



L'Igiene ieri, oggi e domani

Paola Borella

Cultura e Vita. Storia della Medicina e Antropologia Medica
28 aprile 2009

Il fine ideale cui tendono

I' Igiene e la Medicina Preventiva

è che ogni persona nasca sana e mantenga
il proprio stato di salute al più alto livello
fino al naturale compimento della vita.



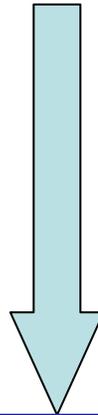
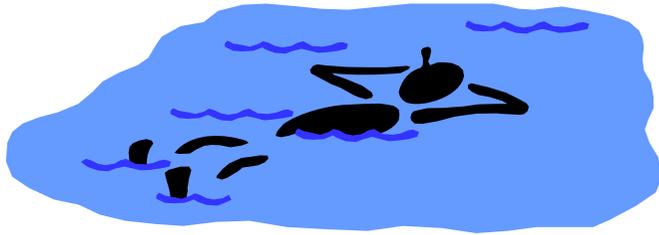
MEDICINA CLINICA = compito di curare e possibilmente guarire il **singolo individuo.**



MEDICINA PREVENTIVA = compito di promuovere la salute e prevenire le malattie intervenendo sull'intera **comunità.**



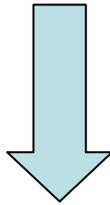
Igiene e Medicina Preventiva



Demografia
Epidemiologia
Statistica
Sanitaria
Sociologia

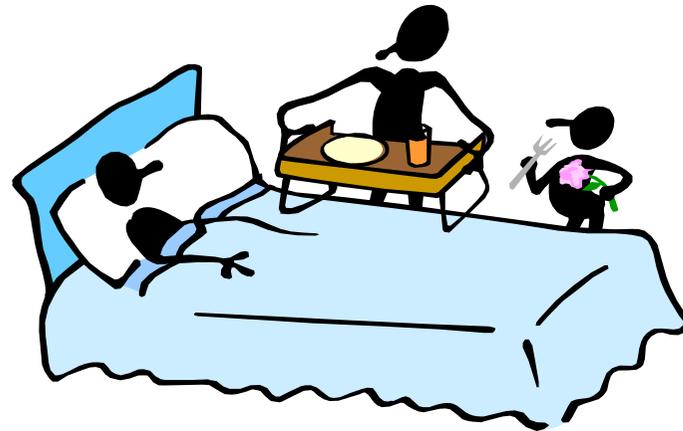
Programmazione

MEDICINA DI SANITA' PUBBLICA



Prevenzione delle malattie

Promozione della salute



Evoluzione dell'Assistenza Sanitaria dal Medioevo ai giorni nostri

Piano storico	Istanze culturali	Ospedale	Modello organizzativo	Prestazioni prevalenti	Contesto epidemiologico
Medioevo	Carità cristiana	Opera pia	Volontarismo	Ospitalità Conforto	Malattie infettive Povertà
Positivismo Filantropismo	Solidarietà laica Umanitarismo scientifico	Istituto di beneficenza	Pubblica beneficenza	Ricovero Assistenza	Malattie infettive Povertà
Rivoluzione industriale	Interesse istituzionale Interesse produttivo	Ospedale pubblico	Intervento statale	Diagnosi Terapia	Malattie infettive Povertà Malattie da industrializzazione
Società industriale	Tutela della salute dei cittadini	Ospedale moderno	Servizio sanitario centrato sull'ospedale	Diagnosi Terapia Prevenzione Educazione salute alla	Malattie infettive Malattie multifattoriali
Società post- industriale	Promozione del benessere sociale	Post- ospedale (ospedale integrato)	Intervento integrato di Sanità Pubblica	Diagnosi-terapia e riabilitazione Interventi sociali Prevenzione Formazione e ricerca	Malattie infettive emergenti Malattie multifattoriali Disagio sociale, psichico, somatico Rischi ambientali

**Dall'approccio clinico-assistenziale alla
promozione del benessere, tutela e
prevenzione della salute nella sua più
ampia accezione**

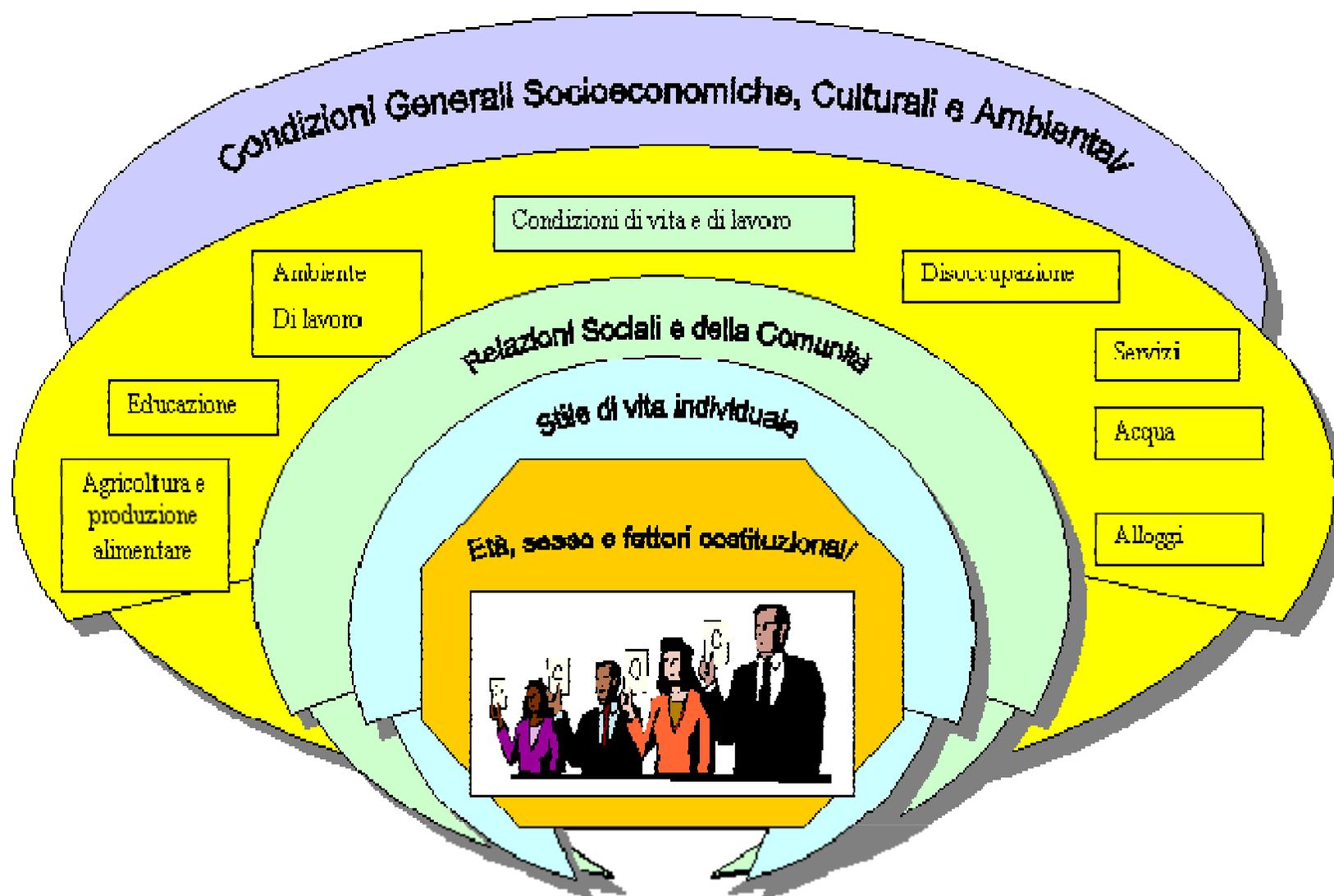
DEFINIZIONE DI SALUTE

La salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale non la semplice assenza dello stato di malattia o infermità.



(OMS 1948)

DETERMINANTI DI SALUTE



Strumenti informativi per governare il cambiamento

Fonti tradizionali

- ◆ demografiche
- ◆ epidemiologiche

Fonti innovative

- ◆ stili di vita
- ◆ condizioni sociali
- ◆ strutture e organizzazione del sistema sanitario

I dati demografici

QUALITÀ DI VITA DEI CITTADINI

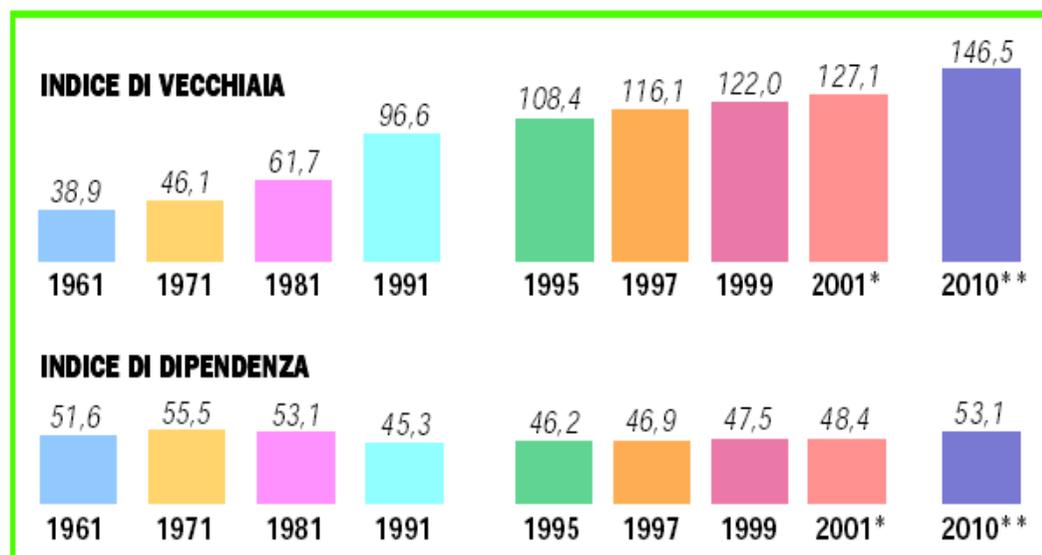
Il più importante fenomeno sanitario dell'Italia che si affaccia ad terzo millennio paradossalmente non è direttamente legato all'organizzazione della medicina.

Si tratta dell'invecchiamento demografico. Esso pone emergenze di carattere sanitario impreviste fino a pochi anni fa

Da: "Relazione sullo stato sanitario del Paese 2000"

Invecchiamento della popolazione

Censimenti 1961-1991 e 1 gennaio 1995-2010



* stime ** previsioni

Indice di vecchiaia:

rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione fino a 14 anni di età, per 100

Indice di dipendenza:

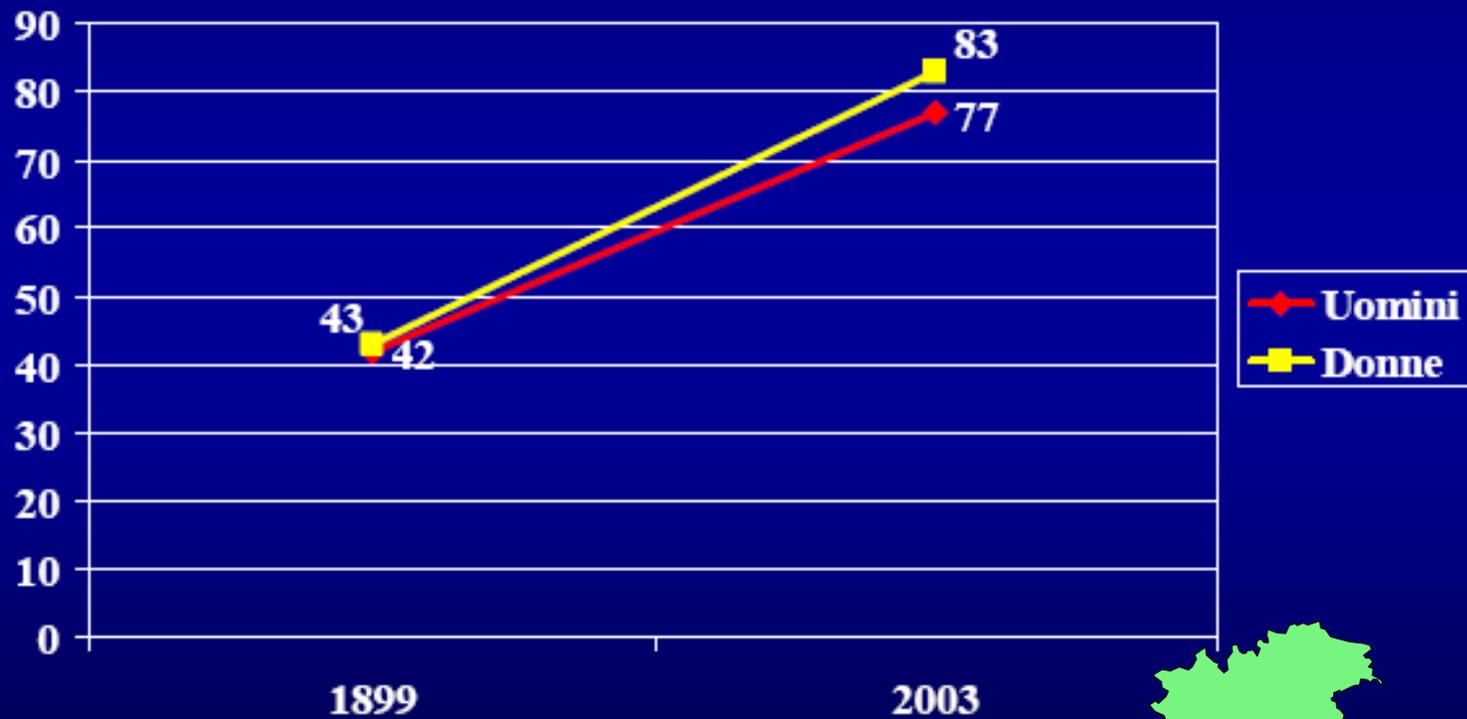
rapporto tra la popolazione in età non attiva (fino a 14 anni e di 65 anni e più) e la popolazione in età attiva (tra 15 e 64 anni), per 100

Speranza di vita alla nascita (vita media):

numero medio di anni di vita per un neonato

Fonte: www.istat.it

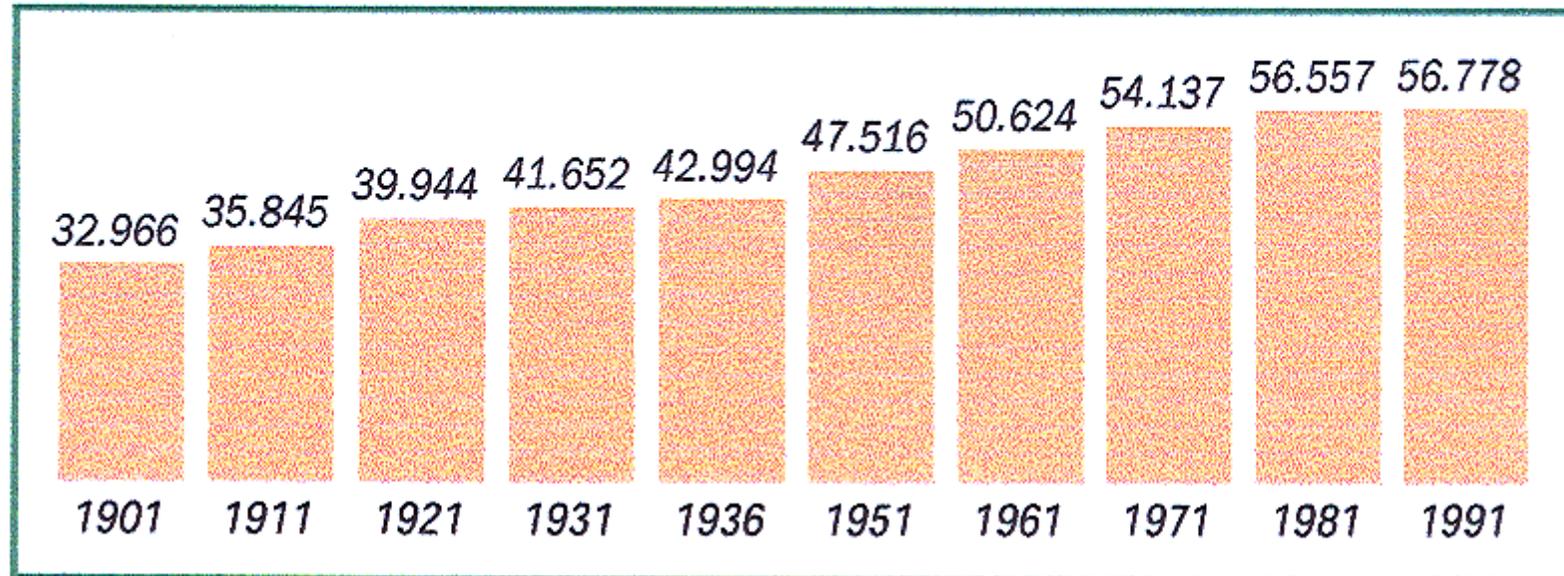
Speranza di vita alla nascita negli uomini e nelle donne



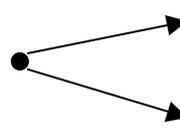
Tendenze demografiche della popolazione in Italia

POPOLAZIONE RESIDENTE AI CENSIMENTI DEL '900

Anni 1901-1991, migliaia di unità



Popolazione residente in Italia e Bilancio demografico Anno 1999

57.679.955 abitanti di cui  **28.003.302** maschi
29.676.653 femmine

Bilancio demografico

Nati —————→ **537.242**

Morti —————→ **571.356**

Saldo naturale - 34.114

Immigrati —————→ **189.876**

Emigrati —————→ **76.483**

Saldo migratorio **113.393**

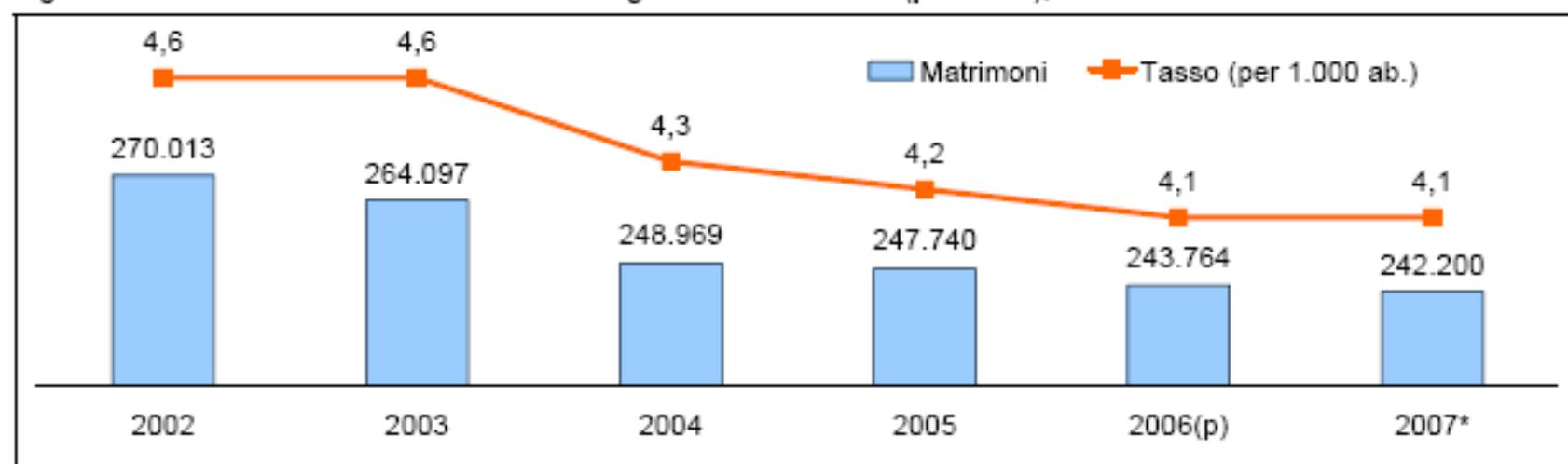
POPOLAZIONE ITALIA 2008

	Maschi	Femmine	Totale
TOTALE	28.949.747	30.669.543	59.619.290

Nati	288.501	271.509	560.010
Morti	275.748	282.144	557.892
Saldo Naturale	12.753	-10.635	2.118

