

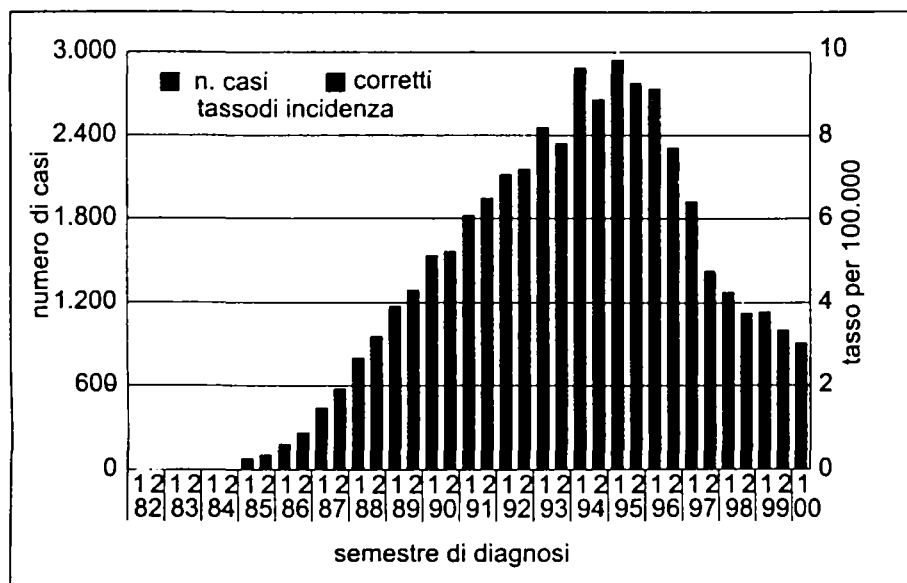


Figura 43.
Casi di AIDS
in Italia
per semestre
di diagnosi,
corretti per ritardo
di notifica
e tasso annuale
di incidenza
al 30-06-2000

per anno di diagnosi e categoria di esposizione mostra come il 63,3 per cento del totale dei casi sia attribuibile alle pratiche associate all'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa (tossicodipendenti + tossicodipendenti/omosessuali). Nel tempo è presente un aumento della proporzione dei casi attribuibili alla trasmissione sessuale (omosessuale ed eterosessuale) e una diminuzione delle diagnosi di infezioni nei tossicodipendenti (dovuta sia alla diminuzione del numero di persone che usano sostanze stupefacenti per via endovenosa che alla diminuzione della circolazione virale conseguente al cambiamento dei comportamenti associati all'uso di droga). È da sottolineare che dal 1993 non vengono registrati nuovi casi di infezione in emofilici.

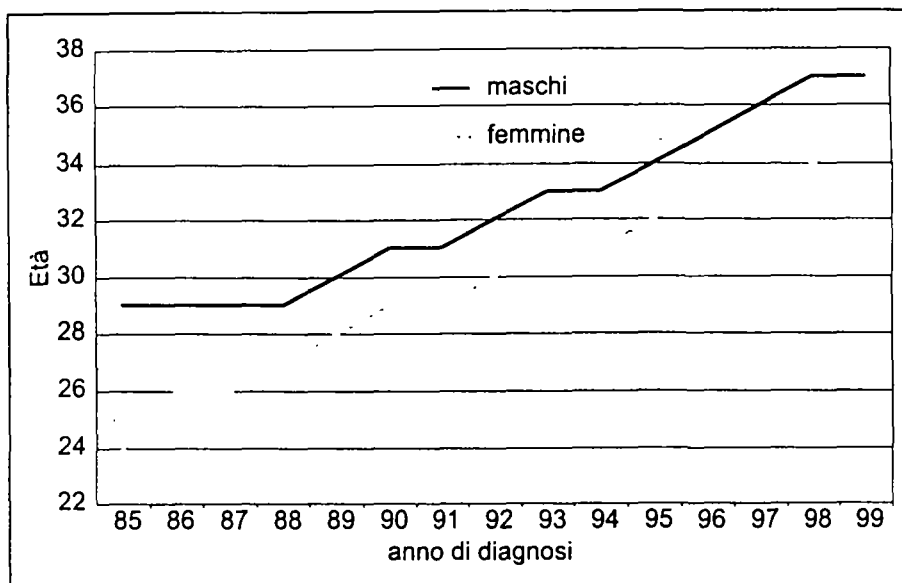
Malattie a trasmissione alimentare. Recentemente la sicurezza alimentare è divenuta uno dei punti di maggiore interesse della sanità pubblica a causa dei modificati sistemi di approvvigionamento degli alimenti (catene alimentari molto più lunghe che in passato), alla modifica della popolazione esposta a rischi acquisibili col cibo (aumento di soggetti in condizioni critiche, di immunodepressione e maggiore suscettibilità), alla modifica dei comportamenti sociali (ricorso alla ristorazione collettiva), alle mutate condizioni ambientali (modifiche di nicchie ecologiche).

Le tossinfezioni alimentari sono un problema universale. L'incidenza globale è difficile da stimare, anche perché una enorme parte di episodi non arriva neanche all'attenzione del medico o non viene segnalata.

Gli agenti eziologici delle infezioni veicolate da alimenti includono parassiti, batteri, virus e anche agenti nuovi come quello della variante della malattia di Creutzfeld-Jakob associato alla encefalite spongiforme bovina.

La sorveglianza routinaria dei focolai epidemici di malattie trasmesse da alimenti, permette di stimare il ruolo sostenuto dalle diverse tipologie di alimenti nel veicolare gli agenti responsabili di malattia: nella tabella 33 sono riportati i dati relativi alle notifiche pervenute al Ministero della sanità nel periodo 1991-1999. Le percentuali riportate nelle celle indicano, in percentuale, quanti focolai epidemici sono da attribuire, al contempo, a un alimento contaminato da un certo tipo di agente. I totali in riga e in colonna evidenziano, rispettivamente, l'impatto della contaminazione degli alimenti e il tipo di contami-

Figura 44.
Età mediana
alla diagnosi
di AIDS per sesso
e anno di diagnosi



nante sul totale. Tra le malattie, rare ma molto gravi, a trasmissione alimentare è da segnalare il botulismo, dovuto all'ingestione di tossina preformata contenuta in alimenti in cui le spore di *Cl. botulinum* germinano in condizioni di anaerobiosi. L'Italia è il paese dell'Unione Europea che segnala il maggior numero di casi di botulismo (in media, 35 ogni anno nel periodo 1990-99). Molti di questi casi si verificano nelle regioni meridionali, verosimilmente a causa della tradizione di produrre conserve domestiche ancora presente in quelle regioni. I problemi relativi alla disponibilità di siero antibotulinico, farmaco che se somministrato immediatamente dopo l'insorgenza dei sintomi di intossicazione può avere effetti risolutivi, sono stati da tempo superati ricorrendo all'acquisto all'estero del prodotto.

I batteri del genere salmonella rappresentano la maggior parte degli agenti identificati nell'eziologia dei casi di tossinfezione alimentare. In Italia la sorveglianza degli isolamenti di salmonella riporta circa 10.000 identificazioni ogni anno e un numero analogo di casi sporadici di malattia viene notificato al Ministero della sanità.

