

Persone affette da artrosi, artrite, lombosciatalgie

Significato. Tra le malattie croniche dichiarate, l'artrosi e l'artrite (ICD-9 710-729) sono le più diffuse nella popolazione italiana in generale (183,9 per 1000) e tra gli anziani (524,8 per 1000). Le donne risultano più colpite rispetto agli uomini. L'artrosi (malattia degenerativa a carico delle cartilagini), l'artrite (complesso gruppo di malattie infiammatorie a diversa patogenesi) e la lombosciatalgia (ICD-9 724.2-724.3) (dolore a partenza lombare con irradiazione lungo il nervo sciatico) comportano a carico dell'individuo dolore ingravescente, progressiva inabilità funzionale, maggiore richiesta di interventi e continuità assistenziale, con pesanti ripercussioni sulla vita quotidiana e lavorativa.

Numeratore $\frac{\text{N}^\circ \text{ di persone con artrosi, artrite e lombosciatalgia}}{\text{Campione regionale in studio Sett.'99-Luglio'00}} \times 100$
 Denominatore

Validità e limiti. Per patologie croniche e a bassa letalità, ma che incidono significativamente sulla qualità della vita, l'indicatore più appropriato è quello in grado di descriverne la diffusione, anche in considerazione del numero elevato di prestazioni che spesso richiedono. Il tasso di morbosità da noi considerato è di natura autoriferita (con tutti i vantaggi e gli svantaggi in precedenza considerati) ed integra la descrizione del bisogno di salute in termini «qualitativi» oltre che quantitativi («anni persi»).

Benchmark. Il miglior risultato, per tutte le patologie considerate, si riscontra nella Provincia Autonoma di Bolzano che quindi può essere considerato il valore di riferimento.

Descrizione dei Risultati

L'artrosi e l'artrite sono maggiormente riportate nel Centro-Sud e Isole.

Le donne riportano valori costantemente più alti rispetto agli uomini.

A livello regionale, il valore più elevato si riscontra in Sardegna in entrambi i sessi (25,6% per le donne e 18,3% per gli uomini). Seguono Calabria, Basilicata, Emilia-Romagna e Umbria. La lombosciatalgia è maggiormente riportata in Sardegna e nel Centro-Nord, con l'eccezione della P.A. di Bolzano che ha i valori più bassi (3,8% per le donne e 3,2% negli uomini).

Persone affette da artrosi e artrite. Femmine



Fonte dei dati e anni di riferimento: ISTAT - Indagine Multiscopo 1999-2000. Anno 2000. Tassi standardizzati x 100.

	Artrosi e artrite		Lombosciatalgia	
	F	M	F	M
P.A. Bolzano-Bozen	11,3	7,7	3,8	3,2
P.A. Trento	18,0	11,6	7,3	7,3
Valle d'Aosta	18,1	13,2	8,5	6,1
Lombardia	18,3	11,0	8,5	6,1
Piemonte	18,4	12,3	8,4	7,7
Veneto	18,5	10,8	8,9	6,5
Friuli-Venezia Giulia	18,7	11,3	9,0	7,0
Liguria	18,9	12,7	7,8	7,8
Sicilia	19,6	12,2	6,9	4,7
Campania	19,7	13,1	6,1	5,5
Lazio	19,9	13,1	8,4	5,9
ITALIA	19,9	13,1	8,0	6,4
Puglia	20,5	14,1	6,8	6,2
Toscana	20,7	14,4	6,5	5,9
Marche	20,7	15,0	6,6	5,8
Abruzzo	21,4	15,8	7,5	6,9
Umbria	22,2	15,6	8,0	6,8
Molise	22,3	17,0	5,7	4,9
Emilia-Romagna	22,5	15,7	10,3	8,0
Basilicata	23,2	15,9	6,3	6,7
Calabria	23,5	16,5	9,5	7,6
Sardegna	25,6	18,3	10,9	9,5

Le patologie osteo-articolari, diffuse prevalentemente nelle fasce d'età più avanzate, sembrano anche correlate alle condizioni socio-economiche oltre che alla struttura demografica. La tipologia di lavoro, le già citate condizioni socio-economiche e culturali svolgono certamente un ruolo importante nel determinismo di tali malattie.

