

il processo di invecchiamento della popolazione italiana

Fig. 3

A

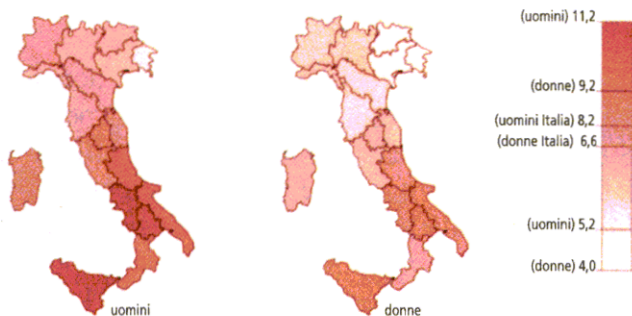
percentuale di giovani di età inferiore a 15 anni



La quota di giovani sotto i quindici anni va progressivamente riducendosi: ormai non arriva al 15% della popolazione, mentre era superiore al 21% all'inizio degli anni '80.

B

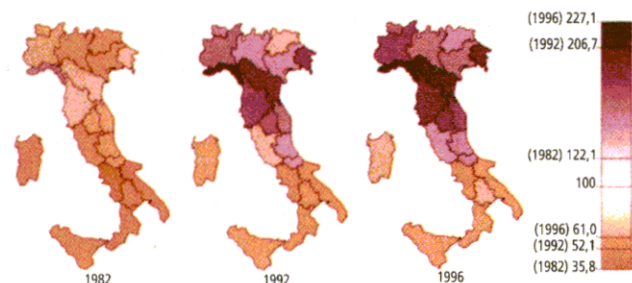
percentuale di anziani con almeno 65 anni di età



La quota di anziani va progressivamente aumentando: essa ha raggiunto il 16,8 % della popolazione mentre era il 13,2 % all'inizio degli anni '80.

C

indice di vecchiaia



Nelle regioni centro-settentrionali il processo d'invecchiamento è più avanzato.
In Liguria si hanno 230 anziani ogni 100 giovani
In Emilia-Romagna, Friuli Venezia-Giulia e Toscana 180-200 anziani ogni 100 giovani.
In Umbria, Piemonte e Marche 150-180 anziani ogni 100 giovani.
Tutte le regioni del mezzogiorno si collocano ancora nettamente al di sotto della soglia di 100 anziani ogni 100 giovani, variando dai 61 della Campania (la regione più "giovane" d'Italia, seguita dalla Puglia), ai 90 della Basilicata.

(*) punto di equilibrio: i giovani e gli anziani sono nello stesso numero

La quota di giovani sotto i quindici anni va progressivamente riducendosi: ormai non arriva al 15%, mentre era superiore al 21% all'inizio degli anni '80. Gli anziani con almeno 65 anni invece sono quasi 17%: dunque l'indice di vecchiaia (il rapporto tra anziani e giovani) ha decisamente superato la «soglia psicologica» di 100 anziani ogni 100 giovani, ed è destinato a crescere ancora, pressochè inevitabilmente. La Liguria è la regione in cui il processo d'invecchiamento è più avanzato. Il numero di anziani ogni 100 giovani è effettivamente impressionante: quasi 230.

Va osservato che dall'inizio degli anni Ottanta ad oggi è pressochè raddoppiata la quota dei molto anziani, le persone con almeno 80 anni: essi sono ormai oltre il 4% della popolazione, una quota non più trascurabile. Com'è noto, a causa della più elevata sopravvivenza delle donne, il processo di invecchiamento è marcatamente più accentuato per la struttura della popolazione femminile che per quella maschile: l'indice di vecchiaia, infatti, che per la popolazione nel suo complesso arriva a 113, per le femmine è pari a 137. Quasi una donna su cinque (il 19,3%) ha almeno 65 anni, mentre quelle con almeno 80 anni superano ormai il 5% del totale.

2.4 LA MORTALITÀ GENERALE

Considerando la popolazione italiana nel suo complesso (donne e uomini, senza fare distinzione di età), la mortalità in Italia nel periodo di tempo che va dal 1980 al 1993 è andata diminuendo, per effetto di un grande decremento della mortalità infantile e di diminuzioni, più o meno accentuate, della mortalità dovuta ad alcune delle principali cause di morte. L'unica classe di età che ha perso il beneficio iniziato anche prima degli anni 80 è quella cosiddetta dei giovani adulti (25-44 anni), che come negli altri paesi industrializzati, sta risentendo pesantemente dell'epidemia di AIDS. I livelli di mortalità delle donne sono, spesso sensibilmente, più bassi di quelli degli uomini.

Di seguito sono presentati dati, peraltro assai sintetici, che descrivono gli andamenti e la geografia della mortalità in Italia, dal 1980 all'ultimo anno disponibile, il 1993.

Nella Fig. 4 vengono presentati i tassi di mortalità generale, nel periodo considerato, in tre grandi fasce di età: 0 anni (mortalità infantile), 25-44 anni (mortalità tra i giovani adulti) e tutte le età insieme.

Tutti i tassi sono standardizzati rispetto alla popolazione italiana al Censimento 1981, sono riferiti a 10.000 persone e sono specifici per genere. Le Fig. 5 e 6 mostrano le distribuzioni geografiche regionali dei tassi di mortalità infantile e per tutte le età con i relativi decrementi dal 1980 al 1993.

