sulta essere quello della lavorazione del legno, dove circa il 60% delle lesioni colpisce la mano, seguito dal settore delle costruzioni e dell'estrazione dei minerali.
Per gli infortuni mortali, il settore più pericoloso risulta essere quello dei Trasporti, seguito dal settore della Attività Estrattive e delle Costruzioni, che detiene il primato assoluto come numero di morti, con oltre 300 casi l'anno, di cui quasi un terzo a seguito di cadute dall'alto. Anche il settore dell'Agricoltura risulta connotato da una rischio elevato (**Tabella 3**).

2.14.5 Riferimenti normativi – strumenti organizzativi e tecnologici

Il recepimento per l'attuazione delle direttive comunitarie riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro è stato attuato negli anni 1994 e 1996, con l'emanazione del D.Lgs. 626/94 e successivamente con il D.Lgs. 242/96.

2.14.6 Indicazioni per la programmazione

Partendo dalla considerazione che gli infortuni non sono una fatalità, bensì il risultato di comportamenti inadeguati in situazioni di rischio, ne consegue che l'azione preventiva non può che proseguire nel senso di un abbassamento dei livelli di rischio ambientale e strutturale, attraverso:
• una opportuna azione di vigilanza da parte degli organi preposti, integrata da iniziative di promozione di un maggiore sviluppo della cultura dell'attenzione ai rischi;
• l'adozione di comportamenti e procedure adeguati da parte di tutti gli attori che agiscono nel mondo lavorativo;
• l'attuazione di misure di prevenzione attiva intesa come insieme articolato di interventi che presuppongono un coinvolgimento trasversale di tutti i soggetti in un'ottica di promozione ed adesione consapevole.

Bibliografia essenziale

1. INAIL. Rapporto annuale 2004 – Statistiche 2003.

Tabella 3 **Frequenza infortunistica per settore di attività - Media nel triennio 1999-2001**

Industria e servizi	Tipo di definizione			In complesso	
Settore di attività economica (Aziende monolocalizzate)	Tempo-ranea	Perma-nente	Morte	Frequenze	Num. indice (industria e servizi = 100)
Industria dei metalli	71,47	3,48	0,09	75,04	188,60
Industria lavorazione minerali non metalli	67,81	3,81	0,14	71,77	180,40
Industria legno	62,82	5,95	0,08	68,85	173,00
Costruzioni	58,59	5,52	0,22	64,33	161,70
Industria gomma e plastica	60,95	2,31	0,06	63,33	159,20
Industria fabbricazione mezzi di trasporto	57,30	1,90	0,05	59,24	148,90
Estrazione minerali	53,05	4,99	0,24	58,28	146,50
Industria meccanica	51,49	1,90	0,07	53,46	134,40
Altre industrie	49,59	2,91	0,06	52,57	132,10
Trasporti e comunicazioni	46,24	3,57	0,28	50,09	125,90
Industria alimentare	43,72	2,29	0,06	46,06	115,80
Alberghi e ristoranti	38,82	1,70	0,06	40,58	102,00
Totale industria e servizi	**37,54**	**2,18**	**0,08**	**39,79**	**100,00**
Commercio e riparazione auto	36,63	2,39	0,07	39,09	98,20
Agrindustria	32,32	2,82	0,12	35,25	88,60
Pesca	32,91	1,27	–	34,18	85,90
Elettricità, gas, acqua	31,75	1,49	0,03	33,27	83,60
Industria carta	31,15	1,48	0,05	32,68	82,10
Totale commercio	**27,56**	**1,60**	**0,06**	**29,26**	**73,50**
Altri Servizi Pubblici	27,21	1,40	0,04	28,65	72,00
Sanità e servizi sociali	27,27	1,05	0,02	28,34	71,20
Commercio al dettaglio	27,76	1,47	0,04	28,27	71,00
Industria tessile e abbigliamento	26,28	1,23	0,03	27,54	69,20
Industria conciaria	25,37	1,42	0,03	26,82	67,40
Industria macchine elettriche	24,58	1,06	0,05	25,69	64,60
Commercio all'ingrosso	23,66	1,33	0,08	25,07	63,00
Attività immobiliari e prof.li	23,59	1,18	0,05	24,83	62,40
Pubblica Amministrazione	22,80	1,14	0,02	23,96	60,20
Industria chimica	21,80	0,96	0,06	22,82	57,40
Industria Petrolio	16,26	1,35	0,13	17,74	44,60
Istruzione	13,55	0,71	0,02	14,28	35,90
Intermediazione finanziaria	6,71	0,37	0,01	7,09	17,80
Agricoltura	**57,54**	**3,15**	**0,14**	**60,83**	**152,90**

