

Libro bianco 2011

La salute dei bambini

Stato di salute e qualità dell'assistenza
della popolazione in età pediatrica
nelle regioni italiane

Hanno curato il Libro bianco:

Direzione Scientifica: *Prof. Walter Ricciardi*

Segreteria Scientifica: *Dott. Antonio Giulio de Belvis*

Autori: *Dott.ssa Maria Avolio, Dott.ssa Danila Basso, Dott.ssa Silvia Bruzzone,
Dott.ssa Alessandra Burgio, Dott. Antonio Giulio de Belvis,
Prof.ssa Maria Pia Fantini, Prof. Riccardo Longhi, Dott. Domenico Minasi,
Prof. Lodovico Perletti, Dott.ssa Tiziana Sabetta*

*Gli autori ed i curatori
ringraziano tutti i ricercatori di Osservasalute
e le fonti di dati nazionali ed internazionali
citate nel presente Rapporto.
In alcuni capitoli del presente Volume,
ad alcuni autori di Osservasalute
è stato richiesto un contributo apposito,
di cui risultano autori a tutti gli effetti.*

Indice

Premessa, Prof. Alberto Giovanni Ugazio pag. 11

Prefazione, Prof. Walter Ricciardi, Dott. Antonio Giulio de Belvis » 13

Parte I

La popolazione in età pediatrica

1. Popolazione	»	19
1.1 Struttura demografica	»	19
1.2 Natalità	»	21
1.3 Fecondità	»	23
1.4 Nati da cittadini stranieri	»	26
<i>Approfondimento. Il supporto offerto dai Comuni alle famiglie: asili nido ed altri servizi socio-educativi per la prima infanzia</i>	»	30
2. Sopravvivenza e mortalità	»	37
2.1 Speranza di vita alla nascita	»	37
2.2 Mortalità infantile, neonatale e post-neonatale	»	38
2.3 Mortalità oltre il primo anno di vita	»	43
2.4 Mortalità per causa	»	47
3. Disabilità	»	51
3.1 Alunni con disabilità nelle scuole statali	»	51
3.2 Alunni per tipologia di disabilità nelle scuole primarie e secondarie di I grado statali e non statali	»	53

Parte II

I bisogni di salute e la qualità dell'assistenza

4. Fattori di rischio e stili di vita	pag.	59
4.1 Tendenze evolutive nel consumo degli alimenti e delle bevande	»	59
4.2 Sovrappeso ed obesità	»	62
4.3 Attività fisica	»	65
4.4 Fumo di tabacco	»	67
4.5 Alcol	»	69
<i>Approfondimento. Obesità, sedentarietà, fumo ed alcol nei ragazzi</i>	»	71
4.6 Dipendenze tecnologiche	»	79
5. Prevenzione	»	82
5.1 Copertura vaccinale obbligatoria e raccomandata	»	82
5.2 Copertura vaccinale antinfluenzale stagionale	»	86
6. Malattie infettive: andamento delle notifiche	»	89
6.1 Morbillo	»	89
6.2 Parotite	»	93
6.3 Rosolia	»	96
6.4 Varicella	»	100
6.5 Scarlattina	»	103
6.6 Pertosse	»	106
7. Sicurezza delle nascite	»	110
7.1 Parti effettuati nei punti nascita	»	110
7.2 Parti con Taglio Cesareo	»	113
7.3 Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale presenti nei punti nascita	»	115
8. Assistenza territoriale	»	118
8.1 Pediatri di Libera Scelta	»	118
8.2 Minori nei Presidi residenziali socio-assistenziali	»	123
<i>Approfondimento. L'integrazione assistenziale per i bambini affetti da malattie rare</i>	»	126
8.3 Abortività volontaria delle minorenni	»	129

9. Assistenza ospedaliera	pag.	132
9.1 Rete ospedaliera pediatrica	»	132
9.2 Posti letto in pediatria	»	134
9.3 Area pediatrica ospedaliera	»	136
9.4 Ospedalizzazione per età, tipologia di attività e regime di ricovero	»	139
9.5 Ospedalizzazione per DRG medici e chirurgici	»	144
9.6 Utilizzo del Day Hospital per DRG medici a rischio di inappropriatazza	»	147
9.7 Mobilità ospedaliera in età pediatrica	»	152
<i>Approfondimento. L'assistenza ospedaliera e le cure pediatriche in Italia</i>	»	159
Conclusioni, Prof. Walter Ricciardi, Dott. Antonio Giulio de Belvis	»	166
Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati	»	170

Premessa

La Società Italiana di Pediatria (SIP) sta perseguendo, ormai da tempo, l'obiettivo di riportare i bambini e gli adolescenti al centro delle scelte sociali e politiche del Paese. Il Pediatra è sempre più impegnato a fronteggiare due nuove sfide per la promozione e la tutela della salute dei soggetti in età evolutiva. Anzitutto la sfida della nuova pediatria preventiva che ha ormai di mira la promozione della salute dell'adulto e dell'anziano di domani. I progressi dell'epigenetica, delle scienze ambientali e della stessa epidemiologia hanno ormai dimostrato con chiarezza che una prevenzione delle malattie cardiovascolari, degenerative e tumorali dell'adulto e dell'anziano, per essere efficace, deve iniziare con l'adozione di stili di vita salutari fin dall'età del neonato e del lattante. E c'è poi la sfida posta dal numero crescente di bambini con malattie croniche, sempre e comunque complesse. Nessuna di queste due sfide può essere neppure affrontata da Pediatri che volessero rimanere confinati nei loro ambulatori e nei loro reparti. È indispensabile un'alleanza sempre più stretta con la società civile nel suo complesso: amministratori, politici, mondo della scuola e del volontariato, mondo della produzione e della distribuzione, terziario avanzato...

La stretta collaborazione che è venuta progressivamente rafforzandosi con l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e con la Società Italiana Medici Manager va vista in quest'ottica e raggiunge oggi un importante risultato. Per la prima volta, dopo 10 anni di un'attività che ha contribuito in maniera decisiva a innovare il mondo della sanità italiana, le analisi dell'Osservatorio hanno prodotto un volume interamente dedicato alla salute dei bambini e degli adolescenti. Soltanto i dati e la loro analisi condotta da esperti di eccellenza, - la Direzione scientifica di Walter Ricciardi con la Segreteria scientifica di Antonio Giulio de Belvis ne sono testimonianza ed al contempo garanzia - ci possono permettere di pervenire ad una migliore comprensione dei bisogni di salute ed all'elaborazione di modelli per una rete pediatrica che sia in grado di dar risposta a questi bisogni con efficacia, efficienza ed equità. Saranno questi i contenuti del "Libro verde" nel quale troveranno spazio le proposte organizzative e gestionali.

Certo, il “Libro bianco” mette in evidenza non pochi elementi di criticità. La contrazione della spesa sociale per la maternità e la famiglia, sia a livello nazionale che locale, è forse uno dei più preoccupanti insieme a quello della denatalità ed ai numerosi problemi che continuano a rendere non equa e scarsamente efficace l’assistenza socio-sanitaria ai bambini migranti. Di nuovo: occorre riportare il bambino e l’adolescente al centro delle scelte sociali e politiche del Paese. Il “Libro bianco” richiama tutti noi Pediatri al nostro ruolo centrale, alla stessa “mission” del nostro impegno professionale: garantire ai bambini ed agli adolescenti la salute globale cui hanno diritto giocando un ruolo sempre più attivo non soltanto in ospedale e negli ambulatori, ma come protagonisti attivi delle scelte sociali che sono indispensabili per garantire ai bambini ed agli adolescenti la qualità di vita - fisica, psichica e sociale - cui hanno diritto.

Desidero esprimere la mia personale riconoscenza e quella di tutto il Direttivo della SIP al Professor Ricciardi, al Dottor de Belvis nonché al Professor Lodovico Perletti, al Professor Riccardo Longhi ed al Dottor Domenico Minasi che li hanno affiancati nella preparazione di questo “Libro bianco” nella loro qualità di Pediatri, per conto della Società Italiana di Pediatria.

Prof. Alberto G. Ugazio
Presidente
Società Italiana di Pediatria

Prefazione

Il primo “Libro bianco sulla salute dei bambini - Stato di salute e qualità dell’assistenza della popolazione in età pediatrica nelle regioni italiane” nasce con lo scopo di analizzare in maniera uniforme ed aggiornata la molteplicità di tematiche che gravitano attorno alla salute ed all’assistenza del bambino e dell’adolescente con dati validi e confrontabili tra le realtà regionali italiane.

Esso è parte integrante di un percorso di ricerca, formazione e sensibilizzazione condiviso tra la Società Italiana di Pediatria (SIP), l’Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane dell’Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e la Società Italiana Medici Manager (SIMM).

Conosciamo la storia, il prestigio ed il costante impegno della SIP nella società italiana affinché il dibattito sul ruolo attuale e futuro dell’assistenza all’infanzia ed all’adolescenza sia costantemente alimentato da proposte pronte, rigorose e praticabili sul versante clinico, normativo e gestionale.

Le analisi dell’Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, a partire dal Rapporto Osservasalute, rappresentano da 10 anni un’occasione di studio per i ricercatori e di aggiornamento e di riflessione per esperti, decisori, giornalisti e cittadini sui temi della salute e della sanità nelle regioni italiane.

Dall’Osservatorio sono nati anche approfondimenti tematici e strumenti di analisi e *policy-making*, sempre costruiti cercando di conciliare rigore della ricerca e concretezza della proposta. In particolare, ricordiamo le tre edizioni del “Libro bianco sulla salute della donna”, redatto in collaborazione con ONDA, l’Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna.

Più recente è l’attività della SIMM, nata nel 2006 dalla collaborazione con la *British Association of Medical Managers* e con l’*American College of Physician Executives*, che si propone di promuovere, sviluppare e consolidare il ruolo, la funzione e le competenze manageriali nella professione medica e non medica, avvalendosi di *partnership* con le principali Società Scientifiche, tra cui, appunto, la SIP.

È ormai diffusa la consapevolezza che il Pediatra di Libera Scelta o ospedaliero non sia solo il “medico dei bambini”, ma costituisca un nodo imprescindibile nella rete regionale di valori, culture, persone

ed organizzazioni a cui si richiede di essere sempre più competenti sui temi dell'infanzia e dell'adolescenza. Al pediatra è, altresì, richiesto un ruolo di garante dei diritti del bambino e dell'adolescente nella famiglia, nell'Ospedale e nella comunità.

Con tali premesse, questo primo “Libro bianco sulla salute dei bambini - Stato di salute e qualità dell'assistenza della popolazione in età pediatrica nelle regioni italiane” si propone di offrire una visione d'insieme sullo stato di salute e dell'assistenza dedicata al bambino ed all'adolescente nel nostro Paese. Solo a partire da questo tipo di analisi riteniamo sia possibile una migliore conoscenza dei bisogni di salute del bambino e dell'adolescente e dei relativi determinanti e, parimenti, rendicontare il grado di tempestività, adeguatezza ed efficacia delle reti assistenziali pediatriche regionali a fronte di tali bisogni.

Per raggiungere tale obiettivo il Rapporto propone un'analisi sistematica di alcuni indicatori “core” la cui lettura permette di analizzare, per ciascuna tematica di salute o assistenziale, l'evolversi dei fenomeni nel tempo e, quindi, proporre, ad esempio, interventi di promozione della salute *ad hoc*.

Il volume è strutturato in due sezioni dedicate, la prima, alla descrizione della popolazione in età pediatrica e, la seconda, ai bisogni di salute ed alla qualità dell'assistenza sanitaria.

Nel complesso, sono stati elaborati:

- **37 Core Indicators:** in cui sono stati descritti gli aspetti essenziali della salute e dei servizi sanitari presenti sull'intero territorio italiano con l'ausilio di tabelle, grafici e cartogrammi;

- **3 Approfondimenti:** in cui sono state trattate specifiche problematiche di salute del bambino e dell'adolescente ed i relativi determinanti.

La metodologia utilizzata nell'individuazione, elaborazione ed analisi degli indicatori, riportata in Appendice, è scientificamente rigorosa e si riferisce, proprio per garantire la replicabilità e la confrontabilità, a dati provenienti da fonti ufficiali o da banche dati istituzionali che coprono l'intero territorio nazionale. La metodologia ed i risultati sono stati validati attraverso un'attività integrata tra professionisti selezionati da SIP, SIMM ed Osservasalute che hanno, perciò, condiviso la *autorship* dell'intero Rapporto e che ringraziamo ancora una volta.

L'auspicio è che tale processo di elaborazione ed analisi, pur nell'incompleta esaustività degli attuali limiti dei sistemi informativi socio-sanitari, possa consentire ai responsabili delle Istituzioni di settore,

sia a livello nazionale che regionale, di valutare e di adottare strategie *ad hoc* in modo da garantire a tutti i bambini, indipendentemente dal luogo di residenza e dallo *status* socio-economico delle loro famiglie, un'adeguata ed equa assistenza sanitaria.

Tuttavia, con molta probabilità, questo Libro bianco da solo non basterà a conseguire tale scopo.

Se ci rifacciamo alla *vision* della SIMM, il professionista sanitario - *in primis*, il medico - arricchisce il patrimonio personale di conoscenze cliniche e di esperienze relazionali, accumulato negli anni di studio e di pratica assistenziale con strumenti di managerialità e gestione delle risorse che lo portano a guidare la porzione di rete assistenziale di sua competenza in maniera scientificamente orientata e non discrezionale.

Si comprende, quindi, come per il pediatra la valutazione dello *status quo* di salute e dei risultati dell'assistenza della sua comunità siano il primo passo per poter aggiornare conoscenze e promuovere o modificare, se necessario, attitudini e comportamenti.

Si evince, anche, come sia fondamentale diffondere il Libro bianco tra tutti gli altri nodi delle reti pediatriche per guidarne in maniera altrettanto *knowledge based* le necessarie ed indifferibili trasformazioni. Tutto ciò allo scopo di incentrare in modo sempre più umano, efficace ed appropriato l'assistenza sui bisogni del bambino, dell'adolescente e della loro famiglia.

La sfida è che la diffusione dei risultati del Libro bianco ingeneri consapevolezza e partecipazione intorno ad un "Libro verde", in cui proposte ed idee credibili contribuiscano a superare alcune differenze ed ostacoli che emergono dalla lettura di questo Rapporto. Ci riferiamo, in particolare, al fatto che, in alcune regioni del nostro Paese, molti bambini, adolescenti e le loro famiglie rischiano di essere sempre meno "capaci" di crescere sani e di godere di opportunità sostenibili di assistenza.

Ciò anche allo scopo di trasformare sempre più i pediatri e tutti gli altri attori assistenziali in soggetti più funzionali rispetto agli obiettivi della rete pediatrica e di sentirsi realizzati e gratificati sul piano umano e professionale.

Prof. Walter Ricciardi
Fondatore e Direttore

Dott. Antonio Giulio de Belvis
Segretario Scientifico

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Parte I

La popolazione in età pediatrica

1. Popolazione

1.1 Struttura demografica

Significato. Per il dimensionamento e la programmazione dei servizi socio-sanitari, importante è l'analisi della struttura demografica della popolazione e la sua evoluzione nel tempo. Infatti, solo conoscendo la distribuzione per età e genere della popolazione residente nelle singole regioni, è possibile adattare l'offerta sanitaria locale alla domanda di assistenza che ne deriva.

Con particolare attenzione, vanno monitorate le classi di età 0-14 e 15-18 anni che richiedono un tipo di assistenza sanitaria articolata in più servizi ed in più figure professionali in risposta ai differenti bisogni di salute di questo segmento della popolazione che comprende neonati, bambini ed adolescenti.

Tab. 1 - Popolazione di 0-14 e 15-18 anni (valori assoluti in migliaia, valori relativi in percentuale e variazione percentuale) per regione - Situazione al 1 gennaio 2001, situazione al 1 gennaio 2010

Regioni	2001					2010					Δ % 2001-2010 valore relativo P.T. %
	Valore assoluto (migliaia)	Valore assoluto (migliaia) 0-14 anni	Valore assoluto (migliaia) 15-18 anni	Valore relativo 0-18 anni P.T. %	Valore assoluto (migliaia)	Valore assoluto (migliaia) 0-14 anni	Valore assoluto (migliaia) 15-18 anni	Valore relativo 0-18 anni P.T. %	Valore relativo 0-18 anni P.T. %		
Piemonte	4.219,4	506,8	144,3	15,43	4.446,2	569,2	148,3	16,14	16,14	4,60	
Valle d'Aosta	119,3	15,3	4,0	16,16	127,9	17,8	4,2	17,22	17,22	6,56	
Lombardia	9.004,1	1.178,2	327,9	16,73	9.826,1	1.389,6	344,2	17,64	17,64	5,46	
Trentino-Alto Adige	935,4	149,9	39,0	20,19	1.028,3	164,1	43,1	20,15	20,15	-0,21	
<i>Bolzano-Bozen</i>	461,1	78,8	20,7	21,58	503,4	83,5	22,4	21,03	21,03	-2,55	
<i>Trento</i>	474,3	71,1	18,3	18,84	524,8	80,6	20,8	19,32	19,32	2,54	
Veneto	4.508,6	603,8	166,6	17,09	4.912,4	697,6	177,3	17,81	17,81	4,23	
Friuli Venezia Giulia	1.181,2	133,7	37,6	14,50	1.234,1	154,1	39,7	15,70	15,70	8,27	
Liguria	1.579,0	165,9	45,7	13,40	1.616,0	184,7	50,9	14,58	14,58	8,77	
Emilia-Romagna	3.966,3	454,3	122,7	14,55	4.395,6	579,6	141,1	16,40	16,40	12,73	
Toscana	3.494,9	405,5	117,3	14,96	3.730,1	471,0	1.211,3	15,88	15,88	6,15	
Umbria	824,2	101,1	30,7	15,99	900,8	115,5	30,8	16,24	16,24	1,57	
Marche	1.464,1	188,8	55,8	16,71	1.559,5	207,4	56,3	16,91	16,91	1,21	
Lazio	5.116,3	710,5	208,0	17,95	5.681,9	792,9	216,3	17,76	17,76	-1,06	
Abruzzo	1.261,3	177,5	55,8	18,50	1.338,9	174,4	52,4	16,94	16,94	-8,42	
Molise	321,5	46,5	14,9	19,11	320,2	40,2	13,3	16,71	16,71	-12,54	
Campania	5.708,1	1.070,3	320,5	24,36	5.824,7	963,0	296,8	21,63	21,63	-11,21	
Puglia	4.026,1	680,0	209,7	22,10	4.084,0	610,2	111,7	19,56	19,56	-11,48	
Basilicata	599,4	95,2	30,7	21,00	588,9	79,8	226,0	17,97	17,97	-14,41	
Calabria	2.018,7	342,4	110,5	22,43	2.009,3	288,6	93,7	19,03	19,03	-15,17	
Sicilia	4.978,1	865,9	259,4	22,61	5.043,0	772,2	244,8	20,17	20,17	-10,78	
Sardegna	1.634,8	230,0	79,6	18,94	1.672,4	206,2	63,9	16,15	16,15	-14,73	
Italia	56.960,7	8.121,7	2.380,4	18,44	60.340,3	8.477,9	2.353,3	17,95	17,95	-2,64	

Fonte dei dati: Istat. www.demo.istat.it. Anno 2011.

P. T. = Popolazione totale 0-60.

Descrizione dei risultati

Dalla lettura dei dati presenti in tabella risulta che, a livello nazionale, la popolazione italiana è aumentata, dal 2001 al 2010, del 5,93%. Tale incremento, però, non ha interessato la fascia di età complessiva 0-18 anni. Infatti, nell'arco temporale considerato (2001-2010), la quota di giovani sul totale della popolazione è diminuita del 2,64%. Questi dati confermano il rapido processo d'invecchiamento che si sta delineando nel nostro Paese.

A livello territoriale, nel 2010, il valore più alto, pari a 21,63%, si registra in Campania che, ormai da anni, detiene il record di regione "più giovane". Valori elevati vengono riscontrati anche nella PA di Bolzano (21,03%), in Sicilia (20,17%) ed in Puglia (19,56%). I valori più bassi si riscontrano in Liguria (14,58%) che, da anni, risulta essere la regione "più vecchia". Seguono il Friuli Venezia Giulia (15,70%), la Toscana (15,88%) ed, a pari merito, il Piemonte e la Sardegna (16,14%).

1.2 Natalità

Significato. L'osservazione dell'andamento delle nascite consente di programmare in modo efficace l'offerta sanitaria dei servizi erogati dalla rete territoriale ed ospedaliera dedicata alla maternità, alla neonatologia ed alla pediatria e di organizzare sia le campagne di vaccinazioni obbligatorie che i servizi sanitari ed assistenziali scolastici per l'infanzia.

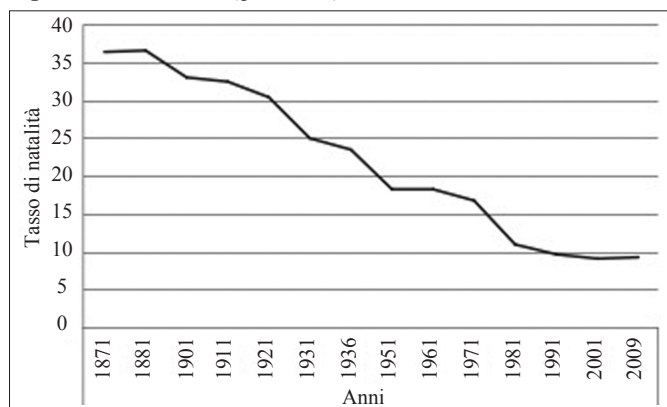
Il tasso di natalità è dato dal rapporto tra il numero dei nati in un determinato periodo e la popolazione media di riferimento. Tale misura tiene conto soltanto dei nati e sopravvissuti al parto e viene utilizzata per verificare lo stato di sviluppo di una specifica popolazione.

Tab. 2 - Tasso di natalità (per 1.000) e variazione assoluta per regione - Anni 2002-2004, 2008-2009

Regioni	2002-2004	2008-2009	Δ 2002-2009
Piemonte	8,6	8,9	0,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	9,4	10,3	0,9
Lombardia	9,7	10,1	0,4
Bolzano-Bozen	11,4	10,7	-0,7
Trento	10,6	10,4	-0,2
Veneto	9,7	9,9	0,2
Friuli Venezia Giulia	8,2	8,5	0,3
Liguria	7,4	7,7	0,3
Emilia-Romagna	9,0	9,7	0,7
Toscana	8,5	8,9	0,4
Umbria	8,6	9,0	0,4
Marche	8,7	9,3	0,6
Lazio	9,7	9,9	0,2
Abruzzo	8,5	8,7	0,2
Molise	8,1	7,6	-0,5
Campania	11,3	10,3	-1,0
Puglia	9,9	9,3	-0,6
Basilicata	9,0	8,2	-0,8
Calabria	9,3	9,0	-0,3
Sicilia	10,3	9,8	-0,5
Sardegna	8,1	8,1	0,0
Italia	9,5	9,5	0,0

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute. Anni 2005, 2010 - Di Giorgio, Heins, Rinesi - Elaborazioni su dati Istat disponibili sul sito <http://demo.istat.it>. Anni 2008-2009.

Fig. 1 - Trend del tasso (per 1.000) di natalità - Anni 1871-2009



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2009.

Descrizione dei risultati

L'evoluzione della natalità, nei due periodi temporali presenti in Tabella 2 (2002-2004; 2008-2009), è rimasta, a livello nazionale, costante e pari a 9,5‰. Considerando un arco temporale molto più ampio (1871-2009) (Fig. 1), invece, si osserva una drastica diminuzione (-74,25%). Per una panoramica più completa il dato della natalità è da leggere congiuntamente con quanto rilevato nei successivi paragrafi 1.3 e 1.4.

Analizzando i dati stratificati per regione (Tab. 2) si evidenzia che, dal triennio 2002-2004 al biennio 2008-2009, la natalità è diminuita nelle regioni dove era più alta (PA di Bolzano, Campania, PA di Trento e Sicilia) e nelle regioni meridionali, ad eccezione dell'Abruzzo che presenta un lieve incremento (+0,2 punti percentuali) e della Sardegna il cui valore è rimasto costante. Nel biennio 2008-2009 i valori più alti si registrano nella PA di Bolzano (10,7‰), nella PA di Trento (10,4‰) ed, a pari merito, in Valle d'Aosta e Campania (10,3‰), mentre i valori più contenuti si riscontrano in Molise (7,6‰), Liguria (7,7‰) e Sardegna (8,1‰).

1.3 Fecondità della popolazione

Significato. Per programmare l'offerta dei servizi sanitari specialistici, quali ad esempio il monitoraggio delle gravidanze e l'assistenza al parto, e per organizzare i servizi neonatologici e pediatrici, fondamentale è lo studio della fecondità nella popolazione di riferimento.

Gli indicatori presentati sono il Tasso di fecondità totale (Tft), ossia il numero di figli per donna, l'età media delle madri al parto e l'incidenza dei nati da madre straniera, la cui osservazione costante nel tempo consente sia di adeguare l'offerta sanitaria alla domanda di assistenza che di conoscere l'andamento demografico.

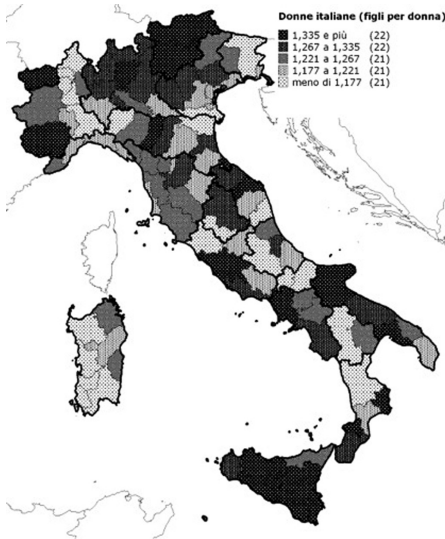
Tab. 3 - Numero medio di figli per donna (Tft), età media delle madri al parto (anni), percentuale dei nati da madri straniere e variazione assoluta per regione - Anni 2000, 2008

Regioni	Numero medio di figli per donna (Tft)		Δ 2000-2008	Età media delle madri al parto (anni)		Δ 2000-2008	Nati da madre straniera* %		Δ 2000-2008
	2000	2008		2000	2008		2000	2008	
Piemonte	1,2	1,4	0,2	30,7	31,1	0,4	8,6	21,4	12,8
Valle d'Aosta	1,3	1,6	0,3	30,5	31,0	0,5	8,9	13,3	4,4
Lombardia	1,2	1,5	0,3	31,0	31,2	0,2	10,4	23,2	12,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>1,5</i>	<i>1,6</i>	<i>0,1</i>	<i>30,5</i>	<i>31,1</i>	<i>0,6</i>	<i>6,6</i>	<i>18,1</i>	<i>11,5</i>
<i>Trento</i>	<i>1,4</i>	<i>1,6</i>	<i>0,2</i>	<i>30,8</i>	<i>31,2</i>	<i>0,4</i>	<i>8,7</i>	<i>20,0</i>	<i>11,3</i>
Veneto	1,2	1,5	0,3	31,0	31,2	0,2	9,3	24,4	15,1
Friuli Venezia Giulia	1,1	1,4	0,3	31,1	31,1	0,0	6,9	20,7	13,8
Liguria	1,0	1,3	0,3	31,3	31,4	0,1	7,6	18,0	10,4
Emilia-Romagna	1,2	1,5	0,3	30,6	30,9	0,3	11,1	25,0	13,9
Toscana	1,1	1,4	0,3	31,0	31,4	0,4	10,1	20,5	10,4
Umbria	1,2	1,4	0,2	30,7	31,0	0,3	10,9	22,6	11,7
Marche	1,2	1,4	0,2	30,7	31,2	0,5	9,6	21,9	12,3
Lazio	1,2	1,4	0,2	31,2	31,9	0,7	7,4	15,6	8,2
Abruzzo	1,2	1,3	0,1	30,7	31,6	0,9	4,9	12,4	7,5
Molise	1,2	1,2	0,0	30,4	31,7	1,3	2,4	7,7	5,3
Campania	1,5	1,4	-0,1	29,5	30,5	1,0	1,7	4,4	2,7
Puglia	1,4	1,3	-0,1	29,8	30,9	1,1	1,6	3,9	2,3
Basilicata	1,2	1,2	0,0	30,3	31,6	1,3	1,6	5,1	3,5
Calabria	1,3	1,3	0,0	29,8	30,8	1,0	2,1	7,2	5,1
Sicilia	1,4	1,4	0,0	29,2	30,3	1,1	2,2	5,0	2,8
Sardegna	1,1	1,1	0,0	31,3	32,2	0,9	2,0	5,2	3,2
Italia	1,3	1,4	0,1	30,4	31,1	0,7	6,4	15,9	9,5

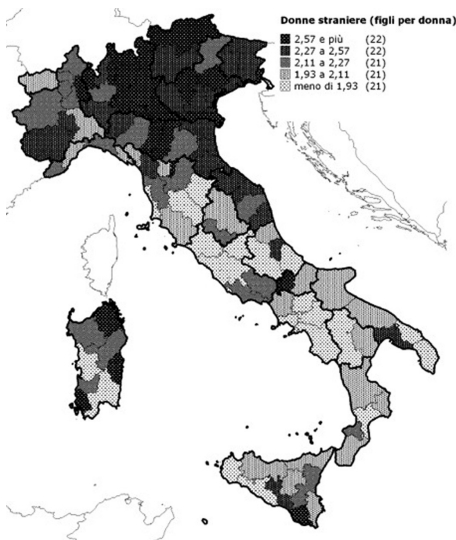
*Valori stimati.

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute. Anni 2008, 2010 - Di Giorgio, Heins, Rinesi - Istat. www.demo.istat.it. Anno 2008. In particolare: <http://www.demo.istat.it/altridati/iscrittiNascita/2008/T1.2.pdf>; <http://www.demo.istat.it/altridati/iscrittiNascita/2008/T1.5.B.pdf>.

Tasso di fecondità totale delle donne italiane per provincia. Anno 2008



Tasso di fecondità totale delle donne straniere per provincia. Anno 2008



Descrizione dei risultati

L'Italia è uno dei Paesi europei dove i livelli di fecondità totale, seppur in crescita, risultano tra i più contenuti. Nel 2008, il Tft è stato pari a 1,4 figli per donna. Tale valore, anche se in lieve aumento rispetto agli anni precedenti (+0,1 punti percentuali rispetto al 2000), risulta, comunque, inferiore al livello di sostituzione (circa 2,1 figli per donna) che garantirebbe il ricambio generazionale. Questa ripresa, imputabile sia alla crescita dei livelli di fecondità delle over 30 anni che all'apporto delle donne straniere, richiede un'attenzione specifica da parte dei servizi sanitari che devono adeguarsi alle esigenze della domanda con reparti, ad esempio, dedicati alla diagnosi perinatale e con personale in grado di poter dialogare efficacemente con l'utenza straniera. Il valore più alto si registra nella PA di Bolzano, nella PA di Trento ed in Valle d'Aosta (pari merito 1,6 figli per donna) ed, in generale, nelle regioni del Centro-Nord, mentre il valore minimo si riscontra in Sardegna (1,1 figli per donna).

Relativamente all'età delle madri al parto si evidenzia, negli ultimi anni, un aumento dei valori con un'età che, a livello nazionale, nel 2008, risulta pari a 31,1 anni (+0,7 anni rispetto al 2000). Da sottolineare il comportamento registrato in Sardegna dove l'età media al parto è di oltre 1 anno superiore a quella registrata in Italia nel suo complesso. La regione dove l'età media al parto è, invece, più bassa è la Sicilia (30,3 anni).

L'ultimo indicatore esaminato è l'incidenza dei nati da madri straniere. Tale misura evidenzia come, a livello nazionale, nell'ultimo anno esaminato (2008), il 15,9% (+9,5 punti percentuali rispetto al 2000) degli iscritti in Anagrafe per nascita sia nato da una donna straniera.

Molto marcata, come si evince dalla lettura congiunta dei due Cartogrammi, è la variabilità territoriale del dato di fecondità complessivo e delle donne straniere in quanto, nelle province del Mezzogiorno, la quota di nati da madri straniere è, decisamente, più contenuta rispetto alle province del Centro-Nord. Questa distribuzione sul territorio ricalca, sostanzialmente, la distribuzione della popolazione straniera residente nel nostro Paese.

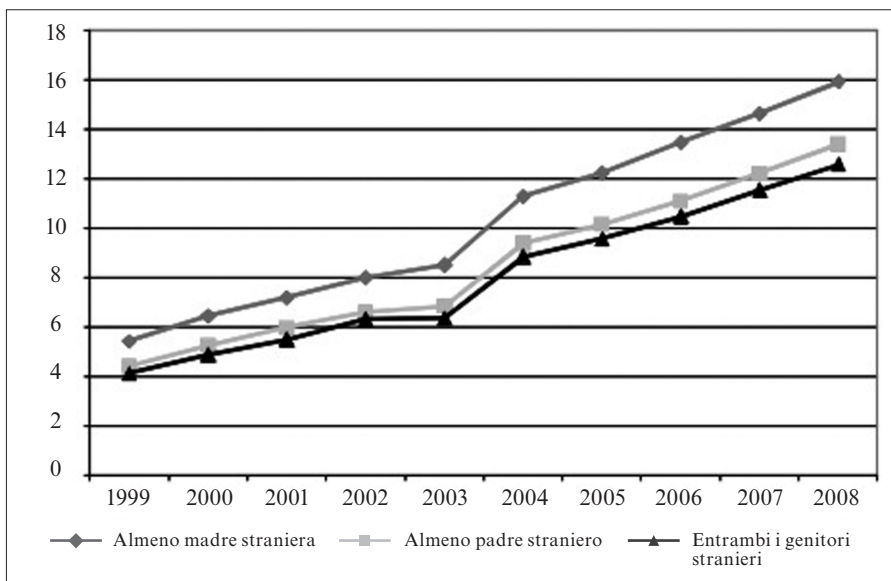
1.4 Nati da cittadini stranieri

Significato. Da diversi studi è emerso che, in termini di assistenza in gravidanza e di esiti alla nascita, sussistono differenze a seconda della cittadinanza o del Paese di provenienza delle donne.

Per adeguare i servizi sanitari specialistici inerenti la sfera riproduttiva alle esigenze delle cittadine straniere, fondamentale è conoscere il numero

dei parti di donne con cittadinanza diversa da quella italiana, in modo da garantire loro un tipo di assistenza appropriato.

Fig. 2 - Percentuale di nati da cittadini stranieri - Anni 1999-2008



Nota: i valori assoluti stimati dei nati per cittadinanza dei genitori sono rapportati al totale dei nati desunti dal Movimento e calcolo della popolazione anagrafica residente (Modello Istat P.2).

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2010 - Rinesi, Di Giorgio - Istat. <http://demo.istat.it>. Anno 2010.

Tab. 4 - Percentuale di nati con almeno un genitore straniero per regione - Anno 2008

Regioni	Incidenza dei nati con almeno padre straniero	Incidenza dei nati con almeno madre straniera
Piemonte	18,4	21,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	12,3	13,3
Lombardia	20,6	23,2
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>16,9</i>	<i>20,0</i>
<i>Trento</i>	<i>15,4</i>	<i>19,1</i>
Veneto	21,6	24,4
Friuli Venezia Giulia	17,6	20,7
Liguria	14,8	18,0
Emilia-Romagna	21,7	25,0
Toscana	17,3	20,5
Umbria	18,4	22,6
Marche	18,3	21,9
Lazio	12,5	15,6
Abruzzo	9,2	12,4
Molise	3,8	7,7
Campania	2,8	4,4
Puglia	2,8	3,9
Basilicata	3,1	5,1
Calabria	4,5	7,2
Sicilia	3,8	5,0
Sardegna	3,0	5,2
Italia	13,4	15,9

Nota: i valori assoluti stimati dei nati stranieri sono rapportati al totale dei nati desunti dal Movimento e calcolo della popolazione anagrafica residente (Modello Istat P.2).

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2010 - Rinesi, Di Giorgio - Istat. <http://demo.istat.it>. Anno 2010.

Tab. 5 - Percentuale di stranieri residenti e di nati stranieri per le prime dieci collettività residenti - Anno 2008

Cittadinanze	Stranieri residenti	Nati stranieri
Romania	20,5	17,2
Albania	11,3	12,6
Marocco	10,4	16,9
Cina Rep. Popolare	4,4	6,9
Ucraina	4,0	1,0
Filippine	2,9	2,2
Tunisia	2,6	3,7
Polonia	2,6	1,1
India	2,4	3,8
Moldova	2,3	1,6
Altra	36,8	33,1
Totale	100,0	100,0

Nota: la distribuzione degli stranieri residenti per cittadinanza è al 31 dicembre 2008 ed è tratta dal Bilancio Demografico e popolazione residente per genere e cittadinanza.

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2010 - Rinesi, Di Giorgio - Istat. <http://demo.istat.it>. Anno 2010.

Descrizione dei risultati

Lo studio dell'andamento nel tempo dei nati con almeno un genitore straniero sul totale degli iscritti in Anagrafe per nascita, risulta di particolare interesse per il notevole aumento registrato e per le problematiche in ambito pediatrico legate alle influenze culturali, religiose e sociali dei genitori che si ripercuotono sulle abitudini, sui rischi per la salute e sulla stessa relazione di cura. I dati riportati nella Figura 2, infatti, evidenziano l'incremento delle nascite da cittadini stranieri, sia con uno che con entrambi i genitori stranieri, soprattutto a partire dall'anno 2003. Nel dettaglio, la quota più elevata è quella dei nati da madre straniera. Questo indicatore, che nel 1999 era pari al 5,4%, si attesta, nel 2008, al 15,9%.

L'incidenza dei nati da almeno un genitore straniero ricalca la distribuzione territoriale della presenza straniera nel nostro Paese che risulta alquanto diversificata. Le regioni dove tale incidenza è più elevata sono, nel 2008, quelle del Nord ed, in particolare, l'Emilia-Romagna (madre 25,0%; padre 21,7%), il Veneto (madre 24,4%; padre 21,6%) e la Lombardia (madre 23,2%; padre 20,6%). Al contrario, nelle regioni del Mezzogiorno la quota di nati con almeno un genitore straniero risulta non solo inferiore al dato nazionale, ma estremamente contenuta (Tab. 4).

Nella Tabella 5 sono riportate le prime dieci comunità per presenza sul territorio nazionale che rappresentano il 63,2% di tutti gli stranieri residenti in Italia al 31 dicembre 2008. Dall'analisi dei dati è possibile evidenziare le differenze relative ai comportamenti riproduttivi tipici dei diversi Paesi di provenienza. La prima comunità, per presenza, corrisponde ai residenti provenienti dalla Romania (20,5%), che generano anche il più alto numero di nati tra gli stranieri (17,2%). Non sempre, però, alla loro maggior presenza corrisponde la più elevata natalità. Si cita, ad esempio, la comunità ucraina che, relativamente al numero di nati (1,0%), occupa l'ultima posizione, mentre se confrontata con la numerosità dei residenti occupa il quinto posto.

Approfondimento - Il supporto offerto dai Comuni alle famiglie: asili nido ed altri servizi socio-educativi per la prima infanzia*

*Dott.ssa Roberta Crialesi**, Dott.ssa Giulia Milan***

Contesto

I servizi socio-educativi per la prima infanzia, oltre ad offrire un'opportunità educativa e di socializzazione ai bambini fra 0-2 anni, svolgono una funzione sempre più importante per l'affidamento e la cura dei figli in un contesto di riferimento che vede, da un lato la riduzione del sostegno fornito dalla rete informale, dall'altro la crescente partecipazione delle donne al mercato del lavoro, che rende più onerosa l'organizzazione della vita quotidiana delle famiglie con figli piccoli.

