

riduzione del 15% degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, prevista per l'arco temporale di durata del PNP 2010-2012, esteso a tutto il 2013.

3.1.2. Rappresentazione dei dati

Dagli ultimi dati INAIL disponibili emerge che la serie storica dell'andamento degli infortuni ha proseguito il suo andamento decrescente, con il totale delle denunce di infortunio, pervenute all'INAIL nel 2012, che ha raggiunto il numero di 744.916, con una riduzione in misura percentuale complessiva di circa il 9% rispetto all'anno precedente.

La riduzione è risultata maggiore per i lavoratori, per i quali si è registrata una diminuzione del 10,71% in meno del numero di denunce, mentre per le lavoratrici la diminuzione non ha superato il 5,21%; come luogo di accadimento circa il 13,0% per i maschi e il 21,0% di infortuni per le femmine risultano essersi verificati a bordo di mezzi di trasporto o *in itinere*, come si evince dalla *Tabella 3.1* di fonte INAIL.

Anche le denunce di infortuni mortali nell'anno 2012 hanno subito una significativa riduzione del 5,19% rispetto all'anno precedente come si evince dalla *Tabella 3.2* di fonte INAIL, riguardante le denunce di infortuni con esito mortale, luogo di accadimento e anno di accadimento.

Tabella 3.1. Denunce di infortunio per genere di infortunato, modalità di accadimento e anno di accadimento

Genere	Modalità di accadimento		Anno di accadimento		
			2010	2011	2012
Femmine	In occasione di lavoro		241.616	229.668	217.210
		Senza mezzo di trasporto	222.722	212.736	202.112
		Con mezzo di trasporto	18.894	16.932	15.098
	In itinere		44.641	41.529	39.859
		Senza mezzo di trasporto	11.268	10.444	12.517
		Con mezzo di trasporto	33.373	31.085	27.342
	Totale		286.257	271.197	257.069
Maschi	In occasione di lavoro		541.655	505.326	451.525
		Senza mezzo di trasporto	504.390	470.903	422.664
		Con mezzo di trasporto	37.265	34.423	28.861
	In itinere		43.388	41.063	36.322
		Senza mezzo di trasporto	6.457	5.877	6.751
		Con mezzo di trasporto	36.931	35.186	29.571
	Totale		585.043	546.389	487.847
Totale			871.300	817.586	744.916

Fonte: INAIL.

Tabella 3.2. Denunce di infortunio con esito mortale per luogo di accadimento e anno di accadimento

	2010	2011	2012
Nord-Ovest	341	314	323
Nord-Est	345	331	325
Centro	315	313	268
Sud	353	279	273
Isole	129	130	107
Totale	1.483	1.367	1.296

Fonte: INAIL.

Rispetto alle 1.296 denunce pervenute da infortuni con esiti mortali sul lavoro per l'anno 2012, i casi positivamente riconosciuti dall'INAIL risultano complessivamente essere stati 790, dei quali oltre il 50% risulta essersi verificato al di fuori dell'azienda, per infortuni derivanti dall'utilizzo di un mezzo di trasporto per motivi lavorativi o *in itinere* per recarsi o tornare dal luogo di lavoro.

3.1.3. Esposizione e valutazione critica dei fenomeni rappresentati dai dati

Gli anni 2012 e 2013, come il precedente biennio, hanno continuato a caratterizzarsi, sotto il profilo occupazionale, per il forte condizionamento rappresentato dalla gravissima crisi internazionale che ha interessato globalmente a livello mondiale le economie dei Paesi già a partire dalla seconda parte del 2008, e che si è ulteriormente acuito nell'ultimo biennio, con significativa riduzione del numero degli occupati, ridotti nei soli ultimi trimestri del 2012 di quasi 100.000 unità e forte ricorso alla cassa integrazione, elementi che hanno avuto un peso nell'abbattimento del numero di infortuni in ragione della contrazione dell'esposizione ai rischi lavorativi specifici, in termine di numero di esposti e di ore lavorate, sia pure con una diversa variabilità a livello di settore lavorativo, di ambito territoriale e di dimensione aziendale.

I dati sull'andamento infortunistico indicano che tuttora il settore a maggiore rischio di infortuni, con 48.319 denunce nel 2012, rispetto al totale generale di 515.543 denunce di infortunio riconosciute, risulta essere il settore dell'edilizia, settore in cui si è verificato anche il maggior numero di infortuni mortali nello stesso anno, pari a 157 eventi mortali denunciati in occasione di lavoro.

I dati raccolti dal sistema inforMO, di analisi multifattoriale per la raccolta standardizzata delle informazioni e la ricostruzione delle dinamiche infortunistiche alimentate dalle indagini condotte dai servizi di prevenzione su infortuni lavorativi, non necessariamente coperti da assicurazione obbligatoria, mostrano che tra i fattori determinanti di rischio di in-

fortunio grave o mortale quello più frequente e più grave continua a essere rappresentato dalla caduta dall'alto, seguita da ribaltamento o perdita di controllo di veicoli o mezzi di trasporto e da caduta di oggetti o di materiale dall'alto; in particolare i casi mortali risultano ascrivibili a caduta dai tetti e impalcature, seguita da cadute da scale portatili e dal rischio di seppellimento in occasione della realizzazione di scavi.

Nel settore dell'agricoltura, allevamento e silvicoltura gli infortuni gravi e mortali risultano attribuibili, in particolare, al rischio di schiacciamento per ribaltamento del trattore o per abbattimento di alberi.

Dall'analisi dei dati INAIL di distribuzione delle denunce di infortuni rapportata all'ambito territoriale regionale si osserva che il maggior numero di infortuni denunciati ha interessato le aree più industrializzate del Nord-Est e Nord-Ovest, raggiungendo in tali aree la percentuale di oltre il 60% degli infortuni complessivi, mentre la flessione percentuale più consistente, rispetto ai dati del precedente anno, ha riguardato le aree del Centro e del Sud, con una diminuzione percentuale di circa il -10,5% a fronte di una riduzione nelle aree del Nord complessivamente di circa il -8% ; in particolare, nelle aree del Nord-Est la flessione degli infortuni ha di poco superato il -8% rispetto al precedente anno, mentre nel Nord-Ovest ha raggiunto percentuali lievemente inferiori.

Dalla valutazione della distribuzione degli incidenti tra i due sessi, secondo i dati INAIL emerge che il calo maggiore nell'anno 2012 rispetto all'anno precedente si è verificato in particolare tra i lavoratori maschi, con un calo del -10,72%, mentre tra le lavoratrici il calo è risultato più modesto, fermandosi al -5,21%; più marcata e invertita appare la differenza rispetto agli infortuni con esito mortale, il cui calo complessivo di denunce (-5,19%) è stato positivamente influenzato soprattutto dal calo dei decessi femminili, che ha raggiunto nel 2012 il livello del -26,47%, mentre la diminuzione per i maschi si è attestata al -2,84%.

Rispetto all'ambito territoriale di accadimento, i casi di incidente mortale hanno fatto registrare, sia pure in modo non uniforme,

una generalizzata riduzione delle denunce, con l'eccezione di un lieve aumento di circa il 2,8% nel Nord-Ovest; i migliori risultati si sono registrati per le aree del Centro e delle Isole, con una flessione di circa il -14,37% per le aree del Centro e di -17,6% per le Isole. Anche nel settore dell'agricoltura, silvicoltura e pesca le denunce di infortunio mortale si sono ridotte, passando da 14 eventi mortali denunciati nell'anno 2011 a 10 decessi denunciati nel 2012.

La diminuzione complessiva degli infortuni, registrata a livello settoriale nell'anno 2012, ha riguardato in particolare l'industria con -18,8%, i Servizi con -3,4% e l'Agricoltura con -1,4% rispetto al precedente anno.

Il calo più significativo ha interessato il comparto manifatturiero e le costruzioni, in minor misura i trasporti e il commercio.