2.5 LA MORTALITÀ PER CAUSA

Nella Fig. 7 sono riportati, per il 1980, 1990 e 1993, i numeri assoluti di morti ed i contributi percentuali per grandi gruppi di

Fig. 4

mortalità totale, per varie classi di età

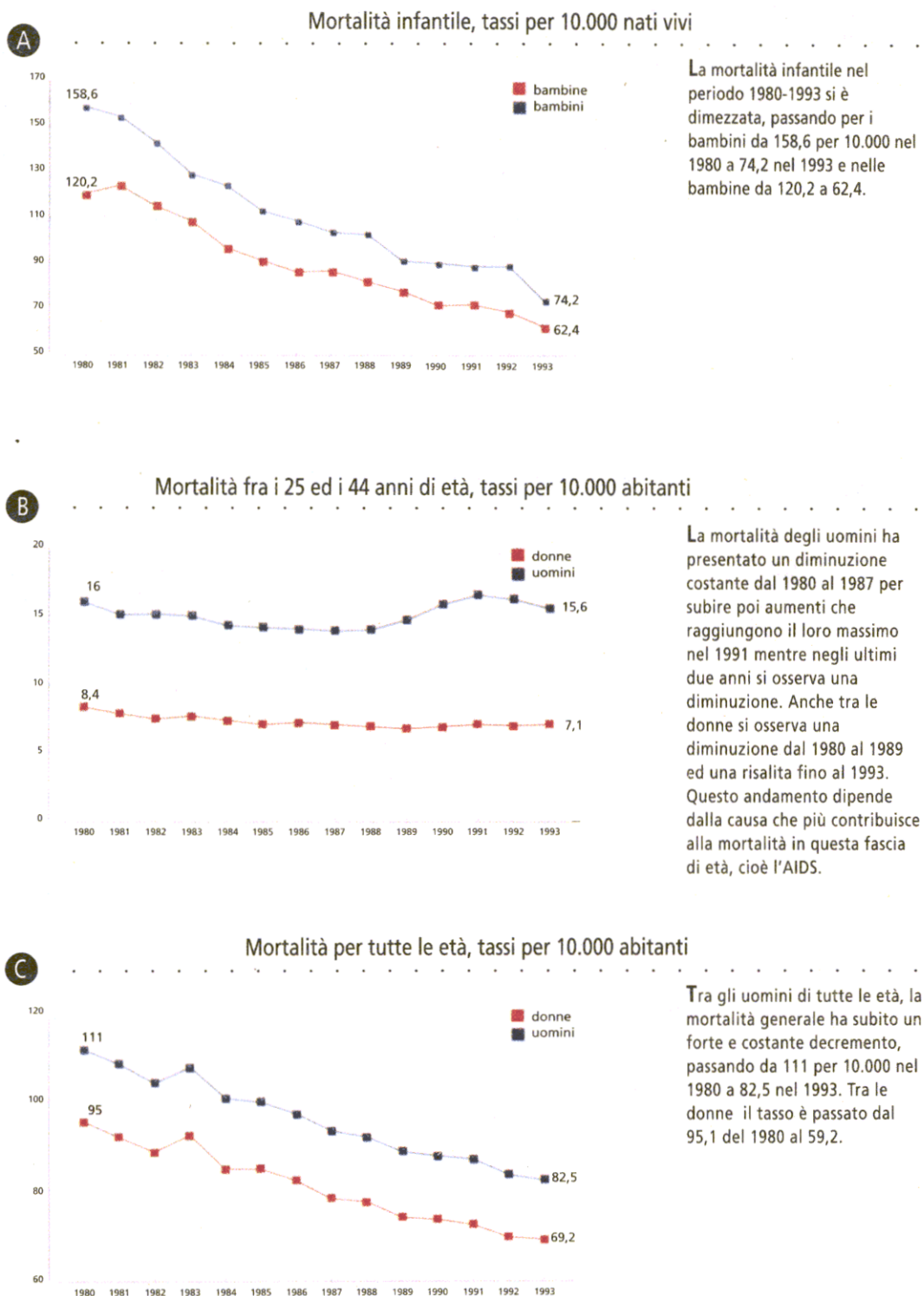


Fig. 5 distribuzione regionale della mortalità infantile

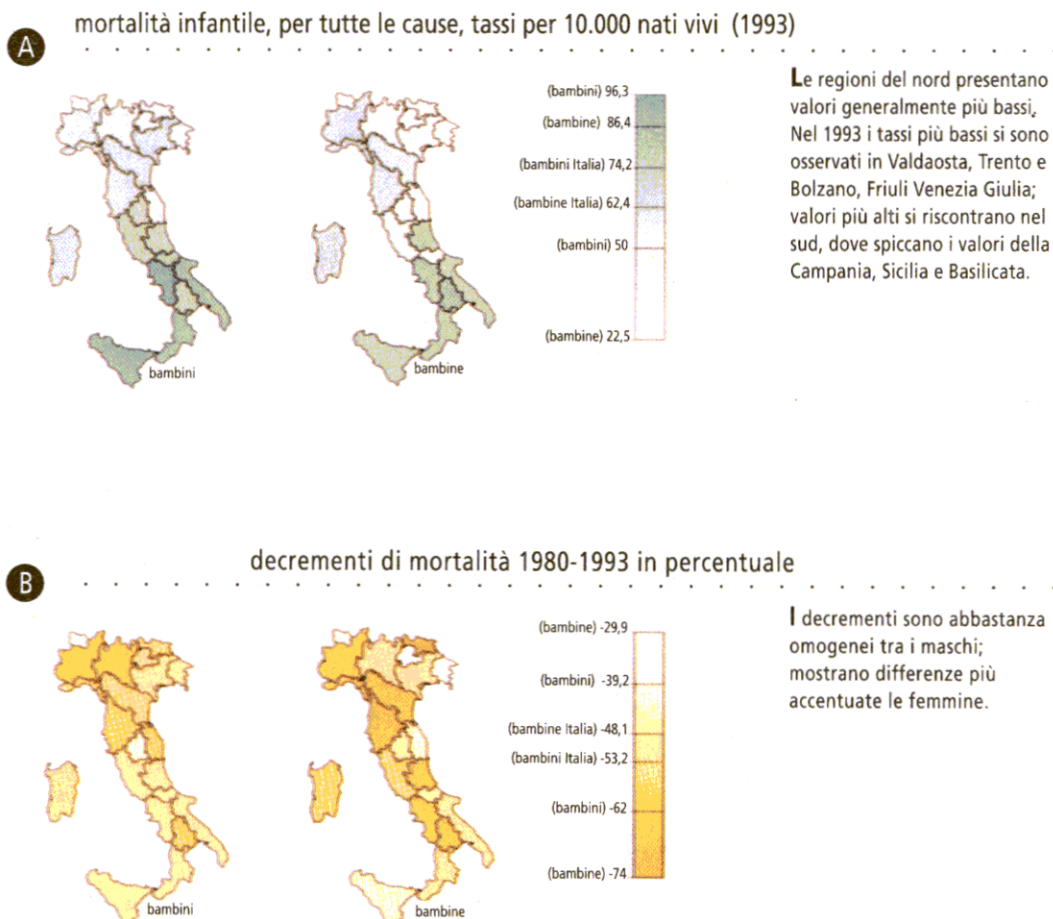
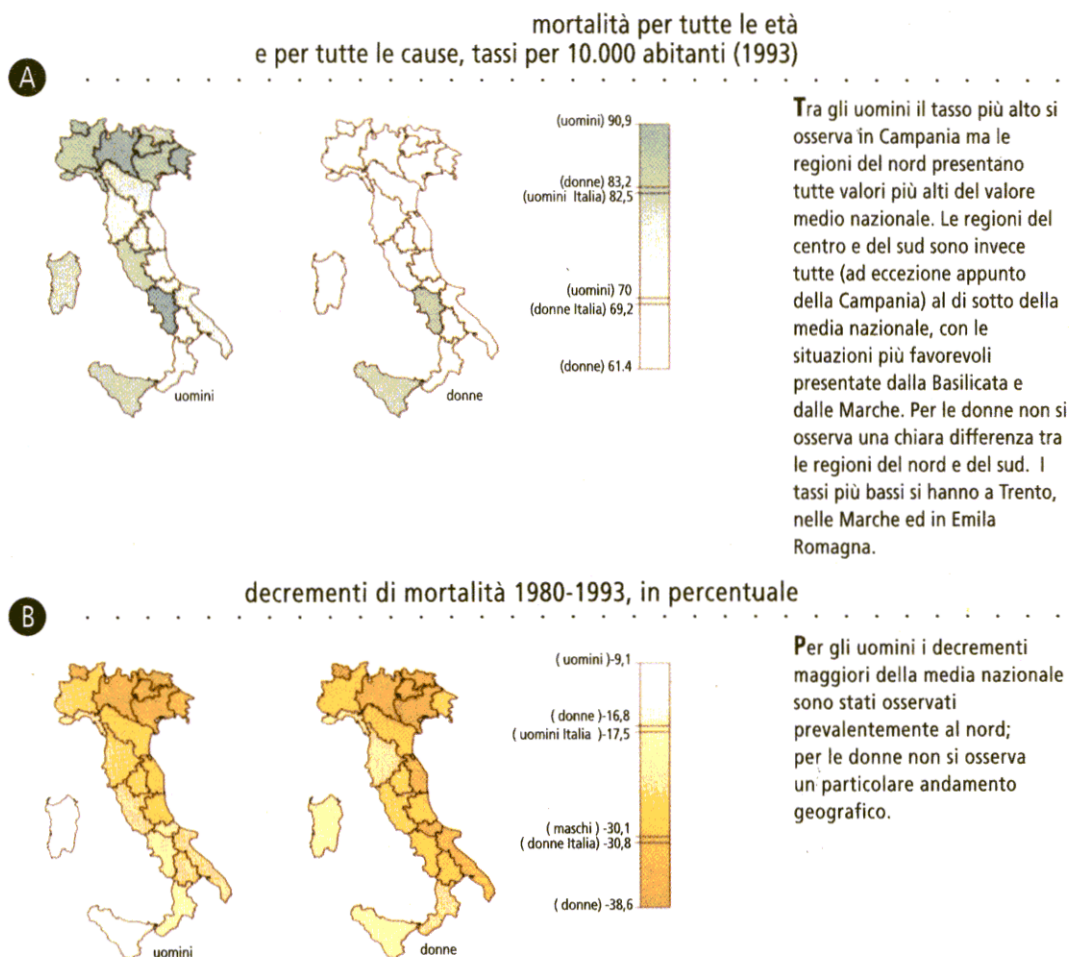


Fig. 6 distribuzione regionale della mortalità per tutte le età



numero assoluto di morti per grandi gruppi di cause
e percentuale rispetto al totale dei decessi dal 1980 al 1993

Fig. 7

grandi gruppi di cause	valori assoluti			valori percentuali		
	1980	1990	1993	1980	1990	1993
sistema circolatorio	263 834	233 921	240.696	47,9	43,2	43,8
tumori	122 884	147.869	153 945	22,3	27,3	28,0
apparato respiratorio	39 189	35 533	31 991	7,1	6,6	5,8
altre cause	35 650	36 303	33 681	6,5	6,7	6,1
apparato digerente	32 842	28 877	28 358	6,0	5,3	5,1
cause esterne, traum e avvelenamenti	31 105	28.711	27.852	5,6	5,3	5,1
sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	14 464	12 102	11 011	2,6	2,2	2,0
disturbi psichici e malattie del sistema nervoso	7 617	14 552	16 592	1,4	2,7	3,0
infettive e parassitarie	3 226	3 876	5 848	0,6	0,7	1,1
totale	550 811	541 744	549.974	100	100	100

Le malattie del sistema circolatorio, pur diminuendo il loro peso percentuale, rappresentano la principale causa di morte (oltre il 40% del totale dei decessi). Seguono i tumori che causano quasi il 30% dei decessi. Le altre cause forniscono un contributo decisamente inferiore; si registra un aumento solo tra le malattie infettive che passano da un peso dello 0,6% nel 1980 a ad un valore dell'1,1% nel 1993, e tra i disturbi psichici (in cui si passa dall'1,4% del 1980 al 3,8% del 1993).

cause, considerando tutti i residenti in Italia (sia uomini che donne, di tutte le classi di età).

