

## Capitolo 3 “Incidenti e suicidi”

### *Gli Obiettivi OMS*

**Obiettivo n. 11**

*“Entro il 2000 i decessi dovuti a incidenti dovrebbero essere ridotti almeno del 25% mediante un serio impegno a diminuire gli incidenti stradali, domestici e sul lavoro”.*

**Obiettivo n. 12**

*“Entro il 2000 dovrebbe essere invertita l'attuale tendenza all'aumento di suicidi e tentativi di suicidio”.*

PAGINA BIANCA

## *Il panorama italiano*

In Italia si sta sviluppando una politica all'introduzione di misure di sicurezza per prevenire gli incidenti da traffico, domestici e sul lavoro.

Questa politica si basa sulla diffusione dell'informazione sui rischi d'incidenti attraverso campagne di educazione sanitaria.

Dai dati a disposizione risulta notevolmente diminuito il numero di morti e di feriti negli incidenti stradali per l'obbligatorietà dell'uso del casco per i motociclisti e dei sistemi di ritenuta per gli automobilisti ed, infine, per l'introduzione dei limiti di velocità sulle strade.

Il quadro epidemiologico degli infortuni e malattie professionali evidenzia una sensibile riduzione dell'incidenza e della gravità di numerose malattie professionali tradizionali come conseguenza di una maggiore attenzione verso i temi della prevenzione e di un maggior controllo di quei fattori di rischio presenti negli ambienti di lavoro.

Si propone quindi l'impostazione di un sistema informativo nazionale con finalità di prevenzione nei luoghi di lavoro.

Ancora rilevante il numero d'incidenti domestici e quello dei suicidi e tentativi di suicidio.

PAGINA BIANCA

## CAPITOLO 3

### “INCIDENTI E SUICIDI”

#### 3.1 Incidenti in ambienti di vita

##### 3.1.1 Incidenti stradali

Il quadro che si osserva dalle statistiche ufficiali dell'Istituto Nazionale di Statistica per il 1989 mostra una diminuzione dei morti a sette giorni intorno alle 500 unità ed una flessione dei feriti registrati di circa 12.000 unità (figure 3.1 e 3.2).

Fig. 3.1 - Tassi di mortalità per incidente stradale in Italia nel periodo 1973-1989

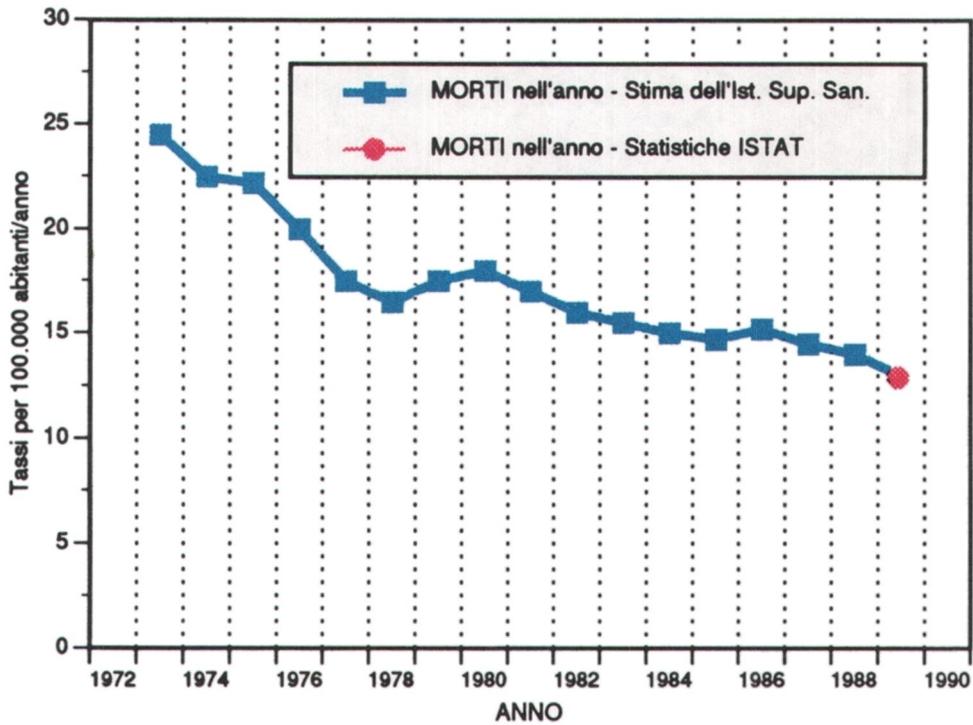
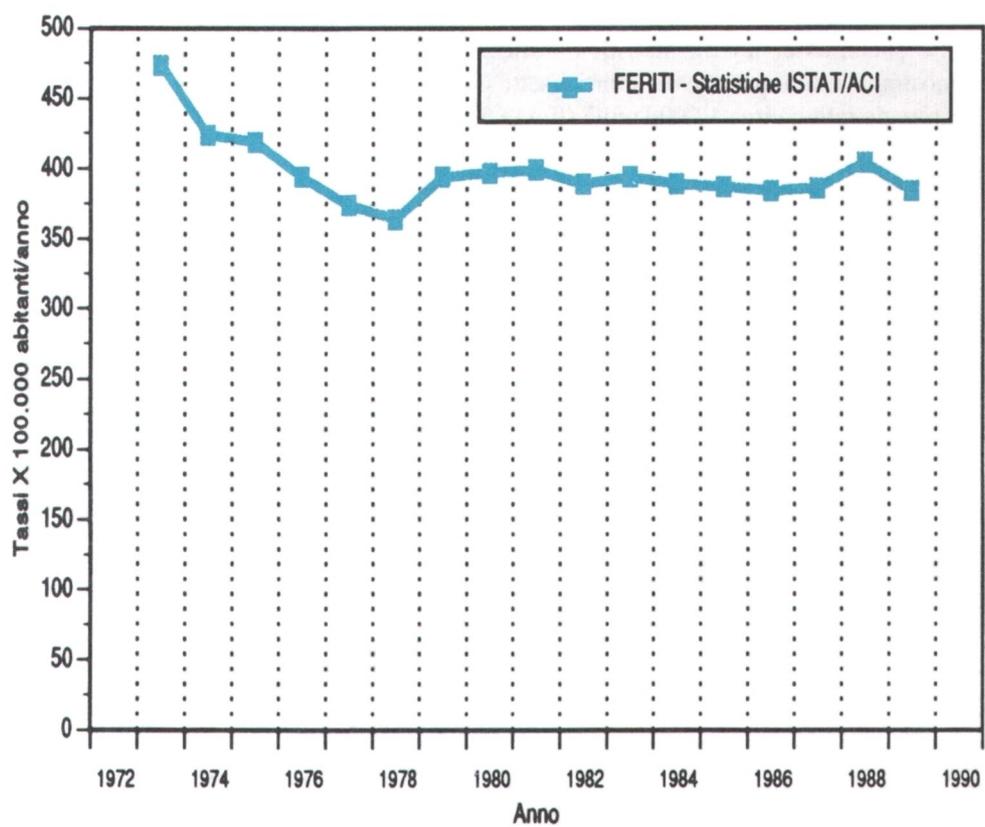


Fig. 3.2 - Tassi di morbosità per incidente stradale in Italia nel periodo 1973-1989



E' difficile poter attribuire ad una specifica azione quanto osservato, poichè si sono sovrapposte in questi ultimi anni diverse misure di prevenzione: uso del casco, obbligo di cinture e seggiolini, limiti di velocità, informazione sugli effetti dannosi dell'alcool nella guida, ecc..

Così com'è difficile distinguere quanta parte dell'effetto sia dovuta a fluttuazioni casuali, in quanto i dati attualmente rilevati sono inadeguati per una valutazione epidemiologica complessiva, d'altra parte è bene rimarcare che quanto osservato nel 1989 nelle statistiche citate (6.410 morti a sette giorni, che diventeranno circa 8.500 morti nell'anno, e 216.329 feriti) rappresenta un tributo sociale ed economico che può essere consistentemente ridotto con azioni specifiche di prevenzione, in particolare attivando un controllo efficace delle alcolemie dei conducenti, aumentando la prevalenza d'uso delle cinture di sicurezza e seggiolini in particolare nei centri abitati, promuovendo un uso reale del casco (allacciato!) per tutti gli utenti delle due ruote motorizzate, educando bambini ed anziani per il rischio in cui essi incorrono come pedoni, circa il 60 per cento delle morti in questa classe di età, controllando la velocità dei veicoli ed eliminando, dove praticabile ed opportuno, i punti neri della strada.

La ripartizione percentuale dei morti e dei feriti appare sostanzialmente stabile: 4.074 morti e 13.901 feriti tra conducenti; 1.415 morti e 59.006 feriti nei trasportati; 921 morti e 18.313 feriti pedoni.

Si osservi che mentre i conducenti morti sono quasi tutti maschi, circa il 92 per cento, i trasportati deceduti sono maschi nel 56 per cento dei casi, il 60 per cento nel caso dei pedoni. Analogo andamento si osserva sostanzialmente nei feriti con un'inversione per le femmine tra i trasportati feriti che rappresentano il 56 per cento.

### ***3.1.2 Incidenti domestici***

I dati raccolti nell'ambito di un progetto prototipale del Ministero della Sanità (progetto SISI), confermano a livello regionale le dimensioni del fenomeno e ne precisano alcune caratteristiche.

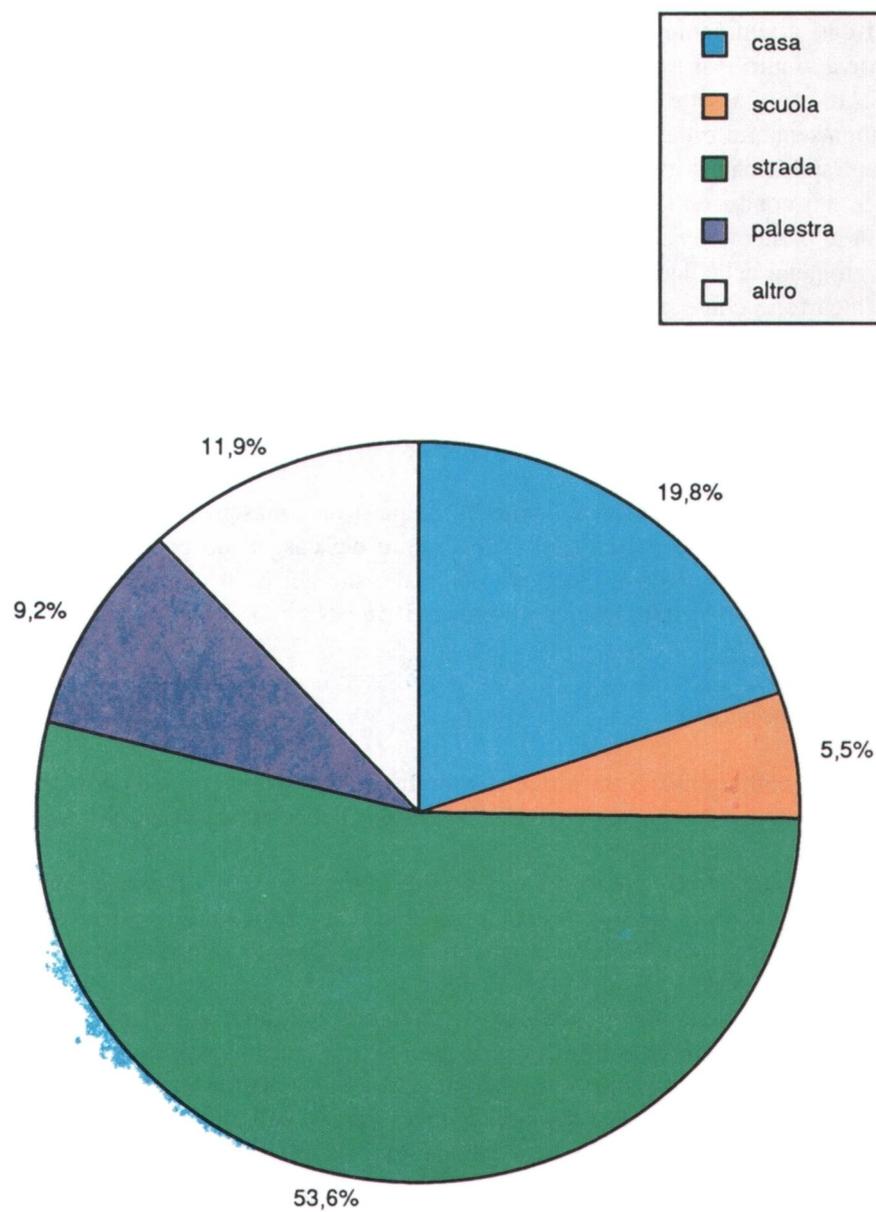
Basandoci sui risultati congiunti osservati nelle Marche e nella Liguria per un totale di 50.000 casi di arrivo al Pronto Soccorso. Si può dire che il numero di prestazioni per incidente domestico dovrebbe verosimilmente aggirarsi in Italia intorno al milione e mezzo per anno.

Va rilevato, tuttavia, che una grande parte degli eventi è di lieve entità: per circa il 25 per cento dei casi la prognosi è inferiore a 5 giorni, pur non mancando casi gravi, come vedremo nel seguito. L'incidente domestico, inteso nel senso lato del termine, non stradale e non derivante da lavoro, avviene per circa la metà dei casi nell'abitazione ed in gran parte è rappresentato da cadute, più del 50 per cento dei casi (figura 3.3).

---

**Fig. 3.3 - Incidenti domestici: ambiente in cui si è svolto l'incidente - Anni 1988/89**

---



---

Fonte: Dati SISI/Regioni Liguria e Marche - 49.563 casi

---

Le parti più colpite sono gli arti ed il capo. Le ustioni sono presenti in entrambe le rilevazioni per circa il 2 per cento dei casi. Circa l'1 per cento dei casi ha prognosi riservata mentre nel 15 per cento dei casi la prognosi è di 20 o più giorni. Circa la metà dei soggetti ospedalizzati (tra il 10 e il 15 per cento) viene ricoverata in ortopedia, ad eccezione dei bambini piccoli, in particolare al di sotto dell'anno di età, i quali in gran parte (20-40 per cento) vengono ricoverati in neurologia o neurochirurgia, essendo il trauma alla testa conseguentemente a caduta l'evento più frequentemente riscontrato, 75 per cento nelle Marche e 80 per cento in Liguria.

In collaborazione con l'Istituto Nazionale per la ricerca sul Cancro di Genova è stato possibile valutare in Liguria, accanto alla morbosità, anche la mortalità per incidenti.

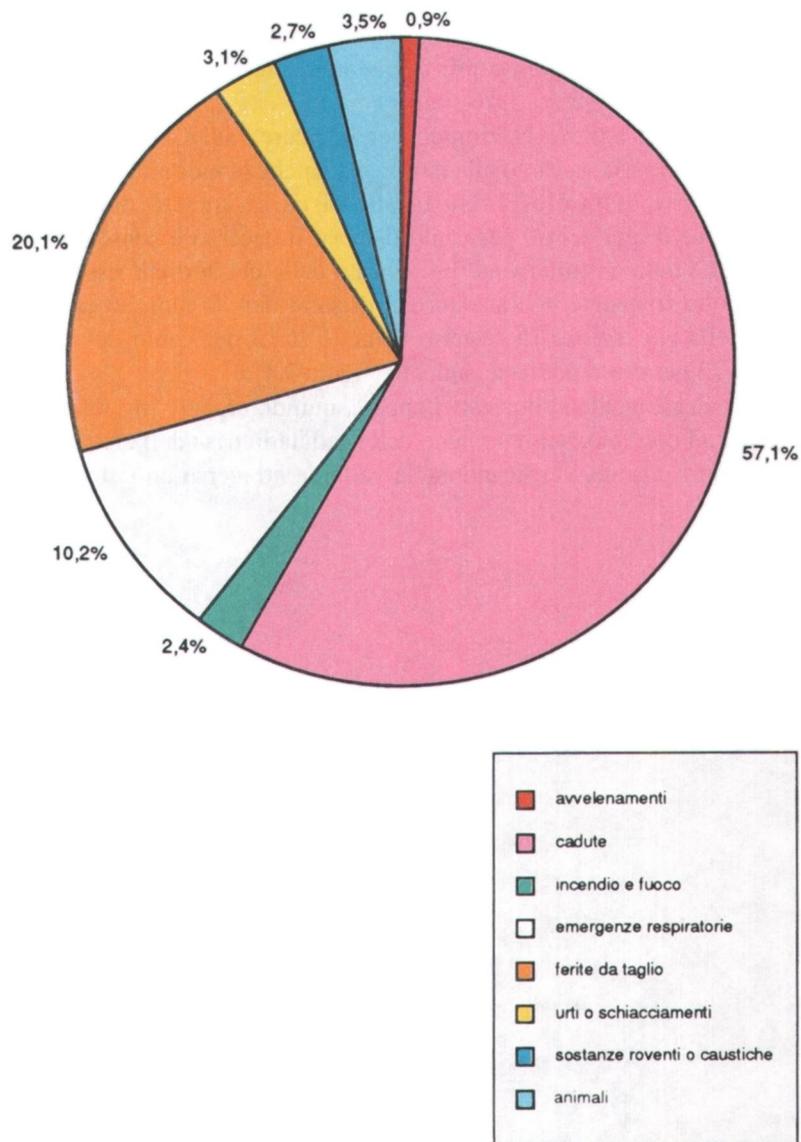
Dai dati attualmente disponibili risulta che circa un quarto delle morti avviene nell'abitazione e che in più del 60 per cento dei casi il decesso è conseguente alla caduta. Quest'ultimo dato è tuttavia fortemente influenzato dalle classi d'età, essendo la morte per caduta evento molto frequente nell'anziano: al di sotto dei 50 anni, ad esempio, le cadute rappresentano nella rilevazione in oggetto soltanto il 15 per cento dei casi, contro, per esempio, circa il 23 per cento per annegamento (figura 3.4).

Anche nel settore degli incidenti domestici appare, quindi, urgente rinforzare le conoscenze epidemiologiche, ad esempio, sul fenomeno della caduta in casa dell'anziano e promuovere azioni mirate di prevenzione, verificandone la validità attraverso un sistema permanente di sorveglianza.

---

**Fig. 3.4 - Incidenti domestici: modalità dell'incidente - Anni 1988/89**

---



---

*Fonte: Dati SISI/Regioni Liguria e Marche - 49.563 casi*

---

## 3.2 Infortuni e malattie in ambienti di lavoro

### 3.2.1 Addetti

vedi paragrafi 1.2.2 e 1.2.3

### 3.2.2 Ore lavorate

Nel 1988 si registrano nell'industria più di 20 mila milioni di ore lavorate mentre nell'agricoltura il totale globale non raggiunge i 4 mila milioni (tavola 3.1 e figura 3.5).

**Tavola 3.1 - Numero di ore lavorate nell'industria e nell'agricoltura - Gestione ordinaria (in migliaia) - Anni 1986-88.**

Grande gruppo di industria	Ore lavorate (1)		
	1986	1987*	1988**
Lavorazioni agricole	702.709	733.699	747.937
Chimica	1.172.093	1.200.692	1.198.911
Costruzioni	2.636.648	2.752.924	2.808.641
Elettricità	327.348	328.886	331.395
Legno e affini	614.091	616.977	611.170
Metallurgica	3.498.301	3.583.659	3.562.602
Mineraria	486.483	479.185	462.844
Tessile e abbig.	1.787.346	1.866.167	1.888.790
Trasporti	1.564.980	1.657.118	1.680.709
Varie	6.051.019	6.742.651	7.144.618
<b>Totale Industria</b>	<b>18.841.018</b>	<b>19.961.958</b>	<b>20.437.617</b>
<b>Agricoltura</b>	<b>3.949.729</b>	<b>3.752.149</b>	<b>3.743.042</b>

(1) Relative a retribuzioni sia effettive che convenzionali, in migliaia di unità

\* Dati provvisori

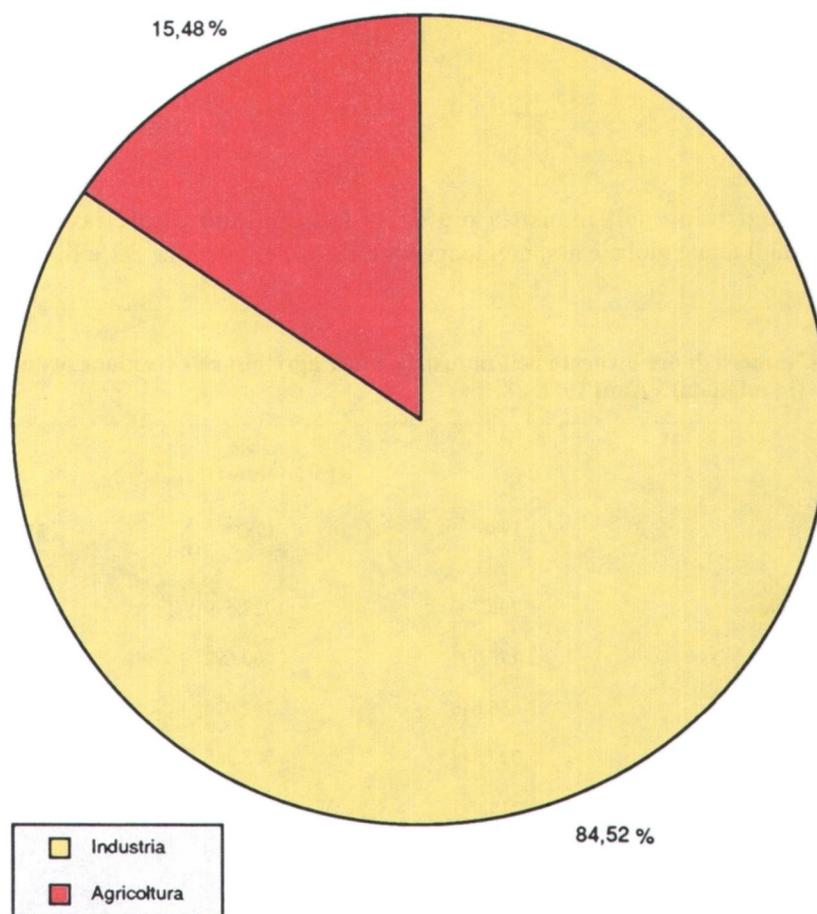
\*\* Dati stimati

Fonte: Istituto Nazionale dell'Assicurazione per gli Infortuni sul Lavoro (INAIL)

---

**Fig. 3.5 - Ore lavorate - Anno 1988**

---



---

*Fonte: Istituto Nazionale dell'Assicurazione per gli Infortuni sul Lavoro*

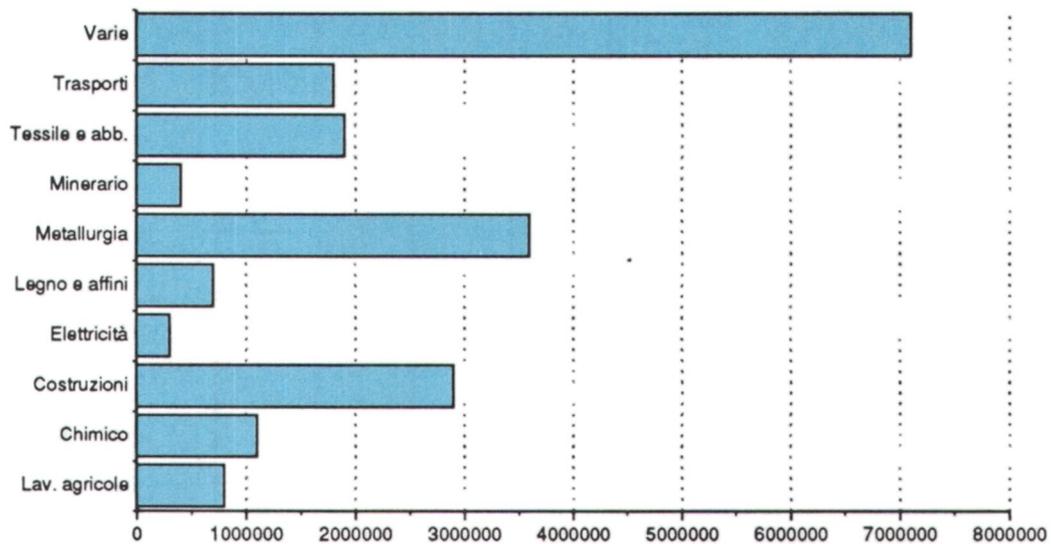
---

Nell'ambito dei settori industriali oltre 7 mila milioni di ore sono state lavorate in quello delle Varie (esercizi pubblici, servizi sanitari e mortuari, spettacoli di divertimento, ecc.); seguono poi la Metallurgia (3.500 mila milioni) e le Costruzioni (2.800 mila milioni) (figura 3.6).