Sebbene i lavoratori stranieri rispetto ai lavoratori italiani risultino in generale più esposti a infortunio nel 2012 rispetto al 2011, vi è stata una riduzione del -9,65% delle denunce di infortunio che hanno interessato lavoratori stranieri di origine europea e del -10,44% per i lavoratori di origine extraeuropea, con una percentuale in entrambi i casi lievemente

superiore alla diminuzione di denunce del -8,65% che ha riguardato i lavoratori di nazionalità italiana.

Da una comparazione dei dati registrati nel nostro Paese con i dati europei Eurostat, riferiti all'anno 2010, utilizzando tassi standardizzati di incidenza infortunistica, il nostro Paese, con un tasso infortunistico di 2.200 infortuni ogni 100.000 occupati, si posiziona al di sotto dell'indice infortunistico di Spagna e Germania, risultando sostanzialmente in linea o poco al di sotto del tasso medio di incidenza di infortuni lavorativi europei, mentre con riferimento agli infortuni mortali l'indice italiano di 1,6 decessi ogni 100.000 occupati si pone decisamente al di sotto di quello stimato, pari a 1,9 decessi per 100.000 lavoratori, complessivamente per i 27 Paesi dell'Unione Europea (UE).

Bibliografia essenziale

INAIL. Rapporto Annuale sull'andamento infortunistico, 2013

OIL. Rapporto sul mondo del lavoro 2013: Scenario Italia

Rapporto regionale degli infortuni sul lavoro 2007-2012 Sistema inforMo

3.2. Incidenti stradali

3.2.1. Quadro programmatico

Gli incidenti stradali sono una seria emergenza sanitaria in tutti i Paesi europei, quale prima causa di morte nelle età comprese tra i 15 e i 35 anni. Si stima che nei Paesi a economie avanzate i costi degli incidenti stradali ammontino all'1-3% del Prodotto Interno Lordo (PIL). In Italia, nel 2012, sono morte in incidente stradale 3.653 persone (-5,4% rispetto all'anno precedente e -44,7% su base decennale), secondo i dati rilevati dalle forze dell'ordine. Il trend in discesa è dovuto a molti fattori (es. miglioramento dei controlli su strada e della sicurezza infrastrutturale e dei veicoli, incremento della consapevolezza del rischio nella popolazione), ma le diminuzioni più importanti sono state osservate a

partire dall'introduzione della patente a punti. Per ridurre il numero e la gravità degli incidenti stradali ci vogliono un programma a lungo termine, la stabilizzazione degli attuali interventi di prevenzione, ulteriori misure di prevenzione e, considerata l'eziologia multifattoriale di questi incidenti, interventi che incidano simultaneamente su più fattori di rischio.

In tale direzione si pone il Piano Mondiale di Prevenzione per la Sicurezza Stradale (PMPSS) – Dieci Anni di Azione per la Sicurezza Stradale 2011-2020 – rivolto a tutti gli Stati membri delle Nazioni Unite (ONU), che fornisce le Linee guida per le buone pratiche nella lotta contro i principali fattori di rischio di incidente. Gli interventi di dimostrata efficacia per la riduzione degli incidenti stradali indicati dal PMPSS sono:

a) promuovere stili di vita corretti; b) integrare i dispositivi di sicurezza stradale durante la pianificazione dello sviluppo territoriale, delle città e dei trasporti; c) progettare e costruire strade più sicure; d) migliorare i dispositivi di sicurezza dei veicoli; e) promuovere il trasporto pubblico; f) controllare la velocità su strada da parte della polizia stradale e adottare misure di riduzione della velocità; g) elaborare e applicare norme armonizzate con quelle internazionali che prevedano l'uso obbligatorio di cinture di sicurezza, casco e dispositivi di sicurezza in auto per i bambini; h) individuare e applicare limiti d'alcolemia alla guida che prevedano, se superati, il divieto di condurre veicoli; i) migliorare il trattamento dei traumatismi secondari a incidente stradale.

Anche le campagne di sensibilizzazione della popolazione sono importanti per sostenere l'applicazione della normativa, permettendo di migliorare la conoscenza dei rischi e delle sanzioni delle infrazioni. L'ONU auspica che nei Paesi membri gli interventi di riduzione dei rischi d'incidente coinvolgano i mezzi di trasporto merci o materiali pericolosi e sia consentita la circolazione dei soli veicoli ben tenuti e con conducenti qualificati.

La prevenzione degli incidenti stradali richiede un approccio multisettoriale e il coinvolgimento di numerose Istituzioni. La sanità pubblica gioca, tuttavia, un ruolo fondamentale nella prevenzione degli infortuni stradali attraverso: a) informazione e formazione sui fattori che alterano lo stato psicofisico alla guida quali consumo di alcol e droghe o l'assunzione di farmaci e la stanchezza alla guida; b) informazione e formazione sui pericoli legati alla guida senza cinture e senza casco e senza sistemi di ritenuta per i bambini, all'eccesso di velocità e alla violazione delle norme del codice della strada in genere; c) organizzazione dell'emergenza e soccorso sanitario; d) attività di *advocacy* presso le altre istituzioni coinvolte, in particolare per promuovere la mobilità sostenibile e sicura (potenziamento del trasporto pubblico locale, pianificazione urbanistica, messa in sicurezza dei percorsi casa-scuola).

L'Italia deve fronteggiare l'attuale sfida della Commissione Europea di mantenere l'obiettivo del dimezzamento del numero di morti

nell'UE tra il 2010 e il 2020. Nell'UE si lavora alla proposta di dimezzamento anche dei feriti gravi entro il 2020. Vi è urgenza di programmare interventi per: a) tutelare l'utenza debole e quella vulnerabile della strada (pedoni, ciclisti e utenti delle due ruote motorizzate), rendendo la mobilità (urbana in particolare) più sicura; b) proteggere i bambini trasportati su autoveicoli.

Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) pubblicate nel 2013, nel mondo ogni anno 1.240.000 persone muoiono in incidente stradale, tra 20 e 50 milioni sono i soggetti con lesioni non mortali, spesso con esito di disabilità permanente. Nei 27 Paesi UE sono morte nel 2012 per incidente stradale 27.724 persone (8,8% meno del 2011): 55 persone ogni milione di abitanti.

In Italia le statistiche dell'Istat-ACI degli incidenti stradali, basate sulle rilevazioni delle forze dell'ordine, nel 2012 hanno registrato un tasso grezzo di 60,1 morti per milione di abitanti/anno (13° posto nella graduatoria europea). La percentuale di mortalità relativa all'utenza debole della strada supera il 49%. Tale utenza è particolarmente esposta per effetto dell'ampio uso delle 2 ruote motorizzate, in media più che in Europa, ove gli "utenti deboli" presentano valori molto più bassi: pedoni 10%, ciclisti 5% e utenti delle 2 ruote motorizzate 17%. Nella *Tabella 3.3* sono riportati i tassi di mortalità età-sesso specifici per incidenti stradali. Per entrambi i generi si ha un picco tra i 21 e i 24 anni, a conferma del fatto che tutt'oggi i giovani, per lo più neopatentati, sono il gruppo di popolazione più a rischio. Tra i 25 e i 44 anni vi sono tassi altresì alti, anche a causa dell'uso massivo del motociclo, che in queste classi determina il 37% della mortalità in incidenti stradali. Si osservino, infine, gli alti tassi di mortalità degli anziani, legati prevalentemente all'incidentalità pedonale. Nel 2012 le forze dell'ordine rilevano 264.716 feriti, in calo del 9,3% rispetto all'anno precedente e del 30,1% su base decennale.

Riguardo ai feriti rilevati in ospedale, il sistema SINIACA-IDB (Sistema Informativo Mondiale sugli Incidenti in Ambiente di Civile Abitazione – Injury Database) [progetto CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie) attuato dall'Istituto superiore di sanità (ISS)] ha acquisito i

Tabella 3.3. Mortalità per incidente stradale per sesso ed età*: valori assoluti e tassi grezzi (per milione di abitanti) – Italia 2012

Classe di età	Valori assoluti			Tassi (per milione)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Fino a 5 anni	8	4	12	4,7	2,5	3,6
6-9 anni	9	6	15	7,9	5,5	6,7
10-14 anni	16	8	24	11,2	5,9	8,6
15-17 anni	57	25	82	66,2	30,8	49
18-20 anni	134	26	160	146,4	30,1	89,9
21-24 anni	197	54	251	156,8	44,6	101,7
25-29 anni	230	45	275	138,8	27,4	83,3
30-44 anni	715	115	830	109,2	17,5	63,2
45-54 anni	428	69	497	97,6	15,2	55,7
55-59 anni	168	39	207	93	20,3	55,6
60-64 anni	150	35	185	84,1	18,3	50
65 e oltre	774	276	1.050	147,7	38,7	84,9
Totale	2.886	702	3.588	100,5	22,9	60,4

*Al netto di 65 casi con età imprecisata.