Procedendo più in dettaglio e considerando uomini e donne separatamente e la suddivisione per regioni di residenza, nella Fig. 8 sono indicati i tassi per le principali cause specifiche di morte.

Uomini: distribuzione geografica della mortalità specifica nel 1993: tumori

Quando si vanno a considerare i tassi di mortalità per alcuni dei più diffusi tumori, si osserva sempre un trend decrescente nord-sud, ma con alcune eccezioni.

Per il tumore al polmone i tassi più elevati si riscontrano nelle regioni settentrionali (Veneto 9,9 e Friuli V.G. 9,5) e quelli meno elevati al sud (Basilicata 4 e Molise 4,2), ma vi sono tassi superiori alla media nazionale che è 8, anche al centro (Lazio 8,4) ed al sud (Campania 8,4).

Il tumore allo stomaco mostra valori più alti della media nazionale (che è 2,3) sia al nord che al centro; i valori più elevati sono quelli relativi a Trento (3,3), alla Lombardia (3,2) ed alla Toscana (3,1). Al sud i valori sono tutti inferiori alla media nazionale ed il tasso minimo si osserva in Sardegna (1,3).

Infine presenta un andamento analogo il tumore del colon-retto con valori più elevati della media nazionale (2,9) sia al nord che al centro; Trento presenta il tasso più alto (3,7) ma va considerato anche il valore delle Marche (3,3). Al sud tutti i valori sono al di sotto della media nazionale, con il tasso più basso osservato in Sicilia (2).

Malattie del sistema circolatorio

Un andamento uniforme si osserva per gli accidenti cerebrovascolari; la media nazionale è 8,4; i valori più alti si osservano in Piemonte (9,5), in Umbria (10,4) ed in Sicilia (11,2) e Campania (11,1). Il tasso con il valore più basso è quello di Trento (5,6).

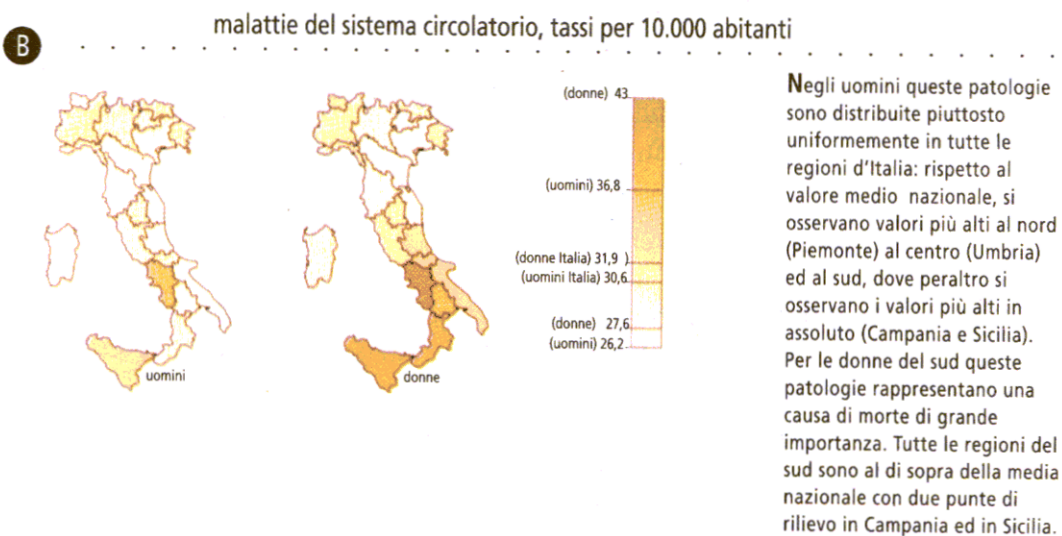
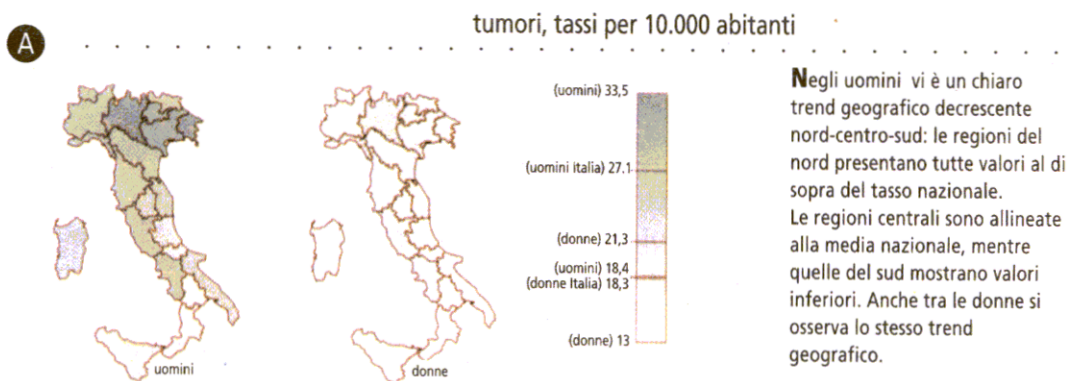
Ancora piuttosto uniforme è la distribuzione per la mortalità dovuta ad infarto del miocardio; la media nazionale è 7; i valori più elevati si osservano a Bolzano (9,5), in Umbria (7,5) ed in Campania (7,9). La situazione più favorevole è quella della Valdaosta (5,3).

