CAPITOLO 5

MALATTIE INFETTIVE

Obiettivo specifico (O.S.) europeo n. 4:
Entro il 2000, il numero medio di anni vissuti senza le peggiori malattie ed invalidità dovrebbe aumentare di almeno il 10 per cento.

Strategia nazionale:
La lotta contro le malattie infettive e diffusive è citata espressamente dalla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale nell'ambito delle competenze dello Stato (art. 6) e relativa delega alle regioni (art. 7).

5.1. Le malattie infettive nella salute del Paese

Con l'anno 1988 è proseguita la tendenza già iniziata nel triennio precedente, ovvero una maggiore rilevanza della patologia infettiva. Alla base di questo fenomeno contribuiscono due ordini di fattori. Il primo è una maggiore attenzione e sensibilità generali rispetto ad una patologia che, data per sconfitta nei decenni passati per merito soprattutto delle migliorate condizioni sociali ed igienico-sanitarie, si è ripresentata con il peso e le implicazioni connesse alla sindrome da immunodeficienza acquisita o AIDS, la cui letalità si aggira intorno all'80 per cento.

Il secondo ordine di fattori riguarda invece il riaffacciarsi di alcune malattie infettive, sia in termini di morbosità che di mortalità, come le malattie dell'apparato respiratorio, quelle a trasmissione sessuale, la malaria e altre patologie meno frequenti, la cui diffusione è favorita anche dall'aumento notevole dei traffici internazionali e dei movimenti turistici di passeggeri.

Per quanto concerne il sistema e le modalità di rilevazione dei dati, esso deriva dalle denunce obbligatorie dei medici curanti, successivamente raccolte ed inviate a cura delle USL tramite un apposito modulo agli Assessorati regionali alla Sanità. Le informazioni vengono poi trasmesse all'Istituto Centrale di Statistica, al Ministero della Sanità e all'Istituto Superiore di Sanità.

In genere però il numero di notifiche per molte delle malattie in questione non è rappresentativo del numero dei casi che si verificano, essendo largamente sottostimato o in alcuni casi particolari sovrastimato, sia per la mancata sensibilizzazione dei medici all'utilità della notifica sia per le difficoltà di adottare criteri sicuri nell'identificazione diagnostica di alcune forme morbose.

In sintesi, il pattern delle malattie infettive in Italia si può così sintetizzare:

1. Calo progressivo delle infezioni "della miseria": le infezioni a trasmissione orofecale, le parassitosi, alcune zoonosi.

2. Aumento della patologia infantile esantematica per la ciclicità epidemica.

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. Consolidamento dell'epidemia di AIDS, effetto di infezioni già avvenute all'inizio del decennio

5.2. Malattie a ciclo oro-fecale

Le infezioni a ciclo oro-fecale rappresentano a tutt'oggi una fetta cospicua della patologia infettiva che si mantiene a livelli più o meno costanti e per le quali il fenomeno della sottonotifica è piuttosto evidente.

Per la febbre tifoide si dispone di dati completi fino al 1986, in cui si registra una lieve aumento dei casi rispetto all'anno precedente che sembra interrompere un trend in discesa iniziato in questo decennio (tavola 5.1). Analoghe considerazioni si possono fare per le altre forme di salmonellosi che nel 1986 aumentano, rispetto al 1985, e si collocano comunque tra le forme infettive più diffuse (tavola 5.2).

Tavola 5.1 - Febbre tifoide - Morbosità e mortalità

ANNO	Casi	Morbosità	Morti	Mortalità
1980	3 956	7,3	8 (*)	0,01
1981	3 578	6,3	10 (*)	0,01
1982	3.450	6,1	—	—
1983	3 061	5,4	—	
1984	2.725	4,8	—	—
1985	2.217	3,9	—	—
1986	2.281	4,0		
1987	1 573	2,7	—	—
1988	1 362	2,4	—	—

(*) Dati comprensivi dei morti per infezioni da paratifi

Fonte: Ministero della Sanità - Dir Gen Igiene Pubblica.

Le infezioni da paratifi confermano invece per il 1986 un'ulteriore diminuzione (tavola 5.3).

Un capitolo particolare delle malattie a trasmissione orofecale 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 1.570 casi di tossinfezioni alimentari notificate nel 1988 sono stimabili almeno ventimila episodi nello stesso anno. La sola cifra di 11.580 salmonellosi notificate nel 1988 offre migliore documentazione sul problema.

Tavola 5.2 - Infezioni da salmonelle

ANNO	Casi	Morbosità
1980	10 291	18,4
1981	10.371	18,5
1982	11 117	19,8
1983	10.960	19,5
1984	9 230	16,5
1985	11.032	19,7
1986	12.510	22,3
1987	9.211	16,4
1988	7.577	13,5

Fonte: Ministero della Sanità - Dir Gen. Igiene Pubblica.

Tavola 5.3 - Infezioni da paratifi

ANNO	Casi	Morbosità
1980	1.468	2,7
1981	1 256	2,2
1982	1.701	3,0
1983	1 299	2,3
1984	1.116	1,9
1985	1.335	2,3
1986	1 069	1,9
1987	633	1,1
1988	636	1,1

Fonte: Ministero della Sanità - Dir. Gen. Igiene Pubblica

5.3. **Epatiti virali** (compresa epatite A)

La disponibilità di un sistema informativo ad hoc per le epatiti acute virali (SEIEVA) creato nel 1984 presso il Laboratorio di Epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità, ha dato la possibilità di seguire con maggiore attenzione una malattia che, per il contributo che essa dà alla patologia acuta e cronica del fegato, costituisce un importante problema di sanità pubblica per il nostro Paese.

Nella tavola 5.4 vengono riportate le incidenze delle epatiti virali acute in Italia dal 1985 al 1988 calcolate considerando le USL che aderiscono al SEIEVA. Attualmente le USL aderenti a tale sistema di sorveglianza sono 156, sparse in 16 delle 21 regioni italiane (29 nell'Italia meridionale e insulare e 127 nel Nord e Centro) e rappresentano il 27 per cento della popolazione del Paese (15 milioni).

L'incidenza globale delle epatiti acute in questi ultimi anni è diminuita in modo rilevante e ciò è confermato dai dati ISTAT. Tale decremento pur interessando tutti e tre i tipi di epatite è maggiormente evidente per l'epatite A. Indagini sieroepidemiologiche svolte in comunità infantili tra il 1987 ed il 1988 ed il loro confronto con analoghi studi svolti nello scorso decennio confermano una minore circolazione dei virus epatitici.

La tavola 5.5 riporta le incidenze delle epatiti acute per età, sesso ed area geografica. L'incidenza di epatite A è risultata nel suo complesso più elevata nelle età infantili e giovanili e, a differenza degli anni precedenti, maggiore al Nord rispetto al Sud. La diminuita circolazione del virus, documentata dagli studi sieroepidemiologici sopra menzionati, insieme ad un'altra proporzione di immuni nelle fasce giovanili e adulte della popolazione del Sud d'Italia possono spiegare quest'ultimo dato.

L'epatite B e l'epatite non A, non B sia al Nord-Centro che al Sud interessano maggiormente le realtà giovanili probabilmente per il ruolo che hanno nella diffusione dell'infezione in questa età le abitudini sessuali e la tossicodipendenza.

La tavola 5.6 riporta la frequenza con cui ciascun fattore di rischio è osservato nei casi di epatiti A, B, non A, non B.

È da sottolineare che gli interventi chirurgici, l'ospedalizzazione, altre esposizioni parenterali, la terapia odontoiatrica e la tossicodipendenza sembrano avere un ruolo rilevante nella diffusione sia delle epatiti B che di quelle non A, non B, mentre le trasfusioni sembrano essere importanti soltanto per quest'ultima.

L'alta proporzione di casi di epatite B non convivente portatore dell'antigene di superficie del virus (HBsAg) conferma l'importanza di questo fattore di rischio.

Il 64 per cento dei casi di epatite A per chi aveva consumato frutti di mare conferma un possibile ruolo di questo alimento nella trasmissione di questo tipo di epatite.

L'analisi dei fattori di rischio conferma la correttezza di privilegiare per la vaccinazione contro l'epatite B i neonati da madre HBsAg positiva e i conviventi di soggetti portatori di tale antigene, ma pone la necessità di adottare misure preventive non immunitarie per la riduzione del rischio di epatite parenterale in ambito ospedaliero ed odontoiatriche.

Il Consiglio sanitario nella seduta del 17 novembre 1988 ha espresso il parere favorevole allo schema di decreto diretto ad intensificare l'intervento vaccinale contro l'epatite B e nella seduta del 22 dicembre 1988 ha destinato la quota di 11 miliardi e 900 milioni per l'avvio della vaccinazione mirata contro tale patologia.

Tavola 5.4 - Tasso di incidenza per 100.000 casi di epatite virale acuta in Italia per anno

TIPO DI EPATITE	1985	1986	1987	1988
A	10	4	2	2 (3)
B	12	12	11	7 (8)
nAnB	5	4	3	3 (3)
Sconosciuto	3	3	2	2 (3)
Totale	**30 (37)**	**23 (27)**	**18 (22)**	**14 (37)**

Nota. In parentesi vengono riportate le incidenze sui dati ISTAT. Dal 1987 questi dati sono differenziati per tipo di epatite ma la loro utilizzazione disaggregata è possibile solo per il 1988 in quanto nel 1987 oltre il 50 per cento delle epatiti non era differenziato.

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Laboratorio epidemiologia SEIEVA.

Tavola 5.5 - Tassi annuali per 100.000 per età, sesso ed area geografica, delle epatiti virali acute

TIPO DI EPATITE	Età	Nord-Centro (1)				Sud-Isole (2)				Tutte le regioni (3)			
			M	F	T		M	F	T		M	F	T
Epatite A.	0-14		4	3	4		7	4	5		5	3	4
	15-24		6	6	6		3	2	3		6	5	5
	>25		2	1	2		0	0	0		2	1	1
Totale (4) . . .			**3**	**2**	**3**		**2**	**1**	**1**		**3**	**2**	**2**
Epatite B.	0-14		2	0	1		8	3	5		3	1	2
	15-24		32	15	23		22	12	17		29	14	22
	>25		9	3	6		4	2	3		7	3	5
Totale (4) . . .			**11**	**4**	**7**		**6**	**3**	**5**		**9**	**4**	**7**
Epatite nAnB	0-14		0	1	0		1	1	1		0	1	1
	15-24	12	5	9		14	2	8		12	5	9	
	>25		3	3	3		2	1	1		3	2	2
Totale (4) . . .			**4**	**3**	**3**		**3**	**1**	**2**		**3**	**2**	**3**
Epatite ignota.	0-14		0	0	0		2	2	2		1	1	1
	15-24	6	2	4		9	3	6		7	2	5	
	>25		2	1	2		2	0	1		2	1	1
Totale (4) . . .			**2**	**1**	**2**		**3**	**1**	**2**		**2**	**1**	**2**

(1) Nord-Centro = Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Friuli, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo
(2) Sud-Isole = Campania, Puglia, Calabria, Sicilia, Sardegna
(3) Tassi di incidenza Nord-Centro + Sud-Isole
(4) Tassi di incidenza per tutti i gruppi di età

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Laboratorio di epidemiologia - SEIEVA 1ª - 52ª settimana 1988

Tavola 5.6 - Casi (1) notificati di epatite A, B, non A, non B con fattori di rischio identificato

TIPO DI EPATITE	A	B	non A-non B
Fattori di rischio			
Frutti di mare	224 (64%)	422 (45%)	202 (42%)
Trasfusioni di sangue	7 (02%)	38 (04%)	89 (18%)
Interventi chirurgici	21 (06%)	110 (11%)	107 (21%)
Ospedalizzazione	27 (08%)	163 (16%)	148 (30%)
Altre esposizioni (2) parenterali	35 (10%)	214 (22%)	84 (17%)
Terapia odontoiatrica	53 (15%)	244 (24%)	97 (20%)
Uso di droghe E.V.	4 (01%)	161 (16%)	94 (19%)
Convivente di soggetto $HBsAg^+$	10 (03%)	129 (20%)	14 (4%)
Totale (3)	**348**	**1017**	**500**

(1) I casi possono avere più di un fattore di rischio per cui si possono registrare differenze tra i totali effettivi e quelli per singole voci
(2) Barba dal barbiere, manicure, pedicure, tatuaggio, buchi alle orecchie
(3) Per alcuni casi le informazioni relative ad alcuni fattori di rischio non sono disponibili

Fonte. Istituto Superiore di Sanità - Laboratorio di epidemiologia - SEIEVA 1988.

5.4. Malattie prevenibili con la vaccinazione

Obiettivo specifico (O.S.) europeo n. 5:
Entro il 2000 nella Regione non dovrebbero più esistere morbillo endemico, poliomielite, tetano neonatale, rosolia congenita, difterite, sifilide connatale o malaria endemica.

Strategia nazionale:
La campagna per la vaccinazione costituisce una delle azioni di prevenzione del progetto obiettivo materno-infantile.
L'Istituto Superiore di Sanità cura un progetto nazionale di vaccinazione contro il morbillo, malattia per la quale non esiste ancora l'obbligo della vaccinazione.

Per quanto riguarda la poliomielite, ad oltre 20 anni dall'introduzione della vaccinazione obbligatoria per tutti i nati, il numero di casi autoctoni si è azzerato dal 1984, anno in cui è stato registrato un solo caso importato dall'estero. Nessun caso è stato segnalato nel successivo triennio 1985-1987. Per il 1988 risulta 1 solo caso, anch'esso importato dall'estero (tavola 5.7).

Si prevede pertanto che anche per questa malattia possa essere raggiunto in breve termine l'obiettivo della eradicazione, in conformità con il programma dell'O.M.S. (Expanded Programme of Immunization + E.P.I.) per la Regione Europea

Tavola 5.7 - Tetano, difterite, poliomielite

ANNO	Tetano	Difterite	Poliomielite
1984	133	6	1 (*)
1985	167	5	—
1986	131	3	—
1987	73	1	—
1988	102		1 (*)

(*) Casi provenienti dall'estero

Fonte: Ministero della Sanità - Dir Gen Igiene Pubblica.

Un andamento pure nettamente in discesa fa registrare la difterite (tavola 5.8) con 1 solo caso nel 1987 e nessun caso nel 1988. Un decremento più lento, anche se abbastanza costante come si rileva dai tassi di morbosità (tavola 5.9), si riscontra invece per il tetano, di cui vengono notificati circa un centinaio di casi/anno (102 casi notificati nel 1988).

Bisogna tuttavia considerare che tali casi si verificano in soggetti di età avanzata che non sono stati mai sottoposti a vaccinazione o che non hanno ricevuto le dosi di richiamo consigliate (ad es. soggetti di sesso femminile con più di 40 anni).

Sono stati anche notificati due casi di tetano neonatale nel 1988, grave segnale di allarme, che impone un'attenta revisione della strategia vaccinale per questa malattia.

Tavola 5.8 - Difterite

ANNO	Casi denunciati
1980	30
1981	34
1982	22
1983	6
1984	6
1985	5
1986	3
1987	1
1988	—

Fonte Ministero della Sanità - Dir. Gen. Igiene Pubblica.

Tavola 5.9 - Tetano: morbosità e mortalità per 100.000 abitanti

ANNO	Casi	Morti	Morbosità	Mortalità
1980	201	131	0,3	0,2
1981	239	164	0,4	0,2
1982	188	162	0,3	0,2
1983	213	115	0,3	0,2
1984	133	0,2		
1985	167	0,2		
1986	131	0,2		
1987	73	0,1		
1988	102	0,1		

Fonte: Ministero della Sanità - Dir. Gen. Igiene Pubblica

5.4.1. *Malattie prevenibili con vaccinazioni non obbligatorie*

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: i casi notificati nel 1988 sono stati 87.471, contro i circa 19.000 notificati nel 1987 (tavola 5.10); studi sieroepidemiologici dell'Istituto Superiore di Sanità avevano già evidenziato come le notifiche sottostimano i casi di un fattore 10. Il 1988 è stato l'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 dell'Istituto Superiore di Sanità del 1985, non più del 10 per cento dei bambini risultava essere 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.

Tavola 5.10 - Morbillo: morbosità e mortalità per 100.000 abitanti

ANNO	Casi	Morbosità	Morti	Mortalità
1980	27.452	50,7	24	0,04
1981	71.238	127,3	29	0,05
1982	18.483	30,0		
1983	25 977	46,4		
1984	52.719	94,2		
1985	69.872	124,9		
1986	21.715	38,8		
1987	19.004	33,9		
1988	87.471	156,3		

Fonte: Ministero della Sanità - Dir. Gen. Igiene Pubblica.

Dal 1980 l'ISS ha messo a punto e sperimentato con successo sul campo una strategia vaccinale per l'eliminazione del morbillo in un anno. Anche sulla base degli studi e delle indagini effettuati dall'ISS nel 1985 il Consiglio Superiore di Sanità ha espresso parere favorevole per l'obbligatorietà della vaccinazioni.

In attesa che il Parlamento valuti i progetti di legge predisposti dal Ministero della Sanità dal 1986, il C.S.N. ha varato un progetto di applicazione della strategia proposta dall'ISS in 9 regioni italiane; la responsabilità scientifica è affidata all'ISS. Il programma è stato iniziato alla fine del 1988 in quanto solo allora sono stati resi disponibili i finanziamenti.

Dalla fine del 1988 sono iniziate le campagne di vaccinazione di massa nelle regioni considerate, previo addestramento del personale delle USL coinvolte nel progetto. I primi risultati confermano che una efficace offerta attiva della profilassi, seguendo le procedure indicate nel protocollo proposto dall'ISS, garantisce un tasso di vaccinazioni superiore all'80-90% con corrispondente eliminazione del morbillo.

Analoga, se pure meno grave, la situazione della rosolia: nel 1988 sono stati notificati circa 12.617 casi di rosolia, il 10% in più del 1987 (tavola 5.11).

Tavola 5.11 - Rosolia: morbosità e mortalità per 100.000 abitanti

ANNO	Casi	Morbosità	Morti	Mortalità
1980	6 995	12,9	0	0,000
1981	6.319	11,2	1	0,002
1982	14 239	25,4		
1983	11 840	21,1		
1984	55.450	99,1		
1985	39 563	70,7		
1986	15 143	27,7		
1987	9 887	17,6		
1988	12 617	22,5		

Fonte. Ministero della Sanità - Dir. Gen Igiene Pubblica

Anche per questa patologia il sistema di notifica è ampliamente sottostimante, come confermato da numerosi studi sieroepidemiologici.

Un gravissimo effetto di questa evitabile epidemia sono i 189 casi notificati di 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 identificazione è difficile e spesso si manifesta tardivamente rispetto alla nascita, sfuggendo così alla notifica. Il 1988 è stato anno di epidemia per il morbillo (come era più o meno prevedibile essendosi l'ultima ondata epidemica verificata negli anni 1984-1985); non lo è stato invece per la rosolia.

La parotite epidemica ha totalizzato, nel 1988, 53.774 notifiche, il 18% in più del 1987: 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. La malattia ha provocato quindi un'enorme quantità di assenteismo scolastico, di sofferenze fisiche ed un numero non stimabile di complicanze orchitiche.

Altra malattia prevenibile per la quale la vaccinazione è consigliata dal 1986 è la pertosse.