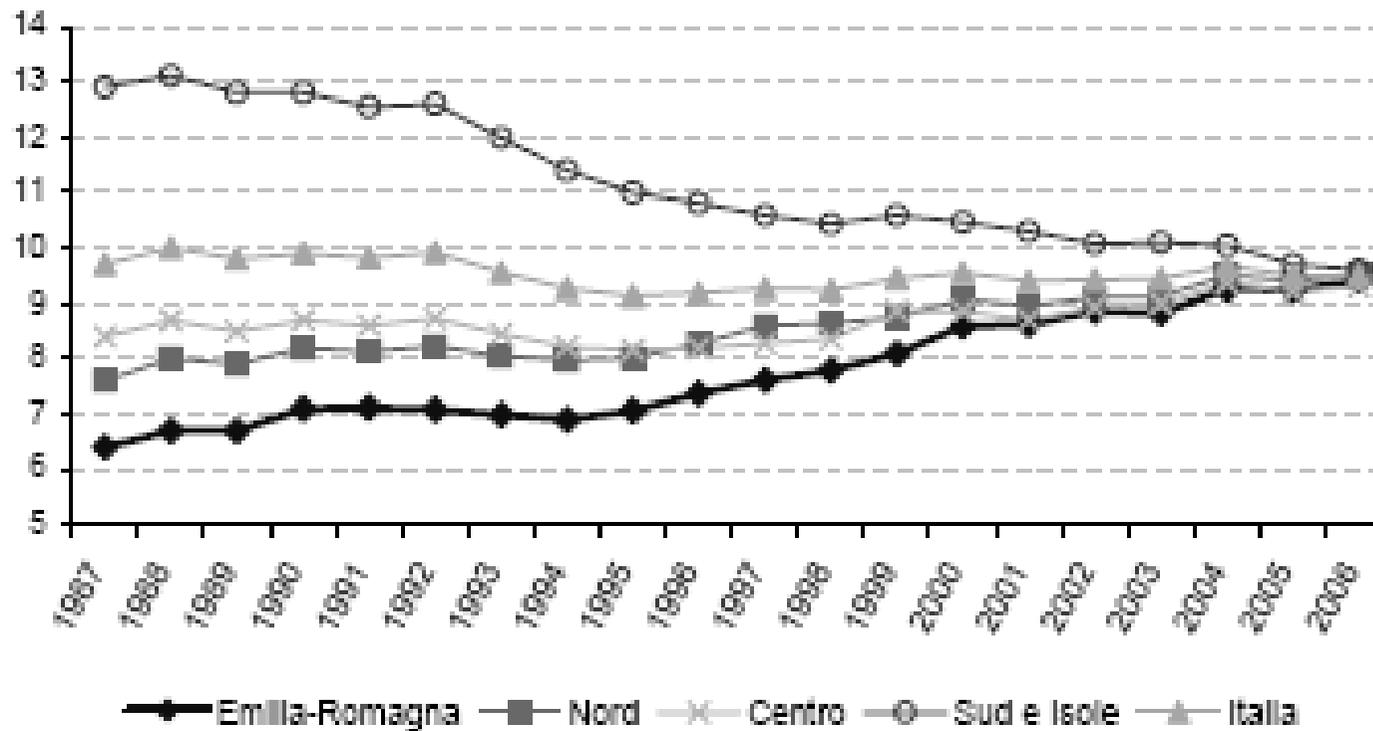
STRANIERI	1.701.817	1.730.834	3.432.651
------------------	-----------	-----------	-----------

Figura 5 – Matrimoni celebrati in Italia e tasso generico di nuzialità (per 1.000), 2002-2007

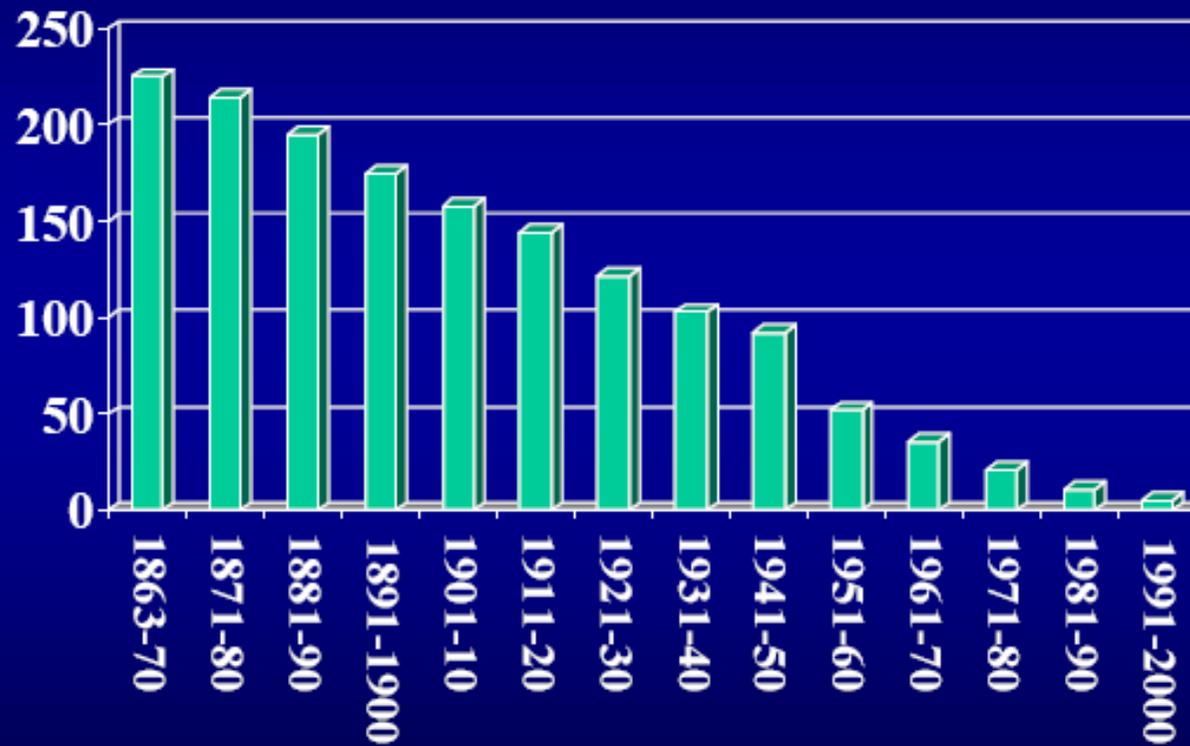


(p) provvisorio

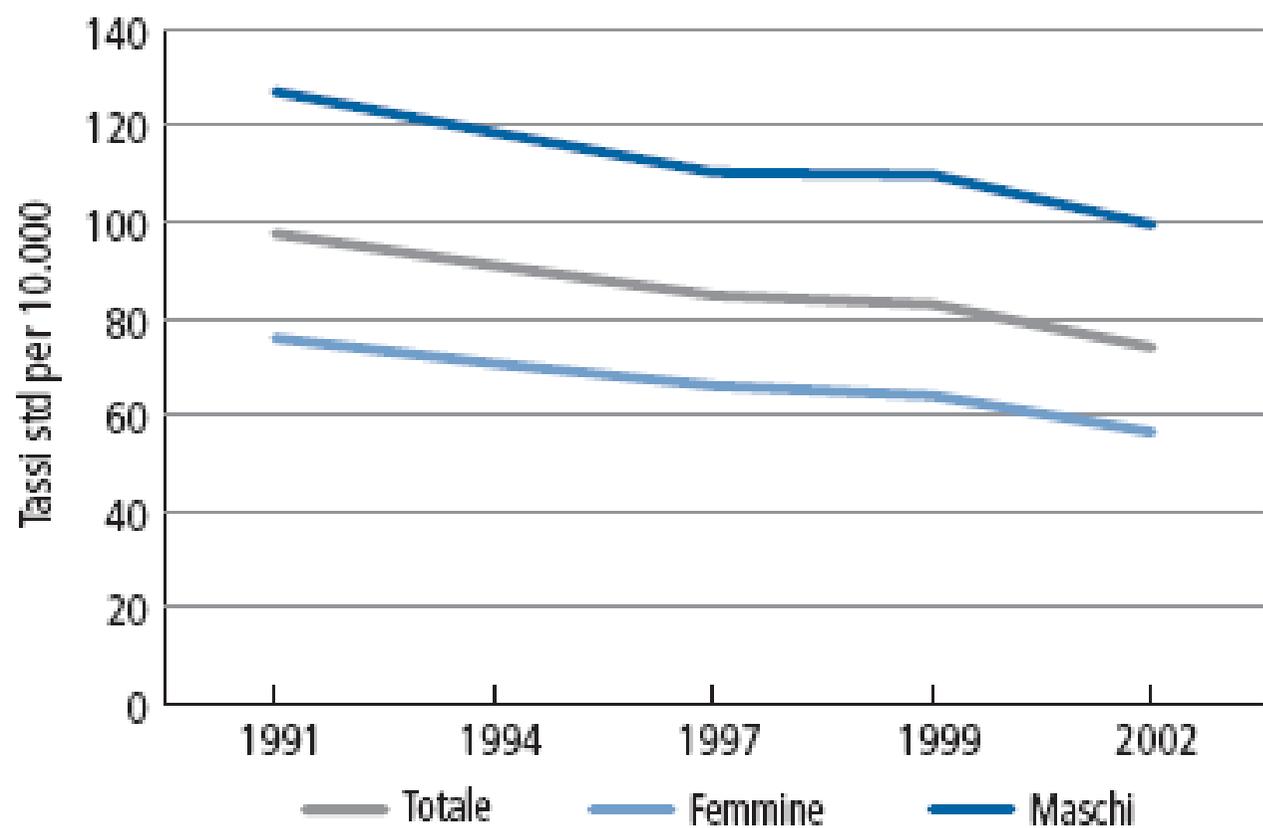
Tasso di natalità anni 1987-2006



Mortalità infantile in Italia (per 1.000 nati vivi)

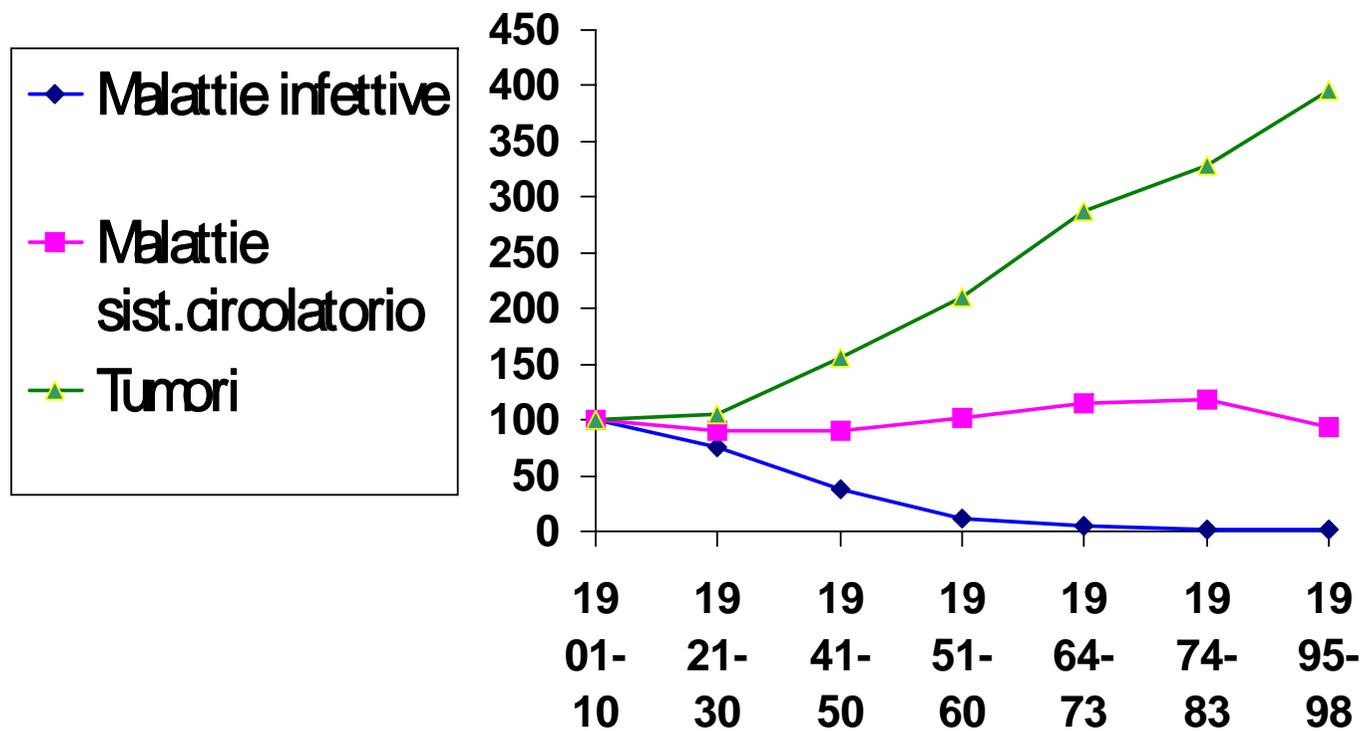


**Dati epidemiologici: andamento
nel tempo delle principali
patologie**



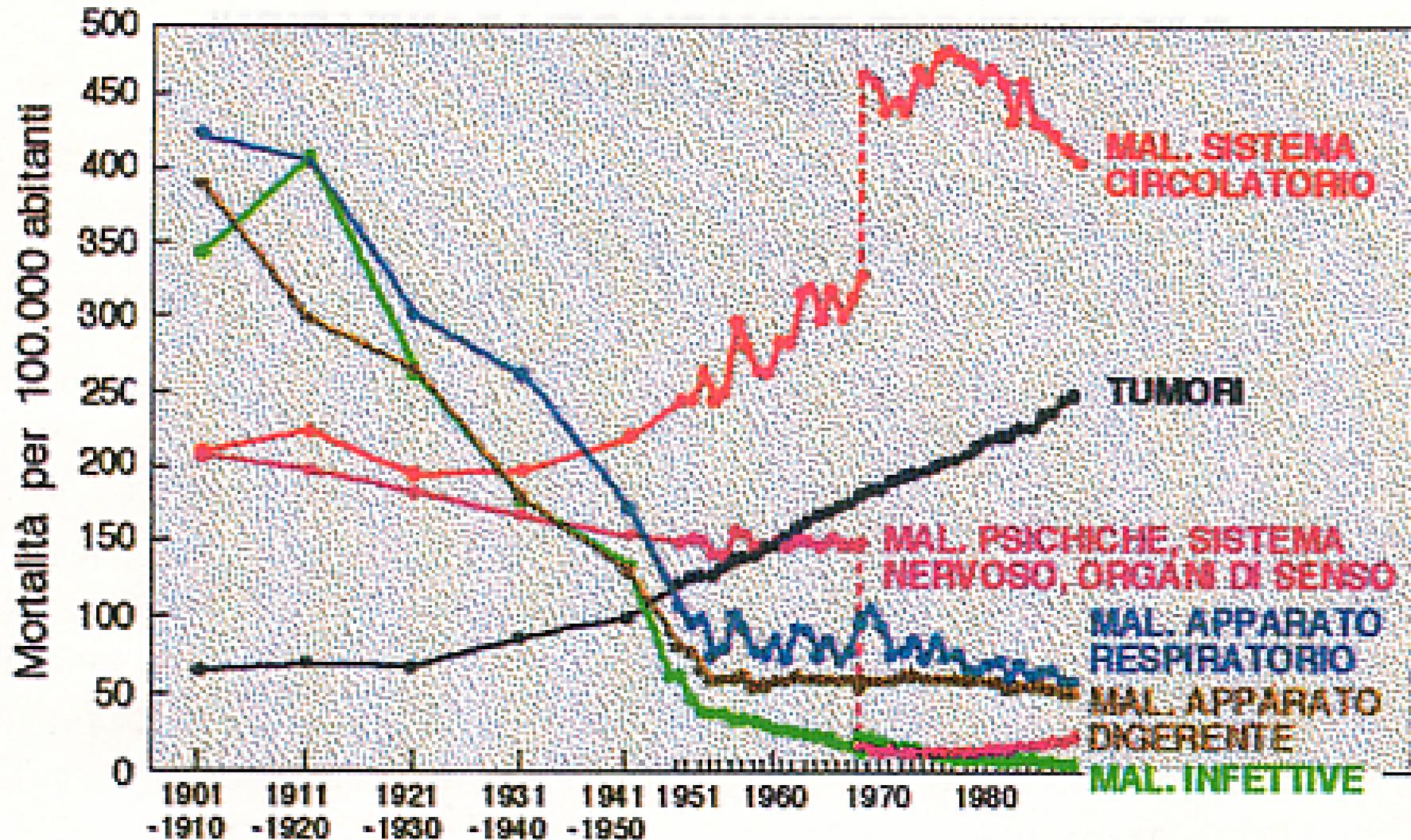
Fonte: ISTAT

Figura 2 Andamento del tasso standardizzato di mortalità per sesso - Anni 1991-2002.



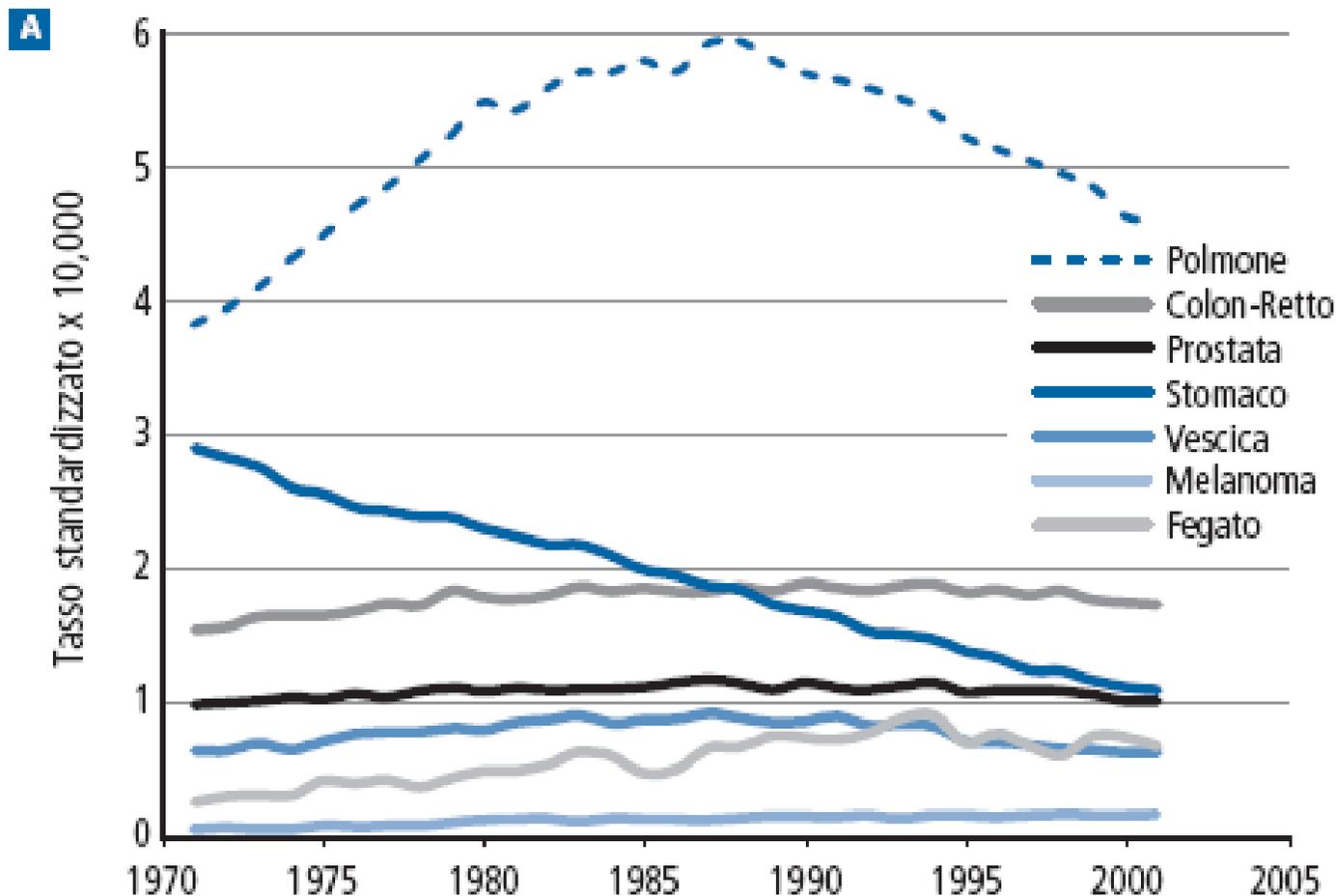
Mortalità per grandi cause: variazioni percentuali rispetto al 1901

Morire in Italia - trend del XX secolo



Andamento temporale della mortalità per le principali sedi tumorali in Italia. Tassi standardizzati per 10,000 abitanti all'anno.

