Lo stesso progetto di ricerca ESPAD rileva, per il triennio 1999-2001, un aumento dell'approvazione dell'uso di sostanze ed una diminuzione della percezione del rischio da parte di giovani.
La percentuale di giovani che disapprova fumare regolarmente "uno spinello" cala dall'84% (nel 1999) al 79% (nel 2001); di contro, l'approvazione passa dal 12% nel 1999 al 17% nel 2001. Contemporaneamente, si evidenzia nel triennio un aumento della percentuale di soggetti che riferisce di non percepire rischio nel fumare cannabis regolarmente (rispettivamente: 2,2%, 1,8% e 3,0%). Anche per l'uso di altre droghe come l'Lsd, la cocaina, le amfetamine e l'ecstasy, si evidenzia una tendenza all'aumento dei giovani che approva il comportamento. La stessa cosa avviene per l'assenza di percezione del rischio, in leggera riduzione nel periodo considerato.
Relativamente all'esperienza d'uso (almeno una volta nella vita), si registra una leggera riduzione nel 2001 di cannabinoidi, di amfetamine ed ecstasy, ma un aumento dell'uso d'eroina fumata e una bassa percentuale di uso di droghe per via iniettiva.
In relazione all'età di prima assunzione, verso i 15-16 anni, al consolidarsi dell'uso quotidiano di tabacco sembra associarsi la prima esperienza d'uso di cannabis. Tutte le altre sostanze, ad esclusione di tranquillanti e sedativi, mostrano essenzialmente una iniziazione riferibile a classi di età più avanzate. Un'eccezione sembra evidenziarsi in relazione agli allucinogeni, che mostrano, anche se in percentuale molto bassa, una prima esperienza d'uso intorno ai 15-16 anni.
Vi è inoltre la tendenza ad una maggiore prevalenza d'uso tra i ragazzi e le ragazze più grandi, rispetto a quelli più giovani e, dato costante in ciascun studio ESPAD, i consumi delle ragazze risultano sempre inferiori rispetto a quelli dei coetanei di sesso opposto.

3.1.4 Valutazione critica

Alcune considerazioni sintetiche emergono dai dati descritti.
La consistente diminuzione nel tempo dei tassi di mortalità infantile allinea l'Italia alla media europea e ai livelli dei Paesi dell'UE-15 (sebbene il nostro Paese si contraddistingua per una maggiore variabilità a livello regionale); tale traguardo è la risultante di una duplice tendenza: la riduzione della mortalità neonatale e, parallelamente, il calo della mortalità postneonatale che ha raggiunto livelli inferiori a quelli di altri Stati europei. Nonostante questo trend incoraggiante, l'evoluzione positiva del fenomeno avviene con velocità ed in misura diversa nelle varie aree del Paese e a tutt'oggi sono marcatamente visibili differenze tra le regioni attribuibili soprattutto alla componente neonatale.
Gli elevati tassi di ospedalizzazione in età pediatrica che si osservano in Italia, e che risultano disallineati con quelli di altri Paesi dell'Europa e del mondo, pongono qualche dubbio sui modelli organizzativi adottati dalle varie Regioni, poco attenti forse ad un corretto utilizzo delle risorse disponibili ed alle vere necessità del bambino e della sua famiglia; i dati mettono in luce la mancanza di una vera continuità assistenziale sul territorio e quindi di un efficace filtro ai ricoveri inappropriati che potrebbe essere concretamente realizzato ad esempio con l'osservazione temporanea in pronto soccorso e con la garanzia di guardia pediatrica 24 ore su 24 dove nasce e si ricovera un bambino. Il tema dell'appropriatezza dell'assistenza, in particolare di quella ospedaliera, costituisce una delle principali sfide che Stato e Regioni stanno affrontando (anche sotto il profilo della misurazione e del monitoraggio sistematico, tematiche direttamente trattate dal progetto mattoni del Nuovo sistema informativo sanitario e dal sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria di cui al D.M. 12.12.2001), ma al tempo stesso rappresenta una delle dimensioni della qualità più critiche in campo sanitario in quanto per il suo governo occorre necessariamente tener conto sia del bisogno espresso dalla popolazione sia delle esigenze di efficienza e di corretto utilizzo delle risorse disponibili.
Quello dell'abuso di sostanze è un problema di dimensioni sovranazionali, ed in quanto tale richiede un impegno da parte della politica sanitaria, cioè un programma di governo che avvii un processo di acculturazione generale in senso preventivo e terapeutico. Una corretta diagnosi presuppone una chiara conoscenza del rapporto sostanza–individuo nella genesi della malattia, e di tutte le variabili legate all'individuo. Nel caso delle "malattie psicosociali" quali le dipendenze da alcol e droga, la prevenzione deve agire sulle abitudini, sugli atteggiamenti, sulle norme e sulle credenze, radicate nel patrimonio culturale della società. Di recente, uno dei fenomeni più preoccupanti del consumo giovanile è inoltre rappresentato dal policonsumo, cioè dall'utilizzo più o meno simultaneo di più sostanze che inevitabilmente rende più complessa la ricerca sui reali danni alla salute, sulla quale possono agire pericolosi e difficilmente controllabili mix di effetti.

