

SALUTE, ALIMENTAZIONE E CONSUMI**8.1 - Categorie di alimenti e nutrienti**

Negli anni 1987 e 1988 l'ISTAT ha sottoposto a revisione i dati di calcolo del bilancio alimentare nazionale per rideterminare i livelli medi di disponibilità di consumo dei singoli alimenti a partire dagli anni '80. Per questi motivi le serie relative a tali dati sono ferme al 1985 e pertanto sono già state presentate nelle precedenti edizioni di questa relazione.

Al fine di fornire ulteriori elementi di valutazione sulla situazione dei consumi alimentari in Italia si ritiene opportuno riportare in questa sede alcuni risultati generali di una indagine dell'Istituto Nazionale della Nutrizione svolta negli anni passati. Ciò può consentire utili comparazioni ed approfondimenti sul fenomeno «consumi» rispetto ai diversi dati di fonte ISTAT.

Nel periodo 1980-84 l'Istituto Nazionale della Nutrizione ha condotto in numerose zone del Paese (180 comuni, distribuiti in 9 regioni) una rilevazione campionaria avente per oggetto i consumi alimentari delle famiglie italiane. Lo studio, unico in Italia, sia per l'entità del campione esaminato (oltre 10.000 famiglie) sia soprattutto per la specializzazione della rilevazione, ha portato ad acquisire numerosissimi dati sui consumi e sulle scelte alimentari delle famiglie italiane. A partire dal 1984 sono iniziate le operazioni di elaborazione dei dati rilevati, per giungere alle analisi dei risultati.

Scopo della ricerca è stato quello di approfondire la conoscenza sulla fenomenologia del consumo alimentare in Italia, attraverso la descrizione, l'analisi statistica e l'interpretazione delle diverse variabili dipendenti e indipendenti che caratterizzano la struttura del fenomeno. In base a tale conoscenza possono essere individuati modelli descrittivi di consumo nel nostro Paese, ma anche utilizzabili al fine di prevedere meglio il livello e la struttura della futura domanda di alimenti come parametro terminale del sistema agro-alimentare, nonché, soprattutto, come elemento importante di valutazione dello stato di salute della popolazione.

Ulteriore scopo dello studio è stato quello della sistemazione dei dati raccolti ed elaborati in una struttura data-bank accessibile ad utilizzatori diversi e pertanto versatile nella utilizzazione.

I dati che vengono riportati in questa sede, e cioè quantità in nutrienti (tav. 8.1) e in 132 alimenti o gruppi di alimenti (tav. 8.2), si riferiscono a consumi medi giornalieri espressi per unità di consumo (1).

(1) Poiché le rilevazioni dei consumi sono state effettuate a livello familiare, si è ritenuto opportuno standardizzare, con l'uso di appositi coefficienti che tengono conto sia delle raccomandazioni nutrizionali (LARN) che della partecipazione ai pasti dei vari componenti la famiglia, una unità di consumo corrispondente ad un individuo maschio di 19-30 anni.

8.2. Orientamento del regime alimentare della popolazione

I principali aspetti emergenti dai dati riportati consentono di affermare, in primo luogo, che nel nostro Paese il livello di consumo alimentare dal punto di vista quantitativo è mediamente adeguato alle necessità. Facendo riferimento al reale intake di alimenti, viene così in parte ridimensionato il più volte sottolineato dislivello fra consumi e raccomandazioni specie per quanto riguarda l'energia totale. Di conseguenza è più consistente la dimensione degli sprechi di alimenti che si verificano nelle varie fasi tra produzione e consumo finale. Nella figura 8.1 è possibile valutare per i principali nutrienti e per l'energia l'adeguatezza dei consumi rispetto ai LARN (livelli di assunzione raccomandati di nutrienti per la popolazione italiana).

I dati confermano, d'altro canto, la tendenza ad un sempre maggiore squilibrio della razione media rispetto alle indicazioni nutrizionali. In altri termini aumentano le quote di energia provenienti da proteine e grassi di origine animale, mentre diminuiscono quelle derivanti da carboidrati complessi. Ci si allontana, cioè, sempre più da quel modello alimentare mediterraneo che viene unanimemente riconosciuto come protettivo della salute.

Al tempo stesso i risultati dello studio mostrano una progressiva omologazione dei consumi dal punto di vista nutrizionale fra aree territoriali e sociali diverse, pur se permangono consistenti differenziazioni nel consumo dei diversi alimenti.

Alcuni aspetti motivazionali dell'indagine segnalano inoltre una crescente attenzione dei consumatori ai rapporti fra alimentazione e salute. Però a ciò non corrispondono comportamenti di consumo complementare coerenti. Ciò postula la necessità di maggiori approfondimenti negli interventi di orientamento ed educazione alimentare ed al tempo stesso di indicazioni più puntuali su questi problemi al sistema produttivo agro-alimentare.

I risultati presentati costituiscono solo alcuni aspetti del fenomeno consumo alimentare studiato. Ulteriori approfondimenti degli stessi ed analisi di altre numerose e importanti variabili sono attualmente in corso di elaborazione.

8.3. Stato nutrizionale della popolazione

L'esame degli studi nutrizionali, recentemente condotti su particolari gruppi di popolazione a più elevato rischio nutrizionale, consente la ricostruzione di un quadro abbastanza preciso anche se alquanto frammentario della situazione nutrizionale del nostro Paese.

Tra i vari stadi fisiologici in cui la vulnerabilità nutrizionale è aumentata, la gestazione ed allattamento rappresentano due momenti particolari in cui la diade materno-infantile risulta simultaneamente esposta ai rischi derivanti da alimentazione insufficiente e/o non bilanciata. Una delle forme più frequenti di malnutrizione tra le gestanti è risultata essere la carenza di folati, che riguarda il 32% delle gestanti di media estrazione sociale esaminate nella provincia perugina da Fidanza ed altri. La riboflavina è carente nel 42%, mentre lo stato di nutrizione tiaminico è marginale nel 18% e carente nel 12% delle gestanti. Il campione, tuttavia, è piuttosto modesto, trattandosi solo di 60 donne per cui l'estrapolazione di queste osservazioni alla popolazione generale va effettuata con cautela. L'incremento ponderale medio durante la gravidanza (9,3 kg.) ed il peso alla nascita (3.370 g. e 3.440 g. rispettivamente per i maschi e per le femmine, con nessun peso inferiore ai 2.900 g.) rientrano tutti nella norma, suggerendo una situazione di carenza specifica piuttosto che condizioni di disagio nutrizionale generico.

L'obesità della popolazione infantile italiana continua a rappresentare tema di ricerca e di allarme, a causa della sua prognosi a lungo termine, e della sua associazione con i fattori di rischio per l'aterosclerosi. Così, per esempio, il 55% dei bambini ipertesi esaminati nelle scuole di Roma era obeso (peso corporeo eccedente il 20% del peso ideale per la statura). A Verona, dove si sono riscontrate prevalenze di obesità infantili crescenti con l'età (dal 6% tra quelli di età prescolare al 25% ed al 34% di 7 e 9 anni rispettivamente, tra sovrappeso e obesità), circa il 30% dei bambini ha una colesterolemia superiore ai 180 mg./dl. ed il 5% supera i 230 mg./dl. La dieta di questi bambini si caratterizza per un elevato consumo di grassi (35% dell'energia totale) ed un rapporto P/S (acidi grassi polinsaturi/acidi grassi saturi) più basso del desiderabile (0,2-0,3). Anche in aree del Centro Italia (Bracciano), il 38% dei bambini di età scolare ha valori di colesterolemia superiore a 180 mg./dl., ed il 31% è obeso.

La dieta rappresenta, come è noto, un riconosciuto fattore di rischio nei confronti dell'ipercolesterolemia. La tendenza evolutiva dei consumi alimentari italiani appare particolarmente pronunciata nell'età infantile, come attestato dagli studi riportati in precedenza. In un recente studio multicentrico, condotto su 600 bambini (età 13 anni) iscritti alla Federazione Italiana Nuoto, tali tendenze evolutive dell'alimentazione hanno trovato ulteriore conferma. Lo studio condotto in 10 città del Nord e Centro Italia, ha evidenziato un basso rapporto P/S della dieta (attorno a 0,21). Il consumo di saccarosio è elevato (14% dell'energia totale) e quello di fibra è basso (19 g./giorno).

Il rischio nutrizionale derivante e/o associato a condizioni patologiche varie è stato confermato da studi eseguiti presso reparti di medicina interna di vari ospedali italiani (tav. 8.3). Quasi la metà dei pazienti esaminati ha segni biochimici attribuibili a carenza di Vit. A (48%), un terzo circa di tiamina (30%), e un quinto di Vit. E e riboflavina (20%). I malati con disturbi epatobiliari hanno maggior prevalenza di carenze delle vitamine lipo-solubili (70% carenze di Vit. A e 34% di Vit. E). I pazienti con patologie a carico dell'apparato digerente sono invece esposti soprattutto a carenze di vitamine idrosolubili. L'età media dei pazienti esaminati era di 65 anni circa; pertanto questo gruppo denota una duplice vulnerabilità: quella del malato cronico e quella legata all'età avanzata. Le cause alla base delle carenze osservate possono essere multiple, e riassumibili nel diminuito apporto alimentare da inappetenza, spesso associata allo stato di malattia, nell'alterato assorbimento intestinale delle vitamine della dieta, nelle alterazioni metaboliche e/o nell'aumentato catabolismo delle vitamine, e infine nella interazione dei nutrienti con i farmaci assunti per la malattia.

Si è detto che gli anziani costituiscono uno dei gruppi nutrizionalmente vulnerabili. Per pura convenzione, si parla di anziano ad un'età che supera gli anni 65. È presumibile che con l'avanzare dell'età aumenti la vulnerabilità del gruppo. Su una popolazione di 180 ultraottantenni, studiata in case di riposo dislocate nelle aree italiane del Nord, Centro, Sud e Isole, è stato rilevato che uno su due presentava segni biochimici di carenza vitaminica. La situazione era marginalmente peggiore per i maschi (62% di carenti maschi, contro 51% di carenti femmine). La carenza predominante riguardava le vitamine del gruppo B, e soprattutto la tiamina (carente nel 27-30% dei soggetti) e la riboflavina (carente nel 24% degli uomini e 19% delle donne). La carenza della vitamina A interessava solo il 15 e il 18% dei casi, rispettivamente per gli uomini e per le donne.

Un altro gruppo di 1.250 anziani, tra i 65-95 anni di età, è stato studiato in Emilia, Veneto, Lombardia, Lazio, Campania, altri 1.000 circa sono stati studiati a Perugia, Napoli e Pavia. Anche questi studi confermano l'esistenza di carenze nutrizionali, soprattutto nei confronti delle vitamine idrosolubili: dal 5 al 20% degli anziani è carente di tiamina, ed il 10-25% in riboflavina. Gli anziani viventi nelle case di riposo hanno tassi di carenza leggermente più elevati, sia per la tiamina che per la riboflavina. La situazione delle donne è leggermente, ma costantemente, migliore che non negli uomini.

Un aspetto interessante è rappresentato dall'osservazione che questo quadro carenziale specifico appare coesistere con una elevata prevalenza di sovrappeso e obesità. A Napoli, il 50% degli uomini e l'85% delle donne sono in sovrappeso. Nel Nord Italia tra gli anziani non istituzionalizzati il 60% sono in sovrappeso e obesi. Queste cifre confermano quanto già osservato nel corso di precedenti indagini multicentriche su circa 1.000 anziani sull'intero territorio.

L'osteoporosi senile ha una patogenesi che è solo parzialmente nota: tra i fattori di rischio osteoporotici viene inclusa la carenza di calcio alimentare. I consumi alimentari di calcio degli anziani si aggirano sui 600-800 mg./die, di gran lunga inferiori alle raccomandazioni.

Su un campione di circa 200 anziani, di oltre 60 anni di età, reperiti in ambito urbano e rurale del Sud e Nord Italia, la densità ossea, quale indicatore di osteoporosi senile, rilevata mediante assorbimento fotonico, era chiaramente inferiore nei soggetti del Sud Italia, a parità di età, di sesso, e massa corporea e abitudine al fumo (fig. 8.2). Non esistendo differenze tra i consumi alimentari attuali dei due gruppi (sia in termini di latte e latticini, proteine, calcio e alcool), la differente densità ossea andrebbe spiegata sulla base di abitudini di vita e alimentari pregresse.

8.4. Rischi emergenti

Come per gli anni passati, dal quadro presentato si evince una tendenza a consumi alimentari, che oltre essere eccedenti le reali necessità (v. gli alti tassi di prevalenza dell'obesità), sono anche qualitativamente sbilanciati (basso rapporto polinsaturi/saturi). Ciò rappresenta, per una larga fascia della popolazione, un fattore di rischio. A questa tendenza, per alcuni gruppi speciali (il malato cronico e l'anziano), si affianca un secondo fattore, non necessariamente di natura primariamente alimentare, rappresentato o dalla patologia per il malato, o dalle condizioni di modificata fisiologia dell'apparato gastroenterico nell'anziano, che comunque determina disagi nutrizionali.

Se per questo secondo fattore sono necessarie ulteriori ricerche per meglio identificarne il ruolo e le cause, per il primo aspetto, per il quale sono numerose le evidenze che ne dimostrano la pericolosità, è importante agire con interventi mirati, per invertire la tendenza attuale.

Con questo proposito, su iniziativa dell'Istituto Nazionale della Nutrizione, una Commissione di esperti ha elaborato le «Linee guida per una sana alimentazione italiana», le quali prendono in considerazione alcuni particolari aspetti nutrizionali, e forniscono suggerimenti e consigli comportamentali: dal controllo del peso corporeo al controllo dell'assunzione di grassi, sale, zuccheri, alcool, ecc.

8.4.1. Salute oro-dentale

La carie dentale e le altre patologie di interesse odontoiatrico si possono considerare regionevolmente delle malattie di interesse sociale, in quanto colpiscono il 70-90% della popolazione mondiale.

Le conseguenze socio-economiche di tali affezioni sono considerevoli; basti pensare che l'Eurisko, una società di studi sociali, in un'indagine conoscitiva sui costi sociali della carie dentale in Italia, nel 1981 ha stabilito che per la popolazione al di sopra dei 15 anni di età venivano spesi 3.720 miliardi di lire, esclusa la perdita di ore lavorative.

Si è inoltre calcolato che ad una lira investita in prevenzione stomatologica corrispondono 59 lire risparmiate in terapia.

Si comprende pertanto come siano socialmente favorevoli tutte le iniziative in questo settore

Per agire in maniera mirata sul territorio è però necessaria la conoscenza dello stato di salute della popolazione. In Italia infatti esistono delle variabili locali, quali il contenuto naturale di fluoro nelle acque potabili, che influiscono significativamente sulla prevalenza della carie e che determinano di conseguenza diverse necessità nelle diverse zone del Paese.

È necessario pertanto, in via preliminare, effettuare delle indagini epidemiologiche che fungano da base per l'attuazione dei programmi di prevenzione e terapia e che evitino inutili dispendi di forze e di fondi

- Indici statistici

Ai fini di uno studio statisticamente corretto l'O.M.S. ha elaborato due indici: il primo - il DMFT - per la valutazione della carie dentale e delle sue conseguenze, ed un secondo - il CPITN - per lo studio delle malattie parodontali (dei tessuti di sostegno del dente, come le gengive e l'osso alveolare)

L'indice dei denti cariati, mancanti ed otturati (DMFT o CAO in francese) permette di studiare lo stato di salute dentale di una popolazione.

Il termine D (d per i denti decidui), dall'inglese «decayed», cariato, comprende tutti i denti che presentano carie, sia che abbiano o che non abbiano un'otturazione.

Il termine M (m), dall'inglese «missing», mancante, comprende invece i denti che sono stati estratti per carie, mentre il termine F (f), dall'inglese «filled», otturato, indica gli elementi dentari già otturati che non presentano carie.

Esso rileva quindi il numero medio di elementi dentari, per persona, che hanno o hanno avuto esperienza di carie.

Il rapporto relativo fra i tre termini dell'indice permette inoltre di ponderare il livello di cure attualmente esistenti (ad es.: un numero di denti otturati - F - elevato ed un numero di denti cariati - D - basso stanno ad indicare che la terapia copre una larga fetta di popolazione).

Unitamente al DMFT è utile calcolare anche la percentuale di soggetti colpiti da carie: in questo modo si può facilmente avere la dimensione del fenomeno e la sua estensione nella popolazione.

L'indice CPITN (Indice Parodontale delle Necessità di Terapia nella Comunità) è utile per valutare nella popolazione lo stato di salute parodontale e le necessità di intervento.

Esso considera come indicatori della salute parodontale tre fattori:

- 1) presenza o assenza di sanguinamento gengivale;
- 2) presenza o assenza di tartaro sopra o sottogengivale;
- 3) presenza o assenza di tasche parodontali, superficiali (4-6 mm) profonde (>6 mm).

Le due arcate dentarie vengono suddivise in sei sestanti (4 laterali e 2 anteriori) nei quali vengono scelti dei denti campione sui quali effettuare l'osservazione.

L'indice va da 0 a 4 per ordine di gravità crescente.

In tal modo è possibile determinare se un gruppo di persone necessita semplicemente di istruzioni di igiene orale ovvero di terapie più complesse fino alla chirurgia parodontale.

- Epidemiologia

Nel 1985-86 l'ASSILS (Associazione per l'Assistenza Sanitaria Integrativa per i Lavoratori della SIP) ha promosso un'indagine su tutto il territorio nazionale sullo stato di salute dentaria dei propri assistiti.

Sono stati presi in esame complessivamente 22.719 bambini al di sotto dei 15 anni di età, e 55.344 adulti, fornendo un dato epidemiologico di rara validità.

I dati risultanti da questo studio prendono in considerazione la malattia cariosa, parodontale e malocclusiva della popolazione esaminata.

La carie è un fenomeno diffuso in tutto il Paese con una leggera prevalenza per il Nord Italia: le regioni maggiormente interessate dal fenomeno sono infatti il Trentino-Alto Adige, il Friuli-Venezia Giulia e la Liguria, mentre le meno colpite risultano la Sicilia e la Campania.

Le differenze regionali sono comunque da imputarsi ai fattori locali già precedentemente descritti, come la fluorazione naturale delle acque potabili, particolarmente accentuata nelle zone vulcaniche.

In totale la situazione risulta essere ancora lontana da quella auspicata dall'OMS (ad es. solo il 20% dei soggetti a sei anni in Italia ha i denti completamente sani).

Per quanto riguarda i valori DMFT relativi alla popolazione di 12 anni aggiornati al 1985 quelli relativi all'Italia (attualmente scesi da 4,0 a 3,8) si collocano nella fascia media di DMFT rispetto agli altri Paesi che afferiscono al settore europeo dell'OMS.

Il Paese a più alta esperienza di carie per individuo è l'Islanda, mentre tra quelli che vantano valori DMFT al di sotto del 2° obiettivo OMS per l'anno 2000 compare l'Irlanda, unico Paese europeo che abbia adottato obbligatoriamente a livello nazionale la fluorazione artificiale degli acquedotti.

Per quanto riguarda i risultati del CPITN nell'indagine ASSILS (sono state esaminate a questo scopo 63.000 persone di cui 55.000 adulti, fra i 15 ed i 64 anni di età, ed 8.000 bambini fra i 6 ed i 14 anni) l'analisi dei dati mostra che la malattia parodontale aumenta di gravità con l'età, tuttavia sono rare le due condizioni estreme, di assoluto benessere e di patologia avanzata.

Le tasche parodontali sono presenti nel 40% dei soggetti ed il tartaro colpisce ogni fascia di età (il 55% degli adulti giovani, tra i 15 ed i 35 anni).

Gli interventi più necessari si sono rivelati l'incremento dell'igiene personale domiciliare ed i provvedimenti di igiene professionale (effettuati cioè presso ambulatori odontoiatrici).

Interessanti sono infine le considerazioni sui soggetti fra i 6 ed i 14 anni: all'età di 6 anni solo il 76% dei bambini è completamente immune da parodontopatia.

Per quanto riguarda in ultimo la patologia malocclusiva (di pertinenza ortodontica), l'indagine ASSILS ha interessato 19.016 individui di età compresa tra i 6 ed i 14 anni.

La percentuale media di soggetti colpiti da malocclusioni è risultata il 77% con una distribuzione nelle diverse fasce di età.

Anche questo è dunque un aspetto delle malattie orodentarie di particolare importanza per la sua incidenza nell'età evolutiva.

- Conclusioni

La notevole prevalenza delle patologie odontostomatologiche ha una indubbia importanza, soprattutto qualora si consideri che la maggior parte di queste sono prevenibili e prevenibili.

È importante, alla luce dei dati risultanti, promuovere qualsiasi iniziativa di prevenzione stomatologica, la quale deve prevedere, per essere completa, quattro fattori principali:

- 1) educazione e motivazione alla salute dentale;
- 2) insegnamento dell'igiene orale ed alimentare;
- 3) fluoroprofilassi;
- 4) sigillatura dei solchi e delle fossette dei molari permanenti.

I primi due punti sono compresi nella promozione sanitaria e costituiscono la base essenziale per la riuscita del programma preventodontico.

La fluoroprofilassi, invece, può essere perseguita con svariati sistemi, tutti efficaci, dalla regolazione della concentrazione di fluoro nelle acque potabili intorno a valori di 1 mg/l all'uso purché costante di dentrifici fluorati.

La sigillatura dei solchi è invece un metodo estremamente efficace di prevenzione, applicabile però solo a livello ambulatoriale; essa attraverso l'applicazione di resine fluide assolutamente atossiche previene l'insorgenza dei processi cariosi a livello delle superfici occlusionali dei molari e dei premolari permanenti che sono generalmente le zone a più alta suscettibilità.

Si può inoltre asserire che la popolazione scolastica e prescolastica sia la più idonea per l'attuazione dei piani di prevenzione odontostomatologica, in quanto solo in età precoce si possono modificare stabilmente le abitudini di un individuo.

Il decremento dell'incidenza della carie è infatti una concreta possibilità raggiungibile solo con l'educazione e la promozione di iniziative di prevenzione.

8.5. Consumi di prodotti di largo uso di rilevanza sanitaria

8.5.1 Saponi e detersivi

È necessario innanzitutto premettere che per prodotti di largo uso di rilevanza sanitaria s'intendono come specificato in seguito: saponi, detersivi, cosmetici, fitofarmaci e farmaci.

I dati sui consumi di saponi e detersivi per l'anno 1987 riguardano la produzione di saponi per uso domestico ed industriale ed i detersivi sia in formula liquida che in polvere.

I consumi totali in questo settore ammontano a 1.145.000 tonnellate; nell'ambito di questo gruppo consumi più elevati si registrano per i prodotti in polvere per il lavaggio di tessuti (460.192 tonnellate) e per i prodotti liquidi per il lavaggio della lavastoviglie (217.500 tonnellate).

Sempre in tale anno i consumi apparenti (1) di saponi ammontano a 47.500 tonnellate; consumi più elevati si registrano per i saponi di uso domestico (40.000 tonnellate), molto ridotti i consumi di saponi di uso industriale (3.600 tonnellate).

(1) Per consumo apparente si intende la produzione - esportazione + importazione

I consumi pro-capite di saponi e detersivi ammontano per l'anno 1987 a 22,382 kilogrammi.

Rispetto all'anno precedente i consumi di saponi e detersivi risultano aumentati passando da 1.099.400 tonnellate del 1986 a 1.280.300 nel 1987. I saponi per uso domestico ed industriale risultano diminuiti, in aumento il consumo di detersivi soprattutto quelli in formula liquida. Tale andamento del fenomeno risulta evidente già nel 1985 (vedi tavole 8.4 e 8.4a).

Andamento crescente presenta il consumo pro-capite che passa da 17,767 kilogrammi a 19,261 ed a 22,382 kilogrammi rispettivamente negli anni 1985, 1986, 1987.

8.5.2. *Cosmetici*

Nel 1987 i consumi di prodotti cosmetici e di igiene personale hanno raggiunto 6.456 miliardi di lire (tav. 8.5). Ogni italiano ha speso 114.000 lire per la bellezza e l'igiene, 15.600 lire in più di quanto aveva destinato l'anno precedente.

Rispetto al 1986 il settore ha totalizzato a livello di consumo finale un aumento globale del 15,6% (9,2% inflazione e aumento prezzi + 6,4% aumento in quantità).

Il fatturato totale del settore dell'«industria della bellezza» è stato di 9.673 miliardi, così ripartiti:

- 3.953 miliardi all'industria;
- 520 miliardi alle estetiste;
- 5.200 miliardi ai parrucchieri.

Il fatturato dell'industria suddiviso per canali distributivi è il seguente:

- farmacie 423;
- profumerie 1.199;
- distribuzione mista 1.636;
- porta a porta 222;
- professionali 473.

Operano in Italia oltre 1.000 aziende, molte delle quali a conduzione familiare o artigiana, 30.000 estetiste, 46.000 parrucchieri da uomo e 67.000 parrucchieri da donna.

Gli addetti del settore sono 140.000, di cui 25.000 nell'industria, ai quali vanno aggiunti gli 800.000 del settore indotto.

I cosmetici e i prodotti di igiene sono arrivati ai consumatori attraverso vari canali di distribuzione in un quantitativo stimato attorno a 1 miliardo e 900.000 pezzi. Vediamo in quale percentuale:

- il 39,3% è stato acquistato in punti di vendita di grande superficie, in drogherie, tabaccai, negozi alimentari (la cosiddetta distribuzione mista);
- il 35,4% è stato acquistato in profumeria o negli appositi reparti dei grandi magazzini;
- il 12,4% è stato acquistato in farmacia;
- il 3,4% è stato venduto porta a porta;
- il 9,5% è stato consumato presso istituti di bellezza, parrucchieri da uomo e da donna.

Il mercato dei cosmetici è così segmentato:

- 30,8% prodotti di bellezza;
- 33,6% prodotti per l'igiene e la toeletta;
- 13,3% prodotti tricologici;
- 12,8% profumeria alcolica;
- 9,5% consumi professionali e altri.

Gli incrementi più rilevanti si sono avuti nei settori dei:

- prodotti per il viso e per il trucco del viso (+28%);
- prodotti per le labbra (+22,1%);
- prodotti profumeria alcolica (+18%);
- prodotti igiene bocca (+15,2%).

Infine, un'ultima considerazione per quanto riguarda la bilancia commerciale del settore: le importazioni sono aumentate a valore (+17,2%) e a quantità (+12,6%).

Le esportazioni hanno registrato un notevole incremento sia a valore (14,4%) che a quantità (25,3%)

I dati sono riportati nella tavola 8.6

8.5.3. Fitofarmaci

I fitofarmaci, o pesticidi secondo la dizione anglosassone, comprendono diverse sostanze usate per la difesa dei prodotti agricoli e delle derrate alimentari, che vengono classificate secondo l'impiego prevalente in fertilizzanti e fitoregolatori che influenzano gli aspetti fisiologici dei vegetali, diserbanti o erbicidi che distruggono le erbe nocive alla produzione agricola e antiparassitari.

Questi ultimi, in base al tipo di parassita su cui agiscono, si suddividono in anticrittogamici (ad azione contro i funghi), insetticidi (contro gli insetti), acaricidi (contro gli acari), nematocidi (contro i nematodi), limacidi (contro le lumache), rodenticidi (contro i roditori).