UOMINI



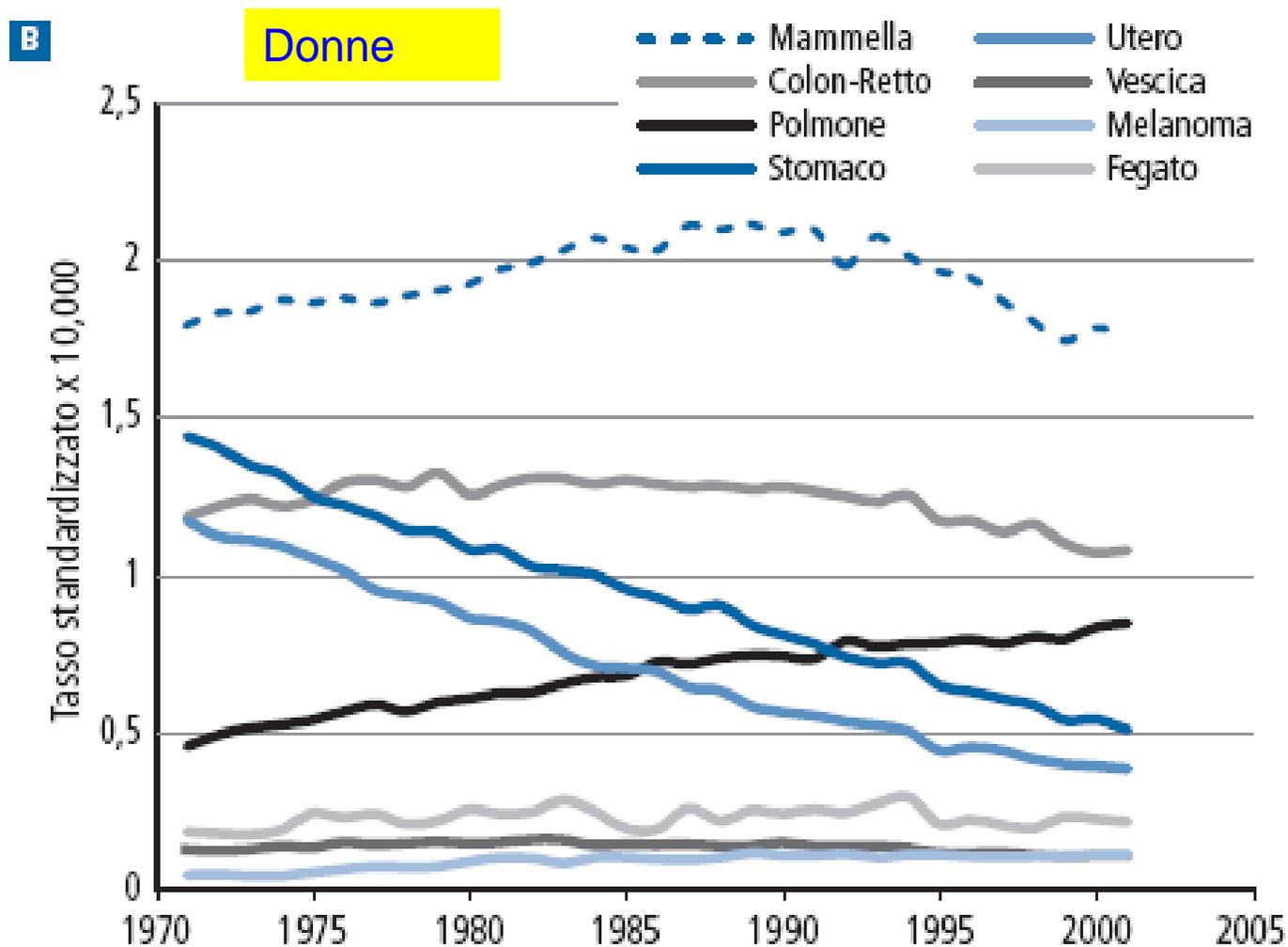
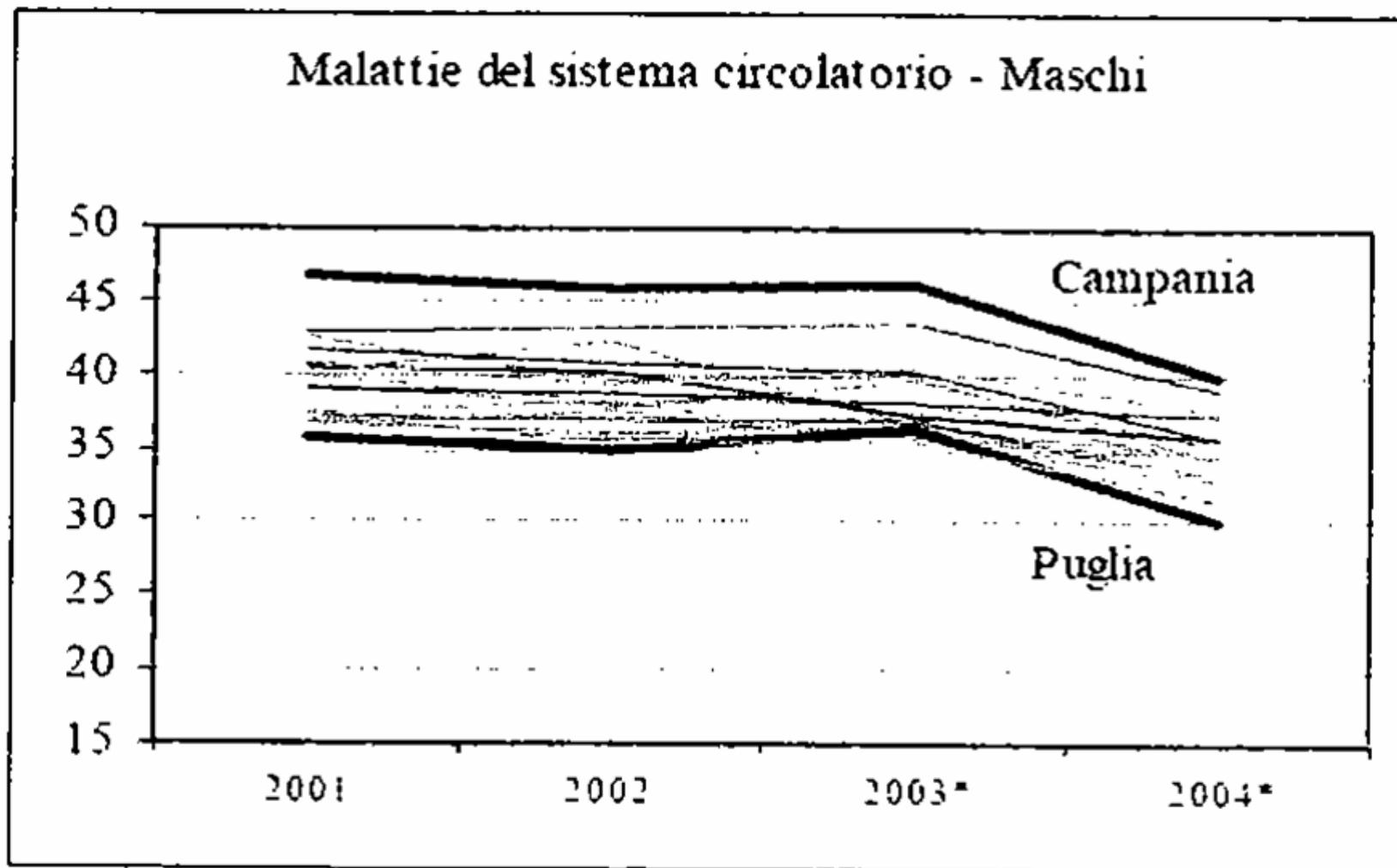


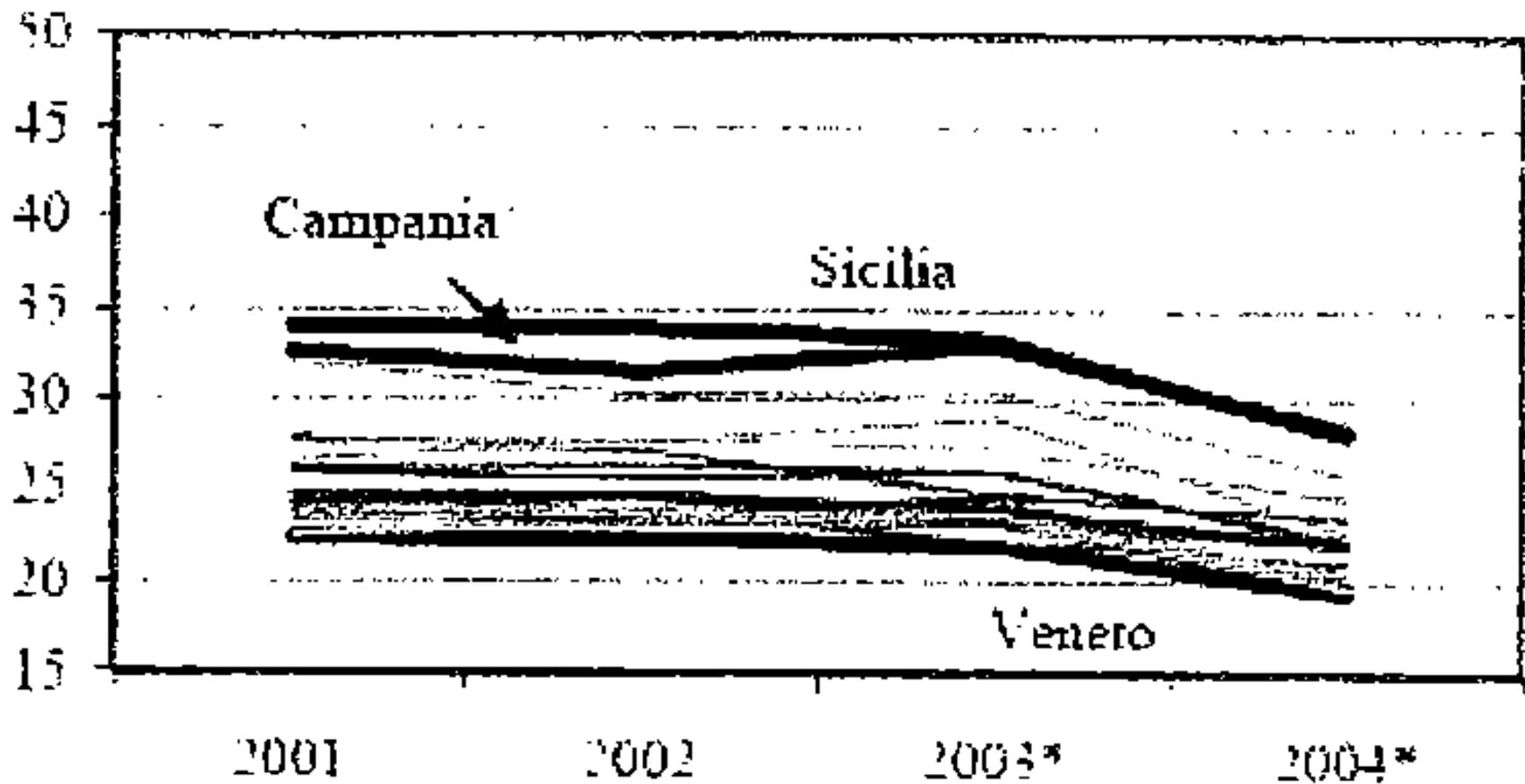
Figura 2 Andamento temporale della mortalità per le principali sedi tumorali in Italia, Uomini (A) Donne (B) 1970-2001. Tassi standardizzati sulla popolazione mondiale per 10,000 abitanti l'anno. Fonte ISTAT.

Tassi di mortalità per malattie del sistema circolatorio per sesso e regione
(tassi standardizzati per 10.000)- Anni 2001-2004

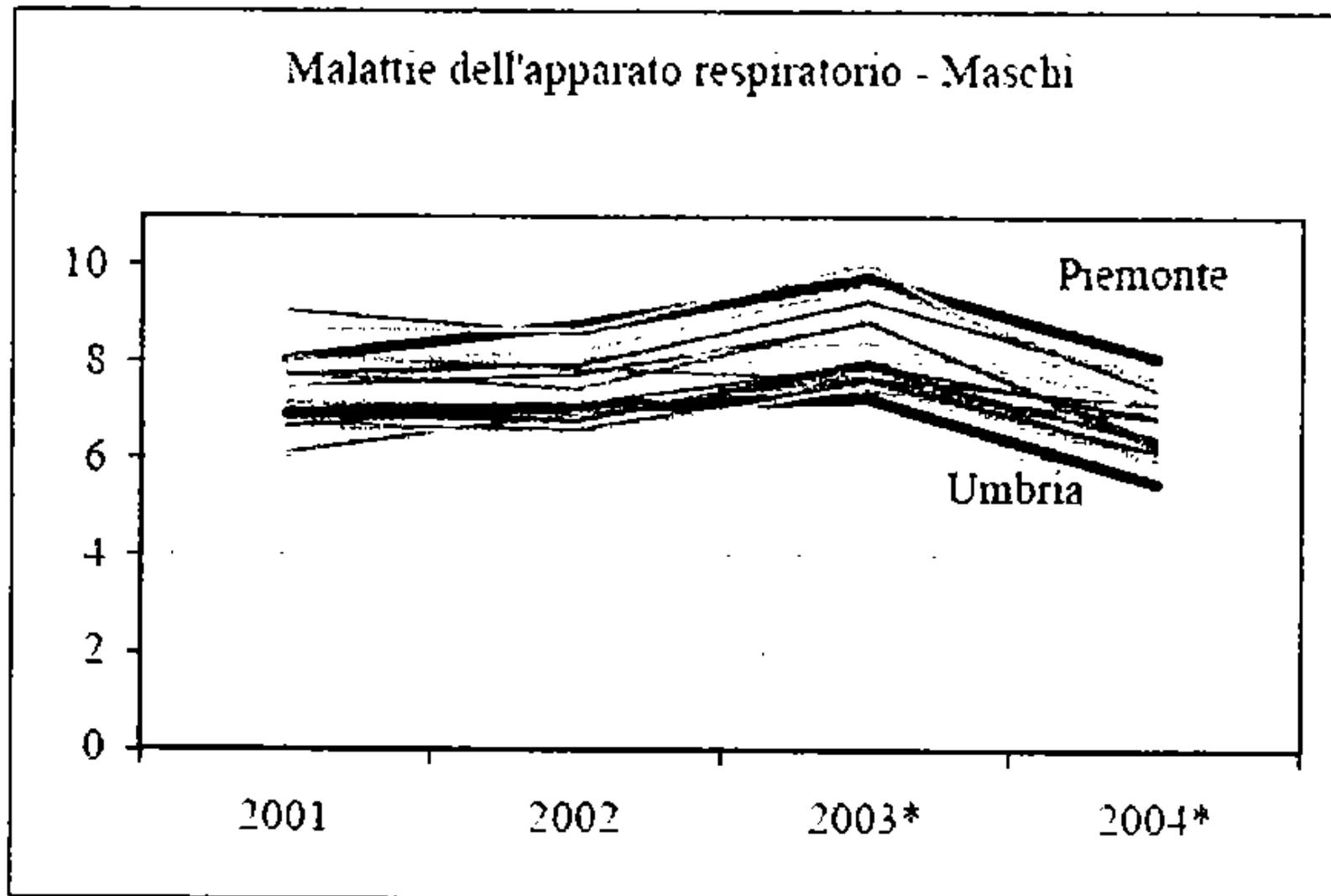


Tassi di mortalità oltre l'anno di vita per malattie del sistema circolatorio per sesso e regione (tassi standardizzati per 10.000)- Anni 2001-2004

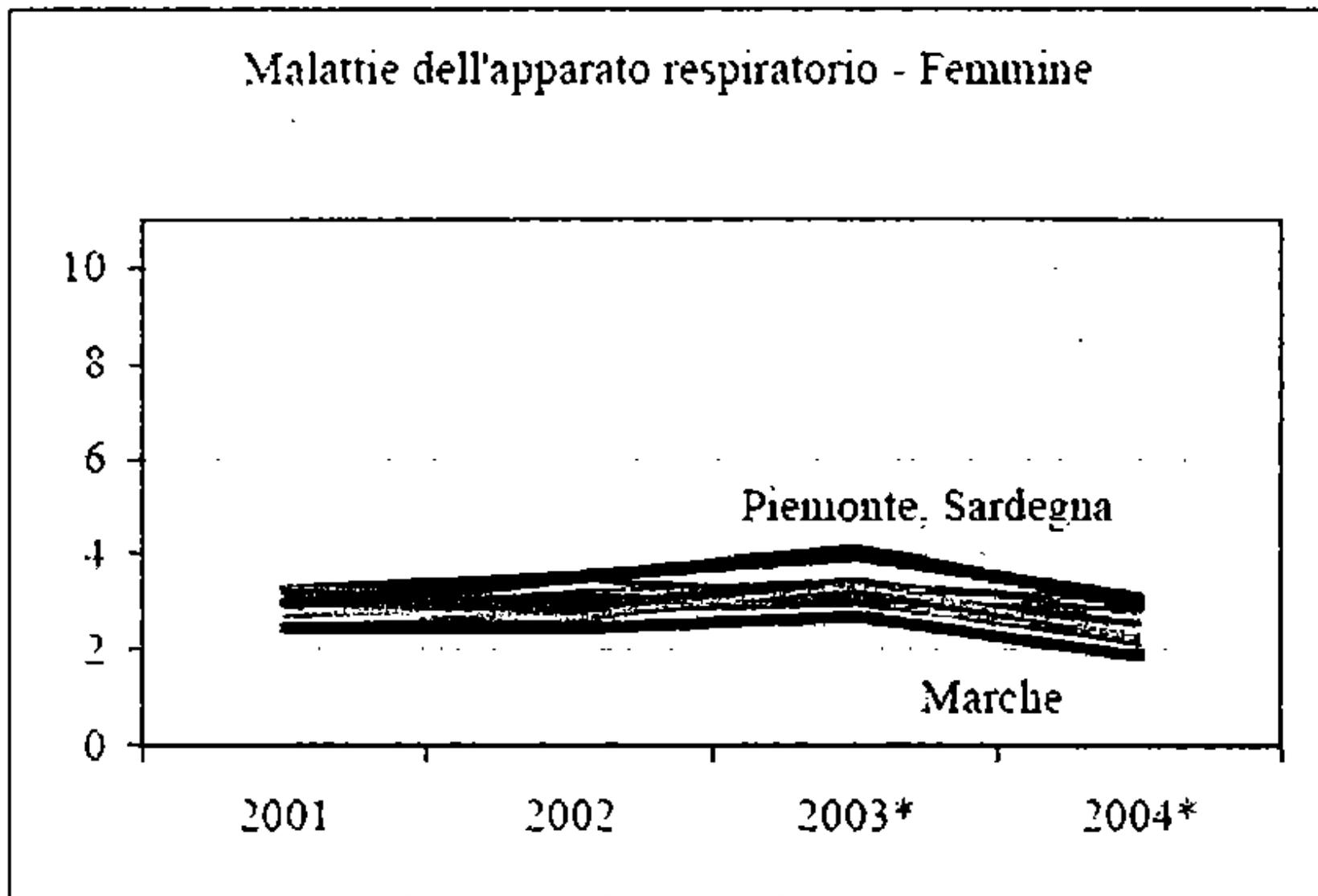
Malattie del sistema circolatorio - Femmine



Tassi di mortalità oltre l'anno di vita per malattie dell'apparato respiratorio per sesso e regione (tassi standardizzati per 10.000)- Anni 2001-2004



Tassi di mortalità oltre l'anno di vita per malattie dell'apparato respiratorio per sesso e regione (tassi standardizzati per 10.000)- Anni 2001-2004



