

- Camilloni L, Farchi S, Giorgi Rossi P, et al. Studio caso-controllo sui fattori di rischio degli incidenti domestici in una popolazione anziana. 2a sessione Poster. Atti del XXXII Congresso Italiano di Epidemiologia.
- Piffer S, Moretti A, Demonti S. Il monitoraggio degli incidenti domestici in provincia di Trento, quali indicazioni per la prevenzione. 2a sessione Poster. Atti del XXXII Congresso Italiano di Epidemiologia.
- Pitidis A, Gallo L, Longo E, et al. La sorveglianza europea degli incidenti domestici e del tempo libero, il caso dell'Italia (2005). Rapporto ISTISAN dicembre 2008.
- Pitidis A, Giustini M. Il sistema informativo nazionale sugli incidenti domestici. 2a sessione Poster. Atti del XXXII Congresso Italiano di Epidemiologia.
- Raccomandazione del consiglio europeo del 31 maggio 2007 sulla prevenzione degli incidenti e la promozione della sicurezza.

3.4 Suicidi

3.4.1 Introduzione

Oltre il 90% dei suicidi è correlato alla presenza di un disturbo mentale, primo fra tutti il disturbo depressivo.

Secondo la European Alliance Against Depression, annualmente, nei paesi dell'Unione Europea, muoiono per suicidio circa 58 mila persone. I tassi di suicidio rilevati variano da Paese a Paese, con range da 5,92 per 100.000 abitanti in Italia, a 25 per 100.000 abitanti in Slovenia (WHO-dati 2003).

In Europa, la morte per suicidio sta ai primi posti del rischio di morte nella popolazione giovanile (il secondo maggior rischio per i maschi e il terzo maggior rischio per le femmine). Circa il 14% di tutti i suicidi è a carico della fascia di età 15-24 anni (Report on the state of young people's health in the EU, EC Working Paper). Comparato al numero di morti per suicidio, il numero di tentativi di suicidio è decisamente più alto. Si stima che tra i giovani, per ciascun suicidio vi siano 20-30 tentativi di suicidio.

3.4.2 Rappresentazione dei dati

Vengono qui di seguito elaborati e commentati i dati più recenti forniti dall'Istat sui suicidi e sui tentativi di

suicidio, che riguardano gli anni 2005 e 2007 e si riferiscono ai casi accertati dalle Forze dell'Ordine, in base alle notizie contenute nel rapporto o verbale di denuncia di suicidio o tentativo di suicidio trasmesso all'Autorità giudiziaria.

Analogamente al resto del mondo e a quanto già osservato in passato nel nostro Paese, i maschi commettono il suicidio più frequentemente rispetto alle donne, con un rapporto complessivo di circa 3 a 1, in leggero aumento nel triennio osservato (3,1 nel 2005; 3,4 nel 2007); tale primato dei maschi è particolarmente evidente nella fascia d'età 18-24 anni (in tale classe M/F è pari a 4,4 nel 2005, a 5,2 nel 2006 e a 6,5 nel 2007).

I tassi di suicidio specifici per età aumentano con l'aumentare della fascia di età: con oltre il 36% del totale dei suicidi, la classe "65 anni e oltre" rappresenta la classe modale (tassi pari a 9,3 nel 2005, a 9,8 nel 2006, 8,9 nel 2007, quasi doppi rispetto a quelli complessivi: rispettivamente 4,9, 5,2 e 4,8), evidenziandosi come i suicidi dell'anziano rappresentino una quota importante dell'ammontare complessivo delle vittime per tale gesto. Si conferma, pertanto, il dato che vede il problema dei suicidi fortemente legato alla vecchiaia, periodo della vita nel quale si verifica una ridu-

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

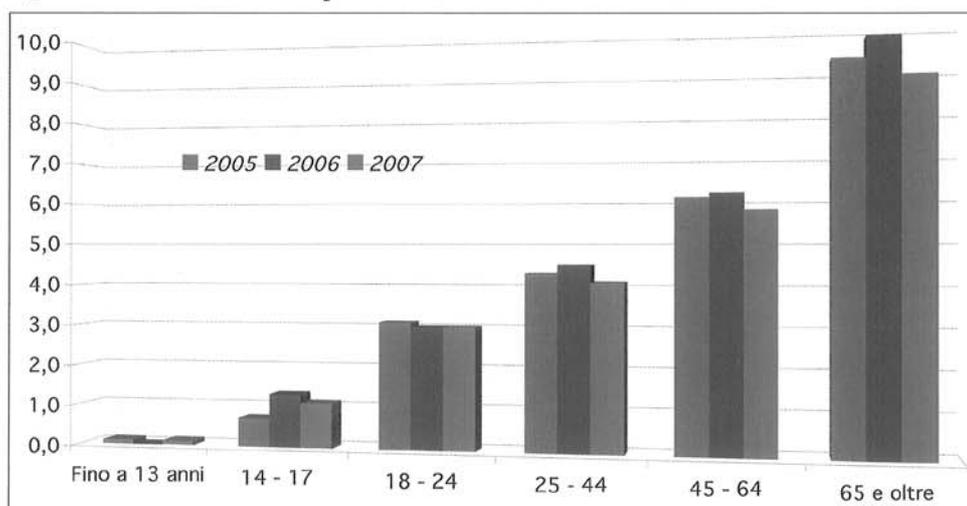
Tabella 1 – Tassi di mortalità per suicidio per classi di età - Anni 2005-2007

		Classi di età							Totale
		Fino a 13 anni	14 - 17	18 - 24	25 - 44	45 - 64	65 e oltre	Non indicata	
2005	Numero suicidi	5	16	135	769	895	1054	18	2.892
	Rapporti % suicidi di una classe/suicidi totali	0,2	0,6	4,7	26,6	30,9	36,4	0,6	100,0
	Tassi suicidi*	0,1	0,7	3,1	4,3	6,1	9,3	-	4,9
2006	Numero suicidi	1	30	130	805	923	1138	34	3.061
	Rapporti % suicidi di una classe/suicidi totali	0,0	1,0	4,2	26,3	30,2	37,2	1,1	100,0
	Tassi suicidi*	0,0	1,3	3,0	4,5	6,2	9,8	-	5,2
2007	Numero suicidi	6	25	128	739	883	1048	38	2.867
	Rapporti % suicidi di una classe/suicidi totali	0,2	0,9	4,5	25,8	30,8	36,6	1,3	100,0
	Tassi suicidi*	0,1	1,1	3,0	4,1	5,8	8,9	-	4,8

* per 100.000 ab. Popolazione Istat ad inizio anno.

FONTE DATI: Istat. Elaborazione: Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

Figura 1 – Tassi di mortalità per suicidio in funzione delle classi di età



zione degli stimoli e delle attività, con emarginazione sociale ed un aumento dei problemi di salute, fisica e mentale.