Ai principi attivi, nei formulati commerciali, si aggiungono sostanze coadiuvanti che favoriscono la bagnabilità e l'adesività del prodotto alla pianta.

In relazione poi alle preparazioni dei formulati, si distinguono prodotti usati a secco (polveri, granuli), prodotti per trattamenti liquidi (polveri solubili, soluzioni), prodotti per trattamenti gassosi (fumiganti).

La suddivisione degli antiparassitari in base al grado di tossicità, prevista dal D.P.R. n. 1255 del 3.8.1968, fa riferimento a 4 classi tossicologiche definite in base alla DL 50 (minima dose di principio attivo di un antiparassitario sufficiente ad uccidere il 50% degli animali di laboratorio che lo hanno ingerito).

La tossicità decresce con l'aumentare del numero della classe.

L'ISTAT effettua le rilevazioni sui consumi dei prodotti fitoiatrici acquisendo direttamente dalle ditte operanti nel settore i dati relativi alla immissione di tali prodotti sul territorio nazionale, con esclusione quindi dei quantitativi destinati all'esportazione.

I dati sui fitofarmaci distribuiti al consumo negli anni 1985 e 1986 sono riportati rispettivamente nelle tavole 8.7, 8.8, 8.9 e 8.9a.

Le categorie di prodotti maggiormente utilizzati sono gli anticrittogamici (q. 851.260 nel 1985 e q. 937.343 nel 1986), seguiti dagli insetticidi (q. 344.010 nel 1985 e q. 334.896 nel 1986) e dagli erbicidi (q. 285.252 nel 1985 e q. 297.775 nel 1986).

Dall'esame delle stesse tavole si evidenzia che l'utilizzazione dei pesticidi rappresenta un fenomeno molto più consistente nelle regioni centro-settentrionali dell'Italia (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna) che in quelle meridionali (tra queste la Puglia presenta i consumi più elevati).

Tale distribuzione geografica rispecchia tra l'altro la dislocazione degli impianti che producono i formulati maggiormente concentrati al Nord e al Centro dell'Italia.

Per quanto riguarda la tossicità degli antiparassitari usati, dall'esame della tavola 8.10 emerge che nell'anno 1985 l'impiego dei fitofarmaci appartenenti alle classi meno nocive (III e IV) è stato di gran lunga prevalente rispetto a quello dei prodotti più tossici (I e II classe).

Relativamente ai consumi del 1987, l'ISTAT (Bollettino mensile di statistica, agosto-settembre 1988) riporta i seguenti dati: q. 812.095 di anticrittogamici, q. 290.650 di diserbanti, q. 332.156 di insetticidi per uso agricolo.

L'introduzione massiva dei fitofarmaci nel settore agricolo comporta un rischio notevole di intossicazione acuta soprattutto per i soggetti professionalmente esposti, mentre danni di tipo cronico da accumulo graduale nell'organismo interessano, oltre che gli stessi operatori agricoli, tutta la popolazione in genere che consuma abitualmente alimenti contenenti residui di antiparassitari e, meno frequentemente, acque contaminate da tali prodotti.

I dati relativi ai casi di intossicazione da antiparassitari, verificatisi nel 1984 e nel 1985, e denunciati dai medici-chirurghi ai sensi della legge 212/1975 n. 638, sono riportati nelle tavole 8.11 e 8.12.

La casistica delle intossicazioni, elaborata dalla Direzione Generale Igiene Alimenti e Nutrizione del Ministero della Sanità, non può ritenersi completa perché molti aventi l'obbligo non fanno la denuncia.

Per quanto riguarda la patologia cronica da pesticidi, i risultati delle indagini epidemiologiche non permettono una valutazione del danno da esposizione prolungata a tali prodotti.

D'altro canto numerosi studi condotti sulla cancerogenesi delle sostanze impiegate nei fitofarmaci confermano l'associazione tra l'incidenza di tumori negli animali di laboratorio e l'esposizione ad alcune di queste sostanze; né va trascurato che alcuni antiparassitari sono potenziali mutageni e teratogeni per l'uomo.

Tutto ciò avvalorava la necessità di una sempre più stretta sorveglianza sulla produzione e sul corretto impiego dei fitofarmaci, nonché di ulteriori e approfondite indagini sui lavoratori esposti e sulla popolazione generale.

Un cenno a parte merita il problema degli erbicidi il cui impiego negli ultimi 20 anni è andato crescendo dapprima negli Stati Uniti poi in tutto il mondo con un aumento del 280%.

Utilizzando le informazioni riportate nell'Archivio degli Antiparassitari dell'Istituto Superiore di Sanità sono stati descritti 10 principi attivi a funzione erbicida: Alaclor, Atrazina, Diuron, 2,4-D, Linuron, Metoxuron, Molinate, Paraquat, Simazina e Trifluralin, in pratica quelli maggiormente usati in Italia e nel mondo.

Le prime registrazioni dei presidi sanitari risalgono al 1971, fanno eccezione quelle relative al Molinate, Alaclor, Trifluralin, i cui prodotti sono stati registrati per la prima volta nel 1972 e al Metoxuron immesso sul mercato nel 1975.

La produzione di nuovi prodotti relativi ai dieci erbicidi è stata crescente nel tempo; alcuni, come Alaclor, Linuron, Molinate, Trifluralin e Diuron, hanno registrato il massimo nei primi anni '80. Per il Paraquat i valori più elevati sono stati due, nel 1975 e nel 1982 con 17 e 10. Atrazina, 2,4-D e Simazina hanno avuto ciascuno una media di 10 nuovi prodotti immessi annualmente sul mercato.

Questa continua produzione di nuovi formulati ha fatto sì che nel 1971 fossero presenti complessivamente 12 presidi sanitari e che a questo numero si aggiungessero nuovi prodotti fino a raggiungere, nel 1985, un totale di 574 prodotti contenenti i principi attivi considerati (fig. 8.3).

Un'analisi della classe tossicologica (CT) mostra come Alaclor, Atrazina, Metoxuron e Molinate hanno formulati appartenenti unicamente alla III classe mentre il Paraquat ha solo prodotti di I classe. Complessivamente i prodotti presentano una modesta tossicità acuta, in quanto il 76% è classificato come appartenente alla III CT, l'11% alla IV CT, mentre solo il 10 e il 3% appartengono rispettivamente alla I e II CT (fig. 8.4).

La distribuzione percentuale del consumo dei 10 erbicidi in esame relativa al 1985 rispetto al totale italiano (fig. 8.5) mostra valori più elevati per il Molinate (25%), 2,4-D (22%), Atrazina (20%)

In genere questi erbicidi vengono utilizzati nell'Italia settentrionale; ad esempio il 60% di prodotti a base di Alaclor e Atrazina viene utilizzato nell'Italia nord-orientale (Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Trentino-Alto Adige, Emilia) e il 30% nell'Italia nord-occidentale (Piemonte, Lombardia e Valle d'Aosta). Paraquat, Diuron e Linuron vengono impiegati invece prevalentemente in Italia meridionale ed insulare.

Va sottolineato infine che l'Archivio degli antiparassitari realizzato presso l'Istituto Superiore di Sanità non rimane solo una raccolta di dati per singoli esperti, ma può divenire uno strumento di promozione di scelte di politica sanitaria a favore dell'ambiente.

8.5.4. Farmaci

Nel 1987 i consumi farmaceutici, secondo i dati della Farmindustria, hanno registrato un lieve aumento (+0,13%) rispetto all'anno 1986

Sempre nello stesso anno notevolmente più elevati sono risultati gli aumenti verificatisi per i comparti «servizi sanitari e spese per la salute» +10%, «beni e servizi per l'igiene» +4,10%, consumi finali interni +4,10%, P.I.L. +3,10%, così come risulta dal seguente prospetto.

ITALIA - Consumi interni in volume - tassi % di variazione.

	Farmaci	Servizi sanitari e spese per la salute (*)	Beni e servizi per l'igiene (*)	CFI	PIL
1986/1985	-2,00	+ 5,90	+ 5,30	+3,50	+ 2,90
1987/1986	+ 0,13	+ 10,00	+ 4,10	+ 4,10	+ 3,10
1987/1980	-3,45	+ 57,36	+ 26,68	+ 18,66	+ 15,36

(*) Consumi delle famiglie

Probabilmente la modesta ripresa dei consumi del 1987 è stata favorita dalla riduzione dei tickets sui farmaci prescritti nell'ambito del S.S.N. (riduzione intervenuta a

partire dal 1° gennaio 1987). Pur tuttavia tale ripresa non ha modificato la tendenza in atto già dal 1980 e che ha visto i consumi farmaceutici diminuire complessivamente del -3,45% per effetto dell'entrata sul mercato di farmaci tecnologicamente molto avanzati, tali da richiedere per la loro efficacia un minor consumo quantitativo per ciclo terapeutico

Negli stessi anni 1980-1987 i consumi relativi a «servizi sanitari e spese per la salute» sono aumentati del 57,36% e quelli per «beni e servizi per l'igiene» del 26,68%.

Nel 1987 i pezzi venduti risultano essere 1.535.550.000 per una spesa globale (pubblica + privata) di 12.530 miliardi. Rispetto all'anno precedente si registra sia un aumento dei pezzi venduti (1.533.607.000) che della cifra della spesa (10.959 miliardi).

- Consumi per gruppo terapeutico

Nel periodo 1986-1987 analizzando i consumi in termini di quantità risulta che:

- sensibili riduzioni si sono registrate per la classe degli antitosse e antiinfluenzali (-8,8%), degli analgesici (-7,9%), delle vitamine (-6,5%), degli antibiotici sistemici (-5,5%), dei colagoghi ed epatoprotettori (-4,7%) (tav. 8.13);

- aumenti di consumi si sono registrati per i farmaci relativi al sangue e agli organi ematopoietici (+9,1%), per le classi degli antiflogistici ed antireumatici (+8,9%), degli psicoanalettici (+8,0%), dei dermatologici (+4,2%), per i farmaci relativi all'apparato cardiovascolare (+3,6%), degli antiacidi e antiulcera (+3,0%).

Considerando i consumi in valore:

- riduzioni dei consumi si sono verificate nella classe degli analgesici (-3,4%), degli antitosse ed antiinfluenzali (-1,5 per mille);

- aumenti considerevoli si registrano nella classe degli Ace-inibitori (+112,0%), degli psicoanalettici (+56,7%), dei calcioantagonisti (+50%), dei cardioattivi (+43,8%).

Tali incrementi rilevanti sono stati determinati dall'entrata sul mercato di farmaci tecnologicamente molto avanzati terapeuticamente innovativi e quindi di costo elevato.

Considerando il trend 1975-1987 le principali variazioni percentuali possono così riassumersi:

a) consumi in quantità: in netta diminuzione i consumi dei farmaci relativi all'apparato digerente e al metabolismo (dal 27,7% al 22,3% ed in particolare per colagoghi ed epato protettori), alle vitamine (dal 4,6 al 2,9%); in aumento invece i consumi relativi all'apparato cardiovascolare (dal 10,5% al 13,8%), dei dermatologici (dal 4,5% al 5,5%), degli antibiotici sistemici (dal 6,8% al 7,2%);

b) consumi in valore:

- è in riduzione l'incidenza dei farmaci per l'apparato digerente, in particolare dei colagoghi ed epatoprotettori (dal 26,5% al 19,7%);

- in aumento è l'incidenza degli antiacidi ed antiulcera, (dal 2,6% al 7,0%), dei farmaci per l'apparato cardiovascolare (dal 12,1% al 18,9%), degli antiflogistici ed antireumatici.

- Consumi per distribuzione territoriale

Considerando la distribuzione territoriale dei consumi nel 1987, in termini di quantità, i consumi globali sono diminuiti al Nord (-0,35%) e nel Centro Italia (-2,02%), mentre sono aumentati al Sud (+2,23%).

Le regioni in cui si registra una riduzione più accentuata sono la Basilicata (-7,75%), l'Abruzzo (-3,25%), l'Umbria (-2,91%) e la Toscana (-2,43%). Gli aumenti

maggiori si sono registrati in Campania (+6,39%), in Sardegna (+2,47%) ed in Sicilia (+2,31%) (tav. 8.14).

Il consumo farmaceutico pro-capite nel 1987 si riduce scendendo dal Nord (indice rispetto alla media nazionale 104,87) al Centro (indice 103,75), al Sud (indice 92,88).

La Basilicata è la regione che registra il più basso consumo pro-capite (indice 81,65), la Liguria è la regione che registra il più elevato consumo pro-capite (indice 125,84) seguita dalla Toscana (indice 110,49) e dall'Emilia-Romagna (indice 104,12). Influisce sui dati di queste regioni un tasso di invecchiamento della popolazione superiore alla media nazionale.

Se si analizzano i consumi in termini di spesa tra il 1987 e il 1986 si osserva una variazione percentuale media del +14,51%.

Aumenti di spesa farmaceutica inferiori alla media nazionale si sono registrati nell'Italia centrale (+12,60%) e nell'Italia settentrionale (+13,94%). Nell'Italia meridionale ed insulare si è registrato un aumento superiore alla media (+16,39%).

Le regioni in cui si è registrato l'incremento di spesa più elevato sono state le Marche (+18,58%), il Molise (+17,43%), il Trentino-Alto Adige (+17,27%) e la Valle d'Aosta (+17,06%) (tav. 8.15).

L'incremento di spesa più basso si è registrato in Basilicata (+5,29%) e in Umbria (+10,49%).

Parlando in termini di spesa pro-capite il livello più basso si registra nel Sud, il livello più elevato al Centro.

Il più basso livello di spesa farmaceutica pro-capite si registra in Trentino-Alto Adige (indice 81,03), il livello più elevato si registra in Liguria (indice 124,44)

- Confronti internazionali

Nel 1987 i consumi di farmaci sono aumentati leggermente in Italia (+0,1%); notevoli sono gli aumenti dei consumi in USA (+7,8%) e nel Regno Unito (+5,9%); sono diminuiti in Belgio (-0,9%), in Spagna (-1,4%) ed in Francia (-5,3%) (tav. 8.16).

Per quanto riguarda le variazioni di spesa, nel 1987 i minori incrementi di spesa si sono registrati in Francia (+2,4%), in Germania (+7,8%) ed in Belgio (+7,8%); in USA invece si è registrato il più elevato aumento di spesa (tav. 8.17).

Considerando la spesa farmaceutica (pubblica + privata) risulta che in Italia si è speso nel 1987 lire 218.555 pro-capite, spesa inferiore alla media della CEE (219.931 lire) mentre negli USA e nel Giappone si registrano valori superiori a tale media (335.719 e 369.498 lire rispettivamente).

Soltanto nella Spagna e nel Regno Unito si registra una spesa farmaceutica pro-capite inferiore a quella italiana.

Prendendo in considerazione i consumi per classe terapeutica nei principali Paesi della CEE (tav. 8.18), si possono trarre le seguenti conclusioni:

- risultano comuni a tutti i Paesi alcune tendenze: ad esempio, risultano ridotti i consumi sia in quantità che in valore dei colagoghi, degli epatoprotettori, degli antianemici, ricostituenti, antitosse;

- in aumento in tutti i Paesi invece risultano i consumi di farmaci dell'apparato cardiovascolare (tranne che per la Germania), degli antiasmatici (tranne che in Italia) e degli oftalmici.

Considerando i consumi in termini di valore, in Italia si registra un'incidenza più elevata che negli altri Paesi per i farmaci dell'apparato digerente e per il metabolismo in genere, in Francia per i tonici e ricostituenti, in Germania per le vitamine, nel Regno Unito si registrano invece incidenze più elevate che negli altri Paesi per gli antiacidi ed antiulcera.

Tavola 8.1 - Consumi medi giornalieri per unità di consumo - Periodo 1980-1984.

NUTRIENTE	ITALIA					Livello di assunzione raccomandato
	In complesso	Nord-occidentale	Nord-orientale	Centrale	Meridionale	
Proteine						
animali	64,3	69,9	69,4	66,9	59,3	-
vegetali	42,8	37,3	37,6	42,7	46,2	-
Totali	107,1	107,2	107,0	109,6	105,5	68
Lipidi						
animali	57,7	71,2	68,3	60,4	48,9	-
vegetali	63,8	51,8	57,8	63,7	68,9	-
Totali	121,5	123,0	126,1	124,1	117,8	85
Glucidi disponibili	365,5	347,6	356,3	362,0	375,4	540
Glucidi solubili	98,3	99,4	105,3	98,2	95,6	108
Fibra	23,5	21,0	20,1	24,5	24,7	-
Energia	3.030	2.977	3.074	3.054	3.012	3.050
di cui da alcool	138	138	175	141	122	-
Alcool	19,7	19,7	25,0	20,1	17,4	-
Ferro	16,5	15,9	16,2	17,1	16,3	10
Calcio	1.017,3	1.124,8	1.007,1	1.058,8	967,9	1.000
Sodio	3.841,9	2.860,7	4.971,4	5.147,5	2.803,3	-
Potassio	3.178,1	3.038,0	2.978,8	3.357,8	3.166,4	-
Tiamina	1,2	1,2	1,2	1,3	1,2	1,2
Riboflavina	1,9	1,8	1,8	2,0	1,8	1,8
Retinolo	1.535,9	1.569,1	1.320,9	1.641,1	1.537,5	700
Acido ascorbico	132,9	122,6	111,8	155,3	128,4	45
Colesterolo	374,1	383,5	377,8	397,3	355,2	-
Acidi grassi saturi	39,7	46,8	43,4	41,2	35,6	-
Oleico	49,9	47,9	45,3	53,1	49,8	-
Linoleico	19,2	17,4	22,6	17,6	19,4	-
Linolenico	1,9	1,9	2,0	1,9	1,9	-
Altri polinsaturi	0,5	0,4	0,5	0,5	0,6	-

Fonte. Istituto Nazionale Nutrizione

Tavola 8.2 - Consumi medi giornalieri per unità di consumo (g) - Periodo 1980-1984.

ALIMENTO	ITALIA				
	In complesso	Nord-occidentale	Nord-orientale	Centrale	Mendionale
Cereali in chicchi	0,1	0,4	0,1	0,1	0,0
Cereali - farina	19,1	17,8	21,9	23,4	15,5
Cereali - amido	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Riso	16,4	27,8	21,9	13,3	13,7
Pane	177,7	129,0	138,5	172,6	207,1
Pane preparato con	8,2	23,2	10,9	4,8	5,9
Pizza	4,6	5,4	4,6	5,9	3,6
Pasta di semola	81,2	58,6	62,6	73,0	98,8
Pasta all'uovo	3,8	5,2	5,7	5,0	2,0
Pasta all'uovo ripiena	3,0	4,1	4,6	3,1	2,1
Piatti di pasta ripiena	0,2	0,5	0,1	0,3	0,1
Grissini, crackers, fette biscottate	7,3	9,1	11,3	7,8	5,0
Cereali per prima colazione	0,2	0,7	0,2	0,2	0,1
Piatti a base di cereali diversi da pasta e/o riso	0,5	0,7	1,9	0,2	0,1
Legumi freschi	11,0	12,2	6,1	8,8	14,0
Legumi in scatola ed altre conservazioni	6,7	8,8	6,8	6,2	6,5
Legumi surgelati	4,4	2,6	6,7	5,4	3,3
Legumi secchi e farine	5,6	1,9	2,1	4,9	8,4
Piatti a base di legumi	1,4	1,4	0,7	2,5	1,0
Pomodori da insalata	32,8	26,9	19,0	29,8	41,3
Pomodori da sugo	12,2	4,1	0,8	10,9	19,2
Pomodori pelati e passati	63,9	32,2	22,9	83,5	73,7
Patate	60,3	47,8	63,5	63,2	60,3
Piatti, preparazioni e preparati a base di patate	1,0	1,0	1,4	1,4	0,6
Gnocchi di patate	8,8	3,0	0,6	0,8	0,3
Ortaggi da insalata	36,6	29,0	63,7	48,4	30,6
Cipolle	9,2	10,1	15,1	7,5	8,0
Aglio	0,8	0,2	0,7	1,5	0,6
Verdure	14,6	11,6	11,2	25,5	9,2
Carote, rape, finocchi, cardi, sedano	17,4	25,9	23,4	18,7	12,3
Caciofi	5,7	2,8	4,5	7,6	5,7
Peperoni e melanzane	16,8	8,8	6,9	13,9	24,2
Cetrioli e zucchine	13,6	19,9	8,2	11,2	15,6
Funghi	3,2	1,8	3,4	4,7	2,5

Segue: Tavola 8.2 - Consumi medi giornalieri per unità di consumo (g) -
Periodo 1980-1984.

ALIMENTO	ITALIA				
	In complesso	Nord-occidentale	Nord-orientale	Centrale	Meridionale
Cavoli, cavolfiori, broccoli	11,5	6,8	10,7	15,1	10,6
Odori e spezie	0,4	0,5	0,6	0,3	0,3
Ortaggi surgelati.	2,7	4,3	4,9	2,9	1,4
Ortaggi sott'olio, sott'aceto, secchi e in scatola	3,1	3,0	4,4	3,0	2,7
Piatti a base di ortaggi (comprese le insalate) . . .	6,3	8,1	10,0	9,8	2,3
Mele	79,5	84,1	100,5	94,8	60,6
Pere	24,3	24,2	18,5	26,0	25,3
Pesche, albicocche	26,6	38,5	9,0	17,1	36,4
Ciliege, nespole, amarene, fragole	9,8	11,5	4,4	8,0	12,6
Melone, cocomero.	6,1	13,5	3,8	3,9	6,5
Uva	17,1	12,1	11,4	22,2	17,1
Loti	4,9	4,2	5,7	6,3	3,8
Frutti di bosco	0,3	0,3	0,0	0,1	0,5
Prugne, fichi	4,7	5,1	0,9	4,5	6,1
Altra frutta fresca o surgelata	2,4	1,3	6,7	1,4	1,7
Agrumi	58,6	60,6	60,6	76,0	45,8
Frutta esotica	13,5	17,7	15,2	14,8	10,8
Frutta secca e in guscio	3,4	3,6	5,2	3,5	2,7
Frutta sciroppata, in scatola, sotto spirito, ecc	0,8	1,4	1,0	0,7	0,6
Olive	2,2	1,1	0,9	2,6	2,7
Piatti a base di frutta (esclusi dolci)	0,3	1,3	0,3	0,2	0,1
Olio	3,7	1,5	2,4	1,8	6,0
Olio di oliva	28,2	17,2	14,2	33,6	32,3
Olio di semi.	18,6	16,6	26,0	14,6	19,0
Margarina	1,6	3,6	2,7	1,2	1,1
Burro	6,2	11,9	11,4	5,3	3,5
Lardo, strutto, pancetta e altri grassi animali . . .	2,4	2,5	3,2	2,5	2,1
Panna.	1,0	1,9	1,4	1,2	0,5
Carne	27,8	25,3	25,4	25,4	31,0
Carne di bovino adulto.	3,8	6,0	6,5	3,3	2,7
Carne di vitellone	30,0	34,6	38,3	41,2	18,3
Carne di vitello.	15,8	12,9	5,5	14,4	21,2
Carne equina	1,2	2,1	1,7	0,4	1,2
Carne suina	9,5	8,6	12,4	11,1	7,6
Selvaggina, rane, lumache.	0,9	1,1	0,9	1,1	0,8
Carne ovina	2,7	0,6	0,4	3,2	3,6
Pollame	34,9	39,2	51,6	36,4	26,7

Segue: Tavola 8.2 - Consumi medi giornalieri per unità di consumo (g) -
Periodo 1980-1984.

ALIMENTO	ITALIA				
	In complesso	Nord-occidentale	Nord-orientale	Centrale	Menzionale
Coniglio	4,5	6,4	5,3	6,3	2,6
Carne in scatola	1,1	1,7	0,8	0,9	1,1
Affettati, insaccati, affumicati sotto sale	25,7	35,5	27,0	28,9	20,7
Frattaglie	6,8	8,1	7,1	6,0	6,9
Pesce fresco	11,6	6,5	9,0	9,3	15,4
Crostacei freschi	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2
Molluschi freschi	3,2	0,8	3,1	2,7	4,2
Pesce surgelato	4,1	4,2	1,6	4,9	4,5
Crostacei surgelati	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1
Molluschi surgelati	0,8	0,4	0,3	0,9	1,1
Pesce sott'olio, secco, salato, in scatola ecc	6,2	5,1	6,1	6,4	6,4
Piatti a base di pesce	0,6	0,8	1,1	0,5	0,5
Latte	47,6	53,5	63,7	19,6	58,6
Latte fresco intero	110,4	89,9	104,6	146,2	93,9
Latte fresco scremato e parzialmente scremato	29,7	40,2	46,1	27,0	23,0
Latte a lunga conservazione	22,9	33,0	39,6	21,6	15,1
Yogurt	4,5	9,9	4,8	5,5	2,6
Formaggi con grassi <20%	14,9	10,5	7,0	17,4	17,2
Formaggi con grassi dal 20 al 30%	33,3	38,5	35,0	35,2	30,0
Formaggi con grassi >30%	9,6	14,6	10,9	7,2	9,5
Piatti a base di formaggio	0,1	0,0	0,0	0,3	0,0
Uova	24,7	23,2	22,7	27,4	23,9
Piatti a base di uova	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1
Condimenti, sughì, salse, creme e paté	6,0	6,9	8,0	7,3	4,2
Rustici	0,4	0,4	0,3	0,5	0,3
Preparati per minestre	1,0	2,6	1,8	0,8	0,4
Crepes, sofficini, crocchelle, crespelle	1,6	1,9	1,2	1,9	1,5
Te, karkadé, camomilla	0,6	1,3	0,8	0,9	0,3
Caffé	11,1	11,8	11,6	10,6	11,0
Surrogati del caffè	0,9	0,8	1,1	1,3	0,7
Cacao e preparati a base di cacao	0,8	2,0	1,0	0,8	0,4
Zucchero	32,1	31,2	37,1	27,9	33,2
Miele	0,8	2,1	1,2	0,9	0,3

Segue: Tavola 8.2 - Consumi medi giornalieri per unità di consumo (g) -
Periodo 1980-1984.

ALIMENTO	ITALIA				
	In complesso	Nord-occidentale	Nord-orientale	Centrale	Meridionale
Caramelle, confetti	0,4	0,7	0,8	0,4	0,2
Cioccolata e creme a base di cioccolata	2,6	2,6	3,0	2,6	2,4
Marmellata	3,3	4,9	4,7	3,9	2,0
Gelati e preparati per gelati	3,1	8,1	2,8	2,1	2,6
Merendine	2,6	2,6	5,3	3,1	1,4
Biscotti	17,2	22,9	22,3	18,4	13,1
Prodotti da forno	3,2	5,6	3,5	4,2	1,8
Paste, pasticcini	4,6	3,0	4,0	5,2	4,7
Creme, dessert, budini	1,0	1,9	1,2	0,9	0,7
Altri dolci	5,6	7,0	7,7	8,1	2,7
Lieviti	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Dolcificanti e prodotti dietetici	0,1	0,4	0,1	0,1	0,1
Alimenti per l'infanzia	1,8	1,6	1,3	1,8	2,1
Acqua minerale	62,1	144,6	131,8	65,1	14,9
Bevande analcoliche	10,4	17,0	8,9	6,1	12,2
Succhi di frutta e di verdura	11,5	14,1	20,1	10,3	8,6
Vino	49,6	34,6	91,0	32,9	48,9
Vino rosso	81,7	110,2	99,8	45,3	92,3
Vino bianco e spumanti	47,1	31,0	30,9	106,1	18,0
Birra	14,8	15,3	15,5	11,9	16,4
Amari e liquori dolci	1,2	2,0	1,7	1,6	0,7
Superalcolici	1,0	1,0	2,6	1,2	0,2
Piatti misti (verdure e/o legumi e/o cereali)	2,2	2,8	2,1	3,3	1,3
Piatti in contorno	0,4	0,5	0,2	0,7	0,2
Snack a base di pane (panini, toast, ecc)	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
Piatti misti vegetali e animali.	0,2	0,4	0,1	0,1	0,2
Piatti a base di legumi e ortaggi	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2
Altri piatti pronti vari	0,7	1,4	1,1	0,5	0,4

Fonte. Istituto Nazionale Nutrizione - Indagine nazionale sui consumi alimentari, 1980-84

Tavola 8.3 - Prevalenza di carenza vitaminica in pazienti ospedalizzati, affetti da diverse patologie croniche.