Raccomandazioni di Osservasalute

Sicuramente bisogna sfatare il concetto di ineluttabilità che circonda le malattie osteo-articolari, intese spesso come «mali di vecchiaia». Si è visto infatti come l'intervento preventivo sui fattori predisponenti, in gran parte di natura comportamentale (posture sbagliate, obesità, scarsa attività fisica, infezioni) limiti o comunque ritardi l'insorgenza di queste patologie, mentre la riabilitazione permette di mantenere l'efficienza fisica e di ridurre il ricorso a farmaci. L'intervento riabilitativo è particolarmente importante in quelle patologie a prevalente patogenesi autoimmunitaria (come ad es. l'artrite reumatoide) che necessitano dell'utilizzo cronico di farmaci con importanti effetti collaterali.

Persone affette da ipertrofia della prostata

Significato. L'ipertrofia prostatica benigna (ICD-9 600) è un aumento di volume della porzione centrale, periuretrale, dell'organo con conseguente ostruzione uretrale di vario grado e disfunzione minzionale. L'ostruzione che consegue all'ipertrofia prostatica può dar luogo ad infezioni recidivanti, calcolosi e diverticoli vescicali.

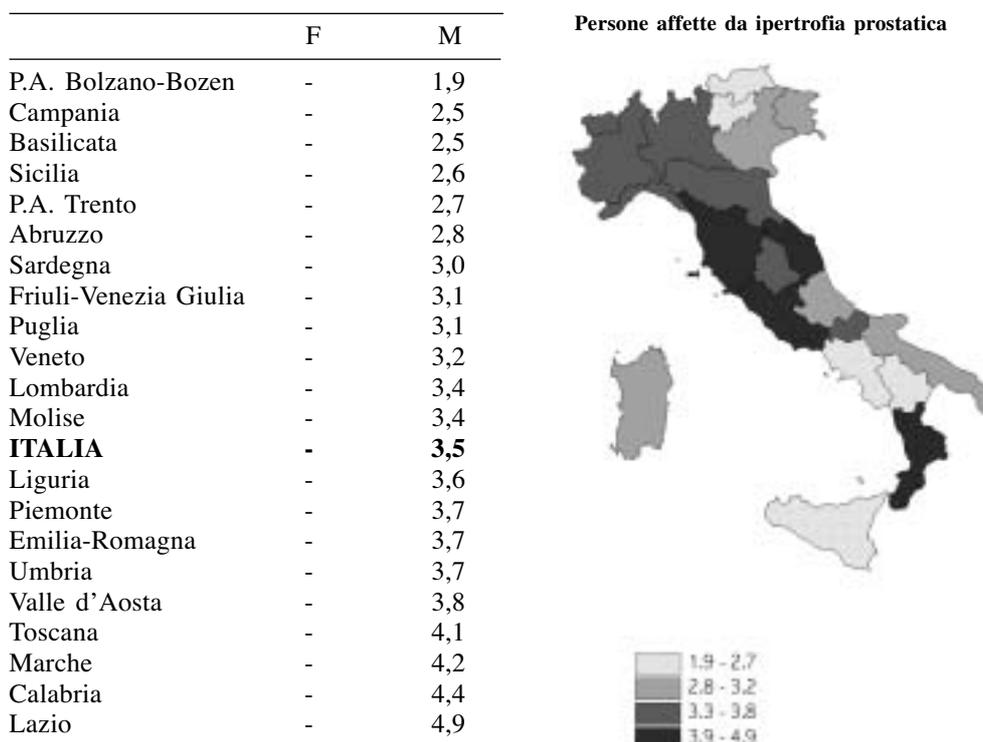
Il suo sviluppo è correlato all'avanzare dell'età (è frequente soprattutto dopo i 50-60 anni) e alle modificazioni ormonali dell'andropausa.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{N° di persone con ipertrofia prostatica}}{\text{Campione regionale in studio Sett.'99-Luglio'00}} \times 100$$

Validità e limiti. Un possibile limite specifico può essere costituito dalla sottostima dovuta a reticenza da parte delle persone intervistate od alla aspecificità dei sintomi, con conseguente mancata diagnosi.

