

1° Rapporto sullo stato di salute delle donne di Lucia Conti

Le donne in salute sono una risorsa per il Paese

Fornire un profilo dello stato di salute delle donne in Italia, in base ai più aggiornati dati forniti dalle fonti istituzionali e dalle banche dati internazionali, e, nel contempo, un preciso piano propositivo e progettuale. È il duplice obiettivo del primo Rapporto prodotto dalla Commissione Salute delle Donne, presentato in occasione del centenario dell'8 marzo

Il ministero della Salute ha voluto celebrare l'8 marzo presentando il primo Rapporto sullo stato di salute delle donne in Italia, un ampio documento elaborato dalla Commissione ministeriale Salute delle donne per fornire da una parte un profilo della popolazione femminile e, dall'altra, un preciso piano propositivo e progettuale.

“La promozione della salute delle donne – ha affermato il ministro Livia Turco nel suo intervento – promuove la salute della popolazione, è misura della qualità e dell'equità del nostro sistema sanitario, pubblico e universalistico, ma è anche molto di più. È il paradigma del livello di civiltà di un Paese”.

Più longeve, ma meno in salute degli uomini

Sono 30 milioni le donne in Italia, il 51,4% della popolazione totale. La loro aspettativa di vita ha raggiunto gli 84 anni, circa 6 anni in più rispetto agli uomini. Tuttavia oltre il 12% delle signore italiane è affetta da almeno una malattia cronica e la disabilità femminile è il doppio di quella maschile (6,12% contro 3,32%). Le donne sono peraltro grandi consumatrici di farmaci, soprattutto con il crescere dell'età: 43,7% delle donne per tutte le età che consuma farmaci passa al 75% nella fascia di età tra 65-74 anni e all'86,2% in quella di 75 ed oltre.

Le cause di morte più frequenti per il gentil sesso sono le malattie dell'apparato circolatorio (46,8%) e il cancro (23,8%). Seguite dalle malattie dell'apparato respiratorio sono responsabili del 5,5% dei decessi e le cause violente del 3,7%.

I tumori femminili (mammella e cervice) rappresentano il 15,7% delle cause di morte per le età fra i 35 e i 64 anni. In pratica, una donna ogni quattro ha la probabilità di avere una diagnosi di tumore nel corso della vita. Il cancro alla mammella causa il 17,1% della mortalità per tutti i tumori; il cancro alla cervice lo 0,6%. La mortalità per cancro al polmone è in continuo aumento (9,8% di tutti i tumori nelle don-

ne), legato anche all'aumento del numero delle donne fumatrici.

Si alzano i livelli di prevenzione: il 71% delle donne sopra i 50 anni ha eseguito almeno una mammografia, con un incremento soprattutto nelle donne meno istruite (+13,7%). Questo anche grazie alla maggiore copertura dei programmi di screening mammografico: dal 56,2 al 78,2% in tre anni, anche se al Sud resta ancora al 10%, mentre nel Centro-Nord è al 90%. Trascurabili le differenze territoriali per la copertura dei programmi di screening cervicale, intorno al 70%.

Le donne nel mondo del lavoro

La presenza femminile nel Ssn è 60,9% del totale; le donne sono il 32,2% dei medici e il 75,5% del personale infermieristico. Nella dirigenza medica del Ssn la presenza delle donne è 32%, negli incarichi di struttura complessa l'11%, per le strutture semplici il 25%.

In generale, nonostante la componente femminile del lavoro pubblico sfiori il 54% del totale (con punte del 76% nel comparto scuola), le dirigenti di seconda fascia sono il 25% e le dirigenti di prima fascia circa il 15%.

A livello di amministrazione centrale, la presenza delle donne nelle fasce dirigenziali è un poco più

alta: le dirigenti di seconda fascia sono il 35% e le dirigenti generali di prima fascia sono il 20%. Rispetto agli incarichi aggiuntivi: agli uomini è attribuito il 56% del totale degli incarichi e alle donne il 44%; ma la differenza, a favore degli uomini, aumenta considerando i compensi: le donne percepiscono solo il 29% dei compensi accessori e gli uomini il 71% del totale.

