

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 partori 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'espletamento 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 partori, 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 partori di madri straniere si ricorre al taglio cesareo, mentre si registra una percentuale del 39,8% nei partori 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

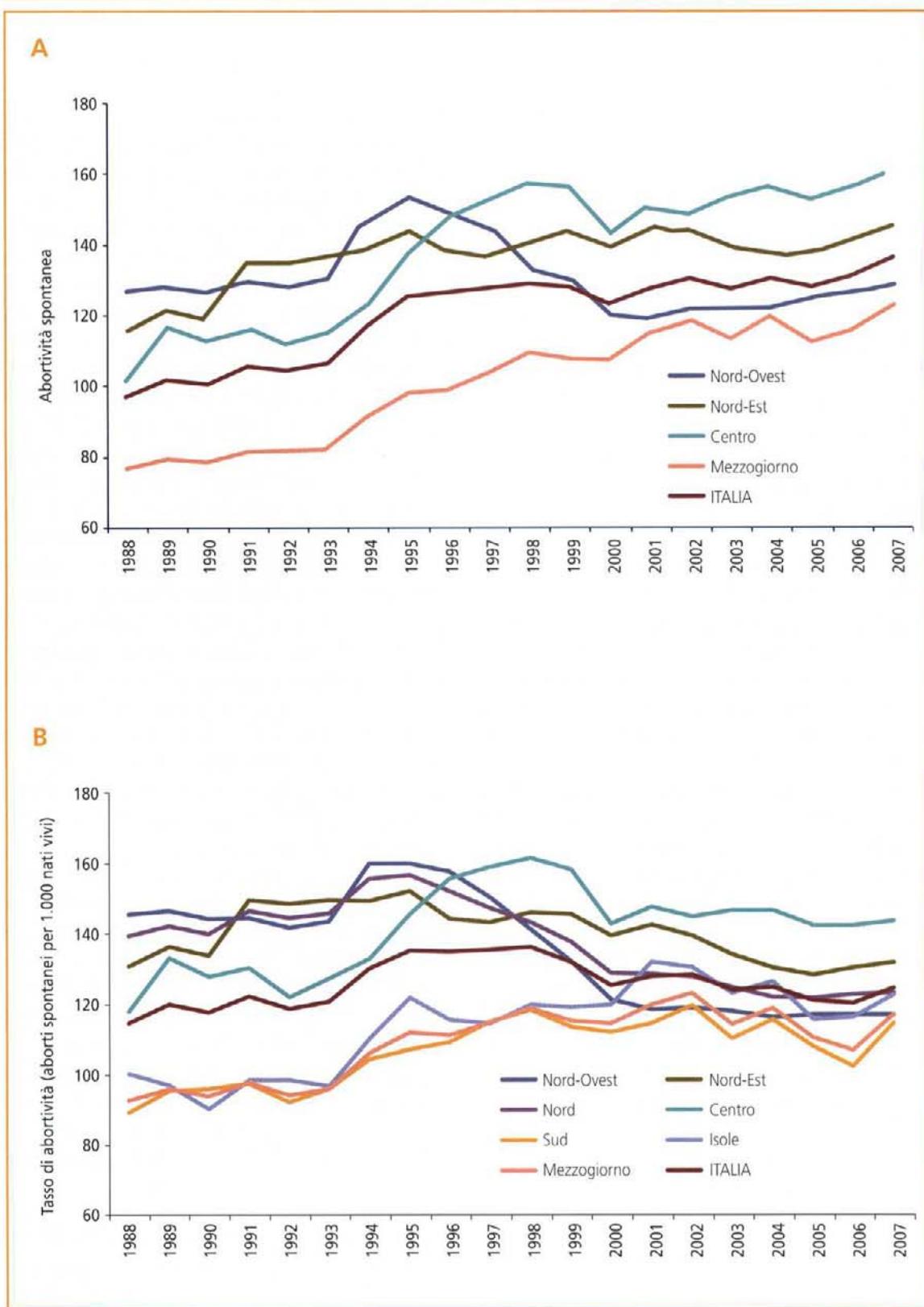
livello di istruzione sono risultati associati a un maggiore rischio di morte materna.