Benchmark. Il valore più basso (1,9% - Bolzano), può essere considerato il valore di riferimento.

Fonte dei dati e anni di riferimento: ISTAT - Indagine Multiscopo 99-00. Anno 2000.



Descrizione dei Risultati

Il valore autoriportato di ipertrofia prostatica nell'anno 2000 in Italia è di 3,5%. Valori più alti si riscontrano soprattutto nel Centro (in particolare in Lazio, Marche e Toscana) e nel Nord (Piemonte e Valle d'Aosta) ad eccezione della P.A. di Bolzano. Nel Sud la situazione è più favorevole, tranne che in Calabria (4,4%). I maggiori fattori di rischio sembrano essere l'elevato tasso di estrogeni che si riscontra nell'età avanzata in relazione all'andropausa ed il numero di recettori per l'estrogeno presenti a livello della prostata, tutti elementi determinati dal profilo genetico e che probabilmente spiegano le diverse distribuzioni geografiche.

Raccomandazioni di Osservasalute

In termini di prevenzione l'attenzione primaria va rivolta alla distinzione della natura (benigna o maligna) della massa prostatica. L'esplorazione rettale, un esame semplice e poco invasivo, è il primo step verso la diagnosi differenziale con il carcinoma, alla cui pratica devono essere sensibilizzati il più possibile medici e pazienti.

Persone affette da cefalea o emicrania ricorrente

Significato. Le principali cefalee sono: muscolo-tensiva (più frequente), a grappolo (ICD-9 346.2), l'emicrania (ICD-9 346). Le ultime due prediligono, rispettivamente, gli uomini e le donne e sono le forme più invalidanti. I costi diretti (esami diagnostici, farmaci) e quelli indiretti (assenze dal lavoro, ridotta produttività) sono ingenti. Sono stati individuati alcuni fattori scatenanti e con ruolo di concausa: contraccettivi orali, alcool e caffeina per l'emicrania; fumo ed alcool per la cefalea a grappolo; cattiva occlusione dentaria e posture scorrette per quella muscolo-tensiva. Lo stress psicofisico è un noto fattore scatenante per tutte le forme di cefalea.

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{N}^\circ \text{ di persone con cefalea / emicrania}}{\text{Denominatore} \quad \text{Campione regionale in studio Sett.'99-Luglio'00}} \times 100$$

Validità e limiti. Un ostacolo alla precisione è data dall'ampia gamma di situazioni patologiche che possono ricondurre al «mal di testa».

Benchmark. I valori più bassi (6,8% per le donne, in Campania e 3,9% per gli uomini, in Val d'Aosta) possono essere considerati valori di riferimento.

Fonte dei dati e anni di riferimento: ISTAT - Indagine Multiscopo 99-00. Anno 2000.

	F	M	Numero di persone affette da cefalea o emicrania ricorrente. Femmine
Valle d'Aosta	10,4	3,9	
Campania	6,8	4,0	
Puglia	9,4	4,5	
Lazio	9,0	4,6	
Friuli-Venezia Giulia	12,1	4,7	
Abruzzo	11,9	4,8	
Sicilia	9,4	5,0	
P.A. Trento	10,8	5,0	
Marche	12,7	5,0	
Umbria	11,1	5,4	
ITALIA	11,3	5,5	
Basilicata	13,0	5,5	
Lombardia	12,1	5,7	
Toscana	12,5	5,7	
Liguria	10,1	5,8	
Veneto	13,4	6,2	
Emilia-Romagna	13,7	6,2	
P.A. Bolzano-Bozen	11,8	6,4	
Piemonte	13,7	7,1	
Sardegna	17,1	7,4	
Molise	13,5	7,5	
Calabria	14,8	8,2	

Descrizione dei Risultati

I valori riferiti dalle donne (11,3%) sono doppi rispetto agli uomini (5,5%). Nelle donne i valori più alti sono in Sardegna e Calabria, negli uomini in Calabria e Molise.

