

Distribuzione regionale dei parti con procreazione medicalmente assistita (PMA)

Regione	Tecniche di procreazione medicalmente assistita (valore %)						Totale parti con PMA
	fecondazione in vitro e trasferimento embrioni nell'utero (FIVET)	fecondaz. vitro tramite iniezione spermatozoo in citoplasma (ICSI)	solo trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione	trasf. gameti nelle tube di falloppio sen. laparoscopica (GIFT)	trasf. gameti maschili in cavità uterina (IUI)	Altre tecniche	
Piemonte	41,3	31,3	16,0	0,3	9,6	1,6	387
Valle d'Aosta	13,3	46,7	-	-	40,0	-	15
Lombardia	31,6	26,6	22,3	1,2	15,2	3,1	906
Prov. Auton. Trento	73,3	6,7	20,0	-	-	-	15
Veneto	25,5	11,6	28,0	19,2	10,4	5,3	1.815
Friuli Venezia Giulia	29,6	25,5	18,4	1,0	24,5	1,0	98
Liguria	34,1	17,6	28,2	1,2	16,5	2,4	85
Emilia Romagna	49,1	22,5	12,4	1,1	7,9	7,1	267
Toscana	44,7	16,0	17,1	0,4	9,8	12,0	275
Umbria	56,1	18,3	12,2	2,4	11,0	-	82
Marche	66,7	15,4	11,1	0,9	1,7	4,3	117
Lazio	Dato non disponibile						
Abruzzo	50,6	13,6	9,9	2,5	23,5	-	81
Campania	12,5	11,4	22,6	1,4	7,1	45,0	805
Puglia	29,9	13,4	22,1	8,5	25,9	0,2	425
Basilicata	47,8	8,7	30,4	-	8,7	4,3	23
Sicilia	10,5	10,5	74,5	-	3,5	1,0	200
Sardegna	37,3	5,6	36,6	-	19,7	0,7	142
Totale Anno 2004	29,8	16,5	24,6	7,3	12,0	9,7	5.738
Totale Anno 2003	18,7	11,4	36,9	1,9	26,7	4,4	7.284
Totale Anno 2002	18,9	9,6	15,7	1,5	51,7	2,6	4.649

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP

Nelle gravidanze con PMA il ricorso al taglio cesareo è nel 2004 superiore rispetto agli altri casi.

La percentuale di parti plurimi in gravidanze medicalmente assistite è sensibilmente superiore a quella registrata nel totale delle gravidanze.

Donna e salute.

In Italia risiedono complessivamente 58.500.000 individui e le donne sono poco più di 30.000.000.

Sotto il profilo sanitario, i dati sottolineano anzitutto come le donne vivano mediamente più a lungo degli uomini: l'aspettativa di vita alla nascita, secondo i dati Istat calcolati nell'anno 2003, è di 76,9 anni per gli uomini e di 82,9 anni per le donne.

Da questa evidenza discendono una serie di effetti che è necessario tenere in considerazione nel momento in cui si confrontano i dati socio-sanitari per genere. Le donne costituiscono infatti la maggioranza della popolazione ed è dalla classe di età tra i 45 ed i 64 anni in poi che la componente femminile della popolazione diventa decisamente maggioritaria.

Inoltre, la maggiore longevità delle donne sta con ogni probabilità alla base anche delle differenze che si registrano a proposito delle patologie croniche: ad un'età media più alta corrisponde inevitabilmente un quadro sanitario meno positivo. Non è infatti solo sulle patologie tipicamente femminili, come ad esempio l'osteoporosi (per la quale si registra un'incidenza di otto volte superiore tra le donne) che si osserva una prevalenza femminile, bensì su tutte le patologie croniche.

L'osteoporosi, in particolare, rappresenta un problema sia in termini di qualità di vita che di costi sanitari e sociali, legati alla cura e riabilitazione dei soggetti fratturati e all'assistenza per l'invalidità che spesso ne consegue. Pertanto l'osteoporosi deve essere considerata una dei maggiori obiettivi per la salute ed è per questo che la prevenzione di tale patologia svolge un ruolo fondamentale.

Il dato che vede tra le donne una quota più alta di persone che valutano non buono il proprio stato di salute (il 43,5% contro il 33,4 degli uomini) può anch'esso essere letto, almeno in parte, come un effetto della longevità femminile. Tuttavia questo dato in particolare sottolinea anche la delicatezza del rapporto tra donne e salute, per cui nel corso della vita sono tendenzialmente più numerosi gli eventi patologici nella loro vita rispetto a quanto accade agli uomini.

In coerenza con gli obiettivi fissati dal Progetto Obiettivo materno infantile del 2000 e con il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, è in corso l'iter procedurale 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.

Il DDL si propone di tutelare i diritti e la salute della gestante e del neonato promuovendo una appropriata assistenza all'interno del percorso nascita da parte del servizio sanitario Nazionale, nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, tramite l'integrazione dei servizi territoriali ed ospedalieri e la valorizzazione dei consultori.

A tal fine, il DDL prevede diversi interventi tra cui promuovere la conoscenza delle modalità di assistenza delle pratiche socio-sanitarie e l'uso delle modalità per il controllo del dolore nel travaglio- parto, comprese le tecniche che prevedono il ricorso ad anestesie locali avanzate e di tipo epidurale, ridurre i fattori di rischio di malattia del nascituro, pre e post concezionali, attraverso appropriati interventi preventivi, nonché favorire il parto fisiologico e promuovere l'appropriatezza degli interventi al fine di ridurre il ricorso al taglio cesareo.

Altri obiettivi prioritari sono la promozione dell'allattamento materno ed il contrasto delle disuguaglianze territoriali e sociali di accesso ai servizi per la tutela materno-infantile anche per la popolazione immigrata; sono previste altresì la dimissione precoce, protetta ed appropriata della partoriente e del neonato, promuovere la continuità assistenziale per tutta la durata della gravidanza, nel periodo della nascita e dopo la nascita, garantendo l'integrazione tra territorio e strutture ospedaliere.

3.3.4 La salute mentale

La tutela della salute mentale, nonostante l'implementazione delle conoscenze scientifiche e i miglioramenti intervenuti nel campo dell'assistenza, continua a costituire oggetto di attenzione prioritaria nella programmazione degli interventi sanitari e sociali in tutti i Paesi industrializzati. Anche in Italia, i dati disponibili documentano un trend in aumento della prevalenza dei disturbi mentali, a cui sono associati diversi gradi di disabilità, sofferenze individuali e costi economici e sociali.

Ancora nel gennaio 2005, i ministri della salute di tutti i Paesi della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, riuniti ad Helsinki, hanno sottoscritto un documento (Action Plan) che individua le seguenti priorità per il prossimo decennio:

- a) promuovere la consapevolezza dell'importanza del benessere mentale;
- b) attivare interventi contro l'intolleranza, la discriminazione e l'ineguaglianza, responsabilizzare e sostenere le persone con problemi di salute mentale e le loro famiglie, in modo che possano partecipare attivamente a questo processo;
- c) progettare e realizzare sistemi destinati alla tutela della salute mentale, completi, integrati ed efficienti, che includano la promozione, la prevenzione, il trattamento, la riabilitazione e il reinserimento nella società;
- d) provvedere all'esigenza di disporre di professionisti competenti ed efficaci in tutte queste aree;
- e) riconoscere l'esperienza e le competenze dei pazienti e dei familiari, e utilizzarle come punto di partenza essenziale nella pianificazione e nello sviluppo dei servizi per la salute mentale.

Le azioni segnalate, riproposte con forza anche dall'Unione Europea, incontrano piena adesione nel nostro Paese. Tuttavia, anche se non si dispone di informazioni sistematiche sull'efficacia e l'efficienza del sistema dei servizi e sui risultati di salute prodotti, vi sono dati sufficienti per affermare che l'attuazione degli indirizzi programmatici non risulta omogenea nel territorio nazionale, con differenze a volte considerevoli fra le diverse Regioni e all'interno di uno stesso territorio regionale.

Presentazione e discussione dei dati

Per un aggiornamento del quadro epidemiologico si utilizzano alcuni dati di prevalenza delle patologie psichiatriche ricavati da due fonti: la prima è l'archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO); l'altra si riferisce ad uno studio di prevalenza dei disturbi psichici nell'età evolutiva, condotto dall'IRCCS Eugenio Medea, finanziato dal Ministero della Salute.

