

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

### 4.1. Salute materna e neonatale

#### 4.1.1. Introduzione

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

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

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

#### 4.1.2. Fertilità e procreazione medicalmente assistita

Prevenzione e informazione corretta sono obiettivi di salute pubblica.

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

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

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

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

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

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

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

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

### 4.1.3. Gravidanza

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

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

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

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

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

#### 4.1.4. Parto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7,1% predominante, il 23,9% complementare e il 7,7% artificiale. A 3 mesi dal parto, invece, allattavano in modo completo il 55% delle puerpere, in modo complementare il 15,3% e il 29% artificialmente, mentre a 6 mesi dal parto l'8,3% è risultato allattare al seno in modo completo, il 48,9% in modo complementare e il 42,8% in modo artificiale;

- per quanto riguarda le pratiche ospedaliere correlate all'allattamento al seno durante la degenza in ospedale, si è osservata una forte variabilità per area geografica; per esempio, il rooming-in è stato praticato nell'84% dei casi al Nord, nel 67% al Centro e nel 35% al Sud;
- al 59% delle donne intervistate è stata offerta una visita domiciliare (77% al Nord, 55% al Centro e 53% al Sud);
- i problemi riscontrati più frequentemente dalle donne al rientro a casa riguardano la sutura e l'allattamento. Il 32,6% delle donne a 3 mesi e il 29,2% a 6 mesi dal parto dichiarano di trovarsi in una condizione di vita poco soddisfacente.

#### 4.1.5. Ricorso al taglio cesareo

Secondo i dati del CeDAP, il 37,8% dei parti avviene con taglio cesareo (38,4% è il dato delle SDO), con notevoli differenze regionali che, comunque, evidenziano che in Italia vi è un ricorso eccessivo all'esplicamento del parto per via chirurgica. Rispetto al luogo del parto, si registra un'elevata propensione all'utilizzo del taglio cesareo nelle case di cura accreditate, in cui si registra tale procedura in circa il 60,5% dei parti, contro il 34,8% negli ospedali pubblici. Il parto cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere: nel 28,4% dei parti di madri straniere si ricorre al taglio cesareo, mentre si registra una percentuale del 39,8% nei parti di madri italiane.

In sintonia con quelle che sono le strategie di intervento dei programmi ministeriali, il 16 dicembre 2010 è stato siglato l'Accordo Stato-Regioni "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della

sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", in cui si propone un Programma nazionale, articolato in 10 linee d'azione, per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo. Tali linee, complementari e sinergiche, da avviare congiuntamente a livello nazionale, regionale e locale, sono:

- misure di politica sanitaria e di accreditamento;
- Carta dei Servizi per il percorso nascita;
- integrazione territorio-ospedale;
- sviluppo di Linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo da parte del SNLG-ISS;
- programma di implementazione delle Linee guida;
- elaborazione, diffusione e implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita;
- procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto;
- formazione degli operatori;
- monitoraggio e verifica delle attività;
- istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita.

In questa prospettiva, è indispensabile una strategia molteplice di intervento, in grado di coniugare misure di programmazione sanitaria finalizzate all'incentivazione delle buone pratiche e al contenimento degli eccessi, con iniziative educazionali e formative finalizzate al miglioramento dell'appropriatezza nelle scelte assistenziali e quindi volte a modificare l'atteggiamento degli operatori sanitari e delle donne rispetto all'utilizzo del taglio cesareo.

Va anche considerata l'opportunità di valorizzare il ruolo dei vari professionisti nell'assistenza alla gravidanza e al parto, in particolare quello delle ostetriche, anche attraverso l'implementazione di percorsi alternativi per il parto fisiologico e il parto a rischio. Questo permetterebbe di contrastare la crescente medicalizzazione della gravidanza, promuovendo nel contempo processi virtuosi di "umanizzazione" dell'assistenza e di miglioramento complessivo della qualità.

#### 4.1.6. Mortalità materna

La decima revisione dell'*International Classification of Disease* (ICD-10) definisce la morte materna come la morte di una donna durante la gravidanza o entro 42 giorni dal termine della gravidanza per qualsiasi causa correlata o aggravata dalla gravidanza o dal suo trattamento, ma non per cause accidentali, a prescindere dalla durata e dalla sede della gravidanza. L'indicatore più frequentemente utilizzato a livello internazionale per rilevare il numero di morti materne è il rapporto di mortalità materna (MMR), che esprime il rapporto fra il numero di morti materne durante la gravidanza o entro 42 giorni dal suo termine e il totale dei nati vivi.

La mortalità e la morbosità materne sono fenomeni sempre più rari nei Paesi socialmente avanzati. Gran parte delle morti materne avviene nei Paesi del Sud del mondo, dove le condizioni di salute delle donne in età riproduttiva e la qualità dei sistemi sanitari rendono la maternità ancora un evento ad alto rischio.

Analisi *ad hoc* effettuate in diversi Paesi europei (Austria, Francia, Finlandia, Olanda e Regno Unito) hanno evidenziato sottostime variabili dal 30% al 70% nei rapporti di mortalità materna rilevati attraverso i flussi correnti. Inoltre, si stima che circa la metà delle morti materne sia evitabile mediante un'analisi e una correzione delle loro cause. In Italia, per il periodo 1998-2002, il MMR risulta pari a 3/100.000, contro un MMR medio nella Regione Europea pari a 21/100.000 secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) del 2008. Emorragie, tromboembolie e disordini ipertensivi della gravidanza sono risultati le cause più frequenti delle morti dirette. Il taglio cesareo è risultato associato a un rischio di morte materna pari a 3 volte quello associato al parto spontaneo. Tuttavia, va ricordato che parte di questo aumento di rischio è in realtà da attribuire alla patologia che ha reso opportuna l'indicazione al cesareo e non all'intervento chirurgico in sé. Anche l'età materna pari o superiore ai 35 anni, l'essere cittadine straniere e avere un basso

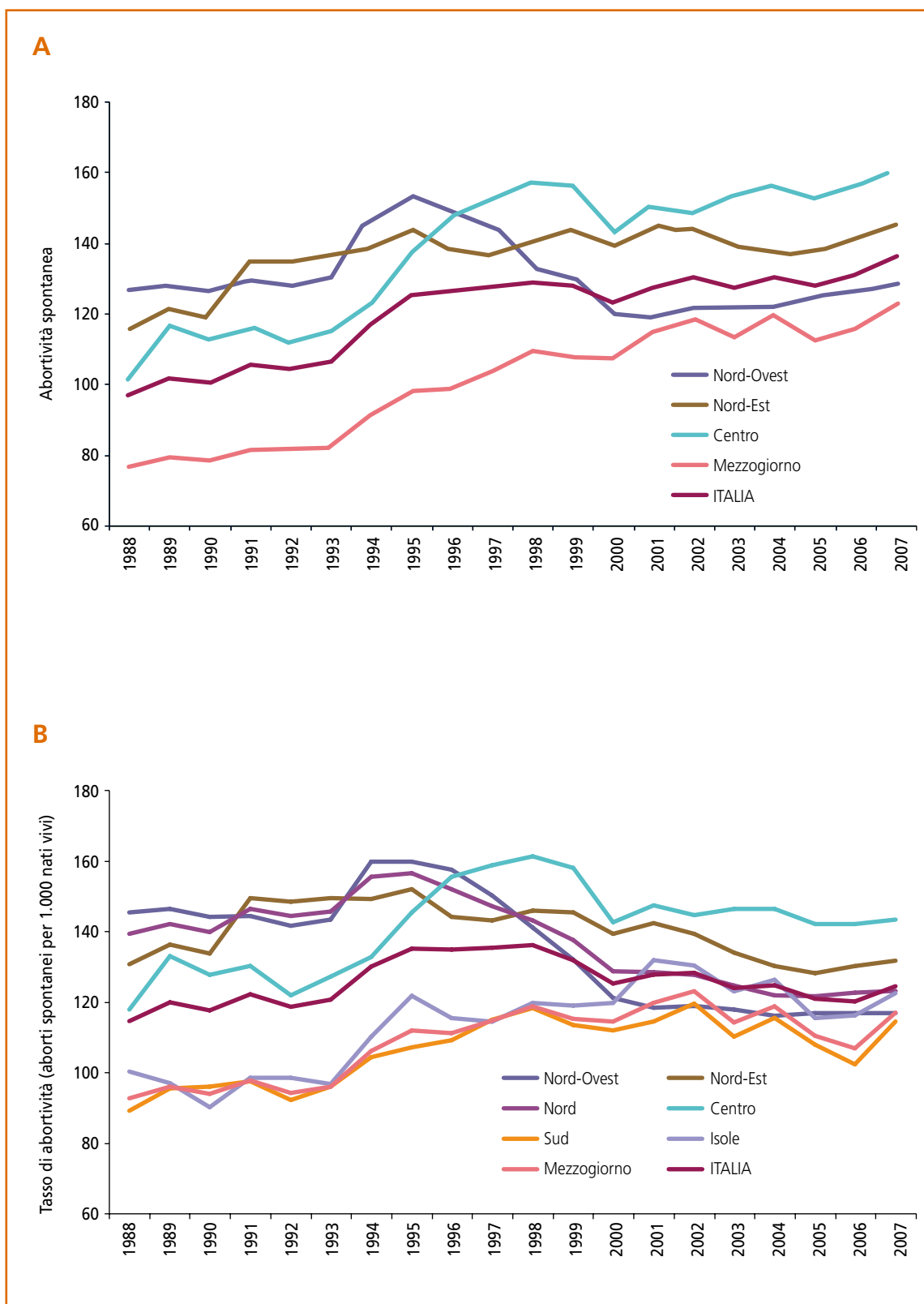
livello di istruzione sono risultati associati a un maggiore rischio di morte materna.

#### 4.1.7. Abortività spontanea

La normativa italiana definisce l'aborto spontaneo come l'interruzione involontaria della gravidanza che si verifica entro 180 giorni di gestazione, cioè 25 settimane e 5 giorni. I dati sono raccolti dall'Istat tramite il modello Istat D11. Nel 2007, il numero di aborti spontanei presenta un incremento importante rispetto all'anno precedente: il numero di casi passa da 74.117 del 2006 a 77.129 del 2007 (+4,1%); di conseguenza, il rapporto di abortività cresce da 131,4 aborti spontanei per 1.000 nati vivi a 135,7 per 1.000 nati vivi. Le Regioni che presentano valori più elevati sono: Lazio (166,2), Friuli Venezia Giulia (149,0), Basilicata (136,9) e Veneto (136,3). Le differenze territoriali sono rimaste abbastanza costanti nel tempo: fino alla metà degli anni Novanta i valori più elevati si sono osservati al Nord, poi a prevalere è stato il Centro, mentre il Mezzogiorno ha sempre presentato valori più bassi (*Figura 4.1*). Tale andamento può essere in parte spiegato dalle differenze territoriali nell'età media al matrimonio e al parto e di conseguenza all'aborto spontaneo. Come evidenziato in numerosi studi, l'età avanzata della donna è un fattore associato a un rischio di aborto spontaneo più elevato. I rapporti di aborti spontanei specifici per età aumentano al crescere dell'età della donna, a esclusione delle giovanissime (età < 20 anni), che hanno valori superiori a quelli delle donne della fascia 20-29 anni. In particolare, un rischio significativamente più elevato di abortire spontaneamente si nota a partire dalla classe 35-39 anni, quando il valore dell'indicatore supera del 64% quello riferito alla classe d'età precedente e si quadruplica nelle donne sopra i 39 anni.

Va sottolineato, infine, che la maggior parte degli aborti spontanei (circa il 90%) avviene nelle prime 12 settimane di gestazione, senza significative differenze tra le Regioni, e che nella maggioranza dei casi sono primi aborti.

Figura 4.1. (A) Rapporto standardizzato di abortività spontanea (AS) per Regione di residenza. (B) Tasso di abortività (aborti spontanei per 1.000 nati vivi).



Il rapporto di abortività spontanea viene così calcolato:  $(n. AS/n. nati vivi) * 1.000$ .

La standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione tipo i nati vivi dell'anno 2001 (anno censuario).

#### 4.1.8. Interruzione volontaria di gravidanza

I dati del 2009 confermano la costante diminuzione dell'interruzione volontaria di gravidanza nel nostro Paese e che l'aborto non viene utilizzato nella maggioranza dei casi come metodo contraccettivo.

Nel 2009, le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) sono state 116.933, con un decremento del 3,6% rispetto al dato definitivo del 2008 (121.301 casi). Il tasso di abortività (numero di IVG per 1.000 donne in età feconda tra 15 e 49 anni), l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza del ricorso all'IVG nel 2009, è risultato pari a 8,3 per 1.000, con un decremento del 3,9% rispetto al 2008 (8,7 per 1.000) e un decremento del 51,7% rispetto al 1982 (17,2 per 1.000), valori tra i più bassi di quanto riportato negli altri Paesi industrializzati.

