirrosi alcolica (da confrontare con quelli forniti dall'ISTAT, corrispondenti ad una percentuale del 5-6 % delle totali).

In dettaglio i decessi per cirrosi alcolica nel triennio sono stati:

ANNO	Dati ISPES (parametro 44 %)	Dati ISTAT (previsioni) (parametro 5-6 %)
1981.....	8.818	909
1982.....	8.905	919
1983.....	8.989	928
TOTALI TRIENNIO...	26.712	2.796

Bisogna tuttavia notare che l'andamento delle cirrosi non rispecchia immediatamente la situazione dell'abuso alcolico, come invece ad esempio gli incidenti stradali, ma si manifesta dopo un periodo di latenza di circa un decennio.

Confrontiamo le conclusioni finali cui sono giunte due ricerche.

Secondo una ricerca del 1984 (1) nell'anno 1977 il bilancio è stato di circa 28.000 morti alcool-correlate (Tab. 4).

In Italia si avrebbe inoltre a partire dal 1970 una diminuzione del consumo di alcolici, che si evolve penalizzando il consumo di vino e confermata dal parallelo diminuire delle morti per incidenti stradali (abbiamo già accennato come la curva per cirrosi rappresenti invece la situazione del decennio precedente) (Fig. 1).

Pertanto si può ipotizzare che le morti alcool-correlate si aggirino attualmente, per il triennio 1981-83, su cifre inferiori a quelle indicate per il 1977.

(1) RAUSA e altri: *La dipendenza alcolica*, Ed. Piccin, 1984.



Secondo un'altra ricerca (1):

– Le nostre stime che riguardano... la sola mortalità per cirrosi alcolica, portano ad un valore globale, per tutto l'undicennio considerato (1974–1984), pari a 94.504 unità. Se a questi si aggiunge anche il numero dei morti, nello stesso periodo, per neurosi alcolica (3.851) e psicosi alcolica (577) rilevati dalle statistiche ufficiali, si perviene a 98.932 unità, vale a dire quasi centomila morti per alcool in Italia dal 1974 ad oggi.

– Bisogna aggiungere ai dati esposti al punto precedente il 33 % della totalità dei decessi per incidenti stradali (percentuale che peraltro in Italia è stimata troppo bassa) riferita ai decenni 1971–1980. Su 93.932 totali, quelli dovuti all'alcool sarebbero dunque almeno 31.000. Prendendo come ultimo dato disponibile il 1980, gli incidenti mortali da alcool sono stati in quell'anno 2.536.

– I suicidi sono in sensibile crescita, fino al valore di 2.851 nel 1983. La distribuzione regionale ricalca quella dove più alti sono i tassi di mortalità per cirrosi alcolica e più alto il consumo di vino per abitante. Assumendo come attendibile la cifra del 25 % per indicare la percentuale dei suicidi attribuibile all'alcool si ha:

1981, 688/2.755;

1982, 700/2.808;

1983, 712/2.851 pari ad un totale, per il triennio, di 2.100 suicidi attribuibili all'alcool.

#### 4.2. – *Da sostanze stupefacenti.*

La serie storica di decessi per assunzione di sostanze stupefacenti rappresentata nella Fig. 2 mette in evidenza il continuo incremento del fenomeno.

Nel corso dell'anno 1981 si registra un forte incremento del numero di tossicodipendenti che manifestano una domanda di assistenza sanitaria specifica. Tale aumento è da attribuire in gran parte all'attivazione di nuovi servizi ed alla conseguente aumentata offerta di assistenza (*Tab. 5*) a seguito dell'applicazione delle disposizioni del 1980 (2).

Nel corso dell'anno l'andamento della diffusione del fenomeno mostra una crescita continua, evidenziata dal numero di segnalazioni, di arresti

---

(1) Rapporto I.S.P.E.S. sull'alcolismo in Italia, 1985

(2) DD.MM. 7 agosto 1980 e 10 ottobre 1980.

per spaccio-traffico e per altri reati collegati con l'abuso di droga, mentre i decessi registrano una diminuzione. Tale andamento della mortalità va correlato, oltre che all'azione dei servizi, all'estensione dell'uso del naloxone negli interventi di Pronto Soccorso.

In corrispondenza con la crescita della domanda complessiva di assistenza si registra da un lato un rapido incremento dell'uso del metadone, attribuibile principalmente al recupero seguito alle limitazioni introdotte con le disposizioni del 1978 (1), dall'altro una immediata diminuzione della quantità di morfina utilizzata per scopi diversi dalle indicazioni strettamente analgesico-narcotiche (uso sperimentale nei trattamenti di dissuefazione) (Tab. 6).

Nel corso dell'anno 1982 l'andamento della diffusione del fenomeno non mostra particolari cambiamenti rispetto a quello dell'anno precedente se non in termini di riduzione, sia della entità della domanda di assistenza sanitaria espressa nei riguardi dei servizi, sia della crescita dei decessi che presentano un incremento del 6 %.

Un'indagine campionaria TO.DI.2 (2) ha preso in esame oltre 36.000 giovani di sesso maschile in 25 aree urbane di 12 regioni; essa ha avuto lo scopo di avere stime affidabili dell'uso/abuso di oppiacei, di cocaina, di cannabis, della politossicomania. Tra i risultati più rilevanti sono, oltre la obiettiva definizione del tasso di prevalenza (rispettivamente 17 ‰ per gli oppiacei e 80 ‰ per la cannabis), la acquisizione di importanti elementi conoscitivi sulla natura e sulle associazioni dell'uso degli oppiacei, diretta con il consumo di tabacco e l'uso di alcool (seppure questa meno marcata di quella), inversa con il più elevato grado di istruzione (Tabb. 7, 8, 9).

La ricerca ha inoltre consentito di valutare la prevalenza di assuntori di oppiacei per ciascuna area campionaria (Tab. 10).

L'indagine sullo stato di attuazione dei servizi ha permesso di individuare come circa il 6 % degli stessi sia stato attivato nel corso dell'anno. C'è da notare che circa il 70 % era già stato attivato in conseguenza dei DD.MM. del 1980.

Attraverso il ruolo professionale degli operatori è risultata una caratterizzazione dei servizi prevalentemente di tipo medico e para-medico (54 %), per il 30 % di tipo psicologico e sociale e per il 15 % di altri tipi professionali.

Solo il 19 % dei servizi dispone di non più di 3 operatori, oltre la metà (57 %) dispone da 4 a 9 operatori e solo il 24 % presenta più di 10

---

(1) DD.MM. 6 giugno 1978 e 4 agosto 1978.

(2) Istituto Superiore di Sanità e Consiglio Nazionale delle Ricerche.

operatori, configurandosi questi ultimi in genere come integrati nell'ambito di altri servizi, in genere di Salute Mentale e di reparti clinici ospedalieri.

Per quanto riguarda le modalità di accesso al servizio, quasi il 69 % di essi prevede accertamenti di laboratorio integrati con colloqui, esame obiettivo, ecc. Il restante 30 % non prevede accertamenti di laboratorio (Tabb. 11, 12 e 18).

Le Comunità Terapeutiche coprono circa il 5 % (1.146 posti) dell'intera popolazione di tossicodipendenti comunque percepiti dalle istituzioni (circa 25.000) e circa il 72 % dei posti veniva utilizzato (Tab. 14).

#### 4.3. - *Da tabagismo.*

È risultato da una indagine pubblicata nel 1981 (1) che il 35 % e, rispettivamente, il 67 % degli studenti non ricevono alcuna informazione sui danni del fumo alla salute dai genitori e dagli insegnanti. Carenza di informazione è stata evidenziata anche dall'indagine effettuata nel 1981 su oltre 8.000 studenti di 10 città italiane (2). Da essa è risultato (Tabb. 15 e 16) che l'abitudine di fumare è assai diffusa tra i giovani, superando talora il 50 % per gli studenti delle ultime classi delle scuole medie superiori (18-19 anni); in genere la diffusione è maggiore fra le ragazze, anche se queste fumano meno dei ragazzi. L'età di inizio è molto precoce in entrambi i sessi (talora a 6 anni!), specialmente tra gli studenti più giovani (Tabb. 17 e 18); la probabilità di diventare fumatori è tanto più alta quanto più precoce è il primo approccio al fumo (Tab. 18).

La suddetta indagine conferma quindi la tendenza sempre maggiore a fumare tra i giovani ed i giovanissimi, specialmente di sesso femminile. Questo ultimo dato è particolarmente preoccupante, in considerazione dei danni specifici che il fumo causa alle gestanti ed al feto, nonché alle donne che usano contraccettivi ormonali.

Per quanto riguarda il consumo di tabacco della popolazione in generale, nel triennio 1981-1983 l'aumento del consumo medio procapite è stato molto più modesto che in precedenza. Non è dato sapere, tuttavia, se ciò indica solo un rallentamento occasionale, come altri verificatisi in passato, o invece, come è da augurarsi, l'inizio di una inversione di tendenza.

---

(1) BERNAGOZZI e altri: *Igiene e Sanità Pubblica*, 37, 129-164, (1981).

(2) Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori: in corso di stampa.

Tab. 1. - CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE NEI 20 PAESI PRINCIPALI CONSUMATORI  
(FOOD BALANCE SHEETS, 1979-81 AVERAGE, F.A.O. 1984)

PAESI	Consumo pro-capite annuo di bevande comprehensive in litri	Consumo giornaliero pro-capite di alcool in grammi	Di cui				Apporto energetico giornaliero da alcool in kcal	% della energia da alcool sull'energia totale
			Vino	Birra d'orzo	Birra di sorgo e bevande fermentate	Bevande superalcoliche		
Rwanda .....	158,7	47,7	—	1,7	46,1	—	334	14,7
Germania (Rep. Federale) ...	178,4	43,4	6,9	28,6	—	8,0	304	9,1
Germania (Rep. Democratica)	158,1	40,0	2,9	27,1	—	10,0	280	7,6
Francia .....	150,5	38,4	25,0	8,6	2,0	2,9	269	7,6
Cecoslovacchia .....	155,6	37,6	2,7	27,1	—	7,7	263	7,8
French Guiana .....	111,6	36,6	10,0	9,6	0,1	16,9	256	9,4
Belgio-Lussemburgo .....	154,7	36,4	6,0	25,3	0,1	5,0	255	7,0
Italia .....	114,6	36,3	23,7	3,4	—	9,1	254	6,9
Ungheria .....	129,4	36,0	9,0	17,0	—	10,0	252	7,2
Danimarca .....	150,4	34,6	4,0	25,7	0,1	4,7	242	6,8
Austria .....	144,7	34,0	9,6	20,7	—	3,9	238	6,7
Spagna .....	116,7	33,7	16,1	9,4	0,1	7,9	236	7,2
Bulgaria .....	95,5	33,1	5,6	12,0	—	15,6	232	6,4
Argentina .....	96,7	30,9	21,1	1,4	—	8,1	216	6,4
Martinica .....	82,8	30,0	5,4	3,6	—	21,0	210	7,9
Portogallo .....	114,4	30,0	22,6	5,4	—	2,0	210	6,6
United Kingdom .....	132,2	29,9	2,4	23,7	—	6,7	209	6,4
Burundi .....	94,9	29,0	—	2,4	26,6	—	203	8,6
Svizzera .....	118,2	28,0	11,6	13,4	0,9	2,1	196	5,7
United States .....	114,8	26,6	2,3	16,4	—	8,0	186	5,1

Tab. 2. - CONSUMO MENSILE DI VINO (dl) NELLE FAMIGLIE DISTINTE SECONDO  
L'AMPIEZZA E IL TIPO (DA ISTAT)  
(Anno 1983)

1 componente	In età inferiore a 65 anni	105
	In età di 65 anni e più	72
2 componenti	Con capofamiglia in età inferiore a 65 anni	94
	Con capofamiglia in età di 65 anni e più	88
3 componenti	Due adulti + un bambino di età inf. a 6 anni	63
	Due adulti + un bambino in età da 6 a 13 anni	66
	Tre adulti	81
4 componenti	Due adulti + due bambini di età inf. a 6 anni	51
	Due adulti + un bambino inferiore a 6 anni + un bambino fra 6-13 anni	56
	Due adulti + due bambini fra 6-13 anni	52
	Quattro adulti	69
5 componenti	Due adulti + tre bambini fra 6-13 anni	53
	Cinque adulti	62
6 e più componenti	—	50