Lo stress è il primo problema lavorativo per le donne (la percentuale di malattie correlate allo stress sono circa il doppio per le donne rispetto agli uomini). Ma le mura domestiche non sono più sicure: dei 4 milioni e mezzo di infortuni l'anno, di cui 8 mila mortali, il 65% riguarda le donne.

La violenza contro le donne è ancora sommersa

Nelle mura di casa non avvengono solo gli infortuni domestici. È proprio negli ambienti familiari che la donna è il più delle volte vittima di violenza. Secondo l'Istat, in generale, nel 2006 sono state più di 6 milioni e mezzo le donne italiane tra i 16 e i 70 anni vittime di violenza fisica o sessuale nel corso della vita e un milione di donne ha subito stupri o tentati stupri. Il 14,3% delle donne, che abbiano o abbiano avuto un rapporto di coppia, ha subito almeno una violenza fisica o sessuale dal partner. So-

seguenze fisiche, psicologiche e sociali della violenza, “che oltre ad essere un grave evento traumatico ed un'esperienza intollerabile che annienta il senso di integrità personale, provoca danni di lungo periodo ed è anche fattore eziologico in una serie di patologie rilevanti per la popolazione femminile”, in particolare per le patologie ginecologiche, gastroenterologiche, per i disturbi alimentari, i disturbi d'ansia e gli attacchi di panico. Particolare attenzione è stata data dall'Oms alle patologie mentali e alla depressione, nonché alla maggiore frequenza di suicidio che si riscontra tra le donne che hanno subito violenza.

I “nove mesi” delle italiane

Le italiane diventano mamme a 32 anni. È questa la media nel

Obiettivi della Commissione Salute delle Donne

La Commissione, istituita nel giugno 2007 e di durata triennale, ha come obiettivi:

- elaborazione del Piano strategico intersettoriale per la promozione e tutela della salute psico-fisica delle donne;
- elaborazione degli aspetti propedeutici della Conferenza Nazionale delle donne;
- approfondimento dei seguenti temi: la medicina di genere, la salute riproduttiva, il percorso di nascita, gli aspetti preventivi nelle varie fasi della vita delle donne;
- elaborazione, in armonia con le disposizioni contenute nel titolo V della Costituzione, di linee guida per l'aggiornamento del Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI), adottato con D.M. 24 aprile 2000

lo il 7% delle donne che ha subito violenza da parte di un partner, lo denuncia. Il 33,9% delle donne che subiscono violenza dal partner e il 24% di quelle che l'hanno subita da un non partner, non parla con nessuno delle violenze subite. Il sommerso continua, quindi, ad essere la norma.

Il Rapporto ricorda quindi come studi epidemiologici internazionali abbiano dimostrato le con-

Lo stato di salute delle donne in Italia

Questo primo Rapporto prodotto dalla Commissione Salute delle Donne (che deve intendersi come intermedio rispetto al Rapporto finale previsto) è costituito da una raccolta di documenti preparatori sulla base dei quali si svilupperanno i lavori della Commissione, con l'obiettivo di fornire una "fotografia" esaustiva dello stato di salute della popolazione femminile italiana e di identificare, in un'ottica di genere, quei "vuoti" - a partire dalle fonti informative - in modo da individuare/proporre efficaci strategie per "costituire sistema" e ridurre le disparità di genere in materia di salute.

La Commissione, con la presenza di numerosi e autorevoli esponenti del mondo scientifico, della sanità pubblica e delle istituzioni, ha voluto presentare questo primo documento dei lavori svolti in occasione del centenario dell'8 marzo, "come contributo per la promozione del diritto alla salute delle donne, inteso come diritto forte che promuove tutti gli altri diritti, economici e sociali, civili e politici".

