

Relazione
sullo stato sanitario
del Paese

Anno 1989

PAGINA BIANCA

Capitolo 1

“Aspetti demografici e sociali”

Gli Obiettivi OMS

- Obiettivo n. 1** *“Entro il 2000 le differenze esistenti tra le situazioni sanitarie dei diversi paesi e dei vari gruppi al loro interno dovrebbero essere ridotte almeno del 25%, elevando il livello di salute delle nazioni o dei gruppi meno avvantaggiati”.*
- Obiettivo n. 2** *“Entro il 2000 tutti dovrebbero avere le opportunità fondamentali di sviluppare e utilizzare il proprio potenziale di salute per condurre una vita socialmente ed economicamente soddisfacente”.*
- Obiettivo n. 3** *“Entro il 2000 i minorati dovrebbero avere le opportunità fisiche, sociali ed economiche di svolgere una vita socialmente ed economicamente soddisfacente e mentalmente creativa”.*
- Obiettivo n. 4** *“Entro il 2000 il numero medio di anni vissuti senza le peggiori malattie e invalidità dovrebbe aumentare almeno del 10%”.*
- Obiettivo n. 6** *“Entro il 2000 la previsione di sopravvivenza alla nascita dovrebbe essere almeno di 75 anni”.*
- Obiettivo n. 7** *“Entro il 2000 i casi di mortalità infantile dovrebbero essere meno di 20 ogni 1.000 nati vivi”.*
- Obiettivo n. 8** *“Entro il 2000 i casi di mortalità materna dovrebbero essere meno di 15 ogni 100.000 nati vivi”.*

PAGINA BIANCA

Il panorama italiano

Nel 1989 esistono ancora in Italia profonde disparità tra le situazioni sanitarie all'interno delle singole regioni;

l'esame dei dati permette di evidenziare differenze talvolta grandissime, frutto di fattori geografici e naturali, di eventi storici, di risorse economiche e sociali.

Pertanto il problema del mantenimento del benessere psico-fisico degli individui e della collettività e il reperimento delle necessarie informazioni al riguardo appare oggi più che mai centrale, sia per l'aspetto sociale che per quello economico.

Tuttavia, i dati mostrano come lo stato generale di salute vada migliorando: è significativo, infatti l'aumento dell'indicatore vita media pari a 72,9 anni per gli uomini e 79,4 per le donne.

Nel 1989 la distribuzione degli invalidi assistiti è aumentata per l'effetto dei due congiunti fenomeni demografici: diminuzione della mortalità ed aumento della vita media.

Si devono quindi migliorare o alleviare le situazioni di bisogno proprie di alcune categorie a rischio della popolazione; è perciò necessario un maggior impegno sul fronte dell'assistenza sanitaria.

Da considerare, infine, che i tassi di mortalità infantile e materna si sono attestati, nel 1989, a 8,8 per mille e 9 per 100.000 nati vivi rispettivamente.

Per entrambi si nota quindi una costante e significativa diminuzione che colloca l'Italia agli stessi livelli delle altre Nazioni dell'Europa occidentale.

PAGINA BIANCA

CAPITOLO 1 “ASPETTI DEMOGRAFICI E SOCIALI”

1.1 Gli aspetti demografici

1.1.1 Popolazione per classi di età e sesso

La popolazione residente al 31 dicembre 1989 risulta di 57.576.429 unità (27.968.530 maschi e 29.607.899 femmine) di cui 25.508.212 al nord, 10.982.296 al centro e 21.085.921 al sud, con un aumento di 71.738 unità rispetto al 1988. L'incremento è stato dell'1,2 per mille contro l'1,8 del 1988.

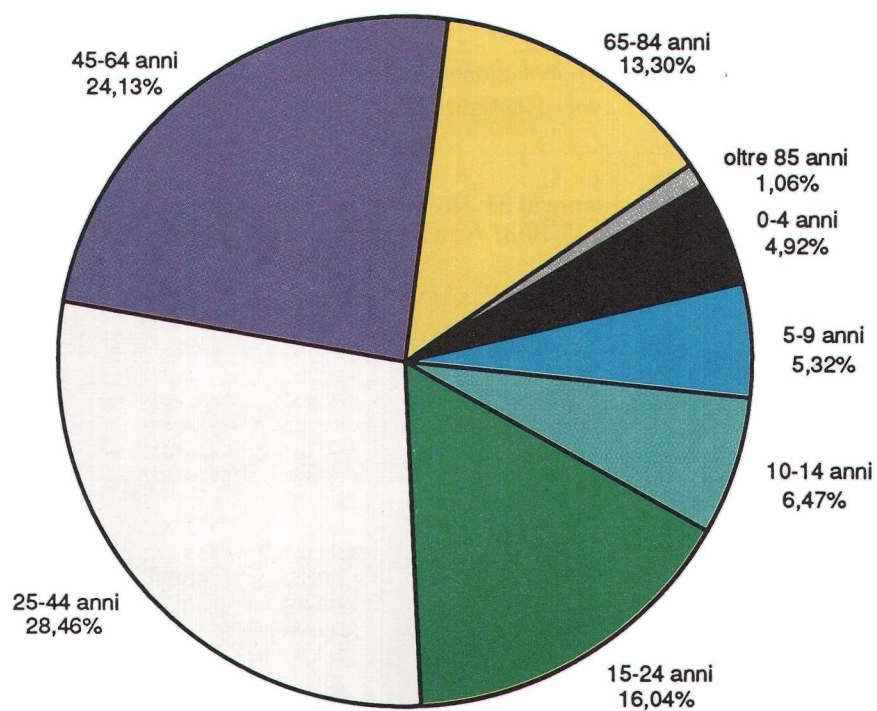
La struttura per età e sesso della popolazione residente non ha subito significative variazioni rispetto agli anni precedenti (tavola 1.1, figure 1.1 e 1.2).

Tavola 1.1 - Popolazione residente al 31 dicembre 1989 per regione e sesso e variazione tra il 25/10/81 (censimento) ed il 31/12/89

Regioni	M	F	% M/MF	25/10/81	31/12/89	Variazione	%
Piemonte	2.109.353	2.248.206	48,4	4.479.031	4.357.559	-121.472	-2,7
Valle d'Aosta	57.168	58.102	49,6	112.353	115.270	2.917	2,6
Lombardia	4.301.919	4.610.076	48,3	8.891.652	8.911.995	20.343	0,2
Trentino Alto Adige*	432.930	453.749	48,8	873.413	886.679	13.266	1,5
Veneto	2.125.969	2.259.054	48,5	4.345.047	4.385.023	39.976	0,9
Friuli Venezia Giulia	573.446	629.431	47,7	1.233.984	1.202.877	-31.107	-2,5
Liguria	819.510	907.702	47,4	1.807.893	1.727.212	-80.681	-4,5
Emilia Romagna	1.893.561	2.028.036	48,3	3.957.513	3.921.597	-35.916	-0,9
Toscana	1.713.007	1.847.575	48,1	3.581.051	3.560.582	-20.469	-0,6
Umbria	396.991	421.325	48,6	807.552	820.316	12.764	1,6
Marche	694.561	736.165	48,5	1.412.404	1.430.726	18.322	1,3
Lazio	2.503.067	2.667.605	48,4	5.001.684	5.170.672	168.988	3,4
Abruzzo	617.259	649.189	48,7	1.217.791	1.266.448	48.657	4,0
Molise	163.895	171.453	48,9	328.371	335.348	6.977	2,1
Campania	2.868.420	2.940.285	49,4	5.463.134	5.808.705	345.571	6,3
Puglia	1.982.266	20.870.993	48,7	3.871.617	4.069.359	197.742	5,1
Basilicata	308.523	314.652	49,5	610.186	623.175	12.989	2,1
Calabria	1.062.085	1.090.454	49,3	2.061.182	2.152.539	91.357	4,4
Sicilia	2.525.184	2.647.601	48,8	4.906.878	5.172.785	265.907	5,4
Sardegna	817.416	840.146	49,3	1.594.175	1.657.562	63.387	4,0
Italia	27.968.530	29.607.899	48,6	56.556.911	57.576.429	1.019.518	1,8
Nord	12.313.856	13.194.356	48,3	25.700.886	25.508.212	-192.674	-0,7
Centro	5.309.626	5.672.670	49,3	10.802.691	10.982.296	179.605	1,7
Sud e isole	10.345.048	10.740.873	49,1	20.053.334	21.085.921	1.032.587	5,1
* Bolzano - Bozen	216.042	223.723	49,1	430.568	439.765	9.197	2,1
Trento	216.888	230.026	48,5	442.845	446.914	4.069	0,9

Fonte: Istituto Nazionale di Statistica, 1989

Fig. 1.1 - Ripartizione percentuale della popolazione residente per fasce di età.
Italia - Anno 1989

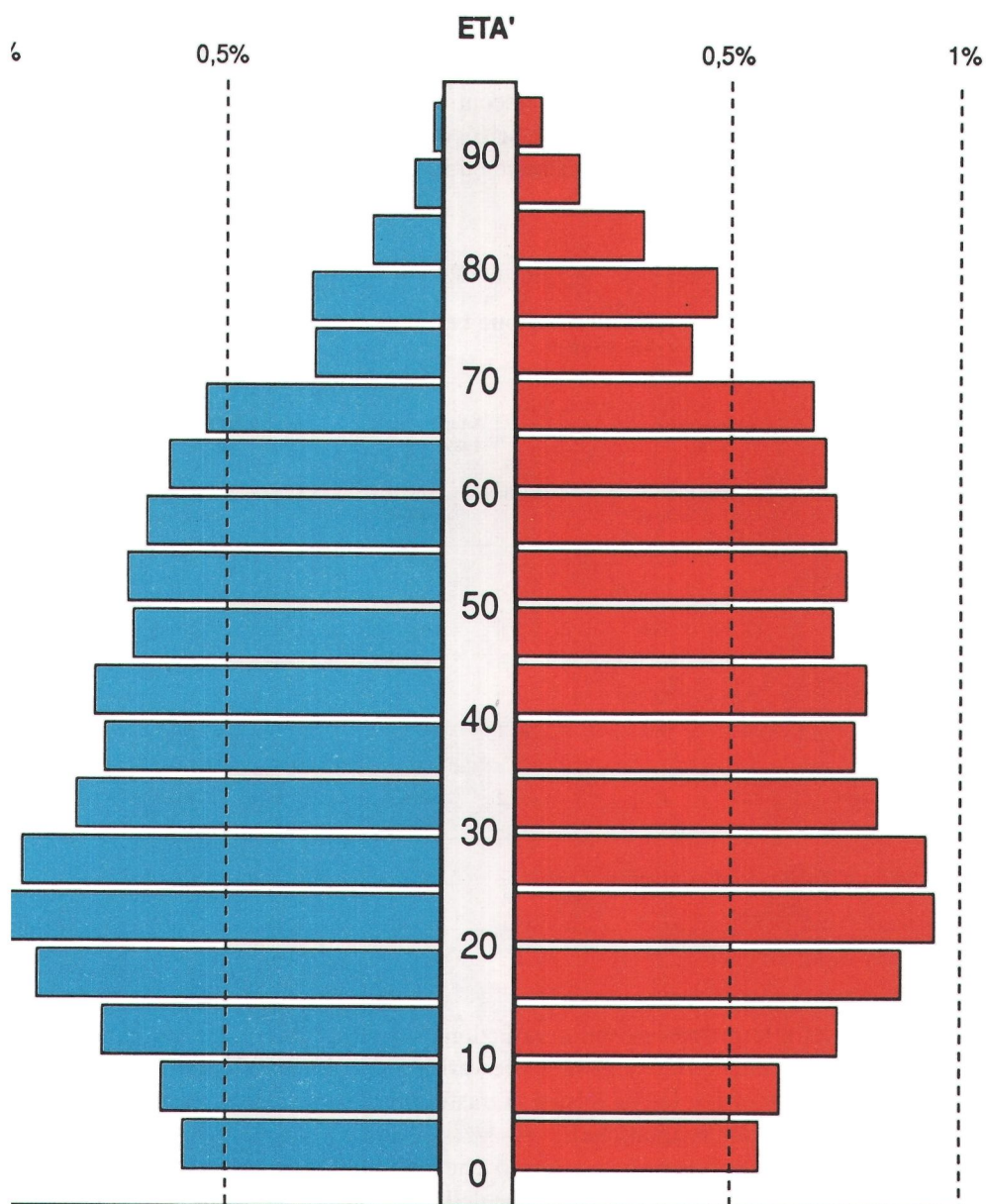


Fonte: Elaborazione C.S.N. su dati dell'Istituto Nazionale di Statistica

5. 1.2 - Piramide della popolazione al 31-12-1989

M = 27.968.530

F = 29.607.899



Fonte: Elaborazioni C.S.N. su dati dell'Istituto Nazionale di Statistica

In particolare, nei 95 comuni capoluoghi di provincia risiede un totale di 17.951.312 abitanti, che corrispondono al 31,2 per cento della popolazione italiana. I rimanenti 39.625.117 abitanti, pari al 68,8 per cento del totale, risiedono negli altri 8 mila comuni.

Tenuto conto che al censimento del 1981 i due gruppi di comuni assorbivano rispettivamente il 32,7 e il 67,3 per cento della popolazione complessiva se ne deduce che vi è stata negli anni ottanta una tendenza alla diminuzione della popolazione dei comuni capoluoghi, tendenza che ha interessato tutte le ripartizioni del territorio nazionale anche se in misura diversa.

Infatti ad una variazione pari al -6,9 per cento della popolazione dei comuni capoluoghi nell'Italia del nord-occidentale ha fatto riscontro una variazione più contenuta nell'Italia nord-orientale ed in quella meridionale (rispettivamente -4,5 e -4,4 per cento) ed una variazione ancora minore nell'Italia centrale ed in quella insulare (rispettivamente -3,1 e -3,3 per cento) (tavola 1.2).

Tavola 1.2 - Distribuzione della popolazione residente tra i comuni capoluoghi di provincia e i rimanenti

Ripartizioni geografiche	Censimento 1981		Anno 1989		Variazioni percentuali		Differenze capoluoghi
	Capoluoghi	Altri comuni	Capoluoghi	Altri comuni	Capoluoghi	Altri comuni	
Italia Nord-Occ.	32,1	67,9	29,9	70,1	93,1	103,2	- 6,9
“ Nord- Ori.	31,2	68,8	29,8	70,2	95,5	102,0	- 4,5
“ Centrale	44,7	55,3	43,3	56,7	96,9	102,5	- 3,1
“ Meridion.	24,9	75,1	23,8	76,2	95,6	101,5	- 4,4
“ Insulare	33,2	66,8	32,1	67,9	96,7	101,6	- 3,3
Italia	32,7	67,3	31,2	68,8	95,4	102,2	- 4,6

Fonte: Istituto Nazionale di Statistica, 1989

Per una corretta interpretazione della variazione numerica intercorsa tra la popolazione 1988 e 1989 va verificato in che misura tale variazione è dovuta al saldo naturale (somma algebrica tra nati e morti) e in che misura ai trasferimenti di residenza (somma algebrica tra iscrizioni e cancellazioni anagrafiche).

Quanto alla prima componente va rilevato che nel 1989 si sono avute 567.268 nascite contro le 576.402 del 1988 con una flessione dell'1,8 per cento. Tale diminuzione conferma l'andamento in atto da tempo, interrotto soltanto da un modesto aumento verificatosi nel 1988 (tavola 1.3).

Tavola 1.3 - Movimento naturale della popolazione residente per regione - Nati

Regioni	Nati		Var. ass.	Var. perc.
	1981	1989		
Piemonte	38.154	32.726	- 5.428	- 14,2%
Valle d'Aosta	897	926	29	3,2%
Lombardia	83.659	75.180	- 8.479	- 10,1%
Trentino Alto Adige*	9.773	9.344	- 429	- 4,4%
Veneto	42.041	37.698	- 4.343	- 10,3%
Friuli Venezia Giulia	9.265	8.576	- 689	- 7,4%
Liguria	11.929	11.132	- 797	- 6,7%
Emilia Romagna	29.166	26.327	- 2.839	- 9,7%
Toscana	28.800	25.513	- 3.287	- 11,4%
Umbria	7.604	6.663	- 941	- 12,4%
Marche	13.700	11.898	- 1.802	- 13,2%
Lazio	53.586	49.958	- 3.628	- 6,8%
Abruzzo	14.268	12.487	- 1.781	- 12,5%
Molise	3.974	3.483	- 491	- 12,4%
Campania	87.817	81.869	- 5.948	- 6,8%
Puglia	59.854	51.287	- 8.567	- 14,3%
Basilicata	8.544	7.710	- 834	- 9,8%
Calabria	31.538	28.958	- 2.580	- 8,2%
Sicilia	71.778	69.945	- 1.833	- 2,6%
Sardegna	21.766	15.588	- 6.178	- 28,4%
Italia	628.113	567.268	- 60.845	- 9,7%
Nord	224.884	201.909	- 22.975	- 10,2%
Centro	103.690	94.032	- 9.658	- 9,3%
Sud e isole	299.539	271.327	- 28.212	- 9,4%
* Bolzano - Bozen	5.397	5.217	- 180	- 3,3%
Trento	4.376	4.127	- 249	- 5,7%

Fonte: Istituto Nazionale di Statistica, 1989

Il quoziente di natalità è stato del 9,9 per mille contro il 10,0 del 1988.

Quale regione con la più alta natalità si conferma la Campania con il 14,1 per mille; la più bassa la Liguria con il 6,4.

Nel 1989 il numero dei morti (riferiti alla popolazione residente) è stato di 531.557 contro i 535.814 del 1988 con una flessione dell'1,1 per cento. Il quoziente di mortalità è stato del 9,2 per mille contro il 9,3 del 1988. La regione a più alta mortalità è stata la Liguria con il 13,0 per mille, quella più bassa la Puglia con il 7,2. Questi valori dipendono dal fatto che nelle regioni meridionali prevalgono, nella popolazione, le classi più giovani ed in quelle settentrionali quelle più anziane (tavole 1.4 e 1.5 e figure 1.3 e 1.4).

Tavola 1.4 - Movimento naturale della popolazione residente per regione - Morti

Regioni	Morti		Var. ass.	Var. perc.
	1981	1989		
Piemonte	50.929	48.635	- 5.428	- 10,7%
Valle d'Aosta	1.188	1.248	29	2,4%
Lombardia	84.459	82.716	- 8.479	-10,0%
Trentino Alto Adige*	8.413	8.018	- 429	- 5,1%
Veneto	41.145	40.103	- 4.343	- 10,6%
Friuli Venezia Giulia	15.467	14.701	- 689	- 4,5%
Liguria	23.360	22.465	- 797	- 3,4%
Emilia Romagna	42.110	42.156	- 2.839	- 6,7%
Toscana	40.319	39.734	- 3.287	- 8,2%
Umbria	8.138	8.476	- 941	- 11,6%
Marche	13.761	13.800	- 1.802	- 13,1%
Lazio	40.478	44.970	- 3.628	- 9,0%
Abruzzo	11.867	12.004	- 1.781	- 15,0%
Molise	3.478	3.380	- 491	- 14,1%
Campania	45.934	42.666	- 5.948	- 12,9%
Puglia	30.017	29.244	- 8.567	- 28,5%
Basilicata	5.244	5.110	- 834	- 15,9%
Calabria	17.299	16.499	- 2.580	- 14,9%
Sicilia	44.500	43.036	- 1.833	- 4,1%
Sardegna	12.658	12.596	- 6.178	- 48,8%
Italia	540.764	531.557	- 60.845	- 11,3%
Nord	267.071	260.042	- 22.975	- 8,6%
Centro	102.696	106.980	- 9.658	- 9,4%
Sud e isole	170.997	164.535	- 28.212	- 16,5%
* Bolzano - Bozen	3.659	3.506	- 180	- 4,9%
Trento	4.754	4.512	- 249	- 5,2%

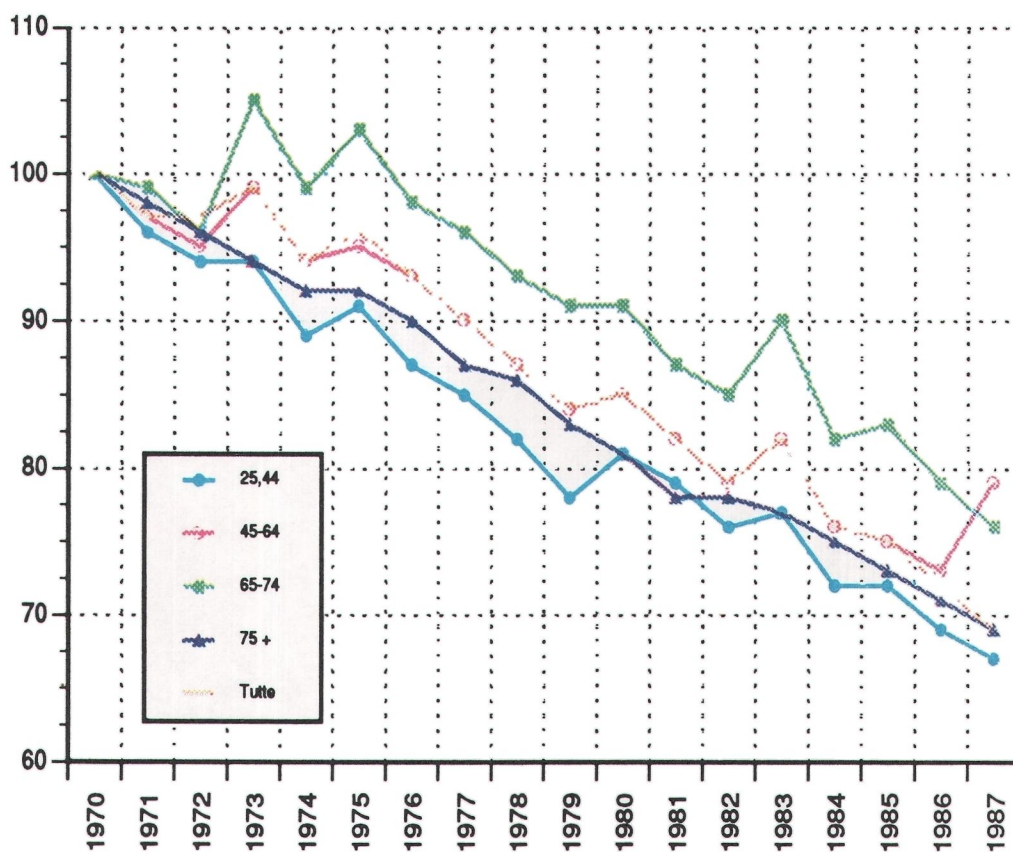
Fonte: Istituto Nazionale di Statistica - 1989

Tavola 1.5 - Indici di natalità e di mortalità per Regione - Anno 1989
(Quozienti per 1.000 abitanti)

Regioni	Nati	Morti
Piemonte	7,5	11,2
Valle d'Aosta	8,1	10,9
Lombardia	8,4	9,3
Trentino Alto Adige*	10,6	9,1
Veneto	8,6	9,2
Friuli Venezia Giulia	7,1	12,2
Liguria	6,4	13,0
Emilia Romagna	6,7	10,8
Toscana	7,2	11,2
Umbria	8,1	10,3
Marche	8,3	9,7
Lazio	9,7	8,7
Abruzzo	9,9	9,5
Molise	10,4	10,1
Campania	14,1	7,4
Puglia	12,6	7,2
Basilicata	12,4	8,2
Calabria	13,5	7,7
Sicilia	13,5	8,3
Sardegna	9,4	7,6
Italia	9,9	9,2
Nord	7,9	10,2
Centro	8,6	9,7
Sud e isole	12,9	7,8
* Bolzano - Bozen	11,9	8,0
Trento	9,2	10,1

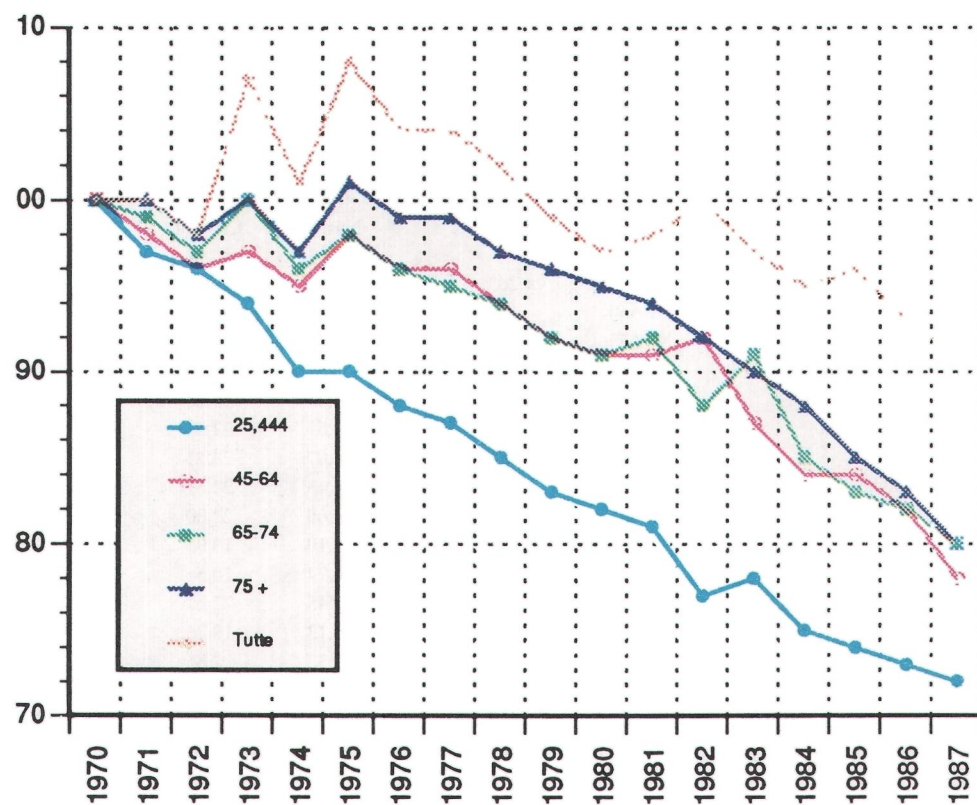
Fonte: Istituto Nazionale di Statistica - 1989

Fig. 1.3 - Numeri indice dei tassi specifici di mortalità dal 1970 al 1987
Femmine (1970 = 100)



Fonte: Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati dell'Istituto Nazionale di Statistica

g. 1.4 - Numeri indice dei tassi specifici di mortalità dal 1970 al 1987
Maschi (1970 = 100)



nte: Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati dell'Istituto Nazionale di Statistica

Il saldo naturale ha pertanto contribuito all'incremento di popolazione registrato tra il 1988 e il 1989 nella misura del 49,8 per cento, pari cioè a 35.711 unità, da attribuire esclusivamente al mezzogiorno (+106.792), avendo le regioni del nord-centro accusato un saldo negativo di 71.081 unità.

A completamento di quanto evidenziato a proposito delle nascite, si fa presente che i matrimoni - dai quali proviene tuttora il 94 per cento dei nati vivi - nel 1989 sono stati pari a 311.613, con una flessione, rispetto all'anno precedente, pari all'1,2 per cento (tavola 1.6)

Tavola 1.6 - Matrimoni, indici di nuzialità, percentuale dei matrimoni civili sul totale, divorzi - Anno 1989

Regioni	Matrimoni		Indice % Matrim.		Divorzi
	Totale	Civili	Nuzial.	Civ/Tot	
Piemonte	21.396	4.265	4,91	19,93	4.123
Valle d'Aosta	550	139	4,78	25,27	136
Lombardia	44.658	8.168	5,01	18,29	6.633
Trentino Alto Adige*	5.153	1.406	5,82	27,29	710
Veneto	23.497	3.658	5,36	15,68	1.896
Friuli Venezia Giulia	5.579	1.560	4,63	27,96	681
Liguria	8.440	2.381	4,87	28,21	1.863
Emilia Romagna	17.383	3.924	4,43	22,57	2.812
Toscana	16.605	3.808	4,66	22,30	1.984
Umbria	4.185	584	5,10	13,95	284
Marche	7.067	745	4,94	10,54	463
Lazio	28.120	6.253	5,45	22,24	1.985
Abruzzi	6.482	665	5,13	10,26	431
Molise	1.784	140	5,32	7,85	37
Campania	38.200	6.612	6,60	17,31	1.846
Puglia	26.122	1.985	6,43	7,60	1.258
Basilicata	3.670	206	5,89	5,61	85
Calabria	11.813	956	5,49	8,09	432
Sicilia	31.299	3.236	6,06	10,34	2.143
Sardegna	9.610	1.818	5,80	18,92	507
Italia	311.613	52.536	5,42	16,86	30.309
Nord	126.656	25.528	4,97	20,16	18.854
Centro	55.977	11.390	5,10	20,35	4.716
Sud e isole	128.980	15.618	6,13	12,11	6.739
* Bolzano - Bozen	2.602	957	5,93	36,78	199
Trento	2.551	449	5,71	17,60	511

Fonte: Istituto Nazionale di Statistica, 1989

La distribuzione per regione dell'età media al matrimonio mostra, per l'anno 1987, che l'età media degli sposi è stata, nel complesso del territorio nazionale, di 28,66 anni, mentre quella delle spose è risultata di 25,29 anni.

Pertanto, la differenza assoluta tra l'età dello sposo e della sposa è stata, mediamente, pari a 3,37 anni.

I valori regionali dell'età media dello sposo oscillano tra il minimo di 27,93 anni della Puglia (peraltro, quasi allo stesso livello della Campania con il 27,97) ed il massimo di 30,44 della Liguria.

I valori regionali dell'età media della sposa sono compresi tra il minimo di 23,75 della Calabria ed il massimo di 27,25 della Liguria.

E' interessante rilevare che valori alquanto elevati dell'età media al matrimonio si riscontrano nel Lazio (29,33 anni per lo sposo; 26,09 per la sposa).

La differenza di età degli sposi di minore entità in valore assoluto si riscontra nella regione Toscana (2,95 anni); quella più elevata nella regione Calabria (4,47).

E' presumibile che la più giovane età media al matrimonio che si riscontra nelle regioni meridionali contribuirà a mantenere il numero delle nascite di tali regioni a livelli più elevati di quello del centro-nord d'Italia anche nei prossimi anni (tavola 1.7).

Tavola 1.7 - Età media al matrimonio per sesso e regione - Anno 1987.

Regioni	Maschi	Femmine	Differenza
Piemonte	28,94	25,89	3,05
Valle d'Aosta	28,89	25,74	3,15
Lombardia	28,83	25,81	3,02
Trentino A. A.	29,17	25,88	3,29
Veneto	28,37	25,28	3,09
Friuli V. G.	29,53	26,19	3,34
Liguria	30,44	27,25	3,19
Emilia Romagna	29,10	26,15	2,95
Toscana	29,04	26,09	2,95
Umbria	28,84	25,60	3,24
Marche	28,86	25,46	3,40
Lazio	29,33	26,09	3,24
Abruzzo	28,78	25,19	3,59
Molise	28,27	24,58	3,69
Campania	27,97	24,40	3,57
Puglia	27,93	24,45	3,48
Basilicata	28,31	24,46	3,85
Calabria	28,22	23,75	4,47
Sicilia	28,17	24,22	3,95
Sardegna	29,28	25,78	3,50
Italia	28,66	25,29	3,37

Fonte: Istituto Nazionale di Statistica, 1987

Le iscrizioni da altri comuni e dall'estero hanno raggiunto la cifra complessiva di 1.210.850, con un decremento dell'1,1 per cento rispetto all'anno precedente, mentre le cancellazioni per altri comuni e per l'estero sono state 1.174.823, con un incremento dell'1,6 per cento. Il movimento migratorio si è concluso con un saldo positivo di 36.027 unità, risultando anch'esso da un diverso andamento delle due ripartizioni geografiche: il nord-centro ha registrato un afflusso netto di 81.317 persone, il mezzogiorno un deflusso netto di 45.290 unità (tavola 1.8).

Tavola 1.8 - Iscrizioni e cancellazioni anagrafiche per trasferimento di residenza tra comuni e con l'estero per regione - Anno 1989

Regioni	Iscritti		Cancellati	
	Da altri comuni	Dall'estero	Per altri comuni	Per l'estero
Piemonte	111.440	5.075	106.240	2.718
Valle d'Aosta	3.553	160	2.785	96
Lombardia	216.471	11.606	200.717	6.780
Trentino Alto Adige *	15.059	1.530	14.156	1.119
Veneto	79.609	5.550	75.649	2.669
Friuli Venezia Giulia	22.383	2.845	21.080	1.508
Liguria	36.331	2.484	36.410	2.123
Emilia Romagna	77.254	4.911	63.778	2.242
Toscana	67.323	4.753	60.298	2.255
Umbria	12.175	1.234	9.812	1.030
Marche	22.320	2.123	20.141	897
Lazio	100.562	9.637	95.856	4.712
Abruzzo	24.094	2.905	21.809	1.917
Molise	5.552	892	5.787	623
Campania	112.032	5.179	115.595	5.181
Puglia	55.792	4.902	64.924	7.763
Basilicata	7.873	845	9.505	1.296
Calabria	33.096	3.270	45.712	1.931
Sicilia	93.916	10.066	106.078	16.294
Sardegna	32.183	1.865	33.397	1.940
Italia	1.129.018	81.832	1.109.729	65.094
Nord	562.100	34.161	520.815	19.255
Centro	202.380	17.747	186.107	8.894
Sud e isole	364.538	29.924	402.807	36.945
* Bolzano - Bozen	6.964	797	7.033	683
Trento	8.095	733	7.123	436

Fonte: Istituto Nazionale di Statistica, 1989

Un indicatore particolarmente valido per apprezzare la situazione socio-economico-sanitaria della popolazione è costituito dalla speranza di vita o vita media alla nascita. Nel periodo 1977/79 la speranza di vita alla nascita per i maschi italiani era di 70,6 anni e per le donne di 77,2 anni. Nel 1987 (ultimo dato disponibile) tali valori sono diventati rispettivamente di 72,9 anni e di 79,4 anni. Se si confrontano i dati internazionali si verifica che la situazione italiana è allineata a quella degli altri Paesi dell'Europa occidentale (tavola 1.9).

Tavola 1.9 - Vita media in alcuni paesi

Paesi CEE	Anni	Maschi	Femmine
Italia	1987	72,9	79,4
Regno Unito	1983-1985	71,8	77,7
Scozia	1985	70,1	75,8
Paesi Bassi	1985-1989	73	79,6
Belgio	1979-1982	70	76,8
Germania R.F.	1984-1986	71,5	78,1
Francia	1984-1986	71,3	79,5
Altri Paesi Europei			
Norvegia	1984-1985	72,8	79,5
Svezia	1986	74	80
Finlandia	1986	70,5	78,7
Svizzera	1985-1986	73,6	80,3
Austria	1985	70,4	77,4
Paesi Extraeuropei			
Stati Uniti	1985	71,2	78,2
Giappone	1986	75,2	80,9
Australia	1985	72,3	78,8

Fonte: Istituto Nazionale di Statistica, 1989

Per quanto riguarda l'indice di vecchiaia si rimanda al capitolo sugli anziani (confronta capitolo 1, paragrafo 1.3.1).

1.1.2 Famiglie e nuclei familiari

L'aumento del numero di famiglie, la riduzione della dimensione media della famiglia e la progressiva semplificazione della sua composizione strutturale si confermano in linea con le caratteristiche più evidenti del processo evolutivo delle strutture familiari in Italia.

In effetti, la crescita del numero di famiglie dal 1983 al 1988, con un tasso nettamente superiore a quello relativo all'ammontare della popolazione (1), dipende essenzialmente

dalle modificazioni strutturali in atto nella famiglia. La tavola 1.10 evidenzia la diminuzione del numero e del peso percentuale delle famiglie (2) con struttura più complessa, ossia quelle contenenti due o più nuclei familiari (3) e quelle contenenti un solo

**Tavola 1.10 - Famiglie per tipologia e nuclei familiari per tipo di nucleo
Anni 1983 e 1988**

Tipologia della famiglia	1983		1988	
	Dati assoluti (in migliaia)	Valori percentuali	Dati assoluti (in migliaia)	Valori percent.
Famiglie senza nuclei	2.617	14,7	3.371	17,7
- Una persona sola	2.319	13,0	3.089	16,3
Famiglie contenenti un solo nucleo	14.744	82,7	15.296	80,5
- Un nucleo senza altre persone isolate	13.512	75,9	14.385	75,7
Coppie senza figli celibi/nubili	3.034	17,0	3.201	16,9
Coppie con figli celibi/nubili	9.355	52,5	9.911	52,2
Un solo genitore con figli celibi/nubili	1.132	6,4	1.273	6,7
- Un nucleo con altre persone isolate	1.223	6,9	912	4,8
Coppie senza figli celibi/nubili	230	1,3	215	1,1
Coppie con figli celibi/nubili	870	4,9	606	3,2
Un solo genitore con figli celibi/nubili	123	0,7	92	0,5
Famiglie contenenti due o più nuclei	461	2,6	325	1,7
Totale	17.822	100,0	18.992	100,0
Numero medio di componenti	1983		1988	
	Dati assoluti (in migliaia)	Valori percentuali	Dati assoluti (in migliaia)	Valori percent.
	3,2		3,0	
Tipo di nucleo				
Coppie con figli	10.651	67,9	10.800	67,7
- con almeno un figlio minorenni	8.117	51,8	7.577	47,5
Coppie senza figli	3.660	23,3	3.686	23,1
Totale coppie	14.310	91,2	14.486	90,8
- non coniugate	192	1,2	199	1,2
Monogenitore padre	202	1,3	235	1,5
Monogenitore madre	1.169	7,4	1.231	7,7
Totale monogenitore	1.371	8,7	1.467	9,2
- con almeno un figlio minorenni	467	3,0	403	2,5
Totale	15.682	100,0	15.952	100,0

N.B. I dati illustrati derivano da indagini campionarie sulle famiglie - Per il 1983 "Indagine sulle strutture ed i comportamenti familiari", per il 1988 i dati provengono dal primo ciclo dell'Indagine multiscopo sulle famiglie.

