

La salute in età infantile e giovanile

A cura di Roberta Siliquini

Con la collaborazione di Carla Zotti, Andrea Morra, Germana Zollesi

Con la trattazione di alcuni indicatori relativi alla salute infantile e giovanile si intende porre l'accento sugli elementi coinvolti in un sano inizio della vita ed al potenziale di salute che si forma durante l'adolescenza fino all'ingresso nel mercato del lavoro, tenendo conto anche dell'acquisizione di capacità sociali e sanitarie e dell'assunzione di responsabilità nella società.

Utenza Servizi per le Tossicodipendenze (Sert) per Sostanza Primaria

Significato. L'indicatore individua la percentuale di giovani che, relativamente alla popolazione residente, si rivolgono ai Servizi Pubblici per il trattamento delle dipendenze, in base alla tipologia di sostanza che ha causato la patologia per la quale è richiesto il trattamento.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Utenti Sert con età 14-25 anni}}{\text{Popolazione regionale con età 14-25 anni}} \times 1.000$$

Validità e limiti. È indicatore chiave utilizzato dallo European Monitoring Center on Drug and Drug Addiction. Tuttavia gli utenti Sert rappresentano solo coloro che ricercano il trattamento e non tutti i soggetti con problemi di dipendenza (stimati essere circa il doppio degli utenti). È quindi possibile che l'indicatore riproduca parzialmente l'efficacia del sistema sanitario se la capacità attrattiva dei servizi è differente sul territorio nazionale. Tale possibile limite non sembra tuttavia rilevante per la fascia di età analizzata per la quale, soprattutto per quanto riguarda la dipendenza da oppiacei, l'afferenza ai servizi sembra essere un reale indicatore di gravità.

Benchmark. Non esistono benchmark validati dal momento che la tipologia dei servizi che si occupano di tossicodipendenti non è standardizzabile a livello internazionale.

Fonte dei dati e anni di riferimento. Relazione al Parlamento - Anno 2002 (Dati pubblicati e forniti dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali). Tassi x 1.000.

Utenti Sert in età 14-25 anni per ogni mille abitanti in età 14-25 anni suddivisi per tipo di sostanza consumata

REGIONE	Tutte le sostanze	Oppiacei	Cocaina	Altro
Trentino Alto Adige	0,49	0,43	0,01	0,05
Lazio	1,30	1,09	0,11	0,12
Basilicata	1,61	1,56	0,04	0,01
Valle d'Aosta	2,44	2,24	0,14	0,07
Calabria	2,66	2,22	0,1	0,34
Puglia	2,73	ND	ND	ND
Campania	2,75	2,14	0,2	0,41
Lombardia	3,09	2,29	0,38	0,42
Emilia-Romagna	3,29	2,43	0,3	0,56
Piemonte	3,49	2,94	0,16	0,4
Friuli	3,79	3,03	0,14	0,63
Toscana	3,98	ND	ND	ND
Veneto	4,63	3,53	0,29	0,81
Abruzzo	5,43	4,19	0,26	0,98
Marche	5,44	4,33	0,34	0,78
Liguria	5,96	4,72	0,29	0,95

I dati delle Regioni Umbria, Molise, Sicilia e Sardegna non sono disponibili.

Descrizione dei Risultati

I dati rilevati mostrano una discreta variabilità interregionale sia relativamente all'utenza complessiva dei Sert che rispetto alle diverse sostanze individuate come sostanza primaria di consumo. Si evidenzia come, anche tra i più giovani, la sostanza che maggiormente conduce alla richiesta di trattamento sia l'eroina, per i cui effetti il numero di soggetti in cura appare particolarmente rilevante nelle regioni del centro nord (Liguria, Veneto, Friuli, Marche, Abruzzo), con valori superiori al 3%.

Anche il consumo di cocaina assume proporzioni rilevanti in tutta la penisola ma, in questo caso non si segnalano variazioni interregionali di rilievo.

Pur trattandosi di popolazione giovanile, solo una piccola parte dell'utenza dei Sert è sostenuta da consumi di altre sostanze (anfetaminici e metanfetaminici, cannabis, psicofarmaci, etc.).

Inoltre la proporzione di giovani che afferiscono ai Sert per consumi di sostanze diverse da oppiacei e cocaina è estremamente variabile tra le regioni passando dallo 0,01 della Basilicata al quasi 1% di Liguria e Abruzzo.

I suggestivi risultati presentati non offrono che un'idea approssimativa del reale numero di tossicodipendenti presenti, dato che gli utenti Sert non rappresentano che la parte emersa del fenomeno tossicodipendenza. Tuttavia essi rappresentano una base utile per ipotizzare determinanti da analizzare servendosi di modelli più sofisticati.

Negli ultimi anni si è assistito dapprima ad un progressivo aumento dell'utenza in carico ai Sert, legato ad un aumento delle capacità attrattiva degli stessi in termini di maggior capacità ricettiva e organizzativa e di radicamento sul territorio; in seguito si è osservata una fase plateau che dovrebbe corrispondere ad un mancato aumento di nuovi ingressi, cioè ad una probabile stabilizzazione del numero di tossicodipendenti per anno. I dati rilevati dall'indicatore dimostrano una proporzione maggiore di utenti in alcune regioni in cui storicamente l'ampiezza del fenomeno tossicodipendenza come problema di Sanità Pubblica ha determinato una maggiore attenzione allo sviluppo del sistema dei servizi. È tuttavia da tenere presente che in alcune Regioni è più sviluppato che in altre un sistema di servizi gestito dal privato sociale (non rilevato da questo indicatore): le differenze rilevate tra regioni (ad esempio il basso tasso di utenza dei Sert della Regione Lazio) potrebbero essere sostenute in parte da questa ragione.

Utenti Sert 14-25 anni per tutte le sostanze caso non si segnalano variazioni interregionali di rilievo.



Il confronto internazionale

Il Report 2002 dello European Monitoring Center on Drug and Drug Addiction segnala come gli oppiacei rimangano, a livello europeo, la sostanza primaria più utilizzata dagli utenti in trattamento, seguita da cannabis, cocaina e anfetamine. Molte differenze si rilevano ancora tra i vari paesi. È in costante aumento il numero degli utenti che fanno uso di cannabis. Tra i nuovi consumatori di cocaina più del 50% la utilizza per via endovenosa.