Dal 1983 i tassi di abortività sono diminuiti in tutti i gruppi d'età, più marcatamente in quelli centrali. Per quanto riguarda le minorenni, il tasso di abortività nel 2008 è risultato pari a 4,8 per 1.000 (lo stesso valore osservato nel 2007), con tassi più elevati nell'Italia Settentrionale e Centrale. Come negli anni precedenti, si conferma il minore ricorso all'aborto tra le giovani in Italia rispetto a quanto registrato negli altri Paesi dell'Europa occidentale. Per esempio, dal confronto con alcuni dei dati più recenti: per donne con meno di 20 anni, nel 2008 in Italia, il tasso di abortività è pari a 7,2 per 1.000; nello stesso anno, in Inghilterra e Galles è 24,0 per 1.000, in Svezia 24,4 per 1.000 e in Spagna 13,5 per 1.000; in Francia, nel 2007 era 15,6 per 1.000; negli Stati Uniti, nel 2004, 20,5 per 1.000. Meglio dell'Italia solo la Germania, che nel 2008 registrava un tasso del 5,0 per 1.000.

Il rapporto di abortività (numero delle IVG per 1.000 nati vivi) è risultato pari a 207,1 per 1.000, con un decremento del 2,8% rispetto al 2008 (213,0 per 1.000) e un decremento del 45,5% rispetto al 1982 (380,2 per 1.000).

L'analisi delle caratteristiche delle IVG conferma che nel corso degli anni è anda-

to crescendo il numero degli interventi effettuati da donne con cittadinanza estera, raggiungendo nel 2008 il 33,0% del totale delle IVG, mentre, nel 1998, tale percentuale era del 10,1%. Questo fenomeno influisce sull'andamento generale dell'IVG in Italia, determinando un rallentamento della diminuzione del numero totale degli interventi riguardanti le sole donne italiane. La sempre maggiore incidenza dell'IVG tra le donne con cittadinanza estera impone una particolare attenzione rispetto all'analisi del fenomeno, in quanto le cittadine straniere, oltre a presentare un tasso di abortività per altro diverso per nazionalità, stimato 3-4 volte maggiore di quanto attualmente risulta tra le italiane, hanno una diversa composizione sociodemografica, che muta nel tempo a seconda del peso delle diverse nazionalità, delle culture di provenienza e dei diversi approcci alla contraccezione e all'IVG nei Paesi d'origine.

Sebbene ciò rappresenti una criticità, va tuttavia segnalato che negli ultimi tre anni si è osservata una tendenza alla stabilizzazione con valori assoluti intorno ai 40.000 casi.

In generale, nel corso degli anni, le più rapide riduzioni del ricorso all'aborto sono state osservate fra le donne più istruite, fra le occupate e fra le coniugate.

Fra le donne italiane che hanno effettuato un'IVG, il 54,6% aveva figli, così come il 66,6% delle straniere.

La percentuale di IVG ripetute è risultata 26,9% nel 2008, come nel 2006 e 2007; le percentuali corrispondenti per le sole donne italiane è 21,6% e 37,4% per le straniere. È da sottolineare che per le italiane il valore è costante ormai da diversi anni ed è meno della metà di quanto ci si attenderebbe attraverso stime con modelli matematici. Questo a conferma della riduzione dell'incidenza del ricorso all'aborto nel nostro Paese.

La distribuzione delle IVG per settimana di gestazione mostra che gli interventi effettuati a 11-12 settimane nel 2008 risultano essere stati pari a 16,5 contro i 16,4 del 2007, un sostanziale aumento di quelli effettuati in epoca precoce, uguale o inferiore a 8 (39,1% contro il 36,8% nel 2007) e una diminuzione di quelli effettuati dopo la 12<sup>a</sup>

settimana gestazionale (1,0%) rispetto a quelli effettuati nel 2007 (2,8%). Anche per questa distribuzione si deve tenere conto delle cittadine straniere, che tendono ad abortire entro i novanta giorni, a settimane gestazionali più avanzate.

Occorre evidenziare, infine, che allo scopo di rendere uniformi a livello nazionale i livelli di sicurezza nell'espletamento della procedura abortiva farmacologica, assicurando il rispetto della Legge 194/1978, il 24 giugno 2010 sono state approvate le linee di indirizzo per l'interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine (RU486), basate su tre pareri del CSS, di cui l'ultimo rilasciato il 18 marzo 2010.

#### 4.1.9. Salute del neonato

La stato di salute del neonato è legato in modo stretto alla salute della madre in gravidanza, al suo stato nutrizionale e alle cure ricevute durante la gestazione, il travaglio e il parto. Le cure pre- e perinatali, comprese quelle erogate durante il travaglio e il parto, sono cruciali per lo sviluppo del neonato e del bambino lungo tutta l'età evolutiva. In tutti i centri nascita devono essere garantiti standard assistenziali coerenti con il livello di cure neonatali, compresi il rispetto dei requisiti strutturali, la presenza del pediatra neonatologo in guardia attiva 24h/24, la rianimazione primaria e la stabilizzazione di neonati da trasferire in UTIN (Unità di Terapia Intensiva Neonatale), qualora il centro non ne sia dotato. Le UTIN devono garantire assistenza intensiva a tutti i neonati patologici di peso < 1.500 g, in linea con le indicazioni fornite nelle funzioni collegate ai livelli assistenziali riportate nell'Accordo in Conferenza Unificata del 16 dicembre 2010.

La nascita di neonati con segni clinici o anamnestici che indicano la presenza di patologie fetali e neonatali che richiedono ricovero neonatale in UTIN deve essere garantita in centri nascita dotati di UTIN. In tal senso deve essere promosso e favorito il trasporto materno in centri idonei delle gravidanze a rischio di parto pretermine.

Lo screening delle gravidanze a rischio e il riferimento a centri specializzati nella patologia della gravidanza deve precedere e contemporaneamente integrarsi con l'organizzazione dei centri di terapia intensiva neonatale. Il Servizio di Trasporto per le Emergenze Neonatali (STEN) dedicato o attivabile su richiesta da parte di un'UTIN integrata nel territorio con le altre UTIN e i centri nascita del territorio di riferimento deve garantire il trasporto da centri di I e II livello di tutti i neonati che devono essere assistiti da un'UTIN e i trasporti interterziari di neonati che necessitano di procedure chirurgiche specialistiche (chirurgia pediatrica, cardiocirurgia pediatrica, neurochirurgia pediatrica). Il trasporto neonatale deve essere attivato sempre dopo la stabilizzazione del neonato nel centro nascita. L'incremento del numero di nati *late preterm* con età gestazionale compresa tra 34 e 36 settimane e rischio di patologie neonatali respiratorie che necessitano di ricovero in UTIN rende necessaria un'efficace organizzazione del trasporto neonatale in emergenza in tutte le Regioni.

#### 4.1.10. Natalità e mortalità perinatale

Nel 2008 sono stati registrati nelle anagrafi comunali 576.659 nati, circa 13.000 in più rispetto all'anno precedente (563.933), pari a un numero medio di figli per donna di 1,42. Questi dati sono in linea con la ripresa avviata a partire dalla seconda metà degli anni Novanta, dopo 30 anni di calo e il minimo storico delle nascite (526.064 nati) e della fecondità (1,19 figli per donna) registrato nel 1995.

Meritano particolare attenzione le diverse modificazioni strutturali che caratterizzano il fenomeno. Per esempio, si conferma l'aumento dei nati da coppie di genitori stranieri: nel 2008 sono stati oltre 72.000, pari al 12,6% del totale dei nati. Se a questi si sommano anche i nati da coppie miste si sfiora "quota 100.000" nati da almeno un genitore straniero (il 16,7% del totale). Quindi, nel 2008 le cittadine straniere residenti in Italia hanno avuto in media 2,31



figli per donna, un dato in diminuzione rispetto agli ultimi anni, ma molto maggiore di quello delle italiane (1,32).

Inoltre, continua l'invecchiamento delle madri: il 5,7% dei nati ha una madre con almeno 40 anni (si è passati da 12.383 nati nel 1995 a 32.578 nel 2008), mentre prosegue la diminuzione dei nati da madri di età inferiore a 25 anni (poco più di 64.000 nel 2008, l'11,1% del totale).

Si segnala la continua diminuzione delle nascite da madri minorenni, pari a 2.514 nel 2008, un valore inferiore di circa un quarto rispetto a quello registrato nel 1995 (3.142 unità). Anche questo fenomeno presenta una forte caratterizzazione territoriale: esso è pressoché trascurabile al Nord, mentre assume ancora oggi rilievo in alcune Regioni del Sud. L'incremento delle nascite riscontrabile a livello nazionale è il risultato di opposte dinamiche territoriali: l'aumento dei nati continua a registrarsi, infatti, solo per i residenti nelle Regioni del Centro e del Nord, ovvero le aree del Paese con una tradizione migratoria più forte e con una presenza straniera più stabile e radicata, mentre al Sud e nelle Isole prosegue il fenomeno della denatalità.

Il tasso di natalità varia da 7,7 nati per 1.000 in Liguria a 11,0 nella Provincia Autonoma (PA) di Bolzano rispetto a una media nazionale di 9,6 per 1.000. Le Regioni del Centro presentano tutte, tranne il Lazio, un tasso di natalità con valori inferiori alla media nazionale. Nelle Regioni del Sud, i tassi di natalità più elevati sono quelli di Campania e Sicilia, entrambi superiori alla media nazionale, mentre la Sardegna ha un valore pari a circa l'8,1 per 1.000. Le Regioni in assoluto meno prolifiche sono Sardegna, Molise e Basilicata.

Dall'ultimo rapporto CeDAP 2008, si desume che l'1% dei nati ha un peso inferiore a 1500 g e il 6% tra 1.500 e 2.500 g. Nei test di valutazione della vitalità del neonato tramite indice di Apgar, il 99,3% dei nati ha riportato un punteggio a 5 minuti dalla nascita compreso tra 7 e 10.

Il tasso di mortalità infantile, che misura la mortalità nel primo anno di vita, ammonta nel 2008 a 3,34 bambini ogni 1.000 nati

vivi. Tale dato conferma la tendenza alla diminuzione registrata in Italia negli ultimi 15 anni, anche se persistono notevoli differenze territoriali.

La mortalità perinatale è strettamente correlata all'efficienza del sistema sanitario e può essere considerata un indicatore dello stato di salute delle strutture sanitarie in grado di erogare specifiche cure alla donna e al nascituro fin dai primi giorni di vita. Dalla fonte CeDAP sono desumibili anche le cause di natimortalità; va tuttavia sottolineato che solo il 18,9% delle schede riporta una causa di morte valida, mentre nei restanti casi la causa di morte è assente (53,3%), incompatibile con età/sexo (25,6%), o errata (2,2%). Anche per questo aspetto, le differenze tra Regioni sono molto ampie e la percentuale di schede con cause di morte valide varia dallo 0% in Valle d'Aosta e Molise (rispettivamente due e sei decessi) e dal 10,3% al 29,3% nelle otto Regioni con oltre 30.000 nati/anno.

Tra le cause di natimortalità riportate nel 2008 si evidenziano i problemi fetali e placentari che interferiscono con il trattamento della madre (22,8%), le condizioni morbose a insorgenza perinatale (15,8% ipossia intrauterina e asfissia alla nascita), il feto o neonato affetto da complicanze della placenta, del cordone ombelicale e delle membrane (6,4%).

La diminuzione della mortalità infantile è imputabile soprattutto alla diminuzione della mortalità postneonatale dovuta a fattori di tipo esogeno legati all'ambiente igienico, sociale ed economico in cui vivono la madre e il bambino.

Sono stati rilevati 1.543 nati morti, corrispondenti a un tasso di natimortalità pari a 2,79 nati morti ogni 1.000 nati, e 4.517 nati con malformazioni.

### Bibliografia essenziale

- Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2008. In corso di pubblicazione
- Istat. Annuario statistico italiano 2010
- Loghi M, Spinelli A, D'Errico A. Abortività spontanea. In: Rapporto Osservasalute 2010
- Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente

norme in materia di procreazione medicalmente assistita – anno 2009. 28 giugno 2011  
Relazione del Ministro della Salute sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78): dati preliminari 2009 - dati definitivi 2008. 6 agosto 2010

Reparto di Salute della Donna e dell'Età Evolutiva. CNESPS – Istituto Superiore di Sanità. Il percorso nascita: promozione e valutazione della qualità dei modelli operativi. [http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/PDF\\_Convegno\\_28-Apr-2010/Lauria\\_Principali%20Risultati\\_.pdf](http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/PDF_Convegno_28-Apr-2010/Lauria_Principali%20Risultati_.pdf). Ultima consultazione: settembre 2011

## 4.2. Salute infantile e dell'adolescente

### 4.2.1. Introduzione

La salute è un diritto umano fondamentale, determinato dall'ambiente fisico, economico, sociale, familiare ed educativo e dalla qualità dei servizi sanitari forniti.