PATOLOGIA A CARICO DEL SISTEMA	Vit. A	Vit E	Vit C	Vit B1	Vit B2
Cardiovascolare	37	11	9	38	22
Respiratorio	44	22	10	33	11
Fegato/vie biliari	70	34	15	25	23
Digestivo	45	33	32	42	33
Altro	44	9	16	26	21

Fonte. Mobarhan, Moiani, Ferro-Luzzi, Pitassi, Trentini, Pappalardo, Nicastro, Azzini, Dalla Torre, Jama, Spigliati, Poico, Morabito - Determinants of Nutritional Status in Hospital Patients in Italy, 1988.

Tavola 8.4 - Saponi per uso domestico ed industriale - Detersivi in polvere e liquidi
- Anno 1987.

PRODOTTI	Consumo apparente	Consumo per abitante in kg
<i>Prodotti da toilet</i>		
Saponi da toilet di ogni genere	45.000	787
Prodotti per la rasatura	7.300	128
Shampoos	35.500	621
	<hr/>	
	87.800	
<i>Saponi per uso domestico ed industriale</i>		
Saponi solidi per uso domestico	40.000	699
Altri saponi solidi.	900	16
Saponi industriali	3.600	63
Saponi liquidi a base di acidi grassi	300	5
Pulitori speciali a mano	250	4
Saponi liquidi	2.450	43
	<hr/>	
	47.500	
<i>Prodotti per il lavaggio, pulizia delle superfici e smacchiatori</i>		
Prodotti in polvere per il lavaggio dei tessuti	460.192	8.045
Prodotti in polvere per il lavaggio delle stoviglie.		
- a macchina	16.000	280
- a mano	23.000	402
Prodotti in polvere per la pulizia delle superfici	1.000	17
Prodotti ausiliari in polvere	5.800	101
Prodotti liquidi di sintesi		
- per il lavaggio dei tessuti	52.908	925
- per il lavaggio delle lavastoviglie	217.500	3.802
- per il risciacquo dei tessuti	114.600	2.003
- per la pulizia delle superfici	180.000	3.147
Smacchiatori	74.000	1.294
	<hr/>	
	1.145.000	
Totale . . .	1.280.300	22.382

Fonte. ASSOCASA, Gruppo Detergenti e Prodotti Affini.

Tavola 8.4a - Saponi per uso domestico ed industriale - Detersivi in polvere e liquidi
- Anni 1985, 1986, 1987.

PRODOTTI	Consumo apparente		
	1985	1986	1987
<i>Prodotti da toilet</i>			
Saponi da toilet di ogni genere	42 000	46.000	45 000
Prodotti per la rasatura	8 300	7 200	7.300
Shampoos	38 000	35.500	35.500
	<u>88.300</u>	<u>88 700</u>	<u>87 800</u>
<i>Saponi per uso domestico ed industriale</i>			
Saponi solidi per uso domestico	50.000	47 000	40.000
Altri saponi solidi	1 150	1.050	900
Saponi industriali	4 600	4 300	3.600
Saponi liquidi a base di acidi grassi	400	350	300
Pulitori speciali a mano	300	300	250
Saponi liquidi	3 100	2 900	2 450
	<u>59 500</u>	<u>55 900</u>	<u>47 500</u>
<i>Prodotti per il lavaggio, pulizia delle superfici e smacchiatori</i>			
Prodotti in polvere per il lavaggio dei tessuti	416 850	458 695	460 192
Prodotti in polvere per il lavaggio delle stoviglie			
- a macchina	15.300	15.800	16.000
- a mano	33 200	29 000	23 000
Prodotti in polvere per la pulizia delle superfici	2.300	2.000	1.000
Prodotti ausiliari in polvere	-	-	5 800
Prodotti liquidi di sintesi.			
- per il lavaggio dei tessuti	17 250	32 505	52.908
- per il lavaggio delle lavastoviglie	204 000	208 000	217.500
- per il risciacquo dei tessuti	97.000	108.000	114 600
- per la pulizia delle superfici	161.050	173 400	180.000
Smacchiatori	70 850	72 000	74 000
Totale	1.017.800	1.099.400	1.280.300

Fonte. ASSOCASA, Gruppo Detergenti e Prodotti Affini.

Tavola 8.5 - Stime anno 1987 (consumi a prezzi al pubblico di prodotti cosmetici, IVA inclusa - dati in miliardi di lire).

	Farmacia	Profumeria	Altri can	Totale
1) Capelli e cuoio capelluto.	120	91	646	857
a) shampoo	66	26	288	380
b) gommine/brillantine/gel	—	7	63	70
c) lozioni e fiale d'urto	46	12	17	75
d) coloranti e spume colorate	2	20	40	62
e) lacche	1	12	145	158
f) dopo shampoo/balsami	5	7	45	57
g) fissatori	—	2	18	20
h) mousse strutturanti	—	5	30	35
2) Prodotti per il viso	205,5	447,5	163	816
a) detergenti/struccanti.	20	44(*)	33	97
b) lozioni tonificanti	14	38(*)	20	34
c) protettori sottocipria giorno	11	21	2	34
d) creme normalizzanti giorno	77	106	46	229
e) creme normalizzanti notte	20	59	9	88
f) prodotti speciali	45	145	—	190
g) prodotti uso periodico.	13	30	8	51
h) prodotti uso generico	5,5	4,5	45	55
3) Prodotti per trucco viso	14,8	141	50,2	206
a) fondotinta	9	61	22	92
b) cipria	1,8	25(*)	7,2	34
c) correttori guance.	4	55(*)	21	80
4) Cofanetti trucco	—	36	22	58
5) Prodotti per gli occhi	25,5	160	59,5	245
a) ombretti	5,5	47	30,5	83
b) mascara	8	48	21	77
c) altri	12	65	8	85
6) Prodotti per le labbra	24	94,5	80,5	199
a) rossi labbra	10,5	72	56,5	139
b) brillantanti e delineatori	2	21	19	42
c) protettivi e basi incolore	11,5	1,5	5	18
7) Prodotti per le mani.	14	31	81	126
a) creme, geles, lozioni	6,5	5	24,5	36
b) smalti.	5,5	23	50,5	79
c) solventi.	2	3	6	11

(*) Dato sottostimato nel 1986

Segue: Tavola 8.5 - Stime anno 1987 (consumi a prezzi al pubblico di prodotti cosmetici, IVA inclusa - dati in miliardi di lire).

	Farmacia	Profumeria	Altri can	Totale
8) Prodotti per il corpo	149,5	250,5	271	671
a) emollienti	4,5	25,5	22	52
b) anticellulitici	45	30	1	76
c) rassodanti	11	18	—	29
d) deodoranti/antitranspiranti	40	92	158	290
e) depilatori	12	15	35	62
f) solari e pigmentanti	37	70(*)	55	162
9) Prodotti igiene corpo	85,5	102,5	520	708
a) saponi	10	33	247	290
b) saponi liquidi	—	3	35	38
c) syndets	37	3,5	7,5	48
d) bagni sch./sali/polv /olii/sol.bagno	15	55	195	265
e) talchi e polveri aspersorie	9,5	7,5	30	47
f) prodotti igiene piedi	14	0,5	5,5	20
10) Prodotti igiene bocca	86	15	300	401
a) dentifrici	70	15	300	385
b) acque dent e deodoranti alito	16	—	—	16
11) Prodotti dermoigienici bambini	19	1,7	3,3	24
12) Prodotti per la linea maschile	6,5	163	176,5	346
a) saponi da barba	2	16	82	100
b) pre e dopo barba	2,5	110(*)	86,5	199
c) creme e lozioni	1,5	12	1,5	15
d) confezioni regalo e altri	5	25	6,5	32
13) Profumeria alcolica	4,5	700	124,5	829
a) acque di lavanda	5	9,5	5	15
b) acque di colonia classiche	5	10,5	5	16
c) acque di colonia e toil.femm.	2,5	435	50,5	488
d) acque di colonia e toil masc	1	235	64	300
e) estratti e profumi in crema	—	10	—	10
14) Confezioni regalo donna	2	42	7	51
15) Igiene intima femminile	47	3	32	82
Totale	803,8	2.278,7	2.536,5	5.619
16) Vendite porta a porta				222
17) Vendite a istituti di bellezza				190
18) Consumi parrucchieri donna				350
19) Consumi parrucchieri uomo				75
Totale stime				6.456

(*) Dato sottostimato nel 1986

Fonte: Federchimica.

Tavola 8.6 - Mercato totale e fatturato effettivo dei prodotti di igiene personale.

PRODOTTO	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Quantità mercato totale (dati in milioni di u.m.)								
Saponi.	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Dentifrici	kg. 12	kg. 12	kg. 13,7	kg. 14,2	kg. 14,8	kg. 15,2	kg. 16,5	kg. 17,3
Deodoranti	kg. 5,7	kg. 6,1	kg. 6,3	kg. 6,5	kg. 6,2	kg. 6,3	kg. 6,4	kg. 7
Bagni schiuma	l. 12,6	l. 13,45	l. 14,9	l. 16,8	l. 16,5	l. 21	l. 24	l. 27,0
Lacche per capelli	kg. 12	kg. 12,5	kg. 12,5	kg. 12,5	kg. 13	kg. 13,6	kg. 15,2	kg. 16,7
Shampoos	l. 30	l. 32	l. 33,5	l. 35	l. 38	l. 38	l. 39	l. 41
Dopo shampoos	l. 2,2	l. 2,6	l. 3	l. 3,2	l. 3,5	l. 3,7	l. 4,1	l. 4,4
Creme barba	kg. 1,5	kg. 1,5	kg. 1,3	kg. 1,3	kg. 1,1	kg. 1,3	kg. 1,3	kg. 1,3
Spume barba	kg. 4,7	kg. 4,7	kg. 5,2	kg. 5,5	kg. 5	kg. 7	kg. 7,2	kg. 7,5
Dopo barba	l. 1,5	l. 1,65	l. 1,7	l. 1,7	l. 1,7	l. 1,8	l. 1,8	l. 2
Acque di colonia masc.	(*)	(*)	l. 1	l. 1	l. 1	l. 1,2	l. 1,2	l. 1,4
Fatturato effettivo (dati in miliardi di lire)								
Saponi.	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Dentifrici.	83	93	113	123	140	158	170	175
Deodoranti	56	67	83	94	97	115	127	206
Bagni schiuma	45,5	55	68	82	82	124	141	159
Lacche per capelli	40	45	49	53	60	69	83	100
Shampoos	95	110	120	140	165	180	202	222
Dopo shampoos	11	15	19	22	24	26,5	30	33,5
Creme barba	7,2	8	9,5	10,5	10,5	14	15	15,5
Spume barba	12	14	18	22	22	34	36	38,5
Dopo barba	32	40	48	54	60	72	80	98
Acque di colonia masc	(*)	(*)	59	71	80	105	118	144

(*) Dati non rilevati

Fonte Federchimica.

Tavola 8.7 - Concimi chimici distribuiti al consumo, per regione
(dati in migliaia di quintali).

ANNI/REGIONI	Azotati	Fosfatici	Potassici	Composti (*)
1983	18 833	7 020	1 475	19 797
1984	20 015	7 460	1 387	22.025
1985	22 414	7 609	1 313	21.020
1985 per regione				
Piemonte	1.726	261	232	2 650
Valle d'Aosta	1	—	—	5
Lombardia	3.431	444	261	3 173
Trentino-Alto Adige	182	41	14	309
Bolzano-Bozen	113	36	14	207
Trento	69	5	—	102
Veneto	2 684	818	241	2 593
Friuli-Venezia Giulia	769	103	90	782
Liguria	44	15	3	70
Emilia-Romagna	2 692	1 583	120	1 757
Toscana	1 165	134	50	1 208
Umbria	619	152	22	294
Marche	1.014	559	5	666
Lazio	970	170	29	1 082
Abruzzo	425	620	28	488
Molise	183	67	3	216
Campania	1 697	559	17	847
Puglia	2 145	903	67	1 663
Basilicata	530	125	6	443
Calabria	564	259	20	515
Sicilia	1 203	752	105	1 675
Sardegna	370	44	—	584
ITALIA	22.414	7.609	1.313	21.020
NORD-CENTRO	15 297	4 280	1 067	14 589
MEZZOGIORNO	7 117	3 329	246	6 431

(*) Compresi sia i composti da miscele che i complessi

Fonte ISTAT, Compendio Statistico Italiano, 1987

Segue: Tavola 8.7 - Concimi chimici distribuiti al consumo, per regione
(dati in migliaia di quintali)

ANNI/REGIONI	Azotati	Fosfatici	Potassici	Composti (*)
1984	20 015	7 460	1 387	20 025
1985	22 414	7 609	1.313	21 020
1986	21 393	7 913	1 068	20 877
1986 per regione				
Piemonte	1 448	264	182	2 391
Valle d'Aosta	2	—	—	6
Lombardia	2 816	470	175	3 219
Trentino-Alto Adige	146	25	2	265
Bolzano-Bozen	90	21	2	162
Trento	56	4	—	103
Veneto	2 737	852	190	2 555
Friuli-Venezia Giulia	588	91	85	808
Liguria	49	11	1	68
Emilia-Romagna	2 757	1 755	83	1 687
Toscana	1 272	132	43	1 168
Umbria	588	116	17	367
Marche	1 091	551	3	699
Lazio	927	187	39	1 049
Abruzzo	493	569	25	606
Molise	177	113	1	214
Campania	1 571	576	15	868
Puglia	2 212	979	51	1 536
Basilicata	508	129	6	486
Calabria	581	284	18	582
Sicilia	1 030	765	128	1 652
Sardegna	400	44	4	651
ITALIA	21.393	7.913	1.068	20.877
NORD-CENTRO	14 421	4 454	820	14 282
MEZZOGIORNO	6 972	3 459	248	6.595
(*) In tale voce sono stati considerati sia i composti da miscela sia i complessi				

Fonte ISTAT, Compendio Statistico Italiano, 1988

Tavola 88 - Prodotti fitoiatrici distribuiti al consumo, per regione (dati in quintali).

ANNI/REGIONI	Anticrit- togamici	Insetticidi	Acaricidi	Fumiganti	Esche avvelenate
1983	820 038	331.875	17 459	110.137	8 250
1984	845 299	364 024	16 559	125 678	11 267
1985	851 260	344.010	19 431	95.260	11 919
1985 per regione					
Piemonte	67.122	22 999	1 138	602	488
Valle d'Aosta	205	171	21	—	20
Lombardia	35 923	30 121	1 625	1 071	577
Trentino-Alto Adige	25 742	14 125	1 436	216	53
Bolzano-Bozen	13 947	10 204	898	32	11
Trento	11 795	3 921	538	184	42
Veneto	95 710	46 556	2 069	6 162	324
Friuli-Venezia Giulia	14 360	9 195	330	90	100
Liguria	8 437	1 420	124	9 175	476
Emilia-Romagna	110 401	60 744	3 753	4 673	724
Toscana	45 275	12 431	764	2 850	1 215
Umbria	13 012	5 151	56	341	165
Marche	27 860	9 253	344	207	867
Lazio	56 020	14 855	713	3 567	583
Abruzzo	32 044	5 505	167	3 567	583
Molise	4 559	1 533	5	29	28
Campania	81 718	24 853	2.095	27.333	1.362
Puglia	116 752	25 082	900	1 431	1 791
Basilicata	8 216	3 882	250	55	68
Calabria	21 782	14 428	1 005	455	279
Sicilia	71 245	36 097	2.502	20.650	1.016
Sardegna	14 877	5 609	131	635	699
ITALIA	851.260	344.010	19.431	95.260	11.919
NORD-CENTRO	500 067	227 021	12 373	41.105	6 093
MEZZOGIORNO	351.193	116 989	7 058	54 155	5 826

Fonte ISTAT, Compendio Statistico Italiano, 1987

Segue Tavola 8.8 - Prodotti fitoiatrici distribuiti al consumo, per regione
(dati in quintali)

ANNI/REGIONI	Rodenticidi	Diserbanti	Fitoregolatori	Integratori	Coadiuvanti
1983	4 604	260 558	7 769	65 055	14 331
1984	3 807	282 845	8 163	71 596	15 025
1985	2 874	285 252	8 960	34 052	15 374
1985 per regione					
Piemonte	157	78 977	408	1 629	1 138
Valle d'Aosta	4	45	—	4	4
Lombardia	164	66 460	1 572	996	674
Trentino-Alto Adige	78	1 475	845	2 279	1 194
Bolzano-Bozen	21	841	711	1 433	645
Trento	57	634	134	846	549
Veneto	188	28 531	1 163	3 277	1 583
Friuli-Venezia Giulia	37	7 781	109	870	456
Liguria	109	483	45	1 333	166
Emilia-Romagna	326	31 415	1 003	5 766	3 983
Toscana	372	10 104	169	1 294	696
Umbria	86	3 523	917	208	112
Marche	55	9 975	65	493	306
Lazio	181	8 378	407	1 269	814
Abruzzo	108	2 093	161	411	185
Molise	7	1 018	7	103	40
Campania	162	6 212	787	2 189	907
Puglia	157	13 829	480	4 197	1 054
Basilicata	43	1 826	75	382	225
Calabria	97	2 260	89	666	353
Sicilia	476	7 528	592	6 457	1 255
Sardegna	67	3 339	65	229	229
ITALIA	2.874	285.252	8.959	34.052	15.374
NORD-CENTRO	1 757	247 147	6 703	19 418	11 126
MEZZOGIORNO	1 117	38 105	2 256	14 634	4 248

Fonte ISTAT Compendio Statistico Italiano 1987

Tavola 89 - Prodotti fitoiatrici distribuiti al consumo, per regione (dati in quintali)

ANNI/REGIONI	Anticini togramici	Insetticidi	Acancidi	Fumiganti	Fische avvelenate
1984	854 299	364 024	16 559	125 678	11 267
1985	851 260	344 010	19 431	95 260	11 919
1986	937 343	334 896	25 724	103 223	13 308
1986 per regione					
Piemonte	76 058	20 385	1 502	536	399
Valle d'Aosta	541	302	18	—	11
Lombardia	39 104	26 470	595	1 017	833
Trentino-Alto Adige	29 578	16 758	1 362	216	70
Bolzano-Bozen	16 377	12 266	1 001	40	16
Trento	13 201	4 492	361	176	54
Veneto	101 199	44 914	2 261	9 203	863
Friuli-Venezia Giulia	16 034	7 640	284	58	664
Liguria	15 252	1 696	119	9 054	356
Emilia-Romagna	126 620	65 715	4 225	11 054	717
Toscana	43 461	9 775	528	2 604	974
Umbria	13 700	3 679	43	589	134
Marche	30 662	9 914	437	145	1 095
Lazio	59 299	14 543	411	22 542	1 348
Abruzzo	30 464	5 713	278	3 503	538
Molise	5 094	1 542	15	41	39
Campania	90 267	24 014	3 557	25 106	1 430
Puglia	116 437	24 371	921	2 059	1 813
Basilicata	21 129	3 284	183	114	80
Calabria	18 760	10 501	1 996	336	173
Sicilia	89 151	36 298	6 511	14 555	1 028
Sardegna	14 573	5 382	478	481	693
ITALIA	937.343	334.896	25.724	103.223	13.308
NORD-CENTRO	551 468	221 791	11 785	57 018	7 514
MEZZOGIORNO	385 875	113 105	13 939	46 205	5 794

Fonte ISTAT, Compendio Statistico Italiano, 1988

Segue: Tavola 8.9 - Prodotti fitoiatrici distribuiti al consumo, per regione (dati in quintali).

ANNI/REGIONI	Rodenticidi	Diserbanti	Fitoregolatori	Integratori	Coadiuvanti
1984	3 807	282 845	8 163	71 596	15 025
1985	2 874	285 252	8.960	34 052	15 374
1986	2 214	297 775	9 803	64 839	16 819
1986 per regione					
Piemonte	105	79 431	519	2 534	1 120
Valle d'Aosta	3	239	—	29	9
Lombardia	299	71 988	516	1 464	978
Trentino-Alto Adige	35	1 649	1 895	1 737	1.471
Bolzano-Bozen	26	1 143	1 313	1 181	924
Trento	9	506	582	556	547
Veneto	126	29 902	1 484	3 920	2 176
Friuli-Venezia Giulia	102	9 689	165	1 262	803
Liguria	95	757	44	1.595	211
Emilia-Romagna	346	33 268	1 256	6 371	4 057
Toscana	314	10 254	253	1 984	619
Umbria	52	3 824	1 330	340	90
Marche	40	10 260	64	2 378	315
Lazio	137	8 389	339	2 700	705
Abruzzo	65	2 174	308	1 401	202
Molise	15	1 084	9	1 152	51
Campania	86	4 101	488	2 670	685
Puglia	83	15 112	166	10 186	1 193
Basilicata	26	2 313	21	1 823	261
Calabria	34	2 025	43	1 776	363
Sicilia	276	7 985	839	19 092	1 327
Sardegna	45	3 331	64	425	182
ITALIA	2.214	297.775	9.803	64.839	16.819
NORD-CENTRO	1 584	259 650	7 865	26 314	12 555
MEZZOGIORNO	630	38 125	1 938	38 525	4 264

Fonte ISTAT, Compendio Statistico Italiano, 1987

Tavola 8.10 - Prodotti fitoiatrici secondo la classe di tossicità, per regione - Anno 1985 (dati in chilogrammi)

ANNI/REGIONI	I	II	III	IV	V	Totale
1983	21 322 493	6 095 382	77 124 757	49 188 247	10 276 780	164 007 659
1984	21 144 880	6 580 037	94 324 264	41 394 735	10 984 227	174 428 143
1985	21 203 400	4 322 898	84 652 030	51 393 115	5 267 625	166 839 068
	1985 per regione					
Piemonte	1 006 760	95 716	9 424 206	6 677 334	261 765	17 465 781
Valle d'Aosta	2 847	865	38 326	2 969	2 366	47 373
Lombardia	1 540 563	83 819	7 855 090	4 009 236	429 498	13 918 206
Trentino-Alto Adige	107 179	87 524	2 681 756	1 309 027	458 943	4 744 429
Bolzano-Bozen	96 711	61 813	1 717 945	698 367	296 729	2 871 565
Trento	110 468	25 711	963 811	610 660	162 214	1 872 864
Veneto	2 929 255	580 864	8 843 118	5 604 672	598 530	18 556 439
Friuli-Venezia Giulia	518 853	51 336	1 938 981	689 349	134 282	3 332 801
Liguria	187 353	113 422	1 343 494	431 742	100 691	2 176 702
Emilia-Romagna	4 474 531	508 156	10 430 440	5 924 530	941 128	22 278 785
Toscana	436 001	132 850	4 038 385	2 708 219	201 599	7 517 054
Umbria	185 483	10 810	1 299 244	819 681	42 049	2 357 267
Marche	578 954	21 248	2 155 918	2 109 667	76 569	4 942 384
Lazio	1 360 428	390 215	4 717 746	3 260 044	215 573	9 944 006
Abruzzo	247 470	326 765	2 140 400	1 621 409	146 305	4 482 349
Molise	89 849	376	392 822	237 622	12 250	732 919
Campania	1 808 426	1 148 335	8 379 269	3 006 703	419 019	14 761 752
Puglia	2 103 148	192 869	7 830 878	6 030 534	409 813	16 567 242
Basilicata	205 836	20 111	949 874	277 537	48 802	1 502 160
Calabria	457 389	200 153	2 320 586	1 504 947	108 231	4 141 306
Sicilia	2 673 323	345 081	6 463 127	4 681 811	618 752	14 782 094
Sardegna	189 752	12 382	1 408 370	936 082	41 433	2 588 019
ITALIA	21 203 400	* 4 322 898	84 652 030	51 393 115	5 267 625	166 839 068
NORD-CENTRO	13 428 207	2 076 826	54 766 704	33 546 470	3 463 020	107 281 277
MEZZOGIORNO	7 775 193	2 246 072	29 885 326	17 846 645	1 804 605	59 557 841

Fonte ISTAT, Annuario Statistico Italiano, 1987

Tavola 8 11 - Casistica intossicazioni da fitofarmaci suddivisa per regioni -
Anno 1984 (numeri reali).

Abruzzo	—
Basilicata	—
Calabria	—
Campania	8
Emilia-Romagna	26
Friuli-Venezia Giulia	7
Lazio	1
Liguria	—
Lombardia	—
Marche	1
Molise	—
Piemonte	9
Puglia	5
Sardegna	—
Sicilia	3
Toscana	—
Trentino-Alto Adige	1
Umbria	—
Valle d'Aosta	—
Veneto	20
Totale . . .	81

Fonte: Direzione Generale per l'Igiene degli Alimenti e la Nutrizione

Tavola 8.12 - Casistica intossicazioni da fitofarmaci suddivisa per regioni -
Anno 1985 (numeri reali).

Abruzzo	3
Basilicata	—
Calabria	—
Campania	13
Emilia-Romagna	21
Friuli-Venezia Giulia	7
Lazio	—
Liguria	—
Lombardia	7
Marche	—
Molise	—
Piemonte	12
Puglia	1
Sardegna	—
Sicilia	2
Toscana	27
Trentino-Alto Adige	—
Umbria	4
Valle d'Aosta	—
Veneto	16
Totale . . .	113

Fonte: Direzione Generale per l'Igiene degli Alimenti e la Nutrizione

Tavola 8.13 - Consumi farmaceutici per alcune classi terapeutiche - 1987.