Tabella 3

CONSUMO GIORNALIERO DI VINO	% TOTALE	% maschi	% femmine
Non beve vino .....	38,3	26,0	49,7
Meno di $\frac{1}{4}$ .....	35,7	30,9	40,1
Da $\frac{1}{4}$ a meno di $\frac{1}{2}$ litro .....	18,1	28,3	8,7
Da $\frac{1}{2}$ litro a meno di 1 litro .....	5,9	11,4	0,9
Oltre 1 litro .....	1,5	3,0	0,1
Non indicato .....	0,5	0,4	0,5

Tab. 4. - EVOLUZIONE DELLA MORTALITA' ALCOOL-CORRELATA PER CAUSE SPECIFICHE STIMATA SECONDO IL METODO PROPOSTO DAL COMITÉ NATIONAL DE DÉFENSE CONTRE L'ALCOOLISME (ITALIA) (\*)

	1955	1960	1965	1970	1974	1977
Alcolismo e psicosi alcolica .....	1,5	1,4	1,3	0,8	0,7	0,7
Cirrosi epatica .....	10,9	13,5	18,4	23,2	25,6	27,1
Tumore della bocca dell'esofago .....	2,6	5,4	5,7	6,2	6,5	6,6
Tubercolosi dell'apparato respiratorio .....	6,3	5,1	4,0	2,2	1,5	1,1
Omicidi.....	0,7	0,3	0,4	0,4	0,6	0,7
Suicidi .....	1,6	3,0	1,4	1,4	1,3	1,6
Incidenti stradali .....	6,2	6,0	7,1	8,0	7,3	6,0
Altri incidenti e cause non specificate.....	1,8	2,0	2,2	2,3	2,5	2,5
Sintomi e stati morbosi mal definiti .....	6,1	4,7	3,9	3,2	3,1	3,1
TOTALE ...	37,8	41,7	44,3	47,2	50,6	49,5

(\*) Decessi/100.000 abitanti.

Tabella 5

REGIONI	Servizi attivi fino al 1980	Servizi attivati dopo il 1980 e fino al 1983	TOTALE
Piemonte.....	9	36	45
Valle d'Aosta .....	1	—	1
Lombardia .....	4	20	24
Trentino-Alto Adige .....	4	—	4
Veneto .....	3	25	28
Friuli-Venezia Giulia .....	1	3	4
Liguria.....	5	13	18
Emilia-Romagna .....	9	—	9
Toscana .....	10	20	30
Umbria .....	3	2	5
Marche .....	1	11	12
Lazio .....	5	17	22
Abruzzo .....	—	6	6
Molise .....	—	1	1
Campania .....	—	14	14
Puglia .....	—	4	4
Basilicata .....	1	—	1
Calabria .....	—	4	4
Sicilia .....	4	10	14
Sardegna .....	—	2	2
ITALIA....	60	188	248

Fonte: Indagine di F. Mariani e T. Di Fiandra - Istituto Fisiologia Clinica - C.N.R., Pisa e Coordinamento U.S.L. Roma - 1984.

Tab. 6. - CONSUMO DI MORFINA E METADONE: QUANTITÀ (KG) STIMATE PER I TRATTAMENTI DI DISSUEFAZIONE - 1980-1983

SOSTANZA	ANNI			
	1980 (*)	1981	1982	1983
Morfina.....	60	46 (- 23%)	53 (+ 15%)	54 (+2%)
Metadone .....	17	48 (+182%)	63 (+ 31%)	59 (- 6%)
Morfina + metadone .....	77	94 (+ 22%)	116 (+ 23%)	113 (- 3%)

(\*) Metadone utilizzabile solo in ospedale (D.M. 6 giugno 1978) o con pesanti vincoli nei Servizi (D.M. 4 agosto 1978).

Fonte: I.S.S. Elaborazione in base a dati del Ministero della Sanità - Ufficio Centrale Stupefacenti.

Tab. 7. - SOGGETTI ESAMINATI ED ASSUNTORI DI OPPIACEI PER GRADO DI ISTRUZIONE, STATO CIVILE, TIPO DI FAMIGLIA, TIPO DI LAVORO E DI CONDIZIONE, ABITUDINE AL FUMO DI TABACCO E ALL'ALCOOL

	SOGGETTI ESAMINATI		ASSUNTORI DI OPPIACEI	
	N.	%	N.	Quozienti per 1000 soggetti esaminati
Totale campione .....	36.252	100,0	604	16,66
<b>Grado di istruzione:</b>				
Nessuno .....	282	0,8	7	24,82
Elementare .....	2.756	7,6	90	32,66
Medio inferiore e superiore .....	32.934	90,8	505	15,33
Università .....	203	0,6	1	4,93
Non indicato .....	77	0,2	1	12,99
<b>Stato civile:</b>				
Celibe .....	35.949	92,2	602	16,75
Coniugato .....	92	0,25	—	—
Non indicato .....	211	0,6	2	9,48
<b>Tipo di famiglia:</b>				
Con i genitori .....	34.797	96,0	574	16,50
Famiglia propria .....	198	0,5	9	45,45
Non indicato .....	166	0,5	2	12,05
<b>Tipo di lavoro:</b>				
Fisso .....	13.785	38,0	249	18,60
Saltuario .....	2.029	5,6	37	18,23
Altro .....	20.438	56,9	318	15,59
<b>Tipo di condizione:</b>				
Dipendente .....	14.518	40,0	267	18,39
Indipendente .....	1.012	2,8	19	18,77
Studente .....	17.093	47,2	177	10,35
Non indicato .....	3.629	10,0	141	38,88
<b>Abitudine al fumo (tabacco):</b>				
Sigarette/giorno:				
1 - 9.....	3.545	9,8	50	14,1
10 - 19.....	7.723	21,3	151	19,5
20 - 29.....	4.421	12,2	213	48,2
+ 30 .....	794	2,2	56	70,5
Non fumatori .....	19.769	54,5	134	6,8
<b>Abitudine all'alcool:</b>				
Bevitori .....	11.947	33,0	242	20,2
Non bevitori .....	24.007	66,2	359	14,9

Fonte: I.S.S. - Indagine TO.DI.2.

Tab. 8. - SOGGETTI ESAMINATI E ASSUNTORI DI OPIACI PER CLASSI DI ETÀ E PER REGIONE

REGIONI	SOGGETTI ESAMINATI - DISTRIBUZIONE %			ASSUNTORI DI OPIACI (*) - VALORI ASSOLUTI E QUOZIENTI PER 1.000 SOGGETTI								
	18 anni	19-25	Non ind.	Totale	18 anni		19-25		Non indicato		Totale	
					N.	× 1.000	N.	× 1.000	N.	× 1.000	N.	× 1.000
Piemonte.....	98,24	1,72	0,04	2.668	48	18,31	4	86,96	—	—	52	19,50
Lombardia.....	90,90	8,95	0,15	7.118	131	20,25	26	40,82	—	—	157	22,06
Veneto.....	89,04	10,82	0,14	3.532	39	12,40	12	31,41	—	—	51	14,44
Friuli-Venezia Giulia.....	86,35	13,65	—	1.986	15	8,75	2	7,38	—	—	17	8,56
Liguria.....	88,44	11,46	0,10	2.993	51	19,27	6	17,49	—	—	57	19,04
Emilia-Romagna.....	95,70	4,25	0,05	1.789	34	19,86	4	52,63	—	—	38	21,24
Toscana.....	89,81	10,16	0,03	2.836	52	20,42	8	27,78	—	—	60	21,16
Umbria.....	97,99	1,95	0,06	1.894	13	7,00	—	—	—	—	13	6,86
Lazio.....	94,08	5,74	0,18	3.956	49	13,16	5	22,03	—	—	54	13,65
Campania.....	89,62	10,32	0,06	3.643	51	15,62	8	21,28	—	—	59	16,19
Sicilia.....	79,98	19,84	0,18	2.207	27	15,30	5	11,41	—	—	32	14,50
Altre regioni.....	49,50	49,08	1,42	1.630	7	8,68	6	7,50	1	434,78	14	8,59
<b>Totale ....</b>	<b>89,02</b>	<b>10,82</b>	<b>0,16</b>	<b>36.252</b>	<b>517</b>	<b>16,02</b>	<b>86</b>	<b>21,93</b>	<b>1</b>	<b>169,49</b>	<b>604</b>	<b>16,66</b>

(\*) Soggetti risultati positivi alle determinazioni degli oppiaci nelle urine.

Fonte: I.S.S. - Indagine TO.DI.2.



Tab. 9. - ASSUNTORI DI CANAPA INDIANA (HASHISH, MARIJUANA)  
PER CLASSI DI ETÀ E PER COMUNI CAPOLUOGO

(Valori assoluti e quozienti per 1000 soggetti esaminati)

CITTA	VALORI ASSOLUTI			TOTALE	QUOZIENTI			TOTALE
	Minori 18	18	19-25		Minori 18	18	19-25	
Torino.....	5	1.174	10	1.189	—	68,99	200,0	69,81
Milano.....	589	345	65	999	69,61	75,36	107,69	74,07
Verona.....	113	613	49	775	61,95	66,88	163,26	72,26
Genova.....	159	688	5	852	100,63	94,48	200,0	96,24
Bologna.....	497	53	2	552	86,52	94,34	500,0	88,77
Ferrara.....	86	236	—	322	81,39	93,22	—	90,06
Firenze.....	87	697	—	838	68,96	76,04	111,11	77,57
Roma.....	26	1.467	39	1.532	153,85	83,84	128,20	86,16
Napoli.....	64	954	37	1.055	46,87	75,47	108,11	74,88
TOTALE ...	1.626	6.227	261	8.114	78,11	78,37	130,27	79,98

Fonte: I.S.S. - Indagine TO.DI.2.

Tab. 10. - PREVALENZA DI ASSUNTORI DI OPIACEI IN SEI AREE METROPOLITANE (\*)

(Tassi di prevalenza × 1000)

AREE	1982			
	NUMERO		PREVALENZA PER 1.000	
	TOTALE	18enni e minorenni	TOTALE	18enni e minorenni
Bologna (a) .....	33	32	19,73	20,53
Firenze (b) .....	52	48	23,48	23,45
Genova .....	36	34	20,80	21,49
Milano (c) .....	128	103	26,63	23,31
Roma .....	40	36	14,04	12,99
Torino.....	50	48	19,24	18,03
TOTALE ...	339	301	21,36	20,02

(\*) Composizione % del campione esaminato: 1982

(a) Bologna .....	80
Ferrara .....	20
(b) Firenze .....	50
Firenze, altri comuni .....	50
(c) Milano .....	47
Milano, altri comuni .....	20
Bergamo.....	33

Fonte: I.S.S. - Indagine TO.DI.2.

Tab. 11. - SERVIZI DI ASSISTENZA PER LE TOSSICODIPENDENZE (\*)

(Distribuzione % per numero di operatori - 1982)

REGIONI	NUMERO DI OPERATORI				TOTALE (= 100 %)
	≤ 3	4-9	10-15	≥ 16	
Piemonte.....	20,0	75,6	4,4	—	45
Valle d'Aosta .....	—	—	100,0	—	1
Lombardia .....	16,7	62,5	16,6	4,2	24
Trentino-Alto Adige .....	25,0	50,0	25,0	—	4
Veneto .....	17,9	57,1	21,4	3,6	28
Friuli-Venezia Giulia .....	—	100,0	—	—	4
Liguria.....	27,8	11,1	22,2	38,9	18
Emilia-Romagna .....	—	100,0	—	—	9
Toscana.....	36,6	50,0	6,7	6,7	30
Umbria .....	—	40,0	40,0	20,0	5
Marche .....	25,0	66,7	8,3	—	12
Lazio .....	13,6	40,9	18,2	27,3	22
Abruzzo .....	—	83,3	16,7	—	6
Molise .....	—	100,0	—	—	1
Campania .....	—	64,3	21,4	14,3	14
Puglia .....	—	75,0	25,0	—	4
Basilicata .....	—	100,0	—	—	1
Calabria .....	25,0	75,0	—	—	4
Sicilia .....	35,8	28,6	14,2	21,4	14
Sardegna .....	—	—	50,0	50,0	2
ITALIA ...	18,9	57,3	14,1	9,7	248

(\*) Dati rilevati nel 2° trimestre 1982.