3.1.5 Riferimenti normativi – strumenti organizzativi e tecnologici

I Principali riferimenti normativi sono elencati di seguito.

• Progetto Obiettivo materno-infantile (D.M. 24 aprile 2000). Ha indicato, tra gli altri, come obiettivi prioritari la salvaguardia delle fasce più deboli, la garanzia di una maggiore uniformità dei livelli essenziali di assistenza e la promozione del soddisfacimento dei bisogni sociosanitari e assistenziali dei minori, fornendo la necessaria collaborazione agli Enti Locali, il sostegno agli affidamenti famigliari e alle attività connesse agli iter adottivi previsti dalla legge n. 184/83 e dalla legge n. 476/98, gli interventi psicodiagnostici in attuazione del D.P.R. n. 448/88 in materia di provvedimenti penali relativi ai minorenni.

• Decreto 16 luglio 2001, n. 349 "Regolamento recante: "Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 218 del 19 settembre 2001. Ha colmato la grave assenza di informazioni venutasi a determinare a seguito dell'introduzione della normativa in tema di dichiarazione di nascita, che separa il momento amministrativo da quello informativo. Il nuovo CeDAP, fornendo sia informazioni di carattere sanitario e socio-demografico, rappresenta uno strumento indispensabile per la programmazione in sanità pubblica; inoltre la rilevazione dei dati CeDAP è prevista dal Programma Statistico Nazionale, costituendo, quindi, un adempimento di legge anche ai sensi del D.Lgs. n. 322/1989.

3.1.6 Indicazioni per la programmazione

Riguardo al tema dell'ospedalizzazione pediatrica, è necessario innanzitutto realizzare un monitoraggio puntuale e continuo al fine di definire e valutare con maggiore accuratezza le singole patologie causa di ricovero, analizzare nel tempo i tassi di ospedalizzazione, valutare l'appropriatezza dei ricoveri, anche al fine di stabilire precisi percorsi diagnostico-terapeutici.

In Italia esistono 13 ospedali pediatrici e/o materno infantili di cui 3 sono Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS): Istituto Giannina Gaslini di Genova, Ospedale Bambin Gesù di Roma, Ospedale Burlo Garofalo di Trieste. Questi dovrebbero rappresentare l'asse portante di tutta l'assistenza specialistica pediatrica in particolare per la patologia cronica malformativa e per le malattie rare. In altri Paesi esistono Istituti di altissima specializzazione, veri e propri policlinici pediatrici, molti dei quali trasformati in fondazioni no-profit, in grado di sviluppare programmi di insegnamento, formazione e ricerca, operando attraverso un sistema a rete con tutte le altre strutture esistenti a livello regionale e nazionale. Questi Centri dovrebbero avere valenza sovraregionale e bacini di utenza non inferiori ai 5 milioni di abitanti.

Al contrario, in Italia la parcellizzazione ospedaliera nel settore materno-infantile ha determinato la creazione di strutture ospedaliere e/o universitarie (circa 50) con una forte caratterizzazione specialistica in alcuni settori materno-infantili, ma senza quella completezza che dovrebbe essere una caratteristica degli ospedali pediatrici onnicomprensivi, dotati di servizi speciali complementari (laboratori, servizi di radiodiagnostica specificatamente attrezzati, rianimazione, cardiologia pediatrica ecc.) che possono essere assicurati solo da veri e propri policlinici pediatrici.

Questi requisiti non risultano presenti in tutti e 13 gli ospedali pediatrici esistenti, penalizzando l'assistenza materno-infantile ospedaliera nel nostro Paese.

Un problema fortemente emergente è quello relativo all'appropriatezza dei ricoveri il cui primo campanello d'allarme è rappresentato dai tassi di ospedalizzazione nettamente più elevati di quelli osservabili in altri Paesi europei: a tal proposito si dovrebbe, a livello centrale e regionale, valutare attentamente e monitorare il ricorso al ricovero; le regioni dovrebbero inoltre potenziare le prestazioni ambulatoriali in alternativa al Pronto soccorso (attribuendo a quest'ultimo il compito fondamentale di effettuare, attraverso l'osservazione temporanea, un più efficace filtro ai ricoveri), coinvolgendo anche l'area delle cure primarie e riconoscendo un ruolo maggiore al pediatra di libera scelta.

