

donna risulta essere un fattore associato a un rischio di aborto spontaneo più elevato.

4.1.4. Gravidanza e parto

I dati rilevati dal flusso informativo del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP), relativi all'anno 2010, confermano un'eccessiva medicalizzazione e un sovrautilizzo delle prestazioni diagnostiche nella gravidanza fisiologica. Infatti, nel 73,2% delle gravidanze si effettuano più di 3 ecografie, nonostante il limite raccomandato dalle Linee guida (2 esami ecografici) e quanto previsto esente ticket dal Decreto Bindi (3 esami ecografici). Il numero di ecografie eseguite non varia in caso di gravidanza fisiologica e patologica. Nell'84,6% delle gravidanze il numero di visite ostetriche effettuate è superiore a 4. Le donne con bassa scolarità si sottopongono alla prima visita più tardivamente delle donne con scolarità medio-alta (la prima visita è effettuata oltre la 12^a settimana dal 9,9% delle donne con bassa scolarità e dal 3,0% delle donne con scolarità alta). In media, sono state effettuate 13,6 amniocentesi ogni 100 parti. A livello nazionale, alle madri con più di 40 anni il prelievo del liquido amniotico è stato effettuato nel 38,7% dei casi.

Per quanto riguarda i punti nascita, l'88,2% dei parto avviene negli istituti di cura pubblici, l'11,8% nelle case di cura e solo lo 0,1% altrove. Il 67,9% dei parto si svolge in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti annui. Il 7,1% dei parto ha luogo ancora in strutture che accolgono meno di 500 parti annui.

L'età media della madre è di 32,6 anni per le italiane, mentre scende a 29,3 anni per le cittadine straniere, che rappresentano il 18,3% delle partorienti. Nel 90,2% dei parto spontanei la donna ha accanto a sé al momento del parto il padre del bambino.

Due indagini campionarie condotte nel periodo 2008-2011 dall'Istituto superiore di sanità (ISS) a cui hanno aderito 2.000 e 6.900 partorienti con gravidanza fisiologica hanno evidenziato:

- un'assistenza prenatale soprattutto privata per le donne italiane (il 78% è assistito dal ginecologo privato e solo l'11% dal

consultorio familiare); le donne straniere, invece, si rivolgono maggiormente al pubblico (52% al consultorio familiare);

- un percorso assistenziale eccessivamente medicalizzato (in media 6-7 ecografie per gravidanza, 36% di tagli cesarei, 40% di episiotomie);
- una scarsa applicazione negli ospedali delle pratiche favorenti l'allattamento al seno e una scarsa adesione alle raccomandazioni (contatto pelle-pelle 69%, *rooming-in* 54%, attaccamento al seno entro 2 ore dal parto 57%; allattamento esclusivo al seno subito dopo il parto e a 3 mesi: 60% e 49%, rispettivamente).

Inoltre, il 59% delle primipare (in aumento rispetto al passato) ha partecipato a un corso di accompagnamento alla nascita, dando in generale un buon giudizio dell'informazione ricevuta (sebbene siano trattati con minore frequenza argomenti quali contraccezione in puerperio, vaccinazioni e normative).

Si rileva, inoltre, una maggiore esposizione a pratiche inappropriate per le donne straniere (prima visita di controllo oltre i 3 mesi dal concepimento: italiane 5%, straniere 13%) e per quelle con basso livello di istruzione (assunzione di acido folico in periodo periconcezionale: italiane 16%, straniere 6%; in caso di istruzione alta: italiane 26%, straniere 11%).

4.1.5. Uso dei farmaci in gravidanza

Uno studio del *Collaborative Group on Drug Use in Pregnancy*, condotto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in 22 Paesi, tra cui l'Italia, indica che l'assunzione di farmaci interessa l'86% delle donne in gravidanza (2,6 dosi di media). Eppure è ancora radicata nella popolazione la percezione erronea di un principio di causa-effetto tra l'impiego di un farmaco e la comparsa di effetti teratogeni sul feto. Tale percezione turba la serenità auspicabile per la donna in attesa ed espone a rischi legati al mancato ricorso alle cure, piuttosto che al loro utilizzo corretto e appropriato. In realtà, solo il 2% delle anomalie nello sviluppo del feto è dovuto ai farmaci. .