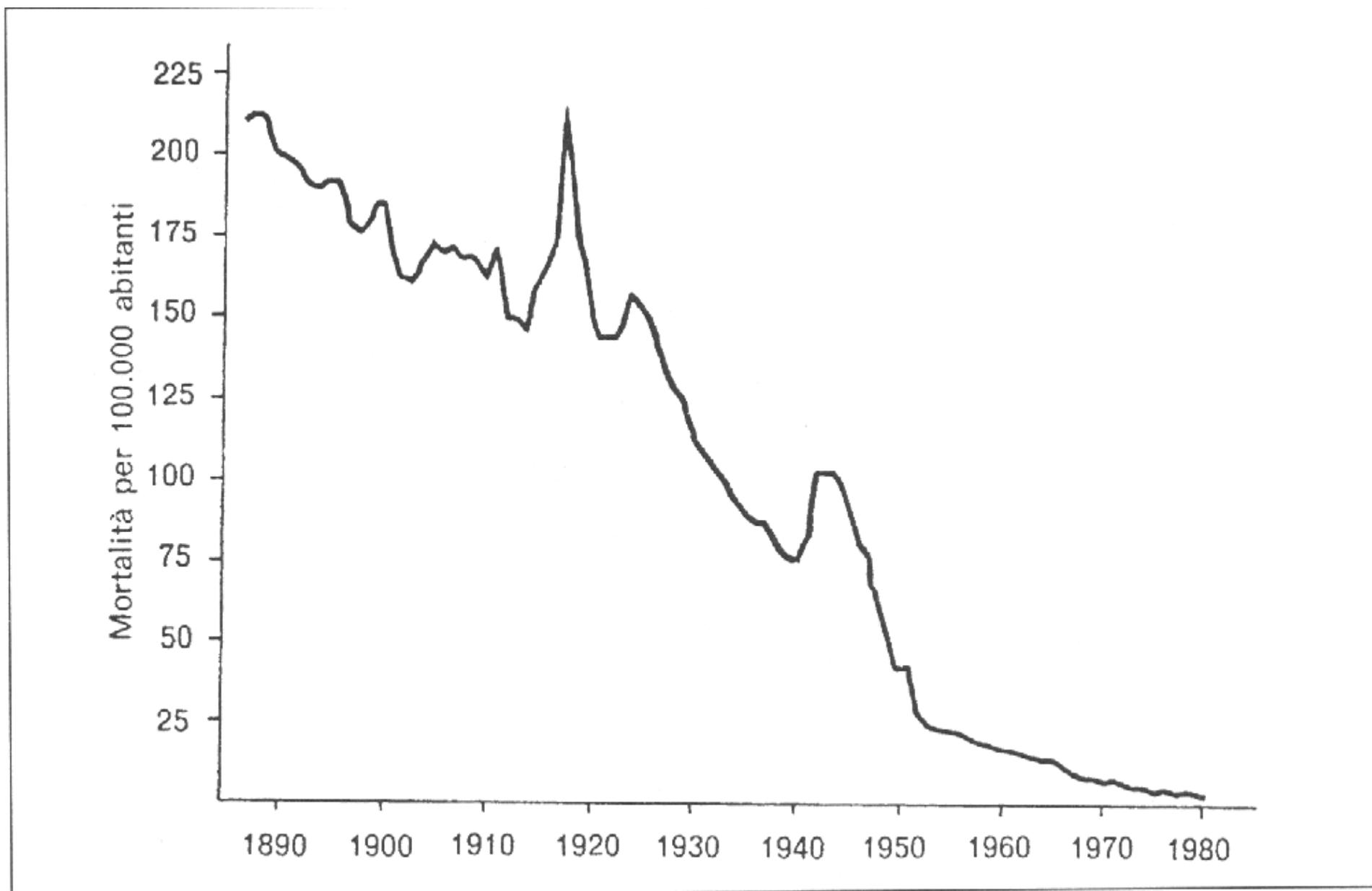


Figura 4.1. - Mortalità per tubercolosi in Italia dal 1885 al 1980.

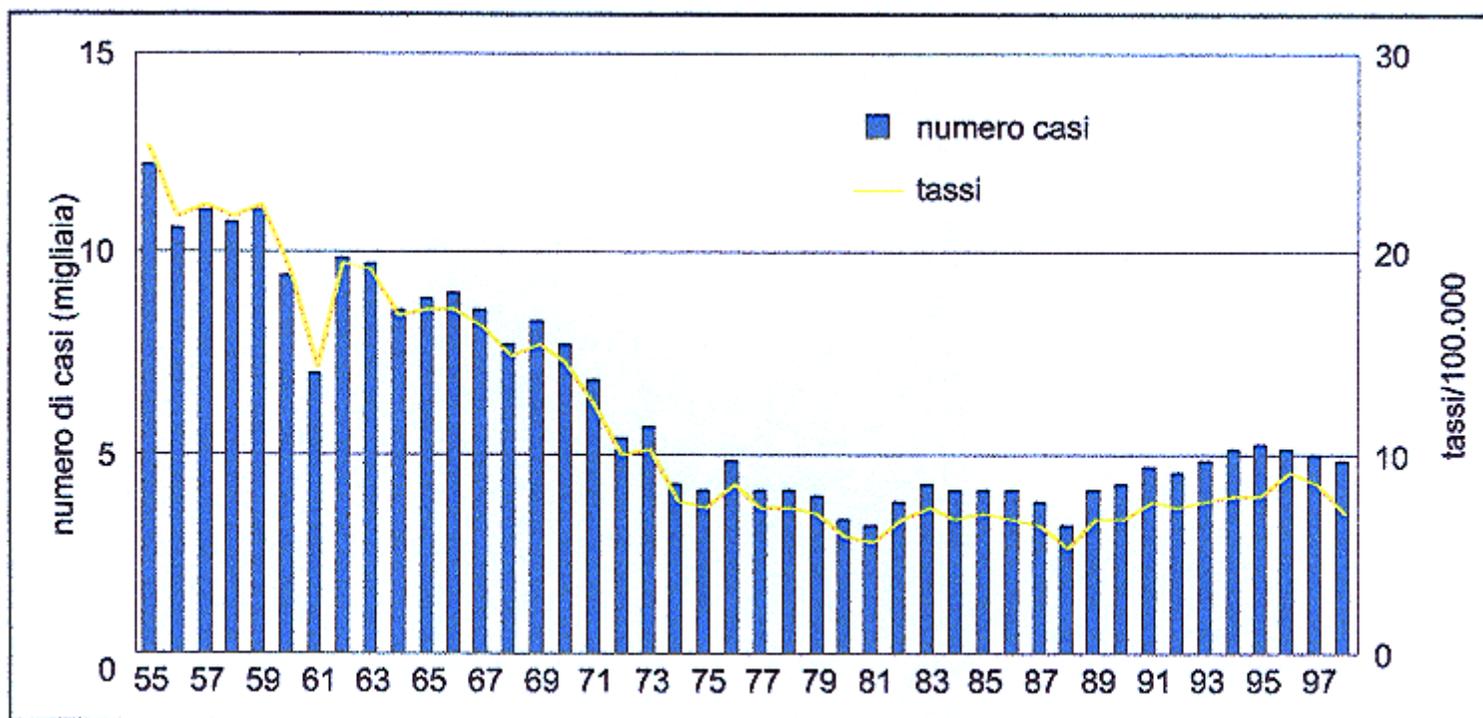
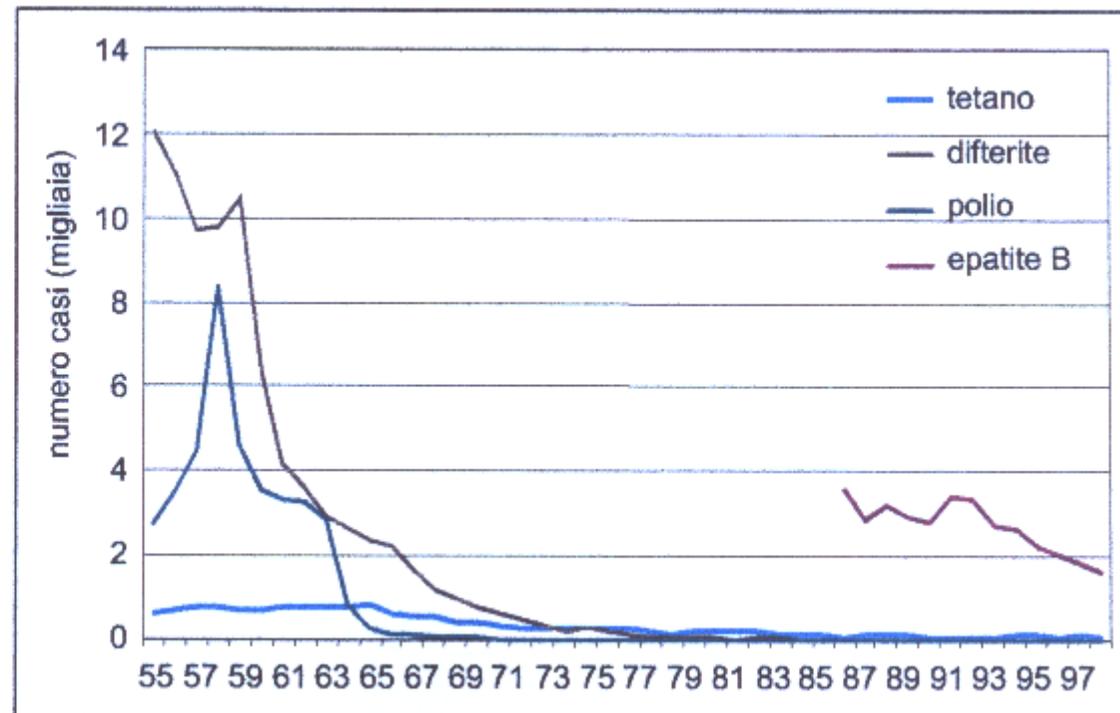


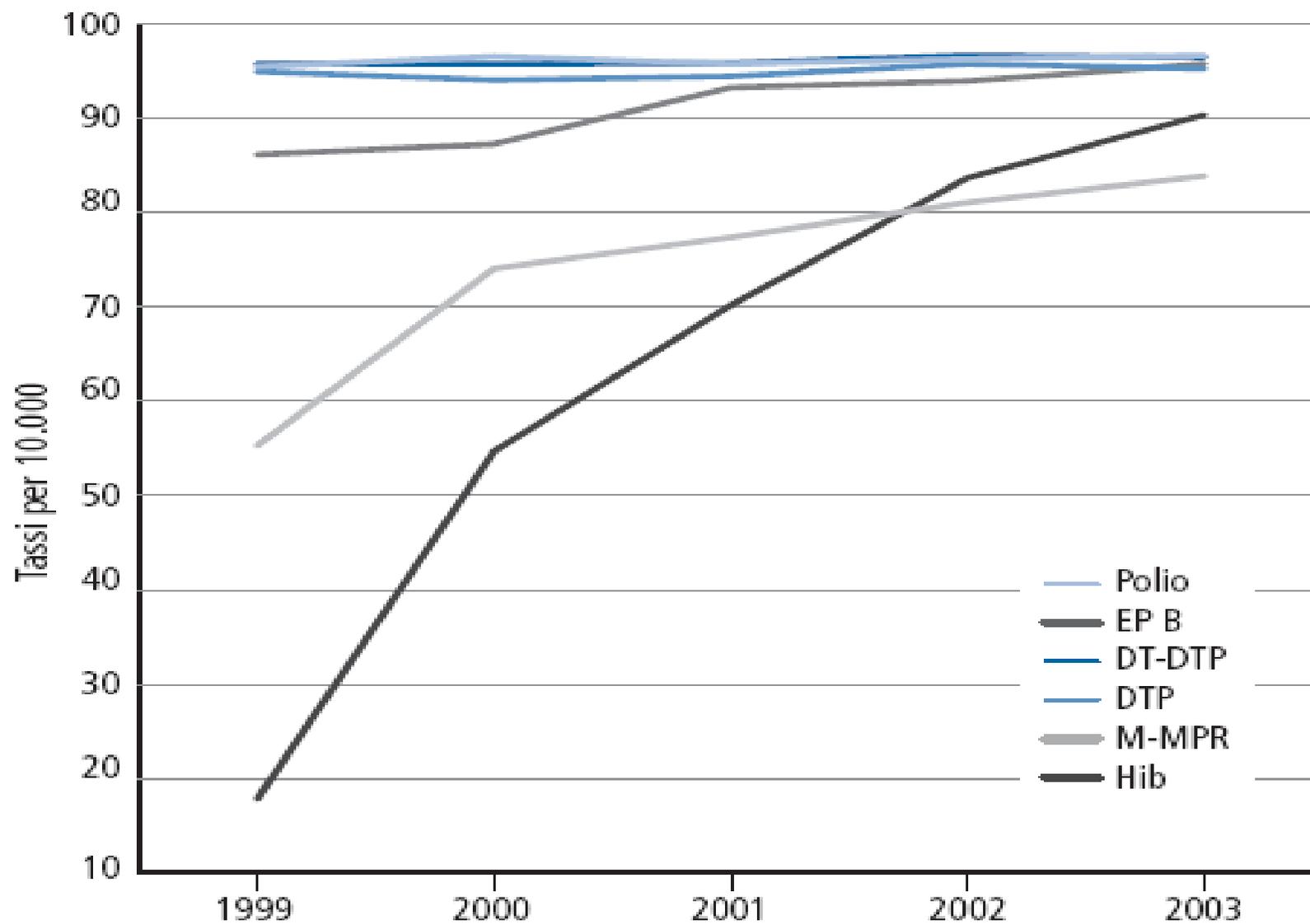
Figura 42. Numero di casi di TBC (polmonare ed extrapolmonare) e tassi standardizzati (popolazione 1971), Italia, 1955-1999

Incidenza di malattie infettive prevenibili con vaccinazioni obbligatorie.

* fonti dei dati:
anni 1955-83
ISTAT; 1984-99
Ministero sanità

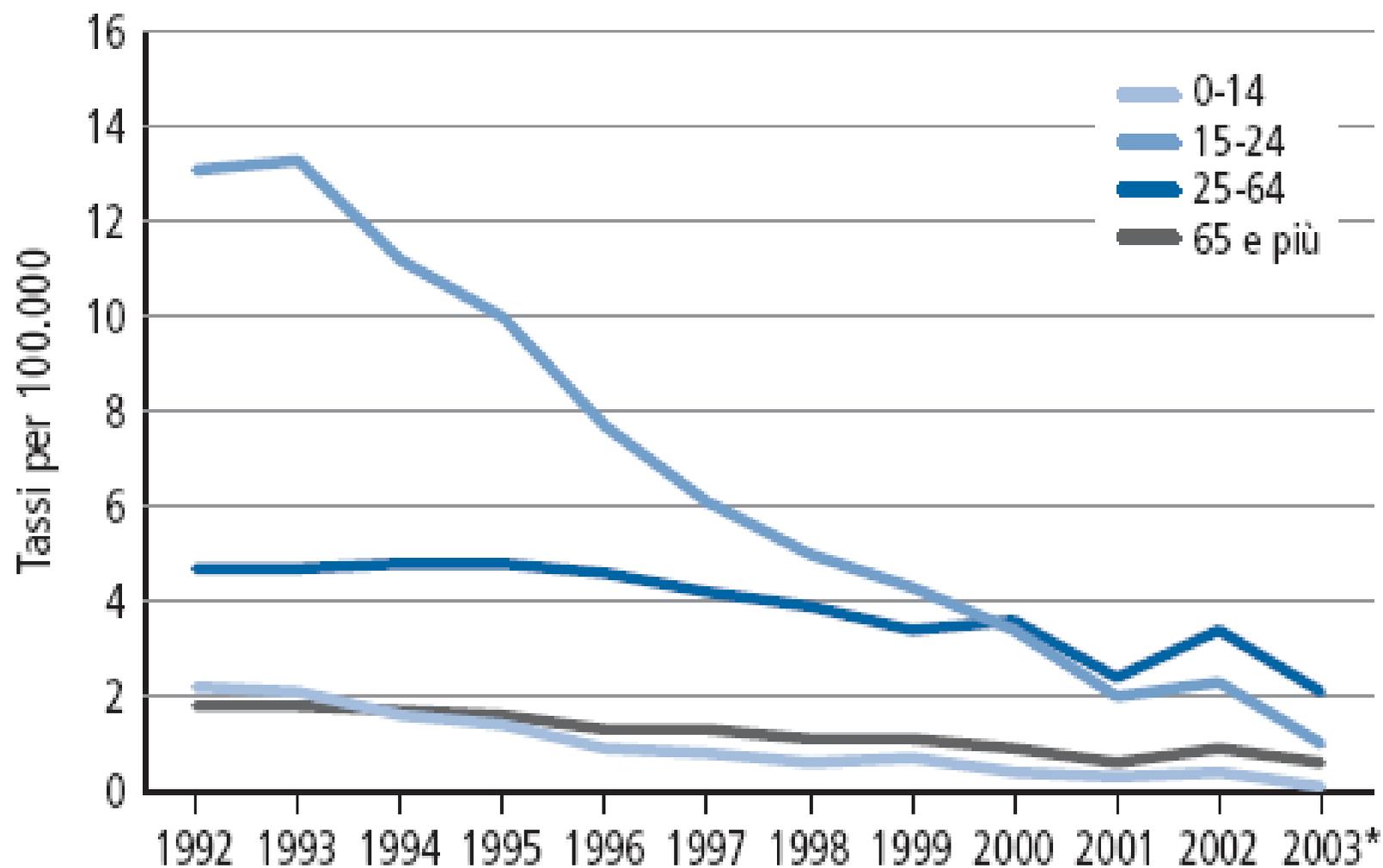
**le epatiti virali sono notificabili, in base all'agente eziologico, soltanto dal 1986





Fonte: Ministero della Salute

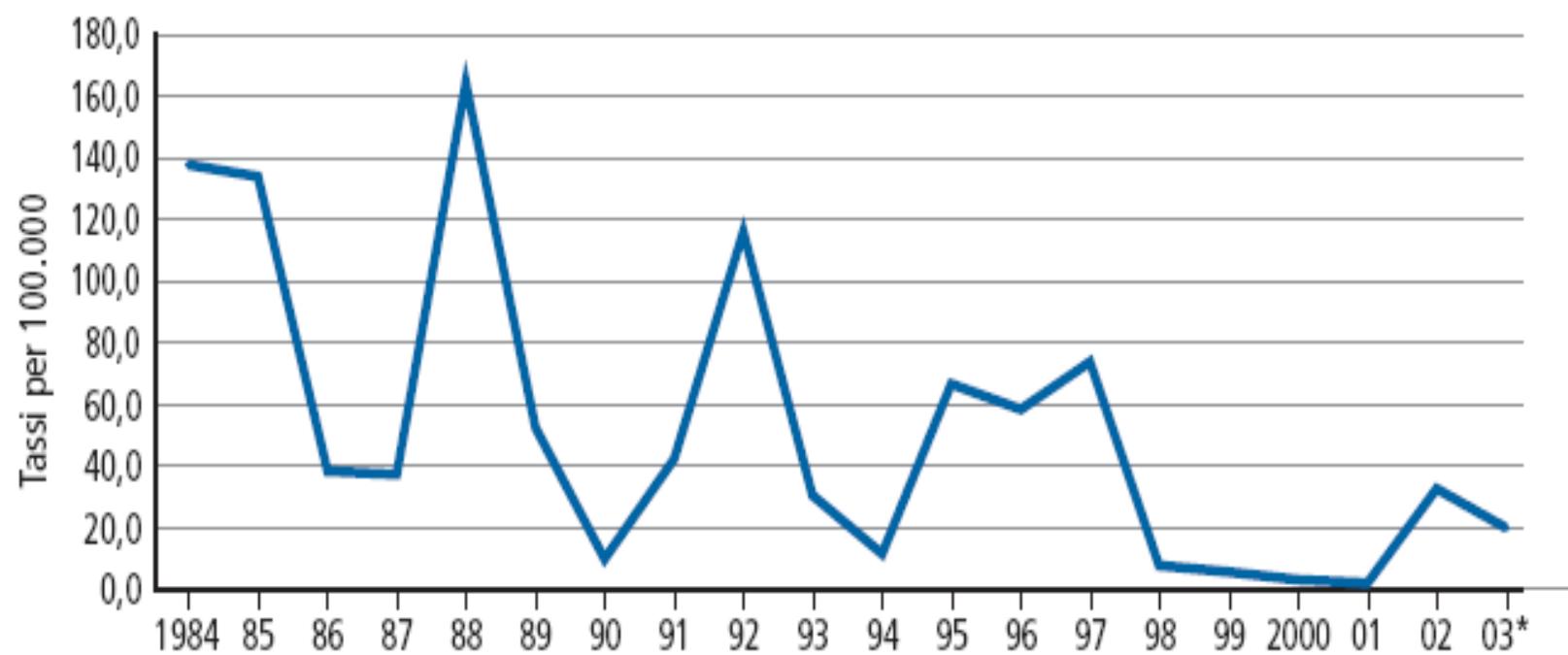
Figura 1 Coperture vaccinali in Italia - Anni 1999-2003.