Negli ultimi anni, i servizi socio-educativi per l'infanzia sono stati oggetto di importanti provvedimenti normativi volti all'ampliamento dell'offerta esistente, all'interno di una strategia condivisa dai vari livelli istituzionali preposti alla programmazione, all'attuazione ed al monitoraggio delle politiche sociali.

Un certo impulso al potenziamento degli asili nido è stato dato dal "Piano straordinario di intervento per lo sviluppo del sistema territoriale dei servizi socio-educativi per la prima infanzia", avviato nel 2007 con la sottoscrizione dell'intesa in Conferenza Unificata tra il Governo, le Regioni e le autonomie locali. Il piano persegue le finalità di avviare il processo di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni, di promuovere il benessere e lo sviluppo dei bambini e di incrementare il sostegno ai genitori nel loro ruolo educativo e nella conciliazione dei tempi di lavoro e di cura della famiglia. Con la Legge Finanziaria del 2007, è stato attivato un flusso straordinario di risorse economiche, stanziato dallo Stato e ripartite fra tutte le Regioni secondo criteri prestabiliti, anche in funzione di meccanismi perequativi a favore delle Regioni che presentavano tassi di copertura inferiori al dato nazionale. Le Regioni e le autonomie locali concorrono, inoltre, al finanziamento, in misura non inferiore al 30% delle risorse statali ripartite.

La diffusione sul territorio dei servizi per l'infanzia ha assunto un ruolo chiave anche nell'ambito della politica di sviluppo regionale.

* La salute della donna - Stato di salute e assistenza nelle regioni italiane - Libro bianco 2011 pp. 191-197.

** Istat, Roma.

All'interno di una strategia complessiva di riduzione del divario fra le regioni meridionali ed il resto del Paese, il Quadro Strategico Nazionale (QSN 2007-2013) prende in considerazione, accanto alle dimensioni economiche conosciute, quali il Prodotto Interno Lordo ed il mercato del lavoro, anche i servizi essenziali disponibili per i cittadini, elemento cruciale per ampliare le opportunità degli individui e creare condizioni favorevoli all'attrazione degli investimenti privati, anche attraverso una maggiore partecipazione femminile al mercato del lavoro. Poiché la diffusione sul territorio degli asili nido rappresenta una delle componenti essenziali nell'attuazione delle politiche volte alla conciliazione degli impegni casa-lavoro, fra gli obiettivi da raggiungere nel 2013 vi è il potenziamento dell'offerta pubblica in questo settore nelle 8 regioni del Mezzogiorno.

Il programma, approvato in Conferenza Unificata Stato-Regioni il 21 dicembre 2006¹, ha disposto l'accantonamento di una quota dei fondi per le aree sottoutilizzate da assegnare alle regioni del Mezzogiorno sulla base di un meccanismo premiale, legato al raggiungimento di standard adeguati in determinati ambiti (obiettivi di servizio).

Fra le azioni intraprese per favorire l'ampliamento dell'offerta dei servizi rivolti ai bambini di età <3 anni, con l'anno scolastico 2007/2008, sono state finanziate ed introdotte le cosiddette "sezioni primavera", un'iniziativa del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca a cui hanno contribuito il Dipartimento per le Politiche della Famiglia ed il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Si tratta di servizi educativi sperimentali, ubicati all'interno delle scuole dell'infanzia e rivolti ai bambini tra i 24-36 mesi.

Tutti i provvedimenti citati vanno nella direzione indicata dal Consiglio Europeo di Lisbona del 2000, che sottolineava l'importanza per i Paesi membri di una diffusione adeguata di servizi socio-educativi per la prima infanzia, fissando come obiettivi da raggiungere la quota del 33% di utenti² in rapporto ai bambini tra 0-2 anni e l'attenuazione degli squilibri esistenti tra le diverse aree del Paese.

Metodi

Di seguito vengono presentati i principali risultati dell'analisi sull'offerta complessiva di servizi socio-educativi per la prima infanzia,

¹ Approvato con delibera CIPE il 22 dicembre 2006 ed adottato dalla Commissione europea con decisione CE n. 3329 del 13 luglio 2007.

² L'obiettivo di Lisbona si riferisce all'offerta sia pubblica sia privata.

rilevati attraverso un'indagine rapida³ nell'ambito di una più ampia rilevazione censuaria sugli interventi ed i servizi sociali dei Comuni singoli ed associati, svolta annualmente dall'Istat in collaborazione con la Ragioneria Generale dello Stato, molte Regioni partecipanti al progetto ed il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. L'indagine, nata con l'obiettivo di monitorare la spesa dei Comuni per le politiche di *welfare* locale, consente di fornire un quadro aggiornato ed omogeneo dell'offerta pubblica sull'intero territorio nazionale, ovvero con riferimento ai soli utenti delle strutture comunali o delle strutture private convenzionate o sovvenzionate dal settore pubblico. Rimangono, pertanto, esclusi dalla rilevazione gli utenti del privato *toutcourt*.

L'acquisizione dei dati avviene utilizzando una metodologia *web based survey*, cioè attraverso un questionario elettronico compilato online da tutti i Comuni e gli Enti delegati dai Comuni per la gestione dei servizi.

Risultati

Alcuni dati sull'offerta pubblica di asili nido

Per l'anno scolastico 2008/2009, risultano iscritti negli asili nido comunali o finanziati dai Comuni 176.262 bambini, che corrispondono al 10,4% dei residenti tra 0-2 anni (fino al compimento dei 3 anni).

Fra il 2004-2008 il numero di utenti degli asili nido è aumentato di circa 30.000 unità, di cui 11.000 tra il 2007-2008.

Nei 5 anni osservati, la spesa corrente impegnata dai Comuni per gli asili nido ha mostrato un incremento complessivo del 32,6%, valore che si riduce al 22,4% tenendo conto dell'inflazione, ovvero calcolando il valore degli importi a prezzi costanti. Su un totale di 1 miliardo 367 milioni di euro impegnati per gli asili nido, il 18,2% è a carico degli utenti, quota che rimane approssimativamente costante nell'arco di tempo considerato.

La percentuale di Comuni in grado di offrire un servizio di asilo nido, sotto forma di strutture comunali o mediante trasferimenti pubblici a sostegno delle famiglie che usufruiscono delle strutture private, ha fatto registrare un progressivo incremento, dal 33,7% del 2004 al 40,9% del 2008. Di conseguenza, i bambini di età <3 anni che vivono in un Comune che offre il servizio sono passati dal 67,4% al 73,6% (indice di copertura territoriale).

³ La rilevazione rapida è stata effettuata con il supporto del Dipartimento delle Politiche per la Famiglia e del Ministero dello Sviluppo Economico.

Tab. 1 - Servizi socio-educativi per la prima infanzia e variazione assoluta - Anni 2004-2008

Tipo di servizio/Indicatore	2004	2005	2006	2007	2008	Δ 2004-2008
Asili nido (strutture comunali e contributi/integrazioni a rette)						
- Utenti	146.152	150.110	159.909	165.214	176.262	30.110
- Totale spesa impegnata (Spesa pubblica e degli utenti)	1.034.909.577	1.110.937.063	1.166.712.448	1.256.211.771	1.367.336.647	332.427.070
- Percentuale di spesa pagata dagli utenti	17,5	18,6	18	18,5	17,9	0,4
	<i>Indicatori territoriali</i>					
Asili nido						
- Percentuale di Comuni coperti dal servizio	33,7	36,1	37,6	38,3	40,9	7,2
- Indice di copertura territoriale del servizio (per 100 residenti 0-2 anni)	67,4	69,8	70,9	72,3	73,6	6,2
- Indicatore di presa in carico degli utenti (per 100 residenti 0-2 anni)	9,0	9,1	9,6	9,9	10,4	1,4
Servizi integrativi						
- Percentuale di Comuni coperti dal servizio	13,2	15,3	16,3	23	23,7	10,5
- Indice di copertura territoriale del servizio (per 100 residenti 0-2 anni)	26,6	31,9	33,5	39,4	40,8	14,2
Totale servizi per l'infanzia						
- Percentuale di Comuni coperti dal servizio	39,2	42,8	44	49,3	51,7	12,5
- Indice di copertura territoriale del servizio (per 100 residenti 0-2 anni)	70,4	72,2	73,4	77,9	78,4	8,0
- Indicatore di presa in carico degli utenti (per 100 residenti 0-2 anni)	11,4	11,2	11,7	12	12,7	1,3

In aggiunta ai nidi, l'offerta pubblica locale si avvale anche di servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia, che prevedono forme di affidamento più flessibili in cui rientrano i nidi famiglia, ovvero servizi organizzati in contesto familiare, con il contributo dei Comuni e degli Enti sovra comunali. Nell'anno scolastico 2008/2009 il 2,3% dei bambini tra 0-2 anni ha usufruito di tale servizio, quota che è rimasta pressoché costante nel quinquennio. I servizi integrativi non sono particolarmente diffusi sul territorio nazionale, ma rappresentano una realtà significativa in alcuni contesti, quali la PA di Bolzano e la Valle d'Aosta, dove si trovano i livelli più alti di utilizzo di queste strutture.

I Comuni che hanno attivato servizi integrativi decrescono drasticamente passando dal Nord-Est (29,8%) alle Isole (6,6%) e la percentuale di bambini che risultano accolti varia, rispettivamente, dal 3,4% allo 0,8%.

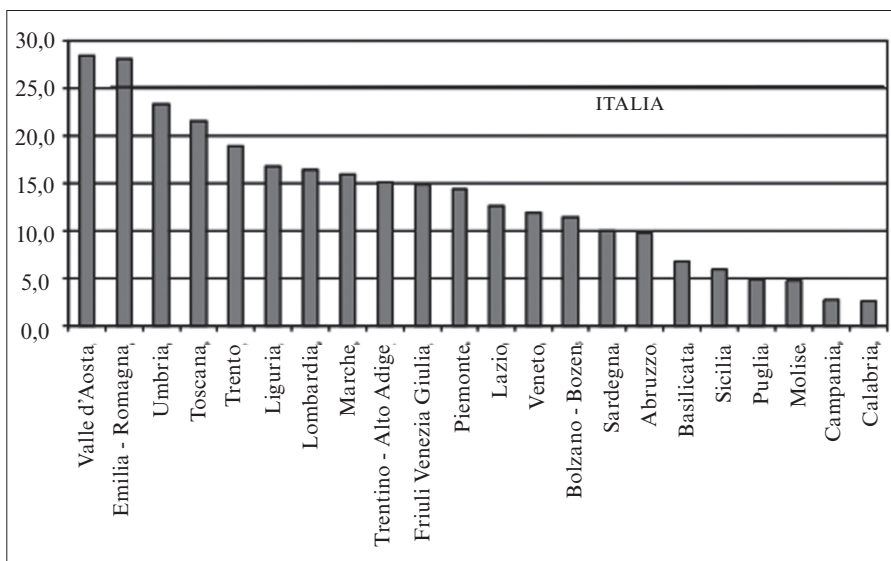
Considerando l'insieme dei servizi per la prima infanzia (asili nido e servizi integrativi), la quota di bambini che si sono avvalsi di un servizio pubblico risulta pari al 12,7% e sono poco più della metà (51,7%) i Comuni in cui è presente un'offerta di tali servizi.

Tale indicatore, utilizzato ai fini del monitoraggio dei risultati raggiunti con il Piano straordinario di intervento avviato nel 2007, evidenzia un primo segnale di miglioramento rispetto al 2004, considerato come anno "base" di riferimento: fra il 2004-2008 si è registrato, infatti, un aumento complessivo di 1,3 punti percentuali.

Un aspetto che emerge con grande evidenza dai dati raccolti è la presenza di differenze territoriali, ancora notevolissime, sia in termini di spesa che in termini di offerta e di utilizzo dei servizi esistenti, che mette in luce la carenza di strutture nel Mezzogiorno.

La Figura 1 evidenzia le differenze a livello regionale nel rapporto fra bambini che frequentano un servizio socio-educativo per la prima infanzia (asilo nido o servizio integrativo) ed i residenti di età compresa fra 0-2 anni: passando dalle regioni più in basso nella graduatoria alle regioni più in alto l'indicatore di presa in carico aumenta di 10 volte, con valori che passano dal 2,7% e 2,8%, rispettivamente, di Calabria e Campania, al 28,4% ed al 28,1% di Valle d'Aosta ed Emilia-Romagna.

Fig. 1 - Indicatore di presa in carico dei servizi socio-educativi per la prima infanzia (utenti per 100 residenti di età compresa tra 0-2 anni) per regione - Anno 2008



Alcuni dati sui costi sostenuti per i servizi rivolti alla prima infanzia

Il rapporto fra la spesa sostenuta nell'arco di un anno ed il numero degli utenti al 31 dicembre dello stesso anno, fornisce un'indicazione approssimativa dei costi sostenuti dagli Enti pubblici e dalle famiglie per questo tipo di servizio⁴.

Se si considerano le strutture comunali⁵, dove si rilevano circa 151 mila bambini iscritti, si ottiene una spesa media annua per bambino di 7.037€ da parte dei Comuni ed un contributo medio da parte delle famiglie di 1.578€, per un totale di 8.615€ pro capite di spesa impegnata.

Per le rette ed i contributi versati dai Comuni a favore di utenti presso strutture private⁶, che riguardano circa 25.000 bambini, si ha un importo medio di 2.185€⁷ per bambino.

⁴ Gli utenti sono riferiti al 31 dicembre 2008, quindi, all'anno scolastico 2008/2009, mentre la spesa è riferita all'intero anno solare 2008.

⁵ La titolarità del servizio può essere del singolo Comune o di un Ente associativo sovra comunale (esempio comunità montana, consorzio, comprensorio di Comuni).

⁶ Stabiliti in base alle politiche regionali di contenimento delle tariffe.

⁷ In questo caso il contributo degli utenti ai Comuni (243€ in media per utente) riflette situazioni particolari, in cui l'Ente pubblico si riva parzialmente sulle famiglie di importi versati ad altri Enti. Le rette pagate dalle famiglie alle strutture private sono, invece, escluse interamente dalla rilevazione.

Per quanto riguarda i servizi integrativi per la prima infanzia, la spesa media per utente a carico dei Comuni, sempre con riferimento al 2008, risulta di 1.316€, a cui si aggiunge un contributo medio da parte delle famiglie di 220€ per bambino, per un totale di 1.537€ di spesa impegnata per utente.

Conclusioni

Nonostante gli sforzi compiuti dai vari livelli istituzionali per incrementare i servizi per la prima infanzia, la quota di domanda soddisfatta è ancora molto limitata rispetto al potenziale bacino di utenza.

Del resto, per poter apprezzare un ampliamento significativo della rete dei servizi, occorre aspettare i tempi tecnici di realizzazione ed attivazione delle strutture, che non consentono ancora di valutare statisticamente l'impatto reale delle misure adottate.

I dati raccolti evidenziano la presenza di forti squilibri territoriali e di grandi ritardi per alcune aree del Paese nello sviluppo di una rete di servizi a supporto delle donne e delle famiglie. Nel Mezzogiorno, in particolare, i livelli di offerta e di utilizzo dei servizi sono ancora molto lontani dai parametri considerati accettabili. Pur avendo ristretto il campo di osservazione ai soli servizi pubblici, appare ancora lontano l'obiettivo del 33,0% di utenti indicato dal Consiglio Europeo del 2000, almeno nella maggior parte del territorio nazionale.

Purtroppo, l'analisi proposta non può considerare i dati degli ultimi 3 anni e, quindi, valutare l'effetto delle politiche di contenimento della spesa territoriale per i servizi per l'infanzia legati alla crisi economica in atto a partire dal 2008.

2. Sopravvivenza e mortalità

2.1 Speranza di vita alla nascita

Significato. Per il calcolo della sopravvivenza è stato utilizzato come indicatore la speranza di vita (o aspettativa di vita) all'età y . Tale indicatore consente di calcolare il numero medio di anni che una persona, che compie l' y^{mo} compleanno in un certo anno di calendario, potrebbe aspettarsi di vivere se, nel corso della sua esistenza futura, fosse esposto ai rischi di morte osservati in quello stesso anno a partire dall'età y , in questo caso corrispondente a 0.

Tab. 1 - Speranza di vita alla nascita per genere e regione - Anni 2007-2010.

Regioni	2007		2008		2009*		2010*	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Piemonte e Valle d'Aosta	78,5	84,1	78,7	83,8	78,5	83,8	78,9	84,2
Lombardia	78,9	84,4	78,9	84,3	79,1	84,4	79,4	84,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>79,3</i>	<i>84,9</i>	<i>79,2</i>	<i>85,2</i>	<i>79,8</i>	<i>85,4</i>	<i>80,0</i>	<i>85,5</i>
<i>Trento</i>	<i>78,9</i>	<i>85,1</i>	<i>79,2</i>	<i>85,0</i>	<i>79,4</i>	<i>85,3</i>	<i>79,7</i>	<i>85,2</i>
Veneto	79,0	84,7	79,0	84,8	79,3	84,9	79,6	85,0
Friuli Venezia Giulia	78,6	84,2	78,5	84,1	78,7	84,3	79,1	84,5
Liguria	78,7	84,0	78,8	83,8	78,4	83,9	78,8	84,2
Emilia-Romagna	79,3	84,5	79,5	84,4	79,2	84,3	79,6	84,7
Toscana	79,3	84,6	79,4	84,5	79,6	84,5	79,9	84,9
Umbria	79,3	84,5	79,3	84,4	79,6	84,8	79,7	85,0
Marche	79,8	85,2	79,8	85,0	79,9	85,3	80,1	85,4
Lazio	78,6	84,0	78,9	84,0	78,9	83,9	79,0	84,2
Abruzzo e Molise	78,8	84,4	78,7	84,5	78,8	84,3	79,1	84,8
Campania	77,0	82,4	77,2	82,6	77,5	82,8	77,7	83,0
Puglia	78,8	83,7	79,2	84,1	79,2	84,0	79,7	84,4
Basilicata	78,5	83,6	79,2	83,9	78,8	84,5	79,3	84,5
Calabria	78,6	83,7	78,7	83,9	78,8	84,0	79,3	84,8
Sicilia	78,0	82,7	78,3	83,1	78,2	83,0	78,8	83,5
Sardegna	78,3	84,2	78,6	84,2	78,3	84,5	78,9	85,2
Italia	78,7	84,0	78,8	84,1	78,8	84,1	79,2	84,4

*Dati stimati.

Fonte dei dati: Istat. www.demo.istat.it. Anno 2011.

Descrizione dei risultati

L'analisi dei dati ha evidenziato che, nell'anno 2010 (stime Istat), gli uomini possono aspettarsi di vivere, mediamente, 79,2 anni e le donne 84,4 anni. Si mantiene, quindi, il vantaggio femminile in termini di sopravvivenza, ma il divario continua a ridursi. Tra il 2007 ed il 2010, infatti, la speranza di vita maschile è aumentata di 0,5 anni, mentre quella femminile è aumentata di solo 0,4 anni.

Analizzando il dettaglio territoriale, gli uomini marchigiani continuano a godere della maggiore durata media di vita (80,1 anni). Al contrario, le donne marchigiane che negli ultimi anni vantavano anche loro il primato della sopravvivenza, sono state superate dalle donne della PA di Bolzano (85,5 anni). La Campania, invece, è ancora una volta, e per entrambi i generi, la regione più svantaggiata (uomini 77,7 anni; donne 83,0 anni).

2.2 Mortalità infantile, neonatale e post-neonatale

Significato. Il tasso di mortalità infantile, definito come il numero di bambini deceduti entro il primo anno di vita su 1.000 nati vivi, oltre ad essere un importante indicatore della salute infantile è, ancora oggi, considerato una buona misura riassuntiva dello stato di salute dell'intera popolazione, rappresentando così un indicatore chiave per la Sanità Pubblica e della qualità del sistema di protezione socio-sanitaria verso la madre ed il bambino.

La mortalità infantile comprende la mortalità neonatale, relativa ai neonati deceduti entro le prime 4 settimane di vita e la natalità post-neonatale, relativa ai bambini deceduti nel periodo compreso tra il 2° ed il 12° mese di vita.

La riduzione dei tassi di mortalità infantile è uno dei fenomeni epidemiologici più rilevanti emersi negli ultimi 60 anni in Italia ed in tutti i Paesi economicamente avanzati (1). È soprattutto la mortalità neonatale, maggiormente legata a fattori biologici ed all'assistenza al parto, ad essersi ridotta in modo importante negli ultimi anni.

La mortalità post-neonatale, invece, più influenzata dalla qualità dell'ambiente di vita, presenta una riduzione più contenuta. Pressoché costante nel tempo è il rapporto tra la mortalità post-neonatale e la mortalità neonatale rappresentando, quest'ultima, il 70% di tutta la mortalità infantile.

Essendo la mortalità infantile un evento raro è preferibile, per dare più stabilità al tasso, che potrebbe risentire di oscillazioni importanti

in particolare nelle regioni di piccole dimensioni, non riportare tassi annuali, ma tassi calcolati almeno su trienni. I tassi di mortalità infantile, neonatale e post-neonatale sono calcolati per macroarea relativamente al periodo 1991-2008 ed a livello regionale per il periodo 2003-2008.

Tab. 2 - Trend del tasso di mortalità (per 1.000) infantile, neonatale e post-neonatale - Anni 1991-2008

Anni	Mortalità infantile		Mortalità neonatale		Mortalità post-neonatale	
	Tasso	IC 95%	Tasso	IC 95%	Tasso	IC 95%
1991-1993	7,72	7,58-7,85	5,87	5,75-5,98	1,85	1,78-1,91
1994-1996	6,31	6,18-6,43	4,73	4,62-4,84	1,58	1,52-1,65
1997-1999	5,37	5,26-5,49	4,01	3,91-4,11	1,36	1,31-1,42
2000-2002	4,51	4,41-4,62	3,31	3,22-3,40	1,20	1,15-1,25
2003-2005	3,91	3,82-4,01	2,84	2,76-2,92	1,08	1,03-1,13
2006-2008	3,57	3,48-3,66	2,56	2,48-2,64	1,01	0,96-1,06

Fonte dei dati: Istat. Health for All-Italia. Anno 2011.

Tab. 3 - Tasso (per 1.000) e Rischio Relativo (RR) di mortalità infantile, neonatale e post-neonatale per macroarea - Anni 1991-2008

Macroaree	Mortalità infantile			Mortalità neonatale			Mortalità post-neonatale		
	Tasso	RR	IC 95%	Tasso	RR	IC 95%	Tasso	RR	IC 95%
1991-1995									
Nord	5,78	1,00		4,08	1,00		1,69	1,00	
Centro	7,19	1,24	1,19-1,3	5,46	1,34	1,27-1,40	1,73	1,02	0,94-1,11
Mezzogiorno (Sud e Isole)	8,40	1,45	1,41-1,5	6,59	1,61	1,56-1,68	1,81	1,07	1,0-1,14
1996-2000									
Nord	4,31	1,00		3,06	1,00		1,25	1,00	
Centro	5,55	1,29	1,23-1,35	4,15	1,36	1,28-1,43	1,40	1,12	1,02-1,23
Mezzogiorno (Sud e Isole)	6,32	1,46	1,41-1,52	4,85	1,59	1,52-1,66	1,46	1,17	1,09-1,26
2001-2005									
Nord	3,54	1,00		2,50	1,00		1,04	1,00	
Centro	4,15	1,17	1,11-1,24	2,98	1,19	1,12-1,27	1,17	1,13	1,02-1,24
Mezzogiorno (Sud e Isole)	4,84	1,37	1,31-1,42	3,64	1,46	1,38-1,53	1,20	1,15	1,07-1,25
2006-2008									
Nord	2,90	1,00		2,12	1,00		0,78		
Centro	3,23	1,12	1,04-1,2	2,33	1,10	1-1,20	0,91	1,16	1,01-1,34
Mezzogiorno (Sud e Isole)	4,09	1,41	1,33-1,49	2,92	1,37	1,29-1,48	1,17	1,50	1,34-1,67

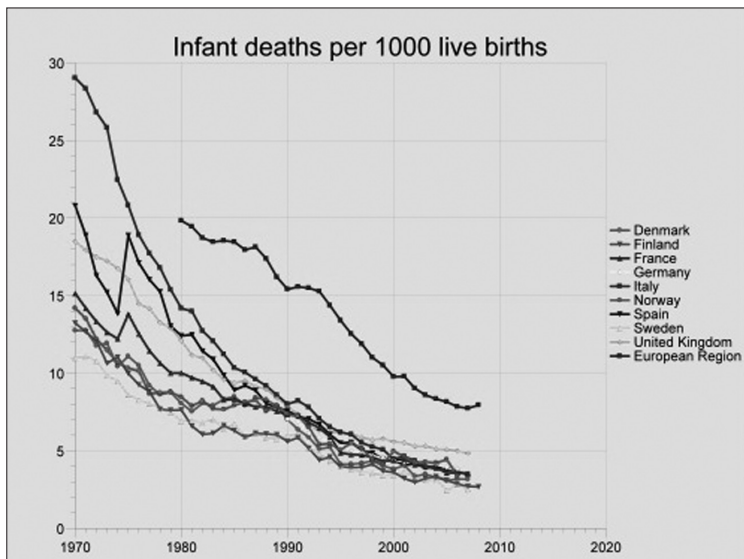
Fonte dei dati: Istat. Health for All-Italia. Anno 2011.

Tab. 4 - Tasso di mortalità (per 1.000) infantile, neonatale e post-neonatale per regione - Anni 2003-2008

Regioni	Mortalità infantile			Mortalità neonatale			Mortalità post-neonatale		
	2003-2005	2006-2008	Δ % 2003-2008	2003-2005	2006-2008	Δ % 2003-2008	2003-2005	2006-2008	Δ % 2003-2008
Piemonte	2,97	3,03	2,30	2,25	2,32	3,20	0,71	0,71	-0,50
Valle d'Aosta	4,17	3,50	-16,00	2,98	2,42	-18,60	1,19	1,08	-9,60
Lombardia	3,14	2,79	-11,10	2,12	1,95	-8,20	1,02	0,84	-17,20
<i>Bolzano-Bozen</i>	3,84	3,80	-1,00	2,84	3,12	9,80	0,99	0,67	-32,10
<i>Trento</i>	2,75	1,60	-41,90	2,00	1,04	-48,20	0,76	0,56	-25,30
Veneto	2,79	2,83	1,70	1,84	2,04	10,80	0,95	0,79	-16,00
Friuli Venezia Giulia	2,62	1,98	-24,30	2,05	1,43	-30,20	0,57	0,55	-3,20
Liguria	2,89	3,17	9,70	2,41	2,73	13,30	0,48	0,44	-8,40
Emilia-Romagna	3,46	3,09	-10,50	2,49	2,27	-8,50	0,97	0,82	-15,70
Toscana	2,90	2,69	-7,30	2,10	2,02	-4,10	0,80	0,67	-15,90
Umbria	3,57	2,90	-18,70	2,64	1,89	-28,10	0,94	1,01	7,70
Marche	2,87	2,87	-0,10	2,14	1,83	-14,80	0,73	1,04	42,70
Lazio	3,94	3,71	-5,80	2,99	2,71	-9,40	0,95	1,00	5,40
Abruzzo	3,82	4,56	19,50	3,04	3,47	14,20	0,78	1,10	40,30
Molise	3,00	3,00	-0,20	1,83	1,63	-10,60	1,18	1,36	15,90
Campania	4,31	4,09	-5,30	3,20	2,94	-8,10	1,12	1,15	2,70
Puglia	4,85	3,91	-19,50	3,42	2,74	-20,00	1,43	1,17	-18,40
Basilicata	4,34	3,02	-30,40	2,98	1,92	-35,50	1,36	1,10	-19,20
Calabria	5,33	4,82	-9,50	4,00	3,42	-14,30	1,33	1,40	4,80
Sicilia	5,02	4,30	-14,40	3,76	3,07	-18,50	1,26	1,23	-2,10
Sardegna	3,09	3,08	-0,40	2,01	2,29	14,20	1,08	0,78	-27,60
Italia	3,91	3,57	-8,70	2,84	2,56	-9,90	1,08	1,01	-6,50

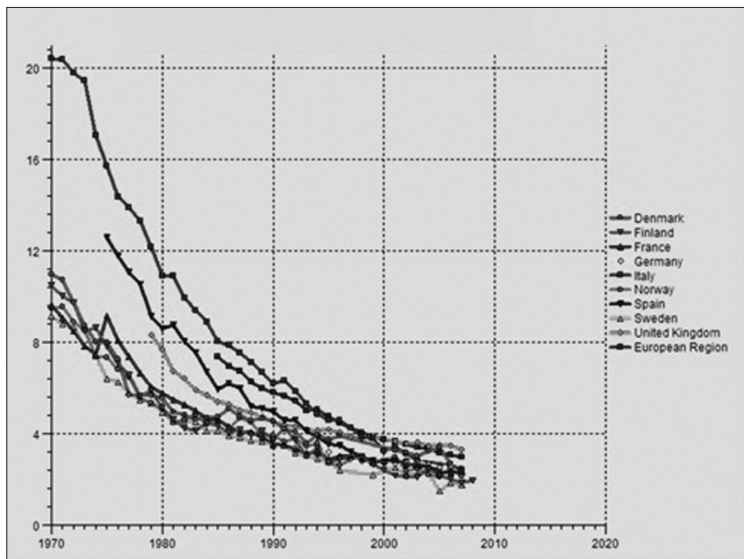
Fonte dei dati: Istat. Health for All-Italia. Anno 2011.

Fig. 1 - Tasso di mortalità (bambini morti <1 anno ogni 1.000 bambini nati vivi) infantile in Italia ed in alcuni Paesi europei - Anni 1970-2008



Fonte dei dati: European Health for all databases WHO Europe. Anno 2010.

Fig. 2 - Tasso di mortalità (bambini morti <1 mese ogni 1.000 bambini nati vivi) neonatale in Italia ed in alcuni Paesi europei - Anni 1970-2008



Fonte dei dati: European Health for all databases WHO Europe. Anno 2010.

Descrizione dei risultati

I tassi triennali di mortalità infantile, sia nella componente neonatale che post-neonatale, dal 1991-1993 al 2006-2008 mostrano un andamento decrescente (Tab. 2). Tale dato risulta ancor più eclatante se messo a confronto con quello riportato negli ultimi 40 anni dagli altri Paesi dell'area europea comparabili per condizioni socio-economiche e che pone l'Italia in una posizione di avanguardia (Figure 1 e 2) (1).

Nonostante il tasso di mortalità infantile nel nostro Paese sia in continua riduzione è, però, ancora presente un evidente divario tra le regioni, con un forte svantaggio per quelle meridionali, anche se le differenze sembrano in costante riduzione (Tab. 3).

L'intero differenziale Nord-Sud nella mortalità infantile è da addebitarsi a differenze nella mortalità neonatale.

Esaminando i tassi di mortalità per i due trienni più recenti (2003-2005 e 2006-2008) si riscontra una riduzione della mortalità infantile (che si riduce, complessivamente, dell'8,70%) determinata, maggiormente, da un decremento della componente neonatale (-9,90%) (Tab. 4).

Il *range* di variabilità dei tassi di mortalità infantile regionali oscilla, nel triennio 2006-2008, da 1,60 casi per 1.000 della PA di Trento a 4,82 casi per 1.000 della Calabria. Una costante riduzione della mortalità neonatale si evidenzia particolarmente nelle regioni del Centro e del Mezzogiorno. Tale mortalità si riduce, infatti, più della post-neonatale in tutte le regioni del Centro-Sud, ad eccezione di Abruzzo e Sardegna.

Nelle regioni del Nord è soprattutto la mortalità post-neonatale a diminuire ulteriormente, ad eccezione della PA di Trento, della Valle d'Aosta (che presenta, comunque, una scarsa significatività del dato legata al numero esiguo di eventi) e del Friuli Venezia Giulia che già presentavano i migliori tassi a livello nazionale.

Nonostante nei dati più recenti si continua ad osservare una significativa e costante riduzione dei tassi di mortalità infantile in tutte le macroaree esaminate (Nord, Centro e Mezzogiorno), permangono disparità geografiche Nord-Sud che, seppure in riduzione, rappresentano una delle più gravi disuguaglianze che tuttora persistono nel nostro Paese. Per meglio comprendere i determinanti di tali differenze è necessario condurre studi analitici su dati individuali ed aggiornati.

Riferimenti Bibliografici

(1) Dallolio L, Franchino G, Pieri G, Raineri C, M, P Fantini (2011), Geographical and temporal trends in infant mortality in Italy and current limits of the routine data, *Epidemiologia e Prevenzione* Mar-Apr; 35 (2): 125-130.

2.3 Mortalità oltre il primo anno di vita

Significato. Per studiare la geografia della mortalità e le relative modificazioni nel tempo, è stato utilizzato come indicatore il tasso di mortalità oltre il primo anno di vita per età che esprime, indirettamente, il grado di salute ed il benessere di una popolazione.

Questo indicatore, suddiviso per genere, consente di analizzare l'evoluzione della mortalità per "gruppi" definiti di fasce di età quinquennali di popolazione che, nel nostro studio, comprende bambini ed adolescenti.

Viene, inoltre, calcolato il tasso standardizzato di mortalità per la classe 1-14 anni, con riferimento al periodo 2006-2008, calcolato con il metodo indiretto.

Tab. 5 - Tasso specifico (per 1.000) di mortalità per classe di età e regione. Maschi - Anni 2001*, 2006

Regioni	1-4		5-9		10-14		15-19	
	2001	2006	2001	2006	2001	2006	2001	2006
Piemonte e Valle d'Aosta	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,7	0,4
Lombardia	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,6	0,4
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,2</i>	<i>0,3</i>	<i>0,3</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,0</i>	<i>1,1</i>	<i>0,4</i>
<i>Trento</i>	<i>0,1</i>	<i>0,2</i>	<i>0,1</i>	<i>0,2</i>	<i>0,1</i>	<i>0,2</i>	<i>0,8</i>	<i>0,5</i>
Veneto	0,2	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,7	0,5
Friuli Venezia Giulia	0,3	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,6	0,5
Liguria	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,6	0,3
Emilia-Romagna	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,7	0,3
Toscana	0,2	0,2	0,1	-	0,2	0,1	0,7	0,4
Umbria	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4
Marche	0,4	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,5	0,6
Lazio	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,5	0,5
Abruzzo	0,3	0,1	0,0	0,2	0,2	0,2	0,6	0,6
Molise	0,0	0,8	0,0	0,3	0,1	0,0	0,4	0,4
Campania	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,4	0,4
Puglia	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,6	0,4
Basilicata	0,2	0,2	0,0	0,1	0,2	0,1	0,5	0,6
Calabria	0,3	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,5	0,4
Sicilia	0,3	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,5	0,5
Sardegna	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,6	0,5
Italia	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,6	0,4

*I tassi di mortalità del 2001 sono stati ricalcolati sulla base della popolazione media ricostruita alla luce dei dati di Censimento della Popolazione 2001.

- = numero troppo esiguo per consentire il calcolo dell'indicatore.

Fonte dei dati: Istat. Decessi: caratteristiche demografiche e sociali. Anno 2011.

Tab. 6 - Tasso specifico (per 1.000) di mortalità per classe di età e regione. Femmine - Anni 2001*, 2006

Regioni	1-4		5-9		10-14		15-19	
	2001	2006	2001	2006	2001	2006	2001	2006
Piemonte e Valle d'Aosta	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3
Lombardia	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,3</i>
<i>Trento</i>	<i>0,0</i>	<i>0,3</i>	<i>0,0</i>	<i>0,2</i>	<i>0,0</i>	<i>0,2</i>	<i>0,4</i>	<i>0,2</i>
Veneto	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Friuli Venezia Giulia	0,0	0,0	0,1	-	0,1	-	0,2	0,1
Liguria	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	-	0,3	-
Emilia-Romagna	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4	0,2
Toscana	0,2	0,1	0,0	-	0,1	0,1	0,2	0,3
Umbria	0,5	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,1
Marche	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1
Lazio	0,2	0,1	0,1	-	0,1	0,1	0,2	0,2
Abruzzo	0,3	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Molise	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,2	0,0
Campania	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2
Puglia	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Basilicata	0,3	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Calabria	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	-	0,2	0,2
Sicilia	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Sardegna	0,2	0,3	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2
Italia	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2

*I tassi di mortalità del 2001 sono stati ricalcolati sulla base della popolazione media ricostruita alla luce dei dati di Censimento della Popolazione 2001.

- = Numero troppo esiguo per consentire il calcolo dell'indicatore.

Fonte dei dati: Istat. Decessi: caratteristiche demografiche e sociali. Anno 2011.

Tab. 7 - Tasso standardizzato annuale (per 100.000) di mortalità per la classe di età 1-14 anni, con IC 95%, per regione - Anni 2006-2008

Regioni	Tassi std	L. I. IC 95%	L. S. IC 95%
Piemonte	8,44	6,99	9,89
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	10,41	1,27	19,54
Lombardia	7,44	6,56	8,32
Trentino-Alto Adige*	8,62	4,75	12,50
Veneto	8,36	7,06	9,67
Friuli Venezia Giulia	4,81	2,70	6,93
Liguria	6,13	3,97	8,28
Emilia-Romagna	8,49	7,02	9,95
Toscana	7,39	5,88	8,89
Umbria	7,05	4,10	10,00
Marche	8,26	5,90	10,62
Lazio	7,70	6,52	8,88
Abruzzo	10,96	8,03	13,88
Molise	14,58	7,62	21,54
Campania	7,46	6,45	8,48
Puglia	7,46	6,19	8,74
Basilicata	7,78	4,18	11,39
Calabria	9,58	7,48	11,68
Sicilia	7,46	6,32	8,59
Sardegna	6,49	4,42	8,55
Italia	7,79		

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Istat. Decessi: caratteristiche demografiche e sociali. Anno 2011 - Istat. www.demoistat.it per la popolazione. Anno 2011.

Descrizione dei risultati

Relativamente all'evoluzione della mortalità maschile oltre il primo anno di vita si è osservata, nel periodo 2001-2006 e nelle classi di età 10-14 e 15-19 anni, una diminuzione nel tempo, mentre nelle restanti fasce di età considerate (1-4 e 5-9 anni) i valori sono rimasti costanti. Nello specifico, la maggiore contrazione si è registrata nella classe di età 15-19 anni (-33,3%) (Tab. 5).

La mortalità femminile, invece, ha fatto registrare un decremento nella prima classe di età (1-4 anni: -50%), mentre nelle restanti fasce di età si è riscontrata una stabilità (Tab. 6).