---

**Fig. 3.6 - Ore lavorate per grande gruppo di industria - Anno 1988**

---



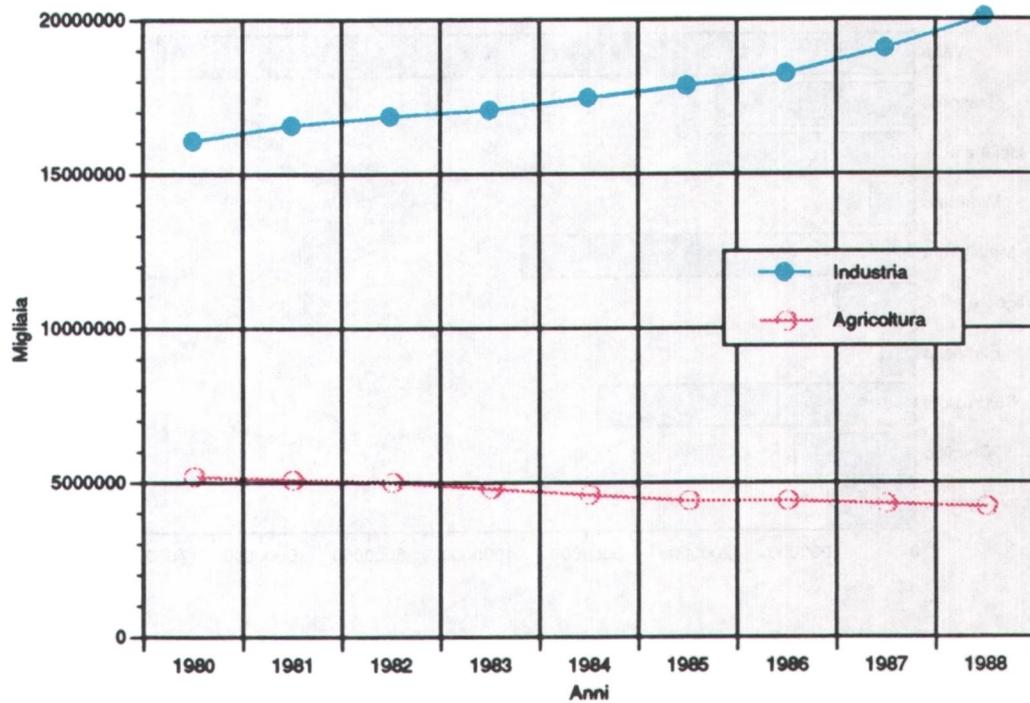
---

*Fonte: Istituto Nazionale dell'Assicurazione per gli Infortuni sul Lavoro*

---

L'andamento delle ore lavorate nell'industria è nettamente crescente (+26,5 per cento tra il 1980 ed il 1988) mentre decrescente è quello nell'agricoltura (-30 per cento) (figura 3.7).

**Fig. 3.7 - Andamento delle ore lavorate secondo il settore di attività.  
Anni 1980-88**



Fonte: Istituto Nazionale dell'Assicurazione per gli Infortuni sul Lavoro

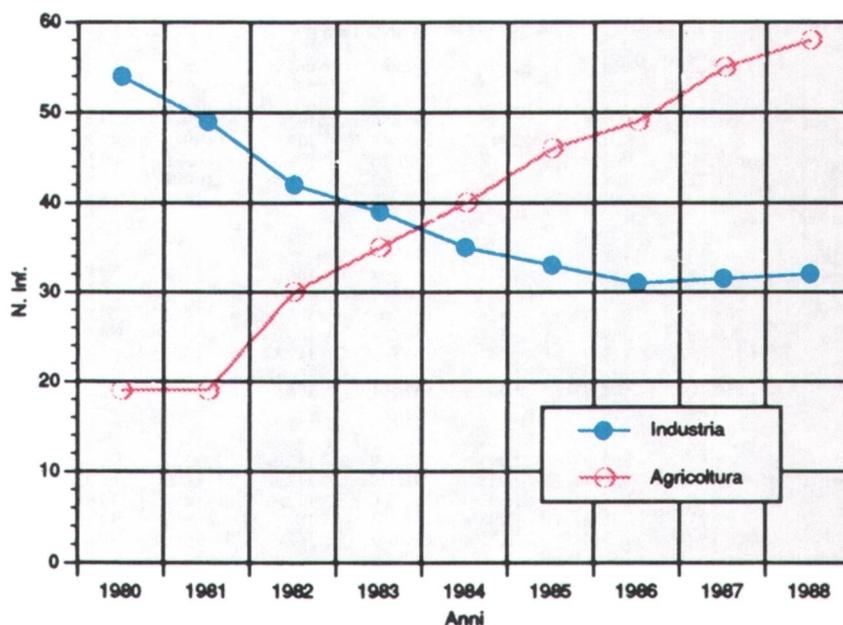


Analizzando invece i dati di competenza dell'INAIL, disponibili fino al 1988, è possibile rilevare quanto segue:

- nell'industria l'andamento sia dei casi d'infortunio definiti che di quelli denunciati nel periodo compreso tra il 1980 ed il 1988 ha subito un significativo decremento (circa il 25 per cento) anche se dal 1986 si rileva che il trend tende a risalire;
- in agricoltura la tendenza del fenomeno infortunistico è decisamente crescente tanto che gli infortuni, nel periodo in esame, si sono raddoppiati.

Molto indicativi a questo proposito sono i trend della frequenza d'infortunio: nel settore industriale, nel 1988, sono stati definiti più di 32 casi d'infortunio per milione di ore lavorate contro i 54 del 1980 mentre nel settore agricolo ai 58 infortuni del 1988 si contrappongono i 19 del 1980 (figura 3.8).

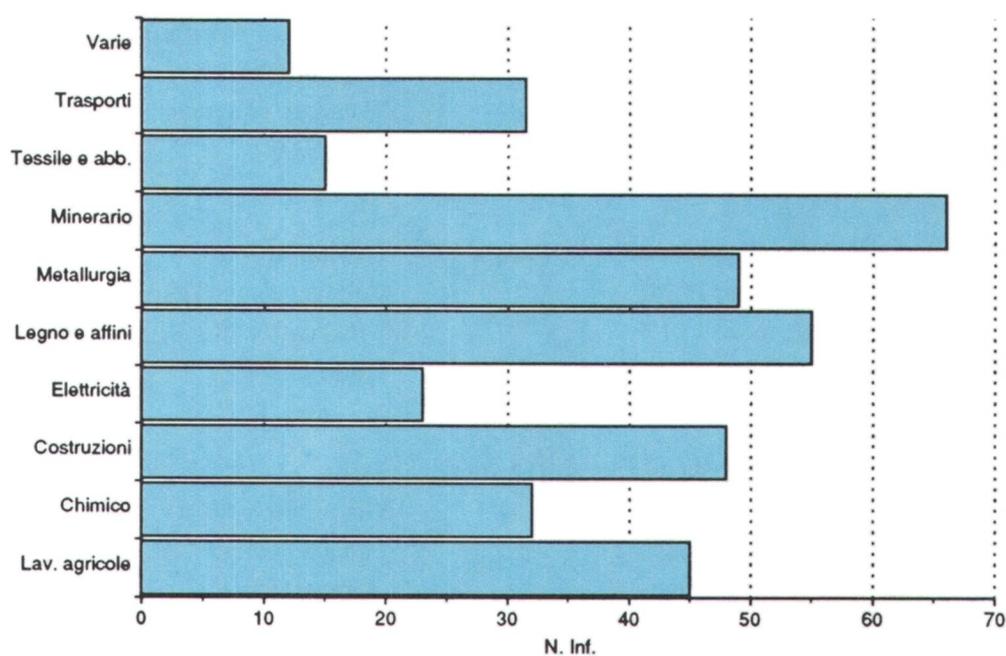
**Fig. 3.8 - Andamento della frequenza degli infortuni per settore di attività. Anni 1980-88.**



Fonte: Istituto Nazionale dell'Assicurazione per gli Infortuni sul Lavoro

I grandi gruppi d'industria nei quali la frequenza d'infortunio supera la media nazionale (31,4 casi per milione di ore lavorate) sono, in ordine decrescente, la Mineraria (67 casi), il Legno e affini (55 casi), le Costruzioni (48 casi), la Metallurgia (48 casi), le Lavorazioni agricole a carattere industriale (45 casi) e la Chimica (33 casi) (figura 3.9).

**Fig. 3.9 - Frequenza degli infortuni per grande gruppo d'industria (per 1.000.000 di ore lavorate) - Anno 1988.**



Fonte: Istituto Nazionale dell'Assicurazione per gli Infortuni sul Lavoro

Il fenomeno infortunistico raggiunge valori elevati nell'industria soprattutto nelle regioni settentrionali e nell'agricoltura in quelle centrali.

La classificazione delle modalità d'infortunio e delle conseguenze, riportata nello schema 3.1, consente di avere un'immagine sintetica delle caratteristiche tipiche della maggior parte degli eventi dannosi.

---

**Schema 3.1 - Principali modalità di accadimento e conseguenze degli infortuni  
(valori percentuali)**

---

<b>Industria</b>		<b>Agricoltura</b>
Materiali, sost. radiazioni: 27,8% Ambiente di lavoro: 22,5% Attrezz., appar.: 13,6% Altri: 36,1%	<b>Agente materiale</b>	Ambiente di lavoro: 32,6% Macchine: 19,9% Materiali, sost. radiazioni: 13,6% Altri: 33,9%
Colpita da/con: 40,4% Caduta: 17,3% Urto contro: 17,1% Altre: 42,2%	<b>Forma</b>	Caduta: 41,3% Colpita da/con: 32% Urto contro: 10,1% Altre: 17,4%
Mano: 37,3% Piede: 6,7% Ochi: 6,2% Altre: 49,8%	<b>Sede lesione</b>	Mano: 22,6% Ginocchio: 9,7% Parete toracica: 7,2% Altre: 60,5%
Ferita: 33,3% Contusione: 30,4% Lussazione: 12,9% Frattura: 12,4% Altre: 22,4%	<b>Natura lesione</b>	Contusione: 32,8% Ferita: 26,6% Frattura: 15,8% Lussazione: 13,2% Altre: 6,2%

---

*Fonte: Istituto Nazionale dell'Assicurazione per gli Infortuni sul Lavoro*

---

Per quanto riguarda le malattie professionali, in entrambi i settori, il fenomeno è in diminuzione anche se nel 1988 si deve registrare una ripresa forse dovuta alla recente sentenza della Corte Costituzionale (n.179/88) che consente l'indennizzo anche delle malattie professionali che pur non tabellate sono di provata eziologia professionale.

Nell'industria i casi più numerosi di tecnopatie denunciati nel 1988 riguardano le ipoacusie (25.008 casi); di minore entità sono le affezioni respiratorie (13.460 casi di cui 7.795 silicosi), le dermatosi (3.324 casi), le intossicazioni da sostanze chimiche (2.963 casi di cui 1.123 dovuti ad acido nitrico, ossidi d'azoto, ammoniaca), le malattie osteoarticolare ed angioneurotiche (2.060) e le intossicazioni da metalli (564 casi di cui 223 da piombo leghe e composti).

Per quanto attiene il settore agricolo le affezioni respiratorie, costituendo oltre il 90 per cento delle denunce di tecnopatie tabellate, risultano la patologia lavorativa più diffusa.

### **3.2.4 Patologie emergenti**

Nella relazione dello scorso anno si è fatto cenno a due problematiche relativamente nuove su cui è andato appuntandosi l'interesse della medicina preventiva, rappresentate dalle radiazioni non ionizzanti (NIR) e dal lavoro con videoterminali (VDT).

Nel primo caso vi è la possibilità che dall'interazione tra NIR ed organismi biologici possono derivare effetti patologici comprendenti anche patologie di tipo neoplastico.

Permangono due trends: da una parte l'incremento delle "dosi" di NIR cui tutti gli uomini sono esposti, conseguente alla continua espansione nell'uso delle tecnologie che utilizzano o producono NIR; dall'altra, l'attenzione della ricerca epidemiologica mirata a cogliere gli "effetti" della esposizione; tali effetti per il fatto di essere privi di una connotazione clinica che permetta di inquadrarli eziologicamente, risultano difficili da individuare e quantificare. Ne consegue una diffusa e, per alcune NIR, preoccupata incertezza che in molti casi ostacola lo sviluppo di adeguate strategie prevenzionali.

Le aree di approfondimento per una migliore conoscenza del problema sono sostanzialmente tre:

- ricerca biologica fondamentale sulle interazioni NIR-organismo;
- mappatura delle condizioni di esposizione e confronto con gli standards attualmente disponibili;
- ricerca epidemiologica su vaste aree di popolazione e/o su gruppi omogenei di esposti a dosi ben quantificate.

Riguardo ai VDT è andata consolidandosi l'evidenza che non esiste un "rischio" da esposizione, in quanto i VDT mancano di una intrinseca pericolosità, bensì una serie di effetti riassumibili nel termine di "discomfort" conseguenti a:

- la configurazione della postazione di lavoro (esistono attualmente standards ben consolidati sulle caratteristiche ottimali del monitor, del tavolo da lavoro, della sedia e della tastiera);
- l'ambiente in cui il lavoro con VDT si svolge, principalmente dal punto di vista illuminotecnico e microclimatico;
- la qualità e la organizzazione del lavoro svolto con il VDT.

Rientra ad esempio nell'ambito di questo ultimo punto l'inserimento di pause programmate all'interno del turno di lavoro che ne interrompano la continuità e permettano di limitare l'insorgenza di fatica posturale e visiva; orientativamente si ritengono adeguate pause della durata di 10 minuti per ogni ora di lavoro continuativo.

Dosando le pause è anche possibile gestire in maniera accettabile dal punto di vista prevenzionale il problema della idoneità lavorativa dei soggetti con deficit rilevanti della funzione visiva.

Due nuovi argomenti possono essere inseriti nell'ambito delle problematiche emergenti: il primo riguarda i pesticidi, il secondo le neoplasie professionali.

Per quanto riguarda i pesticidi è evidente che si tratta di un argomento ampio e articolato, difficilmente sintetizzabile in schemi semplici, quindi si indicano soltanto alcuni punti attualmente in discussione in ambito legislativo:

- non esistono stime valide, in Italia come nella maggior parte degli altri Paesi, del reale impatto sulla salute derivato agli utilizzatori di pesticidi dalla manipolazione di essi durante i trattamenti antiparassitari;
- non esistono strutture adeguate che permettano di orientare gli utilizzatori di pesticidi verso prodotti meno tossici, da adoperare nelle quantità minime possibili ed al momento in cui ve ne sia realmente bisogno;
- manca la certezza che vengano effettuati sistematicamente controlli sui residui di pesticidi che permangono sui vegetali trattati, al momento della loro commercializzazione; viene quindi a mancare la garanzia che le pur rigorose normative italiane sui valori limite di residui siano sistematicamente rispettate;
- non esistono meccanismi automatici di verifica che la registrazione di pesticidi mantenga nel tempo la sua reale validità; in altre parole i prodotti antiparassitari per i quali è stata concessa la registrazione andrebbero periodicamente riesaminati; in modo da verificare che rimangano valide le argomentazioni che ne hanno permesso la commercializzazione, anche alla luce di nuovi dati tossicologici o epidemiologici derivati dal loro uso, o di una ridiscussione sui criteri in base ai quali viene concessa l'autorizzazione.

Su questi temi, a prevalente valenza professionale, si sta sviluppando il dibattito tecnico e politico preliminare al varo di una attesa nuova legislazione.

Il problema dei tumori professionali non è emergente in quanto nuovo, ma per la sua intrinseca gravità.

Si è assistito in questi ultimi anni alla sensibile riduzione della incidenza e/o della gravità di numerose malattie professionali tradizionali, come conseguenza di una maggiore attenzione verso i temi della prevenzione e di un maggior controllo di quei fattori di rischio presenti negli ambienti di lavoro e che manifestano i loro effetti con meccanismi dose-risposta.

Non si ha la possibilità di affermare che un simile favorevole andamento coinvolga anche i fattori di rischio, quali i cancerogeni professionali, che agiscono con meccanismo "stocastico" i quali possono provocare effetti anche a basse concentrazioni ambientali.

Si ha anzi il dubbio che gli effetti di quello che si è sopra definito come "recente maggiore controllo dei fattori di rischio", non siano ancora apprezzabili nel caso delle sostanze cancerogene a causa della latenza, spesso pluridecennale, tra esposizione alla sostanza cancerogena ed evidenza di segni clinici di neoplasia.

In altre parole, il numero verosimilmente crescente di neoplasie professionali che vengono oggi diagnosticate è conseguenza dell'esposizione a fattori di rischio che hanno agito negli

anni '60-'70, quando il controllo dell'inquinamento ambientale, ad esempio da asbesto, da polveri di legno o da altre sostanze chimiche, era lontanissimo dalle situazioni lavorative attuali, sia per carenze tecniche, sia per mancanza di conoscenze tossicologiche adeguate, sia, infine, per il minor controllo istituzionale delle condizioni di lavoro industriale o agricolo.

Un problema recentemente dibattuto riguarda la evidente discrepanza tra il numero di neoplasie causate dal lavoro presumibili in base alle stime ed il numero di neoplasie professionali riconosciute tali in ambito assicurativo.

Se si considera che il 2-4 per cento di tutti i tumori è ritenuto di origine professionale in Italia sarebbero prevedibili alcune migliaia di diagnosi di tumore professionale. L'ordine di grandezza delle denunce di neoplasie pervenute all'INAIL e riconosciute di origine professionale è invece di alcune decine.

Gli elementi che permettono d'interpretare tale vistosa e iniqua discrepanza sono numerosi, coinvolgono solo in parte l'INAIL in quanto non risulta che a quel livello venga effettuata una selezione restrittiva, riguardano invece più direttamente i medici che formulano la diagnosi di tumore professionale solo in un numero di casi molto limitato. Ciò per vari motivi:

- le neoplasie causate da lavoro non hanno alcun elemento clinico che permetta di distinguerle dalle neoplasie "comuni" che insorgono nella popolazione generale non esposta a rischio, pertanto a livello individuale la diagnosi eziologica della neoplasia è, nella maggior parte dei casi, oggettivamente complessa se non impossibile.

- per un numero molto limitato di neoplasie, quali l'angiosarcoma epatico in esposti a cloruro di vinile (ne sono stati diagnosticati in Italia 7 casi nel corso degli ultimi anni) o il mesotelioma pleurico in esposti alla inalazione di fibre di amianto, la diagnosi eziologica è possibile semplicemente sulla base dell'anamnesi.

In entrambe le circostanze, neoplasie analoghe a quelle comuni e neoplasie con caratteristiche "sui generi", l'impegno per la diagnosi eziologica ottenuta tramite la anamnesi lavorativa può essere ottimizzato solo attraverso una approfondita conoscenza dei rischi lavorativi e delle patologie ad essi conseguenti.

E' evidente infine che nel caso dei tumori professionali, al di là del pur importante momento diagnostico, il massimo dell'impegno tecnico-scientifico ed istituzionale deve essere concentrato negli ambiti della prevenzione primaria con l'obiettivo di eliminare tutte le possibili forme di inquinamento ambientale causato da sostanze cancerogene o sospette tali.

### 3.3 I suicidi

#### 3.3.1 Suicidi e tentativi di suicidio

Nel 1989 si sono verificati in Italia 3.620 casi di suicidio dei quali 2.609 tra la popolazione maschile e 1.011 tra quella femminile, con un rapporto percentuale sul numero dei morti, riferito alla popolazione residente, pari allo 0,68 per cento.

Il numero di tentativi di suicidio è stato invece, nel 1989, di 2.269 casi di cui 988 e 1.281 rispettivamente per gli uomini e per le donne.

Rispetto al 1988 il numero di suicidi è diminuito di 190 unità, mentre quello dei tentativi di suicidio di 193 casi.

Analizzando i dati relativi al numero dei suicidi si nota una netta tendenza del sesso maschile con un rapporto di mascolinità del 72,1 per cento rispetto a quello femminile.

L'analisi dei dati riguardanti i tentativi di suicidio evidenzia, invece, il fenomeno inverso a quello sopra detto, confermato dal rapporto di mascolinità che in questo caso è pari al 43,5 per cento.

Da un punto di vista geografico il maggior numero sia di suicidi che di tentativi di suicidi si registra nel Nord-Italia con rispettivamente 2.127 e 1.370 casi; il minor numero invece nell'Italia Centrale (tavola 3.3).

**Tavola 3.3 - Suicidi e tentativi di suicidio per regione - Anno 1989**

Regioni	Suicidi			Tentativi di suicidio		
	M	F	% M/MF	M	F	% M/MF
Piemonte	320	141	69,4	88	95	48,1
Valle d'Aosta	8	2	80,0	-	1	-
Lombardia	463	199	69,9	176	236	42,7
P.A. Bolzano	58	13	81,7	21	20	51,2
P.A. Trento	10	2	83,3	4	3	57,1
Veneto	176	65	73,0	79	83	48,8
Friuli V.G.	76	31	71,0	40	62	39,2
Liguria	119	45	72,6	66	83	44,3
Emilia R.	294	105	73,7	126	187	40,3
Toscana	186	71	72,4	68	76	47,2
Umbria	61	21	74,4	14	8	63,6
Marche	77	29	72,6	25	45	35,7
Lazio	119	59	66,9	44	66	40,0
Abruzzo	48	11	81,4	15	28	34,9
Molise	11	6	64,7	4	1	80,0
Campania	106	45	70,2	33	54	37,9
Puglia	120	41	74,5	43	55	43,9
Basilicata	28	5	84,8	12	12	50,0
Calabria	63	24	72,4	18	18	50,0
Sicilia	168	65	72,1	68	125	35,2
Sardegna	98	31	76,0	44	23	65,7
<b>Italia</b>	<b>2.609</b>	<b>1.011</b>	<b>72,1</b>	<b>988</b>	<b>1.281</b>	<b>43,5</b>
Nord	1.524	603	71,7	600	770	43,8
Centro	443	180	71,1	151	195	43,6
Mezzogiorno	642	228	73,8	237	316	42,9

Fonte: Istituto Nazionale di Statistica - 1990

### ***3.3.2 Suicidi e tentativi di suicidio secondo alcuni caratteri***

La tavola 3.4, che analizza la distribuzione del fenomeno in esame secondo alcuni caratteri mostra il crescere del numero dei suicidi e dei tentativi di suicidio all'aumentare dell'età, per raggiungere la punta massima tra la popolazione anziana con rispettivamente 1.298 e 316 casi in totale.