Le schede di dimissione ospedaliera (SDO)

Vengono sinteticamente illustrati alcuni dati sui dimessi per patologie psichiatriche nell'anno 2003, ultimo anno disponibile, con un confronto con l'anno precedente.

Per l'analisi dei dati si è scelto di ricorrere alla lista ristretta dei codici ICD9-CM, rappresentata dal sistema ACC (Aggregati Clinici di Codici) che prevede, per le patologie mentali, undici codici diagnostici (da 65 a 75: Ritardo

mentale (65). Disturbi mentali da abuso di alcol (66). Disturbi mentali da abuso di droghe (67). Disturbi mentali senili e organici (68). Disturbi affettivi (69). Schizofrenia e disturbi correlati (70). Altre psicosi (71). Ansia-disturbi somatoformi/dissociativi e della personalità (72). Disturbi mentali dell'età evolutiva (73). Altre condizioni mentali (74). Anamnesi personale di disturbi psichici, problemi psichici (75) (Tabella 1 e Grafico 1)

Nel 2005 sono state registrate 325.034 dimissioni per patologie psichiatriche: i ricoveri per acuti rappresentano il 92,0% del totale. Nel complesso, il totale dei ricoveri risulta diminuito rispetto all'anno precedente, con un decremento di quasi il 3%. Il decremento riguarda tutte le categorie diagnostiche, con l'eccezione del codice 71 (altre psicosi) che risulta in aumento nella misura del 6%.

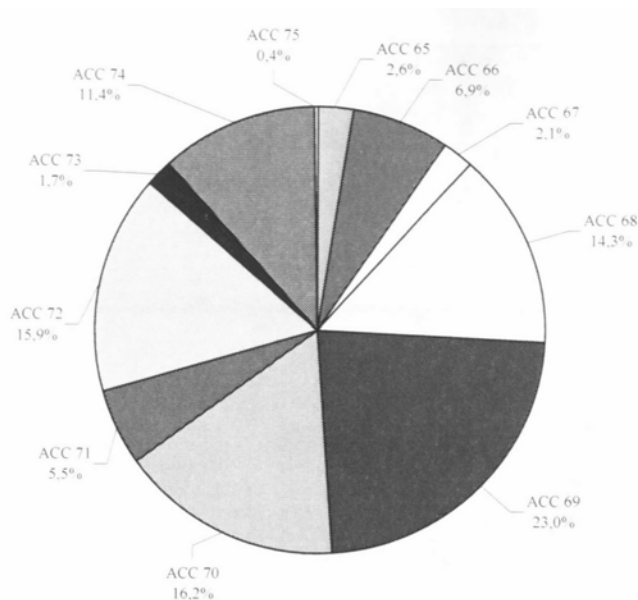
Interessante il dato sull'ospedalizzazione nelle singole regioni: un confronto dei tassi di ricovero per mille abitanti mostra alcune differenze significative. Il valore nazionale è pari a 5,6; il range nelle regioni va da 2,8 in Friuli Venezia Giulia al 10,0 nella Provincia Aut. di Bolzano. Al di sopra del valore medio nazionale si collocano Abruzzo (9,2), Liguria (8,3), Lazio (8,1), Valle d'Aosta (7,4), Sicilia (7,1), Emilia Romagna (5,8), Molise (5,7) (Tabella 2 e Grafico 2).

Tabella 1 - Distribuzione dei dimessi ospedalieri per patologie psichiatriche secondo gli aggregati clinici di codici (ACC) - Anno 2005

Aggregati clinici di codici ACC della diagnosi principale		dimessi per patologie psichiatriche
Codice	Descrizione	
65	Ritardo mentale	8.313
66	Disturbi mentali dovuti ad abuso di alcool	22.541
67	Disturbi mentali dovuti ad abuso di droghe	6.770
68	Disturbi mentali senili e organici	46.600
69	Disturbi affettivi	74.767
70	Schizofrenia e disturbi correlati	52.585
71	Altre psicosi	17.792
72	Ansia, disturbi somatoformi, dissociativi e della personalità	51.723
73	Disturbi dell'età pre adulta	5.601
74	Altre condizioni mentali	37.197
75	Anamnesi personale di disturbo psichico, problemi psichici e di comportamento, osservazione ed esame speciale per l'individuazione di disturbi psichici	1.145
Totale dimessi per ACC 65-75		325.034

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

Grafico 1 - Distribuzione percentuale dei dimessi per patologie psichiche secondo aggregati clinici di codici (ACC) Anno 2005



Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

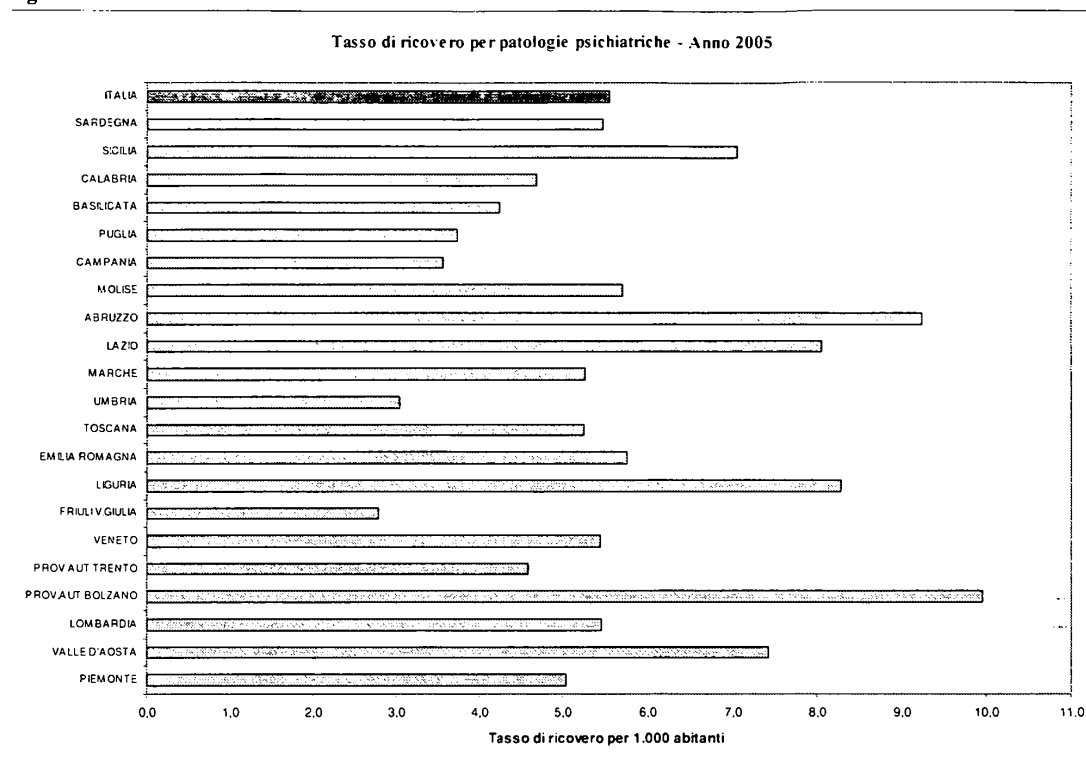
La proporzione maggiore dei ricoveri riguarda quelli con diagnosi di disturbi affettivi (22,4%), seguiti da schizofrenia e disturbi correlati (16,5%) e da ansia, disturbi somatomorfi, dissociativi e della personalità (16,6%). quindi i disturbi senili e organici (15,0%) (Figura 2).

Tabella 2 - Tassi di ricovero (ordinario e day hospital) per patologie psichiatriche - Anno 2005

Regione di ricovero	tasso di ricovero (per 1.000 ab.)
PIEMONTE	5.0
VALLE D'AOSTA	7.4
LOMBARDIA	5.5
PROV.AUT.BOLZANO	10.0
PROV.AUT.TRENTO	4.6
VENETO	5.4
FRIULI V.GIULIA	2.8
LIGURIA	8.3
EMILIA ROMAGNA	5.8
TOSCANA	5.3
UMBRIA	3.0
MARCHE	5.3
LAZIO	8.1
ABRUZZO	9.2
MOLISE	5.7
CAMPANIA	3.6
PUGLIA	3.7
BASILICATA	4.2
CALABRIA	4.7
SICILIA	7.1
SARDEGNA	5.5
ITALIA	5,6

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

Figura 2



Nel totale dei ricoveri per malattie psichiatriche prevalgono il sesso femminile (51,6%) e la classe di età 25-44 (33,8%); le altre classi di età sono così distribuite: *classe 45-64* 25,6%, *classe >65* 24%, *classe 0-17* 11%, *classe 18-24* 5,6%.