Fonte: Istituto Nazionale di Statistica, 1989

(1) Ad un incremento del 6,6 per cento delle famiglie fa infatti riscontro solo un aumento dello 0,5 per cento della popolazione che vive nelle famiglie stesse.

(2) Per famiglia si intende un insieme di persone tra loro coabitanti, qualunque sia il vincolo (di parentela, affettività o anche amicizia) che le lega. E' escluso solo il caso in cui il vincolo sia di natura esclusivamente economico (ad esempio quando la coabitazione sia dovuta all'uso di una stanza data in subaffitto).

(3) Per nucleo familiare si intende un insieme di persone tra loro coabitanti, che sono legate dal vincolo di coppia e/o dal rapporto genitore-figlio. Il nucleo familiare, quindi, a differenza della famiglia comprende sempre almeno due persone.

nucleo familiare con l'aggiunta di altre persone non appartenenti al nucleo stesso (queste due tipologie familiari passano rispettivamente dal 2,6 per cento all'1,7 per cento delle famiglie e dal 6,9 per cento al 4,8 per cento dal 1983 al 1988).

Aumenta inoltre sensibilmente il numero di famiglie composto di una sola persona, soprattutto anziani, che passa dal 13 per cento al 16,3 per cento delle famiglie. Accanto a questo processo di semplificazione strutturale della famiglia italiana si evidenzia una progressiva riduzione della sua dimensione media che scende da 3,2 a 3 componenti (4).

E' interessante sottolineare che l'ampiezza media è in diminuzione anche a parità di struttura familiare (da 3,5 a 3,4 nelle famiglie comprendenti due o più nuclei).

Il numero di nuclei familiari risulta in aumento nel corso del quinquennio considerato; inoltre, sia nel 1983 che nel 1988 il peso relativo più alto e quello più basso riguardano rispettivamente il tipo "coppie con figli" ed il tipo "monogenitore".

Tavola 1.11 - Coppie coniugate e non, per eventuale presenza di figli nel nucleo ed età media della coppia - Anno 1988

	Età media della coppia						
	Fino a 29	30-34	35-44	45-54	55-64	65 ed oltre	
	Dati assoluti (in migliaia)						Totale
Coppie coniugate							
con figli	884	1.441	3.216	2.963	1.718	472	10.695
con almeno un figlio minorenni	884	1.441	3.126	1.752	277	9	7.489
senza figli	393	182	162	256	972	1.628	3.592
Totale	1.277	1.623	3.378	3.219	2.690	2.099	14.286
Coppie non coniugate							
con figli	9	21	47	17	11	1	105
con almeno un figlio minorenni	9	21	46	10	3	-	89
senza figli	19	16	14	14	11	20	94
Totale	28	37	61	31	22	21	199
Coppie							
con figli	894	1.462	3.263	2.980	1.729	472	10.800
con almeno un figlio minorenni	894	1.462	3.172	1.761	279	9	7.577
senza figli	411	198	176	270	984	1.648	3.686
Totale	1.305	1.660	3.439	3.250	2.713	2.120	14.486
	Percentuali per età media della coppia						
Coppie coniugate							
con figli	8,3	13,5	30,1	27,7	16,1	4,4	100,0
con almeno un figlio minorenni	11,8	19,2	41,7	23,4	3,7	0,1	100,0
senza figli	10,9	5,1	4,5	7,1	27,1	45,3	100,0
Totale	8,9	11,4	23,6	22,5	18,8	14,7	100,0
Coppie non coniugate							
con figli	8,7	20,0	44,4	16,1	10,3	0,5	100,0
con almeno un figlio minorenni	10,3	23,8	51,8	11,0	3,0	-	100,0
senza figli	19,7	17,0	14,9	14,6	12,1	21,7	100,0
Totale	13,9	18,6	30,5	15,4	11,1	10,5	100,0
Coppie							
con figli	8,3	13,5	30,2	27,6	16,0	4,4	100,0
con almeno un figlio minorenni	11,8	19,3	41,9	23,2	3,7	0,1	100,0
senza figli	11,2	5,4	4,8	7,3	26,7	44,7	100,0
Totale	9,0	11,5	23,7	22,4	18,7	14,6	100,0

Fonte: Istituto Nazionale di Statistica, 1989

(4) Si ricorda che trattasi di composizione "di fatto". La composizione anagrafica media risulta infatti più bassa in entrambi gli anni (rispettivamente 3 e 2,8 componenti).

Per quanto riguarda le coppie, invece, in Italia sono 14.486.000 (tavola 1.11): 3.686.000 senza figli conviventi, 10.800.000 con figli di cui 7.577.000 con almeno un figlio minorenni.

Il numero delle coppie ha conosciuto un incremento rispetto al 1983, che è stato totalmente assorbito dall'incremento delle coppie coniugate, avendo le coppie non coniugate mantenuto più o meno la stessa consistenza (199.000 circa).

L'età media delle coppie risulta differente a seconda della presenza o meno di figli nel nucleo: è così che il 71,4 per cento delle coppie senza figli conviventi presenta un'età media superiore ai 55 anni; il 57,8 per cento delle coppie con figli ha un'età media tra 35 e 54 anni; il 61,2 per cento delle coppie con almeno un figlio minorenne presenta un'età media compresa tra i 30 e i 44 anni.

Ciò rispecchia le differenti fasi del ciclo di vita familiare: le coppie senza figli sono più anziane perchè i figli, se ci sono stati, sono usciti dal nucleo di origine, per costituirne uno nuovo, viceversa quelle con figli minorenni sono in media più giovani di quelle con figli più grandi.

Le coppie non coniugate sono in media più giovani delle coniugate, essendo per le coniugate l'età media pari a 48,2 anni e per le non coniugate pari a 42,9 anni.

In particolare, circa un terzo delle coppie coniugate presenta un'età media superiore ai 55 anni, contro il 21,6 per cento delle libere unioni; circa la metà delle coppie non coniugate presenta invece un'età media compresa tra i 30 e i 44 anni, contro il 35 per cento delle coniugate.

La vita di coppia che caratterizza fortemente la famiglia italiana si presenta quindi con caratteristiche profondamente diverse a seconda se si considerino le coppie coniugate e non coniugate.

Queste ultime non conoscono una crescita come in altri paesi europei e si caratterizzano per un'età media più bassa e una minore presenza di figli nel nucleo.

1.1.3 Mortalità per cause

Nel quadro della mortalità generale per tutte le cause (tavola 1.12), è opportuno considerare le cause specifiche di morte i cui andamenti nel tempo, dal 1970 al 1987, divisi per aree geografiche, sono riportati nelle figure 1.1 - 1.14 del compendio statistico.

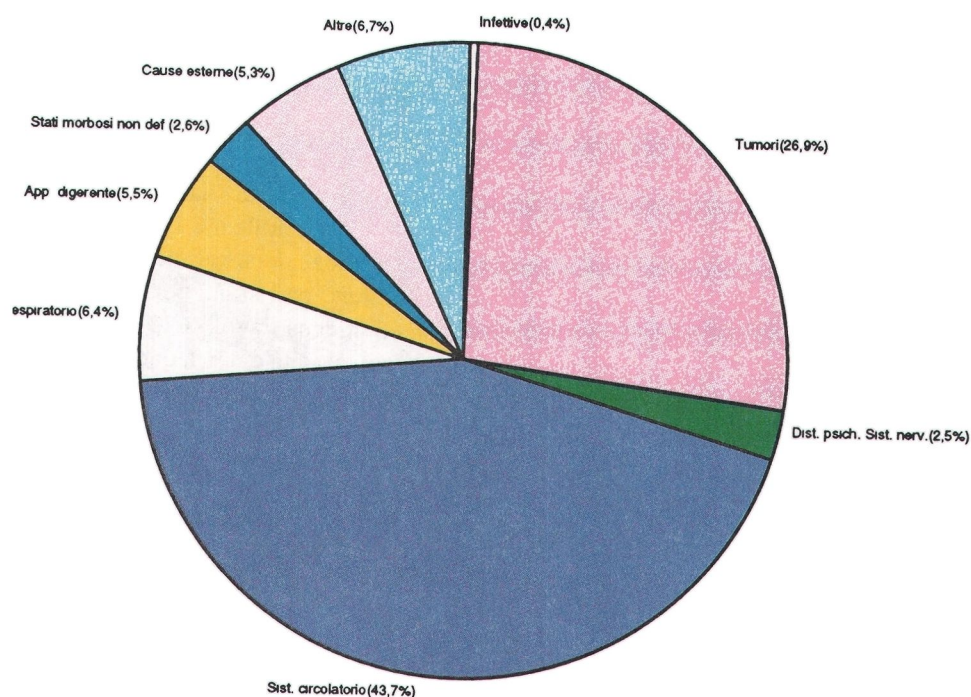
Tavola 1.12 - Numero assoluto di morti per grandi gruppi di cause e percentuale rispetto al totale dei decessi - Anni 1980 e 1988

Causa	numero	%	numero	%
Infettive e parassitarie	3.337	0,6	2.365	0,4
Tumori	121.395	22,3	143.350	26,9
Disturbi psichici e malattie del sistema Nervoso e organi dei sensi	7.601	1,4	13.146	2,5
Sistema circolatorio	260.049	47,8	232.609	43,7
Apparato respiratorio	38.665	7,1	34.064	6,4
Apparato digerente	32.421	6,0	29.387	5,5
Sistomi, segni e stati morbosi mal definiti	16.130	3,0	13.689	2,6
Cause esterne dei traumatismi e avvelenamenti	29.397	5,4	27.956	5,3
Altri stati morbosi	35.319	6,5	35.720	6,7
Totale	544.314	100,0	532.286	100,0

Fonte: Istituto Nazionale di Statistica, 1989

sono cause di morte per le quali i tassi sono da tempo in fase di riduzione, in accordo con mortalità generale. Fra queste le mortalità per malattie infettive e parassitarie che hanno raggiunto praticamente un plateau, quella per malattie dell'apparato respiratorio nella quale rimangono 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 (figura 1.5).

Fig. 1.5 - Distribuzione percentuale della mortalità per cause in Italia - Anno 1988



Elaborazione C.S.N. su dati dell'Istituto Nazionale di Statistica

La mortalità per malattie del sistema circolatorio, tra le quali quelle ischemiche e, andando ancor più nello specifico, 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 costantemente per gli uomini, ma si può notare che il ritmo di crescita è diminuito al nord e al centro. Anche l'andamento della mortalità per tumore del polmone risulta invariata al nord negli ultimi anni. Per le donne diminuisce lentamente la mortalità per tutti i tumori, ma cresce quella per il tumore polmonare. Diminuiscono i tumori allo stomaco; merita sicuramente attenzione particolare la mortalità dovuta a malattie dell'apparato digerente ed in particolare alla cirrosi epatica, in quanto il sud e le isole mostrano tassi costanti o addirittura in crescita per un fenomeno in forte diminuzione al centro e al nord.

1.1.4 Mortalità materna e feto-infantile

Natimortalità

In Italia sono stati registrati 3.391 nati morti nel corso del 1988 e 3.306 nel 1989 (i dati che si riportano sono da considerare provvisori; quelli riferiti al 1988 riguardano la popolazione per regione di residenza, quelli del 1989 la popolazione presente).

Il quoziente di natimortalità, definito come rapporto tra il numero dei nati morti e il numero dei nati (vivi o morti), è pari al 6,0 per mille nel 1988 e 5,9 per mille nel 1989.

Nel 1980 l'indice era pari all'8,1 per mille per cui la riduzione della natimortalità è stata del 29 per cento. I tassi regionali variano nel 1988 dal minimo, pari al 4,2 per mille, del Friuli Venezia Giulia al massimo, pari al 9,8 per mille, della Sardegna (tavola 1.13).

Nel 1989 si dispone, ad oggi, del dato relativo al luogo di nascita e non a quello del luogo di residenza. E' inopportuno pertanto confrontare i quozienti pur evidenziandosi ancora delle differenze a sfavore del sud.

Mortalità infantile

Il numero dei morti nel primo anno di vita è stato di 5.099 per il 1988 e di 4.887 per il 1989. Il tasso di mortalità infantile, numero dei decessi per mille nati vivi, è stato pari a 9,0 nel 1988 e 8,8 nel 1989 rispetto al 14,5 del 1980.

Come per la natimortalità si nota che pur in un contesto di netto e generale miglioramento, le differenze territoriali permangono.

Nel 1988 i tassi più alti, maggiori del 10 per cento sono stati registrati nelle regioni del sud tranne Puglia e Basilicata, il più basso nel Friuli Venezia Giulia con il 4,2 per cento.

I dati della Valle d'Aosta, Umbria e Molise, riferiti al 1988, possono essere una fluttuazione statistica in quanto il numero di decessi è molto basso (tavola 1.14).

Tavola 1.13 - Nati morti e natimortalità - Anni 1980, 1988 e 1989

Regioni	Nati morti			Natimortalità (tasso per 1.000)		
	1980 (1)	1988 (2)	1989 (3)	1980	1988	1989
Piemonte	312	199	182	7,8	6,0	5,7
Valle d'Aosta	8	6	5	7,7	6,0	5,8
Lombardia	613	336	350	7,0	4,4	4,7
Trentino A. A.	67	44	38	6,7	4,7	4,1
Veneto	322	161	179	7,3	4,3	4,9
Friuli V. G.	64	36	52	6,5	4,2	5,7
Liguria	86	69	71	7,1	6,1	6,3
Emilia Romagna	181	131	156	5,9	5,0	5,7
Toscana	248	144	118	8,2	5,4	4,6
Umbria	38	36	32	4,9	5,3	4,6
Marche	83	58	55	5,8	4,8	4,6
Lazio	418	292	259	7,4	5,8	5,2
Abruzzo	114	63	61	8,3	5,1	5,8
Molise	34	19	23	9,1	5,5	6,8
Campania	909	605	587	10,2	7,3	7,2
Puglia	529	292	296	8,8	5,7	5,9
Basilicata	75	55	49	9,3	7,5	7,4
Calabria	274	192	188	8,9	6,8	7,3
Sicilia	656	489	477	9,0	7,3	7,2
Sardegna	218	164	128	9,6	9,8	7,3
Italia	5.249	3.391	3.306	8,1	6,0	5,9

(1) I morti con la residenza non indicata sono stati ridistribuiti

(2) Dati provvisori

(3) Per il 1989 non sono disponibili dati definitivi; è noto il luogo di nascita ma non il luogo di residenza. Il dato nazionale è corretto, i dati regionali possono essere affetti da un errore inferiore al 10%.

Fonte: Istituto Nazionale di Statistica

**Tavola 1.14 - Morti nel primo anno di vita e tasso di mortalità infantile
Anni 1980, 1988 e 1989**

Regioni	Morti nel primo anno di vita			Mortalità infantile (tasso per 1.000)		
	1980 (1)	1988 (2)	1989 (3)	1980	1988	1989
Piemonte	548	243	226	13,8	7,3	7,1
Valle d'Aosta	16	11	3	15,5	11,0	3,5
Lombardia	1.039	514	585	12,0	6,8	7,8
Trentino A. A.	93	73	59	9,3	7,9	6,4
Veneto	509	264	214	11,6	7,0	5,8
Friuli V. G.	92	36	38	9,4	4,2	4,2
Liguria	156	76	101	13,0	6,8	9,1
Emilia Romagna	359	220	250	11,8	8,4	9,3
Toscana	366	212	183	12,2	8,0	7,2
Umbria	86	66	47	11,2	9,8	6,9
Marche	171	108	127	12,1	8,9	10,7
Lazio	703	429	449	12,5	8,6	9,0
Abruzzo	186	126	123	13,6	10,2	10,1
Molise	47	46	28	12,7	13,4	8,4
Campania	1.541	913	824	17,4	11,1	10,2
Puglia	1.010	508	481	16,9	9,9	9,6
Basilicata	132	55	70	16,6	7,5	10,7
Calabria	527	312	225	17,3	11,2	8,8
Sicilia	1.369	711	722	18,9	10,8	11,0
Sardegna	319	176	132	14,2	10,6	7,6
Italia	9.269	5.099	4.887	14,5	9,0	8,8

(1) I morti con la residenza non indicata sono stati ridistribuiti

(2) Dati provvisori

(3) Per il 1989 non sono disponibili dati definitivi; è noto il luogo di nascita ma non il luogo di residenza. Il dato nazionale è corretto, i dati regionali possono essere affetti da un errore inferiore al 10%.

Fonte: Istituto Nazionale di Statistica

Nelle altre Nazioni, nel 1987 (per alcune il dato si riferisce al 1986), si sono avuti i seguenti tassi di mortalità infantile: Regno Unito 9,1; Paesi Bassi 7,6; Svezia 5,7; Austria 9,9; Grecia 12,3; Ungheria 17,4; Bulgaria 15,0; Jugoslavia 25,4; URSS 25,5; Romania 25,6; Canada 8,5; USA 10,4.

Le regioni italiane del centro-nord mostrano dei tassi paragonabili a quelli delle Nazioni più favorite dell'Europa occidentale, quelle del centro-sud registrano dei tassi ulteriormente riducibili.

Mortalità materna

Per mortalità materna si intende il rapporto tra il numero di donne decedute per complicanze della gestazione, del parto e del puerperio ed il numero di nati vivi nello stesso anno.

Nel 1988 sono morte in Italia 52 donne per questa causa; il tasso è pari a 9 per 100.000 nati vivi. Esso era pari al 18,7 e al 14,9 nel periodo rispettivamente 1976-80 e 1981-83. Si nota quindi una continua e consistente diminuzione.

1.1.5 Le Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)

Sulla base dei dati definitivi del Sistema di Sorveglianza dell'Istituto Superiore di Sanità il numero di IVG notificato per il 1989, è pari a 171.684.

Rispetto all'anno precedente (179.103 IVG) si è avuta una riduzione del 4,1 per cento.

Il tasso di abortività è risultato 11,8 per 1.000 donne in età feconda, con un decremento del 4,8 per cento rispetto al 1988 (12,4). Anche il rapporto di abortività si è ridotto a 309,0 per 1000 nati vivi nel 1989, con un decremento dello 0,3 per cento rispetto al 1988 (309,9).

Le tavole 1.15 e 1.16 riportano i valori assoluti e i tassi di abortività per regione e per area geografica dal 1983 al 1989.

Tavola 1.15 - Interruzioni Volontarie di Gravidanza - 1983-89

Regioni	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Piemonte	21.077	20.619	18.642	16.866	15.957	15.070	14.203
Valle d'Aosta	517	537	490	463	429	372	409
Lombardia	36.279	35.869	32.802	30.651	29.256	27.737	26.278
P.A. Bolzano	760	675	684	645	604	524	522
P.A. Trento	1.329	1.444	1.310	1.293	1.266	1.243	1.166
Veneto	10.316	9.921	8.952	8.414	7.729	7.312	6.906
Friuli V. G.	5.183	4.985	4.416	4.060	3.837	3.643	3.422
Liguria	7.790	7.658	6.733	6.360	5.939	5.599	5.033
Emilia Romagna	22.179	20.956	18.548	17.075	16.119	14.837	13.713
Toscana	17.182	16.170	14.800	13.434	13.323	12.468	11.820
Umbria	3.925	4.103	3.930	3.593	3.272	3.103	2.981
Marche	5.169	5.201	4.710	4.315	3.783	3.369	3.156
Lazio	26.147	25.812	23.568	21.545	21.039	20.179	19.471
Abruzzo	4.615	4.910	4.630	4.388	4.254	3.807	3.677
Molise	1.259	1.212	1.153	1.084	1.230	1.209	1.195
Campania	15.441	14.111	13.688	14.766	16.524	15.940	14.602
Puglia	29.250	28.801	26.902	25.691	23.808	21.388	22.632
Basilicata	1.648	1.747	1.613	1.491	1.296	1.155	1.026
Calabria	5.228	4.370	3.453	4.219	4.610	3.472	3.930
Sicilia	14.181	13.412	14.728	13.888	13.378	12.665	11.736
Sardegna	4.501	4.433	4.845	4.134	3.816	4.011	3.806
Italia	233.976	226.946	210.597	198.375	191.469	179.103	171.684

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica

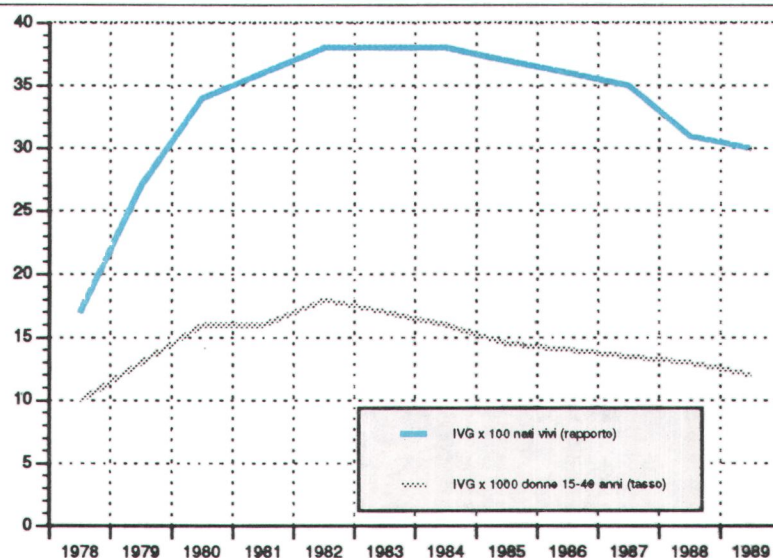
Tavola 1.16 - Tassi di abortività - Anni 1983/89

Regioni	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Piemonte	19,7	19,3	17,4	15,8	14,9	14,1	13,4
Valle d'Aosta	19,1	19,7	17,6	16,5	15,2	13,1	14,3
Lombardia	16,1	15,9	14,4	13,4	12,8	12,1	11,5
Bolzano	7,1	6,3	6,2	5,8	5,4	4,6	4,6
Trento	12,4	13,5	11,9	11,6	11,3	11,0	10,3
Veneto	9,6	9,2	8,1	7,5	6,9	6,4	6,1
Friuli V.G.	18,6	17,4	15,0	13,7	12,9	12,2	11,5
Liguria	19,0	18,8	16,4	15,5	14,5	13,8	12,5
Emilia Romagna	23,6	22,3	19,5	17,9	16,9	15,6	14,4
Toscana	20,5	19,9	17,3	15,6	15,5	14,4	13,7
Umbria	20,8	21,7	20,5	18,6	16,9	15,9	15,3
Marche	15,4	15,4	13,8	12,6	11,0	9,8	9,2
Lazio	20,4	20,0	18,0	16,2	15,8	15,0	14,4
Abruzzo	16,1	16,9	15,5	14,5	14,0	12,4	11,9
Molise	16,7	16,0	14,9	13,9	15,7	15,3	15,0
Campania	11,4	10,4	9,8	10,3	11,5	10,9	9,8
Puglia	30,2	29,4	26,6	24,9	22,9	20,3	21,4
Basilicata	11,3	12,0	10,9	10,0	8,7	7,7	6,8
Calabria	10,4	8,8	6,7	8,1	8,8	6,5	7,3
Sicilia	11,9	11,1	11,8	10,9	10,4	9,7	9,0
Sardegna	11,3	11,0	11,6	9,7	8,9	9,1	8,6
Italia	16,9	16,4	14,9	13,9	13,3	12,4	11,8

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica

Nel periodo considerato il tasso e il rapporto di abortività hanno subito un decremento totale rispettivamente del 30,2 per cento e del 19,0 per cento (figura 1.6).

Fig. 1.6 - Tassi e rapporti di abortività in Italia - Anni 1978-89



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica

Nell'analizzare i dati regionali è necessario tener conto che si tratta di IVG per regione di intervento mentre sarebbe più corretto riportare le IVG per regione di residenza.

Si è in presenza infatti di movimenti i cui flussi in entrata e in uscita sono non sempre paragonabili. In particolare nel 1987, ultimo anno per cui si dispone dei dati per regione di residenza, la provincia autonoma di Trento, il Friuli V.G., l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria e il Lazio hanno presentato una abortività effettiva (quindi per regione di residenza) inferiore, rispetto all'abortività per regione di intervento, rispettivamente del 15,3 per cento, 12,2 per cento, 11,2 per cento, 8,6 per cento, 7,1 per cento e del 10,0 per cento. La tavola 1.17 riporta i valori assoluti, i tassi e i rapporti di abortività per regione di intervento e per regione di residenza.

Tavola 1.17 - Interruzioni Volontarie di Gravidanza - Valori assoluti, tassi e rapporti di abortività per regione di intervento e per regione di residenza - Anno 1987

Regioni	Valori assoluti				Tassi abortività		Rapporti abortività	
	Int	Res	Res-Int	%(*)	Int	Res	Int	Res
Piemonte (**)	—	—	—	—	—	—	—	—
Valle d'Aosta	431	489	+58	+13,46	15,3	17,4	512,5	581,4
Lombardia	29.256	28.626	-630	-2,15	12,8	12,5	405,1	396,4
P.A. Bolzano	604	857	+253	+41,89	5,4	7,6	126,4	179,4
P.A. Trento	1.251	1.060	-191	-15,27	11,1	9,4	301,4	255,4
Veneto	7.748	8.496	+748	+9,65	6,9	7,5	217,8	239,0
Friuli V.G.	3.837	3.368	-469	-12,22	12,9	11,3	455,6	400,0
Liguria	5.940	5.903	-37	-0,62	14,5	14,4	543,6	540,2
Emilia Rom.	16.271	14.450	-1.821	-11,19	17,0	15,1	635,0	563,9
Toscana	13.004	11.887	-1.117	-8,59	15,1	13,8	511,6	476,6
Umbria	3.288	3.055	-233	-7,09	16,9	15,7	498,0	462,7
Marche	3.829	3.758	-71	-1,85	11,1	10,9	325,2	319,9
Lazio	20.911	18.812	-2.099	-10,04	15,7	14,1	420,3	378,1
Abruzzo	4.219	4.552	+333	+7,89	13,8	14,9	357,1	385,3
Molise	1.238	1.263	+25	+2,02	15,8	16,1	356,6	364,0
Campania	16.439	16.568	+129	+0,78	11,4	11,5	203,1	204,7
Puglia	24.040	23.509	-531	-2,21	23,2	22,6	465,0	454,7
Basilicata	1.326	2.426	+1.100	+82,96	8,8	16,2	193,8	354,6
Calabria	4.932	5.294	+362	+7,34	9,4	10,1	190,5	204,5
Sicilia	13.217	13.416	+199	+1,50	10,3	10,5	200,0	202,9
Sardegna	3.819	3.666	-153	-4,01	9,0	8,5	213,2	204,6

(*) La percentuale indica di quanto si deve ridurre (o aumentare) il numero assoluto, il tasso di abortività e il rapporto di abortività per regione di intervento per ottenere il numero assoluto, il tasso di abortività e il rapporto di abortività per regione di residenza.

(**) I dati per residenza non sono disponibili.

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Laboratorio di epidemiologia e biostatistica

Il quadro analitico risulta non sostanzialmente diverso da quello che costantemente si è osservato negli anni precedenti. Dai dati del 1989 le donne che prevalentemente ricorrono all'aborto hanno almeno un figlio (67,6 per cento), sono coniugate (63,4 per cento) e di età compresa tra 25 e 39 anni (62 per cento).

Analizzando, infatti, i dati riguardanti l'abortività per parità si osserva che la riduzione dell'abortività è maggiore tra le donne con uno o più figli rispetto alle donne senza figli, come risulta maggiore la riduzione tra le coniugate rispetto alle non coniugate.

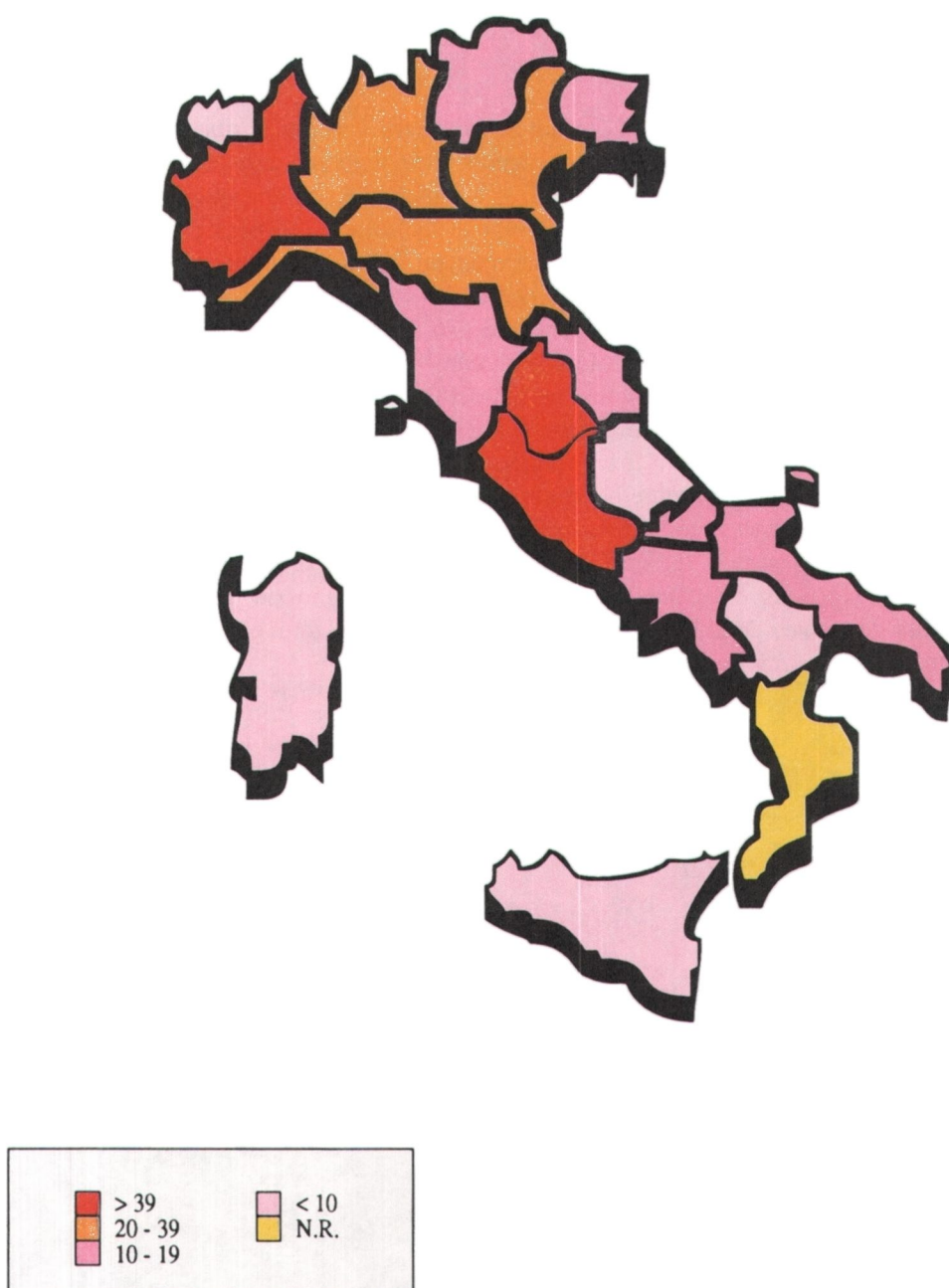
Da ulteriori indagini risulta che nella maggioranza dei casi (70 per cento) il ricorso all'aborto è dovuto al fallimento o all'uso scorretto dei metodi contraccettivi utilizzati (prevalentemente il coito interrotto).

In conclusione i dati disponibili confermano le tendenze e il quadro epidemiologico emersi negli anni precedenti per cui si ribadiscono le proposte formulate precedentemente per la prevenzione dell'aborto:

- Offrire attivamente, auspicabilmente a cura dei consultori familiari, una informazione accurata e personalizzata sui metodi per la procreazione responsabile: a) a tutte le donne che partoriscono (se possibile, assieme al coniuge, partner), b) a tutte le coppie che si sposano;
- Aiutare gli insegnanti a organizzare momenti di attività didattica nelle scuole medie sulla fisiologia della riproduzione e sull'igiene e offrire per gli/le adolescenti spazi riservati in consultorio.

I dati del sistema di sorveglianza permettono inoltre di valutare l'attuale situazione dei servizi e ne emerge il seguente quadro:

Fig. 1.7 - Percentuali di certificazioni rilasciate dal consultorio - Anno 1989



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica

- Solo il 22,5 per cento delle certificazioni viene rilasciato dal consultorio. Esiste comunque una elevata variabilità a livello regionale con valori massimi in Piemonte, Umbria e Lazio (figura 1.7).

Per un maggiore coinvolgimento dei consultori nella certificazione si ritiene indispensabile che questi servizi abbiano la possibilità di prenotare direttamente in ospedale la donna che ottiene la certificazione. In indagini speciali si è dimostrato che con questa modalità non solo aumenta il ricorso al consultorio ma è anche molto alto (70 per cento) il ritorno al consultorio stesso per la visita post-IVG e per ottenere un'informazione sulla procreazione responsabile, permettendo ciò il perseguimento della prevenzione dell'aborto ripetuto.

- E' eccessivo l'uso dell'anestesia generale (76,5 per cento) e ancora basso l'uso dell'isterosuzione secondo Karman (44,6 per cento) rispetto al dato che oltre l'87,6 per cento delle IVG viene effettuato entro la 10a settimana gestazionale (si rammenta che l'anestesia generale rappresenta un fattore di rischio aggiuntivo per la salute della donna riguardo l'incidenza delle complicanze immediate e a distanza).

La semplificazione delle procedure ottenibili attraverso questi provvedimenti ridurrebbe le difficoltà operative connesse con l'obiezione di coscienza.

Anche all'interno dei quadri regionali si osservano differenze importanti rispetto a questi problemi. Al riguardo è auspicabile che ogni regione organizzi degli incontri con i responsabili dei servizi delle USL per ottimizzare e omogeneizzare, per quanto possibile, le procedure e migliorare le relazioni tra i servizi.

1.2 Indicatori sociali

1.2.1 Il reddito delle famiglie

Nel 1987, ultimo anno a disposizione secondo i dati dell'Istituto Nazionale di Statistica, il reddito medio mensile per famiglia è risultato di 2.110.000 lire. Per le famiglie con il capofamiglia occupato il reddito medio è stato di 2.485.000 lire; per quelle con il capofamiglia non occupato, di 1.569.000 lire. Rispetto al 1986 il reddito medio familiare è aumentato in termini monetari del 5,9 per cento (tavola 1.18).

Tavola 1.18 - Reddito medio mensile familiare secondo la regione geografica e la ripartizione territoriale di residenza delle famiglie (valori assoluti in migliaia di lire)

Regioni	1985		1986		1987	
	% famiglie	Reddito familiare	% famiglie	Reddito familiare	% famiglie	Reddito familiare
Piemonte	8,7	1.840	8,6	1.921	8,6	2.092
Valle d'Aosta	0,2	1.820	0,2	1.855	0,2	2.053
Lombardia	16,4	2.194	16,4	2.374	16,4	2.431
Trentino A. A.	1,5	1.984	1,5	2.070	1,5	2.292
Veneto	7,4	2.091	7,3	2.102	7,3	2.243
Friuli V. G.	2,4	1.847	2,3	1.898	2,3	2.258
Liguria	3,8	1.783	3,8	1.983	3,7	2.276
Emilia Romagna	7,4	1.986	7,4	2.137	7,4	2.300
Toscana	6,5	1.834	6,6	2.036	6,6	2.268
Umbria	1,4	1.690	1,4	1.909	1,4	2.008
Marche	2,4	2.044	2,4	2.185	2,5	2.485
Lazio	8,8	1.914	8,7	2.049	8,6	2.173
Abruzzo	2,1	1.782	2,1	1.957	2,1	2.116
Molise	0,6	1.520	0,6	1.889	0,6	1.875
Campania	8,6	1.696	8,7	1.829	8,8	1.808
Puglia	6,3	1.526	6,3	1.771	6,3	1.788
Basilicata	1,0	1.582	1,0	1.557	1,0	1.662
Calabria	3,4	1.729	3,4	1.723	3,5	1.768
Sicilia	8,5	1.404	8,5	1.558	8,5	1.600
Sardegna	2,5	1.695	2,6	1.848	2,6	2.004
Italia	100,0	1.854	100,0	1.993	100,0	2.110

Fonte: Elaborazione ISIS su dati Istituto Nazionale di Statistica - I conti degli italiani, 1989

Analizzando i dati per ripartizione geografica, si nota che il reddito delle famiglie dell'Italia settentrionale e centrale (2.276.000 lire) è stato del 27,9 per cento superiore a quello delle famiglie del mezzogiorno (1.779.000 lire).