Fonte: Elaborazione su dati Istat-ACI.

dati di accesso in pronto soccorso ospedaliero dell'anno 2011 in Piemonte, Provincia di Trento, Toscana e Sardegna (17% della popolazione italiana). In totale sono stati analizzati 174.092 accessi in pronto soccorso per incidenti stradali con tasso d'incidenza medio di 1.672 casi ogni 100.000 abitanti/anno. Proiettando questi dati all'Italia è possibile stimare in circa 1.013.700 l'anno i feriti in incidente stradale acceduti in pronto soccorso (56% maschi). Di questi il 46,1% nei maschi e il 42,0% nelle femmine hanno tra 15 e 34 anni d'età. Il 9,4% è rappresentato da cittadini stranieri, il che permette di stimare in oltre 95.000/anno in Italia gli accessi in pronto soccorso per incidenti stradali di stranieri. La quota di ricovero ospedaliero sugli accessi in pronto soccorso è pari a circa il 7%; si stimano perciò circa 72.000 ricoveri l'anno per incidenti stradali in Italia. I dati SINIACA-IDB indicano come in pronto soccorso oltre 1 soggetto su 7 presenti pericolo di vita evolutivo o immediato (codici triage giallo o rosso). La gran parte, quindi, è rappresentata da traumatismi lievi. Le fratture o le lesioni agli organi interni si osservano più di frequente nei soggetti ricoverati (Tabella 3.4). Dove è possibile considerare il veicolo coinvolto, vi

sono differenze nell'urgenza di trattamento a seconda del veicolo. Considerando la quota dei casi più urgenti (triage giallo o rosso) si osserva una forbice ampia dal 4,9% nel caso di bus/pullman/tram al 40,0% per microcar/minicar (Tabella 3.5).

L'Osservatorio nazionale sull'uso dei dispositivi di sicurezza (Ulisse), attivo presso l'ISS, nel periodo 2009-2011 ha osservato direttamente su strada l'uso dei dispositivi di sicurezza su veicolo in un vasto campione rappresentativo dell'Italia (644.283 utenti osservati in 98 Province in area urbana ed extra-urbana in tutte le 20 Regioni italiane). I dati di Ulisse mostrano un forte incremento rispetto all'anno 2000 nell'uso dei dispositivi di protezione, che nel 2009-2011 si attesta al 90% degli utenti per il casco su motoveicolo e al 64% degli utenti per le cinture di sicurezza su autoveicolo (nel 2000-2002 i valori erano 80% per il casco e 29% per le cinture), stabilizzandosi su valori poco inferiori rispetto al momento dell'introduzione della patente a punti. L'uso delle cinture posteriori è del 10% e l'80% dei veicoli in area extra-urbana accende le luci di giorno. Il 9% dei guidatori usa il cellulare alla guida e il 5% dei conducenti non allaccia il casco indossato.

Tabella 3.4. Ranking delle quote percentuali delle più frequenti diagnosi di ricovero per incidente stradale. SINIACA-IDB 2011 (n. 12.365)

Tipo di lesione	%
Frattura del femore	9,30
Concussione	7,80
Frattura della tibia e del perone	7,40
Frattura delle costole, dello sterno, della laringe e della trachea	5,20
Frattura dell'omero	3,50
Frattura della colonna vertebrale senza menzione di lesione del midollo	2,80
Frattura del bacino	2,20
Emorragia subaracnoidea, subdurale ed extradurale	1,50

Fonte: SINIACA-IDB.

Tabella 3.5. Quota percentuale per veicolo dell'infortunato dei casi urgenti (al triage) negli accessi al pronto soccorso per incidente stradale. SINIACA-IDB Sardegna 2011 (n. 22.923)

Veicolo dell'infortunato	Giallo + Rosso
Nessuno (pedone)	20,0%
Bicicletta	26,8%
Ciclomotore	20,5%
Microcar/Minicar	40,0%
Motocicletta	26,7%
Automobile	9,6%
Camion/Veicolo pesante	28,6%
Bus/Pullman/Tram	4,9%
Macchina industriale	33,3%
Trattore/Macchina agricola	35,7%
Altro	21,4%

Fonte: SINIACA-IDB.

Il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), esteso a tutte le Regioni italiane con la partecipazione della quasi totalità delle Aziende sanitarie locali (ASL) [oltre 94%] raccoglie dal 2008, con circa 37.000 interviste annue, anche informazioni sull'utilizzo dei dispositivi di sicurezza per la prevenzione degli incidenti stradali. Analizzando i cambiamenti temporali si rileva un aumento dal 2008 al 2012 dell'utilizzo di tutti i dispositivi di sicurezza, ma non in modo uniforme sul territorio: aumenta l'utilizzo del casco di circa il 3%, determinato in gran parte dall'aumento al Sud (5,3%); aumenta l'utilizzo della cintura anteriore del 2%, ma solo al

Nord (3,3%) e al Centro (2,9%); anche l'utilizzo della cintura posteriore aumenta del 2%, ma come risultato di un aumento nelle Regioni settentrionali (4,9%) e di una riduzione al Sud (-1,5%). I gruppi di popolazione che più utilizzano i dispositivi di sicurezza sono in generale le persone con età maggiore e quelle più agiate. In particolare, l'utilizzo del casco è più frequente anche tra le donne e le persone con elevato livello d'istruzione, come l'uso della cintura anteriore (maggiormente riportato anche tra gli stranieri). Dai dati PASSI relativi al biennio 2011-2012 emerge che tra coloro che viaggiano in automobile con bimbi di 0-6 anni d'età quasi 1 intervistato su 4 (23%) dichiara di avere difficoltà o di non utilizzare o addirittura di non avere alcun dispositivo di sicurezza per il bambino; questa percentuale è del 30% nelle Regioni meridionali, del 20% in quelle centrali e 18% in quelle settentrionali. Il mancato o "inadeguato" utilizzo dei seggiolini/adattatori per il trasporto dei bambini in automobile è più frequente tra le persone economicamente più svantaggiate (30%), tra chi viaggia con bimbi più grandi (26%), ma soprattutto tra coloro che, guidatori o passeggeri, violano l'obbligo d'uso delle cinture di sicurezza per se stessi (37%).

Bibliografia essenziale

Istat. Statistiche degli incidenti stradali anno 2012

Jost J, Allsop R, Steriu M. Back on track to reach the EU 2020 Road Safety Target? 7th Road Safety PIN Report. European Transport Safety Council. Brussels 2013

La sorveglianza PASSI. Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica. A cura del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute <http://www.epicentro.iss.it/passi/>. Ultima consultazione: agosto 2014

ONU <http://www.who.int/roadsafety/about/resolutions/download/en/index.html>. Ultima consultazione: agosto 2014

WHO, Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action

3.3. Incidenti domestici

Gli infortuni domestici e del tempo libero sono un'importante categoria di incidente caratterizzata da numerosità elevata e limitata tendenza alla riduzione.

Riguardo alla morbosità, i dati di UE, OMS e UNICEF evidenziano come gruppo maggiormente a rischio i bambini in età prescolare (< 6 anni). I dati italiani confermano quelli internazionali per bambini piccoli ed evidenziano, come le casistiche europee, che la popolazione d'età > 65 anni è a elevato rischio di infortunio domestico. Nel 2012, il sistema SINIACA-IDB ex legge 493/1999, basato su informazioni in formato analitico europeo di un campione di centri di pronto soccorso ospedaliero distribuiti sul territorio nazionale, ha stimato in circa 1.825.000 gli accessi in pronto soccorso, con un tasso medio d'incidenza di 3.075 pazienti per 100.000 abitanti/anno. I gruppi età-sesso specifici a maggiore rischio sono: bambini di età inferiore ai 5 anni (8.137 casi ogni 100 mila abitanti/anno); anziani, a partire dai 65 anni (5.582 casi ogni 100.000 abitanti/anno, con tassi progressivamente maggiori al crescere dell'età); donne in età lavorativa in attività di lavoro domestico (2.114 casi ogni 100.000 abitanti/anno); adulti tra i 15 e i 49 anni (2.043 casi ogni 100.000 abitanti/anno).