Fonte: Ministero della Salute

* Dato provvisorio

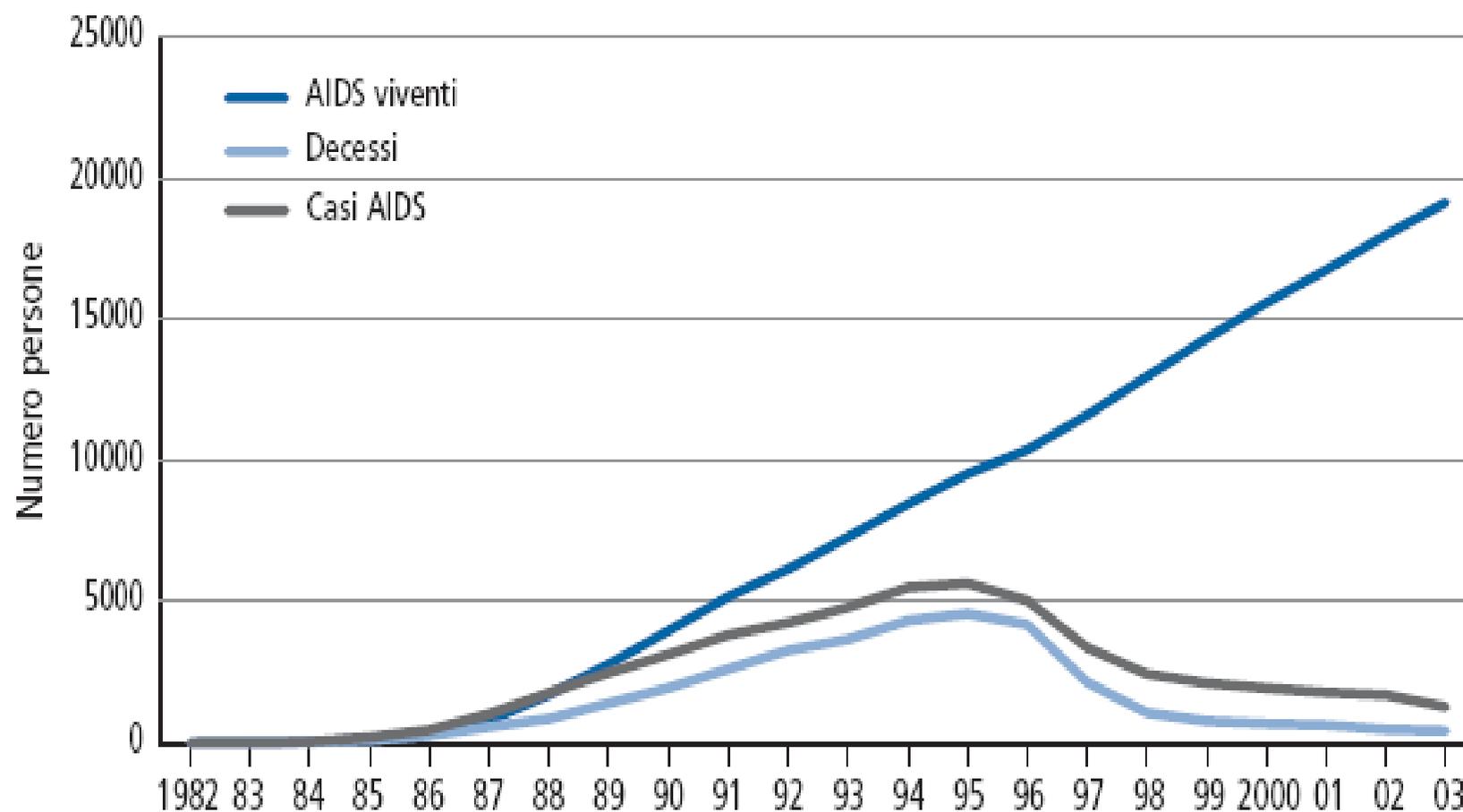
Figura 2 Incidenza dell'epatite virale B per 100.000 abitanti, per classi di età - Anni 1992-2003.



Fonte: Ministero della Salute

* Dato provvisorio

Figura 4 Incidenza del morbillo per 100.000 abitanti - Anni 1984-2003.



Fonte: Registro Nazionale AIDS

Figura 1 Casi di AIDS, decessi AIDS correlati e casi di AIDS viventi, per anno.

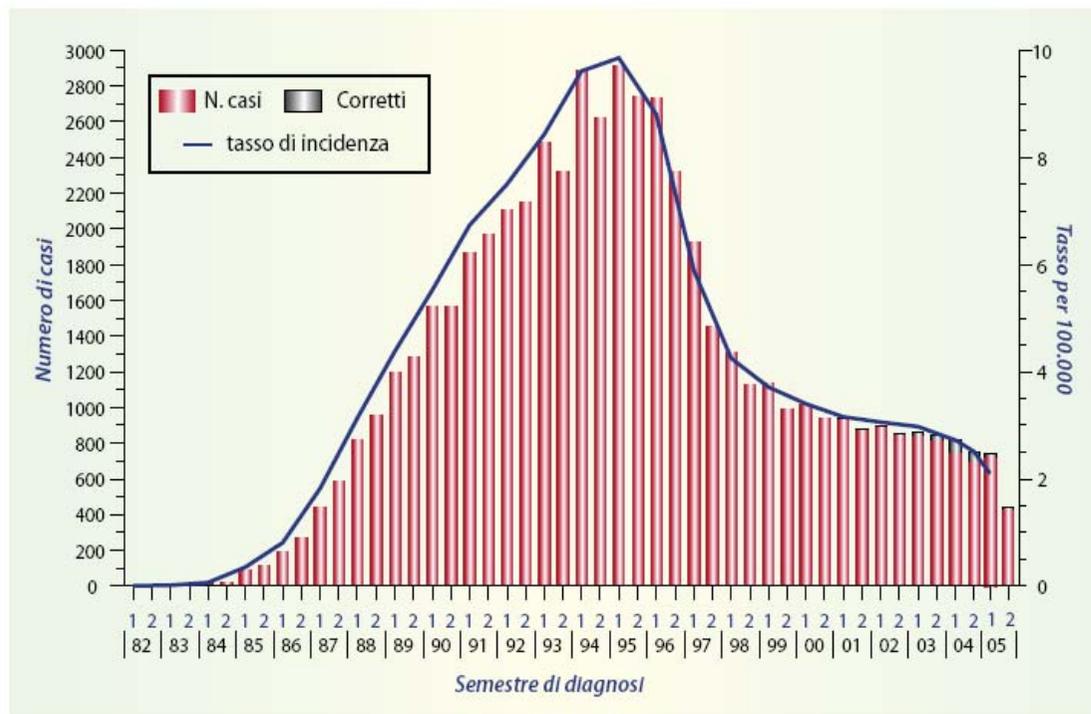


Figura 1 - Casi di AIDS in Italia per semestre di diagnosi, corretti per ritardo di notifica e tasso annuale di incidenza al 31 dicembre 2005

Malattie infettive \Rightarrow Malattie cronico-degenerative

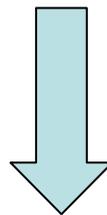
Miglioramento delle condizioni nutrizionali

Incremento delle difese immunitarie specifiche (vaccinazione)

Miglioramento delle condizioni ambientali

Miglioramento delle condizioni di vita

Disponibilità di farmaci



BENESSERE



Fattori di rischio e stili di vita come determinanti di salute

- L'aumento dell'incidenza delle malattie croniche ha fatto emergere la necessità di progredire nelle attività finalizzate a prevenire l'insorgenza di patologie sia infettive che cronico-degenerative, attraverso il controllo e possibilmente, l'eliminazione dei fattori di rischio e l'adozione di corretti stili di vita.
- **Stile di vita**
Lo stile di vita individuale è fortemente influenzato da altri determinanti quali la cultura, l'occupazione, l'istruzione, il reddito e le reti sociali e comunitarie. Questi fattori devono essere presi in considerazione come determinanti sanitari nello stile di vita dei singoli individui.

Distribuzione della condizione di sovrappeso e di obesità

Persone di 18 anni e più per indice di massa corporea, sesso e classe di età – (per Anno 2003 per
100 persone dello stesso sesso e classe di età)

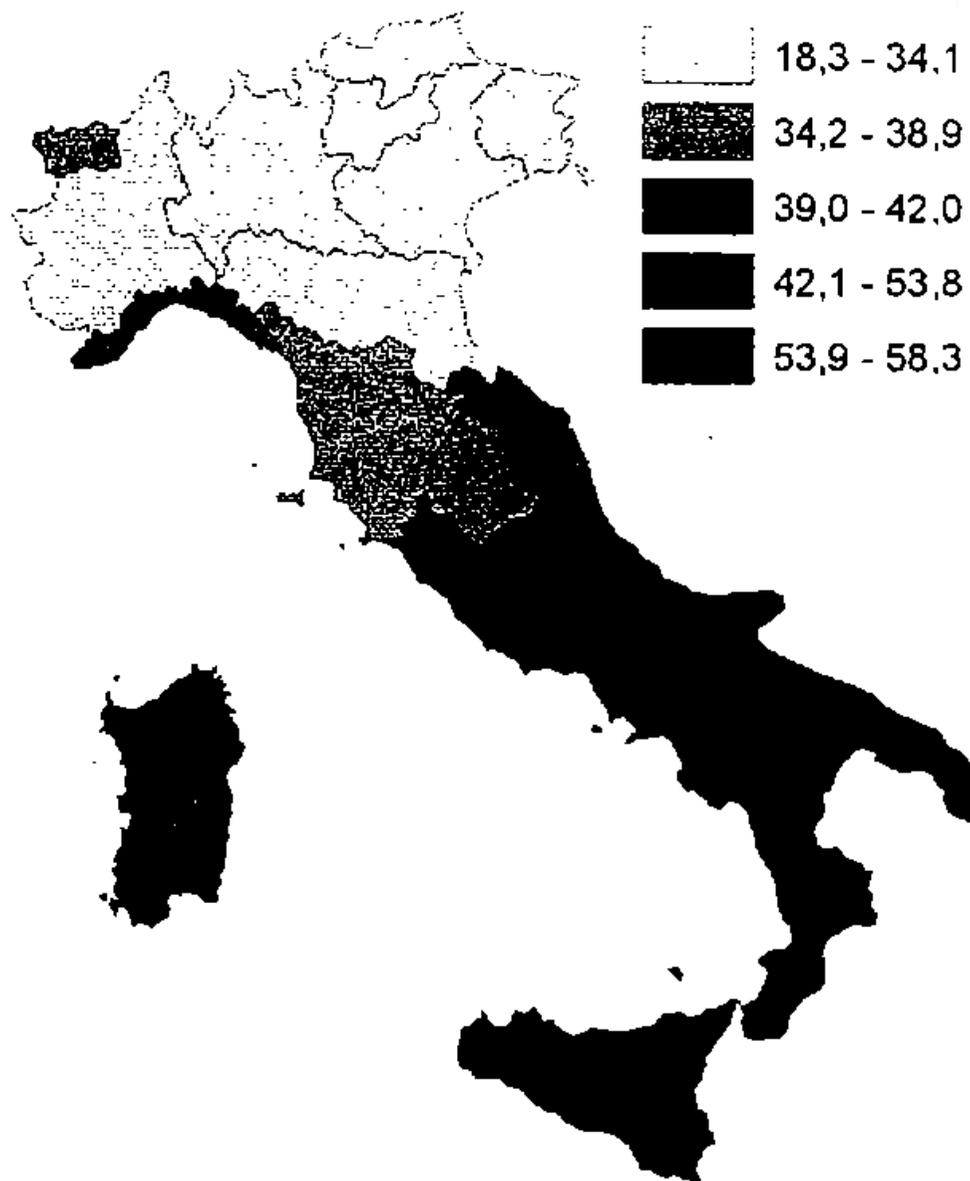
CLASSIDIETÀ	Indice di massa corporea				Totale
	Sottopeso	Normopeso	Sovrappeso	Obesi	
MASCHI					
18-24	2,9	78,3	17,2	1,7	100,0
25-34	0,7	64,2	30,6	4,4	100,0
35-44	0,3	48,7	43,2	7,8	100,0
45-54	0,2	36,4	50,9	12,4	100,0
55-64	0,2	33,2	53,0	13,6	100,0
65-74	0,5	33,9	50,4	15,2	100,0
75 e più	1,3	42,1	46,2	10,5	100,0
Totale	0,7	47,9	42,1	9,3	100,0
FEMMINE					
18-24	15,5	76,3	7,3	0,9	100,0
25-34	11,9	73,0	12,9	2,2	100,0
35-44	4,9	71,0	19,1	5,1	100,0
45-54	2,3	57,9	28,8	11,0	100,0
55-64	1,6	48,2	35,2	15,0	100,0
65-74	1,8	41,3	40,7	16,1	100,0
75 e più	3,7	47,6	37,6	11,2	100,0
Totale	5,6	59,9	25,8	8,7	100,0
MASCHIE FEMMINE					
18-24	9,2	77,3	12,2	1,3	100,0
25-34	6,3	68,6	21,8	3,3	100,0
35-44	2,6	59,8	31,2	6,4	100,0
45-54	1,3	47,3	39,7	11,7	100,0
55-64	0,9	40,8	43,9	14,3	100,0
65-74	1,2	38,0	45,1	15,7	100,0
75 e più	2,8	45,5	40,7	10,9	100,0
Totale	3,3	54,1	33,6	9,0	100,0

Persone di 18 anni e più per indice di massa corporea, sesso e condizione
nella professione – Anno 2003

CONDIZIONI POSIZIONI NELLA PROFESSIONE	Indice di massa corporea				Totale
	Sottopeso	Normopeso	Sovrappeso	Obesi	
MASCHI					
Occupati	0,5	49,0	42,2	8,3	100,0
Dirigenti, Imprenditori, Liberi professionisti	0,1	45,6	45,4	8,9	100,0
Direttivi, Quadri, Impiegati	0,3	53,0	39,5	7,2	100,0
Operai, Apprendisti	0,8	50,6	40,6	8,0	100,0
Lavoratori in proprio e Coadiuvanti	0,6	41,1	47,6	10,7	100,0
In cerca di nuova occupazione	1,0	52,4	38,2	8,4	100,0
In cerca di prima occupazione	1,8	67,2	27,0	4,0	100,0
Studenti	2,3	81,2	15,5	1,0	100,0
Ritirati dal lavoro	0,6	35,7	50,3	13,4	100,0
Altra condizione	1,2	47,3	38,2	13,3	100,0
Totale	0,7	47,9	42,1	9,3	100,0

L'attività fisica

Prevalenza di persone di 3 anni e oltre che non praticano alcuno sport per regione. Anno 2003



Persone che praticano o meno sport per sesso, classe di età e titolo di studio (per 100 persone dello stesso sesso, classe di età e titolo di studio)

CLASSI DI ETÀ TITOLI DI STUDIO		Praticano sport		Praticano solo qualche attività fisica	Non praticano sport né attività fisica	Non indicato	Totale
		In modo continuativo	In modo saltuario				
45-64	Laurea	22,3	14,5	34,6	28,1	0,5	100,0
	Diploma superiore	18,8	13,4	34,4	32,8	0,6	100,0
	Licenza media	12,2	8,2	34,9	44,4	0,4	100,0
	Licenza elementare	6,4	3,6	33,6	55,9	0,5	100,0
	Totale	13,2	8,8	34,4	43,1	0,5	100,0
65 e più	Laurea	13,7	6,3	35,2	44,1	0,7	100,0
	Diploma superiore	8,8	6,9	35,7	47,9	0,7	100,0
	Licenza media	6,2	4,8	32,6	55,9	0,5	100,0
	Licenza elementare	2,7	2,1	25,8	68,8	0,6	100,0
	Totale	4,3	3,2	28,2	63,7	0,6	100,0
TOTALE	Laurea	29,6	16,8	28,2	24,9	0,4	100,0
	Diploma superiore	25,3	15,9	28,2	30,0	0,6	100,0
	Licenza media	18,7	10,6	29,1	41,1	0,5	100,0
	Licenza elementare	16,5	4,5	24,9	53,3	0,9	100,0
	Totale	20,6	10,5	27,5	40,8	0,7	100,0

Comportamenti alimentari

- Abitudini alimentari
- Consumo di alimenti per tipologia

Persone per stile alimentare, sesso e classe di età –
Anno 2006 (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età)

CLASSIDIETÀ	Colazione adeguata (a)	Colazione latte e mangia qualcosa	Pranzo in casa	Pranzo in mensa	Pranzo al ristorante o trattoria	Pranzo in un bar	Pranzo sul posto di lavoro	Pasto principale pranzo	Pasto principale cena
MASCHIE FEMMINE									
3-5	93,1	65,6	34,7	59,0	-	0,1	-	74,0	10,7
6-10	92,0	63,6	63,4	31,8	0,1	0,1	-	73,7	15,0
11-14	85,0	55,6	86,1	7,0	..	0,1	-	73,3	16,6
15-17	77,1	47,6	88,6	3,6	0,4	1,2	0,2	70,6	19,4
18-19	76,1	46,0	82,0	5,0	1,4	3,0	3,0	66,9	21,4
20-24	78,9	46,2	68,3	8,3	3,4	6,2	6,5	65,2	24,8
25-34	77,7	44,5	62,4	7,3	6,2	4,9	11,3	60,7	28,7
35-44	75,9	42,4	63,5	7,4	5,5	5,0	11,7	58,8	31,4
45-54	73,2	39,6	69,7	6,8	4,7	3,4	10,0	63,0	30,0
55-59	72,0	38,5	83,6	3,3	2,6	1,9	4,4	71,8	21,4
60-64	73,0	42,4	90,3	0,5	1,5	0,8	2,1	80,3	13,5
65-74	78,7	45,6	94,4	0,1	0,4	0,2	0,3	87,2	7,0
75 e più	84,2	50,8	94,7	-	0,1	0,1	-	90,7	2,9
Totale	78,3	45,9	74,8	7,8	3,0	2,7	5,8	70,4	20,9

Persone di 3 anni e più per stile alimentare, sesso e classe di età –
Anno 2006 (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età)

CLASSIDIETÀ	Verdure almeno una volta al giorno	Ortaggi almeno una volta al giorno	Frutta almeno una volta al giorno	Verdure, ortaggi o frutta almeno una volta al giorno	Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno (a)		
					1porzione	da 2 a 4 porzioni	5 e più porzioni
MASCHIE FEMMINE							
3-5	32,3	28,6	74,4	78,8	24,5	73,3	2,3
6-10	28,6	28,3	72,6	78,0	27,3	69,5	3,2
11-14	34,7	29,2	70,4	77,7	25,7	70,6	3,7
15-17	35,0	32,7	66,4	75,6	24,5	71,5	4,0
18-19	32,8	29,9	64,7	72,4	23,8	70,5	5,7
20-24	42,5	37,3	66,9	76,5	23,1	71,8	5,1
25-34	46,7	39,8	71,4	81,6	20,7	73,7	5,6
35-44	51,5	42,5	76,2	85,5	18,1	76,4	5,5
45-54	54,8	43,6	80,8	88,9	15,6	78,2	6,2
55-59	59,7	46,3	84,2	90,7	12,7	80,4	6,8
60-64	61,1	48,1	84,4	90,7	11,1	82,7	6,2
65-74	60,3	48,8	87,0	91,6	11,5	82,3	6,1
75 e più	57,8	45,4	85,7	90,8	14,5	82,0	3,5
Totale	50,2	41,3	77,7	85,3	17,5	77,1	5,3