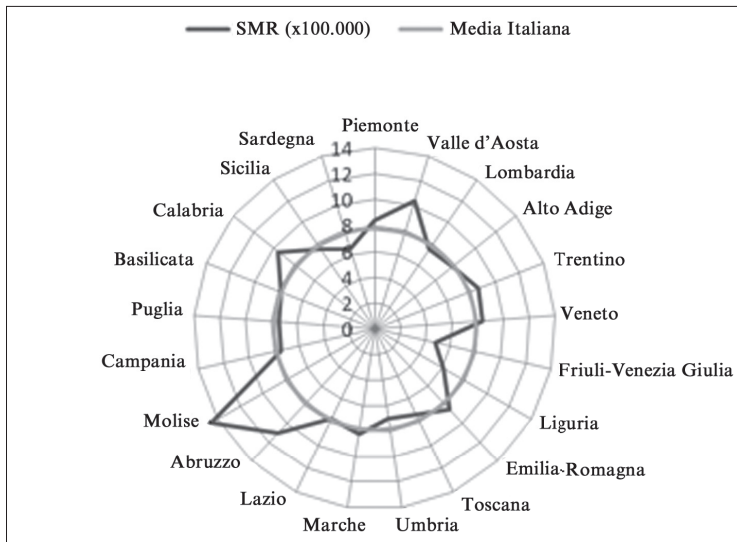
A livello nazionale, il valore della mortalità nelle diverse classi di età esaminate è pari, nel 2006, a:

- classe di età 1-4 anni: maschi 0,2‰ e femmine 0,1‰;
- classe di età 5-9 anni: maschi 0,1‰ e femmine 0,1‰;
- classe di età 10-14 anni: maschi 0,1‰ e femmine 0,1‰;
- classe di età 15-19 anni: maschi 0,4‰ e femmine 0,2‰.

La Tabella 7 illustra i tassi standardizzati di mortalità pediatrica per regione ed i relativi Intervalli di Confidenza calcolati con l'approssimazione normale alla distribuzione di Poisson. Confrontando i tassi regionali con quello italiano emerge che, la regione con il tasso di mortalità pediatrica significativamente superiore al dato nazionale, è il Molise, mentre il Friuli Venezia Giulia presenta il tasso più basso.

Per identificare più efficacemente lo scostamento dei tassi regionali standardizzati dal valore nazionale, si è scelto di usare come tecnica di rappresentazione il grafico a ragnatela (Fig. 1).

Fig. 1 - Tasso standardizzato annuale (per 100.000) di mortalità per la classe di età 1-14 anni per regione - Anni 2006-2008



Ringraziamenti

Si ringraziano la Dott.ssa Laura Dall'Olio e la Dott.ssa Valentina Di Gregorio dell'Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna.

2.4 Mortalità per causa

Significato. Per studiare la geografia della mortalità e le relative modificazioni nel tempo, è stato utilizzato il tasso di mortalità specifico per la classe di età 0-14 anni ed alcune cause di decesso che forniscono indicazioni sullo stato di salute e di sviluppo della popolazione di riferimento.

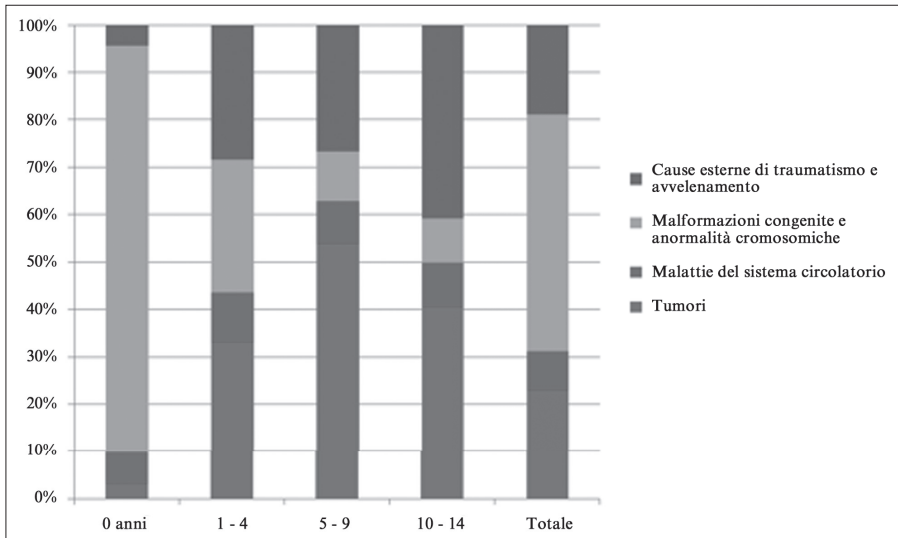
Lo studio di questo indicatore, che viene calcolato come media triennale nel periodo 2006-2008, consente sia di orientare in modo selettivo gli interventi di Sanità Pubblica per la prevenzione delle patologie ad elevato impatto sulla mortalità che di analizzare la sua evoluzione per “gruppi” definiti di popolazione.

Tab. 8 - Tasso specifico (per 100.000) di mortalità per classe di età e per alcune cause di morte - Anni 2006-2008

Cause di morte	Classi di età				
	0 anni	1-4	5-9	10-14	Totale
Tumori	3,10	3,28	3,32	3,12	3,23
Malattie del sistema circolatorio	6,92	1,03	0,55	0,73	1,16
Malformazioni congenite e anomalie cromosomiche	87,85	2,78	0,65	0,71	7,07
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	4,42	2,82	1,64	3,15	2,65
Totale delle cause esaminate	102,29	9,91	6,16	7,71	14,11

Fonte dei dati: Istat: Cause di morte. Anno 2011 - Istat. www.demoistat.it per la popolazione. Anno 2011

Fig. 3 - Contributo percentuale di alcune cause alla mortalità per classe di età - Anni 2006-2008



Fonte dei dati: Istat: Cause di morte. Anno 2011 - Istat. www.demoistat.it per la popolazione. Anno 2011.

Tab. 9 - Tasso specifico (per 100.000) di mortalità per classe di età e per alcune cause di morte in alcuni Paesi ed in Europa - Anno 2008

Paesi	Tumori		Tumori maligni attribuibili a leucemie, linfomi ed altri tumori del tessuto emolinfopoietico		Accidenti da trasporto (ICD X: V01-V99)	
	0-14	15-19	0-14	15-19	0-14	15-19
Italia	2,44	3,58	0,94	1,36	0,92	9,11
Germania	4,43	6,56	1,10	1,58	1,68	21,75
Spagna	1,73	2,98	0,54	0,97	0,95	6,18
Francia	3,67	5,33	1,11	2,01	1,67	14,42
Regno Unito	2,46	3,17	0,55	0,92	1,04	9,95
Unione Europea (EU-15)	3,48	4,95	1,04	1,66	1,61	13,95

Fonte dei dati: Eurostat. Anno 2011.

Descrizione dei risultati

La Tabella 8 e la Figura 3 presentano, rispettivamente, i tassi specifici di mortalità pediatrica per classe di età e causa di morte e le percentuali di contributo delle cause di morte per fascia di età.

La situazione italiana, relativamente ad alcune cause (tumori, leucemie/linfomi ed incidenti stradali), è confrontata con quella di alcuni Paesi europei.

Dal quadro relativo al 2008, emerge un confronto abbastanza lusinghiero con i Paesi selezionati, sia con quelli con modello di *welfare* sovrapponibile al nostro (Spagna, Regno Unito), che con quelli a sistema mutualistico (Francia, Germania) e, più in generale, con la cosiddetta area Euro-15 (Tab. 9).

Nel primo anno di vita, le più importanti cause di morte sono rappresentate dalle malformazioni congenite e dalle anomalie cromosomiche; nelle classi di età successive, aumenta il contributo dei tumori che sono la causa più importante nella fascia di età 5-9 anni, con un ruolo particolare assegnato a leucemie e tumori cerebrali.

Tra i motivi di morte analizzati, non compare la *Sudden Infant Death Syndrome* (SIDS) poichè non rientra nella suddetta analisi di classificazione per causa. Tale sindrome rappresenta, però, all'interno della comunità pediatrica, un problema di crescente attualità considerando anche l'enorme contributo che alcuni cambiamenti comportamentali nella cura del bambino apportano alla sua prevenzione. Un'indagine a livello nazionale indica che l'incidenza della SIDS in Italia è scesa dall'1,5 (per 1.000) del 1991 allo 0,4 (per 1.000) del 2006.

Nella classe 10-14 anni, il maggior contributo è dato dalle cause esterne di traumatismi ed avvelenamento. Tra le cause di morte da ricordare sono anche i decessi per incidenti che, in soggetti di età <15 anni rappresentano, in alcuni anni, la causa di morte più frequente.

A tal proposito, le indagini dell'Istituto Nazionale di Statistica rivelano (dato non riportato in tabella) come, nel periodo 2003-2006, i morti fino a 18 anni per "Accidenti da trasporto (codici ICD10 V01-V99)" siano passati, in valore assoluto, da 546 a 403, colpendo nella stragrande maggioranza i maschi. I morti, sempre nello stesso periodo tra i bambini fino a 14 anni, sono passati da 146 nel 2003 a 104 nel 2008.

Si ricorda, inoltre, che un'identificazione ed un'inquadramento più puntuali delle emergenze pediatriche in sede di Pronto Soccorso, potrebbero essere garantiti attraverso la presenza di un servizio di

guardia attiva pediatrica che servirebbe anche per una più tempestiva ed appropriata gestione e prevenzione dei casi.

Riferimenti Bibliografici

- (1) Campi R, Bonati M. Tasso di mortalità infantile in Italia, 1951-2003. Milano, 2009.
- (2) Longhi R, Minasi D. Indagine della SIP sullo stato della rete pediatrica ospedaliera in Italia: dati preliminari. *Minerva pediatrica*, 2008, 60: 823-35.

3. Disabilità

3.1 Alunni con disabilità nelle scuole statali

Significato. L'integrazione scolastica delle persone con disabilità rientra nel concetto generale di benessere fisico, psichico e sociale, così come definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, soprattutto per alcune tipologie di disabilità per le quali l'educazione scolastica è parte integrante dei progetti riabilitativi volti a migliorarne l'attività e la partecipazione nella vita sociale.

Nel nostro Paese, il processo di integrazione dei ragazzi con disabilità nelle scuole pubbliche, è iniziato con l'emanazione della Legge n. 577/1977 la cui applicazione viene misurata considerando non solo il numero degli iscritti, ma anche le risorse umane coinvolte e la presenza sul territorio di strutture scolastiche accessibili.

Si può calcolare che i portatori di disabilità sono circa il 16-20‰ della popolazione scolastica. Questi soggetti sono affetti, prevalentemente, da problematiche neuropsichiche o comportamentali gravi che richiedono un forte impegno a livello sanitario e sociale, un sostegno alla famiglia ed alla scuola e necessitano sovente di un'integrazione di competenze a livello multidisciplinare, non sempre garantita.

I dati presentati riguardano, esclusivamente, l'inserimento degli alunni con disabilità nelle scuole, ma non consentono di valutare i livelli e la qualità dell'integrazione scolastica.

Tab. 1 - Alunni con disabilità e totali nelle scuole statali per regione - Anni scolastici 1997/1998, 2001/2002 e 2007/2008

Regioni	1997/1998		2001/2002		2007/2008	
	Alunni con disabilità	Alunni totali	Alunni con disabilità	Alunni totali	Alunni con disabilità	Alunni totali
Piemonte	7.196	461.833	8.817	472.669	11.503	506.089
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste*	-	-	-	-	-	-
Lombardia	13.242	970.227	17.029	1.003.673	25.397	1.082.072
Bolzano-Bozen*	-	-	-	-	-	-
Trento*	-	-	-	-	-	-
Veneto	7.473	503.660	8.969	515.489	12.266	568.852
Friuli Venezia Giulia	1.866	124.417	2.206	125.921	2.707	138.667
Liguria	2.706	151.206	3.191	157.430	3.713	166.542
Emilia-Romagna	6.353	389.059	7.957	410.541	11.216	477.573
Toscana	4.868	395.247	5.794	401.151	8.615	437.554
Umbria	1.294	107.973	1.601	108.418	2.176	113.668
Marche	2.434	195.901	2.899	198.819	4.464	211.368
Lazio	11.947	689.044	14.183	694.936	20.049	704.738
Abruzzo	3.266	195.588	3.579	188.990	4.532	182.253
Molise	650	52.797	719	50.014	862	45.983
Campania	15.739	1.041.978	17.187	1.025.459	21.422	972.658
Puglia	10.345	706.202	11.153	689.171	13.077	658.690
Basilicata	1.296	109.996	1.390	102.633	1.491	93.312
Calabria	5.496	373.665	5.974	354.228	6.278	318.390
Sicilia	13.255	857.694	15.561	858.172	20.221	805.992
Sardegna	3.863	271.623	4.193	250.263	4.415	223.840
Italia	113.289	7.706.937	132.402	7.607.977	174.404	7.708.241

*Le scuole della Valle d'Aosta e quelle delle PA di Bolzano e Trento non sono statali, in quanto è la Regione ad avere competenza in materia di istruzione.

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2010 - Rosano, Battisti - Sistema Informativo del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (SIMPI). Anni vari.

Descrizione dei risultati

Dall'analisi dei dati presenti in tabella, si osserva un notevole incremento dei ragazzi con disabilità inseriti nelle scuole statali.

Il confronto tra gli anni scolastici considerati evidenzia un costante aumento del numero di studenti con disabilità. Nel dettaglio, considerando i dati relativi agli anni scolastici 1997/1998 e 2007/2008, si registra un incremento del 53,9% degli alunni con disabilità presenti nella scuola di ogni ordine e grado, mentre per il totale degli alunni non si riscontra alcuna variazione. L'incremento maggiore del numero di alunni con disabilità si è osservato in Lombardia e nelle Marche (rispettivamente, +91,8% e +83,4%), mentre le regioni che hanno registrato un aumento più contenuto sono la Calabria (+14,2%), la Sardegna (+14,3%) e la Basilicata (+15,0%).

Questo fenomeno è sicuramente dovuto alla maggiore capacità delle scuole di affrontare le complesse problematiche legate alla presenza di questi soggetti disabili. Va, però, rilevato come la diminuzione dei finanziamenti per la scuola ed il mondo della disabilità potrebbe invertire questa tendenza.

3.2 Alunni per tipologia di disabilità nelle scuole primarie e secondarie di I grado statali e non statali

Significato. La disabilità è la condizione personale di chi, in seguito ad una o più menomazioni, ha una ridotta capacità d'interazione con l'ambiente sociale rispetto a ciò che è considerata la norma, per cui risulta meno autonomo nello svolgere le attività quotidiane e spesso è in condizioni di svantaggio nel partecipare alla vita sociale.

Diverse possono essere le tipologie di disabilità ognuna delle quali richiede una serie di servizi, in termini di strumenti e persone, che le scuole statali e non statali e gli Enti locali devono mettere a disposizione per rispondere efficacemente ai bisogni di questo segmento di popolazione scolastica.

Affinché la domanda sottostante i bisogni di tali alunni venga soddisfatta dall'offerta di servizi, fondamentale è conoscere la percentuale degli alunni iscritti nelle scuole primarie e secondarie di I grado in base alla tipologia di disabilità.

Tab. 2 - Percentuale di alunni per tipologia di disabilità nelle scuole primarie e secondarie di I grado, statali e non statali, per regione - Anno scolastico 2008/2009

Regioni	Scuola primaria					Scuola secondaria di I grado				
	Visiva	Auditiva	Motoria	Intellettiva	Altro*	Visiva	Auditiva	Motoria	Intellettiva	Altro*
Piemonte	1,5	2,4	6,8	71,9	17,5	1,0	2,3	4,6	80,6	11,5
Valle d'Aosta	1,9	3,8	7,6	54,7	32,1	1,3	1,3	6,3	72,2	19,0
Lombardia	1,3	2,5	5,0	75,8	15,5	0,9	2,5	3,4	79,5	13,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>
<i>Trento</i>	<i>2,8</i>	<i>2,0</i>	<i>4,5</i>	<i>70,6</i>	<i>20,1</i>	<i>1,7</i>	<i>1,7</i>	<i>2,4</i>	<i>68,1</i>	<i>26,2</i>
Veneto	1,7	2,9	5,6	71,9	17,9	1,4	3,0	3,8	75,4	16,3
Friuli Venezia Giulia	1,2	3,4	4,6	81,5	9,3	1,8	3,5	3,2	83,3	8,2
Liguria	2,8	3,1	5,1	72,3	16,7	1,0	2,5	4,4	78,0	14,1
Emilia-Romagna	1,3	4,9	5,7	66,5	21,5	1,2	2,6	4,3	72,9	19,0
Toscana	1,5	3,1	7,5	72,4	15,5	1,6	2,6	5,5	79,6	10,7
Umbria	6,9	4,0	6,4	64,4	18,2	2,0	3,5	7,0	72,1	15,4
Marche	2,5	3,6	7,1	74,6	12,3	1,4	2,3	4,5	78,2	13,7
Lazio	2,0	3,2	6,7	63,2	24,9	1,7	2,9	4,9	66,5	23,9
Abruzzo	2,6	3,5	6,6	65,4	21,9	1,5	1,9	6,1	66,4	24,1
Molise	2,8	1,1	9,6	70,2	16,3	1,9	2,6	5,1	71,8	18,6
Campania	2,0	3,8	7,7	71,0	15,6	1,1	3,2	5,5	79,6	10,6
Puglia	1,9	3,6	8,0	74,5	12,0	1,9	3,5	6,6	79,4	8,6
Basilicata	1,6	4,0	6,7	71,9	15,8	1,8	5,9	4,1	75,7	12,6
Calabria	2,2	3,3	11,9	65,5	17,1	1,7	3,5	5,3	70,2	19,3
Sicilia	1,7	3,1	8,1	76,1	11,0	1,5	3,4	6,2	81,7	7,3
Sardegna	1,5	3,1	6,0	77,1	12,3	1,5	2,7	2,1	88,6	5,2
Italia	1,8	3,2	6,7	71,5	16,9	1,3	2,9	4,8	76,9	14,1

*Alunni che hanno un problema differente da quelli precedentemente elencati (per esempio quelli con un disturbo specifico dell'apprendimento, o un problema psichiatrico precoce etc.).

n.d. = dato non disponibile.

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2010 - Rosano, Battisti - Istat. Indagine sull'inserimento degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di I grado, statali e non statali. Anno scolastico 2008/2009.

Descrizione dei risultati

Dall'analisi dei dati si evidenzia, per entrambi gli ordini scolastici considerati, che tra le tipologie di disabilità esaminate quella prevalente nella popolazione scolastica è l'intellettiva, con percentuali pari al 71,5% nella scuola primaria ed al 76,9% nella scuola secondaria di I grado. Tale tipo di disabilità rappresenta anche quella più impegnativa dal punto di vista scolastico. In generale, le percentuali delle tipologie di disabilità in esame risultano maggiori, a livello nazionale, per la scuola primaria ad eccezione della disabilità intellettiva.

Relativamente alla distribuzione territoriale nella scuola primaria, l'Umbria risulta la regione con la percentuale maggiore di alunni con disabilità visiva (6,9%), l'Emilia-Romagna quella con alunni con disabilità uditiva (4,9%), la Calabria quella con alunni con difficoltà motorie (11,9%), il Friuli Venezia Giulia quella con alunni con problemi di tipo intellettivo (81,5%) e la Valle d'Aosta quella con alunni con una tipologia di disabilità diversa dalle principali e classificata nella categoria "altro" (32,1%).

Nella scuola secondaria di I grado, invece, l'Umbria risulta la regione con la percentuale maggiore di alunni che presentano difficoltà visive e motorie (rispettivamente, 2,0% e 7,0%), la Basilicata quella con alunni con disabilità auditiva (5,9%), la Sardegna quella con alunni con problemi intellettivi (88,6%) e la PA di Trento quella con alunni con una tipologia di disabilità appartenente alla categoria "altro" (26,2%).

Parte II

I bisogni di salute e la qualità dell'assistenza

4. Fattori di rischio e stili di vita

4.1 Tendenze evolutive nel consumo degli alimenti e delle bevande

Significato. La dieta mediterranea, tipica del nostro Paese, è un modello nutrizionale caratterizzato dal consumo di pasta e cereali, frutta e verdura, legumi, olio d'oliva e, per gli adulti, dal consumo moderato di bevande alcoliche, essenzialmente in occasione dei pasti.

Purtroppo, a partire dal *boom* economico degli anni Sessanta e Settanta, questo tipo di alimentazione è stata abbandonata perché ritenuta troppo povera e poco attraente rispetto ad altri modelli alimentari. Negli ultimi anni, invece, essendo stata dimostrata la “validità” della dieta mediterranea ed il suo effetto protettivo verso una serie di patologie cronico-degenerative, si sta assistendo e, promuovendo, il ritorno al consumo di quegli alimenti che la caratterizzano.

Il presente indicatore consente di valutare l'andamento delle frequenze di consumo degli alimenti e delle bevande nella popolazione giovanile.

Tab. 1 - Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande nella popolazione di 3-24 anni. Maschi - Anni 2001-2009

Classi di età	Fortemente Crescente	Crescente	Consumo Moderato	Polarizzazione	Decrescente	Invariato
3-5	-	legumi; burro (cottura); olio di oliva (condimento)	pane, pasta, riso; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; pesce; formaggi, latticini; frutta; snack	patate; carne di maiale; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.	uova; latte; dolci; olio di semi; burro (condimento)	olio di oliva (cottura)
6-10	-	olio di oliva; olio di semi (cottura); burro (condimento)	pane, pasta, riso; snack	carne bovina; carne di maiale; uova; pesce; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; frutta	patate; salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; latte; formaggi, latticini; legumi; dolci; burro (cottura); olio di semi (condimento)	-
11-13	-	snack; olio di semi (cottura); burro (cottura); olio di oliva (condimento)	pane, pasta, riso	patate; salumi; carne di maiale; uova; pesce; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; frutta; dolci	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; latte; formaggi, latticini; legumi; olio di semi (condimento); burro (condimento)	olio di oliva (cottura)
14-17	super alcolici	olio di oliva; burro (cottura); acqua minerale; aperitivi analcolici; aperitivi alcolici	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; uova; bevande gassate; consumo di alcolici fuori pasto; amari	carne di maiale; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; legumi	pane, pasta, riso; patate; salumi; pesce; latte; formaggi, latticini; frutta; snack; dolci; olio di semi; burro (condimento); birra; vino	-
18-24	-	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; legumi; snack; dolci; olio di oliva; acqua minerale; bevande gassate; aperitivi alcolici; super alcolici	carne bovina; aperitivi analcolici; consumo di alcolici fuori pasto	patate; salumi; carne di maiale; pesce; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.	pane, pasta, riso; uova; latte; formaggi, latticini; frutta; olio di semi; burro; birra; vino; amari	-

Legenda: Fortemente Crescente: aumento dei consumatori ed intensificazione di tutte le frequenze; Crescente: aumento dei consumatori ed intensificazione delle frequenze più elevate; Diffusione Consumo Moderato: aumento o invarianza dei consumatori e rarefazione delle frequenze; Polarizzazione: diminuzione o invarianza dei consumatori ed intensificazione delle frequenze; Decrescente: diminuzione dei consumatori e rarefazione delle frequenze.

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2010 - Adamo - Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2001-2009.

Tab. 2 - Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande nella popolazione di 3-24 anni. Femmine - Anni 2001-2009

Classi di età	Fortemente Crescente	Crescente	Diffusione Consumo Moderato	Polarizzazione	Decrescente	Invariato
3-5	-	uova; pesce; pomodori, melanzane, zucchine etc.; snack; dolci; olio di oliva; burro	pane, pasta, riso; patate; salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne di maiale; latte; formaggi, latticini	verdure in foglie cotte e crude	carne bovina; frutta; legumi; olio di semi	-
6-10	-	legumi; olio di oliva (cottura); olio di semi (condimento); burro	salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; pesce; snack	carne di maiale; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.a	pane, pasta, riso; patate; uova; latte; formaggi, latticini; frutta; dolci; olio di semi (cottura); olio di oliva (condimento)	-
11-13	carne bovina	patate; olio di semi (cottura); burro (cottura); olio di oliva (condimento)	pane, pasta, riso; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; snack	carne di maiale; uova; verdure in foglie cotte e crude	salumi; pesce; latte; formaggi, latticini; pomodori, melanzane, zucchine etc.; frutta; legumi; dolci; olio di oliva (cottura); olio di semi (condimento); burro (condimento)	-
14-17	acqua minerale; aperitivi analcolici; consumo di alcolici fuori pasto; aperitivi alcolici; super alcolici	carne bovina; snack; olio di oliva; burro (cottura)	cpane, pasta, riso; pesce	patate; salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne di maiale; uova; formaggi, latticini; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; bevande gassate	latte; frutta; legumi; dolci; olio di semi; burro (condimento); birra; vino; amari	-
18-24	snack; super alcolici	patate; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; legumi; olio di oliva; acqua minerale; aperitivi analcolici; consumo di alcolici fuori pasto; aperitivi alcolici; amari	salumi; carne di maiale; uova; pesce; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; dolci; bevande gassate	patate; salumi; carne di maiale; pesce; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.	salumi; carne di maiale; uova; pesce; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; dolci; bevande gassate	-

Legenda: Fortemente Crescente: aumento dei consumatori ed intensificazione di tutte le frequenze; Crescente: aumento dei consumatori ed intensificazione delle frequenze più elevate; Diffusione Consumo Moderato: aumento o invarianza dei consumatori e rarefazione delle frequenze; Polarizzazione: diminuzione o invarianza dei consumatori ed intensificazione delle frequenze; Decrescente: diminuzione dei consumatori e rarefazione delle frequenze.

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2010 - Adamo - Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2001-2009.

Descrizione dei risultati

Analizzando le tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande nella popolazione di 3-24 anni (Tab. 1 e 2), emergono interessanti differenze di genere che evidenziano l'avvicinamento delle ragazze alle abitudini meno salutari dei loro coetanei.

Nello specifico, le differenze di genere si acquiscono al crescere dell'età. Infatti, relativamente alla prima fascia di età considerata (3-5 anni), si evidenziano minime differenze a favore delle bambine per le quali si osserva un trend crescente per il consumo di alcune verdure, uova e pesce, mentre per i bambini si osserva la polarizzazione del consumo delle verdure.

Nella classe 6-13 anni, invece, le differenze iniziano ad aumentare e risultano per tutti lontane dalla quota di consumo ottimale. Quelle maggiori si osservano tra gli adolescenti di 14-17 anni e tra i giovani di 18-24 anni a sfavore del genere femminile per il quale, sia il consumo di alcolici fuori pasto ed alcolici diversi da birra e vino che il consumo di diversi tipi di alimenti proteici, è in aumento.

4.2 Sovrappeso ed obesità

Significato. Negli ultimi anni, il problema del sovrappeso e dell'obesità nei bambini ha acquisito un'importanza crescente sia per le implicazioni dirette sulla salute del bambino che per il fatto che queste condizioni rappresentano un fattore di rischio per l'insorgenza di gravi, e spesso disabilitanti, patologie in età adulta.

Per monitorare tale fenomeno e per pianificare strategie di intervento caratterizzate da un approccio multisettoriale, con azioni di tipo comportamentale e sociale, nel 2007 il Ministero della Salute/Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie ha promosso l'iniziativa "OKkio alla SALUTE" con l'obiettivo di implementare un sistema di raccolta dati nazionale sullo stato ponderale ed i comportamenti a rischio dei bambini (8-9 anni) delle scuole primarie. Questa iniziativa prevede la compilazione di un questionario da parte dei genitori che, rispondendo a specifiche domande, forniscono informazioni sugli stili di vita dei figli.

La periodicità di raccolta dati, su campioni rappresentativi a livello regionale ed in alcuni casi di Aziende Sanitarie Locali, è biennale e si basa su indagini epidemiologiche.

L'indicatore presentato consente di valutare la prevalenza di eccesso

ponderale nella classe di età 8-9 anni, al fine di verificare i risultati raggiunti e di programmare nuove strategie di intervento per cercare di arginare, ma soprattutto di prevenire, uno dei maggiori problemi di carattere sanitario, economico e sociale del ventunesimo secolo.

Tab. 3 - Percentuale di sovrappeso ed obesità nei bambini di 8-9 anni e variazione percentuale per regione - Anni 2008, 2010

Regioni	Sovrappeso			Obesità		
	2008	2010	Δ % 2008-2010	2008	2010	Δ % 2008-2010
Piemonte	19,5	19,2	-1,5	7,8	7,9	1,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	17,5	16,8	-4,0	6,1	4,2	-31,1
Lombardia	*	**	n.a.	*	**	n.a.
<i>Bolzano-Bozen</i>	*	<i>11,4</i>	<i>n.a.</i>	*	<i>3,6</i>	<i>n.a.</i>
<i>Trento</i>	*	<i>17,2</i>	<i>n.a.</i>	*	<i>3,5</i>	<i>n.a.</i>
Veneto	20,0	21,3	6,5	7,3	7,0	-4,1
Friuli Venezia Giulia	20,7	17,0	-17,9	4,5	5,1	13,3
Liguria	22,0	20,1	-8,6	6,7	8,8	31,3
Emilia-Romagna	20,5	20,1	-2,0	8,6	8,6	0,0
Toscana	22,5	21,2	-5,8	7,1	7,2	1,4
Umbria	23,6	21,8	-7,6	10,6	9,4	-11,3
Marche	23,4	22,4	-4,3	9,9	9,5	-4,0
Lazio	26,2	24,6	-6,1	12,6	10,7	-15,1
Abruzzo	25,7	28,3	10,1	12,8	12,5	-2,3
Molise	26,0	26,5	1,9	16,1	14,8	-8,1
Campania	27,8	27,9	0,4	21,0	20,5	-2,4
Puglia	24,6	25,6	4,1	14,4	13,6	-5,6
Basilicata	26,5	26,5	0,0	13,5	14,0	3,7
Calabria	25,9	26,0	0,4	15,8	15,4	-2,5
Sicilia	24,6	23,6	-4,1	16,6	12,8	-22,9
Sardegna	18,7	20,8	11,2	6,6	6,6	0,0
Italia	23,1	22,9	-0,9	11,5	11,1	-3,5

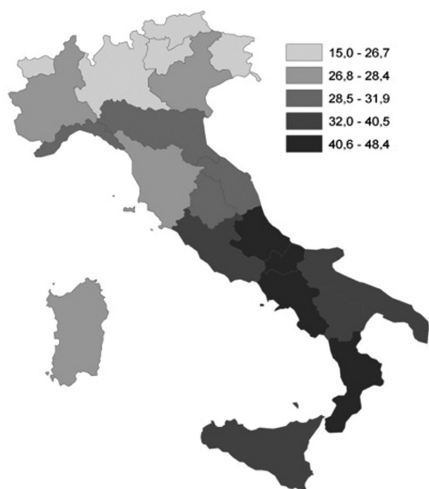
*Non hanno partecipato alla rilevazione.

**La Lombardia ha aderito con la sola ASL di Milano e, quindi, il dato non viene riportato.

n.a. = non applicabile.

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2010 - Spinelli, Lamberti, Baglio, Nardone, Gruppo OKkio alla SALUTE 2010 - Istituto Superiore di Sanità, OKkio alla SALUTE. Anno 2010.

Percentuale di eccesso ponderale (sovrappeso + obesità) nei bambini di 8-9 anni per regione. Anno 2010



Descrizione dei risultati

Complessivamente, i dati rilevati nel 2010 risultano leggermente inferiori (sovrappeso -0,9%; obesità -3,5%) rispetto a quelli osservati nella prima raccolta (2008), ma confermano livelli preoccupanti di eccesso ponderale. Nello specifico, il 22,9% dei bambini è risultato in sovrappeso e l'11,1% in condizioni di obesità.

Come si evince dal Cartogramma, in cui vengono riportati i valori complessivi dell'eccesso ponderale, vi è una spiccata variabilità interregionale con percentuali tendenzialmente più basse nell'area settentrionale e più alte nel Centro-Sud. Tale gradiente geografico si conferma anche considerando separatamente il sovrappeso e l'obesità. Le regioni che presentano, nell'ultimo anno esaminato (2010), i valori maggiori sono per il sovrappeso l'Abruzzo (28,3%) seguito dalla Campania (27,9%) ed, a pari merito, dal Molise e dalla Basilicata (26,5%), mentre per l'obesità le regioni maggiormente interessate sono la Campania (20,5%), la Calabria (15,4%) ed il Molise (14,8%). Nelle Province Autonome, invece, si registrano, per entrambi gli eccessi ponderali, i valori minori (sovrappeso PA di Bolzano 11,4%; obesità PA di Trento 3,5%).

Dal confronto dei dati 2008-2010 si evidenzia che, relativamente al sovrappeso, nelle regioni Centro-settentrionali, ad eccezione del

Veneto che presenta una tendenza opposta (dovuta alla notevole riduzione di soggetti obesi determinando l'aumento di soggetti in sovrappeso), si osserva un decremento che oscilla tra il -17,9% del Friuli Venezia Giulia ed il -1,5% del Piemonte. Gli incrementi, invece, riguardano il Meridione, tranne in Sicilia dove il trend è in diminuzione (-4,1%), e la regione in cui si è registrato l'aumento più consistente è la Sardegna (+11,2%).

Per l'obesità, considerando sempre lo stesso arco temporale (2008-2010), si registra una diminuzione nelle regioni Centro-meridionali, ad eccezione della Toscana e della Basilicata in cui si riscontra un aumento (rispettivamente, +1,4% e +3,7%) e della Sicilia i cui valori risultano stabili. Tra le regioni del Nord, che presentano un trend in aumento, da evidenziare è la tendenza controcorrente del Veneto (-4,1%), ma soprattutto della Valle d'Aosta che presenta anche il maggior decremento in assoluto pari a -31,1%.

4.3 Attività fisica

Significato. Svolgere una regolare attività fisica di moderata intensità favorisce uno stile di vita sano con notevoli benefici sulla salute generale della persona. Infatti, l'esercizio fisico costante, preferibilmente di tipo aerobico, aiuta sia a prevenire l'insorgenza di diverse malattie croniche ed a ridurre la comparsa di eventuali complicanze che a favorire un maggior benessere psicologico, riducendo i livelli di stress, ansia e depressione.

La sedentarietà, invece, insieme ad altri fattori di rischio quali ad esempio l'eccesso ponderale ed una cattiva alimentazione, contribuisce a facilitare lo sviluppo di diverse patologie che gravano, principalmente, sull'apparato cardiovascolare.

Promuovere l'attività fisica è, quindi, un'azione prioritaria di Sanità Pubblica che prevede la collaborazione attiva di tutte le strutture e le competenze interessate, ma, soprattutto, la partecipazione responsabile della popolazione e della società civile.

Per la programmazione degli interventi di promozione della salute e delle campagne finalizzate alla promozione dell'attività fisica, fondamentale è conoscere la prevalenza di persone che praticano attività sportiva. Poiché il nostro studio si è focalizzato sull'età pediatrica, la classe di età esaminata è 3-19 anni.

Tab. 4 - Prevalenza (per 100) di persone di 3-19 anni che praticano sport o attività fisica per classe di età - Anni 2003, 2010

Classi di età	Sport in modo continuativo		Sport in modo saltuario		Qualche attività fisica		Nessuno sport		Non indicato	
	2003	2010	2003	2010	2003	2010	2003	2010	2003	2010
3-5	15,8	20,1	4,9	3,7	22,6	23,1	49,9	47,4	6,8	5,8
6-10	49,8	55,5	9,6	7,2	14,9	14,1	24,3	21,0	1,3	2,1
11-14	55,2	56,3	13,0	10,0	14,7	16,3	16,6	16,7	0,6	0,8
15-17	47,5	46,4	15,2	13,0	16,0	18,4	21,0	21,9	0,4	0,3
18-19	35,3	37,8	18,2	14,5	21,2	21,1	24,7	25,5	0,6	1,1

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2010.

Tab. 5 - Prevalenza (per 100) di persone di 3-19 anni che praticano sport o attività fisica per classe di età e genere - Anno 2010

Classi di età	Sport in modo continuativo		Sport in modo saltuario		Qualche attività fisica		Nessuno sport		Non indicato	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
3-5	16,6	23,8	4,2	3,2	25,0	21,0	49,5	45,2	4,8	6,8
6-10	57,8	53,0	7,0	7,4	12,7	15,7	20,1	22,0	2,3	1,8
11-14	61,1	51,6	10,4	9,6	13,1	19,3	14,8	18,5	0,7	1,0
15-17	55,7	36,9	14,6	11,4	12,7	24,2	16,3	27,5	0,7	n.d.
18-19	50,6	23,9	17,4	11,3	11,3	31,8	19,2	32,4	1,5	0,6

n.d. = non disponibile

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2010.

Descrizione dei risultati

Lo sport è un'attività del tempo libero tipicamente giovanile ed è un fattore protettivo per il benessere fisico e psichico fin dall'età scolare.

Nel 2010, come si evince dalla Tabella 4, le quote più elevate di bambini/giovani che praticano sport in modo continuativo si riscontrano, in generale, nella classe di età 6-17 anni ed, in particolare, tra gli 11-14 anni (56,3%). Lo sport in modo saltuario, invece, registra percentuali più alte tra i 18-19 anni (14,5%) anche se presenta un incremento al crescere dell'età.

Confrontando i dati del 2003 con i dati del 2010 si osserva, per il gruppo “sport in modo continuativo”, un trend in aumento ad

eccezione della fascia di età 15-17 anni che presenta un decremento (-2,3%). Per lo “sport in modo saltuario” i dati, per tutte le classi di età esaminate, presentano un andamento in diminuzione, mentre per le modalità “qualche attività fisica” e “nessuno sport” l’andamento è in crescita ad eccezione, per il primo gruppo, della fascia 6-10 anni (-5,4%) e per il secondo gruppo delle classi 3-5 e 6-10 anni (rispettivamente, -5,0% e -13,6%).

Relativamente all’analisi di genere (Tab. 5) i dati mostrano delle forti differenze poiché i livelli di pratica sportiva sono molto più alti fra i maschi e, quindi, la quota di sedentari è maggiore tra le femmine ad eccezione della fascia di età 3-5 anni.

4.4 Fumo di tabacco

Significato. La comunità scientifica internazionale è unanime nell’affermare che il fumo di tabacco è la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile. Il tabagismo, infatti, rappresenta uno dei maggiori fattori di rischio per lo sviluppo di patologie croniche ed invalidanti, in particolare malattie cardiovascolari, respiratorie e neoplastiche.

È per questo che il Servizio Sanitario Nazionale ha il compito di controllare questo fenomeno nell’interesse sanitario dei fumatori e per la salvaguardia della salute della collettività non fumatrice.

Il fumo, inoltre, provoca importanti ripercussioni sull’economia dei Paesi essendo uno dei principali fattori responsabili delle spese in ambito sanitario.

Identificare le strategie più corrette per promuovere la riduzione e la cessazione dell’abitudine al fumo non è un compito semplice.

Nel nostro Paese, grazie alla Legge sul divieto di fumo entrata in vigore nel 2003 (Legge n. 3 del 16 gennaio 2003) ed alle tante campagne nazionali di prevenzione, sono stati raggiunti importanti obiettivi, ma, per consolidare i risultati ottenuti e conseguirne di nuovi, bisogna continuare con la promozione di politiche socio-sanitarie mirate, principalmente, a prevenire l’iniziazione al fumo dei più giovani ed a “sostenere” chi vuole smettere.

Per misurare il consumo di tabacco, è stata calcolata la prevalenza di fumatori che permette sia di misurare il fenomeno nella popolazione che di individuare adeguate attività di prevenzione e di controllo. Purtroppo, l’indagine dell’Istat cui si fa ricorso come fonte dei dati non prende in esame le attitudini dei ragazzi sotto i 15 anni.