La febbre tifoide, una delle salmonellosi maggiori più conosciute, nel passato aveva la sua età di massima incidenza tra i 10 e i 14 anni. Pur in assenza di specifiche misure di controllo, la sua frequenza è diminuita progressivamente fino ai nostri giorni. In controtendenza con quelle tifoidee sono tutte le altre salmonellosi, che hanno fatto registrare, a partire dalla fine degli anni ottanta un notevole incremento della loro frequenza. Gran parte di questo incremento è dovuto alla diffusione internazionale del sierotipo *S. enteritidis*, veicolato da uova e pollame. Tra le infezioni virali veicolate dagli alimenti è importante in Italia l'epatite virale A, che presenta un andamento caratterizzato da flessioni e ampi incrementi di dimensioni epidemiche. Nel 1999 sono stati registrati circa 1.700 casi di malattia. L'ultimo picco riportato a livello nazionale si è verificato tra il 1996 e il 1997 con circa 9.000 casi di malattia ogni anno (tasso medio nazionale di 16 casi per 100.000 nel biennio), quasi totalmente attribuibile a un'estesa epidemia che in Puglia si è protratta per i due anni con tassi di incidenza regionali fino a 128 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per la stragrande maggioranza dei casi segnalati l'acquisizione della infezione era correlata con il consumo di frutti di mare. Nella valutazione dell'impatto delle malattie trasmesse

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 31. Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per fasce di età e per sesso negli anni 1989, 1993 e 1999

anno di diagnosi	maschi			femmine			totale (1982-2000*)		
	1989	1993	1999	1989	1993	1999	maschi	femmine	totale
	n. 2015	n. 3749	n. 1591	n. 453	n. 1048	n. 471	n. 36308	n. 10226	n. 46534
età (anni)									
0	0,5	0,2	0,3	1,7	1,2	0,5	0,3	1,3	0,6
1-4	0,7	0,3	0,1	2,4	0,9	0,0	0,3	1,3	0,5
5-9	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,6	0,3
10-12	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
13-14	0,0	0,0	0,0	0,6	0,9	0,0	0,1	0,1	0,1
15-19	0,5	0,1	0,0	0,9	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3
20-24	9,5	2,1	1,0	19,6	4,7	3,8	3,9	7,9	4,8
25-29	36,0	20,8	6,6	41,1	34,6	15,5	20,5	28,6	22,3
30-34	25,9	37,5	23,3	21,7	32,7	28,5	32,0	31,5	31,9
35-39	11,5	18,1	28,9	5,6	14,0	25,7	20,1	15,4	19,1
40-49	10,0	13,1	23,7	2,4	7,3	16,0	14,3	8,1	13,0
50-59	3,7	5,0	10,4	2,4	2,2	5,1	5,4	2,8	4,9
>60	1,6	2,5	5,4	1,5	1,1	4,6	2,3	1,8	2,2

* primo semestre 2000

Tabella 32. Distribuzione dei casi di AIDS in adulti per categoria di esposizione e per anno di diagnosi

categoria di esposizione	1982-93	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000*	totale	maschi	femmine
omosessuali	3375	875	825	753	497	410	342	122	7.199	7.199	0
%	15,8	15,9	14,6	15,1	15,0	17,4	16,7	21,5	15,7	20,0	0,0
tossico dipendenti	14.297	3.433	3.422	2.951	1.780	1.114	921	221	28.139	22.403	5.736
%	66,7	62,5	60,7	59,2	53,7	47,2	44,9	38,9	61,4	62,3	58,1
TD-OMO**	513	118	103	69	49	26	0	9	887	887	0
%	2,4	2,2	1,8	1,4	1,5	1,1	0,0	1,6	1,9	2,5	0,0
emofilici	224	31	28	23	10	4	4	1	325	316	9
%	1,1	0,6	0,5	0,5	0,3	0,2	0,2	0,2	0,7	0,9	0,1
trasfusi	243	37	50	36	15	9	15	1	406	230	176
%	1,1	0,7	0,9	0,7	0,5	0,4	0,7	0,2	0,9	0,6	1,8
contatti etero	2.525	905	1.099	1.034	680	598	655	189	7.685	4.098	3.587
%	11,8	16,5	19,5	20,7	20,5	25,3	31,9	33,3	16,8	11,4	36,3
altro/non determinati	254	93	114	121	283	201	114	25	1.205	838	367
%	1,2	1,7	2,0	2,4	8,5	8,5	5,6	4,4	2,6	2,3	3,7
totale	21.431	5.492	5.641	4.987	3.314	2.362	2.051	568	45.846	35.971	9.875

* primo semestre 2000

**TD-OMO = tossicodipendenti/omosessuali.

Tabella 33 . Focolai epidemici di infezione, tossinfezione, intossicazione di origine alimentare notificati nel periodo 1991/1999. distribuzione per agente etiologico e veicolo di trasmissione

	uova e alimentan a base di uova	insaccati	carni	prodotti ittici	latte e derivati	orto frutticoli	cibi in scatola	altri cibi	acqua	non noto	totale
batteri											
B. cereus	0,08%	-	-	0,04%	-	0,04%	-	-	-	0,04%	0,21%
Brucella	-	-	0,08%	-	0,42%	-	-	-	-	0,17%	0,68%
Campylobacter	0,04%	-	-	-	-	-	-	-	-	0,08%	0,13%
C. difficile	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,08%	0,08%
C. perfringens	0,08%	-	0,38%	0,08%	-	-	-	-	-	0,13%	0,68%
E. coli	0,04%	-	0,04%	-	-	-	-	0,04%	0,13%	0,04%	0,30%
Salmonella	43,72%	0,85%	3,22%	1,74%	0,97%	0,21%	0,13%	2,29%	0,38%	40,75%	94,24%
Shigella	-	-	-	-	-	-	-	-	0,04%	-	0,04%
stafilococco	0,34%	-	0,25%	0,04%	0,47%	0,08%	-	0,30%	0,04%	0,85%	2,37%
virus											
virus epatite A	-	-	-	0,08%	0,04%	-	-	0,21%	0,04%	0,89%	1,27%
totale	44,31%	0,85%	3,98%	1,99%	1,90%	0,34%	0,13%	2,84%	0,63%	43,04%	100,00%

da alimenti è necessario tenere conto, oltre che dell'elevato numero di casi, anche alla perdita economica legata alle giornate lavorative perse dai pazienti affetti e alle ricadute economiche sulle attività commerciali di produzione, trasformazione e distribuzione di alimenti.

Infezioni ospedaliere. Le infezioni ospedaliere (infezioni che si manifestano in pazienti ricoverati, i quali non avevano una infezione in atto al momento del ricovero) rappresentano un fenomeno frequente, a volte grave, prevenibile in almeno un terzo dei casi. La frequenza di infezioni ospedaliere rappresenta un indicatore della qualità dell'assistenza prestatata, poiché l'adozione di alcune pratiche assistenziali "sicure" consente di prevenire o controllare il rischio della loro trasmissione.

A partire dall'inizio degli anni ottanta, sono stati condotti in Italia numerosi studi per quantificare l'entità di questo fenomeno e descriverne le principali caratteristiche. Non esiste, tuttavia, un sistema di sorveglianza nazionale e ciò non per dimenticanza o disinteresse, ma perché per ottenere dati affidabili sono necessari sistemi di rilevazione "attiva" dei dati che richiedono personale dedicato.

La normativa italiana si è allineata agli standard internazionali già a metà degli anni ottanta: nel 1985, infatti, la Circolare ministeriale n. 52 raccomandava la creazione in ciascun presidio ospedaliero di un Comitato di controllo delle infezioni ospedaliere e l'impiego di una o più infermiere epidemiologhe (una ogni 250 posti letto) nei programmi di sorveglianza e controllo delle infezioni. Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 ha ribadito la necessità di avviare programmi di controllo di questo fenomeno, basati sulla creazione di un Comitato di controllo multidisciplinare, sulla disponibilità di personale dedicato e adeguatamente formato, sulla definizione di politiche e protocolli scritti; l'obiettivo è ridurre del 25 per cento in tre anni le infezioni ospedaliere prevenibili (quelle cioè attribuibili a pratiche assistenziali).