Per quanto riguarda il codice prevalente all'interno di ciascuna classe, si ha la seguente distribuzione: *classe 0-17* codice 74 Altre condizioni mentali 47,8%, *classe 18-24* codice 72 ansia, disturbi somatomorfi, dissociativi e della personalità 28,8%, *classe 25-44* codice 70 schizofrenia e disturbi correlati 25,1%, *classe 45-64* codice 69 disturbi affettivi 34,6%, *classe 65-74* codice 69 disturbi affettivi 36,3%, *classe >75* codice 68 Disturbi mentali senili e organici 71,8%. Non si osservano variazioni significative rispetto al 2002 nella distribuzione per tipologia di diagnosi.

In questa distribuzione il dato che merita un approfondimento è quello dell'età evolutiva, laddove prevale il codice 74, rispetto al codice più atteso 73 Disturbi mentali dell'età evolutiva, che è rappresentato solo per l'8%.

Il codice prevalente nei maschi è il 70 Schizofrenia e disturbi correlati (20,9%), nelle donne è il 69 Disturbi affettivi (27,9%).

Oltre ad una panoramica generale sui ricoveri per età e sesso, relativamente agli undici codici, si propone una ulteriore analisi limitatamente a quattro categorie, ritenute più rappresentative della prevalenza trattata: disturbi affettivi (cod. 69), schizofrenia e disturbi correlati (cod. 70), altre psicosi (cod. 71), ansia, disturbi somatomorfi, dissociativi e della personalità (cod. 72).

Per tali categorie diagnostiche, il numero totale dei ricoveri ammonta a 199.292 (60,6% del totale), con una diminuzione pari a -2,4% rispetto al 2002.

Anche per questi soli quattro codici, nel totale dei ricoveri prevalgono il sesso femminile (53,4%) e la classe di età 25-44 (42,0%) con valori un po' più alti rispetto al totale degli undici codici; anche le altre classi di età sono rappresentate in modo differente rispetto alla loro distribuzione per gli undici ACC: *classe 45-64* 32,4%, *classe >65* 15,2%, *classe 18-24* con 5,9%, *classe 0-17* 4,5%.

Rispetto alla prevalenza per sesso, le donne superano gli uomini per i disturbi affettivi (64%) e per i disturbi d'ansia (55%); mentre i maschi prevalgono per le diagnosi di schizofrenia e disturbi correlati (62%) e altre psicosi (51%).

La diagnosi prevalente per ciascuna classe di età è: *classe 0-17* codice (72) ansia, disturbi somatomorfi, dissociativi e della personalità (60,6%); *classe 18-24* codice (72) ansia, disturbi somatomorfi, dissociativi e della personalità (45,5%); *classe 25-44* codice (70) schizofrenia e disturbi correlati (33,4%); *classe 45-64* codice (69) disturbi affettivi (45,3%); *classe 65-74* codice (69) disturbi affettivi (60,4%); *classe >75* codice (69) disturbi affettivi (59,9%).

Le età avanzate si caratterizzano nettamente per una maggiore presenza di disturbi affettivi, mentre i più giovani per i disturbi d'ansia, dissociativi e della personalità.

Lo studio PRISMA

Il progetto PRISMA (Progetto Italiano Salute Mentale Adolescenti) è la prima ricerca epidemiologica multicentrica italiana che ha indagato la prevalenza dei disturbi psichici tra i preadolescenti di età compresa tra i 10 e i 14 anni che vivono in zone urbane ed è stata condotta e realizzata contemporaneamente in sette città italiane: Lecco, Milano, Roma, Rimini, Pisa, Cagliari e Conegliano, all'interno di un progetto di ricerca finalizzata coordinato dall'Istituto Eugenio Medea, finanziato dal Ministero della Salute.

Obiettivi

Gli obiettivi del progetto sono così sintetizzabili:

1. Descrizione della prevalenza dei disturbi psichici in età preadolescenziale, con una valutazione del ruolo delle variabili socio-demografiche nell'insorgenza dei disturbi;
2. Valutazione dell'impatto dei disturbi psicologici sul funzionamento dei soggetti in età preadolescenziale;
3. Valutazione dell'associazione tra fattori di rischio (genetici e sociali) e disturbi diagnosticati

Metodologia

La metodologia per lo studio ha riprodotto quanto effettuato in studi analoghi condotti su campioni di popolazione in Nord America e in Europa continentale. La scelta degli strumenti di valutazione è stata fatta dopo un confronto con i massimi studiosi del settore in campo internazionale (Angold, Costello, Goodman, Achenbach).

Sono stati campionati e selezionati 5.627 preadolescenti nelle città campione: hanno aderito alla ricerca 3.437 ragazzi, pari a oltre il 61% dei selezionati.

Due le fasi del progetto:

- a. Screening attraverso strumenti di valutazione dimensionali
- b. Valutazione clinica attraverso l'utilizzo di intervista clinica semistrutturata al probando e ad un genitore, associata a valutazione dell'impatto sociale della patologia e delle condizioni socioeconomiche della famiglia.

I risultati

Il 23% dei preadolescenti presenta comportamenti "internalizzati" che quantitativamente differiscono in maniera significativa da quelli attesi.

Nel dettaglio, il 13,2% della popolazione presenta comportamenti di tipo "internalizzato" superiore al 97° percentile, mentre il 9,8% presenta comportamenti compresi tra il 93° e il 97° percentile, ossia nella fascia a rischio o borderline.

I comportamenti "internalizzati" sono quell'insieme di manifestazioni comportamentali che descrivono il modo attraverso il quale il bambino o l'adolescente manifesta le proprie emozioni e le proprie modalità di adattamento emozionale all'ambiente.

In particolare si segnala come il 3,7% dei preadolescenti presenti comportamenti significativamente a rischio per depressione, (4,9% i maschi, 2,5% le femmine), al contrario di quanto succede nell'età adulta

Il 10,6% presenta comportamenti significativi per disturbi della serie ansiosa, con una prevalenza più che doppia nel sesso maschile (14,4% versus 6,3% nelle femmine).

Fattori di rischio

Non è stata trovata nessuna differenza in relazione alla età del soggetto nell'intervallo di età esaminato

Le condizioni socio-economiche medio basse si confermano come fattore di rischio importante

Il nucleo familiare disgregato si conferma importante condizione di rischio

Non sono state rilevate differenze in relazione al luogo di residenza (città di provincia o metropoli) e neppure rispetto al tipo di scuola frequentata (privata o statale)

La famiglia può essere fattore di protezione per i "disagi psicologici", ma nei confronti della patologia psichica, espressione della complessa interazione gene-ambiente, non è in grado di attenuarne i rischi.

Prevalenza disturbi clinici

Sul piano categoriale, è stato possibile effettuare diagnosi clinica di disturbo di tipo depressivo e di tipo ansioso, secondo le seguenti percentuali di prevalenza.

Prevalenza disturbi depressivi sul campione totale: 0,8 %

Prevalenza disturbi d'ansia sul campione totale: 7,11%

E' importante sottolineare che il Disturbo Post Traumatico da Stress è responsabile per circa l'1% delle patologie psichiche diagnosticate: questo può essere un indicatore preoccupante di violenza subita dai minori.

Conclusioni

Il 23% della popolazione preadolescenziale presenta comportamenti a rischio per problemi dell'area internalizzata.

In particolare esiste una area con sintomatologia di tipo depressivo pari al 3,7% della popolazione, e una area con sintomatologia di tipo ansiosa pari al 10,6% della popolazione: più del 14% della popolazione preadolescenziale

potrebbe quindi sviluppare quadri clinici di tipo ansioso-depressivo: su questa fascia a rischio va appuntata la attenzione per gli interventi di prevenzione.

La prevalenza della patologia depressiva clinicamente diagnosticabile è stata pari allo 0,8 %, mentre la prevalenza della patologia ansiosa è stata pari al 7,11% del campione.

Nell'insieme la prevalenza dei disturbi psichici diagnosticati in base ai criteri DSM IV per i quali si rendono necessari interventi di cura, è stata pari al 9,1% della popolazione (Disturbi della condotta: 1%, Adhd: < 2%)

Indicazioni per la programmazione

Le SDO continuano a costituire pressoché l'unico patrimonio informativo utile per delineare il quadro patologico nelle diverse aree geografiche, nonché per valutare l'impatto della morbosità sul sistema sanitario in termini di risorse investite e di costi sostenuti.