In alcune regioni un dato preoccupante è anche rappresentato dall'utilizzo eccessivamente basso o alto (rispetto ad un "ragionevole" parametro di riferimento che è pari al 25% dei ricoveri ordinari nei reparti di pediatria, fatte salve le specificità relative ad alcuni settori specialistici, quali la emato-oncologia pediatrica) dell'attività di day hospital (la quale dovrebbe quindi essere potenziata evitando però che diventi sostitutiva delle prestazioni a carattere esclusivamente ambulatoriale). Anche l'attività di day surgery stenta ad affermarsi in più del 50% delle regio-

ni italiane (in prevalenza al Centro-Sud). Infine in Italia una proporzione molto ridotta (intorno al 12%) dei soggetti in età adolescenziale (15-17 anni) viene ricoverata in area pediatrica, analogamente quasi il 30% dei pazienti di età 0-14 anni viene ricoverato nei reparti per adulti, con effetti negativi sulla qualità dell'assistenza.
Riguardo alla mortalità nel primo anno di vita, è fortemente auspicabile la continuazione ed il miglioramento ulteriore del trend in discesa registratosi negli ultimi 10 anni, sia nelle Regioni che hanno già raggiunto livelli ottimali sia, soprattutto, in quelle che tuttora presentano valori di mortalità significativamente superiori alla media nazionale, agendo con misure di prevenzione rivolte ai fattori di rischio materni noti e rafforzando la qualità dell'assistenza alla donna e al bambino.
Riguardo infine ai sistemi di sorveglianza, di fondamentale importanza è il raggiungimento della completezza e tempestività dei dati rilevati con i certificati di assistenza al parto che hanno sostituito la rilevazione delle nascite dell'ISTAT. Ad oggi la rilevazione dei Cedap copre solo i due terzi dei centri nascite e il ritardo con cui vengono prodotti i dati è di circa due anni. Anche relativamente al fenomeno del consumo di sostanze illegali nella popolazione giovanile, è necessario consolidare il sistema di monitoraggio (tenendo conto dei limiti insiti nello studio campionario ESPAD ad esempio legati al metodo di rilevazione basato sull'autodichirazione e alla parziale rappresentatività del campione di studenti esaminato rispetto all'intera popolazione giovanile) al fine di rilevare ed interpretare tempestivamente variazioni e tendenze in atto su cui poter tarare gli interventi preventivi e assistenziali.

Bibliografia essenziale

1. ISTAT, Annuario Statistico Italiano – anno 2003.
2. Decreto del Presidente della Repubblica 23 maggio 2003 "Approvazione del Piano sanitario Nazionale".
3. Ministero della Salute. Certificato di assistenza al parto (CeDAP) Analisi dell'evento nascita - Anno 2002.
4. Ministero della Salute. Le caratteristiche dell'ospedalizzazione pediatrica in Italia - Anno 2001.
5. Fortino A. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero – anno 2001. www.ministerosalute - aprile 2003.
6. Materia E, Fortino A, Lispi L et al. La valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in Italia. www.ministerosalute giugno 2002.
7. Fortino A, Lispi L. La rilevazione dei neonati attraverso la SDO. www.ministerosalute - luglio 2001.
8. Perletti L. Approvato il progetto obiettivo materno-infantile relativo al Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Ospedale e Territorio – Settembre 2000.
9. Perletti L, Parizzi F, Gargantini G, Lispi L, Alfò M. La razionalizzazione del ricovero ospedaliero in età pediatrica. Ospedale e Territorio – Gennaio 2000.
10. Perletti L, Gargantini G, Lispi L et al. Lo stato attuale dell'assistenza pediatrica ospedaliera e il problema della riqualificazione della rete ospedaliera. Ospedale e Territorio – Gennaio 1999.
11. Guzzanti E, Mastrobuono I. Day surgey, una nuova frontiera culturale ed organizzativa. Rivista Italiana di pediatria 1998.
12. Guglia E, Marchi AG, Messi G et al. Valutazione dell'osservazione temporanea e del ricovero breve in un pronto soccorso pediatrico. Minerva pediatrica 1995.
13. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, Rapporto Osservasalute 2003 – Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane, Vita e Pensiero, 2003.
14. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, Rapporto Osservasalute 2004 – Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane, Vita e Pensiero, 2004.
15. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, Anno 2003.

3.2 Donne e gravidanza

3.2.1 Introduzione

L'impegno alla difesa ed alla promozione della salute della donna e del nato deve innanzitutto tenere conto del necessario adeguamento alla realtà sociosanitaria, culturale, epidemiologica profondamente mutata negli ultimi tempi nel nostro come in altri Paesi europei. Sin dalla fine degli anni settanta, la riduzione della propensione a procreare ha interessato tutte le Regioni italiane, determinando non solo la nota caduta dei livelli di fecondità, ma modificando anche le caratteristiche strutturali del comportamento riproduttivo, quali l'ordine e la cadenza delle nascite.
Parallelamente a questa evoluzione storica si è andata, negli ultimi anni, affermando in Italia una particolare attenzione al momento della gravidanza e della nascita anche sotto la spinta delle esigenze, profondamente cambiate, delle donne e di una nuova coscienza femminile. Oltre a tutelare e favorire il benessere della donna e del nascituro, tale orientamento ha promosso

una maggiore partecipazione delle donne nella fase della gravidanza e nel momento del parto. Nonostante i notevoli progressi in questa direzione, che si accompagnano a quelli altrettanto imponenti della medicina e della scienza nonché dell'organizzazione del sistema assistenziale, permangono tuttora profonde criticità. Ad esempio l'evento nascita è ancora fortemente medicalizzato: le donne sono sottoposte ad un numero elevato di ecografie, contrariamente alle indicazioni dei protocolli internazionali, ed il numero medio di parti con taglio cesareo supera nettamente quello raccomandato dall'OMS; nel tempo si è incrementato il ricorso ad una serie di procedure la cui efficacia non sempre è sufficientemente documentata da evidenze scientifiche ed il cui utilizzo dipende spesso più dalla disponibilità e dall'organizzazione delle strutture coinvolte che da motivazioni mediche; il percorso nascita presenta marcate differenze territoriali nei comportamenti adottati e nell'assistenza ricevuta; il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza cresce tra le cittadine straniere; il trend dell'abortività spontanea induce ad ipotizzare una aumentata diffusione dei fattori di rischio per la salute riproduttiva.