La vaccinazione antipertossica viene consigliata nella forma di vaccino trivalente in cui il vaccino antipertossico è associato al vaccino antidifterico ed antitetanico. Nonostante che i dati per il 1988 siano ancora provvisori, il numero di casi di pertosse segnalati per quest'anno fa ritenere che il 1988 non sia stato anno di epidemia, come invece era stato il 1987. Gli 8.272 casi notificati nel 1988 non sono che una piccola parte dei casi reali; l'indagine nazionale sulla copertura vaccinale ISS, dice che non più del 15% dei bambini intervistati era coperto da vaccinazione (tavola 5.12).

Tavola 5.12 - Pertosse: morbosità e mortalità per 100.000 abitanti

ANNO	Casi	Morbosità	Morti	Mortalità
1980	16.643	30,7	8	0,01
1981	7.162	12,8	10	0,01
1982	16.377	29,2	7	0,01
1983	25.791	46,1	6	0,01
1984	12.416	22,1		
1985	15.269	27,3		
1986	17.164	30,6		
1987	27.281	48,7		
1988	8.272	14.7		

Fonte. Ministero della Sanità - Dir. Gen Igiene Pubblica

5.5. Tubercolosi

Nel 1988 sono stati notificati 3.795 casi di Tbc. Di questi 3.227 polmonari e 568 extrapolmonari. Oltre 300 casi in più del 1987: forse un segnale di miglioramento del sistema di notifica, che, per questa patologia, gravemente la sottostima

L'andamento temporale della diminuzione "naturale" della Tbc polmonare 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.

5.6. Malattie a trasmissione prevalentemente sessuale

I dati attualmente disponibili sulla diffusione delle MST in Italia vengono periodicamente pubblicati dall'ISTAT e riportano l'incidenza di alcune patologie, limitatamente a quelle oggi sottoposte a controllo sanitario obbligatorio, nell'ambito della malattie infettive (lue, blenorragia, linfofragranuloma venereo e ulcera venerea). La sorveglianza delle MST tramite le denunce da parte dei medici curanti non risulta, comunque, un valido strumento di controllo dell'effettiva incidenza, per due motivi: 1) l'obbligo della denuncia viene sistematicamente disatteso; 2) la denuncia è prevista dalla legge unicamente per quattro patologie (sifilide, gonorrea, ulcera venerea e linfogranuloma venereo).

Sifilide e blenorragia

Nel 1988, sono stati notificati 995 nuovi casi di sifilide contagiosa, oltre il 40 per cento in meno dell'anno precedente. L'incidenza continua a decrescere negli ultimi anni insieme alla blenorragia, forse potenziale effetto dell'allarme AIDS. Nel 1988 sono stati notificati, in tutta Italia, 509 nuovi casi di blenorragia, il 30 per cento in meno del 1987.

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.

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 (5 casi), le ulcere veneree (4 casi): un livello di notifica risibile, che ancora sottolinea l'urgenza di adeguamento del sistema informativo.

Secondo quanto riportato dall'ISTAT per l'anno 1987, in Italia i casi di blenorragia ammontano a 765 (incidenza: 1,34/100.000 abitanti) mentre quelli della lue a 1.140 (incidenza: 2,00/100.000 abitanti). In altri Paesi industrializzati sono stati rilevati i dati seguenti: in Gran Bretagna, nel 1984 risultano 3.307 casi di sifilide (incidenza 5,9/100.000 abitanti) e 58.802 di gonorrea (incidenza 105,0/100.000 abitanti) (4); mentre negli Stati Uniti l'incidenza della sifilide per il 1987 è 14,6/100.000, e quella della blenorragia per il 1984 è 380,0/100.000; in Germania orientale l'incidenza della sifilide è 2,5/100.000 e quella della blenorragia è 300,0/100.000 per il 1983.

Inoltre, una qualsiasi analisi e valutazione dei dati italiani, è gravemente inficiata dall'assoluta mancanza di standardizzazione della "definizione di caso" e delle relative procedure diagnostiche, a cui far riferimento per la notifica di un caso di malattia venerea. I dati dei risultati che si ricavano sono, pertanto, disomogenei ed ambigui.

Nonostante la palese incompletezza di queste informazioni, è possibile osservare dall'andamento dei casi di lue e blenorragia denunciati negli ultimi 15 anni un evidente decremento delle notifiche a partire dal 1984 per entrambe le malattie. Questa flessione potrebbe esser indice di un cambiamento delle abitudini sessuali degli italiani, da addebitare anche alla comparsa dell'AIDS ed alle conseguenti campagne di informazione e prevenzione diffuse in tale periodo.

Sarebbe pertanto auspicabile ottenere informazioni più attendibili ed adeguate a comprendere le implicazioni della patologia sessualmente trasmissibile sulla salute pubblica, attraverso un sistema di sorveglianza centralizzato e standardizzato.

5.7. L'AIDS

Dal 1983 ogni caso di AIDS è notificato al registro nazionale del Centro operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità; dal marzo 1987, l'AIDS conclamato è entrato a far parte dell'elenco delle malattie infettive a notifica obbligatoria.

Dal 1° gennaio 1988 è in vigore la nuova definizione internazionale di AIDS che, oltre ad includere altre manifestazioni opportunistiche, amplia i criteri diagnostici ammettendo anche diagnosi presunte.

Il numero di casi riportati al Centro operativo AIDS ad una certa data è costantemente inferiore al numero dei casi diagnosticati nel Paese alla stessa data: esiste infatti un cospicuo "ritardo di notifica" che causa la differenza numerica: il numero di casi diagnosticati ad una certa data è di circa il 25 per cento superiore al numero di casi notificati alla stessa data.

Andamento

Al 31 dicembre 1988 erano stati diagnosticati 3.008 casi di AIDS conclamato in tutto il Paese; di questi 1.363 (49,4 per cento) nel solo 1988.

La tavola 5.13 ne mostra l'andamento per semestre con relativa letalità; la tavola, tuttavia, offre solo una visione parziale dell'andamento del fenomeno nel nostro Paese:

infatti si riferisce ad una somma di eventi tra di loro ben diversi; non è affatto uguale l'andamento dell'epidemia nei diversi gruppi di popolazione colpiti.

Il rallentamento della velocità di crescita del numero dei casi, osservato in molti Paesi occidentali, appare molto meno evidente nel nostro Paese, ove la curva continua a crescere costantemente.

Tavola 5.13 - Distribuzione dei casi e dei decessi di AIDS per semestre di diagnosi segnalati in Italia

SEMESTRE DI DIAGNOSI	Casi	Decessi	Letalità %
I 1982	1	0	0.0
II 1982	0	0	0.0
I 1983	2	1	50.0
II 1983	2	2	100.0
I 1984	8	8	100.0
II 1984	20	16	80.0
I 1985	77	68	88.3
II 1985	104	86	82.7
I 1986	181	152	84.0
II 1986	260	194	74.6
I 1987	425	281	66.1
II 1987	565	252	44 6
I 1988	717	195	27.2
II 1988	646	112	17.3
Totale	**3.008**	**1.367**	**45.4**

Fonte: Istituto Superiore di Sanità.

Mortalità

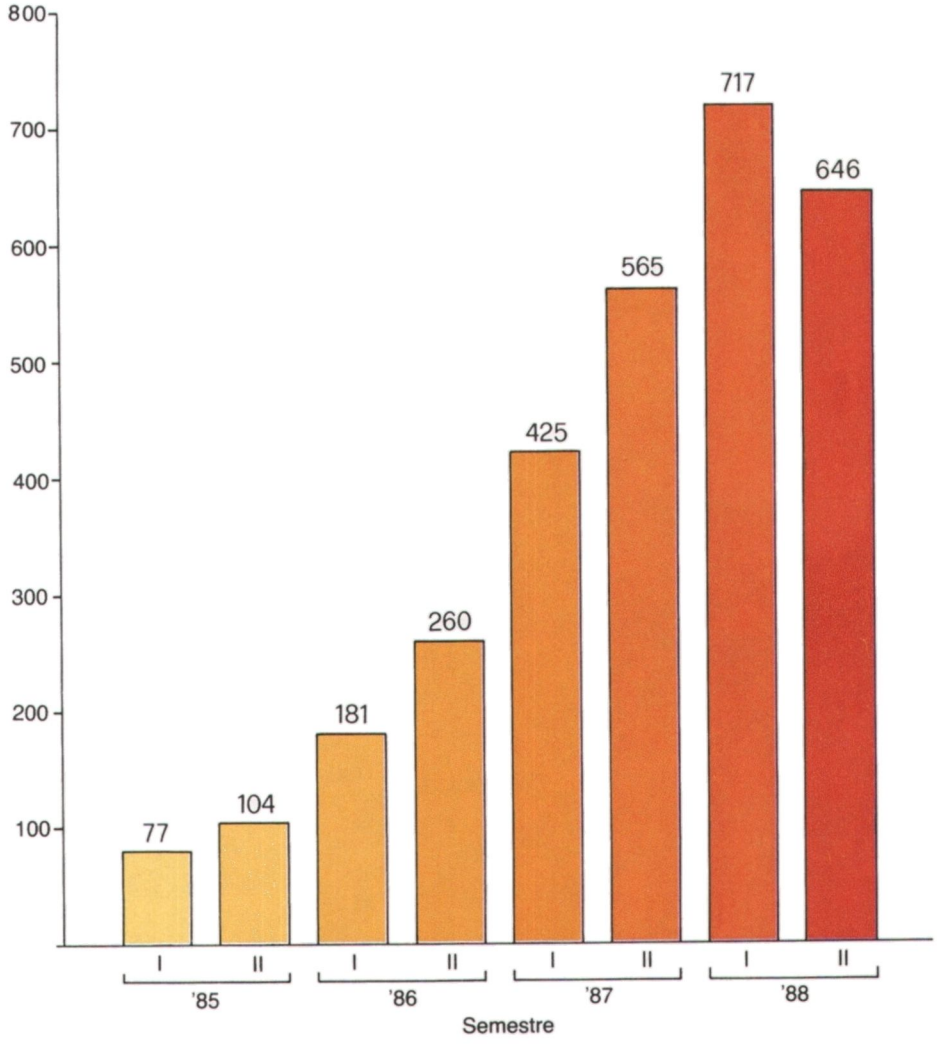
Su 3.008 casi 1.367 sono i decessi segnalati (45,4 per cento). Purtroppo questa cifra non esprime tutta la letalità della malattia. Infatti, dalla stessa tavola 5.13, si può notare come nei casi segnalati nel 1983-84-85 oltre l'80 per cento sia deceduto. Il chiaro trend retrospettivo di aumento della mortalità nel tempo è confermato da studi di sopravvivenza che mostrano come non oltre il 20 per cento dei casi sopravvive al terzo anno dalla diagnosi: la stessa sopravvivenza è dimostrata per i casi di AIDS nei bambini mentre, finora, non sono apparse differenze tra la sopravvivenza dei casi nei diversi gruppi a rischio.

Differenze nella sopravvivenza sono altresì dimostrate tra i casi con diverse manifestazioni cliniche: i casi con sarcoma di Kaposi sopravvivono più a lungo di quelli con infezioni opportunistiche.

Un miglioramento della sopravvivenza dei malati con AIDS appare nel confronto tra i casi diagnosticati nel 1987-1988, rispetto a quelli diagnosticati nel 1985-1986: in gran parte effetto di una diagnosi più precoce per la nuova definizione di caso, in parte possibile risultato di miglioramenti terapeutici.

PAGINA BIANCA

CASI DI AIDS PER SEMESTRE DI DIAGNOSI AL 31. 12. 1988



Fonte: I.S.S. 1989

Fig. 5.1

PAGINA BIANCA

Modalità di trasmissione

In effetti l'HIV1, nel nostro come in molti altri Paesi occidentali, ha provocato situazioni epidemiologiche tra di loro molto differenti a seconda del comportamento tipo del gruppo di popolazione colpito.

La tavola 5.14 mostra la distribuzione dei casi di AIDS per gruppo a rischio: il 17,7 per cento sono omosessuali, il 67,2 per cento tossicodipendenti, 89 casi in soggetti con entrambi i comportamenti (3,1 per cento), la trasmissione ematica è responsabile per 57 emofilici (2 per cento) e 48 emotrasfusi (1,6 per cento). Per 79 casi non è stato possibile avere informazioni sul tipo di comportamento a rischio, 57 sono i casi in bambini figli di madri infette (58,8 per cento). L'andamento dell'AIDS in queste diverse categorie è molto differenziato.

L'andamento dell'epidemia mostra un considerevole rallentamento: il numero di nuovi casi è raddoppiato in quasi due anni; il contributo degli omosessuali alla casistica AIDS è passato dal 62,5 per cento nel 1° semestre 1984 al 17,7 per cento nell'ultimo semestre del 1988 (tavola 5.15).

L'infezione da contatti omosessuali

Anche le informazioni sui sieropositivi concordano con queste osservazioni: degli omosessuali recatisi presso centri per il testi anti-HIV non oltre il 19 per cento è risultato sieropositivo; la gran parte dei positivi è costituito da omosessuali ad alto rischio (grande numero di diversi partners/anno, precedenti malattie veneree). Dai dati disponibili si può intuire che l'incidenza in questo gruppo di popolazione tende a diminuire nel tempo: possibile effetto dell'intensa attività preventiva delle stesse organizzazioni omosessuali; che la flessione dell'incidenza dell'infezione sia iniziata già da alcuni anni è testimoniato dalla flessione della curva di incidenza dei casi di AIDS oggi osservabile.

Tavola 5.14 - Distribuzione dei casi di AIDS per gruppi a rischio e sesso segnalati in Italia al 31-12-1988

GRUPPO A RISCHIO	Maschio	Femmina	Totale	%
Omosessuale (OM)	515	0	515	17,7
Tossicodipendente (TD)	1.553	404	1.957	67,2
OM + TD	89	0	89	3,1
Emofilico	56	1	57	2,0
Trasfuso	29	19	48	1,6
Contatto eterosessuale	97	69	166	5,7
Non determinato	68	11	79	2,7
Totale adulti	2.407	504	2.911	100,0
Figlio madre TD	25	32	57	58,8
Contatto eterosessuale	10	11	21	21,6
Non determinato	2	2	4	4,1
Emofilico	10	0	10	10,3
Trasfuso	2	3	5	5,2
Totale pediatrici	9	48	97	100,0
Totale casi	—	**2.456**	**552**	**3.008**

Fonte: Istituto Superiore di Sanità.

L'infezione da sangue o prodotti ematici

Anche il contributo dei casi di AIDS da trasmissione ematica sul totale della casistica va sostanzialmente riducendosi nel tempo: dal 7,8 per cento nel 1° semestre 1986 all'1,6 per cento al 31 dicembre 1988.

I donatori di sangue

In Italia, ogni anno, circa due milioni sono le unità di sangue raccolte in circa 400 centri trasfusionali.

Dal giugno 1985 è in atto lo screening sistematico per anticorpi anti-HIV per tutti i donatori di sangue, divenuto obbligatorio per legge del febbraio 1988.

Su 450.000 donazioni di cui si hanno dati nel 1988 la prevalenza di sieropositività confermata è stata di 2 casi per 10.000 donazioni, analogamente a quanto visto in altri Paesi europei.

I bambini

Novantassette bambini hanno contratto l'AIDS al dicembre 1988.

Di questi, 5 (il 5,2 per cento) per via trasfusionale: gli altri hanno ricevuto l'infezione dalla madre durante la gravidanza; il 76 per cento di queste madri è tossicodipendente· le restanti sono partner di tossicodipendenti.

Un registro nazionale dei nati da madre infetta ha raccolto, al dicembre 1988, oltre 600 bambini: di questi circa 150 accertati infetti. L'andamento dell'incidenza dei casi di AIDS pediatrico mostra una progressiva flessione: questa osservazione è confermata dal registro dei sieropositivi, che ha visto una sostanziale diminuzione dei nuovi arruolamenti.

I tossicodipendenti

In questa categoria si esprime la massima proporzione di casi di AIDS (il 67,2 per cento al dicembre 1988). Il numero dei nuovi casi raddoppia ogni 11 mesi. Anche le informazioni sui sieropositivi concordano a definire esplosa l'epidemia in questo gruppo.

Dal 2 per cento di sieropositivi degli inizi degli anni 1980 si passa al 40 per cento di sieropositività tra i 36.000 tossicodipendenti esaminati nei servizi specifici nel 1988.

Gli eterosessuali

È il gruppo in cui l'epidemia appare progredire più velocemente: un raddoppio del numero di nuovi casi ogni sei mesi.

Circa 2/3 di questi casi sono partners eterosessuali di tossicodipendenti, ma anche sei italiani hanno presumibilmente contratto l'infezione per via eterosessuale in Africa e per quattro l'unica informazione disponibile parla di contatti eterosessuali mercenari in Italia

Anche i dati sui sieropositivi confermano la preoccupazione sul fenomeno: su circa 1.000 eterosessuali presentatisi ai centri clinici, il 20 per cento è risultato infetto, quasi tutti partners eterosessuali stabili di infetti.

Tavola 5.15 - Distribuzione dei casi di AIDS
per regione di segnalazione e di residenza segnalati in Italia al 31-12-1988

REGIONE	N. casi segnalati	N. casi residenti	Tassi cum. × 100 000 (*)
Piemonte	212	22	4,82
Valle d'Aosta	0	0	0,00
Liguria	186	182	10,50
Lombardia	1.004	977	11,30
Trentino	25	24	2,85
Veneto	176	170	4,03
Friuli	27	26	2,21
Emilia	350	323	8,88
Marche	50	53	3,51
Toscana	162	174	4,53
Umbria	24	12	2,94
Lazio	406	368	7,96
Campania	96	101	1,70
Abruzzo	13	15	1,04
Molise	1	1	0,30
Puglie	69	82	1,72
Basilicata	3	5	0,48
Calabria	9	30	0,42
Sicilia	93	119	1,83
Sardegna	101	106	6,17
USA	0	11	
Europa	1	3	
Africa	0	2	
Altro	0	2	
Totale	**3.008**	**3.008**	

(*) Residenze

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - C.O.A.

5.8. Zoonosi

La maggiore osservazione delle misure di controllo e di prevenzione ha determinato in taluni casi la diminuzione della patologia in questione. Oltre alle zoonosi che qui di seguito vengono trattate bisogna ricordare che il patrimonio zootecnico è anche importante fonte di salmonellosi umana, sia direttamente che, più spesso, attraverso la catena alimentare: 11.580 sono i casi di salmonellosi notificati nel 1988.

Rabbia

Nell'agosto 1988 - dopo oltre 3 anni di totale assenza - è giunto in Italia dalla Jugoslavia un focolaio di rabbia silvestre per il tramite delle volpi selvatiche ed è penetrato nel Friuli-Venezia Giulia nelle località di Trieste, Gorizia e zone limitrofe.

È stato però prontamente circoscritto con un cordone sanitario e sono state approntate nella predetta regione tutte quelle misure, compreso un piano di vaccinazione obbligatoria sperimentale per via orale delle volpi, atte ad impedirne una eventuale estensione ed a soffocare il focolaio esistente. Non si registra in tali località alcun inconveniente per gli esseri umani.

Comunque le denunce di morsicature di cui si ha il sospetto che possano essere rabidi sono da molti anni in lieve ma costante aumento in tutta l'Italia peninsulare, mentre nelle Isole il numero dei casi si mantiene costante e molto più basso (tavola 5.16).

