

La riduzione del numero di morti nel 2009 rispetto al 2008 è stata del 10,3%.

Si sottolinea che, tra il 2001 e il 2009, il parco veicolare è cresciuto del 18%. Tra il 2008 e il 2009 è cresciuto dello 0,2%.

Nell'Unione Europea (UE) nel 2009 si sono registrati 35.435 morti per incidente stradale, il 10,2% in meno rispetto all'anno precedente.

Il libro Bianco dell'UE del 13 settembre 2001 prevedeva la riduzione della mortalità dovuta a incidenti stradali del 50% entro il 2010.

L'Italia, rispetto al 2001, ha registrato una riduzione del 40,3%, rispetto a un valore medio europeo del 35,1%.

A oggi solo Lettonia e Spagna hanno raggiunto l'obiettivo fissato dall'UE ed Estonia, Portogallo, Francia e Lituania sono vicini al raggiungimento dell'obiettivo.

In merito alla localizzazione degli incidenti, nel 2009 sulle strade urbane si è verificato il 76% del totale degli incidenti che hanno causato 223.166 feriti (72,6% del totale) e 1812 morti (il 44,7% del totale).

Il 5,7% degli incidenti si è verificato sulle autostrade con 20.538 feriti (6,7% del totale) e con 350 decessi (8,3% del totale). Sulle altre strade comprensive delle strade statali, provinciali, comunali extraurbane e regionali si è verificato il 18,3% degli incidenti con 63.554 feriti (20,7% del totale) e 1.995 morti (47,1% del totale).

Tutti i tratti stradali registrano una riduzione dell'incidentalità (-1,6%). Un dato da sottolineare è che la diminuzione del nume-

ro degli incidenti è più contenuta sulle autostrade (-1,4%) rispetto alle strade urbane (-2,6%), ma sulla rete autostradale si rileva una consistente diminuzione del numero di morti (-22,6%).

Questo dato conferma quello già evidente nel 2008 ed è dovuto, in parte, all'implementazione del sistema "Tutor" di controllo elettronico sulla velocità media che, a partire dal 2006, è stato diffuso su tratti autostradali sempre più ampi.

L'indice di mortalità sulle autostrade è pari a 2,9, sulle strade urbane è pari a 1,2, laddove il più alto indice di mortalità è sulle altre strade (5,1).

Analizzando il dato per categorie di utenti della strada si rileva che il 69,2% dei decessi e il 69,4% dei feriti si verificano tra i conducenti; i passeggeri trasportati rappresentano il 15% dei morti e il 24% dei feriti (*Tabella 3.7*).

Una particolare riflessione merita il numero di utenti deboli della strada coinvolti in incidenti stradali, in particolare anziani e bambini.

I pedoni sono il 6,6% dei feriti e il 15,7% dei morti. L'investimento di pedone rappresenta l'8,6% degli incidenti, con 18.472 casi in cui hanno perso la vita 667 persone e 20.887 sono rimaste ferite. Il pedone è certamente il soggetto più debole tra le persone coinvolte.

Il rischio infortunio per la popolazione anziana è particolarmente alto. Nella fascia di età compresa tra 80 e 84 anni si registra il maggiore numero di morti con 107 de-

Tabella 3.7. Morti e feriti per categorie di utente della strada (Anno 2009)

Utenti della strada	Morti		Feriti		Indice di gravità*
	N.	%	N.	%	
Conducenti	2.934	69,2	213.116	69,4	1,4
Trasportati	636	15	73.816	24,0	0,9
Pedoni	667	15,7	20.326	6,6	3,2
Totale	4.237	100	307.258	100	1,4

* L'indice di gravità si calcola come rapporto tra il numero dei morti e il numero totale dei morti e dei feriti, moltiplicato 100.

Fonte: Istat – Anno 2009.

cessi laddove nella fascia tra 70 e 74 anni si registra il più alto numero di feriti (1.575). Oltre i pedoni, analizzando il numero dei decessi in incidenti stradali per classi di età più giovani, il numero di morti nella classe di età 0-4 anni ammonta a 13, a 19 nella classe di età 5-9, a 39 nella classe di età 10-14 e a 268 nella classe di età 15-19. Quindi, in totale, nella classe di età 0-19 anni si sono verificati 339 morti.

Questo è un costo sociale, umano ed economico di enorme portata e molti di questi decessi possono essere prevenuti.

In particolare, nelle fasce di età 0-4 e 5-9 anni la maggior parte dei decessi è dovuta al mancato utilizzo dei sistemi di ritenuta per bambini o al non corretto utilizzo dei seggiolini.

Il livello di rischio per le diverse categorie di utenti emerge analizzando l'indice di gravità (rapporto tra il numero di morti e il totale delle persone coinvolte): 1,4 come valore medio, 0,9 per i passeggeri e 3,2 per i pedoni.

Tra i conducenti, nella fascia 20-24 anni si rileva il maggiore numero di morti (316) e feriti (26.941).

Interessante è l'analisi degli indici di mortalità e lesività per categoria di veicolo: il più alto indice di mortalità (morti/veicoli) [1,9] è dei motocicli e dei velocipedi e l'indice di lesività (feriti/veicoli) è pari, rispettivamente, a 100 e a 93,3.

3.2.4. Indicazioni per la programmazione

Lo slogan della “Prima settimana mondiale della Sicurezza stradale”, svoltasi a partire dal 29 aprile 2007, è stato “*Road Safety is no accident*” e ha sottolineato l'importanza di affrontare il tema della prevenzione degli incidenti stradali in maniera non settoriale e, soprattutto, ha evidenziato la prevenibilità degli incidenti stradali e delle loro conseguenze.

Tutte le istituzioni a vario titolo coinvolte sono consapevoli del fatto che il tema della sicurezza stradale va affrontato necessariamente con un approccio multisettoriale:

- la collaborazione tra i differenti dicasteri (Ministero dei Trasporti, della Salute, dell'Interno, dell'Istruzione) deve consolidarsi e, laddove non ancora esistente, dovrebbe essere incoraggiata anche ad ampio raggio, con il coinvolgimento di numerosi altri soggetti quali istituzioni regionali provinciali e comunali;
- per essere efficaci, le misure di prevenzione devono essere basate su evidenze scientifiche (*Evidence-Based Prevention*, EBP). Numerosi progetti sono stati avviati e sono tuttora in corso sia a livello centrale [progetti finanziati dal Ministero della Salute e dal Centro Nazionale per la prevenzione e il controllo delle Malattie (CCM)], sia a livello locale per mettere a punto interventi di prevenzione sempre più mirati ed efficaci;
- i dati presentati denunciano come sia necessario proteggere gli utenti deboli della strada: sono quindi necessarie politiche di educazione stradale che educino al rispetto dei limiti di velocità anche in ambito urbano e al rispetto della segnaletica orizzontale (strisce pedonali);
- la popolazione va educata alla corretta percezione dei rischi, degli effetti sulla guida legati al consumo di alcool e al dato che l'incremento della velocità corrisponde a un incremento del livello di rischio;
- i genitori vanno educati all'utilizzo dei dispositivi di ritenuta per se stessi e per i propri figli di qualsiasi età, per minimizzare le conseguenze in caso di incidente;
- l'educazione stradale nelle scuole dovrebbe avviare la crescita generalizzata di una cultura della sicurezza nella popolazione, in particolare giovanile.

Oltre ad attività di tipo preventivo, educativo e informativo, sono necessari anche il miglioramento delle infrastrutture e controlli frequenti da parte delle forze dell'ordine a fini preventivi dissuasivi e non meramente sanzionatori.

Da qui l'importanza di un approccio integrato al tema della sicurezza nella circolazione stradale che integri la previsione di iniziative di istruzione, formazione, informazione e prevenzione con misure dissuasive efficaci sul piano legislativo.

Nell'accordo Stato-Regioni di recepimento del PNP 2010-2012, ampio spazio è stato dato alla prevenzione degli incidenti stradali. L'elevata mortalità giovanile a causa di incidenti stradali e il peso economico, sociale e umano in termini di disabilità da incidenti stradali rendono questo tema un'emergenza di salute pubblica.

Indicazioni alla programmazione sono presenti anche a livello internazionale: l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha presentato la Risoluzione A/Res/64255 che proclama la *"Decade for action for Road safety 2011-2020"*.