È possibile consultare il testo completo del "Rapporto sullo stato di salute delle donne in Italia" sul sito www.ministerosalute.it

un'amniocentesi nel 2005, il 44% di quelle tra i 38 e i 40 anni e il 47% delle ultra 40enni.

I bambini nascono "nel pubblico"

In Italia vi sono 560 punti nascita, di cui 200 con meno di 500 parti l'anno. Secondo i dati CeDAP nel 2005, a livello nazionale, oltre l'88% dei parti è avven-

nuto negli istituti di cura pubblici, l'11,6% nelle case di cura e solo 0,18% a domicilio. I nati pretermine di età gestazionale inferiore alle 36 settimane sono stati il 6,5% dei parti. Considerando i parti fortemente pretermine (gestazione inferiore a 33 settimane), si evidenzia una maggiore concentrazione nelle strutture di grandi dimensioni, infatti l'85% dei parti fortemente pretermine avviene in punti nascita con più di 1000 parti annui. Va però sottolineato che sul totale dei parti censiti dal CeDAP 2004 si è rilevato che il 15% dei parti fortemente pretermine avviene in strutture con meno di 1000 parti annui e che il 2% addirittura in strutture con meno di 500 parti annui e prive di Unità TIN e Unità di Neonatologia.

Continua il costante trend di crescita dell'incidenza dei tagli cesarei, passato da circa il 10% negli anni '80 al 38,2% nel 2005. La propensione all'uso del taglio cesareo è maggiore nelle case di cura, accreditate o non, dove la percentuale tocca il 70% dei parti contro il 34% negli ospedali pubblici. Più alta anche la quota nelle strutture dove hanno luogo meno di 500 parti annui (50,2% dei casi).

Allo stato attuale quindi, l'Italia è ai primi posti in Europa e nel mondo per tasso di tagli cesarei. Il Rapporto evidenzia però come il ricorso al cesareo sia molto variabile non solo da struttura a struttura, ma anche da Regione a Regione: l'incidenza più elevata è registrata in Campania, dove si è passati da un'inciden-

"Delirante" secondo il capogruppo dell'Udc alla Camera, Luca Volontè, l'idea di "distribuire anticoncezionali gratuitamente e dare il codice verde alla pillola del giorno dopo nel pronto soccorso. Questo - secondo Volontè - significa mortificare il lavoro dei consultori e inculcare nelle giovani donne una cultura della de-responsabilizzazione e del disprezzo della vita umana", mentre "il diritto all'obiezione di coscienza è un'espressione di libertà garantita a tutti, a partire dai farmacisti.

Il caso dell'obiezione di coscienza per la "pillola del giorno dopo" si è inoltre allargato dopo che il 7 marzo scorso, a Bologna, un gruppo di persone ha manifestato contro una farmacia che non vendeva la pillola, esponendo lo striscione "fuori i nostri corpi dal vostro controllo".

La Federazione degli Ordini dei farmacisti italiani (Fofi) ha da parte sua espresso piena solidarietà al farmacista, chiedendo inoltre che "il Parlamento approvi una normativa che da un lato consenta al farmacista di appellarsi alla pro-

pria coscienza individuale, come previsto dal Codice deontologico della categoria, dall'altro garantisca al cittadino la reperibilità di ogni tipo di farmaco la cui distribuzione sia autorizzata dallo Stato". Netto dissenso della Consulta di Bioetica verso la richiesta dei farmacisti. In un documento diramato e firmato dal presidente Maurizio Mori, la Consulta afferma che il fatto che la Fofi abbia "ufficialmente richiesto che il Parlamento italiano approvi una normativa che consenta al farmacista di fare obiezione di coscienza nella vendita di alcuni medicinali lascia senza parole", mostrando come "ormai nel nostro Paese sono a rischio i normali servizi di utilità pubblica richiesti dalla convivenza in società avanzate. Riteniamo - scrive la Consulta - che i servizi essenziali riguardanti l'assistenza sanitaria debbano essere disponibili a tutti i cittadini, come previsto per altro dalle normative europee, senza ricorrere a pretestuose obiezioni di coscienza che non hanno alcun fondamento razionale e che solo acuiscono le tensioni sociali".