Tavola 5.16 - Morsicature da animali sospetti rabidi

ANNO	Italia sett.	Italia centr	Italia merid	Italia insul	Italia
1980	17.167	5.452	11.184	3.459	37.262
1981	15.267	6.862	10.882	1.974	34.985
1982	17.807	8.983	9.468	1.844	38.102
1983	15.105	11.123	7.729	2.568	36.525
1984	18.529	11.401	10 043	1.743	41 716
1985	16.079	10.565	9.561	1.159	37.364
1986	19.829	10.655	9.388	2.413	42.285
1987	18.839	7.854	8 424	1.537	36 654
1988	21.960	4.836	8 268	549	35.613

Fonte: Ministero della Sanità - Dir. Gen. Serv. Veterinari

Brucellosi

Anche se i dati del 1987 e 1988 sono provvisori, si registra una lieve ma costante diminuzione dei casi registrati di brucellosi con conseguente diminuzione percentuale della morbosità. La percentuale di mortalità per questa malattia è stata ed è sempre vicinissima a zero.

La brucellosi, con 1.164 casi notificati nel 1988, 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.

Leptospirosi

Anche per quanto riguarda la leptospirosi i dati del 1987 e 1988 sono provvisori; il numero dei casi per il 1987 è molto diminuito rispetto alla media, mentre è risalito nel 1988 ad un livello costante rispetto agli anni precedenti al 1987. Da notare che vi è sempre una fortissima incidenza al Nord mentre minima è al Sud e nelle Isole (tavola 5.17).

Tavola 5.17 - Leptospirosi: casi denunciati distinti per grandi ripartizioni geografiche

ANNO	Nord	Centro	Sud	Isole	Totale
1980	142	8	1	2	153
1981	117	7	3	3	130
1982	127	16	13	51	207
1983	178	15	—	3	196
1984	97	42	2	3	144
1985	144	19	2	—	165
1986	119	16	3	2	140
1987	37	10	4	1	52
1988	96	7	—	—	103

Fonte: Ministero della Sanità - Dir Gen. Serv. Veterinari

Le altre zoonosi hanno una incidenza minima nel nostro Paese. 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 1988, 34 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 (tavola 5.18).

Tavola 5.18 - Zoonosi notificate in Italia

MALATTIA	1984	1985	1986	1987	1988
Carbonchio	38	38	29	2	7
Echinococcosi	104	68	57	69	57
Ornitosi	59	40	89	53	45
Trichinosi	11	9	179	5	16
Tularemia	32	24	74	23	34

Fonte. Ministero della Sanità - Dir. Gen. Serv. Veterinari

Parassitosi

L'echinococcosi è 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: 5 casi di anchilostomiasi e 27 di schistomiasi. Per altre, seppure le segnalazioni sono rare, ad es. leishmaniosi cutanea e viscerale (in tutto 64 casi nel 1988), 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 (16 casi nel 1988) 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 (240 casi nel 1988) che nel nostro Paese è dovuta soprattutto a tenia saginata nella carne di bue consumata cruda.

Da segnalazioni raccolte dall'Istituto Superiore di Sanità 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 6.000 casi notificati nel 1988 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.

5.9. Malattie infettive da importazione

Nel 1987 e 1988 non sono stati registrati casi di colera, peste e febbre gialla. Si è potuto invece rilevare un aumento dei casi di malaria, tutti di importazione: nel 1986 191 casi; nel 1987 287 casi; nel 1988 circa 350 casi.

Si possono distinguere:

- 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 442 casi nel 1988, 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.

5.10. Morbo di Hansen (lebbra)

Il relativo onere finanziario, che grava sul Fondo sanitario nazionale, è stato per l'anno 1987 di 4 655.150.000.

Da una recente inchiesta è risultato che:

- le fasce di età più colpite sono quelle comprese fra i 45 e 75 anni. Nelle età estreme (5 e 80) la frequenza della malattie è trascurabile:
- la lebbra è autoctona nella maggior parte dei casi;
- la forma più frequente è quella lepromatosa;
- il tipo di assistenza, nel maggior numero dei casi, è ospedaliera (molti pazienti risiedono stabilmente nei reparti ospedalieri);
- pochissimi sono i casi batteriologicamente positivi al momento della compilazione della scheda.

5.11. Infezioni ospedaliere

Su dieci milioni di cittadini che ogni anno entrano in ospedale, almeno un milione contrae un'infezione ospedaliera: questo un primo risultato estrapolato sia da indagini nazionali di prevalenza ed incidenza, che da numerosi studi specifici per aree specialistiche.

Il costo umano ed economico di queste infezioni è molto rilevante; basti pensare all'eccesso di degenza ospedaliera che è causata delle infezioni.

La prevenzione delle infezioni è possibile, ma comporta la modifica delle procedure e dei comportamenti degli operatori sanitari insieme ad un adeguamento culturale e strutturale.

5.12. Malattie dell'apparato respiratorio

Una prima importante fonte è l'indagine che l'ISTAT conduce annualmente su un grande campione di famiglie italiane: su 26.553 persone intervistate in 8.716 famiglie, tra il novembre 1986 e l'aprile 1987, il 45 per cento ha dichiarato di aver sofferto di malattie nelle 4 settimane precedenti l'intervista. Tra questi ultimi ben 19 su cento hanno dichiarato di aver sofferto di una patologia respiratoria acuta.

Gli ultimi dati di mortalità disponibili sono quelli ISTAT del 1985.

In quell'anno sono morte di malattie dell'apparato respiratorio ben 35 mila persone, circa il 7 per cento di tutte le morti.

Quasi 10.000 i decessi per polmoniti e 700 le morti classificate per "influenza", che costituiscono un numero più elevato dei decessi per AIDS nel 1988.

Notevole eclatanza ha nel nostro Paese la meningite meningococcica, con 350 casi notificati nel 1988.

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

Il 1988 è stato un anno epidemico per la vera influenza (da virus influenzali), che ha avuto un grave picco epidemico alla fine dell'anno: è da presumere che una consistente parte della popolazione italiana sia stata colpita da questa patologia.

5.13. Il confronto internazionale

Il nostro Paese si colloca oggi tra i Paesi del centro Europa per quanto riguarda le malattie infettive notificate: sebbene persistono modeste sacche di incidenza di malattie infettive tradizionali, quali la febbre tifoidea, la maggioranza dei tassi di incidenza si colloca nella media dei tassi europei, ben distanti dagli altri Paesi mediterranei, quali Spagna e Grecia, ma anche dai Paesi dell'Europa dell'Est, da quando sono visibili i loro dati.

Va tuttavia tenuto presente che grande è la varietà di sistemi di notifica di malattie infettive tra i Paesi europei, per cui una parte delle differenze o similitudini osservate potrebbe essere attribuibile ai diversi sistemi di notifica.

5.14. 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: potrebbero infatti essere prevenuti con vaccini già da tempo esistenti, sicuri e con effetti collaterali trascurabili. Le raccomandazioni O.M.S. 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, strumento fondamentale per combattere le infezioni legate ai comportamenti umani, quale quelle a trasmissione sessuale, AIDS incluso, ma anche quelle a trasmissione orofecale.

La lotta ai comportamenti devianti, quali la tossicodipendenza, è una tappa fondamentale per la lotta alle malattie infettive, in particolare alle infezioni trasmesse anche per via ematica, tra le quali l'infezione da HIV rappresenta lo spettro degli anni '90.

Il livello di conoscenza della storia naturale delle infezioni, la loro caratterizzazione in Italia, la patogenesi, i meccanismi minimi 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.

INDICATORI O.M.S.:

05.01.01A Nuovi casi di morbillo.

Per l'Italia il dato è di 24.714 per il 1974 (O.M.S.), 15.963 nel 1987, 27.452 nel 1980, 19.004 nel 1987 e 87.471 nel 1988 (Fonti: O.M.S e Istituto Superiore di Sanità).

05.01.03A Casi di difterite.

Per l'Italia il dato è di 258 nel 1974 e di 1 per il 1987 (Fonte: O.M.S.), 1 caso nel 1988 (Fonte: Ministero della Sanità).

05.01.05A Casi di poliomielite acuta.

Per l'Italia il dato è di 9 per il 1974 e di 1 nel 1987 (Fonte: O.M.S.), 1 caso nel 1988 proveniente dall'estero (Fonte: Ministero della Sanità).

05.01.08A Casi di tetano neonatale.

Per l'Italia la cifra relativa è 0 nel 1984 (Fonte: O.M.S.).

05.01.09A Nuovi casi non-indigeni di malaria.

Per l'Italia il dato relativo è 178 nel 1985 (Fonte: O M.S.).

05.01.12A Incidenza della malaria indigena, nuovi casi per centomila.

Per l'Italia tale dato è 0 dal 1970 a tutto il 1985 (Fonte: O.M.S.).

05.01.14A Incidenza del tetano, numero nuovi casi per centomila.

Per l'Italia la cifra è 0,45 nel 1977 e 0,29 per il 1985 (Fonte: O.M.S), 0,3 nel 1988 (Fonte: Ministero della Sanità).

04.03.09A Nuovi casi di AIDS.

Per l'Italia questa cifra è di 4 per l'anno 1983 e 803 nel 1987 (Fonte: O.M.S.), 3008 nel 1988 (Fonte· Ministero della Sanità).

04.03.10A Incidenza dell'epatite, totale, per 100.000.

Per l'Italia questo valore è: 14 per cento nel 1988 (Fonte: Istituto Superiore di Sanità)

04.03.11A Incidenza dell'epatite A, per 100.000.

Per l'Italia questo valore è: 2 per centomila nel 1988 (Fonte: Istituto Superiore di Sanità).

04.03.12A Incidenza dell'epatite B, per 100.000.

Per l'Italia questo valore è: 7 per centomila nel 1988 (Fonte· Istituto Superiore di Sanità).

04.03.13A Incidenza dell'epatite non A non B, per 100.000.

Per l'Italia questo valore è: 3 per centomila nel 1988 (Fonte: Istituto Superiore di Sanità).

04.03.14A Incidenza dell'AIDS, per 100.000.

Per l'Italia questo valore è di 0,01 per l'anno 1983 e di 0,31 nel 1985 (Fonte: O.M.S.), 5,27 nel 1988 (Fonte: Ministero della Sanità).

04.03.20A Incidenza di tutte le malattie a trasmissione sessuale, per 100.000.

Per l'Italia questo valore è: 3,3 nel 1987 (Fonte: ISTAT).

04.03.21A Incidenza della sifilide, per 100.000.

Per l'Italia questo valore è: 1,7 nel 1988.

04.03.22A Incidenza delle infezioni gonococciche, per 100.000.

Per l'Italia questo valore è: 0,9 nel 1988.

04.03.31A Incidenza della pertosse, per 100.000.

Per l'Italia questo valore è di 14,81 nel 1984 e di 27,02 nel 1985 (Fonte: O.M.S.), 14,7 nel 1988 (Fonte: Ministero della Sanità).

L'O.M.S. contempla anche i seguenti indicatori:

- 05.01.06A Casi di sifilide congenita;
- 05.01.07A Casi di rosolia congenita;
- 04.02.02A Incidenza della tubercolosi, per 100.000;
- 04.03.23A Incidenza di altre malattie a trasmissione sessuale, per 100.000.

RICERCHE PROPOSTE DALL'O.M.S.:

A) Malattie infettive;
B) Malattia reumatica.

CAPITOLO 6

LA PATOLOGIA NON INFETTIVA

6.1. Patologia genetica

La ragione principale che sottolinea la rilevanza sanitaria e sociale della prevenzione delle patologie congenite (malformazioni congenite e malattie genetiche in senso stretto) è che in conseguenza della ridotta diffusione di altre patologie (specie le infettive) sono divenute la principale causa di morbosità e mortalità in età pediatrica nei Paesi dell'Occidente industrializzato.

Le statistiche sono chiare: le malformazioni congenite e le malattie genetiche colpiscono il 3 per cento di tutti i nati vivi; sono responsabili del 30 per cento circa dei ricoveri ospedalieri nei reparti pediatrici, del 25 per cento della mortalità infantile.

Ancora più importante del tasso di mortalità è, dal punto di vista individuale e collettivo, quello della morbosità.

Le malattie genetiche e quelle congenite sono responsabili di più dell'85 per cento dei casi di ritardo psicomotorio di handicap mentale e/o fisico e, secondo il BOHE (British Office of Health Economics), più del 5 per cento di bambini di sette anni di età presenta forme di disabilità dovuta a malattie genetiche e congenite. Inoltre malattie croniche ad etiologia totalmente o parzialmente genetica interessano attualmente il 15 per cento della popolazione adulta. Pertanto esiste evidenza, dalle indagini epidemiologiche, che la percentuale più significativa della patologia dei bambini e dell'adulto ha un determinismo genetico. È evidente quindi che la diagnosi precoce e, quando possibile, il trattamento precoce, il controllo longitudinale rappresentano uno degli impegni emergenti di maggiore rilevanza della pediatria sociale.

La patologia genetica comprende

- anomalie cromosomiche;
- mutazioni mendeliane (patologia monofattoriale);
- fenotipi multifattoriali (interazione gene-ambiente)

Le anomalie cromosomiche sono alterazioni del numero o della struttura dei cromosomi. Sono le anomalie più frequenti al concepimento, in quanto è noto che il 50 per cento dei prodotti del concepimento presenta un'alterazione dei cromosomi. La selezione naturale elimina attraverso l'aborto spontaneo oltre il 94 per cento degli zigoti anomali. Tale selezione si verifica soprattutto nei primissimi giorni dopo il concepimento e comunque la maggior parte degli aborti genetici si verifica entro il primo trimestre di gravidanza.

Una parte significativa della selezione avviene tuttavia anche in epoca perinatale: infatti la prevalenza delle anomalie cromosomiche tra i nati morti e le morti perinatali è di circa il 5/7 per cento. La frequenza dei neonati con anomalia del cariotipo è di circa

l'1 per cento e circa due terzi di queste patologie sono clinicamente rilevabili. La più frequente delle anomalie cromosomiche è la sindrome di Down la cui incidenza è di circa 1:700 nati vivi.

Le mutazioni mendeliane sono alterazioni di singoli geni. Circa l'1 per cento dei nati vivi è portatore di una patologia dovuta ad una di queste mutazioni che sono classificabili in:

a) autosomiche dominanti (totali 0,6-7,0/1.000) come per esempio l'ipercolesterolemia familiare (1:500), la corea di Huntington (1:500), il rene policistico tipo adulto (1:1.000), la sordità-cecità (1:10.000), l'acondroplasia(1:25.000);

b) autosomiche recessive (totali 0,9-2,5/1.000). Fanno parte di questo gruppo le talassemie (portatori del gene 1:15 in Sardegna), la fibrosi cistica (1:2.000), la fenilchetonuria (1:10.000), le mucopolisaccaridosi (1:25.000);

c) legate al cromosoma X (totali 0,30-0,7/1000) come il ritardo mentale legato alla X (1.2000), la distrofia muscolare di Duchenne (1:3500), l'emofilia (1:10.0000). La patologia multifattoriale è dovuta all'interazione tra specifiche caratteristiche genetiche e l'ambiente. E' alla base della maggior parte delle malformazioni congenite come ad esempio le cardiopatie (1:180 nati vivi), la labiopalatoschisi (1:1.000 nati vivi), i difetti del tubo neurale (1:1.000 nati vivi) e della maggior parte delle malattie comuni dell'adulto come il diabete, l'ipertensione, l'ulcera peptica, l'artrite reumatoide, l'epilessia essenziale, la schizofrenia e la psicosi maniacodepressiva.

Gli interventi disponibili per il controllo della patologia genetica sono essenzialmente finalizzati alla sua prevenzione. Infatti il trattamento è, nella maggior parte dei casi, sintomatico e solo in pochi casi ci si può avvalere di una terapia specifica.

La ricerca in questo settore è attiva ma non è realisticamente prevedibile poter ottenere in tempi brevi risultati adeguati alle aspettative.

La prevenzione non può essere effettuata in forma globale nei confronti di tutta la patologia ereditaria: ciò in ragione del fatto che molti difetti derivano per mutazione recente (cromosomica o genetica) nella gametogenesi parentale e come tali non sono predicibili. Inoltre la patologia di tipo multifattoriale deriva dall'interazione tra caratteristiche genetiche presenti nei genitori ma non rilevabili a livello di diagnosi di laboratorio e pertanto non è in genere prevedibile il suo rischio di occorrenza a livello di singolo prodotto di concepimento. La prevenzione può essere perciò attuata solo per una patologia che segrega in una specifica famiglia o quando a livello di una determinata coppia siano presenti fattori di rischio come ad esempio è il caso dell'età materna avanzata (rischio di aneuploidie cromosomiche) o la consanguineità della coppia (rischio di patologia mendeliana autosomica recessiva).

La sede ideale per affrontare i problemi della prevenzione dell'handicap genetico è la consulenza genetica basata sull'attenta raccolta anamnestica della famiglia che richiede l'informazione, l'accurata diagnosi di patologie presenti nella famiglia e di fattori di rischio riproduttivo, la definizione del rischio di occorrenza di una determinata patologia e gli strumenti per evitarla o per diagnosticarla in fase precoce attraverso la diagnosi prenatale.

Sono compiti della competenza genetica anche il supporto terapeutico e l'assistenza psicologica alla famiglia.

Gli sviluppi culturali e tecnologici (le tecniche di genetica molecolare, la diagnosi prenatale) verificatisi in questi ultimi venti anni hanno enormemente ampliato le possibilità di diagnosi e le conoscenze etiologiche di molte patologie. Conseguentemente, da una parte sono aumentate enormemente le richieste diagnostiche e dall'altra si rende

improrogabile la necessità di programmazione dei servizi. Per la diagnosi, la prevenzione e lo studio delle malattie genetiche e dei difetti congeniti in generale sono necessari:

a) servizi adeguati in grado di svolgere anche una consulenza genetica;

b) laboratori specializzati per la diagnostica pre e post natale;

c) personale professionalmente preparato;

d) attrezzature adeguate al progresso tecnologico.

In Italia, fino ad ora, non esiste, su scala nazionale, una programmazione dei servizi di genetica clinica e dei laboratori specializzati per la diagnostica delle malattie genetiche.

Esistono sicuramente valide strutture e competenze di notevole livello sorte spontaneamente senza alcuna programmazione sul territorio. La proposta di piano sanitario nazionale prevede nell'ambito del progetto obiettivo materno-infantile l'istituzione di servizi di genetica clinica e di laboratori per la diagnosi e per la prevenzione delle malattie ereditarie.

Alcune regioni hanno regolamentato le loro scelte di intervento e relativi parametri come per esempio il Veneto, l'Emilia-Romagna, la Sardegna. Altre regioni invece si avvalgono dei servizi di genetica, esistenti nell'ambito territoriale della regione collocati soprattutto presso strutture universitarie, istituti scientifici, enti ospedalieri in convenzione (Ospedale "Galliera" di Genova e Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza" di S. Giovanni Rotondo). In Liguria è stato riconosciuto dalla regione un centro studi ed il Ce.Pi.M. specifico per la sindrome di Down presso l'Ente ospedaliero "Galliera" di Genova.

In Italia non esistono censimenti ufficiali sulla prevalenza delle diverse patologie congenite, la maggior parte dei dati sull'epidemiologia sono stati derivati da rilievi effettuati al di fuori dell'Italia o ottenuti nel nostro Paese attraverso iniziative per lo più personali. Le malattie screenate, tranne l'ipotiroidismo e la fenilchetonuria che sono costantemente ricercate, variano da regione a regione determinando tra l'altro una notevole dispersione dei fondi e una scarsa significatività dei risultati.

