favore delle età più elevate appare ancora più rilevante quando si considera che la riduzione dei livelli di fecondità negli ultimi venticinque anni ha comportato un calo costante delle fascia d'età dei giovani fino a 14 anni, scesa nel 2008 a rappresentare il 14,0% del totale, contro il 22,6% del 1980. Di conseguenza, il peso della popolazione anziana (nel rapporto tra anziani di 65 anni e più e giovani fino a 14 anni di età), ha mostrato un costante aumento negli anni, passando dal 58% del 1980 al 142,8% del 2008 (in Europa il 109,1%).

Nel medesimo periodo la popolazione in età attiva, tra i 15 e i 64 anni, si è mantenuta pressoché stabile, variando solo dal 64% al 66% (in Europa il 67,3%).

Entro il 2020, secondo le più recenti proiezioni demografiche, la percentuale di individui con 65 anni e più potrebbe crescere fino al 22,8%, e, parallelamente, quella dei minori fino a 14 anni ridursi al 13,7%. Nel lungo periodo le conseguenze del processo di invecchiamento sono tali che entro il 2050 i primi potrebbero rappresentare il 33% della popolazione, mentre i secondi potrebbero ulteriormente ridursi al 12,9%.

In Italia esiste, inoltre, una eterogeneità nel quadro di invecchiamento della popolazione, su cui incide in maniera determinante una forte differenziazione territoriale.

Sebbene il trend sia comune a tutte le aree del Paese, il fenomeno è più pronunciato nel Centro-Nord, dove la percentuale di giovani fino a 14 anni si è andata riducendo fino ad un valore di circa il 13,5%, mentre le percentuali di ultra sessantacinquenni e di ultra ottantenni sono al 2008, rispettivamente, superiore al 21% e di poco inferiore al 6%.

Nel Mezzogiorno, giovani e anziani sono numericamente in maggiore equilibrio, ma sempre con una chiara tendenza verso un ulteriore processo d'invecchiamento della popolazione. Per effetto della struttura demografica della Sardegna, poi, la situazione è leggermente più sfavorevole nelle Isole che al Sud. Nel primo caso, infatti, nel 2008 la quota di giovani fino a 14 anni è del 14,9%, mentre quella degli anziani è pari al 18,3%; nel secondo si registrano, rispettivamente, quote del 15,6% e del 17,5%.

Camera dei deputati

La Liguria è la regione nella quale il processo è più marcato: tutti gli indicatori di struttura di popolazione presi in esame assumono qui i valori più elevati. All'estremo opposto si colloca la Campania, nella quale, sebbene in presenza di un graduale invecchiamento nel tempo della popolazione, si osserva nel 2008 la più bassa quota di anziani (15,7%) e la più alta di giovani (17,0%) tra tutte le Regioni italiane.

Una più dettagliata analisi della situazione a livello di Provincia mostra l'invecchiamento della popolazione come un fenomeno caratterizzato da una variabilità ancora più elevata, che non segue solo la classica polarizzazione tra un Centro-Nord più anziano e un Mezzogiorno più giovane (Tabella 1), ma si differenzia notevolmente anche all'interno delle singole Regioni.

4.3.2 Stato di salute e malattie

In un quadro demografico così complesso, particolare rilievo assume dunque la valutazione dello stato di salute della popolazione anziana, al fine di caratterizzarne i bisogni, sempre crescenti, ed orientare verso l'efficacia e la qualità le risposte del sistema.

La diffusione delle malattie croniche tra gli anziani è oggetto di una periodica indagine multiscopo denominata "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari", condotta dall'Istat e basata sulle dichiarazioni rese dagli intervistati secondo metodologie campionarie. L'ultimo aggiornamento dei dati risale al 2005. Tra le malattie più diffuse negli ultra sessantacinquenni si collocano l'artrosi e l'artrite (56,4%),

Tabella 1 – Indicatori di struttura della popolazione per anno e ripartizione geografica

ANNI	0-14	Struttura della popolazione per classe di età 0-14 15-64 65 anni		80 anni	indice di vecchiaia (a)	indice di dipendenza strutturale (b)		età media popolazione (d)
	anni	anni	e più	e più	%	%	%	
1° gennaio 1980	22,6	64,4	13,1	2,1	57,9	55,4	20,3	35,9
1° gennaio 1990	16,8	68,5	14,7	3,1	87,6	46,0	21,5	38,6
1° gennaio 2000	14,3	67,6	18,1	3,9	126,6	48,0	26,8	41,4
1° gennaio 2002	14,2	67,1	18,7	4,4	131,4	49,1	27,9	41,9
1° gennaio 2003	14,2	66,8	19,0	4,6	133,8	49,8	28,5	42,2
1° gennaio 2004	14,1	66,6	19,2	4,8	135,9	50,1	28,9	42,3
1° gennaio 2005	14,1	66,4	19,5	5,0	137,8	50,6	29,3	42,5
1° gennaio 2006	14,1	66,2	19,7	5,1	140,0	51,0	30,0	43,0
4° gennaio 2007	14,1	66,0	19,9	5,3	142,0	52,0	30,0	43,0
		AL 1°	GENNAIC	2008				
Nord-ovest	13,3	65,4	21,4	5,6	161,0	53,0	33,0	44,0
Nord-est	13,6	65,5	21,0	6,1	155,0	53,0	32,0	44,0
Centro	13,2	65,4	21,4	6,1	162,0	53,0	33,0	44,0
Sud	15,6	66,9	17,5	4,6	113,0	50,0	26,0	41,0
Isole	14,9	66,9	18,3	4,8	123,0	50,0	27,0	42,0
ITALIA	14,0	65,9	20,0	5,5	142,8	51,7	30,5	43,0
EUROPA*	15,7	67,3	17,1	4,4	109,1	48,7	25,4	-

⁽a) Popolazione di età 65 anni e più su popolazione di età 0-14.

FONTE: Istat.

seguite dall'ipertensione arteriosa (40,5%), in aumento rispetto a quanto rilevato dall'analoga indagine negli anni 1999-2000 (rispettivamente: 52,5% e 36,5%), e molto più frequenti in tale fascia di età rispetto alla popolazione generale, che registra rispettivamente il 18,3% e il 13,6% (Tabella 2).