Malattie del l'apparato respiratorio

Queste patologie presentano un tasso nazionale di 5,4; le regioni centrali ed alcune settentrionali presentano valori sistematicamente più bassi (Emilia Romagna 4,2, Marche 4,4); le situazioni più sfavorevoli si osservano in Campania (6,9), in Valdaosta (6,8) ed in Sicilia (6,8) e Sardegna (6,7).

distribuzione regionale della mortalità per le principali cause di morte, per tutte le età (1993)

Fig. 8



Malattie dell'apparato digerente

Rispetto al tasso nazionale del 4,7, si rileva una situazione particolarmente favorevole nelle regioni centrali (valori più bassi osservati nelle Marche, 3,2 ed in Toscana 3,4); i valori più alti sono osservati sia al nord (Valdaosta 6,7) che al sud (Campania 6,9).

Esattamente lo stesso andamento ha la principale di tali malattie, la cirrosi epatica (tasso di mortalità nazionale 2,8), con il valore più basso nelle Marche (1,6) ed i più alti in Valdaosta (4,9) e Campania (4,8).

Malattie dell'apparato genito-urinario

Presentano un tasso nazionale di 1 che corrisponde ad una distribuzione che non presenta un trend geografico; i valori più alti vi sono sia al nord (Liguria 1,2) che al centro-sud (Molise 1,1, Sicilia che presenta il valore più alto, 1,3). Le situazioni più favorevoli si osservano in Basilicata (0,7) ed in Piemonte (0,8).

Stati morbosi mal definiti

Presentano una media nazionale di 1,2, al di sopra della quale si collocano solo la Liguria, con un valore quasi doppio (2,2), la Campania (1,2), la Sicilia (1,9), la Valdaosta (1,9) ed il Piemonte (1,3). Il tasso meno elevato è quello di Bolzano (0,7).

Aids

Essendo questa causa di morte concentrata nella fascia di età dei giovani adulti (25-44 anni), quando si considerano i tassi di mortalità riferiti al complesso della popolazione essi subiscono un effetto di «diluizione», tuttavia si ritrovano al di sopra del tasso nazionale che è di 1 per 10.000, le regioni in cui l'AIDS è la prima causa di morte tra i giovani adulti: Lombardia (1,9), Liguria (1,9), Emilia-Romagna (1,4), Lazio (1,4) e Sardegna (1,7). La regione in cui la mortalità per AIDS è più bassa è il Molise (0,1).

Donne: distribuzione geografica della mortalità specifica nel 1993: tumori

La mortalità per tumore al seno, il cui tasso medio nazionale è 3,4, presenta i valori più elevati al nord (Valdaosta 5,2 e Lombardia 4,1) e quelli più bassi al sud (Basilicata 2,1, Calabria 2,4) ed al centro (Umbria 2,7).

Il tumore dell'utero mostra invece un trend contrario; rispetto ad un tasso italiano di 0,9, i valori più alti si osservano al sud (Sicilia 1,2, Campania 1,1, Puglia 1); i valori del nord e del centro sono tutti al di sotto della media nazionale, ad eccezione di Piemonte (1,1), Bolzano (1) e Lazio (0,9).

Per il tumore al polmone i valori più elevati si riscontrano nelle regioni settentrionali (Friuli V.G. 2,1, Emilia-Romagna 1,7); tutte le regioni del sud presentano tassi inferiori a quello nazionale, che è di 1,4; peraltro il valore in assoluto più basso si osserva in Valdaosta (0,3).

Il tumore allo stomaco mostra valori più alti della media nazionale (che è 1,5 sia al nord che al centro; i valori più elevati sono quelli relativi alla Toscana (2), alle Marche (2) ed all'Emilia Romagna (1,9); al sud i valori sono tutti inferiori alla media nazionale ed il tasso minimo si osserva in Puglia (0,9).

Infine presenta un andamento analogo il tumore del colon-retto con valori più elevati della media nazionale (2,5) sia al nord che al centro; la Lombardia presenta il tasso più alto (2,8) ma vi sono anche i valori della Toscana (2,8) e del Lazio (2,7). Al sud tutti i valori sono al di sotto della media nazionale, con il tasso più basso osservato in Calabria (1,6).

Malattie del sistema circolatorio

Il tasso nazionale per gli accidenti cerebrovascolari è 10,6; i valori più alti si osservano nelle regioni meridionali: Sicilia (16,3), Campania (15,9) e Calabria (14); i valori più bassi si osservano a Trento (6,7) ed in Veneto (7,5); le regioni centrali oscillano intorno alla media nazionale.

La mortalità dovuta ad infarto del miocardio presenta invece valori oltre la media nazionale (4,1) al nord, con il valore più alto a Bolzano (5,4); al centro ed al sud si osservano i valori più bassi: Toscana (3,3), Marche (3,3) e Calabria (3,3).

Malattie dell'apparato respiratorio

Presentano un tasso nazionale di 3; le regioni centrali e settentrionali presentano complessivamente i valori più bassi; la maggior parte delle regioni meridionali presentano valori superiori alla media nazionale; il valore più alto si osserva in Sicilia (3,8) e quello più basso in Valdaosta (2,3).

Malattie dell'apparato digerente

Presentano valori più bassi della media nazionale (3,4) nelle regioni centrali; il valore più basso si registra nelle Marche (2,3); i valori più alti si riscontrano al sud, dove è da rilevare il 5,8 della Campania.

La principale di tali malattie, la cirrosi epatica (tasso di mortalità nazionale 1,7) presenta valori più alti al sud (spicca il 4 della Campania) e più bassi nel centro-nord (Marche 0,8 e Valdaosta 0,7).