Accogliendo le indicazioni della risoluzione ONU, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) invita gli Stati membri a parteci-

pare alle iniziative che si intendono porre in essere al fine di affrontare efficacemente questo problema di salute pubblica.

L'Italia ha ridotto il numero di morti causati da incidenti stradali nel periodo 2000-2009 del 40,3%: è un buon risultato, ma c'è ancora molta strada da percorrere.

Infatti, solo attraverso una maggiore coscienza e sensibilità collettiva si potranno creare le condizioni per una continua riduzione della mortalità e disabilità per incidenti, agendo attraverso la modifica dei comportamenti pericolosi, inscindibilmente connessa all'adozione di sani stili di vita.

Bibliografia essenziale

Istat. Incidenti Stradali. Anno 2009. Novembre 2010

3.3. Incidenti domestici

3.3.1. Introduzione

Nel nostro Paese, così come negli altri Paesi industrializzati, gli incidenti nelle abitazioni rivestono una notevole importanza, quanto a impatto degli infortuni a essi associati sullo stato di salute della popolazione, in termini sia di mortalità, sia di morbosità. Dai dati EUROSTAT, nei 27 Paesi membri dell'UE, gli incidenti domestici e del tempo libero hanno rappresentato (nel 2005 o nel 2006, a seconda del Paese) in media il 63% di tutti i ricoveri ospedalieri per incidenti e violenza.

Le stime pubblicate dall'Istat relative all'indagine multiscopo sulle famiglie del 2008 rilevano che gli incidenti in ambiente domestico hanno coinvolto, nei tre mesi precedenti l'intervista, 797.000 persone, pari al 13,5‰ della popolazione, con un impatto del fenomeno stimabile nell'arco dei 12 mesi su 3 milioni di persone. Oltre il 70% di tutti gli incidenti accaduti riguarda le donne con un quoziente d'infortuni pari al 17,6‰, mentre fra gli uomini è del 9‰. Quanto alle differenze regionali, queste non sono molto accentuate.

Nelle età pediatriche (fino a 14 anni) gli in-

cidenti prevalgono tra gli uomini, mentre le donne sono coinvolte più degli uomini alle età successive, sia per una maggiore permanenza fra le mura domestiche, sia per un più frequente contatto con oggetti, utensili ed elettrodomestici che possono essere all'origine di un infortunio (taglio, ustione ecc.). Le casalinghe, con quasi 4 incidenti su 10, sono un gruppo di popolazione particolarmente esposto. A rischio, oltre alle donne, anche gli anziani (> 64 anni, il 19,5% ha subito un incidente nei tre mesi precedenti l'intervista) e i bambini più piccoli (< 6 anni, il 13% ha subito un incidente nei tre mesi precedenti l'intervista) [Tabella 3.8 e Figura 3.1].

Nella maggior parte dei casi sono le donne a essere più colpite (oltre il 70%) seguite da anziani e bambini.

Gli incidenti domestici sono, dunque, un fenomeno molto ampio che, in termini di esposizione, riguarda tutta la popolazione italiana. Dal momento che le condizioni abitative non sono troppo dissimili sul territorio italiano, gli infortuni secondari a detti incidenti sono distribuiti in modo ubiquitario tra i vari territori. Di seguito questi infortuni saranno analizzati, onde valu-

Tabella 3.8. Persone che hanno avuto incidenti in ambiente domestico (dato trimestrale in migliaia) [Anno 2008]

Età	Maschi	Femmine
0-5	31	13
6-14	15	14
15-24	18	26
25-34	32	50
35-44	48	93
45-54	30	75
55-64	27	96
65-69	20	32
70-74	14	47
75-79	12	51
≥ 80	13	40

Fonte: Istat.

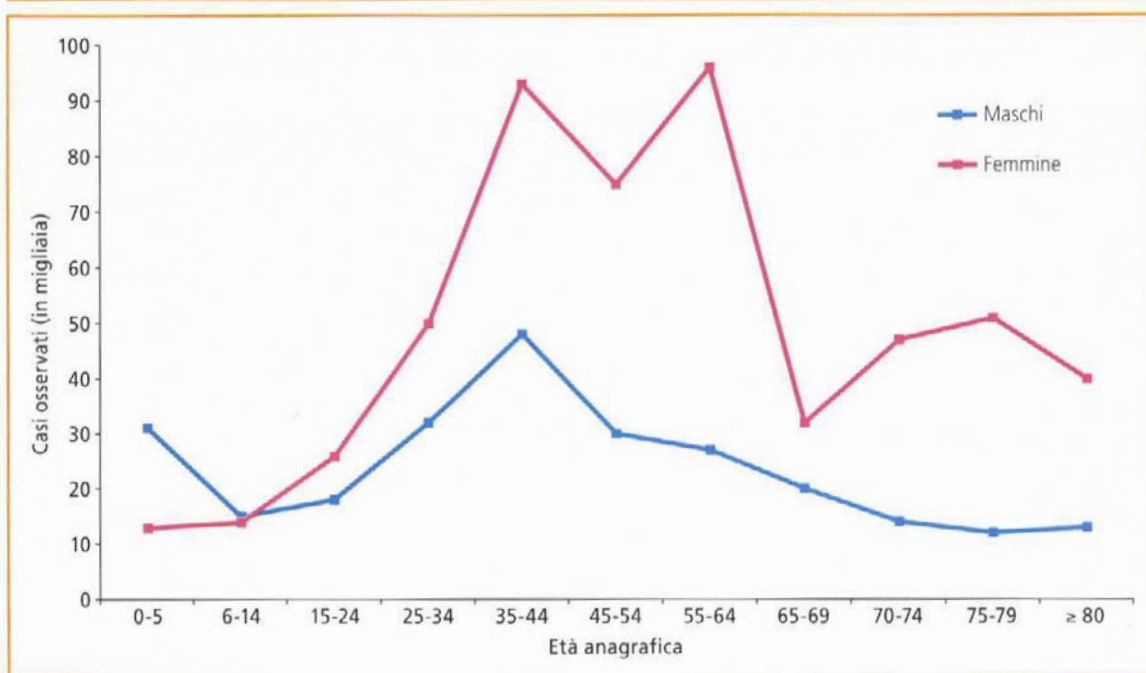
tarne l'impatto sullo stato di salute della popolazione italiana e individuare i gruppi di popolazione a maggiore rischio, la gravità delle lesioni riportate, le principali dinamiche d'incidente. Questo al fine di proporre programmi di prevenzione basati sulle evidenze epidemiologiche a oggi disponibili e fondati su prove di efficacia riscontrabili nella letteratura scientifica.

3.3.2. Esposizione e valutazione critica dei dati sugli infortuni in ambiente di civile abitazione

Le schede di mortalità Istat, compilate dal medico che certifica il decesso, comprendono l'indicazione del luogo di decesso. Inoltre, dal 2003 è stata adottata la decima revisione della classificazione internazionale delle cause di morte e malattia (*International Classification of Disease, 10th revision, ICD10*). Nel presente sistema, a differenza delle passate revisioni, è prevista l'indicazione del luogo di occorrenza per la codifica degli incidenti che hanno causato traumatismi e avvelenamenti.

Nel 2008, in Italia i morti per cause accidentali non dovute a trasporto o complicanze mediche sono stati 13.220, il 78% dei quali ultrasettantenni. Per questi ultimi soggetti, nella codifica della causa di morte, nel 75% dei casi non è stato indicato il luogo d'incidente ed è molto probabile che, data l'età avanzata, la gran parte sia morta per incidente in casa. Tuttavia, è possibile recuperare informazioni dall'indicazione del luogo di decesso. Possono essere prese in considerazione non solo le schede di mor-

Figura 3.1. Persone che hanno avuto incidenti in ambiente domestico.



Fonte: Istat – Anno 2008 – dato trimestrale.

te per le quali sia esplicitamente indicato il luogo dell'incidente, bensì anche quelle per le quali l'ambiente domestico sia indicato quale luogo di decesso. Si tratta di un criterio conservativo, in quanto per molte morti non è specificamente indicato né il luogo dell'incidente, né quello di morte. Il numero di morti in ambiente domestico, dunque, sarà almeno pari a quello stimato con il presente criterio. Come ambiente domestico si sono considerate sia le abitazioni private, sia le strutture socio-assistenziali, nelle quali ricadono gli istituti per lungodegenti e le case di riposo, che costituiscono, a tutti gli effetti, il domicilio dell'anziano e/o lungodegente. Secondo questo criterio di stima nel 2008 i morti per incidente domestico in Italia sono stati 5.783; la loro distribuzione per sesso e classi d'età è riportata nella *Tabella 3.9*, insieme con i tassi di mortalità; per la metà si tratta di donne ultraottantenni. Gli ultraottantenni nel complesso costituiscono il 74% della mortalità per incidente domestico.