Le proposte della Commissione Salute Donne

1 RICERCA DI GENERE

- Studio dei meccanismi che determinano le differenze uomo/donna nella risposta allo stress
- Studio dello sviluppo umano come genere dipendente
- Inclusione delle donne negli studi clinici (a partire dai trattamenti farmacologici): incentivare la presenza delle donne negli staff clinici; organizzare le modalità degli studi clinici (orari, luoghi, assistenza psicologica, rimborsi)
- Comitati etici: attenzione alla equità di genere nella ricerca clinica
- Educazione ed informazione: corsi Ecm sul genere per medici e farmacisti. divulgazione delle informazioni alla popolazione generale; la tematica di genere inclusa nei curricula di tutte le professioni sanitarie.

2 PERCORSO DI NASCITA

- Migliorare la qualità e sicurezza dell'assistenza; ridurre le disuguaglianze territoriali e sociali; demedicalizzare e umanizzare la nascita
- Riorganizzazione dei punti nascita (ridurre quelli con < 500 parti l'anno)
- Promozione del ruolo dei consultori (1 in ogni distretto per 6 mattine e 5 pomeriggi la settimana; 50% dell'attività nelle scuole, per corsi di accompagnamento a genitorialità e menopausa, per violenza contro le donne; mediazione culturale; budget specifico)
- Politiche di incentivazione per la riduzione dei tagli cesarei; linee guida, formazione del personale e promozione delle "buone pratiche".

3 CONTRACCEZIONE

- Confermare che la "pillola del giorno dopo" non è farmaco abortivo ma anticoncezionale e come tale non può essere motivo di obiezione di coscienza da parte degli operatori sanitari, compresi i farmacisti; garantire che la prescrizione sia effettuata oltre che nei servizi consultoriali, anche nei Pronto Soccorso (proponendo la possibilità del codice verde) e nei servizi di continuità assistenziale (guardia medica) nella piena applicazione della legge 194/78
- Contraccettivi orali: più blister nella stessa scatola (fino a 6 confezioni); le pillole a basso dosaggio in fascia A, considerando la contraccezione strumento prioritario della prevenzione dell'Ivg e che in quanto tale

deve essere prevista nei Lea; Iud gratuiti a donne con reddito basso e nei consultori

- Almeno un medico non obiettore in ogni Distretto, presente almeno 4 volte alla settimana e di mediatrici culturali in tutte le Asl a disposizione dei servizi consultoriali e ospedalieri
- Negli ospedali che eseguono Ivg, rendere disponibile idonea strumentazione (Karman) utilizzando le risorse derivanti dai Drg per le Ivg
- Progetti specifici per la salute riproduttiva e la prevenzione delle Ivg tra le donne immigrate.

4 MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI (MST)

- Favorire la ricerca rispetto alle Mst per genere; formazione comune degli operatori (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, ginecologi consultoriali ed ospedalieri); informazione alla popolazione giovanile nelle scuole superiori
- Proporre lo screening per la Chlamydia unitamente al primo Pap test.

5 MALATTIE CARDIOVASCOLARI

- Linee guida sulla prevenzione al femminile
- Data-base per la ricerca di genere.

6 SPORTELLO VIOLENZA CONTRO LE DONNE

- Assistenza per la violenza: nei Lea
- Formazione Ecm degli operatori ospedalieri e territoriali
- Codice Drg unico
- "Sportello" in tutti i grandi Pronto Soccorso
- In ogni Regione: un Centro antiviolenza h24.