La stessa indagine consente di ottenere informazioni sulle percezioni relative al proprio stato complessivo di salute (Tabella 3).

In generale, oltre il 50% degli anziani, sia quelli nella fascia 65-74 anni che gli ultra settantacinquenni, dichiara di stare "discretamente". Nella classe meno anziana ben il 30,0% dei maschi e il 22,4% delle femmine pensa di stare "bene", percentuali che quasi

si dimezzano nella fascia di età successiva, nella quale ha un peso rilevante la modalità "male" (17,4% nei maschi, 23,9% nelle femmine). È interessante notare una peggiore percezione del proprio stato di salute da parte delle femmine in entrambe le classi di età in esame.

Per completare il quadro descrittivo dello stato di salute della popolazione generale, possono essere utilizzate le informazioni concernenti le diagnosi principali definite al momento del ricovero ospedaliero e riportate nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Nella Tabella 4 sono riportate le diagnosi più frequenti tra gli anziani, estratte dalle SDO e raggruppate secondo le principali categorie diagno-

⁽b) Popolazione di età 0-14 anni e 65 anni e più su popolazione di età 15-64.

⁽c) Popolazione di età 65 anni e più su popolazione di età 15-64 anni.

⁽d) Media delle età ponderata con la popolazione.

^{*} FONTE: Eurostat.

Tabella 2 – Popolazione e persone di 65 anni e più per tipo di malattia cronica dichiarata (per 100 persone con le stesse caratteristiche) – Confronto Anni 1999-2000 e Anno 2005

Malattie croniche	Popolaz	ione	Persone di 65 anni e più		
	1999-2000	2005	1999-2000	2005	
Diabete	3,7	4,5	12,5	14,5	
Cataratta	3,2	2,8	15,4	12,4	
Ipertensione arteriosa	11,9	13,6	36,5	40,5	
Infarto del miocardio	1,1	1,7	4,0	6,3	
Angina pectoris	0,9	0,7	3,4	2,5	
Altre malattie del cuore	3,4	3,2	12,5	11,3	
Asma	3,1	3,5	6,9	6,5	
Malattie della tiroide	2,8	3,2	4,6	5,0	
Artrosi, artrite	18,4	18,3	52,5	56,4	
Osteoporosi	4,7	5,2	17,5	18,8	
Ulcera gastrica o duodenale	3,0	2,3	7,3	5,3	
Cirrosi epatica	0,2	0,3	0,6	0,7	
Tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia)	0,9	1,0	2,7	2,7	
Cefalea o emicrania ricorrente	9,0	7,7	10,5	8,7	

FONTE: "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari", Istat.

Tabella 3 – Persone di 65 anni e più secondo il sesso e lo stato di salute dichiarato (per 100 persone della stessa età e dello stesso sesso) – Anno 2005

Stato di salute	65-74	anni	Persone di 75 anni e più		
	maschi	femmine	maschi	femmine	
Molto male	2,1	2,3	5,4	6,7	
Male	9,1	14,5	17,4	23,9	
Discretamente	54,9	58,4	57,9	55,3	
Bene	30,0	22,4	17,2	12,6	
Molto bene	3,9	2,4	2,1	1,6	
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	

FONTE: "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari", Istat.

stiche (Major Diagnostic Category, MDC), analizzate per sesso e classi di età. In essa assume netta evidenza il peso delle malattie dell'apparato cardiocircolatorio, particolarmente evidenti nella fascia di età più avanzata, presenti per oltre il 20% dei dimessi in entrambi i sessi, ma parimenti rilevanti anche nella fascia 65-74 anni per i maschi (20,2% dei dimessi). Seguono per importanza, negli ultrassessantacinquenni in totale, le malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (12,1%) che, analizzando distintamente le singole classi per sesso, risultano in realtà rilevanti solo nelle femmine, raggiungendo percentuali superiori al 15%. Viceversa, nei maschi, la seconda categoria diagnostica più rilevante è rappresentata, nella fascia 65-74 anni, dalle malattie dell'apparato digerente e, nella fascia ≥75 anni, dalle malattie dell'apparato respiratorio.

Occorre tuttavia tenere presente che, quando si analizzano i dati provenienti dalle SDO, fra i dimessi sono conteggiati anche i ricoveri ripetuti da parte di uno stesso paziente, caso non infrequente nella popolazione anziana e in special modo per alcune patologie.

A testimonianza di quanto l'integrazione delle diverse fonti di dati possa essere utile, il Ministero del Lavoro,

Tabella 4 - Distribuzione dei dimessi anziani per MDC secondo il sesso e la classe d'età - Anno 2006

	Codice MDC	65-74				
		Uomini		Donne		
		Dimessi	%	Dimessi	%	
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	93.087	7,7	79.636	7,7	
02	Malattie e disturbi dell'occhio	86.316	7,1	101.646	9,9	
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	28.150	2,3	21.521	2,1	
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	102.005	8,4	52.880	5,1	
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	244.432	20,2	160.256	15,6	
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	120.857	10,0	73.679	7,2	
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	58.557	4,8	48.624	4,7	
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	100.303	8,3	186.315	18,1	
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	34.848	2,9	48.255	4,7	
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	20.442	1,7	31.001	3,0	
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	82.431	6,8	36.307	3,5	
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	63.710	5,3	-	-	
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile		-	42.598	4,1	
14	Gravidanza, parto e puerperio	1-1	14	-	-	
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	-	-	-		
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	12.697	1,1	11.984	1,2	
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	105.262	8,7	81.318	7,9	
18	Malattie infettive e parassitarie	7.717	0,6	5.993	0,6	
19	Malattie e disturbi mentali	9.288	0,8	15.230	1,5	
20	Abuso di alcol/droghe e disturbi mentali organici indotti	1.056	0,1	460	0,0	
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	6.286	0,5	5.398	0,5	
22	Ustioni	341	0,0	259	0,0	
23	Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	21.854	1,8	20.365	2,0	
24	Traumatismi multipli rilevanti	672	0,1	463	0,0	
25	Infezioni da HIV	608	0,1	163	0,0	
	Altri DRG	7.116	0,6	4.465	0,4	
	Totale	1.208.035	100,0	1.028.816	100,0	

FONTE: Sistema Informativo Sanitario.