I dati desumibili dalle SDO testimoniano, confrontando per quanto possibile la serie storica, una certa stabilità, a livello nazionale, sia nel numero di ricoveri effettuati sia riguardo alle patologie prevalenti. In un'analisi di dettaglio, per disaggregazione regionale, sono riscontrabili differenze significative che meritano uno studio di approfondimento sull'efficacia dei sistemi e modelli di intervento attivati nei diversi territori; se il ricovero costituisce una risposta alle fasi acute, ci si dovrebbe aspettare tassi di ricovero omogenei; le differenze riscontrate impongono una riflessione sull'efficacia dei servizi territoriali nella presa in carico dei pazienti.

Un punto di forza per acquisire informazioni sulla prevalenza trattata e sull'andamento degli interventi, sarà costituito dal Sistema Informativo Nazionale per la Salute Mentale (SISM), che coinvolge il Ministero della Salute e le Regioni per la costruzione di flussi informativi e sistemi di rilevazione stabili. Ad oggi è stato completato l'iter per la predisposizione degli strumenti informatici necessari, ed è in corso, in via sperimentale, il primo caricamento di dati da parte di alcune Regioni, per verificarne il funzionamento.

La rilevazione di informazioni sulle caratteristiche sociodemografiche e cliniche dell'utenza dei dipartimenti di salute mentale, e sulla tipologia di assistenza erogata; amplierà la base conoscitiva per più affidabili e complete valutazioni epidemiologiche sulla prevalenza dei disturbi mentali e sui modelli di intervento, in termini di processo e di esito.

3.3.5 Le tossicodipendenze

L'uso/abuso di sostanze stupefacenti e gli stili di vita connessi continuano a rappresentare in Italia un problema di salute pubblica sia per gli effetti diretti sui soggetti consumatori (overdose, comorbilità psichiatrica, patologie infettive droga correlate) che per la popolazione generale non direttamente esposta (malattie sessualmente trasmesse [AIDS, epatite C, B] o accidentali).

Lo strumento legislativo che disciplina l'intera materia è il Decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990 (Testo Unico sulle tossicodipendenze), come modificato dalla Legge n. 45 del 1999 e dalla Legge 49 del 2006.

Per quanto riguarda la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei Servizi per le tossicodipendenze delle Unità Sanitarie Locali, l'ultimo riferimento normativo è tuttora il DM 444 del 1990.

I dati relativi al fenomeno della droga possono essere illustrati secondo il modello degli indicatori chiave così come indicato dall'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze di Lisbona (Agenzia costituita nel 1993 dall'Unione Europea - <http://www.emcdda.europa.eu/>). In base a tale schema, gli indicatori si possono raggruppare nelle seguenti aree:

- Uso di sostanze nella popolazione generale;
- Uso problematico di sostanze;
- Domanda di trattamento;
- Patologie infettive;
- Decessi droga correlati.

Uso di sostanze nella popolazione generale e uso problematico di sostanze

La prevalenza d'uso nella popolazione generale si basa prevalentemente sui risultati di due indagini nazionali (IPSAD e ESPAD) condotte dal Consiglio Nazionale delle Ricerche, i cui risultati sono riportati nella Relazione annuale al Parlamento sulle tossicodipendenze – Anno 2005.

Lo studio IPSAD (Italian Population Survey on alcohol and drugs) è uno studio campionario sul consumo di alcol, tabacco e sostanze psicotrope legali e illegali nella popolazione generale residente in Italia di età compresa tra 15 e 54 anni, ripetuto con cadenza biennale dal 2001.

L'indagine ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Drugs*) riguarda gli atteggiamenti, la percezione del rischio e i consumi di alcol, tabacco e sostanze psicotrope legali e illegali nella popolazione giovanile scolarizzata di età compresa tra 15 e 19 anni ed ha visto la partecipazione di 30 paesi europei.

Nel 2005, relativamente ai consumi di droghe illegali nella popolazione generale (indagine IPSAD) (Grafico 1) risulta che il 31% dei soggetti intervistati ha fatto uso almeno una volta nella vita di cannabis, un terzo di questi ha avuto contatti con la sostanza negli ultimi 12 mesi (11.9%) e un quinto negli ultimi trenta giorni (6.1%) mentre l'1% dei soggetti ne riferisce un uso quotidiano. Sono circa 350.000 i soggetti fra i 15 e i 54 anni che si stima facciano, in Italia,

uso quotidiano di cannabis e circa 1.900.000 quelli che ne fanno uso il fine settimana. Nel confronto tra l'indagine campionaria del 2001 e la rilevazione del 2005 si nota un notevole aumento della prevalenza di utilizzatori "recenti" di cannabis che passa dal 6,2% all'11,9%: si stima quindi che la quota di soggetti che hanno fatto uso di cannabis in Italia sia passata da circa 2.000.000 nel 2001 a 3.800.000 nel 2005.

L'uso di cocaina e crack una o più volte nella vita riguarda il 6,7% della popolazione. Per quanto riguarda il consumo negli ultimi 12 mesi la prevalenza scende al 2,2%. Il consumo nell'ultimo mese riguarda lo 0,9% del campione e l'uso quotidiano lo 0,1%. Dai dati si stima quindi che circa 300.000 persone fanno uso di cocaina una o più volte in un mese e che sono 32.000 coloro che quotidianamente assumono cocaina. Nel confronto tra la rilevazione del 2001 e la rilevazione del 2005 si nota un notevole incremento complessivo nell'uso di cocaina della popolazione negli ultimi 12 mesi: la prevalenza raddoppia passando dall'1% al 2%.

La prevalenza di uso di eroina almeno una volta nella vita risulta dell'1,3%. Tale consumo scende allo 0,3% della popolazione, se si misura per gli ultimi 12 mesi, allo 0,14% e allo 0,06% rispettivamente per l'ultimo mese e per il consumo giornaliero. Con tali dati si può stimare che circa 20.000 soggetti fanno uso giornaliero di eroina e circa 45.000 persone ne fanno uso una o più volte al mese. Si nota un decremento della percentuale di utilizzatori di eroina. Se nel 2001 questi rappresentavano lo 0,5% della popolazione, nel 2005 scendono allo 0,3%.

Il 3,4% della popolazione dichiara di aver utilizzato, almeno una volta nella vita, sostanze di tipo allucinogeno. L'uso relativo all'ultimo anno riguarda invece lo 0,6% del campione mentre lo 0,2% degli intervistati riferisce l'uso recente (ultimo mese) di tale sostanza. Si osserva il triplicarsi nell'assunzione di queste sostanze rispetto al 2001: nell'ultimo anno vengono usate dallo 0,6% della popolazione mentre, nella precedente rilevazione, tali consumatori rappresentavano lo 0,2% del campione. Tale aumento risulta particolarmente evidente per i giovanissimi della popolazione maschile.

La prevalenza d'uso di stimolanti nella vita è del 3,8%. Negli ultimi 12 mesi lo 0,6% della popolazione dichiara di utilizzare tali sostanze psicoattive: lo 0,3% ne riferisce l'uso nell'ultimo mese e lo 0,04% l'uso quotidiano. Il ricorso agli stimolanti aumenta significativamente nel passaggio dalla rilevazione del 2001 (0,2%) a quella del 2005 (0,6%).

Sono state analizzate le interazioni di caratteristiche di rilievo dei partecipanti allo studio con i consumi delle varie sostanze illegali nell'ultimo anno. L'uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci), la condizione familiare (essere separati o vedovi) e l'uso abituale di sigarette sono associati positivamente all'uso più elevato di tutte le sostanze illecite. L'abuso di alcol risulta fattore di rischio per l'uso delle sostanze illegali ad eccezione degli allucinogeni e degli stimolanti. Appartenere ad uno stato socio economico alto rappresenta un fattore associato all'uso di cocaina, cannabinoidi ed allucinogeni ed avere una scolarità medio-alta è caratteristica associata all'utilizzo di cannabinoidi.

Si osserva invece una sostanziale stabilità nella prevalenza dei consumi di droghe illegali fra gli studenti del campione ESPAD@Italia (Grafico 2).

La prevalenza di uso nella vita, che può essere considerata un indice di contiguità alle sostanze, è del 31% per la cannabis, del 5,3% per la cocaina, del 4% per gli allucinogeni, del 3% per gli stimolanti e del 2,5% per l'eroina. La sostanza maggiormente utilizzata dagli studenti delle scuole superiori è la cannabis: circa un terzo degli studenti ne ha fatto uso almeno una volta nella vita. Molto minori invece le percentuali di studenti che hanno avuto contatti con la cocaina (5%), con gli allucinogeni (4%), con gli stimolanti (3%) e con l'eroina (2%).