Fonte: INAIL 2003

Frequenze relative: rapporto tra eventi lesivi indennizzati e numero di addetti per 1.000
Qualora uno stesso evento abbia avuto più conseguenze il caso viene attribuito alla conseguenza più grave
I Numeri indice delle frequenze relative sono ottenuti rapportando il valore della frequenza relativa al corrispondente valore riferito a Industria e servizi, assumendo quest'ultimo come base=100

3 La salute in alcuni gruppi di popolazione

3.1 Infanzia e adolescenza

3.1.1 Introduzione

La promozione della salute può essere intesa come un vero processo di arricchimento delle persone e delle comunità e la prevenzione è considerata come l'investimento più produttivo per la salute. L'infanzia e l'adolescenza rappresentano, ad un tempo, età bisognose di attenzioni e di opportunità di crescita e grandi risorse per il nostro futuro: l'educazione e la formazione della personalità nell'età evolutiva, il modo di pensare e di percepire la vita, condizionando il comportamento, diventeranno garanzia di salute dell'adulto di domani.
In queste fasi, ancor più che nelle altre età, la salute deve essere considerata nel suo significato più completo, secondo l'interpretazione dell'OMS, di "benessere fisico, psichico e sociale e non semplicemente come assenza di malattia o infermità".
La tutela della salute dell'infanzia è particolarmente importante per la società, perché la sua cura è affidata necessariamente a persone diverse dagli interessati e costituisce un investimento per la salute della futura comunità adulta; tale tutela comincia già nella vita prenatale, con le cure, le precauzioni e gli accertamenti garantiti durante la gravidanza.
Il bambino è una realtà per certi versi ancora da scoprire e ciò riguarda sia la sua dimensione che i suoi bisogni di relazione e psicologici. Lo sviluppo nel primo anno di vita è uno dei fattori più importanti per determinare la qualità della vita dell'uomo adulto.
L'impegno sanitario in ambito materno-infantile si è notevolmente ampliato, passando dalla prevenzione e cura delle malattie e screening di salute, ai difficili compiti di prendersi cura dell'insieme bambino-famiglia e di promuovere attivamente lo sviluppo del bambino nelle varie fasi dell'età evolutiva.
Il passaggio dalla cura delle malattie alla promozione della salute si è reso possibile da una parte grazie ai notevoli miglioramenti nei servizi sanitari di base, in particolare del pediatra di libera scelta, e dall'altra, grazie alle notevoli conoscenze sullo sviluppo infantile, attualmente a disposizione in vari settori.
Aiutare i bambini a crescere bene significa anche aiutare le famiglie a capirli e gli insegnanti a conoscerne le esigenze mentali, intellettive e affettive.
Proprio perché sono state sostanzialmente sconfitte le patologie che determinano un alto tasso di mortalità infantile, sono altri i traguardi da perseguire per la tutela della salute delle nuove generazioni.
Il miglioramento delle condizioni di assistenza sanitaria nell'età infantile ha fatto aumentare inoltre il numero degli adolescenti e dei giovani portatori di malattie (quali la fibrosi cistica, la talassemia maior, la sindrome di Down) e dei disabili.
L'adolescenza è, inoltre, caratterizzata dal rapido evolversi di processi biologici e psicologici che influenzano profondamente sia il soma che la psiche ed è per certi aspetti una vera metamorfosi che pone l'adolescente di fronte ad una percezione di sé nuova e sorprendente; tutto questo coinvolge anche le famiglie e più in generale la società, quest'ultima nel suo ruolo di favorire il passaggio attribuendo dei ruoli precisi ai giovani e rendendoli protagonisti.

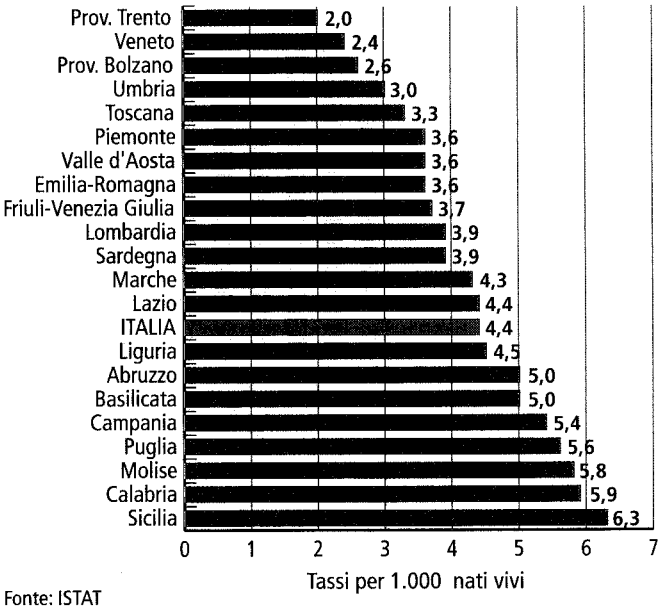
3.1.2 Presentazione dei dati

Nella presente relazione vengono descritti i seguenti indicatori.
• Tasso di mortalità infantile (morti a meno di un anno di vita su 1000 nati vivi): viene universalmente considerato non solo un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita, ma anche una misura sintetica dello stato di salute della popolazione, in quanto su di esso impattano significativamente fattori socioeconomici, culturali, ambientali, oltre che la qualità dell'assistenza materno-infantile. Studi re-

centi hanno dimostrato l'esistenza di una correlazione tra tasso di mortalità infantile e aspettativa di vita in buona salute.