Tuttavia la proporzione di famiglie con il capofamiglia occupato, che hanno un reddito a parità di condizioni superiore alle altre, è stata nel mezzogiorno maggiore che nel centro-nord (60,8 per cento rispetto al 58,2 per cento).

Dal 1985 al 1987 si è registrato un trend di crescita del reddito medio mensile familiare corrispondente ad una percentuale media d'incremento nel triennio del 6,7 per cento.

Il reddito medio mensile familiare è infatti passato da 1.854.000 lire nel 1985 a 1.993.000 lire nel 1986 per giungere a 2.110.000 lire nel 1987.

Passando all'esame delle distribuzioni per classi di reddito, si può notare che nel 1987 le famiglie con reddito mensile inferiore al milione di lire costituivano il 17,1 per cento del totale. Per quanto riguarda invece le famiglie con reddito mensile superiore ai 4 milioni, la loro incidenza sul totale è stata, nel 1987, del 7,7 per cento (tavola 1.19).

Tavola 1.19 - Famiglie e reddito totale per classe di reddito familiare mensile - Anno 1987 (composizione %)

Classi di reddito mensile (lire)		% famiglie	% reddito
da	a		
0	400.000	0,6	0,1
400.001	600.000	4,7	1,1
600.001	800.000	4,6	1,6
800.001	1.000.000	7,2	3,1
1.000.001	1.200.000	8,5	4,5
1.200.001	1.400.000	9,2	5,7
1.400.001	1.600.000	7,7	5,5
1.600.001	1.800.000	7,6	6,2
1.800.001	2.000.000	6,6	6,0
2.000.001	2.200.000	5,7	5,7
2.200.001	2.400.000	5,7	6,2
2.400.001	2.600.000	6,5	7,6
2.600.001	2.800.000	4,1	5,3
2.800.001	3.000.000	3,5	4,8
3.000.001	3.200.000	2,8	2,1
3.200.001	3.400.000	2,4	3,8
3.400.001	3.600.000	1,9	3,1
3.600.001	3.800.000	1,6	2,9
3.800.001	4.000.000	1,4	2,6
4.000.001	e oltre	7,7	20,0
Totale		100,0	100,0

Fonte: Istituto Nazionale di Statistica - I conti degli italiani, 1989

E' da tener conto, nel valutare queste cifre, che le famiglie sono di ampiezza diversa; è quindi opportuno considerare anche i redditi pro-capite oltre quelli familiari.

Nella tavola 1.20 sono riportati i redditi mensili pro-capite delle famiglie italiane distinte secondo l'ampiezza (da 1 a 6 e più componenti), la ripartizione geografica di residenza ed alcune caratteristiche del capofamiglia.

Scorrendo le cifre in senso orizzontale, si osserva che il reddito pro-capite decresce sempre passando dalle famiglie piccole a quelle via via più ampie, qualunque sia la ripartizione di residenza ed anche il sesso, la condizione professionale e il grado d'istruzione del capofamiglia.

Tavola 1.20 - Reddito pro-capite mensile delle famiglie italiane - Anno 1987 (migliaia di lire)

Modalità	Numero di componenti della famiglia						Totale	Incidenza %
	1	2	3	4	5	6 e più		
Ripartizione di residenza								
Nord-ovest	1.408	1.028	902	758	666	568	902	120
Nord-est	1.182	987	862	741	638	596	832	111
Centro	1.323	932	821	701	618	498	796	106
Mezzogiorno	988	721	621	553	460	374	579	77
Capofamiglia								
Occupato	1.790	1.107	825	673	554	456	749	100
In altra occupazione	1.006	791	721	617	520	456	755	101
Maschio	1.482	911	800	667	550	455	728	97
Femmina	1.110	910	756	611	526	485	926	123
Senza titolo di studio	806	631	613	569	530	450	689	92
Con licenza di scuola media inferiore	1.533	1.028	770	628	533	420	735	98
Con licenza di scuola media superiore	1.811	1.232	913	742	611	596	906	121
Con laurea	2.385	1.543	1.155	932	810	805	1130	150
Media	1.229	911	796	666	549	456	751	100

Fonte: Elaborazione ISIS su dati dell'Istituto Nazionale di Statistica - I conti degli italiani, 1989

La lettura dei dati in senso verticale rivela che in linea di massima nelle regioni centrali e meridionali i redditi pro-capite sono inferiori a quelli delle regioni del nord e, inoltre, che i redditi stessi di regola crescono, qualunque sia la dimensione del nucleo familiare, all'aumentare del grado d'istruzione del capofamiglia.

In particolare, posto uguale a 100 il dato per il complesso delle famiglie italiane, il reddito pro-capite risulta pari a 120 nelle regioni nord-occidentali contro 77 nel mezzogiorno; pari a 150 per le famiglie aventi a capo un laureato contro 81 per quelle con capofamiglia privo di titolo di studio.

1.2.2 Il mondo del lavoro

Le forze di lavoro nel 1989 sono state 23.870.000, pari al 42,0 per cento della popolazione totale (esclusi i membri permanenti delle convivenze, cioè degli istituti religiosi, ospizi, ecc.) e sono definite pari alla somma degli occupati (21.004.000) e delle persone in cerca di occupazione (2.865.000); queste ultime, a loro volta, sono rappresentate sia dai disoccupati in senso stretto che da quanti sono in cerca della loro prima attività lavorativa.

Rispetto all'anno precedente, nel 1989 le forze di lavoro sono diminuite di 118.000 unità e gli occupati sono scesi di 99.000 unità; è diminuito inoltre il numero delle persone in cerca di occupazione di 20.000 unità.

La parte di popolazione che non appartiene alle forze di lavoro, definita non forze di lavoro, è costituita dalle persone di età inferiore ai 14 anni e da quelli che non svolgono attività lavorativa, né la cercano nella settimana di riferimento dell'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica.

Nel 1989 la loro quota complessiva sul totale della popolazione è stata del 58,0 per cento.

E' da sottolineare che il significato di svolgere o meno attività lavorativa va qui inteso in senso economico, in quanto si ritiene attività lavorativa quella rivolta alla produzione, in proprio o alle dipendenze di altri, di beni e servizi per i quali si formi un prezzo o che vengano comunque ceduti in cambio di altri beni e servizi.

Un indicatore che è possibile utilizzare per valutare l'andamento della situazione lavorativa è il tasso di attività, cioè la quota percentuale delle forze di lavoro sul totale della popolazione.

Questo indicatore, elaborato ogni anno dall'Istituto Nazionale di Statistica a partire dal 1959, ha mostrato una costante riduzione fino alla fine degli anni settanta; da questo periodo in poi si è manifestata un'inversione di tendenza ed il tasso di attività ha iniziato ad aumentare.

I fattori che aiutano ad interpretare l'evoluzione di un lungo periodo sono molteplici. Fra le cause che influiscono sulla diminuzione del tasso di attività sono da indicare: le modificazioni demografiche strutturali, vale a dire il decremento del tasso di natalità e l'aumento dell'età media, che determinano sia la diminuzione della quota di popolazione in età lavorativa, sia l'accrescersi della quota di popolazione di età superiore ai 65 anni; i movimenti migratori perché riguardano generalmente persone di sesso maschile e in età lavorativa.

Tra le cause del recente aumento del tasso di attività la principale è costituita dal progressivo aumento delle donne che svolgono un'attività lavorativa extradomestica.

L'analisi geografica delle forze di lavoro presenta notevoli differenze tra regione e regione: in Sicilia la percentuale delle forze di lavoro sulla popolazione è del 36,8 per cento, mentre in Emilia Romagna è del 46,5 per cento; la percentuale degli occupati in agricoltura è del 21,8 per cento in Basilicata contro il 3,3 per cento della Lombardia dove addirittura il 43,5 per cento degli occupati si concentra nell'industria.

1.2.3 La disoccupazione

Nel 1989 le persone in cerca di occupazione sono state 2.865.000 unità, di cui 1.220.000 maschi e 1.645.000 femmine.

Sulla base dei dati relativi alle forze di lavoro è possibile calcolare il tasso di disoccupazione, definito come il rapporto percentuale tra le persone in cerca di occupazione e il totale delle forze di lavoro; nel 1989 il valore medio di tale indicatore è stato del 12,0 per cento, uguale a quello degli ultimi due anni precedenti.

Nella tavola 1.21 sono riportati i valori dei tassi di disoccupazione rispetto all'età e al titolo di studio.

Tavola 1.21 - Tassi di disoccupazione per classi di età e titolo di studio - Anno 1989

Titolo di studio	Classi di età									Totale
	14-19	20-24	25-29	14-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65 e oltre	
Senza titolo e licenza elementare	47,2	34,3	23,0	31,8	12,2	6,4	4,3	1,8	0,8	8,3
Licenza di scuola media inferiore	36,0	24,4	14,6	23,5	8,1	3,6	2,5	1,7	3,9	13,6
Diploma di scuola media super. e laurea	64,6	38,7	20,3	30,8	6,6	1,7	1,4	0,5	2,2	13,3
Totale	40,8	30,6	17,8	26,8	8,2	4,2	3,4	1,6	1,5	12,0

Fonte: Elaborazione ISIS su dati Istituto Nazionale di Statistica, 1990

Si può osservare come i tassi di disoccupazione più elevati si registrano per i giovani di età compresa tra 14 e 29 anni (26,8 per cento), in particolare tra i giovani compresi nella fascia di età 14-19 anni (40,8 per cento).

L'analisi del trend dei tassi di disoccupazione dal 1984 al 1989, in quest'ultimo anno costante rispetto ai due anni precedenti, mostra tuttavia un'evoluzione del fenomeno che non consente di ritenere probabile un'inversione di tendenza a breve termine (tavola 1.22). Infatti, secondo un'analisi svolta dagli esperti del Segretariato dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), l'incremento del tasso di disoccupazione non è sostenuto esclusivamente dalla crescita della popolazione attiva ma è anche dovuto, per circa due terzi, a cause strutturali fra le quali quelle riferibili agli effetti delle profonde trasformazioni del sistema produttivo.

Secondo l'indagine dell'OCSE, gli effetti sull'occupazione sono diversi a seconda dei settori produttivi che si prendono in considerazione, in linea di massima, nei settori che producono beni con limitata possibilità di espansione degli sbocchi di mercato si registrerà una riduzione netta dell'occupazione, mentre in quelli nei quali è possibile contare su un'espansione della produzione o dei servizi, si registrerà un aumento netto dell'occupazione.

Tavola 1.22 - Trend dei tassi di disoccupazione 1984-1989

Anni	Tassi
1984	10,4
1985	10,6
1986	11,1
1987	12,0
1988	12,0
1989	12,0

Fonte: Elaborazione ISIS su dati dell'Istituto Nazionale di Statistica, 1990

1.2.4 Istruzione

La popolazione scolastica italiana (scuola materna, elementare, media, secondaria superiore e università) è risultata nell'anno scolastico 1988/89 pari a 11.232.701 unità (corrispondente al 19,43 per cento della popolazione nazionale al 31/12/1988), di cui 5.731.231 sono stati gli alunni iscritti alla scuola dell'obbligo.

In base ai dati del Censimento Generale sulla popolazione del 1981 gli analfabeti erano 1.608.212 unità, mentre gli alfabeti privi di un titolo di studio erano 9.547.648 corrispondenti ad una percentuale d'incidenza sulla popolazione da 6 anni in poi pari rispettivamente al 3,0 e 18,1 per cento.

Nell'arco del quinquennio 1984/85 - 1988/89 si è avuto un decremento di 765.588 unità pari al 6,4 per cento.

Tale decremento nel numero degli studenti non si riscontra in tutti i gradi dell'istruzione.

Infatti mentre sono diminuiti gli studenti della scuola materna, elementare e media nella scuola secondaria superiore e nell'università si è registrato un incremento degli studenti iscritti dovuto ad una maggiore propensione verso gli studi superiori delineatasi a causa dei mutamenti economici e sociali in atto nella nostra società.

La tavola 1.23 riporta il numero delle unità scolastiche, aule, classi e alunni secondo la specie delle scuole nell'anno scolastico 1988/89; dai dati della tavola si registra, per quanto riguarda le scuole secondarie superiori, una maggiore affluenza di alunni verso gli istituti tecnici (1.283.759 unità), seguiti dai licei scientifici e dai licei ginnasi con rispettivamente 420.873 e 220.172 unità.

La percentuale degli alunni licenziati e maturi è molto elevata per ogni specie di scuola, anche se più bassa rispetto alla media, è quella degli istituti professionali marinari, alberghieri e femminili.

**Tavola 1.23 - Unità scolastiche, aule, classi e alunni secondo la specie delle scuole
Anno scolastico 1988/89**

SPECIE DELLE SCUOLE	Unità scolastiche	Classi	Alunni	Licenziati e maturati per 100 esaminati
Scuole materne	28.303	65.969	1.550.283	-
Scuola dell'obbligo	36.208	335.989	5.731.231	98,4
<i>Scuole elementari</i>	<i>26.177</i>	<i>209.428</i>	<i>3.247.594</i>	<i>99,2</i>
<i>Scuole medie</i>	<i>10.031</i>	<i>126.561</i>	<i>2.483.637</i>	<i>97,8</i>
Scuole secondarie superiori	7.750	128.298	2.778.684	91,1
Istituti professionali:	1.708	26.689	527.340	89,5
<i>Istituti professionali agrari</i>	<i>237</i>	<i>1.740</i>	<i>31.904</i>	<i>89,0</i>
<i>Istituti professionali industriali</i>	<i>685</i>	<i>10.750</i>	<i>200.010</i>	<i>87,1</i>
<i>Istituti professionali commerciali</i>	<i>487</i>	<i>8.668</i>	<i>183.330</i>	<i>94,8</i>
<i>Altri istituti professionali (a)</i>	<i>299</i>	<i>5.531</i>	<i>112.096</i>	<i>85,7</i>
Istituti tecnici:	2.802	58.255	1.283.759	91,3
<i>Istituti tecnici industriali</i>	<i>606</i>	<i>15.252</i>	<i>333.456</i>	<i>91,4</i>
<i>Istituti tecnici commerciali</i>	<i>1.257</i>	<i>29.364</i>	<i>657.644</i>	<i>92,4</i>
<i>Istituti tecnici per geometri</i>	<i>521</i>	<i>7.088</i>	<i>153.576</i>	<i>86,7</i>
<i>Altri istituti tecnici</i>	<i>418</i>	<i>6.551</i>	<i>139.083</i>	<i>92,3</i>
Scuole magistrali	191	1.097	24.770	-
Istituti magistrali	657	7.500	161.806	89,0
Licei scientifici	1.003	18.096	420.873	95,8
Licei ginnasi	735	9.790	220.172	96,3
Licei linguistici	382	2.345	49.148	95,4
Istituti d'arte	161	2.921	56.964	96,1
Licei artistici	111	1.605	33.852	92,3

(a) : Istituti professionali marinari, alberghieri e femminili

Fonte: Elaborazione ISIS su dati dell'Istituto Nazionale di Statistica - Anno 1989

1.3 Le aree deboli

1.3.1 Gli anziani

Secondo i dati dell'Istituto Nazionale di Statistica, al 31 dicembre 1989 gli anziani risultano essere più del 14,5 per cento della popolazione complessiva, per un totale di 8.335.630 unità.

Il processo demografico d'invecchiamento, già iniziato da svariati decenni, è ormai, si può dire, irreversibile. Un buon parametro per determinare il grado d'invecchiamento della popolazione è fornito dall'indice di vecchiaia.

Dal confronto regionale di tale indice emerge una situazione particolarmente critica in alcune regioni settentrionali: in Liguria l'indice di vecchiaia raggiunge il suo massimo con 186 ultra65enni per 100 giovani di età compresa tra i 0-14 anni, segue l'Emilia Romagna con 152, il Friuli-Venezia Giulia con 146, la Toscana con 141 (tavola 1.24).

**Tavola 1.24 - Indice di vecchiaia ed indice di dipendenza per regioni
(Popolazione al 31/12/89)**

Regioni	Età			Indice di	
	0 - 14	15 - 64	65 e +	vecchiaia	dipendenza
Piemonte	586.289	3.039.148	732.122	124,87	43,38
Valle d'Aosta	15.968	82.134	17.168	107,52	40,34
Lombardia	1.311.369	6.345.905	1.254.721	95,68	40,44
Trentino A.A.	148.375	614.116	124.188	83,70	44,38
Veneto	661.136	3.095.013	628.874	95,12	41,68
Friuli V.G.	151.557	830.033	212.887	146,01	44,92
Liguria	191.712	1.179.110	356.390	185,90	46,48
Emilia Rom.	475.793	2.721.922	723.882	152,14	44,07
Toscana	463.938	2.441.215	655.429	141,28	45,85
Umbria	118.025	557.320	144.971	122,83	47,19
Marche	211.906	973.146	245.674	115,94	47,02
Lazio	838.745	3.643.277	688.650	82,10	41,92
Abruzzo	216.523	853.796	196.129	90,58	48,33
Molise	59.068	221.904	54.376	92,06	51,12
Campania	1.310.160	3.885.378	613.167	46,80	49,50
Puglia	871.118	2.729.120	469.121	53,85	49,11
Basilicata	124.566	413.165	85.444	68,59	50,83
Calabria	462.911	1.419.457	270.171	58,36	51,65
Sicilia	1.083.331	3.431.608	657.846	60,72	50,74
Sardegna	317.580	1.143.962	196.020	61,72	44,90
Italia	9.620.070	39.620.729	8.335.630	86,65	45,32

Fonte: Istituto Nazionale di Statistica, 1990

I valori di minore invecchiamento si riscontrano in Campania, con indice 47, e in Puglia con 54.

Le regioni del sud sono quelle che presentano i più bassi indici di vecchiaia, con bisogni sanitari, di conseguenza, differenziati rispetto alle altre regioni italiane.

Il quoziente regionale di anziani rispecchia la situazione descritta per l'indice di vecchiaia, con incidenza elevata in Liguria con 20,6 per cento di ultra65enni, in Emilia Romagna con 18,45 per cento, in Toscana con 18,40 per cento e con cifre oscillanti tra l'11 e il 13 per cento nelle regioni meridionali ed insulari.

L'aumento della vita media è dovuto principalmente alla forte riduzione della mortalità infantile, ma anche le altre età, in particolare quelle senili, hanno favorevolmente risentito del fenomeno della riduzione della mortalità.

Le donne anziane sono assai più numerose degli uomini anziani a causa della differenza della rispettiva durata media della vita. La situazione che si verifica per le donne rispetto agli uomini, cioè di una durata di vita più lunga, rende perciò diverso il contesto familiare di appartenenza di uomini e donne nella vecchiaia; gli uomini, infatti, continuano a vivere prevalentemente in casa in coppia o con più parenti. Nel 1989 la percentuale delle donne ultrasessantacinquenni era pari al 59,9 per cento.

Dai dati relativi all'ambito di vita (tavola 1.25), secondo il sesso e l'età, emerge che la maggioranza degli anziani ultra75enni vive in casa con uno o più parenti, il 27,9 per cento abita in casa, ma da solo ed il 9,2 per cento è in situazioni abitative extra-domestiche (istituti, comunità, ecc.). Sono le donne che denunciano maggiormente situazioni di solitudine. Tra loro ha infatti più incidenza la condizione di solitudine in casa (32,2 per cento) ed il ricovero in strutture extra-domestiche (12,4 per cento). Evidentemente, quindi, vi è una cultura del "non abbandono" che tende in linea di massima a fornire opportunità assistenziali e tutelari all'anziano sia attraverso la mobilitazione delle risorse familiari sia, più marcatamente, ricorrendo a supporti assistenziali di tipo istituzionale-residenziale. Non è da trascurare che il 23,2 per cento degli ultra85enni vive da solo.

Tavola 1.25 - Anziani. Ambito di vita secondo il sesso e l'età (Valori percentuali)

	Ambito di vita					Totale
	Istituto o resid.	In casa da solo	In casa con un parente	In casa con più parenti	Non ind.	
Sesso:						
uomini	3,6	19,2	41,6	31,1	5,5	100,0
donne	12,4	32,2	28,1	24,5	2,8	100,0
Età:						
75-79	6,5	29,5	37,0	26,0	1,0	100,0
80-84	6,8	28,4	35,5	29,3		100,0
oltre 85	18,2	23,2	26,3	31,3	1,0	100,0
Totale	9,2	27,9	34,4	28,2	0,3	100,0

Fonte: Labos 1987

I reparti geriatrici e di lungodegenza, gestiti dal Servizio Sanitario Nazionale, le case di riposo e strutture protette, rappresentano il sistema di assistenza agli anziani in Italia. Ai Comuni è data la gestione delle erogazioni di assistenza e beneficenza in base al DPR 616/77.

Al 31/12/88, secondo i dati del Ministero della Sanità, i degenti in reparti di geriatria negli istituti di cura pubblici risultano essere 129.498 per un totale di 7.113 posti letto ai quali si aggiungono 14.142 degenti nelle case di cura convenzionate per un totale di 1.171 posti letto (tavola 1.26).

**Tavola 1.26 - Indicatori degli Istituti di Cura Pubblici nella Disciplina di Geriatria
Anno 1988 ***

Regioni	Degenti	Giornate di degenza	Degenza media	Posti letto	Indice rotazione	Turn over	Tasso util.
Piemonte	5.417	85.851	15,8	302	17,9	2,4	0,87
Valle d'Aosta	455	20.641	45,4	57	8,0	0,4	0,99
Lombardia	6.604	119.062	18,0	407	16,2	4,5	0,80
P. A. Bolzano	2.756	39.467	14,3	117	23,6	1,2	0,92
P. A. Trento	4.209	66.091	15,7	228	13,5	3,6	0,81
Veneto	33.400	546.413	16,4	1.726	19,4	2,4	0,87
Friuli V. G.	4.071	60.273	14,8	214	19,0	2,0	0,88
Liguria	1.735	73.510	42,4	280	6,2	15,5	0,73
Emilia Rom.	26.678	443.771	16,6	1.425	18,7	2,8	0,86
Toscana	3.260	63.130	19,4	174	18,7	0,1	0,99
Umbria	1.437	18.702	13,0	55	26,1	1,0	0,93
Marche	3.445	55.639	16,2	185	18,6	1,5	0,91
Lazio	6.163	126.366	20,5	423	14,6	4,4	0,82
Abruzzo	4.262	81.912	19,2	278	15,3	4,0	0,83
Molise	76	1.206	15,9	15	5,1	2,1	0,88
Campania	5.047	78.105	15,5	303	16,7	6,1	0,72
Puglia	8.754	122.824	14,0	432	20,3	4,0	0,78
Basilicata	2.248	24.030	10,7	97	23,2	4,6	0,70
Calabria	4.633	61.157	13,2	178	26,0	0,8	0,94
Sicilia	2.493	36.011	14,4	117	21,3	2,7	0,84
Sardegna	2.355	24.387	10,4	100	23,6	3,8	0,73
Italia	129.498	2.148.548	16,59	7.113	18,2	3,06	0,84

* I dati risentono della mancata risposta da parte degli Istituti di cura

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Il maggior numero di degenti si registra in Veneto (33.400) che ha per altro, il più elevato numero di posti letto pubblici (1.726).

Per quanto riguarda le strutture private convenzionate, si registra in Lombardia il più alto numero di degenti (3.243) e in Puglia il maggior numero di posti letto (299) (tavola 1.27).

Tavola 1.27 - Indicatori degli Istituti di Cura Privati Convenzionati nella Disciplina di Geriatria - Anno 1988 *

Regioni	Degenti	Giornate di degenza	Degenza media	Posti letto	Ind. rotaz.	Turn over	Tasso util.
Lombardia	3.243	103.153	31,8	209	15,5	-11,0	1,49
P. A. Bolzano	429	22.328	52,0	76	5,6	12,6	0,80
Veneto	2.038	45.239	22,2	76	26,8	-8,6	1,63
Liguria	18	4.217	234,3	12	1,5	9,1	0,96
Emilia Romagna	1.557	28.207	18,1	96	16,2	1,3	0,93
Lazio	27	7.285	269,8	20	1,4	0,6	1,00
Abruzzo	210	3.872	18,4	10	21,0	-1,1	1,06
Campania	519	65.038	125,3	148	3,5	-21,0	1,20
Puglia	2.725	92.700	34,0	299	9,1	-1,4	1,04
Sicilia	925	17.748	19,2	60	15,4	1,5	0,93
Sardegna	2.451	50.223	20,5	165	14,9	3,0	0,87
Italia	14.142	440.010	31,11	1.171	12,1	-3,55	1,13

* I dati risentono della mancata risposta da parte degli Istituti di cura

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Nella tavola 1.28 sono riportati i dati di riepilogo nazionali relativi alla disciplina di lungodegenza.

Tavola 1.28 - Indicatori degli Istituti di Cura Pubblici e Privati Convenzionati nella Disciplina di Lungodegenza. Anno 1988.

	Istituti privati convenzionati	Istituti di cura pubblici
Degenti	25.155	34.850
Giornate di degenza	2.432.747	1.213.360
Degenza media	96,71	34,82
Posti letto	7.802	4.577
Indice di rotazione	3,2	7,6
Turn-over	10,28	9,61
Tasso di utilizzazione	0,90	0,78

Fonte: Elaborazione ISIS su dati del Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Il progetto obiettivo: "Tutela della salute degli anziani" (Piano Sanitario Nazionale 1990/94) offre un approccio globale al problema dell'anziano non più e soltanto dal punto di vista sanitario, ma in un quadro di integrazione dei servizi sanitari e sociali. Particolare attenzione è rivolta agli anziani non autosufficienti, ai servizi di assistenza domiciliare, al miglioramento dell'habitat di vita degli anziani, alla riduzione, se non nei casi indispensabili, del ricovero in Istituto.

Le iniziative previste in favore della terza età rivestono contemporaneamente un carattere sia sanitario che sociale e sono legate, non tanto all'età dei soggetti, ma soprattutto al grado di autosufficienza da essi espresso.

Gli interventi definiti nel progetto si possono sintetizzare in "interventi di socializzazione e integrazione degli anziani nell'attività della società".

Il Progetto Obiettivo propone come fine prioritario di costituire una serie di servizi e di prestazioni tali da ridurre il ricovero (in ospedale ed in case di ricovero) delle persone anziane, in particolare attraverso lo sviluppo di comunità alloggio, di case protette per le persone con autonomia limitata, di attività domiciliari per consentire loro di rimanere con gli interventi e le cure necessarie nel loro contesto familiare e sociale.

1.3.2 I portatori di handicap

Allo stato attuale non è possibile effettuare una stima esatta sul numero delle persone disabili nel nostro Paese.

I soli dati a disposizione, forniti dal Ministero dell'Interno, sono riferiti alle categorie aventi diritto ad indennità economiche (tavola 1.29).

**Tavola 1.29 - Numero degli invalidi civili assistiti dal Ministero dell'Interno al 31/12/89
(Invalidi oltre il 67%, ciechi e sordomuti)**

Regione	Popolazione	Invalidi		Ciechi		Sordomuti		Totale	
		n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Piemonte	4.359.878	51.768	1,19	6.187	0,14	928	0,02	58.883	1,35
Valle d'Aosta	114.979	2.478	2,16	171	0,15	63	0,05	2.712	2,36
Lombardia	8.906.397	119.742	1,34	9.874	0,11	3.689	0,04	133.305	1,50
Trentino A. A.	446.267	6.677	1,50	602	0,13	367	0,08	7.646	1,71
Veneto	4.381.242	58.374	1,33	5.985	0,14	1.183	0,03	65.542	1,50
Friuli V. G.	1.203.881	21.043	1,75	1.850	0,15	637	0,05	23.530	1,95
Liguria	1.733.575	31.459	1,81	3.997	0,23	661	0,04	36.117	2,08
Emilia Rom.	3.920.529	73.725	1,88	7.385	0,19	1.205	0,03	82.315	2,10
Umbria	819.433	29.767	3,63	2.429	0,30	401	0,05	32.597	3,98
Marche	1.429.527	31.731	2,22	4.327	0,30	628	0,04	36.686	2,57
Toscana	3.562.491	84.395	2,37	8.183	0,23	985	0,03	93.563	2,63
Lazio	5.166.111	80.814	1,56	6.418	0,12	1.872	0,04	89.104	1,72
Molise	334.884	6.286	1,88	1.499	0,45	180	0,05	7.965	2,38
Abruzzo	1.263.783	37.063	2,93	3.552	0,28	618	0,05	41.233	3,26
Campania	5.788.100	96.792	1,67	9.136	0,16	2.118	0,04	108.046	1,87
Puglia	4.062.058	66.104	1,63	11.728	0,29	2.305	0,06	80.137	1,97
Basilicata	622.365	17.131	2,75	1.498	0,24	534	0,09	19.163	3,08
Calabria	2.151.155	41.503	1,93	5.567	0,26	1.168	0,05	48.238	2,24
Sicilia	5.164.094	130.350	2,52	19.694	0,38	3.568	0,07	153.612	2,97
Sardegna	1.655.736	29.254	1,77	7.587	0,46	608	0,04	37.449	2,26
Italia	57.086.485	1.016.456	1,78	117.669	0,21	23.718	0,04	1.157.843	2,03

Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Generale dei Servizi Civili (Servizio AECP)

I dati statistici validi per ciechi e sordomuti, per i quali la menomazione è in genere totalmente invalidante, non possono essere utilizzati a pieno per gli invalidi civili che sono riconosciuti con invalidità superiore ai due terzi (maggiore del 67 per cento). Quindi di tutti gli invalidi civili compresi tra le fasce di invalidità che vanno dallo 0 al 67 per cento non si hanno dati certi.

Dal confronto degli assistiti per specifica categoria, riferito all'88 e all'89, emerge che vi è stato un aumento di 4.885 ciechi, 9.056 sordomuti e 146.443 invalidi civili (tavola 1.30).

Tavola 1.30 - Assistiti aventi diritto ad indennità economica per anno

Anno	1988	1989
Invalidi *	870.013	1.016.456
Ciechi	112.784	117.669
Sordomuti	14.662	23.718
Totale	997.459	1.157.843

* Invalidi oltre il 67%

Fonte: Elaborazione ISIS su dati del Ministero dell'Interno - Direzione Generale dei Servizi Civili (Servizio AECP)

Nell'89 la distribuzione degli assistiti aventi diritto ad indennità economica è aumentata del 16 per cento rispetto all'88. Il numero degli invalidi, nella loro globalità, aumenta costantemente nel tempo. Questo è l'effetto di due congiunti fenomeni demografici: la notevole diminuzione della mortalità in soggetti affetti da gravi menomazioni sia congenite che acquisite e l'incremento dell'età media di vita.

E' prevedibile anche per gli anni futuri un trend in crescita che porterà ad un ulteriore aumento delle categorie aventi diritto ad indennità economiche di conseguenza a un maggior impegno sul fronte dell'assistenza sanitaria.

1.3.3 La salute mentale

La riforma psichiatrica varata nel 1978, legge 180, ha richiesto un nuovo approccio alla malattia mentale e ha modificato gli obiettivi prioritari dell'intervento in sanità pubblica: dal controllo sociale alla promozione della salute.

A tutt'oggi i dati sull'applicazione della 180 si riferiscono all'indagine censuaria condotta nel 1985 dal Censis per conto del Ministero della Sanità.

Non è possibile quindi effettuare un monitoraggio della situazione italiana attuale sull'organizzazione dei servizi territoriali.

I dati a disposizione sul numero dei degenti e dei posti letto nelle strutture pubbliche e private convenzionate sono aggiornati a livello nazionale per la disciplina di psichiatria e residuale manicomiale.

Nell'88, i degenti nei reparti di psichiatria sono stati 86.435; in quelli privati convenzionati sono stati invece 17.856. La degenza media è stata rispettivamente di 36,97 e 81,01 (tavola 1.31).

**Tavola 1.31 - Dati di degenza degli Istituti di Cura Pubblici e Privati Convenzionati.
Disciplina Psichiatria - Anno 1988**

Istituti di Cura	Degenti	Giornate di degenza	Degenza media	Giorni	Posti letto	Indice di rotazione	Turn-over	Tasso di utilizzaz.
Pubblici	86.435	3.195.291	36,97	3.996.084	11.181	7,70	9,26	0,80
Privati Convenzionati	17.856	1.446.479	81,01	--	3.905	4,60	- 1,47	1,02

Fonte : Elaborazione ISIS su dati del Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

A livello nazionale il valore di degenza media si può considerare basso: questo conferma che i servizi di Diagnosi e Cura assolvono alla loro funzione di reparti per ricoveri brevi. Il processo di chiusura degli Ospedali Psichiatrici, dopo una prima fase contrassegnata da una vivace attività, incontra, a distanza di un decennio dalla legge, ancora notevoli difficoltà.

Al 31/12/88 risultano esistenti in 14 regioni italiane strutture di tipo ospedale psichiatrico con 20.045 degenti per un totale di 20.518 posti letto. E' da rilevare che per molte regioni non risultano dati relativi alla disciplina residuale-manicomiale in quanto loro stesse hanno conglobato i dati con la disciplina di psichiatria.

La distribuzione sul territorio nazionale vede la maggior concentrazione dei degenti in strutture residuo-manicomiali nelle regioni del Nord: Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, mentre la regione Lazio detiene il primato per degenti in case di cura private convenzionate. Nel complesso, ad una forte presenza di manicomi pubblici nelle regioni del nord si contrappone una ragguardevole offerta privata in due regioni del centro-sud: Lazio e Basilicata (tavole 1.32 e 1.33).

**Tavola 1.32 - Dati di degenza degli Istituti di Cura Pubblici a livello nazionale.
Disciplina residuale-manicomiale - Anno 1988**

Regioni (*)	Degenti	Giornate di degenza	Degenza media	Posti letto	Indice di rotazione	Turn-over	Tasso util.
Piemonte	741	230.341	310,9	724	1,0	2,7	0,99
Lombardia	2.039	574.949	282,0	1.982	1,0	72,8	0,79
P.A. Trento	361	128.679	356,5	467	0,8	116,0	0,75
Veneto	3.358	1.044.447	311,0	3.525	1,0	72,1	0,81
Friuli V. G.	1.326	300.441	266,6	1.015	1,3	52,8	0,81
Emilia Romagna	1.785	590.708	330,9	1.836	1,0	44,5	0,63
Toscana	1.278	380.417	297,7	1.109	1,2	11,3	0,96
Umbria	264	72.614	275,1	200	1,3	1,5	0,99
Lazio	863	286.862	332,4	786	1,1	0,0	1,00
Abruzzo	707	246.605	348,8	702	1,0	13,6	0,96
Campania	1.696	446.909	263,5	1.868	0,9	70,7	0,79
Puglia	3.264	776.740	238,0	3.621	0,9	156,0	0,60
Sicilia	1.474	514.563	349,1	1.680	0,9	66,9	0,84
Sardegna	889	306.340	344,6	1.003	0,9	67,2	0,84
Italia	20.045	5.900.615	294,37	20.518	1,0	69,66	0,81

(*) E' da rilevare che per molte regioni non risultano dati relativi alla disciplina residuale-manicomiale in quanto loro stesse hanno conglobato i dati con la disciplina di psichiatria

Fonte: Elaborazione ISIS su dati Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

**Tavola 1.33 - Dati di degenza degli Istituti di Cura Privati Convenzionati
a livello nazionale. Disciplina residuale manicomiale - Anno 1988**

Regioni	Degenti	Giornate di degenza	Degenza media	Posti letto	Indice di rotazione	Turn- over	Tasso di util.
Lazio	1.078	298.627	277,0	1.095	1,0	93,7	0,75
Basilicata	613	0	0,0	515	1,2	307,0	0,00
Italia	1.691	298.627	176,60	1.610	1,1	170,92	0,51

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Il passaggio dalla custodia manicomiale alla cura nel territorio ha comportato un rovesciamento profondo non solo delle mentalità, ma anche del modo di operare e di gestire i servizi.

Tuttavia nella misura in cui l'implementazione della riforma è stata affidata allo sforzo degli operatori del settore, i risultati complessivi sono ancora insoddisfacenti.

Secondo gli ultimi dati ufficiali, infatti, il centro e il sud del Paese sono ancora molto indietro nella creazione dei servizi alternativi all'ospedale psichiatrico e in ben 132 USL, di cui 100 meridionali, non esiste addirittura alcun centro di salute mentale.