Il 15% degli studenti delle scuole superiori italiane ha utilizzato cannabis negli ultimi 30 giorni: il 3% ne fa un utilizzo quotidiano. Quest'ultima tipologia d'uso è pari allo 0,24% per la cocaina e a circa lo 0,15% per ognuna delle altre sostanze (esclusa la cannabis).

Gli studenti consumano di più rispetto alle studentesse e i consumi crescono all'aumentare dell'età. I fattori protettivi rispetto all'utilizzo di droghe illegali risultano il non essere fumatore ed il non essersi ubriacati nell'ultimo mese, il percepire interessamento nei propri confronti da parte dei genitori ed avere una positiva relazione con gli stessi. Essere stati coinvolti in risse o incidenti ed aver avuto rapporti sessuali non protetti a causa di alcol o droghe sono invece caratteristiche che, per ovvie ragioni, maggiormente si associano all'uso di sostanze illegali così come l'aver fratelli che abusano di alcol e utilizzano droghe. Altro fattore di rischio risulta l'aver fatto uso di tranquillanti con, ed ancor più senza, prescrizione medica.

In crescita negli ultimi anni il fenomeno dell'uso combinato di sostanze. Dagli studi campionari di popolazione risulta che il 7% dei soggetti intervistati (15-54 anni) e l'8% degli studenti ha fatto uso nella vita di più sostanze illegali. Si evidenzia, fra i consumatori (15-54 anni) di sostanze illegali, un abuso di alcol nell'8% dei casi e un diffuso utilizzo di psicofarmaci (12%). Il 14% degli studenti che ha riferito l'uso recente di sostanze illegali si è ubriacato nei 30 giorni precedenti all'indagine ed il 24% ha assunto psicofarmaci. L'1,8% dei soggetti (15-54 anni) intervistati ha riferito l'uso combinato di sostanze negli ultimi 12 mesi e nella maggior parte dei casi la cannabis è stata una delle sostanze utilizzate. Questo dato proiettato sulla popolazione generale di pari età porta ad una stima di oltre 560.000 persone e di circa 145.000 studenti che nel corso del 2005 hanno fatto uso combinato di più sostanze (nel 98% dei casi una è la cannabis).

Tabacco e alcol sono le sostanze di iniziazione per la maggioranza dei consumatori di droghe illegali e se per l'85% dei soggetti che hanno riferito uso di cocaina e per il 74% di coloro che ha usato eroina la sostanza psicotropa illegale di iniziazione è stata la cannabis, la maggior parte dei consumatori di cannabis (75%) resta "fedele" alla propria sostanza di iniziazione.

I consumatori di eroina in media arrivano al servizio entro cinque-sei anni dall'inizio del consumo problematico; per la cocaina, in media si impiegano sette-otto anni. Nel 2005 si è stimato che in Italia 29.663 soggetti abbiano iniziato a far uso di eroina. Rapportando tale numero con la popolazione a rischio (15-54 anni) si ottiene che circa 9 su 10.000 persone di età compresa tra i 15 e i 54 anni hanno iniziato nel 2005 a far uso di eroina.

Per quanto riguarda la cocaina, invece, la stima dell'incidenza per il 2005 è di 9.174 soggetti, cioè circa 3 su 10.000 residenti di età compresa tra i 15 e i 54 anni. Le stime del numero di soggetti potenzialmente eleggibili ad una terapia per la dipendenza da sostanze psicoattive indicano che, nel 2005, 300.000 persone necessitavano di un trattamento per abuso di droghe. Più della metà di questi soggetti sono stati in carico presso i SerT. Il numero di soggetti che inizia a fare uso di eroina mostra, negli ultimi cinque anni, una crescita di circa 1.000 persone per anno, passando da 25.000 nel 2001 a 30.000 nel 2005. Il numero di soggetti che iniziano, ogni anno, a fare uso di cocaina passano, nello stesso periodo, da 5.500 soggetti nel 2001 a più di 9.000 nel 2005.

Domanda di trattamento

A partire dal 1991, il Ministero della Salute rileva annualmente le attività svolte dai Servizi pubblici per le tossicodipendenze e le caratteristiche dei pazienti in trattamento [4].

Nel corso del 2005 (Tabella 1) sono stati rilevati i dati relativi al personale e all'utenza in 497 Servizi pubblici per le tossicodipendenze su 550 esistenti (90,4%). Sono state prese in carico 162.005 persone con problemi di sostanze d'abuso. La sostanza più utilizzata è stata l'eroina con una richiesta di trattamento del 72,3% dei casi.

Con riferimento alla popolazione residente totale, sono state trattate dai Servizi 28 persone (50 maschi e 7 femmine) ogni 10.000 residenti. Il rapporto M/F dei pazienti in carico ai Servizi è pari a 6,5, la fascia di età prevalente è quella superiore ai 39 anni (24,4% del totale), l'utenza è progressivamente invecchiata nel corso degli anni (età media pari a 32,9 anni).

La sostanza d'abuso per cui la domanda di trattamento è più diffusa è l'eroina (72,3% degli utenti), assunta nella maggioranza dei casi per via intravenosa (66,1%); seguono la cocaina e i cannabinoidi (rispettivamente 13,2% e 9,7% dei pazienti) il cui uso è costantemente aumentato nel corso degli anni soprattutto per la cocaina.

Il 10,5% del totale dei soggetti presi in carico dai Servizi è stato trattato presso le strutture riabilitative (trend decrescente rispetto agli anni precedenti).

Riguardo alla tipologia dei trattamenti erogati dai Servizi pubblici (Tabella 2), il 59,2% dei pazienti è stato sottoposto a programmi farmacologici. Per il 49,4% del totale degli utenti si è fatto ricorso al metadone (il 60,5% del totale dei pazienti trattati con metadone è stato sottoposto a programmi a lungo termine, il 23,8% a programmi a medio termine e il 15,7% a programmi a breve termine), per lo 0,9% al naltrexone, per lo 0,7% alla clonidina e per l'8,2% ad altri farmaci. Tali trattamenti sono stati prevalentemente fruiti nei Servizi pubblici (89,4%) ma anche, in minima parte, nelle strutture riabilitative (4,3%) e in carcere (6,3%).

I pazienti sottoposti a trattamenti psicosociali e/o riabilitativi sono pari al 40,8% del totale (per il 31,2% di tale sottogruppo si è fatto ricorso al sostegno psicologico, per il 10,2% alla psicoterapia, per il 58,6% a interventi di servizio sociale).

Patologie infettive

Secondo i dati rilevati dal Ministero della Salute nel 2005 la percentuale di soggetti in cura presso i Servizi pubblici per le tossicodipendenze sieropositivi per l'HIV, rispetto al totale dei testati, è pari al 13,8% (in diminuzione dal 2000); per l'epatite B e per l'epatite C tale dato assume il valore, rispettivamente, del 41,7% (in diminuzione rispetto al 2004) e del 61,4% (in diminuzione dal 2000). Le percentuali di positività, per tutte le patologie infettive, sono più elevate nel sottogruppo di utenti già in carico dagli anni precedenti o rientrati di sesso femminile e sono estremamente variabili regionalmente.

Decessi droga-correlati

I decessi per intossicazione acuta avvenuti nel corso del 2005 si attestano a 603 casi (il dato è tuttavia sottostimato poiché non tiene conto di overdose in cui non sia intervenuta l'autorità giudiziaria e di decessi droga correlati diversi dall'overdose), in linea col dato dell'anno precedente (600); tuttavia in quest'ultimo biennio si osserva un certo aumento di tali decessi, che rappresenta un'inversione di tendenza rispetto alla progressiva diminuzione registrata dal 1996 al 2003. La causa del decesso è stata attribuita nella maggior parte dei casi all'eroina; si muore di overdose prevalentemente in casa; Umbria e Lazio sono le regioni dove si registrano il maggior numero di decessi per overdose [5].

La Tabella descrive le principali caratteristiche demografiche e tipologia di dipendenza dei soggetti trattati nel corso del 2005 presso i servizi pubblici per le tossicodipendenze (sia i nuovi trattamenti che gli utenti già in carico dagli anni precedenti) per regione. I dati sono descritti nel testo.

