

Ospedalizzazione

Nel 2005, anno a cui si riferiscono i più recenti dati disponibili (Tabella 2), si sono registrati complessivamente circa 3 milioni 611 mila ricoveri ordinari per anziani, con un incremento rispetto al 1999 dei ricoveri degli ultra settantaquattrenni (+2.5%) ed una riduzione dei ricoveri di 65-74 anni (-10.6%).

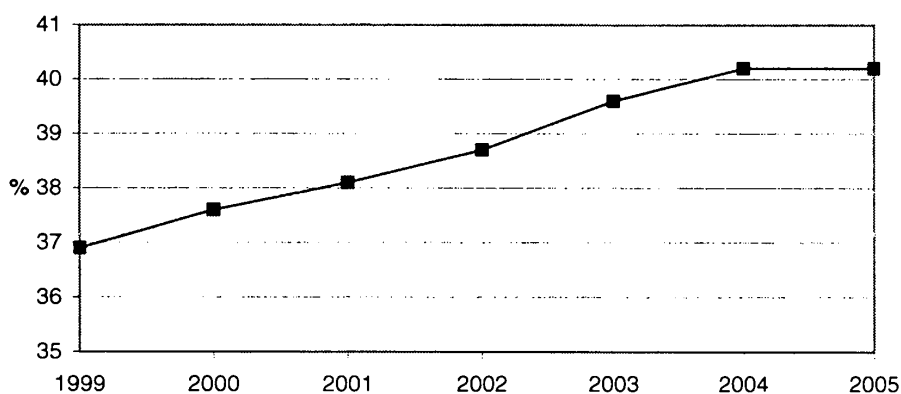
La percentuale dei ricoveri degli ultra sessantacinquenni sul totale dei ricoveri è cresciuta costantemente nel periodo osservato passando da 36.9% nel 1999 e stabilizzandosi a 40.2% nel 2004 e 2005 (Grafico 1).

Tabella 2 - Dimessi da regime di ricovero ordinario per classi di età. Anni 1999 e 2005

Regione di dimissione	classe di età 65-74 anni				classe di età 75 anni e più				tutte le classi di età				% dei dimessi ultra 64-enni sul totale dei dimessi	
	dimessi		degenza media		dimessi		degenza media		dimessi		degenza media		1999	2005
	1999	2005	1999	2005	1999	2005	1999	2005	1999	2005	1999	2005		
Piemonte	120 902	100 683	11,9	11,7	140 536	132 055	14,1	13,9	653 680	531 649	9,5	9,6	40,0	43,8
Valle d'Aosta	3 242	2 623	10,3	10,3	3 341	3 334	15,8	12,6	17 409	14 858	8,6	8,0	37,8	41,4
Lombardia	298 141	278 744	9,8	9,1	311 033	310 090	10,9	10,7	1 665 484	1 508 471	7,7	7,3	36,6	39,0
Prov. Auton. Bolzano	16 057	13 094	9,1	9,1	20 307	20 688	12,5	11,5	103 075	85 422	7,4	7,5	35,3	39,5
Prov. Auton. Trento	16 265	11 697	11,3	12,3	21 238	18 966	13,1	13,9	91 316	67 411	8,6	9,7	41,1	45,5
Veneto	139 870	112 908	10,5	10,2	176 685	168 519	11,7	11,6	781 608	651 526	8,6	8,5	40,5	43,2
Friuli Venezia Giulia	35 368	29 546	9,7	9,0	54 099	48 298	10,9	10,2	196 571	164 108	8,0	7,6	45,5	47,4
Liguria	54 273	42 974	10,0	9,6	72 251	69 358	10,7	10,4	296 721	236 169	8,1	8,1	42,6	47,6
Emilia Romagna	133 783	115 322	9,4	9,5	190 040	186 324	11,1	11,8	744 785	672 011	7,8	8,1	43,5	44,9
Toscana	104 128	86 116	9,5	9,1	149 829	140 475	10,4	9,8	576 979	486 352	7,8	7,7	44,0	46,6
Umbria	29 124	21 475	7,9	8,2	34 219	32 268	8,2	8,3	151 494	121 666	6,4	6,5	41,8	44,2
Marche	49 748	38 670	8,9	8,8	65 043	61 393	9,9	10,3	265 590	220 404	7,4	7,5	43,2	45,4
Lazio	159 147	159 431	11,1	10,9	174 177	193 684	12,8	13,0	952 873	917 463	8,6	8,7	35,0	38,5
Abruzzo	53 570	53 930	9,2	7,8	58 437	68 175	9,7	8,5	277 585	280 892	7,4	6,5	40,4	43,5
Molise	12 455	12 270	9,4	9,6	13 182	15 381	9,9	10,6	65 371	62 864	7,5	7,8	39,1	44,0
Campania	149 301	142 638	8,5	8,0	119 776	143 704	9,3	9,1	943 373	889 226	6,3	6,1	28,5	32,2
Puglia	134 358	115 067	7,9	8,4	126 201	133 301	8,5	9,5	832 486	674 619	6,1	6,6	31,3	36,8
Basilicata	19 240	14 852	7,8	8,4	17 928	18 462	8,2	9,0	98 770	74 200	6,3	6,9	37,6	44,9
Calabria	62 976	52 909	8,6	8,5	63 720	63 505	8,7	8,9	366 429	297 468	6,7	6,8	34,6	39,1
Sicilia	130 832	130 978	7,7	7,2	121 203	148 153	8,0	7,9	814 964	759 660	6,1	6,0	30,9	36,7
Sardegna	44 680	44 500	8,8	8,0	47 986	54 077	9,5	9,0	268 621	262 359	7,1	6,7	34,5	37,6
Italia	1.767.460	1.580.427	9,5	9,2	1.981.181	2.030.408	10,7	10,6	10.165.184	8.978.807	7,4	7,4	36,9	40,2

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

Graf. 1 - Percentuale dei dimessi ultra 65-enni sul totale dei dimessi - regime ordinario



Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

La degenza media è di 9,2 e 10,6 giorni rispettivamente per le due classi di età 65-74 e 75+ anni, nettamente superiore quindi alla degenza media complessiva di 7,4 giorni.

Tra le diagnosi di dimissione più frequenti (classificate secondo il criterio degli Aggregati Clinici di Diagnosi, ACC/DRG) assume netta evidenza il peso delle malattie cardiovascolari (ai primi posti nella graduatoria degli ACC dopo la cataratta).

Nel 2005, il tasso di ospedalizzazione per acuti nelle due classi di età considerate (65-74 e ≥75 anni) è pari, rispettivamente, a 241 e 354 ricoveri ogni 1.000 abitanti, mentre nella popolazione generale si registrano circa 140

ricoveri per acuti ogni 1.000 residenti. Analogamente, per l'attività di riabilitazione si osservano 15 e 20 ricoveri per le due fasce anziane rispetto ad un valore nazionale pari a 5,1.

In generale, i ricoveri brevissimi (0-1 giorno) sono meno frequenti negli anziani rispetto alla popolazione generale. Più limitato è anche il ricorso al day hospital, comunque in crescita nel periodo 2001-2005, il quale si caratterizza per una forte prevalenza di interventi chirurgici (la cosiddetta day surgery) che sono percentualmente pari a quanto registrato nel complesso dei ricoveri.

Nella Tabella 3 sono riportati i tassi di ospedalizzazione relativi all'anno 2005 e la loro variazione percentuale nel periodo 2001-2005 di alcuni interventi o procedure particolarmente frequenti fra i pazienti anziani. La leggera diminuzione del tasso per interventi di by-pass potrebbe essere correlata all'aumento dell'intervento di angioplastica, nel senso che un maggior numero di interventi di angioplastica potrebbero aver evitato successivi interventi di by-pass.