Raccomandazioni di Osservasalute

Sono ancora poche le Regioni che, a fronte di un elevato numero di consumatori di cocaina e altre droghe tra i giovani (vedi altri indicatori), sono impegnate nel trattamento della dipendenza da queste sostanze. Si riscontrano infatti differenze particolarmente elevate tra i tassi di utenza dei Sert per queste sostanze e le stime di consumo regionali. Il dato è ancora più rilevante in termini di Sanità Pubblica se si pensa che una notevole percentuale di consumatori di cocaina assume la sostanza per via endovenosa, associando ai rischi intrinseci della cocaina anche quelli relativi alle eventuali patologie infettive, fino ad ora limitati ai consumatori di eroina. Si auspica, per il futuro, una maggior attenzione dei servizi verso forme di abuso/dipendenza da sostanze non oppiacee.

Utenti Sert 14-25 anni per cocaina



Consumi di sostanze illegali e psicofarmaci nella popolazione giovanile

Significato. Alcune sostanze legali o illegali sono direttamente o indirettamente correlate al rischio di probabili effetti sulla salute a breve, medio o lungo termine nella popolazione giovanile, che è a maggior rischio di dipendenza. Questo indicatore misura la prevalenza del consumo di sostanze nei soggetti giovani durante gli ultimi 12 mesi precedenti l'intervista.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero soggetti 15-19 anni che dichiarano il consumo}}{\text{Numero di soggetti 15-19 anni intervistati}} \times 100$$

Validità e limiti. L'uso di sostanze tra i giovani rappresenta un importante problema di Sanità Pubblica in molti paesi e molti studi sono stati condotti con l'obiettivo di aumentare le conoscenze circa i pattern di consumo. Tuttavia è piuttosto difficile ottenere un quadro completo del fenomeno e confrontare i livelli di consumo nelle varie nazioni: la principale ragione è che gli studi sono generalmente condotti su popolazioni di età differente utilizzando strumenti non standardizzati. Il pregio dello studio ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) è proprio quello di aver sviluppato una metodologia di indagine standardizzata, condotta durante lo stesso periodo di tempo in tutti i paesi europei.

Sebbene l'imponente produzione scientifica riguardante la relazione tra utilizzo di sostanze legali (alcol tabacco e psicofarmaci) e cannabis e il rischio di consumo di altre sostanze (oppiacei, cocaina) non sia tuttora concorde, tutti gli autori segnalano un maggior rischio di dipendenza, laddove il consumo inizi in giovane età. Ciò è intuitivamente rilevabile per sostanze largamente diffuse i cui effetti sulla salute sono ben conosciuti e gravi. La valutazione della situazione italiana e la individuazione di aree geografiche a maggior rischio è utile alla definizione di programmi preventivi che tengano conto delle peculiarità regionali e possano dunque essere maggiormente efficaci.

I dati fanno parte di uno studio internazionale condotto sistematicamente ogni 4 anni in numerosi paesi europei. È materiale chiave utilizzato dall'EMCDDA (European Monitoring Center on Drug and Drug Addiction). I dati sono stati rilevati solo tra gli studenti non viene quindi considerata quella fascia di giovani che hanno abbandonato la carriera scolastica e, quindi, molto probabilmente appartenenti a una classe sociale bassa a maggior rischio di consumo. I dati sono quindi probabilmente sottostimati soprattutto per quanto riguarda alcune regioni del nostro paese a più alta prevalenza di abbandono scolastico.

Si deve inoltre rilevare che il campionamento non è avvenuto su base regionale in tutto il territorio nazionale quindi, per alcune Regioni, i dati non vengono presentati in quanto non rappresentativi della popolazione residente.

Descrizione dei Risultati

La prevalenza di consumo di sostanze illegali è, nella popolazione scolastica italiana, un fenomeno decisamente rilevante: più del 27% dei soggetti coinvolti nello studio dichiara di aver consumato sostanze illegali nell'ultimo anno. I consumi di cannabis si attestano su prevalenze del 26%, mentre i consumi di eroina, cocaina e psicofarmaci sono pari o superiori al 4% con un rilevante picco dei consumi di cocaina (5,5%).

Sono evidenti notevoli differenze interregionali: generalmente le Regioni del Sud mostrano, per i consumi di sostanze illegali, prevalenze dichiarate di consumo più basse della media nazionale.

Lo stesso andamento non è però evidenziabile per l'utilizzo di psicofarmaci, sempre sopra il 3% con l'eccezione della Regione Piemonte (2,2%).

Il consumo di cannabinoidi appare particolarmente elevato tra i giovani delle Regioni del Centro Nord. Relativamente al consumo di eroina si evidenziano come regioni particolarmente a rischio la Campania, il Lazio e il Trentino Alto Adige.

La prevalenza del consumo di cocaina, allarmante ovunque, è tuttavia più bassa, relativamente alla media nazionale, in Calabria, Sicilia, Piemonte e Veneto.

Il consumo di ecstasy e anfetaminici sembra meno frequente tra i giovani residenti delle Regioni del Sud Italia.

Fonte dei dati : Studio ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) coordinato per l'Italia dal Consiglio Nazionale delle Ricerche. Anno 1999. Tassi x 100.

Consumo di sostanze illegali (Tassi per 100 intervistati) in età giovanile (15-19 anni)

REGIONE	Cannabinoidi	Eroina	Cocaina Crack	Ecstasy e anfetaminici	Psicofarmaci	Qualsiasi sostanza illegale
Sicilia	17,9	3,4	2,1	1,6	4,8	18,0
Calabria	20,0	3,5	2,8	2,6	5,6	20,1
Campania	22,2	6,1	5,8	4,2	3,1	23,4
Puglia	24,8	3,7	5,7	4,2	4,3	24,7
Emilia-Romagna	24,7	4,1	6,7	6,4	4,4	25,0
ITALIA	26,2	4,0	5,5	4,8	4,4	27,3
Veneto	27,7	3,8	5,4	5,0	4,4	27,7
Lazio	28,2	4,9	6,5	4,9	6,8	28,2
Piemonte	27,8	2,8	4,0	5,6	2,2	28,7
Liguria	32,7	3,8	7,6	6,9	5,9	32,3
Lombardia	35,6	4,2	7,0	5,9	6,7	36,0
Trentino A.A.	37,1	5,2	7,3	8,8	4,5	37,3
Toscana	37,4	4,4	6,1	5,3	3,7	37,6

I dati delle Regioni Valle d'Aosta, Friuli VG, Marche, Umbria, Abruzzo, Molise, Basilicata e Sardegna non sono disponibili.