7 PIANO INTERSETTORIALE PER LA SALUTE DELLE DONNE

- Definire un Piano nazionale che coordini le politiche sanitarie e non sanitarie (educazione e istruzione, politiche sociali e per la famiglia; politiche per il lavoro)
- Istituire una Commissione multidisciplinare
- Costruire un set di indicatori genere specifici.

8 FORUM NAZIONALE DELLE ASSOCIAZIONI

- Un luogo permanente di confronto e di rappresentanza delle associazioni che operano per la salute delle donne, composte prevalentemente da donne, con utenza prevalentemente femminile.

Pillola del giorno dopo "Non può esserci obiezione di coscienza"

La "pillola del giorno dopo" non è un farmaco abortivo ma un anticoncezionale e come tale non può essere motivo di obiezione di coscienza da parte degli operatori sanitari, compresi i farmacisti. Questo il messaggio lanciato dagli esperti della Commissione Salute delle donne nel Rapporto. Per gli esperti la prescrizione del farmaco deve essere garantita nei consultori, con le guardie mediche e nei pronto soccorso con codice verde, quello intermedio di urgenza. In riferimento alla contraccezione d'emergenza, il Rapporto stima che nel 2004 in Italia siano state 310.000 donne ad assumere il Levonorgestrel, con un incremento del 13% rispetto all'anno precedente.

Le proposte della Commissione hanno aperto subito il dibattito.

za dell'8,5% nel 1980 al 60% nel 2005, con l'incredibile incremento dal 1980 al 2005 del 605,9%.

Diminuiscono gli aborti tra le italiane

Nel corso degli anni in Italia è notevolmente diminuito il ricorso all'Ivg. I casi che si registravano all'inizio degli anni '80 (quindi a ridosso della promulgazione della Legge 194) erano oltre 200.000, mentre negli anni più recenti (2005-2006) si sono avuti circa 130.000 casi. Il tasso di abortività (numero di Ivg su 1000 donne in età 15-49 anni) è diminuito da 17 donne su mille nel 1982 a 9,4 su mille nel 2006. Tuttavia, nel corso degli ultimi anni l'aumento della presenza straniera in Italia ha influenzato

l'andamento dell'Ivg: il tasso di abortività delle donne straniere (soprattutto molto giovani e nubili) risulta quattro volte superiore a quello delle donne italiane, facendo sì che il numero di aborti in Italia resti costante, nonostante sia diminuito significativamente quello delle italiane.

La contraccezione è "a rischio"

La Commissione donne ha posto molta attenzione su questa tematica, da tempo al centro di un ampio dibattito internazionale legato all'aumento delle esperienze sessuali in fasce di età molto precoci, spesso in mancanza di un'educazione sessuale responsabile.

I dati raccolti dal Censis nel 2000

e riportati nel Rapporto della Commissione donne, infatti, illustrano un quadro piuttosto preoccupante: il 10,4% delle coppie non usa alcun metodo di contraccezione, mentre il coito interrotto è il metodo contraccettivo più usato (31,6% delle coppie), seguito dal condom (28,4%), dalla "pillola" (20,9%), dai metodi naturali (4,2%), dai dispositivi intrauterini (3,2%), dal diaframma (1,3%).

In un'indagine sulla fecondità in Italia del 1995 i dati erano molto differenti, con l'impiego della contraccezione ormonale nel 21% delle coppie, quello dello Iud al 7%, del coito interrotto al 14%, dei metodi naturali al 5% e del condom al 14%. **Y**

Venti mesi di governo per la salute delle donne

Ecco le principali iniziative legislative, programmatiche e di indirizzo realizzate dal Ministro Livia Turco per la Salute delle Donne:

- Ddl per la promozione e tutela della salute e dei diritti delle partorienti e dei nati, presentato come primo atto del mandato del ministro della Salute per sottolineare la priorità strategica della promozione della salute materno infantile. Il ddl è volto a promuovere la naturalità del parto contro un eccesso di medicalizzazione della nascita e alla riduzione delle disuguaglianze territoriali e sociali
- Linee nazionali di indirizzo per la promozione dell'allattamento esclusivo al seno, emanate per la prima volta
- Progetto acido folico in gravidanza e nel periodo periconcezionale per proteggere il bambino da patologie quali spina bifida, anencefalia, labiopalatoschisi, malformazioni congenite del cuore, dell'apparato urinario, scheletrico (progetto Ministero della Salute/CCM/ISS)
- Progetto consultori per la promozione e la valutazione di qualità di modelli operativi del percorso nascita (progetto Ministero della Salute/CCM/ISS)
- Ampliamento dei Livelli Essenziali di Assistenza: nuovi screening neonatali per la sordità e la cataratta congenite; anestesia epidurale durante il parto; riduzione del taglio cesareo
- Impegno finanziario 2006 e 2007 per potenziare e migliorare i servizi di radiodiagnostica e di radioterapia di interesse oncologico, con particolare attenzione ai tumori femminili e ai servizi nelle regioni meridionali e insulari; per le cure palliative pediatriche; per l'assistenza odontoiatrica pediatrica; per progetti attuativi del PSN per la salute della donna

e delle gestanti, delle partorienti e dei neonati; per le malattie rare; per gli screening oncologici e per il potenziamento dei consultori in collaborazione con il Ministero della Famiglia; per il potenziamento delle terapie intensive neonatali

- Vaccinazione gratuita contro l'HPV per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina, rivolto alle ragazze tra gli 11 e 12 anni di età
- Linee guida sulle mutilazioni genitali femminili
- Progetto sportello antiviolenza all'interno dei Pronto soccorso ospedalieri per rispondere alle donne vittime della violenza di strada o domestica (progetto Ministero Salute in presentazione alla Conferenza Stato Regioni)
- Progetto salute delle donne immigrate, finalizzato all'informazione e alla promozione di consapevolezza sulla maternità, la salute sessuale e riproduttiva e per la prevenzione degli aborti (progetto Ministero della Salute e Istituto nazionale per la malattia della povertà e la salute dei migranti)
- Progetto endometriosi, per la prevenzione, la cura e la tutela sociale; istituzione del Registro nazionale (progetto Ministero della Salute)
- Piano delle cure palliative pediatriche, approvato in Conferenza Stato Regioni
- Piano di Prevenzione di odontoiatria infantile
- Corsi di formazione di Medicina di genere in collaborazione con il Ministero della Ricerca e dell'Università (in particolare il master presso la Facoltà di Medicina dell'Università Tor Vergata di Roma)
- Ricerca Finalizzata 2007: su "Salute della donna - Medicina di genere" e "Salute della donna - area materno infantile"
- Progetto Tevere, studio unico al mondo sulla prevenzione dei tumori al seno condotto su donne sane (circa 20.000 in tutta Italia) con la collaborazione di tre grandi istituti oncologici italiani, l'Istituto Oncologico Europeo, l'Istituto Nazionale

dei Tumori di Milano e l'Istituto Regina Elena di Roma, con il coinvolgimento delle strutture del SSN delle Regioni Sicilia, Toscana e Lombardia. Interamente finanziato dalla Sanità pubblica, per la salvaguardia della salute delle donne.