Nel corso del biennio 2012-2013, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), in collaborazio-

ne con le Università degli Studi di Ancona, Padova e Siena e con i massimi esperti del settore, ha proceduto all'analisi e alla revisione della principale letteratura scientifica internazionale sull'efficacia e la sicurezza delle terapie farmacologiche nella donna in gravidanza e in allattamento. Il lavoro si è concretizzato nella realizzazione di: oltre 80 schede informative sulle principali patologie croniche o intervenienti in gravidanza e durante l'allattamento, a contenuto tecnico-scientifico, destinate prevalentemente agli operatori sanitari; altrettante schede, di carattere divulgativo, rivolte alle mamme e alla popolazione generale, con consigli utili sui comportamenti da adottare in caso di malattia; oltre 270 schede che riportano le più recenti evidenze scientifiche sui profili beneficio/rischio dei principi attivi più utilizzati nelle patologie considerate.

4.1.6. Ricorso al taglio cesareo

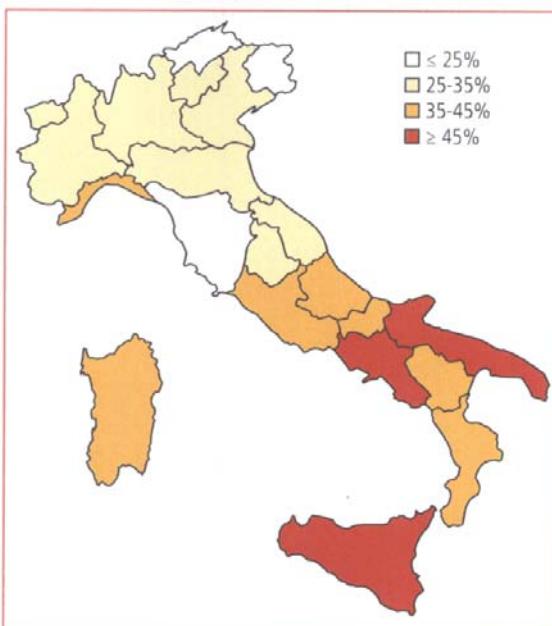
Sempre dai dati CeDAP 2010 si conferma, come per gli anni precedenti, un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica. Nel nostro Paese, infatti, il 37,5% dei parto avviene con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali (*Figura 4.3*). Rispetto al luogo del parto si registra un'elevata propensione all'utilizzo del taglio cesareo nelle case di cura accreditate, nelle quali tale procedura viene adottata nel 58,3% dei parto contro il 34,6% negli ospedali pubblici. Il taglio cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana (39,5%) rispetto alle donne straniere (28,8%).

Al fine di ridurre l'intensità e la variabilità di tale fenomeno, 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" e sono state prodotte specifiche Linee guida nazionali sulla gravidanza fisiologica e il taglio cesareo.

4.1.7. Mortalità materna

Ridurre le morti materne, prevenire le evitabili e limitare gli esiti conseguenti a com-

Figura 4.3. Distribuzione percentuale di parti con taglio cesareo per Regione (Anno 2010).



Fonte: Ministero della salute. *Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2010.*