Il modello d'intervento territoriale è infatti molto più complesso da gestire di quanto non fosse il vecchio manicomio e questo per molte ragioni:

- prevede una pluralità di servizi con funzioni diverse: il centro di salute mentale (CSM), il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) per ricoveri brevi, il centro diurno (CD) per le attività giornaliere, la comunità terapeutica (CT) e la comunità d'accoglienza;
- il "repertorio" terapeutico è più ampio di quello che tradizionalmente veniva praticato nei manicomi (farmaci e mezzi di contenzione) e sperimenta approcci alla malattia mentale che si adattano ad una tipologia molto più varia di situazioni umane e sociali che investono innanzitutto l'esigenza di prevenire il disagio psichico e quella di reinserire nella vita sociale coloro che sono in difficoltà;
- prevede una varietà di figure professionali, molte delle quali non esistevano negli ospedali: psicologi, assistenti sociali, educatori comunitari, terapisti della riabilitazione, oltre ai medici e agli infermieri.

PAGINA BIANCA

Capitolo 2

“Le malattie”

Gli Obiettivi OMS

Obiettivo n. 5

“Entro il 2000 non dovrebbero più esistere morbillo indigeno, poliomelite, tetano neonatale, rosolia congenita, difterite, sifilide congenita o malaria indigena”.

Obiettivo n. 9

“Entro il 2000 la mortalità dovuta a malattie dell'apparato circolatorio, nei soggetti con meno di 65 anni, dovrebbe essere ridotta almeno del 15%”.

Obiettivo n. 10

“Entro il 2000 la mortalità per cancro in soggetti sotto i 65 anni dovrebbe essere ridotta almeno del 15%”.

PAGINA BIANCA

Il panorama italiano

Il riscontro con la situazione italiana risulta positivo per la poliomelite (non si registrano casi autoctoni dal 1984), ma anche per la difterite (sostanzialmente scomparsa) e il tetano neonatale.

Emerge invece la necessità di potenziare le campagne vaccinali antimorbillosa e antirubeolica mediante il metodo dell'offerta attiva alla popolazione. Quest'ultimo, infatti, è risultato, laddove applicato, estremamente efficace.

Per quanto riguarda la sifilide, il raggiungimento dell'obiettivo fissato dall'OMS sarà possibile grazie alle campagne di educazione sanitaria già in atto, unitamente a quelle relative alla profilassi comportamentale per l'AIDS.

Nel 1989 si conferma, infine, la continua crescita dei casi di malaria registrata negli ultimi anni.

Le problematiche connesse alla riduzione della mortalità per le patologie cardio-circolatorie consistono essenzialmente nella carenza di strutture volte alla raccolta delle informazioni circa l'incidenza di tali patologie.

Questo tipo di conoscenze, a tutt'oggi episodiche e frammentarie, consentirebbero una maggiore efficacia ai programmi di prevenzione e di educazione sanitaria condotti sul territorio, anch'essi caratterizzati dalla mancanza di un coordinamento che ne amplificherebbe le capacità.

In relazione alla patologia neoplastica è da sottolineare l'efficacia riscontrata nell'applicazione dei programmi di screening, utili alla prevenzione e alla diagnosi precoce della malattia.

Inoltre, le recenti acquisizioni sulla correlazione tra sedi tumorali ed alcuni fattori di rischio consentono l'attuazione di tali programmi in modo differenziato sul territorio italiano, risultato, in seguito ad indagini effettuate negli ultimi anni, estremamente disomogeneo per quanto concerne l'incidenza delle varie tipologie di tumori.

PAGINA BIANCA

CAPITOLO 2

“LE MALATTIE”

2.1 Malattie infettive

I dati relativi al 1989 confermano la tendenza registrata negli ultimi quattro anni, presentando una maggiore rilevanza della patologia infettiva.

Alla base di questo fenomeno contribuiscono due ordini di fattori: una maggiore attenzione e sensibilità nella raccolta dei dati ed 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 ed altre patologie meno frequenti, la cui diffusione è favorita anche dall'aumento notevole dei traffici internazionali e dei movimenti turistici di passeggeri.

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.

2.1.1 Malattie a trasmissione oro-fecale

Infezioni da salmonelle

Nel 1989 le infezioni da salmonelle denunciate sono state 12.173 (tavola 2.1) contro le 11.580 notificate al 31/12/88.

Rispetto all'anno precedente l'unica novità è costituita da una diminuzione dei casi denunciati nel centro Italia, mentre stazionaria è la situazione al nord, sud ed Isole.

Tavola 2.1 - Distribuzione dei casi di infezioni da salmonelle per regioni - Anno 1989

Regioni	casi	Regioni	casi
Piemonte	1.051	Molise	131
Valle d'Aosta	14	Puglia	215
Liguria	298	Basilicata	31
Lombardia	2.013	Calabria	54
Trentino A. A.	467	Sicilia	122
Veneto	1.768	Sardegna	154
Friuli V. G.	493		
Emilia Romagna	1.526	Italia	12.173
Marche	798		
Toscana	1.010		
Umbria	461	Nord	7.630
Lazio	726	Centro	2.995
Campania	388	Sud	1.272
Abruzzo	453	Isole	276

Fonte: Ministero della Sanità - Direzione Generale Servizi di Igiene Pubblica

Infezioni da paratifi

Per quanto riguarda le infezioni da paratifi, al 31/12/89 sono stati registrati 1.011 casi, contro i 636 al 31/12/88 (tavole 2.2 e 2.3).

Tavola 2.2 - Distribuzione dei casi di infezioni da paratifi per regioni - Anno 1989

Regioni	casi
Piemonte	61
Valle d'Aosta	4
Liguria	6
Lombardia	116
Trentino A. A.	2
Veneto	89
Friuli V. G.	3
Emilia Romagna	23
Marche	51
Toscana	474
Umbria	8
Lazio	44
Campania	32
Abruzzo	14
Molise	0
Puglia	19
Basilicata	1
Calabria	8
Sicilia	32
Sardegna	24
Italia	1.011

Nord	304
Centro	577
Sud	74
Isole	56

Fonte: Ministero della Sanità - Direzione Generale Servizi di Igiene Pubblica

**Tavola 2.3 - Casi di infezioni da paratifi e relativa morbosità
(per 100.000 ab.) - Anni 1985-89**

Anni	casi	morbosità (per 100.000)
1985	1.335	2,3
1986	1.069	1,9
1987	633	1,1
1988	636	1,1
1989	1.011	1,8

Fonte: Ministero della Sanità - Direzione Generale Servizi di Igiene Pubblica

Febbre tifoide

Nel 1989 sono stati notificati 1.387 casi di febbre tifoide contro i 1.362 al 31/12/88 (tavole 2.4 e 2.5).

Tavola 2.4 - Distribuzione dei casi di febbre tifoide per regioni - Anno 1989

Regioni	casi
Piemonte	58
Valle d'Aosta	0
Liguria	16
Lombardia	61
Trentino A. A.	5
Veneto	34
Friuli V. G.	1
Emilia Romagna	19
Marche	20
Toscana	52
Umbria	18
Lazio	66
Campania	355
Abruzzo	25
Molise	14
Puglia	427
Basilicata	15
Calabria	15
Sicilia	144
Sardegna	42
Italia	1.387
Nord	194
Centro	156
Sud	851
Isole	186

Fonte: Ministero della Sanità - Direzione Generale Servizi di Igiene Pubblica

**Tavola 2.5 - Casi di febbre tifoide e relativa morbosità
(per 100.000 ab.) - Anni 1985/89**

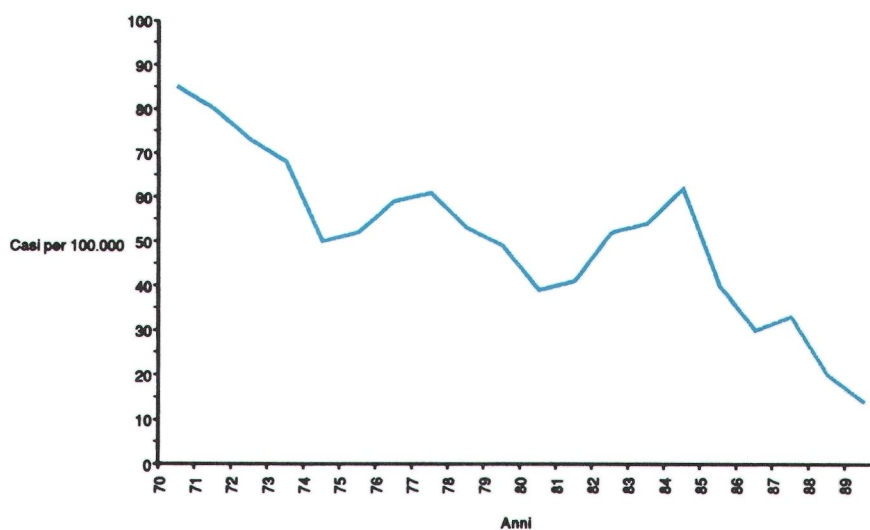
Anni	casi	morbosità (per 100.000)
1985	2.217	3,9
1986	2.281	4,0
1987	1.573	2,7
1988	1.362	2,4
1989	1.387	2,4

Fonte: Ministero della Sanità - Direzione Generale Servizi di Igiene Pubblica

2.1.2 Epatiti virali

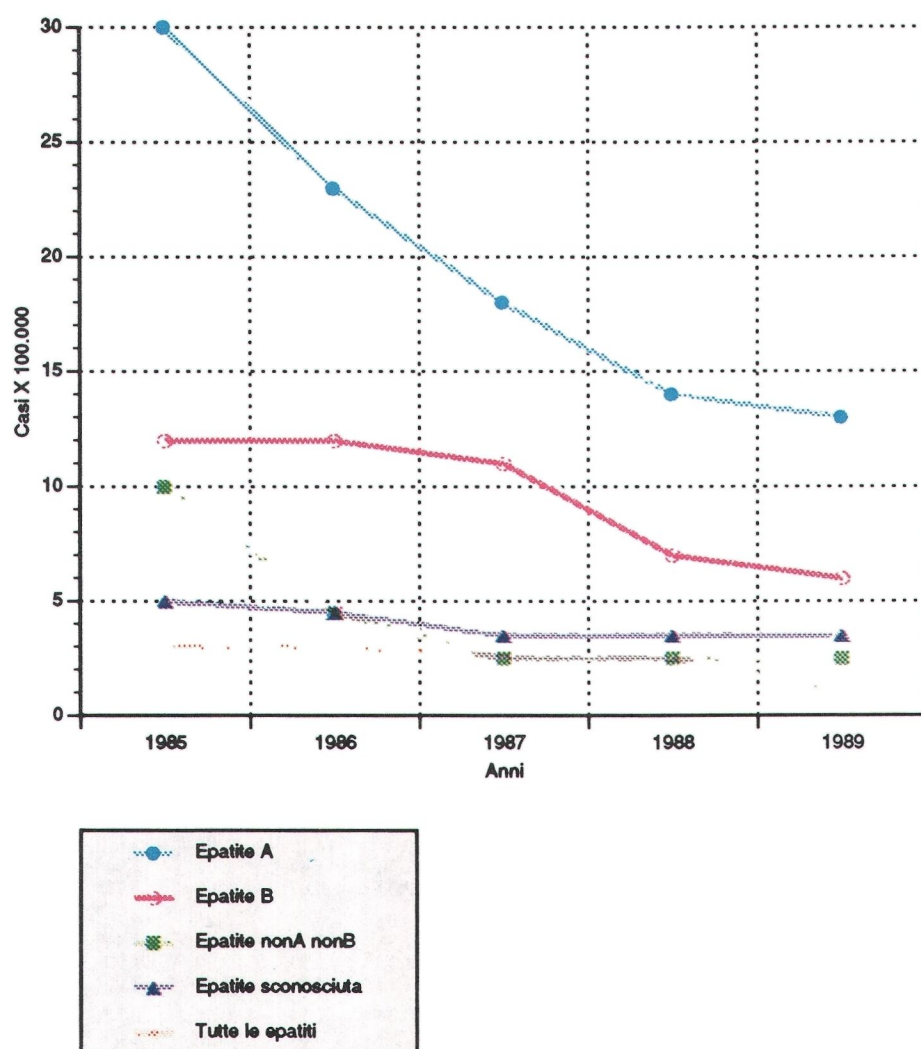
Negli ultimi anni l'incidenza dell'epatite virale acuta è diminuita: tale andamento emerge sia dai dati dell'Istituto Nazionale di Statistica che da quelli del sistema di sorveglianza in atto presso l'Istituto Superiore di Sanità (SEIEVA) dal 1985 ed è confermato da indagini sieroepidemiologiche svolte tra il 1988 ed il 1989 in varie regioni italiane (figure 2.1 e 2.2).

**Fig. 2.1 - Tassi di incidenza (per 100.000) dei casi di epatite virale acuta in Italia
Anni 1970-89**



Fonte: Istituto Nazionale di Statistica

Fig. 2.2 - Tassi di incidenza (per 100.000) dei casi notificati di epatite virale acuta in Italia - Anni 1985-89



Fonte: Istituto Superiore di Sanità (SEIEVA)

Nella tavola 2.6 vengono riportate le incidenze delle epatiti virali acute in Italia dal 1985 al 1989, calcolate considerando le USL che aderiscono al SEIEVA. Attualmente le USL aderenti a tale sistema di sorveglianza sono 163, localizzate in 16 delle 21 Regioni e Province Autonome (7 nell'Italia meridionale e insulare e 9 nel nord-centro) e rappresentano il 27 per cento della popolazione del Paese (15 milioni). L'incidenza complessiva di epatiti acute è stata nel 1989 del 12 per 100.000, di poco inferiore a quella stimata dall'Istituto Nazionale di Statistica (15 per 100.000).

Tavola 2.6 - Tassi di incidenza per 100.000 di epatite virale acuta per gli anni 1985-89

Tipo di epatite	Anni (*)				
	1985	1986	1987	1988	1989
A	10	4	2	2 (3)	2 (2)
B	12	12	11	7 (8)	6 (7)
nonA-nonB	5	4	3	3 (3)	3 (3)
sconosciuto	3	3	2	2 (3)	1 (3)
Totale	30 (37)	23 (27)	18 (22)	14 (17)	12 (15)

(*) In parentesi vengono riportate le incidenze calcolate sui dati dell'Istituto Nazionale di Statistica. Dal 1987 questi dati sono differenziati per tipo di epatite, ma la loro utilizzazione disaggregata è possibile solo per il 1988 e il 1989 in quanto nel 1987 oltre il 50% delle epatiti non era differenziato. I dati dell'Istituto Nazionale di Statistica sono stati elaborati dall'Istituto Superiore di Sanità.

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - SEIEVA

Nella tavola 2.7 sono riportati i tassi di incidenza 1989 specifici per età, sesso, area geografica e tipo di epatite.

Tavola 2.7 - Tassi di incidenza per 100.000 di epatite virale acuta specifici per età, sesso, area geografica e tipo di epatite. Anno 1989

Tipo di epatite	età	Nord-Centro			Sud-Isole			ITALIA		
		M	F	T	M	F	T	M	F	T
A	0-14	1,53	1,28	1,41	3,19	3,04	3,12	1,93	1,71	1,82
	15-24	5,18	3,78	4,49	2,38	1,94	2,16	4,58	3,38	3,99
	25+	2,72	1,51	2,08	0,25	0,19	0,22	1,95	1,13	1,52
Totale		2,86	1,77	2,30	0,91	0,76	0,83	2,30	1,50	1,89
B	0-14	1,63	0,85	1,25	3,83	2,03	2,95	2,16	1,14	1,66
	15-24	28,60	12,15	20,55	18,57	9,71	14,19	26,46	11,62	19,18
	25+	8,94	3,56	6,09	1,84	1,43	1,64	6,72	2,94	4,74
Totale		10,48	4,25	7,26	3,82	2,33	3,07	8,57	3,72	6,08
NANB	0-14	0,00	0,32	0,16	0,96	1,01	0,98	0,23	0,49	0,36
	15-24	11,52	5,13	8,39	11,91	1,94	6,97	11,60	4,44	8,08
	25+	3,24	2,18	2,68	2,16	1,31	1,73	2,90	1,92	2,39
Totale		3,86	2,26	3,03	2,96	1,33	2,14	3,60	2,00	2,78
ignoto	0-14	0,10	0,32	0,21	1,91	0,34	1,15	0,54	0,32	0,44
	15-24	6,34	3,10	4,76	4,29	0,97	2,64	5,90	2,64	4,30
	25+	1,56	1,05	1,29	0,32	0,06	0,19	1,17	0,76	0,96
Totale		2,00	1,20	1,58	0,95	0,19	0,57	1,70	0,92	1,30
Tutte le epatiti	0-14	3,26	2,78	3,03	9,89	6,43	8,21	4,87	3,65	4,28
	15-24	51,64	24,16	38,19	37,15	14,57	25,97	48,54	22,07	35,55
	25+	16,46	8,30	12,13	4,58	2,99	3,77	12,74	6,75	9,61
TOTALE		19,19	9,48	14,17	8,63	4,60	6,61	16,16	8,14	12,05

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - SEIEVA

L'incidenza di epatite A è di circa 2 per 100.000 e risulta maggiore al sud rispetto al nord per i bambini, mentre l'inverso è vero per le altre età. Complessivamente le età più colpite restano quelle infantili e giovanili.

L'incidenza di epatite B è stata di circa 6 per 100.000 ed è superiore al nord rispetto al sud. La fascia di età maggiormente colpita, come negli anni precedenti, è quella di 15-24 anni a conferma dell'importanza che probabilmente hanno nella trasmissione di tale tipo di epatite la trasmissione sessuale e la tossicodipendenza. Anche per l'epatite nonA-nonB i giovani risultano essere quelli più a rischio.

Per quanto riguarda l'epatite nonA-nonB, da uno studio attualmente in corso presso l'Ospedale Cotugno di Napoli è emerso che più di un quarto di queste epatiti sono dovute al virus C. Tale virus è stato recentemente individuato come uno dei responsabili dell'epatite nonA-nonB a trasmissione parenterale.

Nella tavola 2.8 vengono riportate le distribuzioni dei principali fattori di rischio per i tre tipi di epatite.

Tavola 2.8 - Casi notificati di epatite A, B e nonA-nonB con fattori di rischio identificati (*). Anno 1989

Fattori di rischio	Tipo di epatite		
	A	B	nonA-nonB
Frutti di mare	171(63%)	388(48%)	224(44%)
Viaggi	132(50%)	217(27%)	124(27%)
Trasfusioni di sangue	5(2%)	49(6%)	84(16%)
Interventi chirurgici	14(5%)	95(11%)	106(20%)
Ospedalizzazione	20(7%)	133(15%)	157(29%)
Altre esposizioni parenterali (1)	32(12%)	190(22%)	108(21%)
Terapia odontoiatrica	42(15%)	214(24%)	111(21%)
Uso di droghe e. v.	5(2%)	192(22%)	94(18%)
Partners (> 2)	17(6%)	119(13%)	39(7%)
Convivente di soggetto HBsAg positivo	7(4%)	104(21%)	16(5%)
Totale (2)	289	918	550

(*) I casi possono avere più di un fattore di rischio

(1) Rasatura dal barbiere, manicure, pedicure, tatuaggi, buchi alle orecchie.

(2) Per alcuni casi le informazioni relative ad alcuni fattori di rischio non sono disponibili

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - SEIEVA

Il consumo di frutti di mare ed i viaggi sembrano avere un ruolo importante nella trasmissione dell'epatite A. Per quanto riguarda questi ultimi il rischio maggiore è rappresentato dai viaggi nei Paesi dell'Est europeo, nel bacino del Mediterraneo, in Asia, in Africa ed in sud America.

Gli interventi chirurgici, l'ospedalizzazione, altre esposizioni parenterali, la terapia odontoiatrica e l'uso di droghe endovenose si confermano importanti fattori di rischio per l'epatite B e per l'epatite nonA-nonB, mentre le trasfusioni sembrano associate soprattutto all'epatite nonA-nonB.

Il 13 per cento dei soggetti con epatite B ha riferito di aver avuto più di due partner sessuali nel corso dell'ultimo anno. Tale dato è coerente con la possibile trasmissione sessuale dell'epatite B.

L'alta proporzione di casi di epatite B che hanno riferito la convivenza con portatore di HBsAg (21 per cento) conferma l'importanza di questo fattore di rischio.

Complessivamente, l'analisi dei fattori di rischio per l'epatite B e nonA-nonB conferma la necessità di affiancare alla vaccinazione antiepatite B altre misure preventive per la riduzione del rischio di epatite a trasmissione parenterale soprattutto in ambito ospedaliero ed odontoiatrico.

2.1.3 Malattie prevenibili con la vaccinazione

Poliomielite, difterite e tetano

Indagini sulle coperture vaccinali hanno permesso di confermare la buona situazione italiana: entro il secondo anno di vita risultano vaccinati con tre dosi di OPV (Oral Poliovirus Vaccine) oltre il 93 per cento dei bambini residenti a Bologna, il 70 per cento a Napoli, il 96 per cento a Bari, l'82 per cento a Giarre e il 94 per cento a Venosa. Le percentuali corrispondenti per la vaccinazione DT (antidifterite e antitetano) sono risultate 91 per cento a Bologna, 65 per cento a Napoli, 93 per cento a Bari, 72 per cento a Giarre e 69 per cento a Venosa. In particolare nella città di Napoli, dove è risultato il più alto tasso di evasione, il 18 per cento dei nati non aveva ricevuto alcuna dose di OPV e DT.

Indagini sieroepidemiologiche condotte nel 1988 hanno inoltre permesso di accertare che tutti i vaccinati con tre dosi di OPV hanno mostrato sieroconversione (con prelievo effettuato a un mese di distanza), confermando l'efficacia della vaccinazione con tre dosi di OPV nel 1° anno di vita; dopo 10 anni dalla 4° dose di OPV oltre il 95 per cento ha anticorpi svelabili contro il polio 1, il 94 per cento contro il polio 3 e il 99 per cento contro il polio 2.

Dal 1984 non si registrano casi di polio autoctono mentre nel 1988 è stato investigato un caso di poliomielite importato dall'India.

Per quanto riguarda la difterite (tavola 2.9) e il tetano (tavola 2.10), nel 1986 sono state completate in Italia indagini sieroepidemiologiche che hanno mostrato la presenza di una totale copertura immunitaria contro tetano e difterite nelle classi di età considerate, fino a 30 anni. La popolazione più adulta fino a 60 anni presenta una percentuale di immunità rispetto alla difterite del 70 per cento in entrambi i sessi, mentre rispetto al tetano la protezione è presente in una percentuale che varia nei maschi dall'87 per cento nella classe

di età 31-40 al 72 per cento nella classe 51-60. Nelle donne le percentuali corrispondenti vanno dal 65 al 55 per cento.

Il maggior livello di protezione della popolazione adulta maschile rispetto al tetano è da attribuire al richiamo praticato durante il servizio militare.

**Tavola 2.9 - Casi di difterite relativa morbosità (per 100.000 ab.)
e numero di morti - Anni 1985-89**

Anni	casi	morbosità (per 100.000)	morti
1985	8	0,01	0
1986	3	0,005	3
1987	28	0,05	
1988	10	0,01	
1989	2	0,003	

Fonte: Ministero della Sanità - Direzione Generale Servizi di Igiene Pubblica

**Tavola 2.10 - Casi di tetano relative morbosità e mortalità (per 100.000 ab.),
numero di morti e letalità (per 1.000 casi) - Anni 1985-89**

Anni	casi	morbosità (per 100.000)	morti	mortalità (per 100.000)	letalità (per 1.000)
1985	174	0,3	84	0,1	482,7
1986	131	0,2	93	0,1	709,9
1987	128	0,2			
1988	137	0,2			
1989	77				

Fonte: Ministero della Sanità - Direzione Generale Servizi di Igiene Pubblica

I dati su esposti sono compatibili con la sostanziale scomparsa della difterite e con i residui casi di tetano che vengono attualmente registrati in Italia e che riguardano donne ultracinquantenni. Si impone una ulteriore più approfondita verifica sieroepidemiologica anche al fine di valutare la necessità di rafforzare normativamente la pratica dei richiami periodici.

E' necessario generalizzare il sistema di sorveglianza sulle coperture vaccinali anche utilizzando sistemi computerizzati di anagrafe vaccinale messi a punto dall'Istituto Superiore di Sanità. In caso di evasione vaccinale devono essere espletate indagini domiciliari per la verifica della situazione e per il recupero. Studi sieroepidemiologici devono essere condotti per verificare la permanenza della copertura immunitaria nel tempo. E' auspicabile che ulteriori indagini vengano condotte nell'area napoletana per verificare la risoluzione dei problemi di non vaccinazione. Se permanesse lo stato di evasione, evidenziato nel recente passato, si potrebbero avere altri casi di poliomielite. Vanno riviste le liste delle controindicazioni riducendone il numero ed evidenziando quelle false.

Morbillo

Per quanto riguarda il morbillo si registrano circa 500.000 casi in media l'anno (di cui solo il 10 per cento viene notificato), con ciclicità bi o triennali e fluttuazioni tra 200.000 e 800.000. L'ultima ondata epidemica si è avuta nel 1988 e parzialmente nel 1989, la penultima nel 1984-1985. La prossima è prevista per il 1992.

Studi epidemiologici condotti dall'Istituto Superiore di Sanità hanno permesso di verificare che le notifiche di morbillo sottostimano la realtà di un fattore 10, che la malattia colpisce a età più precoce al sud rispetto al centro e al nord e ciò giustifica la maggiore mortalità nel meridione. Inoltre è stato stimato che da uno a due casi di morbillo ogni 100 casi reali viene ricoverato in ospedale con una degenza media di 10 giorni. Il costo annuo diretto della malattia è stimabile attorno ai 40 miliardi.

Altre indagini hanno evidenziato che oltre il 50 per cento della popolazione è consapevole della potenziale gravità del morbillo e che oltre il 90 per cento di medici e il 95 per cento dei pediatri è favorevole alla vaccinazione contro il morbillo e richiede che venga resa obbligatoria. Ciò in parte spiega la relativamente bassa diffusione spontanea della vaccinazione (10-40 per cento). Campagne di vaccinazione di massa contro il morbillo con l'obiettivo della eliminazione da un anno all'altro sono state lanciate dal 1980 dall'Istituto Superiore di Sanità. La strategia vaccinale si basa su due cardini:

- cardine epidemiologico: una popolazione bersaglio sufficientemente ampia nella prima fase, tutti i suscettibili (possono essere esclusi dalla vaccinazione tutti i bambini con un sicuro ricordo di morbillo) di età compresa tra i 13 mesi e 8-10 anni e, successivamente, tutti i nuovi nati al superamento del 12° mese di vita;
- cardine operativo: la vaccinazione deve essere offerta attivamente, individualmente (e gratuitamente) a tutta la popolazione bersaglio, nella fase iniziale anche attraverso sedute di vaccinazione; opportune campagne di educazione sanitaria sono programmate per aumentare il tasso di accettazione.

Dove questa strategia è stata applicata con sufficiente determinazione nell'offerta attiva della profilassi, si è ottenuta una copertura vaccinale almeno dell'80 per cento nella fase iniziale (del 90 per cento negli anni successivi) permettendo così la scomparsa del morbillo da un anno all'altro. Anche sulla base degli studi e delle campagne promosse e organizzate dall'Istituto Superiore di Sanità, il Consiglio Superiore di Sanità ha espresso parere favorevole alla obbligatorietà della vaccinazione antimorbillo (e della vaccinazione antirosolia per le bambine in età prepubere); nel 1985 e dal 1986 il Ministero della Sanità ha predisposto disegni di legge che però non sono ancora arrivati al Parlamento. Nell'attesa del varo di norme legislative nel 1986 il Consiglio Sanitario Nazionale ha proposto il finanziamento (3 miliardi) di un progetto nazionale di vaccinazione contro il morbillo (Progetto "Vaccinazione Morbillo") da realizzare in molte o in tutte le USL di 9 regioni italiane (Sardegna, Sicilia, Calabria, Basilicata, Puglia, Campania, Abruzzo, Marche e Emilia Romagna).

La responsabilità scientifica è stata affidata all'Istituto Superiore di Sanità in quanto propositore della strategia vaccinale e dei relativi protocolli. Il finanziamento si è reso materialmente disponibile solo nella seconda metà del 1988, periodo in cui sono partite le prime 5 regioni (Marche, Abruzzo, Sardegna, Puglia e Basilicata), nel corso del 1989 sono partite le altre eccetto la Calabria, in cui il programma è stato iniziato nel 1990.

Alcune regioni hanno aggiunto proprie risorse a quelle messe a disposizione dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE) per l'estensione del programma ad altre USL della Regione.

Si tratta della Campania, la Puglia, la Sicilia, le Marche, l'Emilia Romagna e l'incremento di risorse rese disponibili per il progetto è valutabile attorno a 2,5 miliardi. Inoltre, altre 5 regioni hanno aderito al progetto nazionale, Piemonte, Toscana, Umbria, Lazio e Friuli, mobilitando altri 3 miliardi (richiedendo la consulenza o il coordinamento scientifico all'Istituto Superiore di Sanità).

Sono circa 450 le USL coinvolte nel progetto.

Non è ancora possibile avere un quadro riassuntivo sullo stato di avanzamento del programma perchè in molte USL il lavoro è ancora in corso, ma ci sono numerose USL che hanno già completato il programma ottenendo tassi di vaccinazione superiori all'80 per cento e in qualche caso al 90 per cento e hanno avuto modo di sperimentare l'avvenuta eliminazione del morbillo.

E' risultato chiaramente che il tasso di accettazione dipende quasi esclusivamente dalle capacità operative del servizio pubblico di offrire attivamente la profilassi. Ne consegue l'urgenza dell'approvazione di una legge per l'obbligatorietà della vaccinazione, costituendo ciò una garanzia per i genitori sulla opportunità, efficacia e sicurezza della profilassi e soprattutto una garanzia per lo Stato che i servizi offrano attivamente la profilassi a tutta la popolazione bersaglio in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale.

Se venisse approvata la legge sulla obbligatorietà della vaccinazione si potrebbe, nel 1991, completare il programma di eliminazione del morbillo e generalizzare le vaccinazioni selettive contro rosolia e parotite, quindi a partire dal 1992 si potrebbe usare per tutti i nuovi nati il vaccino trivalente (morbillo, rosolia e parotite), mantenendo le vaccinazioni selettive fino al 2000, anno in cui si saldano la strategia universale e quella selettiva.

Rosolia

L'incidenza dell'infezione rubeolica non è apprezzabile dai dati di notifica non solo per il fenomeno della sottostima ma anche perché il 50 per cento dei casi non ha manifestazioni cliniche.

L'incidenza della rosolia ha una ciclicità quinquennale.

Solo da alcuni anni la rosolia congenita è notificabile, ma non sempre viene fatta la diagnosi alla nascita e in alcuni casi la malformazione si evidenzia più tardivamente. Dalla metà degli anni 70 la vaccinazione contro la rosolia è raccomandata per le bambine al 5° anno della scuola dell'obbligo, ma tale programma viene effettivamente realizzato in modo generalizzato solo in alcune regioni del centro nord, dove la vaccinazione viene offerta attivamente a tutte le bambine in età prepubere con tassi di accettazione che sfiorano il 100 per cento. Nel Veneto, per esempio, già si è osservata una radicale modificazione dell'incidenza della rosolia nelle donne giovani adulte. Sono in corso alcuni studi per valutare l'impatto del programma. E' sorprendente tuttavia come, da indagini effettuate dall'Istituto Superiore di Sanità, oltre l'85 per cento delle donne in età feconda è consapevole del rischio dell'infezione della rosolia in gravidanza, ma solo il 50 per cento è a conoscenza dell'esistenza in commercio del vaccino. Si rafforza così l'importanza dell'offerta attiva della vaccinazione.

Parotite

Anche in questo caso i dati di notifiche, a parte la sottostima, non testimoniano il livello di diffusione dell'infezione perché circa il 30 per cento delle infezioni non dà luogo a manifestazioni cliniche.

La malattia ha una ciclicità quinquennale. Si tratta di una patologia di minore importanza sanitaria, tuttavia non trascurabile, e la recente disponibilità del vaccino monovalente antiparotite e di quello trivalente (contro morbillo, rosolia e parotite) rendono opportuno un programma di eliminazione, come già illustrato prima.

Pertosse

I dati di incidenza sottostimano la realtà. La vaccinazione è consigliata in associazione con la DT (o con vaccino trivalente DPT - antidifterite, antitetano e antipertosse). Recenti studi internazionali hanno completamente ridimensionato la sospettata pericolosità della componente pertossica. In diverse USL, soprattutto del centro-nord, si ha una accettazione del vaccino trivalente DPT dell'ordine del 95 per cento, senza che siano state osservate reazioni gravi nei soggetti vaccinati. In attesa della disponibilità del nuovo vaccino acellulare, si ritiene si debba raccomandare l'uso del vaccino attualmente disponibile, in associazione con la DT.

2.1.4 Malattie a trasmissione prevalentemente sessuale

Sifilide e blenorragia

Per queste malattie va rilevato che il maggior numero di notifiche provengono dalle aree del nord e del centro.

Nel 1989 sono stati denunciati complessivamente 650 casi di sifilide contagiosa e 427 di blenorragia (tavola 2.11).

Tavola 2.11 - Distribuzione dei casi di sifilide contagiosa e blenorragia per Regioni - Anno 1989

Regioni	casi di sifilide	casi di blenorragia
Piemonte	52	36
Valle d'Aosta	0	0
Liguria	13	3
Lombardia	156	86
Trentino A. A.	8	21
Veneto	37	23
Friuli V. G.	11	18
Emilia Romagna	131	99
Marche	16	4
Toscana	57	30
Umbria	6	6
Lazio	90	77
Campania	13	2
Abruzzo	9	2
Molise	6	1
Puglia	24	5
Basilicata	1	1
Calabria	0	1
Sicilia	15	2
Sardegna	5	10
Italia	650	427
Nord	408	286
Centro	169	117
Sud	53	12
Isole	20	12

Fonte: Ministero della Sanità - Direzione Generale Servizi di Igiene Pubblica

Gli effetti delle campagne di educazione sanitaria attuate saranno evidenti nel prossimo futuro anche in relazione a quanto attuato come profilassi comportamentale per l'AIDS. Si è comunque riscontrato un decremento rispetto al 1988, durante il quale i casi notificati di sifilide contagiosa e blenorragia sono stati rispettivamente 995 e 509 (tavola 2.12).

Tavola 2.12 - Casi di sifilide contagiosa e blenorragia negli anni 1988 - 89

Anni	casi di sifilide	casi di blenorragia
1988	995	509
1989	650	427

Fonte: Ministero della Sanità - Direzione Generale Servizi di Igiene Pubblica

2.1.5 Antropozoonosi

Con questo termine vengono definite quelle malattie infettive, diffuse e contagiose che possono essere trasmesse dall'animale all'uomo e viceversa.

Per la profilassi di queste malattie si opera pertanto sia nel campo umano che in quello veterinario e appare importante il flusso di informazioni che si stabilisce tra i servizi medici e i servizi veterinari anche a livello della medesima USL.

Va sottolineato che il numero di casi notificati e riportati nelle statistiche ufficiali (Istituto Nazionale di Statistica) rappresenta solo parzialmente il fenomeno che risulta molto probabilmente sottostimato.

Dai numeri di casi riportati quindi, possono dedursi solo alcuni commenti descrittivi.

Nella tavola 2.13 si riportano i casi notificati di antropozoonosi (escludendo quelle parassitarie, le salmonellosi, le tossinfezioni alimentari e il tetano - vedi i paragrafi relativi) durante il 1989, divisi per grandi aree geografiche, nord-centro e sud, e i relativi tassi per 100.000 abitanti.

Tavola 2.13 - Casi registrati di alcune zoonosi nell'anno 1989 per grandi ripartizioni geografiche e tasso per 100.000 abitanti (*)

	Nord+Centro		Sud		Totale	
	Casi	Tasso	Casi	Tasso	Casi	Tasso
Brucellosi	426	1,16	1.034	4,90	1.460	2,53
Carbonchio	6	0,01	5	0,02	11	0,01
Febbre Q	10	0,02	6	0,02	16	0,02
Botulismo	7	0,01	4	0,01	11	0,01
Leptospirosi	93	0,25	10	0,04	103	0,17
Micosi	994	2,72	130	0,61	1.124	1,95
Morva	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Ornitosi	49	0,13	7	0,03	56	0,09
Rabbia	0	0,00	3	0,01	3	0,00
Morsicature	34.247	93,85	11.591	54,97	45.838	79,61
Dermotifosimili	540	1,47	340	1,61	880	1,52
Tigna	2.126	5,82	387	1,83	2.513	4,36
TB Extrap.	554	1,51	57	0,27	611	1,06
Tularemia	12	0,03	0	0,00	12	0,02
Totale zoonosi					52.638	91,42

(*): Le percentuali si riferiscono al numero dei casi segnalati per 100.000 abitanti sulla popolazione 1988.