Tutta la popolazione italiana, con diversa intensità per gruppo età-sesso specifico e attività lavorativa, si trova esposta al rischio d'incidente domestico. Tuttavia, i bambini molto piccoli e gli anziani, pur essendo meno rappresentati nella popolazione italiana, presentano il più elevato rischio di mortalità per questa causa. A fronte di un

tasso di mortalità per incidenti domestici di 1,2 morti l'anno ogni 100.000 residenti nella popolazione italiana di età compresa tra i 15 e i 59 anni, sotto l'anno d'età il tasso sale a 1,8 morti e in età anziana (oltre i 59 anni) a 34,6. Il rischio di morte per incidente domestico ha il suo massimo a partire dagli 80 anni d'età (131,5 morti ogni 100.000 residenti l'anno).

Rispetto, poi, alle persone infortunate che si rivolgono in ospedale, sia il Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni in Ambienti di Civile Abitazione (SINIACA), coordinato dall'ISS in adempimento dell'art. 4 della Legge 493/1999, sia l'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio producono stime concordanti. Secondo queste stime in un anno si effettuano oltre 20 accessi al pronto soccorso ospedaliero e 2 ricoveri ogni 1.000 abitanti.

In particolare, il SINIACA ha avviato una rete di sorveglianza di pronto soccorso in un campione di 35 centri di pronto soccorso ospedaliero (di cui 9 afferenti alla rete europea *EU-Injury DataBase*) distribuiti sul territorio nazionale (Nord, Centro e Sud) in area urbana, medio-urbana e rurale. All'interno di queste reti i 25 centri di pronto soccorso (di cui 9 afferenti all'*EU-IDB*) che hanno offerto il migliore livello di risposta nella registrazione degli eventi, in termini sia di completezza sia di accuratez-

Tabella 3.9. Mortalità per incidente domestico per età (Italia 2008)

Età	Maschi	Femmine	Totale	%	Morti per 100.000 abitanti
0-0	6	4	10	0,2	1,79
1-4	10	9	19	0,3	0,84
5-9	4	1	5	0,1	0,18
10-14	6	1	7	0,1	0,25
15-19	7	4	11	0,2	0,37
20-29	29	14	43	0,7	0,64
30-39	87	20	107	1,9	1,15
40-49	96	48	144	2,5	1,56
50-59	79	38	117	2,0	1,53
60-64	58	33	91	1,6	2,66
65-69	88	59	147	2,5	4,44
70-74	147	108	255	4,4	8,81
75-79	244	294	538	9,3	21,72
≥ 80	1.369	2.920	4.289	74,2	131,45
Totale	2.230	3.553	5.783	100,0	9,70

Fonte: Istat, Istituto Superiore di Sanità.

za dell'informazione, hanno, complessivamente, un bacino di utenza pari al 3,4% della popolazione italiana. In tale campione si può calcolare nel biennio 2005-2006 un'incidenza di accessi al pronto soccorso per incidente domestico di 29,77 persone l'anno ogni 1.000 residenti (IC 99% 28,40-31,18). Il 7,1% delle persone giunte in pronto soccorso viene poi ricoverato, con un'incidenza di 2,11 ricoveri l'anno ogni 1.000 abitanti (IC 99% 2,02-2,21).

Il campione ospedaliero analizzato è ben distribuito sul territorio nazionale e ha un bacino d'utenza con una distribuzione per sesso ed età strettamente concordante con quella della popolazione generale italiana (w di Kendall $> 0,95$; $p < 0,05$). Concordanza altrettanto forte, all'interno del campione, vi è tra la distribuzione per sesso ed età degli accessi in pronto soccorso osservati negli ospedali italiani afferenti alle rete di sorveglianza europea e quella degli ospedali appartenenti alla rete di sorveglianza nazionale (w di Kendall $> 0,95$; $p < 0,025$).

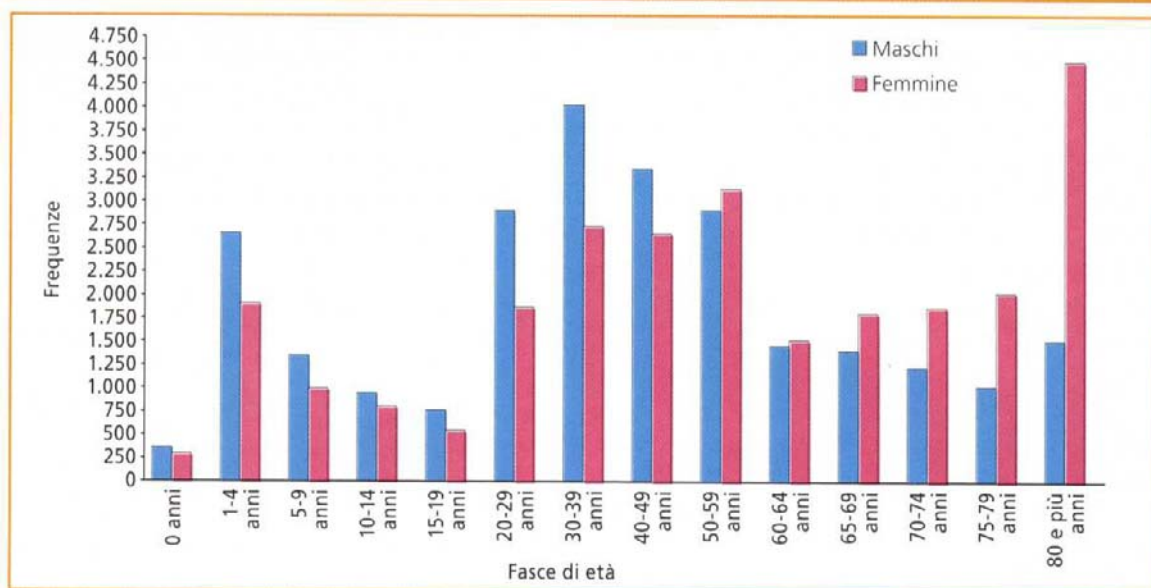
Proiettando le stime campionarie d'incidenza a livello nazionale è possibile valutare in 1 milione e 700.000 l'anno gli accessi in pronto soccorso per infortunio domestico in Italia e in 125.000 l'anno i conseguenti ricoveri ospedalieri.

La distribuzione per sesso ed età degli accessi in PS nella rete italiana del SINIACA è riportata nella *Figura 3.2*. Data la struttura per età della popolazione italiana, gran parte di questi infortuni riguarda le età adulte. Tuttavia, importanti picchi di frequenza si hanno nelle donne molto anziane e nei bambini in età prescolare.

Osservando gli eventi per gravità dell'infortunio, si nota che i casi con più alta priorità d'intervento (codice giallo: casi gravi con rischio di vita evolutivo; codice rosso: casi gravissimi con pericolo di vita immediato) presentano le frequenze più elevate nei bambini di età 1-4 anni (rispettivamente 17,5% dei codici gialli e 22,2% dei codici rossi) e negli anziani oltre i 79 anni d'età (rispettivamente 25,7% dei codici gialli e 18,5% dei codici rossi).

Le dinamiche d'incidente maggiormente osservate in pronto soccorso sono: le cadute (48,1%), le ferite da taglio e punta (18,1%), gli urti o gli schiacciamenti (14,6%), i corpi estranei (3,2%), le ustioni o corrosioni (2,6%). Tali dinamiche mutano significativamente in una casistica mediamente più grave, quale quella osservata in ricovero ospedaliero, in cui le cadute arrivano a rappresentare l'81,6% dei pazienti, mentre altre dinamiche comuni in pronto soccorso,

Figura 3.2. Accessi al pronto soccorso per sesso ed età (N. 52.475) [Anno 2006].



Fonte: SINIACA.

quali gli urti e le ferite da taglio, nel complesso non superano l'8%. Peraltro, a fronte di una percentuale media di ricovero del 7,1% dei pazienti acceduti al pronto soccorso, la percentuale di ricovero sale al 13,6% in caso sia di avvelenamento/intossicazione, sia di soffocamento e all'11,9% in caso di cadute.