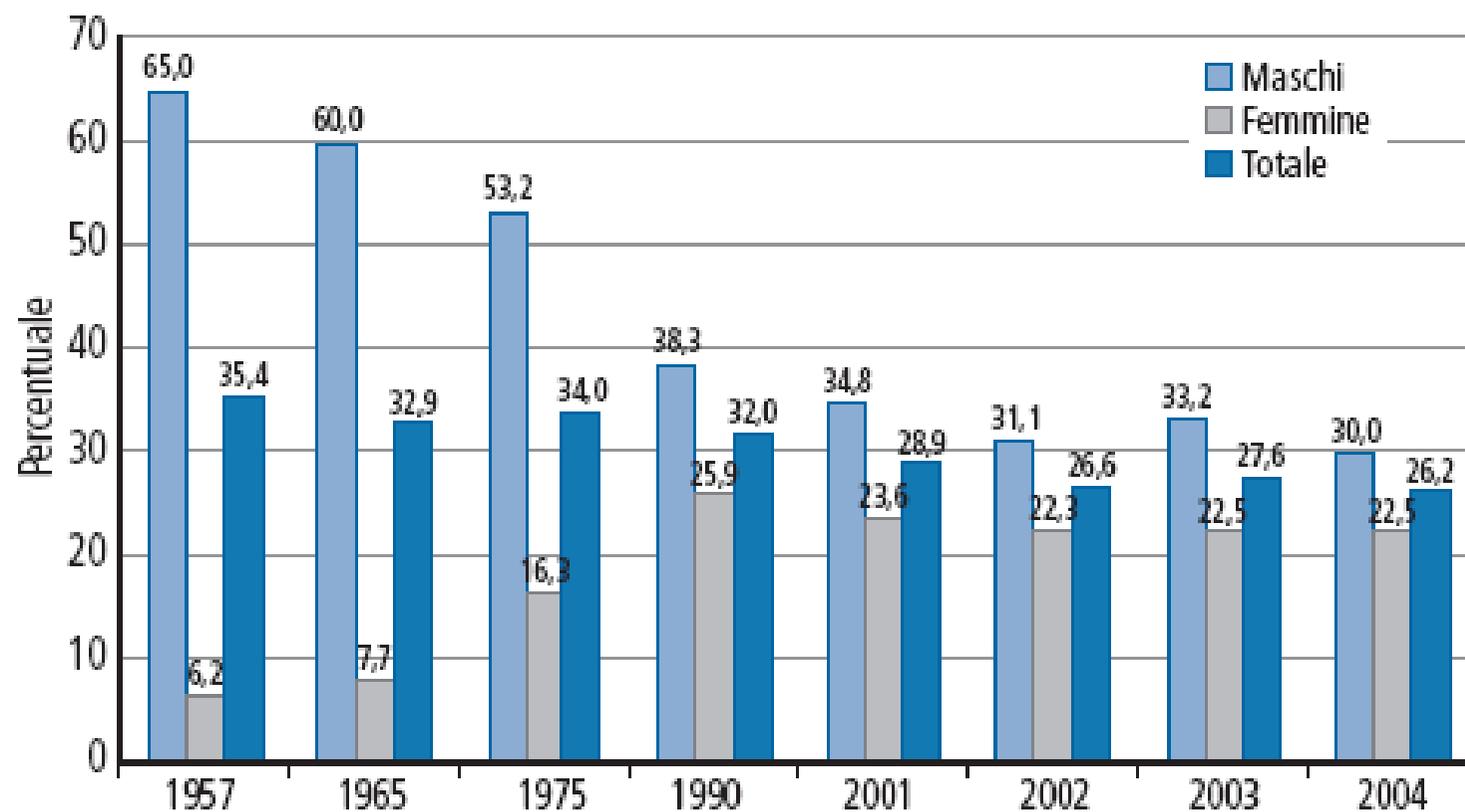
Persone di 3 anni e più per consumo di alcuni cibi, sesso e classe di età -
Anno 2006 (per 100 persone dello stesso sesso, classe di età e titolo di studio)

CLASSI DI ETÀ	Pane, pasta, riso almeno una volta al giorno	Salumi almeno qualche volta alla settimana	Carni bianche almeno qualche volta alla settimana	Carni bovine almeno qualche volta alla settimana	Carni di maiale almeno qualche volta alla settimana	Latte almeno una volta al giorno	Formaggio almeno una volta al giorno	Uova almeno qualche volta alla settimana
MASCHIE FEMMINE								
3-5	89,4	51,6	81,8	81,3	43,2	81,3	27,8	57,1
6-10	90,7	71,0	79,2	79,1	48,8	77,0	26,9	59,7
11-14	88,4	75,9	76,9	77,3	53,1	70,9	28,2	60,1
15-17	87,4	76,9	75,5	73,8	55,4	61,4	28,0	54,8
18-19	85,1	76,2	76,4	73,1	58,7	58,6	24,5	54,5
20-24	86,3	71,9	73,9	74,4	54,6	56,6	23,7	53,0
25-34	85,3	68,3	74,8	75,7	51,7	56,9	25,0	54,1
35-44	85,1	66,2	74,0	75,9	48,7	55,0	24,5	54,4
45-54	85,8	63,9	72,6	74,0	48,8	52,7	24,4	54,6
55-59	86,9	59,4	72,6	72,4	47,1	52,3	24,4	52,7
60-64	87,8	57,5	74,5	73,9	46,8	56,1	25,4	54,6
65-74	88,3	52,0	72,7	70,8	44,6	59,0	26,3	55,2
75 e più	87,8	42,3	73,0	67,9	39,2	66,9	26,8	52,7
Totale	86,8	62,5	74,3	74,1	48,3	59,2	25,4	54,7

Persone di 3 anni e più per consumo di alcuni cibi, sesso e classe di età - Anno 2006 (per 100 persone dello stesso sesso, classe di età e titolo di studio)

CLASSIDIETÀ	Legumi in scatola almeno qualche volta alla settimana	Pesce almeno qualche volta alla settimana	Snack almeno qualche volta alla settimana	Dolci almeno qualche volta alla settimana	Cottura con olio di oliva o grassi vegetali	Condimento a crudo con olio di oliva o grassi vegetali	Presta attenzione al consumo di sale e/o di cibi salati	Usa sale arricchito di iodio
MASCHIE FEMMINE								
3-5	40,3	65,3	46,7	73,4	92,9	93,6	55,1	31,5
6-10	43,6	58,4	59,0	78,2	94,8	96,0	50,1	33,0
11-14	43,0	52,3	63,6	74,2	94,7	95,0	44,1	31,6
15-17	38,7	50,2	59,1	71,2	95,3	96,3	41,9	30,1
18-19	39,3	50,0	49,6	65,8	93,5	95,4	41,9	28,7
20-24	43,8	53,3	43,5	62,5	94,2	95,9	45,9	27,7
25-34	45,7	57,7	32,8	55,2	94,6	96,5	53,7	28,1
35-44	46,5	59,0	22,9	50,3	95,6	97,4	63,2	32,4
45-54	49,6	60,4	15,1	45,2	95,7	97,4	67,2	33,8
55-59	49,6	61,9	9,9	39,5	96,0	97,0	71,6	33,4
60-64	48,9	62,3	8,4	36,0	96,4	97,5	76,1	31,4
65-74	48,2	59,9	5,9	31,4	95,3	96,7	78,0	28,4
75 e più	45,0	57,5	4,0	29,3	96,1	97,6	81,1	22,9
Totale	46,2	58,5	24,8	49,4	95,3	96,8	63,3	30,2

Il fumo



Fonte: DOXA, Indagine condotta su un campione rappresentativo della popolazione italiana di 15 anni e oltre

Figura 1 Prevalenza di fumatori in un campione di persone di 15 anni e oltre - Anni 1957-2004.

Tabella 1 Malattie ed effetti avversi causati dal fumo attivo di sigaretta: principali evidenze scientifiche

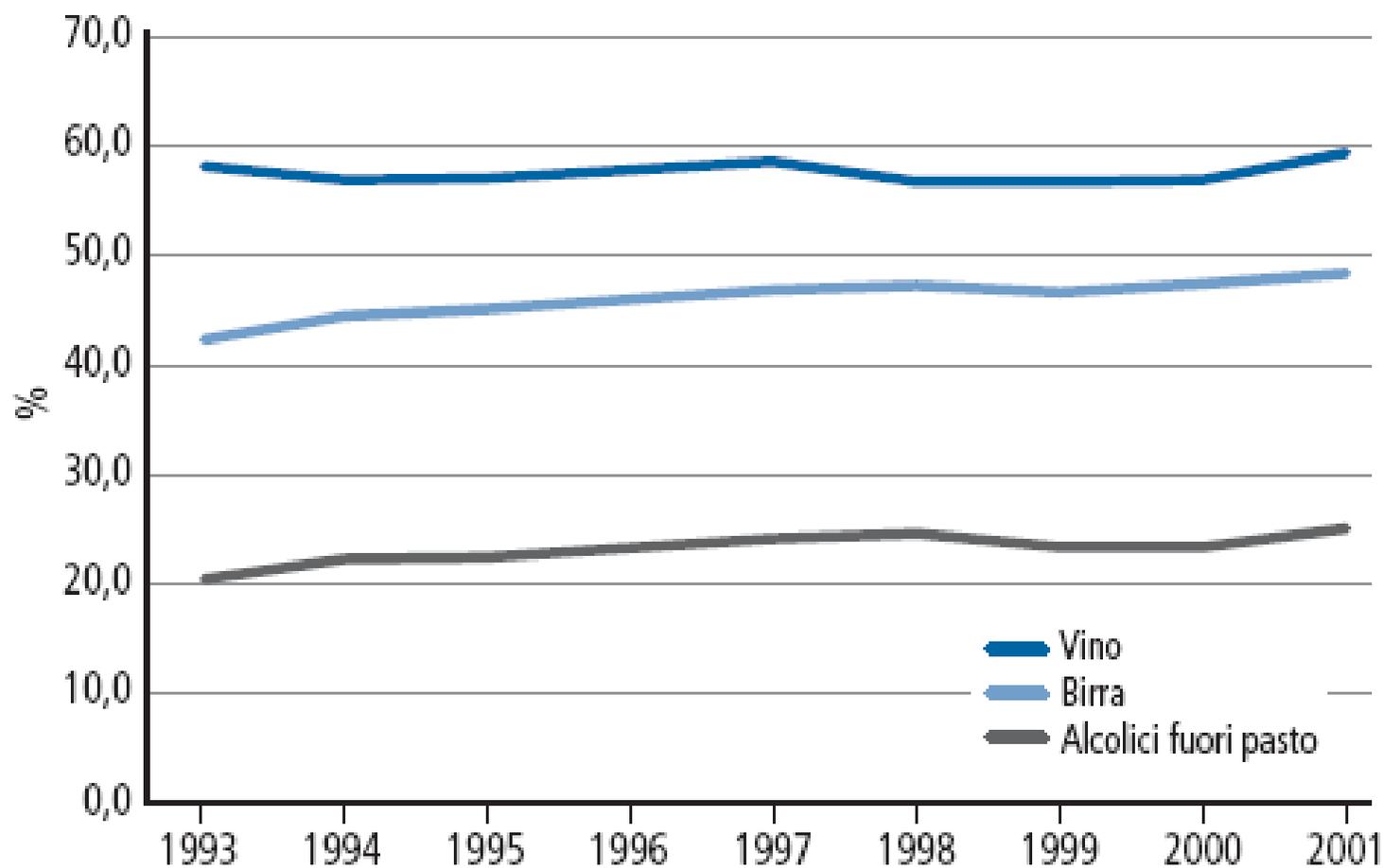
Tumori	Malattie respiratorie ed effetti dannosi sulla salute	Malattie cardiovascolari ed effetti dannosi sulla salute	Altre malattie ed effetti dannosi sulla salute
Polmone	Broncopneumopatia cronica ostruttiva	Malattie coronariche	Ulcera gastrica
Cavità orale	Malattie respiratorie acute, inclusa la polmonite	Malattie cerebrovascolari	Cataratta
Faringe	Insorgenza prematura di un declino accelerato della funzionalità polmonare	Aneurisma dell'aorta	Periodontite
Esofago (carcinoma a cellule squamose)	Tutti i principali sintomi respiratori negli adulti, inclusi: tosse, muco, rantolo (espettorazione) e dispnea	Malattie delle arterie periferiche	Ulcera duodenale
Esofago (adenocarcinoma)	Scarso controllo dell'asma		Effetti avversi di interventi chirurgici connessi a guarigione di ferite e complicazioni respiratorie
Pancreas	Effetti respiratori in utero di madre fumatrice		Frattura dell'anca
Vescica	Nei giovani e negli adolescenti che fumano		Ridotta fertilità nelle donne
Pelvi renali	Compromissione della crescita polmonare		Morbo di Crohn
Rene (carcinoma delle cellule renali)	Comparsa prematura di un declino nella funzionalità polmonare		Degenerazione maculare correlata all'età
Stomaco	Sintomi respiratori inclusi: tosse, muco, rantolo e dispnea		Ambliopia da tabacco
Cervice uterina	Sintomi connessi all'asma		Osteoporosi
Cellule granulocitarie del midollo (leucemia mieloide)			Problemi riproduttivi
Cavità nasale			Complicazioni della gravidanza
Seni nasali			Parto prematuro
Fegato			Difficoltà nella crescita fetale e basso peso alla nascita Sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS)

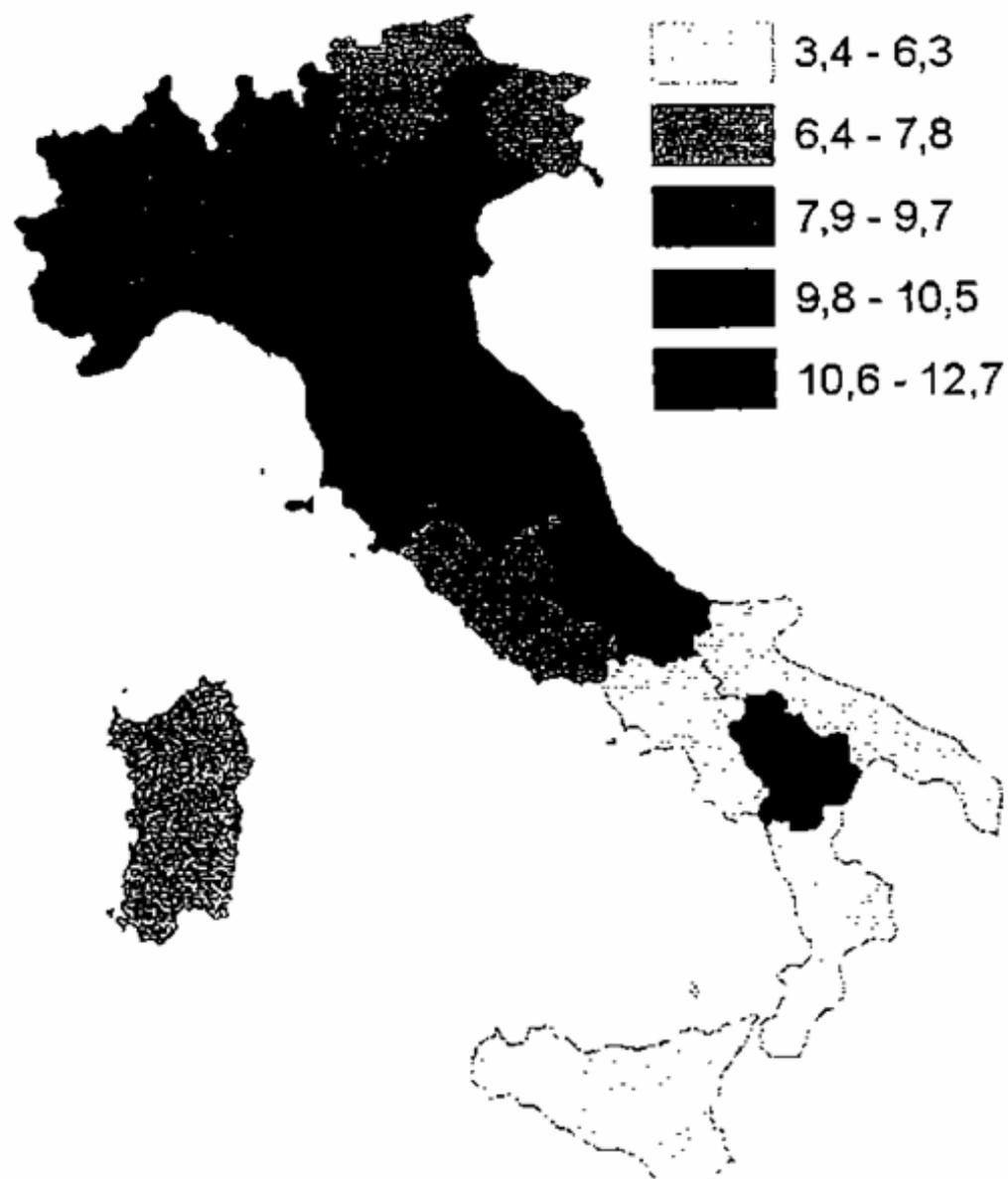
Tabella 4 Stima degli effetti del fumo passivo in Italia
(casi o morti per anno)

	Decessi ed altre condizioni
Esposizione in ambito familiare	
<i>Bambini con genitori fumatori</i>	
Morte improvvisa del lattante	87 morti
Infezioni respiratorie acute (0-2 anni)	76.954 casi
Asma bronchiale (6-14 anni)	27.048 casi prevalenti
Sintomi respiratori cronici (6-14 anni)	48.183 casi
Otite acuta (6-14 anni)	64.130 casi
Adulti con coniuge fumatore	
Tumore polmonare	221 morti
Malattie ischemiche del cuore	1.896 morti
Esposizione in ambiente di lavoro	
Basso peso alla nascita per esposizione della madre in gravidanza	2.033 neonati (peso < 2.500 gr)
Tumore polmonare	324 morti
Malattie ischemiche del cuore	235 morti

Consumo di alcol

Persone di 14 anni e più che consumano almeno qualche volta all'anno
vino, birra, alcolici fuori pasto





Prevalenza di consumatori a maggior rischio di alcol di 11 anni e oltre per regione. Maschi. Anno 2003

Persone di 11 anni e più che si sono ubriacate almeno una volta negli ultimi 12 mesi e numero di volte in cui si sono ubriacate, per regione, ripartizione geografica e tipo di comune.
Anno 2006 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

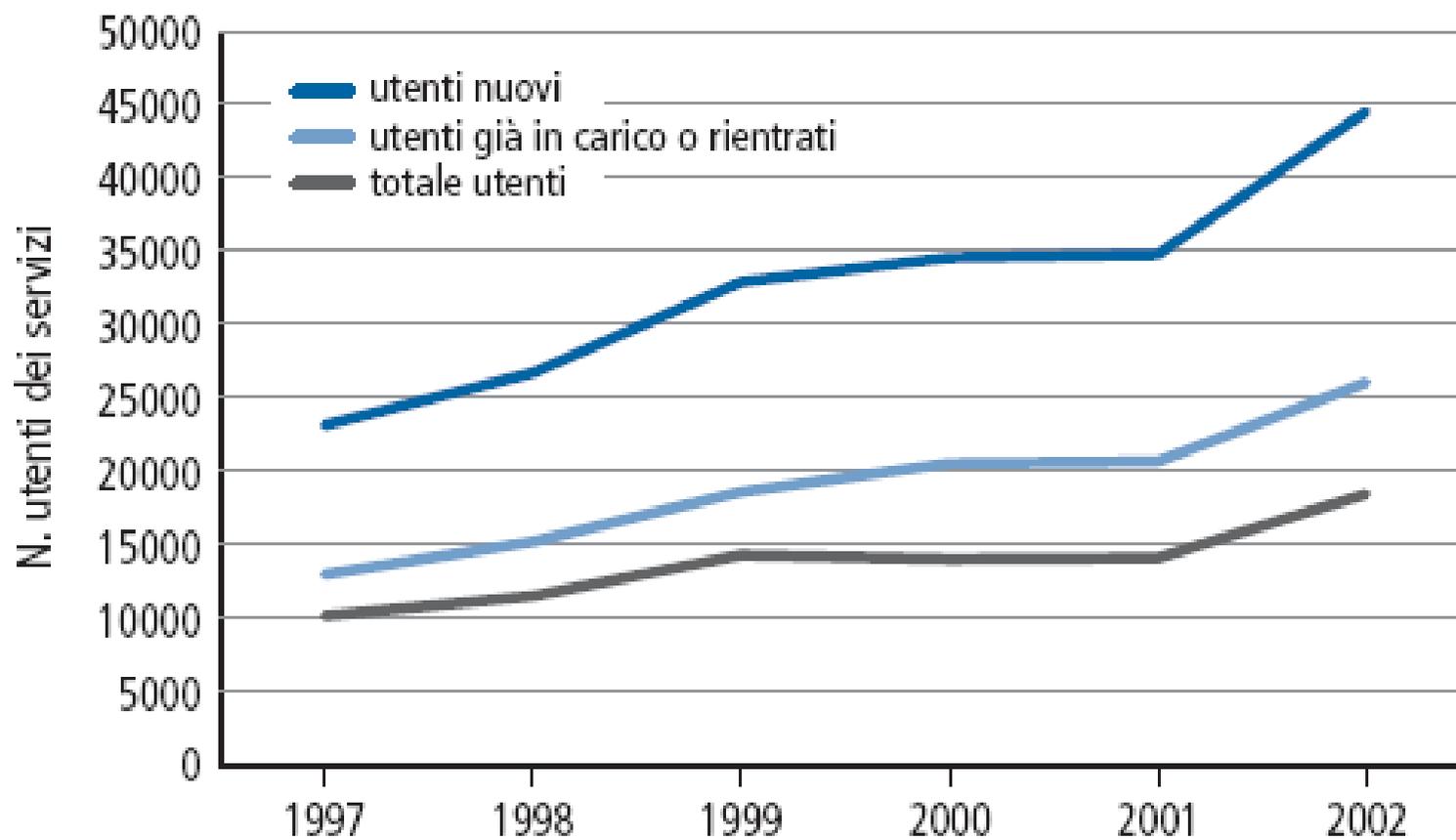
	Almeno una ubriacatura (a)	Numero di ubriacature nel corso degli ultimi 12 mesi (b)			
		1-3 volte	4-6 volte	7-12 volte	più di 12 volte
Piemonte	9,5	55,9	17,8	10,7	4,8
Valle d'Aosta	14,2	51,3	12,4	13,4	9,3
Lombardia	10,3	45,3	19,3	12,7	7,5
Trentino-Alto Adige	16,3	39,4	18,7	17,6	13,3
<i>Bolzano - Bozen</i>	19,9	36,5	18,6	16,9	13,4
<i>Trento</i>	12,9	43,6	18,9	18,6	13,1
Veneto	10,9	47,5	21,6	12,6	7,1
Friuli-Venezia Giulia	13,4	46,4	15,0	17,2	13,3
Liguria	6,1	64,9	9,7	11,5	8,5
Emilia-Romagna	7,0	54,6	11,4	12,0	10,8
Toscana	7,5	54,0	21,2	10,0	6,3
Umbria	7,3	56,2	12,2	14,4	7,8
Marche	7,5	45,6	11,3	16,5	7,6
Lazio	8,2	54,5	13,9	13,9	5,7
Abruzzo	9,7	39,5	24,4	16,6	5,6
Molise	14,8	58,8	15,0	11,8	3,6
Campania	5,8	47,5	18,7	15,7	3,1
Puglia	6,1	59,1	13,1	13,4	6,7
Basilicata	13,7	48,2	24,1	11,6	2,8
Calabria	7,0	59,5	18,8	12,0	1,1
Sicilia	5,1	64,2	16,5	10,4	0,5
Sardegna	12,2	56,3	11,0	13,8	10,7
Italia	8,4	51,4	17,3	13,0	6,7