Secondo lo stato civile il fenomeno del suicidio e del tentativo di suicidio è più frequente tra i coniugati, così come, secondo la condizione professionale, tale fenomeno è più frequente tra la popolazione pensionata; mentre per quanto riguarda l'istruzione è tra le persone con titolo di studio di licenza elementare che si rileva una forte propensione verso tale fenomeno.

Infine, emergono le malattie come movente principale di suicidio e tra queste soprattutto quelle psichiche.

Il mezzo di esecuzione maggiormente usato è l'impiccagione, mentre il suicidio per avvelenamento è meno frequente perché vi è la possibilità di un tempestivo intervento sanitario e quindi attualmente l'avvelenamento è il mezzo con il quale più frequentemente non si muore.

**Tavola 3.4 - Suicidi e tentativi di suicidio secondo alcuni caratteri - Anno 1989**

Carattere	Suicidi			Tentativi di suicidio		
	Maschi	Femmine	% M/MF	Maschi	Femmine	% M/MF
<b>Età</b>						
Fino a 13 anni	5	1	83,3	2	5	28,6
14-17 anni	35	16	68,6	20	97	17,1
18-24 anni	186	43	81,2	154	242	38,9
25-44 anni	644	228	73,9	397	483	45,1
45-64 anni	834	330	71,6	260	293	47,0
65 anni e oltre	905	393	69,7	155	161	49,1
<b>Stato civile</b>						
Celib e nubili	844	220	79,3	468	541	46,4
Coniugati	1.276	459	73,5	370	513	41,9
Vedovi	349	290	54,6	64	117	35,4
Separati o già coniugati	140	42	76,9	86	110	43,9
<b>Condizione</b>						
Occupato	953	133	87,8	392	244	61,6
Ricerca nuova occupazione	137	14	90,7	119	51	70,0
In cerca di prima occupazione	-	11	89,6	109	73	59,9
Casalinga	95	474	-	-	594	-
Studente	88	19	82,2	33	120	21,6
Militare di leva	8	-	100,0	9	-	100,0
Persona ritirata dal lavoro	1.181	324	78,	251	154	62,0
Inabile	133	35	79,2	56	33	62,9
Non indicata	14	1	93,3	19	12	61,3
<b>Settore di attività</b>						
Agricoltura	187	9	95,4	48	10	82,8
Industria	206	13	94,1	102	35	74,5
Altre attività	747	127	85,5	426	277	60,6
<b>Posizione</b>						
Imprenditore o libero professionista	71	6	92,2	26	3	89,7
Lavoratore in proprio	318	24	93,0	114	34	77,0
Dirigente o impiegato	148	51	74,4	51	70	42,1
Operaio o coadiuvante	602	68	89,9	385	215	64,2
<b>Istruzione</b>						
Analfabeta	210	101	67,5	55	75	42,3
Licenza elementare	1.196	519	69,7	321	374	46,2
Licenza media inferiore	911	286	76,1	496	691	41,8
Licenza superiore e laurea	292	105	73,6	116	141	45,1
<b>Movente</b>						
Malattie	1.392	690	66,9	522	692	43,0
fisiche	431	119	78,4	57	62	47,9
psichiche	961	571	62,7	465	630	42,5
Motivi affettivi	152	48	76,0	178	260	40,6
Motivi d'onore	10	3	76,9	7	10	41,2
Motivi economici	64	7	90,1	50	23	68,5
Ignoto	991	263	79,0	231	296	43,8
<b>Mezzo di esecuzione</b>						
Avvelenamento	87	75	53,7	282	675	29,5
Asfissia da gas	102	19	84,3	59	30	66,3
Impiccagione	874	184	82,6	60	17	77,9
Arma	447	47	90,5	239	126	65,5
da taglio	39	22	63,9	186	122	60,4
da fuoco	408	25	94,2	53	4	93,0
Precipitazione	421	375	52,9	135	164	45,2
Annegamento	179	132	57,6	21	35	37,5
Investimento	60	38	61,2	14	10	58,3
<b>Altri</b>	<b>439</b>	<b>141</b>	<b>75,7</b>	<b>178</b>	<b>224</b>	<b>44,3</b>

Fonte: Istituto Nazionale di Statistica - 1990

## Capitolo 4 “Le abitudini di vita”

### *Gli Obiettivi OMS*

**Obiettivo n. 13**

*“Entro il 1990 la politica nazionale dovrebbe far sì che gli apparati legislativi, amministrativi ed economici assicurino un ampio supporto intersettoriale e mezzi sufficienti per promuovere modi di vita sani, garantendo nel contempo a tutti i livelli una effettiva partecipazione della popolazione all’elaborazione di queste politiche”.*

**Obiettivo n. 14**

*“Entro il 1990 si dovrebbero avere programmi che valorizzino il ruolo della famiglia e di altri gruppi sociali nello sviluppo e nel miglioramento dell’igiene di vita”.*

**Obiettivo n. 15**

*“Entro il 1990 si dovrebbero attuare programmi educativi per sollecitare nella popolazione la conoscenza, le capacità e le necessarie motivazioni intese a preservare la salute”.*

**Obiettivo n. 16**

*“Entro il 1995 si dovrebbero conseguire notevoli progressi nella diffusione di comportamenti positivi per la salute: alimentazione equilibrata, non fumare, sufficiente attività fisica e buona gestione delle tensioni”.*

**Obiettivo n. 17**

*“Entro il 1995 si dovrebbe ottenere una sensibile diminuzione dei comportamenti dannosi alla salute: abuso di alcool e di farmaci, uso di stupefacenti e di sostanze chimiche dannose, guida pericolosa e comportamenti sociali violenti”.*

PAGINA BIANCA

## *Il panorama italiano*

Il recepimento dell'obiettivo della sensibilizzazione dell'opinione pubblica al tema generale dell'educazione sanitaria ed a problematiche specifiche quali l'AIDS, la droga, l'alimentazione, il tabagismo e l'alcolismo è testimoniato dalle numerose iniziative a livello sia nazionale che locale.

La diversità delle metodologie usate e degli enti patrocinatori delle iniziative ha contribuito alla divulgazione capillare delle informazioni. La partecipazione effettiva dei cittadini all'elaborazione di programmi di promozione della salute, è rimasta, invece, allo stato embrionale, stante la persistenza di un'opinione secondo la quale i destinatari dell'informazione sono soggetti solo passivi dei vari programmi. E' pertanto auspicabile, per il futuro, una maggiore partecipazione della popolazione soprattutto alle iniziative a livello nazionale. Particolarmente attiva nel settore della promozione della salute è stata la scuola: nel corso del 1989, numerosi sono stati i seminari, le campagne e tutta una serie di micro-iniziativa a livello di istituto e di distretto scolastico.

Per quanto riguarda il tabagismo, si registra in Italia un decremento dei consumi, in particolare tra i giovani. Nel 1989 l'indagine Eurisko ha stimato in circa 14,5 milioni gli italiani fumatori; di questi, 5 consumano più di 20 sigarette al giorno. L'analisi relativa all'uso delle bevande alcoliche rileva che, nonostante la recessione registrata negli ultimi anni, il consumo di alcol attribuito alla popolazione italiana è fra i più elevati in Europa. Per quanto riguarda l'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope si registra un progressivo aggravarsi del fenomeno, testimoniato, tra l'altro, da un incremento dei decessi per uso di droga (972 decessi nel 1989 contro gli 809 dell'88). Le abitudini alimentari e la situazione nutrizionale sono in Italia molto diversificate a livello territoriale e fra gruppi di popolazione della stessa zona. La linea di tendenza comune consiste in un eccessivo consumo di alimenti rispetto alle reali necessità fisiologiche in un crescente numero di persone e in una diffusa presenza di squilibri nutrizionali. Emerge, quindi, la necessità di un impegno maggiore e uno sforzo mirato soprattutto nel campo della prevenzione e dell'educazione sanitaria.

PAGINA BIANCA

## CAPITOLO 4 “LE ABITUDINI DI VITA”

### 4.1 Educazione sanitaria e promozione della salute

Il ruolo di centralità che le problematiche di salute assegnano all'educazione sanitaria per la difesa e la promozione della salute, spinge a consolidare e sviluppare, in maniera più incisiva e determinante, l'impegno per attività di educazione sanitaria nei vari livelli del Servizio Sanitario Nazionale.

E' un impegno che oggi ha peraltro bisogno di accogliere, nella sua concretizzazione, elementi emergenti nella nostra società. Fra questi si richiamano, per importanza prioritaria:

- il formarsi di movimenti di opinione per la tutela dell'ambiente;
- lo sviluppo di associazioni di volontariato che su differenti terreni interagiscono per la promozione della salute;
- l'affermarsi del ruolo dei mass media nell'orientare l'opinione pubblica sui temi della salute;
- la mobilità territoriale ed il fenomeno dell'immigrazione in particolare;
- l'assunzione dell'educazione alla salute come terreno educativo da parte della scuola.

Tutto ciò richiede alla struttura sanitaria di attrezzarsi per risposte sempre più puntuali e chiare, di muoversi in un'ottica di promozione e di integrazione delle risorse educative esterne.

L'evidenza di soggetti e di agenzie educative differenti, la constatazione di bisogni di intervento non sempre di facile identificazione, in una società di rapidi cambiamenti, impongono per l'educazione sanitaria e in maniera sempre più inderogabile, il superamento di una prassi di spontaneismo ed occasionalità degli interventi ed il perseguimento di attività programmate e attente all'apertura di spazi di partecipazione territoriali.

#### *4.1.1 L'attuazione dell'educazione sanitaria nel quadro dell'Assistenza Sanitaria di Base*

Il legame tra i momenti di pianificazione adottati dalle varie Regioni e l'organizzazione e la metodologia di applicazione delle educazioni sanitarie all'interno dei servizi e sui territori rappresenta un importante terreno di analisi per la definizione dei problemi e delle prospettive delle stesse. Si richiamano in proposito le considerazioni conclusive della ricerca condotta dal CIES (Comitato Italiano per l'Educazione Sanitaria) negli anni 1986-87 in un campione di USL delle Regioni che avevano approvato i rispettivi Piani socio-sanitari regionali alla data del 31 dicembre 1985.

Pur con i limiti dettati dai Piani approvati in periodo successivo, lo studio non ha analoghi più recenti e comunque è in grado di offrire a tutt'oggi considerazioni confermate dalla letteratura e dalle diverse occasioni di incontri nazionali sull'educazione sanitaria.

Sul piano organizzativo, si hanno precise indicazioni sull'importanza attribuita all'educazione sanitaria nelle USL: la presenza di strutture specifiche, di équipes, l'affermazione della figura del referente ed il suo affiancamento con gruppi di lavoro formati da personale qualificato in materia testimoniano una direzione di lavoro chiaramente individuata. Siamo tuttavia ben lontani dall'averne una rete di strutture organizzative che copra l'intero Paese.

Nelle USL in cui questo non è potuto avvenire, tra le cause individuate assume rilevanza il carico di impegni che, specie in quelle minori, si concentra su particolari figure; più in generale, però emergono anche elementi maggiormente negativi, tali da evidenziare una mancata affermazione della consapevolezza sul ruolo dell'educazione sanitaria.

Una certa frammentarietà è rilevabile nel coordinamento tra i vari livelli (con la Regione, tra le USL della stessa regione, all'interno della stessa USL e soprattutto con il livello di base).

Buona e generalmente diffusa è la presenza di materiali, sussidi, per il supporto tecnico alle attività di educazione sanitaria; mentre carenze sono rilevabili nella disponibilità di apparecchiature che ne permettano l'utilizzazione. Certo, vi è una sensibile quota di USL che denuncia l'obsolescenza e/o l'inadeguatezza dei materiali prodotti dai livelli centrali, rispetto alle esigenze operative locali, lasciando prospettare la necessità di adeguare le capacità di elaborazione in loco.

Sul piano della formazione del personale emerge una diffusa sensibilità ed un attivismo che vede coinvolte le USL di varie dimensioni, in modo generalmente omogeneo.

Prevalgono le attività di formazione di base che sono rivolte per lo più ad operatori socio sanitari, con una presenza sensibile anche di operatori scolastici.

Più della metà delle USL intervistate afferma di lavorare secondo i criteri della programmazione, sembra una risposta un po' fideistica, più che realmente pratica.

E' infatti doloroso rilevare quanto frequentemente insoddisfacente o addirittura inesistente sia giudicato il livello di interazione tra strutture di base e partecipative nella stesura dei programmi, il che ci induce a considerare pressochè inesistente il carattere partecipato della programmazione.

In generale è l'USL che proietta sul territorio programmi definiti senza l'attivazione della partecipazione e ciò sembra costituire un comportamento comune alle varie classi di USL.

Il centralismo, il dirigismo, ma anche l'incapacità a programmare, organizzare, inventare il proprio lavoro sono gli elementi negativi da rimuovere.

Per converso i distretti hanno per lo più un livello di autonomia ritenuto soddisfacente in sede di attuazione dei programmi.

Sul fronte delle interazioni con strutture o istituzioni extrasanitarie, plebiscitaria risulta la scelta di lavorare con il mondo della scuola, consistente è l'attività portata avanti insieme al mondo del lavoro, rilevante quella svolta con organismi responsabili di attività sportive.

Per la scuola, l'interlocutore più frequente è rappresentato dalle direzioni didattiche, mentre significativa è l'interazione avviata con i distretti scolastici; molti sono i programmi di educazione sanitaria elaborati con queste strutture e vertono per lo più su specifici temi di intervento; meno frequentemente sulla formazione del personale.

Sempre per l'educazione sanitaria nel mondo della scuola emerge che i temi degli interventi su argomenti specifici sono individuati più frequentemente in seguito ad un'analisi dei bisogni, che viene per lo più svolta unitamente da insegnanti ed operatori socio-sanitari; e ancora, gli interventi di educazione sanitaria nella scuola sono svolti, nella maggior parte dei casi, in modo da costituire un intervento di supporto agli operatori scolastici.

Le risposte ottenute sulle modalità di valutazione dell'educazione sanitaria costituiscono un altro punctum dolens, insieme alla partecipazione.

Circa un terzo delle USL intervistate affermano di effettuare una qualche attività di valutazione, mentre la metà aveva dichiarato di lavorare con il metodo della

programmazione. Alla richiesta di esemplificazioni le USL hanno preferito glissare sull'argomento, talché sono pochissimi gli esempi pertinenti raccolti dalle interviste.

D'altra parte le USL che non valutano la propria attività di educazione sanitaria, dichiarano che le difficoltà nascono dalla carenza di metodi e strumenti per tale attività e, in subordine, dalla mancanza di cultura specifica degli operatori.

In conclusione, l'impressione che si trae è quella di un'educazione sanitaria "in mezzo al guado", dove l'opzione per soluzioni organizzative adeguate non ha prodotto, per motivi dovuti anche al contesto applicativo, paralleli risultati sul piano metodologico.

La partecipazione, se si esclude l'eccezione del mondo della scuola, è ancora la grande assente nell'attività di educazione sanitaria e questo pesa indubbiamente sull'efficacia complessiva di essa.

Dall'analisi complessiva dei dati, ci sembra che possano emergere tre ordini di indicazioni operative. Deve essere tradotto in realtà il concetto che l'educazione sanitaria ha bisogno di essere organizzata, a livello centrale, con proprio personale, mezzi e strumenti adeguati. Tutti convergono sulla necessità di creare una struttura con funzioni di indirizzo, coordinamento, stimolo, valutazione, supporto e assistenza tecnica agli operatori periferici.

La seconda indicazione che emerge dalla ricerca è quella della necessità di un maggiore sforzo nella formazione. Oggettivamente, si fa poca formazione in generale, e mentre alcune regioni si sono rivolte alle capacità del Centro Sperimentale, dell'Istituto Superiore di Sanità e di altri organismi per formare soprattutto tecnici del livello centrale, appare forte il bisogno di formazione per gli operatori periferici, soprattutto per quanto attiene i problemi metodologici, non tanto sui contenuti.

Terzo punto, occorre che politici e tecnici, nel servizio sanitario, assumano con maggior forza l'educazione sanitaria come un impegno che non è fatto solo di mezzi finanziari, personale o di supporti tecnici ma come modo di gestire il servizio, l'intero comparto delle strutture socio-sanitarie di cui disponiamo, come progettualità di tutti i livelli.

#### ***4.1.2 Iniziative nazionali e locali di educazione sanitaria***

La fonte di documentazione principale per l'educazione sanitaria è rappresentata dal Sendes (Servizio Nazionale di Documentazione per l'Educazione Sanitaria) e ad esso si rimanda per il recupero della globalità delle iniziative, precisando che le informazioni immediatamente disponibili sono quelle relative ad esperienze pubblicate o direttamente segnalate dai relativi responsabili a tale servizio.

Quanto segue si limita a riportare alcuni fra gli interventi di maggiore o di particolare significato nell'ambito delle tendenze di contenuto o di metodologia dell'educazione sanitaria.

Nell'ambito delle attività del Ministero della Sanità si richiamano:

- la campagna di prevenzione dell'AIDS per la quale sono stati predisposti sussidi informativi di diversa tipologia, di diversa destinazione (popolazione e suoi target specifici, operatori sanitari), di diversa distribuzione (mass media, servizi);
- la campagna straordinaria di educazione alimentare e di informazione dei consumatori che, accanto alle azioni pubblicitarie, ha previsto un'attività di costruzione dell'opinione rivolta agli operatori dei diversi livelli del SSN.

Nell'ambito delle attività svolte dal Ministero della Pubblica Istruzione nel settore dell'educazione sanitaria si segnalano:

- la pubblicazione "Educare per prevenire: idee guida, indicazioni normative e strumenti operativi (1976-1989)", un quadro sinottico dei principali contributi di relatori e di gruppi di lavoro alla definizione delle linee operative nel settore dell'educazione sanitaria e della prevenzione delle tossicodipendenze;
- il XII Corso di Aggiornamento "Educare per prevenire: continuità ed innovazioni di fronte alle emergenze" (Fiuggi, 1-5 Maggio 1989), destinato ai docenti utilizzati presso i Provveditorati agli Studi per l'educazione alla salute e la prevenzione delle tossicodipendenze ed ai Sovrintendenti scolastici nella loro funzione di rappresentanti gli organi periferici del Ministero della Pubblica Istruzione negli organismi sanitari regionali;
- un seminario nazionale per un'azione di sensibilizzazione e di formazione del personale ispettivo (Roma, Dicembre 1989), finalizzato a fornire gli strumenti idonei a condurre, negli istituti scolastici, opera di assistenza e supporto per la realizzazione di iniziative didattiche per la prevenzione delle tossicodipendenze, nell'ambito di un più vasto programma di educazione sanitaria.

Le attività delle Regioni sono fondamentalmente riconducibili alla prevenzione dell'AIDS, all'educazione alimentare, alla prevenzione degli incidenti, alle vaccinazioni facoltative.

Fra queste si richiamano:

- i programmi di informazione e di educazione sanitaria contro l'AIDS della Provincia Autonoma di Bolzano, della Regione Lombardia, della Regione Toscana. Seppure con scelte di realizzazione diverse, tali programmi hanno considerato, accanto alla necessità di mettere a disposizione una differente tipologia di sussidi, quella di favorire l'attuazione di interventi educativi territoriali da parte degli operatori socio-sanitari e di coinvolgere gli insegnanti delle scuole medie superiori;
- i programmi di educazione alimentare nelle Regioni Lombardia ed Emilia Romagna che hanno registrato un importante impegno degli Assessorati all'Agricoltura e Alimentazione;
- i programmi di prevenzione degli incidenti in Toscana e in Emilia Romagna che hanno visto l'integrazione di momenti di indagine epidemiologica, di formazione degli operatori impegnati nella campagna, di educazione sanitaria della popolazione in generale e di quella scolastica;
- le campagne per la prevenzione delle malattie infettive soggette a vaccinazione facoltativa nelle Regioni Umbria e Toscana; la campagna di eradicazione dell'echinococcosi nella Regione Sardegna;
- il consolidamento dei Centri di Documentazione sui rischi e danni da lavoro in Toscana (CEDOC), in Liguria (CID), a Bologna (SEDI). L'impegno delle tre Regioni per la pubblicazione di un nuovo notiziario: "Lavoro e Salute".
- le attività di formazione in educazione sanitaria per responsabili di educazione sanitaria di USL della Regione Calabria. Le attività di formazione in educazione sanitaria per operatori socio-sanitari e scolastici della Provincia Autonoma di Bolzano.

Per le iniziative condotte dalle USL la quantità e la diversità delle scelte di intervento rendono impraticabile una segnalazione rappresentativa. Solo a titolo esemplificativo si richiamano:

- l'elaborazione, la sperimentazione e la valutazione di modelli di intervento di educazione sanitaria per la prevenzione dell'infezione da HIV fra i tossicodipendenti di una USL di Verona;

- il convegno promosso dalla USL n. 64 di Monza sulla "educazione alla salute nella scuola" nell'ambito del progetto "vivere la nostra salute" in sperimentazione nelle scuole dell'obbligo del Distretto scolastico n. 63;
- il "Progetto Salute" coordinato dalla USL n. 27 di Bologna: educazione alimentare, prevenzione dentale, prevenzione incidenti;
- uno "scaffale della salute": iniziativa avviata dalla USL n. 13 (Asolo) del Veneto già dall'85, che ha visto destinare alle biblioteche del territorio materiale di informazione sanitaria non solo per la popolazione fruitrice delle biblioteche, ma anche allo scopo di utilizzarlo per l'educazione sanitaria attraverso collaborazioni e canali disponibili nel territorio.

Nell'ambito delle attività promosse dall'Università si richiama:

- il convegno "Per una cultura della salute", sul filone delle celebrazioni del centenario della legge Crispi-Pagliani, organizzato dalla Scuola di Specializzazione di Igiene dell'Università di Padova, in collaborazione con il Comune e la USL n. 21, (Padova 14 Gennaio 1989);
- il II seminario nazionale di studi sulla fluoroprofilassi della carie dentale organizzato dal Dipartimento di Igiene dell'Università di Perugia (Perugia 17 Marzo 1989);
- workshop internazionale su Educazione Sanitaria nelle Facoltà Mediche; organizzato a Perugia dall'OMS, CSES (Centro Sperimentale per l'E.S.) e UIES (Unione Internazionale per l'E.S.);
- il corso annuale di perfezionamento in educazione sanitaria per responsabili di E.S., organizzato dal Centro Sperimentale per l'E.S.;
- il IV Incontro estivo di E.S. sul tema "Il consultorio tra storia e prospettive - Bisogni dell'utenza, percorsi educativi, professionalità" organizzato dal Centro Sperimentale per l'E.S. (Perugia 11-16 Settembre 1989);
- la celebrazione del centesimo fascicolo della rivista del Centro Sperimentale per l'E.S. "La salute umana" con l'organizzazione di una tavola rotonda sul tema "Educazione Sanitaria e Informazione".

