



Cari Colleghi,

nella riunione del Consiglio Direttivo Nazionale del 4 dicembre u.s. sono state prese decisioni riguardo alle quali vi verrà data informazione con note specifiche.

Uno degli argomenti più importanti riguarda sicuramente la consistenza dei Soci, dal momento che il numero degli iscritti è sicuramente uno dei parametri di valutazione della rappresentatività di una Associazione.

E su questo punto c'è qualche difficoltà e sofferenza che va principalmente addebitata alla situazione che vede la nostra professione, fra i 22 profili professionali, nell'anomala condizione di persistente appartenenza ad un Ordine diverso dall'area e dalla classe di formazione della prevenzione.

Riguardo agli altri parametri non siamo malmessi; essi sono: la definizione di regole (statuto, regolamenti, codice deontologico), la diffusione sul territorio, che ha raggiunto 20 Regioni, anche se taluni casi meritano qualche verifica, mentre per la Calabria si avvicina il momento della trasformazione del Comitato Promotore in Sezione, oltre alla definizione degli organismi di gestione e responsabilità a livello nazionale, regionale e provinciale.

L'anno che si sta chiudendo ha registrato certamente la persistenza di problemi e difficoltà, ma sarebbe fuori luogo negare che sia stato un anno di crescita, problematica fin che si vuole, ma positiva.

Abbiamo un rimpianto istituzionale e organizzativo che, seppur migliorabile, mette a disposizione regole, paletti, strumenti utili per assicurare un sia pur graduale sviluppo della Associazione.

Tutto dipende dalla compatibilità che ciascuno di noi può mettere in campo tra l'impegno associativo e i molti impegni personali, familiari, professionali.

continua a pag.2

IN QUESTO NUMERO

Pag.1-2	Editoriale
Pag.2	Chiarimenti sulla determinazione dei fabbisogni formativi
Pag.3	Raccolta contributi scientifici
Pag.3	Nota CGIL su libera professione
Pag.4	Arrivano i primi neolaureati
Pag.5-16	Annuario Statistico 2004 dell'ISTAT: il capitolo Sanità

Resta comunque prioritario, pregiudiziale e fondamentale il problema ordinistico perché è da quello che in larga parte dipende il futuro della nostra professione, attorno alla quale non mancano profeti di sventura e menagrami di varia estrazione e finalità.

E' per questo che il giorno 10 dicembre u.s., attraverso le persone del Consigliere Gualanduzzi e del Consulente Dott. Majori abbiamo partecipato ad un incontro in Roma assieme ad altre Associazioni a discutere dei crucialissimi problemi connessi ai Disegni di Legge Tomassini e governativo di cui vi abbiamo dato notizia attraverso precedenti Newsletter.

Nella circostanza, la posizione dell'Asnas, unica Associazione ufficialmente riconosciuta a livello nazionale come rappresentativa della categoria degli Assistenti Sanitari, è stata sostenuta secondo le linee definite nel Consiglio Direttivo Nazionale, vale a dire: Ordine autonomo o, in subordine, Ordine per area prevenzione e due Albi distinti.

Nessun'altra soluzione ci trova disponibili. Sono previsti ulteriori momenti di confronto con le Autorità Governative, in particolare con i Ministeri della Salute, dell'Istruzione, Università e Ricerca, della Giustizia.

Occorrerà riaffrontare la problematica contrattuale e riaffrontare la problematica della nuova formazione anche alla luce del nuovo Regolamento Universitario D.M. 270, trasmesso con la Newsletter n.11.

Si avvicinano le festività natalizie e l'avvio di un anno nuovo.

A tutte le Colleghe e Colleghi un augurio affettuoso, personale, familiare, professionale e associativo.

La Presidente
Gianna Calzolari



Sono pervenute al Consulente Dott. Majori richieste di chiarimenti attorno al percorso che la legge prevede ai fini della determinazione dei fabbisogni riferiti alle diverse categorie professionali.

Chiarisce il Consulente:

una certa confusione sul punto deriva dal fatto che talvolta viene citato l'art.6 comma 3 del D.Lgs. 502, ai fini del quesito. Tale citazione non è corretta, in quanto l'art.6 comma 3 del D.Lgs. 502, poi 517 e 229, è la norma dalla quale è partito il processo di riforma delle professioni sanitarie dei 22 profili. Viceversa la norma specifica è l'art.6 ter del D.Lgs. 229 (Riforma Bindi o Ter) che precisa:

“Gli Enti pubblici o privati e gli Ordini e Collegi Professionali sono tenuti a fornire al Ministero della Sanità i dati e gli elementi di valutazione necessari per la determinazione dei fabbisogni riferiti alle diverse categorie professionali. In caso di inadempimento entro il termine prescritto il Ministero provvede alla acquisizione dei dati attraverso commissioni ad acta ponendo a carico degli Enti inadempienti gli oneri a tal fine sostenuti”.

Questa la norma. Nella realtà pratica non c'è di questa norma applicazione puntuale, anche se mi pare lecito arguire che tra gli “Enti Pubblici” tenuti a fornire gli elementi di valutazione siano sicuramente da ricomprendere, partendo dal territorio, le aziende sanitarie, le regioni, altre strutture o istituzioni private oltre agli ordini professionali. Importanti, sotto il profilo citato, le Consulte professionali esistenti in molte regioni, ed ovviamente importante il lavoro di promozione e sensibilizzazione della figura ad opera della rispettiva Associazione, e attraverso le articolazioni territoriali, regionali e provinciali, fino al terminale formativo, rappresentato dal mondo dell'Università. Assai utile la rappresentazione del fabbisogno attraverso i Media.

Il Consiglio Direttivo Nazionale nella riunione del 4.12 u.s. è tornato sulla opportunità di raccogliere i contributi scientifici degli iscritti AsNAS, dirigenti e non: relazioni a convegni, corsi di formazione, seminari, meetings, comunque occasioni nelle quali essi hanno avuto modo di esprimere opinioni su temi interessanti la professione. E non solo: interessanti la salute in senso lato, prodotti anche in tempi lontani: la cultura non ha tempo, i temi è naturale che subiscano modificazioni e aggiornamenti. Si rinnova pertanto l'invito ad inviare lavori alla Segreteria Nazionale che ne curerà la raccolta e la custodia. Nei limiti del possibile potranno essere pubblicati nel sito associativo. Nelle costituenti biblioteca ed emeroteca, una volta allestite, e in progress, potranno essere utilizzate da chiunque interessato. Potranno essere una interessante fonte di informazioni anche per gli studenti dei nostri corsi di laurea, anche a fini di tesi di laurea, con vantaggio per gli studenti e buon ritorno d'immagine per l'Associazione.



NOTA CGIL-FP SU LIBERA PROFESSIONE

Roma 1/12/2004

Ai Presidenti delle Federazioni dei Collegi e delle
Associazioni delle professioni sanitarie ex lege 251/00

Carissimi,

è stata dal Governo ripresentata la proroga della legge 1.01 sulle prestazioni aggiuntive senza modificare l'impianto nonostante la nota dichiarazione congiunta allegata al contratto di comparto; per renderla, invece, adeguata al mutato quadro legislativo e contrattuale abbiamo richiesto ed ottenuto dai deputati dell'opposizione di centrosinistra un emendamento che vi alleghiamo che riporterebbe, se approvato, la norma in un ambito consono all'evoluzione in professioni sanitarie autonome che abbiamo conquistato insieme con le leggi 42 e 251.

Cordiali saluti

Per la Segreteria FP CGIL Nazionale
Rossana Dettori

EMENDAMENTO A.C. 5454

All'articolo 1, dopo il comma 1 aggiungere il seguente comma:

“2. Al fine di valorizzare e promuovere l'autonomia delle professioni sanitarie prevista dalla legge 10 agosto 2001, n. 42 e dalla legge 26 febbraio 1999, n. 251, nell'ambito della contrattazione collettiva del comparto del personale della sanità, è regolamentata l'attività libero professionale così come da dichiarazione congiunta allegata al contratto stesso, finalizzata ad obiettivi di miglioramento della quantità e della qualità dei servizi prestati, di adeguamento all'innovazione ed evoluzione organizzativa aziendale.”