Gli ambienti della casa in cui più frequentemente si determinano gli infortuni sono: la cucina 14,7%, le scale 10,7%, le altre pertinenze esterne 12,4%, il cortile o il giardino 9,7%, la camera da letto 9,5%.

Riguardo ai gruppi di popolazione età-sesso specifici, nel campione ospedaliero SINIACA risultano a maggiore rischio d'infortunio per incidente in ambiente domestico:

- i bambini da 0 a 4 anni (60 accessi/anno in pronto soccorso ogni 1.000 abitanti);
- gli anziani (44 accessi/anno in pronto soccorso per 1.000 abitanti oltre i 64 anni di età; 59 per 1.000 abitanti dopo i 79 anni);
- le donne oltre i 50 anni d'età (35 accessi/anno in pronto soccorso per 1.000 abitanti dai 50 ai 79 anni; 64 per 1.000 abitanti dopo i 79 anni).

Nei dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) per infortunio domestico del 2005 – riparametrati secondo la proporzione di ricoveri osservata nel SINIACA, per ovviare all'incompletezza nell'indicazione delle cause esterne presente nelle SDO – si osserva una distribuzione del rischio per età simile a quelle sopra descritte, con un tasso d'incidenza dei ricoveri per infortunio domestico di 5 pazienti l'anno ogni 1.000 abitanti sotto l'anno d'età, 3 per 1.000 abitanti da 1 a 4 anni, 6 per 1.000 abitanti tra i 75 e i 79 anni, 15 per 1.000 abitanti oltre gli 80 anni.

Per quel che riguarda l'attività di promozione della cultura della sicurezza con l'informazione alla popolazione, secondo i dati del 2009 del pool di Aziende Sanitarie Locali partecipanti al sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), un intervistato su 4 ha dichiarato di avere ricevuto informazioni su come prevenire questo tipo di infortuni. Tra coloro che hanno ricevuto informa-

zioni sulla prevenzione, ben il 30% ha riferito di avere modificato comportamenti o adottato misure preventive per rendere l'abitazione più sicura. Coloro che hanno ricevuto informazioni su come si prevenivano gli incidenti domestici hanno dichiarato che le fonti più comuni sono state i mass-media (52%) e gli opuscoli (48%). Un ruolo informativo meno importante lo hanno avuto: tecnici (12%), personale sanitario (7%) e parenti o amici (3%).

3.3.3. Indicazioni per la programmazione

Le politiche sanitarie in questo specifico settore sono state orientate alla promozione dell'attivazione di un percorso, in itinere, che, da una parte, ha l'obiettivo di stimolare le Regioni e le Aziende Sanitarie Locali a organizzarsi per affrontare sistematicamente queste tematiche e, dall'altra, di incrementare la cultura della sicurezza nelle abitazioni fra i cittadini.

Una stima del costo dei ricoveri per incidente domestico, fatta dall'ISS, indica un costo per ricovero ospedaliero che si aggira intorno ai 3.000 euro a infortunato, con significative variazioni nelle diverse Regioni (maggiore al Nord) e in funzione dell'età dell'infortunato (il costo aumenta esponenzialmente con l'aumentare dell'età, in funzione dei tempi di ricovero maggiori). In tal modo si stima per anno un costo di 375 milioni di euro per i ricoveri ospedalieri conseguenti a infortuni domestici in Italia. Tale costo, ovviamente, è maggiore nelle Regioni ove la composizione della popolazione è spostata maggiormente verso le fasce di età più anziane. Il costo dei ricoveri è soltanto una parte dei costi che gli incidenti domestici comportano, senza considerare tutte le altre componenti, dirette o indirette. Sulla base delle stime epidemiologiche del SINIACA è possibile valutare, in base a un approccio d'incidenza, in 625 milioni di euro l'anno i costi diretti di assistenza sanitaria, a carico del SSN, dovuti agli infortuni domestici e in 7 miliardi e 300 milioni di euro l'anno i costi indiretti per perdita di

capacità produttiva della società, dovuta a morte o invalidità grave secondaria a incidente domestico. Gli infortuni domestici determinano il 17% di tutto il costo sanitario e sociale degli incidenti e della violenza. L'impegno che le politiche sanitarie hanno messo in campo in questi anni in termini di prevenzione è notevole e la problematica sociale e di salute degli incidenti domestici ha assunto per la prima volta un importante rilievo istituzionale, andando lentamente a modificare atteggiamenti e organizzazione di molte Regioni e Aziende Sanitarie, che hanno creato una rete di collaborazione a livello nazionale, contribuendo alla formazione degli operatori della prevenzione. Gli approcci più produttivi in termini di limitazione e riduzione del fenomeno sono quelli di tipo integrato, comprendenti sia attività di informazione ed educazione sanitaria, sia interventi su ambienti e strutture con azioni modulate sui singoli gruppi di popolazione in quanto i rischi sono differenziati, così come le modalità di accadimento degli eventi per giungere alla stima, nei prossimi anni, del guadagno in termini di salute e anche di costi che l'opera di prevenzione intrapresa potrà comportare. Infine, risultano di provata efficacia, in base alle ormai consolidate evidenze di letteratura scientifica internazionale, le azioni volte al mantenimento dell'autonomia e delle capacità psicomotorie dell'anziano, in particolare le capacità di coordinamento motorio e mantenimento dell'equilibrio. Di

dimostrata efficacia sono, inoltre, le azioni di revisione delle prescrizioni terapeutiche per soggetti con storia di caduta, sottoposti a multiterapia.

Bibliografia essenziale

- ASP Lazio. Quali tutele per la salute degli anziani del Lazio? http://www.asplazio.it/asp_online/tut_soggetti_deb/tutela_anziani_new/tut_anziani_in dex.php?menu=s47. Ultima consultazione: settembre 2011
- Istituto Superiore di Sanità. Rapporto nazionale Passi 2009: sicurezza in casa. <http://www.epicentro.iss.it/passi/SicurezzaDomestica09.asp>. Ultima consultazione: settembre 2011
- Istituto Superiore di Sanità. Sicurezza in ambiente domestico. <http://www.iss.it/casa>. Ultima consultazione: settembre 2011
- Longo E, Pitidis A. SINIACA: una risposta di sistema per la sorveglianza nazionale degli incidenti domestici. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* 2010; 11: 3-7
- Ministero della Salute. Infortuni nelle abitazioni. Manuale tecnico per gli operatori della prevenzione. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1484_allegato.pdf. Ultima consultazione: settembre 2011
- Orsini S, Bruzzone S. La dimensione del fenomeno degli incidenti in ambiente domestico in Italia; fonti, dati e metodi: Manuale Infortuni nelle abitazioni. Ed. CCM/Ministero della Salute/Regione Friuli Venezia Giulia 2010, pp. 27-36
- Pitidis A, Giustini M. Quanto ci costa il trauma? In: Taggi F, Marturano P (Eds.). *Salute e sicurezza stradale: l'onda lunga del trauma*. Roma: CAFI Editore 2007: 565-70
- Sanson S, Brana M. I soggetti istituzionali che svolgono un ruolo di prevenzione: Manuale Infortuni nelle abitazioni. Ed. CCM/Ministero della Salute/Regione Friuli Venezia Giulia 2010, pp. 39-46

3.4. Suicidi

3.4.1. Introduzione

Secondo stime dell'OMS, ogni anno circa un milione di persone muore per suicidio nel mondo e il fenomeno appare in crescita, soprattutto tra i giovani. Sebbene il suicidio sia un fenomeno che interessa tutti i Paesi del Mondo, esiste però un'ampia variabilità geografica. L'Italia, tra i Paesi europei, si colloca tra

quelli a basso rischio di suicidio, ma con ampie differenze sia a livello di sottogruppi di popolazione sia a livello territoriale regionale e subregionale.

Il genere maschile, l'età anziana, la presenza di un disturbo psichiatrico e l'abuso di sostanze rappresentano i principali fattori di rischio nell'ideazione suicidaria. L'aver attuato un precedente tentativo di suicidio, specie mediante impiccagione o annega-

mento, risulta fortemente associato con il rischio della ripetizione dell'atto con esiti letali. Tuttavia, anche fattori di tipo culturale, ambientale e sociodemografico giocano un ruolo nel determinare la variabilità geografica dei tassi di suicidio. Infine, in termini di sanità pubblica occorre considerare che il suicidio, oltre a causare la perdita di vite umane, è un atto che si ripercuote pesantemente sulla rete familiare e sociale del soggetto, con inevitabili conseguenze e costi sociali.