Valutazione dei dati da parte di Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze – Regione Piemonte

Le indagini campionarie rappresentano sempre uno strumento particolarmente utile nella stima dei consumi di sostanze illegali. Esse lo sono ancor di più quando, come nello studio ESPAD, sono ripetute nel tempo con strumenti standardizzati in grado di fornire interessanti trend.

È indubbio infatti che indagini condotte attraverso questionari su una popolazione campione presentino il limite intrinseco di non poter pesare in modo sistematico l'errore da informazione: la ripetizione dell'indagine con lo stesso strumento su popolazioni diverse è in grado di fornire notevoli informazioni rispetto alle differenze permettendo di porre un minor accento sulle eventuali sottostime del dato complessivo.

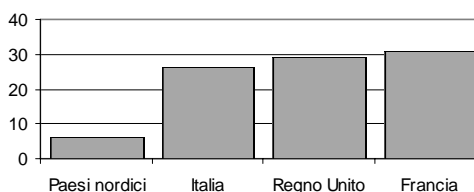
Inoltre le numerose valutazioni di qualità (che includono consistenza logica del questionario e anonimato) condotte sullo studio ESPAD, sostanziano un buon grado di validità. I dati rappresentati segnalano consumi di sostanze assolutamente rilevanti per l'età dei soggetti in studio (15-19 anni); è necessario inoltre tenere in considerazione il fatto che si tratta di consumi nell'ultimo anno e non di consumi «once in life», non si tratta cioè necessariamente di soggetti che hanno sperimentato solo una volta nella vita una sostanza, ma è probabile che molti abbiano utilizzato più volte una o più sostanze. Tale dato è sottolineato anche dal fatto che la prevalenza generale di consumi di sostanze è molto simile alla prevalenza di consumo di cannabis: la maggior parte dei consumatori di altre sostanze ne ha quindi utilizzate più di una. Questa evidenza è assolutamente coerente con i dati di letteratura che sottolineano come uno dei fenomeni più preoccupanti del consumo giovanile di sostanze sia il policonsumo, cioè l'utilizzo più o meno simultaneo di più sostanze che, oltre a rendere molto complessa la ricerca sui reali danni alla salute delle diverse sostanze, è in grado di provocare pericolosi e incontrollabili mix di effetti.

È opportuno inoltre rilevare come, probabilmente, i consumi della popolazione giovanile generale siano più elevati di quelli presentati (peraltro già rilevanti in termini di Sanità Pubblica) non solo per il limite intrinseco delle autodichiarazioni, ma anche per il fatto che le popolazioni coinvolte (studenti) sono considerate a minor rischio di consumo rispetto ai coetanei di classi sociali più basse che hanno abbandonato gli studi alla scuola dell'obbligo.

Confronti internazionali

Prevalenza di utilizzo di cannabinoidi (% della popolazione intervistata).

La prevalenza di utilizzo di cannabinoidi appare particolarmente elevata in Francia (31%), Regno Unito (29%) e Repubblica Ceca (27%), mentre i valori più bassi si rilevano nei paesi del Nord Europa (6%).



Relativamente all'utilizzo delle altre sostanze illegali, in tutti i paesi il numero di soggetti utilizzatori è decisamente più basso: risalta per i valori più elevati il Regno Unito (12%). L'utilizzo di tranquillanti e sedativi, sia autoprescritti che con richiesta medica, varia notevolmente nei vari paesi interessati dallo studio: la Francia (12%) è uno dei paesi con i consumi più elevati.

Raccomandazioni di Osservasalute

In Italia il consumo delle varie sostanze si attesta sempre sui valori europei più elevati. Numerose differenze interregionali sono rilevabili per i consumi delle varie sostanze anche se alcune regioni (Liguria, Lombardia, Trentino e Lazio) si caratterizzano per consumi quasi sempre sopra la media nazionale. Si rende necessario un monitoraggio frequente del consumo al fine di rilevare tempestivamente possibili preoccupanti variazioni in aumento, con particolare attenzione ai frequenti cambiamenti nelle 'mode' e nei modelli di utilizzo.

Tali rilevazioni potrebbero da un lato fornire nuovi suggerimenti per interventi preventivi, dall'altro adeguare le conoscenze sulle abitudini al fine di allertare i servizi di emergenza e la medicina di base per poter far efficacemente fronte ed eventuali episodi di abuso o effetti sulla salute a breve/medio termine.

Tasso di copertura vaccinale della popolazione infantile (< 24 mesi) per vaccinazioni obbligatorie e raccomandate

Significato. L'indicatore stima la copertura vaccinale dei bambini (12-24 mesi) che hanno ultimato il ciclo di immunizzazione primaria obbligatoria (3 dosi) per antipolio, difterite/tetano, HBV. Stima inoltre la copertura vaccinale per le vaccinazioni raccomandate (antipertosse e anti Hib per bambini tra i 12 e i 24 mesi, antimorbillo tra i 16 e i 24 mesi).

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100 = \frac{\text{Numero bambini vaccinati (età 12-24 mesi)}}{\text{Popolazione infantile residente (età 12-24 mesi) campionata}} \times 100$$