**Tabella 3 - Tassi di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 anziani) per alcuni interventi/procedure.
Anno 2005 e variazione % del tasso di ospedalizzazione 2001-2005.**

Regione di residenza dei dimessi	Interventi per cataratta (regime ordinario e di)		Interventi per sostituzione dell'anca		Interventi per bypass coronarico		Angioplastica coronarica (regime ordinario e di)	
	tasso di ospedalizzazione 2005	variazione % 2001-2005	tasso di ospedalizzazione 2005	variazione % 2001-2005	tasso di ospedalizzazione 2005	variazione % 2001-2005	tasso di ospedalizzazione 2005	variazione % 2001-2005
PIEMONTE	3.836,9	19,8	644,6	13,7	121,9	-29,4	397,0	47,6
VALLE D'AOSTA	2.480,7	-4,2	780,6	17,0	143,0	-42,2	85,8	-69,2
LOMBARDIA	3.922,9	-1,2	647,3	-0,2	183,4	-25,3	378,8	34,1
PROV. AUT. BOLZANO	3.962,2	10,8	931,5	-0,9	71,9	17,1	592,8	52,9
PROV. AUT. TRENTO	3.598,9	13,5	696,3	9,1	118,6	-9,2	142,5	-33,6
VENETO	1.201,8	-61,7	726,3	8,0	116,1	-19,3	349,1	54,6
FRILUNI V. GIULIA	876,2	-73,1	776,7	2,0	82,6	-27,4	56,8	22,1
LIGURIA	3.252,6	19,4	625,6	13,1	103,9	-19,2	277,4	220,4
EMILIA ROMAGNA	1.475,4	-60,1	648,8	3,2	112,9	-36,7	449,5	80,7
TOSCANA	323,2	-91,0	592,4	3,0	115,6	-9,9	305,8	36,6
UMBRIA	2.688,5	-26,2	571,1	13,0	114,1	-26,9	129,1	16,8
MARCHE	4.074,7	-9,8	573,5	10,5	160,7	-18,7	247,2	88,6
LAZIO	4.504,1	22,5	568,3	17,6	147,9	2,8	422,7	142,7
ABRUZZO	3.917,3	6,4	530,3	11,2	143,9	3,9	304,6	94,5
MOLISE	3.107,6	0,4	467,0	7,5	189,9	37,2	238,3	132,3
CAMPANIA	2.870,7	8,9	443,8	21,2	144,9	2,3	366,4	182,1
PUGLIA	3.726,3	-3,8	504,1	20,5	149,4	-6,1	325,6	85,8
BASILICATA	3.302,0	9,6	372,6	-0,6	125,6	-1,9	265,8	2,7
CALABRIA	3.040,4	-1,9	357,3	16,6	121,6	-5,8	224,3	75,9
SICILIA	3.861,6	44,2	418,0	10,6	121,1	17,5	293,3	216,1
SARDEGNA	4.472,4	5,0	316,1	8,9	82,4	9,8	224,5	143,7
ITALIA	3.047,0	-11,6	577,5	8,6	134,7	-15,2	338,3	75,5

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

Assistenza domiciliare integrata

L'ADI è la formula assistenziale che, attraverso l'intervento di più figure professionali sanitarie e sociali, realizza a domicilio del paziente un progetto assistenziale unitario, limitato o continuativo nel tempo, con diversi livelli di intensità, in funzione della valutazione delle caratteristiche del bisogno. L'obiettivo è, tendenzialmente, il miglioramento della qualità di vita del paziente e l'umanizzazione del trattamento, in un contesto ambientale familiare certamente più idoneo rispetto all'ospedale, in particolare per il paziente anziano. L'ADI si inserisce nella rete dei servizi territoriali delle ASL da cui dipendono gli operatori sanitari che offrono le loro prestazioni; il medico di base resta, comunque, il punto di riferimento primario per la copertura sanitaria domiciliare dell'anziano non autosufficiente. È necessario giungere alla completa presa in carico di tale paziente da parte del servizio di cure domiciliari attraverso la formulazione di un progetto di cura individualizzato mediante una valutazione multidimensionale del bisogno e del grado di non autosufficienza con valutazione intrinseca delle attività assistenziali necessarie a supportare tutte le criticità in campo clinico e sociale.

Nel periodo 1999-2003 la quota di popolazione ultrasessantacinquenne trattata in assistenza domiciliare è aumentata dall'1,8% al 2,4% (206.595 su un totale di 10.901.149 ultrasessantacinquenni residenti nel 2003). Nel triennio 2001-2003 si rileva un incremento di trattamenti domiciliari in quasi tutte le regioni, in particolare in Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Molise e Basilicata, mentre si osserva un'importante riduzione percentuale in Liguria, Marche e nella Provincia di Trento. In generale, valori tendenzialmente più bassi dell'indicatore si osservano nelle regioni del Sud, ad eccezione del Molise, in cui già dal 2001 si rileva una notevole attenzione all'assistenza domiciliare per gli anziani, al pari di Friuli Venezia Giulia e Veneto.

La Tabella successiva mette in luce i dati relativi al 2005.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA - anno 2005

Regione	Casi trattati				Ore di assistenza erogata per caso trattato		
	Numero	x 100.000 abitanti	di cui Anziani (%)	Anziani per 1.000 residenti anziani (età > 65)	Terapisti della Riabilitazione	Infermieri Professionali	Altri Operatori
PIEMONTE	21.898	566	79,7	18,1	2	14	7
VALL' D'AOSTA	40	33	92,5	1,5	6	36	293
LOMBARDIA	68.186	726	86,2	32,7	4	12	4
PROV. ALTO' BOLZANO	275	58	86,9	3,1		8	
PROV. ALTO' TRENTO	1.491	303	52,2	8,3		21	
VENEZIA	59.031	1.256	76,1	50,6	1	8	1
FRIULI VENEZIA GIULIA	26.499	2.203	81,0	80,3	2	8	1
LIGURIA	13.807	867	97,1	31,7	4	20	4
EMILIA ROMAGNA	57.107	1.376	89,1	54,1	0	21	3
TOSCANA	21.298	592	81,1	20,8	1	13	6
UMBRIA	10.174	1.184	81,7	41,6	0	12	2
MARCHE	13.609	896	84,2	33,7	6	23	3
LAZIO	57.017	702	89,7	33,5	6	12	3
ABRUZZO	5.598	431	86,2	17,6	14	26	0
MOLISE	4.798	1.490	89,1	61,0	5	11	1
CAMPANIA	13.416	232	90,3	13,9	9	30	3
PUGLIA	16.401	403	86,0	20,5	23	23	2
BASILICATA	5.529	927	83,0	39,2	19	25	3
CALABRIA	6.900	343	86,1	16,4	9	16	1
SICILIA	9.372	187	76,0	8,0	10	26	1
SARDEGNA	4.319	262	72,3	11,0	15	66	1
ITALIA	396.757	679	84,2	29,4	4	16	3

Assistenza residenziale

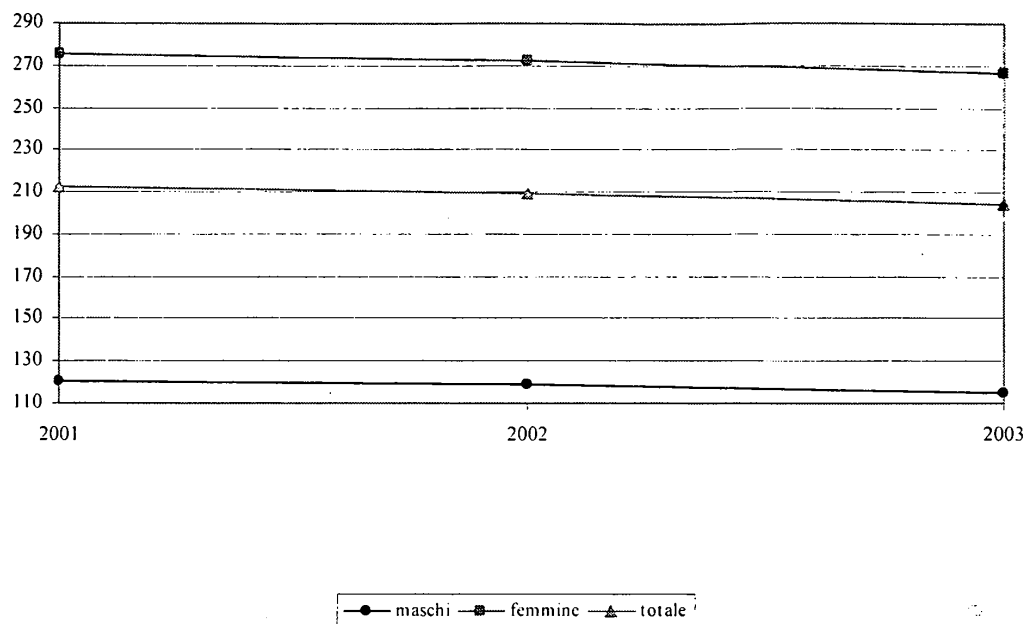
I presidi residenziali rivolti agli anziani hanno avuto un'espansione notevole nel corso degli anni Novanta, in seguito all'interazione di vari fattori che hanno contribuito ad incrementare la domanda assistenziale. Fra questi vi sono l'invecchiamento della popolazione, l'indebolimento delle reti di sostegno familiare, le politiche di contenimento dei ricoveri ospedalieri impropri e il conseguente orientamento di molti anziani verso le strutture di lungodegenza a carattere socio-assistenziale.

L'aumento degli ricoveri nei presidi residenziali non ha interessato in modo uniforme tutta la popolazione anziana, ma si è concentrato sulle fasce di età superiori ai 75 anni e sui non autosufficienti, mentre gli ospiti anziani autosufficienti sono invece diminuiti.