Fonte: C.N.R.

Tab. 12. — OPERATORI DEI SERVIZI PUBBLICI DI ASSISTENZA PER LE TOSSICODIPENDENZE PER QUALIFICA, RUOLO ED ETÀ MEDIA

REGIONI	MEDICI			INFERMIERI			PSICOLOGI			ASSISTENTI SOCIALI			ALTRI OPERATORI		
	Numero	Età media		Numero	Età media		Numero	Età media		Numero	Età media		Numero	Età media	
		TOTALE	Di cui in organico (%)		TOTALE	Di cui in organico (%)		TOTALE	Di cui in organico (%)		TOTALE	Di cui in organico (%)		TOTALE	Di cui in organico (%)
Piemonte.....	74	51,4	33	27	66,7	37	47	31,9	32	45	64,4	29	16	31,5	29
Valle d'Aosta .....	6	100,0	—	6	100,0	—	1	100,0	—	—	—	—	—	—	—
Lombardia .....	50	72,0	32	41	85,4	32	29	51,7	32	30	76,7	27	19	36,8	32
Trentino-Alto Adige .....	14	7,1	35	—	—	—	7	57,1	31	2	100,0	27	7	28,6	29
Veneto .....	53	52,8	37	56	83,9	35	36	22,2	30	25	56,0	32	14	71,4	33
Friuli-Venezia Giulia .....	8	50,0	31	2	—	28	6	16,7	30	6	33,3	27	9	33,3	32
Liguria.....	64	76,6	33	81	98,8	32	20	45,0	33	24	83,3	30	62	59,7	30
Emilia-Romagna .....	18	16,7	33	8	75,0	36	10	40,0	30	13	53,8	32	11	81,8	34
Toscana.....	68	50,0	33	44	79,5	32	27	63,0	34	27	63,0	33	28	11,4	3
Umbria .....	23	52,2	34	20	100,0	30	3	66,7	—	7	100,0	37	11	100,0	—
Marche .....	18	11,1	33	10	40,0	35	11	—	27	9	11,1	31	11	—	28
Lazio .....	82	57,3	34	46	52,2	34	63	28,6	30	24	37,5	31	29	31,0	32
Abruzzo .....	13	53,8	29	7	100,0	33	6	16,7	28	8	62,5	32	10	30,0	31
Molise .....	2	100,0	—	—	—	—	1	100,0	—	1	100,0	—	2	100,0	—
Campania .....	39	46,2	30	27	85,2	31	15	46,7	32	24	54,2	29	24	66,7	33
Puglia .....	5	60,0	31	6	16,7	30	5	40,0	30	6	50,0	28	12	33,3	30
Basilicata .....	1	—	—	1	—	—	2	50,0	—	2	50,0	—	—	—	—
Calabria .....	5	80,0	28	1	100,0	—	5	80,0	26	7	100,0	34	5	100,0	30
Sicilia .....	34	58,8	34	41	78,0	34	7	57,1	29	18	66,7	28	4	25,0	28
Sardegna .....	11	—	38	7	42,9	36	2	—	27	5	—	30	10	—	37
ITALIA .....	588	53,4	33	431	79,4	33	303	37,6	31	283	61,1	30	284	51,1	31

Fonte: C.N.R.

Tab. 13. - SERVIZI PUBBLICI DI ASSISTENZA PER LE TOSSICODIPENDENZE PER MODALITÀ DI ACCERTAMENTO DELLO STATO  
DI TOSSICODIPENDENZA PER REGIONE - 1982 (\*)  
(Distribuzione % per tipi di accertamento)

REGIONI	MODALITÀ DI ACCERTAMENTO							
	Esami di laboratorio	Esame obiettivo e di laboratorio	Esame obiettivo, di laboratorio e anamnesi	Esame obiettivo, di laboratorio e colloquio	Esame obiettivo, di laboratorio, colloquio e anamnesi	Esame obiettivo, di laboratorio, colloquio, équipe	Altre modalità	Non specificate
Piemonte.....	2,2	4,4	6,7	15,6	2,2	6,7	62,2	—
Valle d'Aosta .....	—	—	100,0	—	—	—	—	—
Lombardia .....	4,2	4,2	4,2	25,0	20,8	12,5	29,1	—
Trentino-Alto Adige .....	—	—	—	75,0	—	—	25,0	—
Veneto .....	—	—	7,1	39,3	3,6	14,3	21,4	—
Friuli-Venezia Giulia .....	—	25,0	—	25,0	25,0	—	25,0	—
Liguria.....	5,6	5,6	—	44,4	5,6	11,1	27,7	—
Emilia-Romagna .....	—	22,2	22,2	22,2	—	11,1	22,3	—
Toscana.....	—	20,0	16,7	23,3	10,0	6,7	13,3	6,7
Umbria .....	3,3	20,0	20,0	20,0	20,0	—	40,0	—
Marche .....	—	—	8,5	16,7	20,0	8,3	33,4	8,3
Lazio .....	13,6	4,5	—	31,8	18,2	4,5	27,4	—
Abruzzo .....	—	16,7	16,7	16,7	—	100,0	49,9	—
Molise .....	—	—	—	—	—	—	—	—
Campania .....	7,1	7,1	21,4	28,6	21,4	—	14,4	—
Puglia .....	—	—	—	—	500,0	—	50,0	—
Basilicata .....	—	100,0	—	—	—	—	—	—
Calabria .....	—	—	—	25,0	—	—	25,0	25,0
Sicilia .....	7,1	14,3	14,3	14,3	7,1	—	21,5	21,4
Sardegna .....	50,0	—	—	—	—	—	50,0	—
ITALIA .....	4,0	9,3	9,3	25,4	10,5	7,3	31,4	2,8

(\*) 248 risposte su 322 servizi attivi.

Fonte: C.N.R.

Tab. 14. - COMUNITÀ (TERAPEUTICHE E NON TERAPEUTICHE)  
RILEVATE SECONDO ALCUNE CARATTERISTICHE - 1982

<i>Collocazione ambientale</i>					
TIPO DI COMUNITÀ	Urbana	Rurale	Semirurale	TOTALE	Di cui convenzionate con Regioni e UU.SS.LL.
Comunità terapeutiche.....	10	16	8	34	18
Comunità non terapeutiche.....	20	14	18	52	19
Non rilevato.....	1	—	—	1	—
TOTALE ...	31	30	26	87	37
<i>Distribuzione % per tipo di finanziamento</i>					
CONTRIBUTO UTENTI O FAMILIARI	Lavoro interno	Finanziamento pubblico	Contributi privati	Altre fonti	Totale (= 100 %)
30.....	40,3	22,4	11,9	22,4	87
<i>Distribuzione per numerosità e per sesso dell'utenza</i>					
DIMENSIONE	N. comunità	Secondo il sesso degli utenti		N. comunità	
Piccole (1-6 posti).....	28	Miste.....		44	
Medie (7-15 posti).....	34	Maschili.....		33	
Grandi (oltre 16 posti).....	19	Femminili.....		6	
Non rilevato.....	6	Non rilevato.....		4	
TOTALE ...	87	TOTALE ...		87	
Totale posti disponibili.....	1.146				
Ospiti presenti.....	823				
<i>Presenza di terapia (psicoterapia, terapia di gruppo, terapia medica, ecc.)</i>					
TIPO DI COMUNITÀ	Si	No	Non rilevata	Totale (= 100 %)	
Comunità terapeutiche.....	85,3	5,9	8,8	34	
Comunità non terapeutiche.....	51,9	17,3	30,8	52	
Non rilevato.....	—	—	100,0	1	
TOTALE ...	64,4	12,6	23,0	87	

Fonte: Centro documentazione studi e ricerche del Gruppo Abele.

Tab. 15. - DISTRIBUZIONE DEGLI STUDENTI INTERVISTATI SECONDO IL SESSO, LA CLASSE FREQUENTATA, L'ABITUDINE AL FUMO  
E L'INTENSITÀ DELL'ABITUDINE

ABITUDINE FUMATORIA	PRIME CLASSI (14-15 ANNI)				ULTIME CLASSI (18-19 ANNI)			
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.
Fumatori abituali:	12,6	258	12,3	243	31,1	671	31,6	652
1- 4 sig./giorno.....	4,0	82	4,7	92	3,6	77	9,2	191
5- 9 sig./giorno.....	5,1	105	5,1	100	11,9	257	14,2	292
10-19 sig./giorno.....	2,7	55	1,9	38	12,0	259	6,8	140
20 sig./giorno.....	0,6	12	0,4	9	3,6	78	0,9	19
Non specificato .....	0,2	4	0,2	4	—	—	0,5	10
Fumatori saltuari:	11,3	230	12,7	251	10,6	227	15,2	314
4 sig./settimana .....	4,8	98	8,6	169	4,3	92	8,1	166
5-10 sig./settimana .....	2,7	56	2,7	53	2,6	57	5,0	104
11-20 sig./settimana .....	0,8	17	0,6	13	1,9	40	1,7	36
Non specificato .....	2,9	59	0,8	16	1,8	38	0,4	8
TOTALE FUMATORI ...	23,9	488	25,0	494	41,7	898	46,9	966
Non fumatori:	76,1	1.554	75,0	1.479	58,3	1.254	53,1	1.096
Ex-fumatori .....	18,5	377	16,3	321	19,8	426	15,6	322
Non hanno mai fumato .....	57,6	1.177	58,7	1.158	38,5	828	37,5	774
TOTALE RISPOSTE...	100,0	2.042	100,0	1.973	100,0	2.152	100,0	2.062

Tab. 16. - PERCENTUALI DI FUMATORI SECONDO IL SESSO, LA CLASSE, L'ABITUDINE FUMATORIA E LA CITTÀ

CITTÀ	FUMATORI (%)											
	PRIME CLASSE						ULTIME CLASSE					
	Maschi			Femmine			Maschi			Femmine		
	Totale	Abituati	Saltuari	Totale	Abituati	Saltuari	Totale	Abituati	Saltuari	Totale	Abituati	Saltuari
Novara .....	18,9	11,4	7,5	12,9	4,7	8,2	39,2	28,8	10,4	44,1	28,8	15,8
Genova .....	25,0	13,4	6,2	18,7	6,2	12,5	43,7	34,2	9,5	43,9	32,5	11,4
Pavia .....	23,1	11,9	11,2	29,1	11,2	17,9	38,4	27,6	10,8	44,4	28,4	16,0
Urbino .....	10,3	4,4	5,9	9,0	4,5	4,5	55,0	39,5	15,8	54,2	42,2	12,0
Arezzo .....	20,5	8,9	12,3	28,0	10,9	17,1	40,8	31,4	9,4	47,5	35,5	12,0
San Benedetto del Tronto .....	23,7	8,2	15,5	15,2	5,4	9,8	43,7	26,8	16,9	40,8	22,0	18,8
Latina .....	27,3	14,7	12,6	28,8	12,6	16,2	40,7	29,1	11,6	48,6	19,1	19,5
Brindisi .....	18,9	11,7	7,2	19,2	10,0	9,2	38,1	31,0	7,1	49,7	30,4	19,3
Sassari .....	25,9	13,3	13,4	25,2	13,4	11,0	45,4	34,7	10,7	51,6	38,4	13,2
Cagliari .....	29,0	18,1	10,9	39,4	24,9	14,5	45,6	35,4	10,2	47,8	34,3	13,5
Tutte le città....	23,8	12,6	11,2	24,7	12,0	12,7	41,7	31,1	10,6	47,0	31,7	15,3

Tab. 17. - PERCENTUALI (\*) DI STUDENTI SECONDO IL SESSO, LA CLASSE E L'ETÀ DI INIZIO DELL'ABITUDINE FUMATORIA

ETÀ DI INIZIO DELL'ABITUDINE (ANNI)	STUDENTI (%)			
	Prime classi		Ultime classi	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
6.....	—	—	0,1	—
7- 9.....	0,4	0,2	0,3	—
10-11.....	1,1	0,3	0,4	0,2
12-13.....	5,1	6,2	2,1	1,2
14-15.....	14,0	15,0	10,5	9,8
16-17.....	1,8	1,7	18,6	24,2
18.....	0,1	0,1	15,5	18,4

\*) Calcolate riferendosi al totale degli studenti che hanno risposto alla domanda.

