

La relazione 2005-2006 sullo stato sanitario del Paese

Giuseppe Cirillo

Direttore del Servizio di Programmazione, Dipartimento Socio-Sanitario ASL Na 1, Napoli
Direttore del Centro Studi Interistituzionale, Comune di Napoli (ASL Na 1)

Abstract

2005-2006 report on Italy health status

The report on the country health status for 2005-2006 is defined by a specific legislation (DL June 1999, n. 299). The aim is to give Italian Parliament an annual report on Italian population's health. In the specific Italian population health conditions and indications for health policies and programs are shown.

Quaderni acp 2008; 15(4): 159-164

Key words Health. Programming. Health policy. Priorities

La relazione sullo stato sanitario del Paese (RSSP), edizione per il biennio 2005-2006, è definita dal Decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229 e risponde all'esigenza di dare un'informazione annuale al Parlamento e al Paese sullo stato di salute degli italiani. In particolare la relazione illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio nazionale e fornisce indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi.

Parole chiave Salute. Programmazione. Politica sanitaria. Priorità

La Relazione

La Relazione sullo Stato Sanitario del Paese (RSSP) è definita dal Decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229 e risponde all'esigenza di dare un'informazione annuale al Parlamento e al Paese sullo stato di salute degli italiani.

In particolare la relazione:

- ▶ illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio nazionale;
- ▶ descrive le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN);
- ▶ espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano Sanitario Nazionale (PSN);
- ▶ riferisce sui risultati conseguiti dalle regioni in riferimento all'attivazione dei Piani Sanitari Regionali;
- ▶ fornisce indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi.

Questa edizione della RSSP riguarda il biennio 2005-2006; è stata pubblicata nel gennaio 2008 ed è composta di 176 pagine, suddivisa in molti capitoli. L'impianto della relazione 2005 è indirizzato soprattutto a:

- ▶ esaminare gli obiettivi del PSN (2006-2008, quindi triennale);

- ▶ raccogliere i risultati statistici ed epidemiologici sullo stato di salute del Paese;
- ▶ ottenere i commenti degli esperti su alcune tematiche particolarmente significative;
- ▶ esporre le azioni intraprese dal Ministero della Salute;
- ▶ indicare gli obiettivi futuri.

L'impressione complessiva che se ne ricava è che la RSSP tenda a un superamento di un documento meramente burocratico per fornire, soprattutto agli operatori e ai decisori, strumenti per programmare, unificando fonti statistiche diverse (statistiche del Ministero, ISTAT, CEDAP ecc.). Da questo punto di vista è un documento senz'altro da approfondire e da studiare. Ne daremo un sunto necessariamente molto ristretto, invitando gli interessati a sfogliare i diversi capitoli qui appena accennati [1].

La salute dei bambini non trova molto spazio nella Relazione, soprattutto non trova uno spazio "dedicato", ma esaminando dati statistici è bene ricordare che la condizione epidemiologica degli adulti di oggi è anche il frutto della loro condizione da bambini e dei loro comportamenti di salute del corso della vita, e l'"epidemia" di malattie cardiovascolari degli adulti di oggi, per esempio, può

anche essere considerata una conseguenza delle condizioni di vita dei bambini di un cinquantennio fa. Nel capitolo sulla RSSP comunque ci sono, sparsi, i dati riferiti ai bambini e sono quelli esposti con maggiore attenzione.

Le malattie

◆ Per quanto riguarda le **malattie infettive** l'AIDS nel 2005 registra un aumento dell'incidenza dell'infezione acquisita per trasmissione sessuale tra persone mature, con un costante aumento nel corso degli anni dell'età mediana nel 2005: è stata di 41 anni per i maschi e 38 anni per le femmine. I tassi di incidenza per Regione sono illustrati in *figura 1*. Sono stati notificati tre casi pediatrici.

◆ Il carico di malattie dell'**apparato cardiovascolare** è da anni uno dei più importanti problemi di sanità pubblica. Gli indicatori disponibili (mortalità, dimissioni ospedaliere, pensioni di invalidità, spesa farmaceutica) evidenziano la gravità dei danni umani, sociali ed economici. Il problema resta tra le principali cause di morbidità e mortalità nel nostro Paese. I più aggiornati dati di mortalità forniti dall'ISTAT, si riferiscono all'anno 2001, secondo cui le malattie del sistema cardiocircolatorio causano 235.289 morti, pari al 42,6% del totale dei decessi: una proporzione così elevata è dovuta anche all'invecchiamento della popolazione e alla scarsa natalità. Negli ultimi 15 anni si sono ridotte le differenze di mortalità tra Nord e Centro-Sud ma nelle categorie sociali con scolarizzazione e reddito più basso i tassi di mortalità si sono ulteriormente e negativamente distanziati da quelli della restante parte della popolazione.