Per quanto riguarda le fasce di età più giovanili, riscontriamo nel triennio tassi relativamente stabili; un discreto incremento si ha solo nella classe 14-17 anni, con i seguenti valori: 0,7, 1,3 e 1,1. Altrettanto stabili sono i tassi nelle classi di età adulta (intorno al 3,0 per la classe 18-24, al 4,0 per la classe 25-44 e 6,0 per la classe 45-64) (Tabella 1 e Figura 1).

Ai fini dei programmi di prevenzione, è importante sapere che il suicidio è la seconda causa di morte dopo gli incidenti stradali per le fasce di età più giovanili.

A livello territoriale si hanno valori in genere più elevati nelle regioni del nord e del centro e più bassi al sud. Valori superiori a 9 suicidi/100.000 ab. si osservano: nel 2005 in Valle d'Aosta, nella P.A. di Bolzano, in Friuli Venezia Giulia e in Sardegna; nel 2006 in Valle d'Aosta, in Friuli Venezia

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 2 – Tassi regionali di mortalità per suicidio - Anni 2005-2007

	2005			2006			2007		
	Numero suicidi	Rapporti % suicidi di una regione/ suicidi nazionali	Tassi suicidi*	Numero suicidi	Rapporti % suicidi di una regione/ suicidi nazionali	Tassi suicidi*	Numero suicidi	Rapporti % suicidi di una regione/ suicidi nazionali	Tassi suicidi*
Piemonte	320	11,1	7,4	324	10,6	7,5	325	11,3	7,5
Valle d'Aosta	11	0,4	9,0	14	0,5	11,3	8	0,3	6,4
Lombardia	472	16,3	5,0	543	17,7	5,7	458	16,0	4,7
Trentino Alto Adige	69	2,4	7,1	55	1,8	5,6	46	1,6	4,6
P.A. Bolzano	25	0,9	9,2	34	1,1	7,0	39	1,4	8,0
P.A. Trento	44	1,5	5,0	21	0,7	4,2	7	0,2	1,4
Veneto	302	10,4	6,4	278	9,1	5,9	281	9,8	5,9
Friuli Venezia Giulia	111	3,8	9,2	152	5,0	12,6	91	3,2	7,5
Liguria	138	4,8	8,7	110	3,6	6,8	111	3,9	6,9
Emilia Romagna	270	9,3	6,5	245	8,0	5,9	273	9,5	6,5
Toscana	159	5,5	4,4	178	5,8	4,9	160	5,6	4,4
Umbria	69	2,4	8,0	78	2,5	9,0	88	3,1	10,1
Marche	75	2,6	4,9	89	2,9	5,8	85	3,0	5,5
Lazio	150	5,2	2,8	206	6,7	3,9	195	6,8	3,5
Abruzzo	56	1,9	4,3	71	2,3	5,4	57	2,0	4,4
Molise	8	0,3	2,5	23	0,8	7,2	10	0,3	3,1
Campania	138	4,8	2,4	166	5,4	2,9	124	4,3	2,1
Puglia	103	3,6	2,5	99	3,2	2,4	120	4,2	2,9
Basilicata	29	1,0	4,9	24	0,8	4,0	29	1,0	4,9
Calabria	61	2,1	3,0	71	2,3	3,5	64	2,2	3,2
Sicilia	199	6,9	4,0	202	6,6	4,0	187	6,5	3,7
Sardegna	152	5,3	9,2	133	4,3	8,0	155	5,4	9,3
ITALIA	2.892	100,0	4,9	3.061	100,0	5,2	2.867	100,0	4,8

* per 100.000 ab. Popolazione Istat ad inizio anno.

FONTE DATI: Istat. Elaborazione: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

Giulia e in Umbria; nel 2007 in Umbria e in Sardegna. Tra le regioni a più basso rischio per suicidio (tasso inferiore a 3 suicidi/100.000 ab.) risultano nell'intero periodo 2005-2007 la Campania e la Puglia affiancate, nel 2005 il Lazio ed il Molise, e nel 2007 la P.A. di Trento (Tabella 2).

Riguardo alle modalità di attuazione dei suicidi, i mezzi più utilizzati dalla popolazione totale sono l'impiccagione (38,1%), la precipitazione (19,3%) e l'uso di armi (13,3%). I meno frequenti sono il ricorso all'investimento (2,1%), a strumenti da punta e taglio (2,6%) e all'asfissia da

gas (2,8%). Se si confrontano le distribuzioni per sesso si osserva la "preferenza" dei maschi per l'uso di metodi più violenti e cruenti rispetto alle femmine: la percentuale di impiccagioni è quasi doppia nei maschi (42,4% rispetto al 23,9% nelle femmine) ed oltre 5 volte è il loro ricorso alle armi da fuoco (13,2% rispetto al 2,4% delle femmine); viceversa le donne preferiscono la precipitazione (32,6% rispetto al 15,2% dei maschi), l'annegamento (9,1% rispetto al 3,7% dei maschi) e l'avvelenamento (7,2% rispetto al 2,7% dei maschi) (Tabella 3).

Tabella 3 – Mezzi suicidari - Valori percentuali medi – Anni 2005-2007

	M + F	M	F
Avvelenamento	3,7	2,7	7,2
Asfissia da gas	2,8	3,0	2,1
Impiccagione	38,1	42,4	23,9
Arma	13,3	16,0	4,8
<i>da taglio</i>	2,6	2,7	2,4
<i>da fuoco</i>	10,7	13,2	2,4
Precipitazione	19,3	15,2	32,6
Annegamento	5,0	3,7	9,1
Investimento	2,1	2,1	2,0
Altro	5,0	4,5	6,3
Non indicato	10,7	10,4	12,0
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte dati: Istat. Elaborazione: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

3.4.3 Indicazioni per la programmazione

L'analisi di questi dati ha messo in evidenza che, nonostante si stimi un costante aumento dei comportamenti suicidari in Europa (dati OMS pari a 14,4/100.000 abitanti), sia pure con grande variabilità nei diversi Stati Membri, l'Italia è tra i Paesi i cui tassi di suicidio e tentato suicidio sono fra i più bassi. Tuttavia i decessi annuali attribuiti a questa causa sono circa 3.000 ed è stata recentemente stimata una prevalenza di tentati suicidi nella popolazione generale pari allo 0,5%. Il

fenomeno, nel suo insieme, richiede, dunque, un'attenta sorveglianza in grado di orientare le strategie di prevenzione, mirate alla popolazione giovanile, ma tenendo anche conto della popolazione anziana.

Bibliografia essenziale

- Scocco P, DeGirolamo G, Vilagut G, Alonso J. Prevalence of suicide ideation, plans and attempts and related risk factors in Italy. Results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders – World Mental Health Study. Comprehensive Psychiatry, 2007.
- WHO Data “European suicide rates”, 2005.

4

La salute attraverso le fasi della vita ed in alcuni gruppi di popolazione

4.1 Salute materna e neonatale

4.1.1 Stato di salute della donna

Le donne sono complessivamente 30 milioni e rappresentano il 51,4% della popolazione italiana, di cui il 4,4%, al 2006, sono donne straniere.