Tab. 18. - PERCENTUALI DI FUMATORI ABITUALI E SALTUARI, SECONDO IL SESSO, LA CLASSE E L'ETÀ DEL PRIMO APPROCCIO AL FUMO

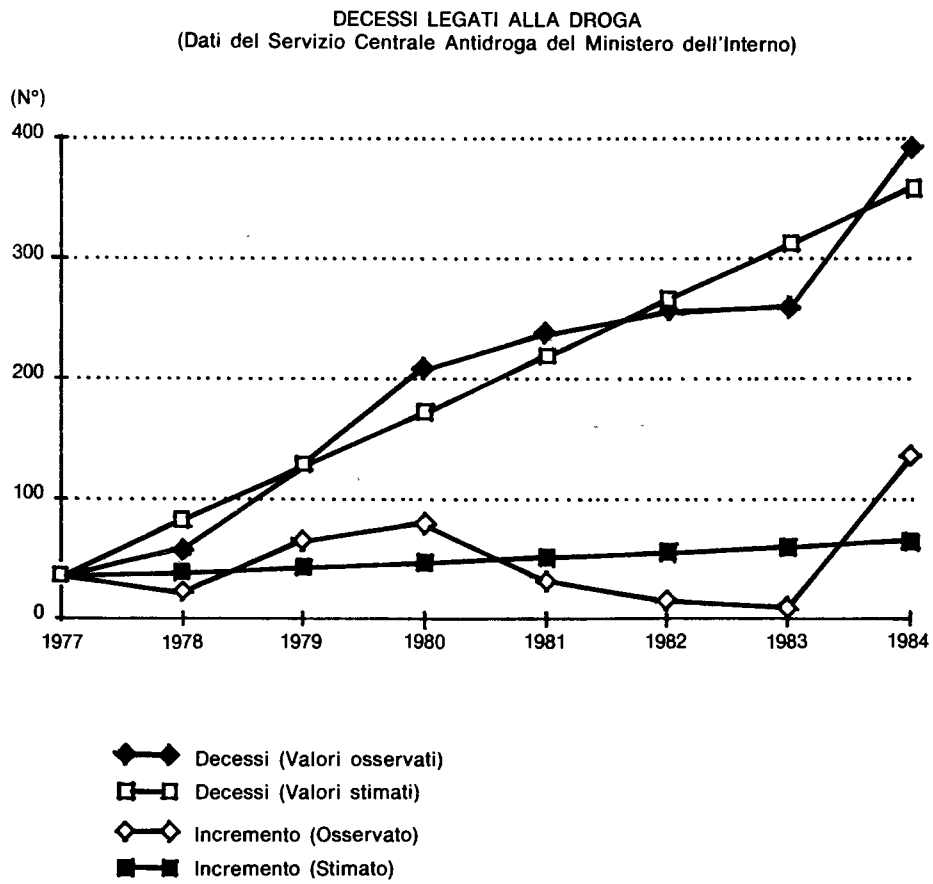
ETÀ DEL PRIMO APPROCCIO AL FUMO	FUMATORI ABITUALI (%)				FUMATORI SALTUARI (%)			
	Prime classi (a)		Ultime classi (b)		Prime classi (a)		Ultime classi (b)	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
9.....	35,2	51,6	50,6	41,2	21,9	19,3	12,6	41,2
10-11.....	20,8	24,5	39,6	60,0	13,7	24,5	9,7	18,0
12-13.....	17,1	21,0	39,2	49,5	9,6	19,9	9,7	16,2
14-15.....	19,4	18,8	36,6	44,9	17,3	17,8	10,8	16,4
16.....	22,0	8,3	37,7	30,5	24,4	41,7	17,1	21,0

(a) Significatività: Maschi:  $X^2 = 35,9$ ; G.L. = 12;  $p < 0,001$   
Femmine:  $X^2 = 47,4$ ; G.L. = 12;  $p < 0,001$   
(b) Significatività: Maschi:  $X^2 = 40,0$ ; G.L. = 12;  $p < 0,001$   
Femmine:  $X^2 = 67,0$ ; G.L. = 12;  $p < 0,001$





Figura 2



## 5. - SANITÀ ANIMALE IN RAPPORTO ALLA SALUTE UMANA.

### 5.1. - *La professione veterinaria: compiti, organizzazione e strutture.*

La legge n. 833 del 1978 ed in particolare il derivato D.P.R. n. 761 del 1979 prevedono un riassetto organizzativo del servizio sanitario finalisticamente teso alla costruzione di un sistema che massimamente valorizzi il momento preventivo nei confronti di quello terapeutico e/o repressivo, consentendo al tempo stesso il raggiungimento di standards più moderni, democratici ed efficienti nella gestione della salute dei cittadini.

La prevenzione è il principio sul quale si deve basare la corretta impostazione dell'attività sanitaria zootecnica, anche perché il costo sociale di siffatta pratica è nettamente inferiore a quello sostenuto per l'azione terapeutica.

La distribuzione dei medici veterinari in Italia nei vari settori di impiego nel 1983 è riportata nella *Tab. 1*.

Per il medesimo anno si riporta nella *Tab. 1* la situazione dei servizi veterinari nelle regioni.

È da considerare che gli iscritti negli Albi Provinciali risultano 9.629 nel 1981, 9.764 nel 1982 e 10.741 nel 1983, a fronte di un totale di 11.500 medici veterinari registrati nell'ultimo dei tre anni considerati, compresi comunque quelli impiegati nell'Università, nelle scuole e i pensionati.

Il settore pubblico della Medicina Veterinaria, nel cui contesto rientrano i Servizi Veterinari dello Stato, delle Regioni e delle UU.SS.LL., l'Istituto Superiore di Sanità, gli Istituti Zooprofilattici ed il Corpo Veterinario Militare, vigila, fra l'altro, sul transito di animali vivi e di prodotti ed alimenti di origine animale attraverso gli Uffici Veterinari di confine.

Il flusso commerciale relativo a tale problematica ha avallato la esigenza di un provvedimento legislativo (D.P.R. n. 614/1980) per il potenziamento e quindi per il progressivo adeguamento funzionale nonché tecnico-operativo degli uffici veterinari di confine, porto ad aeroporto.

Si tratta di operare intelligenti ristrutturazioni che consentano il controllo degli scambi tra i Paesi della C.E.E., mentre dovrà essere mantenuto il controllo di frontiera per i prodotti provenienti da Paesi terzi; ciò ripropone la necessità di potenziare la rete di collegamenti tra servizio veterinario di confine, strutture sanitarie periferiche (Istituto Zooprofilattico, Unità Sanitarie Locali, ecc.) ed organismi centrali (Direzione Generale dei Servizi Veterinari, Ministero della Sanità, Istituto Superiore di Sanità, ecc.) in modo da instaurare un meccanismo informativo che permetta ai servizi di confine di meglio svolgere il loro compito.

Una questione che fino a pochi anni or sono appariva preoccupante e che oggi si avvia a soluzione è rappresentata dall'esigua consistenza degli organici in forza presso la Direzione Generale dei Servizi Veterinari e gli Uffici veterinari di confine, porto ed aeroporto, i quali si componevano, fino al 1982, di soli 62 veterinari tra funzionari operanti al centro e agli uffici di confine.

Nei servizi sanitari operanti all'interno delle UU.SS.LL. si lamentano, in molti casi, scarsi collegamenti fra il settore veterinario da un lato e quello dell'igiene pubblica dall'altro.

Si avverte inoltre la necessità di un adeguato potenziamento degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali e delle relative Sezioni Diagnostiche Provinciali, soprattutto a seguito del passaggio di queste istituzioni scientifiche dallo Stato alle Regioni, avvenuto con la legge n. 745 del 1975, nel rispetto dell'art. 18 della più volte ricordata legge n. 833/78, che conferisce loro la qualifica di « presidi », servizi o strutture veterinarie multizonali.

Sul piano finanziario tale potenziamento è già avvenuto se si considera che nella fase di passaggio dal contributo erogato dal Ministero del Tesoro all'inserimento degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali nel Fondo Sanitario Nazionale si è provveduto ad incrementare il finanziamento da 15 a 30 miliardi.

Da considerare che le attività produttive degli Istituti Zooprofilattici sono privilegiate in modo assoluto dal Ministero della Sanità nonché dalle Regioni con l'acquisto di ogni risorsa prodotta: vaccini, sieri, allergeni nonché esami diagnostici attinenti ai piani di risanamento, per un importo complessivo dell'ordine di 10 miliardi circa.

Il settore pubblico della Medicina Veterinaria si completa con il Servizio Veterinario Militare, che non soltanto svolge un ruolo completo di assistenza veterinaria a tutte le strutture ed attività del settore all'interno delle Forze Armate, ma in alcune emergenze (quali calamità naturali, scioperi prolungati del personale veterinario, ovvero occasionali indisponibilità, ecc.) soccorre il servizio veterinario civile.

Il settore privato della Medicina Veterinaria in cui durante il 1983 prestavano la loro opera 6.308 dei 10.500 veterinari iscritti agli Albi Provinciali svolge fundamentalmente le seguenti attività:

a) veterinari dei servizi tecnici, che forniscono la loro consulenza alle associazioni degli allevatori;

b) veterinari aziendali, che hanno rapporti di impiego con aziende, soprattutto associate o consorziate;

c) veterinari liberi professionisti, che si occupano prevalentemente di zoiatria;

d) veterinari impiegati nell'industria, che sono consulenti di industrie farmaceutiche, agro-alimentari o di mangimifici (Tab. 3).

#### 5.2. – *Profilassi delle epizoozie e bonifica degli allevamenti dalla tubercolosi bovina e dalla brucellosi.*

Le perdite economiche causate dalle malattie animali (intese in senso lato) nel nostro Paese rappresentano circa il 25 % della produzione lorda vendibile della zootecnia e circa il 10 % di quella dell'agricoltura nel suo insieme.

Gli zoeconomisti sanno che questo danno potrebbe essere ridotto di 1/3 almeno, con un ragionevole impegno sanitario, sempre che venisse modernizzata l'organizzazione veterinaria.

##### 5.2.1. – *Piani di risanamento per la tubercolosi bovina e la brucellosi bovina, ovina e caprina.*

Relativamente alle singole campagne di profilassi occorre fare alcune considerazioni.

Per quanto riguarda la lotta alla tubercolosi ed alla brucellosi bovina, i migliori risultati sono stati ottenuti nei confronti della prima, per la profilassi della quale maggiore è stato l'impegno finanziario dello Stato.

Per procedere alla bonifica sanitaria degli allevamenti bovini, una prima indispensabile esigenza è quella di disporre di risorse finanziarie adeguate per poter:

a) estendere la profilassi della brucellosi bovina su tutto il territorio nazionale ed accelerarne l'opera di risanamento nelle zone sotto controllo;

b) migliorare i risultati ottenuti nella lotta alla tubercolosi bovina.

Per quanto riguarda la brucellosi ovi-caprina, attualmente il programma di profilassi è basato essenzialmente sulla vaccinazione di massa delle agnelle.

Nella Tab. 4 vengono riportati i dati finanziari relativi alla bonifica sanitaria degli allevamenti.

##### 5.2.2. – *Piani di profilassi vaccinale obbligatoria.*

Per quanto riguarda la profilassi dell'afta epizootica e della peste suina classica, i successi ottenuti non ci devono far dimenticare che queste infezioni rappresentano costantemente un pericolo per le nostre popula-

zioni animali, come purtroppo accaduto nel 1983 relativamente alla peste suina classica.

I rischi infatti sono soprattutto legati alle massicce importazioni di bovini e di suini, che annualmente si verificano nel nostro Paese.

L'abbandono delle vaccinazioni obbligatorie antiaftose non sembra, al momento, in nessun modo giustificabile.

Quello delle vaccinazioni antipestose sembra anch'esso estremamente pericoloso, stando l'attuale presenza di focolai di peste suina in Paesi della C.E.E. dai quali importiamo costantemente un elevato numero di animali.