Salute e Politiche Sociali, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, con il coordinamento scientifico della Regione Umbria, ha avviato nel 2008 uno studio denominato "Passi d'Argento", che ha lo scopo di testare e successivamente mettere a regime, insieme alle Regioni italiane, una metodologia per la sorveglianza epidemiologica sulla salute e sulla qualità di vita degli anziani, fondamentale per supportare la programmazione degli interventi nel settore.

Ad oggi, comunque, l'invecchiamento rappresenta un problema quando è correlato alla disabilità. Il progetto del CNR Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA) riporta i dati italiani con una disabilità sotto il 10% degli italiani maschi e femmine fino ai 70 anni. Tale percentuale aumenta massicciamente, soprattutto nelle donne, oltre questa età, per colpire il 35-40% degli ultraottantacinquenni, la fascia di età in maggior espansione secondo le proiezioni demografiche a risposte estemporanee e

100		75 e	più		> 64 a	nni	
	Uomini		Do	Donne			
	Dimessi %		Dimessi	%	Dimessi	%	
	117.061	10,1	166.153	11,6	455.937	9,5	
	95.574	8,2	144.024	10,1	427.560	8,9	
	15.896	1,4	16.305	1,1	81.872	1,7	
	148.545	12,8	119.840	8,4	423.270	8,8	
	255.649	22,0	291.699	20,4	952.036	19,7	
	105.197	9,1	109.574	7,7	409.307	8,5	
	43.909	3,8	53.155	3,7	204.245	4,2	
	76.814	6,6	221.114	15,5	584.546	12,1	
	34.636	3,0	53.153	3,7	170.892	3,5	
	15.153	1,3	30.585	2,1	97.181	2,0	
	89.000	7,7	55.194	3,9	262.932	5,4	
	35.715	3,1	270	-	99.425	2,1	
	- 0	-	22.736	1,6	65.334	1,4	
0211-1	- 0	-	O=	-	-	-	
_	- 0	-	-	-	-	-	
	17.142	1,5	25.156	1,8	66.979	1,4	
	61.426	5,3	50.088	3,5	298.094	6,2	
	9.958	0,9	12.592	0,9	36.260	0,8	
	9.718	0,8	19.890	1,4	54.126	1,1	
	405	0,0	314	0,0	2.235	0,0	
	4.943	0,4	6.524	0,5	23.151	0,5	
	311	0,0	377	0,0	1.288	0,0	
	16.941	1,5	21.141	1,5	80.301	1,7	
	707	0,1	1.383	0,1	3.225	0,1	
	99	0,0	20	0,0	890	0,0	
	6.282	0,5	5.528	0,4	23.391	0,5	
	1.161.081	100,0	1.426.545	100,0	4.824.477	100,0	

fuori dalla diretta gestione e controllo del SSN (fenomeno delle badanti).

4.3.3 Indicazioni per la programmazione

Come più volte ricordato, la tumultuosa crescita demografica pone problematiche sanitarie, sociali e previdenziali del tutto insospettabili fino a pochi anni orsono, che meritano risposte costruite specificatamente per questa particolare popolazione. È quindi indispensabile promuovere la diffusione di una "cultura geriatrica", che trova una corretta sintesi nel passaggio dalla cura della malattia alla gestione e cura della persona malata.

Tale approccio deve riguardare non solo la popolazione generale, sicuramente pronta a recepire tale innovazione, ma anche e soprattutto gli operatori sanitari e i Medici di Medicina Generale, specificamente istruiti attraverso un adeguato percorso di formazione sulla gestione della fragilità/disabilità.

Diviene indispensabile individuare modalità e strumenti che sappiano identificare precocemente gli anziani a più elevato rischio di disabilità, nel cui determinismo interagiscono problematiche sanitarie ma anche sociali, per cui è necessario favorire con ogni opportuno intervento una corretta integrazione sociale e sanitaria. La salute dell'anziano deve quindi essere perseguita in tutti i setting assistenziali, fornendo sempre una risposta integrata e personalizzata.

Bibliografia essenziale

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

Istat. Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Indagine Multiscopo anno 2005, edito nel 2008.

Istat. Indicatori demografici (anno 2008). Note informative del 26 febbraio 2009.

Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali. Rapporto annuale sui ricoveri ospedalieri. Dati SDO 2006.

Progetto CCM/2007 Salute e Qualità della vita, in Italia, nella terza età (Passi d'Argento) www.ccm-network.it.

4.4 Salute degli immigrati

4.4.1 Introduzione

I cittadini stranieri residenti in Italia, al 1º gennaio 2008 risultano essere 3.432.651, di cui 1.701.817 maschi e 1.730.834 femmine (50,42%).

Circa la metà degli stranieri residenti in Italia proviene da Paesi europei, 981.969 donne contro 803.901 uomini. Le donne ucraine (106.764) presenti in Italia sono quattro volte rispetto ai loro connazionali uomini (25.954). Dai paesi Africani vi è invece una prevalenza di immigrati di sesso maschile: 487.028 uomini contro 310.969 donne, con il picco del Senegal che vede più di quattro uomini immigrati (50.503) per ogni donna (12.117), ed 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 2.500 persone), vede il numero più basso di presenze di cittadini residenti, anche in questo caso 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.

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 sono ancora piuttosto frammentarie. L'analisi di tali fenomeni appare fondamentale per adeguare l'offerta di servizi alla domanda e ai bisogni di salute specifici di questa popolazione, tenuto conto che, ormai, la presenza straniera in Italia si consolida sempre più. L'indagine sulle "Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari", condotta dall'Istat nel 2005, pubblicata ad inizio 2008, consente per la prima volta di colmare alcune di queste lacune, fornendo informazioni su stili di vita e prevenzione, condizioni di salute, ricorso ai servizi sanitari e alcuni aspetti della maternità della popolazione straniera.

Il campione complessivo dell'indagine, che ha compreso circa 60 mila famiglie, in quanto ampliato (erano 24 mila famiglie) a seguito di una Convenzione cui hanno partecipato Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, Istat e Regioni, ha consentito di realizzare un focus sui cittadini stranieri residenti in Italia e quindi iscritti in anagrafe.