Validità e limiti. Il progetto ICONA, da cui sono rilevati i dati presentati, è una indagine campionaria svolta attraverso intervista delle famiglie dei bambini nati nel 1996. La copertura vaccinale è indicatore di una adesione della popolazione ai programmi proposti di prevenzione primaria e, quindi, dell'efficacia del servizio sanitario regionale sia in termini di accessibilità che di impegno a vari livelli (Medici di Medicina Generale e Servizi di Sanità Pubblica). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda che i programmi di immunizzazione siano sistematicamente valutati in termini di adeguatezza, efficienza ed efficacia. In Italia alcuni programmi di vaccinazione sono regolati da leggi nazionali ed è obbligatoria per legge la vaccinazione dei nuovi nati contro difterite, tetano (DT), polio ed epatite virale B (HBV). La profilassi di altre malattie per le quali è disponibile un vaccino efficace e sicuro, quali la pertosse, il morbillo, la rosolia, la parotite, le malattie da *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), è fortemente raccomandata, ma nello stesso tempo è lasciata all'iniziativa regionale che non è omogenea sul territorio nazionale. La valutazione dell'effettuazione di vaccinazioni obbligatorie è opportuna proprio perché tale attività viene imposta dalla Sanità Pubblica, che deve quindi garantirne anche il sistematico controllo in termini di efficacia ed efficienza. Le vaccinazioni raccomandate, invece, richiedono una valutazione in termini di standardizzazione dell'offerta e di accettazione da parte della popolazione target. Per queste finalità l'OMS ha da tempo messo a punto una metodica di indagine per la rilevazione della copertura vaccinale, che può essere applicata a diversi contesti. Lo studio ICONA (Indagine Copertura Nazionale) dovrebbe essere ripetuto sistematicamente per valutare l'andamento della situazione epidemiologica. Lo studio precedente all'ICONA del 1998 era stato effettuato nel 1993, ma solo su sette regioni italiane; lo studio ICONA del 1998 ha analizzato la situazione immunitaria dei bambini nati tra il 15 gennaio 1996 e il 15 gennaio 1997, che al momento dell'indagine avevano tra 12 e 24 mesi, consentendo di analizzare la copertura per il ciclo vaccinale di base (3-5-11 mesi) e la copertura per antimorbillo, offerta generalmente a 15 mesi. Ha interessato 19 regioni (con l'esclusione della Regione Lazio). Il successivo studio ICONA, effettuato nel 2003, ha interessato 20 regioni ed i risultati saranno disponibili nel prossimo futuro. È verosimile che tali risultati forniranno elementi nuovi di discussione dal momento che, in questi anni, l'introduzione di vaccini esavalenti, che combinano vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, ha radicalmente modificato nella popolazione l'approccio a queste ultime.

Fonte dei dati e anni di riferimento. Istituto Superiore di Sanità. ICONA-Indagine Copertura Nazionale Anno 1998.

Descrizione e Discussione dei Risultati

Per le vaccinazioni obbligatorie le differenze riscontrate a livello regionale sono minime e le coperture soddisfano in genere gli obiettivi proposti dall'OMS e dal Piano Nazionale Vaccini: si rilevano ancora, tuttavia, in alcune Regioni del Centro Sud, margini di miglioramento per quanto riguarda la vaccinazione contro l'Epatite B.

Le vaccinazioni obbligatorie presentano mediamente un buon livello di copertura (di poco inferiore al 95%), anche se sono presenti alcune sacche di minore copertura (Regione Campania, Molise, Sicilia, Provincia Autonoma di Bolzano). Le coperture non ottimali possono essere imputabili a problemi organizzativi nel coordinamento dei dati anagrafici comunali con la chiamata attiva da parte dei Servizi Vaccinali. La lettura dei dati di copertura a 12 mesi, epoca in cui la copertura per le obbligatorie dovrebbe essere completata, evidenziano per molte regioni coperture non ottimali, che però nella gran parte dei casi vedono un incremento rilevante nei mesi successivi. Risulta dallo studio che molto spesso motivi di salute che non sono in realtà vere controindicazioni, inducono ritardi di alcuni mesi.

Tassi di copertura vaccinale per 100 bambini età inferiore a 24 mesi

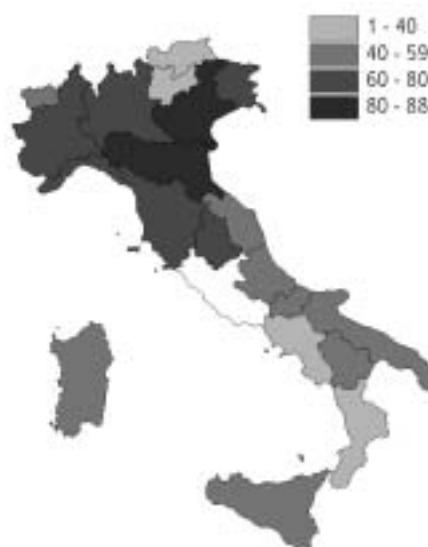
REGIONE	Poliomielite	Difterite/ tetano	Pertosse	HBV	Hib	Morbillo
Valle d'Aosta	100,0	100,0	89,2	100,0	2	43,3
Piemonte	98,6	97,6	91,4	98,6	17,1	60,4
Liguria	98,6	99,0	95,2	97,6	33,8	62,1
Lombardia	98,6	98,6	97,1	97,6	32,9	75,9
Umbria	98,6	99,0	97,6	98,6	8,6	72,3
Basilicata	98,6	99,1	85,8	99,1	4,7	44,7
Emilia-R.	98,1	94,3	95,2	97,6	31,6	87,7
Veneto	97,6	96,2	96,7	97,6	31,1	81,2
Friuli	97,6	98,1	96,7	97,6	41,4	77,3
Toscana	95,7	98,1	95,2	95,2	9,6	64,8
Sardegna	95,2	95,2	90,5	95,2	35,7	56,3
Marche	94,8	95,2	91,4	94,8	9,5	58,7
Abruzzo	94,8	93,9	90,6	94,8	20,3	45,5
Calabria	94,8	93,4	71,6	94,8	1,9	25,5
ITALIA	94,6	94,8	87,9	94,5	19,8	56,4
Puglia	92,5	92,5	82,7	93,0	14,0	50,6
Sicilia	90,6	93,0	86,3	91,1	2,8	44,6
Molise	89,1	91,5	82,5	89,1	5,2	40,5
Trentino A.A.	88,0	90,9	73,2	85,6	39,2	28,1
Campania	87,1	88,6	70,5	87,6	3,8	26,5

Non sono disponibili dati per la regione Lazio

I tassi di copertura per la pertosse, il morbillo e l'*Haemophilus* devono invece essere notevolmente potenziati. Sono evidenti impegni differenti delle varie Regioni nella promozione e nell'informazione sanitaria: in tal senso si rileva come le malattie trasmissibili possano diffondersi facilmente da un territorio all'altro e quindi sia prioritario, in termini di Sanità Pubblica, un'azione concordata nell'uniformare le attività di vaccinazione.