La speranza di vita delle donne in Italia è di circa 84 anni, ovvero quasi 6 anni in più degli uomini, variando nelle singole Regioni italiane fra gli 85 anni nelle Marche e gli 82,6 anni in Campania.

Tuttavia, secondo recenti indagini Istat, e come riportato sul Rapporto redatto dalla Commissione del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali nel marzo 2008 “Lo stato di salute delle donne in Italia”, l’8,3% delle donne italiane denuncia un cattivo stato di salute contro il 5,3% degli uomini.

Cresce tra le ragazze, di più che per i ragazzi, il consumo di alcool e l’abitudine al fumo, che per le donne, a differenza degli uomini, aumenta con il livello di istruzione e con l’età. Sale la quota delle donne sottopeso, più degli uomini, e l’attività sportiva e fisica viene meno praticata dalle donne rispetto agli uomini.

Le malattie per le quali le donne presentano una maggiore prevalenza rispetto agli uomini sono le allergie (+8%), il diabete (+9%), la cataratta (+80%), l’ipertensione arteriosa (+30%), alcune malattie cardiache (+5%), malattie della tiroide (+500%), artrosi e artrite (+49%), osteoporosi (+736%), calcolosi (+31%), cefalea ed emicrania (+123%), depressione e ansietà (+138%), Alzheimer

(+100%). La disabilità è più diffusa tra le donne (6,1% contro 3,3% degli uomini).

Le patologie psichiche sono prevalenti ed in crescita nel sesso femminile; la depressione è la principale causa di disabilità delle donne di 15-44 anni; la schizofrenia è sottostimata; le donne sono al primo posto nel consumo di farmaci, ma sono poco rappresentate nei trials clinici o farmacologici.

La principale causa di morte, per le donne di età compresa tra i 44-59 anni, è la patologia cardiovascolare. La diagnosi di questa patologia è sottostimata ed avviene in uno stadio più avanzato rispetto agli uomini; la prognosi è più severa per pari età, ed è maggiore il tasso di esiti fatali alla prima manifestazione di malattia.

Grande sfida per il Sistema Sanitario Nazionale, rispetto all’organizzazione dei servizi, alle loro modalità operative, alle competenze professionali coinvolte, è la salute delle donne immigrate, che, all’inizio del 2008, sono state stimate essere 1.730.834. La maggioranza (1.062.093 ovvero il 62%) ha un’età compresa tra 15 e 44 anni ed è quindi in età produttiva e riproduttiva. Presso il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, hanno operato la Commissione sulla salute della popolazione immigrata e quella sulle Mutilazioni genitali femminili, e sono state prodotte le Linee Guida sulla prevenzione delle mutilazioni genitali femminili, come previsto dall’art. 4 della Legge 7/06.

I dati 2006 dell'Istat relativi alla violenza sessuale, fisica e psicologica contro le donne, dimostrano che in Italia le donne tra 16 e 70 anni vittime di violenza nel corso della vita sono stimate essere quasi 7 milioni. Un milione ha subito stupri o tentati stupri; il 14,3% delle donne ha subito violenza da parte di un partner, ma solo il 7% lo denuncia. La rilevazione del fenomeno da parte dei servizi ospedalieri e territoriali è sotto-stimata. La violenza contro le donne ha una forte rilevanza sanitaria, per le conseguenze immediate delle lesioni fisiche e per gli effetti secondari: depressione, ansia e attacchi di panico, disturbi dell'alimentazione, dipendenze, disturbi sessuali e ginecologici, malattie sessualmente trasmissibili, disturbi gastrointestinali e cardiovascolari.

In ogni caso, le donne sono più attente alla loro salute; si sottopongono più frequentemente a controlli di prevenzione e, rispetto agli uomini, ricorrono più spesso a visite mediche e accertamenti diagnostici; si osserva un trend di crescita per i controlli oncologici; mostrano una maggiore propensione rispetto agli uomini verso la diagnosi precoce delle patologie.

A tutt'oggi, il Governo si trova impegnato ad elaborare, in un'ottica di genere, raccomandazioni su prevenzione, diagnosi e terapia, a definire meglio procedure per l'inclusione degli aspetti di genere nella raccolta e nella elaborazione dei flussi informativi centralizzati e periferici, a promuovere l'empowerment delle donne, la formazione degli operatori sanitari, orientando verso stili di vita sani, correlati al genere.

4.1.2 Salute riproduttiva

Sotto questo termine si può comprendere un insieme molto eterogeneo di problematiche che hanno attinenza con la riproduzione umana: contraccezione, sterilità, malattie sessualmente trasmesse, gravidanza, abortività spontanea e volontaria, morbilità e mortalità

materna, prematurità, mortalità perinatale ed infantile.

Contraccezione

Stime di mercato e indagini su campioni di popolazione hanno dimostrato che l'utilizzo dei metodi contraccettivi in Italia è inferiore a quello di altri Stati europei. In uno studio europeo effettuato nel 2003, in cinque paesi europei, su un campione di donne di età compresa tra 15 e 49 anni, è stata stimata una prevalenza di utilizzo della contraccezione ormonale (CO) pari al 19% in Italia e in Spagna, al 27% in Gran Bretagna, al 34% in Germania e al 45% in Francia.

L'analisi della situazione italiana, tuttavia, non può prescindere dalla valutazione delle specifiche realtà regionali e macroregionali. In base ai dati di vendita, nel 2002, la diffusione della CO era pari al 23,6% nell'Italia settentrionale, al 20% nell'Italia centrale ed al 13,3% nell'Italia meridionale. Lo IUD è utilizzato dal 3-5% delle donne in età fertile, con una riduzione di circa il 40% dagli anni '90 ad oggi.

Fertilità e procreazione medicalmente assistita

Spesso l'infertilità dipende da cause e da abitudini di vita che possono essere facilmente affrontate e corrette. Il fumo, l'uso di sostanze stupefacenti, l'obesità o l'eccessiva magrezza, infezioni sessuali misconosciute e l'età avanzata (in particolare nelle donne) sono tutti fattori che compromettono la fertilità. La prevenzione primaria delle cause di infertilità, l'informazione corretta alle donne e alle coppie, le campagne di informazione rivolte a tutta la popolazione, a partire dai giovani e, più in generale, la tutela della salute riproduttiva, sono obiettivi di salute pubblica.

Il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, secondo quanto stabilito dall'art. 2 della Legge 40/04, che prevede "Interventi contro la sterilità e infertilità", ha avviato numerosi progetti di ricerca e campagne di comunicazione con l'obiettivo di sensibilizzare

giovani, genitori ed operatori socio-sanitari, attraverso la formazione e l'informazione, sulle cause dell'infertilità e della sterilità, sulla salute riproduttiva, soprattutto alla luce dei dati riportati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che indicano come le donne italiane arrivino in età sempre più avanzata ad una diagnosi di infertilità.