Dall'analisi dei dati, emerge il quadro di una popolazione straniera residente con bisogni di salute abbastanza simili a quelli della popolazione italiana e mediamente in migliori condizioni di salute, in linea con un profilo di migranti di prima generazione, che si spostano prevalentemente per progetti di lavoro, e che, dunque, portano con loro un capitale di salute che ne fa un gruppo mediamente più sano. Ciò potrebbe anche essere in parte spiegato da quanto rilevato in altri studi sui migranti, secondo cui le persone che non godono più di buona salute tornano al loro paese d'origine, anche per le maggiori limitazioni nell'accesso ai servizi, spesso non imputabili al paese ospitante, ma più probabilmente alla scarsa conoscenza delle possibili opportunità di assistenza per problemi di comunicazione o di burocrazia. Le più favorevoli condizioni di salute tra gli stranieri emergono sia misurando lo stato di salute con indicatori di percezione (l'80,3% dichiara di stare bene o molto bene, contro il 71,8% degli italiani, standardizzando per età) sia analizzando le informazioni raccolte sulle malattie prevalenti (22,8% gli stranieri con almeno una malattia nelle quattro settimane precedenti l'intervista, contro il 27,4% degli italiani). Tuttavia si osservano, per alcune etnie, situazioni di criticità che andrebbero approfondite e monitorate: è il caso ad esempio degli stranieri di origine marocchina, che evidenziano, rispetto ad altre nazionalità e agli stessi italiani, una peggiore salute percepita, in particolare quella di tipo mentale.

Peraltro sembrano confermarsi, anche tra gli stranieri, le condizioni di

salute meno favorevoli nelle persone di status sociale più basso. È verosimile, quindi, che il vantaggio registrato mediamente nella popolazione straniera residente possa di gran lunga assottigliarsi o annullarsi se invece si includessero nel collettivo anche gli stranieri non regolari. La domanda di salute espressa con il ricorso ai servizi sanitari evidenzia complessivamente un minore accesso rispetto a quello degli italiani, a parità di età, sebbene con alcune peculiarità. Sono più contenute le prestazioni sanitarie, come visite mediche e accertamenti diagnostici (il 18,4% contro il 24,6% degli italiani ha effettuato una visita medica nelle quattro settimane precedenti l'intervista, e il 6,8% contro il 9,6% accertamenti diagnostici), in particolare quelle di tipo specialistico, che si dimezzano nella popolazione straniera, con un minor ricorso allo specialista privato. Il tasso di ricovero è più basso per gli uomini stranieri, rispetto a quelli italiani, e va nell'analoga direzione per le donne, quando si escludono i ricoveri per parto. È invece più frequente il ricorso ai servizi di emergenza: sono più diffusi gli accessi al Pronto Soccorso in particolare per gli uomini stranieri (il 7% rispetto al 4,2% degli italiani nei tre mesi precedenti l'intervista è ricorso al Pronto Soccorso), anche per la maggiore incidentalità che si registra in questa popolazione. Nel percorso della maternità, le donne straniere si rivolgono in misura nettamente maggiore delle italiane all'assistenza presso un consultorio pubblico durante la gravidanza (38,3% contro il 13,7%).

Con riferimento alla prevenzione e alla tutela della salute in generale, emergono infine comportamenti che evidenziano differenze di genere a svantaggio degli uomini, più marcate rispetto a quelle che si riscontrano nella popolazione italiana: la quota di uomini stranieri che non controlla la pressione arteriosa è pari al 39,1% (tra gli italiani è pari al 22%), tra le donne straniere si riduce al 31% (tra le italiane è pari al 17,3%). Agli screening per

la prevenzione dei tumori femminili ricorre al massimo la metà delle donne straniere nelle fasce d'età raccomandate (il 51,6% al pap-test e il 42,9% alla mammografia); ancora più contenuto tra le donne di origine marocchina e albanese il ricorso al pap-test (una donna su tre), mentre per le italiane i tassi superano il 70% (rispettivamente 71,8% e 73,1%). E anche in questo caso si evidenziano disuguaglianze nell'accesso, a svantaggio delle donne straniere di più basso status sociale.

Emerge quindi una sostanziale equità del Sistema Sanitario Nazionale, sebbene siano ancora da rimuovere alcune limitazioni nell'accesso da parte della popolazione straniera, che si concentrano in particolare nella prevenzione dei tumori femminili e più in generale nella prevenzione, nel ricorso alle prestazioni di tipo specialistico e in parte nel percorso nascita, in modo da preservare il patrimonio di salute di questa popolazione. Molte di tali limitazioni potrebbero trovare semplice soluzione in una più efficace comunicazione, che tenga

conto delle specificità culturali e sociali della popolazione straniera residente.

4.4.3 Salute donna immigrata

I dati desunti dal Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) per l'anno 2005, pubblicato il 2 aprile 2008, rilevati su un totale di n. 560 punti nascita, rilevano che circa il 13,8% dei parti è relativa 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'Europa dell'Est (41%) e dell'Africa (25%). Le madri di origine Asiatica e Sud Americana sono rispettivamente il 16% ed il 10% di quelle non italiane (Figura 1). L'età media della madre è di 31,9 anni per le italiane mentre scende a 28,6 anni per le cittadine straniere. I valori mediani sono invece di 31,6 anni per le italiane e 27,7 anni per le straniere. La distribuzione per età della frequenza dei

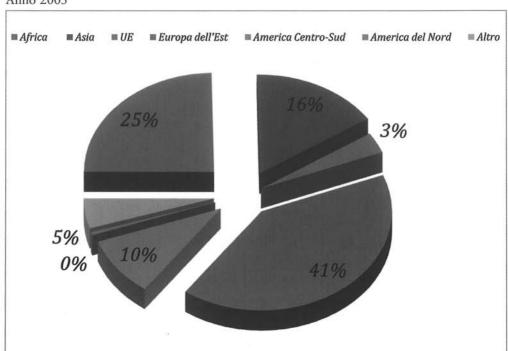


Figura 1 – Distribuzione dei parti secondo l'area di provenienza della madri non italiane – Anno 2005