L'impegno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in ambito materno-infantile mira non solo alla prevenzione e cura delle malattie, ma alla sinergia di tutela e cura dell'insieme bambino-famiglia, dalle fasi prenatali fino ai servizi destinati ai giovani durante l'età adolescenziale, seguendo lo sviluppo del bambino nelle varie fasi dell'età evolutiva. Secondo i dati elaborati dall'Istat, la percezione dello stato di salute si mantiene costante rispetto alla valutazione del biennio 2004-2006.

I dati dell'Indagine Multiscopo 2008 indicano che il 91,8% dei bambini e ragazzi della fascia di età 0-14 anni è in buona salute, il 9,6% presenta una o più malattie croniche, mentre solo l'1,6% soffre di due malattie o più croniche.

Le patologie presenti più frequentemente per la fascia di età 0-14 anni sono le malattie allergiche, maggiori nei maschi (8,3%) rispetto alle femmine (7,6), la bronchite cronica, inclusa l'asma bronchiale (2,2%), i disturbi nervosi, pari allo 0,6% nei maschi e allo 0,3 nelle femmine.

L'asma colpisce oggi il 10% della popolazione infantile, contro il 2,3% degli anni Settanta. Le malattie croniche che, paradossalmente, originano quasi per intero dagli straordinari successi scientifici della biomedicina rappresentano oggi la vera emergenza della pediatria; basti pensare, infatti, alla capacità dei neonatologi di far

sopravvivere, crescere e diventare adulti bambini che pesano alla nascita meno di 1 kg, o agli straordinari progressi della cardiologia e della cardiocirurgia, che consentono oggi di correggere cardiopatie congenite che fino a pochi anni orsono erano incompatibili con la vita. E lo stesso vale per un elevato numero di patologie, quali le malattie genetiche, le onco-emopatie, la fibrosi cistica, i deficit primitivi e secondari dell'immunità.

### 4.2.2. Esposizione e valutazione critica dei dati

**Mortalità infantile** (Tabelle 4.1 e 4.2).

I dati relativi alla mortalità infantile confermano l'apprezzabile riduzione delle più importanti cause di morte: condizioni morbose di origine perinatale, traumatismi e avvelenamenti, malformazioni congenite, tumori.

La riduzione della mortalità ha interessato maggiormente i bambini fino a un anno d'età, e in maniera significativa la classe d'età 1-4 anni; da sottolineare è invece l'aumento della mortalità nella fascia d'età 5-14 anni per entrambi i sessi.

Per i decessi nel primo anno di vita, si registra una riduzione sia nel valore assoluto, che passa da 2.432 casi nel 2001 a 2.134 nel 2003, quindi a 2.108 nel 2005 fino ad arrivare a 1.959 nel 2007, sia nel tasso di mortalità infantile, che passa da 4,6 per 1.000 nati vivi nel 2001 a 4,0 per 1.000 nel 2003, da 3,8 nel 2005 a 3,5 nel 2007. A livello territoriale i dati del 2007 evidenziano una probabilità di morte a zero anni (per 1.000),

Tabella 4.1. Mortalità infantile per età al decesso e sesso (quozienti per 1.000 nati vivi) [Anni 2001-2007]

Anni	A meno di 1 settimana			A meno di 1 mese			A meno di 1 anno		
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF
2001	2,7	2,2	2,5	3,7	3,1	3,4	4,9	4,2	4,6
2002	2,5	1,9	2,2	3,5	2,8	3,2	4,8	3,9	4,4
2003	2,1	1,9	2	3	2,7	2,9	4,1	3,8	4
2004	2,4	1,8	2,1	3,2	2,6	2,9	4,4	3,5	4
2005	2,1	1,8	2	3	2,5	2,8	4,1	3,5	3,8
2006	2	1,6	1,8	3	2,3	2,7	4,1	3,2	3,7
2007							3,7	3,3	3,5

F, femmine; M, maschi.

Fonte: Istat. Decessi: caratteristiche demografiche e sociali – Anno 2007.

maschile e femminile, più alta nel Mezzogiorno rispetto al Nord e al Centro.

Dall'analisi dei dati Istat 2006 sulla mortalità della fascia d'età 1-14 anni emerge un valore assoluto della mortalità maschile pari a 519, rispetto al dato femminile pari a 411, su 930 casi totali.

Il tasso di mortalità per la classe di età 1-14 anni diminuisce tra il 2003 e il 2006, sia per i maschi sia per le femmine, con valori che, rispettivamente, decrescono da 1,50 a 1,30 per i maschi e da 1,18 a 1,08 per le femmine.

La prima causa di morte della fascia di età 0-14 anni, secondo i dati Istat per l'anno 2007, è rappresentata, nello specifico, per maschi e femmine della classe di età 0-1 anno, da condizioni che hanno origine nel periodo perinatale con un tasso del 20,31 (nei maschi pari a 21,63, nelle femmine a 18,91), in diminuzione nel 2007 sul totale maschi/femmine (tassi standardizzati per 10.000), in aumento per le femmine, ma comunque ancora più alto nei maschi; seguono le malformazioni congenite, con un tasso pari a 8,28 (nei maschi 8,27, nelle femmine 8,29), in diminuzione rispetto agli anni precedenti.

Nella fascia di età 1-14 anni, la prima causa di morte è rappresentata dai tumori, con un tasso dello 0,39 (1-4 anni e 5-14 anni) nei maschi e dello 0,23 (1-4 anni) e dello 0,32 (5-14 anni) nelle femmine, in diminuzione nel 2007 sul totale maschi/femmine, valore più alto nei maschi; seguono le cause esterne

di traumatismo e avvelenamento, con un tasso di 0,37 (1-4 anni) e 0,41 (5-14 anni) nei maschi e 0,24 (1-4 anni) e 0,19 (5-14 anni) nelle femmine, in aumento rispetto al dato del 2006, e le malformazioni congenite e anomalie cromosomiche, con un tasso di 0,26 (1-4 anni) nei maschi e 0,31 nelle femmine, in diminuzione nel 2007.

In conclusione, traumi e lesioni rappresentano la seconda causa di mortalità tra 0 a 14 anni. Leucemie e tumori, dopo il primo anno di vita, rappresentano la prima causa di mortalità in tutte le fasce di età. Ogni anno, in Europa, tumori e leucemie colpiscono 140 bambini ogni milione di bambini di età 0-14 anni. Questo tasso di incidenza è peraltro andato aumentando negli ultimi anni, con un incremento annuo variabile dallo 0,8% al 2,1%. In Italia, il rapporto 2008 dell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM) sui Tumori Infantili ha confermato un trend di aumento dei tassi di incidenza di tutti i tumori pediatrici pari al 2% annuo: da 147 casi per milione di bambini l'anno nel periodo 1988-1992 a 176 tra il 1998 e il 2002. I tassi di incidenza italiani per tutti i tumori sono risultati complessivamente più alti di quelli medi europei degli anni Novanta (140 per milione di bambini per anno) e di quelli americani (158).

**Ricoveri pediatrici (Tabelle 4.3 e 4.4).**

I dati della SDO del 2009 indicano una riduzione dei ricoveri ordinari e in day-ho-

**Tabella 4.2. Mortalità per classi di età, grandi gruppi di causa e anno di decesso – Maschi e femmine (valori assoluti e quozienti specifici per 10.000 abitanti) [Anni 2003, 2006 e 2007]**

ICD-10	Cause di morte	Anno	Valori assoluti			Anno	Quozienti per 10.000 abitanti		
			0	1-4	5-14		0	1-4	5-14
A00-B99	Malattie infettive e parassitarie	2003	30	19	19	2003	0,56	0,09	0,03
		2006	31	21	18	2006	0,56	0,10	0,03
		2007	49	19	10	2007	0,88	0,09	0,02
C00-D48	Tumore	2003	11	68	187	2003	0,20	0,32	0,34
		2006	20	86	201	2006	0,36	0,39	0,36
		2007	18	70	195	2007	0,32	0,31	0,35
D50-D89	Mal. del sangue e degli organi ematop. e alc. dist. imm.	2003	7	4	10	2003	0,13	0,02	0,02
		2006	10	8	18	2006	0,18	0,04	0,03
		2007	18	2	15	2007	0,32	0,01	0,03
E00-E90	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	2003	24	29	30	2003	0,45	0,14	0,05
		2006	25	19	26	2006	0,45	0,09	0,05
		2007	26	23	23	2007	0,47	0,10	0,04
F00-F99	Disturbi psichici e comportamentali	2003	-	1	2	2003	-	-	-
		2006	-	1	2	2006	-	-	-
		2007	-	-	2	2007	-	-	-
G00-H95	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	2003	42	39	55	2003	0,78	0,18	0,10
		2006	41	35	53	2006	0,74	0,16	0,10
		2007	50	37	52	2007	0,90	0,17	0,09
I00-I99	Malattie del sistema circolatorio	2003	66	30	42	2003	1,23	0,14	0,08
		2006	40	21	32	2006	0,73	0,10	0,06
		2007	40	28	45	2007	0,72	0,13	0,08
J00-J99	Malattie del sistema respiratorio	2003	30	16	20	2003	0,56	0,08	0,04
		2006	29	9	13	2006	0,53	0,04	0,02
		2007	29	15	16	2007	0,52	0,07	0,03
K00-K93	Malattie dell'apparato digerente	2003	24	7	4	2003	0,45	0,03	0,01
		2006	31	11	8	2006	0,56	0,05	0,01
		2007	39	17	7	2007	0,70	0,08	0,01
L00-L99	Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	2003	-	-	-	2003	-	-	-
		2006	-	-	-	2006	-	-	-
		2007	-	-	-	2007	-	-	-
M00-M99	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	2003	1	2	2	2003	0,02	0,01	-
		2006	-	1	-	2006	-	-	-
		2007	-	1	3	2007	-	-	0,01
N00-N99	Malattie del sistema genitourinario	2003	8	2	2	2003	0,15	0,01	-
		2006	5	3	1	2006	0,09	0,01	-
		2007	5	1	2	2007	0,09	-	-
O00-O99	Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	2003	-	-	-	2003	-	-	-
		2006	-	-	-	2006	-	-	-
		2007	-	-	-	2007	-	-	-
P00-P96	Alcune condizioni che hanno origine nel periodo perinatale	2003	1.185	3	-	2003	22,07	0,01	-
		2006	1.139	4	3	2006	20,67	0,02	0,01
		2007	1.131	1	4	2007	20,31	-	0,01
Q00-Q99	Malformazioni congenite e anomalie cromosomiche	2003	613	83	63	2003	11,42	0,39	0,11
		2006	573	75	34	2006	10,40	0,34	0,06
		2007	461	64	42	2007	8,28	0,29	0,08
R00-R99	Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	2003	52	18	18	2003	0,97	0,08	0,03
		2006	59	15	19	2006	1,07	0,07	0,03
		2007	64	14	17	2007	1,15	0,06	0,03
V01-Y89	Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	2003	41	68	188	2003	0,76	0,32	0,34
		2006	28	68	123	2006	0,51	0,31	0,22
		2007	29	69	170	2007	0,52	0,31	0,31
<b>A00-Y89</b>	<b>Totale</b>	<b>2003</b>	<b>2.134</b>	<b>389</b>	<b>642</b>	<b>2003</b>	<b>39,75</b>	<b>1,83</b>	<b>1,17</b>
		<b>2006</b>	<b>2.031</b>	<b>377</b>	<b>551</b>	<b>2006</b>	<b>36,86</b>	<b>1,71</b>	<b>0,99</b>
		<b>2007</b>	<b>1.959</b>	<b>361</b>	<b>603</b>	<b>2007</b>	<b>35,18</b>	<b>1,62</b>	<b>1,09</b>

Fonte: Istat. Cause di morte – Anno 2007.