Malattie dell'apparato genito-urinario

Presentano un tasso nazionale di 0,8 che corrisponde ad una distribuzione che presenta un trend geografico nord-sud; il valore

più basso si osserva a Trento (0,6) i più alti in Sicilia (1,2) ed in Molise (1,2).

Stati morbosi mal definiti

Presentano una media nazionale di 1,5; non si osserva un chiaro trend geografico; i valori più elevati sono in Sicilia (3,3) e Calabria (2,2).¹¹ tasso meno elevato è quello di Bolzano (0,8).

Aids

Per quanto riguarda l'AIDS vale la stessa considerazione sulla diluizione nel complesso delle età fatta per gli uomini; tuttavia si ritrovano al di sopra del tasso nazionale che è di 0,2 per 10.000, le regioni in cui l'AIDS è la prima causa di morte tra le giovani donne: Lombardia (0,5), Liguria (0,6), Emilia-Romagna (0,4), Lazio (0,37) e Sardegna (0,4). La regione in cui la mortalità per AIDS è più bassa è la Calabria.

2.6 GLI EVENTI EVITABILI

L'efficienza di un sistema sanitario nazionale è legata alle modalità di funzionamento e di gestione, la qualità del prodotto si esprime attraverso il beneficio che ne ricava la popolazione. Poichè non è semplice definire e misurare indicatori validi e riproducibili che descrivano lo stato di salute della popolazione, si ricorre anche a indicatori indiretti, che misurino la frequenza di eventi che teoricamente sarebbero evitabili tramite le azioni proprie della sanità e delle medicine quali la prevenzione primaria, la diagnosi e la terapia, l'igiene e l'assistenza sanitaria. Naturalmente gli eventi «evitabili» non potranno mai ridursi a zero ma è importante misurarne il numero e l'andamento nel corso del tempo per verificare se e quanto il sistema sanitario è in grado di prevenirli.

Sono considerati eventi «evitabili»:

- le malattie infettive;
- la mortalità evitabile (morti precoci per una lista selezionata di cause;
- la mortalità per cause accidentali e violente.

Malattie infettive

Agenti infettivi hanno causato sempre nella storia malattie e morte al genere umano: le malattie infettive oggi costituiscono la prima causa di morte nel mondo e purtroppo la generazione corrente non riuscirà a vedere sostanziose modifiche di questo primato.

Fino a 50 anni or sono anche nel nostro Paese sono state la prima causa di morte e sebbene l'avvento di antibiotici e vaccini abbia ridotto sostanzialmente il loro peso, la recente epidemia di AIDS ci ricorda

drammaticamente che la minaccia microbica e virale persiste nel nostro Paese. L'emergenza di nuove infezioni ed il riapparire di malattie che si riteneva ormai scomparse sono eventi frequenti: non vi è anno che non venga scoperta una nuova infezione per l'uomo o che non siano identificati nuovi agenti infettivi.

I motivi di questa dinamica evoluzione delle infezioni sono di tre ordini: biologico, ambientale e sociale.

Gli agenti infettivi, per la loro sopravvivenza, si adattano continuamente a nuove nicchie biologiche, quindi si presentano alla patologia umana infezioni fino ad ieri confinate ad altri settori ecologici: è il caso delle infezioni acquisite in ospedale, di microrganismi che acquisiscono resistenze ai farmaci.

L'ambiente influenza drasticamente l'ecologia microbica: l'inquinamento delle acque ne è un esempio eclatante: da questo hanno impulso le infezioni a trasmissione oro-fecale, spesso potenziate da concentratori biologici, quali i frutti di mare.

È tuttavia il complesso di fattori sociali che rappresenta, per il nostro Paese, il coacervo più rilevante di rischi infettivi: l'AIDS e le malattie a trasmissione sessuale ne rappresentano un esempio; le migrazioni di popolazioni da zone endemiche al nostro Paese possono costituire un altro fattore di rischio per la comparsa di inattese malattie infettive in Italia. Infine va segnalato il superamento della visione delle infezioni come evento acuto: ormai si è raggiunta evidenza definitiva dell'associazione tra alcune malattie croniche ed agenti infettanti.

È il caso del *Helicobacter Pylori* definitivamente associato ad ulcera peptica e quindi al cancro dello stomaco, dei papovavirus associati al cancro cervicale, di alcuni virus associati a malattie linfatiche e leucemogene. Tuttavia è possibile anche nel nostro Paese, ridurre considerevolmente la mortalità e la morbosità ed anche essere pronti con diligenza e competenza ad affrontare rischi futuri.

Per ottenere questo obiettivo bisogna affrontare quattro problemi:

- 1) il livello generale di conoscenza sugli agenti infettivi emergenti deve essere elevato;
- 2) la sorveglianza nazionale ed internazionale delle malattie infettive deve essere mantenuta e rinforzata;
- 3) il gap scientifico nelle conoscenze su molte infezioni deve essere affrontato con adeguate ricerche applicate;
- 4) la risposta alle malattie infettive emergenti sia nel nostro Paese che all'estero necessita più aggressività e tempestività.

Le malattie infettive in Italia

A partire dalla seconda metà degli anni '80 sono stati raggiunti in Italia alcuni significativi risultati sul piano della sanità pubblica per quanto riguarda la prevenzione e il controllo delle malattie infettive.

Prendendo in considerazione alcune malattie trasmissibili oggetto di programmi di vaccinazione, si evidenzia che l'Italia è libera da poliomielite dal 1984; a partire da quell'anno, infatti, non sono stati registrati

casi indigeni di polio paralitica da poliovirus selvaggio e non è stata riscontrata circolazione ambientale di poliovirus selvaggio.