CLASSI TERAPEUTICHE	Numero pezzi (migliaia)	Valori assoluti (miliardi di lire)		Tassi % 8/786	
		In prezzo alla produzione	In prezzo al pubblico	Numero pezzi	Valori (in prezzo al pubblico)
1) Apparato digerente e metabolismo	342.673,9	1.519,2	2.471,4	- 0,8	+ 10,5
a) Antiacidi e antiulcera	56.918,6	538,9	876,7	+ 3,0	+ 14,5
b) Colagoghi ed epatoprotettori	47.208,5	256,6	417,4	- 4,7	+ 5,2
c) Vitamine	44.961,8	105,6	171,8	- 6,5	+ 5,6
d) Tonici	16.345,9	62,2	101,2	- 2,1	+ 6,0
2) Sangue ed organi ematopoietici	43.933,9	480,0	780,9	+ 9,1	+ 25,6
a) Antianemici	18.729,1	153,2	249,2	+ 5,8	+ 19,9
3) Apparato cardiovascolare	211.407,7	1.458,6	2.372,9	+ 3,6	+ 14,2
a) Cardioattivi (*)	41.659,9	206,2	335,4	+ 31,0	+ 43,0
b) Antipertensivi (**)	12.864,4	46,2	75,2	- 14,0	+ 5,0
c) Vasodilatatori periferici	40.543,4	314,4	511,5	- 1,2	+ 0,8
d) Vasoprotettori	32.473,9	127,1	206,8	+ 2,9	+ 14,9
e) Betabloccanti	11.728,4	91,3	148,5	+ 2,8	+ 3,3
f) Calcioantagonisti	19.065,0	177,1	288,1	+ 20,0	+ 50,0
4) Dermatologici	12.223,7	234,0	380,7	+ 62,0	+ 112,0
a) Ace-inibitori	84.649,6	283,5	461,2	+ 4,2	+ 15,1
b) Corticosteroidi topici	27.382,6	86,2	140,2	+ 3,2	+ 9,1
5) Antibiotici sistemici	110.767,34	799,8	1.301,1	- 5,5	+ 11,8
6) Antiflogistici e antireumatici	52.583,0	349,8	569,1	+ 8,9	+ 24,7
7) Analgesici	100.035,4	175,8	286,0	- 7,9	- 3,4
8) Psicoletici	79.281,9	157,8	256,7	+ 6,9	+ 25,0
9) Psicoanalitici	28.159,2	229,4	373,2	+ 8,0	+ 56,7
10) Antiasmatici	29.506,5	106,2	172,8	- 2,2	+ 17,2
11) Antitosse e antinfluenzali	90.419,5	302,6	492,3	- 8,8	- 1,5
12) Oftalmici	35.166,4	104,2	169,5	+ 2,9	+ 8,7
Totale (***)	1.535.550,7	7.702,1	12.529,9	+ 0,1	+ 14,3

(*) Esclusi i calcioantagonisti

(**) Esclusi gli Ace-inibitori

(***) Compresi i gruppi non espressamente indicati

Fonte: Farindustria, Indicatori farmaceutici, 1988

Tavola 8.14 - Consumi farmaceutici per regione - Vendite in farmacia

REGIONI	Numero di pezzi			Pezzi pro-capite		
	Tassi %	%		Tassi %	Indice Italia = 100	
	87/86	1986	1987	87/86	1986	1987
Piemonte	- 0,91	8,04	7,96	- 0,71	104,86	104,49
Valle d'Aosta	+ 1,66	0,20	0,21	+ 1,45	102,61	104,49
Lombardia	- 0,61	16,11	15,99	- 0,36	103,73	103,75
Trentino-Alto Adige	+ 1,41	1,39	1,41	+ 1,24	90,30	91,76
Veneto	- 0,58	7,56	7,50	- 0,75	98,88	98,50
Friuli-Venezia Giulia	- 1,33	2,14	2,11	- 1,11	100,75	100,00
Liguria	+ 0,31	3,83	3,84	+ 0,90	124,25	125,84
Emilia-Romagna	+ 0,61	7,46	7,49	+ 0,69	108,58	109,74
Toscana	- 2,43	7,04	6,85	- 2,32	112,69	110,49
Umbria	- 2,91	1,52	1,48	- 2,80	106,72	104,12
Marche	+ 1,79	2,54	2,58	+ 1,47	101,87	103,75
Lazio	- 2,61	9,11	8,86	- 2,93	101,87	99,25
Abruzzo	- 3,25	2,20	2,13	+ 3,70	100,75	97,38
Molise	+ 1,17	0,54	0,54	+ 1,22	91,76	93,26
Campania	+ 6,39	8,77	9,31	+ 5,91	88,43	94,01
Puglia	+ 1,51	6,22	6,31	+ 0,84	88,81	89,89
Basilicata	- 7,75	0,96	0,86	- 8,02	88,43	81,65
Calabria	- 1,24	3,22	3,17	- 1,73	86,19	85,02
Sicilia	+ 2,31	8,75	8,94	+ 1,90	98,13	100,37
Sardegna	+ 2,47	2,40	2,46	+ 1,78	83,96	85,77
ITALIA SETTENTRIONALE	- 0,35	46,73	46,49	- 0,36	104,85	104,87
ITALIA CENTRALE	- 2,02	20,21	19,77	- 2,46	105,97	103,75
ITALIA MERIDIONALE E INSULARE	- 2,23	33,06	33,74	+ 1,64	91,04	92,88
Totale . . .	+ 0,16	100,00	100,00	- 0,37	100,00	100,00

Fonte: Farmindustria, Indicatori farmaceutici, 1988

Tavola 8.15 - Spesa farmaceutica per regione - Vendite in farmacia in prezzo al pubblico.

REGIONI	Valori globali				Valori pro-capite				
	Valori assoluti (miliardi di lire)		Tassi %	%	Valori assoluti (lire)		Tassi %	%	
	1986	1987	87/86	1986	1986	1987	87/86	1986	1987
Piemonte	835,0	956,9	+ 14,60	7,62	190.473	218.351	+ 14,64	99,51	99,79
Valle d'Aosta	21,1	24,7	+ 17,06	0,19	185.705	216.644	+ 16,66	97,02	99,01
Lombardia	1.696,1	1.911,8	+ 12,72	15,50	191.024	215.287	+ 12,70	99,80	98,39
Trentino-Alto Adige	133,2	156,2	+ 17,27	1,22	151.559	177.294	+ 16,98	79,18	81,03
Veneto	764,9	871,0	+ 13,87	6,98	175.043	199.220	+ 13,81	91,45	91,05
Friuli-Venezia Giulia	225,0	251,7	+ 11,87	2,05	184.958	207.737	+ 12,32	96,63	94,94
Liguria	419,4	477,6	+ 13,88	3,83	237.655	272.279	+ 14,57	124,16	124,44
Emilia-Romagna	789,7	915,6	+ 15,94	7,21	200.778	233.211	+ 16,15	104,90	106,58
Toscana	785,7	885,0	+ 12,64	7,17	219.924	247.983	+ 12,76	114,90	113,33
Umbria	165,8	183,2	+ 10,49	1,51	202.886	224.061	+ 10,44	106,00	102,40
Marche	282,6	335,1	+ 18,58	2,58	198.297	234.801	+ 18,41	103,60	107,31
Lazio	974,3	1.083,2	+ 11,19	8,90	190.584	211.171	+ 10,80	99,57	96,51
Abruzzo	248,3	277,4	+ 11,72	2,27	198.450	220.973	+ 11,35	103,68	100,99
Molise	65,4	76,8	+ 17,43	0,60	196.076	229.817	+ 17,21	102,44	105,03
Campania	998,4	1.227,6	+ 12,94	9,12	176.151	215.091	+ 22,11	92,03	98,30
Puglia	716,6	822,0	+ 14,71	6,54	178.516	203.766	+ 14,14	93,27	93,13
Basilicata	119,1	125,4	+ 5,29	1,08	192.387	202.115	+ 5,06	100,51	92,37
Calabria	378,1	422,6	+ 11,77	3,45	177.083	197.258	+ 11,39	92,52	90,15
Sicilia	1.060,2	1.220,9	+ 15,16	9,68	208.122	238.262	+ 14,48	108,73	108,89
Sardegna	273,6	319,7	+ 16,85	2,50	166.866	194.026	+ 16,28	87,18	88,67
ITALIA SETTENTRIONALE	4.884,4	5.565,5	+ 13,94	44,60	191.249	218.071	+ 14,02	99,92	99,66
ITALIA CENTRALE	2.208,4	2.486,9	+ 12,60	20,16	202.103	227.220	+ 12,43	105,59	103,84
ITALIA MERIDIONALE E INSULARE	3.859,7	4.492,4	+ 16,39	35,24	185.967	215.301	+ 15,77	97,16	98,40
Totale Italia . . .	10.952,5	12.544,5	+ 14,54	100,00	191.406	218.809	+ 14,32	100,00	100,00

Fonte: Farmindustria. Indicatori farmaceutici, 1988.

Tavola 8.16 - Confronti internazionali – Tassi % di variazione 1987/1986 dei consumi farmaceutici e del P.I.L. (a prezzi costanti).

PAESI	Tassi % consumi farmaceutici (a)	Tassi % P.I.L. (b)	Rapporto (a/b)
Italia	+ 0,1	+ 3,1	+ 0,03
Francia	- 5,3	+ 1,9	- 2,79
Germania	+ 2,2	+ 1,7	+ 1,29
Regno Unito	+ 5,9	+ 4,2	+ 1,40
Belgio	- 0,9	+ 1,8	- 0,50
Olanda	+ 2,8	+ 2,3	+ 1,22
Spagna	- 1,4	+ 4,8	- 0,29
Media CEE	- 1,2	+ 2,6	- 0,46
USA	+ 7,8	+ 2,9	+ 2,69
Giappone	+ 4,7	+ 4,1	+ 1,15

Fonte Spesa farmaceutica, Statistiche internazionali di mercato, P.I.L., Relazione generale sulla situazione economica del Paese, 1987

Tavola 8.17 - Confronti internazionali – Tassi % di variazione 1987/1986 dei consumi farmaceutici e del P.I.L. (a prezzi correnti).

PAESI	Tassi % consumi farmaceutici (a) (pubblica + privata)	Tassi % P.I.L. (b)	Rapporto (a/b)
Italia	+ 14,3	+ 8,9	1,61
Francia	+ 2,4	+ 5,3	0,45
Germania	+ 7,8	+ 1,9	4,11
Regno Unito	+ 12,3	+ 8,5	1,45
Belgio	+ 7,8	+ 3,4	2,29
Olanda	+ 8,2	+ 1,8	4,56
Spagna	+ 13,5	+ 10,4	1,30
Media CEE	+ 9,6	+ 5,8	1,66
USA	+ 14,9	+ 6,6	2,26
Giappone	+ 11,1	+ 3,9	2,85

Fonte Spesa farmaceutica, Statistiche internazionali di mercato, P.I.L., Relazione generale sulla situazione economica del Paese, 1987

Tavola 8.18 - CEE - Distribuzione % delle vendite in farmacia per i principali gruppi terapeutici - Anni 1975, 1986, 1987, 1987, 1987, 1987.

CLASSI TERAPEUTICHE	ITALIA		FRANCIA		GERMANIA		REGNO UNITO	
	1975	1986	1975	1986	1975	1986	1975	1986
1) Apparato digerente e metabolismo	27,7	22,5	23,0	20,1	19,1	17,1	19,0	15,4
a) Antiacidi e antilucera	2,8	3,6	1,9	2,1	2,6	2,9	4,8	5,0
b) Colagoghi ed epato-protettori	5,1	3,2	3,7	2,0	1,7	1,0	0,0	—
c) Vitamine	4,6	3,1	2,4	2,4	2,5	2,1	2,3	0,9
d) Tonici e ricostituenti	1,1	1,1	2,0	1,6	1,6	1,6	0,7	—
2) Sangue ed organi ematopoietici	3,5	2,6	2,2	2,4	1,5	1,3	1,4	1,0
a) Antianemici	2,2	1,2	0,4	0,4	0,7	0,4	1,1	0,8
3) Apparato cardiovascolare	10,5	13,3	12,4	17,0	17,5	15,7	5,8	12,5
a) Cardioattivi (*)	3,8	3,7	3,4	3,0	8,0	6,0	1,0	3,1
b) Ipotensivi (**)	1,4	1,5	1,3	1,5	2,2	1,2	1,3	0,9
c) Vasodilatatori periferici	2,6	2,7	3,8	5,0	1,9	2,1	0,4	0,3
d) Vasoprotettori	1,7	2,1	2,9	4,4	3,5	2,9	1,9	1,5
e) Betabloccanti	—	0,7	—	1,0	—	1,1	—	4,8
4) Dermatologici	4,5	5,3	6,5	5,7	7,4	9,5	14,3	12,4
a) Corticosteroidi	1,7	1,7	1,4	0,9	2,0	1,6	5,6	4,5
5) Antibiotici sistemici	6,8	7,6	5,0	5,2	2,1	2,4	5,7	4,9
6) Antiflogistici e antireumatici	2,9	3,1	2,2	2,5	2,5	2,2	1,7	3,9
7) Analgesici	8,9	7,1	7,9	8,4	10,4	9,7	8,3	12,0
8) Psicoletici	3,3	4,8	6,2	7,1	7,0	5,5	3,5	2,8
9) Psicoanaletici	1,1	1,7	1,5	1,8	1,1	1,0	1,4	1,3
10) Antiasmatici	1,9	2,0	1,1	1,2	1,2	1,6	3,2	7,0
11) Antitosse e antinfluenzali	7,8	6,5	6,3	5,6	8,5	7,6	6,2	1,3
12) Oftalmici	1,4	2,2	1,7	3,2	1,8	3,1	2,0	3,2
Totale (***)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

a) Quantità

(*) Esclusi i calcioantagonisti
(**) Esclusi gli Ace-inibitori
(***) Compresi i gruppi non espressamente indicati

Segue: Tavola 8.18 - CEE - Distribuzione % delle vendite in farmacia per i principali gruppi terapeutici -
Anni 1975, 1986, 1987.

CLASSI TERAPEUTICHE	ITALIA			FRANCIA		GERMANIA		REGNO UNITO	
	1975	1986	1987	1975	1986	1975	1986	1975	1986
b) Valori									
1) Apparato digerente e metabolismo	26,5	20,4	19,7	22,1	17,8	20,5	16,9	13,5	16,4
a) Antiacidi e antiulcera	2,6	7,0	7,0	2,3	3,2	2,0	4,2	2,7	8,2
b) Colagoghi ed epato-protettori	6,9	3,6	3,3	3,6	1,6	2,4	1,5	0,0	—
c) Vitamine	4,0	1,5	1,4	2,3	1,7	2,0	1,7	1,1	0,4
d) Tonici e ricostituenti	1,7	0,9	0,8	2,8	1,7	2,2	1,5	0,3	—
2) Sangue ed organi ematopoietici	5,5	5,7	6,2	3,4	3,4	2,3	2,3	2,2	0,7
a) Antianemici	2,8	1,9	2,0	0,5	0,5	0,8	0,4	1,3	0,3
3) Apparato cardiovascolare	12,1	19,0	18,9	22,3	27,8	25,7	29,8	18,5	23,4
a) Cardioattivi (*)	3,4	4,5	5,0	4,8	5,0	10,9	10,2	3,8	6,1
b) Ipotensivi (**)	1,1	2,6	3,6	2,2	4,2	3,4	3,2	6,3	2,6
c) Vasodilatatori periferici	3,7	4,6	4,1	9,6	8,9	4,6	6,2	1,9	1,5
d) Vasoprotettori	2,0	1,6	1,7	3,8	5,1	4,3	3,2	1,0	0,8
e) Betabloccanti	—	1,3	1,2	—	2,0	—	3,6	—	7,6
4) Dermatologici	4,8	3,7	3,7	4,1	4,1	5,8	6,2	7,1	5,3
a) Corticosteroidi	2,8	1,2	1,1	1,2	0,5	2,5	1,6	3,8	2,0
5) Antibiotici sistemici	11,6	10,6	10,4	7,9	6,7	4,4	3,1	10,4	8,3
6) Antiflogistici e antireumatici	3,4	4,3	4,5	2,7	3,3	3,3	3,1	7,4	11,2
7) Analgesici	2,9	2,7	2,3	5,0	4,4	4,2	3,3	5,6	4,9
8) Psicolettrici	2,5	1,9	2,0	5,5	4,6	6,2	4,0	5,4	2,6
9) Psicoanalitici	1,9	2,2	3,0	2,6	2,7	1,6	2,0	3,7	2,0
10) Antiasmatici	1,6	1,3	1,4	1,0	1,1	1,4	2,8	5,7	8,4
11) Antitosse e antinfluenzali	5,0	4,6	3,9	4,0	3,6	5,1	3,9	4,3	0,5
12) Oftalmici	0,9	1,4	1,4	1,0	1,9	0,7	1,4	0,5	1,4
Totale (***)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(*) Esclusi i calcioantagonisti
(**) Esclusi gli Ace-inibitori
(***) Compresi i gruppi non espressamente indicati

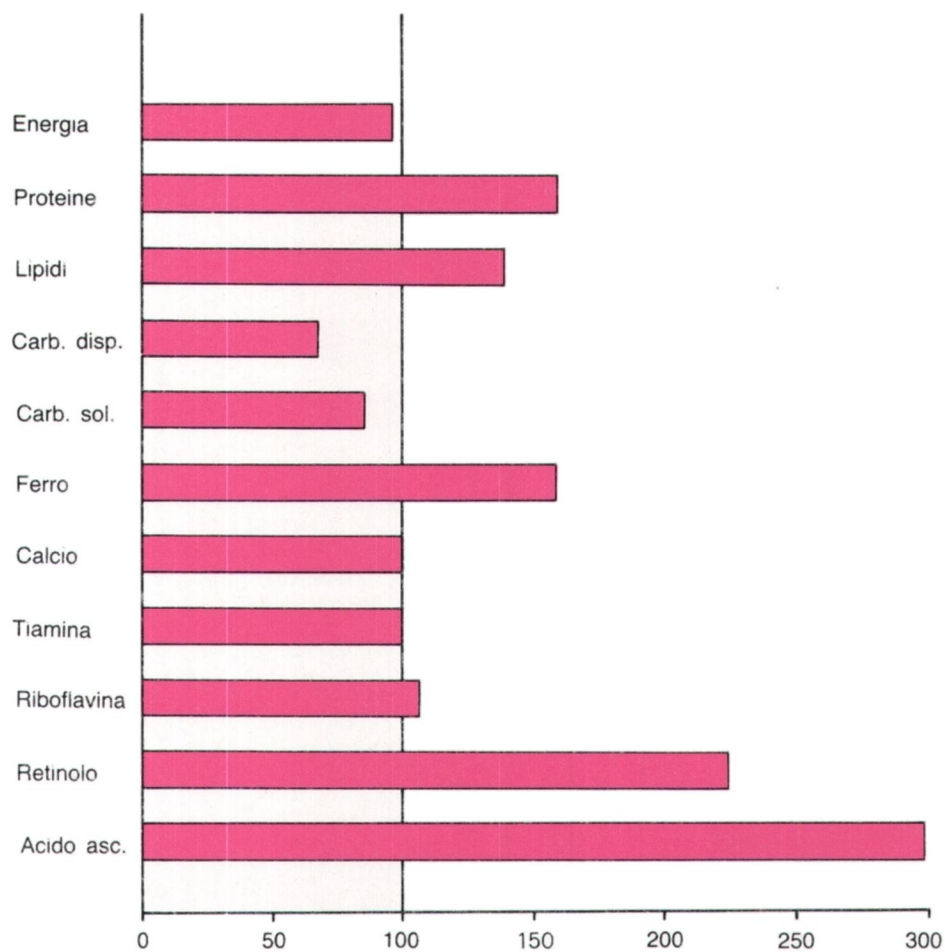
Fonte: Farmindustria, Indicatori farmaceutici, 1988

PAGINA BIANCA

COPERTURA % DEI CONSUMI RISPETTO ALLA RACCOMANDAZIONE

Indagine nazionale - I.N.N. 1980-84

LARN = 100



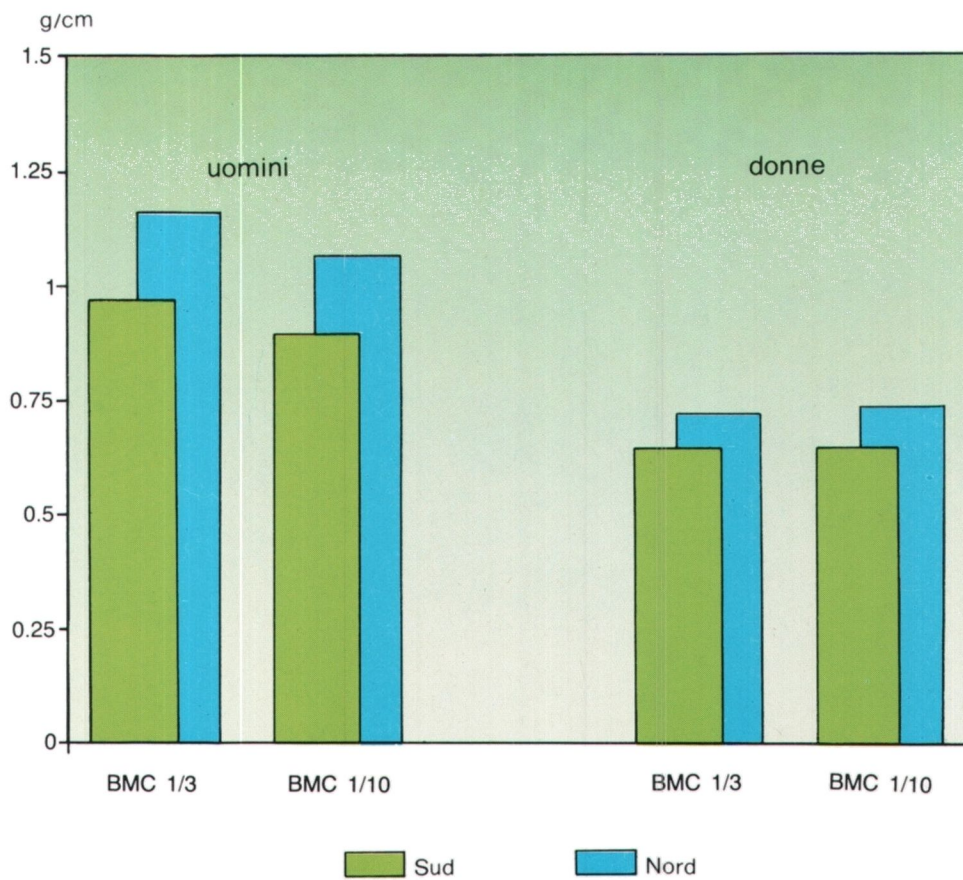
Fonte: elaborazioni a cura dell'Unità di Statistica ed Economia Alimentare I.N.N.

Fig. 8.1

PAGINA BIANCA

DENSITÀ OSSEA A 1/3 E 1/10 DEL RADIO DI SINISTRA IN SOGGETTI DI ETÀ SUPERIORE AI 60 ANNI

Esaminati in due contrastanti località: Nord = Val d'Aosta Sud = Sicilia



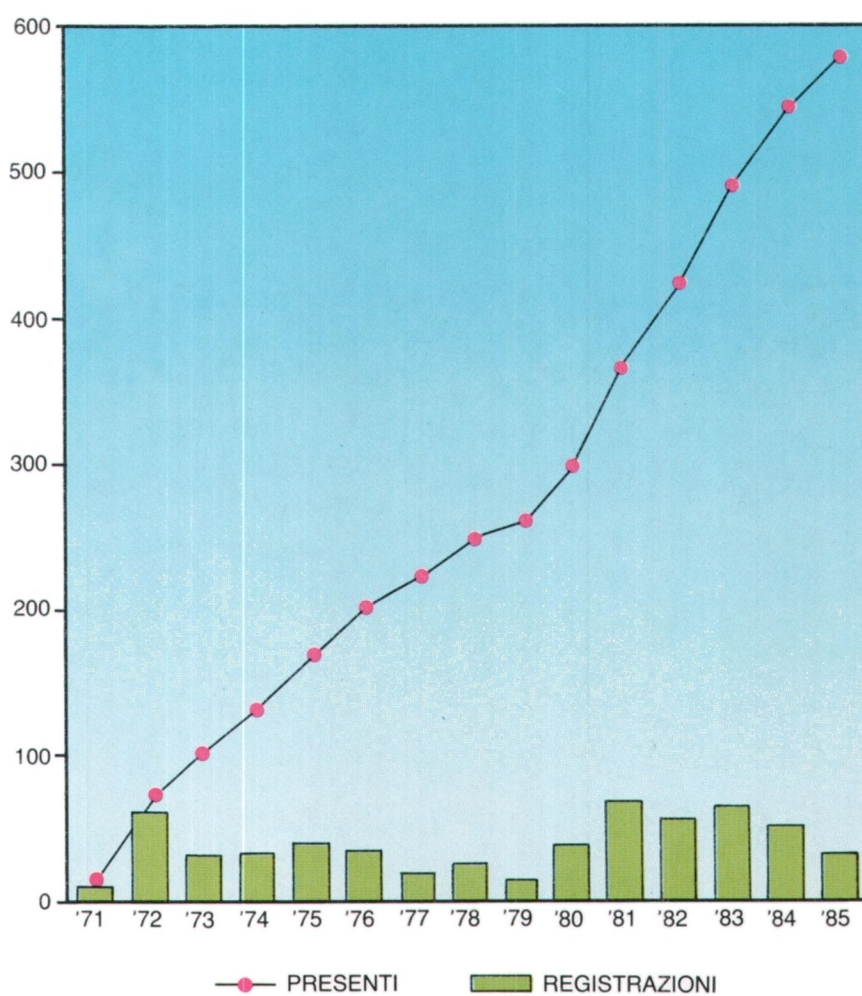
Fonte: elaborazioni a cura dell'Unità di Statistica ed Economia Alimentare I.N.N.

Fig. 8.2

PAGINA BIANCA

PRESENZA NEL MERCATO DEGLI ERBICIDI SELEZIONATI

Numero di prodotti nuovi e presenti



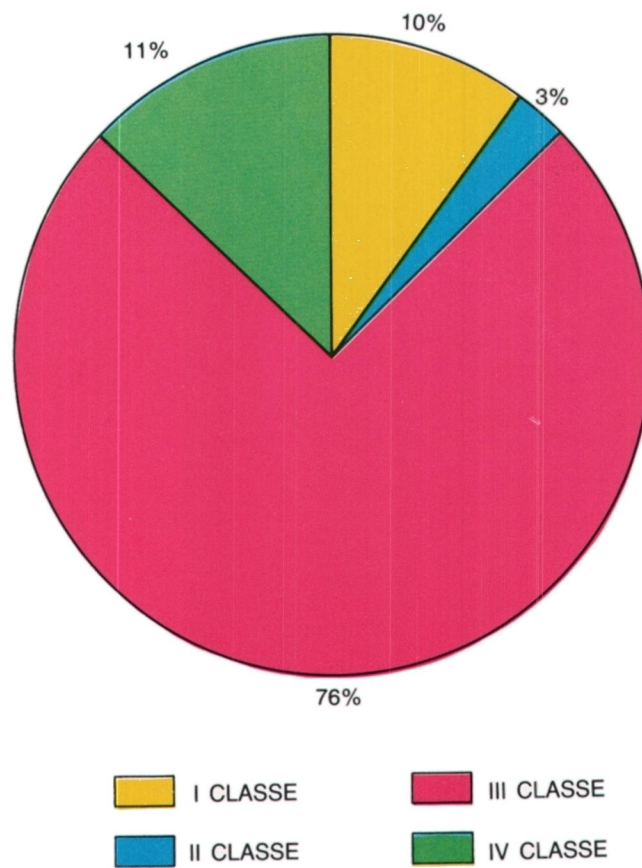
Fonte: I.S.S.