Dal sistema SINIACA-IDB risulta che il 7,4% degli accessi in pronto soccorso per incidente domestico esita in ricovero (*Tabella 3.6*), pertanto è possibile stimare in circa 135.000 i ricoveri per infortunio domestico: il 23% di tutti i ricoveri per traumatismi e avvelenamenti. Il dato si conferma nell'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO): nel 2012 si registrano 81.139 dimissioni per incidente domestico. Attribuendo proporzionalmente ai casi con codifica del tipo d'incidente

quelli con codifica mancante o non valida (oltre il 40% dei ricoveri di trauma) si ottiene un totale di circa 135.000 ricoveri/anno. La distribuzione per sesso ed età dei ricoveri SINIACA-IDB è fortemente concordante con quella SDO da incidente domestico (maschi tau Kendall = 0,74, $p < 0,0000$; femmine tau Kendall = 0,86, $p < 0,0000$).

I 37.450 accessi in pronto soccorso per incidente domestico registrati nella rete campionaria di 25 centri di pronto soccorso SINIACA-IDB evidenziano come i luoghi più colpiti della casa siano soggiorno/camera da letto (18,6%), garage, parcheggio ecc. (17,9%), cucina (17,2%).

La dinamica più frequente e mediamente più grave, soprattutto per gli anziani, è la caduta (47,9%), seguita da urti (15,5%) e da ferite da taglio e punta (11,8%). Le attività di pulizia domestica e preparazione del cibo comportano spesso un incidente in casa (23,2%), seguite dal fai da te (16,5%). Nutrirsi, riposare e lavarsi si riscontrano nel 14,2% degli infortuni. Le altre attività di vita quotidiana e il gioco incidono per circa il 10% ciascuna. La contusione/escoriazione è frequentemente osservata (25,3% dei casi), seguono le ferite aperte (24,7%) e le fratture (18,3%). Lesioni infrequenti, ma potenzialmente gravi, sono le ustioni e lo schiacciamento/amputazione, ciascuna pari al 2,0% dei casi. Riguardo al distretto corporeo della lesione, prevalgono gli arti superiori (22,6%) e inferiori (18,8%), seguiti dal multi-trauma (11,9%). Le lesioni alla testa e al volto mostrano percentuali sovrapponibili (circa l'8%).

Le parti strutturali della casa (es. pavimenti, scale, impianti ecc.) si associano all'incidente nel 28,7% dei casi, per effetto delle cadute e degli urti. Seguono i mobili e gli arredi

Tabella 3.6. Infortuni domestici: distribuzione percentuale degli accessi in pronto soccorso per sesso e dinamica e relativa quota di ricoveri

Dinamica incidente	Pronto soccorso (distribuzione %)						Ricovero (quota % su accessi in pronto soccorso)					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	Casi	%	Casi	%	Casi	%	Casi	%	Casi	%	Casi	%
Caduta, inciampamento	7.048	39,8	10.883	55,2	17.931	47,9	596	8,5	1.444	13,3	2.040	11,4
Urto, schiacciamento	3.115	17,6	2.687	13,6	5.802	15,5	67	2,2	91	3,4	158	2,7
Corpo estraneo	675	3,8	236	1,2	911	2,4	15	2,2	3	1,3	18	2,0
Ferita da taglio, puntura	2.758	15,6	1.658	8,4	4.416	11,8	41	1,5	13	0,8	54	1,2
Morso animale	339	1,9	224	1,1	563	1,5	7	2,1	0	0,0	7	1,2
Ustione, corrosione	314	1,8	405	2,1	719	1,9	10	3,2	9	2,2	19	2,6
Soffocamento	7	0,0	11	0,1	18	0,0	0	0,0	1	9,1	1	5,6
Avvelenamento, intossicazione	119	0,7	118	0,6	237	0,6	8	6,7	7	5,9	15	6,3
Elettricità, radiazioni	13	0,1	9	0,0	22	0,1	1	7,7	1	11,1	2	9,1
Sforzi violenti	331	1,9	313	1,6	644	1,7	8	2,4	7	2,2	15	2,3
Altre dinamiche	364	2,1	340	1,7	704	1,9	9	2,5	23	6,8	32	4,5
Non nota	2.632	14,9	2.845	14,4	5.477	14,6	118	4,5	300	10,5	418	7,6
Totale	17.715	100,0	19.729	100,0	37.444	100,0	880	5,0	1.899	9,6	2.779	7,4

Fonte: SINIACA-IDB (n. 37.450) – Anno 2012.

(21,7%), gli utensili e gli attrezzi da lavoro (anche domestico) nel 19,8% dei casi. Di rilievo nella dinamica dell'incidente sono le particelle di materiale (vetro, metallo, legno, pietra ecc.) in forma di schegge, pezzi, granuli ecc. (8,2%), gli animali e le piante (5,2%), le sostanze chimiche e farmaceutiche per avvelenamento o ustione (2,7%), i prodotti per l'infanzia (2,4%) e gli oggetti e le sostanze calde, fiamme libere incluse (2,3%).

Per quanto riguarda gli infortuni domestici da agenti chimici, il Sistema Informativo Nazionale per la Sorveglianza delle Esposizioni pericolose e delle Intossicazioni (SIN-SEPI), basato sui casi esaminati dai Centri Antiveneni (CAV), rileva ogni anno circa 17.000 casi di esposizione accidentale. Le principali categorie di agenti esaminate comprendono: corpi estranei/giocattoli; cosmetici/prodotti per la cura della persona; deodoranti ambientali e per servizi igienici; fumi/gas/vapori; prodotti per la pulizia; biocidi; oli essenziali; prodotti per la protezione di piante ornamentali; piante coltivate

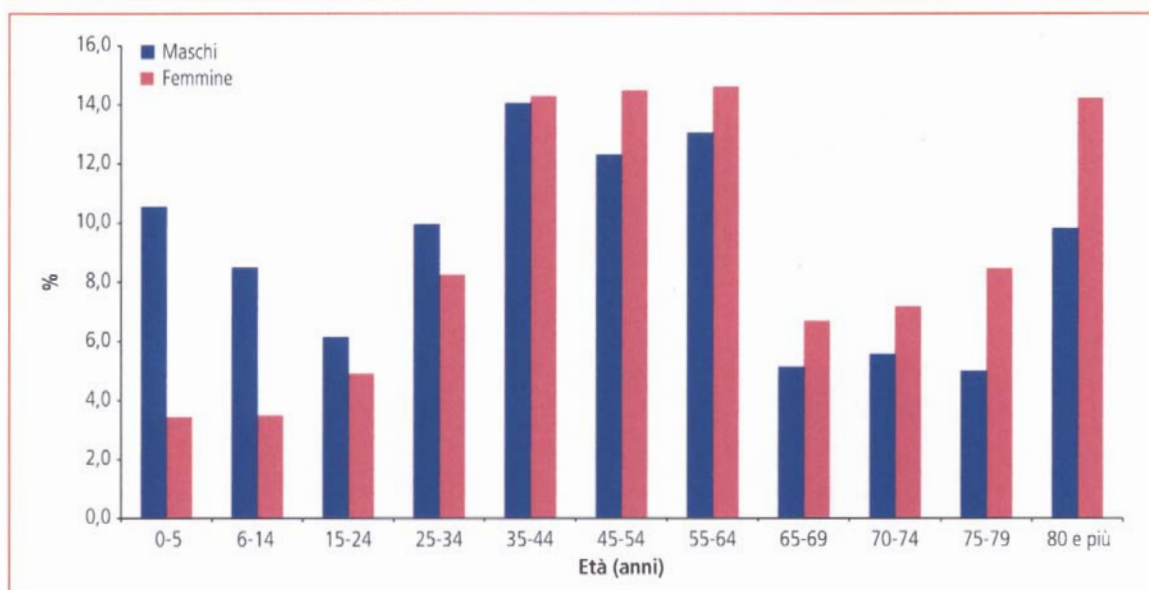
e ornamentali. Nel periodo 2007-2010 i casi rilevati sono stati 68.850. Di questi, il 67% è risultato di età < 6 anni, l'8% di età compresa tra 6 e 19 anni e il 22% di età > 19 anni, mentre per il 3% dei casi l'età non è risultata nota. Come mostrato nella *Tabella 3.7*, il 46,5% dei casi esaminati è stato esposto a prodotti per la pulizia della casa, il 14,8% a corpi estranei/giocattoli, il 13,2% a biocidi, l'8,1% a cosmetici/prodotti per la cura della persona, il 5,0% a piante coltivate e ornamentali, il 3,0%, rispettivamente, a deodoranti ambientali e per servizi igienici e a fumi/gas/vapori, circa l'1%, rispettivamente, a oli essenziali e prodotti per la protezione di piante ornamentali.