La promozione della salute, l'assistenza in gravidanza, la prevenzione ed il trattamento delle principali patologie ginecologiche devono essere garantiti attraverso una completa integrazione dei servizi ai vari livelli. Ad ogni donna deve essere assicurato, nell'ambito dell'organizzazione regionale delle cure, un idoneo percorso che le consenta di accedere con facilità al livello di assistenza più adeguato al suo caso. L'offerta di interventi dovrebbe far parte di una ben definita strategia orientata da identificati obiettivi generali e specifici, nonché da un processo che aiuti ogni persona ad arricchire le proprie conoscenze e opportunità per effettuare scelte consapevoli.

3.2.2 Presentazione dei dati

Vengono di seguito enucleati ed analizzati alcuni aspetti di questa complessa sfera della salute, certamente non esaustivi delle sue numerose componenti, ma in grado di fornire alcune indicazioni utili non solo per l'esplorazione delle varie problematiche ma anche per la pianificazione di interventi di prevenzione e di assistenza.

Si farà dunque essenzialmente riferimento ai dati desunti dai flussi informativi relativi a: assistenza in gravidanza e al parto, abortività spontanea e interruzioni volontarie di gravidanza.

Gravidanza e parto

L'applicazione della legge 127/97, meglio nota come Bassanini-bis, e del successivo Regolamento di attuazione 403/98 ha reso impossibile la prosecuzione della tradizionale rilevazione delle nascite di fonte Stato Civile, che l'ISTAT conduceva dal 1926, facendo divieto ai direttori sanitari, tenuti alla dichiarazione, di accompagnare la stessa con il certificato di assistenza al parto (CeDAP) e agli ufficiali di stato civile di richiedere il certificato medesimo, sostituito quest'ultimo da una semplice attestazione contenente i dati richiesti nei registri di nascita. Tale cambiamento normativo ha generato un vuoto informativo relativamente alle caratteristiche sociodemografiche ed epidemiologiche del fenomeno nascita, nonché l'assenza di dati sulla natimortalità.

In seguito a ciò, è stata fatta una rivisitazione concettuale e organizzativa dell'intero impianto di produzione dei dati statistici sulle nascite, che attualmente si basa su tre flussi informativi:

- la rilevazione degli iscritti in anagrafe per nascita, attivata nel 1999 (fornisce i dati di fonte anagrafica sui nati vivi e sui loro genitori);
- la rilevazione campionaria sulle nascite attivata nel 2001 (fornisce dati sui determinanti demografici e sociali del fenomeno nascita);
- la rilevazione dei nuovi Certificati di assistenza al parto (CeDAP) attivata nel corso del 2002 (fornisce dati di natura demografica e sanitaria sulle nascite e sui parti).

Quest'ultima è stata istituita dal Ministero della Salute con il D.M. n. 349 del 16 luglio 2001 (*Modificazioni al certificato di assistenza al parto per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi nascita, alla natimortalità ed ai nati affetti da malformazioni*), per la predisposizione del quale sono stati coinvolti anche l'ISTAT ed il CISIS (Centro interregionale per il sistema informativo ed il sistema statistico). In sostanza, i nuovo CeDAP ha organizzato tutte le informazioni relative al fenomeno della natalità in un unico flusso informativo che apporta un valore aggiunto rispetto al passato, in quanto consente di mettere in relazione l'evento nascita con il sistema delle strutture sanitarie sul territorio; il percorso di generazione e acquisizione del dato individuale sulle nascite si sposta infatti dal flusso "amministrativo-demografico" (Comuni, Prefetture, UU.RR.) a quello "sanitario" (Istituti di cura, ASL, Regioni, Mini-

stero della Salute, ISTAT). Inoltre, il nuovo modello fornisce utili informazioni sui nati affetti da malformazioni.

I contenuti informativi del nuovo CeDAP sono suddivisi in 6 sezioni:

1. una sezione generale contenente dati anagrafici della struttura in cui avviene l'evento nascita e della puerpera;
2. sezione A – informazioni socio-demografiche del/i genitore/i;
3. sezione B – informazioni sulla gravidanza e sulla storia riproduttiva della madre;
4. sezione C – informazioni sul parto e sul neonato;
5. sezione D – informazioni sulle cause di natimortalità;
6. sezione E – informazioni sulla presenza di malformazioni.