Anche se non esiste in Italia un sistema di sorveglianza stabile, sono stati condotti nume-

rosi studi multicentrici i quali hanno dimostrato che la frequenza di infezioni ospedaliere è sovrapponibile e probabilmente superiore a quella rilevata dal sistema di sorveglianza statunitense negli ultimi 30 anni (NNIS) o da studi multicentrici in paesi del Nord Europa. Solo gli studi di prevalenza riportano valori più bassi, ma ciò come effetto di differenze nel tipo di pazienti ricoverati e nella accuratezza diagnostica. Tutti gli studi di incidenza effettuati in Italia in reparti o pazienti a rischio riportano incidenze tendenzialmente elevate di infezioni.

Le caratteristiche epidemiologiche delle infezioni ospedaliere (localizzazioni più frequenti, patogeni coinvolti, procedure e pazienti a rischio) sono simili a quelle descritte dal NNIS statunitense: è quindi possibile fare riferimento ai dati riportati da questo sistema per delineare il quadro epidemiologico delle infezioni ospedaliere anche in Italia.

Sulla base delle indicazioni della letteratura e degli studi multicentrici effettuati in questi anni, si può stimare che in Italia dal 5 all'8 per cento dei pazienti ricoverati contragga una infezione ospedaliere: ogni anno si verificano, quindi, in Italia dalle 450.000 alle 700.000 infezioni in pazienti ricoverati in ospedale (soprattutto infezioni urinarie, seguite da infezioni della ferita chirurgica, polmoniti e sepsi). Poiché le infezioni ospedaliere potenzialmente prevenibili rappresentano il 30 per cento circa di quelle insorte, si può stimare che ogni anno si verifichino dalle 135.000 alle 210.000 infezioni prevenibili e che queste siano direttamente causa del decesso nell'1 per cento dei casi (dai 1.350 ai 2.100 decessi circa prevenibili in un anno).

È stata recentemente effettuata un'indagine con l'obiettivo di rilevare informazioni su quanti e quali ospedali abbiano avviato programmi di intervento sulle infezioni ospeda-

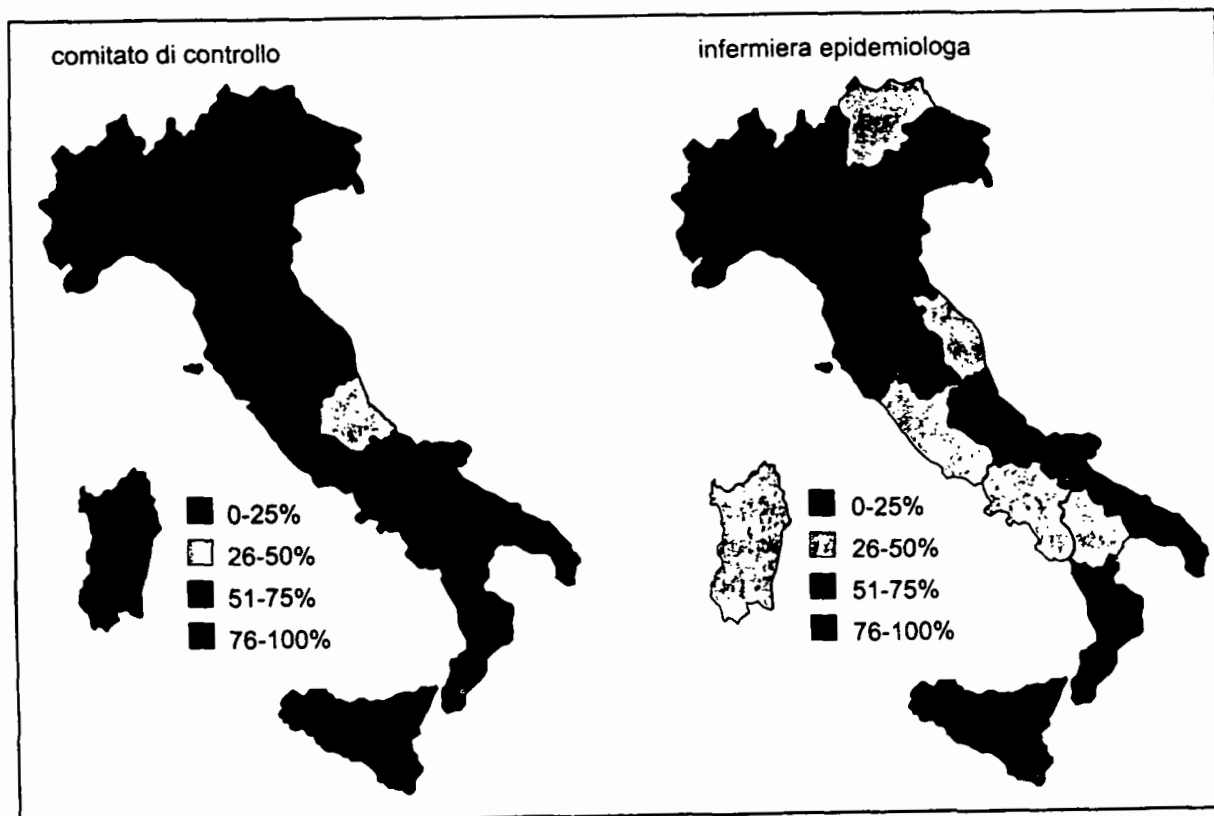


Figura 45. Infezioni nosocomiali: ospedali con comitato di controllo e infermiera epidemiologa

liere. Nel 1990, su 535 presidi ospedalieri campionati, 428 hanno risposto (rispondenza 80 per cento), indicando la frequenza con cui sono state attivate le diverse componenti dei programmi di controllo (figura 45). Nel 1980 risultava che appena il 14 per cento degli ospedali si era dotato di un Comitato di controllo, l'11 per cento di un medico responsabile, l'8 per cento di una infermiera per il controllo delle infezioni.

L'infezione da *L. pneumophila* è un'importante causa di polmonite nell'anziano e nell'adulto immunocompromesso e, dato che il batterio responsabile vive nell'acqua, non è infrequente che gli impianti idraulici di grosse strutture, incluse quelle ospedaliere, possano essere contaminati e divenire fonte di infezione per i pazienti ricoverati. Il numero di infezioni nosocomiali da legionella è stato piuttosto limitato negli anni dal 1983 al 1992 (2-3 casi l'anno), ma è andato aumentando gradualmente, con un picco di incidenza tra il 1998 e il 1999 (rispettivamente 36 e 42 casi). I 42 casi di legionellosi nosocomiale notificati nel 1999 rappresentano il 18 per cento dei casi totali notificati. La regione Piemonte ha notificato 22 casi (52 per cento del totale), la Lombardia 9 casi, la Provincia autonoma di Trento 5 casi e le Regioni Emilia Romagna, Liguria, Veneto, Toscana, Campania, Sardegna 1 caso ciascuna.

L'età media dei casi nosocomiali di legionellosi è di 60 anni, significativamente superiore a quella dei casi acquisiti in altre collettività (54 anni).

I pazienti erano ricoverati per neoplasie (39 per cento), per patologie prevalentemente di tipo cronico-degenerativo (19,5 per cento), per trapianti di organi (15 per cento), malattie infettive e altre cause (26,5 per cento). Il fumo era presente come fattore di rischio nel 28 per cento dei pazienti. Il tasso di letalità tra i casi nosocomiali è stato del 33,3 per cento, superiore in modo statisticamente significativo a quello dei casi acquisiti in comunità.

Conclusioni. Il miglioramento delle condizioni socio-economiche e la confortante situazione epidemiologica riscontrata nel nostro Paese per le malattie nei confronti delle quali è prevista la vaccinazione obbligatoria potrebbero far ritenere non più necessaria l'attuazione di strategie vaccinali di massa, ma è doveroso al riguardo focalizzare l'attenzione su alcuni punti di primario interesse.