Neo laureati alla "Magna Graecia"

(Tratto da VIAVAI Catanzaro: il portale della città di Catanzaro, 13.12.2004)

Poter vivere in un ambiente salubre e lavorare in un luogo sano, che rispetti condizioni di sicurezza e di igiene, sono ormai due presupposti necessari per la vita di tutti i giorni. Allo stesso modo educare alla salute riveste un valore fondamentale nella nostra società, per l'importante funzione di prevenzione che assume.

A questi compiti saranno chiamati a rispondere gli undici neolaureati in Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro e i cinque neolaureati in Assistente sanitario, i primi dell'Università Magna Græcia, a tre anni dall'attivazione dei due corsi di laurea.

I neolaureati in Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro sono: Girolama Barillaro, Marilena Calipari, Giuseppe Colosimo, Giuseppe Compagnone, Francesco Critello, Aldo Roberto Donato, Daniela Gallo, Roberta Greco, Marcella Lucidano, Filomena Marrazzo, Tiziana Tripodi.

I cinque neolaureati in Assistente sanitario, invece, sono: Pierluigi Costa, Noemi Francesca Gravina, Gaetana Manganelli, Francesco Nicotera e Giuseppina Scavo. I lavori di tesi hanno affrontato argomenti di grande attualità.

I neolaureati, infatti, hanno discusso di: lavoro al videoterminale, sistema qualità nella ristorazione collettiva, esposizione alle fibre di amianto, tutela delle acque destinate al consumo umano, sicurezza dei luoghi di lavoro in edilizia, gestione dei rifiuti sanitari, politiche ecocompatibili, sistemi di potabilizzazione delle acque destinate al consumo umano, smaltimento delle acque reflue, ruolo della prevenzione e dell'educazione alla salute.

Il Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro è responsabile di tutte le attività di prevenzione, verifica e controllo in materia di igiene e sicurezza ambientale nei luoghi di vita e di lavoro, di igiene degli alimenti e delle bevande; ha compiti di vigilanza sugli impianti di produzione e sulla qualità degli alimenti in commercio; controlla l'igiene e la sanità veterinaria e può coadiuvare l'amministrazione giudiziaria durante indagini sui reati contro il patrimonio ambientale, sulle condizioni di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro e sugli alimenti.

L'Assistente sanitario, invece, svolge un'attività di prevenzione e educazione alla salute, individuando i bisogni di salute e le priorità di intervento preventivo, educativo e di recupero, sulla base dei dati epidemiologici e socio-culturali.

Partendo da tale fase analitica, programma e progetta tutti gli interventi di educazione alla salute nelle fasi della vita della persona, lavorando sulle metodologie di comunicazione e sulle campagne di prevenzione.

“L'Università Magna Græcia – ha sottolineato il Rettore Salvatore Venuta – sta investendo molte risorse e energie nelle professioni sanitarie per garantire una formazione qualificata e all'avanguardia. Con questi neolaureati si arricchisce il gruppo dei nostri primi laureati.

La soddisfazione è massima se consideriamo anche gli interessanti lavori di tesi presentati.

La figura del Tecnico della prevenzione è ormai indispensabile per accertare le condizioni di vivibilità nei luoghi che tutti noi frequentiamo giornalmente sia sul lavoro che nella nostra vita sociale.

È una figura indispensabile quindi per migliorare le condizioni di vita e di lavoro di tutti noi.

L'Assistente sanitario allo stesso modo deve assolvere con coscienza e responsabilità ad un compito fondamentale che lo vede impegnato nella promozione e nell'educazione alla salute.

Una figura professionale anche questa necessaria, perché in grado di fornire gli elementi basilari di prevenzione con un contributo relazionale e educativo dal grande valore sanitario.”

Le commissioni per le due sedute di laurea, presiedute dal Rettore Venuta, erano composte da Francesco Saverio Costanzo, preside della facoltà di Medicina e chirurgia, Patrizia Doldo, Maria Pavia, Angelo Lavano, Carmelo Nobile, Francesco Lucia, Maria Giulia Cristofaro, Giuseppina Vescia, Marina Leone, Achille Iachino, in rappresentanza del Ministero della Salute, Maria Carmine Falbo, in rappresentanza del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e Nicolina Bosu, in rappresentanza dell'Associazione nazionale assistenti sanitari.

ISTAT

ANNUARIO STATISTICO 2004: il capitolo Sanità

I dati presenti in questo capitolo provengono da flussi di origine amministrativa e da indagini ad hoc sulla popolazione, e forniscono un quadro sulla struttura di offerta sanitaria pubblica, con particolare riguardo a quella ospedaliera, sulle condizioni di salute e sugli stili di vita della popolazione.

Riguardo all'offerta sanitaria pubblica, ampio rilievo è stato dato alla struttura ospedaliera, la quale costituisce l'offerta di livello più alto fornita dal Servizio sanitario nazionale sia in termini di intensità di cure sia in termini di risorse finanziarie assorbite. I dati utilizzati provengono da flussi di origine amministrativa (Ministero della salute, indagine sulla struttura e attività degli istituti di cura), i quali si riferiscono alle dotazioni strutturali e ai volumi di assistenza erogata negli istituti di cura ospedalieri. In particolare, i dati di struttura riguardano il numero di istituti, di posti letto e di personale medico e infermieristico; i dati sull'attività sono relativi al numero di ricoveri effettuati.

Il quadro sulle condizioni di salute della popolazione si basa su un dettaglio di tipo epidemiologico, fornito dai dati sulla mortalità per causa (Istat, indagine sulla mortalità per causa), dalle principali diagnosi di dimissione ospedaliera (Ministero della salute, schede sui dimessi dagli istituti di cura), dai casi di malattie infettive e dall'abortività spontanea (Istat, indagini sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo, sulle interruzioni volontarie di gravidanza e sulle notifiche delle malattie infettive). Il capitolo si completa con il dato fornito dall'indagine multiscopo Istat sulle famiglie che consente sia di conoscere lo stato di salute percepito dalla popolazione sia di individuarne i principali stili di vita.

Struttura e attività degli istituti di cura

Le informazioni sulla struttura e l'attività degli istituti di cura sono elaborate dall'Istat a partire dai dati rilevati dal Ministero della salute. Il Ministero della salute, mediante appositi modelli di rilevazione (modelli Hsp), rileva informazioni sui dati anagrafici degli istituti di cura pubblici e privati, le caratteristiche organizzative, i posti letto ordinari e in day hospital, le apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura e i dati di attività dei reparti ospedalieri.

Il Ministero, inoltre, rileva informazioni su altre tipologie di servizi sanitari pubblici e privati convenzionati, da quelli di base (medicina generale, guardia medica eccetera), a quelli di tipo territoriale (ambulatori, laboratori, centri di assistenza eccetera), a quelli di tipo residenziale e semiresidenziale.

Il Sistema sanitario nazionale si sta orientando, ormai da diversi anni, verso un'offerta di assistenza più mirata ai bisogni della popolazione e più razionale dal punto di vista dei costi economici necessari per sostenerla. Il progressivo aumento della spesa sanitaria, osservato negli ultimi anni, e della spesa ospedaliera in particolare, hanno fatto emergere la necessità di limitare l'utilizzo improprio di questo livello di assistenza. L'obiettivo perseguito negli ultimi anni è stato, quindi, quello di fornire un'assistenza adeguata al livello di gravità, dirottando i casi bisognosi di minore intensità assistenziale verso le strutture territoriali e residenziali.

I dati relativi all'offerta di servizi sanitari pubblici e privati convenzionati ([Prospetto 3.1](#)) evidenziano che le trasformazioni in atto sono in linea generale conformi a questi obiettivi, sebbene vi siano differenze territoriali significative sia nella modalità con cui si stanno realizzando queste trasformazioni, sia nella velocità.

Nell'ambito del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera del Servizio sanitario nazionale vi è stata una politica di riduzione del numero totale di ospedali (passati da 1.478 nel 1997 a 1.286 nel 2002), accorpando in molti casi ospedali di piccole dimensioni. Tale processo si è anche caratterizzato per una razionalizzazione della distribuzione e del numero

di posti letto ordinari, che sono così passati da circa 320 mila a 246 mila, corrispondenti rispettivamente a 5,6 e 4,3 posti letto ordinari ogni mille abitanti.