La mortalità infantile comprende la mortalità neonatale (entro le prime 4 settimane di vita) e la mortalità post-neonatale (dopo le prime 4 settimane ed entro il primo anno di vita). La prima è maggiormente legata a fattori biologici quali la salute della madre, la presenza di anomalie congenite e l'evoluzione del parto, oltre che a variabili connesse all'assistenza alla nascita; la mortalità post-neonatale è invece più spesso correlata a condizioni ambientali e sociali.

- Basso peso alla nascita (% nati con peso inferiore a 2500 grammi): è un indicatore dello stato di salute del nato e dei relativi fattori di rischio oltre che della qualità dell'assistenza in gravidanza.
- Tassi di ospedalizzazione in età pediatrica, sulla base dei dati desunti dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO).
- Consumo di sostanze illegali nei giovani rilevato dallo studio ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs); si tratta di una ricerca condotta su un campione di giovani di età 15-19 anni in tutti i Paesi europei e ripetuta annualmente con metodologia standardizzata.



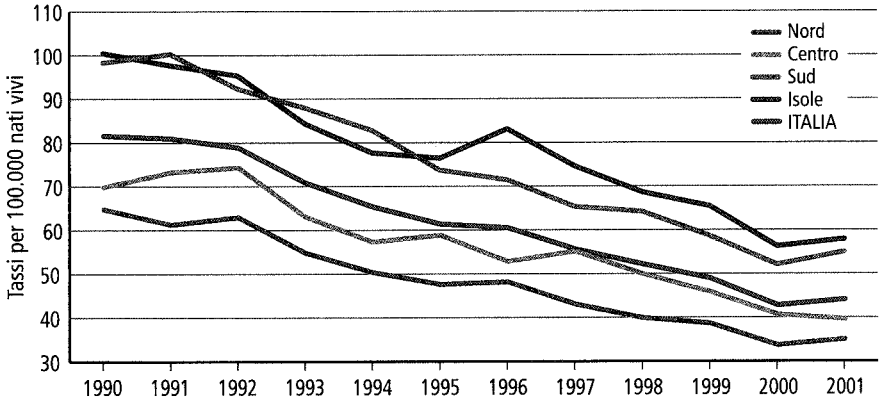
Fonte: ISTAT

Figura 1 Tasso di mortalità infantile - Anno 2001.

3.1.3 Analisi quantitativa

Mortalità infantile e neonatale

L'ISTAT riferisce che nel 2001 il tasso di mortalità infantile è pari a 4,4 morti per 1000 nati vivi, variando, a livello regionale, da un minimo di 2,3 morti per 1000 nati vivi in Trentino Alto Adige, ad un massimo di 6,3 in Sicilia. Le Regioni che presentano un valore dell'indicatore significativamente inferiore al dato nazionale sono la provincia di Trento (2 decessi per 1000 nati vivi), il Veneto (2,4), la Toscana (3,3); al contrario Campania (5,4 decessi per 1000 nati vivi), Puglia (5,6), Calabria (5,9) e Sicilia (6,3) si caratterizzano per livelli di mortalità infantile sensibilmente maggiori della media italiana. Il trend nel periodo 1990-2001 mostra un calo significativo a livello nazionale (dall'8,2 al 4,4 per 1000 nati vivi con una riduzione relativa del 46%) che riguarda, pur con diverse entità, tutte le regioni (la variazione massima si registra nella provincia di Bolzano, quella minima in Friuli Venezia Giulia, tutte le variazioni risultano statisticamente significative) (**Figure 1-3**).



Fonte: ISTAT

Figura 2 Tasso di mortalità infantile - Anni 1990-2001.