Occorre tener presente che il nuovo CeDAP potrà rappresentare una fonte attendibile di informazioni non prima di qualche anno, cioè quando tutte le regioni metteranno a regime il nuovo sistema di raccolta dei dati. Al momento, lo stato di attuazione della rilevazione è, infatti, assai disomogeneo tra le Regioni, poiché mentre in alcune (ad esempio Friuli, Toscana, Lazio) esisteva già da tempo un flusso informativo ed informatizzato relativo all'evento nascita, nella gran parte delle realtà la rilevazione sistematica e automatizzata dei dati è stata avviata solo in seguito all'emanazione del Decreto di istituzione del nuovo CeDAP. Inoltre sono insite nel modello stesso alcune criticità, in particolare riguardo alla possibilità di rilevare attraverso il CeDAP i nati con malformazioni congenite: indicatori di prevalenza costruiti sulla base dei dati CeDAP potrebbero, infatti, sottostimare il fenomeno a causa della difficoltà nella diagnosi di malformazione entro i termini temporali di compilazione del CeDAP (generalmente il certificato viene compilato dall'ostetrica al momento del parto e quindi non tiene conto delle malformazioni diagnosticate successivamente).

Interruzione volontaria di gravidanza

Per quanto riguarda l'abortività volontaria, a partire dal 1979 l'ISTAT, a seguito dell'entrata in vigore della legge 194/78, ha avviato, in accordo con le regioni ed il Ministero della Salute, la rilevazione dei casi di interruzione volontaria di gravidanza (IVG). I dati vengono raccolti per mezzo del modello individuale di dichiarazione di interruzione volontaria di gravidanza (ISTAT D.12) che deve essere compilato dal medico che procede all'intervento. Nel modello sono richieste notizie sulla donna (data di nascita, provincia di nascita e di residenza, cittadinanza, stato civile, titolo di studio, occupazione, storia riproduttiva, età gestazionale) e sull'IVG (certificazione di autorizzazione, urgenza, tipo di assenso per la minore, luogo e tipo di intervento, terapia antalgica, durata della degenza, complicazioni). Anche per l'abortività volontaria, così come per molte altre aree dell'universo salute-assistenza, dati e indicatori aggiornati relativi al fenomeno sono, da qualche anno, fruibili nel data base *Health for all*, accessibile on line dal portale dell'ISTAT. Inoltre lo stesso Istituto pubblica correntemente i dati sulle IVG anche nell'Annuario statistico italiano.

La legge 194/78 ha inoltre istituito un sistema di sorveglianza di cui fanno parte le Regioni, il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità, basato sulla compilazione, da parte delle Regioni, di questionari trimestrali, i cui dati sono estrapolati dai modelli ISTAT D.12. La rilevazione è obbligatoria (art. 15 legge 194/78) e pertanto inserita nel Programma Statistico nazionale. Gli ultimi dati disponibili si riferiscono agli anni 2002 (dati osservati) e 2003 (stime provvisorie).

Abortività spontanea

Sempre a seguito della legge 194/78, l'ISTAT ha anche avviato la rilevazione sulle dimesse dagli istituti di cura per aborto spontaneo, che ha appunto per oggetto solo i casi di aborto spontaneo, per i quali si sia reso necessario il ricovero in strutture sanitarie pubbliche o private. Non sono dunque inclusi nel sistema di sorveglianza gli aborti non soggetti a ricovero, cioè quelli che si risolvono senza intervento del medico o che necessitano di sole cure ambulatoriali. La rilevazione si basa sul modello ISTAT D.11, individuale e anonimo, che contiene informazioni sulle caratteristiche della donna (data di nascita, provincia di nascita e di residenza, cittadinanza, stato civile, titolo di studio, occupazione, storia riproduttiva, età gestazionale, concepimento con tecnica di procreazione medico-assistita), sull'evento e sul ricovero (data, luogo e causa dell'aborto, tipo di intervento, terapia antalgica, durata della degenza, complicazioni). Analogamente alle IVG, dati e indicatori aggiornati relativi al fenomeno sono, da qualche anno, fruibili nel data base health for all. Inoltre l'ISTAT pubblica correntemente i dati sugli aborti spontanei anche nell'Annuario statistico italiano. Gli ultimi dati disponibili si riferiscono all'anno 2001.