Per quel che riguarda gli ultimi anni, è ancora difficile individuare una chiara tendenza del fenomeno e valutare l'impatto delle politiche sociali più recenti, che dovrebbero avere un effetto di contenimento dei ricoveri nei presidi. La legge di riforma dei servizi sociali (Legge n. 328 del 2000), ad esempio, tende ad ampliare le opportunità assistenziali offerte alle persone in stato di bisogno e a favorire la permanenza degli anziani nel loro abituale contesto di vita. Nel tentativo di ottimizzare le risorse disponibili e di garantire un insieme organico e universale di prestazioni, si tenta di ridimensionare il ruolo storicamente centrale degli istituti di ricovero.

Dai dati Istat si osserva, nel periodo 2001-2003, una lieve diminuzione di tutti gli anziani ospitati negli istituti di ricovero (Grafico 2).

Grafico 2 - Anziani ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali per anno di rilevazione (valori per 10.000 abitanti di 65 anni e oltre)



Se da un lato si può prevedere che il potenziamento dei servizi domiciliari e territoriali possa contenere gli effetti dell'invecchiamento demografico sulla domanda di assistenza residenziale, è anche evidente che il tipo di utenza che si rivolge ai presidi presenta bisogni sempre più complessi: nel 2003 gli ospiti non autosufficienti hanno raggiunto il 68,7 % degli anziani assistiti, mentre nel 2001 erano il 66,1% e agli inizi degli anni 90 solo il 45%; parallelamente si assiste ad una crescente concentrazione degli utenti nelle classi d'età più avanzate.

Al 31 dicembre del 2003 (Tabella 4) le persone anziane che vivono nei presidi residenziali sono 227.315. Le donne sono le principali fruitrici delle strutture, poiché costituiscono il 77% degli ospiti anziani. Diversi fattori, sia biologici che culturali, contribuiscono a rendere il genere femminile più esposto al rischio di istituzionalizzazione in età avanzata. In primo luogo la maggiore longevità delle donne rispetto agli uomini e la differenza di età media al matrimonio, che aumentano il rischio di vedovanza. Inoltre possono influire fattori culturali: il tradizionale ruolo di prestatrici di cure delle donne fa sì che siano più spesso le mogli a prendersi cura dei mariti piuttosto che il viceversa.

Anche a livello territoriale vi sono differenze considerevoli: infatti, il 73,6% degli anziani assistiti si trova nei presidi residenziali del Nord. Va precisato che la struttura per età della popolazione residente, ovvero il più avanzato invecchiamento demografico delle regioni del Nord, non è sufficiente da solo a spiegare tali differenze territoriali.

I cambiamenti che riguardano l'offerta di strutture residenziali rivolte agli anziani riflettono la crescente complessità dei bisogni assistenziali degli utenti. Infatti, parallelamente all'aumento degli ospiti non autosufficienti e alla diminuzione degli autosufficienti, si assiste al proliferare di strutture con elevati livelli di integrazione socio-sanitaria, come le Residenze sanitarie assistenziali (Rsa), mentre sono diminuite le residenze in cui vi è un minore apporto di personale medico e infermieristico. Le Rsa sono anche le strutture che hanno registrato il più alto numero di nuove accoglienze nel 2003 (54.411), dove è più alta la percentuale di occupazione dei posti letto e dove gli esuberanti di domande rispetto alle capacità ricettive sono più frequenti. Insieme alle comunità socio-riabilitative, le Rsa hanno il più alto rapporto fra personale e ospiti, sia per quanto riguarda l'insieme delle qualifiche professionali (con quasi un operatore per ogni ospite), sia in riferimento alle professioni di tipo medico e infermieristico (medici, infermieri, addetti alla riabilitazione).

Indicazioni per la programmazione

Alcune indicazioni che emergono dall'analisi dei dati confermano la inderogabilità di adottare politiche a favore della popolazione anziana che si sviluppino lungo direttrici sempre più centrate sull'integrazione degli interventi sanitari e sociali.

Questo approccio rappresenta il cardine tanto degli interventi volti a promuovere l'invecchiamento in buona salute (l'Active Ageing della letteratura internazionale), quanto di quelli volti al contenimento delle fragilità e delle disabilità correlate all'età.

Il concorso sinergico di competenze in area sanitaria e sociale consentirebbe così di attuare interventi efficaci sia in ambito preventivo che clinico-riabilitativo.

L'ottica integrata, come dimostrano le numerose ma ancora troppo eterogenee esperienze realizzate a livello regionale e locale, ha portato ad ottenere risultati di alto profilo qualitativo nei diversi ambiti dell'assistenza agli anziani: dalla riduzione dei ricoveri impropri ad un più corretto accesso alle terapie farmacologiche; dal contenimento del ricorso all'istituzionalizzazione alla presa in carico olistica a livello domiciliare e semiresidenziale, con conseguente stimolazione di una vita relazionale più intensa che, prevenendo l'isolamento sociale, rappresenta uno dei più importanti fattori di prevenzione della perdita di autonomia.

BOX Emergenza caldo

A livello internazionale è ormai ampiamente riconosciuto che l'effetto delle condizioni climatiche estive estreme sulla mortalità nella popolazione anziana costituisce un rilevante problema di Sanità Pubblica.

In Italia, nell'estate del 2003, in seguito a condizioni climatiche eccezionali (temperature massime e minime persistentemente elevate) e all'allarme sociale provocato anche in altri Paesi europei, su incarico del Ministero, l'Istituto Superiore di Sanità ha condotto un'indagine epidemiologica sulla mortalità estiva, che ha stimato un eccesso di mortalità negli anziani con più di 75 anni di quasi 8000 persone. L'effetto maggiore è stato registrato soprattutto tra gli anziani residenti nelle grandi città, verosimilmente anche a causa della maggiore solitudine e della presenza di fenomeni di eccessiva urbanizzazione. A seguito di quella esperienza, la grande maggioranza delle Regioni italiane, ma anche molte Province e Comuni, hanno promosso interventi mirati e programmi speciali e hanno sviluppato modelli di azioni integrate per affrontare globalmente i diversi aspetti che caratterizzano l'"emergenza caldo".

Nell'estate 2004 e 2005, il Ministero della Salute (Centro per la Prevenzione e Controllo delle Malattie - CCM) ha effettuato due distinti monitoraggi degli interventi adottati in Italia, per contrastare gli effetti sulla salute da ondate di calore anomalo.

I risultati delle indagini hanno evidenziato alcune significative differenze tra le Regioni, mentre comune è stato l'intento di garantire una copertura sia dell'area sociale sia di quella sanitaria, attraverso una forte integrazione e collaborazione tra le istituzioni ed i servizi del territorio, nonché attraverso il diretto coinvolgimento attivo dell'anziano. E' emersa, inoltre, una forte omogeneità tra le Regioni nell'acquisizione e nella valutazione favorevole delle linee guida elaborate dal Ministero della Salute.

Una parte importante degli interventi è stata finalizzata a sviluppare una maggiore conoscenza delle condizioni sociali, sanitarie, economiche, abitative e relazionali degli anziani, per costruire l'elenco nominativo delle persone più suscettibili agli effetti del caldo ("Anagrafe della fragilità"), verso i quali orientare in via prioritaria gli interventi di prevenzione e sostegno durante la stagione estiva.

Di particolare interesse, per i suoi aspetti innovativi è stata la sperimentazione di "Servizi di custodia sociosanitaria", promossa e finanziata dal Ministero della Salute nell'estate del 2004 e 2005 nelle città di Milano, Genova, Roma e Torino. Modelli analoghi sono stati realizzati su iniziativa locale anche in altre realtà del Paese. Dai risultati dei primi due anni di sperimentazione, pur tenendo conto dei limiti derivanti dal breve periodo di osservazione, si può ragionevolmente inferire che la presenza dei custodi sociosanitari ha contribuito ad un significativo miglioramento della qualità della vita e ritardato i ricoveri in ospedale o in RSA, nonostante la coesistenza, nel target di anziani oggetto della sperimentazione, di fattori aggravanti come il cattivo stato di salute, l'età avanzata, la condizione di isolamento sociale ecc. Una delle maggiori criticità rilevate dalla sperimentazione è stata, invece, la difficoltà di garantire all'anziano fragile una continuità assistenziale territoriale sulle 24 ore, e l'integrazione tra ospedale e territorio.

L'obiettivo futuro è quello di favorire una più ampia diffusione delle esperienze di buona pratica e di implementare un programma di interventi integrati socio-sanitari che, utilizzando il ruolo protettivo delle reti di supporto sociale e con il coinvolgimento di diversi attori (MMG, Geriatri, Ospedali, ADI, Servizi Domiciliari comunali, volontariato, ecc.), siano in grado di assistere e sostenere la popolazione anziana più esposta, proteggendola dai rischi legati ad eventi climatici estremi, divenuti ormai una realtà anche nel nostro Paese.