I progetti di ricerca finanziati dal Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali rispondono al fatto che, in Italia, le pazienti che arrivano in età avanzata ad una diagnosi di infertilità accedono alle tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) con grande possibilità di insuccesso delle tecniche medesime. Per quanto concerne la PMA, dall'ultima Relazione al Parlamento, presentata il 30 aprile 2008, i centri che applicano tecniche di PMA in Italia risultano essere 342, distribuiti sul territorio nazionale. La percentuale di gravidanze ottenute nel 2006 con tecniche di PMA è sovrapponibile a quella dell'anno precedente, e si può constatare un miglioramento complessivo avvenuto nel sistema di raccolta dei dati del Registro Nazionale PMA. L'adesione dei centri al sistema di raccolta dei dati, istituito presso l'ISS, nel 2006 è stata del 100%, e la perdita di informazioni sul follow-up delle gravidanze ottenute da tecniche di II e III Livello si è notevolmente ridotta, passando dal 41,3% del 2005 al 21,5% del 2006.

Gravidanza

Dai dati integrati tra la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) ed il Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP), si possono desumere notizie su tutte le strutture e sul totale dei parti del 2005 (rispettivamente 623 strutture e 511.436 parti). Nello specifico, il flusso informativo CeDAP (Analisi dell'evento nascita - Anno 2005), indispensabile per l'analisi del percorso nascita, dal concepimento fino all'esito della gravidanza, ha raccolto informazioni su 560 punti nascita e sul 92,2%

dei parti rilevati con le SDO, ovvero il 92,3% dei nati vivi registrati presso le anagrafi comunali nello stesso anno.

Mediamente si effettuano, con una variabilità territoriale, più di 4 visite nell'83% dei casi. Solo il 4,6% delle donne italiane ha effettuato la prima visita oltre la 12a settimana di gestazione, contro il 18,6% delle donne straniere; il ritardo alla prima visita presenta una correlazione significativa con le caratteristiche socio-demografiche: cittadinanza, titolo di studio ed età.

Sono state effettuate in media 4,3 ecografie ostetriche per ogni parto con valori regionali variabili tra 3,9 nella P.A. di Trento e 6,3 in Liguria. I dati rilevati riflettono il fenomeno, già analizzato altrove, dell'eccessiva medicalizzazione e di un sovrautilizzo delle prestazioni diagnostiche in gravidanza.

Nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, ha effettuato un'amniocentesi il 30% delle donne gravide di età 35-37 anni, il 44% di quelle tra i 38 e i 40 anni e il 47% di quelle con più di 40 anni. In media, ogni 100 parti, sono state effettuate circa 16 amniocentesi. Anche in questo caso, si riscontrano diversità regionali, per cui, nelle regioni meridionali si registra una percentuale al di sotto del 12% (ad eccezione della Sardegna), mentre i valori più alti si hanno in Valle d'Aosta (41,9%) e Toscana (31,3%). Anche l'utilizzo dell'esame dei villi coriali è ben diversificato in ambito regionale. Sul totale di 100 parti, sono stati effettuati circa 3 esami dei villi coriali.

Emerge quindi, in gravidanza, un eccessivo ricorso all'assistenza privata (81% a livello nazionale), specie nell'Italia centrale (85%) e meridionale (86%), ed una sovrautilizzazione delle prestazioni diagnostiche, senza differenze sostanziali tra le gravidanze fisiologiche e quelle complicate da patologia.

Parto

Secondo i dati elaborati dalle SDO e dal CeDAP, nell'anno 2005, oltre il 60%

dei parti avviene in modo spontaneo, e il 38,2% con taglio cesareo.

Il numero dei parti plurimi, più consistente tra le madri con più di 30 anni, nel 2005 è pari a 6.735 e rappresenta l'1,3% del totale dei parti, senza che si registrino differenze regionali significative. La percentuale di parti plurimi è considerevole nelle gravidanze con procreazione medicalmente assistita, e risulta essere pari a 18,4%.

A livello nazionale, oltre l'88% dei parti è avvenuto negli Istituti di cura pubblici, l'11,6% nelle case di cura e solo lo 0,18% a domicilio. Le percentuali sono sostanzialmente diverse nelle Regioni in cui è rilevante la presenza di strutture private accreditate rispetto alle pubbliche.

L'incrocio della fonte informativa del CeDAP con l'Anagrafica delle strutture di ricovero permette di caratterizzare i punti nascita sul territorio nazionale, in funzione di alcune caratteristiche organizzative associate ai tre livelli assistenziali individuati dal Progetto Materno-infantile (DM 24/04/00).

La distribuzione regionale dei parti per classi di punto nascita evidenzia situazioni diversificate a livello regionale. Più precisamente, nelle Regioni del nord, quali Piemonte, Veneto ed Emilia Romagna, oltre l'84% dei parti si svolge in punti nascita di grandi dimensioni (oltre 1.000 parti annui). Tali strutture rappresentano circa il 60% dei punti nascita della regione.

Un'organizzazione opposta della rete di offerta si registra nelle Regioni del sud quali Abruzzo e Sicilia, dove circa il 30% dei parti si svolge in strutture con meno di 500 parti annui.

Ricorso al taglio cesareo

L'incidenza dei tagli cesarei (TC) è andata progressivamente aumentando: si è passati da circa il 10% all'inizio degli anni ottanta al 38,2% del 2005. Allo stato attuale quindi, l'Italia è ai primi posti in Europa e nel mondo per tasso di tagli cesarei. Va osservato

che esso è assai variabile da regione a regione e da struttura a struttura nella stessa regione, e che ad alimentare il fenomeno sono soprattutto le regioni meridionali, che presentano ancora alta mortalità e morbilità perinatale. L'incidenza più elevata è registrata in Campania, laddove dall'8,5% nel 1980 si è passati al 60% nel 2005, con l'incredibile incremento del 60,9%.

Un maggior numero di tagli cesarei si ha nelle case di cura, accreditate o non, in cui si registra tale procedura nel 60-70% dei parti, contro il 34% negli ospedali pubblici.

Il TC è quindi utilizzato con prevalenza maggiore nelle strutture di I e II livello rispetto a quelle di III livello, e ancor più nelle strutture private, convenzionate e non, che assistono prevalentemente gravidanze "a basso rischio", rispetto a quelle pubbliche. Inoltre, la sua incidenza varia, a parità di livello assistenziale, da struttura a struttura, e, nell'ambito della stessa struttura, da operatore a operatore. Anche la cittadinanza della madre incide sulla percentuale di TC, risultando il ricorso all'intervento inferiore nelle donne di cittadinanza straniera.

L'interpretazione dei dati fa emergere l'inappropriatezza, in molte realtà, nell'indicazione all'intervento, e la possibilità quindi di intervenire, in sicurezza, per la riduzione del fenomeno. Sono indifferibili strategie coordinate a differenti livelli: nazionale, regionale e locale. Fondamentale poi l'approccio attraverso l'audit e l'implementazione delle buone pratiche nelle singole strutture.