Anche la difterite è stata praticamente eliminata; dal 1990 in poi sono stati osservati soltanto rarissimi casi sporadici, talvolta di importazione come quello occorso a Roma nel mese di dicembre 1993. Complessivamente, nel periodo 1990-95 sono stati registrati in Italia 4 casi di difterite, tra cui uno più correttamente classificabile come «pseudodifterite» perchè dovuto ad un ceppo di *C. diphtheriae* non produttore di tossina.

Il tetano, per cui la vaccinazione dei nuovi nati è obbligatoria da circa trenta anni, è diventata una malattia di infrequente osservazione; da molti anni non si osservano più casi di tetano neonatale e infantile, ma soltanto casi di tetano tra soggetti adulti o anziani, per lo più di sesso femminile, non vaccinati o incompletamente vaccinati contro questa malattia.

Attualmente vengono registrati in media un centinaio di casi di tetano ogni anno; nel corso degli ultimi anni è stato osservato un aumento delle notifiche di casi di tetano, che sono passate dalle 88 del 1991 alle 136 del 1995. Le inchieste epidemiologiche hanno confermato, in oltre il 97% dei casi, l'assenza di una vaccinazione antitetanica nei soggetti colpiti. Le altre malattie oggetto di programmi di vaccinazioni facoltative, morbillo, rosolia, parotite, pertosse sono ancora presenti nella popolazione infantile in forma endemica con cicliche fasi epidemiche, a causa degli ancora scarsi livelli di copertura vaccinale tra la popolazione bersaglio. Le coperture vaccinali nei confronti della pertosse sono ancora molto basse sul territorio nazionale, raggiungendo una media del 40-50%; in alcune regione del centro e del nord Italia che da tempo attuano campagne di offerta attiva del vaccino antipertosse in associazione con il DT, le coperture vaccinali raggiungono anche l'80-90%.

Nel complesso, l'epidemiologia della pertosse in Italia è stata scarsamente influenzata dalla vaccinazione, proprio per il mancato raggiungimento di tassi di copertura vaccinale accettabili (80%), per cui vengono ancora notificati una media di 14.000 casi all'anno, con picchi epidemici di 2030.000 casi.

Il morbillo, come la pertosse, può presentare una serie di complicanze, di cui le più temibili sono neurologiche, che hanno portato l'O.M.S. a raccomandare l'introduzione della vaccinazione antimorbillosa nei programmi di vaccinazione per l'infanzia e a fissare, come uno degli obiettivi del Programma Esteso di vaccinazione e del Piano «Salute per tutti nell'anno 2000», la riduzione dell'incidenza del morbillo al di sotto di 1 caso per 100.000 abitanti e l'eliminazione della mortalità da morbillo. Le coperture vaccinali nei confronti del morbillo sono ancora piuttosto basse in Italia, con una media del 50% sul territorio nazionale e punte dell'80-90% in alcune Regioni che attuano campagne di vaccinazioni di massa. In conseguenza di questi bassi tassi di copertura vaccinale, vengono ancora notificati annualmente una media di 32.000 casi di morbillo (periodo 1986-95), con picchi epidemici di 90.000 casi.

Analoghe considerazioni valgono per la parotite e la rosolia, di cui sono stati notificati, nello stesso periodo una media di 46.000 casi e di 22.000 casi rispettivamente.

Per quanto riguarda l'epatite virale B, altra malattia per la quale è prevista la vaccinazione obbligatoria per i nuovi nati e gli adolescenti dal 1991 e raccomandata e gratuita per le persone appartenenti a categorie a rischio dal 1986, viene osservato un lento e costante decremento a partire dal 1993, sia per il miglioramento delle condizioni di vita in generale, che per l'attuazione di specifici programmi di vaccinazione e di controllo delle donazioni di sangue.

Indagini sieroepidemiologiche effettuate nel corso degli anni '70 e '80 avevano messo in evidenza una prevalenza media sul territorio nazionale di portatori cronici del virus dell'epatite B pari al 2,5%, con picchi del 56% nelle regioni del centro sud ed in alcune aree urbane densamente popolate sia del sud che del centro e del nord dell'Italia.

I casi di epatite B notificati nel 1995 sono stati 2.553 rispetto ai 2.733 del 1994 e ai 3.344 del 1993.

Dopo l'introduzione della vaccinazione di massa contro l'epatite B, l'incidenza delle malattie nella popolazione generale è diminuita complessivamente del 15,4% rispetto al periodo 1988-91.

Diminuzioni ancora più marcate sono state osservate per le classi di età 0-14 anni (- 31,6%) e 15-24 anni (-17,8%). La classe di età 15-24 anni rimane sempre la più colpita in assoluto, tanto nel nord Italia che al centro e al sud.

Il totale cumulativo del numero dei casi di AIDS, notificati al centro Operativo AIDS del Ministero della Sanità fino al 30 giugno 1996 è 34.741; nel 79% dei casi i malati di AIDS sono di sesso maschile, mentre i casi di AIDS in età pediatrica sono pari all'1,8% del totale. Il tasso di incidenza di AIDS in Italia, calcolato per l'anno 1995, è pari a 10 casi per 100.000 abitanti. L'età media dei pazienti di AIDS è di 32 anni per il sesso maschile, e 30 anni per le femmine; circa il 60% dei casi riguarda popolazione di età fra i 25 ed i 34 anni.

Nella Fig. 9 è riportata la distribuzione dei casi di AIDS per anno di diagnosi e per alcune Regioni maggiormente colpite.

Come in altri paesi industrializzati, anche in Italia è stato osservato, a partire dai primi anni novanta, un moderato incremento del numero dei casi di tubercolosi, in parte legato alla epidemia di AIDS, in parte dovuto a modificazioni del tessuto sociale.