Nessun paese o nessun territorio, per quanto socialmente ed economicamente avanzato, può essere considerato al sicuro dalla reintroduzione di malattie infettive sotto controllo grazie alle vaccinazioni di massa. I nuovi stili di vita si configurano, nei confronti delle malattie infettive, sia come fattore favorente - ne siano esempi lo spostamento di grandi masse di popolazione, la velocità sempre maggiore degli spostamenti, l'uso eccessivo e spesso incongruo di antibiotici (con conseguente sviluppo di antibiotico resistenze da parte di batteri patogeni) - ma anche come fattore protettivo se adottati secondo indicazioni di adeguati programmi alla salute.

Pertanto, al momento attuale e tenendo conto della situazione epidemiologica italiana ed europea, si ritiene non modificabile nell'immediato futuro l'attuale quadro normativo in materia di vaccinazioni obbligatorie.

Il quadro normativo potrebbe essere modificato soltanto una volta che siano stati raggiunti e mantenuti nel tempo, anche nell'ambito delle vaccinazioni raccomandate, gli stessi risultati conseguiti nel campo delle vaccinazioni obbligatorie e sia stata consolidata, tanto nella popolazione che negli stessi operatori sanitari, la coscienza del valore di questi strumenti di prevenzione del singolo e dell'intera collettività.

Malattie muscolo-scheletriche

Le malattie muscolo-scheletriche sono tra le più comuni condizioni croniche che colpiscono la popolazione italiana. Esse hanno un sostanziale impatto sulla qualità della vita dei pazienti, sull'utilizzo di risorse sanitarie e sull'economia nazionale, e sono una frequente causa di dolore cronico e di assenza dal lavoro. Per la maggior parte delle malattie esaminate verrà considerata la prevalenza, ovvero il numero di casi di una determinata malattia per 100.000 abitanti, piuttosto che l'incidenza, ovvero il numero di nuovi casi per anno. Infatti i dati di prevalenza sono più facilmente ottenibili e, per molte malattie reumatiche, è difficile determinare il momento preciso di insorgenza. Le stime sulla frequenza delle malattie muscolo-scheletriche sono state ottenute dalle diverse fonti citate nella bibliografia e successivamente adattate alla composizione per sesso ed età della popolazione generale italiana ricavata dal sito web dell'ISTAT.

Dolore muscolo-scheletrico aspecifico. In un recente studio campionario condotto in Liguria su di un campione di 3.294 soggetti con età superiore ai 16 anni (1), il 27 per cento ha riferito di aver sofferto di dolori articolari di durata superiore a un mese nel corso della vita mentre il 14 per cento ha riferito di avere avuto anche tumefazione articolare. Questi problemi sono più frequenti nelle donne (31,2 per cento a confronto del 22,1 per cento negli uomini) e aumentano con l'aumentare dell'età. L'indagine ISTAT sullo stato di salute della popolazione italiana suggerisce che su scala nazionale circa 11.139.000 soggetti riferiscono di soffrire di "artrite e artrosi", una definizione che, per quanto imprecisa dal punto di vista clinico, permette di apprezzare le dimensioni del problema. Circa il 15-20 per cento degli italiani dice di soffrire di queste condizioni con una distribuzione che aumenta con l'età: nei soggetti di età inferiore ai 35 anni queste malattie sono infatti relativamente rare.

Artrite reumatoide. L'artrite reumatoide è una delle più comuni forme infiammatorie articolari e, in accordo con studi epidemiologici sia passati sia recenti, colpisce lo 0,5 per cento circa della popolazione generale italiana (0,6 per cento donne e 0,25 per cento uomini) (2, 3). Si può considerare pertanto che circa 170.000 donne e 60.000 uomini siano affetti da artrite reumatoide in Italia. Benché la frequenza dell'artrite reumatoide sia nettamente minore di quella di altre condizioni, quali l'artrosi, l'elevata gravità e invalidità ne fanno una malattia dall'impatto socioeconomico importante.

Un recente studio italiano ha messo in luce che i costi diretti annuali di un paziente con artrite reumatoide sono in media di circa 6 milioni di lire mentre quelli indiretti ammontano a 17,5 milioni di lire (4).

I costi aumentano con il progredire della malattia misurata secondo gli stadi funzionali. Il trattamento richiede infatti frequenti visite mediche, esami ripetuti per il controllo delle terapie, trattamenti farmacologici, chirurgici e fisioterapici. La disabilità associata all'artrite reumatoide, che viene misurata con scale appositamente studiate, è rilevante e si associa significativamente con l'intensità del dolore, l'età del paziente e la depressione reattiva (5). Esistono numerose altre condizioni articolari infiammatorie (6) per le quali comunque i dati epidemiologici a disposizione non sono esaustivi.

Artrosi. L'artrosi è una condizione degenerativa della cartilagine articolare che si manifesta clinicamente con dolore da carico e alterazioni strutturali delle articolazioni. La maggior parte dei soggetti di età superiore ai 60 anni ha segni radiografici di artrosi anche se questi non si accompagnano necessariamente a sintomi clinici. Questa patologia aumen-

ta quindi di frequenza con l'età e si associa all'obesità e al lavoro pesante. Le forme più invalidanti sono quelle delle articolazioni portanti dell'arto inferiore (ginocchio e anca) che molto spesso necessitano di costosi interventi di sostituzione protesica.

La prevalenza dell'artrosi d'anca sintomatica in soggetti ultrasessantacinquenni residenti a Dicomano (provincia di Firenze) è risultata del 7,5 per cento (717.000 pazienti in proiezione nazionale), quella dell'artrosi del ginocchio il 29,9 per cento (2.858.440 pazienti) e quella dell'artrosi della mano il 14,9 per cento (1.424.440 pazienti) (7). L'artrosi è frequente anche nella fascia di età immediatamente inferiore, tra i 50 ed i 65 anni. I costi relativi, assumono un impatto socioeconomico elevatissimo proprio per la frequenza della condizione.

Lombalgie. La lombalgia è un'esperienza pressoché universale in quanto colpisce durante la vita circa l'80 per cento della popolazione. Mentre nei giovani, gli episodi lombalgici sono generalmente transitori, nella media età e soprattutto nelle donne possono diventare cronici. Sono queste le forme più gravi con maggiore consumo di risorse. Le lombalgie possono essere provocate da numerose attività lavorative e possono a ragione essere considerate malattie professionali. Per il numero dei soggetti, l'impatto è enorme sia per le giornate di lavoro perse, sia per i costi sanitari.

Reumatismi extrarticolari. Con il termine di reumatismi extrarticolari si intendono una serie di condizioni che colpiscono muscoli, tendini, legamenti e borse. Le più comuni sono le tendiniti fra le forme localizzate e la fibromialgia tra le forme generalizzate. Sono malattie molto diffuse e di frequente osservazione nell'ambulatorio di medicina generale e in quelli specialistici reumatologici e ortopedici di primo livello ma per i quali i dati epidemiologici non sono attualmente completi.

La fibromialgia è una malattia caratterizzata dalla presenza di algie ubiquitarie per un abbassamento della soglia del dolore.

La prevalenza della fibromialgia, in accordo con la letteratura internazionale, varia tra il 3 e il 10,5 per cento nelle donne e tra lo 0 per cento e il 3 per cento negli uomini. E' una patologia presente anche nei bambini con una prevalenza ipotizzabile in base a studi recenti dell'1,2 per cento. I costi associati alla fibromialgia sono elevati in quanto l'iter diagnostico è lungo e costellato di esami costosi soprattutto perché la conoscenza della malattia è scarsa negli ambienti non reumatologici.