3.3.2 La salute del neonato, del bambino e dell'adolescente

La tutela della salute materno-infantile è uno degli obblighi prioritari della programmazione sanitaria. I progressi tecnico-scientifici raggiunti hanno determinato in Italia un miglioramento nel settore materno-infantile, infatti negli anni si è assistito in Italia ad una notevole diminuzione dei tassi di mortalità infantile.

Le cause di questo fenomeno sono molteplici e complesse, ma sicuramente l'assistenza alla gravida ed al neonato gioca un ruolo molto importante.

Determinante è l'organizzazione dei punti nascita e dei reparti di assistenza alla gravida ed al neonato, articolata in più livelli, in rapporto alle diverse capacità e compiti diagnostico-assistenziali e opportunamente integrata con le strutture territoriali extra-ospedaliere.

L'adattamento del neonato alla vita extra-uterina è un evento complesso e rischioso che può facilmente venire complicato da patologie importanti, con possibilità di morte e/o di esiti permanente per il prodotto del concepimento.

E' perciò necessario esercitare una stretta sorveglianza e garantire un'adeguata assistenza fin dai primi minuti di vita a tutti i neonati, anche a quelli apparentemente sani.

Va comunque prioritariamente favorita l'umanizzazione dell'evento nascita mediante l'adeguamento delle strutture e la formazione del personale.

La promozione della salute e l'assistenza nell'età evolutiva (infanzia e adolescenza) trovano particolare attenzione nel Progetto Obiettivo materno-infantile (D.M. 24 aprile 2000 pubblicato sulla G. U. n. 131 del 7 giugno 2000 s.o.).

La percezione dello stato di salute è utilizzata come indicatore globale delle condizioni di salute della popolazione.

I dati ISTAT riferiti all'anno 2005, riferiscono uno stato di buona salute nel 91,5 % della fascia d'età 0-14 anni e nel 93,6% della fascia 15-17 anni. L'8,4% della fascia 0-14 e il 12% della fascia 15-17 presenta una malattia cronica o più. Tra le varie patologie prevalgono le malattie allergiche.

Salute del neonato. Secondo i dati ISTAT, il numero dei nati vivi in Italia nel corso del 2004 è stato pari a 562.599 unità, quasi 20 mila in più rispetto al 2003, con un tasso di natalità del 9,7 per 1000 abitanti, con differenze a livello territoriale, in particolare nel Mezzogiorno d'Italia la natalità è pari a 10,1 nati per mille abitanti, mentre nel Nord e nel Centro Italia è pari, rispettivamente a 9,4 e 9,5.

Dalla rilevazione dei dati del certificato di assistenza al parto (CeDAP) - anno 2004, dati Ministero della Salute ai sensi del D.M. 16 luglio 2001 - rilevati su un totale di n. 541 punti nascita, si evidenzia che la distribuzione dei nati per classi di peso alla nascita è pressoché invariata rispetto a quella registrata negli anni precedenti. Pesì inferiori ai 1500 grammi si osservano in circa l'1% dei nati, il 5,8% ha un peso compreso tra 1500 e 2499 grammi, l'86,5% ha un peso tra 2500 e 3999 e quasi il 6% supera i 4000 grammi di peso alla nascita; inoltre anche per il 2003 i nati a termine con peso inferiore ai 2500 grammi rappresentano solo il 2% dei nati a termine. Il basso peso alla nascita (% nati con peso inferiore a 2500 grammi) è un indicatore dello stato di salute del nato e dei relativi fattori di rischio oltre che della qualità dell'assistenza in gravidanza.

La valutazione del punteggio Apgar (criterio utilizzato per misurare la vitalità del neonato e l'efficienza delle principali funzioni dell'organismo) nel 99,3% dei nati ha riportato, a livello nazionale, un punteggio Apgar da 7 a 10 e solo lo 0,7% dei neonati è risultato gravemente o moderatamente depresso.

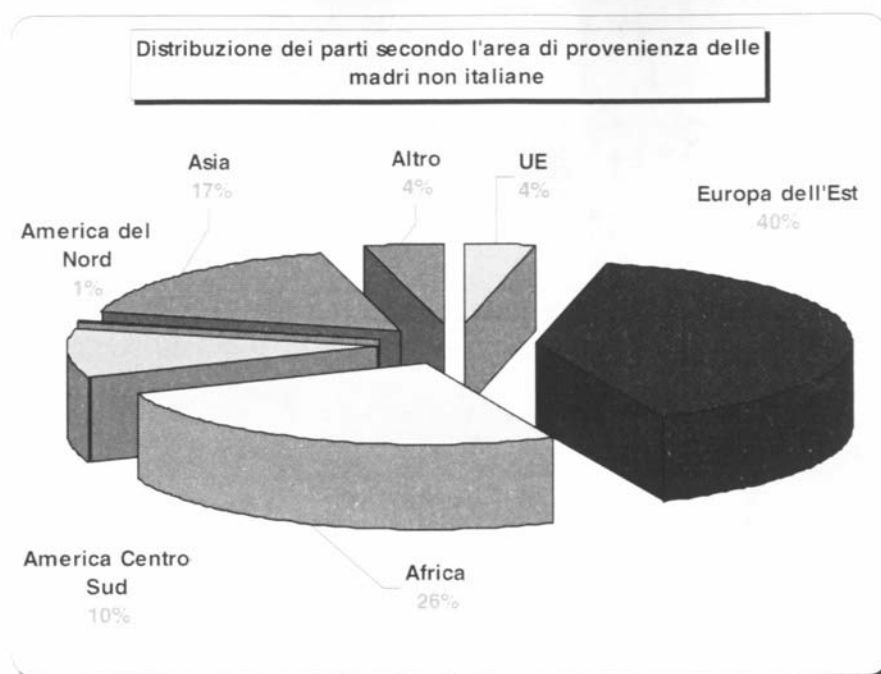
L'analisi del punteggio Apgar in relazione al peso alla nascita, evidenzia che sono soprattutto i neonati con un peso inferiore ai 1500 grammi a far registrare un punteggio Apgar più sfavorevole (Tabella n. 1).

Distribuzione dei nati secondo il peso alla nascita ed il punteggio APGAR a 5 minuti dalla nascita

Peso alla nascita	Punteggio APGAR a 5 minuti dalla nascita			Totale nati
	1 - 3	4 - 6	7 - 10	
< 1500	6,3	18,2	75,5	100,0
1500 - 2499	0,4	1,7	97,9	100,0
2500 - 3299	0,1	0,3	99,6	100,0
3300 - 3999	0,1	0,2	99,7	100,0
> 4000	0,2	0,3	99,5	100,0
Totale Anno 2004	0,2	0,5	99,3	100,0
Totale Anno 2003	0,2	0,5	99,3	100,0
Totale Anno 2002	0,3	0,6	99,1	100,0

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP

Il Grafico successivo illustra la distribuzione dei parti secondo l'area di provenienza delle madri non italiane.



Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP – Anno 2004

Secondo i dati CeDAP, sono stati registrati 3.188 casi di malformazioni riscontrabili al momento della nascita o nei primi 10 giorni di vita, e nel 51,2% dei casi è stato indicato il tipo di malformazione.

Le più frequenti malformazioni diagnosticate risultano: anomalie congenite degli organi genitali (12,3%), anomalie del bulbo cardiaco e anomalie della chiusura del setto cardiaco (11%), alcune malformazioni congenite del sistema muscolo-scheletrico (10,4%), altre anomalie congenite degli arti (10,2%), palatoschisi e labioschisi (9,5%).

Sempre dalla rilevazione dei dati del certificato di assistenza al parto (anno 2003), si evidenzia che il tasso di natimortalità è pari a 3,15 nati morti ogni 1.000 nati.

La codifica della causa che ha determinato la natimortalità sembra essere difficoltosa, infatti dai dati CeDAP, risulta che nel 2003 solo per il 27% dei 1.446 bambini nati morti, è stata indicata la causa che ha determinato il decesso, nel 57% dei casi il motivo della morte non viene indicato e nel 16% dei casi viene indicata una causa errata o incompatibile per sesso e/o età.

L'ipossia intrauterina e l'asfissia alla nascita, altri problemi fetali e placentari che interferiscono con il trattamento della madre, altre e maldefinite condizioni morbose ad insorgenza perinatale sono tra le prime cause di natimortalità.

Come risulta dai dati ISTAT relativi all'anno 2002, negli ultimi anni la mortalità infantile e perinatale e la natimortalità si sono notevolmente ridotte, infatti i quozienti di nati-mortalità, di mortalità perinatale e di mortalità infantile sono scesi dai valori di 3,8, 6,6 e 5,4, rispettivamente registrati per ognuno nell'anno 1998, a quelli di 3,2, 5,3 e 4,1, rispettivamente registrati nell'anno 2002 (Tabella n. 2).