Fig. 8.3

PAGINA BIANCA

CLASSE TOSSICOLOGICA

dei presidi sanitari relativi al 1985

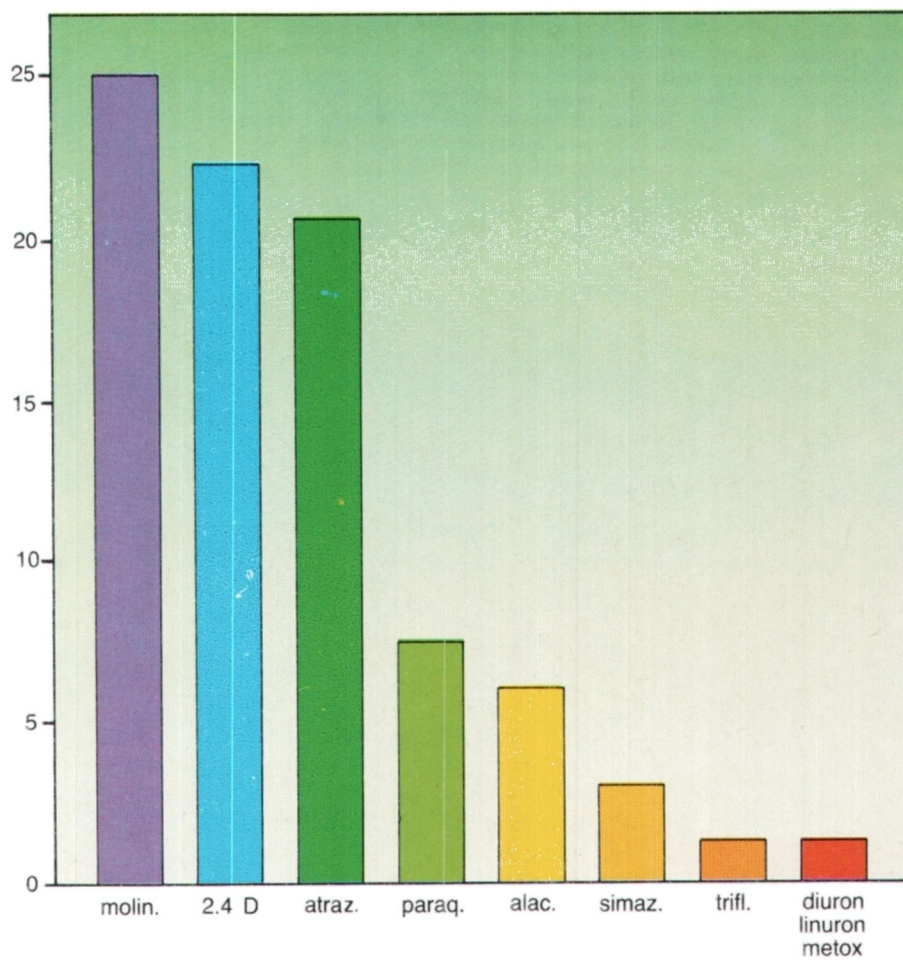


Fonte: dati ricavati dall'archivio degli antiparassitari; I.S.S.

Fig. 8.4

PAGINA BIANCA

DISTRIBUZIONE % DEL CONSUMO DEGLI ERBICIDI SELEZIONATI NEL 1985



Fonte: ISTAT

Fig. 8.5

PAGINA BIANCA

COME GLI ITALIANI VALUTANO IL PROPRIO STATO DI SALUTE

Target OMS n. 15 - Conoscenza e incentivazione di comportamenti sani.

Entro il 1990 tutti i Paesi dovranno accrescere, attraverso programmi di educazione, le conoscenze, le motivazioni e le capacità delle persone nell'acquisire e conservare la propria salute.

L'area della salute è stata sempre al centro degli interessi e delle preoccupazioni individuali e collettive nel nostro Paese, come nel resto del mondo occidentale. La fatalità e l'ineluttabilità di molti eventi morbosi, però, come pure il prevalere dei bisogni e delle difficoltà di natura economica, hanno fatto sì che, in una prima fase nei confronti dei problemi della salute, prevalesse un atteggiamento di tipo passivo e fatalista.

In una seconda fase il miglioramento delle condizioni di vita e l'aumento dei livelli di consumo per buona parte della popolazione, nonché le prospettive aperte dai progressi compiuti dalla medicina e dalla prevenzione igienica e sanitaria, hanno dato vita ad un nuovo atteggiamento nei confronti dei problemi del benessere e della malattia, più attivo e volto alla migliore utilizzazione delle risorse. La nuova cultura dell'ambiente e la rinnovata percezione della globalità dell'essere umano, e dell'integrazione tra aspetti organici e aspetti psicologici, portavano in campo nuovi elementi di attenzione. L'effetto è che oggi ci si trova di fronte ad una concezione integrata dei problemi della salute visti in una dimensione psico-somato-ambientale, e ad un nuovo ciclo delle preferenze collettive, puntate al perseguimento di livelli qualitativi sempre più elevati nei processi di promozione del benessere e di salvaguardia dalle malattie.

9.1. Indagini ISTAT sullo stato di salute

Le tavole 9.1 e 9.2 presentano dati relativi allo stato di salute della popolazione, ottenuti dalle dichiarazioni rese dagli intervistati ai rilevatori nel corso delle interviste. La tavola 9.1 è costruita sulla base delle risposte alla domanda: «nelle ultime quattro settimane si è sentito sempre in buona salute?» Le persone che hanno dato risposta affermativa costituiscono il 66,1% della popolazione, quelle che hanno dato risposta negativa il 32,1%, mentre l'1,7% delle persone non ha dato risposta o ha risposto «non so». La percentuale di persone che ha indicato di non essere sempre stata in buona salute durante il periodo di riferimento varia al variare dell'età, con un minimo del 19,0% nell'età da 15 a 24 anni ed un massimo del 58,9% nell'età di 75 anni e più. Interessanti sono anche le differenze secondo il sesso: il 29,0% degli uomini ed il 35,1% delle donne hanno dichiarato di non essere stati sempre in buona salute. È comunque da osservare che, dopo i 75 anni, la percentuale di persone in non buono stato di salute è più alta tra gli uomini che tra le donne (fig. 9.1).

Indipendentemente dalla risposta data alla domanda citata, è stato chiesto agli intervistati se nelle quattro settimane precedenti l'intervista avevano sofferto di una o più malattie o disturbi, o conseguenze di incidenti, e di quali.

Come si vede dalla tavola 9.2, ben il 45% delle persone ha dichiarato di aver sofferto di sintomi, disturbi e stati morbosi mal definiti. Per quanto riguarda le altre cause di non buona salute dichiarate, i valori più alti si osservano per le malattie dell'apparato respiratorio (18,9 persone ogni 100 abitanti), in considerazione del periodo stagionale in cui sono state effettuate le interviste. Altre malattie manifestatesi in forma acuta nel periodo di riferimento, che presentano una certa rilevanza sono le malattie del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo (artrosi, artrite, ecc.), che interessano 11,8 persone ogni 100 abitanti.

È da notare che una parte delle persone che al primo quesito generico avevano risposto di essere state in buona salute nelle ultime quattro settimane, ai quesiti specifici hanno successivamente risposto di aver sofferto di qualche causa di non buona salute. Questo fenomeno, che sembra evidenziare un atteggiamento di tipo ottimistico nei confronti del proprio stato di salute, interessa soprattutto le persone che hanno indicato di aver sofferto di sintomi o disturbi; infatti, ben il 36,8% di esse avevano risposto (al primo quesito) di essere state in buona salute.

Nella terza indagine, analogamente a quanto effettuato nelle precedenti, sono state chieste agli intervistati informazioni relative alle eventuali malattie presenti di natura cronico-degenerativa, anche se esse non avevano dato luogo a disturbi dello stato di salute nelle quattro settimane precedenti l'intervista. I quesiti hanno riguardato le malattie o gruppi di malattie che sono elencati nella tavola 9.3; tra queste malattie i valori più elevati del numero di casi per 1 000 abitanti si riscontrano per le artrosi e artriti (153,3), l'ipertensione arteriosa (61,6), la bronchite cronica, l'enfisema e l'insufficienza respiratoria (46,0), i disturbi nervosi (38,7) e le malattie del cuore (8,1 l'infarto del miocardio e 31,5 le altre malattie del cuore)

La presenza di malattie di natura cronico-degenerativa si manifesta in modo differenziato secondo il sesso e l'età. Si osservano valori più alti, per i maschi, per l'infarto del miocardio, la bronchite cronica, l'enfisema e l'insufficienza respiratoria, l'asma bronchiale, l'ulcera gastrica e duodenale, la cirrosi epatica, la calcolosi renale

Relativamente all'età, i dati della tavola 9.3 mostrano un aumento della presenza di malattie di natura cronico-degenerativa al crescere dell'età per tutte le malattie o gruppi di malattie rilevati, tranne che per le malattie allergiche ed i tumori. Un aspetto sul quale può essere opportuno attirare l'attenzione è la presenza di malattie di natura cronico-degenerativa nelle età inferiori a 15 anni, i valori più alti si osservano per le malattie allergiche (20,6 casi per 1 000 abitanti di età inferiore a 15 anni) e per le malattie dell'apparato respiratorio (8,6 casi di asma bronchiale, 6,2 di bronchite cronica ogni 1.000 abitanti di età inferiore a 15 anni). E inoltre da osservare che le artrosi e artriti diventano le malattie cronico-degenerative, con più frequente presenza rispetto alle altre malattie croniche, già a partire dalla classe di età di 25- 44 anni, con 86,7 casi ogni 1.000 abitanti di tale età

Nella tavola 9.4 vengono presentati alcuni dati relativi alla presenza di alcune forme di invalidità permanente che rivestono particolare importanza dal punto di vista sia sociale che sanitario. Le frequenze più elevate di casi per 1.000 abitanti si osservano per l'invalidità motoria (14,5), per la sordità (5,2) e per la cecità (4,0). Tali invalidità si presentano con frequenza crescente al crescere dell'età, arrivando ad un massimo nell'età di 75 anni e più, con valori rispettivamente di 77,5, 44,8 e 30,5 casi ogni 1.000 abitanti in tali età (fig. 9.2).

Per quanto riguarda la variabilità secondo il sesso, per le donne si osservano valori più elevati soltanto per la cecità

Tra le tematiche dell'indagine, il ricorso ai servizi sanitari rappresenta uno dei

settori di maggiore interesse. Per ciò che concerne il ricorso a visite mediche, sono state rilevate diverse informazioni, oltre al numero delle visite stesse nelle ultime quattro settimane precedenti l'intervista; i primi risultati vengono presentati nella tavola 9.5 e nella fig. 9.3

Come si desume dalla parte A della citata tavola, complessivamente sono state effettuate più di 25 milioni di visite mediche nelle quattro settimane precedenti l'epoca dell'intervista corrispondenti a 45,2 visite per 100 abitanti (sono escluse le consultazioni telefoniche, le visite effettuate dalla guardia medica, dal pronto soccorso o durante un ricovero ospedaliero o in un day hospital) In complesso le visite domiciliari sono risultate pari al 18,7% di tutte le visite

Mediamente il ricorso a visite mediche è più elevato per le donne che per gli uomini (rispettivamente 49,9 e 40,3 visite per 100 abitanti) e si presenta differenziato a seconda dell'età: il minor ricorso si osserva per l'età da 15 a 24 anni (27,2 visite per 100 abitanti), con andamento crescente fino alle 91,7 visite per 100 abitanti nell'età di 75 anni e più

Dal punto di vista del motivo che ha determinato il ricorso al medico (parte B della tavola 9.5), la maggior parte delle visite sono dovute a malattie o disturbi (66,7%) e a controllo sullo stato di salute (18,2%). Per quanto invece riguarda il tipo di specializzazione del medico (parte C della tavola 9.5), per il 69,7% dei casi si è trattato di visite di un medico generico o di un pediatra. L'incidenza di questo tipo di visite sul complesso delle visite varia secondo il sesso (maggiore tra gli uomini) e l'età, con un massimo dell'83,7% tra le visite subite dagli ultrasettantacinquenni ed un minimo del 52,4% per le persone da 15 a 24 anni

I tipi di visite specialistiche che presentano la maggiore incidenza sul totale delle visite sono le visite odontoiatriche (5,9%). Tuttavia la situazione si presenta differenziata a seconda del sesso e dell'età: tra le donne la maggiore incidenza di visite specialistiche si riscontra per le visite ostetrico-ginecologiche, per gli uomini per le visite odontoiatriche; tra le persone anziane la maggiore incidenza di visite specialistiche si osserva per le visite cardiologiche, soprattutto nelle età da 65 a 74 anni

È da osservare che il numero di visite mediche indicato nella tavola 9.5 non corrisponde al numero di persone che si sono sottoposte a visita medica nel periodo di quattro settimane, poiché ciascuna persona può aver effettuato più di una visita. Alle persone che hanno effettuato almeno una visita pediatrica o specialistica nelle quattro settimane precedenti l'intervista è stato chiesto di indicare il tipo di utilizzo (pubblico o privato, distintamente per scelta o per necessità), con riferimento all'ultima visita effettuata nel periodo, per ciascuna specializzazione. I dati presentati nella tavola 9.6 indicano che le più alte percentuali di utilizzo di visite mediche pubbliche si osservano per le visite cardiologiche (61,9%, di cui 41% per scelta e 20,9% per necessità) e per le visite dermatologiche (60,4%, di cui 39,3% per scelta e 21,1% per necessità). Le più alte percentuali di utilizzo di visite mediche si osservano invece per le visite odontoiatriche (79,4%, di cui 59,7% per scelta e 19,7% per necessità) e per le visite ostetrico-ginecologiche (56,1%, di cui 46,2% per scelta e 9,9% per necessità).

Nelle tavole 9.7 e 9.8 vengono presentati dati relativi al ricorso ad accertamenti diagnostici durante le quattro settimane precedenti l'epoca di intervista (escludendo gli accertamenti effettuati durante un eventuale ricovero ospedaliero o in un day hospital). Nei casi in cui siano stati effettuati più esami radiologici in un'unica seduta o più esami di tipo diverso con un unico prelievo, è stato conteggiato un unico accertamento. Il numero degli accertamenti non corrisponde, inoltre, al numero delle persone, perché una persona può aver effettuato più di un accertamento dello stesso tipo o di tipi diversi.

Il numero più alto di accertamenti diagnostici effettuati si osserva per le analisi del sangue (82,3 prelievi per 1 000 abitanti) e per le analisi delle urine (57,8); per tutti i tipi di

accertamenti si riscontra un ricorso più elevato da parte delle donne, mentre, per quanto riguarda l'età, il ricorso più basso si osserva per le persone con meno di 15 anni e quello più elevato per le persone in età da 65 a 74 anni.

Limitatamente all'ultimo accertamento diagnostico effettuato e per ciascun tipo di accertamento, è stato richiesto di indicare il tipo di utilizzo (pubblico o privato, per scelta o per necessità, analogamente a quanto già detto per le visite mediche). Come si desume dalla tavola 9.8, il ricorso al servizio pubblico è in generale elevato; esso si presenta con percentuali più basse per gli accertamenti meno frequenti (tra i quali sono compresi, tra l'altro, TAC, PAP test e striscio vaginale, e che nella tavola sono indicati nella voce «altri accertamenti»).

Per quanto concerne i ricoveri ospedalieri, la tavola 9.9 indica che il 7% della popolazione ha fatto ricorso a tale servizio sanitario negli ultimi dodici mesi precedenti l'epoca delle interviste, con una media di 18 giorni di degenza per persona ricoverata. Si osserva inoltre che la percentuale di persone ricoverate è più elevata per le donne ed è crescente al crescere dell'età.

Con riferimento all'ultimo ricovero è stata richiesta l'opinione degli intervistati su alcuni aspetti, quali l'assistenza medica e quella infermieristica, nonché il vitto e i servizi igienici. Dalla tavola 9.10 risulta che l'assistenza medica è stata ritenuta molto o abbastanza soddisfacente nell'89,3% dei casi; l'assistenza infermieristica è stata considerata molto o abbastanza soddisfacente nell'82% dei casi; gradi più bassi di soddisfazione si riscontrano per il vitto e per i servizi igienici. È inoltre interessante osservare che il grado di soddisfazione si presenta alquanto differenziato a seconda della natura giuridica dell'istituto di cura, risultando complessivamente superiore nel caso di ricovero in istituto di cura privato convenzionato (soprattutto per i servizi igienici).

Relativamente ai tipi di farmaci indicati nella tavola 9.11, è stato chiesto agli intervistati se ricorrono spesso al loro consumo. I tipi di medicinali per i quali è stato riscontrato un più elevato consumo abituale sono gli antinevralgici o antidolorifici (18% della popolazione), i ricostituenti o vitaminici (7%) e i tranquillanti o antidepressivi (6,9%). Tranne che per i digestivi e le gocce o spray nasali, si osserva un maggior ricorso abituale da parte delle donne. Inoltre, per tutti i tipi di farmaci si riscontra un ricorso crescente al crescere dell'età, tranne che per i ricostituenti o vitaminici, per i quali le più alte percentuali di ricorso abituale si osservano per le persone con meno di 15 anni e per gli ultrasessantacinquenni.

Il comportamento della popolazione rispetto all'abitudine al fumo viene presentato nella tavola 9.12. I fumatori rappresentano il 27,3% delle persone in età di 10 anni e più, gli ex fumatori l'8,6%. La percentuale di persone che non fuma e non ha mai fumato è più alta per le donne, per i giovani e per gli anziani. Tra la popolazione di età da 25 a 44 anni si osserva la percentuale più alta di fumatori (quasi il 40% delle persone in tale età), mentre la quota più alta di ex fumatori si osserva tra le persone anziane.

Per quanto concerne i motivi che inducono a smettere di fumare, nella tavola 9.13 vengono presentati dati relativi al motivo principale indicato dagli ex fumatori. I motivi indicati con maggiore frequenza sono una malattia o disturbo (46,3%) e l'opinione che il fumo sia dannoso alla salute (36,2%); il primo è indicato soprattutto dagli uomini e dalle persone anziane, il secondo soprattutto dalle donne e dalle persone di età giovanili e centrali.

9.2. Confronto precedenti indagini ISTAT

L'analisi comparativa delle tre indagini (1980-1983-1986) sullo stato di salute dell'ISTAT presenta notevoli difficoltà. Infatti nella terza indagine ISTAT sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari sono state introdotte alcune modifiche rispetto alle indagini del 1980 e del 1983. La più importante di esse riguarda

l'unità di rilevazione, che nelle rilevazioni precedenti era costituita dalla famiglia anagrafica, mentre nella terza indagine è costituita dalla famiglia intesa come insieme di persone che vivono attualmente nella stessa abitazione e sono legate da rapporti di parentela, affinità, amicizia, con l'esclusione di eventuali pensionati. Un'altra rilevante differenza tra la terza indagine e le precedenti è legata al periodo di riferimento (tav. 9.14). Nel 1980, infatti, si è dichiarato in non buono stato di salute il 14,1% del campione, e la domanda era relativa al giorno dell'intervista. Nel 1983 era il 19,4% a dichiararsi in non buono stato di salute, ma il periodo di riferimento era dato dalle due settimane precedenti la rilevazione. Nel 1986 la quota è aumentata ancora (32,1%), in corrispondenza però di un periodo di riferimento di quattro settimane. Inoltre nell'ultima indagine (1986) è stato chiesto di indicare tutte le eventuali cause di non buona salute, non solo la più importante, come nelle precedenti indagini. Sarebbe dunque erroneo dedurre da tali dati una crescita (peraltro assai rapida) del livello di preoccupazione e di malessere degli italiani rispetto alla propria salute.

9.3. Indagine CENSIS per il Centro Studi del Ministero della Sanità

Come risulta da un sondaggio condotto dal CENSIS per il Centro Studi del Ministero della Sanità nel 1987, i giovani e le classi sociali più elevate aderiscono in maniera preponderante (oltre il 60% delle risposte) ad una definizione di salute come «buon equilibrio e benessere psico-fisico», mentre la salute come «semplice assenza di malattie» o come «forma fisica ed efficienza lavorativa» vengono scelte più spesso dalle classi di età più anziane e dalle classi sociali più svantaggiate. Nel campione nel suo complesso inoltre l'equilibrio psico-fisico riscuote più del 50% delle adesioni. L'indagine ha interessato oltre 26 mila famiglie, intervistate nel corso del semestre da novembre 1986 ad aprile 1987. I risultati qui presentati fanno riferimento ad un terzo del campione, ossia alle 26.553 persone appartenenti alle 8.716 famiglie intervistate durante la settimana dal 17 al 22 novembre 1986.

I fattori che favoriscono la buona salute sono per più del 50% degli intervistati le abitudini e gli stili di vita (alimentazione, attività fisica, mancanza di tensione), seguiti dall'ambiente (21,1%) e dai programmi di prevenzione, igiene e tutela ambientale (17,4%). La fortuna, i fattori ereditari, ma anche i progressi della medicina riscuotono poco più del 3% dei consensi ciascuno (tav. 9.15). In sostanza quasi il 90% degli intervistati considera la salute come un qualcosa che può essere salvaguardato agendo sugli stili di vita, sulla prevenzione e sulle condizioni ambientali confermando, più di quanto non facessero le definizioni stesse della salute, l'adesione generalizzata ad un modello ecologico, che fino a qualche decennio fa era inesistente.

Né manca a molti utenti del Servizio sanitario nazionale la coscienza storica dei mutamenti intervenuti nei rapporti tra malattia e medicina, in quanto da alcune risposte emerge la percezione del ruolo giocato dalla scienza medica nel debellare o contenere le malattie e nel migliorare lo stato di salute collettivo fino ad oggi. Oggi, si evince dalle dichiarazioni degli intervistati, la medicina può curare ancora molto, ma di fronte ad altro è impotente, non è capace di intervenire. Si crede che nuove forme di cura o pratiche terapeutiche provenienti da medicine diverse da quelle occidentali andrebbero rivalutate, quasi a dar man forte ad una scienza che sembra aver toccato il fondo delle sue possibilità; e si sostiene che il medico «deve interessarsi non solo delle cause di malattia ma anche della situazione personale del paziente, approfondendo temi riguardanti la sua vita familiare ed il lavoro» (tav. 9.16). Si delinea così una terza fase, animata da una sorta di «crisi della ragione» e della fiducia nella scienza occidentale.

Nel valutare le affermazioni degli italiani rispetto al proprio stato di salute bisogna tenere presente dunque di come i criteri di valutazione, le attenzioni, i punti di attacco siano mutati, come è messo in evidenza anche dagli esperti del settore, nel momento in

cui si chiede loro quali siano stati e quali siano al momento attuale gli orientamenti dell'utenza. A parere di esperti medici intervistati dal CENSIS nel 1987, alcuni orientamenti hanno subito dei veri e propri ribaltamenti nel corso di due soli decenni (dal '60 ad oggi) (tav. 9.15). Così da «più medicalizzazione» si passa a «meno medicalizzazione», da «più consumo di farmaci» a «meno consumo», da «più ricoveri» a «meno ricoveri», da «meno prevenzione» a «più prevenzione». Tutto ciò non può non influenzare le valutazioni sul proprio stato di salute, e non può non incidere sul significato di sintomi, malesseri, problemi, rendendo difficile l'interpretazione ed il confronto tra i risultati statistici di indagini differenti tra loro sullo stato di salute (tav. 9.16).

Tavola 9.1 - Persone secondo lo stato di salute, dichiarato con riferimento alle quattro settimane precedenti l'intervista (composizione percentuale).

ETA	Buono	Non buono	Non indicato (*)	Totale
<i>Maschi</i>				
Meno di 15 anni	69,8	25,9	4,3	100,0
Da 15 a 24 anni	81,4	17,1	1,4	100,0
Da 25 a 44 anni	76,1	23,0	1,0	100,0
Da 45 a 64 anni	63,6	35,6	0,8	100,0
Da 65 a 74 anni	48,0	50,3	1,8	100,0
75 anni e più	38,9	59,1	2,0	100,0
TOTALE				
- composizione %	69,2	29,0	1,8	100,0
- dati assoluti (in migliaia)	19.291	8.082	497	27.871
<i>Femmine</i>				
Meno di 15 anni	70,4	26,6	3,0	100,0
Da 15 a 24 anni	77,7	20,8	1,5	100,0
Da 25 a 44 anni	68,6	30,3	1,0	100,0
Da 45 a 64 anni	53,3	44,8	1,9	100,0
Da 65 a 74 anni	46,3	51,9	1,8	100,0
75 anni e più.	40,8	58,7	0,5	100,0
TOTALE				
- composizione %	63,2	35,1	1,7	100,0
- dati assoluti (in migliaia)	18.282	10.168	490	28.939
<i>Maschi e femmine</i>				
Meno di 15 anni.	70,1	26,2	3,7	100,0
Da 15 a 24 anni	79,6	19,0	1,4	100,0
Da 25 a 44 anni	72,3	26,7	1,0	100,0
Da 45 a 64 anni	58,3	40,4	1,3	100,0
Da 65 a 74 anni	47,0	51,2	1,8	100,0
75 anni e più	40,1	58,9	1,1	100,0
TOTALE				
- composizione %	66,1	32,1	1,7	100,0
- dati assoluti (in migliaia)	37.572	18.250	988	56.810
(*) Compresi i casi in cui è stata data la risposta «non so»				

Fonte. Indagine ISTAT sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari (1986-1987)

Tavola 9.2 - Persone che hanno dichiarato di aver sofferto, nelle quattro settimane precedenti l'intervista, di una o più cause di non buona salute, per gruppi di cause (*) (quozienti per 100 abitanti)

GRUPPI DI CAUSE	Totale		Sesso		Classi di età					
	Dati assoluti (in migliaia)	Per 100 abitanti	Maschi	Femmine	Meno di 15 anni	Da 15 a 24 anni	Da 25 a 44 anni	Da 45 a 64 anni	Da 65 a 74 anni	Da 75 a e più
Malattie infettive e parassitarie	282	0,5	0,6	0,4	1,4	0,4	0,2	0,3	0,3	0,1
Disturbi psichici	920	1,6	1,0	2,2	0,2	0,7	1,7	2,7	2,3	3,2
Malattie del sistema nervoso	1023	1,8	1,7	1,9	1,1	0,8	1,1	1,9	4,9	6,2
Malattie del sistema circolatorio	2217	3,9	3,2	4,6	0,1	0,4	1,7	6,0	11,5	21,0
Malattie dell'apparato respiratorio	10714	18,9	18,4	19,3	24,0	14,8	16,5	18,1	23,1	22,5
Malattie dell'apparato digerente	3264	5,7	5,4	6,1	2,2	3,6	6,1	8,3	7,2	9,2
Malattie dell'apparato genito-urinario.	1041	1,8	1,6	2,0	0,1	0,9	1,4	2,7	4,7	5,3
Malattie del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo	6728	11,8	9,2	14,4	0,6	1,2	7,5	22,5	29,8	35,4
Altre malattie	2488	4,4	3,5	5,3	1,4	3,0	2,7	6,6	10,7	9,8
Accidenti, avvelenamenti traumatici	793	1,4	1,7	1,1	0,7	1,4	1,3	1,5	2,5	2,4
Sintomi, disturbi, stati morbosi mal definiti	25569	45,0	41,1	48,8	32,0	29,5	43,0	55,5	67,1	72,2

(*) I dati non sono sommabili per colonna in quanto una stessa persona può aver dichiarato di aver sofferto di più di una causa di non buona salute, nelle quattro settimane precedenti l'intervista

Fonte: Indagine ISTAT sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari (1986-1987).

Tavola 9.3 - Persone che hanno dichiarato malattie presenti di natura cronico-degenerativa, per tipi di malattie (*) (quozienti per 1.000 abitanti).