Osteoporosi. Le fratture sono l'evento che si vuole evitare nei pazienti osteoporotici e su di esse si è pertanto incentrato l'interesse della ricerca epidemiologica. Nella popolazione generale l'incidenza delle fratture si distribuisce con un andamento bimodale, con un primo picco in età giovanile e un secondo in età avanzata. In quest'ultimo gruppo, le fratture aumentano d'incidenza con l'età e nel sesso femminile, e sono spesso associate a traumi minori o inapparenti. In media, l'incidenza annuale di nuove fratture di femore prossimale nella popolazione italiana oltre i 50 anni d'età è di circa 80 casi ogni 100.000 abitanti, negli uomini e di 200/100.000 nelle donne. Tale incidenza raggiunge il valore di 1.000/100.000 nelle donne con età superiore ai 75 anni.

La densitometria ossea permette di valutare in maniera approssimativa la prevalenza dell'osteoporosi nella popolazione italiana. A livello lombare risulta osteoporotico a 61-65 anni il 15 per cento della popolazione, a 66-70 anni il 20 per cento e oltre i 70 anni il 50 per cento. La prevalenza dell'osteoporosi al di sopra dei 50 anni risultava del 40 per cento nella popolazione femminile napoletana (8).

La frequenza delle fratture è in continuo aumento per l'incremento dell'età media della popolazione generale e per altri fattori attualmente non identificati.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Cimmino MA et al. Prevalence of self-reported peripheral pain and swelling in an Italian general population: the Chiavari study. Clin Exp Rheumatol 2001 (in corso di stampa).
- 2) Marcolongo F et al. Epidemiologia dell'artrite reumatoide. Siena: U Periccioli Editore, 1967.
- 3) Cimmino MA et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in Italy: the Chiavari study. Ann Rheum Dis 1998; 57: 315-8.
- 4) Leardini G et al. A multicentric study of annual economic cost and social impact of rheumatoid arthritis in Italy. Arthritis Rheum 2000; 43: S139.
- 5) Salaffi F et al. La disabilità nell'artrite reumatoide. valore predittivo dell'età e della depressione. Rec Progr Med 1992; 83: 675-9.
- 6) Marcolongo R. Uno sguardo al futuro. la nuova classificazione delle "malattie reumatiche". Reumatismo 1999; 51: 1-12.
- 7) Mannoni A et al. L'osteoartrosi dell'anziano. studio epidemiologico di popolazione in un comune della Toscana. Reumatismo 1998; 50 (Suppl 3): 121-124.
- 8) Del Puente A et al. Epidemiology of osteoporosis in women in southern Italy. Aging Clin Exp Res 1998; 10: 53-8.

Malattie neurologiche

Demenze. Uno tra i più importanti aspetti dei mutamenti demografici che stanno avendo luogo a livello nazionale è rappresentato dall'aumento significativo della percentuale della popolazione anziana: questo fenomeno si traduce in un aumento nella quota di popolazione a rischio di disturbi demenziali.

Secondo l'ISTAT vi erano in Italia, alla data dell'1 gennaio 1999, 4.142.569 persone di sesso maschile in età pari o superiore a 65 anni e 6.055.752 persone di sesso femminile nella stessa fascia d'età, per un totale di 10.198.321 milioni di individui in età anziana. Sono disponibili dati precisi circa la prevalenza della demenza nella popolazione generale in Italia: essi provengono da quattro studi condotti di recente in campioni rappresentativi di popolazione anziana (1, 2, 3, 4).

I tassi di prevalenza media delle demenze emersi in queste quattro ricerche, tendono ad aumentare con l'avanzare dell'età. I tassi di prevalenza sono sovrapponibili a quelli rilevati negli altri Paesi europei.

Questi dati confermano che la prevalenza raddoppia ogni 5 anni nella popolazione sopra i 65 anni: la prevalenza è molto bassa nei soggetti sotto i 60 anni (0,1 per cento) e raggiunge un plateau, almeno in Italia, nei soggetti sopra i 90 anni di età (30 per cento).

Gli studi italiani hanno poi evidenziato tassi di prevalenza simili per la demenza tra aree geografiche del Nord e del Centro Italia, con tassi di prevalenza lievemente superiori fra le popolazioni del nord Italia nelle fasce di età comprese fra i 70 e gli 80 anni.

È stata riscontrata un'associazione fra assenza o bassa scolarità e aumento della prevalenza della demenza (1).

Alcuni studi italiani (2) hanno anche messo in luce tassi di prevalenza più elevati nel sesso femminile; tuttavia, questo risultato, evidente solitamente nelle età più avanzate, non è però stato confermato in tutti gli studi effettuati nel nostro Paese (tabella 34).

Per quanto riguarda i tipi di demenza, i dati italiani indicano che il 50-70 per cento delle

Tabella 34. Tassi di prevalenza (e IC) delle varie forme di demenza nello studio di Appignano nei vari gruppi di età

gruppo d'età	tasso di prevalenza (%)		
	demenza di qualsiasi tipo	malattia di Alzheimer	demenza vascolare
70-79	5,6 (3,0-8,2)	2,0 (0,4-3,5)	2,6 (0,8-4,4)
80-89	25,9 (17,7-34,2)	10,2 (4,5-15,9)	8,3 (3,1-13,5)
90+	14,3 (0,4-57,9)	14,3 (0,4-57,9)	0,0 (0,0-41,0)

demenze siano imputabili alla malattia di Alzheimer, e il 20-30 per cento alla demenza di tipo vascolare.

I dati italiani inoltre sottolineano che la relazione fra età e demenza vascolare non è così lineare come per l'Alzheimer: nelle fasce di età più avanzate, infatti, è possibile che entrambi i meccanismi vascolari e degenerativi concorrano insieme allo sviluppo della demenza, la quale può essere attribuibile all'uno o all'altro tipo a seconda dei criteri diagnostici e degli strumenti utilizzati.

Se poi consideriamo il numero delle persone anziane con forme subcliniche o precliniche di deterioramento cognitivo, i tassi di prevalenza nella popolazione italiana, in accordo con i dati europei, risultano sensibilmente superiori alle percentuali sopra riportate per le demenze conclamate: per esempio, in un importante studio italiano condotto in un campione di 3.425 anziani in età 65-84 anni, un deterioramento cognitivo che non soddisfaceva ancora i criteri diagnostici per la demenza ma che era comunque clinicamente significativo, è stato riscontrato nel 10,7 per cento del campione totale (5).

Infine, per quanto riguarda l'incidenza delle demenze, i dati dello studio ILSA mettono in evidenza un tasso medio annuale, standardizzato alla popolazione italiana ultrasessantacinquenne, pari allo 1,1 per cento per gli uomini ed allo 1,3 per cento per le donne (6); di questi casi, il 53 per cento sono rappresentati dalla malattia di Alzheimer e il 27 per cento dalla demenza vascolare, il che sembra confermare una elevata frequenza, nel nostro paese, della demenza vascolare. Sulla base di questi dati si può stimare che sono circa 150.000 i nuovi casi di demenza attesi ogni anno.

BIBLIOGRAFIA

- 1) De Ronchi D et al. The effect of education on dementia occurrence in an Italian population with middle to high socioeconomic status. *Neurology* 1998; 50: 1231-8.
- 2) Ferini-Strambi L et al. Dementing disorders in north Italy: prevalence study in Vescovato, Cremona Province. *European Journal of Epidemiology* 1997; 13: 201-4.
- 3) Prince M et al. Prevalence of dementia in an elderly rural population. effects of age, sex, and education. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry* 1996; 60: 628-33.
- 4) Rocca WA et al. Prevalence of clinically diagnosed Alzheimer's disease and other dementing disorders: a door-to-door survey in Appignano, Macerata Province, Italy. *Neurology* 1990; 40: 626-631.
- 5) Di Carlo A et al. Cognitive impairment without dementia in older people: prevalence, vascular risk factors, impact on disability. The Italian Longitudinal Study on Aging. *Journal of the American Geriatric Society* 2000; 48: 775-82.
- 6) The Italian Longitudinal Study on Aging Working Group. Prevalence of chronic diseases in older Italians. comparing self-reported and clinical diagnoses. *International Journal of Epidemiology* 1997; 26: 995-1002.