In conclusione quindi, per quanto riguarda l'assistenza alla gravidanza ed al parto, i dati disponibili confermano l'aumento in Italia del ricorso a una serie di procedure assistenziali, la cui utilità non è basata su evidenze scientifiche né è sostenuta da un reale aumento delle condizioni di rischio. Il loro utilizzo è spesso indipendente dalle caratteristiche socio-demografiche delle donne e dalle loro condizioni fisiche ed

è invece associato principalmente ad una eccessiva medicalizzazione della gravidanza fisiologica, alle strutture coinvolte e alla loro organizzazione. Tutto ciò deve portare a individuare interventi per invertire questa tendenza.

Mortalità materna

La mortalità e la morbosità materna sono fenomeni che dovrebbero essere sempre più rari nei Paesi socialmente avanzati. La stima della mortalità materna è l'indice tra i più importanti per valutare lo stato assistenziale e il grado di sviluppo del Paese, e da recenti indagini, effettuate in diversi paesi europei, Italia compresa, è emerso che in Canada e negli Stati Uniti vi sono sottostime variabili dal 10 al 60% nei rapporti di mortalità materna rilevate dai flussi correnti.

In Italia, per il periodo 1998-2002, il rapporto di mortalità materna risulta pari a 3/100.000, su una media nella regione europea pari a 13/100.000. La sottostima ipotizzata per il dato italiano è pari ad almeno il 50%. Per tale motivo il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali ha finanziato un progetto, coordinato dall'ISS, in collaborazione con il CEVEAS (Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria) di Modena, l'OMS ed alcune Regioni e Province Autonome (Trento, Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia) sotto forma di unità operative, per investigare, ricorrendo a studi di record linkage e a studi delle "near missed mortalità" la sottostima del fenomeno, e definire le principali cause di mortalità e morbosità materna.

Abortività spontanea

In media, a livello nazionale, ogni donna che ha partorito nel 2005 ha avuto 0,17 aborti in concepimenti precedenti; nell'87% circa dei casi le madri non hanno mai avuto aborti spontanei in precedenza, il 12,7% ha avuto 1 o 2 aborti spontanei e nello 0,6% più di 2 aborti spontanei.

Interruzione volontaria di gravidanza

Nel 2007, le interruzioni volontarie di gravidanza sono state 127.038, con un tasso di abortività (numero delle IVG per 1.000 donne in età feconda tra 15-49 anni), che è risultato pari a 9,1 per 1.000. Rispetto al 2006 (9,4 per 1.000) si è osservato un decremento del 3,1% e un decremento del 47,1% rispetto al 1982 (17,2 per 1.000).

L'analisi delle caratteristiche delle IVG, riferita ai dati definitivi dell'anno 2006, conferma che nel corso degli anni è andato crescendo il numero degli interventi effettuato da donne con cittadinanza estera, raggiungendo nel 2006 il 31,6% del totale delle IVG. Questo fenomeno influisce sull'andamento generale dell'IVG in Italia, determinando una stabilità nel numero totale degli interventi, e nasconde la diminuzione presente tra le sole donne italiane.

Per quanto riguarda le minorenni, nel 2006, il tasso di abortività, pari a 4,9 per 1.000, è risultato simile a quello dell'anno precedente.

In generale, nel corso degli anni, le più rapide riduzioni del ricorso all'aborto sono state osservate tra le donne più istruite, tra le occupate e tra le coniugate, per le quali, anche grazie ad una maggiore consapevolezza e competenza per scelte autonome (empowerment), sono risultati più efficaci i programmi e le attività di promozione della procreazione responsabile, principalmente svolti dai consultori familiari, che, come si evince dall'indagine effettuata presso il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, attualmente risultano essere 2.186 su tutto il territorio nazionale.

La sempre maggiore incidenza dell'aborto tra le donne con cittadinanza estera impone interventi di prevenzione mirati nei loro confronti, in quanto le cittadine straniere, oltre a presentare un tasso di abortività, peraltro diverso per nazionalità, stimato 3-4 volte maggiore di quanto attualmente risulta tra le italiane, hanno una diversa composizione socio-demografica, che muta

nel tempo a seconda del peso delle diverse nazionalità, dei diversi comportamenti riproduttivi e della diversa utilizzazione dei servizi. Rispetto all'aborto effettuato dopo i 90 giorni, si osserva che la percentuale di IVG nel 2006 è stata complessivamente del 2,9%. La percentuale di IVG tra 13 e 20 settimane è stata del 2,2%; quella dopo 21 settimane è stata dello 0,7%, invariata rispetto all'anno precedente.

Natalità e mortalità perinatale

Nel corso del 2006, secondo le rilevazioni Istat, il totale dei nati è stato pari a 552.019, ovvero circa diecimila in più rispetto al 2005. Il tasso di natalità, comunque, rimane sempre di 9,5 per 1.000 abitanti come nel 2005, con una diversa distribuzione territoriale, pari a 9,5 al nord, 9,3 al centro e 9,6 nel mezzogiorno.

Il basso peso alla nascita (peso inferiore a 2500 grammi) è un indicatore della qualità dell'assistenza in gravidanza, dello stato di salute del nato e dei relativi fattori di rischio. L'incidenza dei neonati di basso peso si è dimezzata nel corso dell'ultimo trentennio ed ha raggiunto il valore medio europeo; persiste tuttavia, sul territorio nazionale, un gradiente tra regioni meridionali e settentrionali.

Nell'1% dei nati, si rilevano pesi inferiori ai 1.500 grammi, nel 5,8% un peso compreso tra 1.500 e 2.499 grammi, nell'87,52% un peso tra 2.500 e 3.999 e nel 5,8% un peso che supera i 4.000 grammi alla nascita; inoltre, anche per il 2005, i nati a termine con peso inferiore ai 2.500 grammi rappresentano circa il 2% dei casi. La distribuzione dei nati per classi di peso alla nascita è pressoché invariata rispetto a quella registrata nel 2004 e negli anni precedenti.

Dal CeDAP si rileva un tasso di natimortalità di 2,85 nati morti ogni 1.000 nati; in merito sono ancora evidenti delle differenze tra le regioni meridionali e settentrionali.

La mortalità perinatale è strettamente correlata all'efficienza del siste-

ma sanitario e può essere considerata un indicatore dello stato di salute delle strutture sanitarie in grado di erogare specifiche cure alla donna ed al nascituro fin dai primi giorni di vita.

Sarebbe opportuno ridurre le disuguaglianze dei tassi di mortalità neonatale, superando le problematiche delle regioni del sud del Paese, spesso legate a fattori socioeconomici (più elevati livelli di povertà, bassa scolarità), organizzativi e gestionali (carenza delle strutture consultoriali, mancata concentrazione delle gravidanze a rischio, incompleta attivazione del sistema di trasporto assistito del neonato e mancanza di una guardia medico-ostetrica e pediatrico-neonatologica, attiva 24 ore su 24).