Tabella n. 2 - Quozienti di natimortalità, mortalità perinatale e infantile

ANNI	Q. DI NATI-MORTALITA'	Q. DI MORTALITA' PERINATALE	Q. DI MORTALITA' INFANTILE
1998	3,8	6,6	5,4
1999	3,5	8,4	4,9
2000	3,4	5,7	4,5
2001	3,2	5,6	4,4
2002	3,2	5,3	4,1

Fonte: ISTAT

A livello territoriale i dati del 2002 mostrano ancora una volta una più elevata mortalità infantile e perinatale nelle regioni del Sud rispetto a quelle del Nord e del Centro (Tabella n. 3).

Tabella n. 3 - Quozienti di natimortalità, mortalità perinatale e infantile in Italia

ANNO 2002	Q. DI NATI-MORTALITA'	Q. DI MORTALITA' PERINATALE	Q. DI MORTALITA' INFANTILE
ITALIA	3,2	5,3	4,1
Nord	3,5	5,3	3,3
Centro	2,7	4,2	3,3
Mezzogiorno	3,2	5,9	5,3

Fonte : ISTAT

Per quanto riguarda i decessi nel primo anno di vita, l'analisi temporale per gruppi di cause e sesso evidenzia andamenti sostanzialmente decrescenti. In particolare, nel 2002 si sono registrati complessivamente 2.337 eventi. Tra questi, 22 casi sono riconducibili a malattie infettive e parassitarie, 43 casi a malattie dell'apparato respiratorio, 695 a casi di malformazioni congenite e ben 1.288 a condizioni morbose di origine perinatale (Tabella n. 4).

Tabella n. 4 - Morti nel primo anno di vita per gruppo di cause e sesso
Anni 1998-2002

	Malattie infettive e parassitarie	Malattie apparato respiratorio	Malformazioni congenite	Alcune condizioni morbose di origine perinatale	Altre cause	Totale
Maschi						
1998	11	28	458	883	194	1.524
1999	7	28	423	877	192	1.527
2000	5	19	416	717	168	1.325
2001	13	15	408	755	179	1.370
2002	9	21	368	749	173	1.320
Femmine						
1998	8	20	394	712	145	1279
1999	7	23	337	681	151	1199
2000	8	18	334	611	133	1104
2001	3	18	345	614	132	1112
2002	13	22	327	539	116	1017
TOTALE						
1998	19	48	852	1.545	339	2803
1999	14	51	760	1.558	343	2726
2000	13	37	750	1.328	301	2429
2001	16	33	753	1.369	311	2482
2002	22	43	695	1.288	289	2337

Fonte : ISTAT

Salute del bambino e dell'adolescente. Passando dalla mortalità dei neonati a quella della fascia d'età di 1-14 anni, dagli ultimi dati ISTAT, riferiti all'anno 2002, si deve annotare una prevalenza di mortalità maschile (su un totale di 1.189 di morti per classe di età 1 - 14 anni, 730 sono di sesso maschile)

In tale fascia d'età, le prime cause di morte sono le cause esterne dei traumatismi e avvelenamenti e i tumori. Anche per la mortalità violenta dei minori si ha una prevalenza di mortalità maschile (Tabella n. 5).

Tabella n. 5 - Morti per classe di età, sesso e gruppo di cause - Anno2002

Cause di morte	Classe di età meno di 1 anno	Classe di età 1-14 anni	Totale
Maschi			
Malattie infettive e parassitarie	9	13	22
Tumori	10	188	198
Disturbi psichici e malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	29	66	95
Malattie del sistema circolatorio	17	57	74
Malattie apparato respiratorio	21	32	53
Malattie apparato digerente	5	14	19
Altri stati morbosi	1.150	107	1257
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	52	20	72
Cause esterne dei traumatismi e avvelenamenti	27	233	260
Totale	1320	730	
Femmine			
Malattie infettive e parassitarie	13	11	24
Tumori	16	120	136
Disturbi psichici e malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	30	44	74
Malattie del sistema circolatorio	10	49	59
Malattie apparato respiratorio	22	29	51
Malattie apparato digerente	4	8	12
Altri stati morbosi	881	90	971
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	26	10	36
Cause esterne dei traumatismi e avvelenamenti	15	108	123
Totale	1017	469	
TOTALE			
Malattie infettive e parassitarie	22	24	46
Tumori	26	308	334
Disturbi psichici e malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	59	110	169
Malattie del sistema circolatorio	27	106	133
Malattie apparato respiratorio	43	61	104
Malattie apparato digerente	9	22	31
Altri stati morbosi	2.031	197	2228
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	78	30	108
Cause esterne dei traumatismi e avvelenamenti	42	331	373
Totale	2337	1189	

Fonte: Dati ISTAT

Sulla base dei dati desunti dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO), relativi all'anno 2005, emerge la riduzione dei ricovero ordinari nelle discipline per acuti e l'aumento dei casi in day hospital, confermando una tendenza già in atto da alcuni anni; il ricorso al ricovero ospedaliero, dopo i 5 anni di età, aumenta al crescere dell'età sia nella modalità

ordinaria che in day hospital in tutte le tipologie di attività ed è inoltre sempre maggiore nel sesso maschile (Tabella 6 e Tabella 7).

Tavola 6 - Tassi di ospedalizzazione per fasce di età e sesso (x1.000 abitanti) - Ricoveri per acuti - regime ordinario - Anno 2003

REGIONE	Meno di 1 anno		Da 1 anno a 4 anni		Da 5 anni a 14 anni	
	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
Piemonte	541,23	620,19	66,18	84,13	42,39	53,36
Valle d'Aosta	346,77	328,28	55,53	80,42	53,99	58,35
Lombardia	549,73	614,44	78,94	107,71	45,66	61,32
P. A. di Bolzano	512,56	626,41	88,45	110,35	58,66	79,12
P. A. di Trento	375,96	450,41	57,11	77,52	37,64	43,92
Veneto	390,05	462,9	63,46	79,98	35,22	44,96
Friuli-Venezia Giulia	326,05	419,62	33,29	49,79	24,69	31,95
Liguria	517,03	648,89	78,91	103,48	45,55	61,47
Emilia-Romagna	409,92	490,95	74,88	104,14	41,74	56,79
Toscana	418,83	495,54	58,74	80,37	34,48	44,07
Umbria	530,25	666,19	89,63	108,57	41,62	60,97
Marche	435,02	533,78	87,84	117,88	47,57	60,86
Lazio	522,6	642,87	94,99	130,82	51,9	69,17
Abruzzo	634,83	740,45	122,46	152,51	66,28	84,59
Molise	588,28	735,98	101,34	137,95	60,81	77,48
Campania	447,52	536,71	91,39	119,54	51,77	73,78
Puglia	604,79	727	109,33	145,92	59,7	80,01
Basilicata	485,92	586,71	69,19	104,09	44,87	57,88
Calabria	533,36	613,43	87,81	116,18	52,15	73,78
Sicilia	569,88	663,42	126,58	161,86	65,36	87,83
Sardegna	624,14	735,47	93,68	123,36	45,99	59,44
ITALIA	503,52	593,46	86,36	114,34	49,06	65,74

Fonte: Ministero della Salute

Tavola 7 - Tassi di ospedalizzazione per fasce di età e sesso (x 1.000 abitanti). Ricovero per acuti - day hospital - Anno 2003

REGIONE	Meno di 1 anno		Da 1 anno a 4 anni		Da 5 anni a 14 anni	
	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
Piemonte	46,4	70,81	28,07	39,23	26,77	32,31
Valle d'Aosta	40,32	63,97	19,57	41,52	23,31	18,06
Lombardia	61,55	76,83	31,36	40,87	30,31	34,17
P. A. di Bolzano	47,87	70,68	34,16	43,58	25,36	31,13
P. A. di Trento	27,92	42,4	22,7	35,87	26,96	36,44
Veneto	28,06	39,64	24,87	37,4	21,74	28,87
Friuli-Venezia Giulia	41,16	40,14	23,48	33,18	21,68	25,62
Liguria	139,23	163,08	63,22	73,94	66,8	75,25
Emilia-Romagna	34,23	43,13	17,33	26,03	20,36	26,09
Toscana	50,88	64,64	32,28	48,51	36,15	43,4
Umbria	46,22	73,99	50,97	60,94	43,75	53,92
Marche	37,32	50,64	20,4	24,73	25,14	29,64
Lazio	79,24	102,18	75,21	97,02	83,42	96,27
Abruzzo	75,31	94,7	53,49	64,27	51,48	55,92
Molise	73,63	133,96	37,16	39,93	45,24	48,62
Campania	88,79	106,28	47,42	57,95	44,37	48,85
Puglia	12,08	16,03	9,27	11,56	11,45	12,03
Basilicata	32,01	44,52	26,06	34,38	29,95	38,32
Calabria	67,07	73,85	40,1	45,68	43,62	45,49
Sicilia	133,38	151,08	56,19	70,24	57,13	70,5
Sardegna	71,18	91,48	34,94	41,78	44,05	46,82
ITALIA	64,07	79,5	37,48	48,42	39,08	45,33