XV LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Tab.1 - CARATTERISTICHE DEGLI UTENTI DEI SERVIZI PUBBLICI PER LE TOSSICODIPENDENZE - ANNO 2005

REGIONI	Maschi	Femmine	M/F	Età media			Totale	Utenti per sostanza d'abuso primaria (%)					
				% Utenti st	Maschi	Femmine		Eroina	Cannabino	Cocaina	Allucinogeni	Stimolanti	altro
PIEMONTE	11635	2468	4,7	12,9	34,2	34,1	34,2	76,9	4,7	8,2	0,1	0,7	9,4
VALLE D'AOSTA	239	57	4,2	23,3	34,8	34,4	34,7	89,9	3,7	5,4	0	0	1
LOMBARDIA	22339	3760	5,9	10,6	33,4	32,6	33,3	62,1	9,2	24,8	0,1	0,8	3
PROV.AUT.BOLZANO	571	153	3,7	16,9	34,4	35,4	34,6	69,9	11,7	7	0,1	1,9	9,4
PROV.AUT.TRENTO	692	167	4,1	20,6	34,6	33,5	34,4	92,2	3,2	3,5	0	0,6	0,5
VENETO	9786	1693	5,8	15	32,6	31,7	32,5	72,9	14	8,9	0,1	1	3,1
FRIULI V.GIULIA	2516	636	4	7,8	32,1	30,8	31,9	76,4	11,4	6,9	0	2,1	3,2
LIGURIA	5132	959	5,4	9,8	33,9	33,8	33,9	75,7	12,9	9,4	0	0,7	1,3
EMILIA ROMAGNA	9427	2008	4,7	12,4	33,3	32,5	33,1	72,3	11,2	13,5	0,1	0,8	2,1
TOSCANA	8345	1766	4,7	9,7	33,2	31,6	32,9	75,4	11,9	10,5	0,1	0,7	1,4
UMBRIA	2864	535	5,4	9,9	32,5	31,3	32,3	84,2	7,1	6,1	0	0,5	2,1
MARCHE	4060	750	5,4	10,1	31,9	29,7	31,6	74,8	12,8	10,2	0,1	0,7	1,4
LAZIO	11833	1958	6	4,2	34,6	34,2	34,5	76	7,4	14,5	0	0,8	1,3
ABRUZZO	3465	411	8,4	10,2	32,4	31,2	32,3	72,3	9,2	6,9	0	1,6	10
MOLISE	741	94	7,9	5,6	30,8	27,5	30,4	73,4	12,6	10,5	0	0,1	3,4
CAMPANIA	16537	1400	11,8	10,3	31,3	29,9	31,2	71,4	8,3	13,4	0,1	0,7	6,1
PUGLIA	10741	861	12,5	9,7	32,3	31,9	32,2	70,5	14,6	11	0,1	0,4	3,4
BASILICATA	1108	62	17,9	7,3	32,1	30,6	32	83,6	8,2	6,7	0	0,2	1,3
CALABRIA	4256	301	14,1	22	32,5	30,7	32,4	82,7	7,6	6,5	0	0,2	3
SICILIA	9453	1048	9	6,2	31,8	31,4	31,8	66,3	10,7	14,6	0	0,7	7,7
SARDEGNA	4659	519	9	12,3	34,5	34,1	34,5	83,2	4,4	10,1	0	0,3	2
ITALIA	140399	21606	6,5	10,5	33	32,4	32,9	72,3	9,7	13,2	0,1	0,8	3,9

Fonte: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze

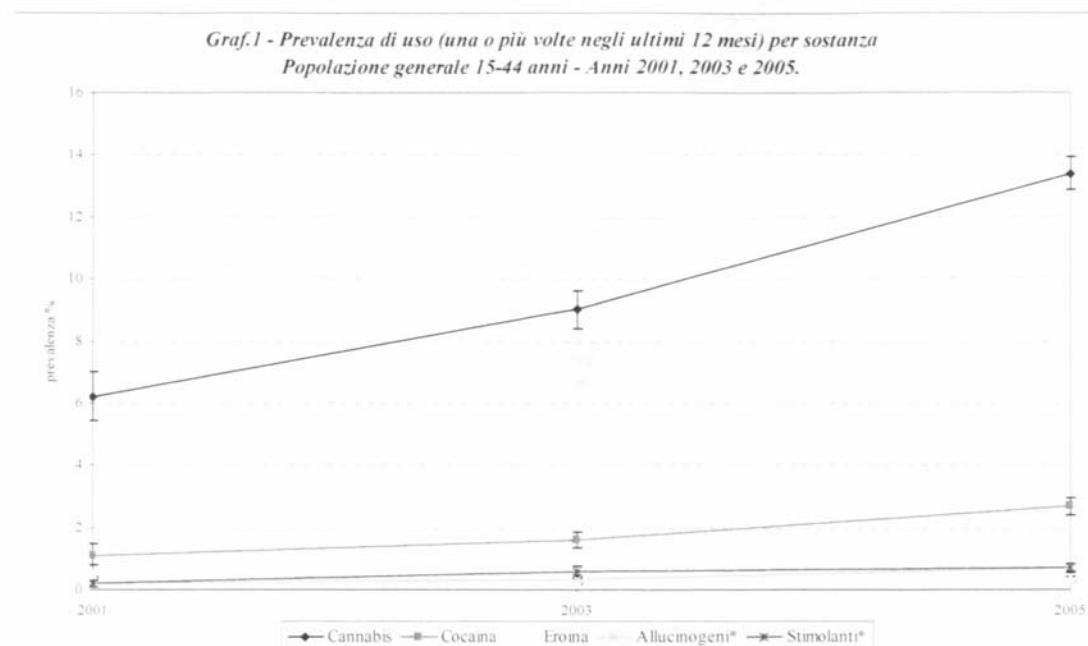
La Tabella riporta la distribuzione percentuale, per regione, degli utenti dei servizi pubblici per le tossicodipendenze per tipologia di trattamento in riferimento all'anno 2005.

I dati sono descritti nel testo.

Tab. 2 - UTENTI DISTRIBUITI PER TIPO DI TRATTAMENTO (%) - ANNO 2005

REGIONI	PSICOSOCIALE E/O RIABILITATIVO	FARMACOLOGICO			Totale metadone	Naltrexone	Clonidina	Altri farmaci	Totale farmacologico
		Metadone breve termine (≤30gg)	Metadone medio termine (30gg-6 mesi)	Metadone lungo termine (>6 mesi)					
PIEMONTE	42,3	8	11,2	32,6	51,7	0,7	0,1	5,2	57,7
VALLE D'AOSTA	35,2	4,4	2,9	37,8	45,1	0,3	6	13,3	64,8
LOMBARDIA	47,3	1	5	35,9	41,8	0,3	0,5	10,1	52,7
PROV.AUT.BOLZANO	41,6	6,8	14,2	33,1	54,1	0	0	4,4	58,4
PROV.AUT.TRENTO	45,3	7,3	12,9	31,6	51,8	0	0	2,9	54,7
VENETO	36,1	6,8	10,9	29,7	47,4	1,7	1,1	13,7	63,9
FRIULI V.GIULIA	32,7	3,8	8	43,8	55,6	0,9	1,3	9,5	67,3
LIGURIA	31,5	27,3	6,6	9,2	43	0,9	0,1	24,5	68,5
EMILIA ROMAGNA	35	1,9	10,5	35,8	48,2	1,2	0,8	14,9	65
TOSCANA	42	4,4	15,6	32,2	52,2	0,6	1	4,3	58
UMBRIA	24,6	14	17,7	38,1	69,8	0,5	0,2	4,8	75,4
MARCHE	46,7	10,2	9,3	26	45,5	1,7	0	6,1	53,3
LAZIO	46,9	9,8	18,6	8,4	36,8	1,9	0,5	13,9	53,1
ABRUZZO	39,1	9,3	16,3	26,6	52,1	1,7	0	7	60,9
MOLISE	51,1	2,8	6	26,5	35,4	0,8	0	12,6	48,9
CAMPANIA	31,2	11,4	16	34,8	62,2	0,8	0,9	4,9	68,8
PUGLIA	44,4	13,8	10,2	25,7	49,6	0,3	0,9	4,7	55,6
BASILICATA	33,2	2,2	3,9	56	62,2	0,6	1,3	2,8	66,8
CALABRIA	44,7	13	12	27	52,1	1,3	0	1,9	55,3
SICILIA	52,7	5,7	7,4	26	39	2,2	1,5	4,6	47,3
SARDEGNA	27,3	3,5	9,8	52,5	65,8	1,3	0	5,6	72,7
ITALIA	40,8	7,7	10,7	31	49,4	0,9	0,7	8,2	59,2