TIPI DI MALATTIE	Totale		Sesso		Classi di età					
	Dati assoluti (in migliaia)	Per 1.000 abitanti	Maschi	Femmine	Meno di 15 anni	Da 15 a 24 anni	Da 25 a 44 anni	Da 45 a 64 anni	Da 65 a 74 anni	Da 75 a e più
Diabete	1 660	29,2	26,0	32,3	0,6	1,6	6,4	49,2	123,9	120,7
Iperensione arteriosa	3 500	61,6	49,0	73,8	—	1,9	19,7	110,3	209,2	273,8
Infarto del miocardio	461	8,1	10,6	5,7	—	0,7	0,4	12,4	34,8	47,0
Altre malattie del cuore	1 791	31,5	27,2	35,6	2,8	5,5	8,8	49,4	108,9	153,4
Bronchite cronica, enfisema e insufficienza respiratoria	2 616	46,0	57,3	35,2	6,2	5,2	21,2	73,3	154,9	178,2
Asma bronchiale	1 187	20,9	24,8	17,1	8,6	7,8	7,1	28,3	68,7	82,0
Malattie allergiche	1 590	28,0	27,6	28,3	20,6	32,9	33,9	27,9	25,3	12,3
Anemie e talassemie	467	8,2	3,7	12,5	3,2	9,2	7,6	11,8	8,2	10,3
Tumori (inclusi linfoma e leucemia)	299	5,3	3,9	6,6	0,3	1,9	3,4	9,8	15,5	8,4
Ulcera gastrica e duodenale	1 531	26,9	35,7	18,5	0,2	2,9	26,1	52,3	48,3	55,9
Calcolosi del fegato o delle vie biliari	913	16,1	9,6	22,3	—	1,6	10,5	33,1	38,7	39,0
Cirrosi epatiche	124	2,2	3,3	1,1	—	0,6	0,4	5,6	6,1	3,3
Calcolosi renale	522	9,2	9,6	8,8	0,3	1,1	9,0	15,7	19,5	23,4
Artrosi e artrite	1 708	153,3	122,3	183,1	2,2	8,3	86,7	298,4	406,3	495,3
Disturbi nervosi	2 200	38,7	28,1	48,9	4,0	13,2	36,4	62,3	75,3	98,6

(*) I dati non sono sommabili per colonna in quanto una stessa persona può aver dichiarato di essere affetta da più di una malattia

Fonte: Indagine ISTAT sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari (1986-1987)

Tavola 9.4 - Persone che hanno dichiarato un'invalidità per tipo d'invalidità (*) (quozienti per 1.000 abitanti).

TIPI DI INVALIDITÀ	Totale		Sesso		Classi di età					
	Dati assoluti (in migliaia)	Per 1.000 abitanti	Maschi	Femmine	Meno di 15 anni	Da 15 a 24 anni	Da 25 a 44 anni	Da 45 a 64 anni	Da 65 a 74 anni	Da 75 a e più
Cecità	227	4,0	3,2	4,8	0,5	0,9	1,3	3,5	14,1	30,5
Sordomutismo	38	0,7	0,8	0,5	0,7	1,1	0,1	0,8	0,6	1,8
Sordità	297	5,2	6,0	4,5	0,4	0,1	0,9	6,1	16,2	44,8
Insufficienza mentale	172	3,0	3,6	2,5	2,0	2,3	3,0	2,9	3,0	10,7
Invalidità motoria	826	14,5	15,6	13,5	2,6	3,3	6,5	20,0	40,6	77,5

(*) I dati non sono sommabili per colonna in quanto una stessa persona può aver dichiarato di essere affetta anche da più di un'invalidità

Fonte: Indagine ISTAT sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari (1986-1987).

Tavola 9.5 - Numero di visite mediche nelle quattro settimane precedenti l'intervista.

AGGREGATI	Totale		Sesso		Classi di età					
	Dati assoluti (in migliaia)	Per 100 abitanti	Maschi	Femmine	Meno di 15 anni	Da 15 a 24 anni	Da 25 a 44 anni	Da 45 a 64 anni	Da 65 a 74 anni	Da 75 a e più
A - Visite in totale										
Dati assoluti (in migliaia)	25 674	—	11 230	14 444	4 348	2 424	5 611	7 496	3 203	2 592
Per 100 abitanti	—	45,2	40,3	49,9	39,5	27,2	35,0	53,9	77,8	91,7
Totale	25 674	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
B - Composizione percentuale secondo il motivo che ha determinato il ricorso al medico										
Malattie o disturbi	17.104	66,7	67,2	66,3	64,5	59,8	66,0	69,2	67,8	68,8
Controllo sullo stato di salute	4 676	18,2	18,3	18,1	25,3	17,2	16,8	14,8	18,6	19,7
Certificati o atti amministrativi	1.115	4,3	4,7	4,0	2,4	7,4	4,6	4,6	4,1	3,7
Altro	2 780	10,8	9,8	11,6	7,8	15,6	12,6	11,4	9,5	7,8
Totale	25 674	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
C - Composizione percentuale secondo il tipo di specializzazione del medico										
Di un medico generico o pediatra	17 863	69,7	71,3	68,1	79,9	52,4	58,6	70,4	74,9	83,7
Cardiologiche	850	3,3	3,6	3,1	0,6	2,2	2,5	4,7	5,8	3,7
Ostetrico-ginecologiche	960	3,7	—	6,6	—	7,5	10,4	2,4	0,5	0,1
Occhiatriche	668	2,6	2,7	2,6	2,6	4,0	1,7	2,5	2,7	3,2
Odontoiatriche	1 518	5,9	6,7	5,3	7,3	15,1	8,9	3,6	1,4	1,1
Otorinolaringoiatriche	573	2,2	2,6	1,9	3,4	2,1	3,3	1,8	1,2	0,6
Ortopediche	984	3,8	3,6	4,0	1,4	3,5	4,5	5,2	3,6	2,9
Neuropsichiatriche	487	1,9	2,0	1,9	0,6	2,2	1,8	2,5	1,9	2,0
Altre visite specialistiche	1 771	6,9	7,5	6,5	4,2	11,0	8,6	6,9	8,0	2,7
Totale	25 674	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine ISTAT sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari. (1986-1987).

Tavola 96 - Persone che hanno effettuato almeno una visita pediatrica o specialistica nelle quattro settimane precedenti l'intervista, secondo il tipo di visita e l'utilizzo dell'ultima o dell'unica visita (composizione percentuale per tipo di utilizzo):

SPECIALIZZAZIONI	Pubblico		Privato		Non indicato	Totale (= 100,0% in migliaia)
	Per scelta	Per necessità	Per scelta	Per necessità		
Pediatriche	43,3	10,6	30,4	5,1	10,6	547
Dermatologiche	39,3	21,1	25,5	7,5	6,6	138
Cardiologiche	41,0	20,9	20,3	13,6	4,2	294
Ostetrico-ginecologiche	28,5	10,3	46,2	9,9	5,0	232
Oculistiche	30,2	17,6	32,9	14,5	4,9	175
Odontoiatriche	10,5	6,0	59,7	19,7	4,1	86
Otorinolaringoiatriche	34,7	14,5	33,1	12,2	5,4	164
Ortopediche	36,0	15,8	24,5	14,9	8,8	275
Neurologiche	29,1	16,3	33,0	16,4	5,2	86
Psichiatriche, psicologiche	26,2	19,0	31,1	22,3	1,4	18
Urologiche	36,8	11,2	32,2	16,0	3,8	57
Gastroenterologiche	30,1	14,3	38,1	7,8	9,8	38
Altre visite specialistiche	33,0	13,9	32,3	15,3	5,5	245

Fonte: Indagine ISTAT sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari (1986-1987).

Tavola 9.7 - Numero di accertamenti diagnostici nelle quattro settimane precedenti l'intervista (coefficienti per 1.000 abitanti)

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	Totale		Sesso		Classi di età					
	Dati assoluti (in migliaia)	Per 100 abitanti	Maschi	Femmine	Meno di 15 anni	Da 15 a 24 anni	Da 25 a 44 anni	Da 45 a 64 anni	Da 65 a 74 anni	Da 75 a e più
Esami radiologici e ecografia	1 911	33,6	30,9	36,3	14,1	20,9	35,7	47,2	55,9	39,3
Analisi del sangue	4 677	82,3	70,3	93,9	32,1	63,0	72,0	111,2	169,1	128,8
Analisi delle urine	3 282	57,8	47,7	67,4	22,3	41,5	47,7	79,5	126,9	90,9
Altri accertamenti	1 441	25,4	18,6	31,9	9,6	15,1	30,5	34,7	39,1	24,1

Fonte: Indagine ISTAT sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari (1986-1987).

Tavola 9.8 - Persone che hanno effettuato almeno un accertamento diagnostico nelle quattro settimane precedenti l'intervista, secondo il tipo di accertamento e di utilizzo dell'ultimo accertamento (composizione percentuale per tipo di utilizzo).

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	Pubblico		Privato		Non indicato	Totale (= 100,0% in migliaia)
	Per scelta	Per necessità	Per scelta	Per necessità		
Esami radiologici, ecografie	53,2	28,5	7,0	4,6	6,6	170
Analisi del sangue	58,5	26,4	7,7	2,4	5,0	422
Analisi delle urine	55,7	27,1	8,5	2,7	6,1	301
Altri accertamenti	47,7	29,2	12,4	5,9	4,8	125

Fonte: Indagine ISTAT sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari (1986-1987).

Tavola 9.9 - Ricoveri ospedalieri negli ultimi dodici mesi precedenti l'intervista.

CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE	Persone con almeno un ricovero		Giorni di degenza	
	Dati assoluti (in migliaia)	Per 100 abitanti	Cifre assolute (in migliaia)	Media persona ricoverata
<i>Sesso</i>				
Maschi	1 859	6,7	35 145	18,9
Femmine	2 131	7,4	36.763	17,3
<i>Classi di età</i>				
Meno di 15 anni	440	4,0	4 268	9,7
Da 15 a 24 anni	426	4,8	6 505	15,3
Da 25 a 44 anni	971	6,1	13 962	14,4
Da 45 a 64 anni	1 182	8,5	24.688	20,9
Da 65 a 74 anni	518	12,6	11.123	21,5
75 anni e più	453	16,0	11 363	25,1
Totale . . .	3.989	7,0	71.908	18,0

Fonte: Indagine ISTAT sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari (1986-1987)

Tavola 9.10 - Persone che hanno avuto almeno un ricovero negli ultimi dodici mesi, secondo l'opinione espressa sull'ultimo ricovero e la natura giuridica dell'istituto di cura (composizione percentuale per opinione espressa)

SERVIZI OSPEDALIERI	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente	Non so	Non indicato	Totale (=100,0% in migliaia)
<i>Istituto di cura pubblico</i>							
Assistenza medica soddisfacente	37,2	52,0	6,7	2,3	0,7	1,1	3.519
Assistenza infermieristica soddisfacente	33,3	48,5	12,3	3,9	0,1	1,9	3.519
Vitto gradevole	24,8	49,7	14,3	6,4	3,0	1,8	3.519
Servizi igienici soddisfacenti	25,3	45,8	15,2	10,8	0,1	2,8	3.519
<i>Istituto di cura privato convenzionato</i>							
Assistenza medica soddisfacente	44,9	45,8	3,7	2,3	1,6	1,7	385
Assistenza infermieristica soddisfacente	41,3	42,0	7,5	3,1	—	6,1	385
Vitto gradevole	34,0	45,4	8,7	5,9	1,9	4,1	385
Servizi igienici soddisfacenti	43,6	42,5	6,6	1,5	—	5,8	385
<i>Istituto di cura privato a pagamento intero</i>							
Assistenza medica soddisfacente	63,4	25,0	6,9	—	—	4,8	89
Assistenza infermieristica soddisfacente	57,2	26,3	11,8	—	—	4,8	89
Vitto gradevole	59,2	15,8	12,7	3,2	4,2	4,8	89
Servizi igienici soddisfacenti	60,5	18,2	7,7	4,6	—	9,0	89
<i>Totale</i>							
Assistenza medica soddisfacente	38,5	50,8	6,4	2,3	0,7	1,2	3.993
Assistenza infermieristica soddisfacente	34,6	47,4	11,8	3,8	0,1	2,4	3.993
Vitto gradevole	26,4	48,6	13,7	6,2	3,0	2,1	3.993
Servizi igienici soddisfacenti	27,8	44,9	14,2	9,8	0,1	3,2	3.993

Fonte: Indagine ISTAT sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari (1986-1987)

Tavola 9.11 - Persone secondo il ricorso abituale al consumo di alcuni farmaci (quoziente per 100 abitanti)

TIPI DI FARMACI	Totale		Sesso		Classi di età					
	Dati assoluti (in migliaia)	Per 100 abitanti	Maschi	Femmine	Meno di 15 anni	Da 15 a 24 anni	Da 25 a 44 anni	Da 45 a 64 anni	Da 65 a 74 anni	Da 75 a e più
Antinevralgici o antidolorifici	10.225	18,0	14,6	21,3	—	11,0	20,9	26,9	29,3	33,5
Tranquillanti o antidepressivi . . .	3.925	6,9	5,0	8,8	—	1,8	5,5	11,6	16,7	20,5
Ipnocici (sonniferi)	1.020	1,8	1,2	2,4	—	0,2	0,9	3,1	5,0	7,9
Lassativi o purganti	2.181	3,8	2,6	5,0	0,5	1,4	3,1	4,8	9,8	15,2
Gocce o spray nasali	2.048	3,6	3,8	3,4	3,4	3,1	3,7	3,8	4,1	3,5
Digestivi	2.448	4,3	4,6	4,0	0,1	1,4	4,4	6,9	9,3	9,0
Ricostituenti o vitaminici	3.995	7,0	6,2	7,8	12,8	5,6	3,7	5,5	6,9	15,5

Fonte: Indagine ISTAT sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari (1986-1987)

Tavola 9.12 - Persone in età di 10 anni o più, secondo l'abitudine al fumo (composizione percentuale).

ABITUDINE AL FUMO	Totale		Sesso		Classi di età					
	Dati assoluti (in migliaia)	Per 100 abitanti	Maschi	Femmine	Meno di 15 anni	Da 15 a 24 anni	Da 25 a 44 anni	Da 45 a 64 anni	Da 65 a 74 anni	Da 75 a e più
Fumatori	13.671	27,3	38,3	17,0	0,4	24,8	39,9	28,8	18,5	9,7
Ex fumatori	4.285	8,6	14,0	3,4	0,1	1,3	7,9	11,9	18,0	17,8
Non fumatori	32.074	64,1	47,7	79,6	99,5	73,9	52,2	59,2	63,5	72,7
Totale	50.029	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine ISTAT sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari (1986-1987)

Tavola 9.13 - Ex fumatori in età di 10 anni o più, secondo il motivo principale per cui hanno smesso di fumare (composizione percentuale).

MOTIVO	Totale		Sesso		Classi di età					
	Dati assoluti (in migliaia)	Per 100 abitanti	Maschi	Femmine	Meno di 15 anni	Da 15 a 24 anni	Da 25 a 44 anni	Da 45 a 64 anni	Da 65 a 74 anni	Da 75 a e più
Per una malattia o disturbo	1 984	46,3	49,6	33,8	100,0	30,6	26,4	49,4	63,3	64,9
Perché ritiene che il fumo sia dannoso alla salute	1 549	36,2	35,0	40,4	—	48,7	50,2	35,4	24,3	17,9
Perché non ha provato più nessun piacere	295	6,9	6,0	10,4	—	5,8	8,3	5,9	5,6	8,8
Perché ritiene che il fumo sia troppo costoso	29	0,7	0,7	0,4	—	2,6	1,1	0,3	0,8	0,1
Per altri motivi	289	6,7	5,5	11,4	—	5,7	10,3	5,9	3,4	5,5
Non indicato	136	3,2	3,1	3,6	—	6,7	3,6	3,1	2,7	2,8
Totale	4.285	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine ISTAT sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari (1986-1987)

Tavola 9 14 - Valutazione del proprio stato di salute.

	I S T A T			
	1980 (giorno)	1983 (due settimane)	1986 (quattro settimane)	
Buono	85,0	80,6	66,1	
Non buono	14,1	19,4	32,1	

Fonte: ISTAT, Indagine sulle condizioni di salute, 1980, 1983, 1986

Tavola 9.15 - Immagine della salute e i fattori che la promuovono (valori %).

	Il modo di vita (50,2%)	Le condizioni ambientali (21,1%)	La fortuna (3,6%)	I fattori ereditari (5,7%)	I progressi della medicina (3,6%)	I programmi di prevenzione (17,4%)	Altro (0,4%)
La salute è semplicemente l'assenza di malattia (9,8%)	6,5	13,7	28,8	23,0	24,7	4,6	—
Una persona è in buona salute quando si trova in buon equilibrio e benessere psico-fisico (50,7%)	57,4	48,2	21,9	25,7	23,3	51,7	66,6
La salute è soprattutto sentirsi felici, soddisfatti e ottimisti (11,6%)	8,2	16,4	15,1	28,4	21,9	9,0	16,7
Essere in buona salute significa soprattutto sentirsi in forma, efficienti e in grado di svolgere le attività abituali (27,9%)	27,9	21,7	34,2	23,0	30,1	34,7	16,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine sulla domanda di salute e scenari della sanità condotta dal CENSIS per conto del Ministero della Sanità, 1987.

Tavola 9.16 - Orientamenti verso cui l'utenza ha spinto o spingerà il sistema sanitario in diversi periodi storici.

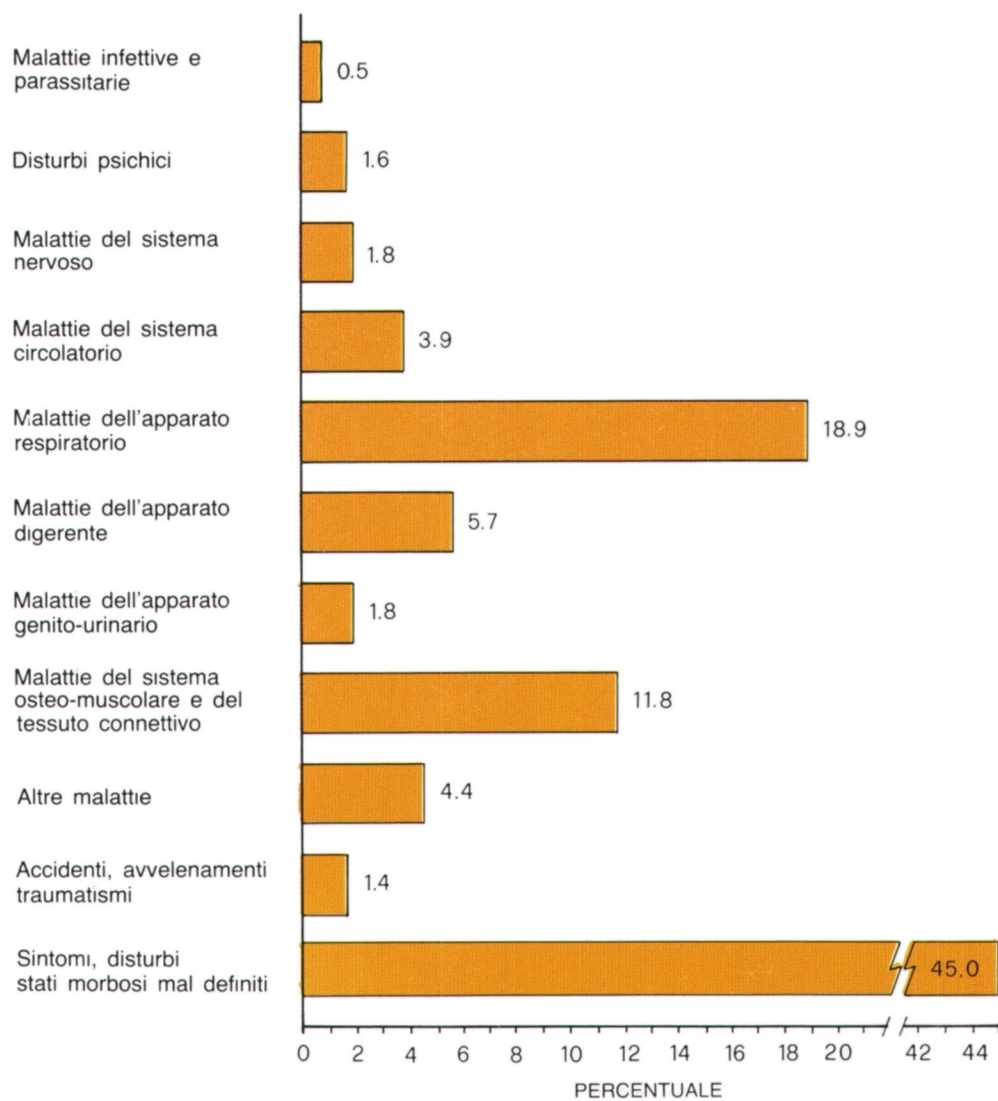
ORIENTAMENTI	Periodi		
	anni 1960-70	dal 1978 al 1987	fino al 2000
Più medicalizzazione	83,9	83,2	36,3
Meno medicalizzazione	16,1	16,8	63,7
Più consumo di farmaci	87,7	87,2	36,4
Meno consumo di farmaci	12,3	12,8	63,6
Più importanza alla medicina di base	52,5	30,2	36,2
Più importanza alla medicina specialistica	47,5	69,8	63,8
Più medicina omeopatica, orientale, fitoterapica	16,9	57,7	63,9
Meno medicina omeopatica, orientale, fitoterapica	83,1	42,3	36,1
Più solidarietà collettiva	36,9	29,5	61,2
Più istituzionalizzazione	63,1	70,5	38,8
Più ricoveri	91,7	76,3	18,5
Meno ricoveri	8,3	23,7	81,5
Più prevenzione	33,7	51,0	91,1
Meno prevenzione	66,3	49,0	8,9

Fonte Indagine sulla domanda di salute e scenari della sanità condotta dal CENSIS per conto del Centro Studi del Ministero della Sanità, 1987

PAGINA BIANCA

PERSONE IN « NON BUONO » STATO DI SALUTE SECONDO LA CAUSA DICHIARATA - ANNO 1986

(Quozienti per 100 abitanti).



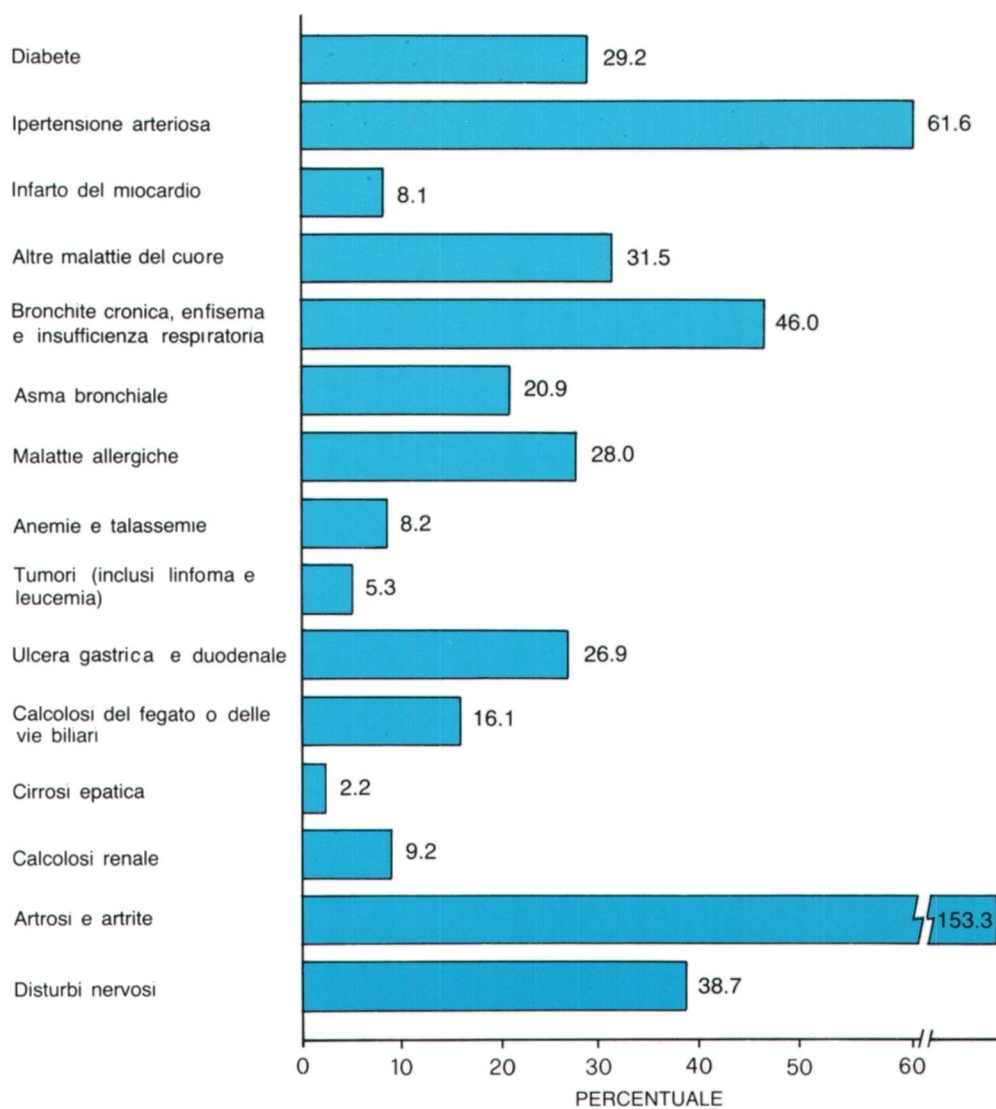
Fonte: Indagine ISTAT sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari (1986-1987)

Fig. 9.1

PAGINA BIANCA

PERSONE CHE HANNO DICHIARATO MALATTIE PRESENTI DI NATURA CRONICO-DEGENERATIVA PER TIPI DI MALATTIE

(Quozienti per 1.000 abitanti).



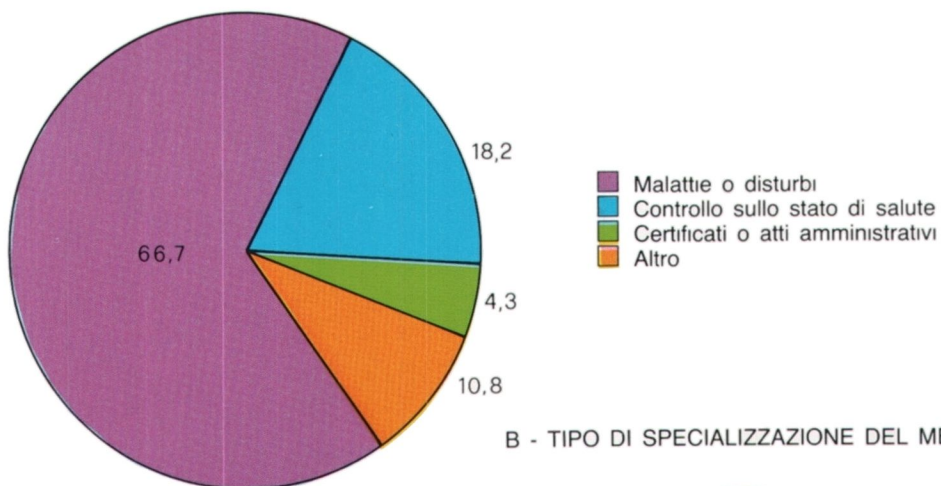
Fonte: Indagine ISTAT sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari (1986-1987).