Allo stesso tempo è stata potenziata l'attività di day hospital, aumentando il numero di accessi piuttosto che modificando l'offerta, rimasta sostanzialmente stabile nel periodo 1997-2002 (i posti letto di day hospital sono pari a 0,46 ogni mille abitanti).

Prospetto 3.1

Strutture sanitarie per tipo di servizio, regione e ripartizione geografica - Anni 1997 e 2002

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Posti letto ordinari per mille abitanti		Posti letto di day hospital per mille abitanti		% di Asl con servizio di assistenza domiciliare integrata		Ambulatori e laboratori per 100 mila abitanti		Strutture territoriali diverse da ambulatori e laboratori per 100 mila abitanti (a)		Strutture residenziali e semi-residenziali per 100 mila abitanti	
	1997	2002	1997	2002	1997	2002	1997	2002	1997	2002	1997	2002
	Piemonte	5,3	4,2	0,48	0,51	95,5	95,5	8,6	18,1	9,3	8,2	7,1
Valle d'Aosta	4,4	3,6	0,38	0,41	100,0	100,0	6,7	19,1	22,6	19,1	15,9	1,7
Lombardia	5,8	4,4	0,40	0,46	93,2	100,0	9,9	15,4	9,7	9,1	5,8	15,2
Bolzano-Bozen	5,9	4,8	0,07	0,28	100,0	100,0	34,1	51,8	12,9	11,4	3,3	5,4
Trento	7,1	4,3	0,97	0,55	0,0	100,0	8,6	16,7	2,8	4,6	9,2	11,7
Veneto	5,6	4,4	0,55	0,49	85,7	90,5	11,0	17,4	10,5	12,6	5,8	24,0
Friuli-Venezia Giulia	6,1	4,6	0,44	0,47	100,0	100,0	13,7	17,0	7,3	5,6	12,1	17,9
Liguria	6,1	4,8	0,58	0,56	00,0	80,0	16,7	37,0	10,0	12,5	6,1	9,2
Emilia-Romagna	5,8	4,7	0,63	0,51	61,5	84,6	5,1	17,0	4,8	8,4	7,9	24,6
Toscana	5,3	4,4	0,43	0,55	83,3	00,0	27,0	29,4	13,9	13,6	14,5	21,3
Umbria	4,7	3,6	0,70	0,65	40,0	75,0	14,2	16,9	9,1	10,7	7,6	16,5
Marche	6,3	4,4	0,53	0,43	69,2	100,0	17,0	28,9	4,1	5,8	3,6	8,7
Lazio	7,0	5,3	0,47	0,59	90,9	83,3	18,3	27,3	6,5	6,9	1,7	4,0
Abruzzo	6,6	4,5	0,46	0,41	25,0	66,7	6,8	22,0	0,0	9,4	0,1	2,0
Molise	5,1	4,8	0,05	0,22	25,0	75,0	16,6	32,1	1,8	1,9	0,3	5,0
Campania	4,6	3,4	0,21	0,33	18,2	69,2	21,8	3,1	2,7	4,9	1,3	2,8
Puglia	5,7	3,9	0,59	0,31	25,0	66,7	16,8	20,1	4,5	6,5	1,3	2,7
Basilicata	4,7	4,0	0,32	0,40	40,0	100,0	21,4	23,6	5,3	13,6	1,6	5,5
Calabria	5,1	4,1	0,53	0,45	18,2	63,6	18,6	32,3	3,1	4,4	1,6	3,9
Sicilia	4,5	3,8	0,42	0,46	33,3	77,8	32,1	40,4	4,9	8,2	0,9	2,5
Sardegna	5,7	4,6	0,56	0,33	16,7	100,0	13,8	30,9	4,3	8,6	0,8	4,0
Nord-ovest	5,6	4,4	0,44	0,48	94,4	95,3	10,3	18,4	9,7	9,3	6,3	14,6
Nord-est	5,8	4,5	0,57	0,49	80,0	91,1	10,0	18,7	7,8	9,8	7,3	22,2
Nord	5,7	4,4	0,49	0,49	88,9	93,2	10,1	18,6	8,9	9,5	6,7	17,8
Centro	6,2	4,7	0,48	0,56	75,6	92,7	20,6	27,4	8,8	9,2	6,5	11,1
Sud	5,2	3,8	0,39	0,35	23,4	70,6	18,4	27,8	3,1	6,0	1,2	3,0
Isole	4,8	4,0	0,45	0,43	25,0	88,2	27,6	38,0	4,7	8,3	0,9	2,8
Mezzogiorno	5,1	3,9	0,41	0,38	23,7	75,0	21,4	31,1	3,7	6,7	1,1	3,0
ITALIA	5,6	4,3	0,46	0,46	68,7	86,8	16,2	24,7	7,0	8,5	4,6	11,2

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della salute

(a) Comprendono i consultori materno-infantili, i centri di assistenza psichiatrica, i centri di assistenza per i tossicodipendenti, i centri di assistenza Aids, i centri di assistenza idrotermale, i centri di assistenza agli anziani, i centri di assistenza ai disabili fisici e i centri di assistenza ai disabili psichici.

A livello territoriale, le diminuzioni più consistenti si sono avute nelle aree centrali, che partivano da un'offerta significativamente più elevata della media, e nelle aree meridionali che, al contrario, già a inizio periodo disponevano di un numero di posti letto ordinari per mille abitanti inferiore al valore medio nazionale. Tuttavia, analizzando i dati regionali le variazioni più elevate hanno riguardato generalmente le regioni con un'offerta più alta (provincia autonoma di Trento, Marche, Lazio e Abruzzo). Di conseguenza si assiste nel tempo a una crescente omogeneità nella dotazione di posti letto ordinari. In corrispondenza di questa ridotta variabilità, si ha sempre un rapporto tra posti letto e popolazione residente più elevato nel Centro (47), per effetto di una dotazione ancora consistente nel Lazio (53), e più basso nel Mezzogiorno (39), per effetto di una scarsa dotazione soprattutto in Campania (dove i valori erano già particolarmente bassi nel 1997) e in Sicilia.

Meno lineare appare la situazione per il day hospital che, come detto, non fa registrare cambiamenti significativi a livello nazionale in termini di dotazione di posti letto. A livello territoriale l'unico aspetto che emerge chiaramente è l'aumento dell'offerta di strutture di day

hospital al Centro (da 0,48 posti letto ogni mille abitanti a 0,56), influenzato ancora una volta dal Lazio (da 0,47 a 0,59) e, in misura minore, anche dalla Toscana.

Questi andamenti non modificano comunque il quadro generale per cui la dotazione minima si ha sempre nel Molise, nella provincia autonoma di Bolzano, seguite da Campania, Puglia e Sardegna, mentre quella più elevata si osserva nella provincia autonoma di Trento, in Liguria, Toscana e Umbria, cui si aggiunge per effetto delle dinamiche recenti anche il Lazio.

A questa situazione nel settore ospedaliero sembrerebbe corrispondere un potenziamento dell'offerta territoriale e residenziale, sebbene la tipologia di indicatori calcolabili non consente di conoscere la dimensione dell'offerta territoriale (si conosce infatti il numero di strutture attive ma non la loro capacità ricettiva né il personale operante nella struttura stessa).

A livello nazionale nel periodo 1997-2002 si osserva un significativo incremento della percentuale di Aziende sanitarie locali (Asl) che si sono dotate del servizio di assistenza domiciliare integrata (erano in media il 68,7 per cento nel 1997 e sono attualmente l'86,8 per cento); il numero di ambulatori è passato da 16,2 ogni 100 mila abitanti a 24,7; anche il numero di strutture territoriali che erogano prestazioni diverse da quelle ambulatoriali e di laboratorio (consultori materno-infantili, servizi di assistenza ai disabili fisici e psichici eccetera) è aumentato di oltre il 20 per cento, passando da 7 ogni 100 mila abitanti a 8,5. Per quanto riguarda l'attività residenziale e semiresidenziale l'offerta di strutture è più che raddoppiata, passando da 4,6 ogni 100 mila abitanti a 11,2. Vi sono quindi segnali forti in direzione del contenimento dell'offerta ospedaliera e del potenziamento di quella territoriale, così come auspicato dai dettami della normativa.