3.4.2. Rappresentazione e valutazione dei dati

I dati di seguito presentati, elaborati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) a partire dai dati ufficiali dell'Istat su mortalità e popolazione residente, quando non diversamente specificato, sono relativi ai soli cittadini italiani e agli stranieri regolarmente residenti deceduti nel nostro Paese. Per i confronti territoriali i tassi sono stati standardizzati con il metodo diretto (standard: la popolazione al Censimento 2001). Per il confronto tra ripartizioni geografiche, sono stati calcolati i Rapporti Standardizzati di Mortalità (RSM) e i relativi intervalli di confidenza (IC) al 95%.

I valori medi sono riferiti al biennio 2007-2008, il più recente disponibile, con il trend temporale stimato per interpolazione laddove il dato non è disponibile.

Infine, poiché il suicidio nell'infanzia e nella primissima adolescenza è un fenomeno piuttosto raro, sono stati considerati per il calcolo dei tassi solo i suicidi commessi da persone di più di 14 anni.

3.4.3. Distribuzione dei suicidi per genere e per età

Nel biennio 2007-2008 si sono verificati in Italia 7.663 suicidi (3.757 nel 2007 e 3.906 nel 2008). Di tutti i suicidi verificatisi, il 2,7% (209 persone) è stato escluso dalle analisi che seguono, in quanto commessi da persone non residenti in Italia o con residen-

za sconosciuta; sono stati anche esclusi 14 casi di suicidi di bambini tra i 9 e i 14 anni. I dati riportati di seguito si riferiscono, quindi, ai 7.440 casi di suicidio di residenti in Italia con età maggiore di 14 anni.

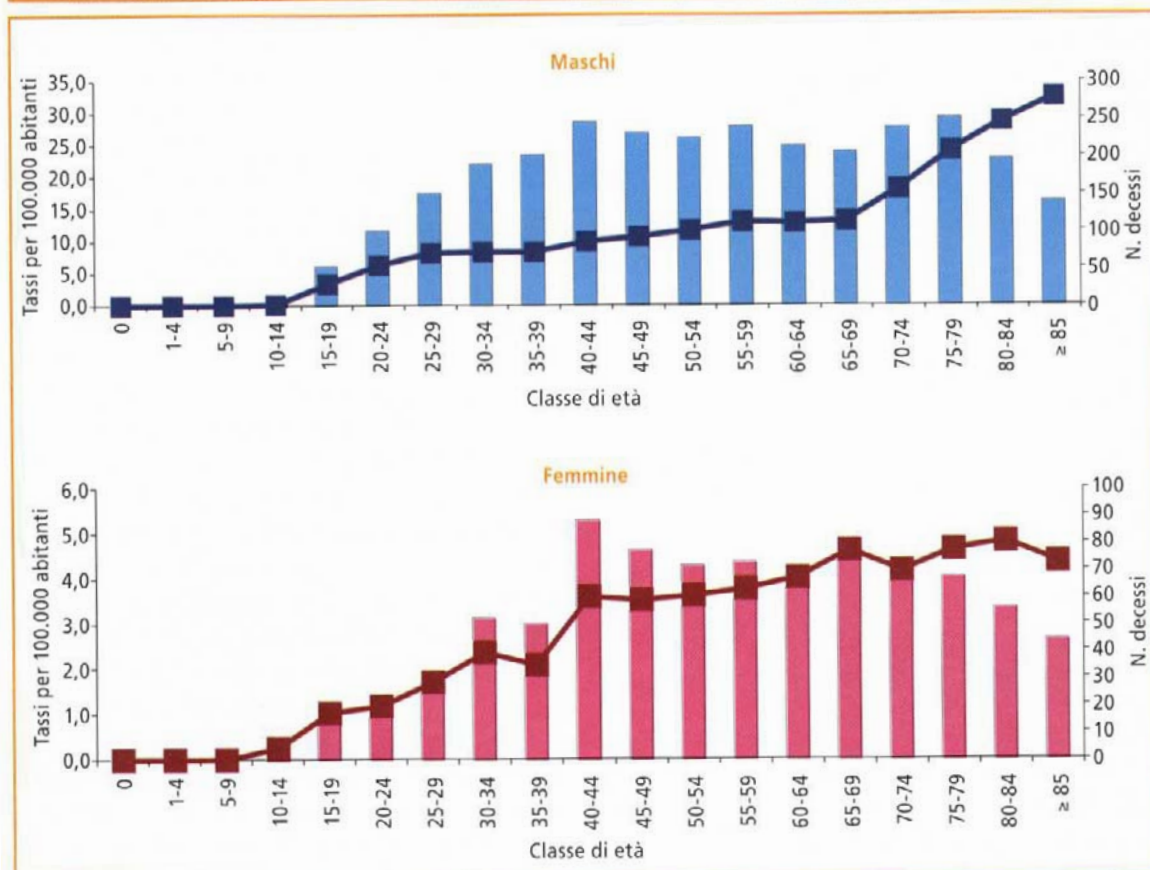
Il tasso grezzo di mortalità medio annuo relativo alla popolazione considerata è stato pari a 7,3 per 100.000 abitanti. Nel 77% dei casi il suicida è un uomo. Il tasso grezzo di mortalità è pari a 11,6 per gli uomini e a 3,2 per le donne, con un rapporto maschi/femmine di 3,6. La distribuzione dei tassi età-specifici (*Figura 3.3*) mostra che, per entrambi i sessi, la mortalità per suicidio cresce all'aumentare dell'età, tuttavia, mentre per le donne questo aumento è piuttosto costante, per gli uomini si evidenzia un incremento esponenziale dopo i 65 anni di età.

Tra gli uomini ultrasessantacinquenni il tasso arriva a 20,5 contro 4,5 tra le donne della stessa età (con un rapporto di genere che sale a 4,5) e, se si considerano i "grandi vecchi" (85 anni e più), il tasso raggiunge il valore di 32,6 tra gli uomini e di 4,4 tra le donne (con un rapporto di genere di 7,5).

L'andamento dei tassi di mortalità per suicidio per età e genere è probabilmente da mettere in relazione anche con aspetti di natura sociale e sociodemografica che, a loro volta, interagiscono con la sfera individuale e comportamentale. Probabilmente, la fuoriuscita dal mercato del lavoro, che a sua volta spesso coincide con una riduzione dei ruoli sociali e un restringimento delle reti di relazione, contestualmente al peggioramento dello stato di salute generale, gioca un ruolo nel determinare il forte aumento del tasso mortalità per suicidio che si registra dopo i 65 anni di età tra gli uomini.

Sebbene il fenomeno del suicidio, in termini assoluti, assuma dimensioni più rilevanti in età anziana, è nei giovani che esso rappresenta una delle più frequenti cause di morte. Nelle fasce di età 15-24 e 25-44 anni, nel biennio 2007-2008 il suicidio è stato la quarta più frequente causa di morte (circa l'8% di tutti i decessi), preceduta, in ordine decrescente di frequenza, da incidenti stradali, tumori e cause accidentali tra i 15-24enni e da tumori, malattie dell'apparato cardiocircolatorio e incidenti

Figura 3.3. Mortalità per suicidio in Italia. Numero di decessi e tassi specifici (per 100.000 abitanti) per età e genere (Biennio 2007-2008) [valori medi].



Fonte: Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati Istat 2008.

stradali tra i 25-44enni. Per i ragazzi tra i 15 e i 24 anni la percentuale dei morti per suicidio (9%) sul totale dei decessi è di poco inferiore a quella dei morti per tumore (11%) e tra le ragazze, nella stessa fascia di età, è dello stesso ordine di grandezza dei morti per cause accidentali e per malattie dell'apparato cardiocircolatorio (6%). Tra le donne nella fascia di età compresa tra i 25 e i 44 anni, il suicidio arriva a essere la terza causa di morte più frequente (5,6%), comparabile con i morti per incidenti stradali (5,4%).