Tabella 4.3. Tassi di ospedalizzazione per fasce di età (per 1.000 abitanti). Ricovero per acuti in Regime ordinario (Anno 2009)

Regione di ricovero	0 anni	Da 1 a 4 anni	Da 5 a 9 anni	Da 10 a 14 anni	Da 15 a 18 anni	Totale
Piemonte	485	58,5	36,3	35,2	44,4	67,1
Valle d'Aosta	280,3	41,2	36	40,3	48,5	55
Lombardia	573,4	79,9	46	47,3	56,6	86,2
PA di Bolzano	401,2	75,4	46,5	49,2	65,9	75,2
PA di Trento	312,1	37,8	24,2	25,9	33,1	44,7
Veneto	322,4	51	28,7	30	38,3	52,2
Friuli Venezia Giulia	327,1	43,1	27,8	30,1	38,4	50,2
Liguria	563,8	108,8	62,4	58,4	58,8	96,8
Emilia Romagna	426,4	71,9	46,1	47,9	59,4	77,4
Toscana	386,6	64,1	42,2	39,2	50,2	67,5
Umbria	467,5	83,6	43,6	39,8	55,2	77,8
Marche	382,7	77,2	44,4	35,4	43,6	67,4
Lazio	496,7	99,3	55,4	46,5	54,6	87,2
Abruzzo	549,9	103,1	49,8	46,2	52,9	85,7
Molise	507	72,7	42,8	42,9	58,1	73
Campania	425,6	89,3	47,5	45,3	59,1	75,6
Puglia	577,9	123,2	59,6	51,9	59,8	93,9
Basilicata	427,6	65,5	36,6	31,3	32,2	57
Calabria	435,9	82,9	45,8	37,3	44,1	68,2
Sicilia	473,5	122,2	60,1	46,8	50,6	86
Sardegna	450,7	95,6	47,7	40,2	50,4	75,4
<b>Italia</b>	<b>468,1</b>	<b>84,3</b>	<b>46,8</b>	<b>43,3</b>	<b>52,3</b>	<b>77,2</b>

Fonte: Ministero della Salute. Rapporto sulle attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2009.

spital. I tassi di ospedalizzazione (TO) per fasce di età, rispetto ai dati 2006-2008, confermano la tendenza, a livello nazionale e, quasi egualmente distribuita, a livello regionale, alla riduzione del ricovero ordinario per acuti (oltre 10 ricoveri per 1.000 in meno rispetto al 2006). Sono però da segnalare TO ancora significativamente superiori al valore medio nazionale per le seguenti Regioni: Abruzzo, Lazio, Sicilia, Liguria, Puglia e Lombardia. Se si analizzano i dati per fascia di età si riscontra come il TO, nella fascia di età 0-1 anno, sia pari a 468,1 per 1.000 abitanti a livello nazionale (nel 2006 il TO era pari a 518,7); tale dato diminuisce a 84,3 nella fascia di età 1-4 anni, per poi diminuire ulteriormente nelle fasce di età 5-9 anni e 10-14 anni (il TO è, rispettivamente, del 46,8 e del 43,3), risale leggermente nella fascia di età 15-18 anni,

attestandosi su valori pari a 52,3 ricoveri per 1.000 abitanti. Andamento sovrapponibile a quello dei ricoveri ordinari si è registrato per i ricoveri diurni (oltre 7 per 1.000 in meno). Anche per questa modalità di ricovero la contrazione del TO riguarda ogni fascia di età e tutte le Regioni, anche se deve essere sottolineato il disallineamento fatto registrare dalla Liguria e dal Lazio.

La distribuzione per MDC (*Major Diagnostic Category*) dei ricoveri per acuti in regime ordinario è rappresentata nella Tabella 4.4, che riporta il numero dei dimessi per fascia di età. Analogamente a quanto verificato negli anni precedenti, la frequenza maggiore di dimissioni è attribuita alle malattie e disturbi del periodo neonatale (18,7%), seguono le malattie e disturbi dell'apparato digerente (12,0%) e dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola (11,6%), malattie e

**Tabella 4.4. Distribuzione degli MDC (versione 24) per fascia d'età – Ricoveri per acuti in Regime ordinario (Anno 2009)**

MDC (versione 24)	0 anni	Da 1 a 4 anni	Da 5 a 9 anni	Da 10 a 14 anni	Totale
01 - Malattie e disturbi del sistema nervoso	7.287	21.715	11.383	11.078	51.463
02 - Malattie e disturbi dell'occhio	1.026	2.819	2.604	1.669	8.118
03 - Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	11.870	33.491	25.229	11.428	82.018
04 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	27.492	30.703	11.502	5.369	75.066
05 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	7.757	3.162	3.493	4.542	18.954
06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente	14.760	24.512	22.206	23.687	85.165
07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	525	707	791	1.120	3.143
08 - Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	4.015	8.089	13.674	25.498	51.276
09 - Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	2.890	5.442	3.976	4.560	16.868
10 - Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	5.302	13.988	7.520	5.317	32.127
11 - Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	7.557	5.482	4.216	3.211	20.466
12 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	1.633	7.040	5.111	4.869	18.653
13 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	242	165	255	1.351	2.013
14 - Gravidanza, parto e puerperio	46	3	7	215	271
15 - Malattie e disturbi del periodo neonatale	132.260	201	78	31	132.570
16 - Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	1.790	4.963	3.539	2.092	12.384
17 - Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	352	3.268	2.443	2.428	8.491
18 - Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	7.840	11.065	4.796	3.494	27.195
19 - Malattie e disturbi mentali	991	2.511	2.374	3.027	8.903
20 - Abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	10	19	9	154	192
21 - Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	1.204	4.593	2.372	2.333	10.502
22 - Ustioni	151	757	202	136	1.246
23 - Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	24.480	2.667	1.630	1.504	30.281
24 - Traumatismi multipli rilevanti	4	56	79	185	324
25 - Infezioni da HIV	6	23	17	42	88
Altri DRG	5.125	3.442	1.653	1.108	11.328
Pre MDC	159	231	177	248	815
<b>Totale</b>	<b>266.774</b>	<b>191.114</b>	<b>131.336</b>	<b>120.696</b>	<b>709.920</b>

Fonte: Ministero della Salute. Rapporto sulle attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2009.

disturbi dell'apparato respiratorio (10,6%), malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo (7,2%) e malattie del sistema nervoso (7,2 %).

A testimonianza di una crescente attenzione per l'appropriatezza dei ricoveri, il DRG "184 - Esofagite, gastroenterite e misc. mal.

app. dig. età < 18 anni senza CC" (ad alto rischio di inappropriately se erogato in modalità di regime ordinario ai sensi del DPCM 29/11/2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza - LEA) passa dalla I posizione degli anni 2006-2007 alla II posizione.

### 4.2.3. Indicazioni per la programmazione

La promozione attiva della salute, dello sviluppo e dell'assistenza destinate all'infanzia e all'adolescenza trova particolare attenzione nei PSN e nel Progetto Obiettivo materno-infantile (DM 24 aprile 2000 pubblicato sulla GU n. 131 del 7 giugno 2000 s.o.).

Pertanto, per garantire unità, efficienza e coerenza negli interventi dell'area materno-infantile, anche di tipo territoriale, viste le differenze che ancora permangono nelle diverse aree del Paese e l'afferenza in essa di molteplici discipline tra loro omogenee, affini e complementari, si prevede l'organizzazione di tutti gli interventi utili alla realizzazione di un sistema integrato di servizi alla persona, precisata in più azioni, quali: la razionalizzazione/riduzione progressiva dei reparti di pediatria, che risultano ancora essere in eccesso rispetto alle esigenze, con organizzazione a rete tipo Hub & Spoke, con ridefinizione del loro numero e della loro tipologia a seconda del livello di funzione assegnato; la riconversione in UO a ciclo diurno con day-hospital delle UO non rispondenti ai requisiti minimi; una migliore realizzazione/implementazione dei pronto soccorso pediatrici; la riduzione dei ricoveri impropri mediante l'applicazione di protocolli mirati anche attraverso l'implementazione del day-hospital e protocolli condivisi con il pediatra di libera scelta (PLS); la razionalizzazione dei ricoveri ordinari pediatrici per patologie croniche e invalidanti anche favorendo l'accesso in day-hospital e day-service; la definizione di appropriati percorsi diagnostici-terapeutici-riabilitativi per le patologie croniche, congenite, ereditarie e le malattie rare, mediante una migliore organizzazione dei Centri di riferimento a valenza regionale o inter-regionale in grado di fornire assistenza multidisciplinare specialistica integrata, e la realizzazione di reti assistenziali; la riduzione, quanto più possibile, della degenza, potenziando percorsi diagnostici e/o terapeutici che riducano al minimo la permanenza in ospedale del minore e attraverso protocolli condivisi con l'attività assistenziale distret-

tuale e con la pediatria di libera scelta; favorire le dimissioni protette allo scopo di promuovere una maggiore integrazione tra ospedale e territorio, individuando quindi strumenti di collegamento e comunicazione tra le diverse strutture ospedaliere e territoriali, tramite la presa in carico e la continuità assistenziale, con lo scopo di costruire una Rete Integrata di Servizi, organizzata su base aziendale, intesa come modalità di risposta ai fabbisogni della popolazione.

I punti strategici per la riuscita sono molteplici, rappresentati pertanto dagli ospedali pediatrici, dal dipartimento materno-infantile aziendale o del territorio, dal distretto, dal consultorio familiare e dalla pediatria di libera scelta integrata funzionalmente con le attività delle suddette strutture, dal potenziamento dell'associazionismo e della pediatria di gruppo, al fine di garantire una maggiore accessibilità diurna e migliorare l'aderenza ai percorsi diagnostico-terapeutici più appropriati.

Inoltre, in merito al modello per l'assistenza all'adolescente, nell'area delle cure primarie, si dovrebbe prevedere che il PLS o il medico di medicina generale (MMG), a cui sono affidati gli adolescenti, sia formato sui problemi di questa particolare fascia di età, conosca i percorsi e le iniziative che possono essere messe in atto a livello sia individuale sia collettivo e identifichi servizi in grado di affrontare i disagi psico-socio-comportamentali più importanti, i problemi mentali e le patologie neuropsichiatriche degli adolescenti.

Punto privilegiato di raccordo con l'assistenza sociale è il consultorio familiare, una volta "riqualificato" anche sotto l'aspetto della numerosità delle sedi e della completezza degli organici (valutati sulla base dei carichi di lavoro) e sulla base di protocolli condivisi con il Ministero dell'Istruzione che permettano al personale del Consultorio di avviare sinergie con il mondo della scuola (protocolli del resto già operativi sotto alcuni aspetti con il programma "Guadagnare salute"), può e deve farsi carico delle problematiche adolescenziali afferenti.

Infine, un grande impegno è posto nella prevenzione primaria in fase preconcezionale.

A sostegno di ciò, sono in corso i progetti “Prevenzione primaria di difetti congeniti mediante acido folico”, affidato all’ISS, e “Prevenzione primaria preconcezionale”, affidato all’ICBD (*International Centre On Birth Defects*). Entrambi in avanzata fase di realizzazione hanno sviluppato attività di formazione degli operatori, sia mediante formazione diretta sia online, predisposto materiali per campagne di comunicazione e informazione, dirette alla popolazione in età riproduttiva e agli operatori sanitari. Scopo generale è dunque la riduzione dei difetti congeniti attraverso un aumentato apporto di folati nel periodo periconcezionale, nonché quello di favorire stili di vita salutari e un’attenzione a iniziare una gravidanza nelle migliori condizioni di salute possibili.

È stato attivato un sito web dedicato [www.pensiamociprima.net](http://www.pensiamociprima.net) e un’attività simile è presente anche nell’area tematica del Centro Nazionale per le Malattie Rare dell’ISS.

### Bibliografia essenziale

- Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM). I tumori in Italia – rapporto 2008. I tumori infantili: incidenza, sopravvivenza, andamenti temporali. Epidemiologia e Prevenzione. Anno 2008
- Istat. Cause di morte, anno 2007. Gennaio 2010
- Istat. Decessi: caratteristiche demografiche e sociali, anno 2007. Marzo 2010
- Istat. La vita quotidiana nel 2008. Indagine multi-scopo annuale sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2008. Collana informazioni, edizioni 2009, 19 marzo 2010
- Ministero della Salute. Rapporto sull’attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2009

## 4.3. Salute della popolazione anziana

### 4.3.1. Introduzione e quadro demografico

I dati demografici confermano il costante incremento della vita media della popolazione italiana e il suo progressivo invecchiamento, sottolineando così la centralità di strategie e politiche dimensionate sull’anziano e mirate alla promozione di un invecchiamento in buona salute.

Tutto il secolo trascorso è stato caratterizzato da un andamento che ha portato, nel 2009, la speranza di vita alla nascita a 78,8 anni per gli uomini e a 84,1 anni per le donne. L’Italia, insieme a Svizzera, Svezia e Islanda per gli uomini e alla Francia per le donne, è il Paese con la più elevata vita media in Europa (Ue-27), la cui speranza di vita alla nascita nel 2008 (ultimo anno per cui sono disponibili i dati EUROSTAT) si attesta, rispettivamente, a 76,4 e 82,4 anni per uomini e donne.

La struttura della popolazione, rappresentata dalla piramide dell’età, è una fotografia della situazione corrente e allo stesso tempo permette di stimare l’evoluzione della popolazione nel tempo. A questo riguar-

do, la piramide della popolazione residente in Italia all’1 gennaio 2009 è caratterizzata, rispetto all’inizio del 20° secolo, da un consistente restringimento alla base (la quota dei giovani rispetto alla popolazione nella sua totalità è esigua) e da uno slargamento dell’apice, per il consistente peso assoluto e relativo della popolazione adulta e anziana (*Figura 4.2*).