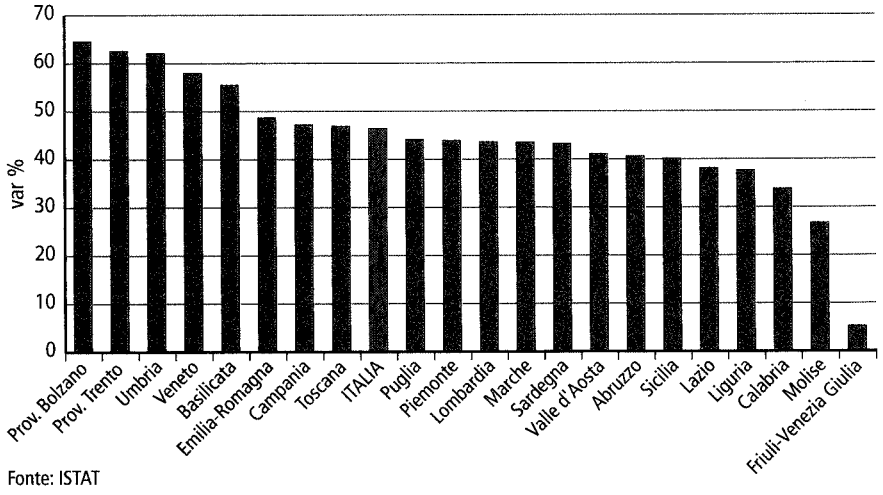


Figura 3 Variazioni (riduzioni) relative percentuali del tasso di mortalità infantile tra il 1990 e il 2001.

Secondo l'ISTAT, il tasso di mortalità neonatale è pari, nel 2001, a 3,3 per 1.000 nati vivi, variando da un minimo di 1,6 nelle province di Trento e Bolzano e nel Veneto ad un massimo di 4,7 in Calabria. Analogamente a quanto osservato per la mortalità infantile, le regioni del Nord e del Centro (in particolare Trentino Alto Adige, Veneto e Toscana) si attestano tendenzialmente su valori del tasso sensibilmente minori del valore nazionale, al contrario regioni quali la Puglia, la Sicilia, la Calabria e la Campania presentano livelli significativamente più alti del dato globale. Anche per questo indicatore si registra un andamento decrescente negli anni, quantificabile in una riduzione, a livello nazionale, del 48,4% tra il 1990 e il 2001 e tale andamento ha caratterizzato, in misura variabile, tutte le regioni (ad eccezione del Friuli Venezia Giulia, dove il tasso è stabile tra i due anni, tutte le riduzioni risultano statisticamente significative) (**Figure 4** e **5**).

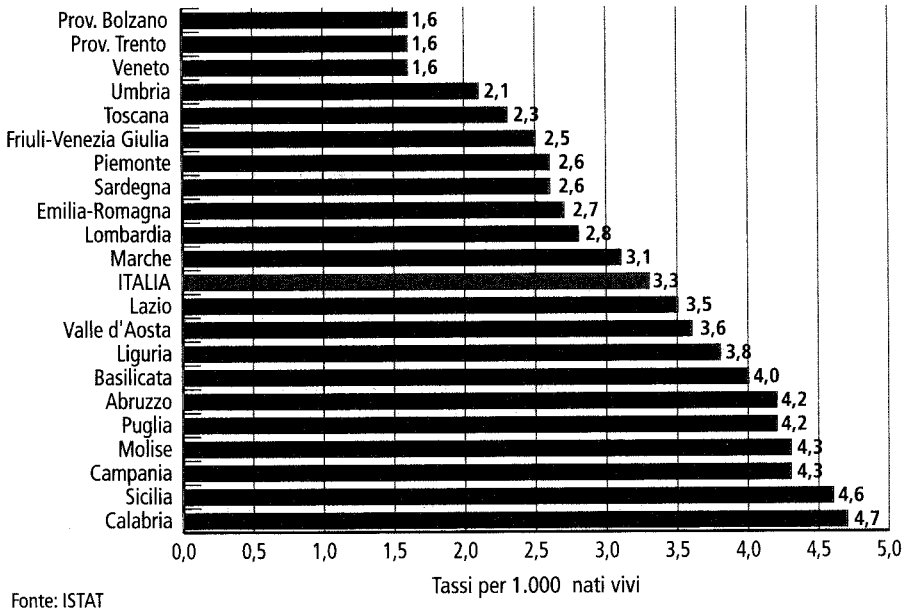
La mortalità neonatale rappresenta nel 2001 il 75% della mortalità infantile, variando dal 64% della provincia di Bolzano all'85% in Abruzzo e al 100% in Valle d'Aosta. Per quanto riguarda la mortalità post-neonatale, il livello registrato nel 2001 (pari a 1,1 decessi per 1000 nati vivi) risulta significativamente più basso rispetto a quello osservato nel 1990 (pari a 1,8 per mille); in tutte le regioni si assiste ad una riduzione del tasso nel periodo in esame, ad eccezione della Toscana (in cui il dato è invariato) e del Molise (in cui si registra un aumento).

Anche in termini strettamente sanitari il quadro dei bisogni appare profondamente mutato: malattie respiratorie e malattie infettive non sono più cause primarie di mortalità, mentre compaiono ai primi posti, accanto alle cause perinatali, le malformazioni congenite, i traumi, i tumori. Nel triennio 1999-2001 le condizioni morbose di origine perinatale e le malformazioni congenite rappresentano, rispettivamente, il 59% ed il 31% di tutte le cause di mortalità infantile, le malattie infettive costituiscono lo 0,6% ed il 9% è rappresentato da altre cause. Rispetto al triennio 1990-1992, si registra una diminuzione del peso percentuale delle cause perinatali (che risultava pari al 64%) ed un aumento di quello relativo alle malformazioni congenite (31%).