plicazioni di gravidanza, parto e puerperio sono aspetti cruciali della pratica ostetrica e una priorità di salute pubblica. La mortalità materna rispecchia l'efficacia e l'appropriatezza dell'assistenza al percorso nascita e delle cure perinatali di un sistema sanitario. Le morti materne, sottostimate in diversi Paesi socialmente avanzati, potrebbero essere evitate nel 50% dei casi circa, grazie al miglioramento degli standard assistenziali. Uno studio dell'ISS, finanziato dal Ministero della salute, ha rilevato, in 5 Regioni italiane, una sottostima del 63% del rapporto di mortalità materna (11,8/100.000 nati vivi) rispetto al dato Istat (4,4/100.000) e ha promosso un progetto pilota di sorveglianza, attivo in 6 Regioni, per studiare i casi incidenti e identificare le azioni per prevenire le morti evitabili. Tale modello, una volta validato, potrà essere esteso a livello nazionale, facilitando il confronto tra i Paesi con sistemi di sorveglianza. Dal 2012 l'Italia fa parte dell'*International Network of Obstetric Survey System* e, attraverso l'ISS, collabora a ricerche sui *near miss* ostetrici e sostiene l'aggiornamento dei professionisti sanitari come con l'attuale studio in corso e la relativa formazione a di-

stanza ECM (Educazione Continua in Medicina) gratuita, rivolta a ginecologi, anestesiologi e ostetriche, sui *near miss* da emorragia del *post-partum*. Per approfondimenti è possibile consultare il sito <http://www.iss.it/itoss>.

4.1.8. Interruzione volontaria di gravidanza

Nel 2012 le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) sono state 105.968 (dato preliminare), con una riduzione del 4,9% rispetto al 2011 (111.415 IVG) e del 54,9% rispetto al massimo del 1982 (234.801). Il tasso di abortività (n. IVG per 1.000 donne di età pari a 15-49 anni) è risultato 7,8 nel 2012 e 8,0 nel 2011, valori tra i più bassi osservati nei Paesi industrializzati. Le più rapide riduzioni del ricorso all'aborto sono state tra le donne più istruite, tra le occupate e tra le coniugate. Ormai un terzo delle IVG è effettuato da cittadine straniere (34,3% nel 2011), in seguito all'aumento dell'immigrazione nel nostro Paese e al loro maggiore ricorso all'IVG (tasso di abortività 24,9 rispetto a 6,6 tra le italiane nel 2009). Recentemente è stata osservata una tendenza alla stabilizzazione anche tra queste donne.

È aumentata la percentuale di interventi effettuati entro le 8 settimane di gestazione (41,8%) e del ricorso al consultorio familiare per le procedure pre-IVG (40,7%). La quasi totalità degli interventi avviene in day-hospital con degenze inferiori a 1 giorno (90,3%) e l'isterosuzione, in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata (79,4%). Dal 2009 è in commercio in Italia il mifepristone (RU486), impiegato come metodo per l'aborto medico; nel 2011 è stato utilizzato nel 7,3% delle IVG. Permane elevato l'impiego dell'anestesia generale (82,1%). Il numero di IVG con complicanze è simile a quello osservato in altri Paesi (4,2 su 1.000).

4.1.9. Salute del neonato: natalità e mortalità infantile

Nel 2012 si è registrato in Italia un numero di nati vivi pari a 534.186, oltre 12.000 in meno rispetto al 2011 e quasi 28.000 in

meno rispetto al 2010. Il numero medio di figli per donna decresce leggermente, passando da 1,41 (2010) a 1,39 (2011, ultimo dato disponibile). In lieve diminuzione anche il tasso di natalità, che nel 2012 si attesta a 8,9 nascite ogni 1.000 abitanti, valore pressoché identico nelle macroaree Nord, Centro e Sud, ma con qualche rilevante differenza a livello regionale: il tasso più basso si registra in Molise (7,2), quello più alto nella Provincia Autonoma di Bolzano (10,0).

Il tasso di mortalità infantile, che misura la mortalità nel primo anno di vita, è pari nel 2011 a 2,9 bambini ogni 1.000 nati vivi per quanto riguarda i bambini residenti italiani, 4,3 per gli stranieri residenti. Il tasso di natimortalità, infine, nel 2010 è pari a 2,7 nati morti ogni 1.000 nati.