Buoni risultati sono stati raggiunti per la vaccinazione antipertosse che, nella sua preparazione acellulare, è stata veicolata dalla somministrazione del Difterite-Tetano in una preparazione combinata. I risultati per pertosse non presentano ancora i livelli di copertura delle obbligatorie, ma si assestano per la maggior parte delle regioni (tranne Calabria, Campania e Trentino Alto Adige) al di sopra dell'80%. Molto disomogenea è la situazione per la copertura per Morbillo, con una copertura variabile da un 25.5% (Calabria) ad un 87.7% (Emilia-R.), con una media nazionale del 56.4%. Solo la metà delle regioni supera il 50% di copertura, ben lontano dunque dagli obiettivi internazionali di eliminazione della malattia. La copertura per Hib è plausibilmente bassa e disomogenea: il vaccino è stato messo in commercio nel 1994 e poche regioni lo offrono attivamente e gratuitamente. La gratuità e l'inserimento in preparati combinati possono indurre importanti cambiamenti nella copertura vaccinale.

Copertura vaccinale antimorbillosa



Il confronto internazionale

Relativamente alle vaccinazioni obbligatorie l'Italia (95%) si colloca in posizione intermedia rispetto agli altri paesi dell'Europa dove quasi tutti hanno raggiunto l'Obiettivo prefissato dall'OMS del 95% di copertura vaccinale entro il secondo anno di età (Regno Unito 93%, Olanda e Francia 97%).

Per le vaccinazioni raccomandate, le situazioni variano a seconda del tipo di vaccino. Per la pertosse l'Italia nel 1998 non aveva raggiunto l'obiettivo OMS a differenza della media europea con l'esclusione di alcune nazioni tra cui Norvegia e Regno Unito. Per quanto riguarda la copertura per morbillo l'Italia risulta ancora molto distante dagli standard europei attestandosi su una media nazionale del 56% circa a fronte di una media internazionale del 92% circa, in ogni caso distante dagli obiettivi OMS.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il lavoro già di buon livello per le vaccinazioni obbligatorie può essere ottimizzato da un rafforzamento del sistema informatizzato che faciliti la chiamata dei bambini nuovi nati. Una attenzione particolare deve essere dedicata alla vaccinazione antipertosse per la quale l'offerta attiva di vaccini combinati può consentire di raggiungere facilmente coperture compatibili con una quasi totale caduta della morbosità al livello indicato negli obiettivi OMS (<1 caso/100.000 abitanti).

Maggiore impegno deve essere invece dedicato alla vaccinazione antimorbillo: tale vaccinazione, offerta in momenti diversi dalle vaccinazioni obbligatorie, richiede un impegno dedicato ad una offerta attiva che in primo luogo alzi la copertura vaccinale dei nuovi nati a livelli compatibili con l'eliminazione della malattia autoctona; il livello di copertura ritenuto compatibile con l'eliminazione è pari al 95% e tale copertura dovrebbe essere omogenea sul territorio nazionale per evitare la diffusione di una malattia ad elevata contagiosità.

Tasso di mortalità per incidentalità stradale specifico per età

Significato. Questo indicatore stima la mortalità evitabile nei giovani e l'impatto su questa degli incidenti stradali gravi. Approfondisce la conoscenza del fenomeno a livello regionale al fine di verificare l'efficacia dell'adozione di nuove normative e altre misure di prevenzione primaria (educazione stradale nei corsi scolastici, spot sui media e campagne sull'educazione stradale).

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Residenti di età 14-29 anni deceduti per incidenti stradali}}{\text{Popolazione residente di età 14-29 anni}} \times 100.000$$

Validità e limiti. Per effetto degli incidenti stradali la nostra società è soggetta ogni anno ad un costo sociale ed umano elevatissimo. A livello europeo gli incidenti determinano un costo sociale stimato dalla Commissione Europea nel 2% del PIL dell'EU (costi diretti e indiretti). L'incidentalità stradale in tutti i paesi europei costituisce la principale causa di morte per i giovani. La mortalità grezza (riferita a tutta la popolazione) per incidentalità stradale presenta, in Italia, notevoli differenze interregionali; per quanto riguarda la fascia giovanile, l'indicatore permette non solo di evidenziare differenze interregionali, ma anche di verificare la frequenza di comportamenti a rischio laddove i morti delle cosiddette 'stragi del sabato sera', per lo più giovani, rappresentano il 47% della mortalità stradale notturna.

La validità dell'indicatore è indiscussa, dal momento che esiste un obbligo di legge, cui peraltro sono allineati tutti i paesi a seguito di indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nella rilevazione delle circostanze della morte. È tuttavia possibile che esistano a livello internazionale alcune differenze rispetto alla qualità della segnalazione della causa di morte, soprattutto nei casi in cui il soggetto deceda dopo un lungo periodo di tempo dopo l'incidente.

Laddove esiste un minor tasso di mortalità è verosimile ritenere che i comportamenti a rischio di incidentalità grave siano più contenuti (minor uso della vettura, maggior attenzione, da parte dei conducenti, alle più elementari norme di sicurezza – utilizzo delle cinture, rispetto del codice stradale).

Tra i limiti dell'indicatore si rileva comunque la possibilità che esso misuri in modo indiretto l'efficacia dei servizi sanitari in termini di rapido accesso alla cura: un sistema di emergenza-urgenza efficace potrebbe avere una influenza sulla mortalità indipendentemente dalla frequenza di incidenti stradali.

Benchmark. Regioni con minor tasso di mortalità.

Descrizione dei Risultati

Le informazioni rilevabili dall'analisi dell'indicatore considerato, evidenziano un importante problema di Sanità Pubblica, presente, seppur con intensità differenti, su tutto il territorio nazionale.

La media nazionale di mortalità per incidentalità stradale è vicina al 20 x 100.000 e poche sono le Regioni che si discostano in difetto da questo valore.

Fonte dei dati e anni di riferimento: ISTAT - Anno 1999. Tassi per 100.000.