Basso peso alla nascita

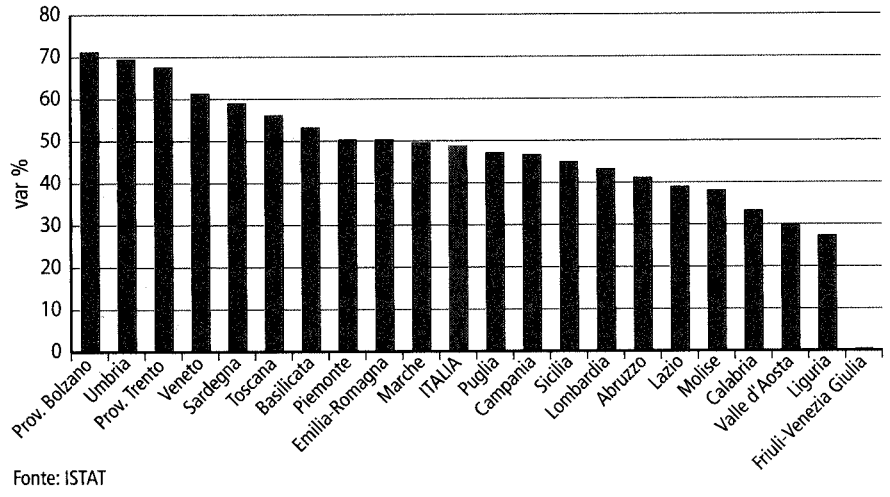
Nel primo anno (2002) di raccolta, a livello nazionale, dei dati del nuovo certificato di assistenza al parto (CEDAP), i punti nascita censiti sono stati 482, circa il 64% di quelli esistenti.

Secondo la suddetta rilevazione, nel 2002 i bambini nati con peso inferiore ai 1.500 g sono circa l'1% dei nati, il 5,6% ha un peso compreso tra i 1.500 e 2.499 g, l'86,1% ha un peso tra i 2.500 e 3.999 ed oltre il 7% supera i 4.000 g. Considerando le gravidanze a termine, solo il 2% dei nati ha un peso inferiore ai 2.500 g (limite che definisce il neonato sottopeso). Dall'analisi del punteggio APGAR (criterio utilizzato per misurare la vitalità del neonato e l'efficienza delle principali funzioni dell'organismo) a 5 minuti dalla nascita risulta che il 99% dei nati ha un valore compreso tra 7 e 10 e solo lo



Fonte: ISTAT

Figura 4 Tasso di mortalità neonatale - Anno 2001.



Fonte: ISTAT

Figura 5 Variazioni (riduzioni) relative percentuali del tasso di mortalità neonatale tra il 1990 e il 2001.

0,8% è risultato gravemente o moderatamente depresso.

Ricoveri ospedalieri

Dai dati desunti dalle SDO risulta che il tasso di ospedalizzazione relativo alla popolazione di età inferiore a 18 anni, è pari, nel 2001, a 104 per mille, per i ricoveri in degenza ordinaria, e 39 per mille per i ricoveri in day hospital; complessivamente sono stati dimessi quasi 1.443.000 pazienti di età inferiore a 18 anni.

Rispetto agli anni precedenti si è avuta una diminuzione di circa il 2,5% nel numero complessivo dei ricoveri in degenza ordinaria, ed anche il tasso di ospedalizzazione è sceso dal 116 per mille nel 1998 a 103,6 nel 2001.

Le differenze nei tassi di ospedalizzazione variano profondamente a seconda delle fasce d'età: il tasso nel primo anno di vita è pari a 547 per 1.000, tra il primo e il quinto anno è 111 per 1.000, dal quinto al 18esimo anno si attesta sul 70 per 1.000. Rispetto al 1998 il trend è in di-

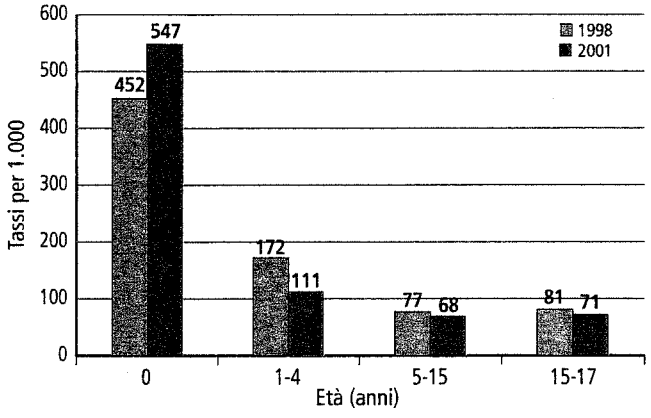
minuzione per tutte le classi di età tranne che nella prima, sulla quale probabilmente incidono le diverse modalità regionali di codifica del neonato patologico (**Figura 6**).