Nel 1983, ad esempio, l'infezione negli allevamenti della provincia di Perugia è insorta in concomitanza con massicce importazioni di suini dall'Olanda.

Tra gli interventi programmati più importanti sono altresì da annoverare la vaccinazione contro il carbonchio ematico dei bovini, obbligatoria nei territori in cui detta epizoozia è tradizionalmente presente, e la vaccinazione contro la rabbia resa obbligatoria per i cani e per i bovini, ovini e caprini esposti al rischio del contagio nelle zone in cui è presente la rabbia silvestre.

Nella *Tab. 5* vengono riportati i dati relativi alla profilassi delle malattie suddette negli anni 1982 e 1983.

Esistono attualmente due problemi sanitari in Italia che destano notevole preoccupazione e per la cui profilassi lo Stato sta intervenendo a livello finanziario: la peste suina africana e la rabbia silvestre.

L'aspetto sicuramente più allarmante delle malattie esotiche risiede nel blocco delle esportazioni con gli altri Paesi, senza dimenticare che alcune di queste malattie sono zoonosi e perciò importanti anche dal punto di vista della sanità pubblica.

Da ricordare ancora il vaiolo ovino, ricomparso in Italia nel 1983 in provincia di Brindisi, dopo 36 anni di assenza; il morbo coitale maligno degli equini, comparso nell'Italia centrale nel 1975 (dopo circa 30 anni di assenza) ed attualmente sporadico; la laringo-tracheite infettiva aviaria diagnosticata per la prima volta nel 1978 in Piemonte ed oggi sotto controllo dopo massivi interventi di natura vaccinale.

Da quanto esposto, consegue che attualmente alcune malattie considerate esotiche, perché non presenti nel territorio nazionale, sono diventate malattie di « emergenza ». Con tale termine, infatti, indichiamo le malattie che compaiono per la prima volta in una regione oppure malattie che, pur essendo endemiche o sporadiche, acquistano improvvisamente carattere di epidemicità.

Riportiamo i dati epidemiologici nel triennio considerato su alcune di queste malattie (*Tab. 6*).

### 5.2.3. – Ruolo degli animali selvatici in sanità pubblica.

La peste suina africana è, in Sardegna, endemica nei cinghiali e nei suini bradi che con essi convivono, il che rende estremamente difficile la lotta contro la malattia. I cinghiali, sempre più numerosi in Italia, vanno considerati come fattori di rischio nei riguardi delle pesti suine e di altre malattie del suino.

La tularemia è presente nelle lepri di alcune zone toscane e romagnole, e può essere trasmessa all'uomo (18 casi nel 1982).

La trichinellosi (da *Trichinella nelsoni* e non da *T. spiralis*) è presente nelle volpi italiane: i casi di infezione umana segnalati negli ultimi anni (a parte quelli importati o da ingestione di carne di cavallo infetto importato) sono dovuti ad ingestione di carne di volpe o di cinghiale.

### 5.2.4. – Strutture italiane per il controllo delle malattie degli animali selvatici.

Nei confronti della rabbia silvestre abbiamo un sistema di monitoraggio che interessa anche territori non a rischio diretto.

Disponiamo di una organizzazione che coinvolge i servizi veterinari del territorio e gli Istituti Zooprofilattici e che dispone di un efficiente sistema di informazione nazionale ed internazionale.

Nei confronti delle altre malattie degli animali selvatici non disponiamo invece di una organizzazione efficiente. L'Istituto Nazionale per lo Studio della Selvaggina sta solo ora cercando di darsi una struttura veterinaria.

### 5.2.5. – Disastri naturali.

Nel caso del terremoto dell'Irpinia i principali problemi che emersero furono:

- il controllo delle malattie diffuse degli animali, in particolare modo delle zoonosi;
- la distruzione delle carcasse degli animali morti, nonché degli alimenti di origine animale presenti nei frigoriferi distrutti;
- il controllo del randagismo canino, soprattutto in funzione della lotta contro le echinococcosi-*idatidosi*;
- il recupero degli animali dispersi;
- l'assistenza agli animali che avevano perso i ricoveri, nonché agli animali non accuditi;
- la cura degli animali feriti o ammalati;
- l'igiene degli alimenti di origine animale ed il ripristino delle macellazioni e delle mungiture.

Gli indicatori di rischio nei disastri naturali sono costituiti da:

- assenza di una cultura specifica nei veterinari dei servizi pubblici per quanto riguarda l'azione veterinaria in caso di disastro;
- assenza di gruppi di pronto impiego, addestrati ed equipaggiati, dislocati sul territorio nazionale;
- assenza di risorse finanziarie per interventi di emergenza.

#### 5.2.6. - *La medicina veterinaria in ambiente urbano.*

Le zoonosi (zoonosi con ciclo urbano oppure trasmesse dall'ambiente rurale a quello urbano e viceversa), i traumi (soprattutto le morsicature, che coinvolgono ogni anno 100.000 italiani), le allergie da animali e/o loro prodotti, la eliminazione di animali morti e di residui di origine animale, l'abbandono di animali (ed il grave problema del randagismo), il controllo di sovrappopolazione di animali (cani, gatti, piccioni, ecc.) ed altro costituiscono i principali problemi di igiene urbana veterinaria.

I controlli connessi alle problematiche sopra citate daranno i cosiddetti indicatori di igiene che associati agli indicatori di malattie formeranno il quadro esatto dello stato zosanitario e l'indicazione più efficiente per come migliorarlo. Questi indicatori potranno poi essere verificati con gli indicatori di produttività su cui confluiscono tutti i fattori positivi e negativi che giocano sulla efficienza dell'allevamento.

Gli indicatori sono quindi strumenti informativi sintetici atti a valutare la dinamica di una situazione.

Gli indicatori chiave debbono essere mirati alle malattie maggiormente diffuse che, se non controllate, possono sconvolgere la situazione zosanitaria, nonché quelle legate alla progressiva contaminazione del territorio ed infine alle malattie condizionate prevalentemente dalle componenti extrainfettive.

#### 5.3. - *Difesa sanitaria dei consumatori e del patrimonio zootecnico dai rischi connessi con le importazioni di animali e relativi prodotti.*

I traffici internazionali connessi all'importazione di animali, di carni e di prodotti di origine animale vengono riportati nelle *Tabb. 7 e 8.*

A tutt'oggi né la regolamentazione italiana né quella della C.E.E. hanno dato precise indicazioni sul rapporto che deve intercorrere tra numero di animali o quantità di carni da verificare e disponibilità di veterinari ispettori.



L'efficienza del Servizio Veterinario dipende:

- da una razionale distribuzione di veterinari in rapporto agli animali macellati, alle quantità di carni, latte, uova e prodotti ittici commercializzati, agli impianti di lavorazione, trasformazione e conservazione dei prodotti;
- da una informatica che consenta la messa a punto di indicatori di sanità pubblica;
- dalle disponibilità e potenzialità strutturali, infrastrutturali ed operative del circuito mercantile-annonario;
- dal ripristino dell'insegnamento della materia « Approvvigionamentiannonari » a livello universitario e dal numero di ore di didattica dell'ispezione degli alimenti che va tuttavia potenziato.

Annualmente affluiscono al mattatoio: 5,2 milioni di bovini (vitelli 1,4 milioni, vitelloni 3 milioni, vacche 0,8 milioni) per un totale di 9 milioni di quintali di carni; 9 milioni di suini per un totale di 9 milioni di quintali di carni; 8 milioni di ovini e caprini (in gran parte agnelli e capretti) per un peso complessivo di 800 mila quintali e 10 milioni di quintali di pollame. Seguono quantitativi modesti di equini, conigli e selvaggina di allevamento.

I dieci milioni di quintali di pollame vengono abbattuti in 450 mattatoi con annessi laboratori di preparazione e confezione.

I macelli industriali e cooperativi per bovini e suini in numero di 500 assorbono l'80 % dei prodotti, mentre il rimanente 20 % di animali vengono abbattuti in circa 10 mila piccoli e medi mattatoi comunali.

Questo rapporto costituisce l'indicatore più significativo della esigenza di ristrutturazione dei macelli nel nostro Paese; è necessario pervenire ad una concreta riduzione degli stessi e quindi alla concentrazione della macellazione degli animali che è vantaggiosa sul piano economico, sul piano della qualità della prestazione ispettiva, nonché sul piano della logistica della distribuzione delle derrate prodotte.

Ovviamente una tale riforma deve salvaguardare le esigenze di quei comuni che in relazione ad una loro particolare collocazione geografica non possono privarsi di un proprio autonomo impianto di macellazione che, in questo caso, assume il significato di inalienabile struttura d'interesse sociale, alla quale tuttavia va assicurata ogni attenzione di ammodernamento.

Nei grandi stabilimenti di macellazione dei volatili operano in permanenza uno o più veterinari con l'ausilio di personale messo a disposizione della proprietà. Da considerare inoltre che le recenti disposizioni

sugli additivi negli alimenti impegnano quotidianamente i servizi nel prelievo di campioni per le ricerche di laboratorio, lavoro che, per le modalità previste dalla legge, richiede tempi lunghi per ogni sopralluogo.

Come pure è notevolmente aumentato l'impegno ispettivo a seguito delle normative sui molluschi lamellibranchi e sui trasporti.

Nella *Tab. 9* sono riportate le stime sulla attuale disponibilità di personale in tali settori.

### 5.3.1. – Ricerche di laboratorio sui prodotti di origine animale.

L'indagine ispettiva è completata in particolari casi dal prelevamento di campioni per l'esame batteriologico e, su percentuale indicata dal Ministero della Sanità, per la ricerca di residui di sostanze chimiche, biologiche, farmacologiche.

Nelle *Tabb. 10, 11 e 12* sono riportate le principali ricerche di laboratorio eseguite nel periodo in esame.

Con la nuova regolamentazione si dovrà prevedere a monte del sistema l'inizio dell'atto ispettivo, cioè presso l'allevamento; si dovranno anche ridefinire gli aspetti giuridici del macello privato che assorbe circa il 70 % delle produzioni animali. Come pure dovrà prevedersi l'inserimento, nell'ispezione delle carni, del cosiddetto ispettore laico, accettato ormai da tutte le regolamentazioni europee e che ha un ruolo specifico in quanto collaboratore del veterinario ispettore. Al riguardo è da considerare che nelle usuali condizioni della pratica di macellazione industriale del pollame è difficile un esame ispettivo individuale e metodico.

### 5.3.2. – Produzione igienica del latte ed indicatori di sanità.

Sotto il profilo igienico-sanitario è da considerare che, nonostante la diffusione generalizzata delle mungitrici meccaniche e dei refrigeratori elettrici presso gli allevamenti, la carica microbica nel latte di stalla è quanto mai elevata; evidentemente carenti sono le condizioni igieniche in cui vengono tenute le attrezzature da parte del personale di vaccheria.

Pure da notare che sono presenti in percentuale elevata germi patogeni quali stafilococchi coagulasi e termonucleasi positivi.

Tuttavia il buon funzionamento delle centrali del latte e l'alto livello tecnologico raggiunto dall'industria, congiuntamente ai risultati dei piani di risanamento della tubercolosi bovina e della brucellosi bovina, ovina e caprina danno buone garanzie sulla idoneità dei prodotti al consumo.

Carenze si riscontrano invece negli opifici a carattere artigianale, privi di autorizzazione, i quali spesso provocano casi di brucellosi umana per le notevoli cariche microbiche che si riscontrano nei loro prodotti.

Non si tratta tuttavia soltanto di un problema di carica microbica ma anche di residui di antibiotici, di pesticidi, di farmaci, di minerali indesiderabili.

Si ripropone perciò oggi più che nel passato il problema della presenza del veterinario nell'allevamento e la ricerca sistematica, sia pure periodica, delle cariche microbiche su cultura (il metodo enzimatico è limitativo) del latte di stalla per la verifica dell'igiene della produzione.

Sul piano della vigilanza igienico-sanitaria a tutt'oggi, secondo l'interpretazione data dal Regolamento 9 maggio 1929, n. 994, il Servizio Veterinario Comunale assicura il controllo del latte a livello di produzione presso l'allevamento, mentre nella fase successiva (trasporto, lavorazione in Centrale o al caseificio e distribuzione al dettaglio) la competenza è dell'Ufficiale Sanitario.