Lo stato di salute del neonato è condizionato dallo stato di salute della mamma e dalla qualità delle cure erogate. La nascita di neonati con segni clinici o anamnestici indicativi di patologie fetal e neonatali che richiedono ricovero neonatale in Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN) deve essere garantita in centri nascita dotati di tale Unità. Come indicato nell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 riguardante il Percorso Nascita (si veda il paragrafo 4.1.6. "Ricorso al taglio cesareo"), uno degli standard operativi indica almeno 50 neonati di peso inferiore a 1.500 grammi l'anno e un bacino di utenza di almeno 5.000 nati l'anno. Nel 2012 in Italia i Centri di Terapia Intensiva Neonatale erano 136; di conseguenza il bacino di utenza di ogni Centro, in media, è inferiore a 4.000 nati vivi.

Bibliografia essenziale

Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita – Anno 2010

Donati S, Senatore S, Ronconi A; the Regional Maternal Mortality group. Maternal mortality in Italy: a record-linkage study. BJOG 2011; 118: 872-9

Istat. Annuario statistico italiano 2013

Lauria L, Lamberti A, Buoncristiano M, et al. Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011. Roma: Istituto superiore di sanità, 2012 (Rapporti ISTISAN 12/39)

Relazione del Ministro della salute al Parlamento sullo

stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita – Attività anno 2011

Relazione del Ministro della salute al Parlamento sullo

stato di attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78): dati preliminari 2012 – dati definitivi 2011. 13 settembre 2013

4.2. Salute infantile e dell'adolescenza

4.2.1. Quadro programmatico

Il diritto di godere del miglior stato di salute possibile e di poter accedere a cure sanitarie appropriate è una condizione essenziale in tutte le fasi della vita, ma in particolare lo è nell'età evolutiva. Sin dalla nascita, infatti, ogni persona manifesta bisogni che richiedono risposte diversificate, non solo in rapporto alle condizioni di salute, ma soprattutto in relazione allo sviluppo motorio, psichico, relazionale, emotivo e sociale.

Con l'obiettivo primario di sensibilizzare la popolazione, in particolare i neo-genitori, sugli strumenti per promuovere la salute del loro bambino e per una maggiore consapevolezza delle loro risorse, è stato promosso dal Ministero della salute il Progetto nazionale “GenitoriPiù”, poi inserito nel Programma nazionale “Guadagnare Salute” e nel Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2010-2012. Il Progetto propone 8 azioni di provata efficacia, quali: prendere l'acido folico; non bere bevande alcoliche in gravidanza e in allattamento; non fumare in gravidanza e davanti al bambino; allattarlo al seno; metterlo a dormire a pancia in su; proteggerlo in auto e in casa; fare tutte le vaccinazioni consigliate; leggergli un libro. A breve sarà avviato uno specifico sistema di sorveglianza su questi 8 determinanti di salute del bambino, dal concepimento ai 2 anni di vita, in collaborazione con l'ISS.

Per quanto riguarda l'utilizzo dei farmaci nei bambini, a partire dai nati prematuri e dai neonati, è stato istituito presso l'AIFA uno specifico Gruppo di lavoro, il Working Group Pediatrico (WGP), che studia le evidenze emerse in letteratura e nella pratica clinica sull'impiego dei farmaci nelle diverse fasi ed età del bambino, per aggiornare costantemente gli indirizzi prescrittivi. L'AIFA ha inoltre condiviso con le