Anche la durata media della degenza continua a diminuire a tutte le età. I bambini sotto i 14 anni permangono in ospedale 4,47 giorni, mentre nel 1999 il valore si attestava su 4,62 giorni. Si passa dagli oltre 6 giorni per i bambini di 0 anni a 3,6 nella fascia di età 1-14 anni, a 4,3 per l'età adolescenziale.

A livello territoriale la situazione è alquanto eterogenea. Si passa da 161 dimessi, in regime ordinario, per 1000 persone di età 0-17 anni in Liguria a 63 in Friuli Venezia Giulia, con livelli sensibilmente maggiori della media nazionale in Puglia (120,6), provincia di Bolzano (119,3), Abruzzo (119,1) e minori in Valle d'Aosta (77,1), provincia di Trento (80), Veneto (82,8). Una situazione analoga si riscontra relativamente ai ricoveri nella fascia di età 0-14 anni.

Riguardo alle cause del ricovero, classificate secondo i grandi capitoli della classificazione ICD9-CM, si osserva che nei bambini fino a 14 anni la prima causa di ospedalizzazione è costituita dalle malattie all'apparato respiratorio (20,5%), seguono le condizioni morbose di origine perinatale (12,3%), i traumatismi e gli avvelenamenti (10,7%), le malattie dell'apparato digerente (9,3%) e le malattie infettive e parassitarie (7,3%). Nella fascia di età 15-17 anni tale distribuzione si modifica, essendo la voce principale costituita dalle patologie traumatiche e dagli avvelenamenti che da soli rappresentano oltre un quarto dei ricoveri totali (27,4%). Seguono le patologie dell'apparato gastroenterico (13,4%), quelle dell'apparato respiratorio (7,5%), le malattie osteoarticolari non traumatiche (6,9%) e le patologie dell'apparato genitourinario (5,4%). La **Tabella 1** riporta la distribuzione dei dimessi di età 1-14 anni secondo la classificazione ACC (Aggregati Clinici di Codici), evidenziando che le cause più frequenti sono rappresentate da patologie per il cui trattamento potrebbe essere evitato il ricovero ricorrendo ad una adeguata assistenza di base e territoriale. Per una buona parte di queste patologie si potrebbero infatti estendere modelli assistenziali basati sull'elaborazione di Linee guida a livello nazionale, così come è avvenuto per gli interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia.

Si fa riferimento in particolare all'otite media acuta e alle infezioni delle alte vie respiratorie, che nel 2001 occupano il quarto posto nella graduatoria dei primi 10 DRG in degenza ordinaria per un totale di 51.425 dimissioni (pari al 5,6% del totale), o a bronchite ed asma (45.513 dimessi pari al 5% del totale) per le quali il ricovero potrebbe essere limitato a casi specifici o comunque effettuato sulla base di ben definite indicazioni di appropriatezza.



Fonte: Ministero della Salute

Figura 6 Tassi di ospedalizzazione in modalità ordinaria - Anni 1998, 2001.

Adolescenza

L'adolescenza è una fase della vita caratterizzata dal passaggio dall'infanzia all'età adulta in modo spesso non facilmente affrontato. In questo passaggio che segna la crescita di un individuo è facile che le certezze che accompagnano il periodo precedente dell'esistenza vengano messe in discussione lasciando spazio a forme diverse di disagio. Spesso nel periodo adolescenziale insorgono atteggiamenti legati al fatalismo, al desiderio di provare sensazioni forti e alla tendenza a correre rischi. La conseguenza è l'attuazione di comportamenti autodistruttivi, legati ad un atteggiamento di sfida nei confronti della vita e della morte e la ricerca di una identità attraverso "esperienze estreme". È in questo contesto che vanno inseriti le situazioni di rischio, l'assunzione di sostanze stupefacenti e, tra le varie conseguenze sullo stato di salute, il rischio di contagio da virus HIV. A tutt'oggi, le malattie sessualmente trasmesse e l'infezione da HIV costituiscono una delle principali minacce alla salute degli adolescenti sessualmente attivi.