Sono disponibili invece indagini sui laboratori svolte dalle associazioni scientifiche:

– l'Associazione italiana di Citogenetica Medica (AICM) ha censito i laboratori italiani e gli esami eseguiti nel 1985, elenco attualmente in corso di aggiornamento;

– la Società italiana per lo Studio degli Errori Congeniti del Metabolismo (SISECM) ha censito i centri e i laboratori per la diagnosi delle malattie metaboliche, elenco di recente pubblicazione;

– Le Società italiane che confluiscono nella Federazione Italiana per lo studio delle malattie ereditarie (FISME) hanno in via di elaborazione un elenco riguardante i servizi e i laboratori di biologia molecolare e i consultori genetici.

INDICATORI O.M.S.:

04.08.00 Incidenza di disordini genetici, per 100.000 nati vivi.

04.08.01 Incidenza della talassemia, per 100.000 nati vivi.

04.08.02 Incidenza della malattia emolitica, per 100.000 nati vivi.

04.08.03 Incidenza della sindrome di Down, per 100.000 nati vivi.

04.08.04 Incidenza della distrofia muscolare di Duchenne, per 100.000 nati vivi.

04.08.05 Incidenza della fenilchetonuria, per 100.000 nati vivi.

04.08.06 Incidenza della spina bifida, per 100.000 nati vivi.

04.08.07 Incidenza dell'anencefalia, per 100.000 nati vivi.

04.08.08 Incidenza dei difetti del tubo neurale, per 100.000 nati vivi.

04.09.01 per cento della popolazione inabile al lavoro a lungo termine.

RICERCHE PROPOSTE DALL'O.M.S.:

A) Condizioni genetiche e malformazioni congenite.

6.2. Patologia cardiocircolatoria

Obiettivo specifico (O.S.) europeo n. 9:

Entro il 2000, nella Regione Europea, la mortalità dovuta a malattie dell'apparato circolatorio, nei soggetti con meno di 65 anni, dovrebbe essere ridotta almeno del 15 per cento.

Strategia nazionale:

La lotta alle malattie cardiovascolari costituisce il programma n. 7 delle azioni programmate previste nella proposta di Piano sanitario nazionale.

Le malattie cardiovascolari costituiscono le principali cause di mortalità e morbosità e, inoltre, sono responsabili di condizioni di disabilità, soprattutto della popolazione anziana.

Nei Paesi europei la mortalità per malattie cardiovascolari oscilla tra il 15 ed il 25 per cento di tutte le cause di morte, variando i vari tassi da Paese a Paese.

Nel nostro Paese, il 30 per cento delle morti, che avvengono nella fascia di età 35-64 anni, sono dovute alle malattie cardiovascolari, costituendo, nel caso specifico, la seconda causa di morte dopo quella per tumori (40 per cento).

Di contro, tale rapporto si inverte, considerando l'insieme delle classi di età successive, dove la mortalità per malattie cardiovascolari raggiunge e supera il 50 per cento di tutte le morti, a fronte del 20 per cento, circa, delle morti per tumore.

In Italia, il 95 per cento, circa, della mortalità per malattie cardiovascolari è di origine arteriosclerotico-ipertensiva (tavola 6.1).

Il 30 per cento di questi decessi è dovuto ad accidenti cerebrovascolari, il 35 per cento, circa, è sicuramente attribuibile alla cardiopatia ischemica, mentre il 35 per cento risulta relativo a casi non specificamente classificabili.

Il rimanente 5 per cento della mortalità per tale patologia è dovuto a cardiopatie congenite, cardiopatie reumatiche e cuore polmonare cronico.

I dati relativi ai ricoveri per infarto miocardico chiariscono il rapporto tra malattie cardiovascolari e fattori di rischio: il 10 per cento dei pazienti risulta di età inferiore a 45 anni; di questi il 95 per cento è di sesso maschile e, in maggioranza, ha una anamnesi negativa per cardiopatia pregressa.

La presenza di fattori di rischio risulta in questo caso elevata e gli stessi sono frequentemente associati: in particolare, circa il 40 per cento ha una storia familiare positiva per cardiopatia ischemica, l'80 per cento fuma e il 30 per cento è iperteso.

Tavola 6.1 - Malattie cardiovascolari - Anno 1987

Reumatismo articolare acuto e cardiopatie reumatiche	2.291
Ipertensione	15 192
Infarto miocardico acuto	39.800
Altre malattie ischemiche del miocardio	28.276
Malattie croniche dell'endocardio	1.312
Degenerazioni del miocardio	36.306
Disturbi circolatori dell'encefalo	74.663
Altre dell'apparato cardio-circolatorio	36.872

Fonte: ISTAT- Annuario statistico italiano

La popolazione anziana, con età superiore a 65 anni, rappresenta il 30-40 per cento dei ricoveri per infarto miocardico acuto; rispetto alle classi di età inferiore, il sesso femminile è maggiormente rappresentato (40 per cento), mentre più frequentemente

è presente una anamnesi positiva per infarto pregresso (28 per cento), angina (48 per cento), scompenso cardiaco (21 per cento).

In linea generale si può affermare, come risulta anche dai trials preventivi, svolti nell'ambito del "Progetto Romano di Prevenzione della Cardiopatia Coronarica" e del Progetto Finalizzato C N.R. "Arterosclerosi", che i fattori di rischio per le cardiovasculopatie arteriosclerotico-ipertensive maggiormente imputati sono risultati modificabili, in modo sostanziale e prolungato, e tali modificazioni possono considerarsi potenzialmente utili ai fini della prevenzione.

Ciò in accordo anche con quanto riscontrato in studi eseguiti in altri Paesi.

INDICATORI O.M.S.:

09.01.01A Tasso di mortalità, 0-64 anni, per malattie dell'apparato circolatorio (CIM: 390-459), per centomila.

Per l'Italia il dato è 90,72 per il 1970, 81,95 nel 1980 e 6,64 per il 1983 (Fonte: O.M.S.)

09.01.02A Tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio, tutte le età, per centomila.

Per l'Italia tale cifra è di 478,97 per il 1970, 424,71 nel 1980 e 425,73 per il 1983 (Fonte: O.M.S.), 447,0 per il 1987 (Fonte: ISTAT).

09.02.01A Tasso di mortalità per malattie ischemiche del miocardio, 0-64 anni, per centomila (410-414).

Per l'Italia tale dato è 36,92 nel 1970, 35,93 per il 1980 e 34,29 nel 1983 (Fonte: O.M.S.).

09.02.02A Tasso di mortalità per malattie ischemiche del miocardio, tutte le età, per centomila.

Per l'Italia la cifra è di 145,65 per il 1970, 129,24 nel 1980 e 128,87 per il 1983 (Fonte: O.M S.).

09.03.01A Tasso di mortalità per malattie cerebrovascolari, 0-64 anni, per centomila (430-438).

Per l'Italia tale cifra è 25,22 per il 1970, 19,88 nel 1980 e 18,11 per il 1983 (Fonte: O.M.S.).

09.03.02A Tasso di mortalità per malattie cerebrovascolari, tutte le età, per centomila.

Per l'Italia il dato è 141,64 nel 1970, 119,12 per il 1980 e 121,84 per il 1983 (Fonte: O.M.S.).

RICERCHE PROPOSTE DALL'O.M.S.:

A) Valutazione delle misure preventive e fattori di riduzione del rischio;

B) Impiego della ricerca genetica.

6.3. Patologia endocrina

6.3.1. *Diabete*

Dal censimento delle strutture diabetologiche, coordinato dalla Direzione generale dei servizi di Medicina sociale del Ministero della Sanità si sono avuti i seguenti dati: al 3-5-1988 hanno risposto al questionario 416 USL su 673 totali. In queste USL risultano operanti 295 strutture pubbliche e 16 private convenzionate (tavola 6.2); 105 sono le USL che risultano prive di strutture diabetologiche. Il totale dei soggetti assistiti è di 709.840.

Osservando la tavola contenente i dati, anche se parziali, sul numero delle strutture, si può constatare che, nel nostro Paese, esiste una rete di servizi diabetologici abbastanza estesa e che copre, con una certa omogeneità, l'intero arco del territorio nazionale.

Appare abbastanza indicativo il dato di prevalenza dei soggetti diabetici seguiti dalle strutture, quantificati in circa 700 mila. Il dato tuttavia può essere stato falsato dal fatto che alcuni servizi possono avere fornito, più che il numero dei pazienti, il numero delle visite effettuate.

Un dato più preciso sarà disponibile quando si concluderà l'indagine a campione in 13 USL italiane uniformemente distribuite fra Nord, Centro e Sud che il Ministero ha avviato da qualche tempo, affidandola a nuclei di ricercatori che lavorano in ciascuna delle USL prescelte. Attraverso questa indagine, sarà possibile ricavare elementi attendibili sulla prevalenza dei vari tipi di diabete, sui tipi di terapia ed indicazioni sull'incidenza del diabete noto.

Va rilevato che, in valore assoluto, la Lombardia con 152.715 soggetti diabetici e l'Emilia-Romagna con 83.317 risultano di gran lunga le regioni con maggior numero di affetti della malattia. Ma è l'Emilia-Romagna che presenta il più alto indice diabetici/popolazione.

In ottemperanza a quanto disposto dalla legge 16 marzo 1987 n. 115, il Consiglio sanitario nazionale col parere n. 73 ha ripartito per il 1987 la quota di lire 6 miliardi e 400 milioni (tavv. 6.3 e 6.4) e per il 1988, con i pareri n. 10 e n. 25, la somma di lire 8 miliardi.

Tavola 6.2 - Censimento delle strutture diabetologiche esistenti in Italia

(dati aggiornati al 3 maggio 1988· 416 USL su 673)

REGIONE	Numero schede spedite	Numero risposte	Strutture pubbliche convenz	Strutture private 2 anni	Paz seg ultimi	N USL prive di str diab	Pop stim al dic 1985
Valle d'Aosta	1	1	1	—	870	—	113.855
Piemonte	54	42	31	1	66.546	10	4 389 430
Lombardia	99	82	62	5	152 715	15	8 876787
P a Bolzano	4	4	4	4	5 273	—	435 377
P.a. Trento	11	9	7	—	6 610	2	444 860
Veneto	36	33	27	—	81 861	6	4.372 869
Friuli-Venezia Giulia	12	11	10	—	35.884	1	1.214.557
Liguria	20	14	11	—	12.488	3	1 758 961
Emilia-Romagna	41	29	26	1	83.317	2	3.931 014
Toscana	40	19	18	—	32.786	1	3 571.538
Umbria	12	5	4	—	5 863	1	817 852
Marche	24	11	9	—	17 129	2	1 426.965
Lazio	59	30	14	2	63.047	14	5 115.125
Abruzzo	15	12	9	—	13 339	3	1.254.129
Molise	7	6	4	—	4 058	2	334 195
Campania	61	24	11	7	23.628	6	5.690 431
Puglia	55	27	8	—	16.742	10	4.026.151
Basilicata	7	7	3	—	11 235	4	620.260
Calabria	31	11	10	—	21 714	1	2 139 301
Sicilia	62	31	19	—	36 466	12	5 112.073
Sardegna	22	8	7	—	18.261	12	5.112.073
Italia	**673**	**416**	**295**	**16**	**709.840**	**105**	**57.290.515**

Fonte Ministero della Sanità - Dir Gen. Serv. di Medicina Sociale

Tavola 6.3 - Ripartizione quota per la prevenzione e cura del diabete mellito

(in migliaia)

REGIONE	Quota per popolaz	Quota in parti ug	Morti per diabete	Quota in prop morti	Totali	
Piemonte	4.394 312	245.826	76.190	1.271	123 099	445 115
Valle d'Aosta	113.714	6.361	76 190	19	1.840	84.391
Lombardia	8 881.683	496 857	76.190	2 174	210 557	783 604
P a. Bolzano	434.361	24.299	76.190	83	8.039	108.528
P a Trento	444.229	24.851	76 190	84	8.136	109.177
Veneto	4 370 533	244 495	76.190	990	95 884	416 569
Friuli-Venezia Giulia	1.219.556	68.224	76.190	461	44 649	189 063
Liguria	1.771 319	99.091	76 190	638	61.792	237 073
Emilia-Romagna	3.939 289	220.371	76.190	929	89.976	386.537
Toscana	3.576.508	200 076	76.190	1 023	99 080	375 346
Umbria	816.939	45 701	76.190	229	22.179	144.070
Marche	1.425.734	75.758	76 190	397	38.450	194399
Lazio	5.101.641	285.399	76 190	2.012	194 867	556 453
Abruzzo	1.250.057	69.930	76.190	412	39 903	186.024
Molise	333 502	18 657	76.190	107	10.363	105.211
Campania	5.651 200	316.138	76.190	1 787	173.075	565.404
Puglia	4.005.226	224.059	76 190	1.130	109 443	409 693
Basilicata	618.647	34.608	76 190	136	13 172	123.971
Calabria	2.131.412	119 235	76.190	537	52.010	247.436
Sicilia	5.084 311	284.425	76.190	1.723	166.877	527 493
Sardegna	1.638.172	91.643	76.191	378	36.609	204 443
Italia	**57.202.345**	**3.200.000**	**1.600.000**	**16.520**	**1.600.000**	**6.400.000**

Fonte. Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica

Tavola 6.4 - Fondo sanitario nazionale - Parte corrente 1988: ripartizione quota per la prevenzione e cura del diabete mellito

(in migliaia di lire)

REGIONE	
Piemonte	595 738
Valle d'Aosta	13.735
Lombardia	1 331 346
P a. Bolzano	51.785
P a. Trento	69.079
Veneto	617 559
Friuli-Venezia Giulia	202 637
Liguria	232 463
Emilia-Romagna	611 441
Toscana	480.472
Umbria	122.807
Marche	216.846
Lazio	658.474
Abruzzo	184.518
Molise	52 278
Campania	756.768
Puglia	495.827
Basilicata	81.391
Calabria	274 979
Sicilia	699.959
Sardegna	249.897
Totale	**8.000.000**

Fonte. Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica.

6.3.2. *Ipotiroidismo congenito (I.C.)*

Nel 1987 i centri di screening operanti in Italia sono stati 19, anziché 17 come l'anno precedente. Sono sorti infatti a Napoli 2 nuovi centri: il primo, in gennaio, presso l'Ospedale SS. Annunziata, il secondo, in luglio, presso il Presidio Multizonale di Prevenzione (P.M.P.) dell'USL n. 40.

L'attuale distribuzione dei centri operanti sul territorio nazionale è rappresentata nella figura 6.1.

CENTRI PER L'IPOTIROIDISMO CONGENITO OPERANTI IN ITALIA NEL 1987

1 - Torino
2 - Milano
3 - Verona
4 - Genova
5 - Bologna
6 - Pisa
7 - Siena
8 - Firenze
9 - Fano
10 - Roma (C. Olig. Dismet. e Toroide)
11 - Roma (C.R.I.)
12 - Napoli (Osped. SS. Ann.)
13 - Napoli (P.M.P.)
14 - Foggia
15 - Bari
16 - Brindisi
17 - Lecce
18 - Taranto
19 - Cagliari

Fonte: Istituto Superiore di Sanità

Fig. 6.1

PAGINA BIANCA

Nella tavola 6.5 figurano, le percentuali di neonati sottoposti a screening nei bacini di utenza dei singoli centri ed il confronto con quelle del 1986. Da questa tavola risulta che vi è stato un netto miglioramento della percentuale di screening in quasi tutti i centri. Si evidenzia inoltre il consolidamento di percentuali superiori al 90 per cento in quei centri che avevano raggiunto questo traguardo già nel 1986 o ancora prima.

Un sensibile incremento della percentuale di screening si è verificato presso il centro di Fano (+ 4 per cento) e nelle Puglie (+ 5,5 per cento); i due centri di Napoli hanno globalmente screenato il 40 per cento dei nati nella Campania, mentre Cagliari ha fatto registrare una diminuzione del 7 per cento, in parte dovuta alla temporanea interruzione dell'attività durante il mese di dicembre.

Tavola 6.5 - Confronto tra le percentuali di neonati sottoposti a screening nelle regioni o bacini di utenza dei 19 centri italiani operanti nel 1987

CENTRO	% di neonati sottoposti a screening		Differenza
	1986	1987	
Torino	96,5	98,0	+ 1,5
Milano	97,0	98,0	+ 1,0
Verona	97,5	98,0	+ 0,5
Genova	98,5	98,5	—
Bologna	99,0	100,0	+ 1,0
Pisa	94,0	95,5	+ 1,5
Siena	95,8	98,0	−0,5
Firenze	98,0	97,0	−1,0
Fano	92,0	96,0	+ 4,0
Roma (C Olig. Dismet e Tiroide)	65,0	66,0	+ 1,0
Roma (C.R.I.)	82,0	84,0	+ 2,0
Napoli (Osped SS. Ann)	—	19,5	+ 19,5
Napoli (P M P.)	—	21,0	+ 21,0
Foggia	—	—	—
Bari	—	—	—
Brindisi	90,5	95,5	+ 5,5
Lecce	—	—	—
Taranto	—	—	—
Cagliari	67,0	60,0	−7,0

Fonte. Istituto di Clinica Pediatrica - Università di Parma.

Nel 1987 il tasso di copertura regionale dello screening è stato:

1) maggiore del 90 per cento in 12 regioni, che sono Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Lazio e Puglia;

2) compreso tra il 60 e il 79 per cento in Sardegna, Umbria ed Abruzzo;

3) compreso tra il 40 e il 59 per cento nel Molise e in Campania;

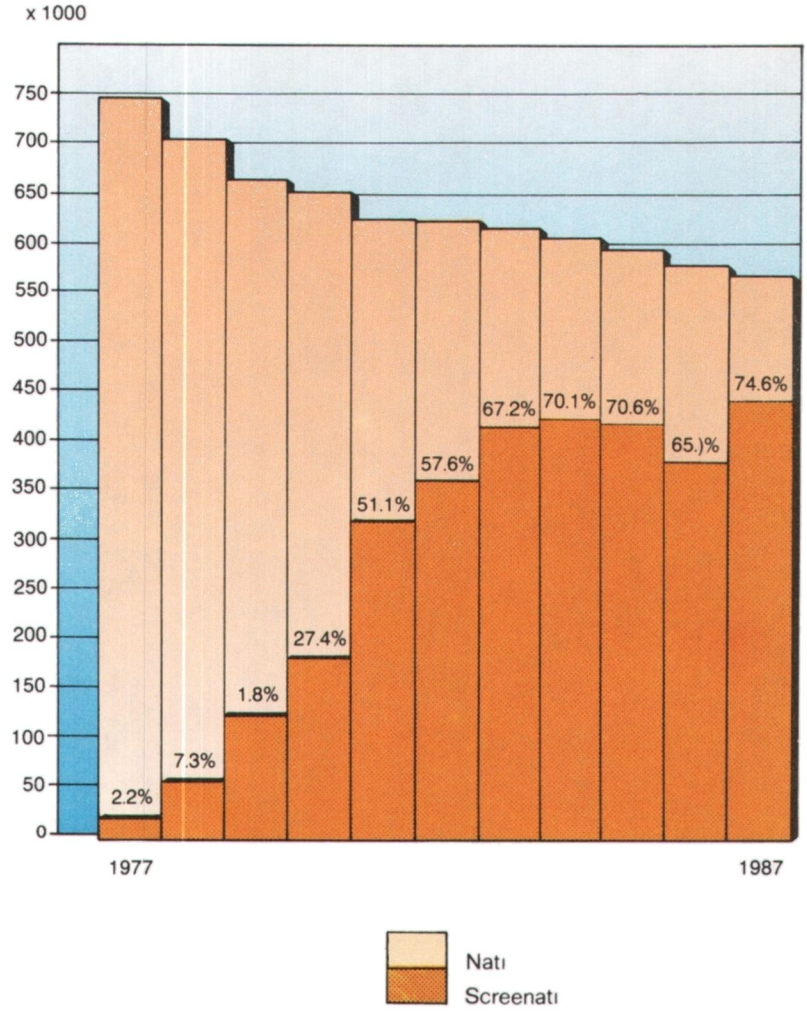
4) inferiore al 40 per cento in Calabria ed in Sicilia.