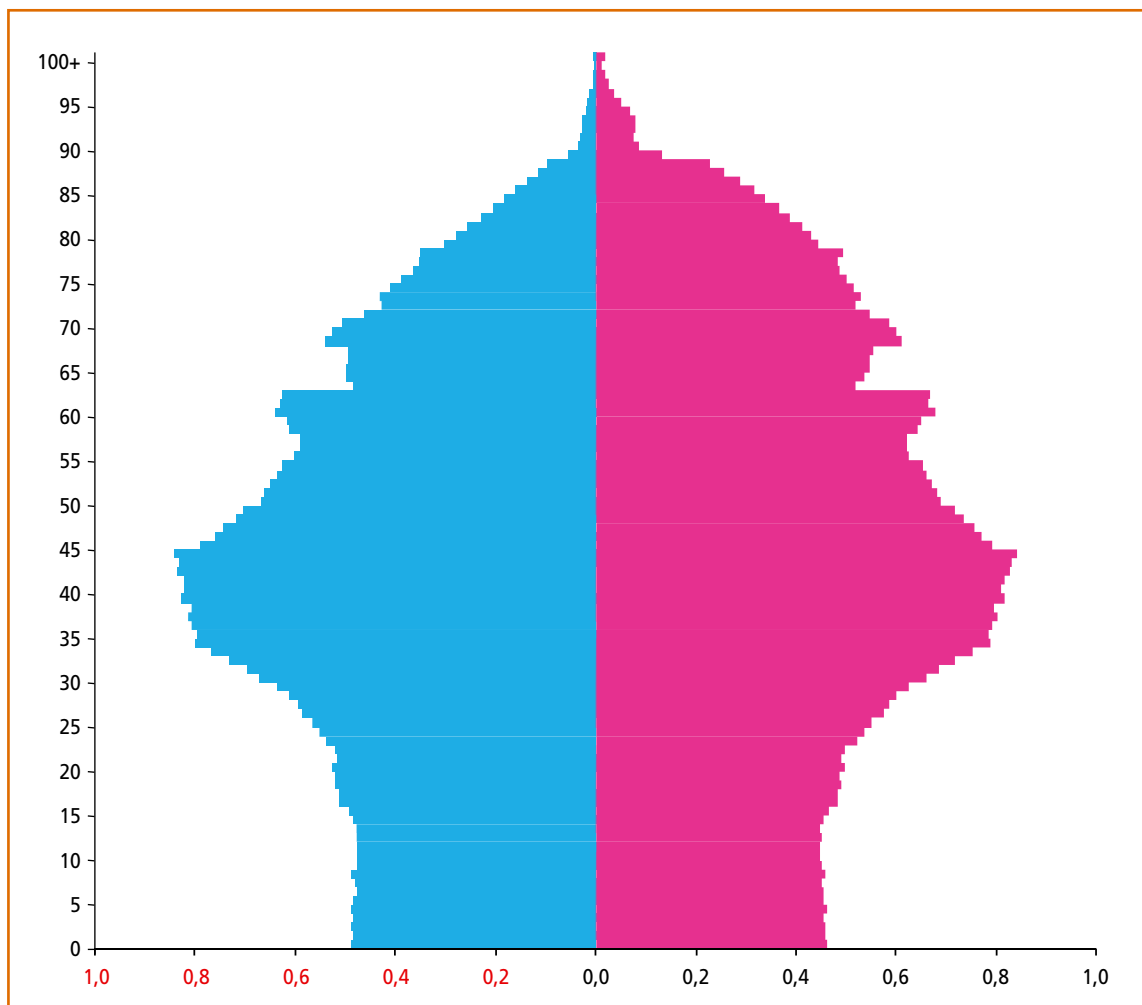
In proiezione, se il fenomeno di crescita della popolazione non si arresterà, la futura struttura per età sarà caratterizzata da una base sempre più stretta e un apice sempre più largo, per lo slittamento in alto delle coorti numerose che attualmente si trovano nelle classi di età centrali.

In Italia, all’1 gennaio 2009 sono circa 12 milioni i residenti di età superiore a 65 anni, di cui circa 3,4 milioni con più di 80 anni. Le prevalenze degli ultrasessantacinquenni sono incrementate nel tempo, passando dal 6,2% nel 1901 al 20,1% nel 2009. Consistente è l’aumento degli ultraottantenni, passati dallo 0,7% nel 1901 al 5,6% nel 2009, e si stima che saliranno al 9% nel 2030.

Analizzando la struttura della popolazione



Figura 4.2. Distribuzione per età e per sesso della popolazione italiana all'1 gennaio 2009.



Fonte: Istat 2009.

per genere si nota come, all'avanzare dell'età, questa risulti particolarmente sbilanciata a favore delle donne, che sopravvivono più a lungo degli uomini. Nel 2009, infatti, tra gli ultrasessantacinquenni e gli ultraottantenni si registra una superiorità numerica delle donne, con rapporti pari a 58% nell'età > 65 anni e a 66% nell'età > 80 anni.

L'analisi della struttura di popolazione per Regione evidenzia, in Italia, un'eterogeneità nel quadro generale di invecchiamento. In particolare, la Liguria mantiene la caratteristica di Regione più anziana, mentre all'estremo opposto si trova la Campania, dove il processo di invecchiamento è in una fase meno avanzata.

Un interessante indicatore della struttura della popolazione per età è l'“Indice di vec-

chiaia”, e cioè il rapporto tra la popolazione ultrasessantacinquenne e quella di età < 15 anni. Utilizzando questo indice, si evidenzia che nel 2009 vi sono 143 anziani ogni 100 giovani, mentre nel 1901 erano solo 18.

L'“Indice di dipendenza” degli anziani, altro indicatore della struttura di popolazione per età, è dato dal rapporto tra la popolazione ultrasessantacinquenne e quella di età compresa tra 15 e 64 anni. Nel 2009 tale indice mostra che vi sono circa 31 ultrasessantacinquenni per ogni 100 persone in età lavorativa, ed è pari a 30,6% triplicando il valore rispetto al 10,4% del 1901.

Infine, l'“Indice di ricambio della popolazione”, rapporto tra la popolazione di 15-19 anni e quella di 60-64 anni, risulta nel 2009 pari all'83,5%. Questo valore indica che per

ogni 100 persone che usciranno dal mercato del lavoro ve ne saranno 84 di età 15-19 che vi entreranno, meno di un terzo rispetto alle 263 del 1901.

#### 4.3.2. Rappresentazione e valutazione dei dati

Con il peso crescente che l'invecchiamento ha nella nostra società, diventa sempre più importante valutare lo stato di salute della popolazione anziana e individuare quali siano le specificità su cui orientare interventi mirati alla promozione dell'invecchiamento in buona salute, alla prevenzione delle patologie più invalidanti e, infine, alla cura e riabilitazione basate su criteri di appropriatezza, efficacia e qualità.

La periodica indagine multiscopo condotta dall'Istat e denominata "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari" ci offre uno spaccato della percezione della salute e della diffusione delle malattie croniche tra gli anziani basato sulle dichiarazioni rese dagli intervistati secondo metodologie campionarie. L'aggiornamento dei dati al 2010 consente di verificare che le malattie più diffuse ne-

gli ultrasessantacinquenni si confermano l'artrosi e l'artrite, seguite dall'ipertensione arteriosa e, per il solo sesso femminile, l'osteoporosi. Il peso percentuale cresce al crescere dell'età ed è sensibilmente superiore ai corrispondenti valori per la popolazione generale (*Tabella 4.5*).

La medesima indagine fornisce informazioni sulla percezione che l'anziano ha del proprio stato di salute complessivo, dato importante in quanto una percezione negativa del proprio stato di salute si correla a un rischio aumentato di declino complessivo delle funzioni fisiche, indipendentemente dalla severità delle patologie presenti. Mediamente circa il 70% degli ultrasessantacinquenni dichiara di essere in buona salute, dati che mostrano un trend positivo della percezione rispetto ai dati del 2005, quando solo poco più del 50% faceva affermazioni analoghe.

Queste positive evoluzioni nella percezione della qualità della salute si possono in parte inscrivere in un generale diverso approccio all'invecchiamento, che è andato sempre più affermandosi negli ultimi anni.

Già dieci anni fa, infatti, l'OMS considerava "l'invecchiamento della popolazione co-

**Tabella 4.5. Persone di 65 anni e più secondo il sesso, lo stato di salute dichiarato e la malattia cronica dichiarata (Anno 2010)**

	65-74 anni		≥ 75 anni		Tutta la popolazione	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Stato di buona salute*	44,6	34,0	27,6	18,6	75,0	66,5
Con una malattia cronica o più	71,4	79,2	83,0	89,1	34,8	42,1
Con due malattie croniche o più	42,2	56,2	60,6	73,5	15,9	24,1
Cronici in buona salute	33,8	26,6	21,2	15,5	47,6	37,5
Diabete	12,6	13,1	19,2	20,2	4,5	5,2
Iipertensione	42,1	45,7	48,8	54,5	14,7	17,3
Bronchite cronica, asma bronchiale	11,5	11,3	23,8	18,0	6,0	6,2
Artrosi, artrite	33,3	52,2	49,6	67,9	12,1	22,1
Osteoporosi	4,5	31,9	10,8	45,3	1,7	12,0
Malattie del cuore	13,3	7,7	18,1	14,5	4,0	3,4
Malattie allergiche	6,1	10,4	5,6	9,3	8,7	10,8
Disturbi nervosi	5,0	9,3	9,6	13,9	3,0	5,4
Ulcera gastrica e duodenale	6,0	5,7	8,1	6,1	2,8	2,8

\* Indicano le modalità "molto bene o bene" alla domanda "Come va in generale la sua salute?".

Fonte: Istat. Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana".

me uno dei più grandi trionfi dell'umanità, ma anche una delle nostre maggiori sfide". Benché la qualità dell'invecchiamento dipenda dalle scelte di vita e di salute effettuate sin dall'infanzia e ben prima dei 65 anni, la letteratura scientifica mette oggi a disposizione crescenti evidenze sulle numerose opportunità che gli individui, le famiglie, la società e il sistema sociosanitario possono cogliere per promuovere l'invecchiamento attivo delle persone ultrasessantaquattrenni. L'invecchiamento attivo fa riferimento alla dimensione bio-psico-sociale dell'ultrasessantaquattrenne e si può definire come "il processo per cui si ottimizzano le opportunità di salute, partecipazione e sicurezza al fine di migliorare la qualità di vita", con obiettivo il mantenimento dell'indipendenza e di una vita esente, per quanto possibile, da fragilità, dalle molte patologie cronico-degenerative e dalla disabilità.

Questo principio, potendosi applicare al singolo come alla comunità, permette di disegnare, attraverso la scelta di opportuni indicatori, le condizioni e l'invecchiamento di ogni singola persona, ma anche la condizione complessiva delle persone dello stesso gruppo di età di una particolare Regione o dell'intero Paese.

Molti Paesi si sono ispirati all'OMS e alla sua citata strategia per raggruppare, nelle tre aree della salute, della partecipazione e della sicurezza, definite "pilastri", gli indicatori utili per realizzare un monitoraggio

snello e informativo della qualità dell'invecchiamento, al fine di dare indicazioni sintetiche al cittadino, all'operatore sanitario o sociale, al decisore delle strategie politiche, sulla misura in cui una certa realtà territoriale è in grado di promuovere l'invecchiamento attivo della sua popolazione (Tabella 4.6).

In Italia, il Progetto "PASSI d'Argento", affidato dal Ministero della Salute/CCM alla Regione Umbria e all'ISS (CNESPS), ha promosso la raccolta e l'utilizzazione proprio di tali indicatori.

L'indagine ha interessato circa 10.000 ultrasessantaquattrenni in 18 Regioni nelle 2 sperimentazioni del 2009 e del 2010. Benché non si possano definire rappresentativi dell'intera realtà italiana (non tutte le Regioni hanno partecipato e, in alcune Regioni, solo alcune ASL), i risultati di questa sperimentazione costituiscono un primo tentativo, di respiro nazionale e centrato sulle Regioni, di strutturare una sorveglianza delle condizioni di invecchiamento attivo della popolazione, capace di fornire informazioni tempestive e facilmente utilizzabili sulle condizioni di salute e sulle "risposte" dei servizi.