Fonte: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze

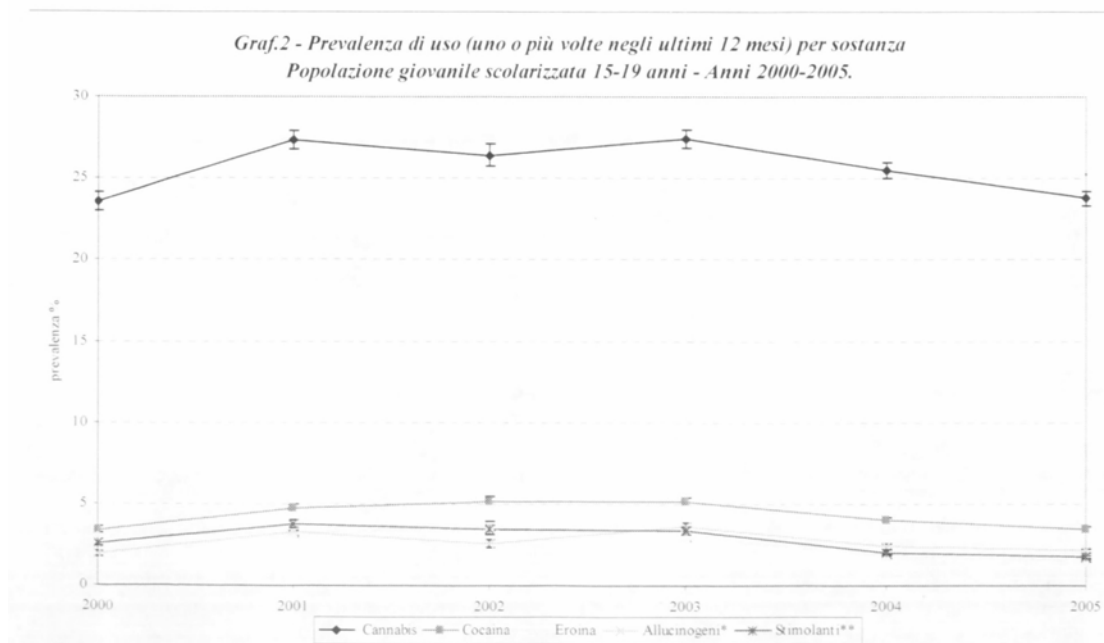


Fonte: Indagine IPSAD®Italia, Consiglio nazionale delle Ricerche (Istituto di Fisiologia Clinica www.ifc.cnr.it)

Breve spiegazione del Grafico

Il Grafico visualizza i trend temporali delle prevalenze d'uso (uno o più volte nell'ultimo anno) per singola sostanza relativa alla popolazione generale 15-54 anni dell'indagine IPSAD. Nel Grafico sono visualizzati anche i relativi intervalli di confidenza.

I dati sono descritti nel testo.



Fonte: Indagine ESPAD®Italia, Consiglio nazionale delle Ricerche (Istituto di Fisiologia Clinica www.ifc.cnr.it)

Breve spiegazione del Grafico

Il Grafico visualizza i trend temporali delle prevalenze d'uso (uno o più volte nell'ultimo anno) per singola sostanza relativa alla popolazione giovanile secolarizzata 15-19 anni dell'indagine ESPAD. Nel Grafico sono visualizzati anche i relativi intervalli di confidenza.

I dati sono descritti nel testo.

Alla luce della disomogeneità organizzativa (assetto Dipartimentale previsto dall'Accordo stato-regioni del 21 gennaio 1999 e non ancora attuato in numerose regioni) urge la necessità di una ricognizione del sistema dei servizi (pubblici e del privato accreditato).

Alcuni risultati emersi da ricerche sperimentali realizzate sul territorio e finanziate dal Ministero della Salute, hanno evidenziato la necessità di creare una rete di raccordo con il III settore (Unità di strada, Unità di prossimità, Unità a bassa soglia) che nella gran parte dei casi è costituito da volontari. Di qui l'urgenza di concertare con i dicasteri competenti, le Regioni e le Associazioni della Società Civile, politiche socio-sanitarie di sistema.

Particolare attenzione va posta ai detenuti tossicodipendenti, ottimizzando la presa in carico dai parte dei servizi di assistenza, includendo interventi di prevenzione nonché interventi di riduzione del danno.

Per quanto riguarda il settore epidemiologico-statistico i dati rilevati annualmente dal Ministero della Salute, non consentono una valutazione esauriente dell'efficienza dei servizi e dell'efficacia in termini di risultati di salute prodotti. Inoltre, mancano informazioni sugli interventi delle comunità terapeutiche.

In considerazione di ciò, questo Ministero sta procedendo, in collaborazione con le Regioni, alla realizzazione di un Sistema informativo nazionale (SIND) sui soggetti in trattamento, interno al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), fondato su tracciati record individuali, in grado di fornire informazioni sulle prestazioni e sui percorsi di cura generate dai pazienti all'interno delle strutture dedicate. Premesso che le conoscenze epidemiologiche e le conoscenze sull'efficienza e l'efficacia della rete dei servizi sono fondamentali per orientare le azioni programmatiche e di indirizzo, si elencano alcuni aspetti problematici rispetto ai quali approntare strategie di intervento efficaci.

Interventi urgenti in favore della popolazione giovanile

L'aumento dei consumi di cannabis, cocaina, allucinogeni e psico-stimolanti e una generalizzata bassa percezione del rischio tra i più giovani, rilevato dall'indagine ESPAD, richiedono risposte urgenti quali:

- Orientare ed implementare la capacità dei servizi nel prendere in carico i giovani consumatori di cannabis, cocaina e metamfetamine;
- interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria ivi comprese le strategie di riduzione del danno;
- contrasto delle situazioni di maggiore disagio ed emarginazione, potenziando il III settore;
- sostegno e implementazione delle capacità progettuali e di autonomia dei giovani e della loro partecipazione attiva nei vari contesti sociali. E' indispensabile intervenire nei luoghi di aggregazione giovanile.
- parallelamente è indispensabile implementare programmi di formazione e conoscenza degli interventi basati su prove di efficacia coinvolgendo anche soggetti non tradizionalmente coinvolti nell'aggiornamento e nella formazione come i Pronto Soccorsi e i Centri antiveleno.

Interventi urgenti relativi alla gestione della cronicità

La disomogenea organizzazione dei servizi, in rapporto alle differenti tipologie di pazienti, inevitabilmente si riflette in una cronica inadeguatezza nella continuità assistenziale (dovuta, anche, alla scarsa integrazione tra pubblico e privato). La difficoltà nella gestione della comorbidità psichiatrica e nell'agganciare la popolazione della così detta area grigia (maggiormente a rischio per overdose e che non si rivolge spontaneamente ai servizi per una scarsa o nulla percezione del rischio, o per situazioni di grave emarginazione sociale) potrebbero trovare valide soluzioni nelle strategie di prevenzione terziaria. Occorre, pertanto, potenziare e, ove necessario, dare maggiore stabilità a tutte quelle situazioni di precariato e volontariato, convogliandole nella rete dei servizi, evitando così dispersione di risorse e "expertise" essenziali per governare il sistema (i rischi principali di questa popolazione sono: infezione e diffusione dell'HIV, HBV, HCV, overdose ed episodi di criminalità e microcriminalità).

3.3.6 La salute degli immigrati

L'immigrazione da Paesi non appartenenti all'Unione Europea rappresenta un fenomeno che negli ultimi decenni è intervenuto a modificare in modo più deciso la composizione socio-demografica del Paese.

La popolazione residente in Italia, infatti, cresce in buona misura grazie all'afflusso di nuovi immigrati. Il saldo naturale positivo dei cittadini stranieri già residenti in Italia compensa il saldo naturale negativo della popolazione di cittadinanza italiana, contribuendo così all'incremento della popolazione residente nel Paese: nel 2004 il saldo di nascita e i decessi della popolazione complessiva è stato positivo per 15.941 unità proprio grazie all'apporto dei nati stranieri. I cittadini stranieri in Italia al 1° gennaio 2005 risultano 2.402.157, di cui 1.175.445 donne (pari al 48.9%), per la maggior parte in età fertile.