◆ Le malattie dell'**apparato respiratorio** sono tra le patologie croniche più diffuse nella popolazione italiana. Rappresentano per numerosità la terza causa di morte in Italia, dopo le malattie dell'apparato circolatorio e le neoplasie. La bronchite cronica e l'asma colpiscono più del 20%

Per corrispondenza:

Giuseppe Cirillo

e-mail: dirg.cirillo@aslna1.napoli.it

FIGURA 1: AIDS, TASSI DI INCIDENZA PER 100.000 ABITANTI

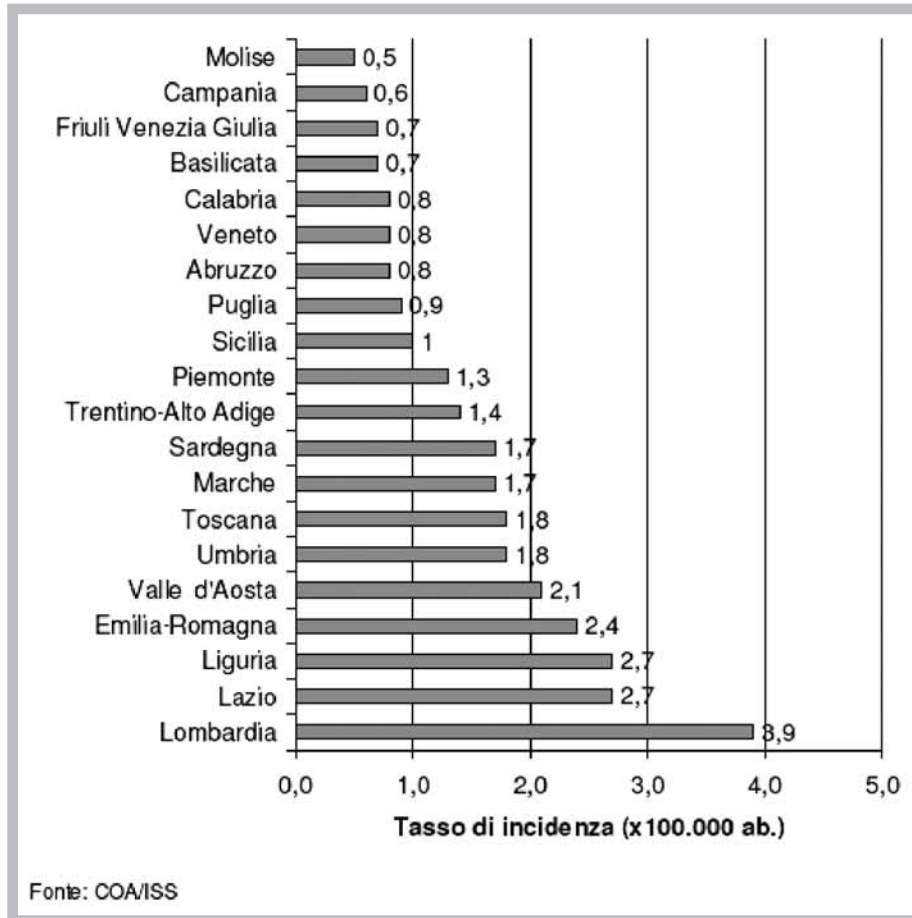
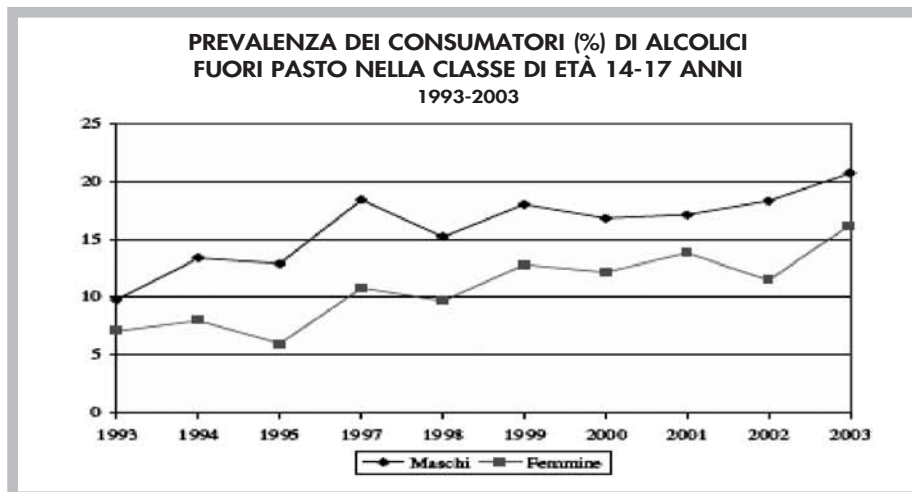