Seguendo le indicazioni del documento di strategia dell'OMS, all'interno del primo pilastro dell'invecchiamento attivo, la salute, si sono analizzati alcuni indicatori di determinanti di salute (es. quelli comportamentali), alcuni sintomi di malattia (es. la

Tabella 4.6. L'invecchiamento attivo e i suoi pilastri

<b>Salute</b>	Prevenire e ridurre l'eccesso di disabilità, malattie croniche e mortalità prematura
	Ridurre i fattori di rischio associati alle malattie principali e aumentare i fattori protettivi la salute
	Sviluppare in continuo i servizi sociosanitari accessibili e fruibili per le persone che invecchiano
	Formare ed educare i <i>caregivers</i>
<b>Partecipazione</b>	Creare opportunità di formazione e apprendimento durante tutta la vita
	Rendere possibile la partecipazione ad attività economiche e di volontariato assecondando preferenze e capacità delle persone
	Incoraggiare e rendere possibile la partecipazione ad attività sociali e comunitarie
<b>Sicurezza</b>	Assicurare la protezione, la sicurezza e la dignità delle persone che invecchiano, affrontando i problemi sociali ed economici
	Ridurre le disuguaglianze in fatto di sicurezza e di bisogni delle donne che invecchiano

Fonte: OMS 2002.

depressione), ma anche semplici condizioni come l'abilità nella ADL (*activities of daily living*) o IADL (*instrumental activities of daily living*) [Tabella 4.7].

In merito ai fattori di rischio comportamentali, per il fumo e per l'alcool si rileva una generale diminuzione con l'avanzare dell'età, con differenze fra uomini e donne che rimangono importanti per il fumo (in media 7 punti percentuali di differenza) o molto importanti per il consumo di alcool a rischio (25-30 punti percentuali di differenza). Per il basso consumo di frutta e verdura o per l'attività fisica limitata, pur non evidenziandosi significative differenze di genere, si nota un complessivo peggioramento con l'avanzare dell'età.

Relativamente ai fattori fisici e sensoriali studiati (masticazione, udito e vista), non si sono rilevate differenze importanti di genere, piuttosto un peggioramento con l'età, dove nel gruppo degli ultrasessantacinquenni in media 1 persona su 4 mostra una o più limitazioni. In particolare, si considera

che la cattiva masticazione in questa fascia di età rappresenti un fattore di rischio di disabilità importante per le sue implicazioni nella corretta nutrizione e nel mantenimento di un peso corporeo e di una massa muscolare adeguata.

Con l'avanzare dell'età crescono anche altri 2 importanti problemi per la salute e la qualità di vita degli ultrasessantatrenni. La depressione e la frequenza delle cadute, entrambe considerate, assieme all'incontinenza e ai disturbi cognitivi, come condizioni "disastrose", sono più frequenti nelle donne e aumentano di frequenza con l'età.

In particolare, è ragione di preoccupazione il fatto che il 15% delle donne ultrasessantacinquenni sia caduto nell'ultimo mese. Si tratta di un ulteriore elemento a conferma della validità della raccomandazione dell'OMS per una particolare attenzione alle donne di questa fascia di età, spesso oggetto di diseguaglianze.

Dal punto di vista delle ADL e IADL si rileva, come prevedibile, un aumento delle li-

Tabella 4.7. Salute (pilastro 1): fattori associati all'invecchiamento attivo, per gruppi di età e sesso

	65-74 anni		75 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Fattori di rischio comportamentali				
Fumatori	16,0	9,7	10,2	3,4
Consumatori di alcool a rischio*	39,5	8,5	29,1	5,8
Insufficiente consumo di frutta e verdura <sup>o</sup>	50,8	49,5	58,1	59,7
Attività fisica limitata <sup>^</sup>	18,5	14,9	30,4	33,3
Fattori fisici e sensoriali				
Cattiva masticazione	9,9	10,7	18,9	21,8
Udito insufficiente	8,9	5,7	21,1	17,9
Vista insufficiente	10	17	23,8	29,6
Percezione di sintomi di depressione	16,5	26,5	28,5	40,5
Cadute negli ultimi 30 giorni	5,9	9,9	11	14,9
Non effettuazione vaccinazione antinfluenzale	39,3	42,6	20,4	25
Inabilità per 1 o più IADL	29,4	29,8	59	69,2
Disabilità per 1 o più ADL	5,7	7	19,2	24,4

\* Più di una unità alcolica/die.

<sup>o</sup> Meno di 3-4 porzionidie.

<sup>^</sup> Il cutoff statistico utilizzato è il 25° percentile della distribuzione dello studio.

ADL, activities of daily living; IADL, instrumental activities of daily living.

Fonte: PASSI d'Argento, ISS – 2010.

mitazioni con l'avanzare dell'età, lievemente maggiore per il genere femminile, nel quale la disabilità (misurata con l'indice di Katz) si avvicina al 25%.

Il secondo pilastro che l'OMS indica come necessario per sostenere un invecchiamento attivo riguarda la partecipazione dell'ultrasessantatreenne a tutte le forme di espressione sociale, in famiglia come in comunità. La *Tabella 4.8* riassume alcuni indicatori che misurano, anche se non in maniera esaustiva e sempre condivisa, una condizione in cui l'ultrasessantatreenne e il suo ambiente familiare e sociale interagiscono fattivamente rendendolo "risorsa". L'indagine dimostra che, senza differenze di genere apprezzabili, 1 ultrasessantatreenne su 2 è una "risorsa". Tale proporzione si dimezza (1 su 4) per gli ultrasessantatreenni, ma costituisce in ogni caso un fattore caratterizzante la nostra cultura e il nostro sistema sociale, essenziale per supportare attività importanti all'interno della famiglia, come per esempio la cura dei nipoti.

Fra le altre attività, prestare volontariato in collettività coinvolge in percentuali simili donne e uomini (circa 15% nel primo gruppo di anziani e 5% nel secondo gruppo), ma in percentuali che possono essere migliorate con azioni promosse prevalentemente da amministratori locali e organizzazioni della società civile.

Infine, la partecipazione a iniziative cultu-

rali o di formazione rimane molto bassa a prescindere dal genere e dalla fascia d'età. Il terzo e ultimo pilastro dell'azione per un invecchiamento attivo riguarda la sicurezza. La *Tabella 4.9* riassume alcuni indicatori che possono fornire un'idea incompleta ma stimolante delle condizioni di sicurezza in cui versano gli ultrasessantatreenni. La sicurezza è spiegata da variabili molto diverse fra loro. La conoscenza delle misure necessarie a proteggersi dalle ondate di calore e la consapevolezza della necessità della vaccinazione antinfluenzale annuale esprimono una forma di *empowerment*: senza importanti differenze di genere e con lievi differenze nelle due fasce d'età, poco più di 1 persona su 3 ha le competenze per difendersi dal calore, mentre 8-9 su 10 sono consapevoli dell'importanza della vaccinazione.

La sicurezza può declinarsi anche in termini di assunzione di farmaci corretta (nello studio gli ultrasessantatreenni che ne fanno uso sono l'88% e oltre il 40% ne prende più di 4 al giorno), ma per questo aspetto, senza differenze di età o genere, 1 persona su 2 probabilmente non è sufficientemente accompagnata o supervisionata da parte degli operatori sanitari.

Infine, la sicurezza passa anche per il possesso dell'abitazione e certamente è espressa dalla percezione che le persone hanno della facilità di arrivare con le proprie risorse economiche alla fine del mese. I dati ci dico-

**Tabella 4.8. Partecipazione (pilastro 2): fattori associati all'invecchiamento attivo, per gruppi di età e sesso**

	65-74 anni		75 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Essere risorsa per famiglia e collettività (complessivamente)*	41,9	52,4	25,9	24,2
Risorsa per famiglia	34,8	45,3	21,6	20,6
Risorsa per anziani della famiglia	15,8	21,6	11,5	10
Risorsa per anziani amici	8	9,5	4,2	3,1
Attività di volontariato in collettività	14	14,5	7,2	5,4
Partecipazione ad attività sociali	35,8	26,8	28,3	17,1
Partecipazione a corsi di cultura o di formazione	5,3	3,9	2,3	1,7

\* Persona ultrasessantatreenne che accudisce frequentemente nipoti con meno di 14 anni o altri familiari o presta assistenza ad altri anziani o fa attività di volontariato.

Fonte: PASSI d'Argento, ISS – 2010.

**Tabella 4.9. Sicurezza (pilastro 3): fattori associati all'invecchiamento attivo, per gruppi di età e sesso**

	65-74 anni		75 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Conoscenza delle misure circa le ondate di calore	34,4	38,3	40,9	41,5
Consiglio a vaccinarsi per influenza	81,9	82,6	89,5	89,3
Controllo medico dell'uso di farmaci*	41,6	40,9	46,4	45,4
Come si arriva economicamente a fine mese				
Molto facilmente	7,6	4,9	4,6	3,6
Abbastanza facilmente	38,6	33,7	34	33,4
Con qualche difficoltà	39,3	44,1	45	43,6
Con molte difficoltà	14,5	17,3	16,5	19,4
Proprietà della casa (propria o del coniuge)	81,9	80,3	78,4	67,1

\* Limitatamente a coloro che ne assumono.

Fonte: PASSI d'Argento, ISS – 2010.

no che 8 ultrasessantaquattrenni su 10 possiedono la casa in cui abitano, senza differenze di genere, mentre fra gli ultrasessantaquattrenni questa percentuale si riduce e in maniera più evidente per le donne (78,4% per gli uomini *vs* 67,1% per le donne).

Più grave è la situazione che si riscontra circa la percezione di arrivare a fine mese con le risorse economiche a disposizione: complessivamente si realizza con qualche/molte difficoltà per il 54% degli ultrasessantaquattrenni, senza evidenti differenze per gruppi di età e per genere.

Nella sperimentazione di PASSI d'Argento è inclusa anche la dimensione della percezione del proprio stato di salute rilevata con il metodo dei "giorni in salute" (*Healthy Days*), a cui si aggiunge una domanda sullo stato di salute rispetto all'anno precedente, informazione rilevante in particolare nelle persone di età avanzata. È interessante notare che i risultati di questa rilevazione confermano i dati Istat citati in precedenza, con una proporzione di 4 anziani su 5 che ha una percezione sostanzialmente positiva, fra discreta e buona. L'indagine raccoglie, infine, l'informazione sulla natura delle cause, fisica o psichica, di cattiva salute. In ogni caso queste cause provocano, oltre alla percezione negativa del proprio stato di salute, anche una limitazione delle attività che le persone considerano normali.

#### 4.3.3. Indicazioni per la programmazione

Condividendo pienamente l'approccio dell'OMS che considera l'invecchiamento della popolazione un importante successo che, allo stesso tempo, apre una grande sfida, e basandosi su quanto la ricerca, internazionale e italiana, ha evidenziato negli ultimi anni, si possono individuare alcune delle priorità sulle quali focalizzare gli sforzi di programmazione per promuovere ad ampio spettro la salute dell'anziano.

In particolare, è opportuno che si preveda:

- la promozione di interventi capaci di agire sugli stili di vita e su tutti i fattori di rischio modificabili che concorrono allo sviluppo di patologie e alla perdita di autonomia, mirandoli per le diverse fasce d'età;
- l'implementazione di politiche volte a sostenere l'invecchiamento "attivo e normale" (*active ageing*) della popolazione, agendo su quei fattori sociali, individuali, ambientali, economici e assistenziali che sono comunemente individuati quali determinanti della vecchiaia attiva;
- l'integrazione, a livello centrale, regionale e locale, delle diverse strategie e dei diversi approcci, per fornire risposte che affrontino la complessità e l'articolazione dei bisogni molteplici della persona anziana;

- la promozione delle attività miranti a garantire la continuità del sostegno alle persone anziane e alle loro famiglie, nella logica di assicurare l'inclusione sociale, mantenere una buona qualità della vita e ritardare la fragilità e i suoi effetti.

### Bibliografia essenziale

Baldi A, De Luca A, Cristofori M, et al. PASSI d'Argento: i risultati della prima indagine multi regionale, *Not Ist Super Sanità* 2010; 23: 5

Di Giorgio G, Heins F, Rinesi F. Struttura demografica della popolazione. Roma, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rapporto Osservasalute 2010

Eurostat Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies. *Statistics in focus*, 72/2008

Istat. La vita quotidiana nel 2009. 15 marzo 2011

Ministero della Salute. Quaderni del Ministero della Salute. Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano. N. 6, 2010

## 4.4. Salute degli immigrati

### 4.4.1. Introduzione

Dall'analisi dei dati Istat i cittadini stranieri residenti in Italia all'1 gennaio 2010 sono 4.235.059, di cui 2.063.407 maschi e 2.171.652 femmine, pari al 7% del totale dei residenti.

Circa la metà degli stranieri residenti in Italia proviene da Paesi europei, 1.265.665 donne contro 1.003.621 uomini. Le donne ucraine (138.318) presenti in Italia sono quattro volte rispetto ai loro connazionali uomini (35.811). Dai Paesi africani vi è invece una prevalenza di immigrati di sesso maschile: 554.659 uomini contro 377.134 donne, con il picco del Senegal, che vede più di quattro uomini immigrati (55.693) per ogni donna (16.925), e il caso in controtendenza della Nigeria, in cui si rileva una seppur leggera prevalenza di donne. Riguardo all'Asia, dai Paesi dell'Estremo Oriente è prevalente l'immigrazione di donne, mentre dagli altri Paesi asiatici si nota una nettissima prevalenza di uomini. Infine, per quanto riguarda l'America – continente che, senza tenere conto dell'Oceania (dalla quale provengono oltre 2600 persone), vede il numero più basso di presenze di cittadini residenti – si rileva una netta maggioranza di donne immigrate e, se la ripartizione per genere dei cittadini dell'America Settentrionale risulta piuttosto equilibrata (e nel complesso non molto significativa), gli immigrati dall'America Centro-Meridionale sono per due terzi donne.