Tabella 3 Ricoveri per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - Anno 2002

Cod. ICD9-CM	Cause*	Maschi		Femmine		Totale	
		N	%	N	%	N	%
291	Sindromi psicotiche indotte da alcol	4.579	5,2	1.109	4,5	5.693	5,0
303	Sindrome di dipendenza da alcol	28.358	31,9	8.258	33,2	36.648	32,2
305.0	Abuso di alcol	7.549	8,5	2.742	11,0	10.300	9,1
357.5	Polineuropatia alcolica	2.352	2,6	563	2,3	2.918	2,6
425.5	Cardiomiopatia alcolica	653	0,7	117	0,5	771	0,7
535.3	Gastrite alcolica	649	0,7	290	1,2	940	0,8
571.0	Steatosi epatica alcolica	8.339	9,4	2.471	9,9	10.819	9,5
571.1	Epatite acuta alcolica	4.405	5,0	973	3,9	5.383	4,7
571.2	Cirrosi epatica alcolica	25.293	28,5	6.885	27,7	32.206	28,3
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato	6.344	7,1	1.301	5,2	7.652	6,7
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	14	0,0	9	0,0	23	0,0
980	Effetti tossici dell'alcol	257	0,3	141	0,6	398	0,4
TOTALE		88.792	100,0	24.859	100,0	113.751	100,0

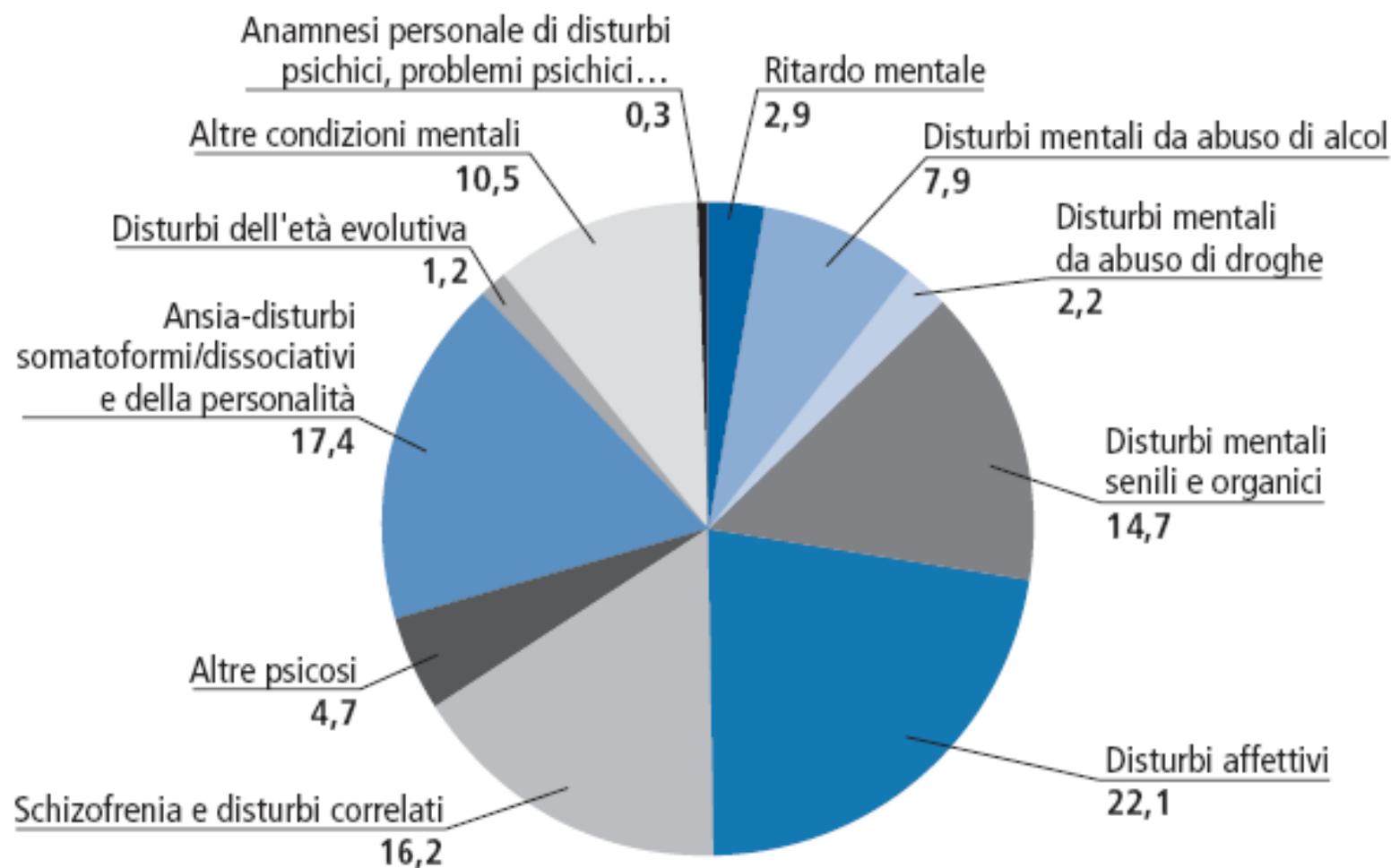
* Sono state considerate sia la causa principale sia le cause secondarie

Fonte: Ministero della Salute



Fonte: Ministero della Salute

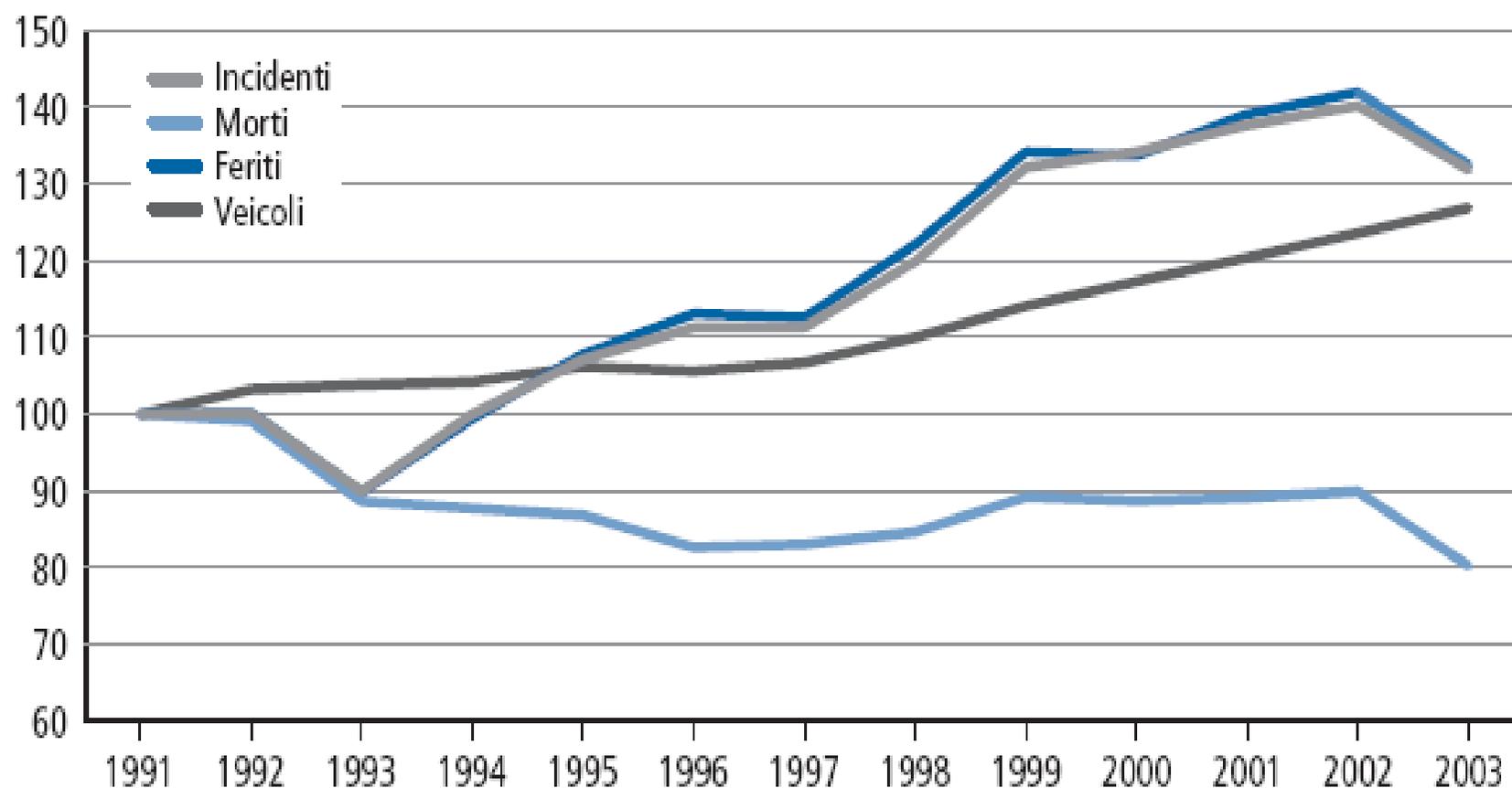
Figura 4 Utenti dei servizi pubblici per l'alcoldipendenza - Anni 1997-2002



Fonte: Ministero della Salute

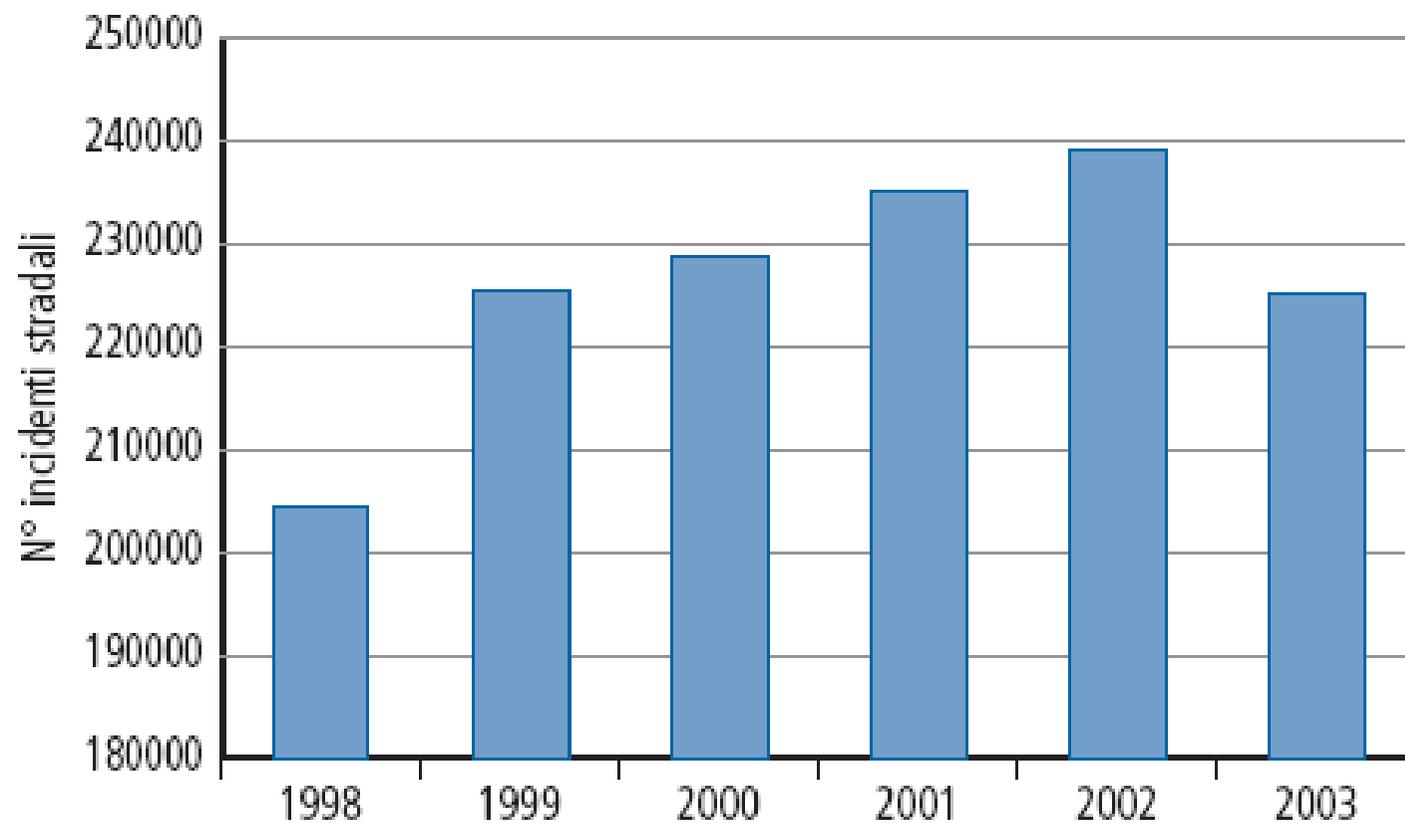
Figura 1 Dimessi per patologie psichiatriche per ACC % - Anno 2002. ACC 65-75.

Incidenti



Fonte: ISTAT, Statistiche degli incidenti stradali - Anno 2003

Figura 2 Incidenti stradali, morti, feriti e veicoli - Anni 1991-2003 (Numeri indice con base 1991). I dati relativi agli anni 1999 e 2000 sono stati aggiornati sulla base dei modelli pervenuti in ritardo e sulla base delle informazioni desunte direttamente dagli organi di rilevazione.



Fonte: ISTAT, Statistiche degli incidenti stradali - Anno 2003

Figura 1 Andamento degli incidenti stradali nel periodo 1998-2003.

Tabella 1 Persone che negli ultimi tre mesi hanno subito incidenti in ambiente domestico - Anni 1998-2002

Anni	N° persone che hanno subito incidenti in ambiente domestico (a)	N° incidenti in ambiente domestico (a)	Quozienti per 1.000 persone
1998	838	1.037	14,7
1999	762	918	13,3
2000	870	1.095	15,2
2001	712	823	12,4
2002	712	886	12,4

(a) dati in migliaia

Fonte: ISTAT, Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"

Tabella 5 Cause degli incidenti per sesso e classi di età di coloro che li hanno subiti.

Anno 1999 (per 100 incidenti subiti da persone dello stesso sesso e classe di età)

Causa dell'incidente	Maschi				Femmine				Maschi e Femmine			
	0-24	25-64	65 più	Totale	0-24	25-64	65 più	Totale	0-24	25-64	65 più	Totale
Cadute	26,3	27,4	56,0	33,2	24,3	21,7	40,8	27,0	25,2	22,8	43,7	28,4
Cadute dallo stesso livello	17,7	13,1	27,3	17,5	12,8	8,1	15,9	10,7	15,0	9,1	18,1	12,2
Doccia	1,2	2,9	4,7	2,8	-	0,3	0,9	0,4	0,6	0,8	1,6	1,0
Pavimento	16,5	7,3	18,2	12,3	12,8	7,7	14,9	10,2	14,5	7,7	15,6	10,6
Cadute da dislivello	8,6	14,4	28,7	15,8	11,5	13,5	25,2	16,5	10,2	13,7	25,9	16,3
Cadute dalle scale	2,6	14,4	21,3	12,5	5,9	11,8	13,4	11,6	4,4	12,3	14,9	11,8
Utensili o attività di cucina	23,3	21,8	13,1	20,4	29,8	44,1	21,6	36,7	26,9	39,9	20,0	33,0
Coltello	9,5	9,0	8,9	9,1	9,1	19,2	3,0	13,9	9,3	17,3	4,1	12,8
Pentole	-	-	3,8	0,8	7,8	4,9	4,5	5,1	4,3	4,0	4,4	4,1
Alimenti bollenti	4,2	7,7	0,5	5,2	2,0	7,9	5,3	6,6	3,0	7,9	4,4	6,3
Forni e fornelli	-	2,4	-	1,2	2,3	12,0	6,6	9,6	1,3	10,2	5,3	7,7
Elettrodomestici di cucina	6,2	-	-	1,8	-	0,5	0,8	0,6	2,8	0,4	0,6	0,8
Altri utensili di cucina	9,6	5,0	-	5,3	8,5	4,4	3,1	4,5	9,0	4,5	2,5	4,6
Elettrodomestici non di cucina	-	-	-	-	7,3	7,6	2,4	6,2	4,0	6,2	1,9	4,8
Fai da te	6,5	13,5	7,0	10,2	-	2,3	-	1,4	3,0	4,4	1,3	3,4
Mobili, porte e parti abitazione	16,4	10,3	1,4	10,1	10,0	5,7	5,5	6,1	12,9	6,6	4,7	7,0
Struttura edilizia	21,2	14,7	32,9	20,4	18,7	17,5	26,0	19,9	19,9	17,0	27,3	20,0
Riscaldamento	3,9	-	-	1,1	3,0	0,4	2,4	1,2	3,4	0,3	1,9	1,2

Fonte: ISTAT, Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"

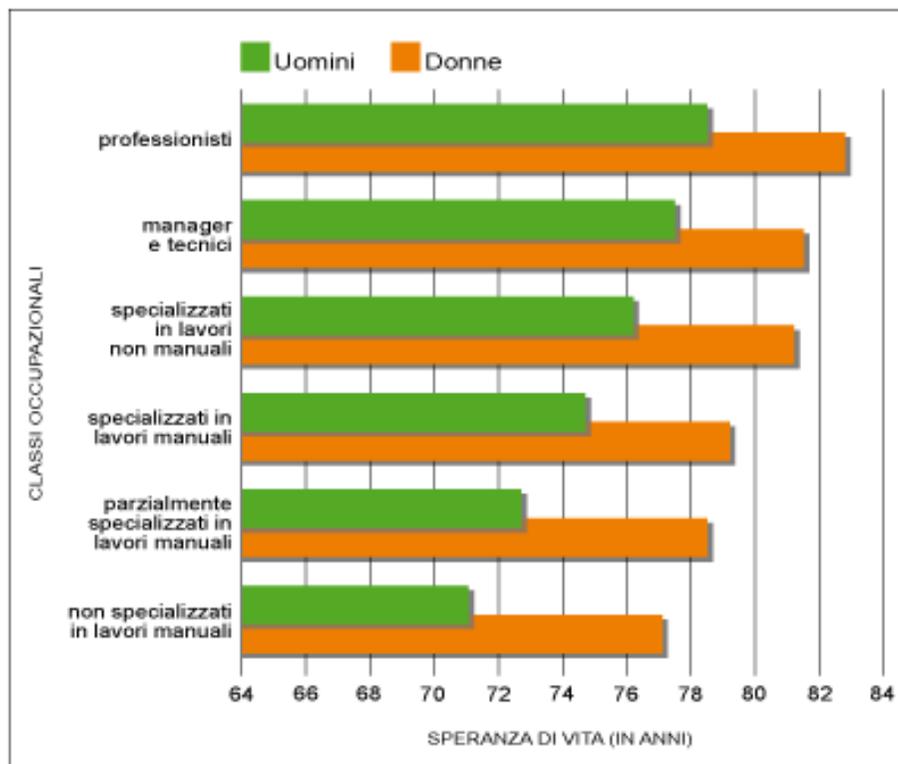
Determinanti socioeconomici della salute - disuguaglianze sanitarie

La condizione socioeconomica costituisce un importante determinante dello stato di salute. Tendenzialmente le persone meno abbienti, meno istruite o che esercitano un lavoro più umile hanno uno stato di salute peggiore.