3.2.3 Analisi quantitativa

Assistenza in gravidanza

Nella prima rilevazione, relativa all'anno 2002, dei dati contenuti nel nuovo Certificato di assistenza al parto (CeDAP), previsto dal D.M. n. 349 del 16 luglio 2001, effettuata dal Ministero della Salute, i punti nascita rilevati sono 482, circa il 64% di quelli censiti dal Sistema informativo sanitario (pari a 757). Tale differenza è dovuta alla copertura parziale della rilevazione CeDAP.
A livello nazionale, dai dati desunti dal CeDAP emerge che nell'80% delle gravidanze sono state effettuate oltre 4 visite, con una discreta variabilità territoriale: in Liguria nel 92,3% dei casi si effettuano oltre 4 visite, in Basilicata ciò accade solo nel 32,7% dei casi.
In genere il numero di visite in gravidanza è superiore, anche se non di molto, per le gravidanze patologiche, in cui in oltre l'80% dei casi si effettuano più di 4 visite di controllo contro il 77% per le gravidanze fisiologiche.
L'ecografia ostetrica rappresenta la tecnica diagnostica non invasiva più impiegata per il monitoraggio della gravidanza e per lo studio del benessere fetale, e pertanto è molto diffusa.
Nel 2002, sono state effettuate in media 4,51 ecografie per ogni parto, con valori regionali variabili tra 3,97 della Provincia Autonoma di Trento e 5,15 dell'Umbria. In oltre il 73% delle gravidanze risulta che il numero di ecografie è superiore a 3, valore raccomandato dai protocolli di assistenza alla gravidanza (D.M. 10 sett. 1998, G.U. n. 245 del 20 ott. 1998). Non si riscontrano differenze di rilievo nel numero di ecografie effettuate tra gravidanze fisiologiche e gravidanze patologiche.
Sempre relativamente alle tecniche di diagnosi prenatale, l'amniocentesi, tecnica invasiva utilizzata per l'individuazione di anomalie cromosomiche, risulta effettuata mediamente in 15 parti su 100 (con valori più bassi nelle regioni meridionali); tale valore raggiunge quasi il 50% nella classe di età 40-49 anni.
Riguardo alla durata della gestazione, il 6,3% del totale dei parti rilevati dal CeDAP nel 2002 è avvenuto prima della 37-esima settimana (parti pretermine); valori sensibilmente più elevati si osservano nelle gravidanze patologiche rispetto a quelle fisiologiche.
Poco più del 60,0% dei parti avviene in modo spontaneo, mentre oltre il 35% con taglio cesareo, d'elezione e d'urgenza. Tenendo conto che l'OMS raccomanda l'utilizzo del taglio cesareo nel 10-15% dei parti, emerge palesemente il già noto fenomeno dell'eccessivo ricorso a questa metodica in Italia. Come dimostrano i dati desunti dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), nel corso degli anni si è peraltro assistito in Italia ad un continuo incremento della frequenza relativa di tale procedura chirurgica con valori nettamente superiori a quanto rilevato in altri Paesi sviluppati e che ci pongono tra le nazioni a maggior frequenza di tagli cesarei. Nel quinquennio 1998-2002 i valori nazionali risultano progressivamente crescenti (31,4%, 32,9%, 33,2%, 33,9%, 35,6%) e tale aumento è principalmente dovuto ad alcune Regioni ad altissima frequenza di taglio cesareo tra cui la Campania (56,4% nel 2002), la Sicilia (45,2%), la Basilicata (51%). Valori significativamente inferiori caratterizzano le regioni del Nord, in particolare la provincia di Bolzano (19,9% nel 2002) e il Friuli Venezia Giulia (21,1%). Sempre dai dati SDO risulta che nelle regioni con maggior frequenza di parto cesareo si osservano valori percentuali più elevati nelle strutture private (accreditate e non) rispetto a quelle pubbliche. Un caso particolarmente critico è costituito da quelle operanti nella regione Campania, che effettuano oltre il 50% di tutti i tagli cesarei eseguiti dalle strutture private accreditate italiane, a fronte di una percentuale delle nascite in tale regione pari al 12% circa del dato complessivo italiano (**Tabella 1**).

Tabella 1 **Parti cesarei per regione - Percentuale sul totale dei parti - Anni 2000-2002**

Regione	2000	2001	2002	var % 2000-2002
Piemonte	27,2	28,7	28,5	4,8
Valle d'Aosta	23,6	23,0	27,5	16,5
Lombardia	23,8	25,1	26,3	10,5
P.A. Bolzano	18,7	14,1	19,9	6,4
P.A. Trento	25,7	24,9	27,2	5,8
Veneto	25,4	26,4	27,4	7,9
Friuli Venezia Giulia	20,4	20,3	21,1	3,4
Liguria	29,9	30,5	31,3	4,7
Emilia Romagna	28,5	29,3	30,8	8,1
Toscana	24,4	22,9	24,5	0,4
Umbria	26,6	26,9	28,2	6,0
Marche	33,3	34,1	34,7	4,2
Lazio	32,9	36,0	37,2	13,1
Abruzzo	36,4	35,5	37,9	4,1
Molise	35,8	39,3	40,4	12,8
Campania	53,4	54,3	56,4	5,6
Puglia	40,6	40,4	43,0	5,9
Basilicata	40,8	46,5	51,0	25,0
Calabria	37,6	37,4	40,1	6,6
Sicilia	42,5	42,0	45,2	6,4
Sardegna	27,2	32,6	33,4	22,8
ITALIA	**33,2**	**33,9**	**35,6**	**7,2**