Nel 1987, in Italia, sono stati sottoposti a screening neonatale per l'I.C. 414.439 bambini, pari al 74 6 per cento dei nati, con un incremento di quasi il 10 per cento rispetto al 1986. Questo è il valore più elevato che sia mai stato raggiunto dall'inizio dell'attività di screening (figura 6.2) ed è dovuto sia alla ripresa dello screening a Napoli, che all'incremento dell'attività registrata in quasi tutti i centri del territorio nazionale.

Grazie allo screening, sono stati individuati 150 nuovi casi di I.C. e pertanto l'incidenza dell'I.C. nel 1987 è stata di 1 caso ogni 2.763 screenati: un po' più elevata che negli anni precedenti (figura 6.3).

L'incidenza nazionale dell'I.C., calcolata su oltre 3 milioni di screenati, e per un totale di 997 ipotiroidei diagnosticati dal 1977 al 1978, è invece di 1/3.080.

TASSO DI COPERTURA NAZIONALE DELLO SCREENING PER IPOTIROIDISMO CONGENITO

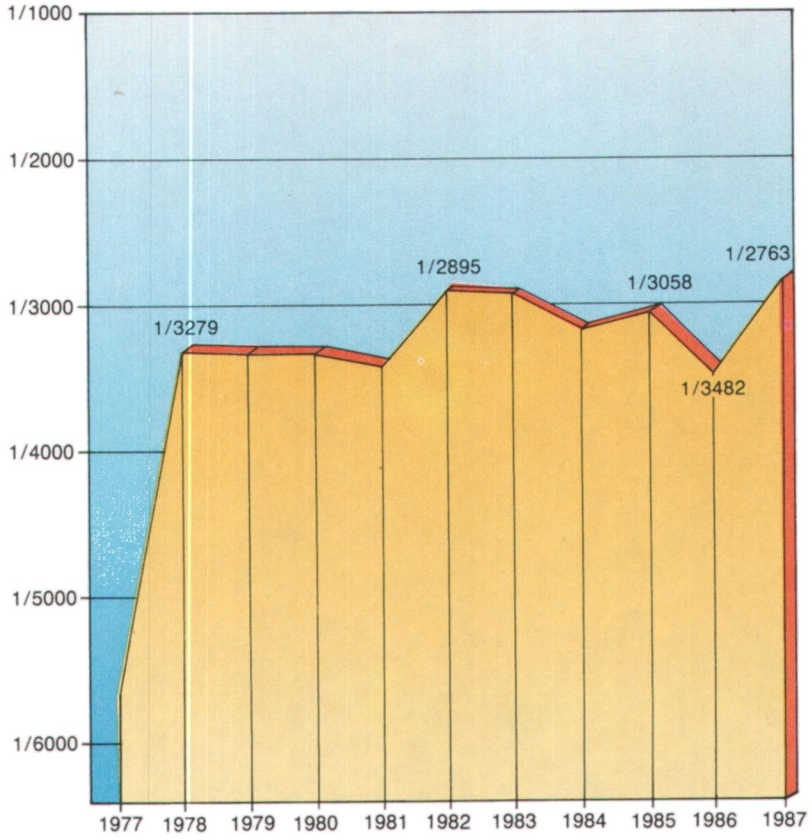


Fonte: Istituto Superiore di Sanità

Fig. 6.2

PAGINA BIANCA

MEDIA NAZIONALE DELL'INCIDENZA DELL'IPOTIROIDISMO CONGENITO IN ITALIA DAL 1977 al 1987



Fonte: Istituto Superiore di Sanità

Fig. 6.3

PAGINA BIANCA

Nel 1987, il Ministero della Sanità, ha dato inizio al Progetto Pilota del Registro Nazionale degli Ipotiroidei Congeniti, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità.

Il Progetto si è proposto di standardizzare tre schede informatizzate, i flussi di raccolta dati e di ritorno dell'informazione necessari all'istituzione del registro stesso.

Le schede sono state distribuite a tutti i Centri di screening ed è iniziata, di fatto, la raccolta dei dati riguardanti il Registro.

All'I.S.S. sono pervenute 139 schede relative ad altrettanti bambini con I.C., diagnosticati per mezzo dello screening neonatale tiroideo.

6.4. Patologia neoplastica

Obiettivo specifico (O.S.) europeo n. 10:

Entro il 2000, nella Regione Europea, la mortalità per cancro in soggetti sotto i 65 anni dovrebbe essere ridotta almeno del 15 per cento.

Strategia nazionale:

La riduzione della mortalità per cancro è legata ad una serie di interventi: controllo dell'inquinamento dell'aria, prevenzione, diagnosi precoce e terapia della patologia neoplastica.

Le morti per patologie neoplastiche sono state per il 1987 139.624. Il tasso di mortalità per tumori maligni in Italia, in tutte le età e per centomila abitanti, era di 188,45 per il 1970, 198,44 nel 1980, 209,70 per il 1983 e 236,7 per il 1986.

La strategia nazionale per tale patologia, che rappresenta la seconda causa di morte nel Paese, prevede linee di azione legate ad una serie di interventi, da quelli per ridurre l'inquinamento dell'aria alle linee strategiche per la prevenzione, la diagnosi precoce e la terapia della patologia neoplastica e l'azione programmata "oncologia" prevista nel Piano sanitario nazionale.

L'azione pubblica nel settore della prevenzione è rivolta essenzialmente all'abbattimento dei tumori occupazionali, che, in alcuni settori, può considerarsi ormai acquisito.

La campagna europea contro i tumori si propone soprattutto di sottolineare il ruolo della prevenzione e di superare i problemi di ordine emotivo a volte irrazionali che determinano ripercussioni negative sia sui malati che sui familiari.

INDICATORI O.M.S.:

10.01.01A Tasso di mortalità per tumori maligni, 0-64 anni, per centomila.

Per l'Italia tale dato era 93,49 nel 1970, 97,40 nel 1980 e 99,76 per il 1983 (Fonte: O.M.S.).

10.01.02A Tasso di mortalità per tumori maligni, tutte le età, per centomila (CIM: 140-234).

Per l'Italia questa cifra è 188,45 per il 1970, 198,44 nel 1980 e 209,70 per il 1983 (Fonte: O M.S.), 236,7 per il 1986 (Fonte: ISTAT).

10.02.01A Tasso di mortalità per tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni, 0-64, per centomila (CIM: 162).

Per l'Italia questo dato è 16,22 per il 1970, 22,56 nel 1980 e 23,76 per il 1983 (Fonte: O.M.S.).

10.02.02A Tasso di mortalità per tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni, tutte le età, per centomila.

Per l'Italia questa cifra è 27,01 per il 1970, 39,39 nel 1980 e 42,11 per il 1983 (Fonte: O.M.S.), 47,2 per il 1986 (Fonte: ISTAT).

10.03.01A Tasso di mortalità per cancro cervicale, 0-64 anni, per centomila (CIM: 180).

Per l'Italia questo dato è 1,68 per il 1970, 1,03 nel 1980 e 0,79 per il 1983 (Fonte: O.M.S.).

10.03.02A Tasso di mortalità per cancro cervicale, tutte le età, per centomila.

Per l'Italia il dato è 2,23 per il 1970, 1,49 nel 1980 e 1,21 per il 1983 (Fonte: O.M.S.).

10.05.01A Tasso di mortalità per neoplasma maligno della mammella, 0-64 anni, per centomila.

Per l'Italia il dato è 17,23 per il 1970, 17,94 nel 1980 e 19,11 nel 1983 (Fonte: O.M.S.).

10.05.02A Tasso di mortalità per neoplasma maligno della mammella, tutte le età, per centomila.

Per l'Italia la cifra è 24,65 per il 1970, 26,85 nel 1980 e 28,86 nel 1983 (Fonte: O.M.S.), 17,4 per il 1986 (Fonte: ISTAT).

RICERCHE PROPOSTE DALL'O.M.S.:

A) Ricerca multidisciplinare in merito ai fattori di rischio;
B) Screening per una diagnosi precoce;
C) Ricerche sulla diagnosi, la cura e la riabilitazione.

PAGINA BIANCA

CAPITOLO 7

LE CAUSE DI MORTE DEGLI ITALIANI

Nel 1987, anno per il quale sono note le incidenze per grandi gruppi di cause, sono stati registrati 524.999 decessi (indipendentemente dalla residenza), circa 20.000 in meno del 1980. Nei grandi gruppi di cause, gli spostamenti più o meno vistosi rispetto al 1980 si registrano per i tumori, 18.000 decessi in più, e per le malattie del sistema circolatorio, 26.000 decessi in meno. I primi passano dal 22,3 per cento al 26,6 per cento del numero totale di morti, i secondi dal 47,8 per cento al 44,7 per cento. Il 71 per cento della mortalità è riconducibile a questi due gruppi di cause (tavola 7.1).

Tavola 7.1 - Numero assoluto di morti per grandi gruppi di cause e percentuale rispetto al totale dei decessi

CAUSA	1980		1987	
	Numero	%	Numero	%
Infettive e parassitarie	3 377	0,6	2.133	0,4
Tumori	121.395	22,3	139.624	26,6
Disturbi psichici e malattie del sist. nerv e organi dei sensi.	7 601	1,4	11 391	2,2
Sistema circolatorio	260.049	47,8	234.712	44,7
Apparato respiratorio	38 665	7,1	33.546	7,1
Apparato digerente.	32.421	6,0	28 542	5,4
Sintomi, segni e stati morbosi male definiti	16.130	3,0	14.014	2,7
Cause esterne dei traumatismi e avvelenamenti.	29 397	5,4	27.423	5,2
Altre.	35.319	6,5	33.614	6,4
Totale	**44.354**	**100,0**	**524.999**	**100,0**

Fonte: ISTAT - Annuario Statistico Italiano.

Poiché variazioni apprezzabili dei tassi di mortalità avvengono in tempi lunghi, sono considerati come anni di riferimento sia il 1980 che il 1970.

Per i maschi il tasso di mortalità, considerando tutte le età, diminuisce in media dell'1 per cento all'anno. Infatti esso è passato dal 106,1 per 10.000 del 1970 al 97,1 del 1980, all'89,4 del 1985; nel 1985 le riduzioni sono del 15,7 per cento rispetto al 1970 e del 7,9 per cento rispetto al 1980. Per le donne le riduzioni sono più consistenti ed i tassi sono passati da 90,9 per 10.000 del 1970 al 77,3 del 1980 (-18 per cento), e, quindi, al 68,1 del 1985 (-11,9 per cento rispetto al 1980). Complessivamente, in 15 anni, si è osservata una riduzione del 25 per cento. Tali variazioni non sono riconducibili alla ridu-

zione della sola mortalità infantile o giovanile, ma interessano, anche se in modo differenziato, tutte le classi di età di ambedue i sessi. Rispetto al 1970, per il sesso femminile, il tasso si è ridotto del 36 per cento per la classe di età 25-44, di circa il 28 per cento per le classi 45-64 e 65-74 e del 18 per cento per l'ultima classe.

Per gli uomini, la riduzione è stata del 28 per cento per la classe 25-44, di circa il 15 per cento per le classi 45-64 e 65-74 e del 4 per cento al di là dei 75 anni.

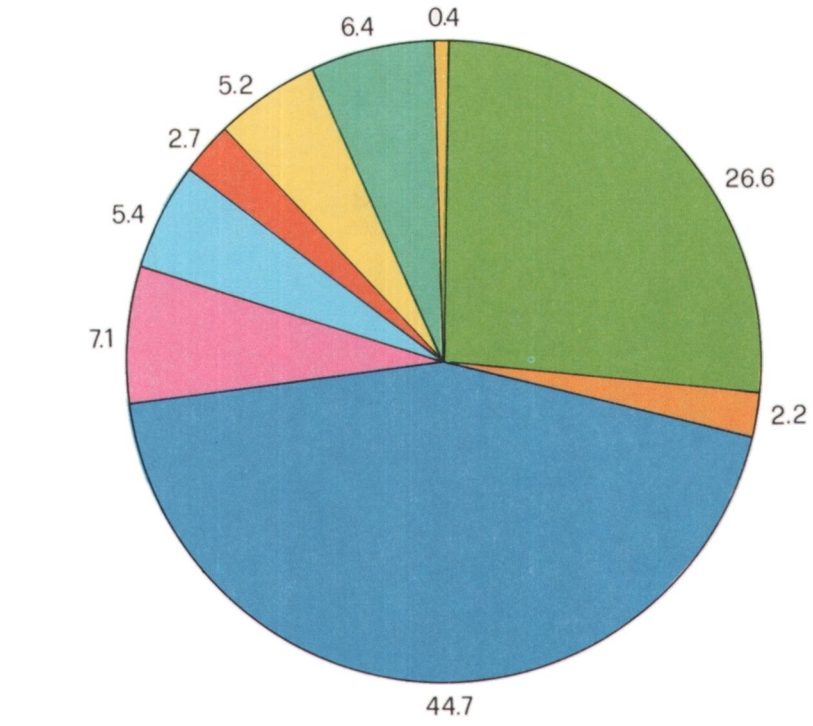
Se si considerano i tassi di mortalità standardizzati per età inferiori ai 75 anni, si vede che le riduzioni di mortalità generale hanno interessato tutte le grandi aree geografiche (Nord, Centro, Sud-Isole), ma si vede anche che le differenze tra le diverse aree, che esistevano nel 1970, permangono nel 1980 ed anche nel 1985 . Per gli uomini il Nord è grandemente sfavorito rispetto alle altre aree; le donne del Centro sono favorite rispetto al Nord, a sua volta favorito rispetto al Sud-Isole.

In generale si può affermare che, per quanto concerne la mortalità, l'Italia, nel suo insieme, condivide le esperienze degli altri Paesi del mondo occidentale, ma che, al suo interno, permangono grosse disomogeneità territoriali. In un quadro complessivamente positivo di evoluzione della mortalità totale la disuguaglianza territoriale di fronte all'evento morte richiede particolare attenzione nell'ottica sanitaria.

7.1. Mortalità per causa fino al 1987

Vi sono delle cause di morte per le quali i tassi sono da tempo in fase di riduzione, in accordo con la mortalità generale. Tra queste la mortalità per malattie infettive e parassitarie che ha praticamente raggiunto un plateau, quella per malattie dell'apparato respiratorio, nella quale permangono comunque delle differenze a sfavore del Sud-Isole, quella per malattie dell'apparato digerente, la cui riduzione interessa maggiormente il Centro-Nord e quella per cause violente con le fluttuazioni dovute ai terremoti (fig. 7.1).

DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLA MORTALITÀ PER CAUSE IN ITALIA NEL 1987



Fonte: Elaborazioni ISTAT

Fig. 7.1

PAGINA BIANCA

La mortalità per malattie del sistema circolatorio, tra cui quelle ischemiche e, particolarmente quelle coronariche, è risultata costante o in aumento fino agli ultimi anni dello scorso decennio, successivamente ha iniziato a diminuire in modo consistente, riproducendo anche in Italia un fenomeno già osservato in gran parte delle nazioni sviluppate del mondo occidentale.

La mortalità per tumore cresce in modo evidente per gli uomini, ma si può notare che il ritmo di crescita è diminuito e, forse, sta iniziando al Nord una inversione di tendenza. Anche l'andamento della mortalità per tumore del polmone risulta essere costante al Nord negli ultimi anni. Per le donne diminuisce lentamente la mortalità per tutti i tumori, ma cresce quella per tumore polmonare. Anche i tumori dello stomaco sono in diminuzione. Meritano sicuramente attenzione particolare due cause di morte: diabete e cirrosi epatica. Il diabete ha mostrato aumenti consistenti dal 1978 al 1983, per poi diminuire negli ultimi anni. La mortalità per cirrosi epatica mostra un aumento preoccupante nell'Italia del sud.

7.2. Suicidi

Nel 1988 si sono verificati 3.810 suicidi, di cui 2.697 uomini e 1.113 donne, contro i 4.081 del 1987 dei quali 2.899 tra la popolazione maschile e 1.182 tra quella femminile.

La tavola 7.2 mostra un trend di crescita di tale fenomeno dal 1983 al 1987 sia per i maschi che per le femmine. I rapporti di mascolinità relativi ai suicidi si mantengono, nel periodo considerato, più o meno costanti intorno ai valori del 70/71 per cento, e confermano, quindi, il manifestarsi di tale fenomeno soprattutto tra la popolazione di sesso maschile.

Tavola 7.2 - Numero di suicidi verificati dal 1983 al 1988

ANNO	Maschi	Femmine	% M-F
1983	2.004	847	70,3
1984	2.253	920	71,0
1985	2.642	1.037	71,8
1986	2.657	1.092	70,9
1987	2.899	1.182	71,0
1988	2.697	1.113	70,8

Fonte. ISTAT - Annuario Statistico Italiano - 1988.

L'analisi regionale dei suicidi (tavola 7.3) evidenzia il verificarsi di tale fenomeno in particolare modo nell'Italia nord-centrale con 2.016 suicidi per i maschi e 861 per le femmine rispetto ai corrispondenti valori di 681 e 252 suicidi verificatisi nell'Italia meridionale. Per quanto riguarda i rapporti di mascolinità, i valori più alti si registrano nella provincia autonoma di Trento (90,9 per cento) e nel Trentino-Alto Adige (78,4 per cento), mentre il valore più basso si rileva nella Valle d'Aosta(60,0 per cento).

Tavola 7.3 - Distribuzione dei suicidi per regione e per sesso

REGIONE	1987			1988		
	M	F	% M F	M	F	% M F
Piemonte	310	133	70,0	328	144	69,5
Valle d'Aosta	11	6	64,7	6	4	60,0
Lombardia	452	210	68,3	433	200	68,4
Trentino-Alto Adige	72	19	79,1	58	16	78,4
Bolzano	48	12	80,0	38	14	73,1
Trento	24	7	77,4	20	2	90,9
Veneto	183	72	71,8	172	63	73,2
Friuli-Venezia Giulia	75	32	70,1	65	34	65,7
Liguria	134	63	68,0	140	59	70,4
Emilia-Romagna	367	162	69,4	362	153	70,3
Toscana	257	89	74,3	200	73	73,3
Umbria	71	25	74,0	65	19	77,4
Marche	55	25	33,1	74	28	61,7
Lazio	121	45	72,9	113	68	62,4
Abruzzo	65	20	76,5	46	18	71,9
Molise	18	6	75,0	21	9	70,0
Campania	152	65	70,0	99	43	69,7
Puglia	112	57	68,0	113	48	70,2
Basilicata	34	11	75,6	29	9	76,3
Calabria	64	34	65,3	57	20	74,0
Sicilia	187	61	75,4	198	71	73,6
Sardegna	159	47	77,2	118	34	77,6
Italia	**2.899**	**1.182**	**71,0**	**2.697**	**1.113**	**70,8**
NORD-CENTRO	2.108	881	70,5	2 016	861	70,1
SUD	791	301	72,4	681	252	73,0

Fonte: ISTAT.