La legge n. 833 nel conferire tutte le competenze sugli alimenti di origine animale ai Servizi Veterinari pare abbia voluto includere anche il latte e derivati, ma il Regolamento n. 327 del 26 marzo 1980 ha riproposto la distinzione sulle competenze per il settore lattiero-caseario tra servizi medici e veterinari.

Attualmente comunque vi è una tendenza, già messa in atto da alcune Regioni, di conferire tutta intera la vigilanza, dalla produzione al consumo, ai Servizi Veterinari operanti nelle Unità Sanitarie Locali.

È una integrazione quanto mai opportuna perché dà completezza all'opera dei Servizi Veterinari nell'ispezione e nella vigilanza degli alimenti di origine animale.

### 5.3.3. – *Prodotti ittici.*

Tra i numerosi problemi del settore quelli di carattere sanitario sono relativi a:

- la protezione dell'ambiente marino e delle acque interne dall'inquinamento;
- i laboratori di analisi per il controllo della presenza di biotossine o di metalli pesanti quali il mercurio;
- la ricerca scientifica rivolta anche all'aggiornamento costante sul corretto uso della catena del freddo;
- la corretta attuazione delle norme di cui alla legge 17 febbraio 1982, n. 41 sulla razionalizzazione e lo sviluppo della pesca marittima;
- i trasporti, dalla produzione ai mercati di consumo e da questi al dettaglio.

Una particolare attenzione merita la piscicoltura che sta diventando anche nel nostro Paese un'attività imprenditoriale di proporzioni ragguardevoli.

Emergono orientamenti produttivi e commerciali di notevole portata sia per i prodotti vivi e freschi che per quelli destinati all'industria di trasformazione e conservazione.

È noto che l'allevamento, in bacini artificiali o stagni costieri o lagunari, presuppone l'integrazione alimentare da parte dell'uomo se non altro per fare raggiungere ai prodotti le dimensioni richieste dal consumo. La piscicoltura sia intensiva che semintensiva pone quindi problemi igienico-sanitari sin dal momento produttivo per il controllo delle acque e dell'alimentazione, onde assicurare al consumatore un prodotto sano e privo di residui.

#### 5.3.4. – *Alcuni indicatori di sanità nel campo ispettivo.*

Negli ultimi tempi sono diminuiti i casi di idatidosi nell'uomo e ciò è dovuto ad una migliore organizzazione della macellazione con i divieti di abbattere gli ovini « alla capanna » ed alla distruzione controllata dei residui della macellazione.

L'analisi dei dati sulla cisticercosi mette in evidenza da un lato poche centinaia di carcasse bovine all'anno in cui viene riscontrato il *Cisticercus inermis*, dall'altro decine di migliaia di persone affette da *Taenia saginata*.

La situazione delle tossinfezioni alimentari nell'uomo apparirebbe ridotta a casi limitati, anche se è ipotizzabile che spesso le manifestazioni cliniche vengono mascherate dall'immediato ricorso agli antibiotici.

#### 5.4. – *Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche e controllo della alimentazione e della terapia animale.*

Nell'ambito della produzione zootecnica, la tutela della sanità e del benessere degli animali riveste una importanza basilare per assicurare una elevata redditività sugli allevamenti o per migliorare, a beneficio anche della salute umana, l'igiene degli alimenti, l'igiene ambientale e l'equilibrio ecologico.

Gli indirizzi produttivi che si vanno affermando nel settore zootecnico comportano l'adozione di tecnologie di allevamento, di alimentazione, di ricovero che inducono negli animali modificazioni comportamentali profonde e tali da recare talora pregiudizio al benessere o, addirittura, allo stato di salute degli animali stessi.

Le modificazioni imposte, negli allevamenti intensivi, al modo di vivere, di riprodursi, di alimentarsi degli animali, in una sequenza spazio-

temporale appena compatibile con la capacità di adattamento della specie prescelta o del « tipo » genetico artificialmente creato, suscitano con frequenza crescente richiesta di protezione e di recupero sanitario degli animali stessi, in relazione al manifestarsi di una patologia specifica che causa perdite economiche non lievi.

Appare evidente la necessità di sottoporre ad esame critico l'indirizzo selettivo genetico-attitudinale, l'uso del macro e del micro ambiente, degli indirizzi produttivi, dei criteri di produzione e, in particolare, l'uso di sostanze eccito-metaboliche.

Non vi è dubbio che i progressi della ricerca hanno offerto all'uomo la possibilità di risolvere, attraverso l'alimentazione, problemi complessi di terapia e di esaltare, nella produzione zootecnica, l'indice di conversione degli alimenti.

La nuova « industria » degli alimenti zootecnici è divenuta la struttura portante non solo della economia zootecnica ma di quella agricola in generale in quanto consente di realizzare un razionale impiego delle risorse mondiali con effetti favorevoli sui costi di produzione.

Con la applicazione di massa dei vari additivi e dei farmaci veicolati nei mangimi si è concretata la possibilità di realizzare un efficace controllo della nati-mortalità, della ipofertilità e di non poche malattie subcliniche ed enzootiche, con effetti vantaggiosi anche sulla salubrità degli alimenti per l'uomo e sul miglioramento della sua dieta.

Accanto a questi aspetti innegabilmente positivi, l'alimentazione integrata e medicata degli animali presenta limiti connessi a vari fattori tra cui la possibilità di determinare la formazione di « residui » nei prodotti zootecnici, con conseguenti rischi per la salute dei consumatori.

#### 5.4.1. - Alimentazione animale.

La normativa legislativa in materia di produzione e commercio dei mangimi e le disposizioni regolamentari ed amministrative tendono a garantire un'omogenea disciplina del settore ed un adeguamento della stessa alle sempre più nuove esigenze.

Detti provvedimenti legislativi mirano sostanzialmente:

- a tutelare gli animali allevati da inconvenienti determinati da prodotti alimentari impropri o contenenti sostanze indesiderabili;
- ad impedire la distribuzione di alimenti ad uso zootecnico non regolari ed idonei oltre che ad evitare rischi sanitari, per prevenire frodi tecniche e commerciali;
- a tutelare la salute dei consumatori prevedendo particolari condizioni d'uso di prodotti alimentari per gli allevamenti zootecnici, o natu-

rali o di sintesi, al fine di impedire influenze non gradite per le carni, uova, latte e prodotti ittici ed altri prodotti di origine animale, nonché la formazione in tali alimenti di sostanze pericolose per la salute umana.

Nel contesto della legge n. 399 del 1968, che insieme alla legge n. 281/1963 costituisce la citata normativa di base, è prevista, in particolare, anche una specifica disciplina per l'ammissione di farmaci destinati ad essere impiegati nell'alimentazione medicata di massa degli animali allevati attraverso apposite preparazioni industriali denominate integratori medicati, da considerare come specialità medicinali usate in veicolo alimentare, per le quali sono consentiti particolari canali controllati di vendita al di fuori della farmacia per rispondere alle moderne esigenze economico-gestionali degli allevamenti intensivi.

Sul piano operativo il Ministero della Sanità vigila sul commercio, controllo, revisione, revoche, di specialità medicinali, integratori medicati e non medicati, nonché effettua la valutazione dei principi attivi da inserire nell'elenco destinato alla preparazione di integratori medicati per la chemioprolifassi e per il trattamento terapeutico di talune malattie batteriche degli animali o di quelle sostanze da impiegarsi come additivi e auxinici nella preparazione di integratori semplici.

Risultano autorizzate n. 220 ditte per la produzione di integratori medicati e non. Tali ditte hanno prodotto nel 1982 quintali 750.000 di integratori auxinici e quintali 250.000 di integratori medicati per un fatturato di circa 50 miliardi.

Mentre l'uso di farmaci e di additivi in alimentazione animale di massa possiede quindi una più recente disciplina, la produzione e la distribuzione di specialità medicinali e di prodotti galenici veterinari ancora oggi sono regolate da disposizioni del Testo Unico delle leggi sanitarie del 1934 e norme regolamentari del 1927.

Il settore farmaceutico veterinario presenta 60 ditte operanti per la produzione di specialità medicinali e vaccini di cui però una quindicina da sole coprono il 90 % del mercato. Fino ad oggi sono state autorizzate n. 800 specialità di cui, nel decorso anno, le aziende interessate hanno venduto circa 26 milioni di pezzi per un fatturato di 118 miliardi.

#### 5.4.2. - *Decreti sugli additivi per mangimi.*

È stata diramata la circolare n. 52 intesa a conferire una disciplina differenziata per gli integratori per mangimi prodotti esclusivamente per l'esportazione rispetto a quelli prodotti per il mercato nazionale.

È stato predisposto uno schema di disegno di legge che, nel recepire n. 12 direttive C.E.E. sui mangimi semplici e composti, delinea una nuova e più moderna disciplina di tutta la materia.

Detto schema di d.d.l. contiene all'art. 26 una importante previsione normativa: la delega al Governo ad emanare, entro due anni, decreti legislativi per il recepimento di norme C.E.E. già emanate e riguardanti tutta la materia dei mangimi, e in particolare la direttiva C.E.E. sui medicinali veterinari e quella sugli ormoni.

1981.

1) D.M. 4 marzo 1981: recepimento della 33ª direttiva C.E.E. sugli additivi per mangimi.

2) D.M. 5 marzo 1981: modifiche all'elenco degli additivi terapeutici per mangimi.

3) D.M. 6 marzo 1981: modifiche all'elenco degli additivi chemioprolattici per mangimi (Dimetridazolo).

4) D.M. 12 giugno 1981: recepimento della 36ª direttiva C.E.E. sugli additivi per mangimi.

5) D.M. 15 settembre 1981: modifiche all'elenco degli additivi terapeutici per mangimi (Ronidazolo, Febantel).

6) D.M. 21 settembre 1981: recepimento della 37ª direttiva C.E.E. sugli additivi per mangimi.

7) D.M. 2 ottobre 1981: modifiche all'elenco delle associazioni consentite tra additivi terapeutici per mangimi (Tylosina-sulfametazina).

1982.

1) D.M. 27 aprile 1982: recepimento della 39ª direttiva C.E.E. sugli additivi per mangimi.

2) D.M. 24 maggio 1982: modifiche all'elenco degli additivi terapeutici per mangimi (Apramicina, Febantel, Sulfamonome-tossina).

3) D.M. 14 giugno 1982: elenco delle associazioni consentite tra additivi chemioprolattici per mangimi.

4) D.M. 2 agosto 1982: modifiche all'elenco degli additivi terapeutici per mangimi (Amminosidina-solfato).

5) D.M. 10 dicembre 1982: testo unico dell'elenco degli additivi consentiti nei mangimi e recepimento della 40ª direttiva C.E.E. in materia.

1983.

1) D.M. 5 febbraio 1983: recepimento della 41ª direttiva C.E.E. sugli additivi per mangimi.

2) D.M. 6 aprile 1983: ammissione dei « fermenti lattici » come additivi per mangimi.

3) D.M. 26 aprile 1983: elenco dei « fermenti lattici » consentiti come additivi per mangimi.

4) D.M. 20 luglio 1983: modifiche all'elenco delle associazioni consentite tra additivi terapeutici per mangimi (Sulfamonomo-tossina).

5) D.M. 9 novembre 1983: recepimento della 42<sup>a</sup> direttiva C.E.E. sugli additivi per mangimi.

6) D.M. 19 novembre 1983: modifiche all'elenco delle associazioni consentite tra additivi chemioterapeutici per mangimi (Aprinocid).

7) D.M. 25 novembre 1983: integrazione del D.M. 30 dicembre 1975 sui tenori massimi di sostanze e prodotti indesiderabili nei mangimi (Aflatossina).

Nella Tab. 13 si riporta sinteticamente l'attività legislativa su integratori e mangimi per animali.

#### 5.4.3. – Produzioni animali ed indicatori.

Sul piano tecnico-scientifico si sono raggiunti risultati considerevoli per quanto riguarda le rese produttive negli animali allevati, e ciò col concorso di svariati fattori, da considerare indicatori dell'evoluzione economico-metrica dell'allevamento, quali:

- miglioramento genetico delle razze;
- adeguamento dei piani di razionamento;
- adattamento delle strutture;
- disponibilità di additivi e/o farmaci per gli animali;
- modalità d'impiego di questi.