Fonte: Ministero della Salute

Inoltre, i dati CeDAP evidenziano che solo il 14,3% delle donne che hanno avuto un precedente taglio cesareo partorisce spontaneamente e tale percentuale è quasi interamente attribuibile ai punti nascita pubblici (1,1% è la percentuale registrata nei punti nascita privati accreditati).
Un utile approfondimento degli aspetti appena descritti è possibile consultando l'indagine multiscopo dell'ISTAT "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000" che ha analizzato a fondo il percorso delle maternità (gravidanza, parto e allattamento al seno) facendo emergere soprattutto i profondi differenziali geografici e sociali (legati cioè a variabili quali la residenza, il titolo di studio, l'occupazione) esistenti sia nell'assistenza ricevuta dalla donna e dal nato sia nei comportamenti e nelle scelte della donna (ad esempio età al parto, scelta tra pubblico e privato, coinvolgimento del partner nella gestione della gravidanza, partecipazione ai corsi di preparazione al parto ecc.). Particolarmente interessanti sono i risultati di un'analisi multivariata attraverso la quale sono stati identificati 9 gruppi di donne, con un differente profilo sociodemografico (individuato da residenza, livello di istruzione, occupazione), cui corrisponde un diverso percorso della maternità (in termini di informazione, coinvolgimento, qualità dell'assistenza ricevuta ecc.) e, conseguentemente, un diverso rischio per la salute della donna e del nascituro (ISTAT, Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno. Roma, 10-11 settembre 2002. Edizione 2004).

La procreazione medicalmente assistita

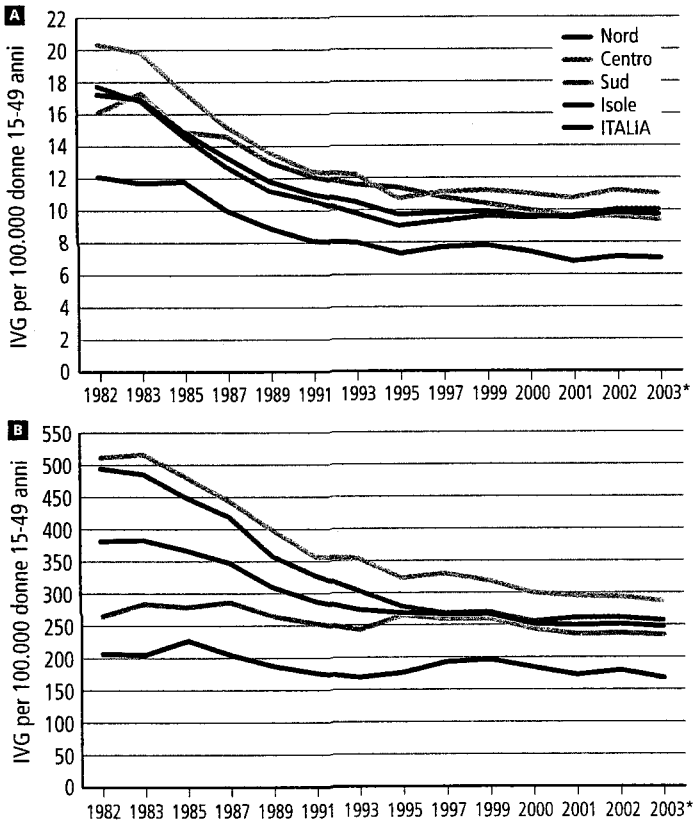
Nel nostro Paese, la procreazione medicalmente assistita (PMA) ha avuto un riscontro normativo nell'emanazione della legge 19 febbraio 2004, n. 40: "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita" (G.U. n. 45 del 24 febbraio 2004) e del D.M. 21 luglio 2004: "Linee Guida in materia di procreazione medicalmente assistita".
Attraverso il nuovo CeDAP è oggi possibile rilevare il concepimento con tecniche di procreazione medicalmente assistita nonché, in caso positivo, il metodo adottato.
Da tali dati risulta che nel 2002, la percentuale dei parti in donne sottoposte a tecniche di PMA è pari all'1,3% del totale dei parti rilevati nello stesso anno, con un'ampia variabilità regionale (da 0,4% della Basilicata a 5% della Puglia). In circa il 50% dei casi è stato utilizzata la tecnica IUI (trasferimento dei gameti maschili in cavità uterina), nel 19% la FIVET (fecondazione in vitro con trasferimento di embrioni in utero) e nel 10% circa la ICSI (fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma). L'utilizzo delle varie metodiche presenta una elevata variabilità a livello regionale (**Tabella 2**).

Tabella 2 Distribuzione regionale dei parti con procreazione medicalmente assistita (PMA)