Ancora una volta, però, queste trasformazioni si stanno realizzando in maniera differenziata sul territorio e non sempre con dinamiche convergenti verso la progressiva omogeneizzazione. Ad esempio per quanto riguarda il numero di ambulatori e laboratori per 100 mila abitanti, sebbene gli incrementi più rilevanti si siano avuti nelle aree settentrionali, dove a inizio periodo la dotazione era significativamente più bassa della media nazionale, nel 2002 si osserva un aumento del divario territoriale: l'indicatore varia dal minimo di 15,4 ambulatori ogni 100 mila abitanti della Lombardia a 51,8 della provincia autonoma di Bolzano; anche escludendo queste due situazioni estreme si hanno ancora situazioni di bassa dotazione nella provincia autonoma di Trento e in Umbria (meno di 17 ogni 100 mila abitanti) e di elevata dotazione in Liguria, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna, con oltre 30 ambulatori per 100 mila residenti.

Al contrario aumenta l'omogeneità regionale per il servizio di assistenza domiciliare integrata (Adi) e per la disponibilità di strutture territoriali che erogano prestazioni diverse da quelle ambulatoriali e di laboratorio.

In entrambi i casi si ha una convergenza verso i valori più elevati, con qualche eccezione. La percentuale di Asl che hanno attivato il servizio Adi tende al 100 per cento nella maggior parte delle Regioni; rimane ancora su valori significativamente più bassi della media in Calabria (63,6 per cento), Abruzzo e Puglia (66,7 per cento), Campania (69,2 per cento), Umbria e Molise (75,0 per cento). Anche per le strutture territoriali diverse dagli ambulatori e laboratori vi è una diffusa tendenza all'incremento. Tuttavia, si osserva una diminuzione per Valle d'Aosta, Bolzano e Toscana, che avevano già a inizio periodo valori elevati, e per Piemonte, Lombardia e Friuli-Venezia Giulia.

Per quanto riguarda, infine, la dotazione di strutture residenziali e semiresidenziali, nonostante vi sia una generale tendenza a potenziare questo tipo di servizio, rimane un profondo divario tra Centro-Nord e Mezzogiorno. Nel 2002, a fronte di un valore medio nazionale pari a 11,2 strutture ogni 100 mila abitanti, si registrano 22,2 strutture nel Nord-est, 14,6 nel Nord-ovest, 11,1 al Centro e solo 3 al Mezzogiorno.

Dimissioni dagli istituti di cura

La scheda di dimissione ospedaliera (Sdo) rappresenta lo strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative a ogni paziente dimesso dagli istituti pubblici e privati in tutto il territorio nazionale.

La Sdo è stata istituita dal Ministero della salute con il decreto ministeriale del 28 dicembre 1991, ed è definita parte integrante della cartella clinica

Con il decreto del 26 luglio 1993 si è specificata l'obbligatorietà, dal 1° gennaio 1995, del flusso informativo inerente la Sdo dagli istituti alle Regioni e da queste al Ministero, sostituendo così il precedente modello di rilevazione sui dimessi, Istat D10.

A partire dal 1° gennaio 2001, con il decreto n. 380 del 27 ottobre 2000, si è aggiornata la disciplina di tale flusso informativo e si sono distinte due sezioni nella scheda di dimissione ospedaliera, la prima contenente le informazioni anagrafiche, la seconda quelle relative a tutto il periodo di degenza del paziente fino alla sua dimissione.

Tutte queste informazioni sono utilizzate dal sistema Drg (Diagnosis related groups) che è alla base del metodo di finanziamento degli istituti di cura, basato su tariffe specifiche associate alle singole classi.

Il sistema Drg è costituito da 492 categorie finali di ricoveri, e sono a loro volta classificati in 25 categorie diagnostiche principali (Major diagnostic categories – Mdc), le quali raggruppano le malattie e i disturbi relativi a un unico organo o apparato, seguendo la suddivisione in settori della classificazione internazionale delle malattie. I criteri principali su cui si basa la logica di tale classificazione sono l'omogeneità nel consumo delle risorse e la significatività clinica della categoria finale.

A partire dall'anno 2000, si sono fornite le informazioni anche secondo la classificazione per diagnosi e interventi denominata Acc (Aggregati clinici di codici). Tale classificazione è stata sviluppata nel 1993 dall'Agenzia federale sanitaria statunitense Ahqr (Agency for healthcare quality and research) con l'acronimo Ccs (Clinical classification software), al fine di raggruppare i codici Icd-9-cm(1) in un set ristretto di classi relativamente omogenee.

Gli Acc sono costituiti da 259 classi di diagnosi e 231 classi di interventi e procedure che comprendono tutti i codici Icd-9-cm(1). Il raggruppamento è effettuato indipendentemente dal capitolo di origine di un codice ed è guidato dal criterio dell'affinità clinica. Nell'individuazione delle classi si è assegnata particolare attenzione alle situazioni cliniche più frequenti, ricomprendendo invece in classi residuali le situazioni più rare.

Nel 2001 si sono registrati quasi 13 milioni di ricoveri, di cui circa 9,8 milioni in regime ordinario (76 per cento) e 3,1 milioni in regime di day hospital (24 per cento). A fronte di questo aumento delle ospedalizzazioni, il numero di giornate di degenza in regime ordinario si è notevolmente ridotto, assestandosi su 72 milioni con una degenza media pari a poco più di sette giorni.

I livelli di ospedalizzazione maschili sono più alti di quelli femminili in tutte l'età, con l'unica eccezione per la classe di 15-44 anni, in cui, come si è detto, pesano i ricoveri femminili legati agli eventi riproduttivi.

Gli alti tassi di dimissione ospedaliera si registrano in particolare nelle aree meridionali del Paese: nel Mezzogiorno si sono avute 227 dimissioni ogni mille residenti, rispetto a una media nazionale pari a 211 e rispetto a valori pari a 205 al Centro e a 201 al Nord.

(1): La Icd-9-cm costituisce una versione modificata e ampliata della Icd-9 (International classification of diseases, IX revision, Ginevra, 1975), prevalentemente utilizzata per la classificazione delle cause di morte. La Icd-9-cm, maggiormente orientata a classificare i dati di morbosità, consente una più precisa codifica delle formulazioni diagnostiche, sia attraverso l'utilizzo di un quinto carattere per le diagnosi (la Icd-9 ne prevede quattro), sia attraverso una classificazione ad hoc per gli interventi e le procedure.

I tassi di dimissione ospedaliera sia maschili che femminili mostrano un gradiente da Nord al Mezzogiorno, dai valori più bassi a quelli più alti a tutte le età, fatta eccezione per la classe degli ultraottantacinquenni a causa della diversa struttura per età dei molto anziani nelle diverse aree del Paese (presenza di più novantenni o centenari al Centro-Nord con conseguente rischio più elevato di ricoverarsi in ospedale).

Altri indicatori, quali la degenza media e l'indice di complessità in regime ordinario, possono aiutare a comprendere meglio le caratteristiche degli ospedalizzati nel nostro Paese.

L'indice di complessità del ricovero si basa sul peso relativo del Drg, ed è espresso dal rapporto fra il costo medio dello specifico Drg e il costo medio del caso medio calcolato su tutti i Drg; tale indicatore è quindi una media dei pesi relativi, in cui è pari all'unità la complessità riferita al caso medio nazionale.

Nel 2001 un evento di ricovero ordinario per acuti durava mediamente 6,8 giorni. La durata media della degenza aumentava sensibilmente all'aumentare dell'età, passando da 4,5 giorni per i bambini fino a 14 anni a 9,4 giorni per gli anziani di 85 anni e oltre. Gli uomini hanno una degenza media leggermente più elevata delle donne (rispettivamente 7 e 6,7 giorni), sostanzialmente a causa di una permanenza più prolungata in corrispondenza dei ricoveri di pazienti giovani e adulti, mentre nelle età anziane sono le donne a rimanere più a lungo in ospedale, soprattutto se hanno superato gli 85 anni di età (9,6 giorni contro 9 giorni per gli uomini).