Malattia di Creutzfeldt-Jakob. La malattia di Creutzfeldt-Jakob (MCJ) è una rara patologia degenerativa del sistema nervoso centrale a esito fatale, caratterizzata da demenza rapidamente ingravescente e segni neurologici focali. Oltre alla MCJ appartengono alle encefalopatie spongiformi trasmissibili (EST) la sindrome di Gerstmann-Sträussler-Scheinker (GSS), e l'insonnia fatale familiare (FFI). NEgli animali, le forme più conosciute di EST sono la scrapie che colpisce pecore e capre, e l'encefalopatia spongiforme bovina (BSE).

Le EST dell'uomo sono ubiquitarie e i dati disponibili non sembrano suggerire l'ipotesi di concentrazioni spazio-temporali a eccezione di aggregazioni di casi familiari. Fa eccezione la cosiddetta variante della MCJ (vMCJ) che al 30 novembre 2000 è stata riscontrata solo in Gran Bretagna (87 casi), Francia (3 casi), e Irlanda (1 caso). Attualmente non vi sono evidenze epidemiologiche di un rischio occupazionale legato alla MCJ. La MCJ può presentarsi in forma sporadica, familiare o come conseguenza di trasmissione accidentale (forma iatrogena) da uomo a uomo in seguito a procedure di carattere medico.

La MCJ sporadica. Il quadro clinico d'esordio è rappresentato da deterioramento mentale, da segni di tipo cerebellare o da disturbi centrali di tipo visivo (allucinazioni visive, cecità corticale, eccetera). La diagnosi clinica di MCJ si effettua con un livello di affidabilità piuttosto elevato in pazienti di età compresa tra i 50 e i 70 anni affetti da demenza rapidamente ingravescente con segni neurologici focali. Alcuni esami sono di grande utilità: tra questi l'elettroencefalogramma che mostra caratteristici complessi periodici trifasici punta-onda (1-2 cicli al secondo), l'identificazione mediante Western Blot della proteina 14-3-3 nel liquido cefalorachidiano e, a volte, la risonanza magnetica del cranio dove in circa l'80 per cento dei casi si notano modificazioni simmetriche dell'intensità del segnale a livello del putamen e del nucleo caudato.

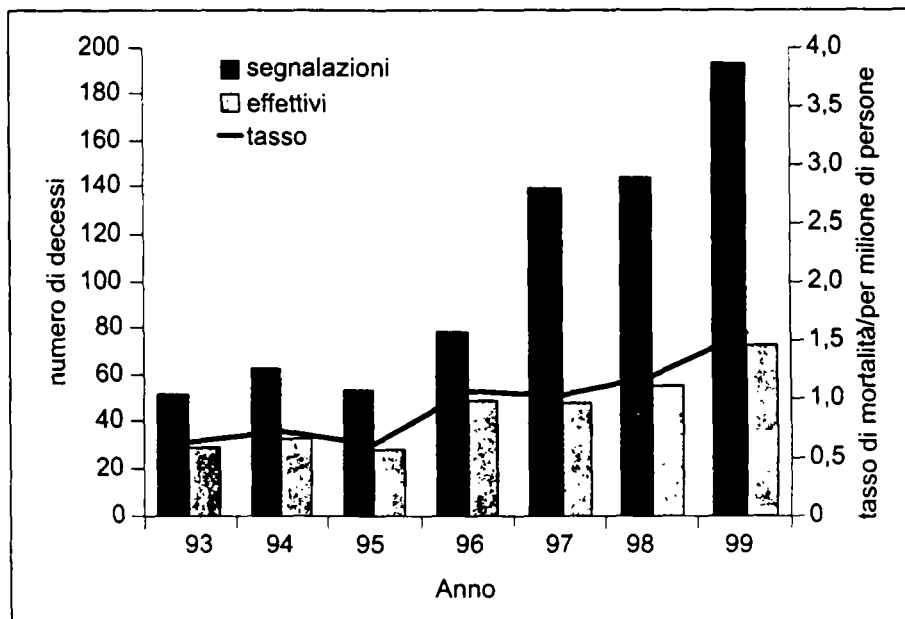
La certezza diagnostica per la MCJ, tuttavia, può essere raggiunta solo in seguito a riscontro autoptico con l'esame istologico del cervello o con l'identificazione della PrPsc nel tessuto cerebrale congelato mediante Western Blot.

Le forme familiari. Le forme familiari rappresentano il 10-15 per cento dei casi di EST dell'uomo. La MCJ familiare è legata a mutazioni puntiformi del gene della PrP (PRNP). Queste forme si presentano con una sintomatologia molto simile a quella della forma di MCJ sporadica, ma con un esordio più precoce. Altre forme familiari riscontrate in Italia sono la FFI e la GSS.

La MCJ iatrogena. Questa forma è dovuta a trasmissione accidentale della malattia da uomo a uomo attraverso procedure mediche: terapia con ormone della crescita di origine estrattiva, impianto di dura mater in corso di interventi neurochirurgici, trapianto di cornea (rarisimo), interventi neurochirurgici con ferri non correttamente sterilizzati. Il tempo di incubazione nella MCJ iatrogena varia da un minimo di 1 anno (casi dovuti a infezione tramite strumenti neurochirurgici) a un massimo di 30 anni (in seguito a terapia con ormone della crescita). In Italia sono stati osservati solo casi di MCJ iatrogena in seguito a impianto di dura mater (a oggi, 4 casi).

La variante della malattia di Creutzfeldt-Jakob (vMCJ). La vMCJ si discosta dalla forma sporadica di MCJ per la durata della malattia di oltre sei mesi, e le caratteristiche cliniche di esordio di tipo psichiatrico (depressione, ansietà, apatia, illusioni) o con disturbi sensoriali di tipo dolorifico (che non si osservano nella forma sporadica). La sintomatologia si evolve nei mesi successivi con una atassia della marcia, movimenti involontari (mioclono, corea, distonie), progressivo deterioramento intellettuale e mutismo acinetico con un quadro neu-

Figura 46.
Andamento
delle segnalazioni
di MCJ al Registro
nazionale
dal 1993 al 1999



rologico franco sostanzialmente non dissimile dalla forma sporadica della malattia. Anche nel caso della vMCJ la diagnosi viene confermata solo dall'esame neuropatologico.