Tra le cause di natimortalità si evidenziano condizioni morbose ad insorgenza perinatale (21,7%, ipossia intrauterina e 17,8% asfissia alla nascita), problemi fetali e placentari che interferiscono con il trattamento della madre (14,0%), feto o neonato affetto da complicazioni della placenta, del cordone ombelicale e delle membrane (7,1%).

Le cause più frequenti di morte neonatale sono la cattiva salute della madre, la presenza di anomalie congenite e l'evoluzione del parto, oltreché un'inappropriata assistenza al parto.

Nel 2005, attraverso il CeDAP, sono stati segnalati 3.078 casi di malformazioni riscontrabili al momento della nascita o nei primi 10 giorni di vita, ma solo nel 64% dei casi è stato indicato il tipo di malformazione. I nati con malformazioni congenite o colpiti da condizioni morbose legate al parto o al puerperio, sono generalmente più deboli e, quindi, spesso non riescono a sopravvivere.

Si sottolinea che, anche per le malformazioni, come per la natimortalità, si riscontra una considerevole frequenza di valori mancanti nell'indicazione della patologia.

Le più frequenti malformazioni diagnosticate risultano essere: anomalie congenite degli arti (14,4%), anomalie congenite degli organi genitali (11,6%),

anomalie del bulbo cardiaco e anomalie della chiusura del setto cardiaco (11,5%), malformazioni congenite del sistema muscolo scheletrico (9,8%), palatoschisi e labioschisi (7,5%).

Il periodo “post-neonatale”, successivo cioè al primo mese di vita, è generalmente caratterizzato da decessi causati da patologie legate a fattori quali la scarsa o inadeguata alimentazione (si pensi alla fase dello svezzamento), la presenza di carenti condizioni igienico-sanitarie, le mancate conoscenze da parte delle madri, lo scarso accesso ai servizi sanitari. In questo caso, l'eventuale riscontro di tassi di mortalità più elevati può essere considerato un indicatore di persistenza del disagio sociale ed è possibile pianificare interventi mirati di prevenzione a largo raggio.

Bibliografia essenziale

- Certificato di assistenza al parto (CeDAP)
Analisi dell'evento nascita - Anno 2005-marzo 2008.
- Demografia in cifre. Indicatori demografici-Istat, 26 febbraio 2009.
- Demografia in cifre-popolazione straniera residente per età e sesso- dati al 1° gennaio 2008
Istat, 26 novembre 2008.
- Linee Guida sulla prevenzione delle mutilazioni genitali femminili. G.U. n. 71 del 25.3.2008.
- Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita, anno 2007, 30 aprile 2008.
- Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78) dati preliminari 2007- dati definitivi 2006- 21 aprile 2008.

4.2 Salute infantile e dell'adolescente

4.2.1 Introduzione

La promozione della salute dell'infanzia e adolescenza è certamente da considerarsi come il principale investimento per il miglioramento dello stato di salute di tutto il paese, ed è garanzia di salute per gli adulti di domani.

L'impegno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in ambito materno-infantile è non solo quello della prevenzione e cura delle malattie, ma quello della tutela e cura dell'insieme bambino-famiglia, promuovendo attivamente lo sviluppo del bambino nelle varie fasi dell'età evolutiva.

Possiamo utilizzare la percezione dello stato di salute come indicatore dello stato di salute della popolazione. I dati Istat della Indagine Multiscopo 2005 indicano che il 91,5% della fascia di età 0-14 anni è in buona salute, la percentuale di persone con una malattia cronica grave nella stessa fascia è dell'8,4%, mentre solo l'1,5% soffre di almeno due malattie croniche.

Le patologie che si presentano più frequentemente per la fascia di età 0-14 anni sono le malattie allergiche esclusa l'asma (9,6%), seguite dall'asma bronchiale (2,9%) e dalla cefalea ed emicrania ricorrente (0,9%). Un maggior numero di maschi (3,8%), rispetto alle femmine (2%), soffre di asma.

4.2.2 Esposizione e valutazione critica dei dati

Mortalità infantile (Tabella 1a-1b e Tabella 2). Nel corso degli ultimi anni, i tassi di mortalità infantile hanno subito una apprezzabile riduzione, a causa della diminuzione delle più importanti cause di morte: condizioni morbose di origine perinatale, traumi e avvelenamenti, malformazioni congenite, tumori.

La riduzione della mortalità ha interessato maggiormente i bambini fino a un anno d'età, e in maniera comunque

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 1a – Morti a meno di un anno di vita per età al decesso, sesso – Anni 2001-2006

Anni	A meno di 1 settimana			A meno di 1 mese			A meno di 1 anno		
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF
Totale									
2001	723	572	1.295	1.013	797	1.810	1.347	1.085	2.432
2002	697	503	1.200	967	729	1.696	1.320	1.017	2.337
2003	592	485	1.077	834	710	1.544	1.146	988	2.134
2004	630	505	1.135	862	718	1.580	1.189	979	2.168
2005	605	468	1.073	847	676	1.523	1.169	939	2.108
2006	580	436	1.016	847	630	1.477	1.164	867	2.031

FONTE ISTAT: Decessi: caratteristiche demografiche e sociali - Anno 2006.

Tabella 1b – Mortalità infantile per età al decesso e sesso (quozienti per 1.000 nati vivi) - Anni 2001-2006

Anni	A meno di 1 settimana			A meno di 1 mese			A meno di 1 anno		
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF
2001	2,7	2,2	2,5	3,7	3,1	3,4	4,9	4,2	4,6
2002	2,5	1,9	2,2	3,5	2,8	3,2	4,8	3,9	4,4
2003	2,1	1,9	2,0	3,0	2,7	2,9	4,1	3,8	4,0
2004	2,4	1,8	2,1	3,2	2,6	2,9	4,4	3,5	4,0
2005	2,1	1,8	2,0	3,0	2,5	2,8	4,1	3,5	3,8
2006	2,0	1,6	1,8	3,0	2,3	2,7	4,1	3,2	3,7

FONTE ISTAT: Decessi: caratteristiche demografiche e sociali - Anno 2006.

significativa le classi d'età 1-4 anni e 5-14 anni.

Per i decessi nel primo anno di vita, si registra una riduzione sia nel valore assoluto, che passa da 2.168 casi nel 2004 a 2.108 nel 2005 ed a 2.031 nel 2006, sia nel tasso di mortalità infantile che passa da 4,0 per mille nati vivi nel 2004 a 3,8 nel 2005, ed a 3,7 nel 2006. A livello territoriale i dati del 2006 evidenziano ancora una volta una più elevata mortalità infantile nelle regioni del Mezzogiorno rispetto a quelle del Nord e del Centro.