FIGURA 2: PREVALENZA DEI CONSUMATORI DI ALCOL FUORI PASTO (14-17 ANNI; DATI 1993-2003)



della popolazione di età superiore a 65 anni e rappresentano per questa fascia di popolazione la terza causa di patologia cronica dopo l'artrosi/artrite e l'ipertensione (ISTAT 2003). La broncopatia

cronico-ostruttiva (BPCO) è una sindrome clinica caratterizzata da una riduzione di flusso aereo non completamente reversibile. La riduzione del flusso è progressiva e associata a una anomala rispo-

sta infiammatoria del polmone a particelle o gas nocivi come il fumo di sigarette. Alla BPCO vengono attribuiti almeno il 6% dell'intera spesa sanitaria italiana, il 50% dei decessi per cause respiratorie e il 18,5% delle dimissioni ospedaliere. Il fumo di sigaretta rappresenta il principale fattore di rischio ma anche l'inquinamento fa la sua parte: a ogni incremento di 10 mcg/m³ di particelle PM10 nell'aria atmosferica urbana si associa circa il 6% di aumento del rischio di mortalità per cause cardiorespiratorie. Situazioni di povertà, emarginazione e svantaggio sociale possono aumentare il rischio di sviluppare malattie respiratorie croniche.

I determinanti della salute

Discreto spazio viene dato ai determinanti della salute come fumo, alcol e alimentazione. Oltre 85.000 all'anno sono le morti correlabili al fumo. I fumatori attuali sono il 28,5% dei maschi e il 16,6% delle femmine, con una percentuale più alta nell'Italia centrale e più bassa al Sud, con una età di inizio di 17,6 anni per i maschi e di 19,5 per le donne. Il consumo di bevande alcoliche appare sempre più diffuso, secondo le stime dell'Osservatorio Nazionale Fumo-Alcol-Droga (OssFAD) dell'Istituto Superiore di Sanità. Sono 800.000 i giovani italiani al di sotto dell'età legale (14-16 anni) che dichiarano di consumare bevande alcoliche; corrispondono al 40% dell'intera popolazione di tale età. Secondo i dati dell'indagine "Eurobarometro" 2002 della Commissione Europea, l'Italia presenta l'età più bassa di avvio al consumo di bevande alcoliche con una media di 12,2 anni contro i 14,6 dell'Unione Europea.

Nella figura 2 è visibile la prevalenza dei consumatori di alcolici fuori pasto di età 14-17 anni dal 1993 al 2003.

L'obesità sta assumendo le caratteristiche di una vera e propria epidemia a livello mondiale (globesity) e costituisce uno dei maggiori problemi di salute non solo nei Paesi industrializzati ma anche in quelli in via di sviluppo.

I dati disponibili in Italia sono quelli relativi all'indagine multiscope dell'ISTAT per i ragazzi tra 6 e 17 anni nel 1999-2000; per quelli di età uguale o superiore a 18 anni l'anno di riferimento è il 2003.