Fonte: Istituto Nazionale di Statistica

I casi denunciati in Italia, per le antropozoonosi considerate, sono stati 52.638, comprese le morsicature, le quali sono collegate alla rabbia nell'intenzione del legislatore.

Osservando la distribuzione per grandi aree geografiche risultano più casi denunciati nel nord-centro rispetto al sud, essendo anche più alti i tassi per 100.000 ad eccezione della febbre Q e botulismo. L'unica antropozoonosi che registra una frequenza maggiore al sud, in numeri assoluti e in tasso per 100.000 è la brucellosi.

Nella tavola 2.14, invece, si riportano i casi denunciati di antropozoonosi per tutta l'Italia negli anni 1987, 1988 e 1989.

Tavola 2.14 - Casi registrati di alcune zoonosi nell'uomo - Anni 1987-89

	1987	1988	1989
	(a)	(a)	(b)
Brucellosi	1.606	1.216	1.460
Carbonchio	9	12	11
Febbre Q.	35	29	16
Botulismo	68	53	11
Leptospirosi	125	141	103
Micosi	1.514	1.377	1.124
Morva	0	0	0
Ornitosi	56	50	56
Rabbia	0	0	3
Morsicature	39.950	42.579	45.838
Dermotifosimili	892	587	880
Tigna	3.414	2.261	2.513
TB Extrap.	492	449	611
Tularemia	25	41	12
Totale zoonosi	48.123	48.795	52.638

(a) dati definitivi

(b) dati provvisori

Fonte: Istituto Nazionale di Statistica

Comparando i casi registrati nel 1989 rispetto a quelli del 1988 si osserva un incremento per quanto riguarda la brucellosi, l'ornitosi, le forme dermotifosimili, la tubercolosi extrapulmonare ed anche le morsicature.

In relazione alle misure di controllo delle zoonosi va detto che oltre al Piano nazionale di risanamento della TBC e di quello della brucellosi dagli allevamenti ovini, caprini e bovini e dell'estensione dell'obbligatorietà anche agli allevamenti bufalini (DM 28.3.89), piani per singole zoonosi sono in corso in alcune U.S.L. (ad es. controllo dell'idatidosi in Sardegna ed a Teramo) e vedono anche impegnate alcune regioni (controllo della brucellosi in Campania).

Inoltre attività che riguardano il controllo di queste malattie direttamente o indirettamente vengono svolte da alcuni servizi di Igiene Pubblica e di Medicina ed Igiene del Lavoro delle U.S.L.: in alcune U.S.L. della provincia di Reggio Emilia, per esempio, sono previsti piani

di controllo dell'igiene degli alimenti e programmi coordinati dipartimentali (Servizi di Igiene Pubblica, Medicina del Lavoro, Veterinario) mirati, tra l'altro, all'igiene dei mattatoi e dei laboratori di lavorazioni delle carni.

Va sottolineata la messa in atto delle recenti leggi sull'anagrafe canina promulgate da diverse Regioni, soprattutto nel centro-nord, che insieme all'organizzazione dei canili sanitari costituiscono importanti azioni mirate al controllo delle zoonosi, svolte dai Servizi Veterinari. Un importante risultato è stato ottenuto con la eradicazione della rabbia silvestre da vaste zone alpine e prealpine mediante la vaccinazione delle volpi per via orale.

2.1.6 Malattie parassitarie

Nella tavola 2.15 si riportano i casi notificati di malattie parassitarie, durante il 1989, divisi per grandi aree geografiche: nord-centro e sud e i relativi tassi per 100.000 abitanti.

Le notifiche sono state 7.107, comprese le zoonosi parassitarie; vi sono inoltre i casi di malaria segnalati nel paragrafo 2.1.7.

Dall'osservazione della tavola 2.15 risulta un maggior numero di casi denunciati nel nord-centro rispetto al sud.

Tavola 2.15 - Casi di parassitosi registrati nell'anno 1989 per grandi ripartizioni geografiche e tasso per 100.000 abitanti (*)

	Nord-Centro		Sud		Totale	
	Casi	Tasso	Casi	Tasso	Casi	Tasso
Amebiasi	55	0,15	19	0,09	74	0,12
Anchilostomiasi	9	0,02	0	0,00	9	0,01
Idatidosi	75	0,20	32	0,15	107	0,18
Imenolepiasi	6	0,01	3	0,01	9	0,01
Leishmaniosi C.	7	0,01	19	0,09	26	0,04
Leishmaniosi V.	26	0,07	30	0,14	56	0,09
Scabbia	1.875	5,13	529	2,50	2.404	4,17
Schistosomiasi	41	0,11	3	0,01	44	0,07
Teniasi	175	0,47	17	0,08	192	0,33
Toxoplasmosi	571	1,56	61	0,28	632	1,09
Trichinellosi	14	0,03	0	0,00	14	0,02
Pedic. della coll.	3.105	8,50	435	2,06	3.540	6,14
Totale parassitosi					7.107	12,34

(*): Le percentuali si riferiscono al numero dei casi segnalati per 100.000 abitanti sulla popolazione 1988.

Fonte: Istituto Nazionale di Statistica

Nella tavola 2.16, invece, si riporta il trend riferito agli anni 1987, 1988 e 1989.

Nel corso del 1989, rispetto al 1988, per la maggior parte delle malattie parassitarie si osserva un andamento piuttosto stabile.

Una frequenza maggiore si riscontra per trichinellosi, schistosomiasi e anchilostomiasi (queste due ultime probabilmente da importazione); una frequenza minore per idatidosi e leishmaniosi viscerale.

Tavola 2.16 - Casi registrati di malattie parassitarie - Anni 1987-89

	1987 (a)	1988 (a)	1989 (b)
Amebiasi	67	84	74
Anchilostomiasi	5	5	9
Idatidosi	105	153	107
Imenolepiasi	26	16	9
Leishmaniosi C.	45	26	26
Leishmaniosi V.	43	129	56
Scabbia	3.215	2.333	2.404
Schistosomiasi	19	27	44
Teniasi	201	225	192
Toxoplasmosi	526	521	632
Trichinellosi	2	4	14
Pedic. della collettività	3.963	3.998	3.540
Totale parassitosi	8.217	7.551	7.107

(a) dati definitivi

(b) dati provvisori

Fonte: Istituto Nazionale di Statistica

2.1.7 Malattie infettive da importazione

Questa denominazione comprende diverse malattie, tra le quali il colera, la peste, la febbre gialla e la malaria.

Per quanto riguarda colera, peste e febbre gialla, non si registrano casi dal 1987.

I casi di malaria registrati nel 1989 sono stati 437, contro i 350 dell'anno precedente, confermando quindi la crescita avvenuta negli ultimi anni (tavola 2.17).

Tavola 2.17 - Casi di malaria negli anni 1986-89 e relativi indici di letalità (percentuali)

Anni	casi	letalità (%)
1986	191	1,04
1987	287	1,39
1988	350	0,57
1989	437	1,60

Fonte: Ministero della Sanità - Direzione Generale Servizi di Igiene Pubblica

2.1.8 Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)

Al 31 dicembre 1989 sono pervenute al Centro Operativo AIDS (COA), 5.307 notifiche di casi di AIDS.

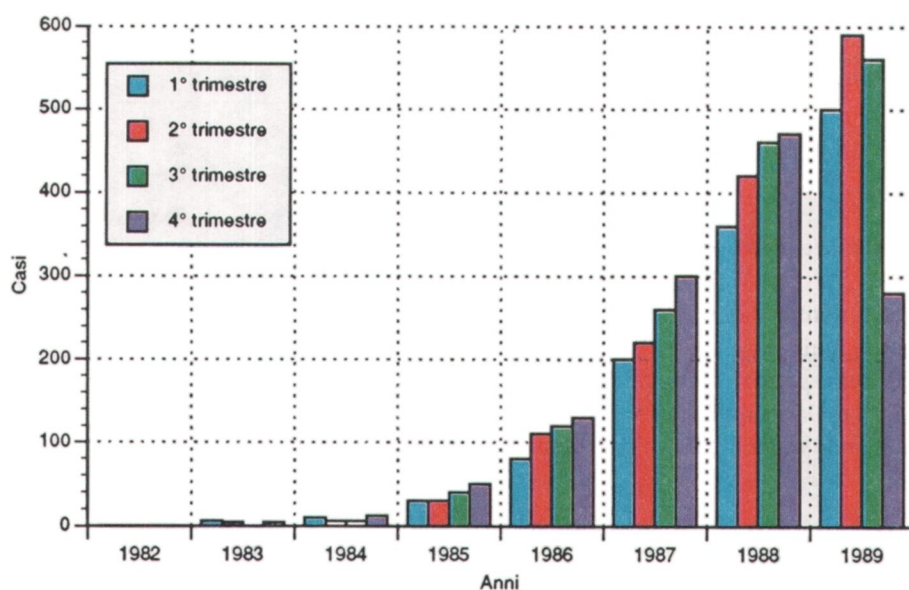
Come già sottolineato in precedenti rapporti, questo numero non rappresenta in modo completo la dimensione del fenomeno AIDS nel Paese; infatti esiste un ritardo di notifica per il quale il numero dei casi di AIDS diagnosticati ad oggi è superiore al numero di notifiche di AIDS pervenute al COA alla stessa data.

Il ritardo di notifica è tale che solo il 43 per cento dei casi diagnosticati in un trimestre è notificato al Registro Nazionale AIDS (R. N. AIDS) nello stesso trimestre.

I restanti casi sono notificati nei trimestri successivi per essere completati in due anni.

La figura 2.3 mostra il numero dei casi di AIDS segnalati al R. N. AIDS per trimestre di diagnosi: come ricordato, il ridotto numero di casi nell'ultimo trimestre e il generale decremento negli ultimi periodi non risponde alla realtà in quanto legato al già menzionato ritardo di notifica.

Fig. 2.3 - Nuovi casi di AIDS al 31/12/89 per trimestre di diagnosi



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Centro Operativo AIDS (COA)

La tavola 2.18 mostra il numero di casi per semestre di diagnosi e il numero di decessi per gli stessi semestri.

La figura 2.4 è la rappresentazione grafica degli stessi dati.

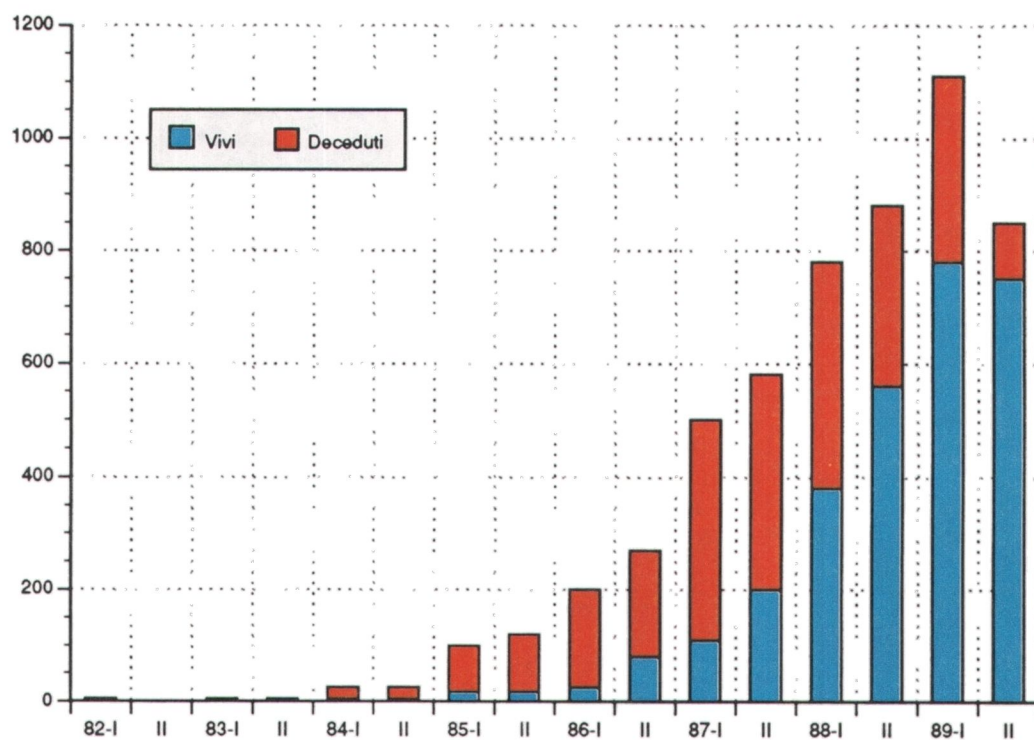
Tavola 2.18 - Distribuzione dei casi di AIDS e dei decessi per semestre di diagnosi segnalati in Italia al 31/12/89

Semestre di diagnosi		Casi	Decessi	Letalità%
I	1982	1	0	0,0
II	1982	0	0	0,0
I	1983	4	4	100,0
II	1983	2	1	50,0
I	1984	18	16	88,9
II	1984	19	18	94,7
I	1985	82	73	89,0
II	1985	102	86	84,3
I	1986	196	167	85,2
II	1986	260	206	79,2
I	1987	417	318	76,3
II	1987	571	370	64,8
I	1988	774	390	50,4
II	1988	933	402	43,1
I	1989	1.095	336	30,7
II	1989	833	126	15,1

Totale	5.307	2.513	47,4
---------------	--------------	--------------	-------------

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Centro Operativo AIDS (COA)

Fig. 2.4 - AIDS: casi e decessi al 31/12/89 per semestre di diagnosi



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Centro Operativo AIDS (COA)

Nell'ultima colonna è riportata la letalità dell'AIDS: il rapporto tra i decessi ed i casi diagnosticati in uno stesso semestre.

La distribuzione geografica dei casi per regione di residenza e anno di diagnosi è riportata in tavola 2.19.

E' osservabile un certo ritardo dell'inizio delle segnalazioni al sud, manifestazione di una verosimile diversa diffusione temporale dell'infezione.

Tavola 2.19 - Distribuzione dei casi di AIDS per Regione di residenza al 31/12/89

Regione	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	Totale
Piemonte	0	0	2	9	38	65	127	129	370
Val d'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Liguria	0	0	0	8	29	64	99	113	313
Lombardia	0	2	13	71	171	334	544	629	1.764
Trentino	0	0	0	1	3	8	13	17	42
Veneto	0	0	3	11	25	56	90	117	302
Friuli	0	0	1	1	3	10	11	12	38
Emilia	0	0	6	19	36	109	171	195	536
Marche	0	0	1	2	8	14	35	28	88
Toscana	0	0	0	10	30	52	96	132	320
Umbria	0	0	1	1	1	2	10	16	31
Lazio	1	3	3	17	48	113	221	275	681
Campania	0	0	2	5	15	27	65	54	168
Abruzzo	0	0	0	0	3	8	6	12	29
Molise	0	0	0	0	0	1	0	1	2
Puglia	0	0	0	4	7	33	47	53	144
Basilicata	0	0	0	0	2	1	3	4	10
Calabria	0	0	0	4	3	14	12	13	46
Sicilia	0	0	2	5	19	39	73	59	197
Sardegna	0	0	0	10	11	31	71	48	171
Esteri	0	1	3	3	4	5	10	11	37
Indeterminati	0	0	0	3	0	2	3	9	17
Totale	1	6	37	184	456	988	1.707	1.928	5.307

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Centro Operativo AIDS (COA)

In tavola 2.20 i casi sono distribuiti per regione di residenza del paziente e per regione nella quale la diagnosi è stata effettuata.

I tassi di incidenza cumulativa sono calcolati per i casi residenti su tutta la popolazione regionale: essi includono tutti i casi finora segnalati.

La tavola fornisce una stima del movimento dei pazienti e in particolare chiarisce se il maggior numero di casi registrato in alcune regioni è da attribuire ad una "concentrazione" di diagnosi in centri specializzati o ad una reale maggiore frequenza della sindrome.

Le regioni che hanno un numero di casi residenti maggiore dei casi segnalati hanno esportato casi in altre regioni; viceversa le regioni con più casi segnalati che residenti hanno importato casi.

Tavola 2.20 - Distribuzione dei casi di AIDS per Regione di segnalazione e di residenza al 31/12/89

Regione	N. casi segnalati	N. casi residenti	Tassi Cumulativi x 100.000
Piemonte	369	370	8,42
Val d'Aosta	2	1	0,88
Liguria	321	313	17,67
Lombardia	1.759	1.764	19,86
Trentino	43	42	4,78
Veneto	312	302	6,91
Friuli	42	38	3,12
Emilia	586	536	13,61
Marche	77	88	6,17
Toscana	313	320	8,95
Umbria	42	31	3,79
Lazio	751	681	13,35
Campania	166	168	2,97
Abruzzo	25	29	2,32
Molise	2	2	0,60
Puglia	131	144	3,60
Basilicata	4	10	1,62
Calabria	19	46	2,16
Sicilia	168	197	3,87
Sardegna	163	171	10,44
Esteri	0	37	
Indeterminati	12	17	
Totale	5.307	5.307	

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Centro Operativo AIDS (COA)

Nella tavola 2.21 i casi di AIDS sono distribuiti per classi di età e sesso.

Tavola 2.21 - Distribuzione dei casi di AIDS per età e sesso segnalati in Italia al 31/12/89

Età	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%
0	25	0,58	36	3,58	61	1,15
1-4	27	0,63	29	2,88	56	1,06
5-9	6	0,14	4	0,40	10	0,19
10-12	5	0,12	1	0,10	6	0,11
13-14	5	0,12	1	0,10	6	0,11
15-19	28	0,65	8	0,80	36	0,68
20-24	618	14,37	252	25,05	870	16,39
25-29	1.511	35,13	397	39,46	1.908	35,95
30-34	945	21,97	160	15,90	1.105	20,82
35-39	479	11,14	47	4,67	526	9,91
40-49	436	10,14	39	3,88	475	8,95
50+	216	5,02	32	3,18	248	4,67
Totale	4.301	100,0	1.006	100,0	5.307	100,0

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Centro Operativo AIDS (COA)

I modi di trasmissione

L'AIDS non è un'unica epidemia, bensì un gruppo di diverse situazioni epidemiologiche caratterizzate dal modo di trasmissione dell'infezione.

La tavola 2.22 mostra la distribuzione dei casi adulti e pediatrici per tipo di trasmissione.

Tavola 2.22 - Distribuzione dei casi di AIDS per tipo di trasmissione e sesso segnalati in Italia al 31/12/89

Trasmissione	Maschi	Femmine	Totale	%
Omosessualità (OM)	817	0	817	15,8
Tossicodipendenza (TD)	2.774	717	3.491	67,6
OM+TD	151	0	151	2,9
Emofilia	78	1	79	1,5
Trasfusioni	47	33	80	1,5
Contatto eterosessuale	213	155	368	7,1
Non determinato	153	29	182	3,5
Totale adulti	4.233	935	5.168	100,0
Figlio di madre:				
- TD	33	44	77	55,4
- Contatto eterosessuale	16	19	35	25,2
- Trasmessa	1	0	1	0,7
Emofilia	14	0	14	10,1
Trasfusioni	2	3	5	3,6
Non determinato	2	5	7	5,0
Totale pediatrici	68	71	139	100,0
Totale casi	4.301	1.006	5.307	

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Centro Operativo AIDS (COA)

Dei 5.168 casi adulti, il 68 per cento è stato ricondotto allo scambio di siringhe per l'assunzione prevalentemente per via endovenosa di sostanze stupefacenti, mentre il 16 per cento è stato attribuito a rapporti omosessuali.

La trasmissione dell'infezione con trasfusione di sangue o emoderivati è responsabile del 3 per cento dei casi.

Peculiare il problema dei casi di AIDS nei bambini: 139 casi segnalati, dei quali l'81 per cento ha ricevuto l'infezione dalla madre, mentre i restanti la hanno contratta da trasfusioni di sangue o emoderivati.

Dei 113 casi a trasmissione verticale 77 sono figli di madri infette tossicodipendenti.

La distribuzione temporale dei casi è diversa per tipo di trasmissione, come si può apprezzare nella tavola 2.23.

Va sempre tenuto conto, specie negli ultimi mesi, del fenomeno del ritardo di notifica che provoca un'apparente diminuzione delle cifre.

Tavola 2.23 - Distribuzione dei casi di AIDS per trasmissione e semestre di diagnosi segnalati in Italia al 31/12/89

Semestre di diagnosi	OM	TD	TD+OM	EM	TR	CE	PED	FND	TOT
I 1982	0	0	0	0	0	0	0	1	1
II 1982	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I 1983	3	0	0	0	0	1	0	0	4
II 1983	1	1	0	0	0	0	0	0	2
I 1984	13	2	0	0	0	0	2	1	18
II 1984	3	10	2	1	0	0	3	0	19
I 1985	24	39	8	1	2	1	2	5	82
II 1985	22	55	6	3	2	1	7	6	102
I 1986	46	108	11	10	3	5	10	3	196
II 1986	45	165	8	11	6	11	8	6	260
I 1987	76	273	12	10	9	17	11	9	417
II 1987	85	383	11	8	11	38	12	22	571
I 1988	110	518	18	14	13	56	28	17	774
II 1988	118	648	27	9	14	64	17	36	933
I 1989	155	718	29	17	15	100	15	46	1.095
II 1989	116	571	19	8	10	74	3	32	833
Totale	817	3.491	151	93	85	368	118	184	5.307

OM = Omosessualità

TD = Tossicodipendenza

TD+OM = Omosessuali/Tossicodipendenti

EM = Emofilia

TR = Trasfusioni

CE = Contatto eterosessuale

PED = Figlio madre TD + Figlio di madre cont. eter. + Figlio di madre fattore n.d.

FND = Non determinato

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Centro Operativo AIDS (COA)

Nella tavola 2.24 le varie modalità di trasmissione sono presentate secondo la distribuzione percentuale all'interno di ogni semestre di diagnosi.

Mentre l'epidemia appare in continua crescita tra i tossicodipendenti ed i partners eterosessuali di infetti, è visibile un rallentamento della crescita dei numeri relativi ad omosessuali, politrasfusi ed emofilici e bambini.

Tavola 2.24 - Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per trasmissione e semestre di diagnosi segnalati in Italia al 31/12/89

Semestre di diagnosi	OM	TD	TD+OM	EM	TR	CE	PED	FND	TOT
I 1982	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
II 1982	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
I 1983	75,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	0,0	100,0
II 1983	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
I 1984	72,2	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1	5,6	100,0
II 1984	15,8	52,6	10,5	5,3	0,0	0,0	15,8	0,0	100,0
I 1985	29,27	47,56	9,76	1,22	2,44	1,22	2,44	6,10	100,0
II 1985	21,57	53,92	5,88	2,94	1,96	0,98	6,86	5,88	100,0
I 1986	23,47	55,10	5,61	5,10	1,53	2,55	5,10	1,53	100,0
II 1986	17,31	63,46	3,08	4,23	2,31	4,23	3,08	2,31	100,0
I 1987	18,23	65,47	2,88	2,40	2,16	4,08	2,64	2,16	100,0
II 1987	14,89	67,08	1,93	1,58	1,93	6,65	2,10	3,85	100,0
I 1988	14,21	66,93	2,33	1,81	1,68	7,24	3,62	2,20	100,0
II 1988	12,65	69,45	2,89	0,96	1,50	6,86	1,82	3,86	100,0
I 1989	14,16	65,57	2,65	1,55	1,37	9,13	1,37	4,20	100,0
II 1989	13,93	68,55	2,28	0,96	1,20	8,88	0,36	3,84	100,0
Totale	15,39	65,78	2,85	1,75	1,60	6,93	2,22	3,47	100,0
OM =	Omosessualità								
TD =	Tossicodipendenza								
TD+OM =	Omosessuali/Tossicodipendenti								
EM =	Emofilia								
TR =	Trasfusioni								
CE =	Contatto eterosessuale								
PED =	Figlio di madre TD + Figlio di madre cont. eter. + Figlio di madre fattore n.d.								
FND =	Non determinato								

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Centro Operativo AIDS (COA)

Nella tavola 2.25 i casi sono distribuiti per età alla diagnosi e tipo di trasmissione. E' apprezzabile la differente distribuzione per età dei casi in tossicodipendenti (età media 25 anni) rispetto ai casi in omosessualità (età media 35 anni), mentre i contatti eterosessuali hanno un'età media vicina a quella degli omosessuali. Da questa tavola e dalle conoscenze disponibili sui tempi di incubazione si può desumere che la maggior parte dei casi in tossicodipendenti ha contratto l'infezione prima del ventesimo compleanno.

Tavola 2.25 - Distribuzione dei casi di AIDS per gruppi di età e trasmissione segnalati in Italia al 31/12/89

Età	OM	TD	TD+OM	EM	TR	CE	PED	FND	TOT
0	0	0	0	0	1	0	59	1	61
1-4	0	0	0	0	2	0	54	0	56
5-9	0	0	0	4	1	0	4	1	10
10-12	0	0	0	5	0	0	1	0	6
13-14	0	0	0	5	1	0	0	0	6
15-19	1	13	3	13	2	2	0	2	36
20-24	24	750	20	12	6	43	0	15	870
25-29	103	1.616	53	10	2	93	0	31	1.908
30-34	144	805	42	9	8	71	0	26	1.105
35-39	191	227	18	8	7	44	0	31	526
40-49	252	72	14	14	22	58	0	43	475
50+	102	8	1	13	33	57	0	34	248
Totale	817	3.491	151	93	85	368	118	184	5.307
OM = Omosessualità TD = Tossicodipendenza TD+OM = Omosessuali/Tossicodipendenti EM = Emofilia TR = Trasfusioni CE = Contatto eterosessuale PED = Figlio di madre TD + Figlio di madre cont. eter. + Figlio di madre fattore n.d. FND = Non determinato									

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Centro Operativo AIDS (COA)

Nella tavola 2.26 sono riportati i casi di AIDS per categorie di trasmissione e per regione di residenza: nella successiva tavola 2.27 gli stessi dati sono presentati in percentuale. Notevoli sono le differenze regionali: mentre la tossicodipendenza accumula l'80 per cento del problema in Liguria, nel Lazio non oltrepassa il 53 per cento di tutti i casi segnalati. Analogamente l'omosessualità somma un terzo dei casi dell'Umbria, ma soltanto il 2,3 per cento dei casi in Sardegna.

Tavola 2.26 - Distribuzione dei casi di AIDS per trasmissione e regione di residenza segnalati in Italia al 31/12/89

Regione di resid.	OM	TD	TD+OM	EM	TR	CE	PED	FND	TOT
Piemonte	58	240	10	10	5	28	2	17	370
Val d'Aosta	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Liguria	24	246	7	1	5	18	6	6	313
Lombardia	252	1.250	42	15	11	107	41	46	1.764
Trentino	4	29	1	2	1	3	0	2	42
Veneto	45	195	5	3	4	32	5	13	302
Friuli	11	17	1	1	1	7	0	0	38
Emilia	69	373	10	8	5	41	12	18	536
Marche	17	48	5	0	7	6	3	2	88
Toscana	86	164	13	9	6	24	5	13	320
Umbria	6	18	0	1	1	2	0	3	31
Lazio	151	385	12	13	6	51	28	35	681
Campania	27	83	17	12	11	10	3	5	168
Abruzzo	7	14	0	1	1	4	1	1	29
Molise	1	0	0	0	0	0	0	1	2
Puglia	8	103	10	4	8	7	2	2	144
Basilicata	1	6	1	0	1	0	0	1	10
Calabria	1	27	3	7	1	2	2	3	46
Sicilia	17	136	10	3	8	13	3	7	197
Sardegna	6	139	3	3	2	6	5	7	171
Estero	21	7	1	0	1	5	0	2	37
Indeterm	5	10	0	0	0	2	0	0	17
Totale	817	3.491	151	93	85	368	118	184	5.307

OM = Omosessualità

TD = Tossicodipendenza

TD+OM = Omosessuali/Tossicodipendenti

EM = Emofilia

TR = Trasfusioni

CE = Contatto eterosessuale

PED = Figlio di madre TD + Figlio di madre cont. eter. + Figlio di madre fattore n.d.

FND = Non determinato

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Centro Operativo AIDS (COA)

Tavola 2.27 - Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per trasmissione e regione di residenza segnalati in Italia al 31/12/89

Regione di resid.	OM	TD	TD+OM	EM	TR	CE	PED	FND	TOT
Piemonte	15,68	64,86	2,70	2,70	1,35	7,57	0,54	4,59	100
Val d'Aosta	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100
Liguria	7,67	78,59	2,24	0,32	1,60	5,75	1,92	1,92	100
Lombardia	14,29	70,86	2,38	0,85	0,62	6,07	2,32	2,61	100
Trentino	9,52	69,05	2,38	4,76	2,38	7,14	0,00	4,76	100
Veneto	14,90	64,57	1,66	0,99	1,32	10,60	1,66	4,30	100
Friuli	28,95	44,74	2,63	2,63	2,63	18,42	0,00	0,00	100
Emilia	12,87	69,59	1,87	1,49	0,93	7,65	2,24	3,36	100
Marche	19,32	54,55	5,68	0,00	7,95	6,82	3,41	2,27	100
Toscana	26,88	51,25	4,06	2,81	1,88	7,50	1,56	4,06	100
Umbria	19,35	58,06	0,00	3,23	3,23	6,45	0,00	9,68	100
Lazio	22,17	56,53	1,76	1,91	0,88	7,49	4,11	5,14	100
Campania	16,07	49,40	10,12	7,14	6,55	5,95	1,79	2,98	100
Abruzzo	24,14	48,28	0,00	3,45	3,45	13,79	3,45	3,45	100
Molise	50,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	50,00	100
Puglia	5,56	71,53	6,94	2,78	5,56	4,86	1,39	1,39	100
Basilicata	10,00	60,00	10,00	0,00	10,00	0,00	0,00	10,00	100
Calabria	2,17	58,70	6,52	15,22	2,17	4,35	4,35	6,52	100
Sicilia	8,63	69,04	5,08	1,52	4,06	6,60	1,52	3,55	100
Sardegna	3,51	81,29	1,75	1,75	1,17	3,51	2,92	4,09	100
Estero	56,76	18,92	2,70	0,00	2,70	13,51	0,00	5,41	100
Indeterminati	29,41	58,82	0,00	0,00	0,00	11,76	0,00	0,00	100
Totale	15,39	65,78	2,85	1,75	1,60	6,93	2,22	3,47	100

OM = Omosessualità

TD = Tossicodipendenza

TD+OM = Omosessuali/Tossicodipendenti

EM = Emofilia

TR = Trasfusioni

CE = Contatto eterosessuale

PED = Figlio madre TD + Figlio madre cont. eter. + Figlio di madre fattore n.d.

FND = Non determinato

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Centro Operativo AIDS (COA)

I casi pediatrici sono riportati in tavola 2.28 per regione di residenza e di segnalazione.

Tavola 2.28 - Distribuzione dei casi di AIDS per regione di segnalazione e di residenza al 31/12/89 (casi pediatrici)

Regione	N. casi segnalati	%	N. casi residenti	%
Piemonte	3	2,16	3	2,16
Val d'Aosta	0	0,00	0	0,00
Liguria	12	8,63	7	5,04
Lombardia	50	35,97	45	32,37
Trentino	0	0,00	0	0,00
Veneto	6	4,32	5	3,60
Friuli	0	0,00	0	0,00
Emilia	11	7,91	12	8,63
Marche	1	0,72	4	2,88
Toscana	4	2,88	5	3,60
Umbria	0	0,00	0	0,00
Lazio	34	24,46	30	21,58
Campania	9	6,47	10	7,19
Abruzzo	0	0,00	1	0,72
Molise	0	0,00	0	0,00
Puglia	0	0,00	3	2,16
Basilicata	0	0,00	0	0,00
Calabria	1	0,72	5	3,60
Sicilia	2	1,44	4	2,88
Sardegna	4	2,88	5	3,60
Ignota	2	1,44	0	0,00
Totale	139	100,00	139	100,00

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Centro Operativo AIDS (COA)

Per quanto riguarda la situazione mondiale (tavola 2.29), il totale dei casi relativi al 1989 risulta essere pari a 204.243 dei quali oltre la metà (134.539) sono stati segnalati in America, 38.248 in Africa, 1.742 in Oceania e 494 in Asia.

Nella regione europea il numero di diagnosi di AIDS ammonta a 29.220, l'Italia con 5.307 casi si colloca al 2° posto, tra la Francia con 8.025 casi e la Repubblica Federale Tedesca con 4.220.

Tavola 2.29 - Numero di casi di AIDS segnalati al 31/12/1989 nel mondo, con particolare riferimento alla regione europea

Nazioni	Casi	Nazioni	Casi
Albania	—	Iugoslavia	101
Austria	332	Lussemburgo	20
Belgio	563	Malta	14
Bulgaria	6	Monaco	6
Cecoslovacchia	18	Norvegia	139
Danimarca	494	Olanda	1.044
Finlandia	49	Polonia	25
Francia	8.025	Portogallo	333
Germania R.F.	4.220	Romania	13
Germania R.D.	17	San Marino	1
Gran Bretagna	2.717	Spagna	3.965
Grecia	249	Svezia	346
Irlanda	108	Svizzera	1.046
Islanda	13	Ungheria	31
Italia	5.307	URSS	18

Aree continentali	Casi
Europa	29.220
Africa	38.248
America	134.539
<i>dei quali: U.S.A.</i>	<i>113.211</i>
Asia	494
Oceania	1.742
Totale mondiale	204.243

Fonte: Elaborazione ISIS su dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

La presenza di soggetti infetti dal virus HIV negli Istituti penitenziari ha assunto una proporzione significativa e preoccupante. Lo screening sui detenuti in ingresso nel 1985 rilevava su 28.452 soggetti testati 4.727 casi di sieropositività e 2 di AIDS; nel 1986 su 35.342 soggetti testati, 6.703 casi di sieropositività e 9 di AIDS; nel 1987 su 36.038 soggetti testati, 7.107 casi di sieropositività e 26 di AIDS; nel 1988 su 35.083 soggetti testati, 6.679 casi di sieropositività e 36 di AIDS; nel 1989 su 29.978 soggetti testati, 6.065 casi di sieropositività e 125 di AIDS (tavola 2.30).

Tavola 2.30 - Screening per l'accertamento del virus HIV sui detenuti provenienti dalla libertà. Anni 1987, 1988 e 1989

Anno	Detenuti provenienti dalla libertà	Soggetti testati	% sui sogg. testati	Soggetti HIV +	% sui sogg. testati
1987	84.792	36.038	42,5	8.938	24,8
1988	86.824	35.083	40,4	8.528	24,3
1989	76.144	29.978	39,3	6.190	20,6

Fonte: Ministero di Grazia e Giustizia - Direzione Generale Istituti di Prevenzione e Pena

La categoria dei tossicodipendenti costituisce la quasi totalità dei soggetti colpiti dalla infezione (98 per cento), confermando, anche se in misura nettamente maggiore, la prevalente diffusione della sindrome da HIV tra i tossicodipendenti nella popolazione generale italiana.

Ad un esame più dettagliato degli stadi della malattia in ambito penitenziario si rileva che, rispetto agli anni 1986, 1987 e 1988, sono aumentati sensibilmente i casi di soggetti in ARC e AIDS, cioè colpiti dall'infezione nelle forme più gravi (tavola 2.31).

Tavola 2.31 - Detenuti sottoposti alle indagini per l'accertamento del virus HIV suddivisi secondo quadri clinici - Anni 1987, 1988 e 1989

Anno	Detenuti testati	Valori assoluti			AIDS conclam.
		Sieropos.	LAS	ARC	
1987	36.038	7.107	1.627	178	26
1988	35.083	6.679	1.572	241	36
1989	29.978	4.618	1.144	303	125

Anno	Detenuti testati	Valori percentuali (calcolati sui soggetti testati)			AIDS conclam.
		Sieropos.	LAS	ARC	
1987	36.038	19,7	4,5	0,5	0,1
1988	35.083	19,0	4,4	0,6	0,1
1989	29.978	15,4	3,8	1,0	0,4

Fonte: Ministero di Grazia e Giustizia - Direzione Generale Istituti di Prevenzione e Pena

L'Amministrazione penitenziaria ottempera, per quanto possibile, alle necessità terapeutiche dei detenuti affetti dal virus utilizzando medici appartenenti al servizio sanitario penitenziario e specialisti convenzionati.

A tale riguardo giova precisare che, con il diffondersi del virus da HIV il servizio specialistico è stato potenziato autorizzando gli Istituti a convenzionare specialisti di infettivologia o immunologia.

E' da rilevare che l'Amministrazione penitenziaria non dispone di quegli strumenti tecnologici idonei al controllo dell'infezione né di personale altamente specializzato così da far fronte autonomamente all'emergenza AIDS; per questo è necessario che gli interventi dell'Amministrazione vengano integrati con quelli delle strutture ospedaliere esterne specializzate in tale patologia.

L'Amministrazione penitenziaria collabora con il Ministero della Sanità e l'Istituto Superiore di Sanità per la pianificazione delle strategie preventive nello specifico settore, al fine di uniformare gli interventi posti in essere nel carcere con quelli attuati in ambito sanitario nazionale.