Fonte: Ministero della Salute

In coerenza con gli obiettivi fissati dal Piano Sanitario Nazionale 2006 - 2008 e con il Progetto Obiettivo materno infantile (D.M. 24 aprile 2000), il miglioramento dell'assistenza ostetrica e pediatrico/neonatologica nel periodo

perinatale, è un obiettivo importante del DDL “Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato”, proposto dal Ministro Turco, di cui è in corso l'iter procedurale. Per facilitare la conoscenza della SIDS (morte improvvisa del neonato) è stata promulgata la legge 2 febbraio 2006, n. 31 “Disciplina del riscontro diagnostico sulle vittime della sindrome della morte improvvisa del lattante e della morte inaspettata del feto” che prevede anche la promozione di campagne di sensibilizzazione e di prevenzione per garantire una corretta informazione sulle problematiche connesse alla SIDS e ai casi di morte del feto senza causa apparente, la predisposizione di appositi programmi di ricerca multidisciplinari che comprendano lo studio dei casi sul piano anamnestico, clinico, laboratoristico, anatomo-patologico, istologico, l'emanazione di linee guida per la prevenzione della SIDS.

3.3.3 La salute della donna

La promozione e la tutela della salute della donna merita un interesse prioritario in quanto è legata ad essa quella del bambino e della famiglia nel suo insieme e quindi quella delle generazioni future ed è uno degli obiettivi strategici affrontati dal Progetto Obiettivo Materno Infantile, adottato con D.M. 24 aprile 2000.

La tutela della salute della donna e del bambino costituisce un impegno di valenza strategica dei sistemi sociosanitari per il riflesso che gli interventi di promozione della salute, di cura e riabilitazione in tale ambito hanno sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale attuale e futura.

Lo stato di benessere materno-infantile rispecchia il livello raggiunto dalla organizzazione socio-sanitaria di un Paese in questo importantissimo settore della medicina preventiva.

In Italia si sta delineando una diversa dinamica demografica, in conseguenza di un comportamento riproduttivo modificatosi nel tempo; tali cambiamenti hanno determinato anche una riduzione del numero delle nascite.

Dal 1961 a oggi si è praticamente dimezzato il numero medio di figli per donna: nell'anno 2001 il numero medio di figli per donna corrisponde a 1,25 rispetto a 2,41 relativo all'anno 1961.

L'innalzamento dell'età media al parto sia per le prime nascite che per la prosecuzione della discendenza, delinea soprattutto una tendenza a posticipare l'inizio della vita riproduttiva ma, in parte, anche un recupero di fecondità in età matura.

Di conseguenza si dedica una maggiore attenzione alla gravidanza ed al parto, in particolare ai fattori di rischio per la salute della madre, del feto e del neonato.

La tutela della maternità va affrontata attraverso l'adozione di tutti quei provvedimenti che garantiscano alle donne di essere opportunamente salvaguardate sia nel momento in cui affrontano lo stato di gravidanza sia nel momento in cui si accingono ad affrontare problemi comunque connessi ad esigenze di tutela del loro diritto ad una maternità serena e responsabile, ed in tutte quelle patologie preesistenti la gravidanza o insorte nel corso della stessa, che configurano situazioni di rischio elevato come ad esempio l'abortività ripetuta, l'ipertensione preesistente e gestazionale, il diabete preesistente e gestazionale, infezioni prenatali e perinatali, etc..

I dati sulla morbosità e mortalità infantile, soprattutto della sua componente perinatale, maggiormente connessa alla problematica gravidica ed al momento del parto forniscono le necessarie indicazioni per l'adeguamento dei servizi.

Assistenza in gravidanza.

I dati desunti dal certificato di assistenza al parto (CeDAP) per l'anno 2003 - dati Ministero della Salute ai sensi del D.M. 16 luglio 2001 - hanno rilevato n. 541 punti nascita, con un numero di parti pari circa all'84% di quelli rilevati con le SDO nello stesso anno di riferimento ed un numero di nati vivi pari all'84% di quelli registrati presso le anagrafi comunali.

Dai dati CeDAP 2003, per quanto riguarda le visite di controllo in gravidanza, a livello nazionale, quasi nell'80% delle gravidanze sono state effettuate oltre 4 visite e tale numero è superiore per le gravidanze patologiche in cui in oltre l'84% dei casi si effettuano più di 4 visite di controllo contro il 77% per le gravidanze fisiologiche.

L'ecografia ostetrica è la tecnica più usata nello studio del benessere fetale. A livello nazionale nel 2003 sono state effettuate in media 4,5 ecografie per ogni parto con valori regionali variabili tra 3,5 della Puglia e 6,3 della Liguria.

In quasi il 73% delle gravidanze si registra un numero di ecografie superiore a 3, valore raccomandato dai protocolli di assistenza alla gravidanza del Ministero della Salute (D.M. 10 sett. 1998, G.U. n. 245 del 20 ott. 2008).

Rispetto al decorso della gravidanza, il numero di ecografie effettuato non sembra avere alcuna correlazione con il decorso della gravidanza.

Nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, l'amniocentesi è quella più usata, seguita dall'esame dei villi coriali (nel 2,60% delle gravidanze) e dalla funicolocentesi (nello 0,77%). In media ogni 100 parti sono state effettuate più di 16 amniocentesi ed essendo una tecnica usata tra l'altro per l'individuazione di anomalie cromosomiche correlate con l'età della madre, nelle classi di età 40-49 il prelievo del liquido amniotico è stato effettuato in quasi la metà dei parti.

L'utilizzo di tale indagine prenatale è diversificato a livello regionale; nelle regioni meridionali si registra una percentuale al di sotto del 10% (ad eccezione della Sardegna) mentre i valori più alti si hanno in Toscana (31,6%) e Valle d'Aosta (45,5%).

Ricorso al taglio cesareo.

Uno degli obiettivi strategici del Progetto Obiettivo materno infantile del 2000 riguarda il “percorso nascita”, dove viene suggerito che ad ogni parto venga garantito un livello essenziale ed appropriato dell’assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica, attraverso un’organizzazione a rete su base regionale o interregionale articolata in tre livelli, con differenti caratteristiche strutturali e competenze professionali e dove le Unità di III livello siano quelle che assistono gravidanze e parti a rischio elevato.

L’obiettivo che il Progetto propone è che, attraverso l’afferenza al punto nascita competente per bisogni di salute, almeno l’80% delle gravide e dei neonati ad alto rischio siano assistiti in strutture sanitarie di III livello nonché la riduzione dei tagli cesarei in particolare nelle strutture di I e II livello. Come indicatori per valutare il raggiungimento di questi obiettivi vengono proposti la percentuale di gravide e neonati ad alto rischio assistiti in strutture di III livello, la percentuale di tagli cesarei per livello e la percentuale di “clienti” soddisfatti.

Le funzioni e gli standard di organizzazione forniti dal Progetto obiettivo per ognuno dei tre livelli, rappresentano un indirizzo orientativo da adattare alle varie esigenze di programmazione sanitaria e nell’ambito dei rispettivi piani aziendali.

Con riferimento allo specifico indicatore costituito dalla frazione di parti effettuati con *taglio cesareo*, tuttavia, non si può non rilevare la peculiare situazione esistente nel nostro Paese, nel quale, contrariamente a quanto da tutti auspicato e raccomandato, nel corso degli anni si assiste ad un aumento della frequenza relativa di tale procedura chirurgica, con valori nettamente superiori a quanto rilevato in altri Paesi sviluppati e che ci pongono tra le nazioni a maggior frequenza di tagli cesarei.

L’indicatore relativo all’incidenza dei tagli cesarei è stato posto quale oggetto di continua attenzione da parte del Ministero della Salute ed è stato introdotto anche tra quelli che costituiscono il “Sistema di garanzie per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria”, di cui al D.M. 12 dicembre 2001. Per tale indicatore di appropriatezza clinica è stato stabilito, in detto decreto, un parametro di riferimento pari al 15-20%. Tale parametro di riferimento è stato individuato sulla base delle esperienze internazionali, che mostrano valori simili (o inferiori) nella maggior parte dei paesi europei, tra cui Francia, Germania, Spagna, Gran Bretagna e dell’osservazione di quanto avviene nelle diverse realtà regionali del nostro Paese.