In Italia la raccolta sistematica dei dati sui casi di MCJ è incominciata nel 1993 con l'istituzione presso l'Istituto superiore di sanità del Registro nazionale della MCJ, nell'ambito di un progetto europeo per la sorveglianza della MCJ e sindromi correlate. La notifica della malattia in Italia è basata sulla segnalazione volontaria dei casi. Tra l'1 gennaio 1993 e il 30 novembre 2000, sono stati segnalati al registro complessivamente 876 casi con sospetto di MCJ (tabella 35). L'analisi dei dati di mortalità è stata eseguita per gli anni 1993-99. In questo intervallo sono stati riscontrati 308 di MCJ sporadica, 59 casi di TSE familiari (51, MCJ familiare, 1 GSS, 7 FFI), 2 casi iatrogeni e nessuna caso di vMCJ. La figura 46 mostra l'andamento del numero dei casi segnalati al registro Nazionale tra il 1993 e il 1999: il numero di segnalazioni passa da 51 del 1993 a 192 del 1999). Nella stessa figura sono riportati il numero di decessi per MCJ sporadica che passa da 28 casi del 1993 a 71 nel 1999 e l'andamento dei tassi di mortalità per anno di decesso. Per il periodo 1993-1999 è stato osservato un tasso di mortalità medio annuo di 0,96, con un tasso di mortalità di 0,63 nel 1993 e di 1,56 nel 1999. Dall'analisi dei tassi di mortalità specifici per età e sesso non sembrano esserci differenze tra maschi e femmine. Non sono stati segnalati decessi per MCJ sporadica al di sotto dei 20 anni. I tassi di mortalità sono estremamente bassi al di sotto dei 40 anni e raggiungono un picco nel gruppo di età tra i 60-69 anni. Solo il 3,6 per cento dei decessi (n=11) si è verificato tra persone al di sotto dei 50 anni, mentre più del 75 per cento dei decessi si è verificato in età compresa tra i 60 anni e oltre (n=244). L'analisi di regressione di Poisson ha evidenziato che il numero di decessi per MCJ è caratterizzato da un incremento annuale statisticamente significativo nelle classi di età 60-69 e 70 e oltre ($p=0,002$ e $p=0,015$ rispettivamente). Un fenomeno simile è stato osservato in altri paesi Europei in cui le modalità di sorveglianza sono comparabili, per esempio Gran Bretagna e Francia, ma è stato riportato anche in uno studio retrospettivo dei casi di MCJ in Giappone per il periodo 1985-1996. L'aumento del numero di casi di MCJ sporadica può essere spiegato da due ipotesi: la prima è che ci troviamo di fronte ad un aumento reale del numero dei casi dovuto all'esposizione

Tabella 35. Numero delle segnalazioni di casi sospetti di MCJ al Registro nazionale della MCJ e sindromi correlate dell'Istituto superiore di sanità numero di decessi per MCJ con diagnosi certa o probabile.

anno	segnalazioni		numero di decessi per MCJ in Italia					
		sporadici	iatrogeni	familiari	GSS	FFI	v CJD	totale
1993	51	28	0	5	1	2	0	36
1994	62	32	0	5	0	1	0	38
1995	52	27	0	6	0	1	0	34
1996	77	48	0	5	0	1	0	54
1997	139	47	1	11	0	1	0	60
1998	143	54	1	8	0	1	0	64
1999	192	72	0	11	0	0	0	83
2000*	160	54	0	10	2	3	0	69
totale	876	362	2	61	3	10	0	438

*al 30 novembre 2000

nel passato a fattori ambientali sconosciuti, la seconda è che questo aumento sia un artefatto dovuto a una sottostima dei casi nel passato. Quest'ultima ipotesi è avvalorata da un aumento nel tempo del numero delle segnalazioni che depone per una maggiore attenzione da parte del medico alla notifica volontaria dei casi sospetti.

Disturbi psichici

I quadri clinici mutano. Ogni malattia risente dell'ambiente in cui si manifesta, ma in modo particolare ciò è evidente per quelle psichiatriche.

Gli studi sul cervello, la introduzioni di farmaci psicotropi sempre più specifici e non ultimo le modalità dell'assistenza in regime non più di reclusione, hanno contribuito a modificare le categorie psichiatriche, sia nel senso di registrare la scomparsa di alcune, sia in quello di verificarne una mutata incidenza.

La schizofrenia era chiamata la «regina della follia» e rappresentava la diagnosi più frequente nei luoghi di cura. Oggi ha cambiato espressione e alcune forme sono scomparse come la schizofrenia catatonica e la ebefrenica.

I disturbi dell'umore, soprattutto con la depressione, si sono fatti invece più frequenti invadendo classi di età che si era pensato ne fossero addirittura immuni: l'età infantile e adolescenziale. Anche il bambino può essere affetto da depressione, fin dal primo anno di vita, anche se le manifestazioni sono del tutto particolari, tali da richiedere una vera interpretazione di sintomi somatici e di rallentamento nelle manifestazioni mentali. Negli adolescenti la depressione è di grande rilievo oggi, se solo si considera che il suicidio, uno dei sintomi spesso associati alla depressione, è la causa principale di morte (assieme agli incidenti stradali) in questa popolazione.

Per questi motivi la depressione rappresenta uno dei problemi più gravi della salute: i depressi di interesse medico sono sette milioni a fronte di seicentomila schizofrenici. La depressione si pone inoltre tra le malattie a lungo decorso (e per alcuni addirittura come malattia cronica) anche se con periodi di minore intensità o mancanza di sintomi (fasi inter-

critiche). Ormai è un dato scientificamente provato che la depressione è la manifestazione di un disturbo che ha un'origine biologica e una causa ambientale, tra loro integrate. Un'affermazione che dovrebbe porre fine ai dualismi e alle lotte tra riduzionismo genetico e ambientale (o relazionale). Ciò significa che biologicamente esiste un rischio, una predisposizione, non tali tuttavia da indurre meccanicamente e, dunque, in maniera deterministica il disturbo. Grande rilievo ha anche il mondo delle relazioni e il luogo dove si manifestano le esperienze affettive.

Questa visione attribuisce una grande importanza a tutti gli studi sulla genetica correlata alla depressione, ma anche agli studi sulle dinamiche interpersonali e ai meccanismi della personalità del singolo.

La mappatura del genoma umano arricchirà certo le conoscenze biologiche, anche se è necessario averne una visione sempre più dinamica capace di mostrare la interrelazione di molti geni tra loro e quindi una complessità che certo lo studio attuale (anatomico) dei geni non è in grado di fornire. Il superamento di atteggiamenti di antagonismo tra la visione biologica della depressione e la sua interpretazione psicologico funzionale trova oggi un sostegno in una delle scoperte di neurobiologia più importanti del Novecento: la plasticità cerebrale. La dimostrazione, cioè, che in alcune aree (lobi frontali e parte dei parietali temporali) le esperienze modificano la struttura cerebrale, sia cambiando l'assetto sinaptico, sia inducendo strutture del tutto nuove. Una condizione che toglie di forza all'antagonismo mente cervello, termini che rappresentano le metafore di una identica realtà funzionale. È significativo che il premio Nobel per la medicina del 2000 sia stato assegnato a Eric Kandel (uno dei tre premiati) che ha dato la prima dimostrazione completa (nella *Aplysia*) di un apprendimento che modifica i neuroni e le loro sinapsi.

La terapia oltre alle tecniche specifiche deve contare su una rete terapeutica per la depressione formata certo dallo psichiatra, ma anche dal medico di medicina generale, dal neuropsichiatra infantile e dal pediatra. Questa rete deve prevedere in alcuni casi l'intervento dello psichiatra ma in altri quello del non specialista che sia stato reso in grado di distinguere le forme che egli stesso può curare, sia pure con la possibilità di una rapida consultazione con lo specialista per i casi resistenti. Nessuno chiede che tutti divengano psichiatri, ma che ciascuno di questi medici possa riconoscere i casi a cui dare una prima risposta terapeutica, salvo ricorrere allo specialista di fronte alla mancata risposta. Occorre auspica-re inoltre che si promuova una integrazione tra psicologi e psichiatri in modo che la azione dei primi sia sempre più integrata o seguita dai secondi. Una collaborazione che rispecchi i compiti di ciascuno e le loro specificità.

I disturbi d'ansia dominano la scena del malessere psichico e sono certo i più frequenti nella popolazione generale. Tra i quadri diagnostici inclusi in questo gruppo di notevole rilievo sono: la malattia da attacchi di panico, in grande incremento, e il disturbo ossessivo compulsivo, mentre è diminuita la forma isterica. Un incremento significativo lo si è registrato per i disturbi fobici, in particolare le fobie sociali, cioè tutti quei comportamenti di difficoltà, che giungono fino al rifiuto o al blocco, nei rapporti sociali.