La sua attività è, inoltre, supportata dal lavoro tecnico-scientifico svolto dalla "Commissione Interdisciplinare sul problema dell'AIDS negli Istituti penitenziari", istituita nel 1987 presso la Direzione Generale degli Istituti di Prevenzione e Pena.

In relazione alla obbligatorietà dello screening per l'HIV in carcere, l'Amministrazione penitenziaria è orientata, a tutela della salute dei reclusi e degli operatori sanitari, verso l'obbligatorietà dello stesso nei confronti di tutti i soggetti che entrano in carcere.

Attualmente lo screening nel carcere è effettuato previo consenso del detenuto.

L'Amministrazione penitenziaria sta attuando un'opera di prevenzione nei confronti dei detenuti sieropositivi e ad alto rischio, attraverso attività di informazione e sensibilizzazione svolte dai medici penitenziari e dagli operatori dell'assistenza sociale e psicologica.

Oltre a tali attività di prevenzione mediante colloqui e riunioni, è in programma anche la diffusione, negli Istituti, di opuscoli mirati per i detenuti, tendenti ad illustrare le norme preventive di comportamento di educazione sanitaria.

Per quanto riguarda l'attività di ricerca inerente l'AIDS, si rimanda al Capitolo 9.

2.1.9 Meningite meningococcica

Il tasso di incidenza della meningite meningococcica nel 1989 (tavola 2.32) è stato di 0,5 casi per 100.000 abitanti (308 casi). Prosegue il trend di decremento iniziato nel 1985, tanto che l'attuale tasso di incidenza risulta tra i più bassi del mondo (tavola 2.33).

Tavola 2.32 - Distribuzione dei casi di meningite meningococcica per regioni. Anno 1989

Regioni	casi	Regioni	casi
Piemonte	36	Umbria	5
Valle d'Aosta	1	Lazio	40
Liguria	0	Campania	38
Lombardia	45	Abruzzo	16
Trentino A. A.	9	Molise	7
Veneto	12	Puglia	23
Friuli V. G.	4	Basilicata	0
Emilia Romagna	17	Calabria	3
Marche	9	Sicilia	20
Toscana	6	Sardegna	17
Italia		308	
Nord		124	
Centro		60	
Sud		87	
Isole		37	

Fonte: Ministero della Sanità - Direzione Generale Servizi di Igiene Pubblica

Tavola 2.33 - Casi di meningite meningococcica relative morbosità e mortalità (100.000 ab.), numero di morti e letalità (per 1.000 casi) - Anni 1985-89

Anni	casi	morbosità (per 100.000)	morti	mortalità (per 100.000)	letalità (per 1.000)
1985	842	1,5	55	0,09	65,3
1986	610	1,0	46	0,08	75,4
1987	478	0,8			
1988	377	0,6			
1989	308	0,5			

Fonte: Ministero della Sanità - Direzione Generale Servizi di Igiene Pubblica

In ambito militare si sono avuti solo 4 casi, ciò è dovuto all'uso del vaccino bivalente antimeningococcico in corso dal 1° Gennaio 1987.

Nel corso del 1989 il sierogruppo B ha costituito il 44 per cento degli isolamenti, contro il 37 per cento del sierogruppo C. Negli anni dal 1985 al 1988 il sierogruppo C era invece risultato il più frequentemente isolato: rispettivamente 76 per cento nel 1985, 74 per cento nel 1986, 64 per cento nel 1987, 60 per cento nel 1988.

Si è confermata elevata la percentuale di ceppi resistenti ai sulfamidici (46 per cento) anche se inferiore alla percentuale riscontrata negli anni precedenti. Elevata è risultata invece la sensibilità alla rifampicina (solo il 4 per cento degli isolati è risultato resistente).

Si continua a raccomandare l'uso di quest'ultima per la profilassi dei contatti secondari di un caso indice di meningite meningococcica.

2.1.10 Altre malattie infettive

Varicella e influenza

Per quanto riguarda la varicella, nel 1989 sono stati segnalati 116.540 casi, contro gli 88.449 del 1988; i casi di influenza sono stati 15.469 contro gli 8.884 del 1988 (tavole 2.34 e 2.35).

Tavola 2.34 - Distribuzione dei casi di varicella e di influenza per regioni - Anno 1989

Regioni	casi di varicella	casi di influenza
Piemonte	11.347	1.627
Valle d'Aosta	61	24
Liguria	1.743	55
Lombardia	23.710	6.227
Trentino A. A.	3.098	342
Veneto	13.039	2.403
Friuli V. G.	7.347	691
Emilia Romagna	12.372	1.116
Marche	5.337	811
Toscana	16.196	1.326
Umbria	1.589	13
Lazio	7.626	58
Campania	2.023	51
Abruzzo	2.205	32
Molise	443	38
Puglia	4.174	190
Basilicata	664	49
Calabria	463	0
Sicilia	1.406	136
Sardegna	1.690	280
Italia	116.533	15.469
Nord	72.717	12.485
Centro	30.748	2.208
Sud	9.972	360
Isole	3.096	416

Fonte: Ministero della Sanità - Direzione Generale Servizi di Igiene Pubblica

**Tavola 2.35 - Casi di varicella, relative morbosità e mortalità
(100.000 ab.), numero di morti e letalità (per 1.000 casi) -
Anni 1985-89**

Anni	casi	morbosità (per 100.000)	morti	mortalità (per 100.000)	letalità (per 1.000)
1985	88.093	157,5	2	0,003	0,02
1986	85.626	153,0	4	0,07	0,05
1987	94.911	169,7			
1988	88.449	158,1			
1989	116.540	208,4			

Fonte: Ministero della Sanità - Direzione Generale Servizi di Igiene Pubblica

2.1.11 Le infezioni ospedaliere (I. O.)

Le principali cause determinanti le infezioni ospedaliere (I.O.) indicate dall'O.M.S. (1979) in base agli studi effettuati già dagli anni sessanta in diversi Paesi sono le seguenti:

- aumento delle tecniche invasive per la diagnosi (cateterizzazione, ecc.) e la terapia (corticosteroidi, immunosoppressori, ecc.);
- aumento del numero di pazienti ospedalizzati suscettibili alle infezioni;
- antibioticoterapia;
- incremento del numero di persone che assistono lo stesso paziente;
- maggiore mobilità del paziente all'interno dell'ospedale;
- presenza di personale sanitario non adeguatamente preparato alla prevenzione delle infezioni;
- inadeguatezza delle strutture architettoniche e dei servizi igienici.

Nonostante il crescente interesse del quale le I.O. sono oggetto in tutto il mondo, permangono notevoli difficoltà nel descriverne il quadro epidemiologico.

Tra le attività svolte in Italia sono da ricordare le due circolari ministeriali 52/85 e 8/88 che prevedevano l'istituzione del Comitato di Controllo (CdC) e di una infermiera addetta alla sorveglianza delle I.O. all'interno dell'ospedale.

Attraverso un'indagine postale svolta nel 1988 (Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità), mediante questionari inviati a tutti gli ospedali del Paese, è emerso che su 391 rispondenti soltanto 146 avevano attivato i CdC e di questi soltanto 64 si erano riuniti più di una volta in un anno.

La figura della infermiera addetta al controllo delle I.O. è stata attivata in soli 82 ospedali (in 66 casi con un impegno settimanale inferiore alle 30 ore).

In 104 ospedali è stato avviato un sistema di sorveglianza, organizzato secondo diverse modalità: indagine di laboratorio, notifica, prevalenza, sorveglianza continua in reparto.

Per quanto riguarda i corsi di formazione e aggiornamento del personale, soltanto in 98 ospedali sui 391 rispondenti al questionario sono stati tenuti corsi per infermieri, mentre sono stati 17 che hanno organizzato corsi per il personale medico.

Nella tavola 2.36 si riporta la prevalenza di infezioni rilevata nello studio nazionale del 1983 in rapporto a quella di altri studi analoghi. La prevalenza di infezioni registrate in Italia, soprattutto per quanto concerne le infezioni della ferita chirurgica e quelle delle vie urinarie, è minore della corrispondente riportata in altri Paesi.

Ciò è presumibilmente ascrivibile ad una sottostima di tali infezioni: l'incidenza di I.O., rilevata successivamente nello Studio Nazionale in Terapia Intensiva e quella rilevata dal Progetto PRINOS in reparti di chirurgia generale, è infatti molto più elevata rispetto alla prevalenza in reparti analoghi (tavola 2.37).

Tavola 2.36 - Prevalenza di infezioni ospedaliere rilevate in Italia ed in altri due studi a livello internazionale (OMS, Gran Bretagna)

	Italia	OMS	G. B.
Anno dello studio	1983	1987	1980
N° di pazienti studiati	34.577	28.861	18.163
N° di ospedali partecipanti	130	42	43
Prevalenza pazienti infetti/100	6,8	8,7	9,2
Prevalenza infezioni/100	7,6	9,9	(*)
<i>Prevalenza per localizzazione di infezione</i>			
Vie urinarie/100 pazienti	2,3	2,2	2,8
Vie urinarie/100 cateterizzati	10,4	(*)	16,5
Ferita chirurgica/100 paz.	1,0	2,5	1,7
Ferita chirurgica/100 operati	3,8	(*)	5,0
Basse vie respiratorie/100 paz.	1,2	2,0	1,5
Alte vie respiratorie/100 paz.	0,6	(*)	0,3
Gastroenteriti/100 paz.	0,3	0,5	
Gastrointestinali localizzate/100 paz.	0,4	0,1	(1)
Cute/100 paz.	0,5	1,0	1,2
Batteriemia/100 paz.	0,1	0,4	0,1
Altro/100 paz.	1,1	1,2	1,4

(*) Dati non pervenuti

(1) Nello studio della Gran Bretagna le gastroenteriti e le I.O. gastrointestinali localizzate per 100 pazienti sono riportate sotto un unico indice pari allo 0,1

Fonte: Istituto Superiore di Sanità

**Tavola 2.37 - Confronto tra studi di prevalenza e di incidenza
delle infezioni ospedaliere in reparti selezionati (1)**

	Prevalenza (*)		Incidenza (*)	
	T.I.	C.G.	T.I.	C.G.
N° di pazienti studiati	1.539	7.022	4.000	7.461
Incidenza infezioni/100	12,5	6,9	30,4	13,6
Incidenza/100 di specifiche localizzazioni :				
Vie urinarie	2,3	1,2	5,8	3,5
Ferita chirurgica	0,7	2,2	0,8	6,7
Basse vie respiratorie	4,1	0,7	14,1	1,9
Alte vie respiratorie	0,8	0,2	1,1	0,1
Gastrointestinali	0,8	1,3	1,2	0,6
Batteriemie	1,2	0,1	1,2	0,5
Altro	2,6	1,2	6,1	0,3

(1) I dati sono ricavati dai seguenti studi:

a) Studio di prevalenza delle infezioni ospedaliere in 130 ospedali pubblici nel 1983.

b) Studio nazionale in T.I. nel 1985.

c) Progetto PRINOS (dati di C.G.) anni 1987/88.

(*) T. I. = Terapia Intensiva ; C. G. = Chirurgia Generale

Fonte: Istituto Superiore di Sanità

2.2 Le altre patologie

Nel presente paragrafo viene fornito il quadro epidemiologico per alcune patologie integrato, quando ritenuto opportuno, da ulteriori informazioni relative ai servizi, ai programmi di prevenzione o, in generale, a settori correlati alle tematiche in oggetto.

Tale scelta è stata operata per consentire una più dettagliata trattazione di alcuni argomenti, considerando quanto presente nella Relazione 1988.

2.2.1 Patologia genetica e malformazioni congenite

Epidemiologia

I dati epidemiologici relativi alla frequenza della patologia genetica e malformativa, desunti in altri Paesi sui nati vivi, hanno fornito i risultati che per sommi capi sono sintetizzati nella tavola 2.38.

Tavola 2.38 - Frequenza della patologia genetica e malformativa

Tipo di patologia	Prevalenza per mille nati
- Anomalie cromosomiche	6-10
- Malattie monogeniche	
* autosomiche dominanti	2-10
* autosomiche recessive	2
* legate al cromosoma x	1-2
- Malattie multifattoriali	7-10
- Malformazioni congenite	20
Totale	38-54

Fonte: Indagine Policentrica Italiana per le Malformazioni Congenite

Per quanto riguarda l'epidemiologia dei difetti congeniti i dati italiani fanno riferimento, limitatamente ad un ristretto numero di patologie malformative, ai rilievi desunti dalla Indagine Policentrica Italiana per le Malformazioni Congenite (IPIMC) o ad alcuni Registri Regionali (Registro della Toscana - Emilia Romagna - Veneto, Liguria solo per la sindrome di Down).

Malattie cromosomiche

Non esiste in Italia un Registro delle malattie cromosomiche. I dati raccolti dal Registro CESCA, (che faceva capo all'Istituto Mario Negri e al Consiglio Nazionale delle Ricerche - Milano - indagine interrotta nel 1988) era stato allestito con finalità di valutare a livello collaborativo europeo i risultati della diagnosi citogenetica prenatale nel I e II trimestre di gravidanza con prelievo di villi coriali o amniocentesi. Hanno aderito a questo studio, avviato nel 1982, la maggior parte dei laboratori di citogenetica italiani. Sono disponibili informazioni su oltre 24.000 casi diagnosticati, ma non è stata ancora portata a termine l'elaborazione dei dati.

Sono stati attivati alcuni Registri Regionali di Citogenetica in Emilia Romagna (dati raccolti dal 1976, facente capo alla Cattedra di Istologia ed Embriologia Generale - Università di Modena) e Veneto-Trentino-Friuli (dati raccolti dal 1983 facente capo al Laboratorio di Citogenetica - Dipartimento di Pediatria - Università di Padova).

Malattie monogeniche

Sono disponibili rilievi epidemiologici parziali relativi ad alcune malattie monogeniche, raccolti in indagini svolte da Associazioni Scientifiche o da singoli gruppi.

1) Talassemia

La sua frequenza varia nelle diverse aree geografiche.

E' stato istituito un Registro dalla Associazione Italiana di Ematologia ed Oncologia Pediatrica (AIEOP), che ha svolto un'indagine nel 1984 ed un aggiornamento nel 1988. Questi ultimi dati non sono ancora stati elaborati. Si stima in 5.000-6.000 il numero degli ammalati ed in almeno 2 milioni il numero dei portatori sani. Dati più dettagliati sono stati raccolti in singole regioni.

2) Fibrosi Cistica

Frequenza stimata in 1:2.000 - 1:3.000 nati.

I più significativi dati epidemiologici sono stati raccolti nella Regione Veneto nella quale è stata effettuata una indagine di tipo diretto mediante il test del sudore su un campione di neonati consecutivi. I risultati ottenuti hanno fissato in circa 1:3.000 la prevalenza della malattia (studio svolto dal Centro Regionale Veneto Fibrosi Cistica, Verona).

3) Distrofie muscolari

Per la distrofia muscolare tipo Duchenne la frequenza è stata stimata in 1 ogni 3.500 maschi; per la distrofia miotonica tipo Steinert in 1 ogni 10.000 individui.

Queste frequenze sono state desunte da studi effettuati nella Regione Veneto (Centro Regionale per le Distrofie Muscolari e Cattedra di Genetica Università di Padova) e nella Regione Lombardia (Istituto Neurologico Besta).

4) Emofilia

La frequenza stimata per il tipo A è pari a 1 ogni 10.000 maschi; per il tipo B, 1 ogni 30.000.

Non esiste un Registro Nazionale per le coagulopatie. Un censimento finalizzato a stabilire la frequenza della infezione da HIV da uso di emoderivati in questi pazienti permette di calcolare che in Italia vi sono almeno 3.000 soggetti con emofilia di diversa gravità (Centro Emofilia e Trombosi, Istituto Bianchi-Bonomi, Università di Milano).

5) Ipotiroidismo congenito

La frequenza stimata è di un caso ogni 3.000 nati.

I dati del Registro Italiano, riferiti agli anni 1977-1989, fanno capo alla Clinica Pediatrica dell'Università di Parma e sono derivati dagli screening neonatali regionali.

Per un quadro più dettagliato si rimanda al paragrafo 2.2.3 (Patologia endocrina).

6) Iperfenilalaninemia

Frequenza stimata in 1:8.000-10.000 nati.

Non esiste un Registro Italiano, ma sono disponibili i risultati di alcuni screening regionali (ad esempio Liguria, Istituto Gaslini, Genova; screening di Regioni dell'Italia centro-meridionale coordinato dal Laboratorio Centrale della Croce Rossa Italiana, Roma)

7) Galattosemia

Frequenza stimata in circa 1:20.000 nati

Questo risultato è stato desunto da screening nell'Italia centro meridionale (Laboratorio Centrale della Croce Rossa Italiana, Roma).

8) Mucopolisaccaridosi

Frequenza stimata in circa 1:25.000 soggetti.

Questo dato è desunto dal Registro Nazionale delle Mucopolisaccaridosi che fa capo alla III Divisione di Medicina, Istituto G. Gaslini, Genova.

9) Altre malattie mendeliane

Per altre malattie monogeniche ad elevata frequenza (ad esempio, ritardo mentale legato all'X, con sito fragile Xq28, o le atrofie muscolari spinali) non sono disponibili dati epidemiologici italiani.

Malattie multifattoriali

Ad eccezione di alcune malformazioni comuni, tra le quali i difetti del tubo neurale o le labiopalatoschisi, per le quali si dispone dal 1978 di rilievi epidemiologici su base nazionale (Registro IPIMC), la maggior parte delle malattie a patogenesi multifattoriale, comprese alcune affezioni dell'adulto, non sono state adeguatamente censite ed i pochi dati disponibili si riferiscono a studi di singoli gruppi, su popolazioni campione:

- diabete mellito insulino dipendente (IDDM) (1:1.850, 0-15 anni) *
- ipertensione (15 per cento circa della popolazione)
- allergopatie (15-20 per cento della popolazione)

* Dal registro Regione Liguria IDDM facente capo alla II Clinica Pediatrica, Università, Ist. G. Gaslini - Genova

Malformazioni congenite

Nel 1988 sono stati studiati 138.209 neonati (tavola 2.39) pari al 25 per cento di tutti i nati in Italia; sono stati registrati 2.392 neonati con uno o più difetti pari al 17,3 per mille con un totale di 2.986 difetti (21,6 per mille).

**Tavola 2.39 - Indagine policentrica italiana sulle malformazioni congenite.
Neonati studiati e malformazioni registrate - Anno 1988**

	Numero	Tasso (x 10.000) di incidenza tra i nati (1) e percentuali (2)	
Totale nati	138.209	(1)	(2)
nati vivi	137.433		
nati morti	776		
Totale malformati	2.392	173,1	100,0
con difetti isolati	1.874	135,6	78,3
con difetti multipli	518	37,5	21,7
Tra i neonati con difetti multipli			100,0
con sindromi	300	21,7	57,9
non inquadrabili	218	15,8	42,1
Totale difetti	2.686	194,3	100,0
(Eccetto sindromi)			
difetti gravi	2.002	144,9	74,5
deformazioni	264	19,1	9,8
difetti lievi	420	30,4	15,6
Totale difetti registrati	2.986	216,0	100,0
(Comprese sindromi)			
difetti gravi e sindromi	2.302	166,6	77,1
deformazioni e difetti lievi	684	49,5	22,9

Fonte: Indagine Policentrica Italiana per le Malformazioni Congenite

Nella tavola 2.40 è presentata la frequenza assoluta, quella relativa sul totale dei difetti, il tasso per diecimila nati e la percentuale di neonati con difetti isolati riferiti a 20 gruppi principali di malformazioni.

Tavola 2.40 - Frequenza delle malformazioni registrate nel 1988 e suddivise in 20 gruppi principali

	(1) Numero	(2) %	(3) Tasso (x 10.000)	(4) Isolati %
Difetti del tubo neurale	69	2,3	5,0	84,1
Altri difetti del S.N.C.	101	3,4	7,3	48,5
Difetti dell'occhio e orecchio	47	1,6	3,4	46,8
Cardiopatie	503	16,8	36,4	74,4
Labio e Palatoschisi	161	5,4	11,6	75,8
Atresie intestinali	116	3,9	8,4	50,9
Altri difetti dell'apparato digerente	36	1,2	2,6	36,1
Ipospadia	363	12,2	26,3	91,2
Altri difetti gravi dei genitali	25	0,8	1,8	20,0
Difetti renali	174	5,8	12,6	72,4
Polidattilie	94	3,1	6,8	75,5
Sindattilie	33	1,1	2,4	54,5
Ipo-aplasie arti	70	2,3	5,1	74,3
Altri difetti "gravi"	210	7,0	15,2	63,8
Piedi torti vari - supinati	114	3,8	8,2	86,0
Altre deformazioni osteo-articolari	150	5,0	10,9	54,7
Appendici cutanee preauricolari	138	4,6	10,0	82,6
Altri difetti "lievi"	282	9,4	20,4	51,8
Sindromi cromosomiche	219	7,3	15,8	
Sindromi non cromosomiche	81	2,7	5,9	
Totale	2.986	100,0	216,0	69,8

(1) Numero di neonati con almeno una malformazione del gruppo indicato

(2) Percentuale di malformazioni registrate sul totale malformazioni

(3) Tasso di incidenza tra i nati (x 10.000)

(4) Percentuale di neonati con difetto isolato

Fonte: Indagine Policentrica Italiana per le Malformazioni Congenite

La sorveglianza per il 1988 è stata condotta attraverso strategie diverse, nessuna ha messo in evidenza "eventi" o "associazioni" insolite.

Nel 1988 vi è stato un decremento significativo dell'anencefalia, dell'encefalocele, dell'agenesia renale bilaterale, della polidattilia postassiale; di ipo-aplasie degli arti di tipo raro o non classificabili, di piede EVS (Equino Varo Supinato).

Un aumento significativo è stato osservato per l'idronefrosi, altri difetti gravi non indicati nella lista, altri tipi di piede torto, altre deformazioni non indicate nella lista, altre sindromi cromosomiche.

Le ipotesi più probabili per spiegare i decrementi osservati sono:

- a) diminuzione dell'anencefalia, encefalocele e agenesia renale bilaterale per effetto delle interruzioni volontarie di gravidanza selettive dopo diagnosi prenatale ecografica;
- b) aumento di altri tipi di piede torto per migliore definizione diagnostica;
- c) aumento di altri difetti per più ampio utilizzo di diagnosi autoptiche in grado di evidenziare difetti non indicati nella lista.

La sorveglianza attuata nell'IPIMC nel 1988 su un insieme di 138.000 neonati, pari a circa un quarto di tutti nati in Italia, non ha evidenziato segnali di incrementi degni di essere ulteriormente studiati. Il sistema nel suo insieme avrebbe potuto individuare con una probabilità superiore al 90 per cento un incremento del 50 per cento di 16 classi di difetti, con una probabilità dell'80 per cento o più di 22 classi di difetti, e con una probabilità del 50 per cento o più classi di difetti.

I risultati della sorveglianza testimoniano la crescente diffusione di modalità diagnostiche prenatali e postnatali, in grado di anticipare i tempi di diagnosi o di indurre, in casi specifici, ad una interruzione volontaria di gravidanza selettiva.

I dati relativi al 1989 sono ancora parziali e non completati.

Nelle tavole 2.41 e 2.42 vengono fornite le indicazioni preliminari. La tendenza sembra ricalcare quanto osservato nel 1988. Un'analisi più precisa potrà essere svolta al completamento dei dati annuali.

Tavola 2.41 - Indagine policentrica italiana sulle malformazioni congenite
Neonati studiati e malformazioni registrate nel 1989 (Gennaio - Settembre)

	Numero	Tasso (x 10.000) di nati (1) e percentuali (2)	
		(1)	(2)
Totale nati	92.592		
Totale malformati	1.621	175,1	100,0
con difetti isolati	1.282	138,5	79,1
con difetti multipli	339	36,6	20,9
Tra i neonati con difetti multipli			100,0
con sindromi	203	21,9	59,9
non inquadrabili	136	14,7	40,1
Totale difetti	1.828	197,4	100,0
(Eccetto sindromi)			
difetti gravi	1.378	148,8	75,4
deformazioni	182	19,7	10,0
difetti lievi	268	28,9	14,7
Totale difetti registrati	2.031	219,3	100,0
(Comprese sindromi)			
difetti gravi e sindromi	1.581	170,7	77,8
deformazioni e difetti lievi	450	48,6	22,2

Fonte: Indagine Policentrica Italiana per le Malformazioni Congenite

**Tavola 2.42 - Frequenza delle malformazioni registrate nel 1989 (Gennaio - Settembre)
suddivise in 20 gruppi principali**

	(1) Numero	(2) %	(3) Tasso Casi (x 10.000)	(4) Isolato %
Difetti del tubo neurale	47	2,3	5,1	85,1
Altri difetti del SNC	51	2,5	5,5	51,0
Difetti dell'occhio e dell'orecchio	38	1,9	4,1	44,7
Cardiopatie	371	18,3	40,1	76,0
Labio e palatoschisi	102	5,0	11,0	79,4
Atresie intestinali	60	3,0	6,5	53,3
Altri difetti dell'apparato digerente	19	0,9	2,1	52,6
Ipospadi	227	11,2	24,5	94,3
Altri difetti gravi dei genitali	16	0,8	1,7	25,0
Difetti renali	131	6,5	14,1	74,8
Polidattilie	90	4,4	9,7	77,8
Sindattilie	21	1,0	2,3	57,1
Ipo-aplasie arti	61	3,0	6,6	67,2
Altri difetti "gravi"	144	7,1	15,6	62,5
Piedi torti vari - supinati	87	4,3	9,4	82,8
Altre deformazioni osteo-articolari	95	4,7	10,3	41,1
Appendici cutanee preauricolari	78	3,8	8,4	85,9
Altri difetti "lievi"	190	9,4	20,5	45,8
Sindromi cromosomiche	146	7,2	15,8	
Sindromi non cromosomiche	57	2,8	6,2	
Totale	2.031	100,0	219,3	70,1

(1) Numero di neonati con almeno una malformazione del gruppo indicato

(2) Percentuale di malformazioni registrate sul totale malformazioni

(3) Tasso di incidenza tra i nati (x 10.000)

(4) Percentuale di neonati con difetto isolato

Fonte: Indagine Policentrica Italiana per le Malformazioni Congenite

Trend temporali

1) Anencefalia

L'anencefalia presenta un decremento importante e significativo nel centro-nord e più lieve nel sud. Fa eccezione la Campania, ove non è presente un trend significativo né in diminuzione né in aumento.

La distribuzione del tasso medio decennale nelle tre aree considerate è eterogenea per il tasso più elevato nelle regioni del sud che in quelle del centro-nord. Il decremento osservato è imputabile alle interruzioni volontarie di gravidanza selettive dopo diagnosi prenatale.

2) Spina bifida

La spina bifida presenta un lieve ma significativo decremento nelle altre regioni del sud e Isole. In Campania è presente un leggero aumento probabilmente casuale. Nel centro-nord è presente un decremento assai modesto e non statisticamente significativo.

La distribuzione del tasso medio decennale nelle aree considerate non è eterogenea.

3) *Labiopalatoschisi*

La labiopalatoschisi presenta una modesta tendenza in aumento nel centro-nord, con un tasso medio di 8,13 più elevato di quello osservato nel sud (5,1 in Campania, 5,3 nelle altre regioni).

L'aumento nel centro-nord è più marcato in Lombardia. Questa osservazione merita un ulteriore approfondimento.

4) *Sindrome di Down*

La sindrome di Down, nel suo complesso, non presenta né eterogeneità tra le aree considerate né andamenti temporali significativi. In Campania la tendenza è in aumento ed è interpretabile come migliore segnalazione dei casi, considerando che i tassi osservati nel primo periodo erano ben al di sotto di quelli osservati altrove. Nelle regioni del centro-nord la tendenza è in diminuzione.

Servizi diagnostici

I servizi diagnostici per le malattie genetiche richiedono una gamma eterogenea di interventi, che comprendono indagini clinico-strumentali e di laboratorio (citogenetica, biochimica, molecolare).

Questi interventi, di natura multidisciplinare, coinvolgono diverse figure professionali (pediatra, ostetrico, oculista, radiologo, genetista, laboratorista, etc) e si concretizzano nell'inquadramento diagnostico. L'interazione tra le diverse competenze permette di offrire la consulenza genetica che è finalizzata a chiarire l'eventuale componente ereditaria di una malattia, a valutarne il rischio di ricorrenza; le modalità di trasmissione, i possibili interventi di prevenzione ed a fornire un supporto al paziente ed alla famiglia.

Per un numero crescente di malattie genetiche la diagnosi trova conferma a livello di laboratorio attraverso il quale vengono forniti risultati spesso determinanti anche per la diagnosi differenziale nei confronti di altre patologie fenotipicamente simili (eterogeneità genetica) e per l'individuazione dei portatori sani.

La Federazione Italiana per lo Studio delle Malattie Ereditarie (FISME) in un documento ha individuato le componenti ed i laboratori necessari per una strutturazione ed una programmazione dei servizi di genetica in Italia.

- Laboratori di citogenetica

L'Associazione Italiana di Citogenetica Medica (AICM) ha censito i laboratori specialistici ed il numero di analisi effettuate (dati relativi al 1985). E' attualmente in corso un aggiornamento al 1989.

Limitatamente alla diagnosi prenatale è stata svolta un'indagine riferita al 1988 (Clinica Mangiagalli, Milano) dalla quale risulta che nell'arco di 3 anni le analisi eseguite sono all'incirca raddoppiate da 6.606 nel 1985 a 12.281 nel 1988.

Si può presumere che attualmente in Italia vengano effettuate circa 35.000-40.000 indagini postnatali e circa 15.000 prenatali. Questi valori sono notevolmente inferiori a quelli necessari per la diagnosi e la prevenzione della patologia cromosomica in Italia.

Nella tavola 2.43 sono quantizzate le analisi citogenetiche teoricamente necessarie in Italia sulla base delle stime di F. Forabosco e F. Dagna Bricarelli (Per una programmazione dei laboratori di diagnostica citogenetica costituzionale- Analysis, 5, 13-20, 1987).

In base a questi dati si deduce che vengono effettuate diagnosi prenatali solo nel 25 per cento circa delle gravidanze a rischio di patologia cromosomica.

Tavola 2.43 - Quantificazione complessiva delle analisi citogenetiche in Italia

Indicazione	N. analisi/10.000 con quella indicazione	N. Totale analisi/ anno
Diagnosi		
Post-natale almeno 1/100-1/150 neonati presenta una anomalia cromosomica che nel 50% dei casi é clinicamente rilevante; stimando un tasso di positività delle analisi del 20%	250	9-13.500
Prenatale feti malformati individuati nel II-III trimestre	< 200	10-16.000
Morti prenatali quanto meno feti malformati	33	1.700
Aborti spontanei precoci ammesso di recuperare il 50% degli aborti	750	60.000
Prevenzione		
Post-natale selezione su anamnesi familiare e storia riproduttiva	1.750	< 94.000
Prenatale, per rischio retrospettivo	60	3.000
Prenatale, per rischio prospettivo	1.000	54.000
Totale	c.a. 4.000	c.a. 200.000

Fonte: Dallapiccola B., Dagna Bricarelli F.

Una commissione nominata dalla Associazione Italiana di Citogenetica Medica ha elaborato un documento tecnico per la programmazione e la strutturazione dei laboratori di citogenetica in Italia.

In un convegno svoltosi a Sanremo (20-22 aprile 1989, organizzato dall'UNIDOWN) sono stati messi a confronto i modelli organizzativi dei servizi di citogenetica in Europa.

Nella tavola 2.44 è riportata la frequenza dei servizi di citogenetica per numero di abitanti e la percentuale di quelli situati presso strutture private.

Tavola 2.44 - Frequenza dei servizi di citogenetica per abitanti e percentuale dei Laboratori Privati

Paesi	N.Laboratori	N. Abitanti	% Laboratori Privati
Belgio	1	1.200.000	-
Danimarca	1	1.250.000	-
Francia	1	1.350.000	35
Germania	1	1.300.000	20
Inghilterra	1	3.500.000	-
Italia	1	800.000*	20
	1	2.000.000**	50

* Svolgono solo indagini postnatali

** Svolgono indagini postnatali e prenatali

Fonte: Convegno UNIDOWN (Sanremo, 1989)

Appare chiaro che, ad eccezione dell'Inghilterra in cui le strutture servono ampie regioni, un laboratorio dovrebbe servire circa un milione di abitanti.

In quasi tutti i Paesi i laboratori sono in grado di eseguire indagini citogenetiche per individuare la patologia cromosomica in epoca post e prenatale. Solo in Italia la maggior parte dei laboratori effettua solo esami postnatali. Inoltre, anche se, apparentemente, la distribuzione del numero di laboratori per utente appare ottimale, la maggior parte dei servizi non è adeguatamente strutturata e svolge un numero talmente esiguo di esami/anno da non essere accettabile per garantire una buona qualità dell'indagine.

In generale in Europa il numero di analisi svolte, se commisurato alle necessità diagnostiche e preventive della patologia costituzionale, risulta insufficiente. Solo in Danimarca ed in Belgio la domanda viene completamente soddisfatta.

Per quanto riguarda la diagnosi prenatale, le indicazioni di rischio che giustificano l'accesso al servizio pubblico gratuito sono identiche in tutti i Paesi:

- Età materna avanzata ≥ 35 (≥ 38) anni
- Precedente figlio affetto da anomalia cromosomica
- Genitori portatori di riarrangiamenti strutturali bilanciati

Inoltre, in Danimarca ed in Belgio vengono accettate anche le motivazioni psicologiche (logica conseguenza della disponibilità di servizi). In Francia è stata aggiunta l'indicazione: "malformazioni fetali identificate ecograficamente" poiché è stato dimostrato che in questi casi la frequenza delle anomalie cromosomiche varia dal 12 per cento al 30 per cento.

In Europa, pur nella diversità dell'organizzazione sanitaria dei singoli Paesi, i servizi di citogenetica:

- sono riconosciuti come laboratori specialistici con finanziamento "ad hoc";
- operano presso strutture universitarie ed ospedaliere;

- la loro distribuzione e funzione sul territorio viene programmata a livello nazionale;
- la loro direzione è affidata a laureati medici o biologi con specifica competenza (specializzazione, tirocinio, patentino, etc.) in citogenetica o genetica.

In Italia pur esistendo una legislazione sulla regolamentazione dei laboratori specialistici (DPCM 10.2.84 ex art. 25 della legge 833, 1978), fino ad ora non è stata applicata e non è stata attuata una programmazione nazionale. Alcune Regioni, con leggi proprie, stanno organizzando questi servizi (Veneto, Toscana, Emilia-Romagna, Campania, Sardegna). La Regione Liguria ha istituito nel 1988 il "Centro Studi Regionale Sindrome di Down", facente capo all'Ente Ospedaliero Ospedali Galliera e al Ce.Pi.M. (Centro ligure Down).

In diversi Paesi Europei sono stati istituiti registri nazionali e/o regionali per la patologia cromosomica. L'organizzazione più efficiente è quella danese, mentre quella belga funziona soprattutto su base regionale; per il resto esistono solo iniziative frammentarie, che coprono in parte il territorio.

- Laboratori di diagnostica biochimica

E' noto il difetto primitivo solo di circa il 5 per cento delle malattie monogeniche (nell'edizione del 1988 del Catalogo di McKusick ne sono state elencate 4.344). Per queste malattie è disponibile un test biochimico in grado di identificare i soggetti affetti ed i portatori sani. La maggior parte delle malattie da errori congeniti del metabolismo sono dovute a difetti genetici rari, presenti in singole famiglie. Pertanto gli interventi devono essere mirati sulle famiglie a rischio per specifiche patologie.

Le indagini diagnostiche, spesso sofisticate, sono disponibili presso pochi laboratori che collaborano a livello nazionale ed internazionale. La copertura della diagnosi di queste rare malattie è garantita in Italia da alcuni Centri che eseguono indagini biochimiche per le suddette patologie sia in epoca prenatale che postnatale.

Il censimento dei laboratori che svolgono accertamenti per le malattie metaboliche è stato eseguito dalla Società Italiana per lo Studio degli Errori Congeniti del Metabolismo (SISECM).

- Laboratori di genetica molecolare

La rivoluzione scientifica più importante nel corso degli ultimi 10 anni ha riguardato le conoscenze sulle basi molecolari di alcune malattie genetiche. Attualmente sono stati isolati (clonati) i geni di circa 100 malattie genetiche e per altrettante malattie è disponibile la diagnosi attraverso l'analisi di polimorfismi del DNA associati al gene (tavola 2.45). Molti di questi progressi hanno interessato patologie di grande rilevanza sociale.