3.4.4. Metodi utilizzati per attuare il suicidio

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

Il metodo più frequentemente utilizzato dagli uomini è stato l'impiccagione (50,1% dei suicidi maschili), seguito dalla precipitazione (16,6%), dalle armi da fuoco (15,5%), dall'annegamento (3,7%) e dall'investimento (2,9%); l'avvelenamento mediante ossido di carbonio (2,6%) e l'uso di armi da taglio (2,2%) sono stati molto più rari; rarissimi sono stati i suicidi mediante avvelenamento da farmaci (1,5%) o da altre sostanze chimiche (1,7%). Per le donne, invece, la precipitazione è stata il metodo più spesso utilizzato per togliersi la vita (37,9%), seguito dall'impiccagione (32,1%) e dall'annegamento (8,1%); l'avvelenamento da farmaci (4,9%) e da altre sostanze chimiche (3,1%) e l'investimento (4,6%), sebbene rari, sono stati relativamente più frequenti che non tra gli uomini. Tra le donne sono stati più rari, di contro, i suicidi mediante armi da fuoco (2,6%) o armi

da taglio (1,8%) e l'avvelenamento da ossido di carbonio (1,1%).

Per le donne l'impiccagione e la precipitazione sono stati i due metodi di suicidio più frequenti in tutte le fasce di età, mentre il suicidio mediante arma da fuoco è stato il secondo metodo più frequente tra gli uomini di 45-64 anni (14,8%) e tra i più anziani (20,6% dei suicidi tra gli ultrasessantacinquenni).

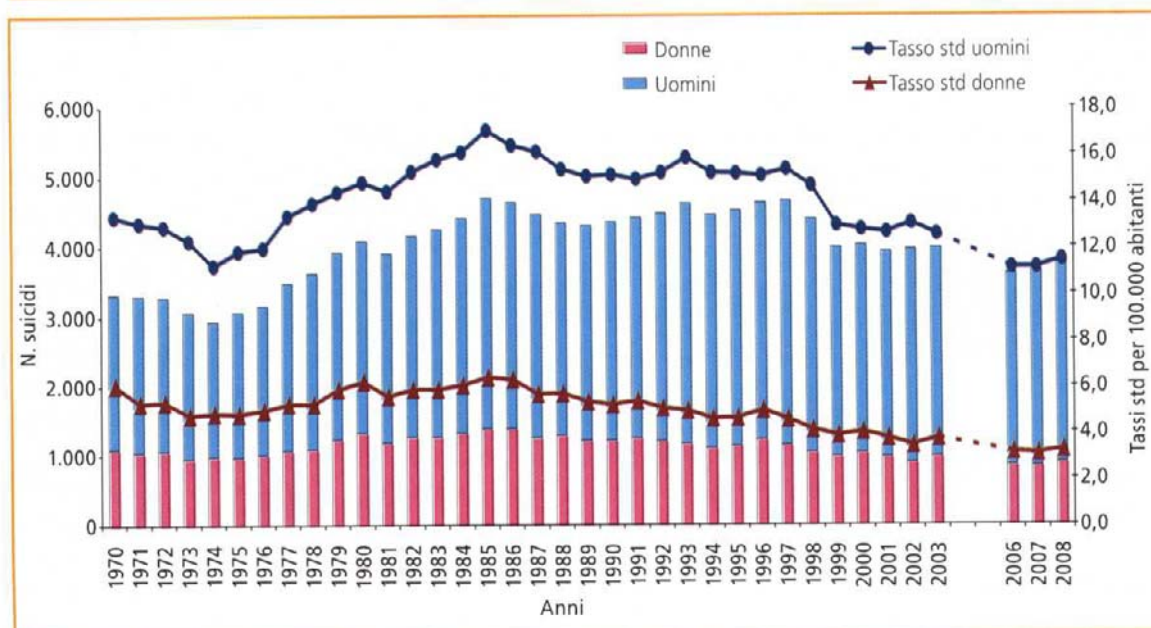
3.4.5. Trend temporale dei tassi di mortalità per suicidio

La mortalità per suicidio è aumentata dalla metà degli anni Settanta fino alla metà degli anni Ottanta per poi diminuire negli anni seguenti, con un'accelerazione del ritmo di riduzione per gli uomini a partire dagli ultimi anni Novanta. Per le donne, nonostante alcune discontinuità, la riduzione è evidente su tutto il periodo e negli anni 2006-2007 il tasso raggiunge il suo minimo storico con un valore di 3,1 suicidi ogni 100.000 residenti (contro un minimo relativo di 4,8 registrato negli anni 1973-1975), a cui segue un lieve aumento nel 2008 (3,2

per 100.000 abitanti). Per gli uomini invece, nonostante la consistente riduzione iniziata a partire dal 1985 (quando il tasso arrivava a 17,0 per 100.000 abitanti), negli anni 2006-2007 la mortalità per suicidio (11,1 suicidi ogni 100.000 abitanti) torna agli stessi livelli raggiunti a metà degli anni Settanta. Nel 2008, anche per gli uomini si registra un lieve aumento del tasso rispetto al biennio precedente (11,4 per 100.000 abitanti) [Figura 3.4].

Un'analisi più dettagliata dell'andamento dei tassi di suicidio, condotta per il periodo 1980-2002, ha mostrato che, per i giovani sotto i 25 anni, sia uomini sia donne, e per gli uomini nella fascia di età compresa tra i 25 e i 44 anni, la mortalità per suicidio comincia a ridursi, dopo un periodo di aumento, solo dopo la metà degli anni Novanta. Pertanto, il trend generale di riduzione che si osserva a partire dalla metà degli anni Ottanta è dovuto, inizialmente, a una consistente riduzione dei suicidi nelle età più anziane e, solo a partire dalla fine degli anni Novanta, a una riduzione nelle classi di età più giovani. Inoltre, la riduzione generale è stata il risultato del decremento della mortalità per alcuni metodi di sui-

Figura 3.4. Mortalità per suicidio in Italia. Numero assoluto di decessi e tassi standardizzati (per 100.000 abitanti di 15 anni o più). Uomini e donne [Anni 1970-2008].



Fonte: Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati Istat 2008.

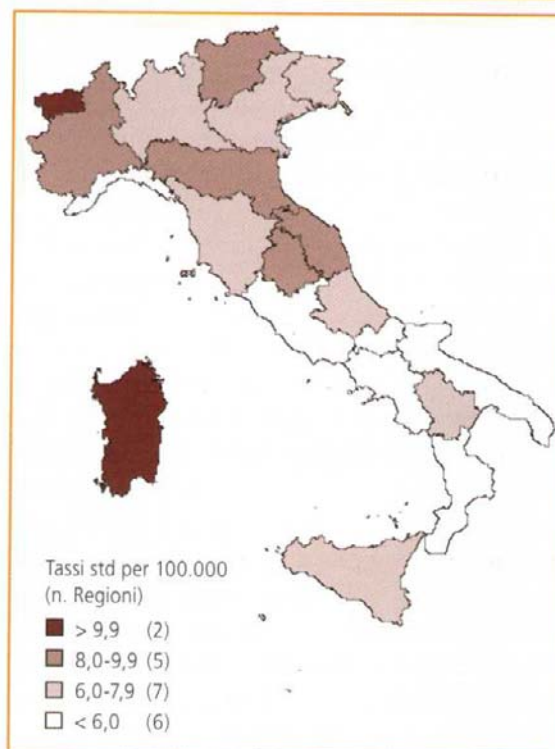
cidio quali l'avvelenamento, l'annegamento e l'uso di armi da taglio. Il tasso di mortalità per suicidio mediante impiccagione, invece, non solo non si è ridotto, ma, nel periodo 1980-2002, ha subito un incremento nelle classi di età 15-24 anni e 25-44 anni, sia tra gli uomini sia tra le donne.

3.4.6. Differenze regionali nella mortalità per suicidio

Il suicidio è più frequente nelle Regioni del Nord Italia che non in quelle del Sud, fatta eccezione per la Sardegna, dove si riscontrano tassi particolarmente elevati, soprattutto tra gli uomini. Quantificando le differenze con un indicatore sintetico corretto per età, quale il Rapporto Standardizzato di Mortalità, sull'ultimo biennio disponibile (2007-2008), emerge che per le Regioni del Nord il rischio di morte per suicidio è stato di circa il 30% più elevato rispetto al Sud e Sicilia, ma per le donne del Nord arriva a +46% (RSM 1,46; IC 95% 1,36-1,55), mentre per gli uomini a +27% (RSM 1,27; IC 95% 1,23-1,32). Per le Regioni del Centro Italia, sempre rispetto al Sud, si è registrato un rischio aggiuntivo del +14% per gli uomini (RSM 1,14; IC 95% 1,08-1,21), mentre le donne presentano tassi comparabili nelle due aree (RSM 1,09; IC 95% 0,97-1,22). La Sardegna rappresenta un'eccezione, con un livello complessivo di mortalità per suicidio, nel biennio considerato, del 92% superiore rispetto alle altre Regioni del Sud (RSM 1,92; IC 95% 1,72-2,14).