Fra le attività di Enti e Associazioni si segnalano:

- la mostra itinerante sulla prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori (Genova 14 Febbraio - 4 Marzo) organizzato dalla Lega Italiana per la lotta contro il cancro, l'Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, la Regione Liguria;
- l'adesione del Comune di Padova al progetto dell'OMS denominato "Città Sane";
- il concorso internazionale per le scuole secondarie riguardante programmi di educazione sanitaria sul personal computer, indetto dall'Ufficio Europeo dell'UIES in preparazione alla 2<sup>a</sup> Conferenza Europea di E.S.;
- la mostra sulle esperienze di educazione alla salute per prevenire la dipendenza alcolica e favorire un corretto rapporto con la sostanza (una raccolta di lavori realizzati dalle scuole negli anni scolastici 1987/88/89); organizzata dall'AIES Piemonte (Associazione Italiana di E.S.) con l'Università, il Comune, il Provveditorato, la USL/TO 1.
- Le iniziative di sensibilizzazione alla donazione del sangue e all'educazione alla salute organizzate dall'AVIS sul territorio nazionale per insegnanti.
- Le iniziative di sensibilizzazione e formazione in educazione sanitaria per insegnanti; le iniziative su temi vari organizzati nel proprio territorio dalla Sezione dell'AIES del Piemonte, della Lombardia e della Campania;
- La produzione e la distribuzione di materiale informativo per la prevenzione dell'AIDS dell'ARCI gay.

- La produzione e la distribuzione di materiale informativo su vari temi del SIES Farmacie Comunali italiane, Reggio Emilia.
- Le iniziative di educazione sanitaria per la prevenzione dei tumori nell'ambito del Programma "Europa contro il cancro" organizzate da soggetti diversi e dalla Lega Italiana per la lotta contro i tumori in particolare.
- Il programma di prevenzione delle malattie cardiovascolari dell'ASSILS (Associazione per l'Assistenza Sanitaria Integrativa ai Lavoratori SIP).

## 4.2 Alimentazione e nutrizione

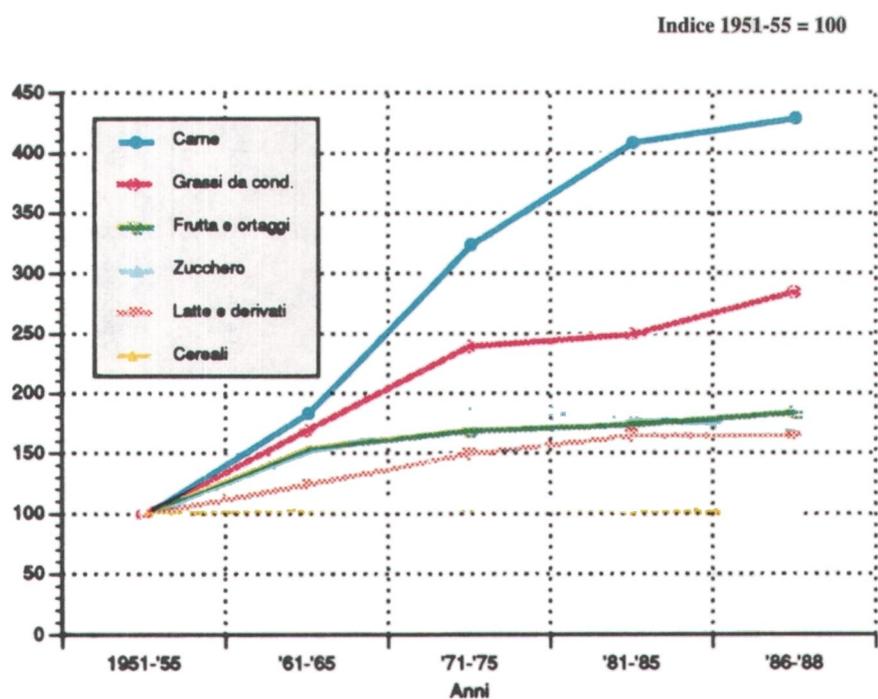
Benché sussistano incertezze nel merito di alcune specifiche connessioni, la relazione fra dieta e salute è ben accertata. E' noto, infatti, che un'alimentazione errata, unitamente ad altri fattori, predispone l'organismo umano ad una serie di patologie che rappresentano le principali cause di mortalità e morbosità oggi in Europa.

Le malattie per la cui prevenzione la nutrizione assume un ruolo importante includono, in particolare, le malattie cardiovascolari e alcuni tipi di tumori.

La dieta ha un ruolo fondamentale anche nella prevenzione di numerose altre situazioni a rischio quali, ad esempio, l'obesità, l'ipertensione, l'osteoporosi, alcune malattie del ricambio, le malattie che derivano dalla carenza di particolari nutrienti nonché le allergie e le intolleranze alimentari.

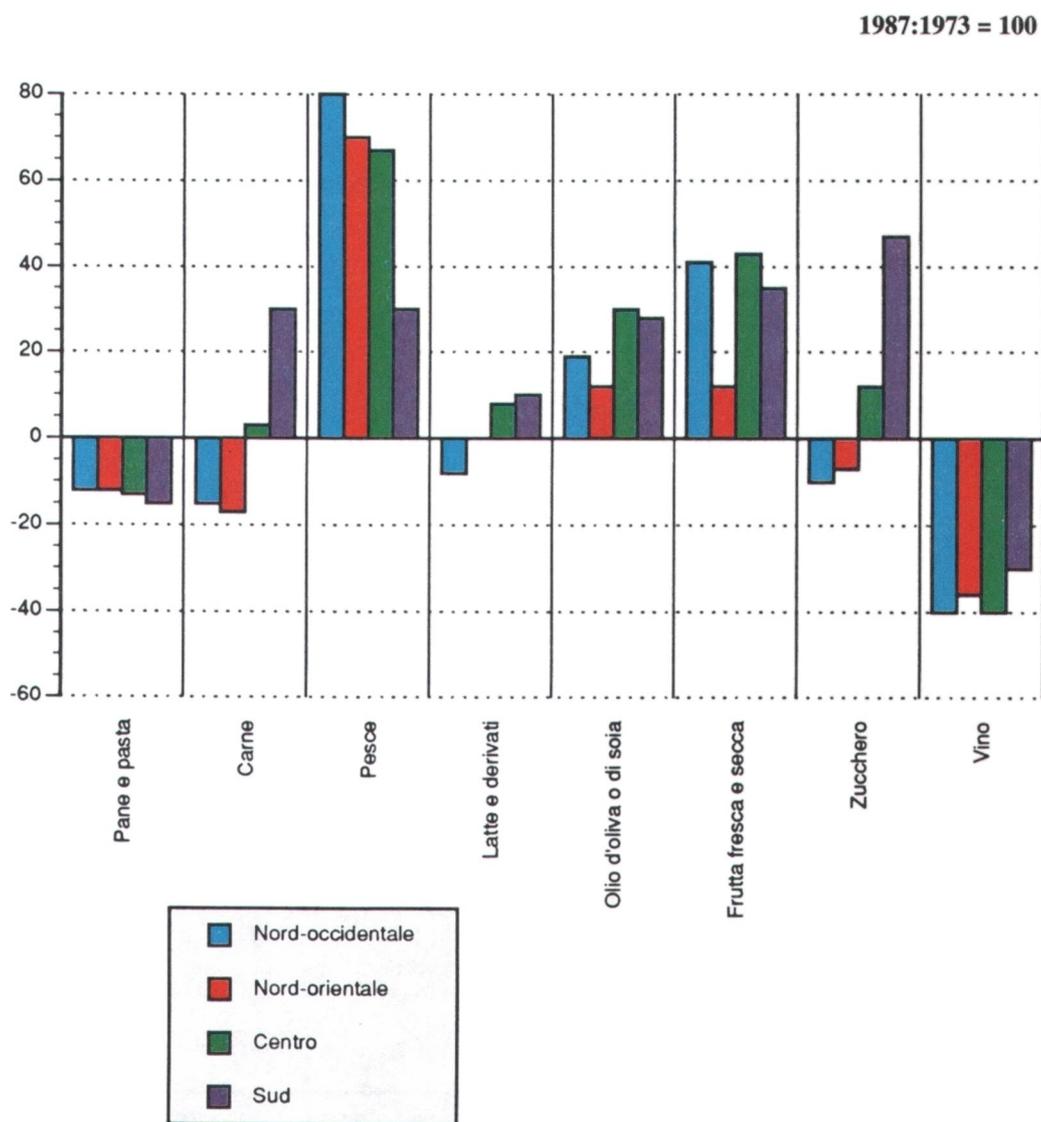
Benché la situazione nutrizionale sia in Italia molto diversificata a livello territoriale e fra gruppi diversi di popolazioni della stessa zona, è possibile identificare alcuni problemi e linee di tendenza comuni (figure 4.1 e 4.2).

**Fig. 4.1 - Evoluzione dei consumi alimentari in Italia - Anni 1951-88**



Fonte: Elaborazione Istituto Nazionale della Nutrizione su dati dell'Istituto Nazionale di Statistica

Fig. 4.2 - Variazione di consumo dei principali alimenti nelle diverse aree geografiche



Fonte: Elaborazione Istituto Nazionale della Nutrizione su dati dell'Istituto Nazionale di Statistica

In primo luogo, si può rilevare che il consumo di alimenti tende ad essere eccessivo rispetto alle necessità fisiologiche in un crescente numero di persone. In secondo luogo, sono sempre più diffusi gli squilibri nutrizionali associati all'eccessiva ingestione di alcool, grassi saturi e sale e all'insufficiente assunzione di fibre dietetiche e carboidrati complessi. Non mancano, infine, a livello di significativi gruppi di popolazioni, casi di carenza di alcune vitamine e oligominerali.

L'importanza degli aspetti nutrizionali assume una connotazione del tutto particolare se essi vengono esaminati in relazione a diverse condizioni fisiologiche quali, ad esempio, quelle peculiari della donna durante la gravidanza e l'allattamento, dei bambini e degli adolescenti. I problemi nutrizionali della terza età, che per lungo tempo sono stati relativamente trascurati, sono oggi in tutta evidenza a causa delle variazioni demografiche in atto in Europa, che lasciano prevedere un imponente aumento della popolazione anziana nel medio termine.

#### ***4.2.1 Malattie da carenze nutrizionali***

Le carenze di nutrienti che più frequentemente si registrano in Italia riguardano i minerali e le vitamine.

##### ***Gozzo e altre malattie dovute a carenza di iodio***

Lo iodio è un oligoelemento indispensabile all'organismo in quanto componente essenziale degli ormoni tiroidei necessari per il normale sviluppo somatico e psichico.

Lo iodio introdotto nell'organismo proviene principalmente dagli alimenti e solo in piccola parte dall'acqua potabile.

Quando l'ambiente (acque e suolo) è povero di iodio gli alimenti vegetali ed animali risultano anch'essi poveri di iodio e si viene a stabilire uno stato di carenza iodica nell'uomo. Il fabbisogno di iodio per l'adulto è di 150-200 µg al giorno; stati di lieve, media e grave carenza iodica si verificano quando l'apporto di iodio risulta rispettivamente inferiore a 100, 50 e 25 µg al giorno.

La carenza di iodio è causa di condizioni morbose di varia gravità, dette malattie da deficienza iodica.

Tra queste condizioni la più frequente è il gozzo.

La presenza del gozzo endemico (oltre il 10 per cento della popolazione colpita) è stata ampiamente documentata in tutte le regioni dell'arco alpino: Val d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia. A queste vanno aggiunte vaste aree disseminate lungo tutta la dorsale appenninica.

Con l'estendersi delle indagini epidemiologiche è divenuto sempre più evidente che, in pratica, nessuna Regione può dirsi esente.

In genere le aree extraurbane sono molto più colpite di quelle urbane.

Nella tavola 4.1 sono riportati i risultati di alcune delle indagini epidemiologiche più significative basate sulla rilevazione dell'escrezione urinaria di iodio (ioduria).

Poiché lo iodio escreto con le urine deriva totalmente da quello introdotto con la dieta, questa misura riflette con buona approssimazione il regime di iodio contenuto negli alimenti consumati in una determinata area.

**Tavola 4.1 - Risultati delle indagini epidemiologiche sull'incidenza del gozzo in zone endemiche e zone di controllo**

<b>Zone endemiche</b>			
<b>Regione</b>	<b>N.ro soggetti</b>	<b>% di gozzo</b>	<b>Ioduria (1)</b>
Toscana	5.820	65	40 *
Emilia	1.218	65	59 *
Marche	713	60	51 *
Piemonte e Val d'Aosta (2)	25.581	15	48 *
Trentino	1.268	48	25 *
Alto Adige	204	66	35 *
Calabria	963	55	< 7 **
Abruzzo	--	47	39 *
Sicilia	5.552	50	31 ***
Puglia	--	48	57 *
Sardegna	1.232	40	66 *

<b>Zone di controllo</b>			
<b>Regione</b>	<b>N.ro soggetti</b>	<b>% di gozzo</b>	<b>Ioduria (1)</b>
Toscana	527	6,5	88 *
Sicilia	1.859	4,4	75 ***

**Note**

(1) L'escrezione urinaria di iodio esprime l'introito giornaliero di questo elemento

(2) Questa casistica non distingue tra zone endemiche e non endemiche

\* µg. di creatinine;

\*\* µg./dl;

\*\*\* µg./24 ore.

*Fonte: Università di Pisa - Istituto di Endocrinologia, dati ricavati dalla letteratura*

I disordini da carenza iodica possono essere completamente prevenuti con un'adeguata iodio-profilassi, ma solo parzialmente corretti con le terapie quando già comparsi.

Il metodo più ampiamente utilizzato nel mondo è la distribuzione di sale da cucina addizionato con sali contenenti iodio; questo metodo si è dimostrato pienamente efficace, se attuato in modo corretto.

La distribuzione di sale addizionato con iodio comporta un costo irrisorio rispetto ai benefici che derivano alla salute pubblica.

Secondo una stima che tiene conto dei soli costi "vivi", la spesa annua sostenuta in Italia per la diagnosi e la cura delle tireopatie nel 1984 è stata di almeno 246 miliardi di lire.

Poiché si stima che le tireopatie da carenza iodica rappresentino nel nostro Paese almeno il 70 per cento di tutte le tireopatie, si evince che questa patologia ha gravato sul bilancio sanitario nazionale nel 1984 per circa 170 miliardi.

Da uno studio condotto nella Repubblica Federale Tedesca risulta che con l'instaurazione della profilassi iodica la spesa annua per le tireopatie da carenza di iodio possa essere ridotta di circa l'80 per cento.

### *Osteoporosi*

L'osteoporosi costituisce la principale causa di frattura nelle donne in menopausa e negli anziani.

La frequenza globale di queste fratture è destinata ad aumentare contestualmente con il progressivo invecchiamento della popolazione.

L'incidenza delle fratture osteoporotiche è stata studiata in Italia nel 1980 sulla base dei dati epidemiologici raccolti in tre Regioni e proiettati su scala nazionale; questo studio ha dimostrato che il numero annuo delle fratture osteoporotiche era a quel tempo di circa 44.000 e che il costo diretto era pari a circa 200 miliardi di lire.

Nel corso del biennio 1988-1989 è stato condotto uno studio epidemiologico internazionale per valutare l'incidenza ed i fattori di rischio delle fratture dell'anca (Progetto MEDOS).

La ricerca è stata organizzata, allo stesso tempo, in 6 Stati europei. In particolare, in Italia hanno partecipato le Università di Roma, Parma e Siena.

Attualmente sono disponibili solo alcune analisi relative alle osservazioni effettuate dall'Università di Siena.

Confrontando la popolazione dell'area oggetto dello studio con quella totale italiana, tenendo presente la distribuzione in classi di età ed il sesso, è possibile stimare che, a livello nazionale, la prevalenza di frattura dell'anca nella popolazione superiore ai 50 anni, è di circa 6.860 casi all'anno per il sesso maschile e di 23.220 casi per il sesso femminile.

Ne discende, sulla base dei costi medi relativi a degenza, intervento chirurgico ed eventuali protesi, che è possibile stimare i costi diretti relativi alla frattura dell'anca in 202-246 miliardi di lire all'anno.

Gli studi epidemiologici hanno contribuito in modo sostanziale alla identificazione di alcuni fattori che possono favorire lo sviluppo dell'osteoporosi.

Tra i fattori legati all'ambiente ed alle abitudini di vita, sono sicuramente importanti un basso apporto alimentare di calcio ed una scarsa attività fisica.

Anche un'eccessivo apporto proteico con la dieta può costituire un fattore negativo, in quanto esso facilita la perdita renale di calcio.

Lo studio dell'apporto calcico alimentare quotidiano ha dimostrato che vi è una progressiva riduzione di tale valore con l'età, e che un'alta percentuale di soggetti adulti ed anziani introducono ridotte quantità di calcio (pari a circa 500-600 mg) rispetto a quello che è considerato il fabbisogno giornaliero, di circa un grammo.

L'insufficiente assunzione di calcio nella terza età, risulta anche da un recente studio dell'Istituto Nazionale della Nutrizione.

Infatti, secondo questo studio, la percentuale di maschi con copertura del fabbisogno raccomandato di calcio, inferiore e uguale al 67 per cento, varia fra il 39 e il 54 per cento a seconda dell'età, mentre quella delle femmine varia fra il 59 e il 66 per cento del gruppo studiato.

### *Carenze di ferro*

Vi sono alcuni particolari periodi della vita nei quali le necessità di ferro dell'organismo sono particolarmente elevate.

Questi periodi includono quelli di accelerato accrescimento, specificamente la prima infanzia e l'adolescenza, l'età fertile nella donna in ragione delle perdite mestruali ed eventualmente delle gravidanze, la senescenza per la presenza di patologie degenerative di vario tipo e per l'alterato assorbimento intestinale.

Nel corso degli anni '80 sono state condotte alcune indagini sulla carenza marziale nella popolazione infantile e adolescente sia in Toscana sia nella provincia di Bologna.

Dei 1.213 bambini, residenti nelle province di Grosseto e Pisa, circa il 25 per cento dei soggetti di età compresa fra i 6 e i 24 mesi è risultato carente di ferro a vari stadi con prevalenza di una sideropenia medio-lieve, mentre ha mostrato carenza marziale il 7 per cento dei bambini tra i 2 e i 12 anni.

Dalle stime relative agli apporti dietetici tipo del bambino del 2° semestre e del 2° anno di vita è stato possibile stabilire che non sempre vengono raggiunti apporti di ferro giornaliero raccomandati.

Gli 839 adolescenti studiati in provincia di Bologna avevano un'età compresa tra 12 e 15 anni. Fra i maschi, il 10 per cento presentava carenza marziale e, fra le femmine, il 16 per cento.

La prevalenza di carenza di ferro è risultata sensibilmente più elevata dove le più basse condizioni socio-economiche fanno presumere che possano più facilmente verificarsi delle situazioni di maggior squilibrio tra richieste e apporto nutrizionale di ferro.

Per quanto riguarda le persone anziane sono stati studiati 1.248 soggetti oltre i 65 anni estratti su base statistica in 5 paesi di 5 regioni italiane, divisi in 2 fasce di età al di sotto e al di sopra di 75 anni. La prevalenza di anemia è stata bassa in ambedue i sessi e fasce in età: nelle femmine 8 per cento (>75 anni) e 4 per cento (<75 anni); nei maschi 3 per cento e 2 per cento rispettivamente.

Inoltre, un recente studio dell'Istituto Nazionale della Nutrizione, indica che i due terzi del fabbisogno in ferro non sarebbe coperto nel 25 per cento circa delle donne di età maggiore di 60 anni del gruppo studiato.

### *Carenze vitaminiche nella terza età*

Solo una modesta percentuale di anziani, secondo alcune stime, non arriva a coprire almeno i due terzi dei propri fabbisogni in nutrienti, eccetto che per le vitamine B1, B2, A e C.

Le risultanze dell'indagine alimentare trovano conferma parziale nella valutazione diretta dello stato di nutrizione misurata sugli stessi soggetti con metodi biochimici.

Per quel che riguarda le vitamine, esiste una certa prevalenza di carenza in B2, acido folico e vitamina C, ma si tratta soprattutto di forme di carenza moderate (10-17 per cento), eccetto che per la vitamina B1 la cui carenza è presente anche in forma severa. Non esistono differenze sistematiche tra i due sessi e si osserva solo una moderata tendenza al peggioramento con l'età. Dal punto di vista geografico, la situazione appare più grave al nord, con prevalenze di carenza vitaminica che presenta per i maschi punte del 35 per cento per l'acido ascorbico.

#### ***4.2.2 Malattie da eccessi e squilibri nutrizionali***

Rientrano in questo gruppo, in primo luogo, l'obesità, le patologie cardiovascolari ed, in particolare, la cardiopatia coronarica nonché alcune patologie tumorali e il diabete mellito.

##### ***Obesità***

Per quel che riguarda l'età infantile sono stati esaminati 558 soggetti (52 per cento maschi e 48 per cento femmine) di 5 scuole elementari e 5 medie inferiori statali del Comune di Roma.

La prevalenza dell'obesità è risultata in media del 15,9 per cento (17,9 nelle femmine, 14,7 nei maschi).

I dati di peso e statura sono stati rilevati in Italia su un gran numero di persone (85.509 intervistati) nel corso di un'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica del 1983 congiuntamente all'Istituto per lo Studio dell'Obesità (ISO).

Questi dati indicano che la prevalenza del sovrappeso e dell'obesità aumenta con l'età in entrambi i sessi fino a circa 60 anni, mostrando una chiara dipendenza dalla zona geografica.

In un altro studio effettuato dall'Istituto Nazionale della Nutrizione nel 1980-84 sono stati esaminati i dati relativi a 19.000 persone, mediante intervista o misura diretta del peso e della statura (nella maggior parte dei casi).

I risultati confermano per grandi linee le tendenze con l'età e la distribuzione territoriale dello studio summenzionato, ma i dati di prevalenza del sovrappeso e dell'obesità sono alquanto diversi.

In alcune aree tali percentuali raggiungono il 41 ed il 34 per cento per quel che riguarda il sovrappeso rispettivamente di uomini e donne da 70 a 79,9 anni.

La prevalenza della obesità femminile è risultata essere più alta al sud rispetto al nord.

L'obesità nella terza età è stata oggetto nel 1985 di uno studio particolarmente approfondito su un campione di 1.247 soggetti di età uguale o superiore ai 65 anni, estratti su base statistica in 5 paesi di 5 regioni italiane, il cui peso e statura sono stati direttamente misurati.

E' emersa una prevalenza percentuale del sovrappeso nell'11 per cento dei maschi e nel 10 per cento delle donne; l'obesità era presente rispettivamente nel 13 per cento e nel 14 per cento dei soggetti anziani esaminati.

##### ***Cardiopatia coronarica e ipercolesterolemia***

La cardiopatia coronarica è la più frequente fra le malattie cardiovascolari, la principale causa di morte precoce in Italia, nonché motivo di inabilità e invalidità con gravi costi per la società.

Fattori di rischio per questa malattia sono l'ipertensione arteriosa e l'abitudine al fumo di sigaretta, nonché l'obesità, il diabete e la sedentarietà.

I valori di colesterolemia a livello individuale rappresentano uno dei principali fattori di rischio dell'arteriosclerosi e specie della cardiopatia coronarica. Inoltre, i livelli collettivi di colesterolo sono documentatamente il principale fattore epidemiogeno di cardiopatia coronarica.