principali Società scientifiche l'impegno a promuovere gli studi clinici in ambito pediatrico. Si stima, infatti, che in Europa il 50% dei farmaci utilizzati nei bambini sia stato studiato solo negli adulti e spesso per indicazioni terapeutiche diverse. La somministrazione di farmaci nei bambini (al di fuori delle indicazioni terapeutiche) con dosaggi e posologia adattati da quelli previsti per gli adulti è una delle principali cause di reazioni avverse anche gravi. Grande attenzione va dedicata ai problemi di salute degli adolescenti, considerato che molte delle loro caratteristiche biologiche e neuropsicologiche, così come le loro principali cause di morbilità e mortalità, hanno aspetti propri, che si differenziano sia da quelli dei bambini sia da quelli dell'adulto. In adolescenza, infatti, gli individui affrontano problemi e situazioni nuove e i comportamenti instaurati spesso si mantengono da adulti, con effetti sulla salute. In generale, contrastare gli stili di vita non salutari rappresenta una sfida rilevante per la sanità pubblica. In particolare, la loro diffusione tra bambini e adolescenti è preoccupante, in quanto predittori di future condizioni di salute sfavorevoli, considerando l'alta prevalenza delle malattie cronico-degenerative. A questo scopo il Ministero della salute ha attivato programmi dedicati agli adolescenti quali “Guadagnare Salute in adolescenza” e ha promosso lo studio *HBSC - Health Behaviour in School-aged Children*. In conclusione, si sottolinea l'importanza della transizione nel percorso assistenziale dell'adolescente, cioè del passaggio programmato e finalizzato di adolescenti e, in alcuni Paesi anche di giovani adulti, soprattutto se affetti da patologie croniche, da un sistema di cure pediatrico a uno orientato all'adulto, in modo da occuparsi, oltre che delle necessità di cura della persona, anche delle sue esigenze psico-sociali, educative e professionali.

4.2.2. Rappresentazione dei dati

Secondo i dati diffusi dall'Istat e relativi al 2013, la percentuale di bambini e ragazzi della fascia d'età 0-14 anni che presenta almeno una malattia cronica è pari al 7,7%, mentre a soffrire di due o più malattie croniche è solamente l'1,4%. Entrambi i fenomeni sono in diminuzione rispetto agli anni precedenti, sia per i maschi sia per le femmine, anche se permane una chiara differenza tra i due generi, con i maschi che presentano percentuali più elevate rispetto alle femmine.

La prevalenza delle malattie allergiche, cresciuta sensibilmente negli anni Novanta e Duemila, è tornata a decrescere e al momento riguarda il 6,3% dei ragazzi (era pari all'8,0% nel 2008), mentre la diffusione della

bronchite cronica (2,1%), asma bronchiale inclusa, pur risultando in netta diminuzione rispetto all'anno precedente, è sostanzialmente stabile se confrontata con un periodo di tempo più lungo.

Anche la natalità tra le ragazze è diminuita nel tempo: nel 2012 vi sono stati 2.124 nati tra donne minori di 17 anni e 6.674 per quelle di 18-19 anni (1,6% di tutte le nascite), con prevalenze maggiori al Sud.

4.2.3. Ricoveri pediatrici

I dati più recenti relativi alle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del 2012 confermano la riduzione, in atto ormai da diversi anni, dei tassi di ospedalizzazione ri-

Tabella 4.1. Tasso di ricovero per fasce di età (per 1.000 abitanti) – Attività per Acuti in Regime ordinario (Anno 2012)

Regione	Meno di 1 anno	Da 1 a 4 anni	Da 5 a 9 anni	Da 10 a 14 anni	Da 15 a 17 anni	Tasso complessivo da 0 a 17 anni
Piemonte	519,02	54,09	33,93	31,52	39,97	65,38
Valle d'Aosta	362,44	51,17	42,03	49,00	48,13	65,51
Lombardia	437,58	69,80	39,28	39,08	47,46	69,95
PA di Bolzano	399,46	56,82	31,68	34,46	50,12	60,05
PA di Trento	368,94	38,76	25,02	25,46	33,03	47,97
Veneto	325,46	40,86	22,74	24,15	28,83	44,57
Friuli Venezia Giulia	314,45	36,89	23,18	26,42	36,38	44,86
Liguria	511,31	68,64	33,57	35,48	41,92	67,84
Emilia Romagna	418,52	62,35	37,53	34,39	40,51	64,82
Toscana	380,31	53,38	30,86	32,53	39,57	56,96
Umbria	425,44	78,21	45,83	39,95	48,84	72,89
Marche	357,00	64,72	37,46	33,44	39,48	60,53
Lazio	478,59	79,98	41,13	34,87	41,20	72,86
Abruzzo	572,38	99,49	48,02	44,47	50,73	86,66
Molise	682,66	77,62	40,12	42,64	45,18	80,32
Campania	406,75	76,54	36,72	35,22	42,56	63,53
Puglia	574,53	114,63	51,96	48,61	50,64	89,23
Basilicata	428,57	67,35	39,61	37,09	36,76	61,92
Calabria	484,42	83,34	44,68	37,97	45,09	72,73
Sicilia	425,68	107,80	49,21	40,98	40,34	76,37
Sardegna	533,31	97,41	48,05	39,87	47,82	81,71
Italia	441,43	73,24	38,59	36,25	42,31	67,67