INDICATORI O.M.S.:

12.01.01A Tasso di mortalità per suicidi o lesioni autoinferte, per 100.000.

Nel 1983 questo valore è per l'Italia: 0,10 (Fonte: ISTAT).

12.02.01 - Numero dei casi di tentato suicidio, per 100.000.

Per l'Italia questo valore è 3,47 nel 1986 (Fonte: ISTAT).

RICERCHE PROPOSTE DALL'O.M.S.

A) Miglioramento dei metodi di documentazione;
B) Valutazione dei programmi preventivi;
C) Studio dei gruppi ad alto rischio.

PAGINA BIANCA

TITOLO IV

SANITA' ANIMALE IN RAPPORTO ALLA SALUTE UMANA

CAPITOLO 8

SANITA' ANIMALE IN RAPPORTO ALLA SALUTE UMANA

L'attività di controllo in rapporto alla salute umana è proseguita nel 1988, intensificandosi nei controlli sanitari.

La consistenza del patrimonio zootecnico, al 1° dicembre 1988, risulta essere costituita da circa 8.736.800 di bovini, 9.359.500 di suini, 11.622.900 di ovini.

8.1. Profilassi delle epizoozie e bonifica sanitaria degli allevamenti dalla tubercolosi bovina, dalla brucellosi e dalla leucosi bovina enzootica

Nella tavola 8.1 sono riportati i dati risultati dalla bonifica sanitaria degli allevamenti dalla tubercolosi bovina e dalla brucellosi bovina ovina e caprina, che rappresentano il riflesso delle azioni di indirizzo intese a coinvolgere al completo gli allevatori nell'azione di accettazione del risanamento del bestiame dalle malattie sopra citate.

C'è da tenere presente che un'azione analoga si è sviluppata e conclusa, negli anni che vanno dal 1980 al 1984, a seguito del recepimento delle direttive CEE, con l'attuazione di un piano quinquennale, per la cui realizzazione i competenti organi comunitari, dopo approfonditi e minuziosi controlli, a seguito di idonee valutazioni, hanno rimborsato al nostro Paese la somma di Lit. 12.690.539.000, su una spesa di Lit. 43.907.147.000.

Il passaggio dal vecchio al nuovo regime ha indubbiamente cagionato momenti di sbandamento che, determinando difficoltà ed incertezze nei servizi veterinari locali, hanno creato sfasature, disguidi e carenze, in particolare, nel settore della vigilanza e del controllo da parte degli organismi locali, che hanno inciso negativamente nella organizzazione e nella operatività della bonifica sanitaria, con particolare accentuazione in alcune zone. A ciò si aggiunge, in qualche regione, la scarsa disponibilità degli allevatori.

Senza tale perdita di efficacia operativa, l'azione di risanamento, pur sempre molto rilevante, avrebbe potuto essere più incisiva.

Allo stato attuale, i controlli sembrano avere ripreso vigore e, nella maggiore parte delle USL, la vigilanza è più attiva.

In conclusione, anche a seguito di indicazioni del Consiglio superiore di sanità, si dovranno intensificare, al massimo, i controlli e gli interventi, anche con l'assistenza tecnica di istituende commissioni di studio, intese a rendere più attuali le disposizioni in vigore per il risanamento degli allevamenti.

Si dovrà, inoltre, aggiornare la normativa nazionale, per riavviare la profilassi della leucosi bovina enzootica, alla luce delle direttive CEE.

Nel 1988, si sono verificati sei focolai di afta epizootica, che hanno interessato talune province dell'Italia settentrionale e centrale (Perugia, Brescia, Reggio Emilia e Modena).

Tavola 8.1 - Profilassi delle epizoozie e bonifica sanitaria degli allevamenti - Attività svolta nell'anno 1988

Tubercolosi bovina	
Allevamenti controllati	185.852
Allevamenti controllabili	358.679
Percentuale degli allevamenti controllati	51,8%
Allevamenti infetti	7.321
Allevamenti ufficialmente indenni	136.026
Capi controllati	3.658.853
Capi infetti	44.773
Capi appartenenti ad allevamenti ufficialmente indenni	2.988.558
Capi abbattuti	39.934
Brucellosi bovina	
Allevamenti controllati	175.300
Allevamenti controllabili	358.679
Percentuale degli allevamenti controllati	48,9%
Allevamenti infetti	3 849
Allevamenti indenni	47.893
Allevamenti ufficialmente indenni	89.129
Capi controllati	2.701.981
Capi infetti	15.062
Capi vaccinati	207.939
Capi appartenenti ad allevamenti indenni	1.164.005
Capi appartenenti ad allevamenti ufficialmente indenni	1 116.869
Capi abbattuti	10 782
Brucellosi ovina e caprina	
Allevamenti controllati	30.342
Allevamenti controllabili	125.439
Percentuale degli allevamenti controllati	24,2%
Allevamenti rimasti infetti	936
Allevamenti indenni	12.711
Allevamenti ufficialmente indenni	7.221
Capi controllati	516.652
Capi rimasti infetti	5.311
Capi vaccinati	765.097
Capi appartenenti ad allevamenti indenni	246.371
Capi appartenenti ad allevamenti ufficialmente indenni	83.105
Capi abbattuti	10.060

Fonte: Ministero della Sanità - Direzione Generale dei Servizi Veterinari.

Tale ricomparsa è avvenuta dopo che il territorio nazionale era rimasto indenne da tale infezione per 11 mesi. Gli episodi verificatasi sono stati sostenuti da virus del tipo C1, coinvolgendo allevamenti in cui erano presenti complessivamente 353 bovini, 14.527 suini e 100 ovicaprini: detti animali sono stati abbattuti e distrutti (tavola 8.2).

Tavola 8.2 - Focolai delle malattie infettive degli animali sottoposte a piani di profilassi - Anno 1988

MALATTIA	Focolai	Specie	Capi presenti negli allevamenti	Capi abbattuti e distrutti
Afta epizootica	7	Bovini	353	353
		Suini	14.527	14.527
		Ovini/Caprini	100	100
Peste suina classica	12	Suini	338	338
		Cinghiali	47	47
Peste suina africana in Sardegna	20	Suini	658	658
Peste suina classica dei cinghiali in Toscana	Numero capi abbattuti o rinvenuti morti 65			
Carbonchio ematico	Focolai n. 15 - animali morti n. 14 (bovini, suini, ovi/caprini, equini)			
Rabbia silvestre in Friuli-Venezia Giulia	Specie animale: volpe - casi accertati n. 16			

Fonte: Ministero della Sanità - Direzione Generale dei Servizi Veterinari.

Con tale impostazione, è da ritenersi che in Italia sia stato attuato il sistema dell'abbattimento integrale, chiamato comunemente "stamping aut". Ciò è stato possibile perché la legge 2 giugno 1988 n. 218, in materia di abbattimento di animali infetti da agenti dell'afta e di altre malattie epizootiche, ha previsto la possibilità di concedere ai proprietari un indennizzo massimo del cento per cento, diversamente da quanto avveniva in passato. Questo ha, ovviamente, facilitato l'esecuzione dello "stamping out".

Contemporaneamente all'abbattimento, l'azione di profilassi è stata integrata, negli allevamenti circostanti i focolai d'infezione, con vaccinazioni, accertamenti di emergenza ed iniziative dirette alla esecuzione di adeguate disinfezioni. Sono stati inoltre effettuati controlli sui trasporti, sulla distruzione degli animali, nonché sui veicoli passivi di contagio (fieno, paglia, attrezzi, ecc.), con una spesa globale di circa quattro miliardi di lire ed una previsione di rimborso, da parte della Comunità Economica Europea, del 50 per cento degli indennizzi.

Infine, è stata adottata, a livello nazionale e a completamento delle iniziative e dei provvedimenti per la profilassi delle malattie degli animali, una ordinanza prescrivente, in determinate condizioni, le vaccinazioni contro l'afta epizootica.

La peste suina classica ha interessato, in maniera sporadica, i cinghiali, sia allo stato brado che in riserve di caccia, e, contemporaneamente, è comparsa, sempre sporadicamente, nei suini domestici, in particolare in Sardegna e Toscana.

Per quanto concerne la possibilità di vaccinazione dei cinghiali, è stato avviato uno studio tecnico scientifico, inteso a verificare la possibilità di vaccinazione per via orale.

Per il controllo dei suini allevati, è stato predisposto ed avviato un programma di profilassi, comprendente anche la vaccinazione.

Per la peste suina africana, esistente solo in Sardegna, è in atto un piano di eradicazione della CEE.

In ordine alla rabbia silvestre, è stata decretata l'obbligatorietà della vaccinazione di bovini, equini, ovicaprini, che vanno in alpeggio. In relazione ad episodi di rabbia silvestre, verificatisi tra le volpi, al confine con la Jugoslavia, è stato predisposto, d'intesa con le competenti autorità jugoslave, la regione Friuli-Venezia Giulia e la CEE, un piano di vaccinazione orale delle volpi.

E' stato costituito un Comitato nazionale permanente per lo studio di tale zoonosi, ed avviata l'iniziativa di un Centro di referenza per lo studio del virus rabido.

Per la mixomatosi nei conigli, malattia che può essere ricorrente e per la quale esistono norme di polizia veterinaria, sono stati adottate dalle regioni, nel 1988, provvedimenti, intesi a circoscrivere sporadici episodi, verificatisi, in particolare, in Lombardia, Emilia-Romagna, Sicilia e Sardegna.

Nel 1988, è comparsa una malattia dei conigli (malattia emorragica), a rapida diffusione ed alto grado di mortalità, sostenuta da un agente, dimostratosi, in base agli studi effettuati, di natura virale, ma sulla cui identità e relativa lotta con un adeguato presidio immunizzante, sono in corso ricerche organiche, da parte degli istituti zooprofilattici sperimentali, trattandosi di malattia infettiva nuova dei conigli domestici e selvatici e, forse, anche delle lepri. La esatta identificazione della malattia è importante anche ai fini di precisare specifiche misure di polizia veterinaria, oltre quelle generiche messe in atto nei focolai di infezione, e norme per la disciplina della caccia. In occasione di sporadici casi di tale malattia, sono stati adottati provvedimenti, in particolare, nel Friuli-Venezia Giulia, per impedire la diffusione della malattia e risanare gli allevamenti colpiti sia con misure di polizia veterinaria che con interventi vaccinali.

Per quanto concerne il morbo maligno, ne sono stati denunciati, nelle regioni Abruzzo, Lazio ed Umbria, quindici focolai, per i quali sono stati adottati provvedimenti necessari per l'eradicazione di tale malattia.

La varroasi è presente pressoché in tutto il territorio nazionale: nei confronti degli allevamenti colpiti sono stati predisposti, da parte delle competenti regioni, programmi di eradicazione e trattamenti disinfestanti con particolare attenzione alle norme di polizia veterinaria. Data la particolarità della malattia sul piano epidemiologico, in relazione al comportamento della specie animale colpita (difficoltà di controllo della malattia delle api), è allo studio il perfezionamento di provvedimenti restrittivi, allo scopo di adeguarli alle caratteristiche biologiche dell'agente sostenitore e di rendere più efficaci le misure adottate, ai fini del contenimento della parassitosi.

8.2. Igiene degli alimenti di origine animale e controllo dei residui nocivi

L'igiene degli alimenti è da considerarsi un elemento di primaria importanza per il mantenimento e la promozione della salute umana, nonché una componente essenziale ai fini della prevenzione delle malattie.

Nel nostro Paese, come del resto in tutti i Paesi progrediti, è compito primario dei servizi veterinari offrire tutela e garanzie sanitarie ai cittadini consumatori di derrate alimentari di origine animale.

A tutti i livelli della catena produttiva e distributiva, dagli allevamenti - dove tali alimenti si producono - fino alla distribuzione per il consumo, il servizio veterinario esercita una complessa ed articolata attività di controllo, vigilanza ed ispezione, finalizzata alla salvaguardia della salute dell'uomo, altrimenti esposta a rischi: di infezioni ed infestazioni - che gli animali possono trasmettere attraverso i loro prodotti (zoonosi alimentari) -, di tossinfezioni alimentari - ad opera di microorganismi che possono contaminare gli alimenti attraverso il circuito di lavorazione, trasformazione, distribuzione -, di danni per eventuali residui nocivi di sostanze chimiche, biologiche e farmacologiche, presenti nelle carni, latte, uova, prodotti ittici, ecc.

L'attività veterinaria, che riguarda il controllo dei residui nocivi negli alimenti di origine animale, ha ricevuto in questi ultimi anni un notevole impulso.

Nelle derrate di origine animale i residui possono formarsi, sia come risultato di pratiche zootecniche (cattivo impiego di farmaci veterinari, mangimi medicati, impiego di sostanze anabolizzanti vietate, quali ormoni, tireostatici, beta-agonisti, ecc.), sia come risultato della contaminazione ambientale (pesticidi, metalli pesanti, ecc.).

Con la circolare n. 12 dell'8-2-1988 si è dato il via, per la prima volta in Italia, ad una gestione programmata pianificata dei controlli dei residui di sostanze ormonali anabolizzanti ed antiormonali negli animali e nelle carni (applicazione della Direttiva 86/469/CEE). L'organizzazione e l'applicazione, su base regionale, dei due piani previsti, Piano CEE e Piano nazionale, pur avendo incontrato in questo primo anno di esperienza delle difficoltà di ordine tecnico-organizzativo, hanno fornito risultati soddisfacenti, non solo per la mole dei controlli (oltre 80.000), di molto superiori a quelli degli anni passati, ma anche per la qualità degli stessi, in relazione ad un migliorato rapporto di impiego di tecniche analitiche più efficaci e specifiche (HPLC, TLC, GC-MS, RIA).

Le cifre complessive di questa attività, riportate nella tavola 8.3, testimoniano che, nonostante i grossi sforzi di controllo sanitario, il fenomeno dell'uso illecito di sostanze anabolizzanti ormonali ed antiormonali non sia stato ancora del tutto debellato.

Per quanto concerne le altre categorie di residui, sostanze farmacologiche e contaminanti ambientali, è stato già approvato, con decisione della Commissione delle Comunità Europee del 30 marzo 1989, il Piano nazionale presentato dall'Italia in applicazione della sopra ricordata Direttiva comunitaria.

Tavola 8.3 - Attività controllo residui di sostanze ormonali ed antiormonali negli animali e nelle carni - Triennio 1986-1987-1988

ANNO	Controlli in allevamento						Controlli al macello		
	Allevamenti controllati			Campioni analizzati			Campioni analizzati		
	N.	Positivi	%	N.	Positivi	%	N	Positivi	%
1986	7.899	3	0,04	23.752	6	0,03	42.399	22	0,05
1987	4.105	9	0,22	11.200	60	0,54	30.784	77	0,25
1988	5.532	36	0,65	24.951	790	3,17	54.509	96	0,18

Fonte: Ministero Sanità - Direzione Generale Servizi Veterinari su dati pervenuti dalle Regioni.

Quest'ultimo Piano già presentato alle regioni in via preliminare ai fini della programmazione sarà reso esecutivo a partire dal 1989.

8.3. Controllo dell'alimentazione e della terapia animale

L'Atto Unico europeo, come è noto, impone ai Paesi comunitari l'adozione di tutte le misure destinate a favorire l'instaurazione progressiva del mercato unico interno.

Uno spazio comunitario senza frontiere interne, da realizzare nel corso di un periodo che scade il 31 dicembre 1992, nel quale sia convenientemente assicurata la libera circolazione delle merci, delle persone, dei servizi e dei capitali, impone non solo l'adozione delle misure relative al ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative degli Stati membri, che abbiano per oggetto l'instaurazione stessa ed il funzionamento di detto mercato unico, ma anche l'eliminazione dei controlli alle frontiere.

Questo impone, per ovvii motivi di sanità pubblica, il rafforzamento dei controlli sul territorio così da garantire il massimo dell'efficienza e dell'efficacia.

Di conseguenza il Ministero della Sanità, nell'ambito dell'attività di indirizzo e di coordinamento che gli compete, già da qualche tempo svolge un'attività di stimolo, sia a livello regionale che a livello locale (USL), per il potenziamento e la generalizzazione dell'attività di vigilanza che, d'altro canto, la vigente normativa considera attività istituzionale delle USL e come tale non derogabile.

L'attività di indirizzo e di coordinamento impone un'azione mirata che non può prescindere dalla conoscenza della situazione locale e delle sue esigenze. Perciò, con circolare n. 34/1985, il Ministero ha provveduto a richiedere alle USL notizie sull'attività di vigilanza svolta nel settore zootecnico e mangimistico, notizie che vengono fornite, con cadenza annuale e che sembrano significative a delineare lo stato sanitario del Paese nel settore.

A ciò si aggiunga che, mentre da una parte le direttive comunitarie qualificano come medicamento anche gli integratori medicati, la legge 29 dicembre 1987, n. 531, sottopone a farmaco-vigilanza tutti i medicamenti, specificandone, all'art. 9, le modalità. In conseguenza del disposto legislativo, le Unità sanitarie locali sono tenute a trasmettere, entro i mesi di giugno e dicembre di ciascuno anno, una relazione sulle prescrizioni e sulla natura e frequenza degli effetti tossici e secondari, sia locali che generali, conseguenti o comunque correlabili all'impiego di farmaci nel semestre precedente. I casi mortali e quelli che pongono il paziente in pericolo di vita o che possono determinare una lesione permanente, devono essere oggetto di apposita relazione, da trasmettere al Ministero della Sanità entro quindici giorni dal verificarsi dell'evento. Alle relazioni di cui sopra vanno inoltre allegate le schede redatte dai sanitari, ai sensi del comma 3 del citato articolo di legge.

Tutti i medici curanti, compresi quindi i medici veterinari, indipendentemente dalle modalità di esercizio della loro attività, sono tenuti a comunicare all'Unità sanitaria locale, territorialmente competente, gli effetti indesiderati sopra citati, entro dieci giorni della conoscenza degli stessi e, nei casi mortali o di particolare gravità, entro ventiquattro ore. La mancata o tardiva comunicazione comporta l'instaurazione, nelle sedi competenti, di procedimenti per l'irrogazione di sanzioni disciplinari, secondo la vigente normativa.

Il Ministero della Sanità, onde dare piena e concreta attuazione al disposto di legge, sta predisponendo un ulteriore specifico piano, relativo alla realizzazione della farmaco-vigilanza veterinaria sul territorio.

8.4. Tutela e benessere degli animali e sperimentazione animale. Fertilità animale

È stata insediata ed avviata presso il Ministero della Sanità, la Commissione tecnica nazionale prevista dalla legge 623/85, per la predisposizione di atti di indirizzo, di ordine tecnico e giuridico, riguardanti l'allevamento, il trasporto e la macellazione degli animali.

Sono stati avviati gli atti inerenti al recepimento della Direttiva comunitaria sugli animali da compagnia e sulla sperimentazione animale.

Ai sensi della legge 615/41 sono state iniziate, da parte del competente servizio ispettivo del Ministero della Sanità, verifiche di conformità tecnica per n. 122 domande di autorizzazione alla sperimentazione.

La fecondazione artificiale degli animali è seguita con particolare interesse, ai fini della produzione di animali salubri.

L'intervento del veterinario fecondatore, come previsto dalla legge, consente una assistenza sanitaria diretta presso l'allevamento, anche per quanto concerne l'educazione sanitaria dell'allevatore e per quanto riguarda la riproduzione in particolare.