FONTE: Rapporto CeDAP anno 2005. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

Età: ■ <20 **■** 20 - 29 ■ 30 - 39 **40-49 50 - 65** 100% 90% 80% 70% 60% 50% 40% 30% 20% 10% 0% Italia UEAfrica Europa America America del Asia Altro dell'est centro sud

Figura 2 - Distribuzione dei parti secondo la provenienza e l'età della madre

FONTE: Rapporto CeDAP anno 2005. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

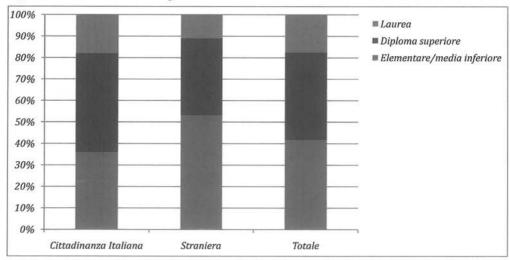


Figura 3 - Distribuzione dei parti secondo il titolo di studio e la cittadinanza della madre

FONTE: Rapporto CeDAP anno 2005. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

parti risulta diversa nei due gruppi, in particolare nel gruppo delle straniere si osserva una distribuzione più dispersa attorno al valore medio dovuta ad una maggiore frequenza di parti nelle fasce di età giovanili. L'età media al primo figlio è per le donne italiane superiore a 30 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 2). Il livello di istruzione della madre può influenzare sia l'accesso ai servizi sia le strategie di assistenza verso il feto ed il

neonato. Fra le straniere prevale una scolarità medio bassa (53%) (Figura 3). La condizione professionale delle straniere che hanno partorito nel 2005 è per il 58,7% quella di casalinga, a fronte del 61,8% delle donne italiane che hanno invece un'occupazione lavorativa.

Per la natalità si conferma una tendenza all'aumento nel lungo periodo. Tale tendenza è da mettere in relazione alla maggiore presenza straniera regolare. Negli ultimi 10 anni, infatti, l'incidenza delle nascite di bambini stranieri sul totale dei 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.

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 una 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, 33.097 nel 2003, 36.731 nel 2004, 37.973 nel 2005 e 39.436 nel 2006. Tra queste 39.436 IVG effettuate da cittadine straniere sono comprese le 5.377 IVG effettuate da residenti all'estero.

L'analisi delle caratteristiche delle IVG conferma che nel corso degli anni è andato crescendo il numero degli interventi effettuato da donne con cittadinanza estera, raggiungendo nel 2006 il 31,6% del totale delle IVG, mentre, nel 1998, tale percentuale era del 10,1%. La sempre maggiore incidenza 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, dei diversi comportamenti riproduttivi e della diversa utilizzazione dei servizi. Tuttavia occorre segnalare che questi dati, specie quelli socio-demografici, possono risentire di una difficoltà di rilevazione legata a difficoltà di comprensione della lingua italiana e quindi vanno valutati con cautela.

La popolazione immigrata è soprattutto presente nelle Regioni del centro nord, e il loro contributo al fenomeno inflaziona pesantemente il numero di IVG e il tasso di abortività. Si tratta in ogni caso di donne generalmente residenti o domiciliate nel nostro Paese. Per un confronto a partire dal 1980 è necessario utilizzare il Paese di nascita in quanto la cittadinanza è stata rilevata, a livello nazionale, solo dal 1995. L'andamento delle IVG per Paese di nascita riflette il dato osservato per cittadinanza e mostra una continua diminuzione delle IVG tra le donne italiane ed un continuo incremento tra le donne straniere.

Recentemente l'Istat ha stimato il tasso di abortività specifico per classe di età, relativo all'anno 2004, sia per le cittadine italiane che per le straniere. Tale studio conferma che quest'ultime hanno in media un tasso di abortività 3-4 volte superiore rispetto alle italiane e la differenza aumenta per le classi di età più giovani.

4.4.4 Indicazioni per la programmazione

Il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali ha avviato progetti di ricerca operativa per alcune malattie infettive tra gli immigrati, il cui obiettivo generale è quello di migliorare la presa in carico dei pazienti stranieri affetti da patologie infettive da parte dei servizi socio-assistenziali. I progetti si sviluppano in coerenza con le indicazioni della programmazione sanitaria nazionale, che sottolineano la necessità di un riorientamento dei percorsi e delle pratiche sociosanitarie, al fine di migliorare l'accessibilità dei servizi e la fruibilità delle prestazioni da parte della popolazione immigrata.

Bibliografia essenziale

http://demo.istat.it

http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20081211_00/testointegra-le20081211.

Rapporto CeDAP 2005, Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali.

Relazione al Parlamento IVG 2007, del 21 aprile 2008, Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali.

5

Sicurezza alimentare

5.1 Stato sanitario degli animali da reddito

5.1.1 Introduzione

Nel settore veterinario sono stati raggiunti obiettivi di buon consolidamento dei livelli ordinari di attività in tutti i settori d'intervento. Molti degli obiettivi rientrano nel mantenimento dei risultati raggiunti, per alcuni dei quali le attività necessarie possono risultare anche in calo rispetto al decennio precedente, proprio in virtù della migliore situazione sanitaria conseguita.

Pertanto la situazione sanitaria del patrimonio zootecnico italiano, in forza dei piani di eradicazione e di sorveglianza messi in atto da anni, è da considerarsi sotto controllo, pur permanendo in alcune parti del territorio situazioni critiche relativamente alla lotta ed eradicazione di alcune malattie zoonosiche. Tale effetto è la conseguenza di un insufficiente raggiungimento dei livelli desiderati dai citati piani.