Tra le Regioni del Nord i tassi più elevati di suicidio si sono registrati in Valle D'Aosta (11,0 per 100.000 abitanti), in Piemonte (9,2 per 100.000 abitanti) e nelle PA di Bolzano e Trento (10,7 e 8,8, rispettivamente). La Sardegna (con un tasso di 11,4) è la Regione con il tasso più elevato di suicidio. Nel Centro Italia valori piuttosto elevati sono stati registrati in Umbria (9,7 per 100.000 abitanti) e nelle Marche (8,3 per 100.000 abitanti). Tassi di suicidalità particolarmente contenuti (inferiori a 6,0 per 100.000 abitanti) si sono invece registrati in Lazio (5,0), Campania (5,1), Puglia (5,5),

Figura 3.5. Mortalità per suicidio in Italia. Tassi standardizzati (per 100 000 abitanti di 15 anni o più) [Biennio 2007-2009].



Molise (5,9), Calabria (5,95) e anche Liguria (5,1) [figura 3.5].

3.4.7. Il suicidio nella popolazione straniera

Se si considera, in particolare, l'insieme delle persone di cittadinanza non italiana (compresi, quindi, sia gli stranieri temporaneamente presenti sia quelli regolarmente residenti in Italia), i suicidi nel biennio 2007-2008 sono stati 402. La percentuale complessiva di stranieri, sul totale dei morti per suicidio, è pari al 5,2% (286 uomini e 116 donne) e arriva al 17% del totale dei suicidi commessi dai 15-24enni e al 10% del totale di suicidi nella classe di età 25-44 anni. Poiché non sono disponibili le stime della popolazione straniera per sesso, classi di età e cittadinanza, necessarie per il calcolo di tassi e di altri indicatori, non è possibile effettuare confronti con la diffusione del fenomeno tra la popolazione di cittadinanza italiana.

3.4.8. Indicazioni per la programmazione

Il tasso di mortalità per suicidio in Italia si è fortemente ridotto negli anni recenti e il nostro Paese si colloca, come già ricordato, tra quelli a più basso rischio di suicidio, con livelli di mortalità per questa causa comparabili a quelli di Spagna, Grecia e Gran Bretagna. Tuttavia, nonostante un tasso medio nazionale tra i più bassi d'Europa, il territorio italiano è caratterizzato da livelli allarmanti di mortalità per suicidio in alcuni sottogruppi di popolazione e in alcune realtà regionali e subregionali sulle quali appare opportuno concentrare gli interventi e implementare i programmi di prevenzione.

In particolare, l'OMS e la Commissione Europea indicano tra le azioni efficaci per ridurre i tassi di suicidio anche la riduzione della disponibilità e accesso ai mezzi utilizzati per attuare il suicidio (come le armi da fuoco e le sostanze tossiche), la prevenzione e il trattamento della depressione e dell'abuso di alcool e droghe, nonché il monitoraggio e la presa in carico delle persone che hanno tentato il suicidio.

Dal momento che il decesso per suicidio si ripercuote con effetti destabilizzanti sulle persone con le quali il soggetto era in relazione, attenzione va posta anche alle azioni di supporto dirette alla rete familiare e affettiva delle persone decedute per suicidio. Configurandosi il suicidio come un fenomeno condizionato da fattori psicosociali, culturali e ambientali, la prevenzione ne-

cessita di politiche di indirizzo a livello nazionale basate anche sull'individuazione dei principali fattori di rischio a livello locale. Il tema della prevenzione è anche all'attenzione del Tavolo Interistituzionale Permanente di consultazione, previsto dal DPCM 1/4/2008 per l'attuazione della Riforma penitenziaria e del trasferimento di tutte le funzioni sanitarie dall'Amministrazione della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale. Detto Tavolo ha infatti attivato un gruppo di lavoro specifico, composto da rappresentanti del Ministero della Giustizia, del Ministero della Salute e delle Regioni, che sta mettendo a punto un documento di Linee di indirizzo per interventi di prevenzione del suicidio e del rischio suicidario in ciascun istituto penitenziario, che verrà sottoposto all'approvazione della Conferenza Stato-Regioni.

Bibliografia essenziale

- Bernal M, Haro JM, Bernert S, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESE-MED study. *J Affect Disord* 2007; 101: 27-34
- European Union, Directorate general for Health and Consumers "European Pact for Mental health and Well-being", 2008
- Pompili M, Vichi M, Masocco M, et al. Il suicidio in Italia. Aspetti epidemiologici e sociodemografici (Suicide in Italy. Epidemiologic and demographic features). *Quaderni Italiani di Psichiatria* 2010; 29
- Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, et al. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *BMJ* 2010; 341: c3222
- Vichi M, Masocco M, Pompili M, et al. Suicide mortality in Italy from 1980 to 2002. *Psychiatry Research* 2010; 175: 89-97

4

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

4.1. Salute materna e neonatale

4.1.1. Introduzione

La popolazione femminile residente in Italia all'1 gennaio 2010 è pari a 31.052.925 (51,5% della popolazione totale), di cui le straniere sono 2.171.652, rappresentando il 7% del totale delle residenti. Circa la metà (14.029.029 donne) è in età riproduttiva (15-49 anni).

La tutela e la promozione della salute materno-infantile sono considerate un importante investimento per il miglioramento dello stato di salute del Paese e i suoi indicatori rappresentano una misura della qualità, dell'efficacia e dell'equità del nostro sistema sanitario.

Il Patto per la Salute, gli obiettivi prioritari di piano, il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2011-2013 in via di definizione e l'Accordo in Conferenza Unificata del 16 dicembre 2010, cui si rimanda per approfondimenti, rappresentano esempi concreti di attenzione alla salute materno-infantile da parte dei diversi livelli istituzionali.

4.1.2. Fertilità e procreazione medicalmente assistita

Prevenzione e informazione corretta sono obiettivi di salute pubblica.

Secondo quanto stabilito dall'art. 2 della Legge 40/2004, sono stati avviati numerosi progetti di ricerca e campagne di comunicazione con l'obiettivo di sensibilizzare giovani, genitori e operatori sociosanitari, attraverso l'informazione e la formazione, sulle cause dell'infertilità e della sterilità, sulla salute riproduttiva. Dall'entrata in vi-

gore della Legge 40 si evidenzia la tendenza a un aumento costante delle coppie che accedono alle tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA), dei cicli iniziati, delle gravidanze ottenute e dei bambini nati. In particolare, per le tecniche a fresco di II e III livello, i cicli iniziati nel 2009 hanno mostrato un ulteriore incremento dell'8,8% rispetto al 2008 (47.929 cicli iniziati nel 2009 contro 44.065 cicli iniziati nel 2008), le gravidanze ottenute un incremento del 12,3% (9.940 nel 2009 contro 8.847 nel 2008), i nati vivi un incremento del 7,3% (8.043 nel 2009 contro 7.492 nel 2008). Dal 2005 al 2009 continuano inoltre ad aumentare le percentuali di gravidanze su cicli, su prelievi e trasferimenti, indicatori dell'efficacia delle tecniche di PMA. I dati raccolti indicano quindi un trend costante di aumento nell'accesso alle tecniche di PMA, delle gravidanze e dei nati vivi, e dell'efficacia delle tecniche di PMA.