Dal 1998 ad oggi il Ministero della Salute ha realizzato in tema di AIDS numerose campagne informativo-educative rivolte in particolare modo ai giovani, partendo dalla constatazione che la possibilità di limitare la diffusione del virus tra gli adolescenti non può che basarsi sulla messa

Tabella 1 Dimessi di età 0-14 anni per ACC* di diagnosi (primi 30) - Degenza ordinaria - Istituti pubblici e privati - Anno 2001

Cod. ACC	Descrizione ACC diagnosi	N.	%	% cumulata
124	Tonsillite acuta e cronica	68.330	11,1	11,1
135	Infezioni intestinali	34.890	5,6	16,7
126	Altre infezioni delle vie respiratorie superiori	28.351	4,6	21,3
142	Appendicite e altre malttie dell'appendice	27.838	4,5	25,8
83	Epilessia e convulsioni	23.766	3,8	29,6
122	Polmoniti (escluse quelle causate da tubercolosi o da malattie sessualmente trasmesse)	21.677	3,5	33,1
229	Fratture degi arti superiori	21.602	3,5	36,6
251	Dolore addominale	19.840	3,0	39,6
233	Traumatismo intracranico	14.378	2,3	41,9
239	Traumatismi superficiali, contusioni	13.420	2,2	44,1
166	Altre patologie degli organi genitali maschili	12.584	2,0	46,1
7	Infezioni virali	11.380	1,8	47,9
128	Asma	11.268	1,8	49,7
215	Genitourinario	11.120	1,8	51,5
143	Ernia addominale	10.387	1,7	53,2
217	Altre anomalie congenite	10.044	1,6	54,8
125	Bronchite acuta	9.849	1,6	56,4
230	Fratture degi arti inferiori	9.132	1,5	57,9
154	Gastroenterite non infettiva	8.446	1,4	59,3
155	Altri disturbi gastrointestinali	7.180	1,2	60,5
92	Otite media e condizioni correlate	7.013	1,1	61,6
244	Altri traumatismi e condizioni dovute a cause esterne	6.455	1,0	62,6
55	Disordini dei liquidi e degli elettroliti	6.035	1,0	63,6
159	Infezioni delle vie urinarie	5.850	0,9	64,5
134	Altre malattie delle vie respiratorie superiori	5.644	0,9	65,4
91	Altri disturbi degli occhi	5.583	0,9	66,3
45	Chemioterapia e radioterapia	5.571	0,9	67,2
253	Reazioni allergiche	4.967	0,8	68,0
84	Cefalea, inclusa l'emicrania	4.846	0,8	68,8
58	Nutrizionali	4.841	0,8	69,6
47	Altri e non specificati tumori benigni	4.738	0,8	70,4

* ACC: Classificazione "Clinical Classifications Software" sviluppata dall'agenzia federale sanitaria statunitense, AHQR (Agency for Healthcare Quality and Research)

Fonte: Ministero della Salute

in atto di strategie preventive che tendano a sviluppare "lifeskills" in grado di modificare i comportamenti a rischio di infezione.

Attualmente, sebbene la reale prevalenza dell'infezione da HIV negli adolescenti sia solo parzialmente conosciuta, i dati disponibili mostrano che la diffusione del virus nella fascia d'età 15-24 anni è in costante aumento. Secondo le stime dell'OMS, sono 11,8 milioni nel mondo i soggetti di età compresa tra i 15 e i 24 anni affetti da HIV/AIDS e il 50% delle nuove infezioni – circa 6.000 al giorno – si registra in questa fascia d'età. Da ciò si evince quanto i comportamenti sessuali a rischio siano ancora molto diffusi tra i giovani. In questo scenario è necessario sensibilizzare i giovani a considerare la salute come un bene primario e insostituibile da difendere.

Anche il suicidio e i tentativi di suicidio sono drammatiche espressioni non solo del disagio adolescenziale ma anche di quello dell'intera società che risulta spesso fallimentare nel comunicare valori e significati esistenziali e nel fornire gli strumenti necessari affinché l'individuo possa trovare un valido supporto per costruire un proprio, solido e forte, senso d'identità.

Il suicidio è una delle prime cause di morte nei giovani tra i 15 e i 19 anni ed è un fenomeno in crescita nell'età compresa tra i 12 e i 14 anni, probabilmente sottostimato.

In Italia il fenomeno dei suicidi giovanili ha una incidenza più contenuta rispetto al contesto europeo; inoltre dopo il preoccupante incremento