Tab. 6 - Prevalenza (per 100) di fumatori di 15-24 anni e variazione percentuale per regione - Anni 2000, 2010

Regioni	2000	2010	Δ % 2000-2010
Piemonte	24,5	24,9	1,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	19,4	14,8	-23,7
Lombardia	24,6	25,1	2,0
Trentino-Alto Adige*	25,5	25,7	0,8
Veneto	25,7	22,9	-10,9
Friuli Venezia Giulia	29,6	21,3	-28,0
Liguria	19,6	19,1	-2,6
Emilia-Romagna	24,5	21,4	-12,7
Toscana	27,6	22,7	-17,8
Umbria	25,3	24,3	-4,0
Marche	20,8	26,4	26,9
Lazio	22,7	23,4	3,1
Abruzzo	21,9	18,5	-15,5
Molise	22,2	19,8	-10,8
Campania	16,2	18,0	11,1
Puglia	17,9	17,8	-0,6
Basilicata	21,6	22,7	5,1
Calabria	19,5	11,3	-42,1
Sicilia	18,8	19,0	1,1
Sardegna	23,0	29,7	29,1
Italia	21,9	21,5	-1,8

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Istat. Health For All-Italia. Anno 2011.

Descrizione dei risultati

Nel 2010 si stima che la quota di fumatori tra la popolazione di 15-24 anni è pari, a livello nazionale, al 21,5%. Tale valore, confrontato con il dato del 2000, risulta leggermente minore (-1,8%). Riduzioni consistenti, invece, si registrano a livello regionale e precisamente in Calabria (-42,1%), Friuli Venezia Giulia (-28,0%), Valle d'Aosta (-23,7%) e Toscana (-17,8%).

Alcune regioni, però, presentano un trend opposto, cioè in aumento. Nello specifico, gli incrementi maggiori si sono osservati in Sardegna (+29,1%), nelle Marche (+26,9%) ed in Campania (+11,1%).

Nell'ultimo anno esaminato (2010) le regioni che presentano una prevalenza maggiore nell'abitudine al fumo sono la Sardegna (29,7%), le Marche (26,4%), il Trentino-Alto Adige (25,7%) e la Lombardia (25,1%), mentre i valori minori si riscontrano in Calabria (11,3%), Valle d'Aosta (14,8%), Puglia (17,8%) e Campania (18,0%).

A livello territoriale non emergono grandi differenze anche se si riscontra, in generale, una lieve prevalenza nell'abitudine al fumo in quasi tutte le regioni Centro-settentrionali.

4.5 Alcol

Significato. Nell'ottica di una programmazione sanitaria per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione, fondamentale è conoscere le implicazioni di salute pubblica che derivano dal consumo di alcol che, oltre a provocare dannosi squilibri nutritivi e seri rischi di malnutrizione, può creare problemi di dipendenza e di tossicità.

In termini epidemiologici l'esposizione al consumo di alcol è un indicatore di rischio per la salute che, specie per i giovanissimi, richiede una valutazione articolata in merito alla quantità di alcol assunta, alla frequenza di consumo ed alle occasioni di consumo rischioso o dannoso di una qualunque bevanda alcolica. Oltre a ciò, per valutare correttamente il rischio connesso al consumo di alcol, bisogna considerare anche la capacità di smaltimento legata al genere ed all'età.

L'indicatore presentato consente di valutare sia la frequenza che le occasioni di consumo rischioso di una qualunque bevanda alcolica.

Tab. 7 - Prevalenza (per 100) di consumatori di alcol che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno e consumo giornaliero per classe di età e genere - Anno 2010

Classi di età	Maschi		Femmine	
	Nell'anno	Tutti i giorni	Nell'anno	Tutti i giorni
11-15	15,2	1,1	12,0	0,4
16-17	52,6	5,2	42,1	2,2
18-19	76,0	9,9	59,8	2,4

Fonte dei dati: Istat. Indagine "L'uso e l'abuso di alcol in Italia". Anno 2011.

Tab. 8 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio di bevande alcoliche per tipo di comportamento a rischio, classe di età e genere - Anno 2010

Classi di età	Almeno un comportamento di consumo a rischio	<i>Binge drinking</i>
MASCHI		
11-15*	15,2	1,6
16-17	13,0	10,3
11-17	14,5	4,3
18-19	22,9	22,0
FEMMINE		
11-15*	12,0	1,5
16-17	5,8	3,6
11-17	10,2	2,1
18-19	11,6	11,6

*Per le persone di 11-15 anni si considera a rischio il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno.

Fonte dei dati: Istat. Indagine "L'uso e l'abuso di alcol in Italia". Anno 2011.

Descrizione dei risultati

Nel 2010, la prevalenza di coloro che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno (Tab. 7), è maggiore per il genere maschile e, soprattutto, nella classe 18-19 anni (76,0% vs 59,8%). Tale tendenza, a svantaggio maschile, si riscontra anche nel consumo giornaliero e per tutte le classi di età considerate.

Relativamente alla prevalenza di consumatori a rischio di bevande alcoliche per le tipologie di comportamento esaminate (Tab. 8), si osserva, anche in questo caso, una prevalenza maggiore per i maschi e, soprattutto, nella fascia di età 18-19 anni. Analizzando separatamente i due comportamenti a rischio individuati emerge che, per il genere maschile la prevalenza di coloro che assumono almeno un comportamento di consumo a rischio è leggermente superiore rispetto alla prevalenza di coloro che concentrano in un'unica occasione l'assunzione di 6 bicchieri di una qualsiasi bevanda alcolica (*binge drinking*) (rispettivamente, 22,9% e 22,0%). Anche per il genere femminile la fascia di età maggiormente interessata dal fenomeno è quella 18-19 anni ed i valori di entrambi i comportamenti a rischio, oggetto dello studio, si eguagliano (11,6%).

Approfondimento - Obesità, sedentarietà, fumo ed alcool nei ragazzi*

*Prof. Franco Cavallo***, *Prof.ssa Patrizia Lemma***,
*Dott.ssa Paola Dalmasso***, *Dott.ssa Lorena Charrier***,
*Dott.ssa Sabina Colombini***, *Gruppo di lavoro Health Behaviour in School-aged Children - Italia*

Contesto

L'adolescenza è un momento fondamentale di passaggio alla vita adulta ed è caratterizzato da numerosi cambiamenti fisici e psicologici. È in questo periodo della vita che possono instaurarsi stili di vita e comportamenti che condizionano la salute presente e futura, come abitudini alimentari scorrette, sedentarietà, abuso di alcol, consumo di tabacco ed uso di sostanze stupefacenti.

Lo studio *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*-Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare, a cui l'approfondimento presentato fa riferimento, si inserisce in questo contesto ed ha lo scopo di monitorare i comportamenti di salute degli adolescenti di 11, 13 e 15 anni, al fine di costituire un supporto per l'orientamento delle politiche di educazione e promozione della salute. Si tratta di uno studio multicentrico internazionale, condotto ogni 4 anni e svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per l'Europa. Promosso da Inghilterra, Finlandia e Norvegia nel 1982, oggi l'HBSC conta 43 Paesi partecipanti: l'Italia ha iniziato la sua collaborazione nel 2000 ed ha svolto, finora, tre indagini nazionali (nel 2001, nel 2006 e nel 2010).

A partire dal 2009, l'indagine HBSC è entrata a far parte del progetto nazionale, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", promosso dal Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute, in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e collegato al programma europeo "Guadagnare Salute". I dati qui discussi riguardano i risultati relativi all'ultima indagine, che ha raggiunto 77.113 ragazzi in tutto il nostro Paese, di età compresa fra 11-15 anni.

* Rapporto Osservasalute 2010, pp. 9-12.

** Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università degli Studi di Torino.

Nel 2010, infatti, per la prima volta l'indagine HBSC ha previsto una rappresentatività, sia nazionale che regionale, raccogliendo i dati relativi su tutto il territorio.

L'obiettivo principale di questo studio è quello di servire come strumento di monitoraggio dei fattori e dei processi che possono determinare effetti sulla salute degli adolescenti. Tali obiettivi sono stati perseguiti raccogliendo dati sulla salute, sui comportamenti ad essa correlati e sui loro determinanti. Le aree indagate dallo studio sono: i comportamenti correlati alla salute, la salute ed il benessere individuale, il contesto sociale ed il contesto ambientale di sviluppo delle competenze relazionali. Per quanto concerne i comportamenti correlati alla salute, vengono indagati l'alimentazione (consumo di frutta, verdura, dolci, bibite con zucchero etc.), l'attività fisica e la sedentarietà (svolgimento di regolare attività fisica durante la settimana, tempo trascorso a guardare la televisione, a giocare con videogiochi o al computer) ed i comportamenti a rischio (abitudine al fumo, eventuale abuso di alcolici ed uso di *cannabis*).

In questa sede, l'attenzione è rivolta a quattro fenomeni principali: obesità e sedentarietà, da una parte, e fumo ed alcol, dall'altra.

Per quanto concerne l'attività fisica, è utile ricordare, come suggeriscono alcuni studi (1, 2), che l'acquisizione di modelli comportamentali attivi durante l'infanzia e l'adolescenza tende a rendere tali comportamenti abitudinari anche in età adulta; la partecipazione a varie tipologie di attività motoria, quindi, non rappresenta solo un valore rilevante per l'adozione ed il successivo mantenimento di uno stile di vita sano ed attivo, ma consente di contrastare i rischi ed i disturbi causati dalla sedentarietà (3, 4). La mancanza, infatti, di spazi e tempi adeguati, nonché di sicurezza nel frequentare luoghi all'aperto, spinge i ragazzi a confinarsi in spazi chiusi, ritenuti più sicuri, in particolare davanti alla televisione o ai *videogames* (5). L'uso del computer e della televisione sono forme di svago passive che riducono le esigenze e le opportunità di attività fisica (6). Il tempo speso davanti allo schermo viene considerato come uno dei fattori responsabili dell'incremento del sovrappeso in questa fascia di età (7).

Per quanto concerne fumo ed alcol, l'iniziazione di giovani all'assunzione di scorrette abitudini avviene per lo più in epoca adolescenziale e nell'ambito del gruppo dei pari che, a questa età, acquisisce sempre maggiore importanza. I fenomeni di abuso, riconosciuti fra i comportamenti a rischio tipici dell'adolescenza, hanno sulla salute un impatto ampiamente documentato: da quelli

immediati, come la mortalità per incidenti stradali, a quelli a distanza di tempo, come le patologie tumorali. La valutazione della diffusione del fenomeno dell'abitudine al fumo rappresenta, quindi, un elemento indispensabile per riuscire a definire politiche efficaci di salute pubblica volte sia a promuoverne la cessazione che, soprattutto per i più giovani, a prevenire l'inizio e l'instaurarsi dell'abitudine (8).

Anche il consumo di alcol fra gli adolescenti è un fenomeno importante perchè è proprio in questa età che si stabiliscono i modelli di consumo che saranno poi verosimilmente mantenuti in età adulta. Sembra, infatti, esistere un solido legame tra l'iniziazione all'alcol in giovane età e l'abuso in età adulta (9).

Metodi

Lo strumento utilizzato per la raccolta delle informazioni è un questionario auto-compilato ed anonimo costruito seguendo il protocollo internazionale HBSC, con l'aggiunta di alcuni *item* di interesse specifico per l'Italia. Questo fatto rende confrontabili i dati raccolti in tutti i Paesi partecipanti all'indagine sulle tematiche comuni allo studio. La popolazione, costituita dai ragazzi di 11, 13 e 15 anni, è stata selezionata nelle scuole pubbliche e private di tutte le regioni, all'interno delle quali sono state campionate le classi I e III media e II superiore.

I questionari, auto-compilati ed anonimi, sono stati somministrati nelle scuole con il sostegno degli insegnanti e degli operatori delle Aziende Sanitarie Locali.

Nei contenuti del presente approfondimento, la nostra attenzione si è concentrata sui fenomeni di sovrappeso/obesità, sedentarietà, consumo di alcol e fumo nei giovani.

Per quanto riguarda i livelli di sovrappeso/obesità nella popolazione oggetto di indagine, questi sono stati individuati secondo gli standard raccomandati dall'*International Obesity Task Force* (10) in base all'Indice di Massa Corporea, indicatore riconosciuto a livello internazionale e calcolato sui valori antropometrici (peso ed altezza) auto-riferiti dai ragazzi intervistati.

Per quanto concerne l'attività fisica, le analisi sono state condotte sui dati riferiti dai ragazzi circa lo svolgimento di almeno 1 ora di attività fisica al giorno per più di 3 giorni alla settimana. Le domande sulla sedentarietà arricchiscono quest'area d'indagine dedicata all'attività fisica: ai ragazzi intervistati è stato chiesto di specificare quante ore al giorno trascorrono davanti alla televisione e davanti al computer e/o giochi elettronici.

Nel questionario sono presenti numerose domande relative alla frequenza di consumo di bevande alcoliche, ovvero birra, vino, *alcopops* e superalcolici. Vengono qui riportati i dati che fanno riferimento alla quota di ragazzi che hanno dichiarato di bere qualsiasi tipo di alcolico “almeno una volta alla settimana”.

Per quanto riguarda l’abitudine al fumo, anche in questo caso, sono diverse le domande volte ad indagarne la frequenza. La nostra attenzione viene rivolta ai ragazzi che dichiarano di fumare “almeno una volta alla settimana”.

Risultati e Discussione

Per quanto concerne i livelli di obesità/sovrappeso, dalle analisi risulta che la frequenza dei ragazzi “sovrappeso/obesi” va dal 29,3% nei maschi e dal 19,5% nelle femmine undicenni, al 25,6% nei maschi ed al 12,3% nelle femmine di 15 anni. Sono, dunque, soprattutto i maschi ad essere in sovrappeso od obesi, mentre i livelli di sovrappeso/obesità diminuiscono, in entrambi i generi, al crescere dell’età.

I risultati dell’indagine a livello nazionale sono in linea con quanto emerso nella rilevazione del 2006 dove l’Italia, rispetto ai 41 Paesi partecipanti, si collocava al 5° posto per sovrappeso/obesità negli undicenni ed al 9° posto per i quindicenni.

Per quanto riguarda la sedentarietà, coloro che dichiarano di guardare la televisione almeno 2 ore al giorno sono tra gli undicenni il 44,2% dei maschi ed il 36,5% delle femmine, tra i tredicenni il 54,7% dei maschi ed il 53,7% delle femmine e tra i quindicenni il 55,3% dei maschi ed il 54,0% delle femmine. All’aumentare dell’età, quindi, aumenta il tempo trascorso davanti alla televisione, soprattutto nel passaggio tra gli 11 ed i 13 anni. Le differenze tra maschi e femmine, significative nei più piccoli, tendono ad annullarsi. Anche questo risultato ricalca le tendenze emerse a livello internazionale nel 2006.

Per quanto concerne l’attività fisica, dalle analisi emerge che i ragazzi di 15 anni (47,5% dei maschi e 26,6% delle femmine) svolgono meno attività fisica rispetto ai tredicenni (50,9% dei maschi e 33,7% delle femmine) ed agli undicenni (47,6% dei maschi e 35,3% delle femmine). La differenza è ancora più evidente nelle femmine, che svolgono meno attività fisica dei compagni maschi in tutte le tre fasce di età oggetto di studio. Questo dato, che già ci vedeva al 32° posto rispetto agli altri Paesi nell’indagine internazionale del 2006, evidenzia uno scarso livello globale di attività fisica nei nostri ragazzi.

Tab. 1 - Percentuale di ragazzi per sovrappeso/obesità, sedentarietà ed attività fisica, per età e genere - Anno 2010

Condizione	11 anni		13 anni		15 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Sovrappeso/obesità	29,3	19,5	26,3	17,1	25,6	12,3
Sedentarietà (solo TV ≥ 2 h/gg)	44,2	36,5	54,7	53,7	55,3	54,0
Attività fisica ≥ 3 gg/sett*	47,6	35,3	50,9	33,7	47,5	26,6

*Attività fisica per almeno 1 ora al giorno per più di 3 giorni alla settimana.

Fonte dei dati: Health Behaviour in School-aged Children. Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare (HBSC). Anno 2010.

Per quanto riguarda il fumo emerge, dai risultati relativi alla proporzione di ragazzi undicenni (1,0% dei maschi e 0,2% delle femmine), tredicenni (4,1% dei maschi e 3,7% delle femmine) e quindicenni (19,1% dei maschi e 19,4% delle femmine) che riferiscono di fumare “almeno 1 volta alla settimana”, che il consumo cresce nettamente nel passaggio tra i 13 ed i 15 anni.

Inoltre, mentre fra i più giovani sono i maschi a fumare di più, con il crescere dell'età i tassi di maschi e femmine diventano molto simili o, addirittura, superiori nelle femmine. Tale dato è, peraltro, coerente con quanto emerso nella precedente indagine (2006), dove risultava che fumassero con frequenza almeno settimanale circa il 20% sia dei maschi che delle femmine di 15 anni, ponendo l'Italia al 14° posto fra i 41 Paesi che avevano effettuato la sorveglianza.

Dalle analisi relative al consumo di bevande alcoliche emerge come la proporzione di giovani che bevono con una frequenza almeno settimanale aumenta, fra gli 11-15 anni, sia nei maschi che nelle femmine e come il maggior incremento si verifichi fra i 13-15 anni. Il dato nazionale passa, infatti, dal 9,9% dei maschi e dal 3,5% delle femmine di 11 anni al 16,8% ed all'8,7%, rispettivamente, nei tredicenni, per arrivare al 39,6% ed al 23,5% nei quindicenni.

La frequenza di consumo di alcol sembra essere sensibilmente diminuita rispetto all'indagine di 4 anni fa, quando l'Italia si collocava al 5° posto per i consumi fra i Paesi che avevano partecipato.

Tab. 2 - Percentuale di ragazzi con abitudine al fumo e consumo di alcol, per età e genere - Anno 2010

Condizione	11 anni		13 anni		15 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Fumo ≥ 1 v/sett	1,0	0,2	4,1	3,7	19,1	19,4
Alcol ≥ 1 v/sett	9,9	3,5	16,8	8,7	39,6	23,5

Fonte dei dati: Health Behaviour in School-aged Children. Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare (HBSC). Anno 2010.

Conclusioni

I fenomeni più rilevanti che l'indagine HBSC 2010 ha evidenziato sono, senza dubbio, quelli relativi all'elevata percentuale di sovrappeso/obesità nella popolazione adolescente, soprattutto evidente nella fascia maschile e con una grande variabilità regionale (dati non riportati); i dati medi nazionali nascondono, infatti, un problema ancora maggiore, presente soprattutto nelle regioni del Sud, con un massimo nella Campania. È curioso notare come i risultati della nostra "dieta mediterranea" ci abbiano portato a questi livelli di sovrappeso/obesità che ci collocano, tra l'altro, nelle prime 10 posizioni dell'area europea. È necessario che l'attenzione su questo problema si mantenga alta e che opportune politiche di incentivazione dell'attività fisica tendano a contrastare questa pericolosa tendenza. L'ambiente scolastico e la fascia di età si prestano, senz'altro, all'incentivazione di abitudini diverse ed all'educazione a modelli alimentari e di movimento più consoni ad uno sviluppo ponderale adeguato ed a corretti standard di introduzione calorica. Altre parti della ricerca documentano come, in realtà, l'ambiente scolastico spesso non venga incontro a queste esigenze, offrendo al ragazzo opportunità di movimento e di consumi alimentari (distributori automatici di alimenti) del tutto inadeguati.

L'altro aspetto dei "consumi" analizzato da questo approfondimento, alcol e fumo, ben si presta ad un'analisi complessiva dei risultati, sottolineando soprattutto come l'età di transizione nel modellare i consumi e le abitudini del futuro adulto sia quella tra i 13-15 anni.

Si evidenzia infatti, con chiarezza, come il salto di qualità e di quantità nei consumi voluttuari avvenga in questo passaggio, fase cruciale di transizione fra l'età infantile e l'adolescenza. Anche se i modelli di consumo di alcol sembrano nella nostra popolazione diversi

da quelli del Nord-Europa, basati sul consumo saltuario, ma intensivo, tipo *binge drinking*, la diffusione dell'alcol nella nostra popolazione giovanile resta ai livelli più alti in Europa; il dato confortevole, se verrà confermato nelle prossime rilevazioni, è che il consumo complessivo sembra essere in tendenziale netto declino.

Il consumo di fumo di tabacco sembra, invece, mantenersi stabile, con una differenziazione di genere sempre meno marcata ed, in alcuni casi, con l'apparente tendenza della popolazione femminile a superare addirittura, per frequenza di consumo, quella maschile.

Nel complesso, i fenomeni indagati in questa sede indirizzano verso linee di intervento chiare, sia a livello educativo che di interventi strutturali. L'intervento educativo deve andare verso forme di addestramento dell'adolescente a scelte alimentari e voluttuarie consapevoli e meditate, consce dei rischi e non solo del piacere immediato; il cosiddetto approccio alla *life-skill education* propugnato da autorevoli organismi internazionali, *in primis* dall'OMS, dovrebbe rappresentare la strada maestra e la scuola il contesto principale in cui realizzarlo.

L'intervento strutturale dovrebbe riguardare, invece, i contesti scolastici e di vicinato, cercando di rendere l'ambiente extra-abitativo sicuro e dotato di un *set* minimo di attrezzature e possibilità che favoriscano lo sport ed il movimento. In questa fase di carenza di risorse questa è, forse, la strada più difficile da percorrere, anche se la piena utilizzazione delle attrezzature scolastiche esistenti e la possibilità di favorire momenti di aggregazione e di attività extra-scolastiche fra la popolazione giovanile potrebbero, fin d'ora, sopperire alla mancanza di spazi adeguati e strutturati.

Le fasi future di questa attività di sorveglianza ci permetteranno di capire quali strade sono state percorse.

Riferimenti Bibliografici

(1) WHO: Benefits of Physical Activity (last update 2008). Disponibile online: www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_benefits/en/index.html.

(2) Schor EL, Task Force on the Family (2003). Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. *Pediatrics* 111 (6 Pt 2): 1.541-71.

(3) WHO (2004). Global strategy on diet, physical activity and health. Disponibile online:

www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategyenglish_web.pdf.

(4) Hickman M, Roberts C, Matos M (2000). Exercise and leisure time activities. In Currie C, Hurrelman K, Settertobulte W, Smith R, Todd J (eds), Health and health behaviour among young people. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

- (5) Sonnevile KR, La Pelle N, Taveras E.M, Gillman MW, Prosser LA (2009). Economic and other barriers to adopting recommendations to prevent childhood obesity: results of a focus group study with parents. *BMC Pediatr.* 21; 9: 81.
- (6) MMWR Recomm Rep (2001). Increasing Physical Activity. A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. 26; 50: 1-14.
- (7) Crespo CJ, Smit E, Troiano RP, Bartlett SJ, Macera CA, Andersen RE (2001). Television watching, energy intake, and obesity in US children: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 155 (3): 360-5.
- (8) Cavallo F, Lemma P, Santinello M, Giacchi M (a cura di) (2007). Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. II Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC. Padova: Cleup.
- (9) De Wit DJ, Adlaf EM, Offord DR, Ogborne AC (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157: 745-750.
- (10) Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 320: 1.240-3.

4.6 Dipendenze tecnologiche

Significato. Fino a qualche anno fa, i tradizionali “canali” formativi ed informativi per i bambini e gli adolescenti erano la scuola e la famiglia ai quali, oggi, si è aggiunto l’uso del personal computer (pc) e l’accesso alla rete. L’utilizzo di Internet coinvolge soprattutto i giovani e, prevedendo un accesso diretto, risulta scarsamente o per nulla controllabile da parte degli adulti.

In generale, la diffusione della tecnologia informatica ha introdotto notevoli cambiamenti nello stile di vita di ogni individuo ed i ragazzi, possessori di questi strumenti in età sempre più precoce, hanno fatto della loro presenza un mezzo indispensabile e caratterizzante la propria vita quotidiana, principalmente in riferimento alle dinamiche di relazione interpersonale. È per questo, infatti, che il loro uso eccessivo sta determinando un cambiamento epocale a livello relazionale e di uso del tempo libero.

L’indicatore presentato consente di calcolare la prevalenza nell’uso del pc e di Internet. Tale misura risulta indispensabile sia per quantificare il fenomeno nella popolazione che per individuare e promuovere campagne di sensibilizzazione atte a prevenire e ridurre i rischi derivanti da un loro scorretto uso.

Tab. 9 - Prevalenza (per 100) di persone per frequenza nell’uso del personal computer per classe di età e genere - Anno 2009

Classi di età	Uso del personal computer*					Non usano il personal computer
	Si	Tutti i giorni	Una o più volte alla settimana	Qualche volta al mese	Qualche volta all’anno	
MASCHI						
3-5	18,2	2,3	8,9	4,7	2,3	75,2
6-10	55,2	8,5	34,0	10,2	2,6	41,5
11-14	82,0	35,2	42,5	2,9	1,5	15,7
15-17	86,6	52,4	30,1	3,4	0,7	11,5
18-19	87,5	56,4	27,7	2,7	0,8	10,0
FEMMINE						
3-5	15,5	1,1	8,6	4,4	1,3	80,0
6-10	58,8	7,6	39,6	9,5	2,0	37,0
11-14	80,7	33,4	40,7	5,0	1,5	17,0
15-17	85,4	51,6	29,5	3,8	0,5	12,5
18-19	84,4	51,2	28,5	3,0	1,7	14,6

*La somma delle percentuali raggiunge il 100 se si sommano i valori “non indicato”.

Fonte dei dati: Istat. Indagine “Cittadini e nuove tecnologie”. Anno 2009.

Tab. 10 - Prevalenza (per 100) di persone per frequenza nell'uso di Internet per classe di età e genere - Anno 2009

Classi di età	Uso di Internet*					Non usano Internet
	Si	Tutti i giorni	Una o più volte alla settimana	Qualche volta al mese	Qualche volta all'anno	
	MASCHI					
6-10	29,1	2,9	15,9	7,8	2,5	65,4
11-14	70,4	23,2	36,8	7,8	2,7	26,6
15-17	81,7	43,8	31,0	5,6	1,3	15,7
18-19	85,5	48,7	31,4	4,8	0,6	12,2
	FEMMINE					
6-10	32,1	3,8	19,2	6,5	2,6	61,8
11-14	68,7	22,9	34,7	7,8	3,3	28,7
15-17	82,5	44,7	32,0	4,3	1,5	15,1
18-19	81,9	44,9	31,2	4,0	1,8	16,5

*La somma delle percentuali raggiunge il 100 se si sommano i valori "non indicato".

Fonte dei dati: Istat. Indagine "Cittadini e nuove tecnologie". Anno 2009.

Descrizione dei risultati

In Italia, l'uso del pc e l'utilizzo di Internet da parte dei giovani sono diventati una componente normale del quotidiano.

Analizzando i dati del 2009 (Tab. 9) si osserva che l'uso giornaliero del pc caratterizza in modo particolare la vita dei maschi di 15-19 anni. Infatti, le percentuali maggiori si registrano per il genere maschile e nella classe di età 15-17 anni (52,4% vs 51,6%) e 18-19 anni (56,4% vs 51,2%). Analoga situazione si riscontra per l'uso in generale del pc, ma la fascia di età maggiormente coinvolta risulta più ampia (11-19 anni).

Di conseguenza, la prevalenza delle femmine che non usano il pc è maggiore (14,6% vs 10,0%). Per quanto riguarda le altre modalità, cioè "Una o più volte alla settimana; Qualche volta al mese; Qualche volta all'anno", non si registrano rilevanti differenze di comportamento tra i due generi.

Anche nell'uso di Internet i dati del 2009 (Tab. 10) mostrano una prevalenza maschile più o meno accentuata in tutte le classi di età e la prevalenza delle femmine che non lo usano è maggiore (16,5% vs 12,2%). Nello specifico, la classe di età maschile che, sia abitualmente che giornalmente, accede alla rete con più frequenza è la fascia 18-19 anni (rispettivamente, 85,5% e 48,7%), mentre per il genere femminile le fasce di età principalmente interessate sono 15-17 anni per quanto riguarda

l'uso in generale (82,5%) e 18-19 anni per l'uso giornaliero (44,9%).

Complessivamente, questi dati evidenziano come sia l'uso del pc che quello di Internet stiano progressivamente prendendo spazio nelle abitudini quotidiane di vita dei giovani, ma anche degli adolescenti e dei bambini, come ha recentemente confermato un'indagine campionaria promossa proprio dalla Società Italiana di Pediatria (1).

Riferimenti Bibliografici

(1) Pediatria: bimbi italiani on line a 10 anni. Allarme SIP. Ansa, 22 novembre 2011.

5. Prevenzione

5.1 Copertura vaccinale obbligatoria e raccomandata

Significato. I vaccini rappresentano uno degli strumenti più efficaci per prevenire le malattie infettive, specie nell'infanzia, ed agiscono stimolando la produzione di una risposta immunitaria attiva in grado di proteggere, in modo duraturo ed efficace, la persona vaccinata dall'infezione e dalle sue complicanze. Oltre a tutelare le persone immunizzate, le vaccinazioni interrompono anche la catena epidemiologica di trasmissione umana dell'infezione, agendo indirettamente sui soggetti non vaccinati attraverso la riduzione delle possibilità di venire in contatto con i rispettivi agenti patogeni.

La valutazione della copertura vaccinale rappresenta un importante strumento che consente di identificare le aree in cui le malattie infettive potrebbero manifestarsi più facilmente prevenendone l'eventuale comparsa.

L'indicatore presentato permette di misurare l'efficacia dei programmi di vaccinazione relativamente alla copertura vaccinale sia per le vaccinazioni obbligatorie per tutti i nuovi nati (poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B) che per le vaccinazioni raccomandate dalle autorità sanitarie centrali (pertosse, morbillo, parotite, rosolia).

Tab. 1 - Tasso (per 100) di copertura vaccinale per tipologia - Anni 2000-2009

Anni	Poliomielite	DT-DTP	HBV	MPR
2000	96,6	95,3	94,1	74,1
2001	95,8	95,9	94,5	76,9
2002	95,9	96,8	95,4	80,8
2003	96,6	96,6	95,4	83,9
2004	96,8	96,6	96,3	85,7
2005	96,5	96,2	95,7	87,3
2006	96,5	96,6	96,3	88,3
2007	96,7	96,7	96,5	89,6
2008	96,3	96,7	96,1	90,1
2009	96,2	96,2	95,8	89,9

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2010 - Sticchi, Alberti, Icardi, Durando, Ansaldo, Bruzzone, Crovari - Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V, Malattie Infettive. Aggiornamento 14 luglio 2010.

Tab. 2 - Tasso (per 100) di copertura vaccinale per tipologia e regione - Anno 2009

Regioni	Poliomielite	DT-DTP	HBV	MPR
Piemonte	96,5	96,5	96,3	93,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	95,5	95,7	95,4	87,8
Lombardia	97,3	97,3	97,1	94,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	88,9	88,8	88,3	70,8
<i>Trento</i>	96,4	96,4	95,9	88,5
Veneto	96,6	96,6	90,6	93,0
Friuli Venezia Giulia	96,5	96,6	95,9	90,8
Liguria	96,3	96,3	96,2	87,9
Emilia-Romagna	97,3	97,4	97,1	93,9
Toscana	96,7	96,8	96,7	92,7
Umbria	97,3	97,3	97,3	95,2
Marche	97,8	97,8	97,7	92,4
Lazio	96,6	96,5	98,4	89,6
Abruzzo	97,6	97,6	97,6	92,2
Molise	94,6	94,6	94,6	88,8
Campania	94,6	94,6	94,4	86,9
Puglia	97,0	97,0	97,0	92,3
Basilicata	98,9	98,9	98,9	90,2
Calabria	94,5	94,5	94,5	85,4
Sicilia	95,9	95,9	95,9	86,8
Sardegna	96,7	96,7	96,7	95,5
Italia	96,2	96,2	95,8	89,9

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2010 - Sticchi, Alberti, Icardi, Durando, Ansaldi, Bruzzone, Crovari - Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V, Malattie Infettive. Aggiornamento 14 luglio 2010.

Descrizione dei risultati

Analizzando i dati presenti in Tabella 1, si osserva che, nell'arco temporale 2000-2009, le coperture vaccinali sono tutte aumentate, ad eccezione della vaccinazione anti-poliomielite che presenta una minima riduzione (-0,4%). Nel dettaglio, l'incremento delle vaccinazioni obbligatorie è stato dello 0,9% per Difterite e Tetano (DT) o DT-Pertosse (DTP) e dell'1,8% per Epatite B (HBV), mentre per le vaccinazioni raccomandate, cioè per Morbillo-Parotite-Rosolia (MPR), l'aumento registrato è stato del 21,3%. Da sottolineare come, a livello nazionale, i tassi delle coperture vaccinali relativi alle vaccinazioni obbligatorie presentano tutti valori superiori alla soglia del 95,0% stabilita nel vigente Piano Nazionale Vaccini (PNV). Anche il nuovo Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMRc) indica, come obiettivo, il raggiungimento del 95,0%, ma, purtroppo, per tale vaccinazione questo valore non è stato ancora raggiunto. Infatti, la percentuale di copertura vaccinale per MPR, pur essendo aumentata

nel tempo, presenta, nel 2009, un valore pari a 89,9%.

Relativamente alla distribuzione territoriale, nell'anno 2009 (Tab. 2), si registrano, per le vaccinazioni obbligatorie, valori regionali superiori all'obiettivo minimo stabilito dal PNV ad eccezione della PA di Bolzano, della Calabria, del Molise e della Campania alle quali si aggiunge, per l'anti-HBV, il Veneto. La percentuale di copertura maggiore, per tutte le vaccinazioni obbligatorie, si riscontra in Basilicata (98,9%). Per quanto riguarda la vaccinazione per MPR il valore ottimale previsto dal PNEMRc è stato raggiunto soltanto in Umbria (95,2%) ed in Sardegna (95,5%). I valori minori si registrano nella PA di Bolzano (70,8%) seguita dalla Calabria (85,4), Sicilia (86,8%) e Campania (86,9%).

Ad integrazione dell'analisi sopra riportata, riteniamo utile citare gli aspetti salienti del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014, che interessa in maniera preponderante l'infanzia e l'adolescenza, redatto dal Ministero della Salute, condiviso con il Coordinamento interregionale della prevenzione e l'Agenzia Italiana del Farmaco, ed attualmente - dicembre 2011 - all'esame della Conferenza Stato-Regioni (1).

Oltre all'obiettivo generale dell'armonizzazione delle politiche vaccinali regionali, per superare le differenze territoriali attualmente esistenti in termini di accesso alle prestazioni vaccinali, la proposta di nuovo Piano definisce obiettivi specifici che "costituiscono impegno prioritario per tutte le regioni e le Province Autonome, diritto esigibile per tutti i cittadini e che verranno verificati annualmente nell'ambito del monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza". Tra questi, il raggiungimento ed il mantenimento delle coperture vaccinali >95% per le vaccinazioni anti DTPa, Poliometite, Epatite B, *Haemophilus influenzae* b nei nuovi nati e delle vaccinazioni anti DTPa e poliometite per i bambini di 5-6 anni; obiettivi >90% per la vaccinazione dTpa nei ragazzi tra i 14-15 anni (5°dose) (range 11-18 anni). E ancora, obiettivo di raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali >95% per la prima dose di MPR entro i 2 anni di età e >95% per due dosi di MPR nei bambini di 5-6 anni di età e negli adolescenti (11-18 anni).

Tra le novità introdotte nel documento c'è il raggiungimento ed il mantenimento nei nuovi nati di coperture >95% per la vaccinazione antipneumococcica e >95% contro il meningococco sia nei nuovi nati che negli adolescenti.

Il Piano prevede, infine, il raggiungimento di coperture vaccinali per 3 dosi di vaccino antipapillomavirus >70% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2001; >80% nelle dodicenni a partire dalla coorte 2002

e >95% nelle dodicenni a partire dalla coorte 2003.

Un'apposita strategia di vaccinazione universale attiva contro la varicella sarà posticipata al 2015, dopo che saranno raggiunti tutti gli altri obiettivi relativi alle altre vaccinazioni e saranno ultimati i programmi pilota in Basilicata, Calabria, Bolzano, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana e Veneto.

Riferimenti Bibliografici

(1) Ministero della Salute. Proposta di Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014. In: <http://www.sip.it> e in <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato7934835.pdf>. Ultimo accesso: 24 dicembre 2011.

5.2 Copertura vaccinale antinfluenzale stagionale

Significato. L'influenza è uno dei principali problemi di Sanità Pubblica in termini di morbosità, mortalità e costi sanitari e sociali.

La vaccinazione antinfluenzale è il principale strumento di prevenzione in quanto, un'elevata copertura, permette il controllo dell'infezione, la prevenzione delle complicanze cliniche e la diminuzione dei decessi nella popolazione a rischio.

Il significativo impatto sanitario è dovuto, soprattutto, alle complicanze che si riscontrano nelle forme più gravi ed alle ripercussioni economiche legate all'incremento dei casi di ospedalizzazione ed all'aumento della richiesta di assistenza e della spesa farmaceutica.

Ogni anno, nella circolare del Ministero della Salute "Prevenzione e controllo dell'influenza", vengono indicati i gruppi di popolazione per i quali l'offerta attiva e gratuita di vaccinazione è prioritaria. In generale, il vaccino antinfluenzale viene offerto gratuitamente alle persone di 65 anni ed oltre ed alle persone di tutte le età, tra cui anche i bambini, affette da alcune patologie per le quali è maggiore il rischio di complicanze.

L'indicatore presentato consente di misurare la copertura vaccinale antinfluenzale e di valutare l'efficacia dei programmi di offerta dei vaccini.

Tab. 3 - Tasso (per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale per classe di età e regione - Stagioni 2003-2004, 2009-2010

Regioni	2003-2004			2009-2010		
	<5	5-14	15-24	<5	5-14	15-24
Piemonte	2,2	1,8	2,5	2,0	2,0	2,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,5	1,2	3,9	2,4	0,4	1,2
Lombardia	n.p.	n.p.	n.p.	0,8	0,7	0,3
Bolzano-Bozen	1,9	1,2	1,4	1,9	1,6	0,9
Trento	2,2	1,6	0,9	3,3	2,7	1,6
Veneto	0,4	0,4	6,3	5,2	5,0	2,6
Friuli Venezia Giulia	n.p.	n.p.	n.p.	1,9	1,8	1,6
Liguria	4,1	3,1	3,0	7,5	5,4	4,8
Emilia-Romagna	4,4	3,9	3,8	3,3	4,6	3,0
Toscana	6,2	5,0	6,0	17,7	10,7	3,6
Umbria	2,7	1,8	1,6	0,9	1,3	1,4
Marche	3,6	3,1	4,6	6,1	5,2	2,6
Lazio	1,9	2,0	1,9	3,5	4,6	3,7
Abruzzo	6,0	4,4	3,2	7,3	5,3	1,9
Molise	7,7	6,1	7,4	9,8	9,7	3,2
Campania	7,4	5,4	4,7	9,9	8,0	9,7
Puglia	7,7	6,1	3,6	23,2	18,1	6,7
Basilicata	1,2	1,7	2,3	2,8	3,2	2,1
Calabria	3,2	2,9	2,8	5,2	4,7	2,9
Sicilia	4,3	3,8	4,2	3,6	3,7	3,2
Sardegna	6,6	4,0	2,9	10,4	8,8	4,1
Italia	4,0	3,1	3,5	6,1	5,1	3,0

n.p.= la regione non ha fornito indicazioni sul numero dei vaccinati.

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute. Anni 2005, 2010 - Sticchi, Alberti, Icardi, Durando, Ansaldi, Bruzzone, Crovari - Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V, Malattie Infettive. Aggiornamento 14 luglio 2010.

Descrizione dei risultati

Nella stagione 2009-2010, stagione successiva a quella funestata dall'epidemia di influenza H1N1, la copertura vaccinale stagionale antinfluenzale, a livello nazionale e nelle classi di età <5, 5-14 e 15-24 anni, è risultata pari, rispettivamente, a 6,1%, 5,1% e 3,0%. Confrontando i dati con la stagione 2003-2004 si osserva un incremento per quanto riguarda le prime due fasce di età oggetto dello studio (<5 anni: +52,5%; 5-14 anni: +64,5%) ed una diminuzione per i soggetti di 15-24 anni (-14,3%).