Con specifico riferimento al rischio di intossicazione da agenti di uso domestico, la base di dati SIN-SEPI può essere utilizzata per orientare approfondimenti di indagine e valutazioni sulla sicurezza dei prodotti in commercio. I flussi informativi SINIACA-IDB e SIN-SEPI sono attualmente utilizzati per sorvegliare l'andamento del fenomeno in esame nelle sue diver-

Tabella 3.7. Distribuzione per categoria di agente degli incidenti domestici causati da esposizione ad agenti chimici e corpi estranei

	Casi	%
Prodotti per la pulizia di uso domestico	31.908	46,5
Corpi estranei/giocattoli	10.224	14,8
Biocidi	9.092	13,2
Cosmetici/prodotti per la cura della persona	8.314	8,1
Piante coltivate e ornamentali	3.456	5,0
Deodoranti ambientali	2.080	3,0
Fumi/gas/ vapori	1.988	2,9
Oli essenziali	924	1,3
Prodotti per la protezione di piante coltivate e ornamentali	864	1,2

Fonte: Dati SIN-SEPI – Anni 2007-2010.

Figura 3.1. Distribuzione percentuale per sesso e classi di età del numero di persone che hanno subito uno o più incidenti in ambiente domestico.

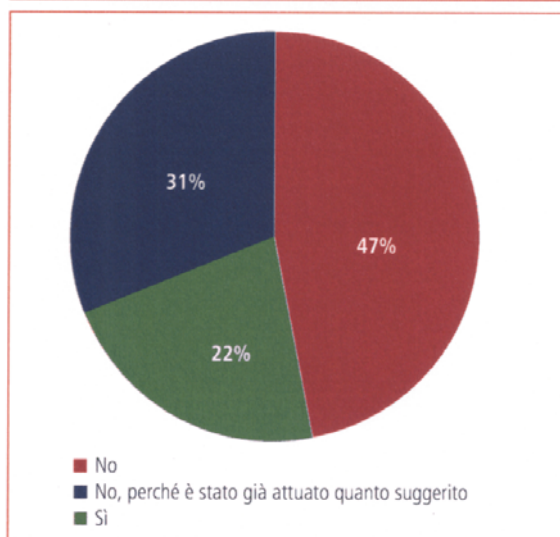
Fonte: Istat. Indagine statistica multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana (media degli anni 2010, 2011 e 2012).

se articolazioni e per la rilevazione e tempestiva segnalazione di problematiche emergenti.

L'Indagine Istat Multiscopo sulle Famiglie condotta con intervista di campione rappresentativo della popolazione italiana attribuisce alle femmine il 70% degli incidenti domestici. Le frequenze più elevate, come mostrato nella *Figura 3.1*, si osservano tra i 35 e i 64 anni d'età, rispettivamente il 39% nei maschi e il 43% nelle femmine. Si osserva un picco nei maschi in età pre-scolare (10%) e nelle femmine oltre gli 80 anni (14%).

I dati 2012 del pool di ASL delle 11 Regioni della sorveglianza PASSI aderenti al modulo opzionale su sicurezza domestica e illustrati nella *Figura 3.2* indicano che il 19% della popolazione adulta (18-69 anni) riferisce di aver ricevuto, nell'anno precedente l'intervista, informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici. Di questi il 22% dichiara di aver reso di conseguenza la propria abitazione più sicura. Poiché il 31% degli intervistati dichiara di non aver attuato quanto suggerito, perché già realizzato in precedenza, sembra opportu-

Figura 3.2. Sistema PASSI 2012. Efficacia delle informazioni. Persone che dichiarano di aver reso la propria abitazione più sicura a seguito delle informazioni ricevute (negli ultimi 12 mesi).



na l'adozione di strategie informative mirate a target specifici in funzione del contesto abitativo strutturale, territoriale e socioeconomico. Nell'ultimo decennio controllo e prevenzione del fenomeno sono aumentati. Rimangono fondamentali il miglioramento delle politiche di salute pubblica, il monitoraggio degli effetti dell'evoluzione tecnologica edilizia e abitativa, oltre al controllo dei fattori di rischio legati all'invecchiamento della popolazione e delle strutture abitative, in funzione anche dei problemi manutentivi.

Sulla base delle evidenze disponibili, le iniziative per la prevenzione degli incidenti domestici saranno mirate a incidere simultaneamente su più fattori di rischio attraverso azioni orientate a: messa in sicurezza e miglioramento dell'ambiente abitativo; formazione e informazione dei genitori e delle figure con ruolo di assistenza familiare (es. badanti, baby sitter, educatrici dell'infanzia, educatrici scolastiche), anche mediante associazioni di categoria e personale del

ServiSSN in rapporto fiduciario con la popolazione target; implementazione e promozione dell'attività fisica moderata, in particolare per il mantenimento della capacità di equilibrio e coordinamento motorio; controllo delle prescrizioni terapeutiche associabili a rischio di caduta (in particolare multiterapie e assunzione di farmaci psicotropi o antiaritmici); prevenzione dell'abuso di alcol e sostanze psicotrope; miglioramento dei servizi di assistenza sociale e sanitaria territoriale e domiciliare (anche a distanza) degli anziani, in particolare per quelli soli o in località remota; miglioramento del sistema di emergenza-urgenza del trauma (riduzione dei tempi di accesso e dei decessi extraospedalieri in fase acuta).

Per quanto riguarda le attività di sorveglianza, le attività previste comprendono: miglioramento dei flussi informativi basati sul pronto soccorso e loro integrazione europea; miglioramento dei flussi informativi dei CAV e approfondimenti sugli incidenti domestici causati da prodotti di uso domestico basati sui dati rilevati con procedura standard dal SIN-SEPI.

Bibliografia essenziale

- EuroSafe, Injuries in the European Union, Summary of injury statistics for the years 2008-2010, Amsterdam, 2013
- Ferrante P, Massari S, Buresti G, et al. Inail ed. 2012. Infortuni Domestici: Epidemiologia del fenomeno e approfondimenti sulla popolazione infortunata
- Longo E, Pitidis A. SINIACA: una risposta di sistema per la sorveglianza nazionale degli incidenti domestici. Not Ist Super Sanità 2010; 23: 3-7
- Settimi L, Davanzo F, Urbani E, et al. Istituto superiore di sanità ed. 2012. Sistema Informativo nazionale sulle esposizioni pericolose e le intossicazioni: casi rilevati nel 2009. Rapporti ISTISAN 12/13. Quarto rapporto annuale
- WHO. La prévention des traumatismes et de la violence - Guide à l'intention des Ministères de la Santé. World report on child injury prevention-2007

3.4. Suicidi

Secondo le stime dell'OMS, ogni anno circa un milione di persone muore per suicidio nel

mondo. Il fenomeno è però caratterizzato da un'ampia variabilità geografica e l'Italia si col-

loca tra i Paesi del mondo a più basso rischio di suicidio. Con riferimento specifico al continente europeo, il tasso grezzo registrato nel nostro Paese (4,9 suicidi per 100.000 abitanti) è inferiore a quello di Spagna e Regno Unito (6,4) e superiore solo a quelli che si osservano a Cipro (3,1) e in Grecia che, con 2,9 suicidi ogni 100.000 abitanti, presenta i livelli di mortalità in assoluto più bassi (Eures, 2012).