Considerando l'indice di complessità del ricovero, le differenze di genere e per classi di età appaiono più marcate (Prospetto 3.2). I ricoveri femminili totali hanno un indice prossimo all'unità, mentre i ricoveri degli uomini risultano mediamente più complicati e il loro indice è pari a 1,126. Anche considerando le singole classi di età i ricoveri maschili sono costantemente più complessi di quelli femminili, eccetto che nei bambini (la complessità è per entrambi i sessi pari a 0,73). L'indice è crescente all'aumentare dell'età, raggiungendo un massimo di 1,322 negli uomini di 85 anni e oltre e 1,317 nelle donne della stessa età, pur avendo quest'ultime una degenza media più elevata.

Queste caratteristiche sono comuni alle diverse realtà territoriali, ciò che le differenzia sono i livelli assunti dagli indicatori. La degenza media è più elevata nel Nord-est e nel Centro (7,5 giorni), seguite dal Nord-ovest (7,2 giorni) e, a distanza, dal Mezzogiorno (6 giorni). L'indice di complessità mostra ancora più chiaramente l'esistenza di un gradiente passando dal Nord al Mezzogiorno, con valori estremi pari a 1,122 nel Nord-est e 0,956 nelle Isole, confermando, in conclusione, per le aree meridionali del Paese, la tendenza a effettuare ricoveri ospedalieri in regime ordinario anche per problemi di salute meno gravi, probabilmente a causa della mancanza di servizi alternativi piuttosto che per la presenza di un quadro epidemiologico complesso. Si tratta di ricoveri con un indice di complessità mediamente più basso di quello registrato al Centro-Nord e con una durata più breve.

Prospetto 3.2

Indice di complessità per sesso, classe di età e ripartizione di residenza: ricoveri per acuti - Anno 2001

RIPARTIZIONI DI RESIDENZA	Maschi						Femmine					
	0-14	15-44	45-64	65-84	85 e oltre	Totale	0-14	15-44	45-64	65-84	85 e oltre	Totale
<i>Nord-ovest</i>	0,721	1,023	1,260	1,388	1,371	1,197	0,727	0,813	1,069	1,277	1,356	1,043
<i>Nord-est</i>	0,768	1,035	1,251	1,358	1,336	1,206	0,771	0,809	1,061	1,258	1,319	1,050
<i>Nord</i>	0,737	1,028	1,257	1,375	1,354	1,201	0,742	0,811	1,066	1,269	1,339	1,046
<i>Centro</i>	0,732	0,989	1,215	1,336	1,328	1,156	0,743	0,803	1,048	1,249	1,323	1,024
<i>Sud</i>	0,713	0,899	1,100	1,211	1,266	1,032	0,715	0,783	0,946	1,139	1,263	0,925
<i>Isole</i>	0,683	0,896	1,068	1,182	1,246	1,007	0,687	0,786	0,924	1,112	1,264	0,909
<i>Mezzogiorno</i>	0,728	0,900	1,116	1,226	1,277	1,045	0,730	0,782	0,958	1,152	1,263	0,933
Italia	0,726	0,965	1,188	1,310	1,322	1,126	0,730	0,798	1,015	1,220	1,317	0,995

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della salute - Schede di dimissione ospedaliera

Dimissioni per aborto spontaneo dagli istituti di cura

L'aborto spontaneo (As) è l'interruzione involontaria della gravidanza prima che il feto sia vitale, cioè capace di vita extrauterina indipendente. La legge italiana definisce l'As come l'interruzione involontaria di gravidanza avvenuta entro il 180° giorno compiuto di amenorrea. In seguito all'entrata in vigore della legge n.194 del 22 maggio 1978, l'Istat ha avviato due indagini parallele: quella sulle interruzioni volontarie della gravidanza e quella sulle dimissioni ospedaliere per aborto spontaneo. Quest'ultima rileva solo i casi per i quali si sia

reso necessario il ricovero (in regime ordinario o in day hospital) in istituti di cura sia pubblici che privati.

Quindi gli aborti spontanei non soggetti a ricovero non vengono rilevati. Dal 1982 (primo anno in cui i dati sono ritenuti completi e affidabili) al 2001 (ultimo anno disponibile, dato provvisorio) i casi di aborto spontaneo sono aumentati del 25,0 per cento passando da 56.157 a 70.235. Il rapporto di abortività spontanea mostra un aumento del 43,0 per cento passando da 89,2 casi di aborto spontaneo per mille nati vivi a 127,7. Anche eliminando l'effetto della struttura dei nati vivi secondo l'età della madre, ovvero considerando i rapporti standardizzati, l'incremento rimane piuttosto elevato e pari al 23,0 per cento. Se al contempo si pensa alla riduzione della fecondità che vi è stata in Italia, alle notevoli conquiste raggiunte nel settore della tutela della salute riproduttiva e ai recenti risultati nel campo dell'individuazione e del controllo dei fattori di rischio, l'aumento del fenomeno dell'abortività spontanea suscita ancora maggiore interesse e preoccupazione.

Il confronto tra l'indicatore grezzo e quello standardizzato per età (utilizzando come popolazione di riferimento i nati vivi al 1991) conferma come l'influenza dell'età sia sempre più incisiva. Il divario tra i due rapporti di abortività (dipendente solo dalla struttura per età della madre dei nati vivi) aumenta con il tempo fino a diventare pari a 12,4 nel 2001.

Da alcuni studi effettuati dall'Istat si è valutato l'effetto dell'età sulla variazione di abortività spontanea relativa al periodo 1986-1996. Su un incremento totale di 26,8 punti osservato per il rapporto grezzo di abortività spontanea, ben 9,7 punti sono attribuibili esclusivamente alla posticipazione del calendario delle nascite. In altre parole il 36,2 per cento della variazione positiva dei rapporti di abortività tra il 1986 e il 1996 è dovuto al semplice fatto che è aumentata la quota di nati vivi da madri di età più avanzata, ovvero nelle classi di età dove il rischio di abortività spontanea è più elevato.

Interruzioni volontarie di gravidanza

L'indagine sulle interruzioni volontarie di gravidanza (Ivg) (avviata dall'Istat in seguito all'entrata in vigore della legge n.194 del 22 maggio 1978) rileva gli interventi effettuati nelle strutture pubbliche e private autorizzate ad effettuare l'Ivg.

Le informazioni riguardanti le caratteristiche sociodemografiche della donna, la sua storia riproduttiva pregressa e la tipologia dell'intervento vengono raccolte tramite modelli individuali e anonimi compilati da parte del medico che procede all'intervento.

L'andamento temporale dei livelli di abortività volontaria mostra un trend tendenzialmente decrescente con una fase di assestamento a partire dalla metà degli anni Novanta. Nel 2001 il tasso di abortività riferito a mille donne di età 15-49 anni risulta pari a 9,1.

Se si considerano i tassi specifici per età si osserva che il valore più alto al 2001 si riferisce alla classe 20-24 anni (14,3 casi per mille donne), mentre nel 1991 questo era in corrispondenza della classe 30-34 anni (con un tasso pari a 17,5). Nel corso del tempo si è assistito infatti a un cambiamento generale delle dinamiche all'interno delle classi d'età: a metà degli anni Novanta i tassi di abortività delle donne giovani hanno superato quelli delle donne più mature (Figura 3.2).

L'età media al ricorso all'Ivg conferma questa tendenza in quanto nel periodo 1991-2001 subisce un decremento passando da 30,1 a 29,4.

Se si considera lo stato civile della donna, si verifica anche in questo caso un cambiamento nel modello di abortività: fino al 1995 i tassi riferiti alle donne coniugate risultano superiori rispetto a quelli delle donne nubili, per eguagliarsi nel 1996. A partire dall'anno 1997 invece la situazione si capovolge e sono le donne nubili a sperimentare livelli di abortività più elevati. Nel 2001 il tasso è pari a 9,7 per mille donne nubili e a 7,9 per mille donne coniugate.

Questi cambiamenti non avvengono in maniera uniforme su tutto il territorio italiano. Le ripartizioni Nord e Centro rispecchiano la situazione generale presentando i livelli di abortività più elevati in corrispondenza della classe di età 20-24 anni a partire, rispettivamente, dal 1996 e dal 1997. Anche il decremento dell'età media è analogo nelle due aree geografiche passando da 29,9 nel 1991 a 29,3 nel 2001. Invece i differenziali per stato

civile con livelli di abortività volontaria più elevati per le donne nubili si evidenziano già agli inizi degli anni Novanta.