Relativamente alla distribuzione territoriale nell'ultima stagione considerata (2009-2010), le regioni che presentano una copertura vaccinale maggiore sono, per la classe <5 e 5-14 anni, la Puglia (rispettivamente, 23,2% e 18,1%) e la Toscana (rispettivamente, 17,7% e 10,7%), mentre per la fascia di età 15-24 anni sono la Campania (9,7%) e la Puglia (6,7%). I valori minori, invece, si riscontrano in Lombardia per i soggetti di età <5 e 15-24 anni (rispettivamente, 0,8% e 0,3%) ed in Valle d'Aosta per la classe 5-14 anni (0,4%). Nell'arco temporale considerato (stagioni 2003-2004 e 2009-2010), importante è evidenziare il notevole aumento registrato in Veneto per le prime due classi di età considerate (<5 anni: +1.200,0%; 5-14 anni: +1.150,0%).

In generale, per i bambini e gli adolescenti, non esiste un obiettivo minimo di copertura vaccinale antinfluenzale poiché, coloro che vengono immunizzati, rientrano tra i soggetti a rischio dei programmi di offerta dei vaccini. L'unico gruppo di popolazione per cui è stato fissato il raggiungimento di una copertura vaccinale, pari al 75,0%, sono gli anziani.

6. Malattie infettive: andamento delle notifiche

6.1 Morbillo

Significato. Il morbillo è una malattia infettiva del sistema respiratorio che si contrae per via inalatoria attraverso le secrezioni nasali e faringee veicolate nell'aria quando il malato tossisce o starnutisce. È una patologia diffusa in tutto il mondo e viene detta infantile perché colpisce per lo più i bambini di età 1-3 anni.

Poiché la patologia predilige l'età pediatrica, il tasso di incidenza è stato calcolato considerando le fasce di età 0-14. Si è riportato, come in altre parti del presente rapporto, anche il dato relativo alla fascia di età 15-24 anni, ritenendo utile anche la fascia dei cosiddetti giovani adulti per fornire una visione di insieme.

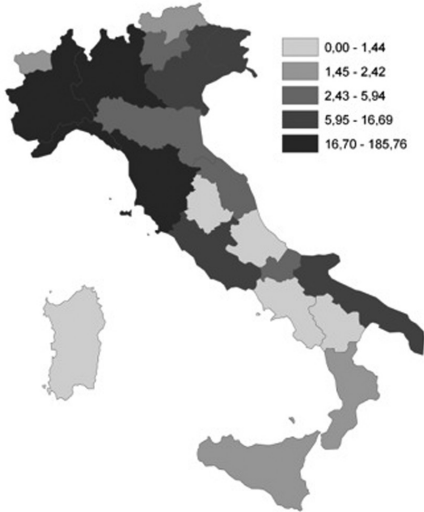
Tab. 1 - Tasso di incidenza (per 100.000) di morbillo nella classe di età 0-14 anni e variazione percentuale per regione - Anni 2000, 2008

Regioni	2000	2008	Δ % 2000-2008
Piemonte	11,29	185,76	1.545,35
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	2,06	n.a.
Lombardia	8,23	23,68	187,73
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>11,49</i>	<i>2,42</i>	<i>-78,94</i>
<i>Trento</i>	<i>14,29</i>	<i>3,79</i>	<i>-73,48</i>
Veneto	5,36	11,25	109,89
Friuli Venezia Giulia	8,34	13,25	58,87
Liguria	11,49	52,23	354,57
Emilia-Romagna	2,92	5,94	103,42
Toscana	7,95	27,44	245,16
Umbria	2,98	0,00	-100,00
Marche	9,05	4,86	-46,30
Lazio	56,09	16,69	-70,24
Abruzzo	5,56	0,00	-100,00
Molise	8,43	2,43	-71,17
Campania	2,49	0,72	-71,08
Puglia	4,35	9,37	115,40
Basilicata	9,26	0,00	-100,00
Calabria	0,29	1,71	498,66
Sicilia	44,05	1,66	-96,23
Sardegna	2,13	1,44	-32,39
Italia	14,41	22,46	55,86

n.a. = non applicabile.

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2010 - Grasso, Ripabelli, Sammarco, Esposto, Tantucci, Scaccia, Pompa, D'Errico - Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V Malattie Infettive. Notifica delle malattie infettive. Anno 2009.

Tasso di incidenza (per 100.000) di morbillo nella classe di età 0-14 anni. Anno 2008



Tab. 2 - Tasso di incidenza (per 100.000) di morbillo nella classe di età 15-24 anni e variazione percentuale per regione - Anni 2000, 2008

Regioni	2000	2008	Δ % 2000-2008
Piemonte	1,00	219,93	21.893,00
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	2,56	n.a.
Lombardia	0,93	40,47	4.251,69
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>1,82</i>	<i>11,06</i>	<i>507,69</i>
<i>Trento</i>	<i>7,83</i>	<i>11,77</i>	<i>50,32</i>
Veneto	3,05	5,98	96,07
Friuli Venezia Giulia	9,57	15,76	64,68
Liguria	7,36	98,07	1.232,47
Emilia-Romagna	0,80	19,22	2.302,50
Toscana	2,57	65,45	2.446,69
Umbria	0,00	2,42	n.a.
Marche	4,34	8,06	85,71
Lazio	11,79	23,34	97,96
Abruzzo	3,25	0,00	-100,00
Molise	0,00	0,00	0,00
Campania	0,59	0,26	-55,93
Puglia	0,00	6,46	n.a.
Basilicata	0,00	2,82	n.a.
Calabria	0,00	1,94	n.a.
Sicilia	0,43	0,79	83,72
Sardegna	0,00	1,68	n.a.
Italia	2,33	29,60	1.170,39

n.a. = non applicabile.

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2010 - Grasso, Ripabelli, Sammarco, Esposito, Tantucci, Scaccia, Pompa, D'Errico - Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V Malattie Infettive. Notifica delle malattie infettive. Anno 2009.

Descrizione dei risultati

Nel 2008, i dati sulle notifiche mostrano un'incidenza pari a 22,46 casi (per 100.000) per la classe di età 0-14 anni (Tab. 1) ed a 29,60 casi (per 100.000) per la classe 15-24 anni (Tab. 2).

Dalla Tabella 1 si evidenzia, a livello nazionale e nell'arco temporale 2000-2008, un aumento dell'incidenza (+55,9%). Negli ultimi anni è stato registrato un incremento dei casi anche tra i giovani adulti (15-24 anni). Infatti, il dato italiano è aumentato del +1.170,4%. La regione più colpita, per entrambe le classi di età considerate, è il Piemonte (0-14 anni: 185,76 casi per 100.000; 15-24 anni: 219,93 casi per 100.000) seguito

dalla Liguria (0-14 anni: 52,23 casi per 100.000; 15-24 anni: 98,07 casi per 100.000) e dalla Toscana (0-14 anni: 27,44 casi per 100.000; 15-24 anni: 65,45 casi per 100.000). La percentuale di crescita maggiore si è registrata in Piemonte sia per la fascia di età 0-14 anni (1.545,35%) che per la fascia di età 15-24 anni (+21.893,00%).

A livello territoriale, si nota un gradiente decrescente Nord-Sud dovuto, probabilmente, ad un minore tasso di notifica nelle regioni meridionali.

Per il morbillo è disponibile un vaccino sotto forma di complesso vaccinale anti-Morbillo-Parotite-Rosolia raccomandato dal Ministero della Salute. Il Piano Nazionale per l'eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita 2010-2015 pone come obiettivo il raggiungimento della copertura vaccinale del 95,0%. Nel nostro Paese la copertura vaccinale è migliorata nel tempo, ma non ha ancora raggiunto i livelli raccomandati che bloccherebbero la trasmissione endemica della malattia.

6.2 Parotite

Significato. La parotite è una malattia infettiva causata da un virus che si diffonde attraverso la saliva e che può infettare molte parti del corpo, in particolare le ghiandole salivari parotidiche. L'infezione può colpire persone di qualunque età, anche se predilige i bambini e gli adolescenti dai 5-14 anni, mentre è infrequente al di sotto di 1 anno. In età adulta può portare a sterilità.

Poiché la malattia predilige l'età pediatrica, è stato calcolato il tasso di incidenza considerando le fasce di età 0-14 e 15-24.

Tab. 3 - Tasso di incidenza (per 100.000) di parotite nella classe di età 0-14 anni e variazione percentuale per regione - Anni 2000, 2008

Regioni	2000	2008	Δ % 2000-2008
Piemonte	371,70	11,45	-96,92
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	179,27	0,69	-99,62
Lombardia	573,35	26,86	-95,32
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>3.516,03</i>	<i>24,64</i>	<i>-99,30</i>
<i>Trento</i>	<i>415,81</i>	<i>8,84</i>	<i>-97,87</i>
Veneto	220,92	14,47	-93,45
Friuli Venezia Giulia	679,11	5,30	-99,22
Liguria	232,28	12,09	-94,80
Emilia-Romagna	1.449,46	24,64	-98,30
Toscana	677,69	11,54	-98,30
Umbria	234,36	5,32	-97,73
Marche	1.125,52	13,61	-98,79
Lazio	220,56	14,51	-93,42
Abruzzo	742,55	0,00	-100,00
Molise	543,75	2,43	-99,55
Campania	138,92	6,64	-95,22
Puglia	189,01	5,65	-97,01
Basilicata	62,79	0,00	-100,00
Calabria	124,02	1,36	-98,90
Sicilia	173,27	0,89	-99,49
Sardegna	48,89	0,00	-100,00
Italia	415,91	11,93	-97,13

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2010 - Grasso, Ripabelli, Sammarco, Esposto, Tantucci, Scaccia, Pompa, D'Errico - Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V Malattie Infettive. Notifica delle malattie infettive. Anno 2009.

Tab. 4 - Tasso di incidenza (per 100.000) di parotite nella classe di età 15-24 anni e variazione percentuale per regione - Anni 2000, 2008

Regioni	2000	2008	Δ % 2000-2008
Piemonte	18,67	2,35	-87,41
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	9,13	n.a.
Lombardia	19,87	4,12	-79,27
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>346,34</i>	<i>5,53</i>	<i>-98,40</i>
<i>Trento</i>	<i>15,67</i>	<i>1,96</i>	<i>-87,49</i>
Veneto	9,75	2,66	-72,72
Friuli Venezia Giulia	35,67	1,97	-94,48
Liguria	30,17	3,95	-86,91
Emilia-Romagna	48,92	5,65	-88,45
Toscana	37,11	0,58	-98,44
Umbria	11,35	0,00	-100,00
Marche	71,89	1,34	-98,14
Lazio	17,18	2,35	-86,32
Abruzzo	54,67	0,00	-100,00
Molise	29,65	0,00	-100,00
Campania	3,29	0,78	-76,29
Puglia	7,94	0,81	-89,80
Basilicata	1,21	0,00	-100,00
Calabria	18,26	0,00	-100,00
Sicilia	5,89	0,31	-94,74
Sardegna	0,87	0,00	-100,00
Italia	20,86	1,86	-91,08

n.a. = non applicabile.

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2010 - Grasso, Ripabelli, Sammarco, Esposito, Tantucci, Scaccia, Pompa, D'Errico - Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V Malattie Infettive. Notifica delle malattie infettive. Anno 2009.

Descrizione dei risultati

Nel 2008, i dati sulle notifiche mostrano, per la classe 0-14 anni (Tab. 3), un'incidenza pari a 11,93 casi (per 100.000), mentre la classe di età 15-24 anni (Tab. 4) presenta un valore di molto inferiore (1,86 casi per 100.000).

In generale, nel nostro Paese, l'incidenza della parotite ha subito una notevole riduzione. Infatti, il confronto tra i dati 2000-2008 evidenzia, a livello nazionale, un decremento superiore al 90,00% per entrambe le fasce di età considerate (0-14 anni: -97,13% casi per 100.000; 15-24 anni: -91,08% casi per 100.000). La diminuzione ha interessato tutto il

territorio e per alcune regioni (0-14 anni: Abruzzo, Basilicata, Sardegna; 15-24 anni: Umbria, Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria e Sardegna) il tasso nell'ultimo anno esaminato (2008) è pari a 0 casi (per 100.000).

La Lombardia mostra, per la fascia di età 0-14 anni, il valore più alto (26,86 casi per 100.000) seguita, a pari merito, dalla PA di Bolzano e dall'Emilia-Romagna (24,64 casi per 100.000). Per i giovani adulti (15-24 anni) la regione con il tasso più elevato è, invece, la Valle d'Aosta (9,13 casi per 100.000) seguita, anch'essa, dalla PA di Bolzano e dall'Emilia-Romagna con un tasso pari, rispettivamente, a 5,53 e 5,65 casi (per 100.000).

A livello territoriale, si nota la presenza di un gradiente decrescente Nord-Sud per entrambe le classi di età oggetto dello studio. Tale andamento è dovuto, probabilmente, ad un minore tasso di notifiche nelle regioni meridionali.

È possibile prevenire questa malattia mediante la vaccinazione ed il vaccino può essere somministrato da solo o come parte dell'immunizzazione Morbillo-Parotite-Rosolia.

6.3 Rosolia

Significato. La rosolia è una malattia infettiva, più comune nell'età infantile, che si trasmette per via aerea attraverso goccioline di saliva emesse con la tosse, starnuti o anche semplicemente parlando.

L'infezione può passare del tutto inosservata poiché, spesso, non si presenta con segni clinici evidenti e con sintomatologia ben definita.

Sia in forma clinicamente evidente che di infezione non manifesta, lascia un'immunità che dura per tutta la vita. Tale patologia, di solito benigna per i bambini, diventa pericolosa durante la gravidanza perché può portare serie conseguenze per il feto.

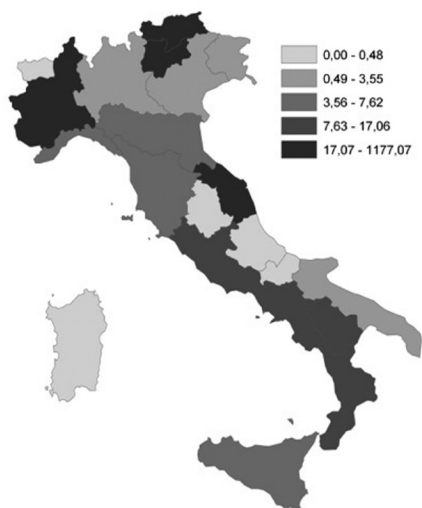
Poiché la patologia predilige l'età pediatrica, il tasso di incidenza è stato calcolato considerando le fasce di età 0-14 e 15-24 anni.

Tab. 5 - Tasso di incidenza (per 100.000) di rosolia nella classe di età 0-14 anni e variazione percentuale per regione - Anni 2000, 2008

Regioni	2000	2008	Δ % 2000-2008
Piemonte	12,28	49,57	303,66
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	0,00	0,00
Lombardia	9,69	2,96	-69,45
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>77,88</i>	<i>1.177,07</i>	<i>1,411,39</i>
<i>Trento</i>	<i>130,03</i>	<i>20,20</i>	<i>-84,47</i>
Veneto	3,52	3,22	-8,52
Friuli Venezia Giulia	11,37	2,65	-76,69
Liguria	8,47	7,15	-15,58
Emilia-Romagna	20,23	5,40	-73,31
Toscana	24,09	7,62	-68,37
Umbria	23,83	0,00	-100,00
Marche	168,78	23,82	-85,89
Lazio	37,02	7,70	-79,20
Abruzzo	11,12	0,00	-100,00
Molise	25,29	0,00	-100,00
Campania	24,98	15,83	-36,63
Puglia	5,66	3,55	-37,28
Basilicata	3,09	14,72	376,38
Calabria	17,68	17,06	-3,51
Sicilia	15,51	4,86	-68,67
Sardegna	4,68	0,48	-89,74
Italia	21,17	21,06	-0,52

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2010 - Grasso, Ripabelli, Sammarco, Esposto, Tantucci, Scaccia, Pompa, D'Errico - Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V Malattie Infettive. Notifica delle malattie infettive. Anno 2009.

Tasso di incidenza (per 100.000) di rosolia nella classe di età 0-14 anni. Anno 2008



Tab. 6 - Tasso di incidenza (per 100.000) di rosolia nella classe di età 15-24 anni e variazione percentuale per regione - Anni 2000, 2008

Regioni	2000	2008	Δ % 2000-2008
Piemonte	3,27	128,14	3.818,65
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	1,02	n.a.
Lombardia	2,26	16,69	638,50
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>29,17</i>	<i>1.491,33</i>	<i>5.012,55</i>
<i>Trento</i>	<i>82,26</i>	<i>5,88</i>	<i>-92,85</i>
Veneto	1,62	46,07	2.743,83
Friuli Venezia Giulia	4,35	50,24	1.054,94
Liguria	4,41	20,56	366,21
Emilia-Romagna	14,36	79,13	451,04
Toscana	32,26	43,83	35,86
Umbria	12,49	4,85	-61,17
Marche	101,64	190,16	87,09
Lazio	16,67	31,67	89,98
Abruzzo	9,11	0,00	-100,00
Molise	7,41	0,00	-100,00
Campania	8,69	14,73	69,51
Puglia	1,86	22,39	1.103,76
Basilicata	0,00	83,27	n.a.
Calabria	0,00	35,00	n.a.
Sicilia	2,01	9,90	392,54
Sardegna	0,44	0,56	27,27
Italia	9,91	48,64	390,82

n.a. = non applicabile.

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2010 - Grasso, Ripabelli, Sammarco, Esposto, Tantucci, Scaccia, Pompa, D'Errico - Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V Malattie Infettive. Notifica delle malattie infettive. Anno 2009.

Descrizione dei risultati

Nel 2008, i dati evidenziano, a livello nazionale e nella classe di età 0-14 anni (Tab. 5), un'incidenza pari a 21,06 casi (per 100.000), mentre per la classe 15-24 anni (Tab. 6) l'incidenza risulta essere molto più alta (48,64 casi per 100.000). Dal confronto dei dati 2000-2008 si evidenzia che, per la fascia di età 0-14 anni, il valore rimane invariato, mentre per la fascia di età 15-24 anni si osserva un netto aumento (+390,82%).

Analizzando il dettaglio regionale la PA di Bolzano mostra il tasso di incidenza più alto per entrambe le fasce di età esaminate (0-14 anni: 1.177,00 casi per 100.000; 15-24 anni: 1.491,33 casi per 100.000), seguita

dal Piemonte per la classe 0-14 anni (49,57 casi per 100.000) e dalle Marche per la classe 15-24 anni (190,16 casi per 100.000). Da segnalare, per l'Abruzzo ed il Molise, relativamente all'anno 2008 e per entrambe le classi di età oggetto dello studio, un tasso di incidenza pari a 0 casi (per 100.000).

In merito all'immunizzazione di tale malattia infettiva, il Piano Nazionale per l'eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita 2010-2015 pone, come principale obiettivo, l'aumento delle coperture vaccinali per morbillo, parotite e rosolia nei bambini e per la sola rosolia nelle donne in età fertile.

6.4 Varicella

Significato. La varicella è una malattia esantematica, infettiva ed epidemica e risulta tra le infezioni più diffuse tra i bambini, soprattutto al di sotto dei 12 anni.

La trasmissione dell'infezione avviene da persona a persona tramite il contatto diretto con le lesioni o mediante le goccioline di saliva disperse nell'aria.

Tale patologia è rara, invece, nei bambini al di sotto di 6 mesi di vita perché, se la mamma ha contratto la malattia, il bambino è protetto dagli anticorpi trasmessi attraverso la placenta durante l'ultimo periodo di gravidanza. Tuttavia, il contagio nei primi due trimestri di gestazione può essere responsabile di un'importante embriopatia. Nell'adolescente e nell'adulto il decorso della patologia risulta più aggressivo.

Poiché questa malattia esantematica predilige l'età pediatrica, il tasso di incidenza è stato calcolato considerando le fasce di età 0-14 e 15-24 anni.

Tab. 7 - Tasso di incidenza (per 100.000) di varicella nella classe di età 0-14 anni e variazione percentuale per regione - Anni 2000, 2008

Regioni	2000	2008	Δ % 2000-2008
Piemonte	1.007,31	1.103,12	9,51
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1.188,50	6,18	-99,48
Lombardia	1.458,41	1.518,45	4,12
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>2.061,87</i>	<i>1.984,47</i>	<i>-3,75</i>
<i>Trento</i>	<i>2.984,97</i>	<i>2.022,18</i>	<i>-32,25</i>
Veneto	1.881,71	824,49	-56,18
Friuli Venezia Giulia	2.881,66	1.803,31	-37,42
Liguria	1.088,22	582,75	-46,45
Emilia-Romagna	2.235,00	1.858,13	-16,86
Toscana	1.775,31	1.243,62	-29,95
Umbria	1.474,66	428,78	-70,92
Marche	2.498,08	1.570,95	-37,11
Lazio	453,18	449,76	-0,75
Abruzzo	824,32	0,00	-100,00
Molise	305,60	19,46	-93,63
Campania	254,33	300,92	18,32
Puglia	459,40	394,83	-14,06
Basilicata	1.075,63	278,37	-74,12
Calabria	128,87	292,70	127,13
Sicilia	282,78	26,07	-90,78
Sardegna	762,62	397,19	-47,92
Italia	1.014,65	809,17	-20,25

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2010 - Grasso, Ripabelli, Sammarco, Esposto, Tantucci, Scaccia, Pompa, D'Errico - Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V Malattie Infettive. Notifica delle malattie infettive. Anno 2009.

Tab. 8 - Tasso di incidenza (per 100.000) di varicella nella classe di età 15-24 anni e variazione percentuale per regione - Anni 2000, 2008

Regioni	2000	2008	Δ % 2000-2008
Piemonte	78,65	45,77	-41,81
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	25,19	1,53	-93,93
Lombardia	66,09	46,53	-29,60
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>187,75</i>	<i>92,17</i>	<i>-50,91</i>
<i>Trento</i>	<i>129,26</i>	<i>49,04</i>	<i>-62,06</i>
Veneto	115,98	25,47	-78,04
Friuli Venezia Giulia	200,95	80,78	-59,80
Liguria	92,70	25,31	-72,70
Emilia-Romagna	106,87	69,52	-34,95
Toscana	120,75	44,40	-63,23
Umbria	71,53	14,54	-79,67
Marche	179,11	77,95	-56,48
Lazio	54,74	24,07	-56,03
Abruzzo	68,34	0,00	-100,00
Molise	22,24	0,00	-100,00
Campania	14,92	16,04	7,51
Puglia	26,03	14,12	-45,75
Basilicata	46,04	25,40	-44,83
Calabria	9,13	13,22	44,80
Sicilia	14,95	2,20	-85,28
Sardegna	36,31	11,17	-69,24
Italia	62,45	29,01	-53,54

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2010 - Grasso, Ripabelli, Sammarco, Esposto, Tantucci, Scaccia, Pompa, D'Errico - Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V Malattie Infettive. Notifica delle malattie infettive. Anno 2009.

Descrizione dei risultati

A differenza di morbillo, parotite e rosolia, la cui incidenza è stata pesantemente ridimensionata su gran parte del territorio nazionale, la varicella non è mai stata contenuta adeguatamente in modo attivo.

Nel 2008 (Tab. 7), tale patologia risulta preponderante nella classe di età 0-14 anni (809,17 casi per 100.000) anche se ha fatto registrare un trend in diminuzione rispetto all'anno 2000 (-20,25%). Come si evince dai dati riportati in Tabella 7 la riduzione ha interessato quasi tutte le regioni. Da segnalare il dato in controtendenza della Calabria che ha mostrato, invece, un incremento sostanziale (+127,13%). Un andamento decrescente si riscontra anche nei giovani adulti (15-24 anni) (Tab. 8)

che presentano un'incidenza, a livello nazionale, pari a 29,01 casi (per 100.000), con un calo di -53,54% rispetto al 2000. Considerando la fascia di età 0-14 anni, la PA di Trento risulta avere l'incidenza più alta (2.022,18 casi per 100.000), seguita dalla PA di Bolzano (1.984,47 casi per 100.000) e dall'Emilia-Romagna (1.858,13 casi per 100.000), mentre per la fascia 15-24 anni si registra la maggiore incidenza nella PA di Bolzano (92,17 casi per 100.000) seguita dal Friuli Venezia Giulia e dalle Marche con valori, rispettivamente, pari a 80,78 e 77,95 casi (per 100.000). Per entrambe le classi di età in esame esistono differenze tra aree geografiche con tassi tendenzialmente più alti al Nord ed al Centro rispetto al Sud ed alle Isole. Da segnalare è il dato dell'Abruzzo per entrambe le fasce di età ed il dato del Molise per la classe 15-24 anni che, nel 2008, registrano un tasso di incidenza pari a 0 casi (per 100.000).

Per questa patologia, anche se la vaccinazione non è obbligatoria, sarebbe utile una politica di profilassi più incisiva visto che, in alcuni casi, si è mostrata con caratteristiche di pericolosità tali da rendere necessario il ricovero.

6.5 Scarlattina

Significato. La scarlattina è una malattia infettiva tipica dell'età pediatrica. Colpisce, infatti, soprattutto i bambini in età scolare, mentre è molto rara prima dei 6 mesi di vita ed è contraddistinta dall'insorgenza di un tipico esantema puntiforme. La trasmissione, sebbene più complicata rispetto alle infezioni virali, avviene per via aerea e non lascia un'immunità permanente.

Poiché la patologia predilige l'età pediatrica, il tasso di incidenza è stato calcolato considerando le fasce di età 0-14 e 15-24 anni.

Tab. 9 - Tasso di incidenza (per 100.000) di scarlattina nella classe di età 0-14 anni e variazione percentuale per regione - Anni 2000, 2008

Regioni	2000	2008	Δ % 2000-2008
Piemonte	219,14	171,44	-21,77
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	139,43	0,34	-99,76
Lombardia	348,42	458,91	31,71
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>527,28</i>	<i>736,99</i>	<i>39,77</i>
<i>Trento</i>	<i>944,50</i>	<i>254,98</i>	<i>-73,00</i>
Veneto	414,86	371,83	-10,37
Friuli Venezia Giulia	572,24	407,43	-28,80
Liguria	477,87	279,83	-41,44
Emilia-Romagna	403,11	481,84	19,53
Toscana	253,79	238,05	-6,20
Umbria	317,77	164,78	-48,14
Marche	223,61	168,66	-24,57
Lazio	128,16	100,92	-21,25
Abruzzo	104,57	0,00	-100,00
Molise	90,63	2,43	-97,32
Campania	17,98	24,41	35,76
Puglia	22,63	23,58	4,20
Basilicata	31,91	38,01	19,12
Calabria	10,55	18,08	71,37
Sicilia	30,01	8,69	-71,04
Sardegna	119,88	71,25	-40,57
Italia	195,83	201,00	2,64

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2010 - Grasso, Ripabelli, Sammarco, Esposto, Tantucci, Scaccia, Pompa, D'Errico - Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V Malattie Infettive. Notifica delle malattie infettive. Anno 2009.

Tab. 10 - Tasso di incidenza (per 100.000) di scarlattina nella classe di età 15-24 anni e variazione percentuale per regione - Anni 2000, 2008

Regioni	2000	2008	Δ % 2000-2008
Piemonte	2,33	11,51	393,99
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	0,00	0,00
Lombardia	4,32	8,80	103,70
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>14,58</i>	<i>27,65</i>	<i>89,64</i>
<i>Trento</i>	<i>29,38</i>	<i>1,96</i>	<i>-93,33</i>
Veneto	5,28	5,98	13,26
Friuli Venezia Giulia	4,35	3,94	-9,43
Liguria	4,41	7,91	79,37
Emilia-Romagna	5,32	15,54	192,11
Toscana	4,28	6,34	48,13
Umbria	2,27	1,21	-46,70
Marche	3,72	10,75	189,98
Lazio	2,36	7,60	222,03
Abruzzo	1,30	0,00	-100,00
Molise	0,00	0,00	0,00
Campania	0,12	0,26	116,67
Puglia	0,51	0,40	-21,57
Basilicata	1,21	0,00	-100,00
Calabria	0,00	0,00	0,00
Sicilia	0,00	0,16	n.a.
Sardegna	1,75	0,00	-100,00
Italia	2,66	5,06	90,23

n.a. = non applicabile.

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2010 - Grasso, Ripabelli, Sammarco, Esposito, Tantucci, Scaccia, Pompa, D'Errico - Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V Malattie Infettive. Notifica delle malattie infettive. Anno 2009.

Descrizione dei risultati

Nel 2008, il tasso di incidenza della scarlattina, a livello nazionale e per la classe di età 0-14 anni, è pari a 201,00 casi (per 100.000) (Tab. 9), mentre per la classe 15-24 anni è di 5,06 casi (per 100.000) (Tab. 10). Per la fascia di età 0-14 anni si evidenzia che, tutte le regioni del Nord, ad eccezione della Valle d'Aosta e del Piemonte, presentano valori superiori al valore italiano. Nello specifico, le regioni interessate sono: Lombardia (458,91 casi per 100.000), PA di Bolzano (736,99 casi per 100.000), PA di Trento (254,98 casi per 100.000), Veneto (371,83 casi per 100.000), Friuli Venezia Giulia (407,43 casi per 100.000), Liguria (279,83

casi per 100.000) ed Emilia-Romagna (481,84 casi per 100.000).

Da evidenziare è il valore dell'Abruzzo che non ha notificato alcun caso di scarlattina. Per i giovani adulti (15-24 anni) sono le regioni Centro-settentrionali a registrare la maggiore incidenza. Per tale classe di età la Valle d'Aosta, l'Abruzzo, il Molise, la Basilicata, la Calabria e la Sardegna non hanno notificato alcun caso di scarlattina. Nell'arco temporale 2000-2008, la malattia ha mostrato un trend in aumento per entrambe le fasce di età in esame (0-14 anni: +2,64%; 15-24 anni: +90,23%).

6.6 Pertosse

Significato. La pertosse è una malattia infettiva che si trasmette per via aerea e possiede un alto indice di contagiosità.

Colpisce prevalentemente i bambini al di sotto dei 5 anni ed è tanto più grave quanto più precoce è il contagio. Contrariamente ad altre malattie infettive, anche i neonati da madre immune possono manifestare la patologia. Al di sotto del primo anno di vita, la pertosse può essere responsabile di gravi complicazioni, spesso con conseguenze invalidanti permanenti o addirittura può portare al decesso.

Poiché la patologia è tipica dell'età pediatrica, il tasso di incidenza è stato calcolato considerando le fasce di età 0-14 e 15-24 anni.

Tab. 11 - Tasso di incidenza (per 100.000) di pertosse nella classe di età 0-14 anni e variazione percentuale per regione - Anni 2000, 2008

Regioni	2000	2008	Δ % 2000-2008
Piemonte	44,78	8,77	-80,42
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	6,64	0,00	-100,00
Lombardia	24,87	3,26	-86,89
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>172,35</i>	<i>17,60</i>	<i>-89,79</i>
<i>Trento</i>	<i>51,44</i>	<i>12,62</i>	<i>-75,47</i>
Veneto	35,87	1,46	-95,93
Friuli Venezia Giulia	33,35	0,00	-100,00
Liguria	13,91	1,65	-88,14
Emilia-Romagna	60,93	5,76	-90,55
Toscana	28,81	5,23	-81,85
Umbria	3,97	0,89	-77,58
Marche	43,66	2,43	-94,43
Lazio	24,12	4,24	-82,42
Abruzzo	29,48	0,00	-100,00
Molise	10,54	2,43	-76,94
Campania	18,16	2,66	-85,35
Puglia	47,14	3,07	-93,49
Basilicata	20,59	0,00	-100,00
Calabria	5,99	1,02	-82,97
Sicilia	20,27	2,04	-89,94
Sardegna	13,60	0,96	-92,94
Italia	30,03	3,38	-88,74

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2010 - Grasso, Ripabelli, Sammarco, Esposto, Tantucci, Scaccia, Pompa, D'Errico - Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V Malattie Infettive. Notifica delle malattie infettive. Anno 2009.

Tab. 12 - Tasso di incidenza (per 100.000) di pertosse nella classe di età 15-24 anni e variazione percentuale per regione - Anni 2000, 2008

Regioni	2000	2008	Δ % 2000-2008
Piemonte	0,93	0,52	-44,09
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,40	0,00	-100,00
Lombardia	0,72	0,46	-36,11
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>1,82</i>	<i>5,53</i>	<i>203,85</i>
<i>Trento</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>
Veneto	0,41	0,22	-46,34
Friuli Venezia Giulia	1,74	0,00	-100,00
Liguria	0,00	0,00	0,00
Emilia-Romagna	1,06	0,00	-100,00
Toscana	0,86	1,44	67,44
Umbria	0,00	0,00	0,00
Marche	1,24	0,67	-45,97
Lazio	0,51	0,36	-29,41
Abruzzo	0,00	0,00	0,00
Molise	0,00	0,00	0,00
Campania	0,12	0,00	-100,00
Puglia	0,85	0,20	-76,47
Basilicata	1,21	0,00	-100,00
Calabria	0,00	0,00	0,00
Sicilia	0,14	0,00	-100,00
Sardegna	0,00	0,56	n.a.
Italia	0,55	0,32	-41,82

n.a. = non applicabile.

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2010 - Grasso, Ripabelli, Sammarco, Esposto, Tantucci, Scaccia, Pompa, D'Errico - Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V Malattie Infettive. Notifica delle malattie infettive. Anno 2009.

Descrizione dei risultati

Nell'anno 2008, il tasso di incidenza della pertosse è stato, a livello nazionale e per le classi di età 0-14 anni (Tab. 11) e 15-24 anni (Tab. 12), pari, rispettivamente, a 3,38 ed a 0,32 casi (per 100.000). Per entrambe le fasce di età si evidenzia un trend in diminuzione rispetto all'anno 2000 (0-14 anni: -88,74%; 15-24 anni: -41,82%). A livello regionale il tasso di incidenza più elevato, per la classe 0-14 anni, è stato registrato nella PA di Bolzano (17,60 casi per 100.000) seguita dalla PA di Trento (12,62 casi per 100.000), mentre per i giovani adulti (15-24 anni) la maggiore incidenza è stata registrata nella PA di Bolzano (5,53 casi per 100.000)

seguita dalla Toscana (1,44 casi per 100.000). Da segnalare è che, nella fascia di età 0-14 anni, la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, l'Abruzzo e la Basilicata non hanno notificato alcun caso di malattia. Anche per quanto riguarda la classe 15-24 anni vi sono regioni e PA, ben 12 (Valle d'Aosta, PA di Trento, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Umbria, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia), che non hanno notificato alcun caso di malattia. Questa situazione è dovuta, molto probabilmente e soprattutto nella classe dei giovani adulti, alla difficoltà di riconoscere la malattia a causa della variabilità clinica con cui può manifestarsi.

Nel nostro Paese, la vaccinazione per la pertosse non è obbligatoria ed il corrispettivo vaccino viene solitamente combinato con il vaccino antitetanico ed antidifterico.

7. Sicurezza delle nascite

7.1 Parti effettuati nei punti nascita

Significato. L'organizzazione dei punti nascita, così come prevista dal DM del 24 aprile 2000 “Progetto Obiettivo Materno Infantile” (POMI), è strutturata su tre livelli di assistenza (I livello almeno 500 parti, II livello almeno 800 parti, III livello almeno 1.000 parti) in base a determinati parametri come il numero di parti, il bacino di utenza e le caratteristiche dell'Ospedale, ma sta subendo un riordino. La Conferenza Stato-Regioni, con l'Accordo del 16 dicembre 2010, ha approvato il documento concernente le “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo” che prevede, tra le linee d'azione, la razionalizzazione della rete dei punti nascita, l'abbinamento per pari complessità di attività delle Unità Operative ostetrico-ginecologiche con le Unità Operative neonatologiche/pediatrie e l'attivazione o completamento e messa a regime del Sistema di Trasporto Assistito Materno (STAM) e Neonatale di Emergenza (STEN), specie per la prevenzione della mortalità neonatale. Malgrado il POMI ed i successivi Piani Sanitari abbiano indicato lo STEN tra le priorità da istituire, attualmente solo 12 tra regioni e PA sono fornite di trasporto attivo su tutto il territorio. Delle restanti regioni, 4 hanno una copertura parziale o inadeguata (Piemonte, Emilia-Romagna, Sicilia e Sardegna) e 5 non hanno attivato alcun tipo di trasporto (Abruzzo, Molise, Umbria, Basilicata e Calabria). Alcune di queste regioni hanno tassi di mortalità neonatale più elevati rispetto al valore nazionale (vedi Indicatore “Mortalità infantile, neonatale e post-neonatale”).

I punti nascita che assistono meno di 500 parti l'anno scompariranno, mentre quelli tra 500-1.000 parti saranno progressivamente accorpati, portando a due i precedenti tre livelli assistenziali. La quota di almeno 1.000 nascite/anno è lo standard a cui tendere ed i punti nascita con numerosità inferiore, ma non al di sotto di 500 parti annui, possono essere previsti solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle aree geografiche interessate con

rilevanti difficoltà di attivazione dello STAM.

L'organizzazione dei punti nascita sarà articolata su due livelli. Le strutture di "primo livello" della nuova rete dovranno dare una risposta adeguata ai parti "normali", mentre gli Ospedali di "secondo livello" gestiranno quelli difficili o che potrebbero complicarsi. Il tutto con una dotazione di personale e mezzi che assicuri un salto di qualità negli standard di sicurezza.

Poiché tale riordino non è ancora entrato a regime, l'indicatore descrive la rete dei punti nascita sul territorio nazionale considerando la suddivisione in tre livelli definita dal POMI.

Tab. 1 - Parti effettuati (valori assoluti e percentuali) nei punti nascita secondo la classe di ampiezza per regione - Anno 2005

Regioni	Classi di ampiezza								Totale
	<500		500-799		800-999		>1.000		N
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Piemonte	862	2,5	1.176	3,4	3.608	10,3	29.282	83,8	34.928
Valle d'Aosta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1.106	100,0	1.106
Lombardia	5.288	5,8	10.945	12,0	9.879	10,8	65.398	71,5	91.510
<i>Bolzano-Bozen</i>	885	15,9	1.917	34,5	0	0,0	2.749	49,5	5.551
<i>Trento</i>	1.664	33,3	0	0,0	1.769	35,4	1.565	31,3	4.998
Veneto	427	0,9	503	1,1	3.609	8,0	40.881	90,0	45.420
Friuli Venezia Giulia	383	3,8	4.100	40,9	989	9,9	4.554	45,4	10.026
Liguria	495	4,4	2.497	22,0	1.775	15,6	6.579	58,0	11.346
Emilia-Romagna	773	2,1	2.039	5,5	1.853	5,0	32.148	87,3	36.813
Toscana	2.119	6,9	2.347	7,7	4.547	14,8	21.651	70,6	30.664
Umbria	750	9,4	1.709	21,4	852	10,7	4.659	58,5	7.970
Marche	1.377	10,6	5.357	41,2	2.771	21,3	3.500	26,9	13.005
Lazio	6.162	11,9	4.423	8,5	8.622	16,7	32.574	62,9	51.781
Abruzzo	3.205	31,1	3.052	29,6	828	8,0	3.211	31,2	10.296
Molise	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Campania	11.448	18,5	14.592	23,6	8.133	13,1	27.797	44,9	61.970
Puglia	4.659	12,7	6.656	18,1	2.645	7,2	22.834	62,1	36.794
Basilicata	628	15,1	1.202	28,9	948	22,8	1.378	33,2	4.156
Calabria	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Sicilia	9.977	29,0	7.689	22,3	971	2,8	15.777	45,8	34.414
Sardegna	3.146	26,7	3.774	32,0	826	7,0	4.038	34,3	11.784
Italia	54.248	10,8	73.978	14,7	54.625	10,8	321.681	63,8	504.532

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2008 - Ugenti, Tamburini, Di Cesare, Boldrini - Ministero della Salute. Certificato Di Assistenza al Parto. Anno 2005.