Alcuni laboratori Italiani hanno svolto negli ultimi anni ricerche di base nel settore della biologia molecolare ed un numero limitato di loro è in grado di fornire diagnosi prenatali e postnatali per alcune delle malattie citate (Istituto S. Raffaele, Milano; Istituto Neurologico Besta, Milano; Istituto Bianchi Bonomi, Milano; Dipartimento di Biologia e Genetica, Verona; Istituto di Genetica Medica, Torino; Istituto G. Gaslini, Genova; Cattedra di Genetica Medica-ISMI, Genova; E. O. Ospedali Galliera, Genova; Istituto di Istologia ed Embriologia Umana, Modena; Cattedra di Genetica Umana - II Università/Croce Rossa Italiana, Roma; Istituto di Clinica e Biologia dell'Età Evolutiva, Cagliari).

Tavola 2.45 - Frequenza e area di mappa di alcune patologie genetiche

Patologia	Frequenza	Area di mappa
ipercolesterolemia	1:500	19q
rene policistico tipo adulto	1:1.000	16q
fibrosi cistica	1:2.000	7q
distrofia muscolare di Duchenne	1:3.500 maschi	Xp
neurofibromatosi	1:5.000-7.000	17q
emofilia A1:10.000	Xp	
fenilchetonuria	1:10.000	12q
corea di Huntington	1:20.000	4p
distrofia miotonica	> 1:20.000	19q
galattosemia	1:20.000	9p
atrofie muscolari spinali	> 1:10.000	5q
ritardo mentale x-linked	1:1.500 maschi	Xq
ataxia di Friederich	1:25.000	8q
sclerosi tuberosa	> 1:25.000	11q
Charcot-Marie-Tooth	1:5.000	17p/1q
retinite pigmentosa	1:3.500	3q-Xp

Fonte: Dallapiccola B., Dagna Bricatelli F.

- Screening neonatali

Per le malattie genetiche ad alta frequenza nella popolazione e per le quali è nota l'alterazione metabolica è possibile identificare i soggetti a rischio mediante screening di popolazione.

La realizzazione di uno screening è condizionata dai seguenti requisiti:

- la malattia deve avere un'alta frequenza nella popolazione
- la malattia deve comportare gravi danni per l'individuo
- la malattia deve poter essere attenuata o annullata nelle sue espressioni cliniche con la terapia o poter essere prevenuta
- il test impiegato per lo screening deve essere economico, riproducibile, di semplice esecuzione
- l'analisi costo/beneficio deve giustificare lo screening.

Esistono attualmente poche malattie genetiche per le quali è giustificato lo screening sulla popolazione.

Come già accennato, da anni vengono svolti screening su scala nazionale per alcune gravi malattie da alterato metabolismo: ipotiroidismo congenito, fenilchetonuria, galattosemia.

Lo screening della talassemia viene attuato su specifiche popolazioni ad alta prevalenza.

In base a quanto sopra esposto si identificano le seguenti priorità:

- censire le risorse esistenti in termini di servizi di consulenza genetica e laboratori specialistici al fine di inserirli in un piano di programmazione che garantisca una razionale copertura della diagnosi e della prevenzione delle malattie genetiche su tutto il territorio nazionale;
- istituire servizi di genetica clinica in ambito dipartimentale;
- riconoscere come specialistici i laboratori che operano nell'ambito della diagnostica delle malattie genetiche;
- stabilire standard di personale impiegando adeguati finanziamenti per gli organici al fine di ottimizzare un giusto rapporto costo/beneficio;
- qualificare professionalmente il personale che opera nei servizi di genetica;
- garantire la copertura sul territorio nazionale di screening per malattie ad alta frequenza nella popolazione;
- creare registri per le malattie genetiche.

2.2.2 Patologia cardio-circolatoria

Le malattie cardiovascolari rappresentano in Italia la prima delle cause di morte ed una delle principali cause di morbosità.

Per il 1988, secondo i dati dell'Istituto Nazionale di Statistica, le morti per patologie cardiovascolari sono state 232.609 su un totale di 532.286 decessi, pari al 43,7 per cento contro il 44,7 del 1987 e il 47,8 del 1980 (i dati si riferiscono al numero assoluto di morti per grandi gruppi di cause - cfr. Capitolo 1, paragrafo 1.1.3).

Nel 1985 il tasso di mortalità fra i maschi, normalizzato rispetto all'età, attribuito alla cardiopatia coronarica, è stato pari a 141 per centomila, con una diminuzione rispetto al 1970 di circa il 20 per cento.

Per quanto riguarda le femmine, il tasso di mortalità dovuto alla cardiopatia coronarica ammonta a 70 con una diminuzione rispetto al 1970 pari al 37 per cento.

L'Italia, pertanto, appartiene al gruppo dei Paesi europei con livelli relativi di mortalità medio-bassi fin dal 1970 e per i quali una certa tendenza alla diminuzione, osservata già dai primi anni '70, è continuata in maggior misura negli anni '80.

Per quanto riguarda la diffusione delle patologie cardiovascolari non è possibile disporre, in Italia, di informazioni valide e sistematiche che siano in grado di descriverne con precisione ed in modo estensivo anno per anno l'andamento; le informazioni fornite risultano quindi episodiche, incomplete, settoriali e non sistematiche.

Ciò è dovuto alla mancanza di un sistema di sorveglianza, nonostante esistano le metodologie, le competenze e il potenziale, che potrebbe coprire i più vari aspetti delle malattie cardiovascolari (sorveglianza dei fattori di rischio, attack rate, registri, ecc.).

Parte delle operazioni viene svolta dalla Commissione Ministeriale per la Cardiologia e la Cardiochirurgia, ma i dati vengono forniti su base volontaristica e in assenza di specifici finanziamenti e strutture.

Al fine di fornire i dati sulla incidenza delle patologie cardio-circolatorie, in particolare degli eventi coronarici e cerebrovascolari maggiori, possono essere utilizzati i risultati del progetto MONICA-OMS (monitoraggio delle malattie cardiovascolari) Area Latina.

Il territorio considerato comprendeva la provincia di Latina e parte della provincia di Roma (con esclusione dell'area metropolitana di quest'ultima) per un totale di 54 comuni e 11 USL, servite da 16 ospedali e 7 case di cura.

Lo studio, interrotto per esaurimento dei finanziamenti, ha tenuto sotto controllo la popolazione residente nell'area descritta di età compresa fra i 25 e i 74 anni (in media, 197.928 maschi e 206.338 femmine) per un periodo di tre anni (1983-85). (tav. 2.46)

Tavola 2.46 - Estrapolazione degli attack rates degli eventi coronarici e cerebrovascolari maggiori dall'esperienza di tre anni (1983-85) dell'area Latina del Progetto MONICA alla popolazione italiana di età 25-74 anni

Eventi	maschi	femmine	Totale
coronarici	50.600	17.600	68.200
cerebrovascolari	38.100	28.000	66.100

Fonte: Giampaoli S. et al. - Sorveglianza degli eventi coronarici e cerebrovascolari. L'esperienza e gli insegnamenti dell'area Latina del Progetto MONI (G. It. Cardiol. 1990)

Dall'analisi dei dati raccolti mediante il Progetto MONICA-OMS si osserva che per entrambe le patologie considerate (eventi coronarici ed eventi cerebrovascolari) la letalità precoce è molto elevata, assai più di quanto si possa dedurre da documentazioni di ordine clinico; inoltre, la quota di mortalità extraospedaliera è di circa il 50 per cento, richiamando la carenza di adeguati sistemi di cardiologia di urgenza e di attività di valida prevenzione secondaria (considerando che molti dei casi sono secondi eventi).

Da sottolineare, infine, che l'estrapolazione alle popolazioni italiane, a parte la mancanza della fascia in età superiore ai 75 anni, rappresenta verosimilmente una sottostima, considerando che l'Area Latina, in termini di mortalità ufficiale, presenta quozienti inferiori alla media nazionale.

Per quanto riguarda le cardiomiopatie, queste sono attualmente oggetto di un interesse sempre crescente dovuto al fatto che nella forma dilatativa sono stati avviati programmi sui trapianti di cuore.

Attraverso un rilevamento effettuato in 15 centri cardiologici universitari ospedalieri nel periodo 1980-87, sono stati identificati 2.229 casi di cardiomiopatie dilatative, 913 ipertrofiche e 64 restrittive.

Sulla base di questi dati, sono state calcolate le stime (tavola 2.47) dell'incidenza minima per le cardiomiopatie dilatative e di prevalenza minima per quelle restrittive (non è possibile dare una stima delle cardiomiopatie ipertrofiche a causa della loro diversa storia naturale).

Tavola 2.47 - Stima sulla epidemiologia delle cardiomiopatie in Italia, in 15 centri cardiologici

	1970-79	1980-87
Incidenza per 100.000/anno forme dilatative	0,005 - 1,8	0,09 - 3,4
Prevalenza per 100.000 forme restrittive	0,4 - 5,6	1,0 - 23,0
Stima del numero di casi:		
Incidenza per anno forma dilatativa	—	51 - 1.926
Prevalenza forme restrittive	—	572 - 13.177

Fonte: Dolara et al. - Le cardiomiopatie in Italia oggi: dimensioni del problema (G. It. Cardiol. 1990)

Centri di cardiochirurgia

Attualmente operano in Italia oltre 40 Centri cardiochirurgici sparsi su tutto il territorio ed in quasi tutte le regioni, sia pure con una maggiore concentrazione in quelle del nord. L'attività della cardiochirurgia, che copre le più varie patologie, viene monitorizzata da parte del Comitato Ministeriale per la Cardiologia e la Cardiochirurgia presso il Centro Studi del Ministero della Sanità. Nella tavola 2.48 viene descritta l'attività di diagnostica invasiva e cardiochirurgica nel 1988.

Il settore della angio-valvulo plastica è ancora limitato essendo di recente avvio ed avendo bisogno di squadre cardiochirurgiche in stand-by per affrontare eventuali emergenze.

Tavola 2.48 - Procedure diagnostiche invasive e attività cardiochirurgica in Italia Anno 1988

	Settore pubblico	Settore privato	Totale
Procedure diagnostiche invasive	37.250	2.987	40.237
Cardiochirurgia a cuore chiuso	2.150	—	—
Cardiochirurgia in circolazione extracorporea	14.001	2.641	16.642
Cardiochirurgia pediatrica (< 2 anni)	1.429	—	—
Angio-valvulo plastica	2.556	692	3.248

Fonte: Commissione Ministeriale per la Cardiologia e la Cardiochirurgia

Per quanto riguarda i trapianti di cuore, vedasi capitolo 6, paragrafo 6.2.7.

Programmi di prevenzione

In questi ultimi anni sono stati avviati numerosi programmi diretti alla prevenzione delle malattie cardiovascolari di origine arteriosclerotica, anche se essi non sono necessariamente coordinati tra di loro.

Tra le principali iniziative avviate, possono essere ricordate: la Consensus Conference sul Colesterolo (1986 - Direzione del Progetto Finalizzato di medicina Preventiva e Riabilitativa del CNR); la Campagna nazionale di Educazione contro il colesterolo (1986 - Fondazione Italiana della Nutrizione, con il patrocinio del Ministero della Sanità); sviluppo delle Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana (1987 - Istituto Nazionale della Nutrizione); Conferenza Nazionale sulla Prevenzione della Cardiopatia Ischemica (1987 - ANMCO Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri); inchiesta sulle associazioni di volontariato per le cardiopatie (1989 - Associazione Nazionale dei centri Cardiologici, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità); Progetto ATS-Sardegna per la prevenzione dell'arteriosclerosi (1988); Progetto di Gubbio per il controllo dell'ipertensione arteriosa; Mostra Itinerante "Cuore Vivo" (Centro per la Lotta contro l'Infarto).

2.2.3 Patologia endocrina: diabete e ipotiroidismo congenito

Diabete

Le stime sulla diffusione della malattia diabetica nel nostro Paese, che già nel 1988 il Ministero della Sanità aveva elaborato attraverso il censimento delle strutture di assistenza ai diabetici, hanno avuto conferme e nuove acquisizioni in indagini epidemiologiche più recenti.

Nell'ambito dell'ultimo censimento (16/9/1989) effettuato dal Ministero della Sanità - Direzione Generale dei Servizi di Medicina Sociale hanno risposto al questionario 582 USL su 674.

In queste USL risultano operanti 478 strutture diabetologiche pubbliche e 37 private convenzionate, mentre sono 177 le USL prive di tali strutture.

Il totale dei pazienti seguiti negli ultimi due anni è di 1.029.995 su una popolazione nazionale stimata al dicembre 1988 di 57.504.593.

Il dato sui pazienti seguiti potrebbe risultare sovrastimato in quanto alcuni servizi potrebbero aver fornito il numero delle visite effettuate e non quello dei pazienti (tavola 2.49).

La Lombardia e l'Emilia Romagna si confermano le regioni con il più alto numero di visite diabetologiche eseguite nelle strutture censite.

Tavola 2.49 - Censimento delle strutture diabetologiche esistenti in Italia
Dati aggiornati al 16/9/1989 (582 USL su 674)

Regioni	Numero		Strutture		Eseguono		Non eseguono		Paz. seguiti ultimi 2 anni	USL prive di strutture diabetolog.	Popolazione stimata al dic. 1988
	schede spedite	risposte	pubbliche	private convenz.	esami labor.	prestaz. special.	esami labor.	prestaz. special.			
Valle d'Aosta	1	1	2	—	2	2	—	—	870	—	114.760
Piemonte	63	63	44	1	42	44	3	1	73.428	22	4.365.911
Lombardia	99	98	107	5	102	102	10	10	200.177	21	8.898.951
P. A. Bolzano	4	4	5	—	5	5	—	—	5.486	—	438.009
P. A. Trento	11	9	7	—	7	7	—	—	6.708	2	446.030
Veneto	36	33	34	1	28	35	7	—	97.181	6	4.380.587
Friuli V. G.	12	12	12	—	11	11	1	1	47.696	2	1.206.362
Liguria	20	16	16	—	14	16	2	—	15.347	3	1.738.263
Emilia Rom.	41	41	45	1	45	46	1	—	112.903	5	3.921.281
Toscana	40	35	37	—	36	36	1	1	95.589	5	3.565.280
Umbria	12	7	7	—	7	7	—	—	9.526	1	819.562
Marche	24	22	18	—	17	18	1	—	29.593	4	1.429.223
Lazio	51	32	23	3	25	23	1	3	70.605	15	5.156.053
Abruzzo	15	15	15	—	14	13	1	2	17.807	3	1.262.592
Molise	7	6	4	—	4	3	—	1	6.500	2	335.211
Campania	61	56	20	23	43	43	—	—	57.629	27	5.773.067
Puglia	55	51	24	2	25	22	1	4	44.470	30	4.059.309
Basilicata	7	7	4	—	3	3	1	1	11.235	3	622.658
Calabria	31	16	16	—	15	15	1	1	57.890	3	2.151.357
Sicilia	62	38	20	—	20	20	—	—	37.716	18	5.164.268
Sardegna	22	20	18	1	18	17	1	2	31.639	5	1.655.859
Italia	674	582	478	37	483	488	32	27	1.029.995	177	57.504.593

Fonte: Ministero della Sanità - Direzione Generale dei Servizi di Medicina Sociale

Per quanto riguarda la ripartizione dei fondi, in attuazione della legge 115/87 per la prevenzione del diabete mellito, la somma stanziata nel triennio 1987-89 è stata di 22.400 milioni ed è stata ripartita come riportato nella tavola 2.50.

Tavola 2.50 - Ripartizione dei fondi in attuazione della Legge 115/87 per la prevenzione del diabete mellito - Anni 1987-89 (Migliaia di lire)

	1987		1988		1989		Triennio		
Quote stanziate	6.400.000		8.000.000		8.000.000		22.400.000		
		da		da		da		da	
Regioni	erogate	erogare	erogate	erogare	erogate	erogare	erogate	erogare	Totale
Piemonte	445.115	—	595.738	—	—	603.105	1.040.853	603.105	1.643.958
Valle d'Aosta	84.391	—	13.735	—	—	16.333	98.126	16.333	114.459
Lombardia	—	783.604	—	1.331.346	—	1.374.110	—	3.489.060	3.489.060
P. A. Bolzano	—	108.528	—	51.786	—	58.346	—	218.660	218.660
P. A. Trento	109.177	—	69.079	—	64.419	—	242.675	—	242.675
Veneto	—	416.569	—	617.559	—	610.712	—	1.644.840	1.644.840
Friuli V. G.	—	189.063	—	202.637	—	197.445	—	589.145	589.145
Liguria	—	237.073	—	232.463	—	229.088	—	698.624	698.624
Emilia Rom.	386.537	—	611.441	—	—	569.449	997.978	569.449	1.567.427
Toscana	—	375.346	—	480.472	—	563.366	—	1.419.184	1.419.184
Umbria	—	144.070	—	122.807	—	116.477	—	383.354	383.354
Marche	194.399	—	—	216.846	—	205.900	194.399	422.746	617.145
Lazio	556.453	—	658.474	—	—	623.474	1.214.927	623.474	1.838.401
Abruzzo	186.024	—	184.518	—	—	184.166	370.542	184.166	554.708
Molise	105.211	—	52.278	—	—	51.799	157.489	51.799	209.288
Campania	282.702	282.702	—	756.768	—	727.973	282.702	1.767.443	2.050.145
Puglia	—	409.693	—	495.827	—	504.351	—	1.409.871	1.409.871
Basilicata	—	123.971	—	81.391	—	85.287	—	290.649	290.649
Calabria	—	247.436	—	274.979	—	302.137	—	824.552	824.552
Sicilia	—	527.493	—	699.959	—	658.429	—	1.885.881	1.885.881
Sardegna	—	204.443	—	249.897	—	253.634	—	707.974	707.974
Italia	2.350.009	4.049.991	2.185.263	5.814.737	64.419	7.935.581	4.599.691	17.800.309	22.400.000

Fonte: Ministero della Sanità - Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria

Ipotiroidismo Congenito (I.C.)

L'attività di screening in Italia si è ulteriormente estesa, tenendo conto che nella regione Basilicata si è completata la copertura della popolazione neonatale. Anche in questa regione oltre il 95 per cento dei nuovi nati è sottoposto allo screening, il che ha permesso di evidenziare una maggiore incidenza dell'Ipotiroidismo Congenito (I.C.) rispetto al contesto nazionale. Si auspica che le autorità regionali regolarizzino e sostengano con una adeguata normativa l'attività del centro di screening che così brillantemente ha operato.

Il quadro italiano tende ad essere completo se si tiene conto che in Sicilia, oltre al varo della normativa generale, sono stati individuati i centri responsabili dello screening, che a loro volta dovrebbero essere messi in condizione di operare al meglio e garantire una copertura totale della popolazione neonatale.

E' auspicabile che anche nella Regione Calabria, in cui è stata varata la normativa generale, vengano rapidamente individuati i centri di screening e di follow-up.

Il Registro Nazionale dell'I.C., gestito e coordinato sul piano scientifico culturale dalla Clinica Pediatrica dell'Università di Parma e sul piano tecnico scientifico dall'Istituto Superiore di Sanità, è al 3° anno di attività.

Nel 1988 sono stati selezionati come I.C. 164 neonati, di questi 152 (92,3 per cento) sono stati inseriti nel registro; nel 1987 furono selezionati 150 e alla fine dell'89 risultavano inseriti 146 (97,3 per cento).

Tenendo conto dell'importanza dell'inizio della terapia quanto prima possibile è auspicabile che venga ridotto il tempo che mediamente passa tra la nascita e la 1° determinazione (18,5 gg.) in modo che possa essere iniziata tempestivamente la terapia (la conferma della diagnosi si ha attualmente dopo 28 gg. in media).

Una valutazione più accurata e approfondita dei dati clinico-epidemiologici potrà essere effettuata il prossimo anno quando sarà completato il quinquennio dell'attività del Sistema di Sorveglianza.

E' prevedibile che nell'immediato prossimo futuro tutta la popolazione neonatale italiana sia sottoposta allo screening per l'I.C. e che tutti i soggetti I.C. siano inseriti nel Registro Nazionale.

E' auspicabile che una normativa nazionale venga definita e approvata dal Parlamento, non solo per sostenere il completamento dell'attività di screening su tutto il territorio nazionale, ma anche per garantire il mantenimento nel tempo di tale attività.

2.2.4 Patologia neoplastica

Le malattie neoplastiche rappresentano, in Italia, la seconda causa di morte. Nella tavola 2.51 si riportano i valori di sintesi utili a fornire il quadro della situazione nazionale circa la patologia oncologica.

Per il 1988, infatti, il dato risulta essere del 26,9 per cento su un totale di 532.286 decessi.

I ricoveri risultano essere circa 800.000 l'anno.

La spesa per farmaci antitumorali è stata stimata per l'anno 1988 in 230 miliardi.

Tavola 2.51 - Mortalità per patologie neoplastiche in Italia per regioni - Anno 1988
Valori assoluti e tasso (*) per 100.000 abitanti

Regione	Maschi	Femmine	Totale regionale	Tasso per 100.000 ab.
Piemonte	7.719	5.585	13.304	304,7
Valle d'Aosta	205	130	335	291,9
Lombardia	15.587	10.968	20.555	231,0
Trentino A. A.	1.348	995	2.343	265,0
Veneto	7.502	4.812	12.314	281,1
Friuli V. G.	2.638	1.805	4.443	368,3
Liguria	3.669	2.671	6.340	364,7
Emilia Romagna	7.653	5.431	13.084	333,7
Toscana	6.679	4.735	11.414	320,1
Umbria	1.316	970	2.286	278,9
Marche	2.253	1.538	3.791	265,2
Lazio	7.164	5.036	12.200	236,6
Abruzzo	1.578	1.118	2.696	213,5
Molise	397	284	681	203,2
Campania	5.690	3.890	9.580	165,9
Puglia	4.247	2.867	7.114	175,3
Basilicata	649	454	1.103	177,1
Calabria	1.915	1.339	3.254	151,3
Sicilia	5.184	3.800	8.984	174,0
Sardegna	1.884	1.205	3.089	186,5
Italia	85.277	59.633	144.910	252,0

(*) Il tasso è calcolato sulla popolazione residente in Italia al 1° Gennaio 1989

Fonte: Elaborazione ISIS su dati dell'Istituto Nazionale di Statistica

Nella tavola 2.52 sono riportate le medie di incremento quinquennale (M.I.Q.) di mortalità calcolate sui dati dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Istituto Nazionale di Statistica, calcolati sui tassi di mortalità per diecimila abitanti e standardizzati sulla popolazione italiana al censimento 1971 per il ventennio 1970-90.

Tavola 2.52 - Medie di incremento quinquennale (M.I.Q.) della mortalità per la patologia neoplastica per sede di localizzazione (anni 1970-90)

Sede	Medie di incremento quinquennale (*)	
	Maschi	Femmine
Polmoni	+16,6%	+13,4%
Stomaco	-12,3%	-13,9%
Colon	+10,4%	n.r.
Retto	stabile	n.r.
Utero	- -	-14,7%
Mammella	- -	+5,3%

(*) Le M.I.Q. sono calcolate su dati Istituto Superiore di Sanità - Istituto Nazionale di Statistica (tassi di mortalità per 10.000 abitanti, standardizzati sulla popolazione italiana al censimento 1971).

Fonte: Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro - Genova "La salute degli Italiani"
Ed. N.I.S.

Dai dati esposti si evidenzia un apprezzabile incremento della mortalità per i tumori polmonari (+16,6 per cento negli uomini e +13,4 per cento nelle donne) e, in misura minore, un aumento per i tumori del colon negli uomini (+10,4 per cento) e della mammella (+5,3 per cento).

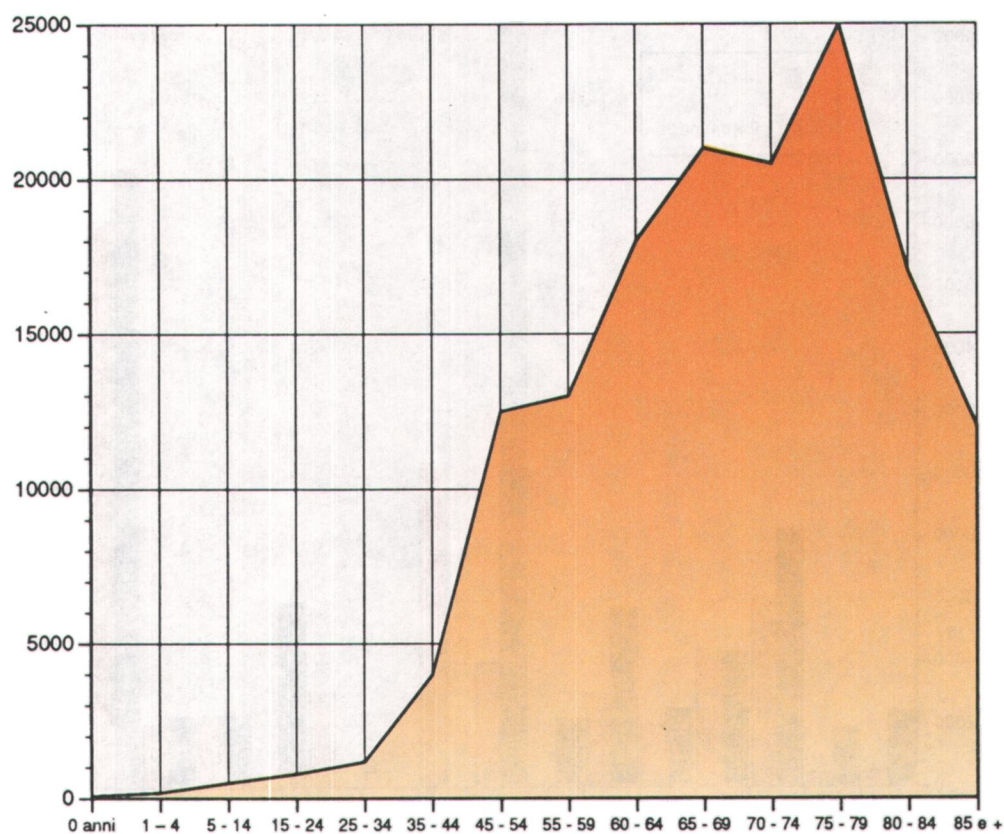
Per quanto riguarda il tumore dello stomaco, si nota una sostanziale diminuzione in entrambi i sessi (-12,3 per cento negli uomini, -13,9 per cento nelle donne), decremento che si ritrova anche per la mortalità per tumore dell'utero (-14,7 per cento).

Non emergono variazioni per il tumore del retto negli uomini.

In generale, si riscontra un lieve aumento della mortalità per tumore nei maschi, mentre resta sostanzialmente stabile nel sesso femminile.

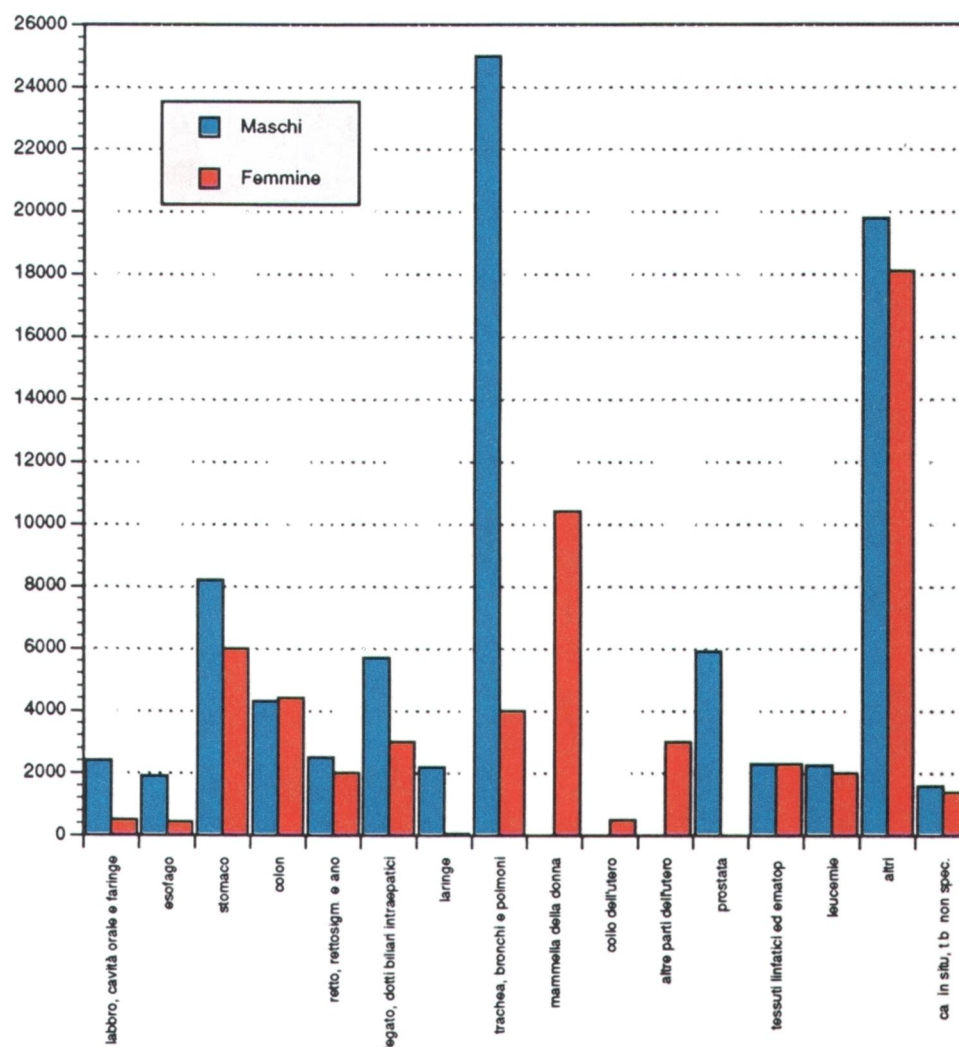
La mortalità per sede di localizzazione e per età nell'anno 1988 è riportata nelle figure 2.5 e 2.6.

Fig. 2.5 - Morti per patologia neoplastica, per fasce di età da 0 a 85 anni - Anno 1988



Fonte: Elaborazione C.S.N. su dati dell'Istituto Nazionale di Statistica

Fig. 2.6 - Morti per patologia neoplastica per sesso e sede di localizzazione - Anno 1988



Fonte: Elaborazione C.S.N. su dati dell'Istituto Nazionale di Statistica

La recente istituzione di alcuni “registri tumori”, strutture rivolte alla rilevazione continuativa, sistematica e nominale dei casi di malattia neoplastica che si manifestano in una popolazione geograficamente determinata, permette di evidenziare l’incidenza di tale patologia in più parti d’Italia.

I “registri tumori” attualmente presenti, coprono una popolazione di oltre 5 milioni e mezzo di abitanti, pari al 10 per cento della popolazione nazionale.

La tavola 2.53 elenca le popolazioni italiane servite da “Registri Tumori”.

Tavola 2.53 - Popolazioni italiane servite da registri tumori

Popolazione osservata		Numero abitanti	Anno di inizio della registrazione di incidenza
Torino	città	1.117.154	1985
Varese	provincia	778.057	1976
Trieste	provincia	278.898	1984
Genova	città	727.427	1986
Parma	provincia	400.192	1978
Romagna	3 U.S.L.	428.686	1986
Firenze	provincia	1.174.121	1985
Latina	provincia	447.771	1983
Ragusa	provincia	274.583	1981
Totale		5.626.889	

*Fonte: Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro - Genova “La salute degli Italiani”
Ed. N.I.S.*

Il grado di comparabilità dei dati risulta elevato, sia perché i “Registri” si riferiscono a regole e raccomandazioni emanate a livello internazionale, utilizzando identici sistemi di codifica, sia perché in Italia le fonti di informazione sono similari e vi sono frequenti contatti fra i “Registri” operanti.

Di particolare utilità la rilevazione della incidenza risulta per quei tumori a bassa letalità e per quelli per i quali la certificazione di morte è inaffidabile.

Riportiamo nella tavola 2.54 i più recenti dati di incidenza resi disponibili dai diversi "Registri"

Tavola 2.54 - Incidenza dei tumori nei diversi registri italiani - Sedi principali
Tassi per 100.000 (popolazione standardizzata Italia 1981)

<i>Maschi</i>									
Sede	Torino 85	Varese 78-81	Trieste 84	Genova 86	Parma 78-82	Rom. 86-87 (1)	Firenze 85	Latina 83-85	Ragusa 81-84
Esofago	5,4	11,2	9,0	4,9	4,5	2,7	4,5	2,8	3,6
Stomaco	25,8	55,6	26,6	30,7	62,8	64,4	60,8	25,9	27,3
Colon	30,3	29,6	48,6	33,4	26,6	31,5	28,0	16,0	17,9
Retto	20,0	25,1	31,5	17,6	19,3	16,9	23,0	11,4	10,9
Laringe	21,9	21,4	23,5	19,4	16,7	15,0	16,4	10,3	11,6
Polmone	81,7	111,9	116,5	116,0	80,0	93,5	87,2	63,7	51,4
Melanoma (cute)	2,6	4,3	9,1	4,7	2,8	5,3	6,7	3,9	3,7
Prostata	26,4	30,8	59,1	28,6	26,7	30,7	30,3	16,9	25,5
Vescica	46,9	38,7	49,0	42,3	27,6	44,8	50,7	29,9	15,9
Totale (2)	413,0	501,9	620,8	447,4	397,5	505,3	449,4	309,9	317,0
<i>Femmine</i>									
Stomaco	15,9	34,9	17,5	22,3	40,3	49,3	37,5	15,5	18,1
Colon	19,7	30,5	34,0	30,1	23,5	33,0	31,2	15,1	19,0
Retto	11,5	15,7	15,0	12,5	14,0	13,0	17,6	12,7	9,4
Polmone	14,4	10,7	30,5	17,9	12,1	16,4	13,6	8,1	6,3
Melanoma (cute)	4,2	5,2	13,1	4,7	4,2	8,9	6,5	3,3	1,7
Mammella	77,2	88,2	83,4	93,7	84,0	95,4	86,9	51,5	65,2
Collo utero	10,6	14,3	13,6	12,6	17,6	15,0	10,1	12,6	14,0
Ovaie	13,0	14,9	13,8	16,9	16,1	16,8	12,0	6,8	10,6
Vescica	7,8	7,4	13,2	8,1	7,4	6,3	9,3	3,7	1,6
Totale (2)	277,0	359,1	394,9	359,8	330,1	436,0	358,3	248,3	260,2

(1) Rom. = Romagna (3 U.S.L.)

(2) Comprensivo di tumori dei quali le incidenze non sono riportate.

Fonte: Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro - Genova "La salute degli Italiani"
Ed. N.I.S.

Distribuzione territoriale

Dall'analisi dei dati relativi alla mortalità per tumore, i tassi risultano notevolmente differenziati da Regione a Regione; nella tavola 2.55 si riportano, per alcune sedi di localizzazione dei tumori e per sesso, le regioni a più elevata (R+) e a più bassa (R-) mortalità indicando il rapporto R+/R-.

**Tavola 2.55 - Tassi standardizzati sulla popolazione italiana 1981 per 10.000
Mortalità anni 1980-82 - Rapporto R+/R- fra le Regioni a più elevata (R+)
e a più bassa (R-) mortalità.**

SEDE	MASCHI			FEMMINE		
	R+	R-	R+/R-	R+	R-	R+/R-
Stomaco	Lombardia 4,92	Puglia 1,72	2,86	Emilia Rom. 3,14	Campania 1,07	2,93
Intestino	Lombardia 3,45	Calabria 1,43	2,41	Toscana 3,10	Calabria 1,39	2,23
Pancreas	Friuli V. G. 1,53	Basilicata 0,43	3,56	Friuli V. G. 1,20	Campania 0,35	3,43
Laringe	Val d'Aosta 1,64	Basilicata 0,43	3,81	—	—	—
Polmone	Lombardia 10,63	Molise 3,28	3,24	Friuli V. G. 1,85	Calabria 0,50	3,70
Prostata	Val d'Aosta 2,46	Calabria 1,19	2,07	—	—	—
Vescica	Lazio 1,43	Molise 0,75	1,91	—	—	—
Leucemia	Lazio 1,01	Basilicata 0,72	1,40	Val d'Aosta 0,89	Basilicata 0,49	1,82
Mammella	—	—	—	Lombardia 3,84	Basilicata 1,76	2,18
Ovaio	—	—	—	Trentino A. A. 1,02	Basilicata 0,27	3,78
Utero	—	—	—	Val d'Aosta 1,99	Basilicata 1,03	1,93
Tutti i tumori	Lombardia 35,88	Basilicata 15,81	2,27	Lombardia 20,88	Basilicata 12,34	1,69

*Fonte: Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro - Genova "La salute degli Italiani"
Ed. N.I.S.*

Le ragioni della differente distribuzione territoriale della patologia neoplastica sono da ricercare nelle condizioni economiche e sociali disomogenee tra le regioni del Nord e quelle del Sud unitamente alle diversificate abitudini di vita e situazioni ambientali.

Le variazioni territoriali si riscontrano sostanziali anche a livello provinciale o di Unità Sanitarie Locali presumibilmente in rapporto a fattori di rischio variabili nell'ambito di una stessa Regione.