Il ruolo etiopatogenetico ormonale (incluse le metodiche contraccettive) può spiegare la maggior prevalenza nelle donne.

Spesso queste patologie sono certificate per giustificare assenze lavorative e ciò può rendere conto di alcune differenze. Eccezioni sono alcune regioni del Sud (Sardegna e Calabria) dove la maggior diffusione, nelle donne, può essere collegata a maggior concentrazione di eventi scatenanti.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nella gestione delle cefalee un ruolo molto importante ricopre l'uso controllato di farmaci e, soprattutto, l'adozione di semplici norme comportamentali che mirano a circoscrivere i fattori scatenanti e concausali.

Nel caso dell'emicrania tali norme possono far molto per ridurre soprattutto il numero degli attacchi, aumentando quindi i periodi liberi da malattia.

Persone affette da ernia addominale, calcolosi del fegato e delle vie biliari

Significato. La calcolosi biliare (ICD-9 574) colpisce prevalentemente le donne oltre i 40 anni e rappresenta una importante causa di ospedalizzazione. Dieta iperlipidica, obesità, ipercolesterolemie familiari, stasi biliare, familiarità, iperestrogenismo e diabete sono i principali fattori di rischio. La malattia decorre primitivamente asintomatica, può però manifestarsi sotto forma di colica biliare, colecistite acuta oppure colangite.

La più frequente ernia addominale (ICD-9 550-553) è quella inguinale, più comune nell'uomo, mentre nelle donne è più diffusa l'ernia crurale. Si tratta di patologie benigne, ma che possono andare incontro a gravi complicanze (strozzamento, peritonite e occlusione).

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{N}^\circ \text{ di persone con ernia addominale, calcolosi biliare}}{\text{Denominatore} \quad \text{Campione regionale in studio Sett.'99-Luglio'00}} \times 100$$

Validità e limiti. Uno dei limiti può essere costituito dalla quota di soggetti con calcolosi biliare asintomatica, che non vengono rilevati dall'indicatore.

Benchmark. Per l'ernia addominale, i valori più bassi (0,6% per le donne, in Campania e 1,8% per gli uomini, in Calabria) possono essere considerati valori di riferimento.

Per la calcolosi biliare, i valori più bassi (1,8% per le donne, in P.A. Bolzano e 0,7% per gli uomini, in Sicilia) possono essere considerati valori di riferimento.

Descrizione dei Risultati

L'ernia addominale nelle femmine è diffusa soprattutto nel Centro e Isole; negli uomini non c'è un raggruppamento geografico e i valori massimi si hanno in Emilia-Romagna e Lazio. Anche per la calcolosi biliare la distribuzione è varia, con punte massime in Molise (3,4%) per le donne ed in Calabria (1,9%) per gli uomini.

La distribuzione geografica variegata della calcolosi biliare non sembra indicare un particolare addensamento o concentrazione dei fattori di rischio sia genetici che connessi con lo stile di vita.

Per l'ernia addominale è difficile individuare le associazioni tra territori e fattori di rischio riconosciuti.

Fonte dei dati e anni di riferimento: ISTAT - Indagine Multiscopo. Anno 2000.