Alla base degli incrementi registrati negli ultimi anni nelle produzioni unitarie animali, vi sono senza dubbio le positive influenze esercitate dai vari genotipi disponibili per le diverse specie animali, le migliorate tecnologie alimentari, e gli effetti dei « promotori di crescita e di performances », oltre che delle specialità medicinali ad uso veterinario e dei mangimi integrati medicati.

Per quanto riguarda il costo medio pro-capite delle specialità farmaceutiche, ivi compresi sieri e vaccini utilizzati in allevamento bovino, è stato di L. 3.084 nel 1981, mentre il costo rappresentato dalla prestazione farmaceutica veterinaria è stato nel 1982 appena lo 0,75 % della produzione lorda vendibile del settore zootecnico.



#### 5.4.4. – *Aspetti igienico-sanitari.*

Gli indicatori di minima da riferirsi al settore dell'igiene delle produzioni animali possono essere i seguenti:

- 1) evoluzione annua del patrimonio zootecnico;
- 2) fertilità aziendale;
- 3) produzioni medie unitarie;
- 4) grado di autoapprovvigionamento per le singole derrate;
- 5) mangimi composti integrati utilizzati e conseguenti indici di conversione;
- 6) mangimi composti integrati medicati impiegati nelle produzioni e variazione del loro rapporto percentuale con i mangimi normali;
- 7) entità produttive con o senza additivi auxinici;
- 8) consumo di farmaci;
- 9) adeguamento delle legislazioni all'evolversi delle conoscenze;
- 10) sorveglianza su:
  - residui vari,
  - allergie (teorico),
  - interferenze con i piani di profilassi,
  - germi e/o parassiti resistenti,
  - impatti ambientali;
- 11) patologie non infettive;
- 12) qualità organolettiche e bromatologiche delle derrate e loro variazioni.

#### 5.4.5. – *Fertilità animale.*

La fecondazione artificiale degli animali, seguita da diversi decenni con estremo interesse dal Ministero della Sanità, ha contribuito a risolvere numerosi problemi di malattie infettive collegati alla riproduzione dei bovini.

Il veterinario fecondatore distribuisce una assistenza sanitaria nonché tecnica che, al di là dei risultati immediati, costituisce un momento di crescita culturale delle aziende insieme con la possibilità di raccogliere dati da utilizzare per il governo scientifico della riproduzione.

L'occasione per prendere coscienza e per gestire meglio la professionalità del veterinario fecondatore è stata di nuovo offerta su basi legislative con la realizzazione del piano nazionale di lotta contro l'ipofertilità bovina e la mortalità neonatale.

L'obiettivo viene perseguito attraverso:

- il graduale sviluppo della rete di assistenza tecnica regionale aumentando la consistenza numerica degli operatori impegnati, dopo aver fornito agli stessi una più specifica ed adeguata preparazione;
- il potenziamento della rete dei Centri di Fecondazione Artificiale per ampliarne la diffusione, migliorando i tempi di intervento e la scelta del materiale seminale;
- l'istituzione di un Centro operativo, presso l'Associazione Italiana Allevatori, per coordinare la realizzazione dei corsi di preparazione specializzata, per raccogliere ed elaborare i dati che pervengono da parte dei « rilevatori » sul territorio onde poter costantemente seguire la situazione delle aziende;
- il potenziamento delle attrezzature di laboratorio per consentire a medici veterinari ed agronomi, impegnati nell'assistenza, l'ottenimento di risultati rapidi ed attendibili;
- lo svolgimento di corsi di preparazione professionale nel settore specifico per veterinari, per agrari e per addetti-stalla.

L'obiettivo è perciò organico e complesso e non è ancora possibile trarre conclusioni dai risultati ottenuti con i vari programmi regionali.

Sin dall'entrata in vigore della legge 11 marzo 1974, n. 74, le richieste per l'attivazione dei corsi per operatori pratici di Fecondazione Artificiale hanno subito un continuo incremento, tant'è che da allora fino a tutto l'anno 1983 sono stati realizzati n. 193 corsi corrispondenti prevedibilmente alla abilitazione di altri 4.000 operatori pratici di Fecondazione Artificiale.

L'affluire di materiale seminale dall'estero, in maniera piuttosto cospicua, ha apportato e continua ad apportare vantaggi alla zootecnia nazionale, ma l'intensificarsi degli scambi può comportare preoccupanti problemi sanitari.

È appena il caso di dire che se l'importazione di seme dagli U.S.A. e dal Canada non può essere ritenuta responsabile della diffusione in Italia della leucosi bovina enzootica, non lo stesso può essere detto per la importazione dei riproduttori, considerato che la massima incidenza in Italia di L.E.B. si è registrata appunto nei ceppi di origine statunitense o canadese e derivati.

#### 5.5. - *Tutela del benessere degli animali e sperimentazione sugli animali.*

Nel vasto settore dei rapporti uomo-animale avanza in modo sempre più insistente un indirizzo sociale che punta alla identificazione e quindi alla definizione dei diritti degli animali.

L'argomento di punta, scelto dai protezionisti per pilotare le loro battaglie ideologiche, è senza dubbio la vivisezione.

La vivisezione sugli animali è disciplinata in campo nazionale dalla legge 1° maggio 1941, n. 615 che modifica la precedente legge 12 giugno 1931, n. 924.

Per una sostanziale modifica ed ammodernamento di detta legge il Ministero della Sanità è stato impegnato sin dal 1970 con ben cinque iniziative fondamentali di cui due proposte di legge di iniziativa popolare presentate da parlamentari e tre d.d.l.

Appare doveroso ricordare che il Consiglio d'Europa di Strasburgo ha svolto, nell'ultimo decennio, un ruolo di protagonista della tutela del benessere degli animali. Infatti in quella sede sono state elaborate ed approvate le seguenti Convenzioni:

- Convenzione europea sulla protezione degli animali nei trasporti internazionali;
- Convenzione europea per la protezione degli animali nell'abbattimento;
- Convenzione europea per la protezione degli animali nell'allevamento;
- Convenzione relativa alla conservazione della vita selvatica e dell'ambiente naturale in Europa.

È in fase di approvazione il testo definitivo della Convenzione europea sulla protezione degli animali destinati alla sperimentazione.

A questa ampia gamma di interventi si aggiungono:

- la Convenzione sul commercio internazionale delle specie animali in via di estinzione firmata a Washington il 2 marzo 1973;
- la Carta dei diritti degli animali proclamata nella sede dell'UNESCO a Parigi il 15 ottobre 1978.

Sul piano operativo preme sottolineare che nel 1971 la Commissione Igiene e Sanità della Camera rivolse l'invito al Ministero della Sanità a non rilasciare autorizzazioni per l'apertura di nuovi centri di vivisezione sulla base della legge del 1941, fintantoché non si fosse pervenuti ad una nuova disciplina della materia.

Tale raccomandazione è stata pienamente adempiuta da parte di questa Amministrazione, la quale, con la circolare n. 15 del 18 febbraio 1974, ha coniato un nuovo tipo di autorizzazione per « la sperimentazione sugli animali dei farmaci prodotti, ai fini dei previsti controlli biologici, con esclusione della vivisezione ».

Nello stesso tempo si è esercitato un più serrato controllo sulle attività e sugli adempimenti degli enti autorizzati ottenendo dei risultati che possono essere valutati attraverso una attenta osservazione delle cifre sotto riportate:

– nel 1971 le ditte farmaceutiche, gli ospedali e gli Istituti scientifici non statali autorizzati ad eseguire, per tre anni, la vivisezione e tutti gli altri esperimenti sugli animali erano circa 250;

– al 1° gennaio 1983 la situazione era la seguente:

a) gli Enti che risultavano autorizzati a praticare la vivisezione erano 49 e trattavasi esclusivamente di ditte farmaceutiche;

b) gli Enti che risultavano autorizzati a praticare la sperimentazione sugli animali con esclusione della vivisezione erano 180 così suddivisi:

- n. 140 ditte farmaceutiche;
- n. 6 ospedali;
- n. 34 Istituti scientifici.

La situazione rimaneva sotto controllo, ma sfuggiva quasi completamente il controllo sulla materia in argomento nel settore universitario, dove, a motivo della legge del 1941, che autorizza *ope legis* gli Istituti di Stato alla vivisezione (senza quindi l'autorizzazione triennale prevista per gli altri Istituti di ricerca o Officine Farmaceutiche) non era possibile applicare le medesime condizioni di controllo.

Notevole interesse aveva suscitato sia nell'opinione pubblica che nella Amministrazione sanitaria l'iniziativa del Consiglio d'Europa di Strasburgo intesa a realizzare una Convenzione internazionale tra i 21 Stati aderenti per limitare la sperimentazione sugli animali e disciplinare l'utilizzazione al fine di offrire agli animali da esperimento una doverosa protezione dall'abuso e dalle torture cui sono sottoposti.

Con la Raccomandazione n. 621 del 1971 si era molto insistito sulla esigenza di ricercare i metodi alternativi alla utilizzazione sperimentale degli animali e spingere la ricerca verso questa più moderna e socialmente evoluta soluzione.

Tab. 1. - CATEGORIE PROFESSIONALI DEI VETERINARI IN ITALIA (1983)

Università .....	234
Stato, Regioni, Province .....	159
Militari .....	31
Istituti Zooprofilattici .....	246
Comunali - U.S.L. ....	3.303
Pensionati .....	330
Industrie .....	382
Insegnanti .....	367
Altri .....	140
Liberi professionisti .....	6.308
TOTALE ...	11.500

Tab. 2. - SITUAZIONE SERVIZI VETERINARI NELLE REGIONI (1983)

REGIONI	U.U.S.S.L.L.	U.S.L. con servizio veterinario		Personale veterinario		
		Numero	Suddiviso per area funzionale	Previsto da pianta organica	In servizio	Liberi pro- fessionisti incaricati (*)
Piemonte .....	76	54	27	374	343	136
Valle d'Aosta .....	1	1	1	22	19	2
Lombardia .....	80	79	—	450	432	69
Provincia autonoma di Bol- zano .....	4	4	—	37	37	3
Provincia autonoma di Trento .....	11	5	5	45	45	15
Veneto .....	36	36	26	262	233	107
Friuli-Venezia Giulia .....	12	12	—	87	83	5
Liguria .....	20	20	1	84	65	5
Emilia-Romagna .....	41	41	41	464	420	106
Toscana .....	40	36	7	288	196	14
Umbria .....	12	12	9	94	84	19
Marche .....	24	24	4	176	187	24
Lazio .....	59	44	12	220	150	25
Abruzzo .....	15	15	—	128	111	16
Molise .....	7	7	3	51	46	1
Campania .....	61	51	—	253	238	10
Puglia .....	55	53	53	388	160	15
Basilicata .....	7	7	—	114	114	—
Calabria .....	31	31	—	172	172	1
Sicilia .....	62	62	—	328	291	15
Sardegna .....	22	22	—	226	226	40

(\*) Veterinari coadiutori nominati ai sensi del D.P.R. 264/1961.