I valori medi di colesterolemia nelle popolazioni sono tra gli indicatori più importanti di assunzione di grassi e soprattutto di grassi saturi e del rapporto grassi polinsaturi/saturi nella dieta, essendo in genere i valori di colesterolemia direttamente correlati con le prime due variabili ed inversamente con la terza.

L'informazione più sistematica e relativamente recente sulla distribuzione della colesterolemia in Italia è fornita dai dati del Progetto MICOL (Multicentrica Italiana Colelitiasi) che riguarda soggetti dei due sessi, di 18 campioni demografici situati in 10 diverse Regioni, misurati tra il 1985 e il 1987.

La tavola 4.2 riporta i valori medi standardizzati per età nell'arco di età compreso tra 30 e 59 anni.

In linea di massima in alcune aree del sud e delle Isole i valori medi sono decisamente più bassi che altrove, anche se un vero trend decrescente dal nord al sud è interrotto da molte irregolarità e da alcuni picchi inattesi, sia tra gli uomini che tra le donne.

E' interessante notare come tali valori medi, quando considerati in pool sono sostanzialmente identici a quelli misurati in campioni della stessa età da altri due progetti nel 1978 e nel 1983.

**Tavola 4.2 - Valori medi di colesterolemia totale (mg/dl) standardizzati per età in 18 campioni di popolazione dei due sessi e di età 30-59 in 18 aree di dieci diverse Regioni (Progetto Micol, 1985-87)**

		Maschi (1)	Femmine (2)
Pietra Ligure	Liguria	225	219
Mozzate	Lombardia	223	223
Carimate	Lombardia	228	221
Bolzano	Alto Adige	214	206
Verona	Veneto	237	228
Montegrotto	Veneto	242	224
Modena S.L.	Emilia	217	211
Modena M.	Emilia	214	212
Loiano	Emilia	226	217
Brisighella	Emilia	243	240
Codigoro	Emilia	216	205
Poggio Caiano	Toscana	219	209
Ronciglione	Lazio	251	244
Tivoli	Lazio	229	217
Afragola	Campania	186	184
Bari	Puglia	196	190
Castellana G.	Puglia	198	195
Sinnai	Sardegna	212	200
<b>Pool 18 aree</b>		<b>221</b>	<b>212</b>

(1) totale maschi = 14.239

(2) totale femmine = 12.480

*Fonte: Ministero della Sanità - Direzione Generale per l'Igiene degli Alimenti e la Nutrizione  
Progetto MICOL (Multicentrica Italiana Coletiasi)*

Dalla tavola 4.3 emerge che il consumo medio giornaliero in Italia di grassi totali è di gr. 108,1 con punte massime in Italia nord-orientale (gr. 117,4); questi valori superano rispettivamente il livello di assunzione raccomandato del 60 per cento e del 73 per cento. Un altro importante aspetto è rappresentato dalla percentuale di energia totale che deriva dai grassi, che è in continua crescita in Italia e attualmente è al di sopra del 35 per cento. Ciò deriva anche dal fatto che il consumo di glicidi è inferiore ai livelli raccomandati per circa il 17-24 per cento. Inoltre, il rapporto grassi polinsaturi/grassi saturi è anch'esso abbastanza sfavorevole in alcune regioni italiane. Inoltre, il contenuto di colesterolo nella media italiana è di milligrammi 347,7 e sale a milligrammi 365,6 in Italia Centrale, superando rispettivamente il livello di assunzione raccomandato del 15,9 per cento e 21,8 per cento.

**Tavola 4.3 - Indagine Istituto Nazionale della Nutrizione 1980-84 - Intake dei nutrienti in differenti aree geografiche italiane (1) - (media/pro-capite/pro-die)**

Nutrienti		Totale		Nord-ovest		Nord-est		Centro		Sud	
		Media	d %	Media	d %	Media	d %	Media	d %	Media	d %
<i>Proteine</i>											
animali	g	59,7	-	61,9	-	65,8	-	62,1	-	54,9	-
vegetali	g	38,1	-	32,3	-	34,1	-	38,1	-	41,2	-
Totale	g	97,8	+70	94,2	+61	99,9	+73	100,1	+74	96,2	+68
<i>Lipidi</i>											
animali	g	53,6	-	62,9	-	65,4	-	55,4	-	45,0	-
vegetali	g	54,5	-	44,2	-	52,0	-	54,7	-	58,0	-
Totale	g	108,1	+60	107,1	+59	117,4	+73	110,1	+64	103,1	+53
Carboidrati disp.	g	325,6	-17	300,5	-24	324,5	-18	323,3	-18	334,3	-15
Zuccheri	g	89,1	+13	85,6	+8	98,4	+25	89,0	+13	86,3	+10
Fibra	g	20,9	-	17,9	-	18,3	-	22,0	-	22,1	-
Energia	Kcal	2709	+17	2586	+11	2826	+22	2735	+18	2676	+16
Energia da alcool	Kcal	125	-	118	-	152	-	131	-	110	-
Alcoolg		17,8	-	16,8	-	21,8	-	18,7	-	15,8	-
Ferro	mg	14,9	+13	13,8	+2	14,8	+11	15,6	+18	14,8	+13
Calcio	mg	940,0	+7	981,0	+12	986,5	+12	965,6	+11	892,3	+1
Sodio (2)	mg	5149,8	-	4745,8	-	5047,1	-	5052,8	-	5768,0	-
Potassio	mg	2883,1	-	2627,6	-	2779,0	-	3062,4	-	2868,7	-
Tiamina	mg	1,1	+11	1,0	0	1,1	+11	1,2	+21	1,1	+11
Riboflavina	mg	1,7	+21	1,6	+14	1,7	+21	1,8	+28	1,7	+22
Vitamina A (R.E.)	fg	1391,5	+125	1365,4	+118	1240,8	+100	1501,9	+142	1383,9	+124
Vitamina C	mg	119,7	+189	104,6	+135	103,8	+133	138,7	+211	117,1	+163
Colesterolo	mg	347,7	-	347,8	-	356,9	-	365,6	-	331,4	-
Acidi grassi saturi	g	36,1	-	41,1	-	41,2	-	37,2	-	32,0	-
Rapporto P/S		0,5		0,4		0,6		0,5		0,6	
Rapporto I/S		1,7		1,4		1,6		1,7		1,9	

(1) Nelle colonne indicate con "d %" è stata riportata la differenza percentuale riferita alle quantità raccomandate

(2) Il dato del consumo medio di sodio è espresso in riferimento alle sole famiglie che hanno indicato il consumo di sale, a causa dell'elevato numero di famiglie che non ha riportato tale informazione

Fonte: Istituto Nazionale della Nutrizione

Per quanto riguarda l'età evolutiva, una ricerca effettuata nel 1989 su alcune centinaia di scolari milanesi ha permesso di dimostrare che i valori medi di colesterolemia risultano sovrapponibili a quelli di altri paesi con alta incidenza di malattie cardiovascolari ischemiche; circa il 35 per cento dei bambini tra 6 e 11 anni presenta valori superiori a 184 mg/dl, mentre il 17 per cento supera i 200 mg/dl.

Per quanto riguarda le abitudini alimentari, i dati relativi a una ricerca condotta dalla Clinica Pediatrica di Milano mostrano come gli scolari milanesi, a fronte di un intake calorico solo modestamente superiore a quello raccomandato, assumano un quantitativo relativo di lipidi superiore a quanto consigliato (36 per cento), con un rapporto polinsaturi/saturi decisamente sfavorevole (0,3) ed un eccessivo apporto di colesterolo.

Tali quadri nutrizionali tendono a rimanere costanti per tutto il periodo della scuola dell'obbligo.

Benché non siano disponibili dati precisi di prevalenza ed incidenza, l'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio molto diffuso in Italia.

Vi sono, inoltre, motivi per ritenere che una notevole percentuale delle persone affette da ipertensione non ne abbia consapevolezza e, quindi, non faccia ricorso ad alcun trattamento medico.

Questa percentuale è in rapido aumento: nel 1960 meno dell'1 per cento dei maschi ipertesi veniva sottoposto in Italia a terapia medica, mentre nei tardi anni '70 questa percentuale era del 15 per cento circa ed, infine, da uno studio pubblicato nel 1989 questa percentuale risulta del 28 per cento.

Per quanto riguarda il trattamento medico dell'iperlipidemia, vi è una crescente parte della popolazione che si sottopone a terapie farmacologiche per ridurre il livello ematico dei lipidi.

E' stato rilevato che in Paesi europei come il Belgio, la Francia, la Repubblica Federale Tedesca, l'Italia, la Spagna e il Regno Unito il numero medio di trattamenti farmacologici per ridurre il livello ematico dei lipidi espresso come giorni-pazienti per cento persone è risultato pari a 230 con un valore minimo di 18 (Regno Unito) e massimo di 929 (Francia).

La prevenzione della cardiopatia coronarica deve quindi basarsi sulla correzione, attraverso l'adozione di uno stile di vita più salutare, dei fattori di rischio citati, molti dei quali sono a livelli troppo elevati anche nella popolazione italiana.

Le correzioni da apportare allo stile di vita per raggiungere tali obiettivi appaiono possibili e dovrebbero riguardare l'intera popolazione; in relazione a ciò, si sono già ottenute prove che là dove esse sono state realizzate, si è manifestata nel giro di qualche anno una significativa riduzione dei nuovi casi di malattie cardiovascolari.

Il controllo della colesterolemia attraverso la dieta è molto opportuno, specialmente, per le persone ipertese, per i fumatori, per le persone con una storia familiare di cardiopatie, nonché per le persone in sovrappeso e che conducono una vita sedentaria.

### *Diabete mellito*

Il diabete mellito non insulino-dipendente è indubbiamente la forma più diffusa di diabete con oltre al 90 per cento di casi.

L'incremento del diabete non insulino-dipendente nelle popolazioni occidentali, è correlato con le variazioni delle abitudini alimentari sia in senso quantitativo che, e soprattutto,

qualitativo, risultando maggiormente rappresentato in quei gruppi di popolazione che privilegiano il consumo di carboidrati semplici, lipidi e proteine a discapito degli amidi e delle fibre.

Nel nostro Paese, recenti studi indicano percentuali nell'ordine medio del 2-3 per cento, paragonabili a quelle di altri Paesi occidentali (tale percentuale è però destinata a raddoppiare se si considerano anche i casi di diabete non diagnosticato e di alterata tolleranza ai carboidrati).

Sono, inoltre, note le differenze nella prevalenza della malattia legate all'ambiente di vita e di lavoro (maggiore nei soggetti ad attività sedentaria) e al grado di modernizzazione della società, con prevalenza maggiore nelle aree urbane rispetto a quelle rurali.

La notevole eterogenità clinica e le numerose ipotesi eziopatogenetiche formulate, rendono ancora oggi difficile gli studi epidemiologici al riguardo. I nuovi casi variano in generale da 61 a 2.500/100.000 a seconda delle diverse popolazioni. Per quanto riguarda l'età di insorgenza della malattia, la più colpita è quella compresa tra 40 e 70 anni con incremento proporzionale al progredire dell'età.

Diverso il significato da attribuire al deterioramento della tolleranza glucidica proprio dell'età senile, ultrasessantenni, ed ancora discusso è se inquadrare tale deterioramento come fisiologico processo di senescenza o come evento patologico inquadrabile nella malattia diabetica.

Tuttavia, l'aumentata frequenza di turbe del metabolismo glucidico in questa fascia di età sembra attribuibile all'aumento della vita media, alle modificazioni alimentari, alla ridotta attività fisica e al vasto e cronico impiego di farmaci con probabile effetto diabetogeno.

Secondo le previsioni gli anziani nel 2000 saranno il 23 per cento della popolazione; già attualmente è possibile evidenziare dati che mostrano un incremento del diabete proporzionale all'aumento degli ultrasessantenni che attualmente rappresentano circa il 30 per cento dei soggetti diabetici, per cui è presumibile che la prevalenza del diabete in questa classe di età subirà con il passare degli anni un ulteriore incremento.

Gli obiettivi di una prescrizione dietetica a un soggetto diabetico sono: mantenere un bilancio nutrizionale corretto, correggere i disturbi metabolici della glicemia (iper e ipoglicemica), correggere i fattori alimentari aterogeni, e infine, ma non ultimo, salvaguardare gli aspetti culturali, sociali ed edonistici del mangiare.

Questi obiettivi, in soggetti diabetici non insulino dipendenti, dovrebbero essere comunemente conciliati con una prescrizione ipocalorica proporzionata al grado di sovrappeso del soggetto.

Nel 1987, sulla base degli ultimi risultati disponibili, l'American Diabetes Association (ADA) ha elaborato una dieta prototipo per diabetici, consigliando una maggiore quota di carboidrati e fibre, associata a una riduzione delle proteine.

I carboidrati dovrebbero rappresentare il 55-60 per cento del fabbisogno calorico quotidiano, le fibre dovrebbero essere raddoppiate, avvicinandosi ai 40 grammi al giorno per gli uomini e ai 25 per le donne.

Inoltre, è fortemente raccomandata una diminuzione dei grassi, dato che le iperlipidemie e le iperlipoproteinemie, presenti insieme al diabete o secondarie ad esso, costituiscono importanti fattori di rischio per l'aterosclerosi; anche il consumo giornaliero di proteine dovrebbe diminuire, fino a un introito medio di 0,8 grammi per kg di peso corporeo.

### 4.2.3 Alimentazione e neoplasie

Più della metà dei casi di neoplasia maligna che insorgono ogni anno sarebbe evitabile attraverso idonee modificazioni degli "stili di vita" direttamente o indirettamente correlati con il processo nutritivo.

Le sedi tumorali per le quali è ormai consolidata l'associazione con la dieta (tavola 4.4) sono numerose e non limitate solo al tratto gastro-enterico. Fra queste, in primo luogo, sono da ricordare i tumori dello stomaco, del colon e del retto. Anche per i tumori della mammella e del corpo dell'utero la dieta appare essere un determinante significativo seppure non il principale. Devono essere inoltre considerati i tumori del polmone, per i quali è dimostrata una interazione fra abitudine al fumo ed abitudini alimentari. Infine, il consumo di alcol è fortemente associato all'insorgenza di tumori della bocca, del faringe, della laringe (insieme al fumo), dell'esofago e del fegato (insieme all'epatite virale). Pur considerando che per nessuna delle sedi neoplastiche sopra ricordate l'alimentazione appare essere l'unica causa, è da notare che da soli i tumori più fortemente associati con la dieta e il consumo di alcol (tumori dello stomaco, del colon, del retto, della bocca, del faringe e dell'esofago) rappresentano in Italia, nei due sessi, oltre 177.000 decessi pari a circa il 28 per cento del totale (tavola 4.5).

**Tavola 4.4 - Principali studi controllo svolti in Italia sulla relazione dieta-cancro**

Anno	N.ro di		organi	Fattori		Area
	casi	controlli		di rischio	protettivi	
1984	191	191	Cervice		$\beta$ -carotene	Milano
1985	437	437	Mammella	Alcol		Milano
1986	417	849	Polmone		Carote, ortaggi	Lombardia
1986	206	206	Utero	Obesità, grassi	Ortaggi, alimenti integr., frutta, $\beta$ -carotene	Milano
1986	105	348	Esofago	Alcol, uova	Carote, ortaggi, frutta, carne, pesce, $\beta$ -carotene	Milano
1987	47	159	Polmone		Vitamina A	Milano
1988	1.147	3.057	Laringe Ipolaringe	Alcol		Torino
1988	214	215	Mammella		Nessuna relazione con retinolo e $\beta$ -carotene	Milano
1988	319	344	Mammella	Colesterolo Vitamina E		Milano Montpellier (*)
1989	250	499	Mammella	Grassi saturi proteine animali		Vercelli
1989	1.016	1.159	Stomaco	Primi tradizionali, carne, salumi, formaggi, pesce salato	Ortaggi, frutta	Firenze, Siena, Forlì, Cremona, Imola, Genova, Cagliari
1990	1.016	1.159	Stomaco	Proteine animali, nitriti	Acido ascorbico alfa-tocofenolo	Firenze, Siena Forlì, Cremona, Genova Cagliari

(\*) Studio multicentrico comprendente anche città della Spagna, della Svizzera e della Francia

Fonte: Federazione Medica - Anno XLIII febbraio 1990

**Tavola 4.5 - Principali risultati di diversi studi caso-controllo in Italia sulle neoplasie legate all'alcool**

Tipo di tumore	Rischio relativo per il livello più elevato di alcool
Cavo orale	12,3
Cavo orale	6,8
Cavo orale	3,0
Esofago	10,4
Ipoфарinge/epilaringe (1)	11,4
Endolaringe	2,6
Laringe	2,3
Fegato	3,2
Fegato	1,8

(1) : Studio multicentrico condotto in diversi Paesi latini

Fonte: Federazione Medica - Anno XLIII febbraio 1990

I trend temporali italiani di mortalità per queste neoplasie sono simili a quelli di altri Paesi industrializzati. Infatti, si nota un andamento uniformemente decrescente per i tumori gastrici ed un trend moderatamente crescente dei tumori del colon retto nei maschi, in particolare attribuibile ai tumori del colon e caratteristico, negli ultimi anni del sud del Paese. Tale crescita si conferma, nel sud, anche nelle femmine.

Per quanto riguarda i tumori dello stomaco l'Italia parte da passi molto alti e, anche negli ultimi anni, si colloca in posizione medio alta fra i Paesi europei.

Una valutazione recente dei tassi di mortalità per subarea geografica indica che permangono differenze sostanziali di rischio per queste neoplasie fra le diverse zone del Paese, presentando ancora al sud tassi più bassi del centro e del nord in ambo i sessi. In particolare, Lombardia, Piemonte, Liguria ed Emilia Romagna presentano i tassi più elevati per tumori colon-rettali, mentre Calabria, Sardegna, Sicilia e Campania presentano i tassi più bassi.

Per quanto riguarda i tumori gastrici, i tassi più elevati sono riferiti alle regioni Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Marche, mentre i più bassi alle regioni Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna.

Tali differenze territoriali possono essere messe in relazione con tradizionali differenze fra regioni nel comportamento nutrizionale.

Le linee di tendenza dei consumi alimentari della popolazione italiana sono abbastanza coerenti con i trend temporali delle principali patologie neoplastiche associate alla dieta; l'aumento nei consumi di grassi animali può essere associato all'aumento delle neoplasie colon-rettali (per le quali anche la carenza di fibre è rilevante) e della mammella, mentre la riduzione dei tumori gastrici può essere messa in relazione con l'aumentato consumo di frutta e verdura fresca ed in generale con diete varie.

L'eccessivo apporto calorico totale d'altra parte, che è associato con l'insorgenza di numerose patologie, appare essere di per sé un fattore di rischio anche per tumori maligni nel loro complesso (in particolare, mammella, corpo dell'utero e colon).

I recenti trend spontanei di modifica delle abitudini nutrizionali degli italiani tendono ad uniformare la dieta meridionale a quella settentrionale più simile al centro e nord Europa; in assenza di inversioni di tendenza ciò fa ipotizzare, per il futuro, la possibilità di una parziale perdita delle condizioni favorevoli del sud per quanto riguarda la mortalità per alcune patologie tumorali, oltre che per altre forme morbose.

In genere, la dieta è ancora caratterizzata da modesti consumi di cibi ricchi in fibra, da elevati consumi di alimenti ad alta densità energetica e quindi grassi (derivati prevalentemente da prodotti di origine animale) ed alcol.

L'arricchimento della dieta, in particolare per quanto riguarda vegetali freschi apportatori di vitamine ed altri nutrienti, è coerente con il perdurante miglioramento della mortalità per neoplasie gastriche (tavola 4.6).

**Tavola 4.6 - Consumo medio di alimenti per le diverse aree geografiche (g/pro-capite/pro-die)  
Indagine anni 1980-84**

Alimenti: quantità edibile	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud	Italia
Pane e pizza	135,5	139,3	163,8	193,7	169,0
Pasta	62,4	67,1	74,4	93,6	79,9
Altri derivati dei cereali	25,4	33,8	30,3	19,7	25,9
Riso	24,3	21,0	12,4	12,5	15,2
Legumi secchi e conservati	8,8	9,4	9,7	13,4	11,1
Patate	40,6	60,1	56,3	54,7	54,5
Verdure e ortaggi	90,0	94,2	112,9	99,5	101,5
Ortaggi da insalata	54,3	61,5	79,8	89,9	69,6
Pomodori da sugo	30,5	22,8	86,0	85,0	68,4
Frutta fresca	182,3	162,1	184,7	163,4	171,5
Agrumi	51,5	55,3	66,4	42,8	52,9
Frutta secca e in guscio	2,6	4,4	3,1	2,3	2,9
Carne bovina	48,0	49,0	55,3	40,5	47,2
Carne (1)	23,0	22,7	23,1	28,2	25,2
Carne suina fresca	7,9	11,7	9,8	7,4	8,9
Salumi	30,9	27,3	27,5	19,0	24,2
Pollame e coniglio	40,8	48,4	41,6	27,4	36,7
Altre carni	3,9	2,9	5,1	5,7	4,8
Frattaglie	7,1	6,6	5,5	6,2	6,2
Prodotti ittici freschi e surgelati	11,0	12,5	16,7	23,5	18,2
Prodotti ittici conservati	4,6	5,8	6,0	5,9	5,7
Latte intero	126,3	160,2	146,2	137,9	142,9
Latte scremato e parzialmente	64,0	60,1	48,8	33,9	49,8
Yogurt	8,5	5,7	4,9	2,3	4,3
Formaggi con grassi < 20%	9,0	7,1	16,0	16,1	13,7
Formaggi con grassi 20-30%	34,0	34,3	32,8	28,0	31,1
Formaggi con grassi > 30%	13,2	12,2	6,6	9,2	9,4
Uova	22,8	21,9	25,5	22,9	23,5
Olio d'oliva	15,0	12,8	31,1	29,4	25,4
Altri olii e grassi vegetali	18,3	28,7	14,9	19,8	19,8
Grassi animali	14,6	15,5	8,6	5,7	9,3
Condimenti e preparati per minestre	8,9	9,4	6,5	4,2	6,3
Zucchero e miele	29,7	37,3	26,9	30,3	30,5
Dolcificanti e prodotti dietetici	0,4	0,3	0,3	0,2	0,3
Biscotti e dolci	52,3	51,0	45,6	29,4	40,5
Bevande nervine	13,9	14,2	13,3	11,4	12,7
Acqua minerale	127,5	106,5	60,8	14,3	56,6
Bevande analcoliche	27,0	29,0	17,0	18,6	20,9
Vino	150,2	191,8	171,5	144,1	161,1
Birra	13,8	16,0	12,0	14,3	13,9
Superalcolici	2,8	4,2	2,9	0,9	2,2
Rustici e snacks	2,0	1,7	2,2	1,7	1,9

(1) I dati rilevati non indicano la specie

Fonte: Istituto Nazionale della Nutrizione

### 4.3. Alcolismo

#### 4.3.1 Disponibilità e consumo di bevande alcoliche

In Italia risultano essere stati consumati, nel 1989, 41.178,5 migliaia di ettolitri di vino. Dal punto di vista dei trend di consumo, dai dati dell'Istituto Nazionale di Statistica emerge una tendenza alla riduzione del consumo di vino con un aumento di quello di birra e di superalcolici, per un bilancio totale di assunzione di alcol anidro sostanzialmente costante e che mantiene l'Italia in una posizione tra le più elevate fra i Paesi europei (tavola 4.7).