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 influenza 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 contraccuzione 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^a

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 interterritoriali di neonati che necessitano di procedure chirurgiche specialistiche (chirurgia pediatrica, cardiochirurgia 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 1.500 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/sesso (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. 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 cardiochirurgia, 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
A00-Y89	Totale	2003	2.134	389	642	2003	39,75	1,83	1,17
		2006	2.031	377	551	2006	36,86	1,71	0,99
		2007	1.959	361	603	2007	35,18	1,62	1,09

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
Italia	468,1	84,3	46,8	43,3	52,3	77,2

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/drogherie 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
Totale	266.774	191.114	131.336	120.696	709.920

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 inappropriatezza 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/implementatione 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 diagnostico-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 appporto 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 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 multiscopo 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 EU-ROSTAT) 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-

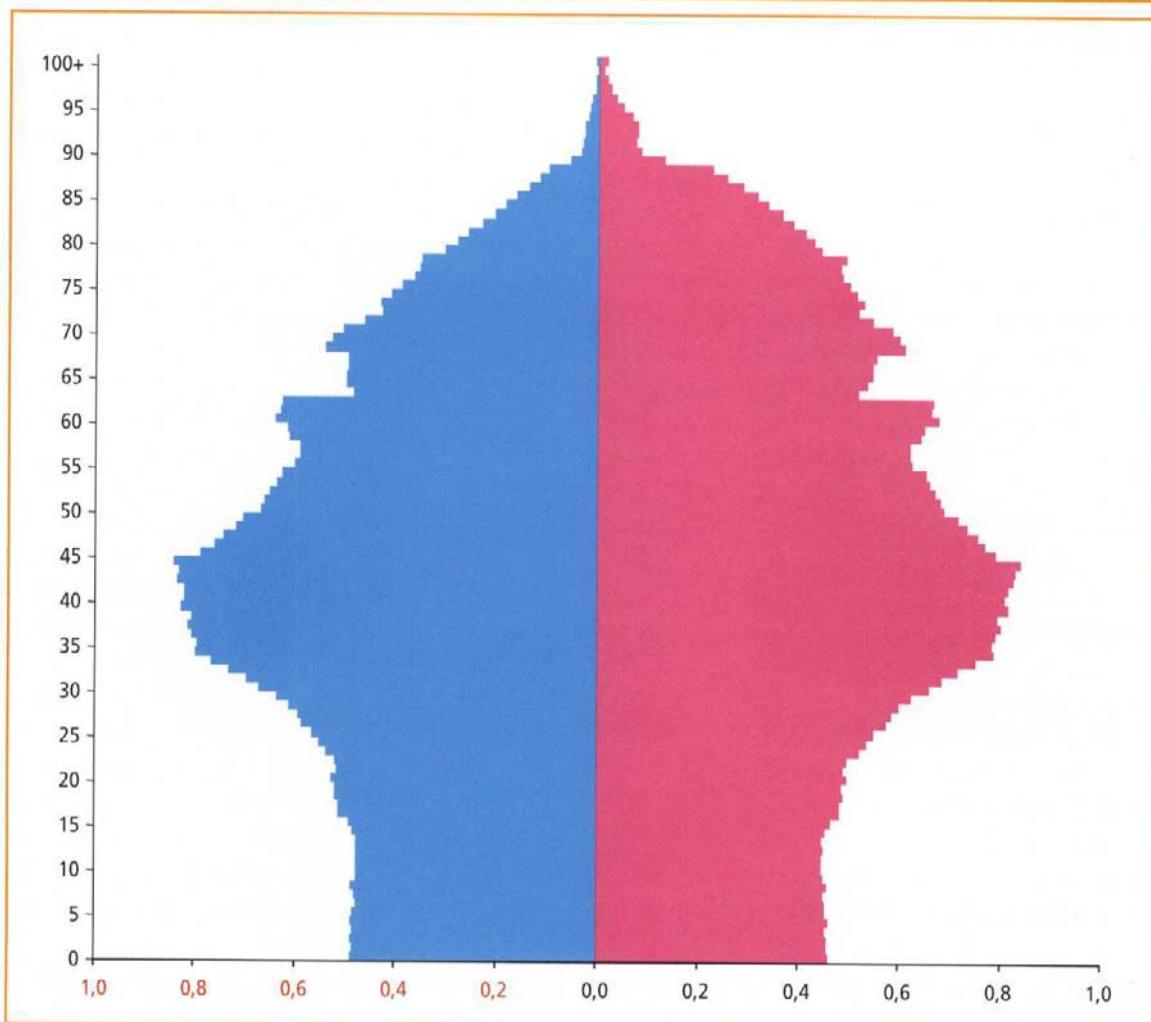
do, la piramide della popolazione residente in Italia all’1 gennaio 2009 è caratterizzata, rispetto all’inizio del 20° secolo, da un consistente restringimento alla base (la quota dei giovani rispetto alla popolazione nella sua totalità è esigua) e da uno slargamento dell’apice, per il consistente peso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

Salute	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>
Partecipazione	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
Sicurezza	Assicurare la protezione, la sicurezza e la dignità delle persone che invecchiano, affrontando i problemi sociali ed economici
	Ridurre le diseguaglianze in fatto di sicurezza e di bisogni delle donne che invecchiano

Fonte: OMS 2002.