Tab. 2 - Parti effettuati (valori assoluti e percentuali) nei punti nascita secondo la classe di ampiezza per regione - Anno 2008

Regioni	Classi di ampiezza								Totale
	<500		500-799		800-999		>1.000		N
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Piemonte	0	0,0	2.456	6,8	2.788	7,7	30.984	85,5	36.228
Valle d'Aosta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1.230	100,0	1.230
Lombardia	3.122	3,2	13.289	13,5	7.314	7,4	74.667	75,9	98.392
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>1.353</i>	<i>24,6</i>	<i>1.287</i>	<i>23,4</i>	<i>0</i>	<i>0,0</i>	<i>2.860</i>	<i>52,0</i>	<i>5.500</i>
<i>Trento</i>	<i>1.466</i>	<i>28,8</i>	<i>0</i>	<i>0,0</i>	<i>1.885</i>	<i>37,1</i>	<i>1.736</i>	<i>34,1</i>	<i>5.087</i>
Veneto	0	0,0	536	1,1	4.738	9,9	42.495	89,0	47.769
Friuli Venezia Giulia	363	3,5	2.510	24,3	1.860	18,0	5.601	54,2	10.334
Liguria	2.112	18,0	1.768	15,0	818	7,0	7.058	60,0	11.756
Emilia-Romagna	714	1,7	1.463	3,5	935	2,3	38.188	92,5	41.300
Toscana	1.582	4,8	2.468	7,5	2.641	8,1	26.112	79,6	32.803
Umbria	801	9,2	1.902	21,9	0	0,0	5.974	68,9	8.677
Marche	1.008	7,1	3.999	28,0	4.289	30,0	4.983	34,9	14.279
Lazio	3.755	6,9	10.679	19,6	3.695	6,8	36.410	66,8	54.539
Abruzzo	1.680	15,5	2.495	23,0	2.937	27,1	3.722	34,4	10.834
Molise	809	35,3	510	22,2	975	42,5	0	0,0	2.294
Campania	9.282	15,5	10.508	17,6	9.225	15,4	30.732	51,4	59.747
Puglia	4.106	11,7	5.749	16,4	5.210	14,9	19.943	57,0	35.008
Basilicata	1.098	27,2	687	17,0	806	20,0	1.449	35,9	4.040
Calabria	2.224	20,5	2.076	19,1	970	8,9	5.598	51,5	10.868
Sicilia	10.805	26,2	8.544	20,7	3.604	8,8	18.251	44,3	41.204
Sardegna	3.323	26,6	3.118	24,9	902	7,2	5.170	41,3	12.513
Italia	49.603	9,1	76.044	14,0	55.592	10,2	363.163	66,7	544.402

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2008 - Ugenti, Tamburini, Di Cesare, Boldrini - Ministero della Salute. Certificato Di Assistenza al Parto. Anno 2005.

Descrizione dei risultati

Nel nostro Paese, la rete dei punti nascita risulta molto variegata per dimensioni e per distribuzione sul territorio.

Anche se la soglia indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per garantire la sicurezza in sala parto è di almeno 1.000 parti l'anno, più di 1 parto su 4 si verifica in punti nascita al di sotto di tale standard di qualità. Nel 2008 (Tab. 2), infatti, il 9,1% dei parti è avvenuto in strutture con classe di ampiezza <500 parti anche se, rispetto al 2005 (Tab. 1), è stata registrata una diminuzione dell'8,6%. Tutte le restanti classi hanno mostrato un aumento, ma l'incremento maggiore si è

osservato, soprattutto, nella classe in cui i parti superano il migliaio (classe 500-799: +2,8%; classe 800-999: +1,8%; classe >1.000: +12,9%).

Considerando l'andamento del dato regionale, nell'ultimo anno considerato (2008), ma escludendo regioni come la Valle d'Aosta e le PA di Trento e Bolzano che presentano comportamenti particolari, è evidente, per i punti nascita della prima classe di ampiezza, un numero più elevato di parti nelle regioni del Sud con la Sicilia che presenta un valore pari a 10.805 parti, seguita dalla Campania con 9.282. Occorre precisare che, in queste 2 regioni, ed in generale nel Meridione, i punti nascita si identificano frequentemente con Case di cura private accreditate, con casistica inferiore rispetto alle strutture gestite direttamente dal Servizio Sanitario Nazionale.

Dal confronto dei dati 2005-2008, il Piemonte ed il Veneto hanno mostrato una riduzione del 100,0% di parti nei punti nascita con volume <500; in controtendenza spicca il valore della Liguria che fa registrare un incremento del +326,7%. In tutte le regioni, tranne in Puglia (-12,7%), è stato riscontrato un aumento del numero di parti nella classe di ampiezza >1.000 parti l'anno.

7.2 Parti con Taglio Cesareo

Significato. Nel nostro Paese, contrariamente a quanto auspicato e raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), dalle Istituzioni e dalle indicazioni professionali, si è assistito ad un progressivo aumento della frequenza di parti mediante Taglio Cesareo (TC).

Tale andamento ha determinato un notevole incremento rispetto alla soglia del 15,0% raccomandata dall'OMS che garantirebbe il massimo beneficio per la madre e per il feto.

È per questo che la riduzione del numero di TC è tra gli obiettivi del documento "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del Taglio Cesareo" approvato di recente, nel 2010, dalla Conferenza Stato-Regioni. Sempre nel 2010, anche il Sistema Nazionale per le Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità ha presentato la Linea Guida "Taglio Cesareo: una scelta appropriata e consapevole" con l'obiettivo di migliorare la comunicazione tra le donne e gli operatori sanitari. Tali tematiche sono anche al centro delle proposte dello schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013.

La percentuale di parti cesarei viene calcolata rapportando il numero di parti effettuati con TC ed il numero totale dei parti. Di notevole importanza, per il calcolo di questo indicatore, è distinguere la quota dei TC primari dai ripetuti poiché ad un TC primario seguirà, con molta probabilità, un TC ripetuto.

Tab. 3- *Proporzione (per 100) di Tagli Cesarei primari, ripetuti e totali e variazione percentuale per regione - Anni 2001, 2008*

Regioni	2001			2008			Δ % 2001-2008		
	TC primari	TC ripetuti	Totale TC	TC primari	TC ripetuti	Totale TC	TC primari	TC ripetuti	Totale TC
Piemonte	21,6	7,2	28,7	22,0	10,6	32,6	1,9	48,0	13,4
Valle d'Aosta	17,5	5,5	23,0	24,9	8,5	33,4	42,0	55,8	45,3
Lombardia	18,7	6,6	25,3	18,9	9,6	28,5	1,0	44,7	12,4
Bolzano-Bozen	9,9	4,2	14,1	19,6	7,3	26,9	97,4	74,3	90,5
Trento	18,3	6,6	24,9	16,5	8,8	25,4	-9,4	33,6	2,0
Veneto	19,6	6,8	26,4	18,6	9,8	28,4	-5,0	44,3	7,8
Friuli Venezia Giulia	16,5	3,8	20,3	16,7	7,0	23,6	1,2	81,0	16,3
Liguria	24,0	6,5	30,5	27,6	9,8	37,4	15,3	49,6	22,7
Emilia-Romagna	21,4	7,9	29,3	18,5	10,3	28,8	-13,6	30,8	-1,7
Toscana	18,4	4,5	22,9	18,8	7,7	26,5	2,4	70,0	15,7
Umbria	19,9	7,0	26,9	21,5	10,2	31,7	8,3	46,1	18,1
Marche	23,9	10,2	34,1	22,2	13,3	35,4	-7,2	30,1	3,9
Lazio	25,8	10,8	36,5	29,6	15,7	45,3	14,9	46,0	24,1
Abruzzo	26,2	9,3	35,5	31,7	13,1	44,8	20,8	41,6	26,2
Molise	26,5	12,7	39,3	28,4	19,3	47,8	7,2	51,9	21,7
Campania	39,1	15,2	54,3	34,0	27,9	62,0	-12,9	83,9	14,1
Puglia	27,9	12,6	40,5	31,4	18,7	50,2	12,9	48,5	24,0
Basilicata	30,9	15,6	46,5	28,1	20,7	48,8	-9,1	33,1	5,0
Calabria	26,6	10,3	36,9	31,9	16,2	48,2	20,0	57,2	30,4
Sicilia	27,3	14,7	42,0	31,4	21,8	53,3	15,2	48,3	26,8
Sardegna	25,4	7,2	32,6	25,9	12,4	38,3	2,0	72,9	17,5
Italia	23,0	9,0	31,9	24,8	14,4	39,2	8,1	60,2	22,8

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2008, 2010 - Ugenti, Tamburini, Di Cesare, Boldrini - Ministero della Salute. SDO. Anno 2010

Descrizione dei risultati

In generale, l'utilizzo del TC, è spesso totalmente indipendente dalle caratteristiche socio-demografiche delle donne e dalle loro condizioni cliniche.

In Italia, nel 2008, la percentuale di TC sul totale dei parti è pari a 39,2%. Rispetto all'anno 2001 si registra un notevole aumento (+22,8%).

I dati riportati in tabella evidenziano una cospicua variabilità regionale con valori più alti nelle regioni del Sud. Relativamente ai TC primari la Calabria e la Campania presentano la percentuale più elevata (rispettivamente, 31,9% e 34,0%). I valori più bassi si registrano, invece, nella PA di Trento (16,5%) ed in Friuli Venezia Giulia (16,7%).

Dal confronto dei dati 2001-2008, si osserva che tutte le regioni, tranne la PA di Trento, il Veneto, l'Emilia-Romagna, le Marche, la Campania e la Basilicata, hanno registrato un incremento.

Relativamente alla quota dei TC ripetuti, da evidenziare è il notevole aumento a livello nazionale (+60,2%) ed in tutte le regioni. Nello specifico, la Campania presenta l'incremento più alto (+83,9), mentre le Marche quello più contenuto (+30,1).

7.3 Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale presenti nei punti nascita

Significato. L'Italia è, tra i Paesi a sviluppo sanitario avanzato, quello con il maggior numero di Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale (UOTIN) anche se ciò non si lega ad una migliore qualità nell'assistenza che invece è legata al volume di attività erogata. Le Unità funzionali neonatologiche/pediatriche, in base alle indicazioni del DM del 24 aprile 2000 "Progetto Obiettivo Materno Infantile" (POMI), risultano essere strutturate in tre livelli di assistenza (fisiologico, patologico, intensivo) e sono, attualmente, in fase di ridefinizione. Infatti, il recente piano di riordino del percorso nascita prevede l'abbinamento delle Unità Operative ostetrico-ginecologiche con le Unità Operative neonatologiche/pediatriche aventi pari complessità di attività, portando a due i precedenti tre livelli assistenziali. In tal modo, saranno le Unità Operative neonatologiche di II livello, e non più quelle di III livello, ad assistere i neonati fisiologici e patologici inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva. I nuovi standard qualitativi previsti sono: un numero di parti l'anno non inferiore a 1.000 (di cui almeno 50 neonati/anno con peso alla nascita <1.500 gr), un volume complessivo di almeno 5.000 nati/anno, la presenza di una UOTIN e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata.

Poiché la riorganizzazione del percorso nascita non è ancora

attualizzata, l'indicatore presentato descrive la rete di assistenza intensiva neonatale a livello delle Unità funzionali neonatologiche secondo le suddette definizioni del POMI.

Tab. 4 - Punti nascita con Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale (valori assoluti e percentuali) per classe di ampiezza e regione - Anno 2008

Regioni	Classi di ampiezza			Totale
	500-799	800-999	1.000+	N
	N	N	N	
Piemonte	0	0	9	9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0	0	0	0
Lombardia	0	0	15	15
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>Trento</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
Veneto	0	1	10	11
Friuli Venezia Giulia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Liguria	4	0	3	7
Emilia-Romagna	0	0	9	9
Toscana	1	0	4	5
Umbria	0	0	2	2
Marche	0	0	1	1
Lazio	1	1	11	13
Abruzzo	1	1	2	4
Molise	0	1	0	1
Campania	3	3	10	16
Puglia	0	1	8	9
Basilicata	0	0	0	0
Calabria	0	1	3	4
Sicilia	5	1	10	16
Sardegna	0	0	1	1
Italia	15	10	100	125

n.d. = l'attività di terapia intensiva neonatale afferisce alla struttura operativa complessa di Neonatologia.

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2010 - Ugenti, Tamburini, Di Cesare, Boldrini. Ministero della Salute - Certificato Di Assistenza al Parto e modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie. Anno 2008.

Descrizione dei risultati

Nel nostro Paese, nel 2008, delle 125 UOTIN presenti nei 551 punti nascita analizzati, soltanto 100 si trovano in punti nascita con un volume di parti l'anno >1.000. Le restanti 25 UOTIN si trovano in strutture che

effettuano meno di 1.000 parti annui. Pertanto, una quota di neonati ad alto rischio può ricevere un'assistenza non adeguata al bisogno e con un impiego di tecnologie e professionalità inappropriate.

Le regioni che presentano delle UOTIN in punti nascita con meno di 800 parti annui sono la Sicilia, la Liguria, la Campania, la Toscana, il Lazio e l'Abruzzo, mentre le regioni che presentano delle UOTIN in punti nascita con parti annui tra 800-999 sono il Veneto, il Lazio e tutte le regioni meridionali ad eccezione di Basilicata e Sardegna. Relativamente alle UOTIN in punti nascita con più di 1.000 parti annui, le uniche regioni prive di tali Unità Operative sono la Valle d'Aosta, il Molise e la Basilicata.

Non è, comunque, necessario un punto nascita con almeno 1.000 parti/anno per giustificare una UOTIN, bensì un bacino di utenza di almeno 5.000 parti/anno. La letteratura internazionale indica un bacino di utenza fra i 7.000 ed i 12.000 parti/anno. Il numero di UOTIN in Italia è troppo alto (1 ogni 4.400 nati).

8. Assistenza territoriale

8.1 Pediatri di Libera Scelta

Significato. Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano affida al Pediatra di Libera Scelta (PLS) l'assistenza specialistica globale di primo livello del bambino, dal momento della nascita fino ai 14-16 anni.

In questo modo, il sistema garantisce ai piccoli pazienti un'assistenza primaria omogenea su tutto il territorio nazionale, al fine di assicurare continuità e coordinamento tra realtà assistenziali (ospedaliere e territoriali) ed un'adeguata presa in carico dei bambini durante tutto il loro percorso di crescita.

Viene, inoltre, garantita ai genitori la libera scelta del pediatra tra quelli convenzionati e presenti nel territorio.

Il PLS assiste bambini ed adolescenti da 0 fino al compimento del 14° anno anche se dall'età di 6 anni, in alternativa al PLS, è possibile scegliere di essere seguiti dal Medico di Medicina Generale. Gli adolescenti oltre i 14 anni di età, ed al massimo fino ai 16 anni, possono continuare ad essere seguiti dal PLS solo dopo richiesta motivata da particolari condizioni di salute. Il limite di iscritti per ogni specialista è di 800 unità anche se con deroghe può raggiungere le 880 unità (in precedenza il limite era di 1.000 unità). Eventuali deroghe al massimale individuale possono essere autorizzate dalla Regione.

Negli altri Paesi europei, l'età pediatrica si estende a tutta l'adolescenza ed il pediatra è, sostanzialmente, uno specialista di secondo livello.

In questo panorama, la figura del PLS italiano è un caso piuttosto unico in quanto si tratta di uno specialista libero professionista che opera sul territorio garantendo il primo livello di cure, in un regime di "convenzione con il SSN" ed è, quindi, a tutti gli effetti parte integrante dell'assistenza primaria territoriale.

Fornire cure integrate ai pazienti pediatrici significa garantire interventi preventivi, accessi tempestivi a servizi diagnostici e terapeutici di primo livello, continuità "relazionale" tra medico e famiglia e continuità "informativa". Il PLS, infatti, si deve fare carico di un corretto e coordinato scambio di informazioni con i genitori anche per tematiche di tipo educativo e con altri specialisti che,

eventualmente, si occupino della salute del bambino, soprattutto in presenza di patologie croniche.

Accordo Collettivo Nazionale

Dopo l'istituzione del SSN, nel 1979 viene stipulata la prima convenzione nazionale della pediatria extra-ospedaliera ancorata, totalmente, agli schemi che regolavano la medicina generale.

Con il contratto del 1996 si assiste, per la prima volta, ad una separazione tra la convenzione del PLS e quella del Medico di Medicina Generale (MMG). Particolare rilievo acquista l'attività di prevenzione, al fine di promuovere un pieno benessere psicofisico e sociale del minore, dalla nascita all'adolescenza. Le prestazioni non sono più pagate, esclusivamente, a quota capitaria (quota fissa), ma una parte dell'attività è remunerata con quota variabile (contrattazione nazionale, regionale e locale).

Secondo il contratto nazionale, ancor oggi, le prestazioni a quota capitaria comprendono compiti diagnostici, terapeutici, preventivi e di educazione sanitaria.

La quota variabile del compenso riguarda attività che possono essere svolte facoltativamente dai pediatri e che, pertanto, sono remunerate in base al numero di prestazioni effettuate. Queste prestazioni sono contrattate a livello regionale e locale (1).

Nel 2000 viene stipulato un nuovo Accordo Collettivo Nazionale (ACN) nel quale viene conferita sempre maggiore autonomia agli ambiti di contrattazione regionale. Questo accordo recepisce le indicazioni dei vari piani nazionali e regionali, del riordino del SSN (Legge n. 229/1999), del Piano Nazionale Vaccini 1999-2000, del Progetto Obiettivo Materno Infantile (1998-2000), delle raccomandazioni nazionali ed internazionali a tutela dei diritti del bambino, comprese quelle dell'OMS.

L'ACN, recepito con il DPR 272/2000 prevede per la prima volta (parallelamente a quanto viene definito per i MMG) tre forme associative:

- la pediatria di gruppo (art. n. 52);
- la pediatria in associazione (art. n. 53);
- la pediatria in rete (art. n. 54).

In generale, le forme associative così come quelle che si sviluppano nella medicina generale, hanno l'obiettivo di migliorare il lavoro del pediatra di famiglia che può interagire con i suoi colleghi, superando l'isolamento lavorativo ed umano ed offrendo un'erogazione più ampia di servizi.

Le statistiche effettuate nel 2006, anche se non complete, riguardanti la proporzione di pediatri in gruppo mostrano ai primi posti le seguenti regioni: Umbria (23,4%), Liguria (20,1%), Emilia-Romagna (18,1%), Lombardia (11,8%), Lazio (11,3%) ed Abruzzo (7,0%) (consultabile online al sito www.sisac.info).

L'ultimo ACN 2010 che regola l'attività della pediatria di libera scelta prevede l'attivazione di nuove forme organizzative quali le Aggregazioni Funzionali Territoriali e le Unità Complesse delle Cure Primarie, che nascono per meglio rispondere al corretto funzionamento di un SSN in evoluzione, in cui diventa importante l'integrazione tra l'aspetto sanitario dell'assistenza e quello a carattere sociale senza dimenticare di garantire la continuità assistenziale. Emerge il riconoscimento anche giuridico della funzione del pediatra come "integratore" dei servizi sanitari e sociali volti a garantire un corretto sviluppo fisico e psichico del bambino dalla nascita all'adolescenza. Per questi motivi, l'intero aumento contrattuale non riguarda specifici compiti o prestazioni, ma è pari al 4,85% dell'intera quota capitaria. Con ciò, viene ulteriormente ribadita la funzione della salute pubblica con forte valenza sociale, svolta dai pediatri di famiglia.

Significato. L'indicatore presentato consente il confronto tra il numero di PLS ed il carico di assistiti, cioè il numero di residenti in età pediatrica iscritti al SSN che vengono effettivamente assistiti per regione.

Tab. 1 - Numero di Pediatri di Libera Scelta e numero di bambini di età 0-13 anni per pediatria e regione - Anni 2001, 2008

Regioni	2001		2008		Δ % 2001-2008	
	N PLS	N bambini per pediatra	N PLS	N bambini per pediatra	N PLS	N bambini per pediatra
Piemonte	416	1.157	436	1.189	4,8	2,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	15	965	18	890	20,0	-7,8
Lombardia	956	1.170	1.126	1.114	17,8	-4,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>41</i>	<i>1.815</i>	<i>53</i>	<i>1.463</i>	<i>29,3</i>	<i>-19,4</i>
<i>Trento</i>	<i>71</i>	<i>943</i>	<i>80</i>	<i>920</i>	<i>12,7</i>	<i>-2,4</i>
Veneto	522	1.089	565	1.124	8,2	3,2
Friuli Venezia Giulia	102	1.231	123	1.140	20,6	-7,4
Liguria	171	929	175	962	2,3	3,6
Emilia-Romagna	477	902	584	881	22,4	-2,3
Toscana	396	973	435	978	9,9	0,5
Umbria	102	938	113	924	10,8	-1,5
Marche	169	1.046	180	1.057	6,5	1,1
Lazio	713	980	767	939	7,6	-4,2
Abruzzo	196	856	184	877	-6,1	2,5
Molise	38	1.150	37	1.031	-2,6	-10,4
Campania	780	1.313	786	1.162	0,8	-11,5
Puglia	592	1.091	586	985	-1,0	-9,7
Basilicata	72	1.241	66	1.149	-8,3	-7,4
Calabria	295	1.095	280	972	-5,1	-11,2
Sicilia	845	988	828	878	-2,0	-11,1
Sardegna	230	940	227	849	-1,3	-9,7
Italia	7.199	1.075	7.649	1.019	6,3	-5,2

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2011.

Descrizione dei risultati

Il numero di PLS, a livello nazionale e nell'arco temporale 2001-2008, è aumentato del 6,3% passando da 7.199 a 7.649. Tutte le regioni del Centro-Nord hanno registrato un aumento, mentre nel Sud, ad eccezione della Campania (+0,8%), si è osservato un generale decremento. A livello territoriale, l'incremento maggiore si è registrato nella PA di Bolzano (+29,3%) invece, il decremento più importante, si è riscontrato in Basilicata (-8,3%).

Nel 2008, il limite massimo di bambini per pediatra (800 assistiti),

viene superato in ogni regione. I valori più alti e superiori a 1.000 assistiti si registrano nella PA di Bolzano (1.463), Piemonte (1.189), Campania (1.162), Basilicata (1.149), Friuli Venezia Giulia (1.140), Veneto (1.124), Lombardia (1.114), Marche (1.057) e Molise (1.031).

Dal confronto dei dati 2001-2008 il numero di assistiti per pediatra è diminuito, a livello nazionale, del 5,2% e la flessione maggiore si è registrata nella PA di Bolzano (-19,4%) che, nell'ultimo anno esaminato (2008), presenta il massimale maggiore di assistiti. Nel complesso, le riduzioni più rilevanti si sono osservate nelle regioni del Sud ad eccezione dell'Abruzzo che presenta un andamento controcorrente (+2,5%).

Si ricorda, come evidenziato da un'indagine a carattere nazionale della Società Italiana di Pediatria, che l'andamento del numero totale dei pediatri (famiglia, ospedalieri, universitari) subirà una progressiva riduzione nei prossimi 15-20 anni. Infatti, proseguendo con il ritmo delle perdite che si sta verificando dal 2010, nel 2020 gli attuali 15.000 professionisti saranno già scesi a 12.000, e diventeranno 8.000 nel 2025. Tale situazione conduce alla necessità di rivedere l'attuale modello assistenziale per l'età evolutiva.

Va tenuto anche conto che i nuovi provvedimenti relativi al sistema pensionistico in Italia potranno cambiare queste previsioni. Un'indagine da parte della Società Italiana di Pediatria è, attualmente, in corso.

Riferimenti Bibliografici

(1) Burgio G. R., Bertelloni S. "Una pediatria per una società che cambia". Edizione Tecniche Nuove. Anno 2007.

8.2 Minori nei presidi residenziali socio-assistenziali

Significato. Il presidio residenziale socio-assistenziale è una struttura, pubblica o privata, di ospitalità, destinata a persone che necessitano di tutela e di interventi appropriati di varia natura (educativi, assistenziali, sanitari) ed è regolata da normative regionali che ne individuano gli standard minimi strutturali e gestionali.

Nel caso dei minori, questi servizi offrono al bambino ed all'adolescente uno spazio in cui elaborare, o riprendere ad elaborare, un progetto per il futuro, con il supporto di figure specialistiche aventi il compito di cooperare con le persone dell'ambiente di vita dell'assistito e con gli altri servizi presenti nel territorio.

L'indicatore presentato consente di valutare il ricorso ai presidi residenziali socio-assistenziali della popolazione minorenni.

Tab. 2 - Minori ospiti (valori assoluti) nei presidi residenziali socio-assistenziali e variazione percentuale per genere e regione - Anni 2004, 2006

Regioni	2004				2006				Δ % 2004-2006			
	M	F	Totale	Di cui stranieri	M	F	Totale	Di cui stranieri	M	F	Totale	Di cui stranieri
	Piemonte	659	655	1.314	307	693	556	1.249	262	5,2	-15,1	-5,0
Valle d'Aosta	11	11	22	5	10	5	15	4	-9,1	-54,6	-27,3	-20,0
Lombardia	1.23	140	2.423	947	1.195	1.104	2.299	880	-6,9	-3,2	-5,1	-7,1
<i>Bozano-Bozen</i>	85	71	156	0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
<i>Trento</i>	205	140	345	156	197	138	335	138	-3,9	-1,4	-2,9	-11,5
Veneto	610	408	1.018	289	641	480	1.121	336	5,1	17,7	10,1	16,3
Friuli Venezia Giulia	438	182	620	278	351	149	500	287	-19,9	-18,1	-19,5	3,2
Liguria	329	280	609	167	321	261	582	163	-2,4	-6,8	-4,6	-2,4
Emilia-Romagna	875	754	1.629	1.007	1.043	856	1.899	559	19,2	13,5	16,7	-44,5
Toscana	363	334	697	265	331	284	615	269	-8,8	-15,0	-11,6	1,5
Umbria	166	126	292	96	129	99	228	54	-22,3	-21,4	-21,9	-43,8
Marche	179	138	317	121	26	327	353	176	-85,5	137,0	11,4	45,5
Lazio	601	699	1.300	483	1.022	956	1.978	724	70,1	36,8	52,2	49,9
Abruzzo	256	160	416	42	116	123	239	53	-54,7	-23,1	-42,4	26,2
Molise	50	37	87	14	36	29	65	6	-28,0	-21,6	-25,3	-57,1
Campania	823	711	1.534	153	522	463	985	111	-36,6	-34,9	-35,8	-27,5
Puglia	609	548	1.157	151	468	377	845	47	-23,2	-31,2	-27,0	-68,9
Basilicata	69	88	157	8	16	50	66	7	-76,8	-43,2	-58,0	-12,5
Calabria	508	558	1.066	62	471	444	915	92	-7,3	-20,4	-14,3	48,4
Sicilia	1.384	1.056	2.440	370	916	871	1.787	189	-33,8	-17,5	-26,8	-48,9
Sardegna	188	171	359	11	184	154	338	17	-2,1	-9,9	-5,9	54,6
Italia	9.691	8.268	17.959	4.930	8.687	7.727	16.414	4.375	-10,4	-6,5	-8,6	-11,3

n.d. = non disponibile.

n.a. = non applicabile.

Fonte dei dati: Istat. L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia. Anni 2007, 2010.

Descrizione dei risultati

Nel nostro Paese, i minori ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali sono, nel 2006, 16.414 di cui 8.687 maschi e 7.727 femmine ed 1 su 4 è straniero. La regione che presenta il numero più elevato di minori ospiti è la Lombardia (2.299), seguita dal Lazio (1.978) e dall'Emilia-Romagna (1.899), mentre il numero più basso si riscontra in Valle d'Aosta (15), Molise (65) e Basilicata (66). La quota più alta di stranieri si registra in Lombardia (880).

Dal confronto dei dati 2004-2006, si è riscontrata, a livello nazionale, una diminuzione dell'8,6% che ha interessato entrambi i generi, ma soprattutto i maschi (-10,4% vs -6,5%). Anche la quota di stranieri presenta una diminuzione (-11,3%). A livello regionale, però, non tutte le regioni mostrano un decremento. Infatti, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Marche, Lazio, Abruzzo, Calabria e Sardegna presentano un andamento controcorrente registrando un aumento che varia dall'1,5% al 54,6%.

Inoltre, considerando i dati stratificati per genere, importante è sottolineare l'aumento registrato nelle Marche (+137,0%) per le femmine e nel Lazio (+70,1%) per i maschi.

Approfondimento - L'integrazione assistenziale per i bambini affetti da malattie rare

Dott. Simone Montagnoli, Dott.ssa Maria Avolio**, Dott. Amedeo Spagnolo**

Le malattie rare rappresentano una importante sfida per il sistema sanitario e di welfare. Può essere definita rara ogni patologia che si presenta con bassissima prevalenza nella popolazione, con 1 caso ogni 2.000 o più abitanti. Ma sono molte le malattie rare (se ne stimano tra le 6.000 e le 8.000). Per questo, il numero di pazienti è considerevole, aggirandosi approssimativamente attorno ai 2 milioni in Italia. Seppure eterogenee tra loro, la maggior parte di queste patologie ha esordio nei primissimi anni di vita o comunque in età pediatrica. Difficile pertanto pensare di potervi intervenire solamente attraverso la specializzazione medica e la ricerca, mentre appare chiara l'importanza di un sistema sanitario, organizzato e che sappia muoversi in maniera integrata e su più livelli di assistenza. A livello normativo, il passo significativo è stato avanzato nel 2001 con il DM n. 279, con il quale si è disposto: una rete nazionale di centri clinici specializzati per il trattamento delle malattie rare, individuati ed accreditati direttamente dalle Regioni (ma che non sono mai stati verificati nella loro effettiva competenza); il regime di esenzione delle prestazioni sanitarie per le malattie rare inserite nell'elenco allegato allo stesso decreto (elenco tuttavia parziale e in attesa di aggiornamento); l'istituzione presso l'Istituto Superiore di Sanità di un registro delle malattie rare, ad oggi in fase di realizzazione. Malgrado il DM n. 279/2001 desse precise indicazioni, sollecitando l'identificazione dei Centri Interregionali da parte del Ministero della Salute e del Consiglio di Stato, questo attualmente non si è realizzato. Ciò ha determinato un'anomala moltiplicazione dei Centri per le malattie rare, circa 250 nel nostro Paese. Il primo Rapporto del Gruppo di esperti dell'Unione Europea definisce così la situazione italiana: "I criteri utilizzati dalle 21 regioni e PA per identificare i Centri per le malattie rare non sono omogenei ed ognuna di esse ha adottato differenti modelli per l'organizzazione del *network* regionale senza definire gli standard organizzativi e gli indispensabili controlli di qualità" (1).

A 10 anni di distanza, sembra oltremodo opportuno riflettere, valutare, aggiornare e riorganizzare gli intenti e le prospettive da traguardare, soprattutto in relazione a quali problemi e con quali risorse oggi sarebbe opportuno rispondere.

Un recente studio (2) ha permesso di inquadrare nuove prospettive di riflessione sulle malattie rare, ovvero mettendo in rapporto l'esperienza dei pazienti e dei loro familiari, con i problemi e le risorse che questi incontrano nella gestione della patologia. Emerge che, soprattutto nei pazienti pediatrici, i genitori trovano ad assumersi pesanti carichi assistenziali, a volte prossimi persino all'insostenibilità: in ogni caso, peggiorano le condizioni e le opportunità sociali di queste famiglie. I risultati evidenziano che non esiste un modello di presa in carico, e che sono le famiglie a dover improvvisare un percorso di cura, per nulla orientato. Il 57% dei genitori ha dichiarato la propria insoddisfazione rispetto al modo in cui il medico specialista ha comunicato la diagnosi. Alla domanda "Quale figura più di altre è stata d'aiuto per comprendere ed affrontare la malattia?" hanno risposto: il Medico specialista nel 39,2 % dei casi, le Associazioni di malati rari nel 26,5%, internet nel 14,5%, e il MMG solo il 4,8% (altro il 15%); inoltre l'8,4% dei rispondenti dichiara di non aver ancora individuato un centro clinico specializzato per il trattamento della patologia; tra quelli che invece sono riusciti ad individuare un centro clinico, nel 48,6% dei casi lo trovano localizzato in una regione diversa da quella di residenza, il che renderebbe ancora più importante la funzione di un riferimento clinico territoriale. La figura più importante come riferimento clinico a livello territoriale è stata così rappresentata: il Pediatra per il 31,7% dei genitori, il Medico specialista per il 28,9%, il Terapista riabilitatore per il 12,2%, il MMG per l'8,3%. Altre figure professionali, per il 13,9%, ma soprattutto il 12,8% dichiara di non essere riuscito ad individuare figure di riferimento per la gestione clinica di base. Se consideriamo che i dati sopracitati sono attinti da un campione proveniente da Associazioni di malati rari, quindi da contesti che propongono intensi scambi informativi, possiamo leggere con maggiore gravità l'assenza di referenti territoriali (12,8%) e la mancata individuazione del centro clinico specializzato (8,4%), ipotizzando agevolmente che, tra la popolazione dei genitori di bambini affetti da malattia rara (che nella maggioranza dei casi non fanno parte di Associazioni di malati), la situazione avrà senz'altro una tendenza decisamente peggiore. In questo senso, andrebbero riscoperte ed integrate risorse all'interno del SSN. In particolare, i ruoli del MMG e del Pediatra sembrano destinati a riscoprirsi entro una decisiva rivalutazione nel percorso di assistenza: la funzione orientativa e la visione di gestione globale del paziente vengono sempre più chiaramente riconosciute nella loro indispensabilità. L'assenza di protocolli terapeutici e di modelli di presa in carico definiti, pongono il

Pediatria di fronte ad una complessa e, per certi versi, rinnovata funzione assistenziale, funzione che tanto più riuscirà ad essere sostenuta da una riflessione ed un approfondimento etico, tanto meglio crediamo potrà essere colta ed assunta.

Riferimenti Bibliografici

- (1) Overview of current Centres of reference on rare diseases in the EU. Report from an expert group of the rare diseases task force, September 2005.
- (2) Spagnolo S, Montagnoli S, Avolio M, Arbosti G. Rapporto “Studio pilota. Costi sociali e bisogni assistenziali nelle malattie rare”. Anno 2011.

*Istituto per gli Affari Sociali, Roma.

**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.

8.3 Abortività volontaria nelle minorenni

Significato. L'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) è regolata, in Italia, dalla Legge n. 194 del 1978, in base alla quale ogni donna può ricorrere all'aborto per motivi di salute, sociali, familiari o economici entro i primi 90 giorni di gestazione. Oltre questo termine, l'aborto è consentito solo per gravi problemi di salute fisica o psichica.

La richiesta deve essere fatta personalmente dalla donna e, nel caso in cui il soggetto sia minorenne, viene richiesto l'assenso da parte di chi ne esercita la potestà o la tutela. Tuttavia, per seri motivi che impediscono o sconsigliano la consultazione delle persone esercenti la potestà o la tutela o, se interpellate, rifiutano il loro assenso o esprimono pareri tra loro difformi, il consultorio, la struttura socio-sanitaria o il medico di fiducia possono redigere una relazione e sottoporla al giudice tutelare il quale, sentita la donna e tenuto conto della sua volontà, delle ragioni che adduce e della relazione trasmessagli, può autorizzare l'IVG.

In generale, in questo contesto, il consultorio è articolato e spesso richiamato dal Legislatore. La distribuzione di tali strutture sul territorio nazionale, però, non è omogenea; esiste, infatti, una sperequazione nel rapporto Nord-Sud.

Per valutare l'incidenza di tale fenomeno, è stato calcolato il tasso di abortività volontaria dato dal rapporto tra il numero di IVG e la popolazione femminile di riferimento.

Tab. 3 - Tasso specifico (per 1.000 donne di 15-19 anni) di abortività volontaria per regione - Anni 2004, 2007

Regioni	2000	2008	Δ % 2004-2007
Piemonte	9,4	9,4	0,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	10,3	14,6	41,7
Lombardia	9,0	8,1	-10,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>3,6</i>	<i>4,0</i>	<i>11,1</i>
<i>Trento</i>	<i>7,1</i>	<i>6,6</i>	<i>-7,0</i>
Veneto	5,6	5,0	-10,7
Friuli Venezia Giulia	6,6	5,3	-19,7
Liguria	13,3	10,5	-21,1
Emilia-Romagna	8,5	7,9	-7,1
Toscana	7,9	7,9	0,0
Umbria	7,7	7,3	-5,2
Marche	5,5	5,0	-9,1
Lazio	10,0	9,9	-1,0
Abruzzo	6,7	5,9	-11,9
Molise	8,2	6,1	-25,6
Campania	5,5	6,5	18,2
Puglia	9,2	8,2	-10,9
Basilicata	6,1	5,9	-3,3
Calabria	3,9	4,6	17,9
Sicilia	6,5	6,3	-3,1
Sardegna	5,8	5,2	-10,3
Italia	7,5	7,3	-2,7

*I tassi relativi alla Campania ed alla Sicilia sono stimati.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media femminile residente in Italia al 2001.

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2007, 2010 - Spinelli, Loghi, Guasticchi, D'Errico. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anni 2004, 2010.

Descrizione dei risultati

L'abortività volontaria nelle donne minorenni, nel 2007, è pari a 7,3 (per 1.000), in diminuzione rispetto al dato rilevato nel 2004 (7,5 per 1.000). Nell'arco temporale considerato (2004-2007) si osserva una riduzione in quasi tutte le regioni, ad eccezione di Valle d'Aosta, Calabria, Campania e PA di Bolzano che presentano un andamento controcorrente registrando un aumento che varia dal 41,7% all'11,1%. La regione con il tasso maggiore, nell'ultimo anno esaminato (2007), è la Valle d'Aosta (14,6 per 1.000) seguita dalla Liguria (10,5 per 1.000),

mentre il dato più basso si registra nella PA di Bolzano (4,0 per 1.000).

In generale, i valori inferiori al dato nazionale (7,3 per 1.000) si registrano in tutte le regioni meridionali ad eccezione della Puglia (8,2 per 1.000).

9. Assistenza ospedaliera

9.1 Rete ospedaliera pediatrica

Significato. In Italia gli Ospedali pediatrici nascono nella metà dell'800 per iniziativa e/o con il concorso della beneficenza privata.

Il Progetto Obiettivo Materno-Infantile allegato al Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 prevedeva una Unità Operativa di pediatria ogni 200 mila abitanti, salvo condizioni orogeografiche disagiate. Attualmente, abbiamo una Unità Operativa ogni 119 mila abitanti circa.

L'assistenza pediatrica viene offerta ai bambini ed agli adolescenti di età 0-18 anni da strutture ospedaliere esclusivamente pediatriche e da Ospedali con reparto di pediatria. La bozza del Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 prevede, tra le linee d'azione, un rapporto più integrato tra Ospedale e territorio e la razionalizzazione della rete ospedaliera pediatrica che risulta ancora ipertrofica rispetto agli altri Paesi europei.