Il genere maschile, l'età anziana, la presenza di un disturbo psichiatrico e l'abuso di sostanze rappresentano i principali fattori di rischio nell'ideazione suicidaria. L'aver attuato un precedente tentativo di suicidio, specie mediante impiccagione o annegamento, risulta fortemente associato con il rischio della ripetizione dell'atto con esiti letali. Tuttavia, anche fattori di tipo culturale, ambientale e socio-demografico giocano un ruolo nel determinare la variabilità geografica dei tassi di suicidio. Infine, in termini di sanità pubblica occorre considerare che il suicidio, oltre a causare la perdita di vite umane, è un atto che si ripercuote pesantemente sulla rete familiare e sociale del soggetto, con inevitabili conseguenze e costi sociali.

3.4.1. Rappresentazione e valutazione dei dati

I dati di seguito presentati sono stati elaborati dall'ISS a partire dai dati ufficiali dell'Istat su mortalità e popolazione residente. Quando non diversamente specificato, i dati sono relativi ai soli cittadini italiani e agli stranieri regolarmente residenti deceduti nel nostro Paese. I valori medi sono riferiti al biennio 2009-2010, con il trend temporale stimato per interpolazione laddove il dato non è disponibile. Infine, poiché il suicidio nell'infanzia e nella primissima adolescenza è un fenomeno piuttosto raro, sono stati considerati, per il calcolo dei tassi, solo i suicidi commessi da persone di età maggiore ai 14 anni.

Distribuzione dei suicidi per genere e per età.

Nel biennio 2009-2010 si sono verificati in Italia 7.964 suicidi (3.975 nel 2009 e 3.989 nel 2010). Di tutti i suicidi verificatisi, il 2,6% (210 persone) è stato escluso dalle analisi che seguono in quanto commessi da persone non

residenti in Italia o con residenza sconosciuta; sono stati anche esclusi 16 casi di suicidi di bambini tra i 9 e i 14 anni.

I dati riportati di seguito si riferiscono quindi ai 7.738 casi di suicidio di residenti in Italia con età maggiore di 14 anni.

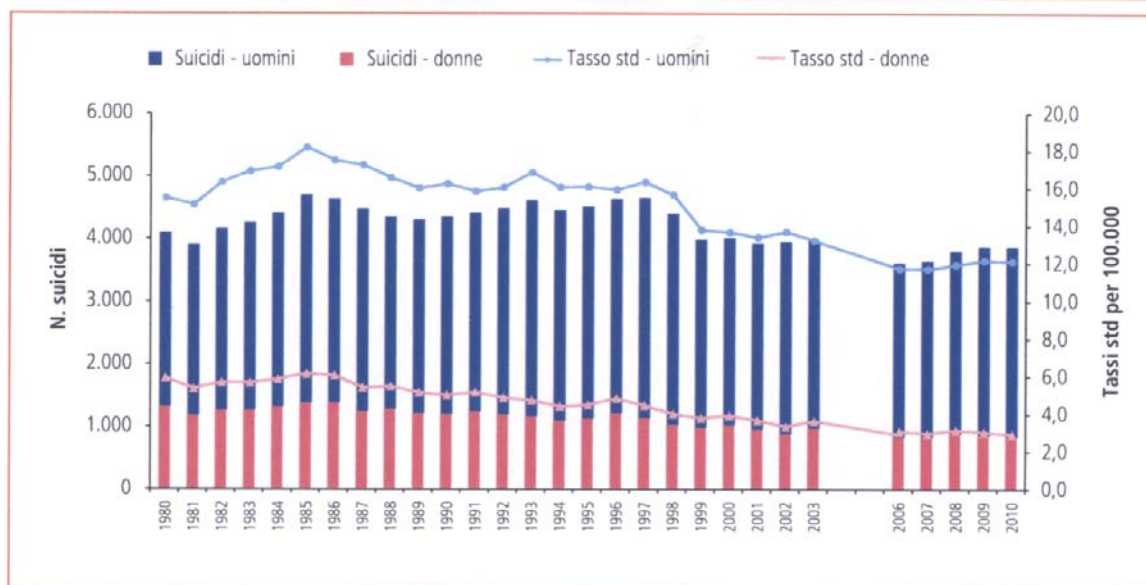
Il tasso grezzo di mortalità medio annuo relativo alla popolazione considerata è pari a 7,5 per 100.000 residenti. Nel 78% dei casi il suicida è un uomo. Il tasso grezzo di mortalità è pari a 12,1 per gli uomini e a 3,2 per le donne, con un rapporto maschi/femmine di 3,8. Per entrambi i generi, la mortalità per suicidio cresce all'aumentare dell'età ma, mentre per le donne questo aumento è piuttosto costante, per gli uomini si evidenzia un incremento esponenziale dopo i 65 anni di età. Il tasso raggiunge il suo massimo nelle classi di età più anziane (passando da 14,9 suicidi nella classe di età 65-69 a 36,2 tra gli over 84). Per le donne, invece, la mortalità per suicidio raggiunge il suo massimo nella classe di età 70-74 anni (4,9), dopo di che tende a ridursi nelle classi di età più anziane (4,3 tra le donne di 85 anni e oltre). Probabilmente la fuoriuscita dal mercato del lavoro, che a sua volta spesso coincide con una riduzione dei ruoli sociali e un restringimento delle reti di relazione, contestualmente al peggioramento dello stato di salute generale, gioca un ruolo nel determinare il forte aumento del tasso di mortalità per suicidio che si registra dopo i 65 anni di età tra gli uomini.

Sebbene il fenomeno del suicidio, in termini assoluti, assuma dimensioni più rilevanti in età anziana, è nei giovani che esso rappresenta una delle più frequenti cause di morte. Nelle fasce di età 15-24 e 25-44 anni il suicidio è stato, nel biennio 2009-2010, la quarta più frequente causa di morte (circa il 9% di tutti i decessi). Tra i minori (10-17 anni) i decessi per suicidio rappresentano il 5% del totale.

Metodi utilizzati per attuare il suicidio. Rispetto al metodo utilizzato per mettere in atto il suicidio si evidenziano forti differenze sia per genere sia per età.

Il metodo più frequentemente utilizzato dagli uomini è stato l'impiccagione (52% dei suicidi maschili) seguito da precipitazione (16%), annegamento (9%) e dalle armi da fuoco (8%). Anche per le donne impiccagione (33%), anne-

Figura 3.3. Decessi (valori assoluti) e tasso standardizzato (std) [per 100.000 abitanti] di mortalità per suicidio nella popolazione di 15 anni e più – Uomini e donne di 15 anni e oltre per genere – Italia (Anni 1980-2010).



gamento (22%) e precipitazione (19%) sono i tre metodi più frequenti, seguiti però dall'avvelenamento da farmaci (6%).

Trend temporale dei tassi di mortalità per suicidio. Il trend storico del tasso standardizzato di mortalità per suicidio mostra una riduzione a partire dalla metà degli anni Ottanta che si accentua, soprattutto per gli uomini, a partire dal 1997; tuttavia, dopo il minimo storico raggiunto nel 2006, questa tendenza alla riduzione subisce un arresto. Un'analisi più di dettaglio ha messo in luce un aumento della mortalità per suicidio nel periodo 2006-2010 che ha riguardato esclusivamente gli uomini nella fascia di età lavorativa (25-69 anni), forse collegato anche alla crisi economica iniziata in Europa nel 2008 (Figura 3.3).

Differenze regionali nella mortalità per suicidio. Il suicidio è più frequente nelle Regioni del Nord Italia che non in quelle del Sud, fatta eccezione per la Sardegna, dove si riscontrano tassi particolarmente elevati, soprattutto tra gli uomini.