In relazione a quanto esposto, la situazione italiana, diversamente da quella di altri Paesi all'interno dei quali la distribuzione non risulta così differenziata, comporta un notevole interesse per eventuali studi epidemiologici volti a confermare le supposte associazioni tra diverse tipologie di tumori e fattori di rischio.

E' da rilevare, inoltre, che tale caratteristica investe anche il campo della verifica qualitativa e quantitativa delle strutture volte alla diagnosi e cura dei tumori e, conseguentemente, il settore relativo alla programmazione degli interventi sanitari.

Per quanto riguarda le correlazioni tra alimentazione e patologie tumorali si rimanda al paragrafo 4.2 (Alimentazione e nutrizione).

Programmi di screening

Per quanto riguarda i programmi di screening attuati in Italia, in particolare per ciò che concerne i tumori del collo dell'utero e della mammella, sono state presentate al Convegno "Valutazione dell'apporto della prevenzione primaria, della diagnosi precoce e della terapia nella lotta contro i tumori" (Società Italiana di Cancerologia; Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori; Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro di Genova - Genova, 23/24 Novembre 1989) alcune indagini effettuate presso strutture prestanti i servizi diagnostici e campioni di popolazione femminile.

Si è ottenuto in tal modo un interessante "quadro" a livello nazionale che ha evidenziato l'importanza di una corretta informazione al pubblico e, quindi, di un più profondo coinvolgimento della popolazione, in modo da raggiungere gli obiettivi propri della prevenzione primaria e della diagnosi tempestiva nella fase iniziale della malattia.

In particolare, nel 1989 l'Istituto Superiore di Sanità ha promosso una indagine conoscitiva sulla quantità e qualità del lavoro dei laboratori di diagnosi citologica mediante questionari inviati ai responsabili di servizi pubblici di cito-diagnostica cervico-vaginale.

La sintesi dei principali risultati dello studio è riportata nella tavola 2.56.

Tavola 2.56 - Attività dei laboratori di citodiagnostica cervicovaginale

Laboratori di citodiagnostica:

- rispondenti al questionario		(1) 391
- che eseguono in un anno un numero di Pap-test:	< 5.000	> 50%
	> 30.000	3%
- richiedenti più di un prelievo per ciascuna donna		25%
- con archiviazione dei preparati per più di 5 anni:	nei casi con esito negativo	53%
	nei casi con esito positivo	91%
- dotati di archivio automatizzato		13%
- che eseguono revisione dei casi negativi:	randomizzata	< 10%
	mediante preparati "sentinella"	4%
	mediante monitoraggio statistico	6%
	mediante scambio di preparati con altri centri	3%
- coinvolti in programmi pubblici di screening		(2) 50%

(1) : Costituiscono il 73% dei centri ai quali è stato inviato il questionario

(2) : Dei quali soltanto 6 provvisti di un sistema di richiamo individuale attivo

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - "Attività dei laboratori di citodiagnostica cervicovaginale: indagine conoscitiva nazionale"

Per quanto riguarda lo screening citologico per i tumori del collo dell'utero, l'impiego delle risorse è stato notevole ed i quasi 4 milioni di esami annui sono potenzialmente sufficienti a coprire la popolazione femminile tra i 25 e i 60 anni (circa 13 milioni) ogni 3-4 anni.

L'Italia è, tuttavia, tra le nazioni in cui l'esecuzione del Pap-test su vasta scala ha presentato grandi carenze, poiché si è definito e finanziato lo screening solo in termini procedurali (essenzialmente apertura di centri di prelievo e di lettura dei Pap-test).

Nonostante, infatti, sia chiaro come il grado di copertura della popolazione femminile sia incomparabilmente più importante dell'età di inizio e della frequenza dei Pap-test, quasi nessuno si è occupato della definizione e del richiamo periodico e controllato della popolazione bersaglio, particolarmente delle donne di età superiore ai 50 anni che hanno meno occasione di contatto con il ginecologo.

Per lo screening del carcinoma della mammella, l'utilizzo della mammografia, pur ampiamente diffusa in ambito clinico, è ancora da impostare.

2.2.5 Nefrologia e dialisi

L'uremia interessa tutte le fasce d'età, compresa quella dei bambini da 0 a 5 anni; gli ultrasessantacinquenni - la fascia di età più colpita - costituiscono il 36,6 per cento della popolazione dialitica. In tutte le fasce di età il sesso maschile risulta essere più colpito di quello femminile, con una prevalenza di 4 a 3.

In questi ultimi anni l'età media dei dializzati si è innalzata passando dai 53 anni del 1984 ai 58 del 1989.

Ciò dimostra che la rete di assistenza nefrologica creata attorno ai centri dialisi è servita a procrastinare l'ingresso in terapia dialitica. Inoltre, sempre un maggior numero di anziani può oggi usufruire dei progressi terapeutici, tanto che più di 700 cittadini, fra quelli che hanno iniziato la dialisi nel 1989, aveva superato i 75 anni.

Le modalità di trattamento che fanno registrare l'età media più bassa sono quella dell'emodialisi domiciliare e della dialisi in centri ad assistenza limitata, mentre la dialisi peritoneale è la metodica più diffusa nei soggetti più anziani anche se per quanto riguarda la dialisi peritoneale continua (secondo Oreopoulos, CAPD) non vi è fascia di età che non usi questo tipo di trattamento.

Al 31 dicembre 1989 è stato rilevato che vi sono 137 posti dialisi per milione di abitanti, con un coefficiente di utilizzazione per posto dialisi nelle strutture pubbliche di 3,2 pazienti: la maggior concentrazione dei posti dialisi è in Sicilia, Campania, Molise, Puglia, Friuli Venezia Giulia e Lazio, mentre la miglior utilizzazione delle risorse strumentali, con coefficiente superiore a 3,4 si ha in Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Abruzzo (tavola 2.57).

Tavola 2.57 - Posti di dialisi, utilizzo e pazienti in trattamento - Situazione al 31 dicembre 1989

Regioni	Abitanti	Posti dialisi				Utilizzo posti pubblici	Pazienti in trattamento								
		pubb.	x mil. ab.	priv.	x mil. ab.		Tot.	x mil. ab.	Paz. dialisi extra corporea	Coeff. (*)	In dialisi	x mil. ab.	Con trap. funz.	x mil. ab.	Tot.x mil. ab.
Piemonte	4.365.953	442	101,2	-	-	442	101,2	1.711	3,87	2.015	461,5	370	84,7	2.385	546,2
Valle d'Aosta	114.753	15	130,7	-	-	15	130,7	48	3,20	58	505,4	12	104,6	70	610,0
Lombardia	8.898.984	857	96,3	59	6,6	916	102,9	3.188	3,72	4.188	470,6	1.070	120,2	5.258	590,9
Trentino A.A.	884.236	106	119,9	8	9,0	114	128,9	285	2,69	348	393,6	117	132,3	465	525,9
Veneto	4.380.252	464	105,9	-	-	464	105,9	1.476	3,18	1.639	374,2	480	109,6	2.119	483,8
Friuli V.G.	1.206.369	180	149,2	-	-	180	149,2	557	3,09	618	512,3	120	99,5	738	611,8
Liguria	1.738.270	185	106,4	-	-	185	106,4	536	2,90	641	368,8	165	94,9	806	463,7
Emilia Romagna	3.921.357	436	111,2	-	-	436	111,2	1.535	3,52	1.628	415,2	406	103,5	2.034	518,7
Toscana	3.565.251	467	131,0	-	-	467	131,0	1.463	3,13	1.508	423,0	244	68,4	1.752	491,4
Marche	1.429.209	170	118,9	7	4,9	177	123,8	516	3,04	584	408,6	100	70,0	684	478,6
Umbria	819.557	83	101,3	-	-	83	101,3	271	3,27	353	430,7	62	75,7	415	506,4
Lazio	5.155.872	289	56,0	409	79,3	698	135,4	750	2,60	2.179	422,6	361	70,0	2.540	492,6
Abruzzo	1.262.712	135	106,9	9	7,1	144	114,0	465	3,44	505	399,9	92	72,9	597	472,8
Molise	335.210	47	140,2	10	29,8	57	170,0	118	2,51	167	498,2	16	47,7	183	545,9
Campania	5.773.359	184	31,9	1.026	177,7	1.210	209,6	369	2,01	2.728	472,5	484	83,8	3.212	556,3
Puglia	4.059.173	405	99,8	186	45,8	591	145,6	1.358	3,35	2.020	497,6	373	91,9	2.393	589,5
Basilicata	622.654	61	98,0	10	16,1	71	114,0	202	3,31	250	401,5	29	46,6	279	448,1
Calabria	2.151.569	236	109,7	-	-	236	109,7	745	3,16	811	376,9	146	67,9	957	444,8
Sicilia	5.164.132	250	48,4	988	191,3	1.238	239,7	542	2,17	2.756	533,7	323	62,5	3.079	596,2
Sardegna	1.655.866	176	106,3	20	12,1	196	118,4	541	3,07	699	422,1	194	117,2	893	539,3
Italia	57.504.745	5.188	90,2	2.732	47,5	7.920	137,7	16.676	3,21	25.695	446,8	5.164	89,8	30.859	535,8

(*) Coefficiente di utilizzazione considerando pazienti ospedalieri, in assistenza limitata e domiciliare in dialisi extracorporea.

Fonte: Associazione Nazionale Emodializzati (A.N.E.D.)

Si può notare che l'efficienza nell'utilizzare le strutture dialitiche è in stretta relazione sia alla presenza di dialisi domiciliare o ad assistenza limitata, sia alla possibilità di dializzare prevalentemente in strutture pubbliche.

In questi ultimi anni si nota una continua diminuzione del numero dei pazienti in emodialisi domiciliare, dovuta sia all'aumento dell'età dialitica e dell'età anagrafica dei pazienti sia alle modifiche del tessuto sociologico.

La mancanza di incentivi, l'aumento delle spese che gravano sul paziente (telefono, acqua, luce, ore di lavoro perdute dal familiare), nonché l'allungarsi dei tempi burocratici di consegna degli apparecchi e le difficoltà per l'adeguamento degli impianti casalinghi alle norme CEI sono stati elementi determinanti a scoraggiare l'uso dell'emodialisi domiciliare.

La dialisi domiciliare (peritoneale o emodialisi) supera il 20 per cento dei pazienti trattati solo in Lombardia, Umbria e Valle d'Aosta ed il 15 per cento in Piemonte, Liguria e Sardegna.

La dialisi ad assistenza limitata è attuata in misura superiore al 20 per cento dei pazienti trattati solo in Emilia Romagna, Trentino, Valle d'Aosta e Veneto e in misura superiore al 15 per cento in Molise, Piemonte, Lombardia e Friuli Venezia Giulia.

Si può constatare che le regioni dove è pressoché inesistente la dialisi autogestita (domiciliare e/o assistenza limitata) sono anche quelle dove le strutture private assorbono il maggior numero di pazienti: Campania, Sicilia e Lazio dove oltre il 60 per cento dei pazienti viene dializzato in clinica o ambulatorio privato, spesso non convenzionato.

Questa strada favorisce la passività di buona parte dei pazienti che trarrebbero sicuro vantaggio riabilitativo dall'autogestione.

In queste regioni la maggior parte delle risorse finanziarie è assorbita dal pagamento delle dialisi nei centri privati.

Viene così a crearsi un circolo vizioso, difficile da interrompere, che non consente o che comunque limita la nascita o il miglioramento delle strutture nefrologiche e dei servizi dialisi nel settore pubblico.

L'emigrazione dei pazienti per il trapianto o per una diagnosi corretta è, nelle regioni ad alto sviluppo di strutture private, una, ma non l'unica, conseguenza pagata dai pazienti.

Il numero dei pazienti trattati in dialisi per milione di abitanti al 31 dicembre 1989 è di 446, una cifra ragguardevole soprattutto se paragonata con altri Paesi europei industrializzati.

I dati regionali sono differenti e fanno pensare o al fatto che in talune regioni sono dializzati i pazienti delle regioni vicine, o ad una diversa incidenza di patologia o anche ad una immissione in dialisi senza una corretta prevenzione nefrologica o addirittura disinvolta.

Un discorso analogo si può fare per le nuove immissioni in dialisi durante l'anno 1989 (4.858) con una media nazionale di 88,2 per milione di abitanti.

Ogni anno aumenta il numero totale e, all'interno di questo, il numero degli anziani e dei diabetici e ciò pone nuovi problemi ai centri dialisi specialmente se non possono contare su alcuna assistenza nefrologica né sulla degenza (tavola 2.58).

La mortalità è stata del 9,93 per cento (2.867 pazienti) con un range che va dal 6,25 della Valle d'Aosta al 12,80 dell'Umbria (tavola 2.59).

Le uscite dal trattamento per trapianto renale sono state 902.

Siamo ancora lontani dal pareggio fra nuovi ingressi in dialisi ed uscite per trapianto o per mortalità, per cui si rendono necessari interventi nel settore dialitico volti a pareggiare le differenze fra le varie regioni, ad incrementare la dialisi deospedalizzata, a creare strutture dialitiche in quei bacini di utenza che ne sono carenti e che fanno un ricorso eccessivo, e non sanamente concorrenziale, al servizio privato (per quanto riguarda il trapianto renale, si veda il capitolo 6, paragrafo 6.2.7).

Tavola 2.58 - Nuovi ingressi in trattamento dialitico nel 1989 distribuzione per sesso, gruppi di età e sede allo start del trattamento - Anno 1989

ETA' Sesso	0-5		6-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		75 e oltre		Totali		Età media		Tot.
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
Piemonte	-	-	1	-	7	7	8	13	10	16	22	40	43	67	31	57	30	30	152	230	59	59	59
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	1	1	1	1	1	3	1	6	6	68	54	61
Lombardia	2	2	3	2	17	16	20	30	33	42	52	73	79	108	95	96	50	50	351	419	57	56	57
Trentino A.A.	-	-	-	-	3	1	1	2	2	4	-	10	7	7	6	10	6	4	25	38	59	57	58
Veneto	-	-	1	1	3	10	6	13	8	18	15	41	29	58	37	49	16	18	115	208	60	56	57
Friuli V.G.	-	-	-	-	2	3	-	4	2	11	13	8	7	14	14	19	7	8	45	67	60	57	58
Liguria	-	1	3	1	2	3	1	4	10	5	6	10	18	25	15	22	10	14	65	85	56	59	58
Emilia Romagna	-	1	-	6	3	3	5	6	4	10	11	33	29	42	32	54	33	28	121	176	62	61	62
Toscana	-	-	-	2	3	3	5	11	8	14	14	24	26	41	27	39	9	27	92	161	58	59	59
Marche	-	-	-	-	-	4	2	9	3	7	8	7	16	16	10	20	6	6	45	69	60	65	57
Umbria	-	-	-	-	-2	-	1	6	1	2	5	3	7	21	13	15	7	12	36	59	62	62	62
Lazio	-	1	3	3	5	9	11	13	14	19	27	40	51	82	52	74	36	30	199	271	59	58	59
Abruzzo	-	-	-	1	2	4	6	1	4	6	7	11	15	19	9	14	6	5	49	61	56	56	56
Molise	-	-	-	-	2	-	2	2	4	3	3	1	2	6	3	4	-	4	16	20	46	58	53
Campania	-	-	-	3	3	19	9	14	18	20	22	40	64	75	50	53	24	45	160	269	60	57	58
Puglia	-	-	1	2	2	15	11	15	14	26	19	21	44	50	49	50	26	32	166	211	60	56	58
Basilicata	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2	6	2	4	11	8	2	2	4	19	26	60	56	58
Calabria	-	-	-	1	1	2	6	6	4	14	12	18	16	24	24	11	5	5	68	81	59	53	56
Sicilia	-	1	2	3	2	12	10	16	13	24	26	37	47	74	66	81	39	46	205	294	62	58	60
Sardegna	-	-	1	1	2	3	2	6	5	11	8	15	14	16	11	17	14	16	57	85	59	57	58
Italia	2	5	16	20	64	115	107	172	160	259	272	435	519	757	553	688	329	385	2022	2836	59	57	58

N.B.: Nei totali compresi anche i pazienti di cui è incerta o sconosciuta la data di nascita. Sono esclusi i pazienti di cui non sono stati segnalati i dati essenziali.

Fonte: Associazione Nazionale Emodializzati (ANED)

Tavola 2.59 - Movimento dei pazienti in trattamento dialitico - Anno 1989

Regioni	Abitanti	Pazienti									
		In dialisi al 31/12/88	Entrati	Da impianto	Trasferiti in	Trasferiti da	Nuovi paz. per mil. ab.	Trapianto (KK. + dec.)	Usciti per Terapia conserv.	Deceduti	%
		A	B1	B2	C	D	E	F	G	H	%
Piemonte	4.365.953	1.948	390	16	25	27	92,53	71	7	259	11,01
Valle d'Aosta	114.753	51	12	-	1	-	113,29	1	1	4	6,25
Lombardia	8.898.984	3.981	777	35	13	27	89,67	152	13	426	8,91
Trentino A.A.	884.236	337	63	5	2	1	78,03	13	2	43	10,59
Veneto	4.380.252	1.609	325	5	11	9	75,79	94	9	199	10,25
Friuli V.G.	1.206.369	608	113	2	5	1	98,64	21	1	87	11,97
Liguria	1.738.270	608	152	2	9	12	86,87	33	4	81	10,67
Emilia Romagna	3.921.357	1.565	301	13	8	11	79,31	52	6	190	10,13
Toscana	3.565.251	1.445	257	7	6	9	73,21	45	2	152	8,91
Marche	1.429.209	532	114	4	6	2	85,36	20	1	48	7,34
Umbria	819.557	318	96	2	1	3	117,14	7	1	53	12,80
Lazio	5.155.872	2.041	472	16	36	33	95,23	64	10	279	11,02
Abruzzo	1.262.719	445	110	4	13	3	98,20	14	2	50	8,79
Molise	335.210	144	36	-	15	9	125,29	3	-	17	9,14
Campania (*)	5.773.359	2.276	486	7	19	25	84,35	74	6	281	10,17
Puglia	4.059.172	1.918	379	17	9	17	95,59	63	3	221	9,58
Basilicata	622.654	214	45	3	18	5	97,97	4	1	18	6,55
Calabria	2.151.569	751	149	13	23	5	83,66	30	-	94	10,10
Sicilia (*)	5.164.132	2.392	503	10	26	8	102,82	76	6	293	10,02
Sardegna (*)	1.655.866	619	149	4	8	1	96,63	65	1	72	9,24
Italia	57.504.745	23.802	4.929	165	7	27	88,24	902	76	2.867	9,93

(*) I dati sono incompleti perchè non sono stati considerati i pazienti dei Servizi da cui non ci sono pervenuti gli aggiornamenti:

Campania: 19 servizi (369/378) - Sicilia: 9 servizi (196/217) - Sardegna: 2 servizi (61/58)

(B) Nei nuovi pazienti sono compresi i rientri in dialisi da terapia conservativa.

(E) I nuovi pazienti sono stati calcolati: B + C-D

(H-%) La percentuale dei decessi è stata calcolata sul carico dei pazienti in dialisi: A + B + C-D

Fonte: Associazione Nazionale Emodializzati (ANED)

2.3 La nosologia ospedaliera

2.3.1 Attività ospedaliera

La situazione dell'anagrafe degli istituti di cura pubblici e privati che hanno erogato la assistenza ospedaliera nell'anno 1989 è riepilogata nella tavola 2.60; per la corretta lettura della stessa si tenga presente che la percentuale di risposta degli istituti rilevati su quelli attesi è stata del 97 per cento.

Tavola 2.60 - Distribuzione dei posti letto degli Istituti di cura pubblici e privati convenzionati - Anno 1989

Regioni	N.ro istituti in anagrafe		N.ro posti letto pubblici effettivi			N.ro posti letto convenzionati effettivi			% di istituti rilev.
	Pubblici	Convenz.	Day-hospital	Degenza ordinaria	Totali	Day-hospital	Degenza ordinaria	Totali	
Piemonte	84	42	189	24.522	24.711	35	3.717	3.752	98,4
Valle d'Aosta	1	0	16	630	646	0	0	0	100,0
Lombardia	155	86	209	56.081	56.290	1.471	12.436	13.907	98,8
P.A. Bolzano	11	6	0	2.541	2.541	0	250	250	100,0
P.A. Trento	14	9	19	3.856	3.875	25	550	575	100,0
Veneto	106	25	649	37.652	38.301	61	2.591	2.652	100,0
Friuli V. G.	29	11	95	12.123	12.218	212	1.259	1.471	100,0
Liguria	45	13	297	15.215	15.512	103	737	840	100,0
Emilia Rom.	110	45	593	28.229	28.822	120	4.173	4.293	100,0
Toscana	97	35	160	26.653	26.813	0	3.030	3.030	97,7
Umbria	22	5	106	5.490	5.596	20	305	325	92,6
Marche	55	14	47	10.583	10.630	0	1.738	1.738	100,0
Lazio	96	110	825	26.800	27.625	200	16.835	17.035	96,1
Abruzzo	25	12	214	9.743	9.957	0	2.066	2.066	100,0
Molise	7	2	25	1.697	1.722	0	97	97	88,9
Campania	79	92	435	24.742	25.177	4	8.036	8.040	97,7
Puglia	86	46	276	31.545	31.821	405	3.623	4.028	99,2
Basilicata	15	2	95	3.344	3.439	0	909	909	100,0
Calabria	44	31	50	8.803	8.853	0	2.954	2.954	92,0
Sicilia	106	57	152	24.379	24.531	0	3.105	3.105	84,0
Sardegna	37	14	185	9.644	9.829	2	1.664	1.666	100,0
Italia	1.224	657	4.637	364.272	368.909	2.658	70.075	72.733	97,0

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Nelle tavole 2.61 e 2.62 sono riportati, separatamente per istituti pubblici e privati convenzionati, i dati statistici e gli indicatori di utilizzo relativi all'attività di degenza per singola disciplina. E' opportuno evidenziare che si tratta dell'attività svolta nell'81 per cento dei posti letto degli istituti pubblici e nel 99,3 per cento di quelli privati convenzionati presenti in anagrafe.

La differenza, particolarmente sensibile negli istituti pubblici, fra letti in anagrafe e letti in esercizio o meglio per i quali sono stati trasmessi i dati di attività, è da attribuire in parte alla mancata risposta degli istituti pubblici ed in parte alla non completa operatività dei letti che costituiscono la struttura ospedaliera.

Tavola 2.61 - Dati di degenza degli Istituti di cura pubblici - Anno 1989

Disciplina	Posti letto	Degenti	Giornate disponibili	Giorn. di degenza	Deg. media (gg)	Tasso util. (%)
Allergologia	66	465	8.517	6.145	13,2	72,1
Angiologia	84	1.725	26.037	22.393	13,0	86,0
Cardiochirurgia	942	19.067	276.183	199.687	10,5	72,3
Cardiologia	4.733	135.841	1.519.556	1.198.393	8,8	78,9
Chirurgia generale	47.312	1.054.649	15.201.429	10.381.565	9,8	68,3
Chirurgia max-facciale	378	9.431	103.934	72.077	7,6	69,3
Chirurgia pediatrica	1.368	46.778	401.165	245.598	5,3	61,2
Chirurgia plastica	1.084	22.668	321.626	221.705	9,8	68,9
Chirurgia toracica	892	15.431	291.818	204.401	13,2	70,0
Chirurgia vascolare	1.449	19.138	408.618	245.188	12,8	60,0
Ematologia	1.143	20.795	342.918	267.311	12,9	78,0
Malattie endocrine	1.060	21.489	335.040	251.050	11,7	74,9
Immunologia	11	53	1.703	1.062	20,0	62,4
Geriatrica	6.965	109.802	2.233.526	1.787.967	16,3	80,1
Residuale manicomiale	24.706	24.568	7.923.876	6.577.550	267,7	83,0
Malattie infett. e tropic.	4.801	60.205	1.497.565	708.913	11,8	47,3
Medicina del lavoro	599	8.455	170.212	94.808	11,2	55,7
Medicina generale	57.798	1.229.590	18.474.627	14.313.164	11,6	77,5
Medicina legale	80	1.278	28.166	15.939	12,5	56,6
Unità spinale	88	781	23.908	17.960	23,0	75,1
Nefrologia	1.606	36.795	526.452	369.776	10,0	70,2
Neurochirurgia	2.252	59.602	663.600	550.046	9,2	82,9
Neurologia	6.908	145.092	2.235.990	1.729.171	11,9	77,3
Neuropsich. infantile	507	10.555	145.513	75.925	7,2	52,2
Oculistica	7.061	167.060	2.238.484	1.309.777	7,8	58,5
Odontoiatria e stomatol.	767	22.689	256.139	126.826	5,6	49,5
Ortopedia e traumatol.	26.073	740.304	8.313.544	6.021.449	8,1	72,4
Ostetricia e ginecologia	24.897	819.181	8.172.076	4.903.420	6,0	60,0
Otorinolaringoiatria	8.083	232.794	2.525.283	1.474.399	6,3	58,4
Pediatria	14.491	364.456	4.670.084	1.941.571	5,3	41,6
Psichiatria	4.131	70.308	1.306.943	1.053.224	15,0	80,6
Tossicologia	22	967	8.030	4.467	4,6	55,6
Urologia	7.917	178.448	2.535.929	1.851.950	10,4	73,0
Grandi ustionati	71	508	18.615	11.329	22,3	60,9
Nefrologia (trap. rene)	238	5.395	65.244	50.292	9,3	77,1
Terapia intensiva	1.920	58.992	595.315	381.950	6,5	64,2
Unità coronariche	1.425	61.334	455.094	350.625	5,7	77,0
Astanteria	1.378	105.013	420.632	245.305	2,3	58,3
Dermatologia	3.214	55.219	986.838	626.953	11,4	63,5
Emodialisi	219	3.057	63.297	32.010	10,5	50,6
Farmacologia clinica	13	294	4.350	3.127	10,6	71,9
Recupero e riab. funz.	3.236	32.035	1.089.829	863.734	27,0	79,3
Fisiopat. della rip. um.	65	2.642	20.105	12.948	4,9	64,4
Gastroenterologia	1.246	28.945	398.337	324.103	11,2	81,4
Lungodegenti	4.088	29.246	1.342.774	1.020.801	34,9	76,0
Medicina nucleare	43	528	7.300	3.659	6,9	50,1
Neonatalogia	2.681	61.922	840.139	458.298	7,4	54,6
Oncologia	2.180	48.680	718.016	540.871	11,1	75,3
Pensionanti	457	7.671	131.643	81.699	10,7	62,1
Pneumologia	9.272	128.371	3.008.665	2.185.612	17,0	72,6
Radiologia	65	348	14.691	6.930	19,9	47,2
Radioterapia	1.168	16.797	359.829	216.018	12,9	60,0
Reumatologia	353	5.850	112.663	95.631	16,3	84,9
Terapia intens. neonat.	1.130	13.590	328.470	182.301	13,4	55,5
Urologia pediatrica	78	1.957	21.048	13.085	6,7	62,2
Anestesia e rianimaz.	306	5.688	89.699	40.126	7,1	44,7
Totale	295.120	6.324.542	94.281.084	65.992.284	10,4	70,0

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Tavola 2.62 - Dati di degenza degli istituti di cura privati convenzionati - Anno 1989

Disciplina	Posti letto	Degenti	Giornate disponibili	Giornate di degenza	Degenza media (gg)	Tasso di util. (%)
Angiologia	129	1.667	19.163	22.148	13,3	115,6
Cardiochirurgia	54	1.783	19.710	19.577	11,0	99,3
Cardiologia	1.865	26.026	505.190	393.576	15,1	77,9
Chirurgia gen.	8.657	216.809	2.444.405	2.363.139	10,9	96,7
Chirurgia pediatrica	57	2.187	18.463	11.963	5,5	64,8
Chirurgia plastica	40	25	3.650	141	5,6	3,9
Chirurgia vascolare	123	3.197	30.478	34.622	10,8	113,6
Ematologia	9	27	1.369	452	16,7	33,0
Malattie endocrine	70	728	18.858	12.210	16,8	64,7
Immunologia	100	492	9.733	6.680	13,6	68,6
Geriatria	1.588	11.115	359.130	386.494	34,8	107,6
Residuale manicom.	2.026	1.704	612.592	320.259	187,9	52,3
Medicina del lavoro	10	9	2.433	208	23,1	8,5
Medicina generale	9.005	141.636	2.417.304	2.900.030	20,5	120,0
Nefrologia	224	2.073	41.002	29.906	14,4	72,9
Neurologia	4.794	35.142	1.361.450	1.260.578	35,9	92,6
Neurops. infantile	638	720	117.743	44.926	62,4	38,2
Oculistica	1.148	25.144	275.180	174.494	6,9	63,4
Ortopedia e traumatol.	3.977	101.068	1.122.375	1.108.995	11,0	98,8
Ostetricia e ginecol.	4.040	123.869	121.250	114.193	0,9	94,2
Otorinolaringoiatria	1.205	23.664	273.933	123.478	5,2	45,1
Pediatria	336	4.501	77.380	35.325	7,8	45,7
Psichiatria	6.317	21.107	1.490.721	1.746.650	82,8	117,2
Urologia	1.254	21.183	353.989	224.763	10,6	63,5
Terapia intensiva	50	1.216	12.866	10.388	8,5	80,7
Unità coronariche	46	935	13.505	9.188	9,8	68,0
Dermatologia	192	2.474	56.028	30.889	12,5	55,1
Emodialisi	63	130	7.087	3.773	29,0	53,2
Recupero e riab. funz.	11.751	42.697	3.071.414	2.639.702	61,8	85,9
Gastroenterologia	113	1.922	33.945	29.472	15,3	86,8
Lungodegenti	8.244	16.273	1.894.228	1.642.806	101,0	86,7
Neonatologia	67	217	5.384	1.709	7,9	31,7
Oncologia	218	2.256	53.381	43.960	19,5	82,4
Pneumologia	975	7.833	321.687	257.452	32,9	80,0
Radioterapia	30	600	10.950	11.489	19,1	104,9
Reumatologia	174	3.563	46.355	48.052	13,5	103,7
Anestesia e rianimaz.	3	382	1.004	763	2,0	76,0
Totale	69.592	846.374	17.225.335	16.064.450	19,0	93,3

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Dal confronto fra le due tavole si evidenziano inoltre altre peculiari differenze per gli indicatori di attività, come, ad esempio, una degenza media mediamente più alta negli istituti privati correlata con un tasso di utilizzo più alto.

Si nota inoltre che i tassi di utilizzo nel privato convenzionato sono in generale molto vicini al 100 per cento ed in alcuni casi lo superano, mostrando un evidente utilizzo improprio di letti convenzionati per altre specialità.

Per un corretto utilizzo dei dati contenuti nelle due tavole di attività si tenga presente che le giornate disponibili sono quelle relative al periodo per il quale è stato trasmesso il dato di attività e che quindi corrisponde al prodotto del numero letti per 365 (giorni) solo nel caso in cui la risposta sia stata completa.

Per quanto riguarda l'attività di pronto soccorso svolta nell'ambito della assistenza ospedaliera si rileva nella tavola 2.63 che il numero medio di pazienti che vengono ricoverati fra quelli che ricorrono alle cure del servizio si distribuisce attorno al valore del 34 per cento in modo abbastanza uniforme ad eccezione di tre regioni che hanno valori molto più alti (Calabria, Basilicata e Molise).

Tavola 2.63 - Attività di pronto soccorso negli istituti di cura pubblici - Anno 1989

Regioni	Ricoverati	Non ricoverati	Totali	% ricover.	% di istituti rilev. *	N.ro medio mesi rilev. per istituto
Piemonte	152.205	514.748	666.953	23,32%	39,3	10,3
Valle d'Aosta	5.916	18.935	24.851	24,30%	100,0	12,0
Lombardia	453.754	837.004	1.290.758	35,65%	55,5	10,8
P.A. Bolzano	38.231	86.805	125.036	31,07%	45,5	11,3
P.A. Trento	49.578	140.933	190.511	26,52%	57,1	9,2
Veneto	471.690	962.292	1.433.982	33,39%	67,9	11,0
Friuli V. G.	175.946	268.647	444.593	40,07%	62,1	10,2
Liguria	155.554	240.488	396.042	39,77%	53,3	10,5
Emilia Rom.	279.837	645.999	925.836	30,72%	57,3	11,0
Toscana	108.307	251.726	360.033	30,58%	35,1	9,9
Umbria	59.867	97.352	157.219	38,57%	40,9	10,5
Marche	104.711	193.68	298.400	35,59%	60,0	10,9
Lazio	197.992	633.990	831.982	24,29%	51,0	10,4
Abruzzo	140.859	215.027	355.886	40,07%	72,0	9,4
Molise	7.895	7.672	15.567	51,21%	28,6	12,0
Campania	288.306	626.411	914.717	32,01%	64,6	10,3
Puglia	481.048	548.495	1.029.543	47,22%	82,6	11,4
Basilicata	56.570	32.517	89.087	63,99%	73,3	9,8
Calabria	113.197	110.612	223.809	51,07%	43,2	9,9
Sicilia	313.588	642.744	956.332	33,29%	56,6	11,3
Sardegna	58.658	139.168	197.826	30,15%	45,9	10,2
Italia	3.713.709	7.215.254	10.928.963	34,48%	55,9	10,6

* Percentuale degli istituti che hanno mandato il dato rispetto al numero esistente in anagrafe

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

2.3.2 I ricoveri ospedalieri per età, sesso e causa del ricovero

I dati si riferiscono all'anno 1987 e sono rilevati mediante l'indagine sui dimessi dagli istituti di cura nei primi sette giorni di ciascun mese dell'anno.

Nell'anno considerato essi sono risultati 1.865.500 in complesso, di cui 869.396 (47 per cento) maschi e 996.104 (53 per cento) femmine.

Analizzando i dati secondo le classi di età dei dimessi, risultano sempre maggiori nei maschi le classi estreme, nelle femmine le classi 15-24 e 25-44 che, nel loro complesso, per i maschi coprono il 28 per cento, per le femmine raggiungono il 40 per cento.

Considerando i dimessi per settori di cause dal 1978 al 1987 si rileva, nel complesso, una leggera flessione; infatti essi diminuiscono nel decennio di oltre 130.000. Tale diminuzione analizzata sui dati per 10.000 abitanti, è la risultante della combinazione di un calo di oltre cinque punti nei settori delle malattie dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente e delle complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio e di aumenti, non molto rilevanti, nei settori dei tumori e delle malattie del sistema circolatorio in cui la variazione è di quasi tre punti. E' da evidenziare un calo di circa dodici punti nel decennio per il settore dei traumatismi ed avvelenamenti.

Analizzando i dati sui dimessi secondo le varie cause di ricovero, limitatamente al 1987, ultimo anno disponibile, si rileva una distribuzione percentuale sul totale che va da 13,8 per cento delle malattie del sistema circolatorio a 0,7 per cento delle malattie del sangue passando per i valori di 12,5 per cento delle malattie dell'apparato digerente, di 9,9 per cento delle cause relative alla gravidanza, al parto e al puerperio, di 8,4 per cento delle malattie dell'apparato respiratorio e di 8,1 per cento dei tumori.

Passando ad analizzare le giornate di degenza, che assommano a 22.059.584, si riscontra un valore di 16,9 per cento per le malattie del sistema circolatorio, di 12,8 per cento per le malattie dell'apparato digerente di 10,7 per cento per i tumori, di 8,1 per cento per i traumatismi ed avvelenamenti, di appena 5,5 per cento per i ricoveri relativi alla gravidanza, al parto e al puerperio.

La media delle giornate di degenza per degente, che in complesso risulta di 11,8 giornate, nei settori sopra considerati registra valori superiori alla media nei tumori (15,6), nelle malattie del sistema circolatorio (14,5), nelle malattie dell'apparato digerente (12,1) e valori inferiori alla media nelle malattie dell'apparato respiratorio (11,5), nei traumatismi ed avvelenamenti (8,6) e nella gravidanza, nel parto e nel puerperio (6,5).

Considerando le cause secondo il sesso dei ricoverati si nota sia per i maschi che per le femmine una pressoché uguale distribuzione nei vari settori, con le eccezioni, riguardo alle femmine, di un maggior numero per le malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione, del metabolismo e dei disturbi immunitari (31.284 femmine contro 18.636 maschi), e per le malattie dell'apparato genito-urinario (74.772 femmine contro 49.616 maschi) dovuto soprattutto alle malattie degli organi genitali (49.068 femmine contro 12.204 maschi) e di un minor numero per le malattie dell'apparato respiratorio (61.200 femmine contro 94.820 maschi) e dell'apparato digerente (108.448 femmine contro 125.144 maschi).

Nel settore dei traumatismi ed avvelenamenti si rileva un numero di ricoverati pari a 126.896 per i maschi e 85.556 per le femmine; con riferimento all'età, in questo settore, i valori maggiori si riscontrano nei maschi al di sotto dei 60 anni (106.540 contro 46.812) e nelle femmine, invece, per 60 anni ed oltre (34.520 contro 19.232).

PAGINA BIANCA