Fig. 9.2

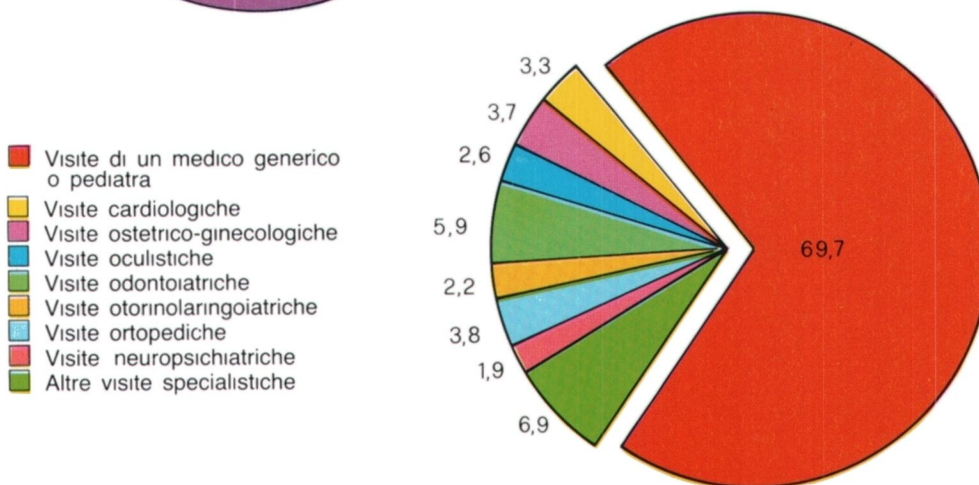
PAGINA BIANCA

NUMERO DI VISITE E CONSULTAZIONI MEDICHE NELLE QUATTRO SETTIMANE PRECEDENTI QUELLA DI RILEVAZIONE (NOV. 86 - APR. 87)

A - MOTIVO CHE HA DETERMINATO IL RICORSO AL MEDICO



B - TIPO DI SPECIALIZZAZIONE DEL MEDICO



Fonte. Indagine ISTAT sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari (1986-1987)

Fig. 93

PAGINA BIANCA

TITOLO III

INDICAZIONI SULLA MORBOSITÀ

CAPITOLO 10

MALATTIE INFETTIVE

Target OMS n. 5 - Eliminare malattie specifiche.

Entro il 2000 non ci dovranno più essere morbillo, poliomielite, tetano neonatale, rosolia, difterite, sifilide congenita e malaria.

Gli anni '80 stanno vivendo importanti fasi di trasformazione del modo di vita degli italiani: un inesorabile progresso economico e culturale, importanti effetti demografici, importanti modifiche ambientali.

Tutto questo influisce profondamente sulla storia naturale delle malattie infettive, da tempo ormai chiaramente definite come dipendenti dai fattori socio-economici ed ambientali in cui si determinano.

È possibile identificare alcuni di questi fattori determinanti del profilo della patologia infettiva del Paese: in particolare l'invecchiamento progressivo della popolazione dovuto al calo di natalità, l'aumento al ricorso ai servizi ed alla strumentalità diagnostica in medicina, causa di continua iatrogenesi, lo sviluppo di nuovi farmaci con relative pressioni selettive sull'ecologia microbica, il progressivo miglioramento delle condizioni di igiene e di nutrizione della popolazione

Dopo un'ottimistica fase in cui le infezioni sembravano completamente debellabili dagli antibiotici, dai vaccini e dal miglioramento socio-economico, si torna a considerare l'infezione quale importante capitolo della «non salute» della persona.

In breve il pattern dell'infezione in Italia si può così sintetizzare:

1. Calo progressivo delle infezioni «della miseria»: le infezioni a trasmissione orofecale, le parassitosi, alcune zoonosi.
2. Diminuzione della patologia infantile anche quale effetto del calo demografico.
3. Aumento delle infezioni da manipolazione collettiva degli alimenti.
4. Aumento della patologia infettiva dell'anziano, in particolare la patologia respiratoria.
5. Esplosione delle infezioni iatrogene, legate ai servizi sanitari ed all'abuso di farmaci.
6. Aumento delle infezioni della vita adulta quali quelle sessualmente trasmesse.
7. Emergenza di nuovi invasivi agenti infettivi (infezioni da HIV).

I dati 1987 si inseriscono in questo contesto caratterizzando ulteriormente il pattern descritto.

10.1. Malattie a trasmissione oro-fecale

Soltanto su poche di queste infezioni si hanno informazioni costanti. La febbre tifoide e la dissenteria sono in continuo regresso temporale: nel 1987, 1.535 casi di tifo e 61 di dissenteria, il 22% ed il 40%, rispettivamente, in meno dell'anno precedente (figura 10.1).

Ben più numerose le diarree: una stima su dati ISTAT fa risalire ad alcuni milioni/anno i casi di gastroenterite in Italia; la stragrande maggioranza degli episodi sono autolimitanti senza necessità terapeutiche né complicanze dato che il livello nutrizionale della popolazione è ampiamente sufficiente a ridurre al minimo il danno da queste infezioni.

Un capitolo particolare delle malattie a trasmissione oro-fecale è rappresentato dalle tossinfezioni alimentari; questo è un gruppo di malattie in costante ascesa, nonostante la riluttanza alla notifica del nostro sistema informativo; a fronte di soli 2.309 casi di tossinfezione alimentari notificate nel 1987 sono stimabili almeno ventimila episodi nello stesso anno.

La sola cifra di 11 mila salmonelle identificate dalla rete di sorveglianza salmonelle nel 1987 offre documentazione su uno spaccato del problema.

Il processo alimentare di ristorazione collettiva è spesso implicato in episodi di tossinfezioni suggerendo un adeguamento ed un rafforzamento delle misure di vigilanza: da una parte l'abolizione di misure igienistiche rituali (la cui efficacia non è stata mai documentata) ma impegnative per la struttura sanitaria, quale gli screening batteriologici degli alimentaristi, e dall'altra l'adozione di metodi di indagine più adeguati alle conoscenze epidemiologiche.

10.2. Malattie a trasmissione aerea

Delle malattie a trasmissione aerea solo alcune sono notificabili: meningite ed esantemi dell'infanzia che saranno trattate più avanti.

Le malattie respiratorie acute restano la quarta causa di morte degli italiani. ai decessi per questa causa (39.912 nel 1983, l'ultimo anno disponibile) vanno aggiunti i decessi per malattie respiratorie acute quale causa intermedia di morte, non registrata dall'ISTAT.

L'ultima indagine ISTAT sullo stato di salute degli italiani (1986) permette una stima vicino ai 10 milioni di episodi di affezioni acute delle vie respiratorie ogni anno.

L'OMS pone queste malattie tra le priorità infettive mondiali; nei Paesi industrializzati di gran lunga superano ogni altra infezione presente ed il loro costo in ospedalizzazione, terapia, giorni lavorativi persi, ecc., raggiunge considerevoli livelli economici.

Notevole eclatanza ha nel nostro Paese la meningite meningococcica che, pur con soli 445 casi nel 1987, ha provocato 41 decessi.

Elementi di notevole interesse evidenziati dal Sistema di Sorveglianza ISS sulla etiologia delle meningiti sono la predominanza della Neisseria di sierogruppo C, l'elevata circolazione di sierotipo 2a, la comparsa di elevata resistenza ai sulfamidici ed il tasso d'attacco molto più elevato tra le reclute militari che nella popolazione generale.

Importanti implicazioni ne sono scaturite sul piano degli interventi di sanità pubblica: indicazione al non uso dei sulfamidici nella chemioprophilassi dei contatti del

caso indice; individuazione dei gruppi a rischio cui somministrare la profilassi; opportunità della vaccinazione antimeningococcica per le reclute militari (che è stata avviata nel 1987).

Tali indicazioni sono state largamente attuate anche dai servizi di sanità pubblica delle USL portando nel corso del 1987 all'azzeramento rispetto agli anni precedenti del numero dei casi secondari di meningite meningococcica.

Grande causa di assenteismo dal lavoro e dalla scuola sono le abituali pandemie da virus respiratori comunemente definite «influenza».

Il 1987 non è stato un anno epidemico per la vera influenza (da virus influenzali), che ha avuto l'abituale andamento sporadico; né è stata segnalata speciale recrudescenza degli altri virus respiratori abitualmente sorvegliati.

Due patologie a trasmissione respiratoria meritano attenzione particolare perché sono state per esse preparati di recente efficaci vaccini: le infezioni da pneumococco e quelle da Hemophilus. Entrambe cause di patologie respiratorie, ma anche di altri organi.

In studi di altri Paesi è stimato che almeno il 25% delle polmoniti dell'anziano (spesso letali) siano da pneumococco; mentre almeno il 25% delle meningiti dell'infante sia da Hemophilus.

Queste due patologie sono considerate, nel recente Programma Espanso di Vaccinazione che l'OMS ha lanciato per la Regione Europea, un potenziale importante guadagno di salute anche per il nostro Paese.

- La tubercolosi

Nel 1987 sono stati notificati 2.919 casi di Tbc; all'ultimo anno disponibile (1983) 1.271 sono i morti recanti la Tbc come causa di morte.

L'andamento temporale delle notifiche indica che la diminuzione «naturale» della Tbc polmonare (figura 10.2) si è fermata su un valore costante dal 1980 in poi, di circa 3.000 casi ogni anno, mentre le denunce di forme extrapolmonari nello stesso periodo sono aumentate stabilizzandosi a circa 500 l'anno.

La mortalità è soprattutto a carico delle età più anziane mentre le notifiche hanno maggiore frequenza nella classe di età 60-64 anni sia per le forme polmonari che per le extrapolmonari. Un'indagine condotta dall'ISS nella regione Lazio su tutti i casi denunciati nel corso di un anno ha evidenziato che il 92% dei casi notificati viene ricoverato per lunghi tempi di degenza (in media superiore ai 60 giorni).

Metà dei pazienti notificati ha evidenza microbiologica di Mycobatteri all'esame diretto o colturale. Il 27% dei casi respiratori ed il 33% dei non-respiratori ha anamnesi patologica positiva per Tbc. Tra i fattori di rischio menzionati nelle cartelle cliniche, il fumo (più di 20 sigarette al giorno) è il più frequente (nel 35% dei casi respiratori) seguito dall'alcool (più di 70 ml al giorno) (nel 13%), mentre non sembrano rivestire ruoli rilevanti l'infezione da HIV, la tossicodipendenza, l'origine etnica da Paesi ad alta endemia, che all'estero sono stati chiamati in causa per una osservata recrudescenza della patologia tubercolare.

L'esigenza di un adeguato sistema informativo segna le strategie primarie per questa malattia: dopo lo smantellamento, negli ultimi 10 anni, della rete speciale anti-Tbc, la malattia continua a colpire tra il sostanziale disinteresse della struttura sanitaria, ma pur con dispendio di risorse per screenings (schermografia, tubercolina) non adeguatamente valutati.

Ad un sistema informativo adeguato, migliore dell'attuale notifica obbligatoria, va anche aggiunto un riordino dei protocolli di terapia e profilassi: strumenti essenziali per spingere ulteriormente il decremento naturale dell'incidenza della malattia.

10.3. Le infezioni a trasmissione sessuale

La rilevanza di questo capitolo della patologia infettiva del Paese non è soltanto attribuibile alle sue dimensioni, pur notevoli, bensì al fatto che esse colpiscono l'intima sfera del comportamento sessuale e quindi assumono rilevanza primaria tra le infezioni: ne è drammatica testimonianza l'AIDS (vedi cap. 4.4).

Purtroppo la stessa motivazione per la loro rilevanza ne mortifica il sistema informativo; infatti benché esistano da tempo strumenti di protezione dell'anonimato dell'infecto, la notifica di queste infezioni trova molto riluttante il medico diagnosta e preoccupato il paziente.

A questo si aggiunge la vetustà del sistema di notifica che ancora si concentra su sifilide e blenorragia, tradizionali patologie del settore, secondo normative del 1934.

Nei 53 anni trascorsi il mutamento dei costumi sessuali ha profondamente modificato l'epidemiologia delle infezioni a trasmissione sessuale aiutato anche dalla disponibilità dei chemioterapici che hanno di molto ridotto la gravità, ma anche l'infettività delle tradizionali malattie veneree.

Il quadro attuale di queste infezioni può essere soltanto descritto in termini presuntivi, in attesa di un'urgente rifondazione dello specifico sistema informativo.

- La sifilide

Nel 1987, sono stati notificati 1.418 nuovi casi di sifilide contagiosa. L'incidenza sembra stabile negli ultimi 10 anni con tendenza alla diminuzione (nel 1977, 4.451 casi notificati).

- La blenorragia

Nel 1987 sono stati notificati, in tutta Italia, 765 nuovi casi di blenorragia.

Costantemente il numero dei casi notificati negli ultimi 10 anni non raggiunge nemmeno i casi visti nei soli ospedali specializzati della capitale.

Tuttavia non vi sono motivi per ritenere che le notifiche, pur sottostimando la malattia in valore assoluto, non ne rappresentino almeno l'andamento temporale; è quindi possibile «leggere» il trend delle notifiche degli ultimi anni ove appare chiaro un lento declino, che rapidamente precipita negli ultimi 2 anni (figura 10.3).

Vedere in questo fenomeno un benefico effetto collaterale dell'AIDS non è azzardato avendo il conforto di analoghe osservazioni in Paesi europei ove il sistema informativo è sicuramente molto più sensibile.

La lista delle malattie a trasmissione sessuale notificabili si esaurisce con i Linfogranulomi inguinali (un caso), le ulcere veneree (18 casi): un livello di notifica risibile, che ancora sottolinea l'urgenza di adeguamenti del sistema informativo.

Purtroppo le malattie a trasmissione sessuale sono ben più numerose di quanto dicano le notifiche e le più rilevanti non sono nemmeno incluse tra quelle notificabili.

La trattazione di tutte le malattie a trasmissione sessuale non notificate si scosta dagli scopi di questo rapporto: appare quindi più utile citarne alcune che, probabilmente, sono le più frequenti e le più gravi.

- Le infezioni da Clamidia

Nei centri ove la ricerca diagnostica viene routinariamente eseguita, almeno un terzo delle uretriti gonococciche sono da Clamidia; la stessa proporzione è valutata per le vulvo-vaginiti.

Una importante quota di patologia neonatale infettiva è da attribuire alle clamidie e tutte le infezioni da clamidie sono state stimate avere un'ordine di grandezza di almeno alcune decine di migliaia di casi all'anno.

- I virus erpetici

Nei Paesi ove le infezioni sessuali erpetiche vengono monitorate costantemente si assiste ad una notevole ascesa del trend d'incidenza negli anni '80. Studi dell'Istituto Superiore di Sanità condotti in Italia sull'argomento indicano che l'infezione da Herpes simplex 2 costituisce un problema sanitario soltanto per specifici gruppi a rischio (omobisessuali e soggetti con altre malattie veneree). Infatti in un campione selezionato nel 1982, risulta che l'infezione da Herpes simplex 2 è virtualmente assente nella popolazione italiana di età inferiore ai 25 anni.

Malattie a trasmissione sessuale sono anche l'epatite B e l'AIDS che sono trattate altrove in questa relazione.

10.4. Le epatiti virali

Dal 1986 le epatiti sono notificabili separatamente: la tabella seguente mostra i casi di epatite virale nel 1987 (figura 10.4).

	N	Tassi × 100.000
Epatite virale da virus A	2.109	18,3
Epatite virale da virus B	2.323	20,2
Epatite virale da virus non A non B	689	6,0
Epatite virale non specificata	6.366	55,4
Totale . . .	11.487	20,15

Dei casi notificati soltanto il 45% è specificato: tuttavia è apprezzabile come ormai i casi di epatite B hanno superato le notifiche di epatite A mentre l'epatite non A non B raggiunge il 5% delle notifiche.

Un sistema speciale di sorveglianza, il SEIEVA dell'ISS, dal 1984 registra per numerose USL i casi di epatite differenziati per tipo etiologico, per cui è oggi possibile con quei dati stimare l'andamento delle epatiti in Italia.

Da questo sistema, che nel 1987 ha raccolto 2.010 casi ben documentati di epatiti virali da 140 USL, è possibile vedere ancora più marcato il primato dell'epatite B (53% dei casi) rispetto all'epatite A (il 16%) sorpassata anche dalla non A non B (il 19% dei casi), mentre le non specificate sono limitate al 10% dei casi.

Dallo stesso SEIEVA è possibile vedere come permangano forti differenze Nord-Sud per le epatiti virali: l'epatite A è 4 volte più frequente al Sud rispetto al Nord, mentre l'epatite B e la non A non B è oltre due volte maggiore al Nord.

L'epatite A, malattia a trasmissione orofecale, è più frequente nei bambini mentre la B, trasmessa per via ematica o sessuale, colpisce prevalentemente l'età giovanile ed adulta; anche la non A non B, legata alle trasfusioni ematiche, si concentra nelle età adulte.

L'andamento temporale in assoluto delle singole epatiti presenta novità negli ultimi anni: si accentua la tendenza alla diminuzione dell'epatite A, mentre per l'epatite B non solo v'è un arresto dell'incremento, ma è possibile apprezzare una sensibile diminuzione dell'incidenza.

Dal 1985 è in atto in Italia una campagna di vaccinazione contro l'epatite B con vaccini sicuri ed efficaci

Sono stati vaccinati oltre 200.000 soggetti, in gran parte operatori sanitari; mentre nell'ultimo anno la strategia vaccinale è stata spostata verso i nati da madri infette ed i conviventi di infetti.

È troppo presto per poter attribuire al calo delle notifiche per epatite B un ruolo della campagna vaccinale, che richiede un tempo ben più lungo per mostrare effetti sull'incidenza; è lecito quindi ipotizzare altri fattori che hanno condizionato la diminuzione.

La coincidenza temporale con l'epidemia di AIDS suggerisce un ruolo indiretto di questa patologia sul fenomeno osservato.

L'epatite non A non B resta costante nel tempo: l'assenza di metodi diagnostici per questa malattia ad eziologia ancora sconosciuta rende impossibile misure preventive sul sangue (screenings) come per l'epatite B, lasciando come unica raccomandazione preventiva l'uso oculato delle trasfusioni.

La storia naturale delle epatiti virali in Italia sembra ben simboleggiare l'epidemiologia di tutta la patologia infettiva nel Paese:

- un forte calo della patologia orofecale (epatite A);
- una notevole proporzione di infezioni sessuali o iatrogene (epatite B);
- la presenza di «nuove» forme infettive (epatite non A non B).

Allo stesso modo significativo è il trend di queste patologie con un progressivo spostamento dell'età media dall'infanzia all'età della sessualità attiva.

10.5. Malattie prevenibili da vaccini

- Malattie a vaccinazione obbligatoria

Nel 1987 abbiamo avuto un solo caso confermato di difterite e nessun caso di polio.

Un caso particolare rappresenta il tetano: i 92 casi notificati nel 1987 sono tutti in soggetti adulti presumibilmente con storia vaccinale incompleta: un retaggio di passate imperfezioni della sanità pubblica che tende ad esaurirsi lentamente nel tempo.

L'ISS ha condotto uno studio sieroepidemiologico per valutare lo stato immunitario della popolazione italiana. In un campione nazionale costituito da 4.770 giovani idonei al servizio di leva, nati in epoca precedente alla vaccinazione obbligatoria (1968), circa un terzo (32,6%) non era protetto. L'80% dell'attuale popolazione italiana è nata prima del 1968. La prevalenza dei soggetti non immuni era maggiore al Sud e nelle Isole, nelle aree rurali, fra i disoccupati, e fra le coorti di nascita più anziane.

Nessun caso di tetano neonatale è stato notificato.

- Malattie a vaccinazione consigliata

È questo il settore della patologia infettiva del Paese ove è più stridente il contrasto tra la prevenzione che si potrebbe ottenere e quella che realmente si fa.

Emblematico il caso del morbillo (figura 10.5): 19.839 casi notificati nel 1987; studi sieroepidemiologici ISS avevano già evidenziato come le notifiche sottostimano i casi di un fattore 10. Il 1987 non è stato anno della ciclica riacutizzazione della malattia che avviene ogni due anni.

Dal 1979 è raccomandata per tutti i bimbi italiani la vaccinazione antimorbillo: un vaccino efficace e sicuro che ha permesso la drastica riduzione della malattia in gran parte d'Europa.

Tuttavia, da un'indagine ISS del 1985, non più del 10% dei bambini risultava vaccinato

I casi di morbillo in Italia potrebbero essere evitati con poco: la struttura vaccinale è infatti già operante e l'analisi costi-benefici mostra un grande vantaggio verso la vaccinazione.

18 Paesi europei hanno da tempo adottato la vaccinazione di massa non obbligatoria col vaccino triplo MMR (morbillo, parotite, rosolia) ottenendo, con una sola iniezione per bambino, risultati entusiasmanti in meno di due anni. Analoga, se pure meno grave, la situazione della rosolia: nel 1987 sono stati notificati 12.332 casi di rosolia (figura 10.6).

Anche per queste patologie il sistema di notifica è ampiamente sottostimante, come confermato da numerosi studi sieroepidemiologici.

Un caso particolare rappresenta la rosolia congenita (la patologia rubeolica cui si indirizza la prevenzione): è stata resa notificabile soltanto nel 1986 (24 casi notificati nel 1987), ma la sua definizione è vaga e spesso si manifesta tardivamente rispetto alla nascita, sfuggendo così alla notifica.

La parotite epidemica ha totalizzato nel 1987 43.779 notifiche: anche in questo caso è opinione dei tecnici che il fenomeno sia ampiamente sottostimato sebbene non esistano in Italia studi che offrano stime dell'errore di notifica.

L'adozione di una strategia di vaccinazione di massa con vaccino trivalente permetterebbe un rapido enorme guadagno sullo stato di salute degli italiani, con enormi risparmi in costi sanitari, in giornate scolastiche perse ed in giornate lavorative dei genitori perse

Sembra opportuna la recente raccomandazione della III Conferenza OMS sulle malattie prevenibili da vaccini ove recita: «ogni Paese deve prendere in considerazione l'adozione della strategia vaccinale con vaccino triplo anti morbillo, rosolia e parotite per poter raggiungere l'obiettivo fissato».

Altra malattia prevenibile per la quale la vaccinazione è consigliata dal 1968 è la pertosse

I 31.054 casi notificati nel 1987 non sono che una piccola parte dei casi reali; l'indagine nazionale sulla copertura vaccinale ISS, già citata, dice che non più del 15% dei bambini intervistati era coperto da vaccinazione.

Se si considerano ottimisticamente le notifiche quali un terzo dei casi reali e si affida ad ogni caso un periodo di 30 giorni di malattia, si vede come sia di oltre 3 milioni il numero di giornate di sofferenza di pertosse della nostra infanzia: almeno l'80% di queste sarebbe evitabile con l'uso dei vaccini attualmente disponibili: l'esempio di altri Paesi europei ce ne dà palese testimonianza.

Va ricordato che esasperate notizie su possibili gravi effetti collaterali del vaccino, aiutate da un palese abbandono della propaganda vaccinale da parte della struttura pubblica, hanno potuto influenzare la negativa evoluzione attuale.

10.6. Le infezioni acquisite in ospedale

Pur esistendo presumibilmente «da sempre», questo capitolo della patologia infettiva appare nel nostro Paese come una «scoperta» degli anni '80: in conseguenza di indagini nazionali che ne hanno offerto tipologie e dimensioni.

Il cittadino che entra in ospedale viene rapidamente «colonizzato» dalla flora microbica presente in reparto: si tratta di germi comuni o che, grazie alla pressione selettiva di antibiotici e disinfettanti, hanno acquisito resistenze alla terapia; il paziente particolarmente indifeso, o che abbia subito interventi che hanno diminuito le sue barriere difensive, può contrarre un'infezione clinicamente evidente da questi germi.

Fattori di rischio per queste infezioni sono quindi le manovre invasive, le operazioni chirurgiche, ma anche il comportamento del personale sanitario e l'uso di antibiotici e chemioterapici.

Su dieci milioni di cittadini che ogni anno entrano in ospedale, almeno un milione contrae un'infezione ospedaliera.

Ognuna di queste prolunga la degenza ospedaliera di più di una settimana: i soli costi di degenza aggiuntiva sono stimabili in alcune migliaia di miliardi/anno.

Le strategie di prevenzione non sono impossibili: semplici misure di ottimizzazione del servizio ospedaliero coniugate a modifiche dei comportamenti e delle procedure del personale medico e paramedico dimostratamente riducono l'incidenza di queste infezioni.

Questo settore quindi richiede urgenti interventi nella direzione del miglioramento della qualità del servizio e della formazione del personale: gli ultimi anni hanno visto Stato e strutture periferiche attive in questo settore. Due circolari ministeriali pongono le basi teoriche ed organizzative per affrontare il problema, mentre ormai in numerosi ospedali vanno costituendosi appositi comitati per la lotta alle infezioni ospedaliere; ma è sulla figura dell'infermiera addetta al controllo delle infezioni che si conta per una reale efficacia del piano di controllo di queste infezioni.

10.7. Le zoonosi

Le zoonosi hanno ancora rilevanza sulla stato di salute degli italiani: infatti ancora alcune migliaia sono i casi di malattia nell'uomo; tuttavia non è difficile vedere come l'impatto negativo che esse hanno sul patrimonio zootecnico del Paese sia di gran lunga più dannoso sul piano economico.

La brucellosi (figura 10.7), con 1.383 casi notificati nel 1987, è la zoonosi più frequente tra quelle notificate nel Paese: una malattia per la quale sono da tempo codificate in norme adeguate misure di controllo. L'esistenza di notevoli sacche di endemia è da una parte testimonianza di una struttura zootecnica di dimensioni artigianali, familiari, d'altra parte è chiaro segnale di inefficacia degli organi veterinari di controllo.

Il patrimonio zootecnico è anche importante fonte di salmonellosi umana, sia direttamente che, più spesso, attraverso la catena alimentare: 10.022 sono i casi di salmonellosi notificati nel 1987.

Nel 1983 sono stati identificati in Italia i primi casi di tularemia, probabilmente introdotta nel Paese da animali selvatici importati per scopi venatori; ancora nel 1987, 29 casi sono stati notificati, a definitiva testimonianza di una radicazione endemica di questa zoonosi, sia pure in larga parte limitata agli altopiani boschivi dell'Italia centrale.

10.8. Le malattie da parassiti

Tra le malattie da parassiti emergono i 75 casi di echinococcosi, un problema localizzato prevalentemente in Sardegna e, recentemente, quella regione ha varato un importante piano di controllo che dovrebbe sostanzialmente ridurre questa patologia.

Alcune parassitosi notificabili sembrano ormai storia del passato: 4 casi di Anchilostomiasi e 18 di Schistosomiasi. Per altre, seppure le segnalazioni sono rare, ad es. Leishmaniosi cutanea e viscerale (in tutto 42 casi nel 1987) il problema sussiste perché legato alla presenza di serbatoi naturali (nelle zone centro-meridionali sono i cani) contro i quali non è stata messa a punto alcuna strategia efficace di controllo. Anche la Trichinosi (2 casi nel 1987) dipende dalla presenza dell'agente eziologico nella fauna selvatica (cinghiale, volpe), ma la patologia umana è controllabile con semplici norme igieniche (quali la cottura delle carni). Tali norme sarebbero anche un'efficace prevenzione per la Teniasi (189 casi nel 1987) che nel nostro Paese è dovuta soprattutto a *Tenia saginata* nella carne di bue consumata cruda.