Gli ultimi dati forniti dall'Istat sulla mortalità della fascia d'età 1-14 anni indicano una prevalenza di mortalità maschile pari a 520 maschi su 928 casi totali.

Il tasso di mortalità per la classe di età 1-14 anni diminuisce tra il 2003 e il 2006, sia per i maschi che per le femmine, con valori per i maschi da 1,90 ad 1,82 (1-4 anni) e da 1,35 a 1,10 (5-14 anni) e per le femmine da 1,75 a

1,59 (1-4 anni) e da 0,97 a 0,88 (5-14 anni).

La prima causa di morte nella fascia di età 1-14 anni, secondo i dati Istat 2006, è rappresentata dai tumori, con un tasso dello 0,47 (1-4 anni) e 0,41 (5-14 anni) nei maschi e dello 0,31 (1-4 anni e 5-14 anni) nelle femmine (tassi standardizzati per 10.000); seguono le cause esterne di traumatismo e avvelenamento con un tasso di 0,33 (1-4 anni) e 0,28 (5-14 anni) nei maschi e 0,29 (1-4 anni) e 0,16 (5-14 anni) nelle femmine.

Ricoveri pediatrici (Tabella 3 e Tabella 4). Facendo riferimento ai dati delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) del 2006, relativi a vari reparti pediatrici in tutte le regioni d'Italia, si può evidenziare che i tassi di ospedalizzazione (ricoveri per 1.000 abitanti) sono sempre notevolmente più alti nella fascia di età 0-1 anno rispetto a quella 1-17, soprattutto per i reparti di

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 2 – Mortalità per classi di età (0-14 anni), grandi gruppi di causa e anno di decesso Maschi e Femmine (quozienti specifici per 10.000 abitanti) – Anni 2003 e 2006

ICD-10	Cause di morte	Anno	Quozienti per 10.000 abitanti		
			0	1-4	5-14
A00-B99	Malattie infettive e parassitarie	2003	0,56	0,09	0,03
		2006	0,56	0,1	0,03
C00-D48	Tumore	2003	0,2	0,32	0,34
		2006	0,36	0,39	0,36
D50-D89	Mal. del sangue e degli organi ematop. ed alc. dist. imm.	2003	0,13	0,02	0,02
		2006	0,18	0,04	0,03
E00-E90	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	2003	0,45	0,14	0,05
		2006	0,45	0,09	0,05
F00-F99	Disturbi psichici e comportamentali	2003	-
		2006	-
G00-H95	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	2003	0,78	0,18	0,1
		2006	0,74	0,16	0,1
I00-I99	Malattie del sistema circolatorio	2003	1,23	0,14	0,08
		2006	0,73	0,1	0,06
J00-J99	Malattie del sistema respiratorio	2003	0,56	0,08	0,04
		2006	0,53	0,04	0,02
K00-K93	Malattie dell'apparato digerente	2003	0,45	0,03	0,01
		2006	0,56	0,05	0,01
L00-L99	Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	2003	-	-	-
		2006	-	-	-
M00-M99	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	2003	0,02	0,01	..
		2006	-	..	-
N00-N99	Malattie del sistema genitourinario	2003	0,15	0,01	..
		2006	0,09	0,01	..
O00-O99	Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	2003	-	-	-
		2006	-	-	-
P00-P96	Alcune condizioni che hanno origine nel periodo perinatale	2003	22,07	0,01	-
		2006	20,67	0,02	0,01
Q00-Q99	Malformazioni congenite e anomalie cromosomiche	2003	11,42	0,39	0,11
		2006	10,4	0,34	0,06
R00-R99	Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	2003	0,97	0,08	0,03
		2006	1,07	0,07	0,03
V01-Y89	Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	2003	0,76	0,32	0,34
		2006	0,51	0,31	0,22
A00-Y89	Totale	2003	39,75	1,83	1,17
		2006	36,86	1,71	0,99

FONTE ISTAT: Cause di morte - Anno 2006.

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 3 – Tassi di ospedalizzazione per fasce di età e sesso (per 1.000 abitanti). Ricovero per acuti - day hospital - Anno 2006

Regione di residenza	Meno di 1 anno		Da 1 anno a 4 anni		Da 5 anni a 14 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	56,9	37,9	44,0	29,3	35,2	30,0
Valle d'Aosta	79,3	34,8	33,3	31,2	31,6	22,9
Lombardia	59,8	48,5	42,1	30,2	33,0	28,1
P.A. Bolzano	53,0	45,7	54,2	35,3	37,1	26,9
P.A. Trento	35,3	32,8	40,4	26,7	32,5	25,2
Veneto	26,6	16,7	40,8	28,7	26,3	18,4
Friuli Venezia Giulia	26,5	26,2	38,0	26,2	25,5	20,8
Liguria	244,3	233,7	88,0	70,6	76,3	68,8
Emilia Romagna	32,7	25,2	25,6	19,3	22,7	18,6
Toscana	69,6	50,6	62,5	43,2	49,3	39,9
Umbria	45,8	32,4	65,9	41,0	51,3	40,0
Marche	56,8	46,3	38,2	23,9	31,7	27,2
Lazio	123,9	94,7	117,9	86,9	105,0	88,2
Abruzzo	94,5	71,8	84,2	61,2	62,1	55,0
Molise	161,6	101,8	52,0	47,7	50,2	48,3
Campania	117,9	94,8	73,9	56,5	52,8	47,8
Puglia	31,4	25,9	33,0	26,4	27,0	26,3
Basilicata	52,2	47,8	48,3	39,9	47,7	36,8
Calabria	93,9	87,3	62,7	49,0	48,1	46,4
Sicilia	153,0	137,0	80,5	67,6	68,7	57,3
Sardegna	53,7	40,7	33,8	24,6	42,0	35,5
ITALIA	79,2	64,5	58,2	43,6	47,5	40,6

Tassi di ospedalizzazione calcolati sui soli ricoveri di residenti in Italia e dimessi da strutture pubbliche e private.

FONTE: Scheda di dimissione ospedaliera – SDO – Anno 2006.

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

chirurgia pediatrica, di pediatria e di cardiologia pediatrica, dati provenienti da otto regioni italiane. I tassi di ospedalizzazione si equivalgono per le due fasce di età solo per i reparti di oncematologia, dati provenienti da undici regioni.

Per quello che riguarda i tassi di ospedalizzazione per fasce di età e per sesso, rispetto ai dati 2005, si rileva nel 2006 una riduzione dei ricoveri ordinari e di quelli in day hospital.

Il ricorso al ricovero ospedaliero, sia nella modalità ordinaria che in day hospital, nella fascia di età considerata (0-14) è sempre maggiore nel sesso maschile.

4.2.3 Indicazioni per la programmazione

L'analisi dei dati relativa alla mortalità infantile, ridotta in tutte le sue componenti (neonatale e postneonatale) in maniera eclatante negli ultimi anni, ci consente di fornire indicazioni su ulteriori interventi di prevenzione, che mediante campagne di informazione rivolte ai genitori, alle gestanti e alle puerpere, corsi di preparazione al parto e servizi consultoriali, mirano ad una ulteriore riduzione dei casi.