TABELLA 1: PERCENTUALE DELLA POPOLAZIONE ITALIANA DI ETÀ UGUALE/SUPERIORE AI 18 ANNI IN SOVRAPPESO E OBESA PER REGIONE - ANNO 2003

REGIONI	Sovrappeso	Obesi
Piemonte	29,4	7,6
Valle d'Aosta	32,7	9,0
Lombardia	31,1	8,0
Trentino-Alto Adige	30,9	7,3
Bolzano-Bozen	30,8	8,2
Trento	31,0	6,5
Veneto	33,2	9,0
Friuli-Venezia Giulia	34,5	9,3
Liguria	31,2	7,8
Emilia-Romagna	33,5	10,3
Toscana	31,0	9,4
Umbria	35,0	9,6
Marche	35,3	9,0
Lazio	33,1	8,2
Abruzzo	37,1	9,7
Molise	36,3	13,2
Campania	37,1	9,8
Puglia	34,8	10,0
Basilicata	41,6	10,2
Calabria	37,3	9,7
Sicilia	38,8	9,6
Sardegna	29,6	7,8
Italia	33,6	9,0

Fonte: ISTAT Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2003

Nella fascia di età 6-13 anni si osserva una prevalenza pari al 30,4% contro il 14,5% per i ragazzi di 14-17 anni. Le regioni meridionali hanno una prevalenza più elevata (28,7%) rispetto a quelle del Nord (19,3%). Dai dati epidemiologici relativi alla popolazione di età uguale o superiore a 18 anni, risulta che il 33,6% è in sovrappeso e quasi un decimo (9,4%) è obeso, distribuiti variamente per regione secondo la *tabella 1*.

Salute del neonato

Per quanto riguarda la salute del neonato il numero dei nati vivi secondo l'ISTAT nel 2004 è stato di 562.599 unità, quasi 20 mila in più rispetto al 2003, con un tasso di natalità del 9,7 per 1000 abitanti: 10,1 per mille nel Mezzogiorno, 9,5 nel Centro, 9,4 nel Nord. Pesì neonatali inferiori ai 1500 grammi si osservano in circa l'1% dei nati. Il 5,8% ha un peso

TABELLA 2: QUOZIENTI DI MORTALITÀ

Anni	Quoziente di natimortalità	Q. di mortalità perinatale	Q. di mortalità infantile
1998	3,8	6,6	5,4
1999	3,5	8,4	4,9
2000	3,4	5,7	4,5
2001	3,2	5,6	4,4
2002	3,2	5,3	4,1

Fonte ISTAT

TABELLA 3: QUOZIENTI DI MORTALITÀ, MORTALITÀ PERINATALE E INFANTILE IN ITALIA

Anno 2002	Quoziente di natimortalità	Q. di mortalità perinatale	Q. di mortalità infantile
ITALIA	3,2	5,3	4,1
Nord	3,5	5,3	3,3
Centro	2,7	4,2	3,3
Mezzogiorno	3,2	5,9	5,3

Fonte ISTAT

TABELLA 4: MORTI NEL PRIMO ANNO DI VITA. GRUPPO DI CAUSE (ANNI 1998-2002)

Anno	Malattie infettive e parassitarie	Malattie apparato respiratorio	Malformazioni congenite	Alcune condizioni morbide di origine perinatale	Altre cause	Totale
1998	19	48	852	1545	339	2803
1999	14	51	760	1558	343	2726
2000	13	37	750	1328	301	2429
2001	16	33	753	1369	311	2482
2002	22	43	695	1288	289	2337

Fonte ISTAT

compreso tra 1500 e i 2499 grammi; i nati a termine con peso inferiore a 2500 grammi sono il 2%. Le *madri straniere* sono in aumento: sono circa il 10% in Italia, e sono più frequenti al Centro-Nord (15%). Le aree di maggiore provenienza sono quelle dell'Est Europa (40%). Seguono Africa 26%, Asia (17%), America Centro Sud (10%), UE (4%), altri (5%). Secondo i dati CeDAP 2004 sono stati registrati 3188 casi di *malformazioni* riscontrabili al momento della nascita o nei primi 10 giorni di vita e nel 51,2% dei casi è stato indicato il tipo di malformazione. Le malformazioni più frequenti diagnosticate risultano: anomalie congenite degli organi genitali (12,3%), anomalie del bulbo cardiaco e anomalie del setto cardiaco (11%), alcune malformazioni congenite del sistema muscolo-scheletrico (10,4%), altre anomalie congenite degli arti (10,2%), palatoschisi e

labioschisi (9,5%). Sempre dalla rilevazione dei dati del certificato di assistenza al parto (anno 2003) si evidenzia che il tasso di *natimortalità* è pari a 3,15 nati morti ogni 1000 nati; dai dati solo per il 27% è stata indicata la causa che ha determinato il decesso; l'ipossia intrauterina e l'asfissia alla nascita sono tra le prime cause di natimortalità. Come risulta dai dati ISTAT relativi al 2002, negli ultimi anni la *mortalità infantile e perinatale* e la natimortalità si sono notevolmente ridotte (*tabella 2*). A livello territoriale i dati del 2002 mostrano la persistenza delle disegualianze con una più elevata mortalità infantile e perinatale nelle regioni del Sud rispetto a quelle del Nord e del Centro (*tabella 3*). Per quanto riguarda i decessi nel primo anno di vita l'analisi temporale per gruppi di cause e sesso evidenzia andamenti