Se a livello generale il numero delle donne straniere immigrate è quasi uguale a quello degli uomini, a seconda della nazionalità si registrano invece forti differenze nella distribuzione per genere degli immigrati. Quasi la metà degli

stranieri residenti in Italia proviene da Paesi europei, e si tratta di 603.554 donne contro 518.722 uomini, in particolare spiccano i dati relativi ai Paesi dell'Europa orientale, per cui tra i paesi dell'Europa a 25 dal dettaglio dei paesi di nuova adesione emerge che le donne sono quasi il triplo degli uomini, mentre tra le singole nazionalità il dato più evidente riguarda le donne ucraine, presenti in Italia in misura di cinque volte superiore ai loro connazionali uomini.

Il rapporto si inverte a proposito dei paesi Africani, che nel complesso vedono una prevalenza netta di immigrati sesso maschile: 403.343 uomini e 238.412, con il picco del Senegal che vede più di cinque uomini immigrati per una donna, ed il caso in controtendenza della Nigeria, in cui si rileva una seppur leggera prevalenza di donne. Riguardo all'Asia, nonostante il numero complessivo di uomini e di donne immigrate si evidenzia un divario non particolarmente ampio, va sottolineato il *trend* nettamente differente tra i Paesi dell'Estremo Oriente, dai quali è prevalente la provenienza di donne, e gli altri Paesi asiatici, che vedono invece una nettissima prevalenza di uomini. Infine, per quanto riguarda l'America, continente che senza tenere conto dell'Oceania (dalla quale provengono circa 2500 persone) vede il numero più basso di presenze di cittadini residenti, anche in questo caso si rileva una netta maggioranza di donne immigrate, e se la ripartizione per genere dei cittadini dell'America Settentrionale risulta piuttosto equilibrata (e nel complesso non molto significativa), gli immigrati dall'America Centro-Meridionale sono per due terzi donne.

Salute e immigrati. Dal punto di vista sanitario in linea generale si rilevano tra gli immigrati in Italia elementi di criticità che discendono anzitutto dalle difficoltà pratiche, e dunque dai fattori di rischio legati a condizioni di vita più precarie e sostanzialmente legate alla marginalità sociale ed economica che molti immigrati vivono. Si tratta di circostanze che espongono gli immigrati ai fattori di rischio legati agli stili di vita, ma anche a disagio psicologico e che in generale aggravano l'insorgenza degli stati patologici, dal momento che sussistono ostacoli di ordine psicologico, burocratico, organizzativo e relazionale al ricorso delle strutture e dei servizi sanitari sul territorio.

I dati relativi all'ospedalizzazione rappresentano una quota rilevante dell'assistenza agli stranieri immigrati, avendo il valore di essere rappresentativi per consistenza numerica e distribuzione nazionale. Infatti, la banca dati delle Schede di Dimissioni Ospedaliere (SDO) offre completezza e disponibilità di variabili per l'identificazione degli stranieri.

Il ricovero pur essendo un evento certamente non esaustivo delle condizioni e dei bisogni di salute degli immigrati, fornisce indicazioni sulla adeguatezza e accessibilità dell'assistenza territoriale; l'ospedalizzazione infatti è spesso l'alternativa obbligata all'assenza di una rete di continuità assistenziale che garantisca l'appropriato, tempestivo ed efficace ricorso alle cure.

Dall'esame dei dati del Rapporto sulle SDO relativo all'anno 2005 emerge che i dimessi con cittadinanza straniera che hanno subito un ricovero nelle strutture pubbliche e private relative sia alla degenza ordinaria che in Day Hospital risultano complessivamente 508.240 (+27,6% rispetto al 2003).

Il 73,5% dei ricoveri avviene in modalità ordinaria, il restante 26,5% in Day Hospital.

La **Tabella n. 1** riporta i Dimessi con cittadinanza estera relativa alla Degenza ordinaria secondo il continente di provenienza.

Tabella 1 - Dimessi con cittadinanza estera. Degenza ordinaria - Anno 2005

Regione di ricovero	CONTINENTE DI PROVENIENZA								Totale
	EUROPA UE	ALTRI PAESI EUROPEI	AFRICA	AMERICA	ASIA	OCEANIA	APOLIDE	non attribuibile	
	dimessi	dimessi	dimessi	dimessi	dimessi	dimessi	dimessi	dimessi	
Piemonte	1.762	12.077	8.958	2.514	1.540	16	95	557	27.519
Valle d'Aosta	170	175	332	53	31	1	-	12	774
Lombardia	5.185	23.713	28.370	12.230	15.493	49	42	5.441	90.523
P.A. di Trento	3.488	1.163	697	218	514	6	1	605	6.692
P.A. di Bolzano	838	1.552	973	290	283	2	-	369	4.307
Veneto	2.868	13.378	12.195	2.208	5.893	54	113	4.451	41.160
Friuli-Venezia Giulia	808	3.244	1.742	614	600	13	-	797	7.818
Liguria	1.291	3.321	2.474	4.171	791	21	21	3.602	15.692
Emilia Romagna	2.673	13.488	14.357	2.202	6.117	29	155	840	39.861
Toscana	2.718	9.722	4.456	2.265	4.901	47	142	1.486	25.737
Umbria	862	3.446	1.768	911	461	10	3	388	7.849
Marche	838	3.482	2.381	757	1.301	8	116	218	9.101
Lazio	6.314	19.192	6.863	5.936	6.128	124	71	910	45.538
Abruzzo	744	2.775	791	624	469	23	26	352	5.804
Molise	86	97	35	42	16	1	1	2	280
Campania	2.519	5.815	2.584	1.172	1.290	45	199	401	14.025
Puglia	1.137	3.610	1.152	322	518	7	5.278	173	12.197
Basilicata	62	102	5	13	11	3	-	2	198
Calabria	869	2.043	771	318	240	23	12	1.260	5.536
Sicilia	1.431	2.045	2.873	658	1.539	39	173	301	9.059
Sardegna	1.755	682	773	376	244	16	5	89	3.940
Totale	38.418	125.122	94.550	37.894	48.380	537	6.453	22.256	373.610

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

La **Tabella n. 2** riporta i Dimessi con cittadinanza estera relativa al Day Hospital secondo il continente di provenienza.

Tabella 2 - Dimessi con cittadinanza estera. Day hospital - Anno 2005

Regione di ricovero	CONTINENTE DI PROVENIENZA								Totale dimessi
	EUROPA UE	ALTRI PAESI EUROPEI	AFRICA	AMERICA	ASIA	OCEANIA	APOLIDE	non attribuibile	
	dimessi	dimessi	dimessi	dimessi	dimessi	dimessi	dimessi	dimessi	
Piemonte	674	5.699	3.197	1.413	529	6	72	197	11.787
Valle d'Aosta	28	52	88	21	5	-	-	13	207
Lombardia	1.706	8.071	7.172	6.145	4.233	33	6	3.941	31.307
P.A. di Trento	306	305	166	69	147	1	1	136	1.131
P.A. di Bolzano	133	547	262	140	84	-	-	73	1.239
Veneto	618	5.049	2.721	652	1.220	7	57	2.724	13.048
Friuli-Venezia Giulia	189	996	491	214	195	-	-	251	2.336
Liguria	560	1.709	1.028	2.614	416	6	21	2.062	8.416
Emilia Romagna	651	4.614	3.189	850	1.530	6	27	176	11.043
Toscana	862	3.919	1.391	1.070	1.400	11	76	477	9.206
Umbria	358	1.262	427	389	131	3	-	94	2.664
Marche	220	991	398	241	288	4	35	45	2.222
Lazio	2.409	9.047	3.141	3.117	3.169	37	10	296	21.226
Abruzzo	283	1.093	279	253	154	3	3	171	2.239
Molise	23	45	12	9	6	1	1	1	98
Campania	776	2.700	808	502	345	15	86	84	5.316
Puglia	141	645	176	56	62	3	1.584	35	2.702
Basilicata	8	44	5	4	6	-	-	-	67
Calabria	365	806	177	153	65	11	2	364	1.943
Sicilia	726	1.232	1.585	451	759	45	59	107	4.964
Sardegna	682	313	267	133	48	4	-	22	1.469
Totale dimessi	11.718	49.139	26.980	18.496	14.792	196	2.040	11.269	134.630

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

Salute donna immigrata. 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 - rilevati su un totale di n. 541 punti nascita, circa il 10% dei parti è relativa a madri di cittadinanza non italiana. Tale fenomeno è più diffuso al centro nord dove oltre il 15% dei parti avviene da madri non italiane.

Le aree geografiche di provenienza più rappresentative, sono quella dell'Europa dell'Est (38%) e dell'Africa (25%).

Le madri di origine Asiatica e Sud Americana sono rispettivamente il 17% ed il 11% di quelle non italiane (Grafico 1).