	Ernia addominale		Calcolosi del fegato e delle vie biliari	
	F	M	F	M
Piemonte	1,0	2,8	2,7	1,8
Valle d'Aosta	0,7	2,1	3,2	1,4
Lombardia	1,3	2,7	3,0	1,3
P.A. Bolzano-Bozen	1,0	2,6	1,8	1,0
P.A. Trento	0,8	2,1	2,7	1,0
Veneto	1,2	2,9	2,6	1,5
Friuli-V.G.	1,0	2,2	2,3	1,3
Liguria	1,4	2,4	2,9	1,5
Emilia-Romagna	1,3	3,3	3,2	1,4
Toscana	1,4	3,0	2,5	1,1
Umbria	1,2	2,5	3,0	1,5
Marche	1,6	2,9	2,6	1,2
Lazio	1,4	3,2	2,4	1,2
Abruzzo	1,3	2,1	2,9	1,5
Molise	1,1	2,4	3,4	1,6
Campania	0,6	1,9	2,0	0,9
Puglia	1,0	2,6	1,9	1,3
Basilicata	1,2	2,1	3,2	1,7
Calabria	1,4	1,8	2,8	1,9
Sicilia	1,3	2,0	2,0	0,7
Sardegna	1,4	2,9	2,5	1,8
ITALIA	1,2	2,6	2,6	1,3

Persone affette da calcolosi del fegato e delle vie biliari. Femmine.



Raccomandazioni di Osservasalute

È sicuramente necessario fare maggiori sforzi per individuare i fattori di rischio e patogenetici della calcolosi biliare. Allo stato attuale la strategia di prevenzione primaria deve basarsi sulla sensibilizzazione della popolazione a norme dietetiche e comportamentale quali dieta ipolipidica, aumento dell'attività fisica, pasti leggeri, ma frequenti, mantenimento della colesterolemia entro valori normali. L'ernia addominale, per lo più inguinale o crurale, è legata soprattutto a debolezza di particolari aree anatomiche, geneticamente determinata. È importante nei soggetti a rischio evitare condizioni che favoriscono l'ernia, come sforzi intensi, eccessivo o repentino aumento di peso.

Persone affette da calcolosi renale

Significato. La calcolosi renale (ICD-9 592) predilige gli uomini e la terza decade di vita. I calcoli possono essere costituiti da calcio, acido urico e ossalato di calcio. Familiarità, scarsa assunzione di liquidi, elevata concentrazione di sali nell'urina, innalzamento del pH urinario, e stasi urinaria sono le principali condizioni favorevoli.

La manifestazione clinica tipica è la colica renale, caratterizzata da dolore intermittente violentissimo; altre conseguenze sono date dalla maggior frequenza di infezioni che, se trascurate, possono risalire fino ai reni provocando pielonefriti.

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{N}^\circ \text{ di persone con calcolosi renale}}{\text{Denominatore} \quad \text{Campione regionale in studio Sett.'99-Luglio'00}} \times 100$$

Validità e limiti. Un limite dell'indicatore può essere ricondotto alla quota di soggetti ancora asintomatici che quindi non dichiarano di essere affetti da calcolosi renale.

Benchmark. I valori più bassi (0,7% nelle donne e 0,4% negli uomini, entrambi nella P.A. Bolzano) possono essere considerati valori di riferimento.

Fonte dei dati e anni di riferimento: ISTAT - Indagine Multiscopo 99-00. Anno 2000.

	F	M	Persone affette da calcolosi renale. Femmine
P.A. Bolzano-Bozen	0,7	0,4	
P.A. Trento	0,7	0,7	
Piemonte	1,0	1,5	
Lombardia	1,1	1,4	
Veneto	1,1	1,7	
Umbria	1,1	1,7	
Campania	1,1	1,4	
Puglia	1,1	1,8	
Liguria	1,2	1,6	
Emilia-Romagna	1,2	1,5	
Toscana	1,2	1,7	
Sicilia	1,2	2,1	
ITALIA	1,2	1,6	
Valle d'Aosta	1,3	1,3	
Lazio	1,3	1,6	
Friuli-Venezia Giulia	1,4	1,1	
Marche	1,5	1,9	
Basilicata	1,5	2,3	
Molise	1,7	2,3	
Abruzzo	1,8	1,8	
Calabria	2,3	2,4	
Sardegna	2,4	2,4	

Descrizione dei Risultati

La calcolosi renale è lievemente più frequente negli uomini e appare maggiormente distribuita nel Centro-Sud ed Isole, dove valori elevati si hanno in Sardegna e Calabria.