Il Mezzogiorno vive gli stessi cambiamenti in tempi posticipati rispetto al Nord e al Centro. Al 2001 è la classe di età 25-29 anni a mostrare i tassi di abortività più elevati (12,5 Ivg per mille donne), anche se con un minimo scarto (0,1) rispetto alla classe 20-24 anni. L'età media al ricorso all'aborto volontario nel 2001 (pari a 29,6) è di poco superiore al valore nazionale ma va sottolineato che la variazione avvenuta nel periodo considerato è stata più consistente in quanto nel 1991 l'età media era pari a 30,5 anni.

Il cambiamento del modello di abortività secondo lo stato civile nel Mezzogiorno ancora non ha avuto luogo, poiché i tassi riferiti alle donne coniugate sono superiori a quelli delle donne nubili (9,1 per le prime e 7,8 per le seconde nel 2001). Però va sottolineato che i livelli sono molto più simili che nel 1991 quando il tasso relativo alle coniugate era pari a 14,6 e quello relativo alle nubili 6,5, con una differenza di 8,1 punti. Nel 2001 tale differenza ammonta solo a 1,3.

Notifiche di malattie infettive

La rilevazione dei dati sulle malattie infettive viene effettuata congiuntamente dall'Istat, il Ministero della salute e l'Istituto superiore di sanità.

L'Istat provvede, inoltre, a effettuare un'indagine riepilogativa mensile che consente di ottenere in tempi rapidi i dati per diagnosi, provincia di notifica, sesso e classe di età. I dati pubblicati nel presente volume si riferiscono ad alcune malattie rilevate mediante quest'ultima fonte.

L'intero sistema informativo delle malattie infettive e diffuse è attualmente regolato dal decreto ministeriale del 15 dicembre 1990, con il quale il Ministero della salute ha stabilito l'elenco delle malattie infettive e diffuse che danno origine a particolari misure di sanità pubblica, sulla base delle esigenze di controllo epidemiologico e di integrazione del sistema informativo sanitario nazionale. Il decreto in questione prevede l'obbligo per il medico di notificare tutti i casi di malattie infettive e diffuse pericolose per la salute pubblica di cui sia venuto a conoscenza nell'esercizio della sua professione. Le Aziende sanitarie locali (Asl) sono tenute, a loro volta, a comunicare le informazioni, ricevute dai medici, con modalità diverse a seconda del tipo di malattia.

Dal punto di vista sanitario, il monitoraggio dei casi notificati ha lo scopo di individuare e seguire la loro stagionalità per predisporre i mezzi di prevenzione e di lotta alle malattie infettive.

Di seguito si presenta l'andamento temporale di alcune malattie infettive (Prospetto 3.3).

Prospetto 3.3

Tassi di notifica di alcune malattie infettive per diagnosi - Anni 1992-2002 (per 100 mila abitanti)

DIAGNOSI	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Aids	7,10	8,02	7,38	10,61	9,37	6,60	4,32	3,81	3,30	3,19	3,24
Diarrea infettiva non da salmonella	2,00	2,20	2,90	3,00	3,29	4,05	3,45	3,13	4,06	5,40	4,94
Epatite virale A	10,09	6,27	6,28	2,52	14,87	17,30	5,14	2,94	2,59	3,37	2,97
Epatite virale B	5,58	5,56	4,94	4,59	3,35	3,47	3,12	2,73	2,65	2,55	2,37
Epatite virale non A non B	3,33	2,19	2,49	2,53	1,60	1,62	1,47	1,37	0,97	0,95	0,82
Epatite virale non specificata	3,14	3,45	1,71	0,81	0,86	0,53	0,21	0,18	0,17	0,14	0,10
Febbre tifoide	2,86	2,39	2,07	1,88	1,95	1,40	1,15	1,36	1,06	0,70	0,62
Malaria	0,88	1,22	1,37	1,30	1,31	1,42	1,62	1,75	1,71	1,71	1,28
Morbillo	111,14	30,52	11,28	69,25	55,79	71,73	7,07	5,04	2,52	1,44	31,38
Parotite epidemica	51,12	50,90	65,91	124,09	106,74	51,55	25,58	70,13	65,21	43,03	10,00
Rosolia	18,13	59,34	41,75	11,63	37,13	60,18	5,76	1,96	4,51	8,96	10,84
Tubercolosi polmonare	4,18	5,50	6,55	6,59	6,52	6,91	6,22	5,42	5,89	5,67	5,35
Tubercolosi extrapolmonare	1,01	1,76	2,55	2,71	2,09	2,44	1,94	1,99	2,06	1,86	1,71

L'incidenza di Aids è andata aumentando nel nostro Paese fino al 1995. In seguito si è assistito a una rapida diminuzione che è proseguita fino al 2001.

I nuovi casi notificati per il 2002 lasciano sostanzialmente invariato il tasso di incidenza. Da alcuni studi effettuati dall'Istituto superiore di sanità è emerso che la repentina diminuzione di casi verificatasi negli ultimi anni non è attribuibile a una riduzione delle infezioni da Hiv, ma soprattutto all'effetto delle terapie antiretrovirali combinate. Tale effetto è presente in tutte le categorie di rischio, anche se l'accesso a tali terapie prima dell'Aids è fortemente condizionato dalla conoscenza della condizione di sieropositività Hiv, che può variare a seconda della categoria considerata.

I casi di diarrea infettiva non da salmonella presentano un andamento variabile nel tempo ma tendenzialmente in aumento: a partire da un tasso di incidenza pari a due casi ogni 100 mila abitanti nel 1992 si assiste a una crescita fino al 1997 (4,05), a una successiva lieve diminuzione negli anni 1998-1999, seguita dal 2000 da una nuova tendenza all'aumento.

L'epatite virale A, largamente prevenibile con il rispetto di norme di corretta preparazione igienico-sanitaria di alimenti e/o l'uso di acqua potabile, continua a rappresentare il 50 per cento circa dei casi totali di epatite. Il tasso di incidenza presenta alcuni valori particolarmente elevati nel 1992 e negli anni 1996-1997. Escludendo questi dati l'andamento è significativamente in diminuzione passando da 6,27 casi ogni 100 mila abitanti nel 1993 a 2,97 nel 2002.

L'epatite virale B, per la quale attualmente vige l'obbligatorietà della vaccinazione dei bambini, è in costante diminuzione. Il tasso di notifica presenta una repentina diminuzione tra il 1992, quando era pari a 5,58 casi ogni 100 mila abitanti, e il 1996, anno in cui ammontava a 3,35. Successivamente il ritmo di diminuzione appare più lento, ma comunque significativo, assestando il valore del tasso nel 2002 a 2,37 casi ogni 100 mila abitanti.

Da segnalare inoltre la costante e rilevante diminuzione sia dei casi di epatite non A e non B che dei casi di epatite non specificata.

La febbre tifoide, come l'epatite A, è una malattia che si trasmette attraverso gli alimenti. Diversamente dall'epatite A il tasso di notifica risulta costantemente in diminuzione passando da 2,86 casi ogni 100 mila abitanti nel 1992 a 0,62 nel 2002.

Il flusso di dati riguardante la malaria segue un percorso diverso rispetto alla maggioranza delle altre malattie, che vedono coinvolte le Asl e le Regioni prima della trasmissione dei dati agli enti centrali. Per la malaria il presidio ospedaliero che effettua la diagnosi trasmette al Ministero della salute una copia della scheda di notifica, unitamente al vetrino con striscio ematico.

L'andamento dei tassi di notifica, nonostante alcune variazioni di breve periodo, è tendenzialmente crescente, passando da 0,88 casi ogni 100 mila abitanti nel 1992 a 1,71 nel 2000 e 2001 e a 1,28 nel 2002. La malaria è una malattia legata ai viaggi e l'incremento degli ultimi anni può dipendere dalla maggiore frequenza di questi, sia per la presenza dei flussi migratori, sia per motivi di studio/lavoro che per turismo.