---

**Tavola 4.7 - Consumo totale di vino in diversi Paesi europei  
(in migliaia di ettolitri) - Anno 1989**

---

Paesi	1989
Francia	41.335,4
Italia	41.178,5
Spagna	18.475,6
Germania (RFD)	16.137,1
Regno Unito	6.333,1
Portogallo	6.281,6
Yugoslavia	3.664,3
Grecia	3.004,7
Svizzera	2.992,1
Austria	2.580,0
Belgio	2.090,0
Olanda	1.970,8
Svezia	1.154,1
Danimarca	966,9
Norvegia	273,8
Finlandia	178,6
Irlanda	120,8

---

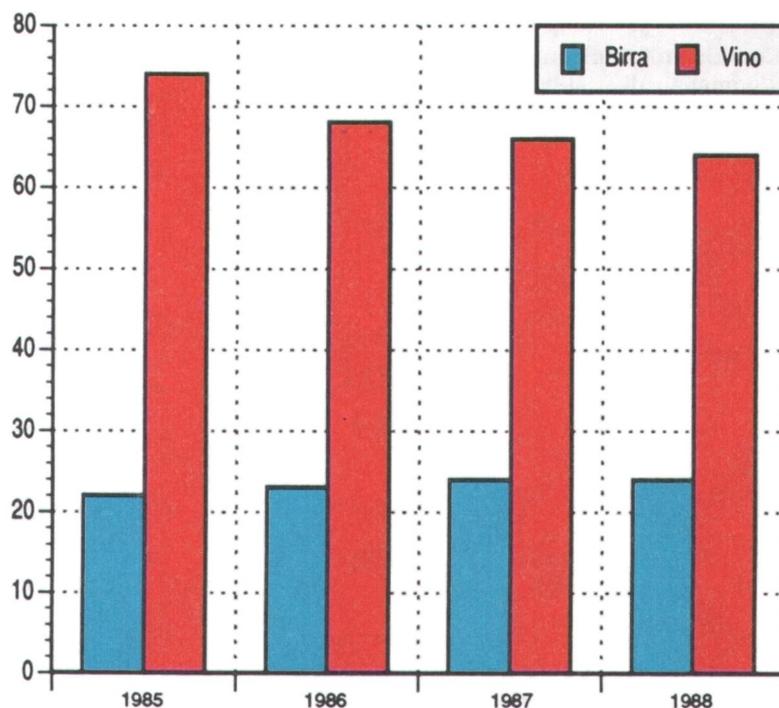
*Fonte: Food and Agriculture Organization of the United Nations (F.A.O.)*

---

Nel periodo 1985-88 vi è stato un decremento del consumo pro-capite di vino che è passato dai 74,4 ai 63,0 litri, mentre il consumo di birra ha registrato un incremento passando dai 21,6 litri ai 23,5 considerando lo stesso periodo (figura 4.3).

Le variazioni percentuali risultano essere per il vino pari a -8,2, -3,5 e -4,4 per cento per gli anni 1986/85, 1987/86 e 1988/87 rispettivamente, mentre le corrispondenti variazioni per la birra sono di +6,5, +2,2 e 0 per cento negli stessi anni.

**Fig. 4.3 - Consumo medio per abitante di vino e birra in Italia  
Anni 1981-88 (quantità in litri)**



Variazione % del consumo rispetto all'anno precedente		
	Birra	Vino
86/85	+6.5	-8.2
87/86	+2.2	-3.5
88/87	0	-4.4

Fonte: Istituto Nazionale di Statistica

Per quanto riguarda la disponibilità di bevande alcoliche, i dati più aggiornati risalgono al 1986 e confermano che ad un aumento della produzione è corrisposto un incremento dei consumi di bevande alcoliche sia fermentate (vino, birra) che distillate (superalcolici). Il consumo di vino delle famiglie distinte per regioni di residenza viene descritto nella tavola 4.8.

**Tavola 4.8 - Consumo di vino delle famiglie distinte secondo la regione di residenza (Quantità media mensile per componente in dl) Anno 1987**

Regioni	Valori assoluti	Indici-Italia=100
Piemonte	55	103,8
Valle d'Aosta	66	124,5
Lombardia	59	111,3
Trento	57	107,5
Bolzano	46	86,8
Veneto	67	126,4
Friuli V. G.	55	103,8
Liguria	57	107,5
Emilia Rom.	60	113,2
Toscana	66	124,5
Umbria	50	94,3
Marche	81	152,8
Lazio	51	96,2
Abruzzo	48	90,6
Molise	65	122,6
Campania	46	86,8
Puglia	51	96,2
Basilicata	47	88,7
Calabria	36	67,9
Sicilia	28	52,8
Sardegna	41	77,4
<b>Italia</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

*Fonte: Istituto Nazionale di Statistica - Indagine sui consumi delle famiglie, 1989*

#### **4.3.2 Mortalità e morbosità correlate**

Le stime più recenti relative al numero dei decessi attribuibili all'alcol - elaborati dal Ministero della Sanità utilizzando una versione modificata della formula di Perrin (tavola 4.9 - confronta appendice V) - evidenziano che l'incidenza della mortalità alcol correlata totale è aumentata dal 1955 fino ai primi anni settanta, attestandosi poi su livelli abbastanza elevati, pur con alcune variazioni del peso relativo delle singole cause.

A livello nazionale la mortalità per psicosi alcolica e sindrome da dipendenza alcolica tende a diminuire passando dai 681 decessi del 1955, ai 380 dell' '80, fino ai 320 del 1986. A questo decremento si è però contrapposto un andamento crescente, ora stabilizzatosi, della mortalità per cirrosi epatica, che è ritenuta attualmente la voce principale tra tutte le cause di morte alcol correlate. Secondo alcune stime, infatti, il numero delle cirrosi ad eziologia alcolica oscillerebbe in Italia tra le 100.000 e le 200.000 unità, mentre ammonterebbero a oltre 7.000 i conseguenti decessi stimati per l'88 (tavola 4.9).

**Tavola 4.9 - Decessi attribuibili all'alcol per causa di morte: percentuali (secondo la formula di Perrin e secondo la formula italiana) e valori assoluti stimati - Anno 1988**

Causa di morte	Decessi attribuibili all'alcol		valori assoluti (stima)	
	percentuali secondo Perrin	percentuali secondo la formula italiana	casi stimati	anno relativo alla stima
Alcolismo, psicosi alcolica	100	100	327	1986
Cirrosi epatica ed altre malattie croniche del fegato (1)	80	44	7.356	1988
Tumore labbra, cavità orale faringe, esofago, laringe (2)	80	17	1.411	1986
Tubercolosi dell'apparato respiratorio	33	33	219	1988 (4)
Omicidi	50	50	526	1989 (5)
Suicidi (3)	25	25	1.079	1989 (5)
Incidenti stradali	33	46	4.094	1988 (4)
Altri incidenti e traumatismi vari (3)	10	10	1.880	1989 (5)
Sintomi e stati morbosi mal definiti	10	10	530	1988 (4)

(1) Popolazione oltre i 25 anni: anche per la formula francese è previsto che la percentuale sia riducibile fino al 50%

(2) Popolazione oltre i 25 anni: la percentuale, per la formula francese, può subire una riduzione dall' 80% al 20%

(3) Popolazione oltre i 15 anni

(4) Stima su dati relativi al periodo gennaio-novembre 1988

(5) Stima su dati relativi al periodo gennaio settembre 1989

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

Sarebbero infine legate ad un eccessivo consumo di alcol l'85 per cento delle pancreatiti e il 30 per cento delle ipertensioni e ammonterebbero a circa 3.000 i bambini nati con sindrome alcol fetale. Dati significativi in termini di perdita di ore di lavoro e spese di assistenza sanitaria sono quelli relativi ai tassi di ospedalizzazione (confronta nota 1). In particolare, nel 1986, ultimo dato a disposizione, il tasso di ospedalizzazione per psicosi alcolica totale è stato di 2,1, mentre per i primi ricoveri 0,8 su 100.000 residenti, il rapporto tra maschi e femmine di 5 a 1. Il tasso di ospedalizzazione per la sindrome di dipendenza alcolica è risultato invece pari a 7 per 100.000 residenti per i ricoveri totali e 2,1 per i primi ricoveri, con un rapporto tra maschi e femmine di 4 a 1.

A fronte del decremento nei tassi di ospedalizzazione per la sindrome da dipendenza alcolica e per psicosi alcolica, risulta invece invariata rispetto agli anni precedenti la distribuzione regionale dei ricoveri, che presenta tassi maggiormente elevati nel nord d'Italia.

#### ***4.3.3 L'attività di assistenza e prevenzione***

Negli ultimi anni è sicuramente cresciuta l'attenzione dei servizi pubblici o del privato sociale ai problemi dell'alcolismo anche se il nodo fondamentale da affrontare per un efficace trattamento di tale sindrome, ossia il coordinamento tra i tre momenti della prevenzione, della cura nonché della riabilitazione, sembra lontano da una soluzione.

La particolare caratteristica "modulare" della sindrome da dipendenza alcolica, che comprende aspetti fisiologici, psicologici, comportamentali e psicosociali, ne rende particolarmente difficoltosa la diagnosi e il trattamento, soprattutto agli stadi iniziali.

Comunque a tale diagnosi non fa ancora riscontro l'offerta di un servizio coordinato che supporti contestualmente i vari aspetti medici, psicologici e psicosociali, necessari nel trattamento dell'alcolista anche se potenziale.

Tuttavia si assiste a un fenomeno di maggior interesse del servizio pubblico verso questi problemi.

Infatti sono sorte, nell'area nord orientale (Friuli, Veneto, Trentino Alto Adige), principalmente all'interno dei servizi ospedalieri o di centri universitari, ma anche all'interno dei servizi per le tossicodipendenze, unità alcoliche che, in collaborazione con altre strutture del territorio, operano per un trattamento integrato della sindrome da dipendenza alcolica.

Più capillare è diventata in questi ultimi anni la presenza sul territorio dei gruppi di auto aiuto per alcolisti.

Nota 1: per le stime dei tassi di ospedalizzazione per psicosi alcolica e sindrome da dipendenza alcolica (SDA) - le uniche diagnosi che riconoscono la totale responsabilità dell'alcol sull'insorgenza della malattia - si ricorre alla valutazione dei primi ricoveri più che dei ricoveri totali, per evitare falsi statistici, visto il peculiare carattere recidivante della malattia e il conseguente pericolo di una sovrastima.

Alla tradizionale presenza dei gruppi di Alcolisti Anonimi (A. A.) che attraverso le associazioni locali sono distribuiti praticamente su tutto il territorio nazionale, si aggiungono i Clubs di alcolisti in trattamento (C.A.T.), presenti soprattutto nelle regioni settentrionali, ma in espansione anche al centro e al sud.

Si registra inoltre l'espansione di altri gruppi di aiuto per i soggetti alcolisti e le loro famiglie. Nel settembre 1989 i gruppi degli Alcolisti Anonimi sono saliti a 323 mentre i Clubs di alcolisti in trattamento risulterebbero essere attualmente circa 1.000 (tavola 4.10).

**Tavola 4.10 - Centri, iniziative pubbliche e del privato sociale per l'attività di assistenza e riabilitazione degli alcolisti. Distribuzione regionale**

Regioni	A.A. (al 7/89)	C.A.T (al 7/89)	Altri (all'8/87)	Centri e iniziative Pubbliche (1989)	Soc. ric. (1989)
Piemonte	8	12	11	1	2
Valle d'Aosta	3	-	-	1	-
Lombardia	57	55	22	1	5
Trentino A. A.	10	68	23	8	-
Veneto	70	309	13	25	3
Friuli V. G.	23	308	5	13	-
Liguria	9	-	3	2	-
Emilia Rom.	15	15	11	2	1
Toscana	10	25	5	7	1
Umbria	6	-	3	-	2
Marche	10	-	5	-	-
Lazio	29	8	27	5	2
Abruzzo	3	5	7	-	1
Molise	3	-	-	-	-
Campania	3	1	1	1	1
Puglia	5	8	2	3	1
Basilicata	2	-	3	-	-
Calabria	2	3	1	-	-
Sicilia	3	3	6	-	-
Sardegna	5	1	3	-	1
<b>Italia</b>	<b>276</b>	<b>821</b>	<b>151</b>	<b>69</b>	<b>20</b>

Legenda:

A.A.= Alcolisti Anonimi

C.A.T.= Club Alcolisti in trattamento

Altri = C.R.A., CeI.S., A.N.C.A. e altri Centri e iniziative pubbliche riguardano sezioni ospedaliere, dispensari e ambulatori alcologici, CMAS

Le Società di ricerca e i centri studi comprendono la S.I.A. e l'E.M.A. oltre ad alcuni centri di educazione sanitaria

*Fonte: Il Delfino, suppl. n. 5/87; A.A. Ravenna, 1989; ACAT Guastalla, 1989*

## 4.4 Tabagismo

### 4.4.1 Consumo di tabacco

Nell'ambito del Programma "Europa contro il Cancro" la Comunità Economica Europea ha proposto 14 misure di lotta, riportate nella tavola 4.11.

---

**Tavola 4.11 - L'Europa contro il cancro. Elenco delle 14 misure di lotta contro il tabagismo**

---

**Proposte di azione:**

- 1) Allineamento verso l'alto dell'imposizione fiscale sui tabacchi trasformati nella Comunità europea
  - 2) Finanziamento di azioni nazionali di prevenzione mediante l'aumento dell'imposizione fiscale sui tabacchi trasformati
  - 3) Pubblicazioni di indici di prezzi con esclusione del tabacco a cura dell'Istituto statistico delle Comunità europee
  - 4) Armonizzazione dell'etichettature delle sigarette delle Comunità europee
  - 5) Divieto di sigarette ad alto tenore di catrame
  - 6) Armonizzazione delle norme di misurazione dei componenti del tabacco
  - 7) Divieto di vendere tabacco in esenzione fiscale nelle Comunità europee
  - 8) Protezione dell'infanzia contro le vendite di tabacco
  - 9) Riduzione della produzione di tabacco, riorientamento verso varietà meno nocive ed esame delle possibilità di riconversione
  - 10) Campagna di informazione e di sensibilizzazione del pubblico contro il tabagismo
  - 11) Studio delle disposizioni nazionali ed elaborazione di proposte di regolamentazione comunitaria del fumo nei luoghi pubblici
  - 12) Studio delle disposizioni nazionali ed elaborazione di proposte di regolamentazione comunitaria sulla limitazione della pubblicità a favore del tabacco
  - 13) Bilancio comparato delle campagne di aiuto alla disintossicazione dei fumatori
  - 14) Scambio d'informazione sulla lotta contro il tabagismo
-

Per il 1989 il consumo dei tabacchi è riportato, per tipologia di prodotto da fumo, nella tavola 4.12. Si registra un consumo totale di 98.920.738 Kg di tabacco.

**Tavola 4.12 - Consumo di tabacchi registrato in Italia (in chilogrammi) - Anno 1989**

Tipo di prodotto	Prodotti italiani	Prodotti esteri importati	Prodotti esteri fabbricati in Italia su licenza	Totale
Sigarette	54.579.181	32.891.449	9.983.898	97.454.528
Sigari	567.873	67.452	392	635.717
Sigaretti	38.186	171.629	-	209.815
Trinciati	242.743	332.764	-	575.507
Fiuti	39.015	6.156	-	45.171
<b>Totale</b>	<b>55.466.998</b>	<b>33.469.450</b>	<b>9.984.290</b>	<b>98.920.738</b>

Nota: I tabacchi grezzi impiegati nella produzione di provenienza nazionale sono risultati essere 33.963.169, quelli importati, compresa la miscela dei prodotti fabbricati su licenza, sono stati 21.996.105, per un totale di 55.959.274

*Fonte: Ministero delle Finanze - Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato*

Il consumo totale di tabacco si è stabilizzato negli ultimi anni con una leggera flessione nel 1987 e 1988.

Anche il consumo pro-capite di sigarette ha subito una modificazione: 1.766 gr. nel 1980, di 1.759 gr nel 1987, di 1.726 gr nel 1988 e di 1.720 nel 1989 (tavola 4.13).

**Tavola 4.13 - Consumi pro-capite dei tabacchi lavorati; spesa globale e pro-capite\***

Anni	Consumi (in grammi)					Spesa (in lire)	
	Polvere da fiuto	Trinciati	Sigari o sigaretti	Sigarette	Totale	Globale	Pro-capite
1959-60	9	101	31	953	1.094	536.974.791.435	10.589
1963-64	7	79	29	1.131	1.246	693.407.739.333	12.586
1968	5	66	25	1.217	1.313	877.884.669.812	16.336
1972	3	45	18	1.368	1.434	1.101.959.987.344	20.318
1976	2	31	13	1.598	1.644	1.953.490.260.412	33.888
1980	2	21	13	1.730	1.766	3.550.803.862.104	61.250
1982	1	19	13	1.791	1.824	5.801.151.201.174	102.287
1983	1	17	13	1.798	1.829	6.841.858.670.373	120.400
1984	1	15	13	1.830	1.859	7.690.976.768.677	134.970
1985	1	14	13	1.843	1.871	8.531.311.751.005	149.280
1986	1	13	12	1.830	1.856	9.130.979.125.448	159.601
1987	1	12	16	1.730	1.759	9.552.696.120.516	166.624
1988	1	11	15	1.699	1.726	10.254.915.508.042	178.531
1989	1	10	14	1.695	1.720	11.053.528.335.096	192.150

\*calcolati sulla base dell'intera popolazione italiana al 30 giugno di ciascun anno

*Fonte: Istituto Nazionale di Statistica*

Per contro la spesa in lire pro-capite è aumentata nello stesso periodo del 173 per cento. Questo è dovuto non solo al processo inflazionistico, ma anche ad una politica di imposizione fiscale tendente verso l'alto, in accordo anche con le raccomandazioni della Comunità Economica Europea.

In Italia si hanno circa 13.700.000 fumatori secondo l'indagine sulla salute promossa dall'Istituto Nazionale di Statistica nel 1987. Le cifre confermano sostanzialmente quanto trovato nelle precedenti indagini; è da rilevare però che i fumatori dal 1983 al 1987 sono passati dal 31,1 per cento al 23,3 per cento; gli ex fumatori dal 7,7 per cento all'8,6 per cento e i non fumatori dal 61,2 per cento nel 1983 al 64,1 per cento nel 1987.

L'indagine condotta dall'EURISKO nel 1988 su un campione di 5.000 casi, rappresentativo della popolazione in età 14-74 anni, stima la popolazione di non fumatori nel 65,6 per cento, i fumatori nel 34,4 per cento, cioè 14.586.000 individui sono fumatori, il 21,7 per cento consuma meno di 20 sigarette al giorno, il 12,7 per cento più di 20, cioè più di 5.385.000 italiani sono forti fumatori.

Dall'indagine EURISKO emerge inoltre che l'abitudine sembra essere più diffusa nella popolazione compresa tra i 25 e i 44 anni di età, di sesso maschile e di area urbana; il calo dell'abitudine si registra nella popolazione più giovane (14-24 anni) e di condizione socio economica più elevata, dati che confermano ancora l'indagine svolta dall'Istituto Nazionale di Statistica.

Dall'industria del tabacco viene un grosso introito al bilancio nazionale, i cui riflessi incidono però pesantemente sulla spesa per l'assistenza sanitaria.

Infatti se confrontiamo i proventi per lo Stato derivanti dalla vendita del tabacco con i costi causati dal tabagismo, si potrebbe dimostrare come una riduzione delle entrate, conseguente ad una eventuale riduzione dei consumi di sigarette, potrebbe essere vantaggiosamente bilanciata da minori spese per danni causati alla salute, oltre ad ottenere un sostanziale miglioramento della qualità della salute di tutta la popolazione.

Analizzando la media ponderata con le vendite per gli anni 1971-1986 è stato visto che in 15 anni c'è stata una diminuzione del condensato di circa il 43 per cento.

E' importante continuare a ridurre nelle sigarette il contenuto di condensato, nicotina e ossido di carbonio e di tutte quelle sostanze che gli studi più recenti hanno dimostrato essere cancerogene e mutagene.

A tale scopo, da parte dei Monopoli di Stato è stato varato, negli ultimi anni, un programma che comprende interventi sul prodotto finito, sui tabacchi e sulle nuove tecnologie di lavorazione. L'intervento principale sulle sigarette consiste nell'aumentare la ventilazione che implica la diluizione del fumo con l'aria e, per realizzare questo, è stata impiegata carta vergata altamente porosa. Inoltre, è stato allungato il filtro delle sigarette (da 20 a 25 mm) e sono stati impiegati filtri speciali con maggiore capacità di ritenzione.

Tale politica, che è in accordo con quanto fatto da altri produttori, sta incontrando il favore dei fumatori; nel 1988 si è verificato infatti un aumento nella vendita delle sigarette con contenuto di condensato inferiore a 5 mg.

La stessa azione è stata effettuata anche nelle MS, marca di sigarette che assorbe circa il 30 per cento del totale venduto in Italia. I valori di condensato per queste sigarette sono passati da 22,5 mg per sigaretta nel 1973, a 12,5 mg nel 1988, con una riduzione del 44,4 per cento. Nel 1989 l'Amministrazione dei Monopoli di Stato ha improntato la produzione di tabacchi lavorati all'obiettivo di massima sicurezza per il consumatore, proseguendo la

collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità per determinare la concentrazione e quindi ridurre i contenuti di nicotina, condensato, e ossido di carbonio, cioè le sostanze che hanno rilevanza tossicologica.

E' importante comunque ricordare che tutte queste azioni non incidono se non marginalmente sul problema dei danni del tabagismo. Infatti fumare un numero minore di sigarette a minore contenuto di nicotina e condensato deve essere considerata solo come tappa intermedia verso l'unico vero obiettivo che è quello di smettere di fumare.

#### **4.4.2 Mortalità e morbosità correlate**

L'abitudine al fumo rappresenta un fattore di rischio per varie patologie e probabilmente fattore causale di molte altre.

Molte delle malattie dell'apparato broncopolmonare, come l'asma, la bronchite e l'enfisema, sono in gran parte dipendenti dal fumo.

Il carcinoma polmonare, che dal 1974 è diventato la prima causa di morte per tumore in Italia, è ormai inequivocabilmente legato al fumo delle sigarette.

Il fumo è una delle cause dell'ulcera gastrica e duodenale, è nocivo in gravidanza e per il feto, oltre che nei casi di ipertensione arteriosa; il rischio di cardiopatie ischemiche e di patologie cerebrovascolari periferiche è particolarmente alto nei forti fumatori.

Le percentuali di mortalità per alcune patologie attribuibili, secondo stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, all'abitudine da tabacco sono indicate nella tavola 4.14.

Seguendo il criterio indicato in tale tavola, la stima più aggiornata disponibile sulla mortalità per cause fumocorrelate è quella indicata nella tavola 4.15.

L'analisi del condensato e della nicotina viene eseguita dalle industrie produttrici di tabacco e delle autorità sanitarie secondo un procedimento adottato dall'International Organization for Standardization (ISO).