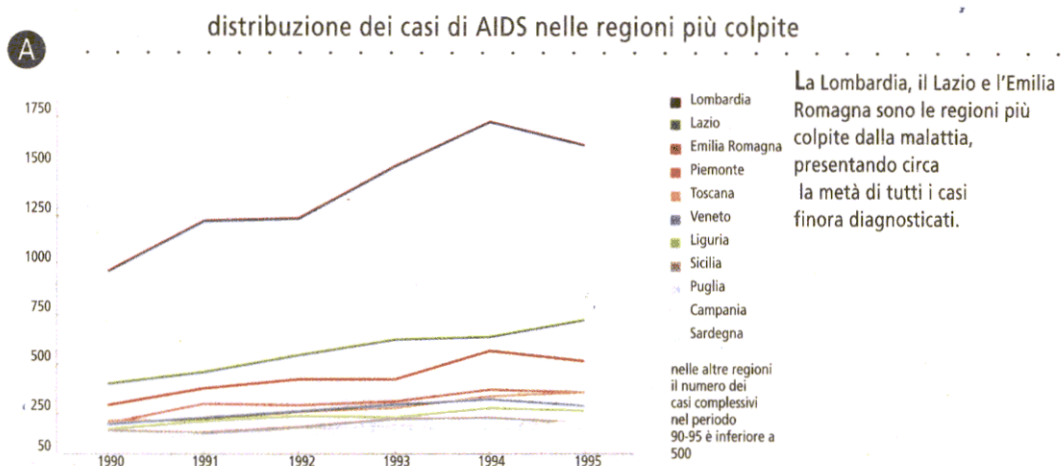
La più bassa morbosità per tubercolosi in Italia è stata osservata nel 1983 (4,9 casi per 100.000 abitanti); da allora in poi l'incidenza della tubercolosi è aumentata di una media del 6,7% per anno fino al 1992. Nel 1994, le Regioni hanno notificato al Ministero della Sanità 5.279 casi di TBC, con un aumento del 6% rispetto al 1993.

I dati riferiti al 1995, ancora provvisori, portano a 4.724 i casi di tubercolosi notificati al Ministero della Sanità, di cui 3.577 polmonare, 1.136 extra-polmonare ed 11 forme miste.

Negli ultimi anni, il maggior numero di casi di TBC è stato notificato dalle regioni dell'Italia settentrionale, con morbosità oscillante da 10 a 20 casi per 100.000 abitanti.

l'AIDS in Italia

Fig. 9



La morbosità in Italia centrale e in Sardegna è stata compresa tra 6 e 9 casi per 100.000 abitanti; il minor numero di casi è stato notificato dalle regioni meridionali con morbosità inferiore a 5 per 100.000.

Le forme di tubercolosi extra-polmonari sono aumentate maggiormente rispetto a quelle polmonari, e sono in aumento anche le forme di microbatteriosi atipiche, fenomeni, questi ultimi, legati alla frequenza delle infezioni tubercolari in soggetti con AIDS.

I casi di tubercolosi in pazienti affetti da AIDS, dal 1983 fino al 1995, sono stati complessivamente 1.559, di cui 505 di tubercolosi polmonare, e 1.054 di tubercolosi extra-polmonare. C'è una sostanziale sovrapposizione delle distribuzioni per sesso ed età di TBC ed AIDS nelle classi di età più giovani. Circa i 2/3 dei pazienti di TBC sono di sesso maschile; la distribuzione per età mette in evidenza una maggiore incidenza di TBC nelle classi di età 25-39 anni e 60-75 anni negli uomini e 20-35 anni e 60-80 per le donne; la TBC infantile e giovanile è molto rara.

La distribuzione per nazionalità mostra che la TBC, sia in forma polmonare che extra-polmonare, ha colpito in oltre l'89% dei casi cittadini italiani e nel 9% dei casi cittadini stranieri: tra questi ultimi, il 58% circa era rappresentato da Africani, il 15% da Asiatici, l'11% da Europei extra-comunitari e il 10% da Sud-Americani.

Per quanto riguarda le malattie a trasmissione oro-fecale, i casi di febbre tifoide sono in netta e progressiva diminuzione; la morbosità è stata pari a 1,9 per 100.000 abitanti nel 1994, con una diminuzione di circa il 50% rispetto al 1985; la febbre tifoide rimane ancora più frequente nell'Italia meridionale e nelle isole rispetto alle regioni dell'Italia centrale e settentrionale.

Anche l'epatite A è in diminuzione, pur osservandosi sporadiche manifestazioni epidemiche, dovute in gran parte anche ad abitudini alimentari, quali quelle di consumare frutti di mare o pesce crudo, particolarmente frequenti in alcune regioni meridionali.

Notevole, sotto questo punto di vista, l'epidemia osservata in Puglia nel- l'anno 1992: i 1.539 casi notificati dalla Puglia nel 1992 rappresentano, da soli, il 38% dei casi di epatite virale A notificati nell'anno (3.531) da parte di tutte le regioni italiane; negli ultimi mesi è stata osservata una riaccensione epidemica della malattia nella regione Puglia, a dimostrazione del perdurare di abitudini alimentari a rischio da parte della popolazione e della precarietà delle condizioni igieniche e ambientali.

Le particolari abitudini alimentari possono essere invocate a spiegazione dell'episodio di colera osservato in Puglia sul finire del 1994: 12 casi di colera autoctoni sono stati registrati in quella regione tra il mese di ottobre e il mese di dicembre 1994; in oltre il 90% dei casi l'infezione è stata messa in relazione con il consumo di pesce e/o frutti di mare crudi. Un caso di colera, questa volta importato da El Salvador, è stato registrato nel gennaio 1995.

Come in altri Paesi europei, è stato osservato, a partire dalla seconda metà degli anni ottanta, un aumento dei casi di salmonellosi minori, per lo più dovuti a *Salmonella* del gruppo D ed a *Salmonella enteritidis*