L'eliminazione di morbillo, parotite e rosolia mediante l'effettuazione di campagne vaccinali routinarie dell'infanzia e campagne di recupero dei suscettibili, rappresenta certamente una delle priorità nel campo della prevenzione delle malattie infettive, non solo in Italia, ma anche in tutta la regione europea dell'Oms, nella quale l'eliminazione del morbillo è specificamente prevista per l'anno 2007. I dati epidemiologici sulle tre malattie infettive mostrano delle forti oscillazioni nel tempo, ma comunque una tendenza alla diminuzione.

Tali oscillazioni non è sempre facile capire se siano da attribuirsi a fenomeni di recrudescenza o, come spesso accade per le malattie dell'infanzia, a problemi di variabilità nella frequenza di notifica.

Il morbillo, ad esempio, è una malattia a elevata contagiosità, che recentemente è tenuta maggiormente sotto controllo grazie alla crescente diffusione della copertura vaccinale: presentava un tasso di notifica pari a 111,14 casi per 100 mila abitanti nel 1992, sceso a 1,44 nel 2001 e risalito a 31,38 nel 2002. La parotite è variata da 51,12 casi nel 1992 a un massimo di 124,09 nel 1995 per poi scendere a dieci casi nel 2002. Per la rosolia, infine, risulta ancora

più difficile individuare un trend: il tasso di notifica del 2002 è pari a 10,84 casi per 100 mila abitanti.

Per quanto riguarda la tubercolosi il Ministero della salute, con il decreto ministeriale del 29 luglio 1998, ha modificato la scheda di notifica della tubercolosi e della micobatteriosi non tubercolare. Con l'entrata in vigore della nuova scheda, dal 1° luglio 1999 alcune informazioni come il ricovero ospedaliero e la data di inizio sintomi si perdono. La localizzazione della sede anatomica risulta invece più specifica. Nel complesso i tassi di notifica delle tubercolosi polmonari ed extrapolmonari sono andati aumentando tra il 1992 e il 1997, mentre dal 1998 hanno fatto registrare una diminuzione. Considerando che il sistema di sorveglianza specifico, introdotto con il nuovo decreto, prevede un doppio canale di notifica, sia mediante il medico curante che mediante il laboratorio che isola il bacillo tubercolare, è stato ridotto ai minimi termini il problema della sottotifica, che era invece presente negli anni precedenti.

Quindi la diminuzione dei tassi è probabilmente ancora più marcata di quanto appaia nel trend. Le tubercolosi polmonari sono passate da 4,18 casi ogni 100 mila abitanti nel 1992 a 6,91 nel 1997 e a 5,35 nel 2002. Le tubercolosi extrapolmonari erano 1,01 nel 1992, sono salite a 2,71 nel 1995, per poi assestarsi a 1,71 nel 2002.

Mortalità per causa

Ogni anno pervengono all'Istat le oltre 500 mila schede di morte relative ai deceduti in Italia. Tali schede contengono informazioni demografiche precodificate e la descrizione del processo morboso, o del traumatismo, che ha portato al decesso.

Il medico certificatore, chiamato a constatare la morte, deve indicare sul modello di rilevazione Istat "tutte le malattie, gli stati morbosi o i traumatismi che abbiano condotto o contribuito al decesso, e le circostanze dell'accidente o violenza che hanno provocato questi traumatismi", riportando anche altre notizie di rilievo inerenti al decesso. Nella scheda viene distinto il caso di morte da causa naturale da quello di morte da causa violenta. Nel caso di morte da causa naturale viene specificata la causa iniziale, eventuali cause intermedie o complicazioni, la causa terminale e altri stati morbosi rilevanti, mentre per la morte da causa non naturale viene indicata oltre alla causa violenta, la descrizione della lesione, le malattie o complicazioni, gli stati morbosi preesistenti e il mezzo o modo col quale la lesione è stata determinata.

Le statistiche di mortalità sono basate convenzionalmente su una singola causa di morte, la cosiddetta causa iniziale, la cui definizione è sancita dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms).

Il problema dell'individuazione della causa di morte è particolarmente semplice qualora sulla scheda sia riportata una sola causa. Tuttavia molto spesso sono più stati morbosi che hanno contribuito alla morte. In questi casi si pone il problema dell'individuazione della patologia ritenuta maggiormente responsabile del decesso, ovvero della "causa primaria di morte" (o "causa principale" o "causa fondamentale").

Una delle attività più impegnative e delicate del processo di produzione dei dati di mortalità riguarda proprio la selezione e la codifica della causa iniziale del decesso, sulla base delle informazioni riportate sulla scheda di morte.

Fino ai decessi relativi all'anno 1994 la codifica avveniva in misura completamente manuale, ovvero personale specializzato era incaricato di individuare la causa iniziale che maggiormente aveva contribuito al decesso.

L'Istat ha introdotto, a partire dai decessi del 1995, un sistema di codifica automatico delle cause di morte che permette di codificare automaticamente oltre il 75 per cento dei decessi. Il restante 25 per cento delle schede di morte, per motivi di qualità della codifica, viene codificato con il tradizionale sistema di codifica manuale.

L'introduzione di un sistema di codifica automatico ha permesso senza dubbio di ristrutturare e ottimizzare l'intero processo di produzione dei dati, ma ha anche portato a una discontinuità nei dati sulle cause di morte tra il 1994 e il 1995. Per meglio comprendere eventuali modificazioni nel profilo della mortalità per causa dovute al diverso sistema di lavorazione dei dati, si riporta la tabella di raccordo, per grandi gruppi di cause, ottenuta sottoponendo a

doppia codifica, manuale e automatica, un campione di circa 300 mila schede di morte riferiti a decessi del 1995 (Prospetto 3.4).

Prospetto 3.4

Decessi per gruppo di cause secondo il sistema di codifica e coefficiente K di raccordo. Analisi del Bridge Coding riferita all'anno 1995

CAUSE DI MORTE	Codifica		Coefficiente K (a)
	Manuale	Automatica (b)	
Malattie infettive e parassitarie (c)	1.230	1.644	1,337
Tumori	90.554	88.850	0,981
Disturbi psichici e malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	10.142	11.138	1,098
Malattie del sistema circolatorio	143.481	143.640	1,001
Malattie dell'apparato respiratorio	19.794	20.722	1,047
Malattie dell'apparato digerente	16.676	15.698	0,941
Altre malattie	21.010	21.750	1,035
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	4.924	4.369	0,887
Cause esterne dei traumatismi e avvelenamenti	16.216	16.216	1,000
Totale	324.027	324.027	1,000

(a) Rapporto tra i decessi secondo la codifica automatica e i decessi secondo la codifica manuale.

(b) Si utilizza il termine codifica automatica sebbene il 23 per cento delle schede di morte sia codificato manualmente.

(c) Isolando nella codifica automatica l'epatite virale (codice 070) il coefficiente k diventa 1,138.

Nel 2001 i decessi sono stati 556.892, di cui 279.032 maschi e 277.860 femmine. Oltre il 71 per cento della mortalità complessiva è dovuta alle malattie del sistema circolatorio e ai tumori.

In particolare le cause di morte più frequenti sono quelle connesse alle malattie del sistema circolatorio. I quozienti di mortalità per 100 mila abitanti, riferiti all'anno 2001, per questa causa sono risultati pari a 413,2 per il totale della popolazione, 382,4 per i maschi e 442,2 per le femmine.

Al secondo posto tra le cause di decesso si collocano i tumori (il 29,5 per cento del totale dei decessi) con quozienti per 100 mila abitanti pari a 341,8 per i maschi e 238,8 per le femmine. Nel corso del quinquennio 1997-2001 il quoziente di mortalità per tumori è passato da 273,0 a 288,6 per 100 mila abitanti.

Il terzo posto è occupato dai decessi per malattie dell'apparato respiratorio i cui quozienti hanno assunto valori pari a 59,4 per 100 mila nel 2001, per la popolazione totale, 72,2 per i maschi e 47,4 per le femmine.

Per le cause di morte violenta si osserva un lieve aumento del tasso di mortalità tra il 2000 e il 2001, passato da 45,2 a 46,9 per 100 mila.

È opportuno sottolineare tuttavia che la mortalità maschile è comunque molto più elevata di quella femminile: il quoziente di mortalità, nel 2001, è infatti per gli uomini pari a 58,2 per 100 mila mentre per le donne a 36,4.

Un esame dei dati a livello territoriale evidenzia una più elevata mortalità nelle regioni del Nord e del Centro rispetto a quelle del Mezzogiorno.