Tutte le azioni e attività messe in campo sono conformi alla nuova strategia per la salute degli animali dell'Unione europea (2007-2013): "Prevenire è meglio che curare", che ha fissato alcuni obiettivi ambiziosi per migliorare la salute degli animali, non solo per le istituzioni dell'Unione Europea ed i governi, ma per tutti i cittadini

Gli obiettivi della strategia, sovrapponibili a quelli nazionali sono: obiettivo 1:

- assicurare un livello elevato di salute pubblica e di salute degli alimenti riducendo l'incidenza di rischi biologici e chimici per l'uomo;
- obiettivo 2:
- promuovere la salute degli animali con la prevenzione/riduzione dell'incidenza delle malattie degli animali e sostenere in tal modo l'allevamento e l'economia rurale;

obiettivo 3:

 migliorare la crescita economica/ la coesione/ la competitività garantendo la libera circolazione delle merci e movimenti proporzionati per gli animali;

obiettivo 4:

mento e il benessere degli animali per prevenire le minacce collegate alla salute degli animali e minimizzare l'impatto ambientale a sostegno della strategia dell'UE a favore dello sviluppo sostenibile.

L'impatto delle malattie infettive epidemiche, quali ad esempio l'influenza aviaria e l'afta epizootica, può essere devastante per il comparto zootecnico e per l'economia in generale, non solo in ambito locale ma anche in ambito internazionale.

La salute degli animali deve essere considerata "un bene pubblico mondiale". L'organizzazione dei Servizi veterinari in Italia è conforme alle norme internazionali (per quanto riguarda la legislazione, la struttura, l'organizzazione, le risorse, le capaci-

tà, il ruolo del settore privato e del personale paraprofessionale) e si è raggiunto un punto di partenza solido e strutturato per la corretta gestione della sanità animale.

Il mantenimento e il miglioramento del sistema veterinario pubblico rappresentano una priorità per l'investimento pubblico, anche in virtù del costante adeguamento delle norme alla legislazione comunitaria in costante e rapida evoluzione. Il riformismo legislativo rappresenta uno dei principali meccanismi di intervento nella salute degli animali, conformemente alla politica comunitaria e al rispetto degli obblighi internazionali.

Nella prosecuzione e nella implementazione delle attività fino ad ora svolte, tra gli obiettivi prioritari rientra il corretto e puntuale rispetto degli obblighi informativi in merito ai dati epidemiologici provenienti dal territorio.

Nell'ambito degli obblighi internazionali sottoscritti dallo Stato italiano, il Dipartimento per la sanità pubblica veterinaria, la nutrizione e la sicurezza alimentare del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali fornisce regolarmente, secondo specifiche definite, una serie di dati ed informazioni sia ad organismi dell'Unione Europea (Commissione Europea, Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare - EFSA) che all'Organizzazione Mondiale per la Sanità Animale (Office International des Epizooties - OIE), riguardanti il rilievo e la diffusione di malattie animali, e le attività poste in atto per la loro sorveglianza e controllo, raccogliendo ed elaborando, tra l'altro, i necessari dati epidemiologici.

Tale insieme di dati ed informazioni costituisce il debito informativo, che lo Stato italiano ha nei confronti delle Istituzioni comunitarie ed internazionali, suddiviso in tre principali tipologie di flussi di informazioni relative alla:

(a) notifica alla Commissione Europea ed all'OIE dei focolai di malattie animali;

- (b)notifica all'EFSA dei dati facenti parte della relazione sulle tendenze e le fonti delle zoonosi, degli agenti zoonotici e della resistenza agli antimicrobici;
- (c) notifica alla Commissione Europea dei programmi di eradicazione e di controllo delle malattie animali cofinanziati dalla Comunità.

Di seguito vengono riportate le principali attività svolte nell'ambito della attuazione di misure di controllo, sorveglianza ed eradicazione verso alcune malattie animali.

5.1.2 Blue Tongue

La Blue tongue è una malattia infettiva trasmessa da insetti vettori che colpisce tutti i ruminanti, particolarmente gli ovini, provocata da un virus i cui sierotipi sono 24. Per quanto concerne la situazione epidemiologica nei confronti dei sierotipi circolanti in Italia dal 2001 ad oggi (sierotipi 1, 2, 4, 8, 9, 16), nel corso dell'anno 2008 non vi sono stati nuovi focolai di malattia nel centro sud del Paese, nonostante sia stato registrato un numero limitato di casi (sieroconversioni) negli animali sentinella. Relativamente al nord Italia, a seguito di introduzione di animali sensibili da Paesi Membri interessati dalla malattia, sono state segnalate numerose positività per BTV8 e notificati 5 focolai in Provincia di Verona. Attualmente nelle aree del territorio nazionale soggette a restrizione sanitaria è in corso la vaccinazione degli animali sensibili la cui copertura, per le province di Mantova e Verona (recentemente coinvolte per il BTV8) ha raggiunto una percentuale superiore all'80% degli animali da riproduzione vaccinabili.

Le principali problematiche evidenziate riguardano le movimentazioni degli animali sensibili dalle zone di restrizione verso le zone libere del territorio nazionale (soprattutto dei vitelli, inviati per l'ingrasso).

Nei confronti di questa malattia si assiste ad una continua e costante modifica della normativa comunitaria al fine di armonizzare in ambito comunitario la movimentazione degli animali sensibili. Tale evoluzione normativa sembrerebbe privilegiare di fatto gli aspetti commerciali rispetto all'aumento del rischio di diffusione della malattia. L'obiettivo, comunque, resta quello dell'eradicazione della Blue tongue dai territori interessati mediante l'attuazione di un programma di sorveglianza sierologica ed entomologica, nonché l'attuazione di un programma di vaccinazione ordinario poiché, allo stato attuale, non è ancora consentito vaccinare in via preventiva. Inoltre, è necessario mantenere ed incrementare le attività di sorveglianza "ad hoc" finalizzate al tempestivo rilievo dell'introduzione di nuovi sierotipi della Blue tongue in Italia. Tale evenienza, infatti, andrebbe a vanificare ogni tipo di intervento messo in atto fino ad oggi riproponendo le stesse problematiche già affrontate nel corso degli anni precedenti in relazione agli ingenti danni diretti ed indiretti e al blocco delle movimentazioni degli animali a scopo commerciale.