Da segnalazioni raccolte dall'ISS risultano molto frequenti alcune parassitosi non notificabili a trasmissione orofecale quali la giardiasi e l'enterobiasi che si diffondono soprattutto nelle comunità di bambini.

Restano molto diffuse nel Paese anche altre parassitosi di comunità quali pediculosi e scabbia di cui i 6.000 casi notificati nel 1987 non sono che una modesta porzione.

Anche in questo caso si ha una stridente testimonianza del gap ancora esistente tra livello socio-economico ed educazione alla salute: un maggior impegno della famiglia e della scuola sarebbe sufficiente ad eliminare questi spiacevoli contributi alla casistica infettiva del Paese.

10.9. Malattie da importazione

Due i capitoli di questo settore:

- le malattie che concittadini contraggono all'estero;
- le malattie importate da immigrati nel nostro Paese.

In entrambi i casi la zona geografica rilevante è quella tropicale.

La malaria, con 311 casi nel 1987, è testimonianza di entrambi i settori.

I pochi casi di altre malattie tropicali notificati dimostrano che le malattie da importazione non hanno uno sviluppo epidemiologico nel nostro Paese, anche se il continuo aumento dei viaggi e dell'immigrazione impone miglioramenti della rete assistenziale per queste malattie: azioni di progresso culturale in questo settore sono inoltre di sicuro interesse nei programmi di cooperazione del nostro Paese con Paesi di area tropicale.

10.10. Le strategie per il controllo delle malattie infettive

La patologia infettiva del Paese va continuamente cambiando: non più solo testimonianza di «carenze di risorse», bensì complicato riflesso di comportamenti umani e sociali. Il nostro Paese ben si caratterizza, sul piano europeo, per ospitare insieme, nel quadro infettivo nazionale, accanto alla patologia «nuova» anche ampie sacche di quella tradizionale.

Prevenire le malattie infettive è ben possibile, molto di più che in altri settori della patologia umana; gli strumenti sono spesso disponibili ed i risultati apprezzabili in tempi brevi.

La prima fondamentale azione strategica è senza dubbio indirizzata nel fare chiarezza ed abbandonare falsi sensi di sicurezza. L'uso improprio di indicatori di mortalità ha offerto ai programmatori sanitari spunti di minimizzazione di questo settore; mentre in termini di morbosità ben più evidenti sono i costi di questa patologia.

L'intervento preventivo si basa su uno spettro di misure di diverso grado di efficacia e praticabilità

Di gran lunga conveniente, all'analisi costi/efficienza, è l'uso appropriato dei vaccini ove disponibili

Non meno di mezzo milione di casi di malattie infettive nei bambini (morbillo, rosolia, pertosse, parotite) sono ingiustificati nel nostro Paese: potrebbero infatti essere prevenuti con vaccini già da tempo esistenti, sicuri e con effetti collaterali trascurabili: il costo sarebbe solo quello del prodotto e della campagna informativa, potendo contare su una collaudata rete di presidi vaccinali; il guadagno sarebbe grande e le ricadute finanziarie benefiche potrebbero vedersi in poco tempo.

Le raccomandazioni OMS confermano queste affermazioni

La lotta alle malattie infettive dovrebbe vedere come azione efficace: il miglioramento della qualità dei servizi assistenziali.

Le infezioni ospedaliere sono il «target» tipico, ma non l'unico, di questa azione. Una forte componente culturale dovrebbe caratterizzare quest'azione: l'aggiornamento del personale sanitario quale strumento di contenimento della iatrogenesi, ma anche quale «promoter» di prevenzione nella popolazione

La terza azione preventiva è di tipo culturale: la promozione dell'educazione alla salute; lo strumento fondamentale per combattere le infezioni legate ai comportamenti umani, quale quelle a trasmissione sessuale, AIDS incluso, ma anche quelle a trasmissione orofecale.

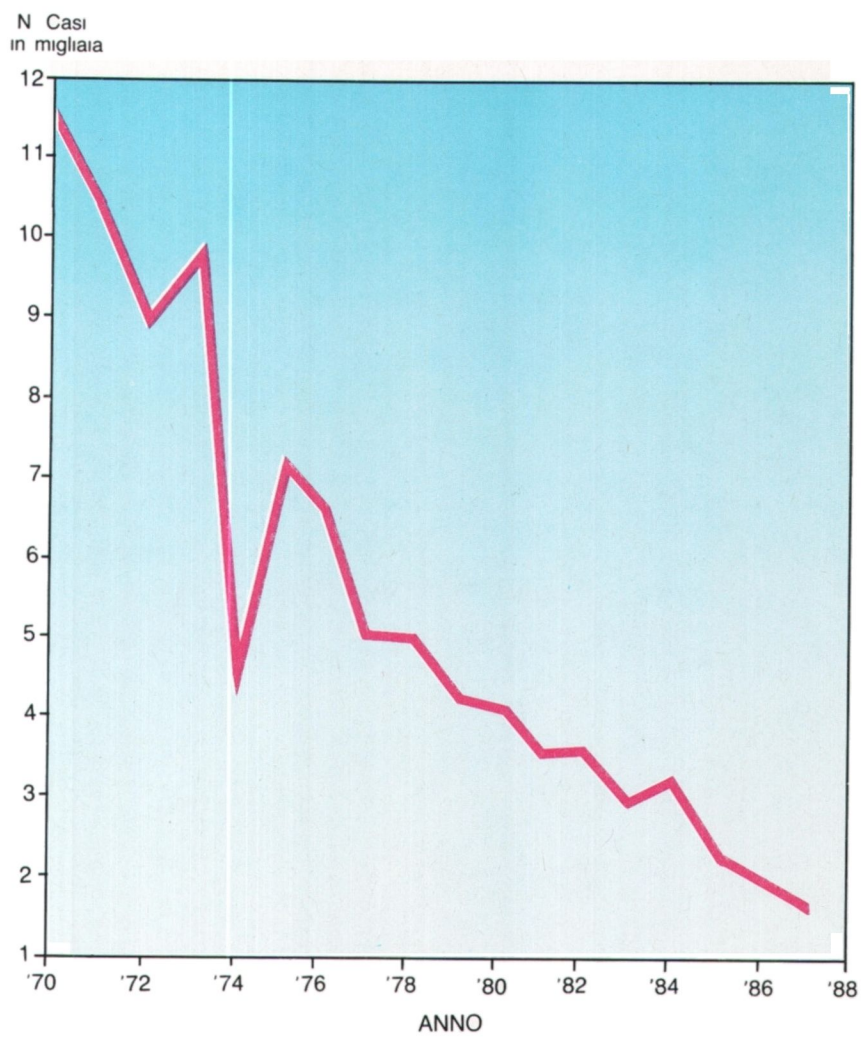
Il livello di conoscenza sulla storia naturale delle infezioni, la loro caratterizzazione in Italia, la patogenesi, i meccanismi intimi che regolano la vita degli agenti patogeni sono tutti elementi la cui conoscenza è fondamentale per migliorare la lotta a questa patologia e non farsi cogliere impreparati dalle inesorabili «novità» del futuro.

La quarta azione strategica è quindi investire in conoscenza.

Potenziare quindi la ricerca italiana sulla patologia infettiva del Paese, unico strumento di garanzia di sicurezza futura.

La patologia infettiva si muove nel tempo, quindi sarà ineluttabile vedere nel vicino futuro effetti benefici del decremento demografico sulle infezioni infantili, così come gli effetti positivi del continuo progresso culturale ed economico del Paese: è questa la più grande forza di prevenzione della nostra storia infettivologica ed è in questa direzione che bisogna sforzarsi di proseguire.

CASI DI FEBBRE TIFOIDE NOTIFICATI IN ITALIA 1970-1987

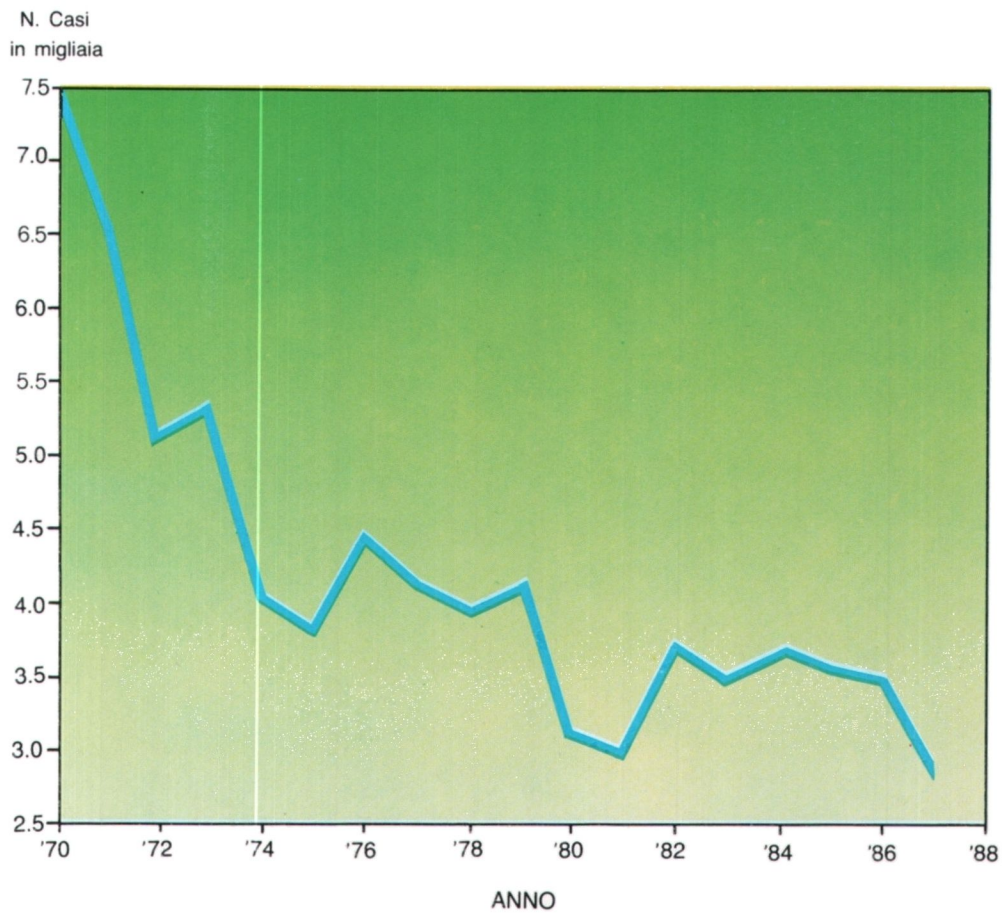


Fonte. elaborazione I S S su dati ISTAT

Fig.10 1

PAGINA BIANCA

CASI DI TBC POLMONARE NOTIFICATI IN ITALIA 1970-1987

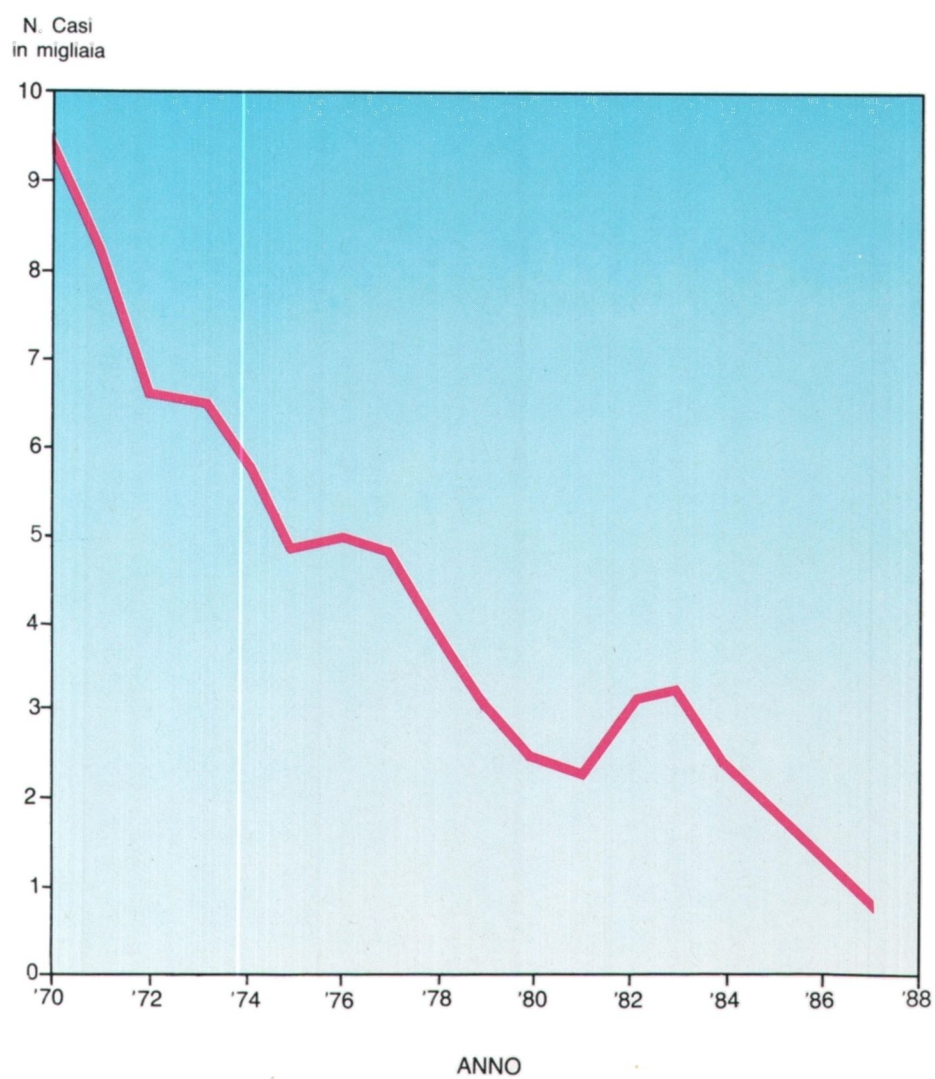


Fonte: elaborazione I.S.S. su dati ISTAT

Fig. 10.2

PAGINA BIANCA

CASI DI BLENORRAGIA NOTIFICATI IN ITALIA 1970-1987

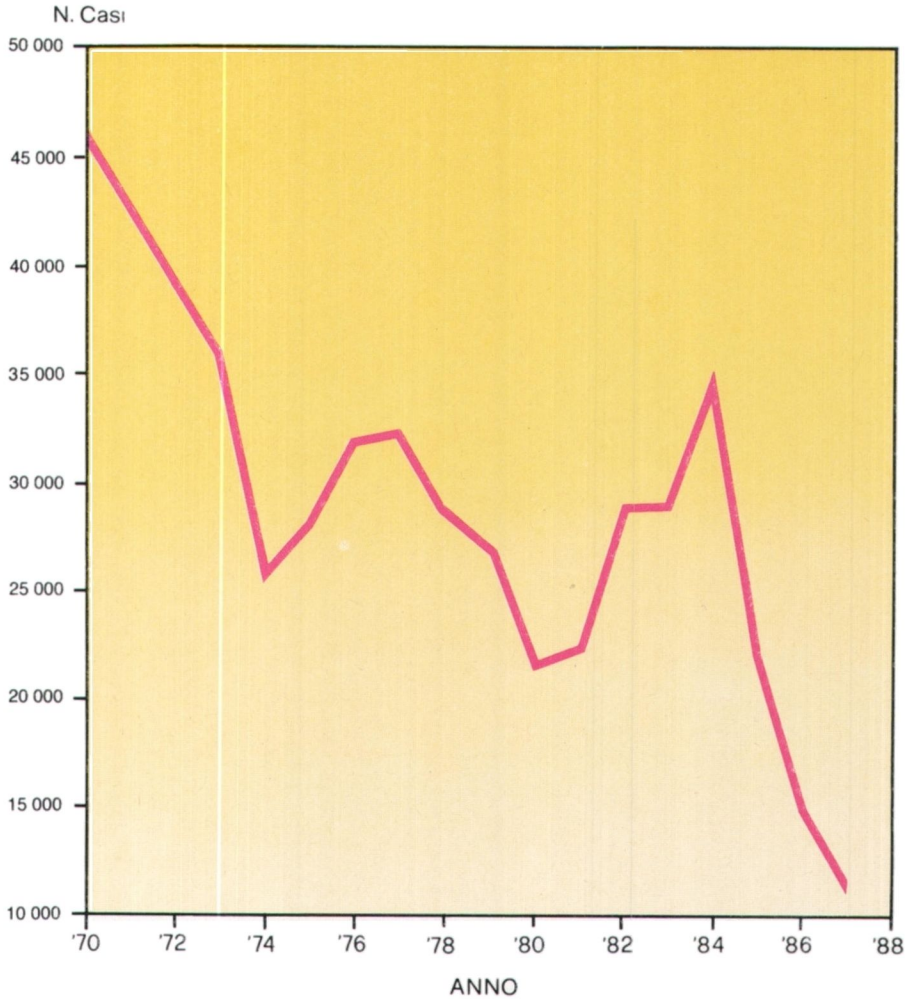


Fonte: elaborazione I.S.S. su dati ISTAT

Fig. 10.3

PAGINA BIANCA

CASI DI EPATITE NOTIFICATI IN ITALIA (1970-1987)

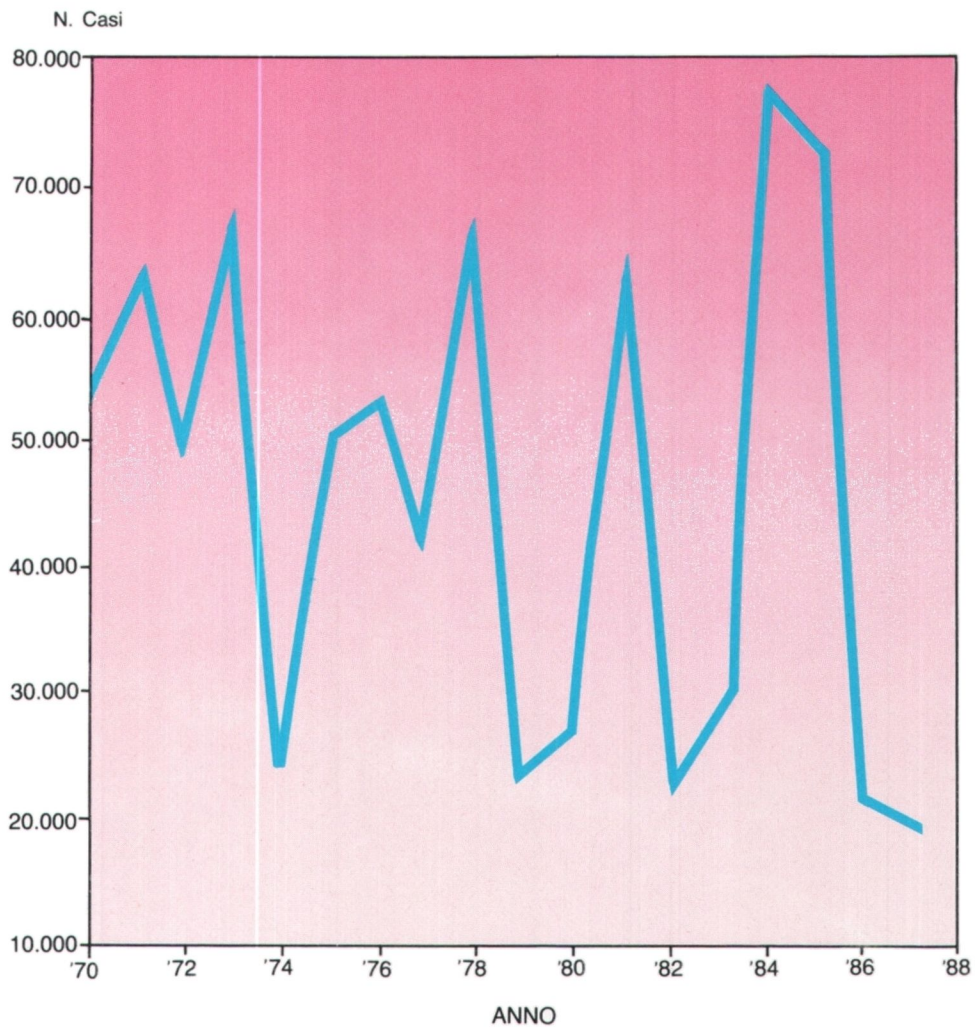


Fonte: elaborazione I.S.S. su dati ISTAT

Fig. 10.4

PAGINA BIANCA

CASI DI MORBILLO NOTIFICATI IN ITALIA 1970-1987

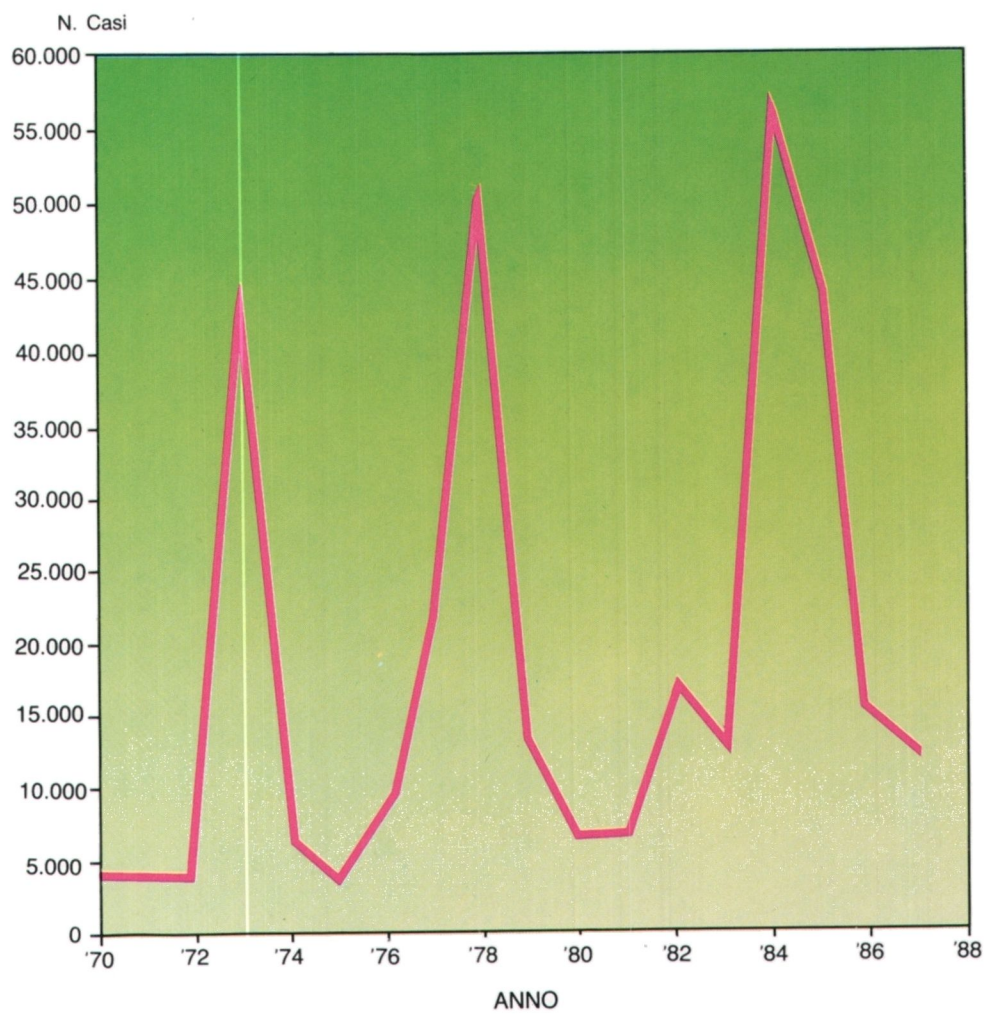


Fonte: elaborazione I.S.S. su dati ISTAT

Fig.10.5

PAGINA BIANCA

CASI DI ROSOLIA NOTIFICATI IN ITALIA 1970-1987

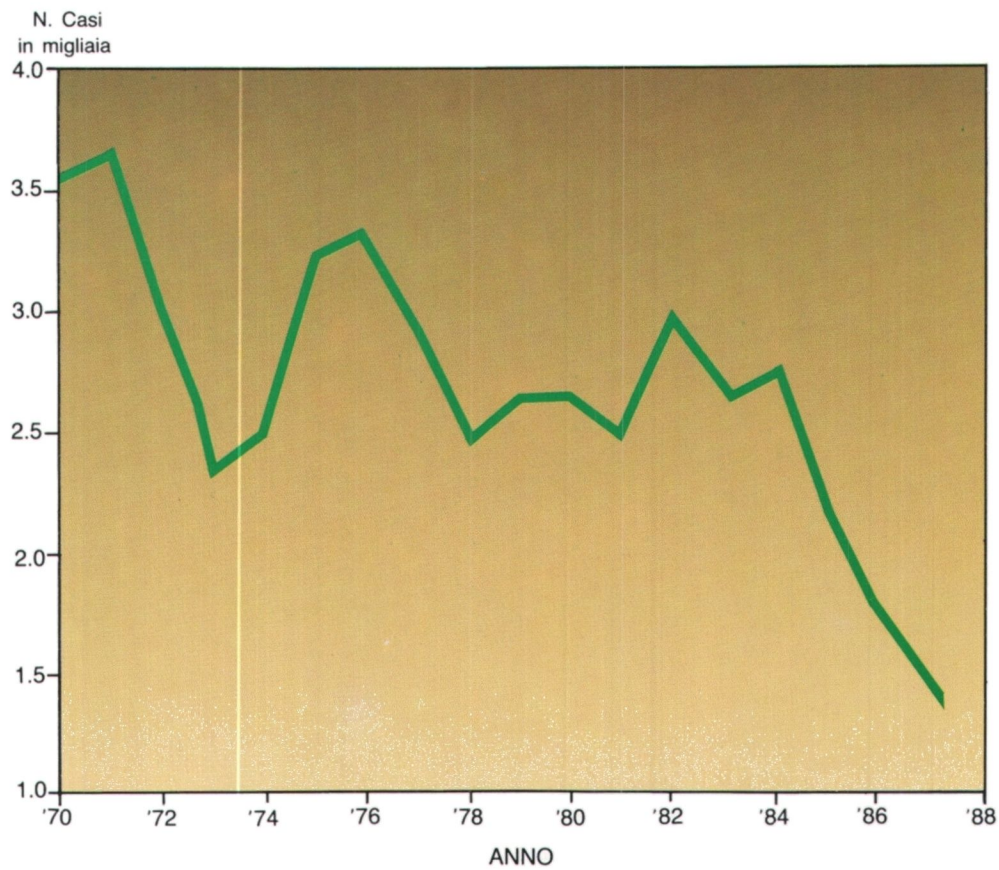


Fonte: elaborazione I.S.S. su dati ISTAT

Fig. 10.6

PAGINA BIANCA

CASI DI BRUCELLOSI NOTIFICATI IN ITALIA 1970-1987



Fonte: elaborazione I.S.S. su dati ISTAT

Fig. 10.7

PAGINA BIANCA