Gli interventi proposti sono già previsti dal Progetto Obiettivo materno-infantile (DM 24 aprile 2000 pubbli-

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 4 – Tassi di ospedalizzazione per fasce di età e sesso (per 1.000 abitanti). Ricovero per acuti - Regime ordinario - Anno 2006

Regione di residenza	Meno di 1 anno		Da 1 anno a 4 anni		Da 5 anni a 14 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	561,4	496,8	80,3	59,2	42,4	35,8
Valle d'Aosta	413,8	353,0	57,7	51,1	56,8	37,6
Lombardia	622,6	556,1	104,5	81,2	53,6	41,2
P.A. Bolzano	478,5	412,2	119,4	91,1	62,0	50,4
P.A. Trento	323,4	289,5	59,9	51,6	33,5	29,3
Veneto	371,2	314,4	70,1	54,9	37,3	29,1
Friuli Venezia Giulia	384,9	312,7	47,5	32,8	30,7	23,2
Liguria	598,0	526,4	92,3	71,7	45,4	40,4
Emilia Romagna	466,1	397,6	97,2	73,3	49,6	36,0
Toscana	415,8	347,3	67,6	49,9	35,2	27,2
Umbria	542,2	491,3	113,6	86,3	53,0	38,9
Marche	458,3	380,7	108,0	84,4	56,1	41,1
Lazio	599,2	501,7	123,1	92,5	60,5	47,8
Abruzzo	712,5	604,3	152,6	115,5	75,2	57,1
Molise	746,2	651,0	152,3	110,0	71,8	57,1
Campania	506,7	417,3	124,1	93,0	67,8	49,9
Puglia	707,6	613,3	160,3	117,4	73,8	55,6
Basilicata	560,3	424,9	97,8	75,1	54,6	37,0
Calabria	545,8	476,5	124,7	92,8	65,7	50,5
Sicilia	629,6	530,1	164,3	129,9	70,4	57,7
Sardegna	601,1	510,9	143,7	107,0	57,5	49,1
ITALIA	550,1	472,0	112,4	85,5	56,6	43,9

Tassi di ospedalizzazione calcolati sui soli ricoveri di residenti in Italia e dimessi da strutture pubbliche e private.

FONTI: Scheda di dimissione ospedaliera – SDO – Anno 2006.

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

cato sulla G. U. n. 131 del 7 giugno 2000) e si evidenziano tra gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.

Al fine di una loro pratica attuazione, il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali nel novembre 2007 ha deciso, in collaborazione con la Federazione italiana medici pediatri e con l'Unicef, di estendere su tutto il territorio nazionale la Campagna "Genitori più", già avviata nel 2006 a livello sperimentale nella regione Veneto e oggi promossa in molte regioni italiane.

L'iniziativa è rivolta ai genitori, con l'intento di aiutare a prevenire gravi rischi di diverso tipo come malforma-

zioni congenite, basso peso alla nascita, morte in culla, infezioni, traumi stradali, obesità e difficoltà cognitive e relazionali, attraverso sette semplici azioni quali: assumere acido folico, non fumare, allattare al seno, far dormire il bimbo a pancia in su, proteggerlo con l'uso del seggiolino, leggergli un libro, promuovere le vaccinazioni, rendendo quindi i genitori protagonisti nella difesa e promozione della salute dei propri figli, fin dal concepimento.

Tra gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, trova ampio spazio l'educazione dei giovani alla promozione della salute e alla procreazione respon-

sabile, tenendo conto del contributo della scuola.

I Consultori, benché ancora insufficienti e irregolarmente diffusi sul territorio, costituiscono un patrimonio per la promozione della salute in termini di benessere fisico, psicologico e socio ambientale; in particolare, lo “spazio giovani” svolge la propria attività, tramite un lavoro di équipes, specificamente formate, che in stretto collegamento con il mondo della scuola promuovono il servizio mediante incontri di educazione alla salute e all’affettività, con il coinvolgimento degli insegnanti e possibilmente dei genitori e degli stessi giovani.

Il Ministero ha effettuato inoltre, in tutte le Regioni, una rilevazione dei Consultori familiari e di quelli

che in particolare hanno istituito specifici “spazi giovani”; il database, aggiornato al dicembre 2007, è pubblicato sul portale www.ministerosalute.it.

Bibliografia essenziale

- Cause di morte, anno 2006. Istat, 2008.
- Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Statistiche in breve, Anno 2005 Istat, 2007.
- Decessi: caratteristiche demografiche e sociali, anno 2006. Istat, 2009.
- La vita quotidiana nel 2005. Indagine multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana” Anno 2005. Istat, 2007:79-83.
- Ministero del lavoro, Salute e Politiche sociali (Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema).
- Scheda di dimissione ospedaliera –SDO- Anno 2006.

4.3 Salute della popolazione anziana

4.3.1 Introduzione e quadro demografico

La salute della popolazione anziana rappresenta una delle tematiche centrali nel panorama sanitario e sociosanitario del nostro Paese, dal momento che in Italia si registra una delle più alte percentuali, in Europa e nel mondo, di presenza di anziani, per effetto sia dei progressivi incrementi della speranza di vita (nel 2008: 78,8 anni per gli uomini e 84,1 anni per le donne) sia del permanere di un contemporaneo basso livello della fecondità (numero medio di figli per donna stimato al 2008 pari a 1,41).

Se, infatti, si analizza la struttura della popolazione per età collocandola in un contesto europeo, si osservano per l’Italia valori che indicano un maggiore invecchiamento della popolazione rispetto a quelli medi del resto del Continente.

In particolare, l’indice di dipendenza degli anziani (pop. \geq 65 anni/pop.15-

64 anni) nel 2008 in Italia è pari a 30,5% (a fronte di un valore medio europeo di 25,4%) ed è il più alto fra i 27 Paesi dell’Unione Europea, vicino a quello della Germania (30,3%) e della Grecia (27,8%); l’indice di dipendenza strutturale (pop.0-14 anni+pop. \geq 65 anni/pop.15-64 anni), è pari a 51,7%, inferiore solo a quello della Francia e ben superiore al valore medio europeo (48,7%).

I dati censivano in Italia, nel 1980, oltre 7 milioni di residenti con 65 anni di età e più, il 13,1% della popolazione. Al 1° gennaio 2008 la popolazione di pari età sfiora i 12 milioni (ben il 20,0%), di cui il 58,1% è costituito da donne.

Aumenta, analogamente, anche la percentuale di popolazione con 80 anni e più, quella dei cosiddetti “grandi vecchi”, che nel 2008 rappresenta il 5,5% del totale (ossia quasi tre milioni di persone) mentre nel 1980 ne costituiva appena il 2,1%.

Lo squilibrio della popolazione in