L'indicatore presentato consente di valutare la distribuzione della rete ospedaliera pediatrica a livello regionale. Esso è riferito all'anno 2007, non tiene pertanto conto delle modifiche intervenute in alcune regioni con i Piani di Rientro, proprio a partire dal 2007.

Tab. 1 - Numero di Strutture pediatriche per regione - Anno 2007

Regioni	Strutture pediatriche
Piemonte	34
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1
Lombardia	67
<i>Bolzano-Bozen</i>	7
<i>Trento</i>	4
Veneto	35
Friuli Venezia Giulia	8
Liguria	9
Emilia-Romagna	27
Toscana	29
Umbria	14
Marche	15
Lazio	33
Abruzzo	17
Molise	5
Campania	45
Puglia	45
Basilicata	7
Calabria	21
Sicilia	62
Sardegna	16
Italia	501

Fonte dei dati: Ministero della Lavoro, Salute e Politiche Sociali - Settore Salute - Ufficio di Direzione Statistica. Anno 2007.

Descrizione dei risultati

Nel nostro Paese, come si evince dai dati presenti in tabella, la distribuzione della rete ospedaliera pediatrica risulta alquanto disomogenea.

A livello nazionale sono presenti 501 strutture pediatriche. Le regioni che presentano il numero più alto di tali strutture sono la Lombardia (67), la Sicilia (62) ed, a pari merito, la Campania e la Puglia (45), mentre i valori più bassi si riscontrano in Valle d'Aosta (1), nella PA di Trento (4) ed in Molise (5).

Riferimenti Bibliografici

(1) Progetto obiettivo materno-infantile (Piano sanitario nazionale 1998-2000) Gazzetta Ufficiale 7-6-2000 n. 131 Suppl. n. 89.

9.2 Posti letto in pediatria

Significato. Negli ultimi anni si è assistito ad una progressiva riduzione dei posti letto nei reparti pediatrici dovuta, soprattutto, alla diminuzione delle nascite, all'implementazione delle cure primarie attraverso l'attività dei Pediatri di Libera Scelta ed alle migliori condizioni socio-economiche.

La razionalizzazione delle Unità Operative di pediatria, intesa come ridefinizione del numero dei posti letto, ristrutturazione delle Unità stesse ed organizzazione più rispondente alle esigenze epidemiologiche, è parte integrante degli obiettivi strategici della bozza di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013.

L'indicatore presentato, relativo alla distribuzione dei posti letto pediatrici a livello regionale, è un indicatore di volume fondamentale sia per la valutazione dell'assistenza sanitaria che per la pianificazione del Servizio Sanitario Nazionale. Esso è riferito all'anno 2007, non tiene pertanto conto delle modifiche intervenute in alcune regioni con i Piani di Rientro, proprio a partire dal 2007.

Tab. 2 - Numero e tasso (per 1.000) di posti letto pediatrici per regime di ricovero e regione - Anno 2007

Regioni	Posti letto Ricovero Ordinario	Posti letto Day Hospital	Popolazione media residente	Tasso posti letto in RO (per 1.000)	Tasso posti letto in DH (per 1.000)
Piemonte	290	51	549.457	0,53	0,09
Valle d'Aosta	9	2	16.880	0,53	0,12
Lombardia	1.086	186	1.326.315	0,82	0,14
<i>Bozano-Bozen</i>	74	15	82.678	0,90	0,18
<i>Trento</i>	42	7	78.256	0,54	0,09
Veneto	428	54	672.674	0,64	0,08
Friuli Venezia Giulia	76	19	148.376	0,51	0,13
Liguria	134	41	180.040	0,74	0,23
Emilia-Romagna	303	67	540.808	0,56	0,12
Toscana	398	76	450.013	0,88	0,17
Umbria	92	29	110.755	0,83	0,26
Marche	142	25	202.859	0,70	0,12
Lazio	443	106	767.816	0,58	0,14
Abruzzo	189	26	173.873	1,09	0,15
Molise	46	8	41.687	1,10	0,19
Campania	552	135	992.450	0,56	0,14
Puglia	623	98	626.844	0,99	0,16
Basilicata	74	20	83.063	0,89	0,24
Calabria	198	49	297.532	0,67	0,16
Sicilia	717	218	792.935	0,90	0,27
Sardegna	305	79	209.195	1,46	0,38
Italia	6.221	1.311	8.344.495	0,75	0,16

Fonte dei dati: Ministero della Lavoro, Salute e Politiche Sociali - Settore Salute - Ufficio di Direzione Statistica. Anno 2007.

Descrizione dei risultati

Nel nostro Paese, nel 2007, i posti letto pediatrici sono 6.221 in regime di Ricovero Ordinario (RO) e 1.311 in regime di Day Hospital (DH). Come si evince dalla lettura dei dati presenti in tabella, tra le regioni è presente un'estrema variabilità.

La regione che mostra il maggior numero di posti letto in RO è la Lombardia (1.086), seguita dalla Sicilia (717) e dalla Puglia (623), mentre il minor numero si riscontra in Valle d'Aosta (9), PA di Trento (42) e Molise (46). Considerando il ricovero in regime di DH, è la Sicilia (218) a presentare il numero più alto, seguita dalla Lombardia (186) e dalla Campania (135). I valori più bassi, invece, si evidenziano, come per il RO, in Valle d'Aosta (2), PA di Trento (7) e Molise (8).

Relativamente al tasso di posti letto, si osserva che, per il regime di RO, i valori maggiori si registrano in Sardegna (1,46 per 1.000), Molise (1,10 per 1.000) ed Abruzzo (1,09 per 1.000) invece, per il regime di DH, in Sardegna (0,38 per 1.000), Sicilia (0,27 per 1.000) ed Umbria (0,26 per 1.000).

9.3 Area pediatrica ospedaliera

Significato. A seguito dell'introduzione dell'organizzazione dipartimentale, si sta assistendo anche nel nostro Paese, ad una progressiva valorizzazione del concetto di "area pediatrica ospedaliera" rispondente alla necessità di centralità dei bisogni del bambino in tutti gli ambiti di assistenza sanitaria e quindi anche quella ospedaliera (1).

L'area pediatrica è costituita dalle strutture e dal personale medico ed infermieristico dedicato, esclusivamente, al bambino ed all'adolescente, nella quale avviene il confronto con gli altri specialisti nell'ambito di un'attività multidisciplinare. Questo rappresenta un modello non più legato alla logica per reparti o sezioni diverse e separate, ma risponde ad una organizzazione dipartimentale che vede al centro il paziente ed in questo caso il soggetto in età pediatrica (dal neonato all'adolescente).

Nell'area pediatrica, sono, pertanto, incluse così le cure realizzate in aree cliniche e chirurgiche quali, ad esempio: ortopedia, neurologia, cardiologia.

Tab. 3 - Percentuale di ricoveri in area pediatrica nella popolazione di 0-14 anni* - Anni 1992, 1995,1997-2007

Anni	%
1992	56,0
1995	64,0
1997	65,0
1998	69,1
1999	69,8
2000	70,4
2001	73,9
2002	75,2
2003	77,4
2004	77,4
2005	79,1
2006	79,4
2007	80,5

*Sono esclusi gli Ospedali pediatrici ed i neonati sani.

Fonte dei dati: Perletti L, Ceccolini C. I dati sull'ospedalizzazione in Italia. In: Atti del 65° Congresso Nazionale SIP, Conferenza SIP, Padova. Anno 2009.

Descrizione dei risultati

La Tabella 3 presenta la percentuale di ricoveri in età pediatrica relativa ad un arco temporale ampio. L'andamento del fenomeno mostra il progressivo incremento dei ricoveri in area pediatrica che passa dal 56,0% all'80,5%.

La cura del bambino, anche affetto da patologie di competenza specialistica, ha dimostrato di essere associata a maggiori livelli di sicurezza, appropriatezza ed umanizzazione sia per il soggetto coinvolto che per la sua famiglia.

L'incompleta realizzazione dell'area pediatrica (valore ottimale pari al 100%) può essere causa di una carente/non appropriata assistenza per la quota interessata di giovani degenti.

Nella maggior parte dei casi (circa l'80%), c'è da ritenere si tratti di età 15-17 anni (2), per i quali si registra la mancanza e/o l'inadeguatezza di spazi e di personale medico ed infermieristico idoneamente formato a trattare tale fascia di età, particolarmente critica per alcuni aspetti

relazionali e, comunque, inadatta a soggiornare in un reparto dedicato appositamente all'infanzia o ad adulti/anziani.

Riferimenti Bibliografici

- (1) Lispi L, Germarelli R, Perletti L. L'ospedalizzazione pediatrica in Italia. Ministero della Salute, Roma, 2003.
- (2) Perletti L, Ceccolini C. L'ospedalizzazione in età pediatrica in Italia. In : Atti del 65° Congresso Nazionale SIP, Nuove frontiere della moderna pediatria. Relazione Anno 2009.

9.4 Ospedalizzazione per età, tipologia di attività e regime di ricovero

Significato. Nell'analisi dei tassi di ospedalizzazione pediatrici, occorre ricordare che, come per la popolazione adulta, a livello ospedaliero vengono trattate condizioni che potrebbero essere meglio gestite e controllate in ambito territoriale o ospedaliero con modalità alternativa al ricovero, come l'osservazione temporanea o le cure ambulatoriali. Anche per la popolazione pediatrica, dunque, indicatori relativi alle ospedalizzazioni possono dare informazioni sulle modalità di gestione di specifici quadri patologici in altri *setting* assistenziali (*Ambulatory Care Sensitive Conditions-ACSC*) (1). Si ricorda come, in Italia, i ricoveri in età pediatrica siano relativamente molto frequenti e mostrano valori superiori rispetto alla maggior parte dei Paesi omologhi in Europa (2).

Gli indicatori presentati consentono di calcolare i tassi di ospedalizzazione per classe di età e tipologia di ricovero, a livello regionale, in modo da poter evidenziare eventuali differenze geografiche. Sono stati calcolati i tassi regionali standardizzati per età riferiti al regime di Ricovero Ordinario (RO) ed al regime di Day Hospital (DH) nell'anno 2010. Come riferimento è stata utilizzata la popolazione media italiana del 2010.

Tab. 4 - Tasso (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per classe di età, tipologia di attività e regime di ricovero - Anno 2010*

Classi di età	Acuti		Riabilitazione		Lungodegenza
	Regime Ordinario	Day Hospital	Regime Ordinario	Day Hospital	
<1 anno	466,6	50,6	0,2	0,2	0,0
1-4 anni	80,8	38,6	0,5	0,6	0,0
5-14 anni	42,2	35,5	0,5	0,7	0,0

*Dati provvisori.

Nota: Tassi di ospedalizzazione calcolati sui soli ricoveri di residenti in Italia e dimessi da strutture pubbliche e private accreditate esclusi i casi con tipo attività, regime di ricovero o sesso errati.

La regione Marche non ha inviato i dati relativi al quarto trimestre 2010, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività è stato considerato un arco temporale di 12 mesi, dal 01/10/2009 al 30/09/2010.

La regione Campania non ha inviato i dati relativi al terzo ed al quarto trimestre 2010, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività è stato considerato un arco temporale di 12 mesi, dal 01/07/2010 al 30/06/2011.

Le regioni Puglia e Sardegna non hanno inviato i dati per l'anno 2010, pertanto sono stati considerati i dati inviati nell'anno 2009.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero - SDO. Anno 2010.

Tab. 5 - Tasso (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per classe di età in regime di Ricovero Ordinario per acuti e regione - Anno 2010°

Regioni	<1	1-4	5-14
Piemonte	480,1	59,3	35,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	354,7	49,9	48,8
Lombardia	559,5	77,3	41,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>376,8</i>	<i>63,6</i>	<i>39,9</i>
<i>Trento</i>	<i>392,5</i>	<i>44,1</i>	<i>27,2</i>
Veneto	325,8	49,6	26,7
Friuli Venezia Giulia	325,2	39,1	24,6
Liguria	495,2	67,6	36,9
Emilia-Romagna	408,1	66,1	37,7
Toscana	392,8	58,8	33,7
Umbria	498,8	85,0	43,2
Marche *	360,2	70,9	40,5
Lazio	487,5	78,2	38,1
Abruzzo	594,0	108,2	51,0
Molise	507,9	80,2	46,8
Campania **	425,0	90,3	46,2
Puglia ***	575,5	127,0	59,8
Basilicata	455,0	73,4	39,4
Calabria	473,8	96,5	47,4
Sicilia	484,9	120,7	55,5
Sardegna ***	470,2	101,0	47,8
Italia	466,6	80,8	42,2

°Dati provvisori.

Nota: Tassi di ospedalizzazione calcolati sui soli ricoveri di residenti in Italia e dimessi da strutture pubbliche e private accreditate esclusi i casi con tipo attività, regime di ricovero o sesso errati.

*La regione Marche non ha inviato i dati relativi al quarto trimestre 2010, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività è stato considerato un arco temporale di 12 mesi, dal 01/10/2009 al 30/09/2010.

**La regione Campania non ha inviato i dati relativi al terzo ed al quarto trimestre 2010, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività è stato considerato un arco temporale di 12 mesi, dal 01/07/2010 al 30/06/2011.

***Le regioni Puglia e Sardegna non hanno inviato i dati per l'anno 2010, pertanto sono stati considerati i dati inviati nell'anno 2009.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero - SDO. Anno 2010.

Tab. 6 - Tasso (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per classe di età calcolati sui dimessi da strutture pubbliche e private* - Anni 1998-2007

Anni	0-1	1-4	5-14
1998	451,9	172,5	77,5
2001	547,2	111,2	68,2
2003	545,4	69,8	69,8
2007	497,0	92,6	47,9

*Sono esclusi i neonati sani.

Fonte dei dati: Perletti L., Ceccolini C. I dati sull'ospedalizzazione in Italia. In: Atti del 65° Congresso Nazionale SIP, Conferenza SIP, Padova. Anno 2009.

Tab. 7 - Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere nella popolazione di 0-14 anni, con IC 95%, in regime di Ricovero Ordinario per acuti - Anno 2010

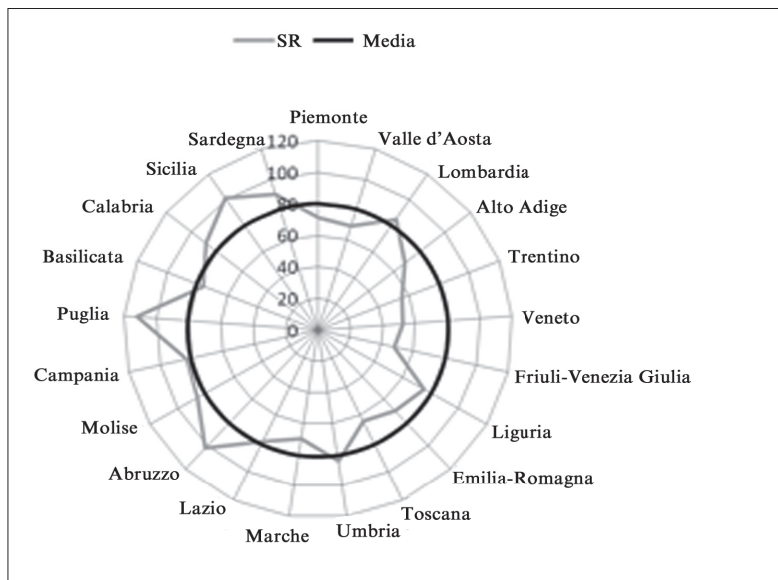
Regioni	Tassi std	L. I. IC 95%	L. S. IC 95%
Piemonte*	71,10	68,93	73,28
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste*	69,23	57,14	81,32
Lombardia**	85,30	83,79	86,81
Bolzano-Bozen*	68,45	62,79	74,12
Trento*	55,79	50,65	60,94
Veneto*	52,55	50,86	54,24
Friuli Venezia Giulia*	48,29	44,84	51,74
Liguria*	75,33	71,36	79,29
Emilia-Romagna*	69,72	67,62	71,83
Toscana*	64,09	61,83	66,35
Umbria**	84,44	79,19	89,69
Marche*	69,72	66,16	73,29
Lazio*	78,47	76,53	80,41
Abruzzo**	102,13	97,38	106,89
Molise	86,14	76,84	95,43
Campania**	83,00	81,15	84,85
Puglia**	111,83	109,13	114,52
Basilicata*	75,91	69,65	82,16
Calabria**	88,68	85,19	92,17
Sicilia**	101,31	99,04	103,58
Sardegna**	89,92	85,81	94,03
Italia	80,52		

*Regioni con tassi di dimissioni ospedaliere significativamente inferiore alla media italiana.

**Regioni con tassi di dimissioni ospedaliere significativamente superiore alla media italiana.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero - SDO. Anno 2010

Fig. 1 - Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere nella età popolazione di 0-14 anni in regime di Ricovero Ordinario per acuti - Anno 2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero - SDO. Anno 2010.

Descrizione dei risultati

Dalla lettura dei dati presenti in Tabella 4, relativa al tasso di ospedalizzazione per fascia di età, tipologia di attività e regime di ricovero, si osserva che, nei ricoveri per acuti, e per entrambi i regimi di ricovero, i tassi risultano decrescenti all'aumentare dell'età. La classe di età <1 anno presenta i tassi di ospedalizzazione più elevati sia in RO (466,6 per 1,000) che in DH (50,6 per 1.000), seguita dalla classe 1-4 anni (RO: 80,8 per 1.000; DH: 38,6 per 1.000). Il regime di ricovero in DH presenta tassi che vanno dal 50,6 per la classe <1 anno a 35,5 per la classe 5-14 anni. In riferimento alla riabilitazione ed alla lungodegenza i valori risultano notevolmente inferiori poiché i pazienti pediatrici vi ricorrono meno frequentemente.

A livello territoriale, per quanto riguarda i ricoveri per acuti in RO (Tabella 5), per tutte le classi di età considerate, è il Friuli Venezia Giulia a registrare i tassi di ospedalizzazione più bassi (classe <1 anno: 325,2 per 1.000; classe 1-4 anni: 39,1 per 1.000; classe 5-14 anni: 24,6 per 1.000). Relativamente alla classe di età <1 anno, il valore più alto si rileva in Abruzzo (594,0 per 1.000) invece, per le fasce di età successive,

il tasso di ospedalizzazione più elevato si riscontra in Puglia (classe 1-4 anni: 127,0 per 1.000; classe 5-14 anni: 59,8 per 1.000).

In generale, si osserva un gradiente crescente Nord-Sud, infatti, le regioni meridionali presentano valori maggiori rispetto alle regioni del Centro-Nord e del dato nazionale, ad eccezione della Basilicata per tutte le classi di età considerate, della Campania per la classe di età <1 anno e del Molise per la fascia 1-4 anni.

Relativamente ai tassi di ospedalizzazione calcolati sui dimessi da strutture pubbliche e private (Tab. 6) si evidenzia un andamento decrescente nel tempo (1998-2007) nelle classi di età 1-4 e 5-14 anni (rispettivamente, 172,5 vs 92,6 per 1.000; 77,5 vs 47,9 per 1.000), mentre nella fascia di età 0-1 anno si registra un aumento (451,9 vs 497,0 per 1.000).

La Tabella 7 illustra i tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per regione. Le regioni che presentano un tasso di ospedalizzazione per età significativamente più basso del dato nazionale sono Piemonte, Valle d'Aosta, PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Lazio e Basilicata. Le regioni che presentano, invece, tassi significativamente superiori al valore nazionale sono Lombardia, Umbria, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna.

Per identificare più efficacemente lo scostamento dei tassi regionali standardizzati dal dato nazionale, si è scelto di usare come tecnica di rappresentazione il grafico a ragnatela (Fig. 1).

Riferimenti Bibliografici

(1) McDonald et al, Preliminary Assessment of Pediatric Health Care Quality and Patient Safety in the United States Using Readily Available Administrative Data, *Pediatrics* 2008; 122; e416-e425.

(2) Perletti L, Ceccolini C. I dati sull'ospedalizzazione in Italia. In: Atti del 65° Congresso Nazionale SIP, Conferenza SIP, Padova. Anno 2009.

Ringraziamenti

Si ringrazia il Dott. Jacopo Lenzi dell'Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna.

9.5 Ospedalizzazione per DRG medici e chirurgici

Significato. Il sistema *Diagnosis-Related Group* o, più semplicemente DRG, permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un Ospedale (ricoverati in Regime Ordinario-RO o Day Hospital-DH) in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impegnate. Il DRG viene attribuito ad ogni paziente dimesso ed una delle finalità principali del sistema è quella di controllare e contenere la spesa sanitaria.

L'indicatore presentato consente di calcolare il tasso di ospedalizzazione per DRG medici e chirurgici e di valutare sia i diversi comportamenti delle regioni dopo l'introduzione dell'autonomia regionale in ambito sanitario che l'efficacia delle politiche adottate per ridurre l'ospedalizzazione e contrastare il fenomeno dell'inappropriatezza dei ricoveri.

Tab. 8 - Tasso specifico per età (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per DRG medici nella popolazione di 0-18 anni, per regime di ricovero e regione - Anni 2002, 2009

Regioni	2002			2009		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	46,2	25,1	71,3	49,3	14,9	64,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	51,2	26,8	78,0	44,4	16,7	61,1
Lombardia	63,6	27,6	91,1	63,3	15,4	78,7
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>64,9</i>	<i>23,3</i>	<i>88,2</i>	<i>51,3</i>	<i>18,8</i>	<i>70,1</i>
<i>Trento</i>	<i>50,9</i>	<i>14,0</i>	<i>64,9</i>	<i>35,8</i>	<i>14,5</i>	<i>50,3</i>
Veneto	45,1	13,3	58,3	38,5	8,4	46,9
Friuli Venezia Giulia	25,9	16,5	42,4	31,8	15,6	47,4
Liguria	60,7	54,4	115,0	56,6	50,1	106,7
Emilia-Romagna	46,9	18,7	65,6	46,1	14,2	60,3
Toscana	45,6	27,4	72,9	41,9	30,5	72,5
Umbria	58,1	35,0	93,1	62,1	30,9	93,0
Marche	54,3	28,7	83,1	49,5	24,3	73,8
Lazio	64,7	65,5	130,2	61,6	77,8	139,4
Abruzzo	84,5	45,8	130,4	74,2	33,3	107,6
Molise	75,6	20,7	96,3	62,1	45,8	107,9
Campania	67,1	34,1	101,1	64,5	44,6	109,1
Puglia	78,8	7,7	86,6	80,0	15,0	95,0
Basilicata	57,9	23,8	81,7	54,1	35,9	90,0
Calabria	63,2	34,8	98,1	63,5	35,5	99,0
Sicilia	87,0	57,9	144,9	66,9	39,0	106,0
Sardegna	57,3	39,7	97,0	64,5	26,0	90,5
Italia	62,7	32,8	95,5	58,3	29,9	88,2

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. www.demoistat.it per la popolazione. Anno 2011.

Tab. 9 - Tasso specifico per età (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per DRG chirurgici nella popolazione di 0-18 anni, per regime di ricovero e regione - Anni 2002, 2009

Regioni	2002			2009		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	21,2	8,7	29,9	19,1	7,6	26,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	27,6	6,3	33,8	27,7	7,4	35,0
Lombardia	23,6	6,6	30,2	19,2	6,7	25,9
<i>Bolzano-Bozen</i>	27,7	3,9	31,6	17,3	11,0	28,3
<i>Trento</i>	19,3	12,8	32,1	12,5	16,9	29,4
Veneto	16,4	13,0	29,5	11,9	14,4	26,2
Friuli Venezia Giulia	17,9	10,0	28,0	14,2	10,7	24,9
Liguria	25,0	9,8	34,8	13,3	16,6	29,9
Emilia-Romagna	21,4	7,8	29,3	19,1	6,2	25,2
Toscana	16,4	11,4	27,8	16,7	9,5	26,3
Umbria	15,2	12,6	27,8	17,6	6,7	24,3
Marche	24,6	4,8	29,4	19,6	6,8	26,4
Lazio	22,2	6,9	29,1	14,9	9,6	24,4
Abruzzo	26,0	4,3	30,3	18,1	7,1	25,3
Molise	24,6	2,6	27,2	19,0	6,0	25,1
Campania	21,8	5,3	27,1	15,9	9,0	25,0
Puglia	22,7	2,5	25,2	17,9	5,2	23,2
Basilicata	16,7	4,2	20,9	13,4	8,1	21,5
Calabria	22,4	2,9	25,3	14,6	7,1	21,7
Sicilia	25,9	5,7	31,6	15,1	9,8	25,0
Sardegna	19,9	2,8	22,7	16,2	5,7	21,8
Italia	21,9	6,8	28,7	16,6	8,7	25,2

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. www.demoistat.it per la popolazione. Anno 2011.

Descrizione dei risultati

DRG medici

Nel 2009, il tasso di dimissione specifico per età per DRG medici (Tab. 8) è pari, a livello nazionale, a 88,2 (per 1.000) (-7,6% rispetto al 2002). Nel complesso, relativamente alla distribuzione territoriale, si evidenziano, per l'ultimo anno considerato (2009), valori più elevati al Sud e nelle Isole rispetto alla maggior parte delle regioni del Centro-Nord. Considerando separatamente i regimi di ricovero si è registrata una diminuzione del 7,0% per i ricoveri in RO e dell'8,9% per i ricoveri in DH. Le regioni che presentano il decremento maggiore sono la PA di Trento (-29,7%) per il RO e la Lombardia (-44,0%) per il DH, mentre le regioni che presentano un andamento controcorrente sono, soprattutto, per il RO il Friuli Venezia Giulia (22,7%) e per il DH il Molise (121,6%). In generale, il *range*

del tasso per il regime di ricovero in RO è più contenuto, variando da 31,8 (per 1.000) del Friuli Venezia Giulia a 80,0 (per 1.000) della Puglia, rispetto a ciò che si osserva per il ricovero in DH i cui valori oscillano da 8,4 (per 1.000) del Veneto a 77,8 (per 1.000) del Lazio.

DRG chirurgici

Nel 2009, il tasso di dimissione specifico per età per DRG chirurgici (Tab. 9) è pari, a livello nazionale, a 25,2 (per 1.000) (-12,0% rispetto al 2002). Nel complesso, relativamente alla distribuzione territoriale si evidenziano, per l'ultimo anno considerato (2009), valori superiori o uguali al dato nazionale nelle regioni del Centro-Nord ad eccezione del Friuli Venezia Giulia, mentre nel Meridione i valori sono inferiori o pari a quello italiano. Considerando separatamente i regimi di ricovero si è registrata una diminuzione del 24,4% per i ricoveri in RO invece, per i ricoveri in DH, si è osservato un aumento del 28,1%. Per il RO le uniche regioni che presentano un andamento controcorrente e, quindi, in aumento sono la Valle d'Aosta, la Toscana e l'Umbria, mentre per il DH le regioni che presentano un andamento opposto, cioè in diminuzione, rispetto al resto del Paese sono il Piemonte, l'Emilia-Romagna, la Toscana e l'Umbria. Da evidenziare, per il regime in DH, sono gli incrementi consistenti registrati nella PA di Bolzano (+178,4%), in Calabria (+145,6%) ed in Molise (+130,8%). Le regioni che presentano il valore maggiore e minore per il regime di ricovero in RO sono, rispettivamente, la Valle d'Aosta (27,7 per 1.000) ed il Veneto (11,9 per 1.000) invece, per il ricovero in DH, sono la PA di Trento (16,9 per 1.000) e la Puglia (5,2 per 1.000).

È attualmente in corso una ricerca al fine di determinare in modo più chiaro il numero totale dei DRG chirurgici nei soggetti in età pediatrica, calcolando anche i ricoveri in Day Surgery e quelli ordinari di 1 giorno con pernottamento. Gli standard che emergono, in ambito europeo, sembrano indicare un numero molto alto di Unità Operative di chirurgia pediatrica, ben 63 nel nostro Paese, con 23 cattedre di insegnamento universitario. Il bacino di utenza per garantire una sufficiente casistica e sufficienti volumi di attività, unitamente ad assicurare una formazione specialistica adeguata, è stato calcolato essere pari a 2,5 milioni di abitanti (1).

Riferimenti Bibliografici

(1) Burgio G.R., Bertelloni S.: Una pediatria per la società che cambia. Tecniche Nuove 2007.

9.6 Utilizzo del Day Hospital per DRG medici a rischio di inappropriatelyzza

Significato. L'analisi dei dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) per i 108 DRG ad alto rischio di non appropriatezza, indicati nell'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 3 dicembre 2009, permette di valutare, a livello nazionale e regionale, la distribuzione degli stessi tra ricoveri in Regime Ordinario (RO) ed in Day Hospital (DH).

L'ampliamento dei 43 DRG a rischio di inappropriatelyzza, definiti con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza a 108", si riferisce agli interventi ospedalieri che dovranno essere preferibilmente effettuati in regime di Day Hospital anziché in Ricovero Ordinario. Tutto ciò al fine di una maggiore appropriatezza delle prestazioni e per una gestione più attenta e razionale delle risorse economiche.

L'indicatore presentato, in cui il dato relativo alla fascia 0-14 anni viene affiancato a quello della cosiddetta popolazione giovane adulta (15-24), descrive l'entità di utilizzo del ricovero in regime di DH rispetto al RO ed il tasso di dimissioni ospedaliere nella popolazione pediatrica residente.

Tab. 10 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital per i DRG medici a rischio di inappropriatelyzza per classe di età e regione - Anno 2009

Regioni	0-14	15-24
Piemonte	46,0	50,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	36,8	38,2
Lombardia	25,5	42,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>41,0</i>	<i>40,2</i>
<i>Trento</i>	<i>46,9</i>	<i>47,8</i>
Veneto	32,8	29,5
Friuli Venezia Giulia	53,8	48,5
Liguria	60,2	65,9
Emilia-Romagna	38,5	40,0
Toscana	64,6	52,5
Umbria	46,6	40,3
Marche	50,7	44,9
Lazio	66,8	62,7
Abruzzo	45,0	39,8
Molise	53,6	51,5
Campania	54,8	42,5
Puglia	19,1	22,0
Basilicata	51,8	55,5
Calabria	49,1	43,1
Sicilia	45,7	59,4
Sardegna	40,7	36,7
Italia	46,2	46,4

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

Tab. 11 - Tasso specifico per età (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per i DRG medici a rischio di inappropriata nella popolazione di 0-14 anni, per regime di ricovero e regione - Anno 2009

Regioni	RO	DH	Totale
Piemonte	10,85	9,23	20,08
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	11,83	6,88	18,70
Lombardia	30,63	10,51	41,14
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>20,15</i>	<i>14,03</i>	<i>34,18</i>
<i>Trento</i>	<i>11,51</i>	<i>10,15</i>	<i>21,67</i>
Veneto	10,84	5,29	16,12
Friuli Venezia Giulia	8,43	9,80	18,23
Liguria	19,99	30,20	50,19
Emilia-Romagna	13,02	8,13	21,15
Toscana	10,53	19,20	29,74
Umbria	20,08	17,51	37,59
Marche	13,94	14,32	28,26
Lazio	23,36	47,02	70,38
Abruzzo	24,59	20,09	44,69
Molise	27,31	31,58	58,89
Campania	24,93	30,18	55,11
Puglia	29,87	7,04	36,90
Basilicata	17,13	18,42	35,55
Calabria	23,84	23,03	46,87
Sicilia	26,28	22,14	48,42
Sardegna	21,22	14,58	35,80
Italia	21,35	18,32	39,67

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

Tab. 12 - Tasso specifico per età (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per i DRG medici a rischio di inappropriata nella popolazione di 15-24 anni, per regime di ricovero e regione - Anno 2009

Regioni	RO	DH	Totale
Piemonte	5,47	5,51	10,98
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	9,57	5,90	15,48
Lombardia	8,95	6,50	15,45
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>10,00</i>	<i>6,73</i>	<i>16,74</i>
<i>Trento</i>	<i>6,99</i>	<i>6,39</i>	<i>13,38</i>
Veneto	6,92	2,89	9,81
Friuli Venezia Giulia	5,92	5,57	11,49
Liguria	9,42	18,18	27,60
Emilia-Romagna	7,62	5,08	12,71
Toscana	7,03	7,76	14,78
Umbria	11,04	7,45	18,49
Marche	6,95	5,66	12,61
Lazio	11,34	19,09	30,43
Abruzzo	12,55	8,30	20,85
Molise	13,31	14,14	27,45
Campania	20,32	14,99	35,30
Puglia	16,79	4,75	21,54
Basilicata	9,60	11,99	21,59
Calabria	15,91	12,07	27,97
Sicilia	10,93	16,00	26,94
Sardegna	14,90	8,65	23,54
Italia	11,38	9,87	21,25

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

Descrizione dei risultati

Nel 2009 (Tab. 10), l'analisi della percentuale di ricoveri in DH per i 108 DRG medici a rischio di inappropriata evidenza, a livello nazionale, un valore di 46,2% per la classe di età 0-14 anni e di 46,4% per la classe 15-24 anni (quest'ultima fascia, che include solo in parte l'area pediatrica, può essere utile come dato di raffronto per il comportamento inappropriato regionale per una fascia limitrofa). Da sottolineare, è l'ampia variabilità regionale con un *range* che varia dal 19,1% della Puglia al 66,8% del Lazio per la fascia di età 0-14 anni e dal 22,0% della Puglia al 65,9% della Liguria per la classe 15-24 anni. Per entrambe le classi di età considerate, circa la metà delle regioni presentano valori inferiori al dato nazionale.

Per valutare l'appropriatezza dei ricoveri, fondamentale è conoscere la misura del tasso specifico per età. Nel 2009 (Tab. 11), il tasso relativo alla fascia di età 0-14 anni, complessivamente, risulta pari a 39,67 (per 1.000) e mostra una distribuzione disomogenea con un *range* molto ampio (da 16,12 per 1.000 del Veneto a 70,38 per 1.000 del Lazio). Nella fascia 15-24 anni (Tab. 12), invece, non si evidenziano scostamenti consistenti ed il valore nazionale è pari a 21,25 (per 1.000). Per tale classe di età il dato massimo si rileva in Campania (35,30 per 1.000) ed il valore minimo in Veneto (9,81 per 1.000).

Considerando separatamente i regimi di ricovero, per le due distribuzioni per età, i tassi di dimissioni ospedaliere in RO risultano prevalere rispetto a quelli in DH (classe 0-14 anni: RO 21,35 per 1.000; DH 18,32 per 1.000; classe 15-24 anni: RO 11,38 per 1.000; DH 9,87 per 1.000). A livello territoriale, si evidenziano, relativamente alla fascia di età 0-14 anni e per entrambe le tipologie di ricovero, valori superiori al dato nazionale nelle regioni meridionali, ad eccezione del dato relativo al tasso in RO della Basilicata e della Sardegna e per il DH della Puglia e della Sardegna. Analoga situazione si riscontra per la classe di età 15-24 anni, ma, in tal caso, le eccezioni sono per il RO la Basilicata e la Sicilia e per il DH l'Abruzzo, la Puglia e la Sardegna.

Tale analisi è confermata dalle evidenze, relative al 2007, sui primi 10 DRG medici per numerosità di dimissioni nella fascia di età 0-17 in regime di RO, in cui compaiono alcune cause di ricovero a rischio di inappropriatezza (Esofagite, gastroenterite ed altre malattie dell'apparato digerente; Bronchite ed asma; Otite media ed infezioni delle vie respiratorie; Convulsioni e cefalea; Polmonite semplice e pleurite). Queste ricoprono circa il 55,0% dei primi 10 DRG medici ed il 23,4% di tutti i ricoveri ordinari in età pediatrica (1).

Riferimenti Bibliografici

(1) Perletti L, Ceccolini C. I dati sull'ospedalizzazione in Italia. In: Atti del 65° Congresso Nazionale SIP, Conferenza SIP, Padova. Anno 2009.

9.7 Mobilità ospedaliera in età pediatrica

Significato. Il ricovero in una struttura ospedaliera situata in una regione diversa da quella di residenza del paziente in età pediatrica costituisce un fenomeno frequente in termini quantitativi e rilevante per la programmazione sanitaria. La valutazione dell'entità del fenomeno fornisce indicazioni sui Livelli Essenziali di Assistenza che devono essere garantiti dalle regioni e su possibili squilibri nell'organizzazione dei servizi sanitari.

Tuttavia, va tenuto presente che una parte della mobilità ospedaliera in età pediatrica è determinata da cause oggettive (mobilità verso centri di alta specialità o per il trattamento di malattie rare), mentre un'altra parte è legata alla vicinanza geografica tra il luogo di residenza e la struttura ospedaliera, ma rimane una mobilità residua che può essere considerata "evitabile" attraverso un'adeguata distribuzione ed organizzazione dei servizi territoriali ed ospedalieri.

Gli indicatori descritti di seguito non consentono di scorporare le diverse motivazioni che sono alla base della mobilità interregionale.

L'analisi effettuata per regione, in relazione ai DRG ad alto rischio di non appropriatezza e per le principali categorie diagnostiche, consente di valutare il fenomeno nel complesso e di individuare le principali criticità.