Riguardo la calcolosi renale alcuni fattori di rischio come obesità, scarsa attività fisica e tipo di dieta sembrano maggiormente correlarsi con la distribuzione geografica. I fattori ereditari sono sicuramente coinvolti.

A tale proposito si segnala una recente scoperta da parte della Sharda Life Science, la quale ha individuato in Sardegna un nuovo gene (che codifica una proteina detta «talantina»), la cui variante risulta essere associata alla nefrolitiasi da acido urico, particolarmente diffusa nel paese di Talana (Nuoro) dove è stata svolta l'indagine.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'azione preventiva molto importanti sono alcune norme igienico-dietetiche facilmente adottabili dai soggetti con accertata predisposizione alla formazione di calcoli, descritte di seguito a seconda della composizione:

- Calcoli di calcio: dieta carnea, poche verdure, limitazione di latte e prodotti caseari in genere.
- Calcoli di acido urico: riduzione dell'assunzione di carni e frattaglie animali (selvaggina, cervello, fegato etc.).
- Calcoli di ossalato di calcio: evitare verdura, frutta (soprattutto se non matura) e cacao.
- Per tutti i tipi: aumentare la quantità di urina prodotta, bevendo almeno 2 litri di acqua al giorno.

È altrettanto importante individuare e correggere situazioni anatomiche che favoriscono la stasi urinaria e curare tempestivamente le infezioni urinarie.

Persone affette da bronchite cronica, enfisema polmonare, asma bronchiale

Significato. Le malattie respiratorie sono tra le patologie più diffuse nella popolazione italiana. Questo dato trova conferma nel gran numero di ricoveri ospedalieri effettuati per queste patologie (657.421 ricoveri ordinari nel 1999). La bronchite cronica (ICD-9 491) e l'enfisema polmonare (ICD-9 492) (BPCO) sono più diffuse negli uomini, mentre l'asma bronchiale (ICD-9 493) ha una maggiore diffusione nei bambini e adolescenti, in prevalenza maschi. Esse costituiscono una importante causa d'invalidità e riduzione della capacità lavorativa con generale peggioramento della qualità della vita sin dalle fasce d'età più giovani.

$$\text{Indicatore} = \frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore N° di persone con malattie respiratorie
 Denominatore Campione regionale in studio Sett.'99-Luglio'00

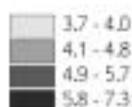
Validità e limiti. Il limite principale dell'indicatore concerne soprattutto la precisione dell'informazione fornita, essendo i dati raccolti autoriferiti e dunque di natura soggettiva.

Benchmark. I valori più bassi di Bronchite Cronica ed Enfisema (2,4% per le donne, in Liguria e 3,7% per gli uomini, in Val d'Aosta e P.A. Bolzano) e i valori più bassi di Asma Bronchiale (2,2% per le donne, in Puglia e 2,4% per gli uomini, in Sicilia) possono essere considerati valori di riferimento.

Fonte dei dati e anni di riferimento: ISTAT - Anno 2000. (Indagine Multiscopo 99-00).