5.1.3 Peste Suina Africana

La peste suina africana, presente esclusivamente in Sardegna, in virtù dell'elevato rischio di diffusione che la contraddistingue, comporta l'impossibilità di movimentazione dal territorio della Regione di suini vivi e dei prodotti derivati, con pesanti ripercussioni economiche/commerciali sia sulla Regione stessa sia sul restante territorio nazionale, dal momento che l'Italia è considerata a rischio dai Paesi Terzi con conseguenze negative sull'esportazione dei prodotti di salumeria. Nel corso dell'anno 2007 e 2008 vi è stata una recrudescenza della malattia con il riscontro di nuovi focolai, non solo in ambiente selvatico, bensì anche in numerosi allevamenti suinicoli delle varie Province. Come ogni anno, viene applicato un piano di eradicazione e sorveglianza della peste approvato e co-finanziato dalla Commissione Europea. Infine, si informa che nel mese di giugno 2008 è stata effettuata una missione in Sardegna da parte della Commissione Europea con lo scopo di valutare la situazione inerente l'applicazione del sopra citato programma e il cui esito favorevole è stato recentemente comunicato.

Le azioni sanitarie intraprese fino ad ora nella lotta alla malattia sono state vanificate anche poichè nelle aree in cui la patologia persiste (soprattutto nelle province di Nuoro e parte di Sassari considerate zone ad alto rischio) le condizioni socio-economiche sono particolarmente arretrate e inducono comportamenti negligenti nella conduzione degli allevamenti, perpetuando in tal modo la diffusione della malattia. Per tale ragione si ritiene che il mancato raggiungimento dell'obiettivo di eradicazione della peste suina africana in Sardegna sia da ascrivere soprattutto all'allevamento brado, praticato in particolare in territori comunali di difficile controllo.

Inoltre, gli allevamenti clandestini alimentano un mercato parallelo delle carni e dei salumi che si affianca a quello delle aziende che operano nel pieno rispetto delle norme vigenti e che seguono uno standard operativo di livello industriale.

È opportuno segnalare che sulla base delle raccomandazioni dettate dal rapporto di verifica della Commissione Europea nell'anno 2006, è stata emanata l'ordinanza ministeriale 23 gennaio 2006 – Misure sanitarie di lotta contro le pesti suine in Sardegna – prorogata anche per il 2007 e il 2008, che assicura l'erogazione degli indennizzi previsti ex Legge 218/88 in modo celere, adeguato e subordinato "solo" nel caso in cui vengano rispettate determinate prescrizioni sanitarie. Considerato, comunque, che l'obietti-

vo resta l'eradicazione di tale malattia dalla Regione Sardegna, è prioritaria la verifica della corretta e puntuale applicazione del programma di eradicazione e sorveglianza con la finalità di rimodulare la zona ad alto rischio all'interno del territorio della sola Provincia di Nuoro e di intervenire nei confronti dei diversi "usi" che impediscono l'eradicazione della peste suina africana.

5.1.4 Malattia vescicolare del suino

La malattia vescicolare del suino è una malattia infettiva contagiosa presente sul territorio italiano da molti anni e costituisce un fattore limitante alla esportazione verso i Paesi Terzi di pregiati prodotti a base di carne suina italiana tra i quali alcuni prosciutti DOC e DOP. Tale malattia è stata eradicata nella maggioranza delle Regioni italiane, persistendo solo in tre Regioni dell'Italia centro-meridionale (Abruzzo, Campania e Calabria), nelle quali non è stato raggiunto l'obiettivo dell'eradicazione, e che pertanto vengono considerate non accreditate per tale malattia, così come specificato nella Decisione 2005/779/CE e successive modifiche.

A tale proposito, l'Italia annualmente presenta alla Commissione Europea un programma di eradicazione e controllo della malattia per l'approvazione tecnica e finanziaria. Il programma relativo all'anno 2009 è stato approvato dalla Commissione Europea e prevede, analogamente alle altre malattie, il cofinanziamento delle attività diagnostiche relative ai controlli di laboratorio.

I programmi per il 2008 e per il 2009 prevedono, inoltre, rispetto ai precedenti, una intensificazione delle attività di sorveglianza e di vigilanza presso le aziende suinicole a prescindere dall'indirizzo produttivo. In particolare, è previsto un rafforzamento dei controlli negli allevamenti da ingrasso

e delle stalle di sosta, considerate punto critico ai fini della trasmissione dell'infezione. I piani, resi operativi tramite Ordinanza ministeriale, contemplano anche l'adozione di basilari norme di biosicurezza, essenziali per prevenire la malattia.

Tali misure sono ritenute necessarie, oltre che dalla Commissione Europea, come confermato nel recente rapporto di missione del giugno scorso, anche al fine di offrire le garanzie per l'esportazione di prodotti a base di carne suina dall'Italia verso Paesi Terzi, come segnalato nei rapporti ispettivi delle Autorità canadesi e statunitensi a seguito della missione effettuata in Italia nell'aprile 2007.

Ad oggi la situazione della malattia vescicolare del suino in Italia, vista la peculiare diffusibilità del virus responsabile, è particolarmente preoccupante, specialmente in virtù dei continui e necessari flussi commerciali esistenti anche tra regioni diverse, che hanno determinato una diffusione eterogenea sul territorio nazionale. Attualmente, infatti, a seguito della segnalazione di focolai con origine ignota (primari) nella Regione Umbria, si sono, per ora, verificati ulteriori casi di malattia anche in altre Regioni definite "indenni" (Toscana, Marche e Lazio). A tale proposito si veda l'allegato elenco dei focolai avvenuti nel corso dell'anno 2008 (Tabella 1).

In particolare, si evidenziano di seguito specifiche criticità che rendono ancora più difficile l'obiettivo dell'eradicazione della malattia in Italia:

- commercio di animali attraverso le stalle di sosta che non offrono le adeguate garanzie sanitarie e di controllo;
- movimentazioni illegali di animali potenzialmente infetti e uso di mezzi di trasporto che transitano in aree a rischio senza rispettare le minime norme di biosicurezza.