Nel caso dei tumori si riscontrano forti differenze territoriali: il quoziente è pari a 333,6 e 309,6 rispettivamente al Nord e al Centro, nel 2001, e a 221,6 nel Mezzogiorno; il valore più basso si registra in Calabria (190,7) e quello più elevato in Liguria (402,1).

Anche per quanto riguarda le cause di morte violenta l'indicatore di mortalità è più elevato nelle regioni del Centro-Nord e più basso in quelle meridionali.

In particolare il valore più basso si osserva in Campania (27,6) decessi per 100 mila abitanti, mentre quello più alto in Valle d'Aosta (84,6).

È infine importante sottolineare che il tasso grezzo di mortalità, sebbene sia una misura globale del fenomeno, risente della struttura per età della popolazione di riferimento e pertanto non sempre è adeguato per effettuare analisi territoriali e temporali. Tuttavia la geografia appena descritta della mortalità per causa in Italia rimane sostanzialmente

immutata anche quando si usano degli indicatori più appropriati quali i tassi standardizzati (*La mortalità in Italia nel periodo 1970-1992: evoluzione e geografia*, Istat, 1999).

Per quanto riguarda infine i decessi nel primo anno di vita, l'analisi temporale per gruppi di cause e sesso evidenzia andamenti sostanzialmente decrescenti.

In particolare, nel 2001, si sono registrati complessivamente 2.482 decessi. Tra questi 16 casi sono riconducibili a malattie infettive e parassitarie, 33 casi a malattie dell'apparato respiratorio, 753 casi a malformazioni congenite e ben 1.369 a condizioni morbose di origine perinatale.

A livello territoriale i dati del 2001 evidenziano ancora una volta una più elevata mortalità infantile nelle regioni del Sud rispetto a quelle del Nord e del Centro.

Condizioni di salute

Sulla base delle informazioni raccolte annualmente nell'indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" è possibile ottenere un set di indicatori che consente di esplorare le condizioni di salute della popolazione (percezione soggettiva del proprio stato di salute e presenza di malattie croniche), i comportamenti sanitari (consumo di farmaci e ricorso al medico di famiglia), nonché alcuni dei principali fattori di rischio per la salute, quali l'abitudine al fumo e gli stili alimentari.

Stato di salute, malattie croniche e uso di farmaci

La percezione soggettiva dello stato di salute rappresenta un indicatore globale dello stato di salute, che è definito, secondo le ben note indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), come uno stato di "completo benessere fisico, mentale e sociale". Secondo quanto stimato dai dati dell'indagine, almeno tre persone su quattro (75,4 per cento) tra i residenti in Italia, giudicano buono il proprio stato di salute, con differenze di genere che fanno registrare uno svantaggio femminile (78,8 per cento per gli uomini a fronte del 72,1 per cento per le donne). In particolare intorno ai sessantanni tali differenze superano i dieci punti percentuali: nella fascia d'età 60-64 anni gli uomini che si dichiarano in buona salute sono il 64,9 per cento a fronte del 54,7 per cento delle loro coetanee.

All'aumentare dell'età decresce la quota di quanti si dichiarano in buona salute fino a raggiungere il 27,5 per cento tra gli ultrasettantacinquenni, con differenze di genere più contenute (32,5 per cento per gli uomini e 24,6 per cento per le donne).

Anche quando si passa ad analizzare indicatori sulla presenza di patologie croniche emerge comunque uno svantaggio tutto al femminile: se complessivamente la quota di popolazione che dichiara di essere affetta da almeno una malattia cronica è pari al 35,9 per cento, si registra che il 38,8 per cento sono donne e il 32,9 per cento sono uomini. Ciò non può giustificarsi con la più elevata speranza di vita di cui godono le donne, in quanto analizzando il fenomeno anche a parità di età sono sempre più spesso le donne che presentano condizioni di salute peggiori rispetto ai loro coetanei.

Analogamente, dall'analisi dell'indicatore di comorbilità (vale a dire la presenza di due o più patologie croniche) complessivamente risulta che il fenomeno interessa il 19,4 per cento della popolazione, ma per gli uomini la quota è pari al 15,4 per cento mentre per le donne al 23,1 per cento. Tra le persone anziane di 65-74 anni ben il 61,7 per cento delle donne risulta essere multicronico a fronte del 45,7 per cento degli uomini.

Tra le patologie croniche, riferite all'intera popolazione, quelle più frequenti sono l'artrosi/artrite (18,9 per cento), l'ipertensione (12,5 per cento) e le malattie allergiche (8,5 per cento). Ad eccezione delle patologie allergiche, le quote di persone che dichiarano di essere affette da malattie croniche sono crescenti all'aumentare dell'età. Tra le persone anziane la presenza di artrosi/artrite è quasi il triplo: è infatti riferita da circa sei persone su dieci; per gli ultrasettantacinquenni la quota raggiunge il 71,8 per cento per le donne ed il 53,1 per cento per gli uomini. Per le malattie del cuore invece gli uomini di 75 anni e oltre presentano quote leggermente superiori rispetto alle donne (21,3 per cento a fronte del 17,4 per cento). Nel caso invece dell'osteoporosi emergono differenze di genere molto marcate: tra gli uomini

ultrasettantiquenni solo l'11,5 per cento dichiara di soffrirne a fronte del 46,4 per cento delle donne.

In merito all'assunzione di farmaci, una quota analoga a quella dell'anno precedente, pari al 34,9 per cento, ha dichiarato di aver fatto ricorso a farmaci nei due giorni precedenti l'intervista. Il fenomeno è sensibilmente crescente con l'età, passando da percentuali inferiori al 15 per cento per bambini e adolescenti fino a raggiungere quote del 81,6 per cento tra le persone di 75 anni e oltre. Sono consumatrici di farmaci più le donne (39,6 per cento) che gli uomini (29,9 per cento).

Sul territorio emerge un gradiente Nord-Sud in termini di ricorso a farmaci: con un maggior ricorso al Nord (38,3 per cento) piuttosto che al Sud (30,1 per cento).

Stili alimentari e abitudine al fumo

L'alimentazione. L'indagine multiscopo sulle famiglie condotta annualmente dall'Istat conferma che l'Italia è ancora lontana da un'ampia diffusione del modello alimentare basato sul pasto veloce, consumato fuori casa. I dati relativi al 2003 evidenziano infatti, che il pranzo costituisce ancora nella gran parte dei casi il pasto principale (per il 70,6 per cento circa della popolazione di 3 anni e più) e molto spesso è consumato a casa (75,6 per cento), permettendo così una scelta degli alimenti e una composizione dei cibi e degli ingredienti più attenta rispetto ai pasti consumati fuori casa.

L'abitudine a considerare il pranzo come pasto principale e a consumarlo in casa è più consolidata al Sud (80,4 per cento e 85,3 per cento) rispetto al Nord (65,4 per cento e 69 per cento) e al Centro (64,3 per cento e 72,6 per cento).

Al mattino una prima colazione "adeguata" (non solo limitata al caffè o al tè, ma che include alimenti più sostanziosi) è una abitudine che riguarda il 77,5 per cento della popolazione, consolidando un comportamento ritenuto salutare.

Questa abitudine è però meno diffusa al Sud (72,8 per cento) rispetto al Nord (79,6 per cento) e al Centro (81,6 per cento).

Il fumo. La forte relazione esistente tra esposizione al fumo di tabacco e stato di salute è ormai confermata da numerosi studi epidemiologici. Il fumo rappresenta, infatti, uno dei principali fattori di rischio nell'insorgenza di patologie cronico-degenerative che colpiscono in primo luogo l'apparato respiratorio e cardio-vascolare.

Nel 2003 il 23,9 per cento delle persone di 14 anni e oltre ha dichiarato di fumare. La diffusione dell'abitudine al fumo continua a essere fortemente differenziata per sesso, con una prevalenza tra gli uomini pari al 31,0 per cento, contro il 17,4 per cento per le donne.

La più elevata diffusione del fenomeno si osserva tra le persone giovani e adulte (classe di età 20-54 anni), con un valore massimo per gli uomini dai 25 ai 34 anni (39,3 per cento) e per le donne dai 35 ai 44 anni (25 per cento).