Tassi di mortalità per incidenti stradali in soggetti residenti di età 14-29 anni

Piemonte	26,10
Valle d'Aosta	12,87
Liguria	14,30
Lombardia	21,05
Trentino Alto Adige	22,24
Veneto	25,22
Friuli	21,89
Emilia-Romagna	27,11
Marche	25,58
Toscana	18,56
Umbria	22,06
Lazio	19,13
Campania	8,60
Abruzzo	23,47
Molise	22,88
Puglia	15,72
Basilicata	21,38
Calabria	9,11
Sicilia	12,97
Sardegna	18,20
ITALIA	19,92



È tuttavia rilevabile un andamento Nord – Sud che vede le Regioni del Centro e del Nord particolarmente interessate dal fenomeno (valore medio Nord pari a 20,5, valore medio Centro pari a 22,5), mentre per le Regioni del Sud (valore medio 16,8) e per le isole (valore medio 15,6) il fenomeno appare, in media, meno allarmante.

Tuttavia la lettura dei dati per regione e non per area geografica mostra andamenti non univoci laddove, se è pur vero che in Campania si rileva la mortalità per incidentalità stradale tra i giovani più bassa, la Valle d'Aosta e la Liguria presentano tassi vicini a quelli della Sicilia, mentre Molise e Basilicata si comportano come Regioni del Nord (tassi di mortalità del 22,9 e del 21,4%, rispettivamente).

La collocazione geografica non sembra quindi essere causa attribuibile dell'eccesso di mortalità o, comunque, causa prevalente.

Si impone, al fine di attivare misure preventive efficaci, una ricerca più dettagliata dei fattori di rischio, in particolare:

1. Un maggior utilizzo di veicoli stradali legato da un lato alla ricchezza della Regione (da cui deriva una maggior probabilità, soprattutto tra i giovani, di avere a disposizione mezzi di locomozione), dall'altro alla necessità di spostamento (Regioni a bassa densità di popolazione in cui i grandi centri di lavoro, studio o divertimento sono per lo più distanti dal luogo di residenza);

2. La diversa e diseguale viabilità e sicurezza stradale sul territorio nazionale, legata sia alla presenza di vie di comunicazioni scorrevoli sia all'attenzione delle autorità preposte alla sicurezza stradale (utilizzo del casco, delle cinture di sicurezza e valutazione attenta del rispetto delle norme)
3. La abitudine, frequente tra i giovani soprattutto in alcune regioni del centro-nord, di 'migrare' con i propri veicoli, anche per centinaia di chilometri, alla ricerca dei luoghi di divertimento notturno più alla moda, spesso incuranti della stanchezza e dell'eventuale consumo di sostanze psicoattive (alcol, psicofarmaci, sostanze illegali);
4. Una diversa tempestività, tra le varie Regioni, dei servizi sanitari di emergenza che potrebbe penalizzare le Regioni a minor densità di popolazione.

Confronti internazionali

Nella graduatoria del numero di morti per incidente stradale relativa ai 15 stati dell'Unione Europea, il nostro Paese occupa il nono posto.

Sulla base dei valori assunti dal tasso di mortalità del 2000 nei paesi dell'Unione Europea si individuano tre gruppi di paesi con diversi gradi di rischio:

– basso rischio: Danimarca, Germania, Finlandia, Germania, Svezia e Regno Unito

– medio rischio: Austria, Belgio, Irlanda, Francia, Italia

– alto rischio: Portogallo, Lussemburgo, Grecia, Spagna

Tuttavia il confronto internazionale ben stratifica i diversi paesi: non può passare inosservato il fatto che nazioni in cui esistono una legislazione e un controllo estremamente rigido in termini di 'sicurezza stradale' presentino i tassi più bassi di mortalità giovanile per incidentalità stradale.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati rilevati individuano bisogni differenti di salute nell'ambito del nostro paese, cui si accompagnano molte differenti interpretazioni relative ai fattori di rischio.

Sarà quindi utile un confronto futuro con i dati rilevati dopo l'introduzione della recente riforma della normativa sulla sicurezza stradale, al fine di verificarne la reale applicazione ed il relativo impatto sulla popolazione giovanile.

Per le Regioni a più alto rischio si raccomanda, in termini di obiettivi di Sanità Pubblica, la progettazione di studi ad hoc in grado di rilevare la percentuale di rischio attribuibile ad ogni fattore probabilmente coinvolto nella interpretazione dell'eccesso di rischio e, comunque, la attivazione di corsi di 'guida sicura' che rendano consapevoli i più giovani, in un clima non colpevolizzante ma divertente e nello stesso tempo responsabilizzante, rispetto ai rischi conseguenti ad un utilizzo non idoneo (in termini di condizioni stradali o fisiche e psichiche del conducente) del loro mezzo di locomozione.

Tasso di abortività volontaria specifico per età

Significato. La misurazione del tasso di abortività volontaria può consentire la valutazione della conoscenza e dell'adesione a metodi efficaci di contraccezione. Inoltre, elevati tassi di abortività volontaria, soprattutto in età giovanile, sono anche indicatori di una società particolarmente a rischio per livello socio-economico e culturale; esiste infatti una proporzionalità indiretta tra livello culturale e pratica di aborto indotto.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero di interruzioni volontarie di gravidanza per regione di residenza in età 15-24 anni}}{\text{Popolazione residente 15-24 anni}} \times 1.000$$

Validità e limiti. I dati derivano da un sistema di sorveglianza epidemiologica, attivo dal 1980 presso il Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità. Tale sistema si basa sulla rilevazione trimestrale effettuata dagli Assessorati regionali alla Sanità, in cui i dati, contenuti nei modelli D12/ISTAT, vengono aggregati. Tale aggregazione è effettuata anche in funzione delle principali caratteristiche socio-demografiche delle donne. Queste informazioni vengono inviate all'ISS, che provvede al controllo dei dati e alla loro analisi, per valutare il trend spazio-temporale del fenomeno e l'evoluzione delle caratteristiche delle donne che abortiscono. Sulla base delle analisi di questi dati viene predisposta annualmente dall'ISS e dal Ministero della Sanità una relazione che il Ministro della Sanità presenta al Parlamento. L'Italia è attualmente uno dei Paesi al mondo che dispone dei dati più accurati e aggiornati.

È possibile una sottostima del fenomeno dovuta a percentuali non valutabili di abortività illegale e clandestina: tale sottostima potrebbe condurre ad una pressione differenziale rispetto alle Regioni in cui è meno probabile il verificarsi di tale fenomeno.

Benchmark. Regione a minor tasso di abortività.

Fonte dei dati e anni di riferimento: ISTAT anno 2000. Tassi x 1.000 donne.