---

**Tavola 4.14 - Stime delle percentuali approssimative di morti attribuibili al fumo**

---

<b>Malattie</b>	<b>Percentuali attribuibili</b>
Totale tumori	30%
Tumore al polmone	85%
Tumore alla laringe e bocca	50-70%
Tumore all'esofago*	>50%
Malattie vascolari **	30%
Bronchite cronica ed enfisema	75%

---

\* Sinergismo con l'alcol

\*\* Sinergismo con l'ipertensione e ipercolesterolemia

---

*Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità*

---

**Tavola 4.15 - Stima della mortalità per cause fumo correlate**

Causa di morte	Anno	Numero di morti nell'anno
Tumore maligno della trachea, bronchi e polmoni*	1988	24.524
Infarto acuto del miocardio e altre malattie ischemiche del cuore*	1988	20.158
Affezioni broncopolmonari*	1988	18.918
Tumori maligni delle labbra, cavità boccale e faringe, esofago e laringe	1986	4.151

\*Tutti i dati riferiti al 1988 sono stime sulla base dei dati dell'Istituto Nazionale di Statistica relativi al periodo Gennaio-Novembre 1988

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

L'ISO, che ha sede a Ginevra, è la principale organizzazione mondiale responsabile di procedure di standardizzazione che assicurano riproducibilità e costanza di caratteristiche di numerosi prodotti industriali presenti sul mercato.

L'Istituto Superiore di Sanità nel 1988 ha determinato il contenuto in condensato, nicotina e ossido di carbonio delle marche più vendute in Italia (tavola 4.16).

**Tavola 4.16 - Elenco delle marche di sigarette più vendute in Italia (in milioni di Kg per le prime 25 marche, percentuale sulle vendite totali e contenuto medio in condensato, nicotina e ossido di carbonio) - Anno 1988**

Sigarette	Quantità venduta (milioni di Kg)	%	Condensato (mg/sig.)	Nicotina (mg/sig.)	Ossido di carbonio (mg)
MS	34,1	34,93	12,52	1,22	5,87
Marlboro	13,2	13,52	15,94	1,27	6,95
MS Mild	4,5	4,61	9,81	0,92	4,21
Merit	4,2	4,30	7,78	0,68	5,20
Diana	3,3	3,38	16,06	1,07	12,90
Multifilter 100S	2,9	3,00	12,01	1,01	6,67
Muratti Ambassador	2,4	2,46	14,02	1,22	7,50
MS Blu	1,7	1,74	12,08	0,94	6,56
N80 Filtro	1,7	1,74	12,05	0,89	8,36
Futura	1,6	1,63	5,76	0,67	3,19
Lido	1,5	1,53	16,93	1,25	8,91
Kim	1,4	1,43	9,18	0,55	8,10
MS Lights	1,4	1,43	3,96	0,35	3,42
Camel Filtro	1,2	1,23	13,78	1,01	8,09
Alfa	1,1	1,13	21,55	1,38	7,33
Diana Special Mild	1,1	1,13	12,90	0,73	9,95
Esportazione	1,1	1,13	24,48	1,58	8,38
Super Filtro	1,0	1,02	13,23	1,18	9,21
Lido Extra Mild	1,0	1,02	11,97	0,68	7,48
Linda	1,0	1,02	17,59	1,29	8,20
Nazionali Filtro	1,0	1,02	15,84	0,98	10,80
Multifilter 100S Extra Lights	0,9	0,92	8,70	0,70	4,13
Philip Morris Super Lights	0,8	0,82	4,29	0,44	2,75
Alfa Filtro	0,8	0,82	14,03	1,08	9,25
MS Extra Lights	0,7	0,72	1,23	0,17	1,27
<b>Totale</b>		<b>87,68*</b>			

\* di tutto il venduto

Fonte: Istituto Superiore di Sanità

### *Gli aggiornamenti legislativi sul fumo*

Intensa è stata nell'anno 1989 l'attività degli organismi istituzionali della C.E.E. in materia di fumo; è stata approvata recentemente una importante direttiva in materia, che ora i singoli Stati, compresa l'Italia, stanno provvedendo a recepire nella propria legislazione nazionale.

Con la direttiva del 13 novembre 1989 si stabilisce, tra l'altro, che a partire dal 1.1.1992 la legislazione nazionale imponga:

- l'obbligo di indicare sui pacchetti di sigarette il tenore di catrame e nicotina in esso contenuto;
- l'obbligo di apporre nei pacchetti l'elenco di avvertenze relative ai danni che il fumo provoca alla salute.

Anche l'Italia dovrà pertanto adeguarsi alla normativa comunitaria.

In attesa che tale normativa venga recepita nella legislazione nazionale, il Ministero della Sanità ha voluto dare un primo segnale concreto della gravità dei danni che il fumo provoca alla salute, intervenendo per stimolare, attraverso una lettera circolare indirizzata ai Sindacati delle imprese pubbliche e private e dei lavoratori, l'adozione di misure concordate fra le parti sociali, per la limitazione del fumo negli ambienti di lavoro.

## 4.5 Droga

### 4.5.1 Andamento del fenomeno droga in Italia

Il fenomeno dell'abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope - e delle correlate attività di spaccio e traffico - va progressivamente assumendo aspetti di particolare gravità ed ha raggiunto, negli ultimi anni livelli allarmanti, peraltro non imprevedibili, atteso che:

- la produzione delle sostanze stupefacenti sta aumentando nelle diverse zone mondiali, come concordemente confermano i rapporti dal Sud America per la cocaina e dal Triangolo d'oro (Birmania, Laos, Cambogia), dalla Mezzaluna d'oro (Iran, Afghanistan, Pakistan) e dal Medio Oriente (Turchia, Libano, Siria) per l'eroina. Anche per i derivati della cannabis (hashish e marijuana), le più recenti informazioni riferiscono di sensibili incrementi nella produzione mondiale;

- nessun nuovo strumento normativo è, da tempo, intervenuto nel Paese per consentire sia forme di contrasto più adeguate alla pericolosità del traffico posto in essere con sempre più sofisticate procedure, sia per fronteggiare tutte le multiformi, articolate manifestazioni interne di spaccio e consumo.

L'indicata progressiva pericolosità è chiaramente evidenziata nella tavola 4.17 e figura 4.4, che riporta - per i più significativi indicatori - l'andamento del fenomeno in Italia negli ultimi dieci anni.

**Tavola 4.17 - Andamento del fenomeno droga in Italia - Anni 1980-89**

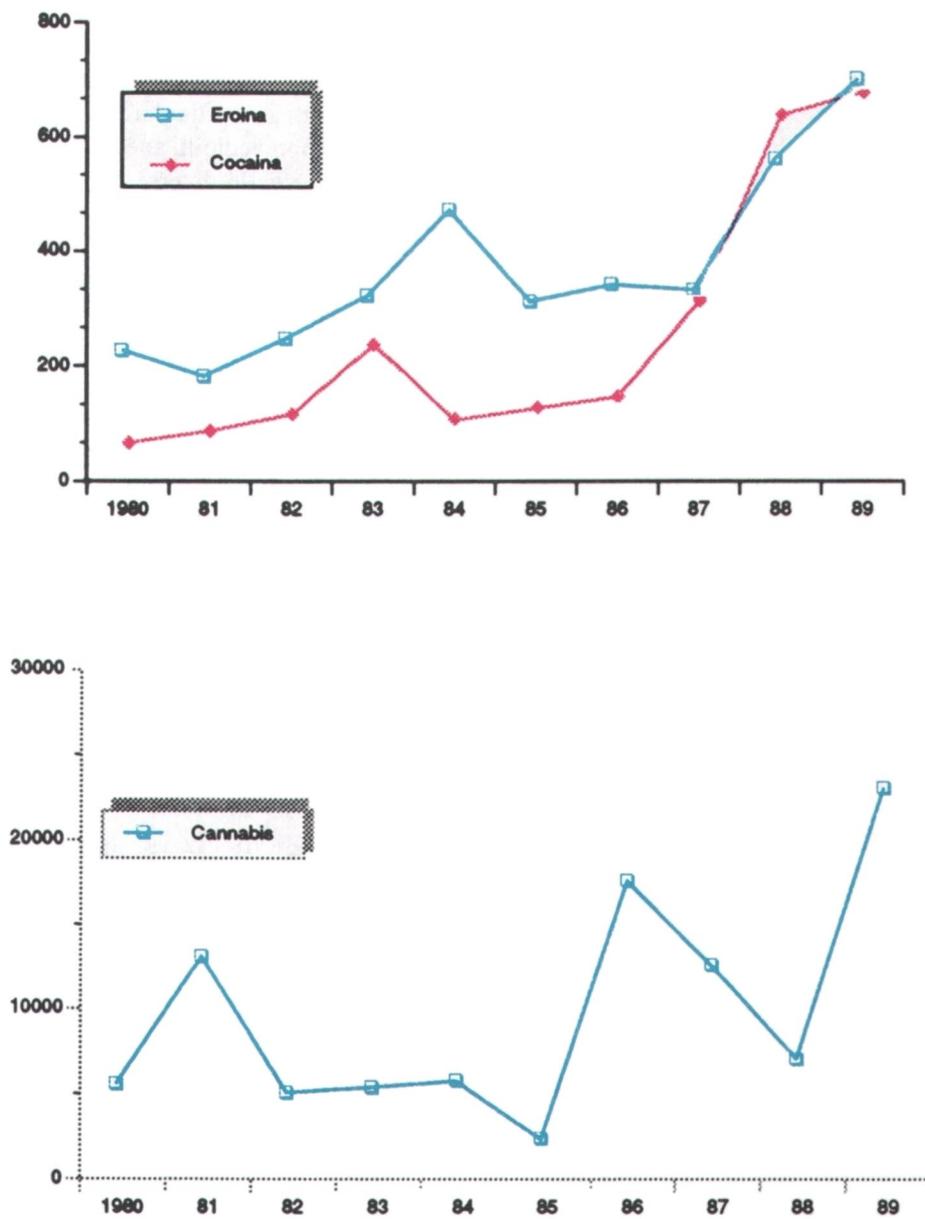
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Operazioni contro il traffico e lo spaccio *	4.199	5.237	7.126	7.610	8.319	8.694	8.918	12.108	16.760	16.177
Sequestri ** di:										
eroina	197	142	229	313	457	276	333	322	574	685
cocaina	53	64	105	223	71	104	126	320	616	668
cannabis e derivati	4.907	11.208	4.888	5.179	6.056	1.449	16.039	13.043	7.168	23.232
Persone denunciate *	7.783	9.469	12.982	15.184	17.876	18.571	18.040	22.972	28.688	26.179
Consumatori segnalati e detentori deferiti *	6.439	6.837	9.828	8.512	8.655	8.565	9.823	14.266	19.424	19.065
Decessi per assunzione di sostanze stupefacenti*	208	239	255	259	397	242	292	543	809	972

\* numero

\*\* in chilogrammi

Fonte: Ministero dell'Interno - Servizio Centrale Antidroga

Fig. 4.4 - Quantitativi di eroina, cocaina e cannabis sequestrati (in kg.) - Anni 1980-89



Fonte: Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati del Ministero dell'Interno - Servizio Centrale Antidroga

Dai dati riportati nella tavola si rileva come l'andamento del fenomeno, in continua crescita seppure con ampie oscillazioni, anche discordanti tra i vari indicatori, abbia subito negli ultimi anni "impennate" di elevata pericolosità; prescindendo infatti dall'entità dei sequestri di eroina, cocaina ed hashish che hanno peraltro raggiunto cifre mai toccate in Italia a conferma del pressante ed efficace impegno delle forze di polizia, gli indicatori che rendono evidente tale crescita sono:

- il numero delle operazioni antidroga svolte,
- il numero delle persone denunciate,
- il numero dei consumatori segnalati e dei detentori di "modica quantità" deferiti e, soprattutto, il numero dei decessi.

Le droghe di abuso più diffuse risultano essere eroina, cocaina ed hashish mentre limitata appare la diffusione delle cosiddette droghe sintetiche; sinora non è stata ufficialmente rilevata la presenza del "crack" che continua a colpire in maniera gravissima gli Stati nord-americani e che risulta essere già comparsa in Europa sia pure in maniera sporadica (Regno Unito e Germania Federale).

Benché risultino in netto aumento i sequestri di cocaina è tuttavia sempre l'abuso di eroina che ancora pone nel Paese i maggiori problemi.

Soprattutto a tale droga va infatti attribuito l'elevatissimo numero di decessi correlati, passati da 543 del 1987 agli 809 (+48 per cento) del 1988 ed ai 972 del 1989 con un trend in continua crescita.

Di fronte a tale situazione, i servizi antidroga della Polizia di Stato, dell'Arma dei Carabinieri e della Guardia di Finanza - con il coordinamento a livello centrale e per gli aspetti internazionali da parte del Servizio Centrale Antidroga - hanno sviluppato una intensa attività di repressione ottenendo risultati di obiettivo e assoluto rilievo anche in raffronto a quelli conseguiti nei maggiori Paesi europei ugualmente aggrediti dal fenomeno della diffusione ed abuso di droga.

#### **4.5.2 Decessi correlati all'uso di droga**

I decessi hanno registrato nel 1989 un incremento del 20 per cento rispetto all'anno precedente (tavola 4.17). Essi sono da attribuire per la massima parte ad eroina. Un solo caso è stato registrato come cocaina-correlato e 3 ad abuso di psicofarmaci di cui 2 in associazione con alcool. E' comunque da osservare che i decessi correlati all'uso di cocaina possono sfuggire al conteggio in quanto registrati come decessi attribuiti a motivi cardiocircolatori.

L'età media dei deceduti è ancora in aumento: 28 anni contro i 27 del 1988; il sesso femminile rappresenta il 10 per cento contro il 12 per cento del 1988. Il quadro nazionale dei decessi si presenta estremamente diversificato e articolato da regione a regione come si può osservare dall'analisi della tavola sui tassi (tavola 4.18) per popolazioni a rischio e per tossicodipendenti totali.

Quest'ultimo tasso risulta più idoneo del dato grezzo per la valutazione dell'andamento del fenomeno perché specificamente tiene conto della popolazione (i tossicodipendenti) da cui provengono i decessi stessi.

**Tavola 4.18 - Decessi correlati all'uso di droga: tassi riferiti alla popolazione a rischio (15-39 anni, maschi + femmine) e ai tossicodipendenti totali (\*)  
Distribuzione regionale - Anni 1986-89**

Regione (**)	Decessi/popolazione a rischio (per 100.000)				Decessi/Tossicodipendenti (per 1.000)			
	'86	'87	'88	'89	'86	'87	'88	'89
Piemonte	2,1	3,3	5,5	5,6	9,1	12,2		14,9
Valle d'Aosta				—	—	32,0		—
Liguria	3,0	6,5	9,8	11,5	8,7	17,8		26,5
Lombardia	2,5	3,6	6,6	9,1	15,3	18,5		31,9
Trentino A.A.	1,2	3,7	3,7	5,2	9,5	23,0		21,5
Friuli V.G.	0,7	2,2	1,2	1,2	4,7	11,2		6,6
Veneto	1,4	3,2	4,0	3,7	10,3	27,4		20,4
Emilia Romagna	1,8	3,3	5,1	6,6	7,1	11,3		15,9
Toscana	0,8	1,4	3,9	3,7	3,9	7,5		11,7
Marche	0,4	1,5	2,0	3,0	2,7	8,1		12,2
Umbria	0,8	1,1	0,8	2,6	2,2	3,2		4,8
Lazio	1,4	3,1	5,1	6,1	8,4	17,6		28,4
Abruzzo	0,5	0,7	0,9	1,5	6,5	7,1		9,1
Sardegna	0,2	1,2	1,8	2,3	1,1	5,4		8,0
Campania	1,0	1,8	2,5	2,6	7,9	14,3		19,3
Puglia	1,1	2,0	2,6	4,1	7,4	10,5		10,8
Molise	—	—	—	2,7	—	—		38,0
Calabria	0,3	0,8	0,9	1,6	5,9	13,6		17,0
Basilicata	—	0,5	2,0	0,5	—	10,0		5,0
Sicilia	0,8	1,4	1,0	1,5	11,3	18,8		15,0
<b>Italia</b>	<b>1,4</b>	<b>2,6</b>	<b>4,0</b>	<b>4,9</b>	<b>8,6</b>	<b>14,6</b>	<b>18,2</b>	<b>19,0</b>

(\*) Vedi Tavola 4.19

(\*\*) Non è disponibile per il 1988 la distribuzione regionale dei dati sul totale dei soggetti in trattamento

*Fonte: Elaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità su dati del Ministero dell'Interno e del Ministero di Grazia e Giustizia*

#### **4.5.3 Numero di tossicodipendenti in trattamento terapeutico e riabilitativo**

Una stima affidabile della prevalenza dei tossicodipendenti a livello nazionale è possibile, come per gli anni precedenti, combinando i dati relativi ai tossicodipendenti registrati nelle Strutture Sanitarie Pubbliche (S.P.), nelle Comunità Residenziali (C.R. pubbliche e private) e nelle Strutture Carcerarie (P) (tavole 4.19, 4.20 e 4.21).

Il dato globale che ne risulta, non disponibile per altri Paesi europei a parte l'Italia, costituisce l'elemento indispensabile per poter costruire dei tassi utili alla lettura, nel tempo e nello spazio, ad esempio della relazione decessi e tossicodipendenza.

**Tavola 4.19 - Tossicodipendenti (TD) in trattamento nei Servizi Pubblici (SP), nelle Strutture Socio-Riabilitative pubbliche e private (CR), nelle carceri (P)  
Dati nazionali - Anni 1986-89**

Anno	TD in trattamento		Carceri	Totali (a+b+c)	Min. San. Sist. Inform. D.G. S.M.S.
	SP (a)	CR (b)	P (c)		
1986	20.137	5.927	6.015	32.079	32.719
1987	23.276	6.676	5.281	35.233	39.039
1988	27.906	8.017	7.500	43.423	47.000
1989	33.335	9.965	7.722	51.022	

Fonte: Elaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità su dati dell'Osservatorio Permanente sul Fenomeno Droga (Ministero dell'Interno) e dati della Direzione Generale degli Istituti di Prevenzione e Pena (Ministero di Grazia e Giustizia)

**Tavola 4.20 - Tossicodipendenti (in trattamento e non) presso Servizi Pubblici (SP), Comunità Residenziali (CR) e Istituti Penitenziari (P) disaggregati per regione - Anno 1989**

Regioni	SP	CR	P	Totale
Piemonte	4.575	484	845	5.904
Valle d'Aosta	44	9	63	116
Liguria	1.969	293	187	2.449
Lombardia	6.215	1.494	1.446	9.155
Trentino A. A.	568	98	126	792
Friuli V. G.	589	85	86	760
Veneto	1.997	570	319	2.886
Emilia Rom.	2.810	2.143	596	5.549
Toscana	2.336	931	416	3.683
Marche	696	379	71	1.146
Umbria	721	624	108	1.453
Lazio	2.425	595	822	3.842
Abruzzo	300	158	204	662
Sardegna	1.126	202	415	1.743
Campania	1.594	231	918	2.743
Puglia	4.046	843	457	5.346
Molise	25	—	54	79
Calabria	452	160	93	705
Basilicata	141	11	47	199
Sicilia	706	655	449	1.810
<b>Italia</b>	<b>33.335</b>	<b>9.965</b>	<b>7.722</b>	<b>51.022</b>

Fonte: Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati dell'Osservatorio Permanente sul Fenomeno Droga (Ministero dell'Interno) e dati della Direzione Generale degli Istituti di Prevenzione e Pena (Ministero di Grazia e Giustizia)

**Tavola 4.21 - Dati relativi ai soggetti e ai trattamenti nei Servizi Pubblici per le Tossicodipendenze - Anni 1986-1989**

	1986	1987	1988	1989 (provvisori)
<i>Totale soggetti in trattamento</i>	36.000	45.000	51.000	60.000
- di cui nuove nell'anno:	31,0%	33,5%	35%	
- di cui maschi	78,1%	78,5%	81%	81%(sul tot.)
- di cui femmine	21,8%	21,4%	19%	19%(sul tot.)
<i>di cui</i>	24.120	30.600	29.580	33.000
- trattati con farmaci	(67%)	(68%)	(58%)	(55%)
<i>di questi</i>				
- con metadone a scalare	n.r.	n.r.	59,7%	56%
- con metadone protrato	n.r.	n.r.	17,0%	15%
- con altri agonisti e agonisti parziali	n.r.	n.r.	2,1%	3,5%
- con clonidina	n.r.	n.r.	3,2%	4,0%
- con altri farmaci	n.r.	n.r.	18,0%	21,5%
- Tratt. solo psico-socio riabilitativo	32,8%	31,9%	42%	45%
- Tratt. farmacol. e psico-sociale (o tratt. integrato)	42,6%	41,5%	40%	39%
- Tratt. solo farmacologico	24,4%	26,5%	18%	16%
<b>Sostanza d'abuso primaria nei nuovi pazienti dell'anno:</b>	<b>1986</b>	<b>1987</b>	<b>1988</b>	
Eroina		80,2%	89,7%	89,5%
Cannabis		8,3%	5,2%	5,9%
Psicofarmaci		4,7%	2,4%	1,6%
Cocaina		1,6%	0,6%	0,6%
Altro		5,2%	2,1%	2,4%
Policonsumatori (prevalentemente)		46,5%	56,6%	70,5%
Monoconsumatori (prevalentemente)		53,5%	43,4%	29,5%
<b>Sostanza d'abuso secondaria: nei nuovi pazienti dell'anno, % relative solo ai policonsumatori</b>				
Eroina		5,9	2,9	5,4
Altri oppiacei		13,8	2,5	3,0
Cannabis		29,7	34,6	36,6
Psicofarmaci		27,8	27,8	27,0
Cocaina		13,9	9,1	8,1
Alcool		5,3	10,8	11,3
Altri		3,6	12,3	8,6

Le elaborazioni sono state effettuate dal Ministero della Sanità sulla base di diverse indagini compiute dalla Divisione Tossicodipendenze nel quadriennio 1986-1989: i dati riguardano l'80-90% delle strutture esistenti. Il totale strutture pubbliche esistenti nel 1989 è pari a 508.

*Fonte: Ministero della Sanità*

Anche nel 1989 i tossicodipendenti segnalati presso le Strutture Pubbliche e le Comunità Residenziali (sia pubbliche che private) sono in aumento con incrementi medi del 19 per cento e 24 per cento rispettivamente per i due tipi di strutture (se confrontati con il 1988 - tavola 4.22).

In questa popolazione la componente femminile è rimasta pressochè invariata per le strutture pubbliche (circa 11 per cento) e per le comunità residenziali (19 per cento-18 per cento).

Nella popolazione carceraria il sesso femminile è meno rappresentato tra i detenuti tossicodipendenti rispetto ai servizi pubblici e soprattutto alle comunità residenziali.

Inoltre, mediamente, più di 1 su 3, pari al 35 per cento, detenuti di sesso femminile è tossicodipendente, con punte superiori al 60 per cento negli Ispettorati di Torino e di Cagliari. La quota di tossicodipendenti maschi tra i detenuti (1/4) indica un ulteriore incremento di questa popolazione che nell'arco degli ultimi 5 anni è passata dal 10 per cento al 25 per cento.