Anche nel 2009 si assiste a un ulteriore incremento dell'età delle donne che accedono alle tecniche di PMA: aumenta infatti l'età media delle pazienti, che passa a 36,2 anni nel 2009; al di sopra del corrispettivo dato europeo che, per il 2006, si attesta a un valore di età media di 34,3 anni. È ben noto come gli esiti positivi delle procedure siano in rapporto all'età delle donne e in Italia ben il 28,2% dei cicli – uno su quattro – è effettuato da pazienti con età superiore ai 40 anni: anche questo dato è in aumento rispetto al 2008, quando era il 26,8%. Allo stesso tempo, si riduce la numerosità dei cicli a fresco effettuati su pazienti con età inferiore a 35 anni. Considerando che l'au-

mento dell'età media delle donne incide negativamente sui risultati delle tecniche di PMA, il continuo incremento della percentuale di gravidanze e dei nati vivi può considerarsi un risultato più che soddisfacente per l'applicazione delle tecniche di PMA nel nostro Paese. Le ridotte probabilità di ottenere una gravidanza già da età successive ai 40 anni sono inoltre gravate da un'alta percentuale di esiti negativi della gravidanza stessa (aborti spontanei, aborti volontari, morti intrauterine, gravidanze ectopiche), nettamente superiore rispetto alle fasce di età precedenti che ne riducono enormemente le possibilità di successo (42,5% tra i 40 e 42 anni e 65,2% con età superiore ai 42 anni).

L'applicazione della sentenza 151/2009 della Corte Costituzionale, che ha modificato un articolo della Legge eliminando il limite del numero massimo di 3 embrioni da impiantare in un unico e contemporaneo impianto, e precisando espressamente che il trasferimento nell'utero degli embrioni debba avvenire senza pregiudizio per la salute della donna, ha avuto efficacia, tra l'altro, nel numero degli ovociti e negli embrioni congelati. Si registra, purtroppo, una contrazione dell'applicazione del congelamento degli ovociti (si passa dal 12% di prelievi in cui si effettua il congelamento di una parte degli ovociti, del 2008, al 9,9% del 2009), insieme a un aumento di dieci volte del numero di embrioni congelati: erano 763 gli embrioni crioconservati nel 2008, contro i 7.337 del 2009 (su un totale di 99.258 embrioni formati).

I primi risultati dell'applicazione della sentenza 151/2009, quindi, sembrerebbero indicare un minore ricorso alle moderne tecniche di crioconservazione degli ovociti, rispetto a un enorme aumento di congelamento di embrioni. Si auspica che un assestamento dell'applicazione di tale sentenza da parte degli operatori del settore porti nei prossimi mesi a un'inversione di tendenza per questi parametri.

Le complicità per iperstimolazione ovarica rappresentano lo 0,28% dei cicli iniziati, in ulteriore calo rispetto al 2008, quando era lo 0,45% dei cicli iniziati (comunque già

sensibilmente inferiore alla media europea). Nel 2009, i centri che hanno applicato tecniche di PMA in Italia sono stati 350, distribuiti su tutto il territorio nazionale. In particolare, 157 sono servizi pubblici e/o privati convenzionati, mentre 193 offrono un servizio privato. Il 66% dei cicli di PMA viene comunque effettuato in centri pubblici o convenzionati, mentre solo il 34% viene svolto in centri privati.

4.1.3. Gravidanza

Il flusso informativo del Certificato di assistenza al parto (CeDAP) [per approfondimenti i rapporti annuali sono reperibili sul sito <http://www.salute.gov.it>], indispensabile per l'analisi del percorso nascita, ha raccolto informazioni su 551 punti nascita e presenta una migliore copertura rispetto agli anni precedenti: il 96,6% dei parti rilevati con la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) e un numero di nati vivi pari al 95,8% di quelli registrati presso le anagrafi comunali nello stesso anno.

I dati rilevati confermano un'eccessiva medicalizzazione e un sovrautilizzo delle prestazioni diagnostiche nella gravidanza fisiologica. In particolare, nel 73,2% delle gravidanze sono state effettuate più di 3 ecografie, valore nettamente al di sopra di quanto raccomandato nella fisiologia della gravidanza.

Per quanto riguarda gli indicatori di assistenza, la percentuale di donne italiane che effettuano la prima visita oltre la 12ª settimana è pari al 4,4% e tale percentuale sale al 16,2% per le donne straniere. Le donne con scolarità bassa effettuano la prima visita più tardivamente rispetto alle donne con scolarità medio-alta.

In media sono state effettuate 14,7 amniocentesi ogni 100 parti. A livello nazionale, alle madri con più di 40 anni il prelievo del liquido amniotico è stato effettuato in quasi la metà dei casi (42,7%).

Il CeDAP ha rilevato 6.227 parti (sui 10.212 nati vivi rilevati dal Registro sulla PMA) in cui la donna ha segnalato di avere fatto ricorso a una tecnica di PMA.

4.1.4. Parto

Dai dati riportati nel CeDAP 2008, il 16,9% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana. Tale fenomeno è più diffuso al Centro-Nord, dove quasi il 20% dei parti avviene da madri non italiane. Le aree geografiche di provenienza più rappresentative sono quella dell'Africa (27,2%) e dell'Unione Europea (UE) [25,6%]. I comportamenti riproduttivi delle donne straniere e il loro impatto sulla fecondità della popolazione residente sono tanto più evidenti quanto maggiore è la presenza degli immigrati sul territorio, presenza caratterizzata da spiccate specificità locali dovute anche alla particolare realtà economica e produttiva.

L'età media della madre è di 32,4 anni per le italiane, mentre scende a 28,9 anni per le cittadine straniere. L'età media al primo figlio è per le donne italiane quasi in tutte le Regioni superiore a 31 anni con variazioni sensibili tra le Regioni del Nord e quelle del Sud. Le donne straniere partoriscono il primo figlio in media a 27 anni.

Delle donne che hanno partorito nel 2008, il 45,3% ha una scolarità medio-alta, il 34,8% medio-bassa e il 19,9% ha conseguito la laurea. Fra le straniere prevale, invece, una scolarità medio-bassa (45,6%). Il livello di scolarità aumenta con l'aumentare dell'età al parto; in particolare, oltre l'81% delle donne con meno di 20 anni ha al massimo conseguito un diploma di licenza media inferiore.

La frequenza di madri coniugate risulta pari al 77,1%, ma se si considerano le donne con età inferiore ai 20 anni queste sono solo il 32%.

L'analisi della condizione professionale evidenzia che il 59,9% delle madri ha un'occupazione lavorativa, il 31,8% è rappresentato da casalinghe e il 6,6% è disoccupato o in cerca di prima occupazione. La condizione professionale delle straniere che hanno partorito nel 2008 è per il 56,6% quella di casalinga, a fronte del 65,8% delle donne italiane che hanno invece un'occupazione lavorativa.

L'88,4% dei parti è avvenuto negli Istituti di cura pubblici, l'11,4% nelle case di cura

e solo lo 0,2% altrove. Naturalmente, nelle Regioni in cui è rilevante la presenza di strutture private accreditate rispetto alle pubbliche le percentuali sono sostanzialmente diverse. Il 67,0% dei parti si svolge in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti annui. Tali strutture, in numero di 210, rappresentano il 37,3% dei punti nascita totali. Il 9,1% dei parti ha luogo invece in strutture che accolgono meno di 500 parti annui e che costituiscono ancora il 30,2% delle strutture.

Nel biennio 2009-2010 l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha coordinato, all'interno del Progetto "Il percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi", un'indagine a cui hanno aderito 3.534 donne (96,3% del campione selezionato), intervistate al momento della dimissione dopo il parto, a 3 e a 6 mesi dalla nascita. I principali risultati emersi e aggiuntivi rispetto al CeDAP sono:

- l'82% delle donne è stato assistito in gravidanza da un ginecologo, il 3,0% da un'ostetrica e il 15% da un consultorio familiare;
- il 35,5% delle donne ha partecipato a corsi di accompagnamento alla nascita durante l'attuale gravidanza e l'11,6% delle donne aveva già partecipato durante una gravidanza precedente. Il 90% delle donne ha giudicato adeguata l'informazione ricevuta su travaglio e allattamento, mentre contraccezione, normativa e vaccinazioni sono argomenti poco trattati; si rileva un giudizio migliore sui corsi effettuati dal consultorio e una partecipazione meno frequente da parte delle straniere;
- il 20,2% delle donne di cittadinanza italiana e il 7,9% delle straniere hanno assunto acido folico nel periodo periconcezionale;
- nel 42,5% dei parti è stata effettuata un'episiotomia, con un'elevata variabilità territoriale;
- il 97% delle donne prima del parto ha dimostrato la volontà di allattare al seno; tuttavia, durante la degenza in ospedale solo il 61,3% delle puerpere ha iniziato un allattamento esclusivo al seno, il