sostanzialmente decrescenti. In particolare, nel 2002, si sono registrati complessivamente 2337 eventi (tabella 4). Tra questi 22 sono riconducibili a malattie infettive e parassitarie, 43 a malattie dell'apparato respiratorio, 695 a malformazioni congenite e ben 1288 a condizioni morbose di origine perinatale.

Salute del bambino e dell'adolescente

Passando alla mortalità della fascia di età di 1-14 anni dagli ultimi dati ISTAT, riferiti all'anno 2002, si vede una prevalenza del sesso maschile. In tale fascia di età le prime cause di morte sono i traumi, gli avvelenamenti e i tumori. Anche per la mortalità violenta dei minori si ha una prevalenza di mortalità maschile (tabella 5).

I ricoveri ospedalieri

Sulla base dei dati delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), relativi all'anno 2005, emerge la riduzione dei ricoveri ordinari per cause acute e l'aumento dei casi in day hospital. Il ricorso al ricovero ospedaliero, dopo i 5 anni di età, diminuisce al crescere dell'età sia nella modalità ordinaria che in day hospital in tutte le tipologie ed è inoltre sempre maggiore nel sesso maschile (tabelle 6 e 7). Si noti comunque la grande variabilità regionale non giustificabile sulla base della patologia corrente.

La salute della donna

Alcuni dati circa l'assistenza in gravidanza con i dati desunti anch'essi dal CeDAP sono disponibili per l'anno 2003. Per quanto riguarda le visite di controllo in gravidanza, a livello nazionale, quasi nell'80% delle gravidanze sono state effettuate oltre 4 visite. L'ecografia ostetrica è la tecnica più usata nello studio del benessere fetale. A livello nazionale, nel 2003, sono state effettuate in media 4,5 ecografie per ogni parto con valori regionali variabili tra 3,5 della Puglia e 6,3 della Liguria. In quasi il 73% delle gravidanze si registra un numero di ecografie superiore a 3, valore raccomandato dai protocolli di assistenza alla gravidanza del Ministero della Salute (D.M. 10 sett. 1998, G.U. n. 245 del 20 ott. 2008).

Nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, l'amniocentesi è quel-

TABELLA 5: CAUSE DI MORTE DA 0-1 E DA 1 A 14 ANNI

Cause di morte	Classe di età meno di 1 anno	Classe di età 1-14 anni	Totale
Maschi			
Malattie infettive e parassitarie	9	13	22
Tumori	10	188	198
Disturbi psichici e malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	29	66	95
Malattie del sistema circolatorio	17	57	74
Malattie dell'apparato respiratorio	21	32	53
Malattie dell'apparato digerente	5	14	19
Altri stati morbosi	1150	107	1257
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	52	20	72
Cause esterne dei traumi e avvelenamenti	27	233	260
Totale	1320	730	2050
Femmine			
Malattie infettive e parassitarie	13	11	24
Tumori	16	120	136
Disturbi psichici e malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	30	44	74
Malattie del sistema circolatorio	10	49	59
Malattie dell'apparato respiratorio	22	29	51
Malattie dell'apparato digerente	4	8	12
Altri stati morbosi	881	90	971
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	26	10	36
Cause esterne dei traumi e avvelenamenti	15	108	123
Totale	1017	469	1486

Fonte ISTAT

TABELLA 6: TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER FASCE DI ETÀ E SESSO (X 1000 ABITANTI) RICOVERI PER ACUTI - ORDINARI - ANNO 2003