Persone affette da Bronchite Cronica, Enfisema Polmonare ed Asma

	Bronchite cronica ed Enfisema Polmonare		Asma bronchiale	
	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
Piemonte	2,9	4,0	3,2	2,9
Valle d'Aosta	3,0	3,7	3,1	3,7
Lombardia	3,3	4,4	3,1	2,9
P.A. Bolzano-Bozen	2,9	3,7	2,4	3,3
P.A. Trento	3,0	4,4	3,2	3,9
Veneto	3,0	4,3	2,8	3,1
Friuli-Venezia Giulia	2,8	4,4	2,6	2,9
Liguria	2,4	3,8	2,6	2,7
Emilia-Romagna	3,6	5,3	3,5	3,6
Toscana	3,3	5,1	2,7	4,1
Umbria	4,1	6,8	2,9	3,6
Marche	3,7	5,7	2,5	3,9
Lazio	3,3	4,9	2,9	3,2
Abruzzo	3,9	5,1	2,9	4,1
Molise	4,5	6,3	2,7	3,6
Campania	3,0	5,2	2,5	3,7
Puglia	3,2	4,8	2,2	2,8
Basilicata	4,1	5,7	2,8	3,3
Calabria	4,6	7,3	3,3	4,0
Sicilia	3,7	5,1	3,0	2,4
Sardegna	4,6	5,3	2,9	4,0
ITALIA	3,3	4,9	2,8	3,2

**Bronchite cronica ed enfisema polmonare.
Maschi.****Bronchite cronica ed enfisema polmonare.
Femmine.****Descrizione dei Risultati**

I valori autoriferiti di broncopneumopatia ostruttiva sono maggiori nei maschi con maggiore diffusione nel Centro-Sud ed Isole. Valori ben al di sopra della media si riscontrano in Calabria (7,3%) e Umbria (6,8%) per gli uomini, in Sardegna, Calabria (4,6%) e Molise (4,5%) per le donne.

L'asma bronchiale presenta una distribuzione più uniforme lungo la penisola, con i valori più alti in Emilia-Romagna (donne) ed in Abruzzo e Toscana (uomini).

Nei riguardi di enfisema polmonare e bronchite cronica la maggior prevalenza negli uomini e la distribuzione geografica rispecchia il dato sulla diffusione dell'abitudine al fumo (più alta prevalenza dei fumatori maschi al Sud ed Isole). Per l'asma i fattori di rischio sembrano omogeneamente distribuiti nel territorio nazionale.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il miglioramento dell'ambiente in cui viviamo e, sopra tutto, la lotta al fumo sono i presidi fondamentali per limitare l'insorgenza delle malattie respiratorie croniche, mentre un maggior sforzo verso l'individuazione dei fattori di rischio (o possibili allergeni coinvolti) deve essere fatta nei confronti dell'asma bronchiale.

Persone affette da malattie allergiche

Significato. Le malattie allergiche colpiscono maggiormente i giovani ed in particolare ne è affetto l'88,1 per mille dei bambini fino a 14 anni e tra gli adulti, nella fascia d'età 25-34 anni, si osserva la quota più elevata di persone affette da tali patologie (124,9 per mille contro il 52,9 per mille tra gli anziani di 80 anni). Esse annoverano un elevato numero di patologie (citate nella Classificazione Internazionale in genere a seconda della sede) che hanno in comune la patogenesi, riconducibile ad una «abnorme reattività immunitaria specifica verso sostanze innocue per i soggetti normali».

Dermatite atopica (eczematosa) (ICD-9 691.8), asma bronchiale (ICD-9 493) e rinite allergica (ICD-9 477) si presentano frequentemente associate nel bambino, costituendo una importante causa di morbosità pediatrica e di costi diretti (esami diagnostici, farmaci) ed indiretti, dovuti al carico assistenziale che grava sui genitori.

Gli allergeni identificati sono di origine soprattutto alimentare (latte e uova) per la dermatite atopica, di origine ambientale (pollini, acari, prodotti di desquamazione di animali) per l'asma e la rinite.

Tra le malattie allergiche sono anche importanti i casi di shock anafilattico (ICD-9 995) dovuti soprattutto a reazione a farmaci.

La sindrome orticaria/angioedema (ICD-9 995.1) colpisce il 15-20% della popolazione, predilige le donne e la fascia d'età 30-40 anni, mentre è rara nell'infanzia.

I fattori scatenanti sono molti (alimenti, additivi alimentari, farmaci, infezioni, attività fisica etc.), nella forma cronica spesso non si riesce ad identificarli.