Le donne emigrano sempre di più anche per lavoro e non solo per ricongiungersi alle famiglie, infatti gli ultimi decenni hanno visto un aumento delle donne – sposate e non – che emigrano da sole o in compagnia di altre donne, mentre si sa che in passato la maggior parte delle donne emigrava per matrimoni o per ricongiungimenti familiari.

### 4.4.2. Esposizione e valutazione critica dei dati

Le informazioni sulle condizioni di salute e sull'accesso ai servizi sanitari degli stranieri residenti nel nostro Paese appaiono ancora piuttosto frammentarie e poco dettagliate a livello territoriale. Infatti, le principali fonti demografiche attualmente disponibili per la rilevazione della presenza straniera [le indagini Istat relative alla popolazione straniera residente, i Permessi di Soggiorno (PDS), rilasciati dal Ministero dell'Interno agli stranieri regolarmente soggiornanti, gli archivi regionali delle anagrafi sanitarie, relativi agli iscritti al SSN] fanno riferimento ad aggregati demografici non perfettamente coincidenti.

Il profilo epidemiologico della popolazione immigrata descrive un quadro ancora relativamente favorevole: si ammalano di meno perché hanno scelto di emigrare dal proprio Paese coloro che possedevano un buon capitale di salute da scambiare con la forza di lavoro (anche se le persone che stanno

immigrando nel nostro Paese in forza di processi di ricongiungimento non presentano più questa protezione) ed esprimono minori bisogni di salute anche a causa di difficoltà culturali e materiali all'accesso ai servizi. Tuttavia, su alcuni problemi questo gruppo di popolazione incomincia a manifestare importanti eccessi di morbosità e di esiti sfavorevoli, che sono conseguenza di condizioni di vita o di lavoro poco sicure (traumi), o di fattori di rischio propri dell'area di provenienza (malattie cosiddette di importazione, come quelle endemiche o quelle ereditarie tipiche del Paese di origine) o di errori nel percorso assistenziale, particolarmente evidenti nel periodo di nascita. Anche tra gli stranieri si riscontrano condizioni di salute meno favorevoli nelle persone di status sociale più basso. Per adeguare l'offerta di servizi alla domanda e ai bisogni di salute specifici di questi gruppi di popolazione, appare fondamentale un'analisi approfondita di tali fenomeni, tenuto conto che, ormai, la presenza straniera in Italia si consolida sempre più.

I dati esaminati nell'indagine Istat "La popolazione straniera residente in Italia all'1 gennaio 2010" evidenziano che il peso relativo della componente straniera sul totale dei residenti è in aumento rispetto agli anni precedenti.

I cittadini stranieri residenti in Italia all'1 gennaio 2010 sono 4.235.059, pari al 7,0% del totale dei residenti. All'1 gennaio 2009 essi rappresentavano il 6,5%.

Nel corso del 2009 il numero di stranieri è aumentato di 343.764 unità (+8,8%), un incremento ancora molto elevato, sebbene inferiore a quello dei due anni precedenti (494.000 nel 2007 e 459.000 nel 2008, rispettivamente +16,8% e +13,4%), principalmente per effetto della diminuzione degli ingressi dalla Romania.

I minori sono 932.675, il 22,0% del totale degli stranieri residenti; circa 573.000 sono nati in Italia, mentre la restante parte è giunta nel nostro Paese per ricongiungimento familiare.

Circa la metà dei residenti stranieri (2 milioni 86.000 persone, pari al 49,3% del totale) proviene dai Paesi dell'Est europeo: in parti-

colare, circa un quarto proviene dai Paesi dell'UE di nuova adesione (1 milione 71.000, escludendo Cipro e Malta, fra cui 888.000 dalla sola Romania); un altro quarto (1 milione 15.000) è rappresentato dai cittadini dei Paesi dell'Europa dell'Est non appartenenti all'UE. I cittadini dei Paesi dell'Europa dell'Est (+181.000 nel corso del 2009, +9,5%) contribuiscono per circa la metà anche all'incremento degli stranieri residenti: quelli dei Paesi dell'UE di nuova adesione sono cresciuti complessivamente di circa 105.000 unità (+10,9%), mentre quelli dei Paesi dell'Europa dell'Est non facenti parte dell'UE sono aumentati di 76.000 unità (+8,1%). I cittadini dei Paesi asiatici sono complessivamente cresciuti di 71.000 unità, con un incremento relativo dell'11,6%.

Oltre il 60% dei cittadini stranieri risiede nelle Regioni del Nord, il 25,3% in quelle del Centro e il restante 13,1% in quelle del Mezzogiorno, anche se nel 2009 la popolazione straniera è cresciuta più intensamente nelle Regioni del Mezzogiorno rispetto a quelle del Centro-Nord.

In 10 anni l'incidenza dei nati da genitori stranieri sul totale dei nati residenti in Italia è più che triplicata, passando dal 4,0% del 1999 al 12,6% del 2008. Sono le Regioni del Nord e, in misura minore, quelle del Centro a presentare valori percentuali di gran lunga superiori alla media nazionale, ovvero le aree del Paese con una tradizione migratoria più forte e con una presenza straniera più stabile e radicata. Praticamente un nato su cinque tra gli iscritti in anagrafe per nascita è di cittadinanza straniera in Emilia Romagna, Veneto e Lombardia; approssimativamente un nato su sei per i residenti in Piemonte, Umbria, Marche, Friuli, Toscana e nella PA di Trento. Al contrario, in quasi tutte le Regioni del Mezzogiorno la percentuale di nati stranieri è decisamente più contenuta (di poco superiore al 3% al Sud e nelle Isole) [Tabella 4.10].

Questo aspetto, l'incidenza dei comportamenti dei cittadini stranieri rispetto al numero dei nati, appare ancora più evidente se si considera il complesso dei nati con almeno un genitore straniero, che si ottiene sommando ai nati stranieri le nascite di



Tabella 4.10. Nati da almeno un genitore straniero per Regione (Anni 1999, 2008) [per 100 nati residenti]

Regioni	1999		2008	
	Almeno un genitore straniero	di cui: entrambi stranieri	Almeno un genitore straniero	di cui: entrambi stranieri
Piemonte	8,3	5,5	22,6	17,3
Valle d'Aosta	8,1	4,9	14,3	11,3
Lombardia	9,8	6,9	24,4	19,4
Bolzano-Bozen	6,7	2,9	18,9	12,2
Trento	8,2	5,4	21,3	15,7
Trentino Alto Adige	7,5	4,1	20,6	13,9
Veneto	8,3	6,0	25,4	20,7
Friuli Venezia Giulia	6,8	3,5	21,7	16,6
Liguria	6,9	3,5	19,1	13,7
Emilia Romagna	10,1	7,0	26,1	20,7
Toscana	9,1	5,8	21,5	16,3
Umbria	9,4	6,2	23,4	17,6
Marche	8,5	5,6	22,8	17,4
Lazio	7,2	5,1	16,6	11,6
Abruzzo	4,9	2,4	13,0	8,5
Molise	2,2	0,6	7,9	3,6
Campania	1,6	0,7	4,7	2,5
Puglia	1,6	0,9	4,2	2,5
Basilicata	1,4	0,7	5,4	2,8
Calabria	2,0	0,8	7,6	4,2
Sicilia	2,4	1,7	5,3	3,6
Sardegna	2,2	0,8	5,5	2,6
<b>Nord-Ovest</b>	<b>9,1</b>	<b>6,2</b>	<b>23,4</b>	<b>18,3</b>
<b>Nord-Est</b>	<b>8,7</b>	<b>5,9</b>	<b>24,8</b>	<b>19,6</b>
<b>Centro</b>	<b>8,0</b>	<b>5,5</b>	<b>19,3</b>	<b>14,2</b>
<b>Sud</b>	<b>1,9</b>	<b>0,9</b>	<b>5,7</b>	<b>3,3</b>
<b>Isole</b>	<b>2,3</b>	<b>1,5</b>	<b>5,4</b>	<b>3,4</b>
<b>Italia</b>	<b>6,0</b>	<b>4,0</b>	<b>16,7</b>	<b>12,6</b>

Fonte: Istat "La popolazione straniera residente in Italia". Periodo di riferimento 1 gennaio 2010, diffuso il 12 ottobre 2010.

bambini italiani nell'ambito di coppie miste formate da madri di cittadinanza straniera e padri italiani o viceversa. Come già rilevato per i nati di cittadinanza straniera, anche in questo caso l'incidenza sul totale dei nati aumenta di più di 10 punti percentuali tra il 1999 e il 2008, raggiungendo il 16,7% per il complesso dell'Italia. A livello regionale si osserva una geografia analoga a quella delle nascite straniere, ma con livelli decisamente più elevati: in media, si ha circa un nato su quattro da almeno un genito-

re straniero al Nord e quasi uno su cinque al Centro, mentre nel Mezzogiorno si supera appena il 5%.

#### 4.4.3. Salute della donna e del bambino immigrati

I dati desunti dal Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) per l'anno 2007, pubblicato nel giugno 2010, rilevati su un totale di 541 punti nascita, rilevano che il 15,9%

dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana. Tale fenomeno è più diffuso al Centro-Nord, dove quasi il 20% dei parti avviene da madri non italiane; in particolare, in Emilia Romagna quasi un quarto delle nascite è riferito a madri straniere. Le aree geografiche di provenienza più rappresentative sono quella dell’Africa (26,5%) e dell’UE (26,1%). Le madri di origine asiatica e sud-americana sono rispettivamente il 17,3% e il 9,8% di quelle non italiane.

Per quanto riguarda l’età, i dati 2007 confermano per le italiane una percentuale di oltre il 65% dei parti nella classe di età tra 30 e 39 anni, mentre per le altre aree geografiche le madri hanno prevalentemente un’età compresa tra 20 e 29 anni (altri Paesi europei 63,9%, Africa 50,0%, Asia 56,8%). L’età media della madre è di 32,3 anni per le italiane, mentre scende a 28,8 anni per le cittadine straniere. L’età media al primo figlio è per le donne italiane quasi in tutte le Regioni superiore a 31 anni, con variazioni sensibili tra le Regioni del Nord e quelle del Sud. Le donne straniere partoriscono il primo figlio in media a 27 anni (Figura 4.3).

Il livello di istruzione della madre può influenzare sia l’accesso ai servizi sia le strategie di assistenza verso il feto e il neonato. Delle donne che hanno partorito nell’anno

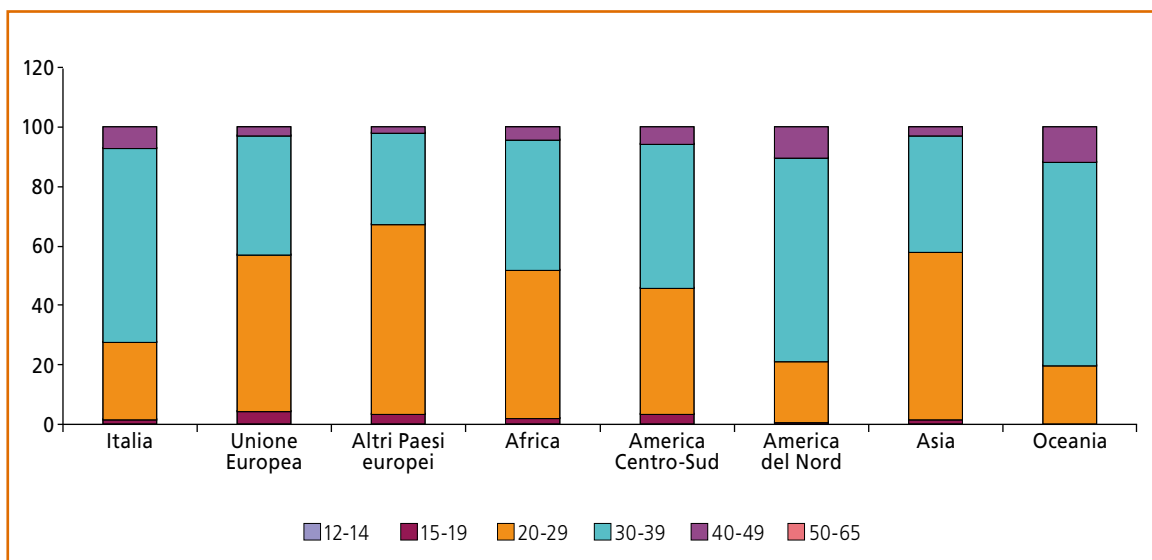
2007, il 40,7% ha una scolarità medio-alta, il 36,6% medio-bassa e il 22,7% ha conseguito la laurea. Fra le straniere prevale, invece, una scolarità medio-bassa (52,4) [Figura 4.4].