REGIONE	Meno di 1 anno		Da 1 anno a 4 anni		Da 5 anni a 14 anni	
	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
Piemonte	541,23	620,19	66,18	84,13	42,39	53,36
Vallée d'Aosta	346,77	328,28	55,53	90,42	53,99	58,35
Lombardia	549,73	614,44	78,94	107,71	45,66	61,32
P. A. di Bolzano	512,56	626,41	88,45	110,35	56,66	79,12
P. A. di Trento	375,96	450,41	57,11	77,52	37,64	43,92
Veneto	390,05	462,9	63,46	79,98	35,22	44,96
Friuli-Venezia Giulia	326,05	419,62	33,29	49,79	24,69	31,95
Liguria	517,03	648,89	78,91	103,48	45,55	61,47
Emilia-Romagna	409,92	490,95	74,88	104,14	41,74	56,79
Toscana	418,63	495,54	58,74	80,37	34,48	44,07
Umbria	530,25	666,19	89,63	106,57	41,62	60,97
Marche	435,02	533,78	87,84	117,88	47,57	60,86
Lazio	522,6	642,87	94,99	130,82	51,9	69,17
Abruzzo	634,83	740,45	122,46	152,51	66,28	84,59
Molise	568,28	735,96	101,34	137,95	60,61	77,46
Campania	447,52	536,71	91,39	119,54	51,77	73,78
Puglia	604,79	727	109,33	145,92	59,7	80,01
Basilicata	465,92	586,71	69,19	104,09	44,67	57,86
Calabria	533,36	613,43	87,81	116,18	52,15	73,76
Sicilia	569,88	663,42	126,58	161,86	65,36	87,83
Sardegna	624,14	735,47	93,68	123,38	45,99	59,44
ITALIA	503,52	593,46	86,36	114,34	49,06	65,74

Fonte: Ministero della Salute

la più usata, seguita dall'esame dei villi coriali (nel 2,60% delle gravidanze) e dalla funicolocentesi (nello 0,77%). In media ogni 100 parti sono state effettuate più di 16 amniocentesi e nelle classi di età 40-49 anni in quasi la metà dei parti. L'utilizzo di tale indagine prenatale è diversificato a livello regionale; nelle regioni meridionali si registra una percentuale al di sotto del 10% (a eccezione della Sardegna) mentre i valori più alti si hanno in Toscana (31,6%) e Valle d'Aosta (45,5%).

Taglio cesareo

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

I rapporti annuali del Ministero della Salute sulle attività ospedaliere mostrano una percentuale di tagli cesarei (DRG 370 e 371) rispetto ai parti complessivi (DRG 370, 371, 372, 373, 374 e 375) in progressiva crescita (tabella 8).

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

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

La salute mentale negli adolescenti

Il progetto PRISMA è la prima ricerca epidemiologica multicentrica campionaria italiana che ha indagato sulla preva-

TABELLA 7: TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER FASCE DI ETÀ E SESSO (X 1000 ABITANTI) RICOVERI PER ACUTI - DH - ANNO 2003

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

Fonte: Ministero della Salute

TABELLA 8: PERCENTUALE DI PARTI CESAREI

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

Fonte: Ministero della Salute

lenza dei disturbi psichici tra i preadolescenti di età compresa tra 10 e 14 anni che vivono in zone urbane, ed è stata condotta e realizzata contemporaneamente in sette città italiane: Lecco, Milano, Roma, Rimini, Pisa, Cagliari e Cologniano, all'interno di un progetto di ricerca finalizzata, coordinato dall'Istituto Eugenio Medea, finanziato dal Ministero della Salute.

Il 23% della popolazione preadolescenziale presenta comportamenti a rischio dell'area internalizzata (i comportamenti "internalizzati" sono quell'insieme di manifestazioni comportamentali che descrivono il modo attraverso il quale il bambino o l'adolescente manifesta le proprie emozioni e le proprie modalità di adattamento emozionale all'ambiente). Nel dettaglio il 13,2% presenta comportamenti internalizzati superiore al 97° percentile mentre il 9,8% compresi tra il 93° e 97° percentile, ossia nella fascia borderline.

In particolare si segnala come il 3,7% dei preadolescenti presenti comportamenti significativamente a rischio per depressione (4,9% i maschi, 2,5% le femmine), il 10,6% presenta comportamenti significativi per disturbi della serie ansiosa, con una prevalenza più che doppia nel sesso maschile (14,4% vs 6,3% nelle femmine). Quindi più del 14% della popolazione preadolescenziale potrebbe sviluppare quadri clinici di tipo ansioso-depressivo. In sostanza, la relazione rappresenta un documento prezioso per comprendere l'evoluzione del sistema sanitario nel suo complesso in risposta a bisogni che si modificano. È quindi un riferimento indispensabile per individuare priorità di salute che devono essere assunte come tali da tutti i livelli del Sistema Sanitario, dal Ministero alle Regioni alle Aziende Sanitarie Locali, ai Distretti sanitari. ♦

Fonte

[1] La relazione è interamente riportata sul portale del Ministero della Salute <http://www.ministerosalute.it/> Versione finale: febbraio 2008.