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{N}^\circ \text{ di persone con malattie allergiche}}{\text{Denominatore} \quad \text{Campione regionale in studio Sett. '99-Luglio'00}} \quad \times 100$$

Validità e limiti. Il limite principale dell'indicatore concerne soprattutto la precisione dell'informazione fornita, essendo i dati raccolti autoriferiti e dunque di natura soggettiva.

Benchmark. I valori più bassi (6,8% per le donne, in Campania e 6,2% per gli uomini, in Campania e Puglia) possono essere considerati valori di riferimento.

Descrizione dei Risultati

Le malattie allergiche sembrano maggiormente diffuse al Centro-Nord con i valori più alti in Emilia-Romagna per le donne, Veneto, Umbria e Liguria per entrambi i sessi.

Maggior concentrazione di alcuni tipi di allergeni e industrializzazione, con relativo inquinamento ambientale, sono alcuni dei fattori che concorrono a scatenare crisi allergiche in soggetti atopici, giustificando in parte la distribuzione geografica sopra descritta.

Fonte dei dati e anni di riferimento: ISTAT - Indagine Multiscopo 99-00. Anno 2000.

Persone affette da malattie allergiche

	F	M
Campania	6,8	6,2
Puglia	7,7	6,2
Calabria	9,6	9,7
Sicilia	9,7	7,2
Basilicata	10,2	8,8
P.A. Bolzano-Bozen	10,6	9,3
Sardegna	10,7	7,9
ITALIA	10,7	9,2
Marche	10,8	9,0
Molise	11,1	8,2
Toscana	11,3	10,5
Abruzzo	11,3	10,1
Piemonte	11,4	9,2
Friuli-Venezia Giulia	11,4	10,6
Valle d'Aosta	11,5	10,7
P.A. Trento	11,5	9,9
Lombardia	11,7	10,7
Lazio	11,8	10,4
Liguria	12,0	11,2
Umbria	12,2	11,2
Veneto	12,6	11,1
Emilia-Romagna	14,0	10,9

Persone affette da malattie allergiche.
Femmine



Raccomandazioni di Osservasalute

L'individuazione degli allergeni è fondamentale nella gestione della malattia e sicuramente bisogna porre più attenzione a quelli di origine chimica (detergenti, additivi etc.) comunemente presenti in casa. Le terapie desensibilizzanti specifiche («vaccini»), quando possibili, sono un successivo importante passo. Da segnalare il frequente ricorso a terapie alternative (rimedi omeopatici, erboristici) di non accertata efficacia e spesso costose per il cittadino: è evidente che bisogna rafforzare l'informazione e le campagne preventive nei riguardi delle malattie allergiche.

Tab. 1 - Numerosità campionaria regionale utilizzata nell'indagine Multiscopo relativamente alle patologie croniche

REGIONI	N° FAMIGLIE		Tasso di campionamento
	Universo (a)	Campione	
Piemonte	1.810.738	3.178	1,76
Valle d'Aosta	52.900	1.224	23,14
Lombardia	3.601.678	3.831	1,06
Trentino Alto Adige	351.986	2.367	6,72
Bolzano-Bozen	165.293	1.198	7,25
Trento	186.693	1.169	6,26
Veneto	1.644.446	3.050	1,85
Friuli-Venezia Giulia	492.992	2.728	5,53
Liguria	737.570	2.684	3,64
Emilia-Romagna	1.601.099	2.945	1,84
Toscana	1.377.433	2.615	1,9
Umbria	307.055	1.793	5,84
Marche	527.193	2.022	3,84
Lazio	1.984.028	2.758	1,39
Abruzzo	456.294	2.405	5,27
Molise	121.128	1.756	14,5
Campania	1.879.399	3.256	1,73
Puglia	1.379.213	3.412	2,47
Basilicata	213.158	1.792	8,41
Calabria	713.372	2.427	3,4
Sicilia	1.821.135	2.847	1,56
Sardegna	569.533	3.242	5,69
Italia	21.642.350	52.332	2,42

(a) stima indagine Multiscopo