L’analisi della condizione professionale evidenzia che il 60% delle madri ha un’occupazione lavorativa, il 29,5% è rappresentato da casalinghe e il 6,7% è disoccupato o in cerca di prima occupazione. La condizione professionale delle straniere che hanno partorito nel 2007 è per il 58% quella di casalinga, a fronte del 66,2% delle donne italiane, che hanno invece un’occupazione lavorativa (Figura 4.5).

Analizzando la percentuale di gravidanze in cui viene effettuata la prima visita oltre la 12<sup>a</sup> settimana di gestazione si evidenziano alcune correlazioni significative con le caratteristiche sociodemografiche delle madri rappresentate da: cittadinanza, titolo di studio ed età. Per le donne italiane si ha una percentuale pari al 3,6%, mentre tale percentuale sale al 16,2% per le donne straniere.

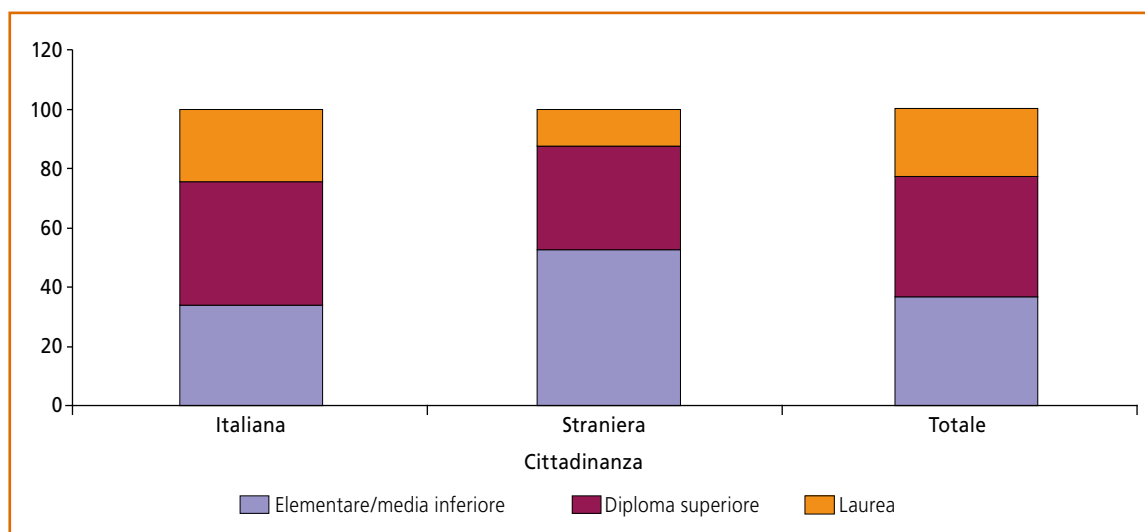
Per quanto riguarda l’incremento della natalità in Italia, si conferma una tendenza all’aumento nel lungo periodo. Tale tendenza è da mettere in relazione in parte con la maggiore presenza straniera regolare. Negli ultimi 10 anni, infatti, l’incidenza delle nascite di bambini stranieri sul totale dei

Figura 4.3. Distribuzione dei parti per area geografica di provenienza ed età della madre (Anno 2007).



Fonte: Rapporto CeDAP anno 2007, Ministero della Salute.

Figura 4.4. Distribuzione dei parti secondo il titolo di studio e la cittadinanza della madre (Anno 2007).

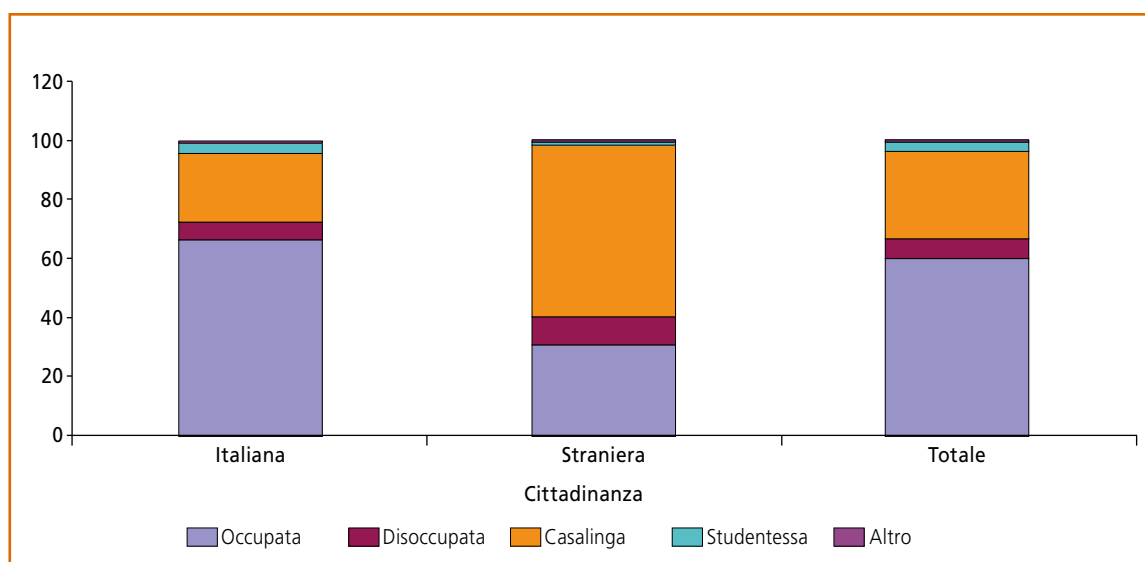


Fonte: Rapporto CeDAp anno 2007, Ministero della Salute.

nati della popolazione residente in Italia ha fatto registrare un fortissimo incremento. Sono le Regioni del Centro-Nord quelle che registrano valori percentuali di gran lunga superiori alla media nazionale, ovvero le aree del Paese con una tradizione migratoria più forte e con una presenza straniera più stabile e radicata. Il parto cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere; nel 27,8%

dei parti di madri straniere si ricorre al taglio cesareo, mentre si registra una percentuale del 39,3% nei parti di madri italiane. Nel 1995, anno in cui si è iniziato sistematicamente a rilevare l'informazione sulla cittadinanza, ci sono state 8.967 donne cittadine straniere che hanno effettuato un'IVG in Italia, 9.850 nel 1996, 11.978 nel 1997, 13.904 nel 1998, 18.915 nel 1999, 21.477 nel 2000, 25.316 nel 2001, 29.703 nel 2002,

Figura 4.5. Distribuzione dei parti secondo la condizione professionale e la cittadinanza della madre (Anno 2007).



Fonte: Rapporto CeDAp anno 2007, Ministero della Salute.

33.097 nel 2003, 36.731 nel 2004, 37.973 nel 2005, 39.436 nel 2006, 40.224 nel 2007 e 38.843 nel 2008. A partire dal 2007 si è osservata, quindi, una stabilizzazione del valore assoluto delle IVG delle cittadine straniere. Tra le 38.843 IVG effettuate da cittadine straniere nel 2008 sono comunque comprese le 5.730 IVG effettuate da donne residenti all'estero.

L'analisi delle caratteristiche delle IVG, che è riferita solo ai dati definitivi dell'anno 2008, conferma che nel corso degli anni è andato crescendo il numero degli interventi effettuato da donne con cittadinanza estera, raggiungendo nel 2008 il 33,0% del totale delle IVG, mentre, nel 1998, tale percentuale era del 10,1%.

La sempre maggiore incidenza dell'IVG tra le donne con cittadinanza estera impone, inoltre, una particolare attenzione rispetto all'analisi del fenomeno, in quanto le cittadine straniere, oltre a presentare un tasso di abortività, peraltro diverso per nazionalità, stimato 3-4 volte maggiore di quanto attualmente risulta tra le italiane, hanno una diversa composizione sociodemografica, che muta nel tempo a seconda del peso delle diverse nazionalità, delle culture di provenienza e dei diversi approcci alla contraccezione e all'IVG nei Paesi di origine. A fronte della continua riduzione del ricorso all'aborto tra le donne italiane, riduzione più lenta nelle condizioni di maggiore svantaggio sociale, il costante aumento degli aborti effettuati da donne straniere, dovuto anche al costante aumento della loro presenza nel Paese, rappresenta una criticità importante. Va però segnalato che negli ultimi 3 anni si è osservata una tendenza alla stabilizzazione con valori assoluti intorno ai 40.000 casi.

La composizione delle straniere secondo la cittadinanza risulta un'informazione essenziale per chi deve operare nel campo della prevenzione dell'IVG con un'attività che promuova competenze e consapevolezza delle donne. Verso questa popolazione sono quindi necessari specifici interventi di prevenzione che tengano conto anche delle loro diverse condizioni di vita, di cultura e di costumi.

#### 4.4.4. Indicazioni per la programmazione

Il Ministero della Salute ha avviato diversi progetti di ricerca operativa. Tutti i progetti si sviluppano secondo le indicazioni della programmazione sanitaria nazionale, che sottolineano la necessità di un orientamento dei percorsi e servizi sociosanitari che migliori l'accessibilità dei servizi e la fruibilità della prestazione da parte della popolazione immigrata.

Nel giugno 2010 sono stati presentati i risultati del Progetto "Migrazione e Salute", nato da una collaborazione tra il Ministero della Salute/CCM e ISS. È stata prodotta una panoramica delle problematiche sanitarie della popolazione straniera nel nostro Paese e, nel contempo, una mappatura delle politiche di assistenza sanitaria agli immigrati messe in atto dalle diverse Regioni e PA. Il progetto ha fatto parte delle iniziative avviate negli ultimi anni per il monitoraggio e la definizione delle politiche locali in questo ambito.

Un altro progetto CCM recentemente concluso "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia", coordinato dalla Regione Marche, ha prodotto un set di indicatori per la costruzione del profilo di salute dell'immigrato: "La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi".

Nell'ambito di quest'ultimo progetto è stato istituito nel 2008 il Tavolo Inter-regionale Immigrati che opera presso il Coordinamento Inter-regionale in Sanità della Conferenza Stato-Regioni.

Il Tavolo costituisce un momento di confronto e collaborazione tra le Regioni e PA e di concertazione tra le stesse e il Ministero della Salute sui temi della salute degli immigrati e dell'assistenza sanitaria, al fine di rendere uniforme sul territorio nazionale l'accesso alle cure e all'assistenza sanitaria da parte della popolazione immigrata.

Al momento il Tavolo, a cui partecipano tutte le Regioni e PA, sta lavorando, anche con il contributo della SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni) e dell'INPM (Istituto Nazionale per la pro-

mozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà), all'elaborazione del documento: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome", che è stato sottoposto al vaglio della Commissione Salute.

Tra i progetti ancora in corso: il progetto "La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei SSR" in collaborazione con AGENAS, sta lavorando per la costruzione di un sistema per la lettura e per il monitoraggio del profilo di salute della popolazione immigrata e per la valutazione macroeconomica da parte dei SSR e del livello centrale.

Nel 2010 il Ministero della Salute/CCM ha promosso e finanziato un progetto sulla prevenzione delle IVG tra le donne straniere. Al progetto, coordinato dalla Regione Toscana, hanno aderito 10 Regioni; si pone come obiettivi specifici: la formazione degli operatori sociosanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva; l'organizzazione dei servizi per favorire l'accesso e il loro coinvolgimento nella prevenzione dell'IVG; la promozione di una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata

anche attraverso il coinvolgimento delle comunità di donne immigrate.

Infine, il progetto CCM "Indagine sulla condizione di salute degli stranieri residenti in Italia" in collaborazione con Istat, che ha avviato la realizzazione di un modulo *ad hoc* per l'esecuzione di un'indagine campionaria rivolta a cittadini stranieri residenti in Italia in concomitanza con l'effettuazione da parte dell'Istat dell'indagine multiscopo sulle famiglie "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri" in corso di esecuzione nei mesi di gennaio, febbraio e marzo 2011.

### Bibliografia essenziale

Demografia in cifre. <http://demo.istat.it>. Ultima consultazione: settembre 2011

Istat. Statistiche in breve. La popolazione straniera residente in Italia. Periodo di riferimento: 1° gennaio 2010. Diffuso il 12 ottobre 2010

Istat. Statistiche in breve. Natalità e fecondità della popolazione residente: caratteristiche e tendenze recenti. Anno 2008. Diffuso il 18 marzo 2010

Ministero della Salute. Rapporto CeDAP 2007, giugno 2010

Ministero della Salute. Relazione del Ministro della Salute sull'attuazione della legge contenente le norme per la tutela sociale della maternità e l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78) dati preliminari del 2009 - dati definitivi 2008. 6 agosto 2010