Tale intervento assistenziale è incentivato anche dal piano nazionale di lotta contro l'infertilità bovina e la mortalità neo-natale, attraverso le prescritte incentivazioni zootecniche del bilancio nazionale.

Nell'ottica della legge n. 74 del 1974, sono state rilasciate, per l'anno 1988, autorizzazioni per lo svolgimento di corsi per operatori pratici che svolgono la loro attività sotto il controllo del veterinario. In particolare, tali corsi hanno riguardato le regioni Piemonte, Toscana, Lombardia e Friuli-Venezia Giulia.

8.5. Difesa sanitaria dei consumatori e del patrimonio zootecnico dai rischi connessi con le importazioni di animali e relativi prodotti

Come è noto, la importazione di animali e di prodotti di origine animale può essere causa di importazione di malattie degli animali e dell'uomo, che possono arrecare gravi danni al patrimonio zootecnico o essere causa di malattie, anche gravi, dell'uomo. Di conseguenza, alle frontiere terrestri, marittime ed aeree gli uffici veterinari di confine svolgono una attenta vigilanza, avvalendosi della collaborazione degli istituti zooprofilattici sperimentali. Tale attività, per l'anno 1988, è sintetizzata, nella tavola 8.4.

Infine la tavola 8.5 elenca i casi di non ammissione all'importazione, sempre per l'anno 1988.

Tavola 8.4 - Difesa sanitaria dei consumatori e del patrimonio zootecnico dai rischi connessi con le importazioni di animali e relativi prodotti - Anno 1988

(Riepilogo flussi importativi)

Animali vivi

QUANTITÀ (in capi)	N partite import. 1987	N partite import 1988	Confronto 1987/1988	Q.tà importata 1987	Q.tà importata 1988
Equini	9.505	8.575	-9,7%	183.283	181.010
Bovini	41.911	38 559	-8,0%	2.169.805	2.010 656
Caprini	135	160	18,5%	8.125	26.631
Ovini	3.131	3.136	0,2%	1.861.073	2.015.408
Suini	7.901	8.745	10,6%	1.515 694	1.547.853
Pollame	478	433	-9,4%	3.670.564	3.206.927

Controlli di laboratorio

	N partite sottoposte a controllo di laboratorio	N capi sottoposti a controlli di laboratorio
Equini	5.350	123.167
Bovini	23.065	839.048
Caprini	2	1.028
Ovini	94	71.955
Suini	4.613	686.706
Pollame	266	2.048.456

Carni

QUANTITÀ (in q.li)	N partite import 1987	N. partite import. 1988	Confronto 1987/1988	Q.li importati 1987	Q.li importati 1988
Equine	1.032	1.477	43,1%	125.050	162.586
Bovine	34.093	34.053	-0,1%	4.597.751	4 324.382
Ovine	5.109	5.883	15,0%	182.007	224.640
Caprine	657	837	27,4%	20.944	22.609
Suine	29.502	30.281	2,6%	4.545.136	4 567.484
Pollame	1.955	3.109	59,0%	240.111	361.082

Controlli di laboratorio

	N partite sottoposte a controllo di laboratorio	Q.tà (q.li) sottoposta a controlli di laboratorio
Equine	96	11.776
Bovine	629	76.597
Ovine	20	3.294
Caprine	—	—
Suine	763	113.100
Pollame	159	19.806

Segue: Tavola 8.4 - Difesa sanitaria dei consumatori e del patrimonio zootecnico dai rischi connessi con le importazioni di animali e relativi prodotti - Anno 1988

(Riepilogo flussi importativi)

Prodotti commestibili

QUANTITÀ (in q li)	N partite import 1987	N partite import 1988	Confronto 1987/1988	Q li importati nel 1987	Q li importati nel 1988
Prodotti pesca	70.362	83.405	18,5%	4 951 273	4 964.550
Latte	54.398	55.367	1,8%	16.878 985	16.833.672
Crema di latte	4.628	4 998	8,0%	608 470	676.475
Burro e formaggi	27.925	26.058	-6,7%	3 851.719	3 150.878
Uova	3.500	2.250	-35,7%	650.415	390.275

Controlli di laboratorio

	N partite sottoposte a controllo di laboratorio	Q tà (q li) sottoposti a controlli di laboratorio
Prodotti pesca	8.630	2 168.275
Latte	2 623	1 674.869
Crema di latte	88	15.331
Burro e formaggi	566	68 173
Uova	—	—

Prodotti non commestibili

QUANTITÀ (in q li)	N partite import 1987	N partite import 1988	Confronto 1987/1988	Q li importati nel 1987	Q li importati nel 1988
Pelli	24.937	25.623	2,8%	4.245.393	4/575/091
Lana	6.052	7.559	24,9%	1.263 027	1 293 314
Mangimi	26 111	23.742	-9,1%	6.645.293	8.531.059

Controlli di laboratorio

	N partite sottoposte a controllo di laboratorio	Q tà (q li) sottoposti a controlli di laboratorio
Pelli	92	14.589
Lana	18	3.057
Mangimi	464	706.868

Fonte. Ministero della Sanità - Direzione Generale dei Servizi Veterinari.

Tavola 8.5 - Casi di non ammissione all'importazione - Anno 1988

VOCE MERCEOLOGICA	Paesi CEE	Paesi Terzi	Totali
Carne e derivati	166	41	207
Prodotti della pesca	210	169	379
Latte e derivati	72	3	75
Uova e derivati	8	3	11
Prodotti alim. base carne	9	-	9
Prodotti alim. base pesce	1	-	1
Prodotti alim. base latte	1	1	2
Prodotti alim. base uova	1	-	1
Miele	1	1	2
Prodotti ed avanzi animali	67	25	92
Animali vivi	91	56	147
Totale	**627**	**299**	**926**

Fonte: Ministero della Sanità - Direzione Generale dei Servizi Veterinari.

8.6. Attività degli istituti zooprofilattici sperimentali (II.ZZ.SS.), anno 1988

Le esigenze zoosanitarie degli allevamenti, il controllo degli standards igienico-sanitari delle produzioni di alimenti di origine animale per uso umano, di alimenti zootecnici, di igiene zootecnica e di farmaco-vigilanza richiedono dagli istituti zooprofilattici una attività insostituibile di supporto ai servizi regionali ed alle Unità sanitarie locali, in materia di sanità pubblica veterinaria.

Tuttavia, nonostante l'importanza che rivestono tali istituti, non sempre essi sono in grado di svolgere compiutamente le attribuzioni istituzionali per inadeguatezza di strutture, di attrezzature e di personale. Anche se in linea generale l'attività diagnostica degli istituti appare rilevante, non sempre è altrettanto efficace. Infatti i controlli riguardano, nel 90 per cento dei casi, il settore della sanità animale, mentre risulta estremamente ridotta, talvolta anche meno del 5 per cento, l'attività di controllo degli alimenti di origine animale e degli alimenti zootecnici: controllo previsto dalla legge 30 aprile 1962 n. 283 e dalla legge 26 febbraio 1963 n. 441.

L'attività diagnostica verso i settori di sanità animale non sempre è seguita da - o segue - inchieste epidemiologiche ed epizoologiche, con interventi sanitari diretti negli allevamenti, negli impianti di macellazione pubblici e privati, nei presidi multizonali, nel settore degli alimenti per uso zootecnico e nel servizio di farmaco-vigilanza.

Per il miglioramento degli standards di qualità igienica in tema di alimenti e di produzioni zootecniche occorre portare avanti le seguenti linee programmatiche:

1) completamento e ristrutturazione della rete delle sezioni provinciali;

2) individuare un numero adeguato di sezioni da dotare di laboratori, che siano in grado di effettuare anche il controllo sui residui di farmaci, di fitofarmaci e di inquinanti ambientali delle stesse, unitamente al controllo dei farmaci veterinari, mangimi ed integratori medicati per animali;

3) tutte le sedi centrali devono essere dotate di un laboratorio di sicurezza e delle necessarie attrezzature e materiali di diagnosi per far fronte agli accertamenti diagnostici correlati alle malattie esotiche degli animali;

4) dotazione di laboratori mobili, per interventi negli allevamenti, a fini conoscitivi e su iniziative degli II.ZZ.SS. stessi, per il perseguimento dei compiti di istituto;

5) una collaborazione tra gli II.ZZ.SS., ai fini dell'adeguamento tecnico-produttivo, delle aziende speciali, alle necessità dei più moderni presidi immunizzanti per realizzare la possibilità di interventi del più alto livello tecnico di validità, per sviluppare un'azione calmieratrice sul prezzo dei prodotti immunizzanti stessi e per sopperire alle deficienze della produzione privatistica;

6) la creazione, presso ogni istituto zooprofilattico sperimentale, di un osservatorio epidemiologico al quale affidare, in particolare, la raccolta, su scala locale, dei dati, da inviare al Ministero della Sanità, inerenti le segnalazioni relative agli effetti tossici, indesiderati o dannosi dei farmaci veterinari e dei fitofarmaci. In questo quadro, appare di particolare interesse l'attività di indagine nel settore dell'oncologia comparata, che non può non costituire un anello importante nella ricerca sui tumori, attività per la quale le strutture veterinarie nel territorio assumono un ruolo indispensabile.

È infatti ampiamente dimostrato che le modifiche dello stato di salute degli animali, in conseguenza di condizioni ambientali abnormi, costituiscono un indicatore, non trascurabile, nello studio delle condizioni di salute dell'uomo.

Nel 1988 è stato possibile aumentare l'assegnazione di fondi, sia per la parte corrente che in conto capitale, consentendo di sbloccare talune situazioni critiche, soprattutto per quel che concerne il personale e le strutture ed i cui effetti si dovrebbero rilevare nel 1989.

L'attività diagnostica, svolta nel 1987, fa rilevare, come già detto, una differenza notevole tra gli interventi nel settore della sanità animale e quello del settore dell'igiene delle produzioni. Tranne Torino con il 29,18 per cento, Perugia con il 12,14 per cento, Teramo con il 64,68 per cento, Portici con il 23,68 per cento e Palermo con il 20,32 per cento, la percentuale degli interventi nel controllo degli alimenti, destinati al consumo umano, non supera, in media, il 5 per cento.

Questo significa che è stata rivolta scarsa attenzione alla ricerca dei residui negli alimenti, problema importante ed attuale, per il quale gli istituti sono chiamati ad operare, a norma delle leggi 441/1963, 745/1975 e 462/1986. Una scarsissima attenzione è stata inoltre riservata al controllo degli alimenti destinati all'alimentazione degli animali (mangimi integratori, integratori medicati), soprattutto per la farmaco-vigilanza.

La produzione di vaccini è stata piuttosto modesta, se si prescinde dalle produzioni obbligatorie riferite all'afta epizootica, alla peste suina classica, al carbonchio ematico e alla rabbia. Occorre che tale settore venga incrementato, anche perché esso costituisce una fonte di guadagno ed offre una maggiore possibilità di far fronte alle eventuali emergenze.

Appare utile rappresentare l'assoluta esigenza di dotare di personale sia le sedi centrali che le sezioni dipendenti, accelerando le procedure concorsuali per coprire gli organici scoperti in molti casi: talune sezioni dipendenti sono praticamente indicate solo sulla carta perché, per mancanza di personale, non hanno alcun effetto nel territorio, per quanto concerne l'assistenza agli allevatori e alle USL.

La tavola 8.6 riporta le dotazioni di personale distinte in laureati, tecnici ed ausiliari amministrativi.

Tavola 8.6 - Personale degli istituti zooprofilattici sperimentali - Anno 1987

ISTITUTO	Laureati	Tecnici	Amministrativi	Totale
Torino	28	74	22	124
Brescia	59	285	69	413
Padova	37	130	27	194
Perugia	30	63	16	109
Roma	40	50	14	104
Teramo	24	66	20	110
Portici	23	45	12	80
Foggia	16	39	9	64
Palermo	15	46	15	76
Sassari	13	32	6	51
Totale	**285**	**830**	**210**	**1.325**

Fonte Ministero della Sanità - Direzione Generale dei Servizi Veterinari.

Sono da ristrutturare 22 sezioni, da potenziarne 9, mentre 10 sezioni sono da istituire.

Sembra che i consigli di amministrazione non diano la necessaria priorità alle finalità tecniche di ricerca degli istituti zooprofilattici. Quello di Portici non ha ancora attuato le disposizioni di cui alla legge 745/75, mentre gli istituti di Foggia e Palermo hanno attualmente la gestione commissariale.

8.6.1. *Laboratori a scatola chiusa*

Gli istituti che dispongono di laboratorio a scatola chiusa sono: Brescia, Teramo, Perugia e Sassari, mentre gli Istituti che hanno in programma la realizzazione di detto laboratorio sono: Palermo, Padova, Foggia.

Occorre precisare che tutti i laboratori a scatola chiusa dispongono di stalle di sosta, forno inceneritore e sistemi di pretrattamento degli effluenti in condizioni d'isolamento.

Le sedi centrali degli istituti dispongono, comunque, di laboratori di sicurezza per la manipolazione di agenti patogeni e virologici, alcuni dei quali sono in depressione, come Torino, per le prove di routine sui virus.

In ogni caso occorre che le sedi centrali dispongano di complessi strutturali per sostenere situazioni di emergenza e di routine, idonei per operare in continuità con agenti a rischio.

8.6.2. *Centri di referenza*

Vi è il progetto di un centro di referenza comunitario, per il quale è stato proposto l'istituto di Brescia.

8.6.3. *Considerazioni sull'attività di assistenza*

Gli interventi nel territorio nel 1987 sono generalmente aumentati, rispetto al 1986, e, in taluni casi, anche sensibilmente: per esempio Roma ha fatto registrare un aumento notevole passando da 86.000 nel 1988 a 124.000 km percorsi nel 1987. Vi è stata una leggera flessione solo per l'istituto di Brescia. Tuttavia, anche se la presenza dei tecnici nel territorio ha fatto registrare un aumento degli interventi nell'ambito degli allevamenti, non è stata registrata la puntuale inchiesta nei casi in cui sono stati rilevati elementi che hanno fatto sospettare la presenza di malattie. Infatti non sempre è stato esteso il prelievo di campioni per gli esami diagnostici nei differenti settori con l'intervento incrociato dei servizi sanitari operanti nel territorio, necessario per condurre inchieste sull'origine dell'infezione.

8.6.4. *Attività di ricerca e di studio*

L'attività connessa con la ricerca e lo studio di forme infettive e parassitarie è stata significativa, soprattutto da parte degli istituti zooprofilattici di Brescia, Torino, Padova, Teramo e Palermo. L'interesse, tuttavia, è stato rivolto in particolare al settore della sanità animale.

Per quanto concerne le ricerche e lo studio nell'ambito dell'igiene degli alimenti di origine animale, dell'igiene zootecnica, dell'impiego dei farmaci e soprattutto dell'igiene ambientale, l'attività è stata ridotta o del tutto inesistente.

Occorre inoltre sottolineare che le ricerche interessanti il settore animale non hanno sempre prodotto i dovuti interventi nel territorio e gli opportuni collegamenti informativi con i servizi interessati (veterinari, medici, ecc.).

8.6.5. *Attività di propaganda, assistenza, consulenza e di formazione*

L'attività di formazione svolta dagli istituti zooprofilattici (corsi, incontri, convegni) appare di modesta rilevanza, se si escludono gli istituti di Roma e di Padova, che hanno adottato oltre 200 iniziative, tendenti all'aggiornamento del personale degli istituti stessi e del personale veterinario operante nel territorio.

Appare opportuno sottolineare il fatto che l'attività di formazione rappresenta uno dei compiti molto importanti degli istituti, di cui all'art. 4 della legge 745/75, attività peraltro ribadita dalle norme comunitarie, che prevedono un continuo adeguamento dei laboratori abilitati alla ricerca e allo studio di malattie infettive, nonché all'accertamento di residui: è quindi indispensabile, anche sul piano comunitario, che i laboratori degli istituti zooprofilattici siano forniti degli strumentari adeguati e delle tecniche di laboratorio più avanzate.

PAGINA BIANCA

TITOLO V

OFFERTA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PER LA SALUTE DEGLI ITALIANI

CAPITOLO 9

ATTIVITÀ DEGLI ORGANI CENTRALI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Obiettivo specifico (O.S.) europeo n. 26:

Entro il 1990 tutti gli Stati membri dovrebbero avere istituito, con la effettiva partecipazione rappresentativa della collettività, sistemi sanitari fondati sull'assistenza sanitaria di base, con l'appoggio delle strutture di assistenza di secondo e terzo livello, in applicazione dei principi indicati dalla Conferenza di Alma-Ata.

Strategia nazionale:

Il Servizio sanitario nazionale, istituito con la legge 833/78, corrisponde a questi principi.

A livello centrale, il Consiglio sanitario nazionale è strutturato secondo quanto suggerisce l'Organizzazione mondiale della sanità per un Consesso di questo tipo.

Il Ministero della Sanità, invece, è ancora, in gran parte, basato sul vecchio schema: è pertanto necessaria la sua ristrutturazione che, secondo la legge, avrebbe dovuto avvenire entro il 1979.

Frattanto l'attività di tale Dicastero viene svolta cercando di adattare la vecchia organizzazione ai nuovi compiti, con ovvie notevoli difficoltà.

9.1. Ministero della Sanità

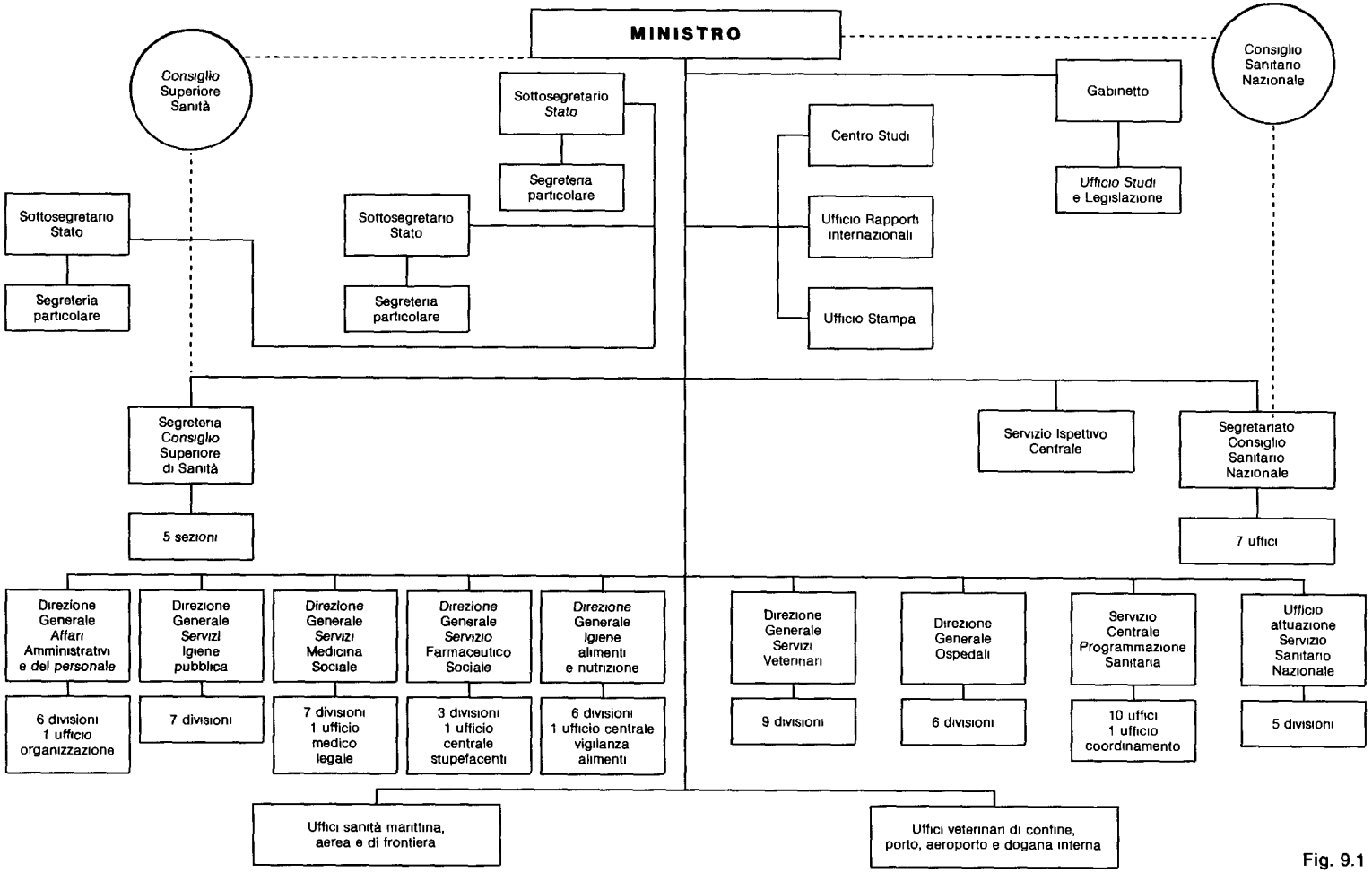
9 1.1. *Organizzazione strutturale*

L'organizzazione strutturale del Ministero della Sanità non ha subito nel corso del 1988 modificazioni di notevole rilievo (figura 9.1).