LIVELLO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA**PERCENTUALE DI PARTI CESAREI**

% parto cesareo		
1998	31,4	
1999	32,9	1,5
2000	33,2	0,3
2001	33,9	0,7
2002	35,6	1,7
2003	36,6	1,0

I rapporti annuali del Ministero della Salute sulle attività ospedaliere mostrano una percentuale di tagli cesarei (DRG 370 e 371) rispetto ai parti complessivi (DRG 370, 371, 372, 373, 374 e 375) in progressiva crescita (Tabella n. 1).

Tabella n. 1 **PERCENTUALE DI PARTI CESAREI**

	ANNO 2000	ANNO 2001	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2003	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Numero parti cesarei	Numero totale parti
Piemonte	27,2	28,7	28,5	29,8	10.430	35.039
Valle D'Aosta	23,6	23,0	27,5	27,2	305	1.121
Lombardia	23,8	25,1	26,3	26,6	23.869	89.683
P.A. Bolzano	18,7	14,1	19,9	19,6	1.027	5.245
P.A. Trento	25,7	24,9	27,2	27,1	1.291	4.765
Veneto	25,4	26,4	27,4	27,9	12.217	43.785
Friuli V.G.	20,4	20,3	21,1	22,4	2.202	9.821
Liguria	29,9	30,5	31,3	32,4	3.615	11.148
Emilia R.	28,5	29,3	30,8	30,3	10.887	35.881
Toscana	24,4	22,9	24,5	25,3	7.545	29.788
Umbria	26,6	26,9	28,2	30,6	2.303	7.531
Marche	33,3	34,1	34,7	35,4	4.644	13.107
Lazio	32,9	36,0	37,2	37,1	18.113	48.786
Abruzzo	36,4	35,5	37,9	39,6	3.988	10.070
Molise	35,8	39,3	40,4	42,3	1.049	2.481
Campania	53,4	54,3	56,4	58,2	37.681	64.794
Puglia	40,6	40,4	43,0	43,5	17.477	40.202
Basilicata	40,8	46,5	51,0	51,4	2.405	4.678
Calabria	37,6	37,4	40,1	41,1	7.561	18.399
Sicilia	42,5	42,0	45,2	48,1	23.899	49.640
Sardegna	27,2	32,6	33,4	36,8	4.742	12.892
ITALIA	33,2	33,9	35,6	36,6	197.250	538.856
Parametro di riferimento	15-20	15-20	15-20	15-20		

Fonte: Ministero della Salute

Ciò è conseguenza principalmente dell'aumento del taglio cesareo in alcune Regioni, tra le quali la Campania (nel 2005 ha raggiunto il 60%), la Sicilia (52,5%), la Basilicata (50,4%), il Molise (48,9) e la Puglia (47,7%).

Nel 2005 valori significativamente inferiori si riscontrano nella Provincia Autonoma di Trento (23,2), nel Friuli Venezia Giulia (23,9%), avendo operato da tempo scelte di razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera e di promozione dell'appropriatezza.

Non risulta una relazione evidente, nelle diverse regioni, tra la consistenza numerica del personale ostetrico ed infermieristico ed il numero di parti.

L'eccessivo ricorso al taglio cesareo costituisce un fenomeno complesso rispetto al quale possono evidenziarsi alcuni principali fattori esplicativi che di seguito saranno richiamati in modo schematico.

Anzitutto è rilevabile un "fattore geografico" evidente, con maggiore intensità del fenomeno in molte regioni del Centro e, ancor di più, del Sud.

Nell'ambito di tale concentrazione geografica, si evidenzia tuttavia un "fattore organizzativo": un ruolo fondamentale è esercitato, poi, da aspetti "di processo", costituiti dalla variabilità del comportamento dei singoli medici anche operanti in simili condizioni organizzative o, a volte, nella stessa struttura sanitaria ("fattore medico"), dalla relazione medico-paziente-équipe sanitaria, dalla completa informazione e preparazione che il personale sanitario fornisce alle pazienti, dalla eccessiva medicalizzazione del percorso nascita.

Mortalità materna.

Il tasso di mortalità materna (numero di decessi per complicazioni della gravidanza, parto e puerperio per 10.000 nati vivi) rappresenta insieme alla speranza di vita ed agli indici di mortalità nell'infanzia (mortalità neonatale, prenatale e nati mortalità) uno degli indici più importanti per valutare lo stato dell'assistenza socio-sanitaria nel settore materno-infantile e più in generale, il grado di sviluppo raggiunto da un Paese. La mortalità materna in Italia si è ridotta notevolmente passando dai valori di n. 491 morti nel 1970, a n. 84 nel 1980, a n. 50 nel 1990 a n. 16 del 2000, a n. 17 nel 2003. Il livello di sorveglianza per questo indicatore deve rimanere alto in particolare nelle realtà territoriali dove le

condizioni socio-economiche sono meno favorevoli e dove vi è maggiormente la presenza di donne immigrate e dove c'è minore accesso ai percorsi di assistenza alla gravidanza ed ai servizi sanitari correlati.

Abortività spontanea.

I dati, rilevati dall'ISTAT mediante il mod. D11, sono riferiti agli aborti spontanei che hanno reso necessario il ricovero in strutture pubbliche e private.

Il rapporto di abortività spontanea è riferito al numero di aborti spontanei di donne in età 15-49 anni per 1000 nati vivi: Negli ultimi anni è stato rilevato un aumento del fenomeno; infatti, il dato del 2003 corrisponde a 127,6 per 1000 nati vivi rispetto a 89,2 del 1982, con un aumento del 43%.

In stretta conseguenza di tale realtà sociale è il fenomeno dell'abortività spontanea che ha assunto un'importanza rilevante nel corso del tempo: il numero assoluto dei casi registrati è passato da 56.157 (riferiti all'anno 1982) a 71.458 (nell'anno 2003), con un aumento del 27%. Anche l'indicatore utilizzato per studiare tale fenomeno, ovvero il rapporto di abortività spontanea, mostra un aumento del 43% passando da 89,2 casi di aborto spontaneo per 1.000 nati vivi a 127,6 per 1000 nati vivi.

L'aumento può essere attribuito a vari fattori, tra cui l'innalzamento dell'età della madre al parto e in particolare del primo figlio, il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita o la diffusione di fattori ambientali e lavorativi che hanno un'influenza negativa sullo sviluppo del feto.

Nella fascia di età compresa tra i 40-44 anni, sono quasi il triplo di quelli della classe di età 35-39. Il rischio significativamente più elevato si nota a partire dalla classe di età 35-39 anni quando statisticamente il valore dell'indicatore supera del 63 per cento quello riferito alla classe d'età precedente. Da non sottovalutare è il rischio di abortività spontanea delle giovanissime (15-19 anni) che è superiore alle tre classi di età successive (20-24, 25-29, 30-34) con un trend nettamente in crescita (oltre l'80 % dal 1982 al 2003, secondo i dati ISTAT).

I valori di abortività spontanea si evidenziano più elevati quasi sempre al Nord. Al contrario, il Sud presenta costantemente valori più bassi, anche se le differenze tra le varie ripartizioni si assottigliano nel corso del tempo (dati ISTAT).

Abortività volontaria.

Gli ultimi dati disponibili relativi al fenomeno dell'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) sono desunti dalla 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), trasmessa al Parlamento il 21 settembre 2006 e relativi ai dati preliminari 2005 e dati definitivi 2004.

A livello nazionale, nell'anno 2005, sulla base dei dati provvisori a tutt'oggi disponibili, sono state notificate 129588 IVG, con un decremento del 6,2% rispetto al 2004 (138123 casi).

Il tasso di abortività (N. IVG per 1000 donne in età feconda 15-49 anni), l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, è risultato pari a 9,3 per 1000, con un decremento del 6,7% rispetto al 2004 (10,0 per 1000).

Il rapporto di abortività (N. IVG per 1000 nati vivi) è risultato pari a 236,4 per 1000 con un decremento del 6,2% rispetto al 2004 (251,9 per 1000) e un decremento del 37,8% rispetto al 1982 (380,2 per 1000).

Nell'anno 2004, per il quale si dispone dei dati analitici definitivi, come sopra riportato, sono state notificate 138123 IVG a cui corrisponde un tasso di abortività pari a 10,0 per 1000 donne 15-49 anni residenti in Italia ed un rapporto di abortività pari a 251,9 per 1000 nati vivi, registrando un incremento delle IVG del 4,5% rispetto al 2003; il 27,2 % è stato effettuato da cittadine straniere (nel 2003 la percentuale era stata 25,9 %).

Le IVG effettuate nel 2004 da cittadine italiane (101375) sono aumentate del 3,7% rispetto al 2003.

Nel 2004 il tasso di abortività è risultato pari a 10,0 IVG per 1000 donne in età feconda, con un incremento del 3,6% rispetto al 2003, mentre si sono avute 251,9 IVG per 1000 nati vivi, con un incremento del 2,8% rispetto al 2003.