- Pareri richiesti al Consiglio Superiore di Sanità su tre quesiti: sussistenza vita autonoma del feto (articoli 6 e 7 legge 194/78); Ru-486, modalità di impiego nel rispetto della legge 194/78; assistenza ai nati molto pretermine. Il 4 marzo scorso il CSS ha emanato parere per cure ai nati estremamente prematuri
- Atto di indirizzo alle Regioni per una migliore applicazione della legge 194, si prevede:
 - la prevenzione dell'IVG attraverso il potenziamento dei consultori ed altre misure finalizzate alla promozione della contraccezione, alla formazione degli operatori con particolare riferimento alle donne immigrate
 - la riduzione della morbilità da IVG e il miglioramento dell'appropriatezza degli interventi con la riduzione dei tempi di attesa e l'adozione di tecniche più appropriate di intervento e anestesia
 - l'aggiornamento delle procedure e del personale preposto;
 - la rimozione delle cause che potrebbero indurre la donna all'IVG, sostenendo le maternità difficili
 - l'appropriatezza e la qualità nel percorso della diagnosi prenatale e in particolare nei casi di anomalie cromosomiche e malformazioni
 - la promozione dell'informazione sul diritto a partorire in anonimato
- Conferenza per il Partenariato con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente per la promozione globale della salute e in particolare di quella delle donne - 8 febbraio 2007
- Conferenza dei Ministri della Salute dell'Unione Europea "La Salute in tutte le Politiche" tenuta a Roma 18 dicembre 2007.

(Fonte: www.ministerosalute.it)

Rapporto annuale sull'attività

di ricovero ospedaliero di Giulio M. Corbelli

Come cambia l'ospedale d'Italia

Meno ricoveri, sempre più day hospital. Il Ministero traccia il bilancio dell'attività ospedaliera nel 2005. E i ginecologi sono in prima linea: ancora troppi i parti cesarei

Sono la gravidanza e il parto a guidare la graduatoria dei dimessi nel 2005 aggregati secondo codici di diagnosi affini. Non solo: nella graduatoria dei primi dieci Drg degli acuti in regime ordinario, il parto vaginale senza diagnosi complicanti si riconferma al primo posto, come era già avvenuto negli ultimi anni. Poche novità sul fronte ginecologico emergono dall'analisi dei dati delle schede di dimissione ospedaliera (Sdo) dell'anno 2005 in base alla quale è stato redatto il Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero diffuso dal Ministero della Salute. Il rapporto, pubblicato il 13 marzo scorso, analizza i dati contenuti nelle schede trasmesse al Ministero da tutte le Regioni e Province autonome per un totale di 1.337 istituti di ricovero, pari al 97,9% di quelli risultanti nell'anagrafe del Sistema informativo sanitario, di cui 740 pubblici ed equiparati pubblici (99,9%) e 597 privati (95,5%), accreditati e non accreditati.

Quanto tempo passiamo in ospedale?

I dati complessivi, rappresentati in **tabella 1**, mostrano un lento ma graduale miglioramento dell'appropriatezza con cui si fa ricorso all'assistenza ospedaliera: il numero dei ricoveri diminuisce di quasi 24.000 unità, arrivando a quota 12.966.874 (erano 12.991.102 nel 2004). Ma, distinguendo a seconda del reparto e della tipologia del ricovero, cala-

no le dimissioni per acuti in regime ordinario (-1,7%) e quelle di lungodegenza (-2,5%) e di neonati sani (-1,3%) mentre si fa più spesso ricorso all'ospedale per procedure da svolgersi in regime di day hospital (+2,5% nei reparti per acuti) e per la riabilitazione (+3,5% in regime ordinario e addirittura +11,3% in regime diurno). Nei ricoveri per acuti in regime ordinario, il dato relativo alla degenza media sembra essersi stabilizzato e si conferma da quattro anni a questa parte pari a 6,7 giorni. Nessuna variazione nemmeno in merito alle varie classi di età: la permanenza in ospedale è, come nel 2004, mediamente di 8 giorni per età tra i 65 e i 74 anni e arriva a 9 giorni per gli over 75, mentre il valore minimo si registra nei pazienti di età tra i 1 e 4 anni che mediamente vengono dimessi dopo 3,6 giorni di degenza. Al livello regionale, la degenza media varia da un minimo di 5,44 giorni per la Campania (erano 5,5 nel 2004) a un massimo di 8,39 nella Valle d'Aosta (8,6 nel 2004). Ancora in lieve diminuzione la degenza media pre-operatoria (pari nel 2005