In tal senso, considerato che l'obiettivo è l'eradicazione della malattia sull'intero territorio nazionale con la

Tabella 1 – Focolai di malattia vescicolare del suino per regione e suddivisi per tipologia produttiva con indicazione degli animali coinvolti - Anno 2008

Regione	Numero di focolai	Numero di animali	Aziende da riproduzione	Aziende da ingrasso	Stalle di sosta
Emilia Romagna	1	29			
Toscana	2	2.362		2	
Umbria	30	6.613	3	24	3
Marche	6	72		6	
Lazio	8	2.520	2	5	1
Abruzzo	7	305	1	6	
Campania	3	131	1	2	
Basilicata	3	2.876		3	
Calabria	5	2.049	3		2
Totale	65	16.957	10	48	6

FONTE DATI: www.cerves.it - Anno 2008.

revoca delle misure sanitarie in atto per le regioni e/o le Province interessate dai focolai della malattia, è prioritario attuare dettagliatamente il programma di eradicazione e sorveglianza per la malattia. È stato programmato di effettuare nel corso dell'anno 2009 n. 3 audit e n. 3 ispezioni per valutare il grado di prevalenza reale dell'infezione e sensibilizzare gli operatori del settore circa la necessità di eradicazione della malattia vescicolare. A tale proposito si informa che la Regione Sicilia, a seguito dei scrupolosi controlli effettuati nei confronti della malattia vescicolare e delle verifiche effettuate dalla Commissione Europea, è stata recentemente riconosciuta quale Regione indenne da malattia vescicolare del suino.

5.1.5 Influenza aviaria

Negli ultimi dieci anni il diffondersi delle infezioni sostenute da virus influenzali aviari nelle popolazioni animali è un fenomeno che ha interessato diversi Paesi del mondo. Tale incremento ha riguardato sia ceppi dotati di elevato potere patogeno, e quindi responsabili di epidemie devastanti per il comparto avicolo, sia ceppi a bassa patogenicità. Come è

noto, l'aumento degli episodi influenzali nel pollame domestico ha riguardato anche il nostro paese.

Dal 1997 al 2005, le aree densamente popolate di avicoli (DPPA) in nord Italia (Regione Lombardia e Regione Veneto) sono state interessate da numerose ondate epidemiche di influenza aviaria (AI) dei sottotipi virali H5 e H7.

Il più grave episodio si è verificato nel periodo 1999-2001, quando il virus a alta patogenicità H7N1 ha causato la morte o l'abbattimento di oltre 16 milioni di volatili e ha comportato notevoli danni economici a livello produttivo nazionale.

A partire dalla fine di maggio 2007, si sono verificati in Italia 19 focolai LPAI nel 2007 sostenuti da un virus dell'influenza aviaria tipo A. Tra questi sono stati isolati un virus LPAI sottotipo H7N3 e un virus LPAI del sottotipo H5N2.

Per tale evidenza epidemiologica è stato avviato un Piano di vaccinazione di emergenza tra il 2007 e il 2008 in una parte di territorio delle Regioni Veneto e Lombardia approvato e co-finanziato dalla Commissione Europea.

Nel corso del 2008, nell'ambito delle attività del Piano di monitoraggio annuale, sono state rilevate due positività per virus influenza a bassa patogenicità regolarmente notificate alla

Commissione e agli Organismi internazionali in ottemperanza a quanto disposto dalla Direttiva 2005/94/CE.

5.1.6 Scrapie

La Scrapie è una malattia neurodegenerativa causata da agenti definiti "prioni"che colpisce la specie ovicaprina.

La presenza di questa malattia sul territorio europeo è nota da tempo, ma solo nell'ultimo decennio ha assunto maggiore importanza perchè appartenente al gruppo delle Encefalopatie spongiformi trasmissibili di cui fa parte anche la BSE.

In particolare era stato ipotizzato che la BSE potesse essere passata alla specie ovicaprina con conseguenti rischi per l'uomo.

Proprio per affrontare questa problematica l'Unione europea ha lanciato nel 2001 un pacchetto di misure che prevedevano tra l'altro un controllo sui greggi per verificare il rischio BSE.

Ad oggi sono stati eseguiti circa 1 milione di test i cui esiti permettono di considerare questo rischio estremamente ridotto.

Nonostante ciò la Scrapie continua a rimanere un problema di sanità animale tenuto conto del calo delle produzioni e della mortalità dei capi colpiti.

Si calcola che circa il 4% degli allevamenti nazionali siano interessati dalla malattia.

A tale riguardo sono in vigore misure che prevedono l'abbattimento dei capi nei greggi affetti ma soprattutto si stanno attuando misure preventive incentrate sulla esecuzione di piani per la selezione di ovini geneticamente resistenti alla Scrapie.

5.1.7 Leucosi enzootica bovina – LEB

In Italia esiste un programma obbligatorio finalizzato all'eradicazione della leucosi bovina enzootica negli allevamenti bovini e bufalini. Il programma consiste nell'esecuzione di un esame di laboratorio (Immunodiffusione in Gel di Agar o AGID) su un prelievo di sangue effettuato sui capi bovini e bufalini. Nel caso di riscontro di positività i capi positivi devono essere abbattuti entro 30 giorni facendo seguire due prove negative a distanza di almeno 3 mesi dall'abbattimento dei capi infetti e 4 mesi l'una dall'altra per il riottenimento della qualifica di allevamento ufficialmente indenne da leucosi.

Camera dei deputati

Per il mantenimento della qualifica di allevamento ufficialmente indenne è previsto un controllo annuale.

La Commissione Europea può riconoscere Ufficialmente libero da LEB un territorio di uno stato membro se:

- a) perlomeno il 99,8% degli allevamenti bovini sono considerati allevamenti indenni da leucosi bovina enzootica;
- b) nessun caso di leucosi bovina enzootica è stato confermato nello Stato membro o nella regione in questione negli ultimi tre anni.

5.1.8 Anemia infettiva degli equidi (AIE)

L'anemia infettiva degli equidi (A.I.E.) è una malattia contagiosa ad eziologia virale, propria degli equidi, a decorso acuto o cronico ed inapparente, caratterizzata da viremia persistente, febbre ricorrente, debilitazione progressiva e, nei casi più gravi e terminali, da intenso stato oligocitemico.

Essa viene trasmessa principalmente attraverso insetti ematofagi (tabanidi, mosche di stalla, zanzare) o iatrogenicamente (aghi infetti) (trasmissione indiretta). Pur tuttavia è possibile che il contagio avvenga anche per via transplacentare e per contatto diretto (stretta coabitazione e durante il coito) tra animale infetto e animale sano (trasmissione diretta); è quanto ordinariamente avviene nei puledri nati da