Nel Nord Italia i livelli di mortalità per suicidio sono di circa il 35-40% più elevati rispetto a Sud e Sicilia, sia per gli uomini sia per le donne. Nelle Regioni del Centro Italia, sem-

pre rispetto al Sud, si è registrato un rischio aggiuntivo del +18% per gli uomini, mentre le donne presentano tassi comparabili nelle due aree. La Sardegna rappresenta un'eccezione con un livello complessivo di mortalità per suicidio, nel biennio considerato, dell'86% superiore rispetto alle altre Regioni del Sud. Come evidenziato nella *Tabella 3.8*, tra le Regioni con i valori più elevati del tasso standardizzato per 100.000 (popolazione di riferimento: Italia 2001) vi sono il Piemonte (9,6), la Provincia Autonoma di Bolzano (10,9), l'Emilia Romagna (9,2) e la Sardegna (11,0). All'estremo opposto, con livelli di suicidalità che sono circa la metà rispetto a quelli che si osservano nelle Regioni sopramenzionate, vi sono la Campania (4,8), la Puglia (5,2), il Lazio (5,5), la Sicilia (6,3) e la Calabria (6,8) e, al Nord, la Liguria (4,1).

Il suicidio nella popolazione straniera. Se si considera in particolare l'insieme delle persone di cittadinanza non italiana (compresi quindi sia gli stranieri temporaneamente presenti sia quelli regolarmente residenti in Italia), i suicidi nel biennio 2009-2010 sono stati 457 (334 uomini e 123 donne). I dati forniti dall'Istat per il 2011 rilevano una popolazione straniera residente (sia UE sia ex-

Tabella 3.8. Tasso standardizzato di mortalità (per 100.000 abitanti) per suicidio nella popolazione di 15 anni e oltre per genere e Regione (Anni 2009-2010)

Regione	Uomini	Donne	Totale
Piemonte	16,1	4,1	9,6
Valle d'Aosta	15,7	2,6	8,8
Lombardia	12,6	3,2	7,6
Bolzano-Bozen	18,7	3,9	10,9
Trento	13,6	2,8	7,8
Veneto	12,9	3,1	7,7
Friuli Venezia Giulia	13,1	3,8	8,1
Liguria	6,4	2,1	4,1
Emilia Romagna	15,6	3,9	9,2
Toscana	13,1	3,1	7,6
Umbria	13,9	3,8	8,4
Marche	12,6	3,2	7,6
Lazio	9,4	2,2	5,5
Abruzzo	11,8	3,8	7,6
Molise	12,7	3,4	7,8
Campania	7,9	2,2	4,8
Puglia	8,9	2,1	5,2
Basilicata	14,4	2,9	8,3
Calabria	11,3	2,8	6,8
Sicilia	10,5	2,6	6,3
Sardegna	18,8	3,8	11,0
Italia	12,1	3,0	7,2

tra-UE) di poco più di 4 milioni, certamente sottostimata rispetto a quella effettivamente presente sul territorio italiano. Una stima dei tassi di suicidio può quindi ragionevolmente aggirarsi su un valore vicino agli 11 per 100.000 residenti (17,8 per gli uomini e 5,7 per le donne). I suicidi di persone straniere, dunque, presentano un tasso quasi doppio rispetto a quello degli italiani e sembrano dunque avere una dimensione non trascurabile (soprattutto tra gli uomini) che merita di essere monitorata.

Tentati suicidi nella rilevazione dei CAV. Il SIN-SEPI, basato sulle informazioni rilevate con procedura standard dai CAV, rileva ogni anno circa 7.000 casi di tentato suicidio. Negli anni 2009-2010 i casi di tentato suicidio acquisiti dal SIN-SEPI sono stati 13.743;

circa il 70% di questi pazienti è risultato di genere femminile, con una età mediana pari a 35 anni. La distribuzione dei casi per genere e classe di età ha evidenziato come la percentuale di donne sia particolarmente elevata nelle fasce di età più giovani (< 20 anni), dove costituisce l'85% dei casi, mentre tende a diminuire nelle successive classi di età.

Circa l'83% dei casi è risultato esposto a farmaci, il 14% a non farmaci e l'8% a entrambi. Le categorie di agente più frequentemente rilevate comprendono psicolettici (43%), antidepressivi (23%), analgesici (13%), anti-convulsivanti (11%), cardiovascolari e alcolici (7%). Circa il 45% dei casi ha assunto più di un agente.

3.4.2. Indicazioni per la programmazione

In questo ambito restano prioritarie le azioni di prevenzione.

Ferme restando le indicazioni già fornite dal *Mental Health Gap Action Programme* (mhGAP) dell'OMS (rilevanza del supporto sociale, riduzione dell'accesso ai mezzi per compiere suicidio, ruolo responsabile non sensazionalistico dei media), nel 2012 l'OMS ha inoltre elaborato un documento che fornisce un quadro di riferimento per supportare i governi nella definizione di strategie nazionali di prevenzione del suicidio.

Tra le azioni preventive di maggiore efficacia si annoverano l'individuazione e l'invio tempestivo del paziente a rischio, come emerge anche dai risultati del progetto triennale europeo Eurgenas, co-finanziato dalla Commissione Europea e coordinato dalla Regione Veneto. Una delle indicazioni programmatiche che ne derivano è relativa alla formazione dei medici di medicina generale, nonché di tutti gli altri attori coinvolti nella catena assistenziale (personale infermieristico, operatori sanitari e sociosanitari, forze dell'ordine) e dei professionisti della comunicazione.

Un esempio di risposta concreta ai bisogni di una popolazione ad alto rischio quale quella carceraria è rappresentato dal documento "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidiario dei detenuti, degli internati e dei minori sottoposti a provvedi-

mento penale”, approvato dalla Conferenza Unificata nel gennaio 2012 e formulato congiuntamente dai Ministeri della salute e della giustizia in collaborazione con le Regioni, le quali stanno dando attuazione concreta alla realizzazione dei programmi preventivi negli istituti penitenziari che insistono sul loro territorio.

Altri gruppi di popolazione esposti a rischio (es. adolescenti, soggetti con tentativi di suicidio ricorrenti, pazienti in terapia con alcune tipologie di farmaci) meritano particolare attenzione con riferimento al fenomeno dei tentati suicidi e suicidi effettuati tramite l'ingestione di sostanze chimiche (farmaci e non farmaci). La sorveglianza di questa tipologia di eventi, sinora scarsamente investigata in Italia, potrebbe infatti contribuire a indirizzare interventi di prevenzione e a migliorare la sicurezza dei prodotti in commercio più

frequentemente utilizzati a scopo autolesivo, riducendone così la pericolosità.

Bibliografia essenziale

Accordo Conferenza Unificata del 19 gennaio 2012
“Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidiario dei detenuti, degli internati e dei minori sottoposti a provvedimento penale”

Istat. La popolazione straniera residente in Italia – Anno 2011

Pompili M, Vichi M, De Leo D, et al. A Longitudinal Epidemiological Comparison of Suicide and Other Causes of Death in Italian Children and Adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2012; 21: 111-21

Rapporto Eures 2012 “Il suicidio in Italia al tempo della crisi: caratteristiche, evoluzione, tendenze”

WHO. “Public health action for the prevention of suicide: a framework”. Ginevra: WHO Document Production Services 2012

4

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

4.1. Salute materna e neonatale

4.1.1. Introduzione

La popolazione femminile residente in Italia all'1 gennaio 2013 è pari a 30.795.630. Rappresenta il 51,6% della popolazione totale ed è in lieve aumento rispetto all'anno precedente (+0,4%). Tale variazione, pari a circa 128.000 unità, è però da attribuirsi esclusivamente alle donne straniere, le quali, tra il 2012 e il 2013, sono passate da 2.160.521 a 2.327.968 (+167.500 circa) e rappresentano, a oggi, il 7,6% del totale delle donne residenti.

Le donne in età riproduttiva (15-49 anni) sono 13.440.975, pari al 43,6% del totale della popolazione femminile, confermando il trend crescente già registrato da diversi anni.