Il miglioramento della salute e la riduzione delle disuguaglianze sanitarie costituiscono non solo un obiettivo in sé, ma anche un'importante condizione necessaria ai fini di un ulteriore sviluppo economico

Programma di Ricerca della CE nell'ambito della Sanità Pubblica

- Il benessere sanitario di una popolazione dipende oltre che dalla condizione socioeconomica da altri determinanti che di regola sono ritenuti estranei o poco influenti sulla "produzione" di quantità e di qualità di vita di una popolazione.
- Essi sono: la cultura, intesa in senso lato, (fattori che a loro volta influenzeranno i comportamenti e gli stili di vita) e l'ambiente inteso come ecosistema.
- A questi determinanti vanno poi aggiunti il patrimonio genetico individuale ed infine la disponibilità e l'accesso ad un sistema sanitario "universale" che, come detto, avrà una funzione essenzialmente di tipo "riparatore".



Differenze della speranza di vita nelle classi occupazionali, Inghilterra e Galles, 1997-1999.

(Fonte: Donkin A, Goldblatt P, Lynch K. Inequalities in life expectancy by social class 1972-1999. Health Statistics Quarterly, 2002, 15:5-15)

Altri determinanti di salute e malattia

Ambiente

L'ambiente fisico fa parte integrante del sistema ambientale con il quale gli esseri umani interagiscono continuamente e a cui è strettamente collegata la stabilità del loro benessere.

Fattori genetici

I fattori genetici sono determinanti sanitari che vanno ben al di là del quadro di riferimento degli interventi in materia di sanità pubblica. Il settore della genetica sarà in futuro sempre più al centro dell'attenzione.

Fattori che influenzano lo stato di salute, mortalità e spesa sanitaria

FATTORI	Contributo potenziale alla riduzione della mortalità	Ripartizione della spesa sanitaria
Biologici	7%	6,9%
Ambientali	19%	1,6%
Stili di vita	43%	1,5%
Servizi sanitari	11%	90%

QUALITÀ IN SANITÀ

1. **Adeguatezza** strutture e mezzi a disposizione, diagnosi e terapia
2. **Efficienza** ovvero aspetti economici e finanziari
3. **Capacità manageriali** nella conduzione di un'azienda
4. **Qualità per l'utente**, accezione più ampia e soggettiva legata al livello di soddisfazione dei pazienti: tempi burocratici, rapporto tra pazienti e personale, capacità di reintegrazione nella vita sociale

UMANIZZAZIONE E PERSONALIZZAZIONE DEI SERVIZI

Governare le organizzazioni socio-sanitarie attraverso criteri meramente contabili e tecnologici significa ignorare la centralità della persona e la qualità della vita

Da una indagine sulla soddisfazione dei pazienti

1. Disponibilità, gentilezza e cortesia
2. Professionalità
3. Rapidità di intervento
4. Alta qualità dei servizi
5. Pulizia

Al primo posto le relazioni interpersonali, seguono la qualità delle prestazioni sanitarie, infine l'ambiente ovvero la qualità degli spazi: aspetti premianti per la struttura che deve attrarre clienti e per l'utente che deve scegliere

Igiene e Sanità Pubblica

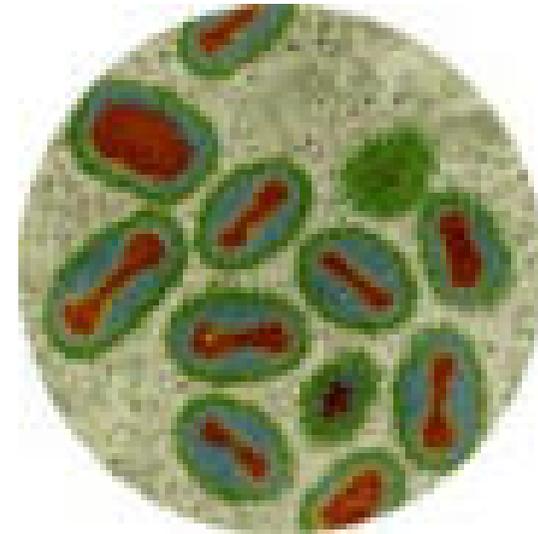
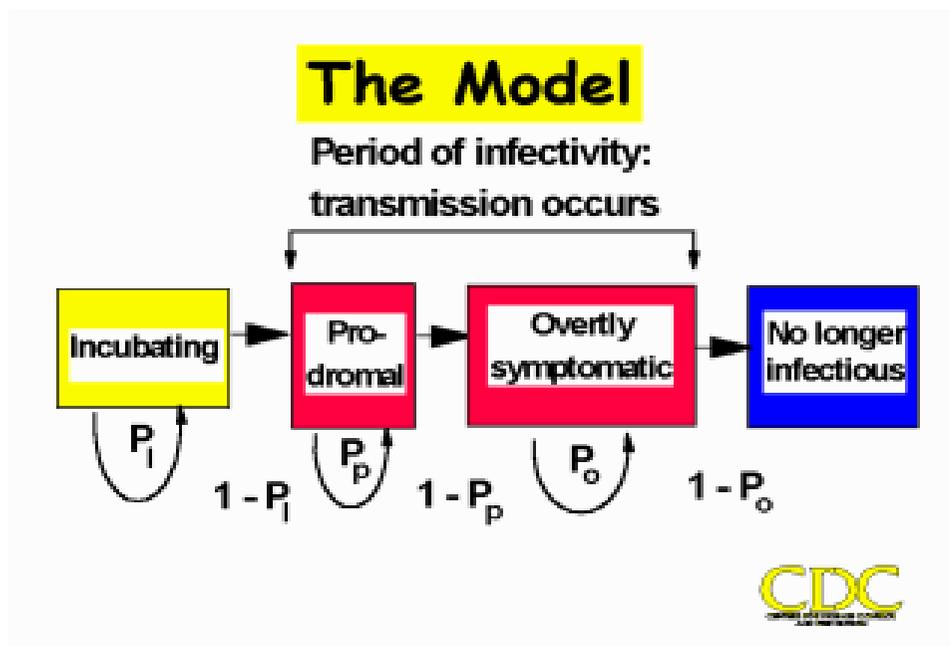
Realizzazioni del 20° secolo:

- Miglioramento delle condizioni igieniche
- Miglioramento nel trattamento degli alimenti (refrigerazione)
- Miglioramento nel trattamento dell'acqua e dei reflui
- Diffusione delle vaccinazioni

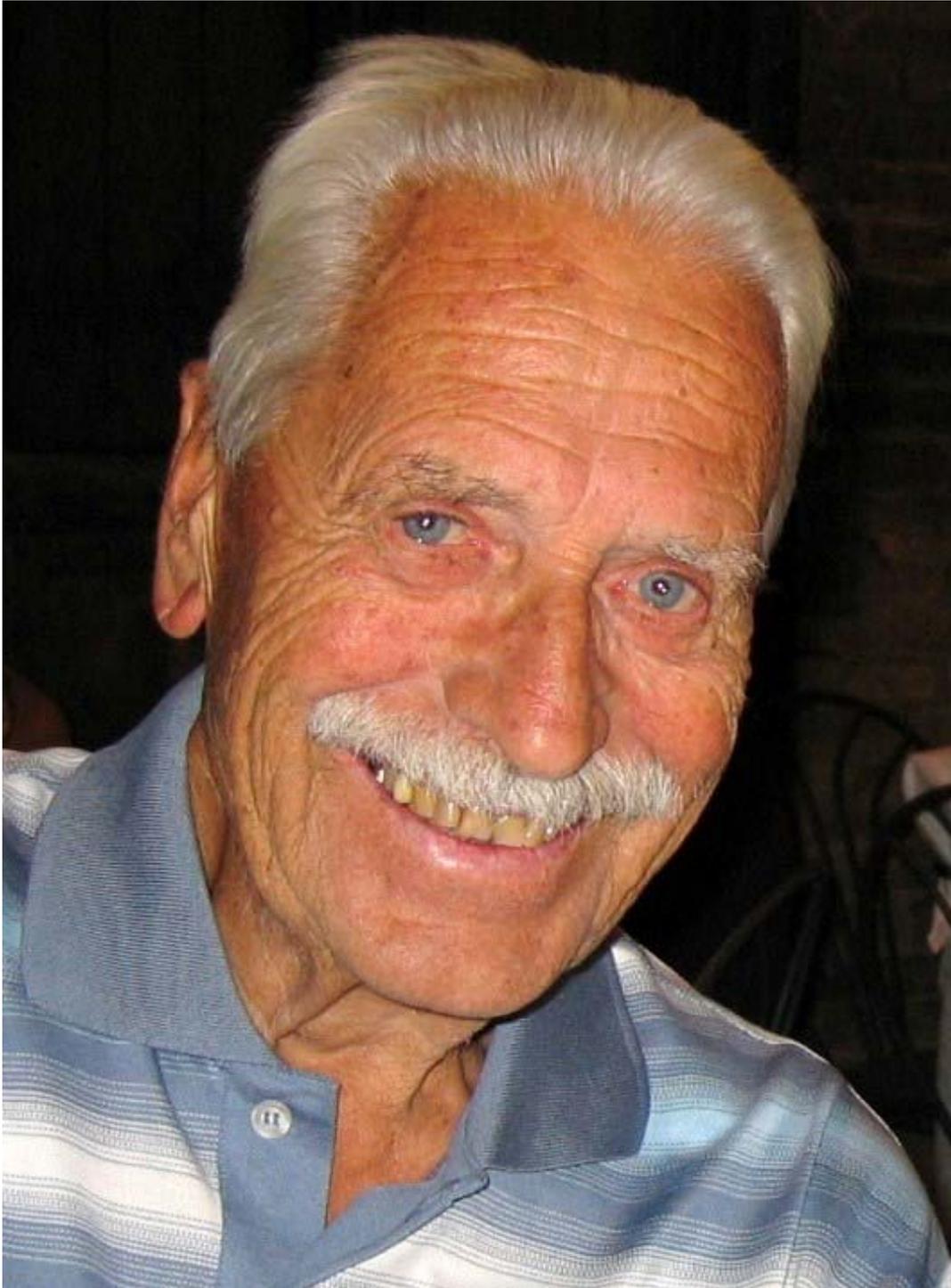


Esempi storici di attività di prevenzione a livello mondiale: il vaiolo

L'Eradicazione del vaiolo è l'esempio più noto dei risultati ottenuti dall'OMS. Il vantaggio per la salute pubblica ottenuto con l'eradicazione del vaiolo è davvero impressionante. Nel 1967, quando l'OMS decise di affrontare lo sforzo internazionale per l'eradicazione, si stimava che il vaiolo colpisse 15 milioni di persone all'anno con 2 milioni di morti, mentre altri milioni restavano sfigurati e talvolta ciechi. Grazie a una sorprendente cooperazione mondiale, nel 1980 l'OMS ha potuto dichiarare eradicata la malattia. Se non fosse stata eradicata, negli ultimi vent'anni ci sarebbero stati 350 milioni di nuovi malati, circa la popolazione attuale dell'Unione Europea e 40 milioni di morti, come due terzi della popolazione italiana.



(OMS,
http://www.who.int/archives/who50/en/small_pox.htm)



Prof. ROMANO OLIVO

1913 - 2008

1958

ISTITUTO MONOCATTEDRA DI IGIENE

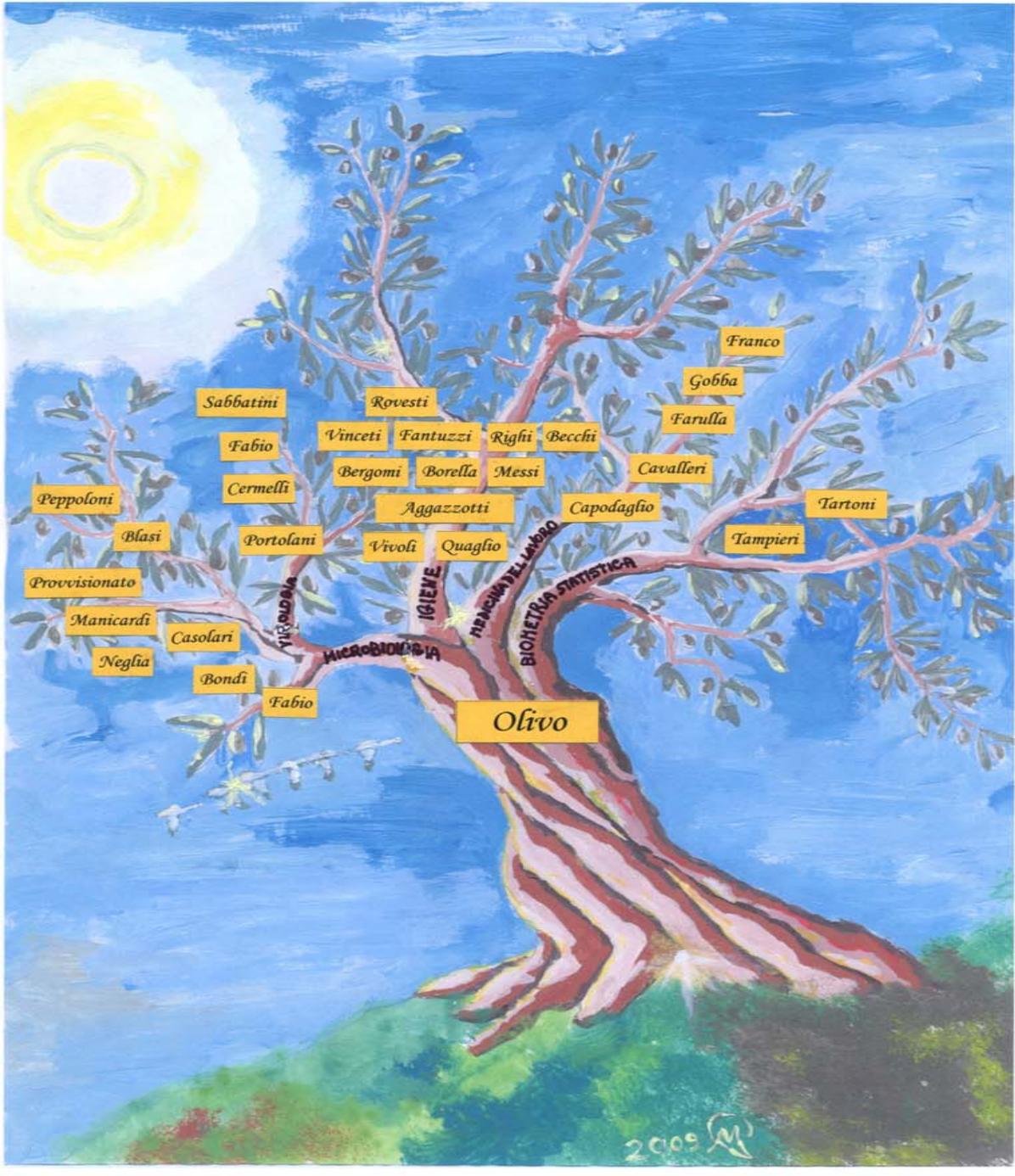
***ISTITUTO POLICATTEDRA
INTERFACOLTA'***

***SEZIONE DI IGIENE DEL
DIPARTIMENTO DI SCIENZE
BIOMEDICHE***

***DIPARTIMENTO DI SCIENZE
IGIENISTICHE, MICROBIOLOGICHE E
BIOSTATISTICHE***

***DIPARTIMENTO DI SCIENZE DI SANITA'
PUBBLICA***

2008



La nostra storia

ISTITUTO D'IGIENE DELLA UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MODENA

(Direttore : Prof. ROMANO OLIVO)

CONSIDERAZIONI SULLA APPLICAZIONE
DELLA VACCINOPROFILASSI IN ITALIA

Romano Olivo

*Magnifico Rettore,
Illustre Preside,
Chiarissimi Colleghi,
Gentili Signore e Signori,
Cari Studenti,*

La tradizione del nostro Ateneo vuole che alla prolusione al corso di un nuovo professore venga data particolare solennità, quasi a simboleggiare la sua assunzione nel corpo accademico ed a rappresentare il suo primo atto di attività ufficiale.

Si comprenderà quindi e si scuserà la profonda commozione che in questo momento mi pervade ed alla quale non riesco a sottrarmi. Commozione accresciuta ancora dalle parole invero troppo lusinghiere con le quali Ella, Signor Preside, ha voluto presentarmi. Parole che resteranno nel mio cuore e per le quali Le serberò sempre profonda gratitudine. Ed assieme a Lei il mio pensiero riconoscente va a tutti i componenti della Facoltà medica modenese, che dopo avermi già dato, quattro anni or sono, prova di stima conferendomi l'incarico dell'insegnamento dell'Igiene, mi hanno ora voluto tra loro. Di tale fiducia procurerò, con tutte le mie forze, di non mostrarmi indegno: è un solenne impegno che prendo soprattutto con me stesso.

In quest'ora per me così solenne i ricordi si affollano alla mente ed i vecchi compagni di studio, che vedo qui convenuti, a-

Proklusione al corso di Igiene, tenuta nell'Aula Magna della Università degli Studi di Modena il 24 maggio 1962.

24 maggio 1962

Prolusione al Corso
di Igiene

Università degli Studi
di Modena

Innanzi tutto, il
richiamo alle
tradizioni, al
rispetto, alla
riconoscenza

L'attualità della scelta.....

Allora, come oggi, l'importanza della vaccinoprofilassi

Nello scegliere, come argomento di questa lezione, un problema fra i più importanti e per me più appassionanti dell'Igiene — la applicazione della vaccinoprofilassi nella lotta contro le malattie infettive — mi sono pienamente reso conto della presunzione di voler trattare un capitolo così complesso nel breve tempo concesso ad una lezione e di poter lumeggiare, sia pure in rapida sintesi, i molteplici aspetti, teorici e pratici, della questione. Ma ho desiderato cogliere l'occasione per mettere ancora una volta in evidenza l'attualità sempre viva del problema e la necessità di una attiva e continua profilassi nei confronti delle malattie infettive, sottoponendo quindi ad una succinta revisione critica le modalità con cui in Italia viene applicata — come misura profilattica collettiva — quell'arma meravigliosa di prevenzione rappresentata dalle vaccinazioni.

Il dilemma sempre attuale: obbligatorietà o libertà in tema di vaccinazioni

E' necessario però intrattenersi, sia pure brevemente, su un problema di sempre viva attualità e risolto in modo ben diverso nelle varie Nazioni: obbligatorietà o libertà in tema di vaccinazione? Non v'è alcun dubbio che l'interesse della collettività, la salvaguardia della salute pubblica giustificano ogni misura coercitiva, come può essere la obbligatorietà della vaccinazione, anche se questa può comportare sia pure eccezionalmente un qualche pericolo per l'individuo profilassato.

Il ruolo insostituibile della formazione universitaria

E' certo però che per formare una popolazione educata dal punto di vista sanitario è necessario innanzi tutto che i medici abbiano loro per primi la certezza del valore delle pratiche igieniche. Purtroppo ciò non sempre accade e talvolta sono i medici stessi che sconsigliano, o almeno ritengono inutile, questa o quella pratica profilattica, che non eseguono le denunce delle malattie infettive, che non vaccinano, che collaborano stancamente, direi quasi passivamente, con le autorità sanitarie.

A voi, cari studenti, che presto sarete medici, una raccomandazione, di valutare l'efficacia di una pratica vaccinale con una mentalità statistica e non sotto l'impressione offerta dalla propria esperienza, che necessariamente è sempre limitata. Non è sicuramente in base ad un caso di difterite o di poliomielite insorto in un vaccinato che il medico si può sentire autorizzato ad emettere un giudizio negativo, come purtroppo talvolta accade, nei confronti di questo mezzo profilattico.