Mentre non ha ancora visto la luce il riordinamento globale previsto dall'art 59 della legge 833/1978, non sono mancate - come per il passato - alcune modificazioni di rilevanza settoriale: riordinamento delle competenze dei diversi uffici in cui si articola il Gabinetto del Ministro, istituzione, presso la Direzione Generale degli Ospedali, dell'Ufficio speciale per la formazione specifica in medicina generale dei medici neo-laureati (attuazione artt. 5 e 5 bis della legge 8-4-1988, n. 109).

PAGINA BIANCA

STRUTTURA ORGANIZZATIVA DEL MINISTERO DELLA SANITÀ - ANNO 1988



Fonte: Ministero della Sanità

Fig. 9.1

PAGINA BIANCA

Al 31 dicembre 1988 la situazione del personale dipendente dal Ministero della Sanità, ripartito per ruolo di appartenenza, è illustrata nella seguente tavola 9.1.

Tavola 9.1 – Personale dipendente dal Ministero della Sanità alla data del 31 dicembre 1988

	Dotazioni	Unità in servizio
1) *Ruolo ordinario*	585	1.736
2) *Ruolo ad esaurimento* di cui all'art. 60 del D.P.R. 748 del 1972	10	10
3) *Ruolo speciale* di cui all'art. 24 della legge 33/1980, istituito con D.P.R. 615 del 1980	766	560
4) *Ruolo unico* di cui all'art. 24 quinquies della legge 33/1980	11	9
5) *Ruolo locale* del personale civile delle Amministrazioni dello Stato aventi uffici nella provincia autonoma di Bolzano, istituito con D.P.R. 752/1976	45	30
6) *Ruolo ad esaurimento* ex GMA, istituito con legge 1600 del 1960	2	2
Totale	**3.419**	**2.347**

Fonte: Ministero della Sanità

La situazione, anche se lievemente migliorata, non è molto diversa da quella dell'anno precedente.

Le carenze più gravi si verificano per i ruoli della ex carriera direttiva che, nel complesso, fa registrare una percentuale di posti scoperti del 49 per cento: il fenomeno si spiega, in particolare per quanto riguarda i medici ed i veterinari, con le più vantaggiose condizioni economiche che vengono offerte da altri settori, in particolare le USL.

Esiste poi il problema della formazione e dell'aggiornamento professionale del personale per cui sarebbe opportuno formulare i piani di aggiornamento permanente, previsti dall'art. 11 del D.P.R. 266/1987.

Nonostante ciò, difficoltà di bilancio (solo 20 milioni stanziati) ed operative non hanno consentito di organizzare alcun corso.

Circa i rapporti con l'utenza è da registrare che, a causa della più volte ricordata carenza di personale, non sono mancati in alcuni settori ritardi nell'evasione delle pratiche, che hanno sollevato proteste da parte dell'utenza.

Nell'ambito di un corretto rapporto tra utenza e Servizio sanitario nazionale, si sta analizzando la possibilità di individuare idonei strumenti informativi ed educativi da diffondere a livello territoriale nel quadro delle competenze istituzionali del Servizio sanitario nazionale.

L'attività di porgrammazione sanitaria, nel corso del 1988, si è incentrata, in via principale: sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale - e sulla soluzione delle relative problematiche -, sul controllo della spesa sanitaria, sulla rilevazione dei dati gestionali ed economici delle USL, sull'avvio del censimento del patrimonio immobiliare del Servizio sanitario nazionale (vedere in proposito il capitolo 14: "L'attuazione della programmazione sanitaria ai vari livelli").

Il Ministero ha, inoltre, svolto, anche nel corso del 1988, un'attività di vigilanza e tutela su diversi istituti e istituzioni sanitarie. In particolare, è stata predisposta una apposita scheda di rilevazione per il controllo delle attività connesse alla realizzazione delle ricerche biomediche finalizzate da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Ricerche e pubblicazioni

Il Centro studi ha svolto la sua attività attraverso apposite Commissioni di studio, Comitati operativi, convenzioni con enti ed organismi di ricerca, incarichi di studio a studiosi e ricercatori.

Nel corso del 1988, il Centro ha operato in conformità al programma 1988-1989, che privilegia tre tematiche fondamentali: socio-sanitaria, economico-sanitaria e gestionale del Servizio sanitario nazionale.

In particolare, hanno operato 9 Commissioni di studio e 4 Comitati operativi, le cui tematiche corrispondo ad alcuni progetti-obiettivo del Piano sanitario nazionale.

Si ricordano in particolare quelli relativi a tossicodipendenti, handicappati, anziani, materno-infantile. Nell'ambito di questo ultimo si è avviato un censimento qualitativo e quantitativo dei consultori familiari. Si è anche introdotta nel progetto-obiettivo la elaborazione centralizzata delle notificazioni delle malformazioni congenite, da attuarsi mediante una programmata estensione dell'attività attualmente svolta dal gruppo di ospedali, che, volontariamente, fanno capo all'Università Cattolica e all'Istituto Superiore di Sanità.

Per quanto concerne i risultati conseguiti, sono stati presentati da istituti ed esperti 15 elaborati, sui quali il Comitato tecnico scientifico ha espresso parere favorevole.

Rapporti Internazionali

Il Ministero ha assicurato la presenza di elementi qualificati a livello di riunioni e gruppi di studio isituzionali presso le Organizzazioni internazionali, oltre che i rapporti diretti con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, con la Comunità Europea, il Consiglio d'Europa, il Ministero degli Esteri, anche per la cooperazione con i Paesi in via di sviluppo, con i Ministeri della Sanità di altri Paesi, per quanto riguarda gli accordi di cooperazione scientifica, e con tutti gli altri Enti internazionali.

Si ricorda in particolare l'apporto tecnico fornito al progetto prototipale "Oncologia femminile" (ONCOFEM), al "Comitato ad hoc di esperti sul progresso delle scienze biomediche" (CAHBI) presso il Consiglio di Europa, al "Gruppo Pompidou" (tossicodipendenza) dello stesso Consiglio, al "Gruppo handicaps", a quelli relativi ai programmi CEE: "Europa contro il cancro", "AIDS", "Tossicodipendenze", che rientrano in un insieme di rapporti internazionali finalizzati anche alla formazione dei funzionari per "Europa del 1993"

9.1.2. *Organi consultivi*

Consiglio Superiore di Sanità

Nel corso del 1988, sono stati emessi oltre 1.000 pareri tra generali e speciali attraverso il lavoro delle 5 sezioni (Sezione 1: malattie infettive e diffusive dell'uomo, malattie sociali, problemi igienico-sanitari della scuola, opere parascolastiche, igiene

mentale, educazione sanitaria della popolazione, sostanze alimentari e bevande - Sezione II: igiene ambientale, opere igieniche medicina nucleare - Sezione III: ospedali, case di cura, assistenza sanitaria, materna ed infantile, igiene del lavoro, medicina sportiva, professioni e arti sanitarie - Sezione IV: farmaci, presidi medico-chirurgici, stupefacenti, acque minerali, stabilimenti termali ed idroterapici, cosmetici, officine farmaceutiche, regolamentazione prodotti omeopatici e piante medicinali - Sezione V: malattie infettive e diffusive degli animali, igiene veterinaria, alimenti di origine animale e medicamenti per uso veterinario e attività soggetta a vigilanza veterinaria) e commissioni, Istituto superiore di sanità (ISS).

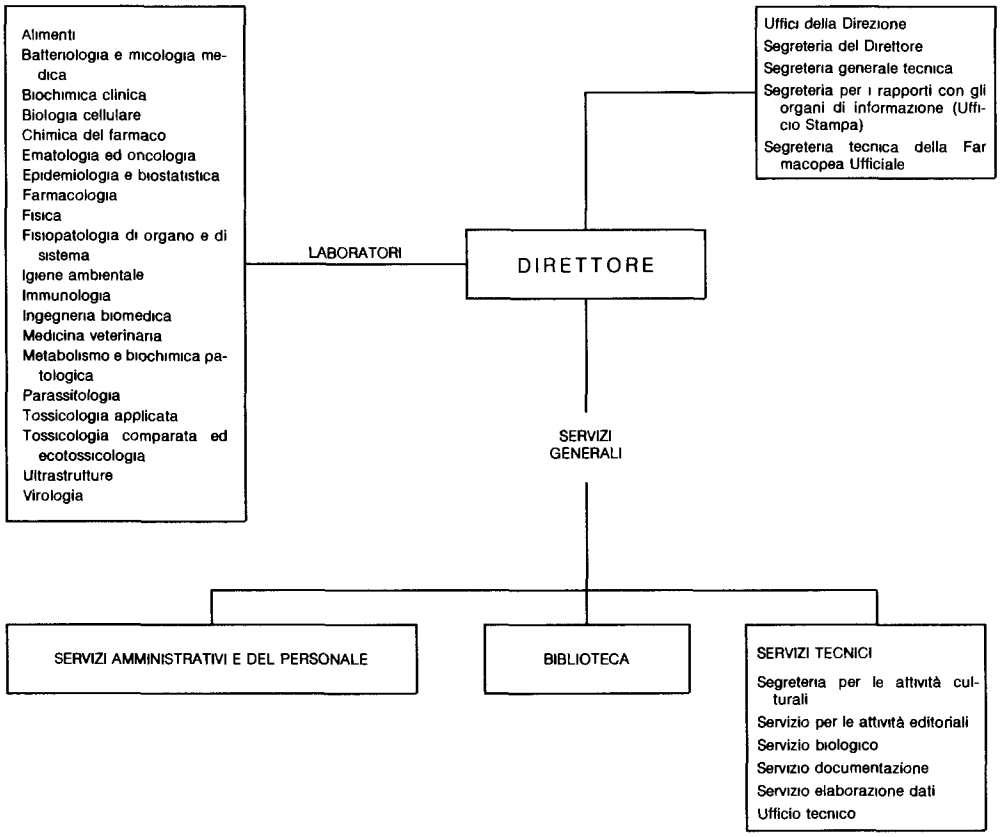
Istituto Superiore di Sanità (ISS)

Durante il 1988, si è data attuazione al nuovo regolamento interno per l'organizzazione ed il funzionamento dell'Istituto stesso (D.M. 21 novembre 1987), che modifica la struttura dell'Istituto ai fini di una maggiore flessibilità operativa per rispondere alle urgenti necessità sanitarie del Paese. Si riporta di seguito lo schema della struttura organizzativa dell'Istituto (figura 9.2).

Per l'attività di ricerca si rinvia al capitolo 15.

PAGINA BIANCA

STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ



Fonte: Istituto Superiore di sanità.

Fig. 9.2

PAGINA BIANCA

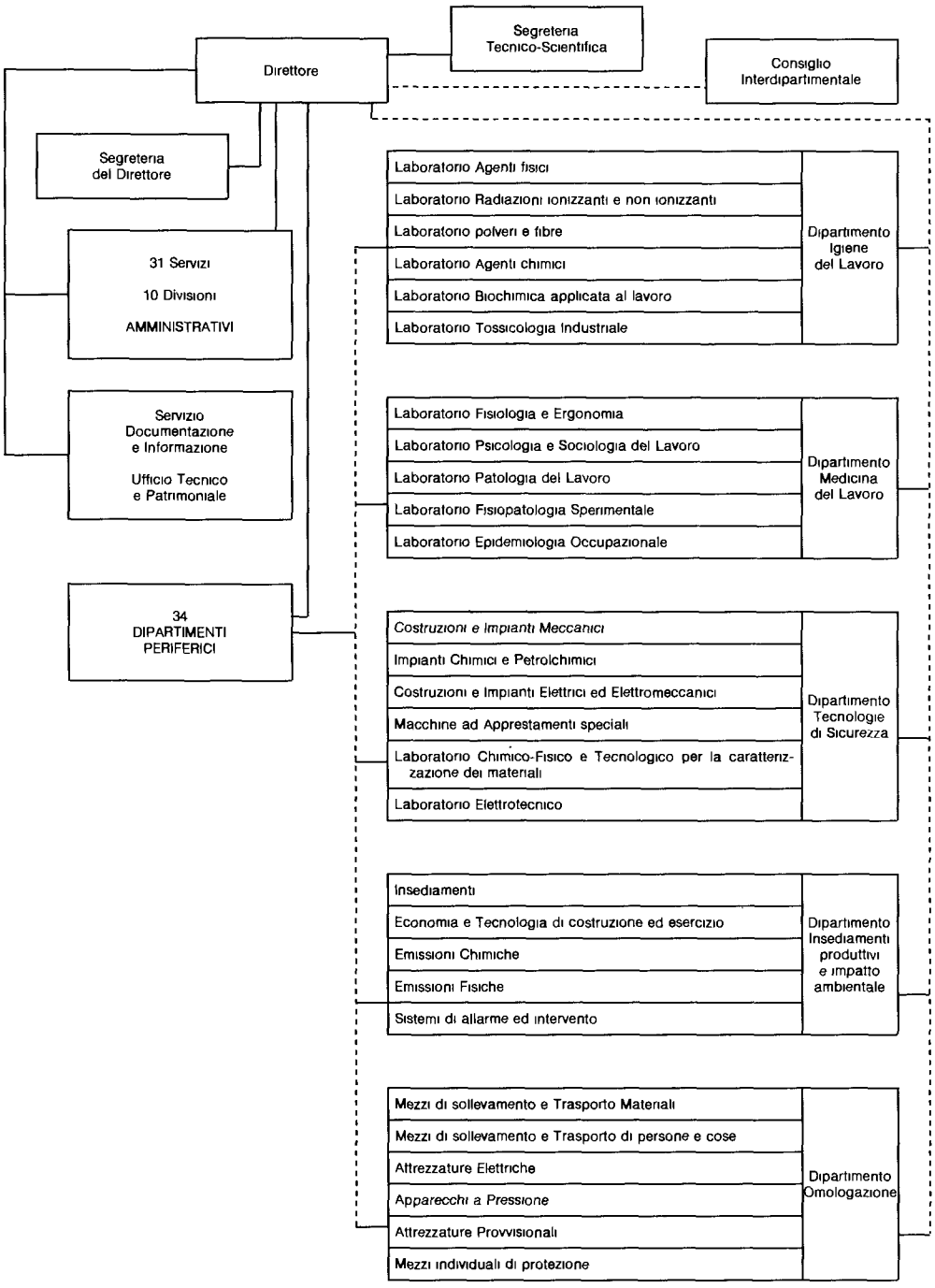
Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (ISPESL)

Nel 1988 l'Istituto è andato via via consolidando la propria struttura e capacità per assolvere gli impegni istituzionali quale presupposto di successive attività gestionali (ci si riferisce in particolare alla definizione del Regolamento Organico del Personale, approvato con decreto del Ministro della Sanità del 2 giugno 1988).

Si riporta nella figura 9.3 la struttura organizzativa dell'Istituto.

PAGINA BIANCA

STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELL'ISTITUTO SUPERIORE PER LA PREVENZIONE E LA SICUREZZA DEL LAVORO



Fonte: Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro. Fig. 9.3

PAGINA BIANCA

Particolare rilievo, per il raggiungimento dei fini istituzionali, ha assunto l'attività svolta nell'anno 1988 ai sensi del D.P.R. 175/88, riguardante l'attuazione della Direttiva CEE 82/501, relativa ai rischi di incidenti rilevanti connessi con determinate attività industriali. Tale normativa, infatti, è venuta ad ampliare, in modo sensibile e definitivo, le competenze dell'ISPESL di cui al D.P.R. 619/80 ed alla legge 597/82, rafforzando il proprio ruolo nel campo della sicurezza industriale.

Notevole è stata anche l'attività omologativa che l'Istituto, di cui alla legge 597/82, esercita nei confronti di apparecchi, impianti dispositivi di sicurezza e di controllo, concretizzata in 3 milioni circa di interventi, consentendo una entrata nel bilancio dello Stato stimata in 60 miliardi circa (per l'attività di ricerca si rinvia al capitolo 15).

Consiglio Sanitario Nazionale

Il Consiglio sanitario nazionale ha tenuto, nel corso dell'anno 1988, sei riunioni di Assemblea e 15 riunioni delle Sezioni istruttorie, oltre a numerose sedute di gruppi di lavoro, appositamente costituiti, per l'esame di determinate questioni, di Commissioni speciali e dei Comitati redazionale e scientifico per la Relazione sullo stato sanitario del Paese.

Dall'attività assembleare, nella duplice funzione consulenziale e propositiva, sono scaturiti numerosi atti, tra pareri ed atti di indirizzo e coordinamento di cui si sottolineano in particolare: la definizione degli standards di personale ospedaliero che ha consentito di individuare, per ciascun tipo di divisione o servizio ospedaliero, le figure professionali necessarie per assicurare una assistenza sanitaria qualitativamente e quantitativamente adeguata ai bisogni da soddisfare; l'individuazione di criteri-guida per l'articolazione di un servizio di emergenza sanitaria che ha permesso di delineare un quadro organizzativo entro il quale attivare i servizi necessari all'emergenza; l'avvio dell'esame del Piano sanitario nazionale per il triennio 1988-1991

(Nota generale: per l'insieme delle altre attività del Ministero della Sanità nei diversi settori si rimanda ai vari capitoli della Relazione).

INDICATORI O.M.S.:

Fra gli indicatori proposti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per la realizzazione di questo obiettivo, si cita unicamente il seguente, preferendo spostare gli altri al termine del capitolo seguente inerente l'attività delle USL.

26.01.01A Percentuale della popolazione con accesso all'assistenza sanitaria di base.

Dal punto di vista giuridico il dato è, per l'Italia: 100 per cento.

RICERCHE PROPOSTE DALL'O.M.S:

A) Decisioni per l'assistenza sanitaria di base;

B) Accettazione e utilizzazione dell'assistenza sanitaria di base;

C) Partecipazione della comunità.