Tab. 13 - Mobilità ospedaliera in regime di Ricovero Ordinario nella classe di età 0-17 anni per regione* - Anno 2009

Regioni	Dimissioni in uscita	% Dimissioni in uscita	Giornate di degenza in uscita	% Giornate di degenza in uscita	Dimissioni in entrata	% Dimissioni in entrata
Piemonte	4.185	8,8	23.528	9,9	2.193	4,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	482	31,8	2.933	39,1	64	5,8
Lombardia	6.126	4,4	31.674	4,7	9.533	6,7
<i>Bolzano-Bozen</i>	387	5,5	3.326	10,2	545	7,6
<i>Trento</i>	990	20,5	6.257	25,4	352	8,4
Veneto	3.432	8,1	17.977	7,5	3.970	9,2
Friuli Venezia Giulia	866	10,2	6.190	14,1	1.352	15,1
Liguria	1.383	8,8	7.729	9,4	6.975	32,6
Emilia-Romagna	3.573	7,7	19.588	8,8	8.567	16,6
Toscana	2.564	7,6	15.423	8,5	5.754	15,6
Umbria	2.025	18,0	12.116	24,8	1.483	13,9
Marche	2.517	14,2	14.837	16,1	1.866	11,0
Lazio	4.030	5,3	19.714	5,1	12.307	14,7
Abruzzo	3.499	17,0	21.961	22,3	1.652	8,8
Molise	1.224	28,6	7.718	36,1	665	17,8
Campania	8.340	8,6	50.351	11,7	2.133	2,3
Puglia	6.119	8,0	38.411	10,7	2.944	4,0
Basilicata	1.981	28,3	12.596	37,8	876	14,9
Calabria	5.286	18,0	34.968	25,2	927	3,7
Sicilia	5.637	6,4	40.019	9,2	2.049	2,4
Sardegna	1.586	7,5	11.395	11,1	25	0,1
Italia	66.232	8,3	398.711	10,2	66.232	8,3

*Sono escluse 9.449 dimissioni di pazienti residenti all'estero e 557 dimissioni di cui non è nota la regione di residenza.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

Tab. 14 - Mobilità ospedaliera in regime di Ricovero Ordinario nella classe di età 0-17 anni per i primi 15 DRG inappropriati per numero di dimissioni fuori regione* - Anno 2009

DRG	Tipo	Descrizione	Dimissioni in uscita	% Dimissioni in uscita	Dimissioni totali
184	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età <18 anni	1.854	4,7	39.125
333	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età <18 anni	1.261	23,9	5.273
410	M	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.165	30,0	3.877
60	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età <18 anni	1.014	7,0	14.439
70	M	Otite media ed infezioni alte vie respiratorie, età <18 anni	970	3,3	29.115
467	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	946	3,9	24.059
41	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età <18 anni	915	43,1	2.124
256	M	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	773	21,9	3.525
429	M	Disturbi organici e ritardo mentale	730	24,1	3.028
340	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età <18 anni	690	12,3	5.623
503	C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	640	22,9	2.795
241	M	Malattie del tessuto connettivo senza CC	611	26,8	2.280
538	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	605	27,6	2.195
74	M	Altre diagnosi relative ad orecchio, naso, bocca e gola, età <18 anni	468	12,4	3.782
227	C	Interventi sui tessuti molli senza CC	423	29,7	1.425
		Totale primi 15 DRG inappropriati	13.065	9,2	142.665
		Totale primi 15 DRG inappropriati (percentuale sul totale)	66,5		71,7
		Totale 108 DRG inappropriati	19.656	9,9	198.909

*Sono esclusi i Ricoveri Ordinari di un giorno.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

Tab. 15 - Mobilità ospedaliera in regime di Ricovero Ordinario nella classe di età 0-17 anni per i primi venti Aggregati Clinici di Codice per numero di dimissioni fuori regione - Anno 2009

ACC	Descrizione	Dimissioni in uscita	% Dimissioni in uscita	Dimissioni totali
217	Altre anomalie congenite	4.866	26,8	18.175
83	Epilessia e convulsioni	2.135	8,8	24.302
215	Anomalie congenite dell'apparato genitourinario	2.004	16,6	12.097
124	Tonsillite acuta e cronica	1.998	5,5	36.119
213	Anomalie congenite del cuore e del sistema circolatorio	1.859	20,2	9.202
218	Nati vivi sani	1.629	3,5	47.101
45	Chemioterapia e radioterapia	1.616	23,1	6.995
95	Altri disturbi del sistema nervoso	1.439	25,8	5.577
219	Prematurità, immaturità, basso peso alla nascita e ritardo della crescita fetale	1.354	4,0	34.080
47	Altri e non specificati tumori benigni	1.272	24,0	5.302
82	Paralisi	1.258	42,1	2.990
58	Altri disordini endocrini, metabolici e nutrizionali	1.166	18,1	6.445
91	Altri disturbi degli occhi	1.147	26,8	4.272
224	Altre condizioni perinatali	1.145	3,3	35.021
74	Altre condizioni mentali	1.115	24,6	4.538
212	Altre malattie delle ossa e deformazioni muscoloscheletriche	965	30,8	3.129
208	Deformazioni acquisite del piede	960	25,6	3.747
126	Altre infezioni delle vie respiratorie superiori	950	3,9	24.660
	Totale primi 20 ACC	30.549	9,8	312.242
	Totale primi 20 ACC (percentuale sul totale)	46,1		39,2
	Totale ACC	66.232	8,3	795.736

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

Descrizione dei risultati

Nel 2009, sono state 66.232 le dimissioni in regime di Ricovero Ordinario (RO) di pazienti in età 0-17 anni effettuate in regioni diverse da quella di residenza. Rispetto al totale dei ricoveri, la mobilità ospedaliera interregionale in età pediatrica pesa per l'8,3%. Tale percentuale è leggermente più elevata di quella calcolata sul complesso dei pazienti (7,5%).

Nel tempo tende a ridursi il numero assoluto di dimissioni effettuate fuori regione (erano quasi 78.000 nel 2001), ma in termini relativi il fenomeno è sempre più rilevante: nel 2001 la mobilità ospedaliera in età pediatrica riguardava il 7,5% delle dimissioni ed, attualmente, rappresenta l'8,3%.

La mobilità ospedaliera interregionale, come precedentemente affermato, dipende in parte dalla vicinanza geografica. Tale fenomeno è testimoniato dall'elevato valore della percentuale di mobilità in uscita nelle regioni più piccole: Valle d'Aosta, Molise, Basilicata presentano, nel 2009, percentuali dell'indice di emigrazione prossima al 30% (Tab. 13). Fa eccezione la PA di Bolzano (5,5%) per la probabile emigrazione verso i Paesi esteri confinanti. Oltre a queste realtà territoriali, le regioni con un flusso di emigrazione significativamente superiore alla media sono la Calabria (18,0%), l'Abruzzo (17,0%), l'Umbria (18,0%) e la PA di Trento (20,5%).

Analizzando le giornate di degenza in RO, che in qualche modo sono correlate alla complessità del ricovero, il fenomeno presenta le stesse differenze territoriali evidenziate per le dimissioni, ma appare ancora più rilevante in termini quantitativi. Delle giornate di degenza complessive, circa 3,9 milioni, sono quasi 400 mila le giornate spese in ospedali localizzati in regioni diverse da quella di residenza del paziente pediatrico. La percentuale di giornate di degenza in uscita è, in media, pari al 10,2% e nelle "regioni di fuga" (Calabria, Abruzzo, Umbria, PA di Trento) circa una giornata di degenza ogni quattro viene effettuata in strutture fuori regione.

Per quanto riguarda la mobilità in entrata, le regioni che accolgono la quota più elevata della mobilità sono quelle con importanti Ospedali pediatrici: prima fra tutte la Liguria in cui il 32,6% delle dimissioni di pazienti di età 0-17 anni sono relative a persone residenti fuori regione. Seguono, a distanza, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia-Romagna, la Toscana, il Lazio ed il Molise con percentuali che variano tra il 15,0-17,0%.

Limitando l'analisi ai 108 DRG ad alto rischio di non appropriatezza, indicati nell'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni nella

seduta del 3 dicembre 2009, il fenomeno della mobilità ospedaliera in età pediatrica è ancora più rilevante: dei 66.000 ricoveri effettuati fuori regione sono quasi 20.000 (30,0%) quelli riconducibili a DRG inappropriati (la percentuale di ricoveri a rischio di inappropriately nei pazienti di 0-17 anni, complessivamente, è pari al 25,0%). Inoltre, rispetto ad una media dell'8,3% di "emigrazione ospedaliera", la percentuale sale al 9,9% tra le dimissioni inappropriate. Si tratta, quindi, di una quota importante di mobilità che potrebbe essere "evitata".

Distinguendo i singoli DRG a rischio di inappropriately, la Tabella 14 riporta i primi 15 DRG per numero di ricoveri in regime di RO effettuati fuori regione per soggetti di età compresa tra 0-17 anni. Questi rappresentano il 66,5% del totale dei ricoveri extraregionali ed il 71,7% dei ricoveri inappropriati totali. La mobilità ospedaliera interregionale ad elevato rischio di inappropriately nella fascia di età pediatrica in valore assoluto è determinata, principalmente, da: esofagiti, gastroenteriti ed altre malattie dell'apparato digerente; da diagnosi relative a patologie del rene e delle vie urinarie, da chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta e da tonsillectomia e/o adenoidectomia.

Riferendosi, invece, ai valori percentuali della mobilità, quindi ai flussi più consistenti rispetto al totale delle dimissioni inappropriate, i DRG più importanti sono relativi agli "interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita", gli "interventi sui tessuti molli senza complicazioni", le "malattie del tessuto connettivo senza complicazioni" e, ritorna per importanza, la "chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta".

Il fenomeno della mobilità ospedaliera in età pediatrica è stato, infine, analizzato in riferimento alla diagnosi principale raggruppata per Aggregati Clinici di Codici (ACC)¹. Nella Tabella 15 sono riportati i primi 20 ACC per numerosità di dimissioni extra regione: questi rappresentano quasi la metà delle dimissioni effettuate fuori regione ed il 39,2% delle dimissioni totali. All'ACC "altre anomalie congenite" corrisponde il numero assoluto più elevato di dimissioni fuori regione (quasi 5.000 casi) ed anche in termini relativi la percentuale di emigrazione ospedaliera è molto più alta della media (26,8%). Seguono per importanza gli ACC "epilessia e convulsioni", "anomalie congenite

¹ Gli ACC sono stati sviluppati a partire dal 1993 dall'Agenzia federale sanitaria statunitense, attualmente denominata Ahqr (*Agency for healthcare quality and research*), con lo scopo di raggruppare i codici Icd9cm in un set ristretto di classi relativamente omogenee e di utilità per i ricercatori ed analisti di politica sanitaria.

dell'apparato genitourinario”, “tonsillite acuta e cronica”, “anomalie congenite del cuore e del sistema circolatorio”. Si precisa, inoltre, che dall'analisi sono stati esclusi i neonati sani con DRG 391. Pertanto, l'ACC relativo ai “nati vivi sani” si riferisce a neonati con problemi di salute (si ricorda, infatti, che l'ACC considera solo la diagnosi principale, mentre eventuali diagnosi patologiche possono essere riportate tra le diagnosi secondarie); difatti, nella maggior parte di questi casi è stato riportato il DRG 390 che corrisponde a “neonati con altre affezioni significative”.

In termini relativi, rispetto al totale delle dimissioni per singolo ACC, i valori percentuali della mobilità più elevati sono relativi alle “paralisi” (42,1%), alle “altre malattie delle ossa e deformazioni muscoloscheletriche” (30,8%), agli “altri disturbi degli occhi” ed alle “altre anomalie congenite” (26,8%).

Approfondimento - L'assistenza ospedaliera e le cure pediatriche in Italia

*Prof. Riccardo Longhi**

L'assistenza ospedaliera costituisce il caposaldo delle cure pediatriche in Italia. Nonostante la capillare diffusione sul territorio della pediatria di famiglia, i sempre più frequenti accessi al Pronto Soccorso, anche per patologie di scarsa rilevanza, dimostrano che l'Ospedale non è ancora riuscito ad affrancarsi dal ruolo di erogatore di cure di I livello.

Questa situazione contribuisce, sicuramente, a rendere inefficiente un sistema che dovrebbe essere tarato sulle cure di II e III livello.

Le principali criticità che interessano la rete pediatrica ospedaliera sono:

- un'eccessiva capillarizzazione dei servizi, con conseguente pleora di piccole Unità Operative (UO) con ridotti livelli di attività di degenza, a bassa o bassissima intensità assistenziale, legata anche ad un difficile e spesso inadeguato aggiornamento tecnologico, tanto che i reparti di pediatria risultano tra i meno attrezzati di tutta la sanità italiana;

- un'importante contrazione del numero dei pediatri disposti ad iniziare la carriera ospedaliera, motivata da una scarsa gratificazione professionale ed economica a fronte di un'attività certamente impegnativa e di notevole responsabilità. La situazione peggiorerà, sicuramente, nei prossimi anni a causa dell'importante, progressiva diminuzione dei pediatri *in toto* per l'impossibilità di coprire con i neospecialisti le posizioni lasciate vacanti dall'elevato numero di pediatri in pensionamento;

- l'impossibilità dei Dirigenti a maturare sufficiente esperienza clinica per i casi di maggiore impegno assistenziale, divisi come sono tra troppi Centri ospedalieri.

Consapevole di queste problematiche, la Società Italiana di Pediatria (SIP) ha effettuato, nel 2007, un'indagine telematica, giunta ora alla sua seconda edizione, coinvolgendo tutte le UU. OO. di Pediatria e Neonatologia italiane con lo scopo di ottenere un quadro il più possibile veritiero della Pediatria Ospedaliera, premessa indispensabile a qualsiasi proposta di riorganizzazione

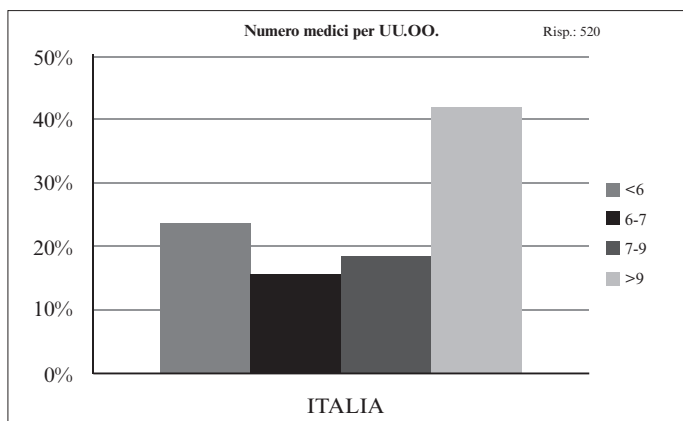
* Società Italiana di Pediatria.

dell'assistenza pediatrica nel nostro Paese.

Questi dati sono stati pubblicati e sono anche reperibili sul sito SIP (www.sip.it). Qui di seguito vengono presentati solo i risultati più rilevanti emersi da questa indagine. Hanno risposto 520 UO complesse su 664 censite.

Poco meno di un quarto delle UO ha in organico meno di 6 Dirigenti e solo il 42% ne ha più di 9 (Fig. 1).

Fig. 1 - Organico medico per Unità Operativa di pediatria - Anno 2006

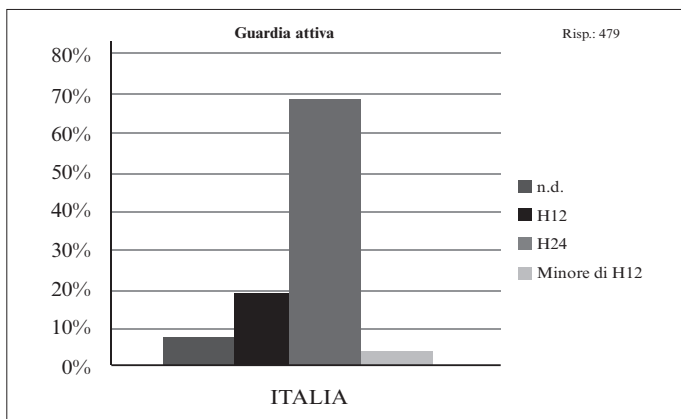


Fonte dei dati: Longhi R, SIP.

Un altro parametro fondamentale per definire l'adeguatezza dell'assistenza ospedaliera pediatrica è la presenza di guardia attiva.

A questo proposito, i dati evidenziano una situazione forse migliore di quanto ci si aspettasse. Il 69% delle UO che hanno risposto al questionario presenta una guardia attiva 24 ore su 24, mentre solo il 19% per 12 ore (Fig. 2).

Fig. 2 - Presenza di guardia attiva per disponibilità oraria nelle Unità Operative di pediatria - Anno 2006

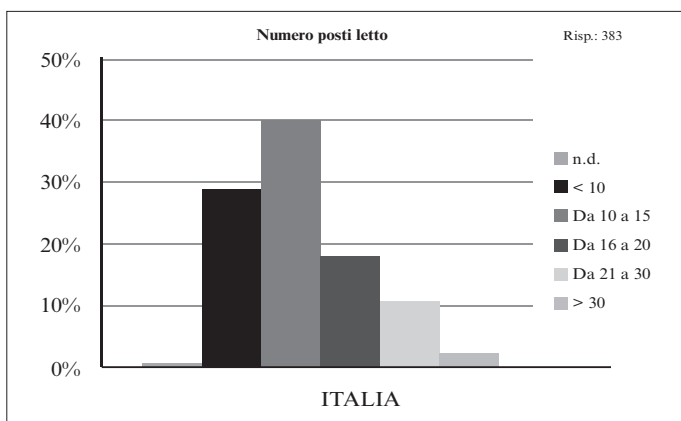


Fonte dei dati: Longhi R, SIP.

Degenza Ordinaria

Dai dati relativi al numero di posti letto di degenza ordinaria, emerge che ben il 28% delle strutture pediatriche ne ha meno di 10 e solo il 12% ne ha più di 20 (Fig. 3).

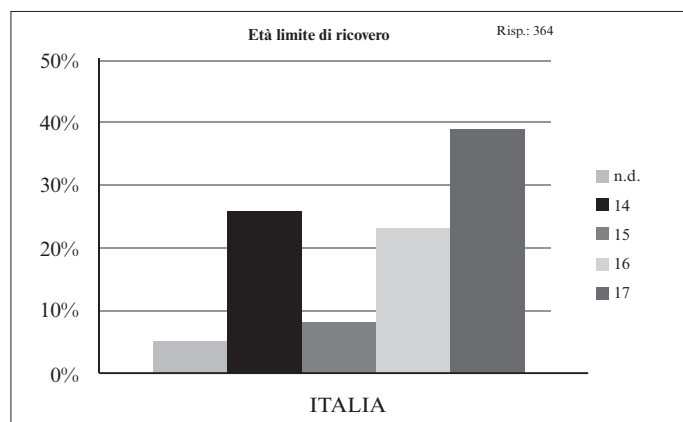
Fig. 3 - Disponibilità di posti letto in Regime Ordinario nelle Unità Operative di pediatria - Anno 2006



Fonte dei dati: Longhi R, SIP.

L'analisi dell'età limite di ricovero nei reparti pediatrici indica che l'area pediatrica è una realtà ancora lontana da raggiungere: soltanto il 39% delle Pediatrie ricovera fino ai 17 anni, mentre ben il 26% ricovera solo fino ai 14 anni di età (Fig. 4).

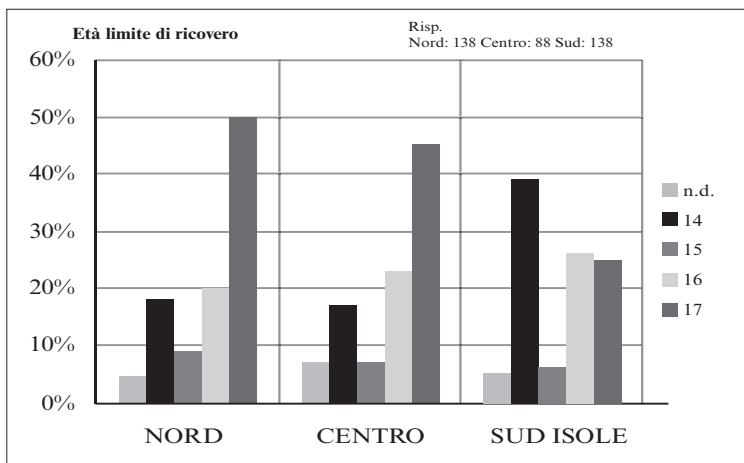
Fig. 4 - Caratterizzazione anagrafica dell'utenza (limite superiore di età) nelle Unità Operative di pediatria - Anno 2006



Fonte dei dati: Longhi R, SIP

La situazione è, sicuramente, meno soddisfacente al Sud, dove solo il 25% delle strutture ricovera ragazzi di 17 anni (Fig. 5).

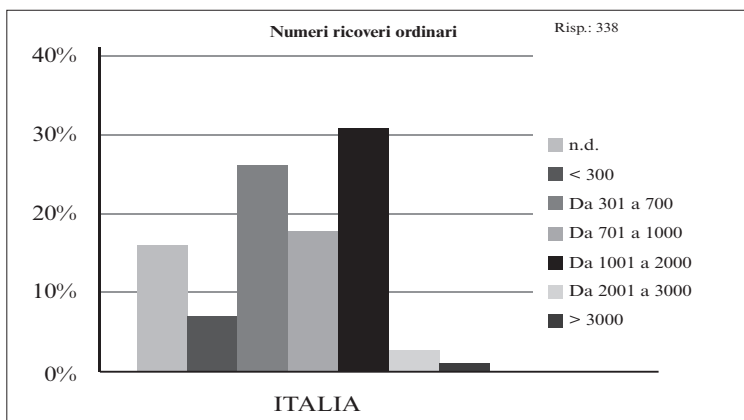
Fig. 5 - Caratterizzazione anagrafica dell'utenza (limite superiore di età) nelle Unità Operative di pediatria per raggruppamento geografico - Anno 2006



Fonte dei dati: Longhi R, SIP

Anche l'analisi del numero di Ricoveri Ordinari dà un quadro non ottimale della realtà italiana: ben il 51% delle Pediatrie ha un basso numero di ricoveri (<1.000 l'anno) (Fig. 6).

Fig. 6 - Volume medio di ricoveri in Regime Ordinario nelle Unità Operative di pediatria - Anno 2006



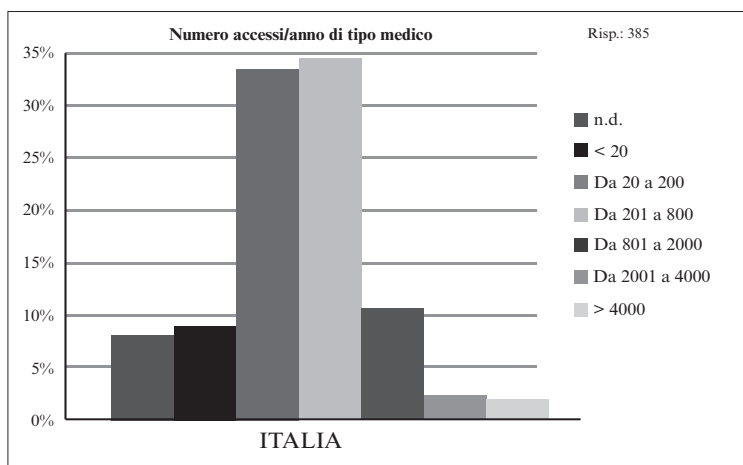
Fonte dei dati: Longhi R, SIP

Day Hospital

Nonostante l'utilizzo del Day Hospital (DH) sia sempre più severamente regolamentato dalle Regioni, soprattutto quello a scopo diagnostico, esso continua ad essere una realtà consolidata in Italia.

Non viene praticato, infatti, solo nel 13% delle Pediatrie. Il numero degli accessi risulta, però, piuttosto basso. Il 43% delle UU. OO. che hanno risposto di avere il DH riporta un numero di accessi inferiore ai 200 l'anno e solo il 15% supera gli 800 l'anno (Fig. 7).

Fig. 7 - Volume medio di accessi in regime di Day Hospital nelle Unità Operative di pediatria - Anno 2006



Fonte dei dati: Longhi R, SIP

A fronte di questo basso numero di accessi esiste, invece, abbondanza di posti letto (quasi il 90% ha un numero compreso tra 2 e 4).

Il Day Surgery (DS) è una metodica molto poco utilizzata, con solo l'1% delle UO che dichiara un numero di accessi annui superiore a 200.

I dati migliorano solo di poco se si prende anche in considerazione l'One Day Surgery che è remunerato come DS e che viene spesso preferito a quest'ultimo dai genitori. È praticato solo nel 20% dei reparti e sempre per numeri molto bassi (nella metà dei casi, con meno di 50 ricoveri l'anno).

Pronto Soccorso

In Italia, esiste un Pronto Soccorso (PS) pediatrico, formalizzato o meno, solo nel 27% dei casi. Il dato è, sicuramente, migliore al Nord (36%) rispetto al Centro (24%) ed al Sud (19%). In percentuale ancora molto alta (40% delle UO) il pediatra viene coinvolto solo su chiamata del medico di PS generale.

Osservazione Breve Intensiva

L'Osservazione Breve Intensiva (OBI) risulta, nel 2006, una metodica assistenziale ancora non completamente diffusa. Il 47% delle Pediatrie coinvolte nella ricerca riferisce di praticarla. La percentuale scende al 28% al Sud, rispetto al 50% del Centro ed al 62% del Nord.

Nonostante le percentuali di attivazione dell'OBI risultino discrete, il numero di accessi è ancora molto basso. Il dato risulta, però, di difficile lettura in quanto la maggior parte delle UO non comunica i propri dati di attività.

Conclusioni

La rete pediatrica ospedaliera, seppure in continua e modica riduzione, non ha sostanzialmente mutato la propria strutturazione, connotata da reparti (tuttora troppo numerosi) con numero di ricoveri limitati.

Va d'altra parte rilevato come, nonostante la scarsità di risorse, i pediatri ospedalieri, sempre più sensibili alla qualità dell'assistenza, sembrano aver accentuato gli sforzi per tendere a modelli organizzativi che sono diventati ormai patrimonio comune (guardia attiva 24 ore su 24, PS pediatrico, OBI). Sarà interessante notare se la seconda raccolta dati, in corso in questi mesi sull'attività 2010, sarà in grado di confermare i progressi osservati con la presente indagine, sulla via impervia della razionalizzazione delle cure pediatriche ospedaliere in Italia. Processo da tutti invocato ed oggi non più procrastinabile.

Riferimenti Bibliografici

(1) Longhi R., Minasi D. Indagine della Società Italiana di Pediatria sullo stato della rete pediatrica ospedaliera in Italia: report finale Minerva Pediatrica 2009 Dicembre; 61 (6): 771-4.

Conclusioni

Lo scopo di questo primo “Libro bianco sulla salute dei bambini - Stato di salute e qualità dell’assistenza della popolazione in età pediatrica nelle regioni italiane” è di analizzare in maniera uniforme ed aggiornata la molteplicità di tematiche che gravitano attorno alla salute ed all’assistenza del bambino e dell’adolescente con dati validi e confrontabili tra le realtà regionali italiane.

La prima parte del volume è dedicata alla descrizione della popolazione italiana in età pediatrica con indicatori relativi agli aspetti demografici ed allo stato di disabilità.

La seconda parte si focalizza sui bisogni di salute e sulla qualità dell’assistenza riportando indicatori concernenti i principali fattori di rischio e stili di vita, la prevenzione, le malattie infettive, la sicurezza delle nascite e l’assistenza territoriale ed ospedaliera.

Dall’analisi dei dati sono emersi, principalmente, i seguenti aspetti:

- una tendenza al ridotto ricambio, fino alla crescita 0, nella popolazione a livello nazionale evidenziata sia dal fatto che la fascia di età 0-18 anni nel periodo 2001-2010 sia diminuita (a fronte dell’aumento della popolazione italiana), sia dal tasso di fecondità totale che risulta inferiore al livello di sostituzione che garantirebbe il ricambio generazionale;
- un aumento dell’età media delle madri al parto e dell’incidenza dei nati da madri straniere;
- l’aspettativa di vita alla nascita continua ad aumentare e persiste il vantaggio del genere femminile anche se il divario rispetto al genere maschile continua a ridursi;
- una riduzione del tasso di mortalità infantile determinata, soprattutto, da un decremento della componente neonatale. Nonostante il tasso di mortalità infantile sia in continua riduzione è, però, ancora presente un evidente divario tra le regioni, con un forte svantaggio per quelle meridionali, da addebitarsi a differenze nella mortalità neonatale che sembrano, comunque, in costante riduzione. A tale considerazione, va aggiunta quella relativa al divario nel dato tra i bambini italiani ed i figli degli immigrati;
- un notevole incremento (+53,9%) del numero di ragazzi con disabilità, che è maggiormente di natura intellettiva, inseriti nelle scuole statali di

ogni ordine e grado. Le percentuali delle tipologie di disabilità in esame risultano maggiori, a livello nazionale, per la scuola primaria (statale e non) ad eccezione della disabilità intellettiva;

- nelle abitudini e nei comportamenti relativi alla salute, si registrano differenze di genere che si acquiscono con l'età, sebbene ci sia stato un avvicinamento delle ragazze alle abitudini meno salutari dei loro coetanei relativamente al consumo di alimenti e bevande;

- la prevalenza di bambini obesi o in sovrappeso rimane, comunque, elevata nonostante una leggera diminuzione del numero di bambini in eccesso ponderale venga registrata negli ultimi anni. Vi è una spiccata variabilità interregionale con percentuali tendenzialmente più basse al Nord e più alte al Centro-Sud. Questo gradiente geografico si conferma anche considerando separatamente il sovrappeso e l'obesità;

- un aumento delle coperture vaccinali, obbligatorie e raccomandate, per le malattie infettive ad eccezione della vaccinazione anti-poliomielite che presenta una riduzione seppur minima;

- nel nostro Paese il ricorso al parto Taglio Cesareo rimane tra i più alti d'Europa e la percentuale è in continua crescita. Cospicua variabilità regionale con i valori maggiori al Sud;

- aumento del numero di Pediatri di Libera Scelta a livello nazionale e al Centro-Nord, diminuzione al Sud, tranne in Campania. Riduzione del numero di assistiti per pediatra, ma con valore superiore al massimale in tutte le regioni;

- una diminuzione dell'abortività volontaria nelle minorenni;

- i ricoveri in regime ordinario diminuiscono anche se, in molte regioni, i tassi sono ancora elevati, più del doppio rispetto ad altri Paesi europei come ad esempio Spagna e Inghilterra, che hanno sistemi di *welfare* simile al nostro anche se con un'organizzazione pediatrica territoriale differente. E' confortante l'aumentato ricorso all'ospedalizzazione nella cosiddetta "area pediatrica ospedaliera", che favorisce una maggiore attenzione ai bisogni del bambino e della sua famiglia;

- riduzione in Ricovero Ordinario (RO) e in Day Hospital (DH) dei ricoveri per DRG medici mentre diminuzione per RO ed aumento per DH per i DRG chirurgici;

- ampia variabilità regionale nell'utilizzo del DH per DRG medici a rischio di inappropriatezza, con elevato scostamento per i valori relativi alla classe 0-14 anni, ma non per la classe 15-24. Le dimissioni in RO prevalgono su quelle in DH;

- riduzione in termini assoluti ed aumento in termini relativi delle dimissioni extra regione;

- nonostante si registri un progressivo ricorso a forme più appropriate e sicure dell'assistenza ospedaliera, esistono ancora differenze tra le regioni (soprattutto a svantaggio del meridione) che motivano la necessità verso il perseguimento di tali obiettivi, motivato anche dalle crescenti difficoltà economiche registrate in quasi tutte le regioni/Province Autonome italiane.

Sebbene i confronti tra le diverse realtà nazionali siano difficili a causa della non omogeneità dovuta sia all'organizzazione dell'assistenza pediatrica che al contesto socio-economico, emergono utili spunti di riflessione.

Il nostro sistema sanitario ha dimostrato, complessivamente, importanti capacità di progresso per alcuni aspetti. Il Rapporto testimonia gli enormi progressi conseguiti per alcuni indicatori chiave della qualità dell'assistenza: si osservino, infatti, dati sull'aspettativa di vita e la mortalità infantile e neonatale in cui l'Italia è risultata tra le migliori nei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico. Ma anche qui, il valore nazionale nasconde, però, un'ampia variabilità nei dati interregionali, supportando ancora una volta la necessità di miglioramento.

Questo è un aspetto rilevante nelle analisi di Osservasalute: anche se i dati analizzati mostrano un quadro complessivamente buono dello stato di salute di bambini ed adolescenti, emergono importanti differenze oltre che a livello regionale anche tra i generi e tra le classi di età soprattutto per quanto riguarda gli stili di vita ed i comportamenti, così come l'accesso e l'utilizzo dei servizi.

Questo elemento solleva la necessità di un maggiore orientamento degli attori del sistema e delle organizzazioni socio-sanitarie verso una maggiore appropriatezza e razionalizzazione nell'impiego delle risorse e, sotto questo punto di vista, l'attuale contingenza economica può e deve essere colta come una necessaria leva per il cambiamento.

Al centro delle *policies* e delle scelte di erogazione dell'assistenza sanitaria, infatti, è diventato sempre più centrale il concetto di *Value for Money*. Tale principio consente di indirizzare le risorse impiegate privilegiando quelle che hanno determinato risultati apprezzabili nel sistema, in termini di allocazione efficiente delle risorse, di efficienza tecnica e di appropriatezza.

Non riteniamo possibile ragionare esclusivamente in termini di valore economico-finanziario nell'allocazione delle risorse: è necessario determinare anche il valore sociale che essa sottende. Da qui la dialettica tra *Value for Money* e *Money for Value*.

Questo è vero tanto più nell'ambito dell'assistenza pediatrica dove l'oculata allocazione delle risorse - in tutti gli ambiti assistenziali, dalla promozione al reinserimento sociale - sarà il vero investimento per il futuro.

Prof. Walter Ricciardi
Fondatore e Direttore

Dott. Antonio Giulio de Belvis
Segretario Scientifico

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati

Il Libro bianco sulla salute del bambino fornisce un quadro della situazione demografica, dello stato di salute e della qualità dell'assistenza sanitaria nella popolazione pediatrica italiana, focalizzando l'attenzione sulle differenze esistenti tra maschi e femmine e tra regioni.

Definizione degli Indicatori

Il libro è suddiviso in capitoli con al loro interno vari indicatori scelti in base ai fenomeni che si volevano misurare ed alla disponibilità dei dati. Per ogni indicatore è riportata la spiegazione del significato e la descrizione dei risultati. L'indicatore è una variabile che serve a descrivere sinteticamente un fenomeno ed a misurarne le sue variazioni nel tempo e tra realtà diverse. Gli indicatori selezionati sono stati scelti tra quelli elencati nel progetto dell'*European Community Health Indicators* più altri indicatori costruiti per alcuni aspetti specifici non contemplati nel progetto. Tutti sono dotati di validità scientifica e correttezza metodologica. Per costruire tali indicatori sono state utilizzate numerose fonti, prendendo come periodo di riferimento dei dati l'anno più recente per cui erano disponibili le informazioni dalle diverse fonti. Per alcuni è stato anche effettuato un confronto temporale.

Fonti dei dati

Per quanto riguarda la fonte dei dati sono state scelte le fonti ufficiali di dati statistici nazionali e regionali e le banche dati di progetti riferiti al territorio nazionale su argomenti specifici relativi alla salute della popolazione. Queste fonti sono state scelte perché rendono disponibili i dati con cadenza periodica e perché tali dati possono essere considerati di qualità generalmente soddisfacente ed uniforme per tutte le aree geografiche. Di seguito è riportata una breve descrizione delle fonti (in ordine alfabetico) citate nelle schede degli indicatori.

Istituto Nazionale di Statistica

L'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) è un Ente di ricerca pubblico. Presente nel Paese dal 1926, è il principale produttore di statistica ufficiale a supporto dei cittadini e dei decisori pubblici.

Il suo compito istituzionale è di produrre e diffondere informazioni affidabili, imparziali, trasparenti, accessibili e pertinenti, capaci di descrivere le condizioni sociali, economiche ed ambientali dell'Italia ed i cambiamenti che avvengono in esso.

Banca dati Health For All-Italia

Il *software Health For All* è stato sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ed adattato dall'Istat alle esigenze informative nazionali. Il *database* contiene, attualmente, circa 4.000 indicatori sul sistema sanitario e sulla salute raggruppati nei seguenti gruppi tematici:

GRUPPO 1 - Contesto socio-demografico;

GRUPPO 2 - Mortalità per causa;

GRUPPO 3 - Stili di vita;

GRUPPO 4 - Prevenzione;

GRUPPO 5 - Malattie croniche e infettive;

GRUPPO 6 - Disabilità;

GRUPPO 7 - Condizioni di salute e speranza di vita;

GRUPPO 8 - Assistenza sanitaria;

GRUPPO 9 - Attività ospedaliera per patologia;

GRUPPO 10 - Risorse sanitarie.

Il *software* consente di rappresentare i dati statistici in forma grafica e tabellare e di effettuare semplici analisi statistiche (visualizzare le serie storiche degli indicatori, effettuare delle semplici previsioni e confrontare più indicatori in diversi anni per tutte le unità territoriali disponibili). Per ognuno dei 10 gruppi tematici sono state predisposte delle schede contenenti tutte le informazioni riguardo gli indicatori inseriti nel database. Queste consentono all'utente di conoscere la denominazione precisa degli stessi, il metodo di calcolo, le variabili di classificazione, gli anni per i quali è disponibile l'informazione, il dettaglio territoriale, le fonti e la loro periodicità, eventuali note necessarie per una corretta lettura dei dati, pubblicazioni o siti internet utili per approfondire l'argomento.

Popolazione residente, bilancio demografico, cittadini stranieri, nascite

L'Istat mette a disposizione i dati ufficiali più recenti sulla popolazione residente nei Comuni italiani derivanti dalle indagini effettuate presso gli Uffici di Anagrafe. Interrogazioni personalizzate (per anno, territorio, cittadinanza ecc.) permettono di costruire le tabelle di interesse e scaricare i dati in formato rielaborabile. È possibile trovare anche informazioni sui principali fenomeni demografici, come

i tassi di natalità e mortalità, le previsioni della popolazione residente, l'indice di vecchiaia, l'età media. Sono, inoltre, disponibili i dati sui permessi di soggiorno dei cittadini extracomunitari regolarmente presenti in Italia.

Indagini Multiscopo

Il sistema di indagini campionarie sociali multiscopo è costituito da una serie di indagini che, in base agli argomenti, hanno una diversa cadenza (annuale, trimestrale, quinquennale etc.).

Indagine sulle cause di morte

L'Istat rileva annualmente, attraverso l'indagine sulle cause di morte, tutti i decessi verificatisi in Italia riferiti al complesso della popolazione presente.

Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali

Le tavole contengono i risultati dell'indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali al 31 dicembre 2006. Le informazioni raccolte riguardano tutte le strutture residenziali in cui trovano alloggio persone che si trovano in stato di bisogno per motivi diversi: anziani soli o con problemi di salute, disabili, minori sprovvisti di tutela, giovani donne in difficoltà, stranieri o cittadini italiani con problemi economici ed in condizioni di disagio sociale.

Ministero della Salute

Il Ministero della Salute mette a disposizione sul sito una banca dati organizzata attraverso un sistema informativo i cui dati sono consultabili per aree tematiche. Tale sistema permette di raccogliere i flussi informativi delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere e degli Assessorati regionali alla Sanità.

Schede di Dimissioni Ospedaliere

La Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) è lo strumento di raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale. Attraverso la SDO vengono raccolte, nel rispetto della normativa che tutela la *privacy*, informazioni essenziali alla conoscenza delle attività ospedaliere utili sia agli addetti ai lavori che ai cittadini. Tali schede vengono compilate dai medici che hanno avuto in cura il paziente ricoverato e le informazioni contenute riguardano: le caratteristiche

anagrafiche del paziente (codice fiscale, genere, data di nascita, Comune di nascita, Comune di residenza, stato civile, codice regione e Unità Sanitaria Locale di residenza) e le caratteristiche del ricovero (istituto di ricovero, disciplina, regime di ricovero, data di ricovero, data di dimissione, onere della degenza, diagnosi alla dimissione - principale e 5 secondarie, interventi e procedure - principale e 5 secondarie, modalità di dimissione).

Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale

Attività gestionali ed economiche delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere. La monografia contiene, relativamente all'anno 2008, le elaborazioni dei dati risultanti dai flussi informativi attivati con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri il 17 maggio 1984, rinnovati ed ampliati con successivi Decreti Ministeriali.

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane

L'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane ha lo scopo di monitorare, secondo criteri di scientificità, lo stato di salute della popolazione e l'impatto dei determinanti organizzativi e gestionali su cui si fondano, attualmente, i Sistemi Sanitari Regionali e di trasferire i risultati della ricerca ai responsabili istituzionali del settore sanitario ed alla comunità scientifica nazionale ed internazionale.

Rapporto Osservasalute - Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni Italiane

Il principale prodotto dell'Osservatorio è il Rapporto Osservasalute che analizza lo stato di salute della popolazione e la qualità dei Sistemi Sanitari Regionali attraverso l'utilizzo di una metodologia di analisi comparativa e di indicatori validati a livello internazionale.

Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa

L'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa sostiene 53 Stati membri per sviluppare e promuovere le politiche sanitarie nazionali, i sistemi sanitari ed i programmi di salute pubblica al fine di identificare, prevenire e superare le potenziali minacce per la salute.

Health Behaviour in School-aged Children. Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare

Lo studio *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare è stato

promosso da Inghilterra, Finlandia e Norvegia ed, oggi, conta 41 Paesi partecipanti. La ricerca è volta ad aumentare la comprensione sui fattori di rischio e sui processi che possono influire sulla salute degli adolescenti.