Tab. 3. - VETERINARI IMPIEGATI NEL SETTORE PRIVATO IN ITALIA (1983)

CAMPO DI ATTIVITÀ	ATTIVITÀ	Numero di veterinari
1) Industria .....	Consulenti di industrie farmaceutiche, agro-alimentari e mangifici	400
2) Animali da reddito .....	Liberi professionisti su chiamata veterinaria d'azienda	5.500
3) Animali d'affezione e da diporto .....	Liberi professionisti che si occupano della cura di cani, gatti e cavalli	900

Tab. 4. - BONIFICA SANITARIA DEGLI ALLEVAMENTI

	ANNO		
	1981	1982	1983
1) TUBERCOLOSI:			
Capi sotto controllo .....	n. 6.336.901	6.217.797	6.066.829
Capi sotto controllo appartenenti ad allevamenti ufficialmente indenni .....	n. 5.482.530	5.284.259	4.930.945
Capi abbattuti .....	n. 35.886	20.273	21.053
2) BRUCELLOSI BOVINA:			
Capi sotto controllo .....	n. 3.439.473	3.562.934	3.402.542
Capi sotto controllo appartenenti ad allevamenti ufficialmente indenni .....	n. 2.943.918	2.962.336	2.666.802
Capi abbattuti .....	n. 5.142	4.539	5.754
Vaccinazione .....	n. 915.551	278.875	264.233
3) BRUCELLOSI OVINA E CAPRINA:			
Capi sotto controllo .....	n. 468.540	589.744	667.980
Capi sotto controllo appartenenti ad allevamenti ufficialmente indenni .....	n. 280.008	330.799	368.783
Capi abbattuti .....	n. 1.164	21.884	5.846
Vaccinazione .....	n. 915.551	953.579	949.834
4) SPESE:			
Spese per indennità di abbattimento.....	L. 5.356.998.480	11.014.277.280	12.610.067.250
Spese per prestazioni veterinarie	L. 5.541.736.006	5.665.302.665	5.338.396.797
Altre spese .....	L. 3.257.113.465	1.091.695.589	1.071.612.809
SPESA COMPLESSIVA .....	L. 14.155.847.951	17.771.275.534	19.020.076.856

Tabella 5

	ANNO 1982	ANNO 1983
<b>AFTA EPIZOOTICA</b>		
Bovini vaccinati.....	8.602.774	9.470.000
Accessi allevamenti da 1 a 5 capi bovini .....	216.637	303.490
Accessi allevamenti da 6 a 20 capi bovini .....	117.888	229.525
Ovini e caprini vaccinati .....	1.988.155	2.808.500
Costo prestazioni professionali .....	4.172.492.950	7.704.000.000
Fondi distribuiti per acquisto vaccini .....	4.113.000.000	5.000.047.000
Numero animali abbattuti .....	—	—
Indennizzi erogati anno 1983 per abbattimenti .....	—	—
<b>PESTE SUINA</b>		
Suini vaccinati .....	9.271.282	10.396.500
Accessi allevamenti.....	178.583	270.280
Costo prestazioni professionali .....	2.390.005.400	4.335.000.000
Fondi distribuiti per acquisto vaccini .....	1.278.448.000	1.422.552.000
Numero animali abbattuti.....	28.431	—
Indennizzi erogati anno 1983 per abbattimenti .....	—	884.680.425
<b>CARBONCHIO EMATICO</b>		
Bovini vaccinati.....	344.538	503.630
Accessi allevamenti da 1 a 5 capi bovini .....	10.320	15.008
Accessi allevamenti da 6 a 20 capi bovini .....	9.668	13.877
Ovini e caprini vaccinati .....	2.313.596	2.931.845
Costo prestazioni professionali .....	736.890.400	964.006.750
Costo vaccini.....	48.300.000	48.875.000
<b>RABBIA</b>		
Cani vaccinati .....	406.455	850.000
Bovini vaccinati.....	71.267	75.000
Ovini e caprini vaccinati .....	31.498	35.000
Accessi allevamenti da 1 a 5 capi bovini .....	7.533	7.550
Accessi allevamenti da 6 a 20 capi bovini .....	4.244	4.250
Costo prestazioni professionali .....	265.691.100	472.025.000
Fondi distribuiti per acquisto vaccini .....	232.300.000	276.040.000

Tabella 6

MALATTIA	Focolai	Presenti	Infetti	Morti/ abbattuti	Province interessate
<i>1981</i>					
Carbonchio ematico .....	31	831 bovini 1.235 ovini 802 caprini	101 15 54	— — —	18
Peste suina classica.....	5	105	42	105	2
Peste suina africana.....	6 (f.a.)	362	47	362	2
Rabbia silvestre .....	—	326 volpi 7 caprioli 23 tassi 3 faine 9 martore 2 gatti 2 bovine	372	—	4
Afta epizootica .....	3	1.300 bovini 11 suini	21 11	21 11	3
Malattia vescicolare dei suini.	7	13.184	400	7	4
Morbo coitale maligno .....	4	18	10	10	3
<i>1982</i>					
Carbonchio ematico .....	45	485 bovini 1.701 suini 829 caprini 1 equino	47 45 30 1	— — — —	13
Peste suina classica.....	40	1.280	361	1.280	13
Peste suina africana.....	32	855	128	509	1
Rabbia silvestre .....	—	277 volpi 5 caprioli 32 tassi 5 martore 13 altri ani- mali	332	—	7
Afta epizootica.....	—	—	—	—	—
Malattia vescicolare dei suini.	11	36.390	2.861	—	7
Morbo coitale maligno .....	31	241	55	39	3
<i>1983</i>					
Carbonchio ematico .....	38	935 bovini 3.592 ovini 1.111 caprini 4 equini	19 36 46 2	— — — —	16
Peste suina classica.....	48	59.477	3.066	28.654	10
Peste suina africana.....	19	158	4	60	1
Rabbia silvestre .....	—	384 volpi 4 caprioli 21 tassi 2 martore 17 altri ani- mali	428	—	10
Afta epizootica.....	—	—	—	—	—
Malattia vescicolare dei suini.	4	7.029	276	96	8
Morbo coitale maligno .....	18	39	29	17	2



Tab. 7. - ANIMALI IMPORTATI IN ITALIA

PAESI	Capri	Bovini	Suini	Equini	Ovi-caprini	Conigli	Pollame	Puicini-tacchini
1981								
C.E.E. ....	Importati Respinti	2.006.398 303	548.922 203	22.754 11	61.199 1.500	4.502	5.510.012 27.020	3.511.030 30.047
Europei (inclusa Turchia)	Importati Respinti	267.879 106	19.506	103.635 35	944.411	3.678.466 4	397.519	32.635
Extra .....	Importati Respinti	851	202	278	26.348	221	—	1.933.945 4.480
1982								
C.E.E. ....	Importati Respinti	1.917.722 3.159	606.564 206	17.058 20	124.238 1.067	8.212 1.302	5.815.469 5.000	4.231.118 30.000
Europei (inclusa Turchia)	Importati Respinti	334.868 1	18.268	79.992 1	842.832	2.899.200	506.469	116.606
Extra .....	Importati Respinti	280	624.832	5.957	—	24 4	—	2.172.321
1983								
C.E.E. ....	Importati Respinti	1.824.503 2.391	544.586 4.791	11.792 48	247.015 16	19.389 4	6.464.545	1.997.437
Europei (inclusa Turchia)	Importati Respinti	559.395	7.404	140.541	1.162.807	2.612.729	494.660	61.012
Extra .....	Importati Respinti	420	23	5.501	—	28	1.173	2.113.591

Tab. 8. - CARNI E PRODOTTI DI ORIGINE ANIMALE IMPORTATI IN ITALIA

PAESI	Quiniali	Carni e derivati	Latte e derivati	Uova e derivati	Pesce vivo	Pesce + crostacei + molluschi
1981						
C.E.E. ....	Importati Respinti	5.738.964 17.683	14.069.792 14.257	— 978	— 61	748.907 6.843
Europei (inclusa Turchia) .....	Importati Respinti	583.050 4.992	— 757	— 129	— 46	602.511 1.847
Extra .....	Importati Respinti	469.782 1.245	— —	— 120	— 71	1.255.113 4.628
1982						
C.E.E. ....	Importati Respinti	6.328.878 25.231	16.312.731 17.466	301.925 1.417	9.660 25	607.300 6.363
Europei (inclusa Turchia) .....	Importati Respinti	1.520.747 1.616	50.011 4	49.004 80	61.401 226	351.825 1.517
Extra .....	Importati Respinti	334.782 1.240	— 44	5.473 —	5.651 26	864.313 1.917
1983						
C.E.E. ....	Importati Respinti	5.452.258 16.111	18.663.940 9.797	444.317 3.000	26.401 22	825.567 4.481
Europei (inclusa Turchia) .....	Importati Respinti	986.510 3.219	509.514 60	15.071 317	126.071 1	527.902 3.650
Extra .....	Importati Respinti	503.962 810	903 —	14.452 50	10.049 31	1.183.025 2.776

Tab. 9. - ATTUALE DISPONIBILITÀ DI PERSONALE E NECESSITÀ EFFETTIVA NEL SETTORE DELL'IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE

(Stime orientative)

	DISPONIBILITÀ		NECESSITÀ	
	Veterinari	Ausiliari e bollatori	Veterinari	Ausiliari e bollatori
a) Macelli industriali e cooperativi; industrie lavorazione carni bovine e suine (a tempo pieno) .....	200	—	250	300
b) Macelli e laboratori di sezionamento del pollame (a tempo pieno).....	200	300	250	300
c) Macelli comunali, laboratori di sezionamento preconfezionati, vigilanza al dettaglio di tutti i prodotti di origine animale (carni, uova, latte, prodotti ittici).....	1.250	1.000	2.000	1.500
d) Mercati all'ingrosso di produzione e di consumo di prodotti ittici; centri di depurazione, industrie .....	50	—	100	—
TOTALE ...	1.700	1.300	2.600	2.100

Tab. 10. - ESAMI EFFETTUATI DAGLI ISTITUTI ZOOPROFILATTICI

	1981	1982	1983
Esami microbiologici alimentari.....	167.594	135.682	88.591
Esami qualitativi .....	14.971	36.336	12.847
Esami conserve e semiconserve .....	4.593	383	765
Ricerca antibiotici .....	39.759	31.393	29.695
Ricerca estrogeni e tireostatici .....	103.850	101.441	97.644
Ricerca degli additivi .....	4.925	6.670	6.358
Determinazione specie .....	3.457	4.435	1.409
Ricerca metalli e metalloidi .....	10.646	7.794	16.366
Ricerca vitamine e amminoacidi .....	471	662	598
Ricerca veleni e biotossine .....	3.442	3.574	3.437

Tab. 11. - POSITIVITÀ RICONTRATE SU ALCUNE SOSTANZE NEL 1983

<b>Antibiotici:</b>				
macellazione d'urgenza capi .....	n. 2.578	251 positivi	9,70%	
macellazione normale capi .....	n. 3.363	21 positivi	0,62%	
<b>Estrogeni (bovini):</b>				
capi vivi .....	n. 17.089	55 positivi	0,32%	
carcasse macellate .....	n. 41.480	73 positivi	0,12%	
<b>Tireostatici (bovini):</b>				
prelievi .....	n. 10.441	64 positivi	0,64%	
<b>Piombo (carni bovine, suine, equine, pollame):</b>				
prelievi .....	n. 1.477	46 positivi	2,84%	
<b>Cadmio (carni bovine, suine, equine, pollame):</b>				
prelievi .....	n. 1.240	4 positivi	0,32%	

Tab. 12. - PRODOTTI ESTERI RESPINTI A SEGUITO DI ACCERTAMENTI DI LABORATORIO PER CARICHE MICROBICHE, ADDITIVI, ECC.

PRODOTTI	1981	1982	1983		
	Partite respinte in quintali	Partite respinte in quintali	Partite importate in quintali	Partite respinte in quintali	%
Carni e derivati .....	199	267	39.183	199	3,08
Pesci e derivati .....	99	104	21.292	104	1,79
Latte e derivati .....	87	90	45.343	70	1,98
Uova e derivati .....	11	10	2.148	20	0,02
Miele .....	7	—	83	5	16,6
Prodotti ed avanzi animali non commestibili .....	48	89	45.252	84	1,82
Animali vivi .....	50	70	40.112	105	0,70
<b>TOTALI PARTITE RESPINTE...</b>	<b>501</b>	<b>630</b>	<b>—</b>	<b>587</b>	<b>—</b>

Tab. 13. - ATTIVITÀ SU INTEGRATORI E MANGIMI PER ANIMALI

TIPO ATTIVITÀ	Tipo mangime	ANNO		
		1981	1982	1983
Autorizzazioni ditte produzione integratori	Auximici	6	4	8
	Medicati	8	4	8
Volture autorizzate cambio ragione sociale	Auximici	7	10	11
	Medicati	7	10	9
Revoche autorizzazioni ditte per cessata attività .....	—	19	50	43
Decreti di concerto con Min. Industria per mangimi .....	—	78	115	109
Decreti registrazioni integratori .....	—	756	2.553	1.283