XX CONGRESSO NAZIONALE ACP Venti di ACP 9-11 ottobre 2008

Cagliari, Fiera Internazionale

GIOVEDÌ 9 OTTOBRE

- ore 14,30-15,00 Saluto delle autorità
MALATTIA CRONICA: FAMIGLIE E RETI CURANTI (A. Cao, G. La Gamba)
 ore 15,00-15,30 La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità: la tutela dei diritti umani (G. Griffo, Associazione Fish)
 ore 15,30-16,00 L'inserimento scolastico dei bambini con ADHD (A. Zuddas, G. Farci)
 ore 16,30-17,30 Le reti curanti (M. Farneti, G. Frau)
 Discussione - Break
 ore 18,00-19,00 Le storie in chiave narrativa (M. Gangemi) Discussione
 ore 21,30 Proiezione del film *Jimmy della Collina*
 Introduzione di Don E. Cannavera (Comunità "La Collina")

VENERDÌ 10 OTTOBRE

- RITORNO AL FUTURO:** La Newsletter ACP. Gli Scenari di *Quaderni acp* e l'esperto (F. Panizon, P. Siani)
 ore 09,00-10,00 Vere e false indicazioni all'uso del GH (M.F. Siracusano, S. Loche, A. Ravaglia)
 ore 10,00-11,00 Infezioni delle vie urinarie: profilassi sì o no? (S. Zanini, L. Peratoner)
 Discussione - Break
 ore 12,00-13,00 Novità in gastroenterologia (M. Fontana, A. Ventura) Discussione
 ore 13,15 Chiusura dei lavori - Pranzo
IL FUTURO (M. Gangemi)
 ore 14,30-15,30 Presentazione protocollo d'intesa UNICEF-ACP (V. Spadafora, M. Gangemi)
 ore 15,30-18,00 Assemblea dei soci ACP
 ore 18,00-19,00 Incontro con i referenti regionali dell'ACP
 ore 19,00 Chiusura dei lavori
Durante il pomeriggio si terranno le votazioni per il rinnovo di 4 componenti del CD dell'ACP e del revisore dei conti.
 ore 20,30 Rappresentazione teatrale e cena sociale

SABATO 11 OTTOBRE

- CORSI E RICORSI** (L. Reali)
 ore 08,30-09,30 L'efficacia degli interventi precoci per la salute e lo sviluppo dei bambini (G. Tamburlini)
 ore 09,30-10,30 Il Progetto WEBM (P. Fiammengo, M. Callegari)
Corsi
 Interventi precoci: NpL e Nati per la Musica (G. Biasini, F. Zanetto)
 Intercettazione, depressione post partum (M. Merlo, P. Roccatto)
 Supporto alla genitorialità: la promozione dell'allattamento materno come "modello" di intervento (S. Conti Nibali, M.A. Grimaldi)
 WEBM (a cura del gruppo WEBM.org)
 La chirurgia mini-invasiva in pediatria (G. Ricci Petroni)
 ore 13,15 Chiusura dei lavori - Pranzo

ORGANIZZAZIONE SANITARIA (G. Biasini)

- ore 14,30-16,30 **Tavola rotonda**
 Bisogni inevasi per la salute dell'infanzia e dell'adolescenza (M. Bonati, A. Brunelli, N. Dirindin) Discussione

RICERCA (G. Toffol)

- ore 16,30-16,50 Il testicolo ritenuto (F. Marchetti, J. Bua) Discussione
 ore 17,00-17,20 Corticosteroidi inalatori nel wheezing virale (A. Clavenna)
 Discussione
 ore 17,30-18,00 Cosa abbiamo imparato? (L. Piermarini)
 ore 18,00 Chiusura dei lavori

Segreteria scientifica: Franco Dessi (francedessi@tiscali.it); Silvio Ardaù (uadra@yahoo.it); Giuseppe Lixia (nuram@tiscali.it); Fabio Berti (berbor@alice.it)

Segreteria organizzativa: Gianni Piras, Associazione Culturale Pediatri
 Via P. Marginesu, 8 - 07100 Sassari
 Tel. 079 3027041 - Fax. 079 3027471 - Cell. 3939903877