Tasso di abortività volontaria specifico per residenti di età 15-24 anni



Tassi di abortività volontaria per 1.000 donne (specifico per età). Le regioni sono ordinate per valori, in ordine crescente, della popolazione 15-24 anni.

	15-19 anni	20-24 anni	15-24 anni
Sardegna	5,2	7,7	6,6
Trentino Alto Adige	4,6	9,5	7,2
Veneto	4,8	10,2	7,9
Calabria	4,6	10,9	7,9
Friuli	5,3	11,3	8,8
Sicilia	5,7	11,7	8,8
Basilicata	5,5	11,9	8,9
Marche	5,4	11,9	9,0
Campania	5,5	13,0	9,4
Abruzzo	6,5	13,8	10,4
Molise	7,8	13,1	10,6
Puglia	10,0	17,9	10,8
ITALIA	7,1	14,3	11,0
Lombardia	7,4	15,2	11,8
Toscana	8,4	15,6	12,5
Umbria	7,7	18,1	13,5
Emilia-Romagna	8,6	17,1	13,6
Lazio	9,0	17,5	13,6
Piemonte	9,6	17,6	14,1
Liguria	9,8	17,4	14,2
Valle d'Aosta	9,6	19,3	15,2

Descrizione e Discussione dei Risultati

Nell'anno 2000 il tasso di abortività volontaria nella fascia d'età considerata è risultato essere complessivamente per l'Italia dell'11 ‰. Come per molti altri fenomeni sanitari esistono tuttavia delle differenze all'interno del Paese tra regioni e tra aree geografiche: si denota per le Regioni del nord e del centro un tasso intorno al 10,0 ‰, lievemente più basso per le Regioni del Sud. La Calabria e le Isole, sopra tutto la Sardegna (6,6 ‰), hanno il valore più basso.

Tuttavia i comportamenti non sono omogenei tra aree geografiche laddove, ad esempio, tra le Regioni del Nord Italia, quelle orientali esprimono tassi di gran lunga inferiori che si avvicinano ai dati riscontrati per le isole. Le Regioni a più alto tasso di abortività volontaria sono rappresentate da Valle d'Aosta, Liguria e Piemonte.

Si deve comunque segnalare che siamo in presenza di una riduzione del fenomeno sia rispetto al trend temporale che alle differenze geografiche.

È indubbio che la persistenza di una certa quota di aborto clandestino che si distribuisce in maniera eterogenea sul territorio nazionale (con maggior frequenza nelle regioni del Sud), potrebbe mitigare ulteriormente le differenze riscontrate tra Regioni.

Alcuni studi effettuati osservano come il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza rappresenti raramente una scelta di elezione, ma una grave conseguenza dell'incapacità concreta di regolare la fecondità con altri metodi.

A questo proposito sembra importante segnalare come il tasso di abortività volontaria raddoppi, in media, nella fascia di età 20-24 anni: questo dato si allinea a quelli di letteratura supportando in parte l'ipotesi che anche in un'età relativamente più matura, con maggiori possibilità di conoscenza, ma anche di indipendenza economica, persista l'incapacità di gestire responsabilmente le proprie scelte.

Esistono certamente popolazioni maggiormente a rischio in cui il ricorso all'aborto volontario risulta più elevato: basso livello scolastico e condizione sociale sono, anche tra le giovani, alcuni dei fattori maggiormente chiamati in causa.

Inoltre è certamente influente sui dati presentati il risultato delle migrazioni cui stiamo assistendo negli ultimi anni, stima che circa il 10% delle IVG sia stato richiesto da donne straniere emigrate in Italia, in cui il tasso di abortività pare notevolmente superiore a quello delle donne italiane.

Pur esistendo probabilmente un tasso incompressibile di aborti volontari (stimato intorno al 10% dei valori attuali), come dimostra anche l'esperienza di paesi ad alta diffusione di metodi contraccettivi, il tasso di abortività volontaria può sicuramente rappresentare un importante indicatore della salute 'sociale' dei giovani, soprattutto dal momento che esso è maggiormente presente laddove è più basso il livello culturale. È importante ricordare che le gravidanze indesiderate e le procedure abortive derivano, per lo più, dalla scarsa conoscenza e si ripercuotono, soprattutto nelle giovani, con elevato impatto sul futuro ruolo di madre consapevole.

Il confronto internazionale

L'incidenza del fenomeno è simile a quella di altri Paesi dell'Europa nord-occidentale (i tassi di abortività variano dal 6,5 ‰ in Olanda, al 15 ‰ nel Regno Unito, al 18,7 ‰ in Svezia), ma decisamente di gran lunga inferiore ai valori presentati da alcuni Paesi dell'Europa orientale (per i quali si rilevano spesso tassi intorno a 50 ‰) e degli Stati Uniti (22,9 ‰).

Raccomandazioni di Osservasalute

La riduzione del fenomeno trova giustificazioni nella sostanziale modificazione della tendenza al ricorso all'aborto a favore di un maggiore e migliore uso dei metodi per la procreazione responsabile; inoltre, un ruolo decisivo è svolto dai consultori familiari. Tenendo conto delle caratteristiche socio-demografiche delle donne che maggiormente contribuiscono al fenomeno, sono ipotizzabili ampi margini di riduzione, anche attraverso un potenziamento non semplicemente strutturale, ma anche funzionale dei suddetti servizi in quelle Regioni in cui è più alto il ricorso all'abortività volontaria (Regioni del Nord Ovest e del Centro) o è maggiormente ipotizzabile una maggior frequenza di utilizzo di pratiche clandestine.

Tasso di scolarizzazione scuola superiore

Significato. Il tasso di scolarizzazione può rappresentare un indicatore dello stato evolutivo del paese sia relativamente al quadro economico-produttivo che a quelli scientifico-tecnologico e socio-culturale. In particolare la letteratura scientifica è ormai concorde nel definire il livello culturale come strettamente associato ai livelli di salute.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero diplomati}}{\text{Residenti 19 anni}} \times 100$$

Validità e limiti. È un indicatore diretto della scolarità superiore che tuttavia non tiene conto degli eventuali anticipi o ritardi nell'ottenimento del diploma di scuola media superiore; tali variazioni, tuttavia, non sono distribuite in modo così eterogeneo sul territorio nazionale da non permettere un valido confronto interno dei dati.