**Tavola 4.22 - Servizi Pubblici e Comunità Residenziali: alcuni parametri a confronto  
Anni 1988/89**

	Servizi Pubblici			Comunità Residenziali		
	1988	1989	Δ %	1988	1989	Δ %
Strutture censite	479	488	+ 1,9	351	404	+ 15,0
T.D. Totali	27.906	33.335	+ 19,4	8.017	9.965	+ 24,3
% femmine	10,8	10,8	0,0	18,8	17,6	- 10,0
% trattamenti sostitutivi	41,1	39,4	- 2,0	—	—	—

*Fonte: Elaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità su dati dell'Osservatorio Permanente sul Fenomeno Droga (Ministero dell'Interno) - 1989*

#### **4.5.4 Le strutture di recupero**

In generale le istituzioni coinvolte nelle attività di lotta alle tossicodipendenze, intesa come problema medico-sociale, sono divise in due livelli.

A livello centrale: Ministero della Sanità, Ministero dell'Interno, Ministero della Pubblica Istruzione, Ministero di Grazia e Giustizia, Istituto Superiore di Sanità ai quali compete di emanare direttive, indirizzi e coordinare gli interventi a livello nazionale.

A livello periferico: le Regioni. In ciascuna regione e nelle due Province Autonome di Trento e Bolzano è stato istituito un servizio responsabile della programmazione e del coordinamento degli interventi nel proprio ambito territoriale; tali attività sono svolte direttamente o tramite le Unità Sanitarie Locali mediante servizi per la specifica assistenza ai tossicodipendenti con il compito di attuare gli interventi di prevenzione e i trattamenti terapeutici e riabilitativi.

A quelli del settore pubblico si affiancano i Servizi Privati: strutture residenziali, semiresidenziali, non residenziali.

Questi organismi vengono utilizzati anche da Servizi Pubblici, con rapporti di convenzione, e svolgono un'attività prevalentemente rivolta al campo della riabilitazione e del recupero sociale.

La distribuzione geografica dei Servizi al 31/12/1989 è rappresentata nelle tavole 4.23 e 4.24.

**Tavola 4.23 - Tossicodipendenti in trattamento presso le strutture sanitarie pubbliche e le comunità terapeutiche residenziali**

Data di rilevazione	Strutture sanitarie pubbliche				Comunità terapeutiche residenziali			
	Esistenti	Censite	Utenti	Di cui in tratt. con sostanze sostitutive	Esistenti	Censite	Utenti	Totale utenti
15-12-1984	436	424	20.747	11.923	222	219	4.476	25.223
15-12-1985	455	440	19.919	9.820	301	297	5.028	24.947
30-12-1987	473	459	23.276	10.604	342	340	6.676	29.952
31-12-1988	492	479	27.906	11.464	356	351	8.017	35.923
31-12-1989	513	488	33.203	12.975	415	404	9.965	43.168

Fonte: Osservatorio permanente sul fenomeno droga - Ministero dell'Interno

**Tavola 4.24 - Quadro riassuntivo regionale delle strutture sanitarie pubbliche e delle strutture socio-riabilitative per tossicodipendenti esistenti al 31/12/89**

Regioni	Strutture sanitarie pubbliche	Centri di prima accoglienza *	Comunità terapeutiche residenziali	Centri di reinserimento *
Piemonte	65	19	45	3
Valle d'Aosta	1	1	1	-
Lombardia	93	49	104	45
Trentino A.A.	11	5	5	2
Veneto	36	19	32	28
Friuli V.G.	12	4	6	12
Liguria	20	9	13	6
Emilia Romagna	38	18	50	9
Toscana	43	13	23	17
Umbria	8	5	10	4
Marche	19	10	20	3
Lazio	42	19	19	7
Abruzzo	9	6	9	5
Molise	6	2	-	-
Campania	23	7	10	2
Puglia	37	9	20	-
Basilicata	3	-	1	-
Calabria	16	1	7	-
Sicilia	26	11	31	6
Sardegna	5	5	8	-
<b>Italia</b>	<b>513</b>	<b>212</b>	<b>415</b>	<b>149</b>

\* I dati sono aggiornati al 31/10/1989

Fonte: Osservatorio permanente sul fenomeno droga - Ministero dell'Interno - 1989

Le strutture Pubbliche sono 513 (al 31/12/89) con un incremento del 6,9 per cento rispetto al censimento '88; l'area del Sud ha registrato il maggiore incremento. Le strutture Private sono 415 (31/12/89) considerando le comunità terapeutiche, i centri di reinserimento (149 al 30/10/89) e quelli di prima accoglienza (212 alla stessa data).

Le figure professionali previste nei servizi pubblici sono così rappresentate: medico generico, tossicologo, psichiatra, medico con altre specializzazioni, infermiere, assistente sanitario, assistente sociale, psicologo, animatore e educatore, personale amministrativo e personale senza qualifica.

Il personale operante in queste strutture si può stimare, per 479 servizi nel 1988, in 613 medici, 511 assistenti sociali, 600 infermieri, 521 psicologi, 329 altre figure professionali (stima Ministero Sanità).

Di fatto nel servizio pubblico operano in media 5 operatori con prevalenza delle professioni non sanitarie (52 per cento) rispetto a quelle sanitarie (medici e infermieri 48 per cento).

La grande maggioranza (80 per cento) degli operatori è dipendente di ruolo della struttura, mentre gli altri sono a tempo definito, convenzionati, consulenti.

Una particolare attenzione viene posta nella preparazione del personale. I servizi per tossicodipendenti, infatti, necessitano di una alta e adeguata qualificazione degli operatori. Le numerose iniziative, adottate dalle singole regioni, sono rivolte ad accrescere, in essi, le capacità di lettura delle possibili variabili diagnostiche ed a fornire gli strumenti più idonei per il lavoro di équipe.

La maggioranza degli operatori degli enti privati è costituita da volontari anche se è consistente il numero di operatori professionali che svolge attività retribuite e regolate da contratti di lavoro definiti. Nelle strutture private si riscontrano i tratti più tipici del privato sociale piuttosto che del volontariato classico.

L'intervento prevalentemente attuato sul tossicodipendente è quello "integrato", cioè articolato in programmi basati su interventi di carattere medico, farmacologico, psicologico e sociale, coinvolgendo là dove è utile e possibile, le risorse pubbliche e private offerte dal territorio. L'attività dei servizi si articola in un "supporto medico e psicologico" nel quale la somministrazione farmacologica interessa solo il 16 per cento dei soggetti in trattamento. Essa fornisce: orientamento e consulenza all'utenza; provvede all'effettuazione degli screening dell'AIDS (nell'88,9 per cento dei servizi); svolge attività di psicoterapia (nell'89 per cento dei servizi) e di consulenza e sostegno alle famiglie.

### *Finanziamenti*

Il budget nazionale per la lotta alle tossicodipendenze è così rappresentato:

- Fondi previsti dalla legge 685/75 (4 miliardi circa) distribuiti alle Regioni su "Fondo indistinto di Assistenza alle Regioni".

- Quote del Fondo Sanitario Nazionale di parte corrente a destinazione indistinta (retribuzione personale dei Servizi Pubblici, Spese Farmaci, Spese Sanitarie ecc.).

- Quote del Fondo Sanitario Nazionale a destinazione vincolata previste dalle leggi Finanziarie n. 730/1983 e n. 887/1984 per gli anni 1984, 1985, 1986 pari a 108 miliardi.

Ulteriori finanziamenti sono rappresentati da:

- Fondi del Ministero dell'Interno per le attività repressive del traffico illecito di sostanze stupefacenti.

- Fondi del Ministero dell'Interno a sostegno delle attività di recupero e reinserimento dei tossicodipendenti svolta da Enti, Associazioni Cooperative Private, previsti dalla legge 297/85 e 176/88 per l'ammontare di circa 19 miliardi annui.

- Fondi del Ministero di Grazia e Giustizia per pagamento rette a Comunità Terapeutiche per affidamenti in alternativa al carcere.

Il fondamento finanziario delle strutture private può dirsi affidato in massima parte ad un "mix" tra risorse private e convenzionamenti pubblici, principalmente collegati alla struttura Sanitaria. Più della metà dei servizi privati usufruisce di convenzionamenti con USL e Regioni.

Solitamente le rette per le Comunità Terapeutiche sono corrisposte da:

- USL
- altri
- famiglia
- USL e famiglia
- Ministero di Grazia e Giustizia.

#### 4.5.5 Uso di farmaci agonisti, psicofarmaci e ipnotici

L'andamento dei consumi di morfina e di metadone (tra i farmaci agonisti) conferma, in ambito nazionale ed indipendentemente dalle prescrizioni dei Servizi, la tendenza registrata nell'anno precedente, con un aumento sensibile della morfina, utilizzata prevalentemente in ambito ospedaliero come analgesico, e un aumento costante, inferiore al 10 per cento, per il metadone (tavola 4.25). L'uso di psicofarmaci con indicazione di ipnotici e di tranquillanti riflette la distribuzione per sesso e per età riportata per l'anno precedente risultando anche per il 1989 prescritti per più del 60 per cento da donne prevalentemente al di sopra dei 40-50 anni. Le quantità totali vendute sono leggermente aumentate (5-6 per cento) nei due gruppi (tavola 4.26).

**Tavola 4.25 - Farmaci agonisti lavorati in Italia. Anni 1985-1989**

	1985	1986	1987	1988	1989
Morfina	46	33	30	57 (**)	79 (**)
Metadone	58	57	57 (*)	63 ( *)	63 ( *)

(\*) Non più prodotto in Italia, viene totalmente importato.

(\*\*) Di cui 30 Kg e 31 Kg rispettivamente costituiti da compresse di morfina solfato (totalmente di importazione), per uso orale, utilizzate esclusivamente in ambito ospedaliero.

*Fonte: Ufficio Centrale Stupefacenti - Direzione Generale del Servizio Farmaceutico del Ministero della Sanità 1989*

**Tavola 4.26 - Preparazioni con indicazione "tranquillanti" e "ipnotici" classificate secondo il principio attivo. Confezioni vendute in Italia - Anni 1986-89**

Principio attivo	1986	N. confezioni, in migliaia (medie mensili)		1989
		1987	1988	
<i>Tranquillanti</i>				
Lorazepam	2.020	2.200	2.160	2.259
Bromazepam	500	540	553	623
Diazepam	470	450	424	434
Clordimediazepam	250	270	285	308
Alprazolam	125	170	184	202
Prazepam	115	130	137	142
Ossazepam	85	100	93	98
Clortiazepam	70	70	75	64
Ketazolam	—	40	68	29
Clorzepato	30	30	29	26
Clordiazepossido	30	30	26	24
Medazepam	20	20	16	10
Homofenazine			(nuovo)	15
Etizolam			(nuovo)	7
<b>Totale</b>	<b>3715</b>	<b>4050</b>	<b>4050</b>	<b>4316</b>
<b>Differenza percentuale</b>		<b>+ 9,0</b>	<b>0,0</b>	<b>+ 6,5</b>
<i>Ipnocici</i>				
Triazolam	290	360	367	386
Flurazepam	160	140	133	126
Flunitrazepam	125	120	107	101
Lormetazepam	85	90	104	121
Nitrazepam	65	60	54	48
Nordazepam	40	30	33	28
Estazolam	30	30	36	36
Quazepam	—	20	26	20
Brotizolam	—	—	(*) 5	16
<b>Totale</b>	<b>795</b>	<b>850</b>	<b>865</b>	<b>909</b>
<b>Differenza percentuale</b>		<b>+ 6,9</b>	<b>+ 1,8</b>	<b>+ 5,1</b>
(*) Solo due mesi				

Fonte: Istituto Superiore di Sanità

#### 4.5.6 Attività di repressione

Nel 1989 sono state sequestrate sostanze stupefacenti per un totale di kg 24.591, di cui 685 di eroina, 668 di cocaina, 23.232 di cannabis e derivati e 6 di altri tipi (tavola 4.17). Dall'andamento dei sequestri delle principali sostanze nel corso del decennio 1980-89 (figura 4.4), si può osservare che la cocaina continua la tendenza alla penetrazione nel mercato italiano.

L'incremento rispetto al 1988 di quasi 1/5 dell'eroina sequestrata, conferma ancora la pericolosità di questa sostanza, prima causa dei 972 decessi droga-correlati verificatisi nel nostro Paese.

Accanto alle sostanze "più classiche" sequestrate compaiono droghe sintetiche come la MDMA (metilendirossimetamfetamina) di cui, nel 1989, sono state sequestrate 2.295 "pasticche", suggerendo il pericolo, già realtà in qualche paese europeo, che tali nuove e dannose sostanze possano diffondersi anche tra i giovani, primo obiettivo di ogni nuovo mercato.

I dati sui sequestri di modiche quantità per uso personale (tavola 4.27) per le sostanze di maggior interesse consentono qualche riflessione sul dato quantitativo (in grammi/persona) che, in media, è abbastanza stabile nel corso degli anni, tranne forse per la morfina e per le amfetamine.

Analoghi risultati si ricavano dai dati analitici affidabili e rappresentativi relativi ai sequestri di polveri di strada effettuati in alcune aree italiane (Firenze, Padova, Treviso); questi dati, oltre ad essere affidabili sono particolarmente rappresentativi del fenomeno per le aree di riferimento: circa il 90 per cento delle bustine sequestrate contiene 100-300 mg lordi di eroina, di purezza compresa tra il 10 per cento ed il 30 per cento.

**Tavola 4.27 - Sequestri di modiche quantità di droga per uso personale  
(artt. 80-98, legge 22.12.1975, n. 685) - Anni 1987-1989**

Sostanza	Anno	Quantità (gr)	N. persone			gr/persona
			Italiani	Stranieri	Totale	
Morfina	'87	0,5	2	—	2	0,25
	'88	2,0	1	—	1	2,00
	'89	—	—	—	—	—
Eroina	'87	888,1	3.421	27	3.448	0,26
	'88	1.503,3	4.929	65	4.994	0,30
	'89	1.477,2	4.863	44	4.907	0,30
Cocaina	'87	97,6	201	17	218	0,45
	'88	157,8	314	23	337	0,47
	'89	177,8	370	26	396	0,45
Marijuana	'87	1.627,7	443	56	499	3,36
	'88	1.524,4	413	41	454	3,36
	'89	1.793,7	499	42	541	3,32
Hashish	'87	13.049,8	5.342	361	5.703	2,29
	'88	15.016,7	6.637	540	7.177	2,09
	'89	15.477,3	6.879	498	7.377	2,10
Amfetamine	'87	7,3	13	1	14	0,52
	'88	12,5	11	2	13	0,96
	'89	10,0	8	2	10	1,00
<b>Totale</b>	'87	<b>16.664,4</b>	<b>10.262</b>	<b>474</b>	<b>10.736</b>	
	'88	<b>18.497,0</b>	<b>13.866</b>	<b>696</b>	<b>14.562</b>	
	'89	<b>19.185,4</b>	<b>13.313</b>	<b>621</b>	<b>13.934</b>	

Nota: Sequestri di MDMA per uso personale sono riportati come tali solo per il 1989 (15 compresse in totale, per una media di 5 compresse a persona deferita)

*Fonte: Elaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità su dati del Servizio Centrale Antidroga  
Ministero dell'Interno - 1989*

Abbastanza stabile risulta anche il numero delle persone fermate per uso personale di ciascuna delle sostanze riportate nella tavola. L'intensa attività delle forze di Polizia viene evidenziata anche da altri dati quali per esempio quelli relativi a:

- persone denunciate ed arrestate: n. 20.580,
- interventi nei confronti di detentori di "modiche quantità": n. 13.934 persone segnalate al Pretore .

#### **4.5.7 Attività di prevenzione**

Adolescenti e giovani adulti rappresentano i soggetti a maggior rischio per quanto riguarda il "fenomeno droga": infatti oltre il 50 per cento dei tossicodipendenti fa parte di questi gruppi di età.

Anche l'età del primo contatto con le droghe tende a scendere sempre più e si segnalano casi di pre-adolescenti che avrebbero avuto un'esperienza di uso.

La prevenzione, quindi, riveste un ruolo essenziale nella strategia necessaria a ridurre la domanda di droghe e a rafforzare le barriere che difendono dalla minaccia della tossicodipendenza.

L'intervento delle istituzioni in questo campo si sta sempre più spostando dalla cura della patologia alla prevenzione legata alla promozione della salute intesa non solo in senso fisico-sanitario ma come benessere fisico ed equilibrio psico-fisico e sociale.

Il crescente interesse e l'impegno generalizzato nei riguardi di questo settore sono testimoniati da numerose iniziative promosse a vari livelli nel Paese. Tali iniziative hanno visto sia il coinvolgimento di strutture istituzionali, quali i Provveditorati agli Studi, i Coordinamenti regionali della Pubblica Istruzione, gli Enti locali, gli Istituti universitari (Statali, Università Cattolica di Roma), sia interventi di organizzazioni multinazionali, quali UNICRI attraverso la campagna "Stop droga". Dette iniziative, oltre all'organizzazioni di convegni, seminari, lezioni e corsi di aggiornamento, hanno provveduto alla divulgazione di bollettini di informazione destinati a dirigenti, docenti, operatori del territorio e/o studenti.

#### **4.5.8 Il fenomeno droga negli Istituti di Prevenzione e Pena**

Il fenomeno della tossicodipendenza nelle carceri italiane continua a registrare un progressivo aumento.

Al 15/12/1989 il 25,2 per cento della popolazione penitenziaria risulta essere tossicodipendente contro il 24,1 per cento dell' '88 (tavola 4.28).

**Tavola 4.28 - Detenuti tossicodipendenti ristretti negli istituti penitenziari e confronto con la popolazione penitenziaria - Anni 1986-89\***

Anni	Detenuti	Detenuti tossicodipendenti	%
1986	31.403	6.102	19,4
1987	30.555	5.221	17,9
1988	31.077	7.500	24,1
1989	30.635	7.722	25,2

\* Il dato si riferisce al 31 dicembre di ogni anno, eccetto per il 1989 che è riferito al 15 dicembre

Fonte: Ministero di Grazia e Giustizia - 1989

La distribuzione dei tossicodipendenti appare sostanzialmente immodificata rispetto agli anni passati.

Detenuti tossicodipendenti risultano maggiormente presenti al nord, particolarmente nelle regioni Lombardia e Piemonte, mentre al sud sono concentrati nell'area napoletana; al centro si rileva una elevata presenza nel Lazio.

Per quanto riguarda il tipo di sostanza risulta che la quasi totalità (88 per cento) dei tossicodipendenti presenti in carcere faceva uso, in libertà, di eroina o altri oppiacei, situazione sostanzialmente sovrapponibile a quella riscontrata negli anni precedenti.

La tipologia del tossicodipendente presente in carcere richiama un soggetto di età compresa tra i 22 e i 30 anni, che ha un titolo di studio non superiore alla scuola dell'obbligo, che è disoccupato e che ha una lunga storia di tossicomania (3-10 anni).

Rilevante è però la percentuale di eroinomani che si "bucano" da 1-3 anni costituita da soggetti meno deteriorati e forse più raggiungibili dall'intervento trattamentale e riabilitativo.

Il tossicodipendente, infine, è detenuto prevalentemente per reati contro il patrimonio e, in minor misura, per reati comuni connessi con lo spaccio di sostanze stupefacenti.

Negli ultimi anni si è andato affermando un approccio che mette al primo posto l'intervento terapeutico, anziché quello repressivo; l'ambiente carcerario fa aumentare il disagio sociale e le spinte criminali. Per questo, gradatamente, si sono introdotti, attraverso interventi normativi appositi, nuovi modelli di intervento.

L'evoluzione della normativa mette in evidenza una progressiva modificazione dal 1975 ad oggi - del trattamento del tossicodipendente detenuto verso una politica di decarcerazione.

Le modifiche legislative hanno delineato un'apertura del carcere e del trattamento penitenziario del tossicodipendente verso un trattamento in strutture territoriali di recupero. Per promuovere lo sviluppo di un processo di motivazione al recupero e di responsabilizzazione verso sé stesso in questi anni sono stati intensificati i rapporti con le U.S.L. convenzionate a livello nazionale, per attuare un trattamento più adeguato all'interno della istituzione e realizzare un collegamento ponte tra carcere e territorio che possa proiettare il tossicodipendente all'esterno per la cura ed il recupero.

Al 31/12/1989, su un campione di 191 Istituti del territorio nazionale sono operanti 123 convenzioni con le U.S.L.; in 57 casi la U.S.L. interviene gratuitamente, mentre in altre 66 c'è una partecipazione onerosa da parte dell'Amministrazione.

I programmi di trattamento concordati tra servizi delle U.S.L. e carcere, comprendono interventi farmacologici disintossicanti (con farmaci sostitutivi o sintomatici) e psicologici (terapie di sostegno).

Il ricorso al tipico trattamento sostitutivo (metadone) ha subito un ridimensionamento negli ultimi anni.

Nel 1989, infatti, il ricorso alla terapia metadonica come risposta alla condizione di tossicodipendenza risulta notevolmente più limitato rispetto agli anni precedenti, a favore di altri interventi psicologici e sociali.

L'Amministrazione penitenziaria, con l'intento di favorire l'azione trattamentale e preventiva, sta portando avanti il progetto di creazione di strutture penitenziarie a custodia attenuata, da utilizzare specificatamente per l'intervento terapeutico e riabilitativo dei detenuti con problemi di tossicodipendenza.

L'organizzazione tecnico-funzionale di questi Istituti verrà gestita da personale

dell'Amministrazione penitenziaria e da personale delle USL (appositamente convenzionate), che abbia ricevuto una specifica formazione comune per la realizzazione delle finalità trattamentali delle strutture specifiche.

Tali progetti sono a livello sperimentale già in corso di attuazione a Firenze e a Rimini, e verranno estesi a livello nazionale.

#### 4.5.9 Il fenomeno droga nelle forze armate

Gli indicatori più significativi della tossicodipendenza accertata in ambito militare (tavola 4.29), cioè il numero totale delle riforme e dei soggetti inviati in osservazione, segnalano la sostanziale stabilizzazione del fenomeno nell'ultimo quadriennio '86-89 con tendenza in aumento dei casi in osservazione per sospetta assunzione di sostanze stupefacenti.

**Tavola 4.29 - Giudizi di permanente non-idoneità al servizio militare per tossicodipendenza relativi a militari di leva e ad iscritti di leva appartenenti alle tre forze armate - Anni 1976-89**

Anno riforma	Categoria del riformato			N. totale di riforme	N. totale assuntori di droga inviati in osservazione
	Isritto	Incorporato	Volontario		
1976	n.r.	104	n.r.	104	n.r.
1977	n.r.	132	n.r.	132	n.r.
1978	n.r.	336	n.r.	336	n.r.
1979	n.r.	687	n.r.	687	n.r.
1980	253	1.459	1	1.713	3.724
1981	329	1.708	4	2.041	4.078
1982	450	1.577	2	2.029	3.864
1983	526	1.548	3	2.077	4.009
1984	338	1.361	2	1.701	3.432
1985	258	1.009	2	1.269	2.602
1986	92	664	4	760	1.961
1987	94	669	2	765	1.825
1988	66	708	2	776	2.345
1989	*	*	*	739	2.605

\* dati non disponibili

n.r. dati non rilevati

*Fonte: Ministero della Difesa - Direzione Generale Sanità Militare*

Per far fronte al problema droga la Sanità Militare ha da tempo realizzato una rete di strutture di supporto psicologico (N. 25 Consultori Psicologici e n. 11 Servizi di Psicologia), con diversi profili di competenza per:

- l'individuazione precoce dei casi di disadattamento e di sospetta assunzione di sostanze stupefacenti;
- il supporto psicologico (counseling, trattamenti terapeutici);
- l'azione informativo-preventiva ai diversi livelli.

PAGINA BIANCA