Regione	Tecniche di procreazione medico-assistita (valore %)						
	Fecondazione in vitro e trasferimento embrioni nell'utero (FIVET)	Fecondazione in vitro tramite iniezione spermatozoo in citoplasma (ICSI)	Solo trattamento farmacolgico per induzione dell'ovulazione	Trasf. di gameti nelle tube di falloppio gen. laparoscopica (GIFT)	Trasferimento gameti maschili in cavità uterina (IUI)	Altre tecniche	Totale parti
Piemonte	34,5	23,1	26,1	0,4	14,3	1,7	238
Valle d'Aosta	8,3	8,3	8,3	0	75	0	12
Lombardia	27,5	18,1	34,9	2,3	13,8	3,5	487
Veneto	14	8,4	8,9	1,2	66	1,5	1.204
Friuli Venezia Giulia	26,4	26,4	4,6	0	42,5	0	87
Liguria	28	16	18,7	2,7	28	6,7	75
Emilia Romagna	43,3	19,9	18,1	0,7	12,3	5,8	277
Toscana	38,9	11,5	33,1	1,3	12,7	2,5	157
Umbria	39,3	10,7	28,6	0	19,6	1,8	56
Marche	22,1	5,3	7,7	0	64,4	0,5	208
Abruzzo	16,8	3,6	2	0,5	59,7	17,3	196
Campania	19,9	10	37	6,5	24	2,6	341
Puglia	5,7	2	4,8	0,7	86,2	0,7	1.193
Basilicata	14,3	7,1	35,7	7,1	35,7	0	14
Sicilia	28,8	10,6	43,3	3,8	9,6	3,8	104
TOTALE	**18,9**	**9,6**	**15,7**	**1,5**	**51,7**	**2,6**	**4.649**

Fonte: Ministero della Salute, Sistema Informativo Sanitario - CeDAP anno 2002

Riguardo agli esiti della PMA, il numero dei tagli cesarei è sensibilmente maggiore per le donne che hanno condotto una gravidanza medicalmente assistita (48,7% con punte in Campania e in Sicilia) rispetto alle donne in cui la gravidanza si è verificata spontaneamente.
Inoltre, la percentuale dei parti plurimi in gravidanze medicalmente assistite risulta, a livello nazionale, circa 10 volte superiore a quella registrata sul totale delle gravidanze, con notevoli differenze regionali, da imputare, molto verosimilmente, alle diverse tecniche utilizzate.
Riguardo all'offerta assistenziale, già nel 2001 il Ministero della Salute ha affidato all'Istituto Superiore di Sanità il compito di svolgere un'indagine sui Centri italiani che praticano attività di PMA. In tale indagine sono stati compresi sia i Centri di I livello (cioè quelli che svolgono esclusivamente inseminazione artificiale con seme omologo fresco e terapie per l'infertilità), sia i Centri di II e di III livello (ossia i centri che praticano tecniche GIFT, FIVET e ICSI), per un totale di 384 Centri censiti.
Su 382 Centri che hanno risposto, 193 ovvero il 50%, risultano localizzati in Lombardia, Lazio, Campania e Piemonte. A questi, vanno ad aggiungersi i Centri localizzati in Veneto, Puglia e Sicilia, arrivando così molto vicino al 75% del totale dei Centri (73,8%).
I Centri di II e di III livello, cioè quelli che svolgono realmente attività di PMA sono circa il 60% (198) dei Centri attivi e le regioni con una maggiore presenza di tali strutture sono la Campania (26 Centri), la Lombardia (24 Centri), il Lazio (23 Centri), la Sicilia (22 Centri) e la Puglia (21 Centri).
Per avere un quadro più realistico della situazione, è utile tener conto delle differenti dimensioni dei potenziali bacini di utenza nelle varie regioni, e quindi valutare il rapporto tra il numero dei Centri attivi di II e III livello ed il numero di donne in età feconda (15-49 anni) residenti in ciascuna regione. In Italia, al momento dell'indagine, esistevano 1,4 centri di procreazione medicalmente assistita ogni 100.000 donne in età feconda, con valori più elevati in Trentino Alto Adige (2,2 centri ogni 100.000 donne), Puglia (2), Sardegna (1,9).
Dei 198 Centri di II e III livello, 124 (62,6%) sono privati, 12 (6,1%) sono privati convenzionati, 62 (31,3%) sono pubblici.
Le tecniche maggiormente utilizzate sono la FIVET, la ICSI e la GIFT; i Centri che praticano tecniche di fecondazione assistita di II e di III livello, utilizzano anche altre procedure quali la biopsia embrionale (l'11,6% dei Centri), la donazione di ovociti (il 24,7% dei Centri) e le tecniche di prelievo chirurgico di sperma MESA/TESE (il 58,6% dei Centri).



* Il dato per il 2003 è stimato

Fonte: Ministero della Salute - Relazione del Ministro della salute sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale dela maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 178/78)

Figura 1 (**A**) Tassi di abortività volontaria (per 100.000 donne 15-49 anni) - Anni 1982-2003. (**B**) Rapporti di abortività volontaria (per 100.000 nati vivi) - Anni 1982-2003.

Interruzione volontaria di gravidanza

Dall'ultima Relazione al Parlamento del Ministero della Salute, trasmessa il 28 ottobre 2004, sull'attuazione della legge n. 194/1978 contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) e relativa ai dati preliminari 2003 e definitivi 2002 forniti dall'ISTAT, emerge che in Italia sempre meno donne ricorrono all'IVG.
A livello nazionale, il numero assoluto di IVG per il 2003, sulla base dei dati provvisori a tutt'oggi disponibili, è pari a 132.795, con un decremento dell'1% rispetto al 2002 (134.106 casi) e del 43,4% rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'IVG (234.801 casi).