Certamente è aumentata la patologia da abuso di sostanze. Pur avendo una sua collocazione specifica se ne accenna qui per la sua duplicità che impone una sorta di doppia diagnosi, per la coesistenza cioè di un disturbo psichiatrico che sta alla base o si associa a all'abuso e quindi alla patologia propria della dipendenza. Molti pazienti psichiatrici «coprono» la loro malattia con un comportamento d'abuso e con i disturbi che si legano all'uso acuto o

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 36a. Ammissioni per disturbi psichici nei maschi per classi di età e regione di ricovero (*) - Anno 1998

regioni di ricovero	classi di età						totale
	0-24	25-44	45-64	65-74	75 e oltre	non indicato	
Piemonte	408	2.371	1.428	435	184	53	4.879
Valle d'Aosta	14	88	100	11	3	1	217
Lombardia	1.402	7.124	3.476	760	363	186	13.311
Trentino - Alto Adige	97	761	311	70	14	16	1.269
Bolzano	63	327	161	44	6	7	608
Trento	34	424	150	26	8	9	651
Veneto	618	3.340	1.806	397	146	51	6358
Friuli-Venezia Giulia	60	411	186	29	10	9	705
Liguria	289	2.005	1.095	198	163	48	3.798
Emilia Romagna	404	2.400	1.302	385	234	65	4.790
Toscana	397	1.925	835	209	102	82	3.550
Umbria	30	104	55	7	3	0	199
Marche	211	1.219	597	75	38	41	2.181
Lazio	598	3.431	1.680	349	130	178	6.366
Abruzzo	192	1.029	601	171	90	28	2.111
Molise	55	286	198	55	27	1	622
Campania	479	3.445	1.805	511	137	154	6531
Puglia	401	1.885	887	232	90	42	3.537
Basilicata	87	338	209	36	16	4	690
Calabria	217	1.087	536	86	31	23	1.980
Sicilia	831	4.222	2.119	447	129	186	7.934
Sardegna	172	690	325	53	27	10	1.277
totale	7.059	38.912	19.862	4.586	1.951	1.194	73.564

* Negli istituti nei quali è possibile il ricovero anche obbligatorio degli affetti da disturbi psichici ai sensi della legge 13 maggio 1978 n. 180 - accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori - e 23 dicembre 1978 n. 833

cronico (dipendenza). Verificare questa possibilità, e giungere perciò a una doppia diagnosi, è una condizione necessaria per un buon intervento terapeutico.

I disturbi di personalità sono in forte aumento: rappresentano una combinazione di sintomi che si trovano in ogni quadro classico della psichiatria e sia pure in forma meno intensa si combinano per dare una patologia che pur non avendo manifestazioni eclatanti conducono a comportamenti devianti e a forte difficoltà di una esistenza entro i canoni e le norme della comunità. Sono di relativa recente introduzione e stanno a indicare fra l'altro il mitigarsi delle manifestazioni acute, grazie alla disponibilità di farmaci che servono se non a eliminare a ridurre i sintomi specifici.

I disturbi di personalità rappresentano la diagnosi più frequente in psichiatria forense e dunque in ambito giudiziario penale nei casi di reati contro la persona, fino all'omicidio.

Un accenno che ripropone nella sua concretezza il concetto di pericolosità che una cultura psichiatrica, che ha dominato nel recente passato, voleva cancellare. La pericolosità nel

Tabella 36b. Prevalenza nella vita ("lifetime") (%) di disturbi psichiatrici nei due sessi (con intervalli di confidenza al 95%) e rischio "lifetime" nello studio di Sesto Fiorentino

disturbi	tasso di prevalenza nella vita ("lifetime") (%)			rischio nella vita (%)
	maschi	femmine	totale	totale
disturbi affettivi	10,8 (9,0-12,8)	21,5 (19,3-23,9)**	16,6 (15,1-18,2)	27,0
disturbi d'ansia	9,2 (7,6-11,1)	22,5 (20,3-24,9)**	16,5 (15,0-18,0)	27,9
abuso/dipendenza da sostanze	0,6 (0,2-1,12)	0,8 (0,4-1,4)	0,7 (0,4-1,1)	0,9
disturbi del comportamento alimentare	0,4 (0,1-1,0)	1,1 (0,7-1,9)*	0,8 (0,5-1,2)	0,9
psicosi non affettive#	0,5 (0,2-1,1)	0,9 (0,5-1,6)	0,7 (0,4-1,1)	1,2
disturbi da somatizzazioni	1,9 (1,1-2,7)	3,1 (2,1-4,0)	2,5 (1,9-3,2)	3,2
disturbi psicosessuali	0,1 (0,0-0,5)	0,1 (0,0-0,4)	0,1 (0,0-0,3)	0,1
disturbi del sonno	0,8 (0,3-1,4)	2,2 (1,4-3,0)**	1,6 (1,1-2,1)	1,8
disturbi del controllo degli impulsi##	1,4 (0,8-2,3)	1,7 (1,1-2,6)	1,6 (1,1-2,1)	1,9
disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza###	0,1 (0,0-0,5)	0,8 (0,3-1,2)*	0,4 (0,2-0,7)	0,5
delirium	0,0	0,2 (0,0-0,6)	0,1 (0,0-0,3)	0,1
qualsiasi disturbo	13,5 (11,5-15,7)	27,3 (25,3-30,3)**	21,2 (19,6-22,9)	35,9

* p < 0.05, ** p < 0.01 (significance of the difference by sex)

comprende schizofrenia, disturbi schizofreniformi, disturbi schizoaffettivi, disturbi deliranti e disturbi psicotici brevi

comprende disturbo esplosivo-intermittente, gioco d'azzardo patologico, tricotillomania, piromania e cleptomania

comprende disturbo d'ansia di separazione, disturbo di Tourette e disturbi da tic

campo delle malattie psichiatriche esiste e va tenuta in considerazione, anche se non si deve attribuire alla follia il clima di violenza che caratterizza la società del tempo presente.

Se dopo questi richiami si dà uno sguardo d'insieme alle malattie psichiatriche si può affermare che è aumentata la popolazione che ne è affetta, ma è mediamente e in modo significativo diminuita la gravità. Vi è un aumento numerico delle espressioni di psichiatria minore che nell'ambulatorio del medico di medicina generale costituiscono la motivazione del 50 per cento di tutte le consultazioni.

Epidemiologia. La valutazione della frequenza dei disturbi psichiatrici rappresenta uno degli obiettivi da raggiungere per colmare una mancanza di dati sistematici. Non esistono dunque dati sufficientemente validati per tutto il paese.

Si riporta tuttavia a titolo esemplificativo l'incidenza dei ricoveri maschili per disturbi psichici nelle differenti regioni, con la consapevolezza che guardare il fenomeno solo attraverso questo parametro non fornisce una immagine precisa poiché il numero dei ricoveri va integrato con la funzionalità dei servizi ambulatoriale dei servizi territoriali (tabella 36a).

Una ricerca parziale ma metodologicamente corretta e che dovrebbe rappresentare il punto di partenza per una sua estensione su tutto il territorio nazionale è quella di Sesto Fiorentino.

Lo studio di Sesto Fiorentino. Nello studio condotto a Sesto Fiorentino (FI), è stato selezionato in maniera casuale, dalle liste degli assistiti di 18 medici di medicina generale, un campione complessivo di 2.366 persone (è noto che tali liste coprono praticamente l'intera popolazione generale, e quindi possono essere considerate del tutto omologhe alle liste