Nello stesso anno, dall'analisi delle caratteristiche socio-demografiche, (età, stato civile, residenza, istruzione ecc.) emerge che il fenomeno pur evolvendo lentamente, non si discosta significativamente da quella degli ultimi anni.

Il ricorso all'IVG nel corso degli anni ha subito una riduzione; tale riduzione è risultata più rapida nelle donne più istruite, nelle occupate e nelle coniugate, a dimostrare la aumentata capacità e consapevolezza delle donne e delle coppie nell'adozione efficace dei metodi per la procreazione responsabile. Fondamentale a questo scopo l'attività di informazione e di ascolto svolta dai consultori familiari.

Queste strutture rappresentano, infatti, gli unici servizi che, per la ricchezza di competenze multidisciplinari, mediche e psico-sociali, sono in grado di svolgere attività di promozione della salute mediante lo schema concettuale dell'offerta attiva, integrandosi nella rete dei servizi territoriali sanitari a livello del Distretto sanitario, quale sede di coordinamento delle azioni territoriali della ASL,

I consultori familiari presenti sul territorio nazionale (secondo i dati forniti dalle Regioni) sono risultati, nel 2004, pari a 2157 pubblici a 112 privati.

Procreazione medicalmente assistita.

L'emanazione della legge 19 febbraio 2004, n. 40 "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita" ha indubbiamente rappresentato per il nostro Paese un momento di puntualizzazione politica per la tutela della salute, introducendo un riscontro normativo nel quadro dell'ordinamento giuridico di questa specifica, complessa e delicata materia, concludendo, dopo decenni, il tormentato iter parlamentare. Ha soprattutto colmato il vuoto legislativo, rispondendo positivamente ad una pressante richiesta sociale di regolamentazione. L'introduzione delle norme nel campo della procreazione medicalmente assistita ha contribuito alla crescita organizzativa ed operativa delle realtà diffuse sul territorio nazionale che hanno profondamente modificato la geografia dell'Italia in questo campo.

Al fine di procedere all'attuazione delle norme contenute nella legge n. 40/2004 il Ministero della Salute ha emanato tutti i ravvedimenti previsti.

Il decreto 21 luglio 2004 "*Linee guida in materia di procreazione medicalmente assistita*", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 16 agosto 2004, n. 191, emanato ai sensi dell'art. 7 comma 1, della legge n. 40/2005, adotta Linee Guida relative a indicazioni e le modalità delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

L'obiettivo delle Linee Guida è quello di fornire chiare indicazioni agli operatori delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita al fine di assicurare il pieno rispetto di quanto dettato dalla stessa legge.

Inoltre sono stati presi in considerazione temi oggetto della stessa legge, quali:

- il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita;
- la gradualità nel ricorso alle tecniche;
- il consenso informato da parte di coloro che si sottopongono alle tecniche stesse;
- l'accertamento dei requisiti previsti per le coppie alle quali si applicano le tecniche di procreazione medicalmente assistita;
- le disposizioni concernenti la sperimentazione sugli embrioni umani;
- i limiti all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita sugli embrioni.

Il decreto 4 agosto 2004 "*Norme in materia di procreazione medicalmente assistita*", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 26 agosto 2004, n. 200, emanato ai sensi dell'art. 17, comma 3, della legge n. 40/2005, detta norme in ordine alle modalità ed ai termini di conservazione degli embrioni prodotti a seguito dell'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita nel periodo precedente la data di entrata in vigore della legge n. 40/2004. Inoltre, prevede che gli embrioni definiti in stato di abbandono siano trasferiti dai centri di procreazione medicalmente assistita unicamente alla Biobanca Nazionale, situata presso il Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Ospedale Maggiore" di Milano, dove sarà attivato in maniera centralizzata un centro di crioconservazione degli embrioni stessi. Il medesimo decreto prevede di affidare al Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti dell'IRCCS "Ospedale Maggiore" di Milano, con apposita convenzione, il compito di effettuare studi e ricerche sulle tecniche di crioconservazione dei gameti e degli embrioni orfani ivi conservati. All'Istituto Superiore di Sanità è affidato, con apposita convenzione, il compito di:

- Definire il numero e la localizzazione degli embrioni abbandonati da trasferire per la crioconservazione;
- Contattare i centri detentori degli embrioni abbandonati ai fini del trasferimento al suddetto Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti e della conservazione di tutti i dati clinici inerenti ciascun embrione trasferito;
- Attivare allo scopo il Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti dell'IRCCS "Ospedale Maggiore" di Milano.

Il decreto 9 giugno 2004 "*Individuazione dei criteri di ripartizione delle somme, di cui all'art. 18 della legge 19 febbraio 2004, n. 40, recante: "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita"*", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 29 settembre 2004, n. 229, emanato ai sensi dell'art. 18, della legge n. 40/2005, ripartisce a partire dall'anno 2004 l'importo di 6,8 milioni di Euro tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano (vedi Tabella di ripartizione riportata negli Allegati), nell'ambito della prevista istituzione del Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita.

Il decreto 16 dicembre 2004, n. 336 "*Regolamento recante norme in materia di procreazione medicalmente assistita*", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 21 febbraio 2005, n. 42, emanato ai sensi dell'art. 6 della legge n. 40/2004, considera la necessità di acquisire la volontà di entrambi i soggetti, previsti nell'art. 5 della legge in questione, di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita e di fornire elementi conoscitivi utili all'espressione della volontà attraverso il consenso informato. Il decreto individua i punti essenziali utili alla formulazione del consenso stesso, lasciando alla struttura o al centro di procreazione medicalmente assistita, per i punti ove previsto, la stesura delle specifiche connesse alla tecnica.

Il Decreto 7 ottobre 2005 recante "*Istituzione del Registro nazionale delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita, degli embrioni formati e dei nati a seguito dell'applicazione delle tecniche medesime*", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 282 del 3 dicembre 2005.

Tale decreto, istituendo il Registro Nazionale presso l'Istituto Superiore di Sanità, definisce le finalità e le modalità dell'iscrizione obbligatoria delle strutture pubbliche e private autorizzate dalle Regioni e Province Autonome all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita e avvia l'operatività in merito alla raccolta e alla registrazione dei dati relativi alle strutture autorizzate, nonché dei dati anonimi anche aggregati, per scopi statistici o scientifici, nel rispetto delle disposizioni del codice in materia di protezione dei dati personali. La finalità del Registro è quella di censire le strutture operanti sul territorio nazionale e consentire la trasparenza e la pubblicità delle tecniche di procreazione medicalmente assistita adottate e dei risultati conseguiti.

Nel Registro, allo stato, sono raccolti:

- a) i dati identificativi, descrittivi, tecnici, strutturali ed organizzativi, relativi alle strutture pubbliche e private che applicano le tecniche di procreazione medicalmente assistita, di cui all'allegato 1 al presente decreto;
- b) i dati relativi alle autorizzazioni rilasciate ai sensi dell'articolo 10, comma 1, e alle sospensioni e alle revoche di cui all'articolo 12, comma 10, della legge 19 febbraio 2004, n. 40;
- c) i dati anonimi anche aggregati, relativi alle coppie che accedono alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, agli embrioni formati ed ai nati a seguito delle medesime tecniche, nonché agli altri eventi indicati nell'allegato 2 al presente decreto, trattati per finalità statistiche o scientifiche.

Il Registro è funzionalmente collegato con altri registri europei e internazionali, ai fini dello scambio di dati anonimi anche aggregati, anche mediante l'utilizzo di strumenti elettronici.

Le modalità di raccolta e di conservazione dei dati nel Registro, l'individuazione dei soggetti cui è consentito l'accesso alle informazioni e le relative modalità sono stabilite dall'Istituto Superiore di Sanità in accordo con il Ministero della Salute, anche ai fini di cui all'articolo 11, comma 3, della legge 19 febbraio 2004, n. 40, sentito il Garante per la protezione dei dati personali. Tale provvedimento è attualmente in corso di perfezionamento.

Dall'analisi dei dati del CeDAP, pervenuti ai sensi del Decreto 16 luglio 2001, n. 349, relativi al 2003 e su n. 539 punti nascita rilevati, delle 452.984 schede pervenute, 7.284 sono relative a gravidanze in cui è stata effettuata una tecnica di procreazione medicalmente assistita (PMA) in media 1,6 per ogni 100 gravidanze.

A livello nazionale circa il 37% dei parti con procreazione medicalmente assistita ha utilizzato il trattamento farmacologico e circa il 27% il trasferimento dei gameti maschili in cavità uterina. La fecondazione in vitro con trasferimento di embrioni in utero riguarda il 18,7% dei casi mentre la fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma riguarda l'11,4% dei casi. L'utilizzo delle varie metodiche è molto variabile in ambito territoriale (Tabella n. 2).