Nella *Figura 4.1* si riporta, per l'anno 2010, la distribuzione dei parti per area geografica di provenienza ed età della madre e nella *Figura 4.2* la distribuzione dei parti secondo la modalità del parto e la presentazione del feto.

4.1.2. Fertilità e procreazione medicalmente assistita

In Italia i centri che applicano tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA) sono 354, di cui 153 (43,2%) svolgono solo attività di I livello, mentre i restanti 201 (56,8%) svolgono attività di II e III livello. Dei 354 centri, 148 (41,8%) sono pubblici o privati convenzionati e offrono servizi a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e 206 (58,2%) sono privati. Il 64,5% dei cicli di PMA viene effettuato in centri pubblici o convenzionati, mentre solo il 35,5% in centri privati.

I dati relativi al 2011 confermano in parte il trend degli anni precedenti: considerando tutte le tecniche di PMA (I, II e III livello), anche nel 2011 aumentano il numero di coppie trattate (73.570), i cicli iniziati (96.427) e le gravidanze ottenute (15.467). Diminuisce del 4,6%, rispetto all'anno precedente, il numero dei bambini nati vivi (11.933), con una riduzione significativa di parti trigemini, che passano dall'1,8% all'1,3% e con un'aumentata quota di gravidanze perse al follow-up (13,4% rispetto all'11,4%).

Continua a salire l'età media delle donne che si sottopongono a cicli di PMA a fresco di II e III livello: 36,5 anni nel 2011, 36,3 nel 2010; in Europa nel 2008 l'età media si attestava a 34,3 anni. Nel 2011, per la prima volta viene fornito il dato dell'età media per ciclo per i pazienti maschi, che corrisponde a 39,9 anni. Le attività di ricerca, secondo l'art. 2, comma 1, della legge 40/2004 "Interventi contro la sterilità e l'infertilità", hanno riguardato diverse aree come la crioconservazione degli ovociti, la preservazione della fertilità anche nelle pazienti oncologiche e lo studio delle cause dell'infertilità.

4.1.3. Abortività spontanea

La normativa italiana definisce l'aborto spontaneo come l'interruzione involontaria della gravidanza che si verifica entro 180 giorni di gestazione, cioè 25 settimane e 5 giorni. I dati sono raccolti dall'Istat tramite un'indagine sulle dimissioni ospedaliere per aborto spontaneo, che rileva solo i casi per i quali si

Figura 4.1. Distribuzione dei parti secondo la provenienza e l'età della madre (Anno 2010).

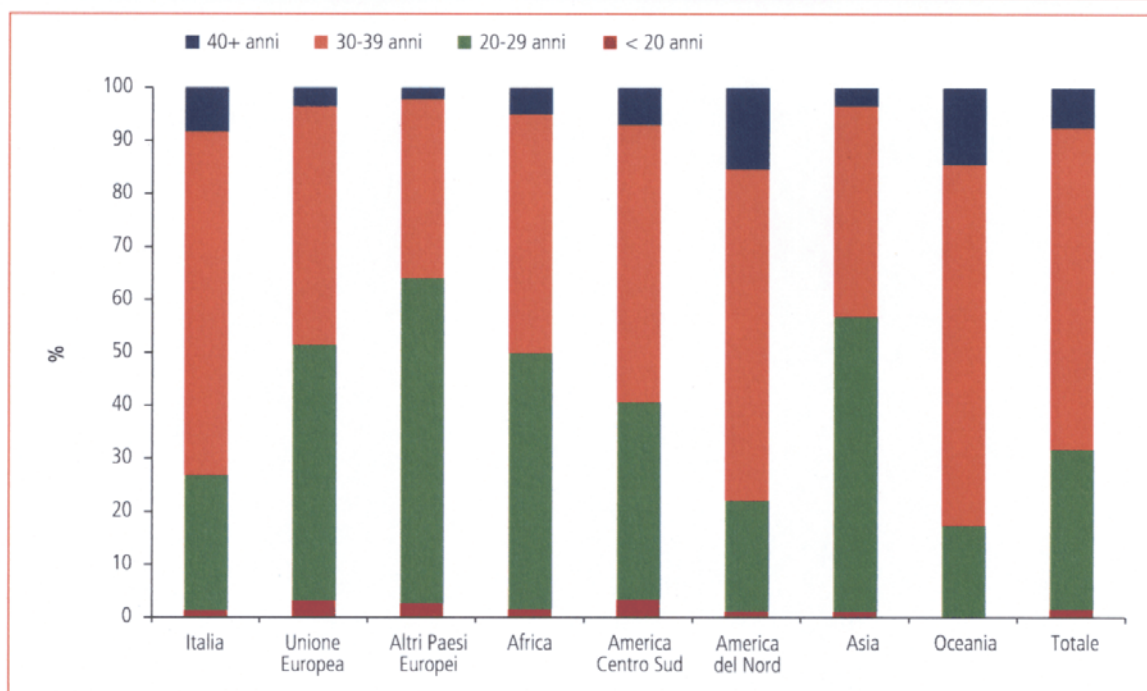
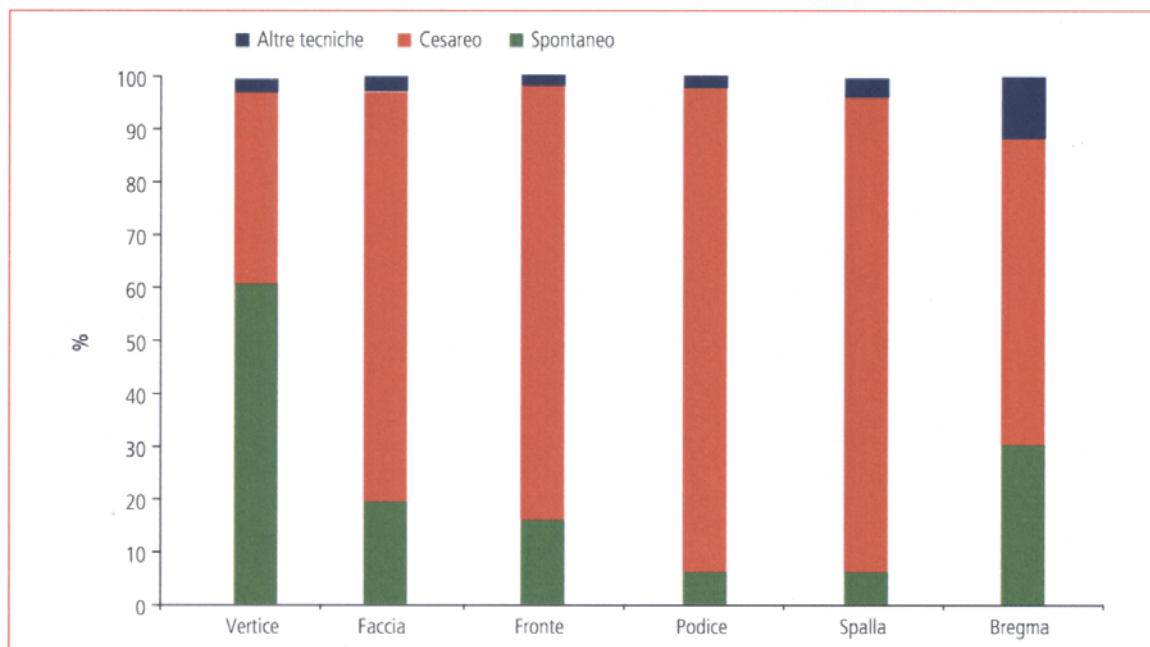


Figura 4.2. Distribuzione dei parti secondo la modalità del parto e la presentazione del feto (Anno 2010).



sia reso necessario il ricovero (in regime ordinario o in day-hospital) in istituti di cura sia pubblici sia privati. Di conseguenza, gli aborti-spontanei non soggetti a ricovero non vengono rilevati.

Nel 2010, il numero assoluto dei casi regi-

strati è stato pari a 73.722, in lieve diminuzione rispetto all'anno precedente (-1,7%). Il rapporto di abortività spontanea risulta pari a 140,4 casi per 1.000 nati vivi, più elevato nelle Regioni del Centro rispetto al Setentrione e al Meridione. L'età avanzata della