del tasso annuale di mortalità per suicidio osservato alla fine degli anni ottanta e nel primo quinquennio degli anni novanta, si sta da qualche tempo verificando un'inversione di tendenza (nella classe 15-19 anni, il tasso è diminuito da 1,77 decessi per 100.000 nel 1995 a 1,10 nel 2001).
I dati pubblicati dall'ISTAT nell'Annuario Statistico Italiano 2003, riportano un totale di 35 suicidi relativamente all'anno 2002 per i minorenni, dato stabile rispetto all'anno precedente, dei quali solo 1 caso riguarda la fascia d'età fino ai 13 anni e 34 la fascia dai 14 ai 17 anni. Rispetto ai dati dell'anno precedente, si sono ridotti i casi di suicidio nella fascia d'età fino ai 13 anni (che sono passati da 8 ad 1 solo caso), ma sono aumentati i casi di suicidio nella fascia dai 14 ai 17 anni (passando dai 27 casi del 2001 a 34 del 2002). Come per gli adulti, anche tra i minorenni il suicidio è più diffuso tra i maschi (73,5% dei casi nella fascia dai 14 ai 17 anni).
I tentativi di suicidio risultano in diminuzione, passando da un totale di 102 casi nel 2001 (dei quali 15 riguardano la fascia d'età fino ai 13 anni e 87 quella dai 14 ai 17 anni) a 92 casi di tentato suicidio nel 2002 (7 casi nella fascia d'età fino ai 13 anni e 85 in quella dai 14 ai 17 anni). Tra i minorenni i tentativi di suicidio riguardano prevalentemente il sesso femminile. Va però segnalato che questi numeri sono quasi certamente sottostimati, poiché relativi solo ai tentati suicidi che per la gravità sanitaria del gesto ricorrono alle cure mediche, inoltre la forte tendenza a negare le intenzioni suicidiarie e a spiegare eventuali conseguenze come accidentali potrebbe comportare ulteriori limiti riguardo alla completezza e attendibilità dei dati.
L'abuso di alcol e droghe nell'età evolutiva è il più delle volte legato a situazioni sociali e familiari negative: l'uso di queste sostanze può infatti smorzare ansie e paure, può agire come una fonte di sensazioni di libertà e indipendenza, o ancora come simbolo di strumento di ribellione.
L'adolescenza non è di per sé un fattore di rischio, ma può diventarlo se tutte le agenzie educative non operano a livello della famiglia, della scuola e delle istituzioni, sostenendo il giovane nel suo difficile processo di crescita.
Per anni è mancata inoltre una lettura adeguata della complessità della patologia alcolica e tossicomanica, della quale troppo a lungo si è misconosciuta la radice psicologica e psichiatrica. Riguardo in particolare all'alcol, l'abuso di sostanze alcoliche provoca danni diretti all'organismo, come l'insorgenza di alcune malattie (cirrosi epatica, psicosi alcolica ecc.) e accresce il tasso di mortalità. Se protratto nel tempo, l'abuso di alcol crea dipendenza e, nei casi più gravi, segna in senso negativo l'intera vita psichica e sociale dei soggetti interessati e dei loro familiari. Anche se occasionale, l'abuso di alcol costituisce inoltre un grave fattore di rischio associato a incidenti (stradali, domestici, lavorativi); in tal caso, il rischio riguarda sia chi si trova in stato di ebbrezza sia le persone che ne rimangono coinvolte.
I dati dello studio ESPAD, relativi ad un progetto di ricerca europeo coordinato a Strasburgo dal Gruppo Pompidou e condotto in Italia dal CNR su un campione di 20.000 studenti di età 15-19 anni in 300 scuole superiori, evidenziano per il 2002 una situazione preoccupante riguardo il consumo di alcol che "si conferma la sostanza maggiormente usata dai giovani" (la percentuale di consumatori è pari all'86% nel 1999 e all'89% nel 2002).
Sono in sensibile aumento anche le "intossicazioni alcoliche (ubriacature): se nel 1999 era il 53% degli intervistati a dichiarare di "essersi ubriacati almeno una volta", la percentuale sale al 55% nel 2002 (**Tabella 2**).
In generale si evidenzia inoltre "una crescente tolleranza" dei ragazzi verso l'alcol, le droghe ed i comportamenti sessuali a rischio.
La tossicodipendenza è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità uno "stato di intossicazione periodica o cronica prodotta dalle ripetute assunzioni di una sostanza naturale o sintetica".

Tabella 2 Uso nella vita delle sostanze in Italia - Indagine ESPAD su un campione 15-19 anni - Anni 1999-2001

Uso nella vita	1999 %	2000 %	2001 %	2002 %
Alcolici	86,5	89,4	87,4	89
Tabacco	70,4	67,9	67,8	68,1
Ubriacarsi	52,7	55	55,2	54,6
Cannabinoidi	33,3	30,9	32,7	33,5
Alcol e cannabinoidi	32	30,9	22,1	21,6
Sedativi e tranquillanti	7,4	7,5	6,5	6
Inalanti	6,4	6,1	5,1	6,6
Cocaina	4,8	4,2	4,1	5,1
Alcol insieme a pasticche	3,9	2,5	2	2,4
Lsd	3,4	2,7	2,2	2,3
Amfetamine	3,1	1,5	2	2
Ecstasy	3,1	3,1	2,6	2,7
Eroina fumata	3,1	4,2	2	3,8
Funghi allucinogeni	1,6	1,4	1,4	2,1
Eroina assunta in via diversa dal fumo	0,8	0,8	0,9	0,7
Steroidi e anabolizzanti	0,7	1,1	0,6	0,7
Crack	0,7	0,9	0,6	1,4
Droghe iniettate	0,2	0,3	0,4	0,5

Fonte: Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, 2002