I dati sono completi dal momento che tengono in considerazione tutti i diplomati, sia che provengano da scuole statali che da istituti privati; inoltre è ben rappresentata la differenziazione per genere che può offrire un importante quadro rispetto alle diversità regionali evidenziabili nelle pari opportunità uomo-donna.

Benchmark. Regione a maggior tasso di scolarizzazione: Umbria (79,0%).

Fonte dei dati e anni di riferimento. ISTAT anno scolastico 2000-2001. Tasso x 100.

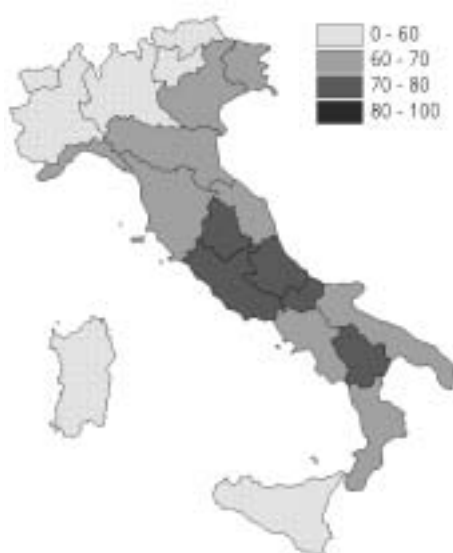
REGIONE	Maschi	Femmine	Totale
Umbria	76,2	82,0	79,0
Lazio	74,4	83,6	78,9
Basilicata	71,8	86,0	78,7
Abruzzo	75,2	80,8	77,9
Molise	71,0	83,4	77,0
Calabria	68,9	76,9	72,8
Toscana	66,3	79,2	72,6
Emilia-Romagna	64,7	80,5	72,3
Liguria	67,5	77,1	72,2
Marche	67,3	74,5	70,8
Veneto	63,7	75,5	69,5
ITALIA	63,4	73,5	68,3
Valle d'Aosta	58,7	77,0	66,8
Puglia	63,5	69,7	66,6
Sardegna	58,8	74,6	66,5
Piemonte	58,7	74,2	66,2
Friuli Venezia Giulia	61,0	71,7	66,2
Campania	62,2	67,5	64,8
Sicilia	59,4	70,2	64,7
Lombardia	56,8	77,0	61,9
Trentino Alto Adige	48,2	67,9	57,8

Descrizione e Discussione dei Risultati

Il tasso di scolarizzazione superiore per l'anno 2000-2001 un valore medio italiano del 68% circa. È evidenziabile un comportamento abbastanza omogeneo per zona geografica. I tassi più elevati si rilevano nelle Regioni del Centro (76%), seguono il Mezzogiorno (67%) e il Nord (66%).

Esiste una differenza per sesso particolarmente evidente tra i tassi di scolarizzazione: in tutte le Regioni il tasso di scolarizzazione del sesso femminile risulta più elevato e le differenze sono, in media, più rilevanti nelle Regioni del Nord.

Tasso di scolarizzazione media superiore nella popolazione maschile



Tasso di scolarizzazione media superiore nella popolazione femminile



Il livello di scolarità nella popolazione italiana è comunque molto basso, malgrado l'analisi degli andamenti temporali mostri come il ritardo storico sulla scolarizzazione di massa sia ormai colmato.

Il problema è ancor più legato alla Sanità Pubblica se si pensa che la scolarizzazione è ormai condizione necessaria per incontrare adeguatamente le esigenze del mondo del lavoro: tale elemento pare particolarmente insidioso soprattutto per il progresso generale di quelle Regioni a maggior grado di disoccupazione. Paradossalmente, infatti, si può ritenere che parte delle differenze individuabili tra zone geografiche siano dovute a differenti livelli di difficoltà nel trovare un'occupazione al termine della scuola dell'obbligo piuttosto che ad un reale desiderio aumentare il proprio grado di conoscenza.

Allo stesso modo parte del maggior grado di scolarizzazione del sesso femminile può essere spiegato con una necessità meno impellente di entrare nel mondo del lavoro o, anche, con la maggior difficoltà delle donne nel trovare un'occupazione senza titolo di studio.

È tuttavia indubbio che il livello culturale di per sé, considerato ormai indicatore principe della classe sociale di appartenenza, è strettamente legato alle possibilità di salute sia dal punto di vista della prevenzione (maggior conoscenza e attenzione a stili di vita salubri) che della possibilità di cura (utilizzo adeguato, anche in termini di possibilità di accesso, dei servizi sanitari).

Il confronto internazionale

L'Italia si pone ancora, rispetto al tasso di conseguimento dell'istruzione secondaria, in posizione particolarmente penalizzata.

Un confronto con i dati degli altri paesi è difficile e inopportuno senza una adeguata disamina della organizzazione dei sistemi scolastici, molto diversi tra loro per durata della scuola dell'obbligo, offerta formativa successiva e accesso al mondo del lavoro. Tuttavia, considerando la speranza di raggiungere l'ottenimento della laurea, l'Italia si pone con il 15,8% tra gli ultimi posti, insieme a Lussemburgo, Grecia e Irlanda, di una virtuale graduatoria europea; ai primi posti Svezia, Regno Unito e Belgio.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il tasso di scolarizzazione secondaria è un indicatore che può essere influenzato da numerose variabili esterne: tra questi il governo della qualità dell'istruzione, la richiesta del mercato del lavoro, le possibilità economiche delle famiglie, la volontà e le capacità dello studente.

È in atto una profonda revisione del sistema scolastico che, se da un lato apporterà delle innovazioni utili nelle politiche della gestione dell'istruzione, dall'altro deve dare risposte ad una forte domanda di decentramento e autonomia.

Sembra quindi doveroso, per il futuro, porre un forte accento sul monitoraggio delle variazioni delle percentuali di successo del sistema scolastico, soprattutto in quelle Regioni in cui il tasso di scolarizzazione è più basso della media nazionale con l'obiettivo, anche attraverso studi ad hoc, di verificare le reali cause dell'abbandono della scuola dopo quella dell'obbligo al fine di proporre elementi innovativi, gestionali o strutturali, che facilitino il percorso dei giovani verso l'ottenimento dell'istruzione superiore.