Tasso di ospedalizzazione calcolato sui soli ricoveri di residenti in Italia e dimessi da istituti pubblici, istituti privati accreditati e istituti privati non accreditati. Esclusi i casi con tipo attività, regime di ricovero, genere o età errati.

Fonte: Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) 2012.

Tabella 4.2. Distribuzione delle dimissioni ospedaliere per Major Diagnostic Category (MDC) [versione 24] e fasce di età – Attività per Acuti in Regime ordinario (Anno 2012)

MDC	Meno di 1 anno	Da 1 a 4 anni	Da 5 a 9 anni	Da 10 a 14 anni	Da 15 a 17 anni	Totale complessivo da 0 a 17 anni
01 - Malattie e disturbi del sistema nervoso	6.468	19.295	10.034	9.297	4.812	49.906
02 - Malattie e disturbi dell'occhio	704	2.147	1.952	1.357	733	6.893
03 - Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	7.839	24.353	19.883	8.579	6.943	67.597
04 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	25.898	26.162	8.029	3.692	2.605	66.386
05 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	6.907	3.081	3.372	4.454	2.827	20.641
06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente	12.243	20.798	17.947	19.502	10.633	81.123
07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	459	694	787	1.110	985	4.035
08 - Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	3.006	7.140	12.092	24.109	15.489	61.836
09 - Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	2.370	3.899	2.864	3.182	3.672	15.987
10 - Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	5.928	17.326	7.055	4.442	1.642	36.393
11 - Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	6.528	4.812	3.625	2.655	1.990	19.610
12 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	1.267	5.631	3.904	4.159	2.473	17.434
13 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	194	140	221	1.172	1.863	3.590
14 - Gravidanza, parto e puerperio	29	1	-	282	4.585	4.897
15 - Malattie e disturbi del periodo neonatale	132.236	181	49	24	5	132.495
16 - Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	1.765	4.929	3.441	2.178	1.055	13.368
17 - Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	386	3.240	2.784	2.346	1.722	10.478
18 - Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	7.559	10.723	4.263	2.814	1.797	27.156
19 - Malattie e disturbi mentali	974	2.199	2.436	3.064	2.803	11.476
20 - Abuso di alcol/droge e disturbi mentali organici indotti	6	23	7	130	361	527
21 - Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	1.098	4.165	2.202	1.901	1.589	10.955
22 - Ustioni	145	786	177	115	94	1.317
23 - Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	12.826	2.576	1.533	1.402	867	19.204
24 - Traumatismi multipli rilevanti	12	42	71	106	290	521
25 - Infezioni da HIV	14	10	4	20	23	71
Altri DRG	227	227	132	188	173	947
Pre MDC	218	279	208	220	166	1.091
Totale generale	237.306	164.859	109.072	102.500	72.197	685.934

Dimissioni ospedaliere da istituti pubblici, istituti privati accreditati e istituti privati non accreditati.

Esclusi i casi con tipo attività, regime di ricovero, genere o età errati.

Fonte: Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) 2012.

guardanti tutte le fasce d'età inferiori ai 18 anni. La *Tabella 4.1* mostra come a livello regionale vi siano ancora differenze piuttosto rilevanti: quasi tutte le Regioni del Mezzogiorno fanno registrare tassi di ospedaliz-

zazione più elevati di quelli nazionali (fanno eccezione Campania e Basilicata).

Il dato disaggregato per Major Diagnostic Category (MDC) [*Tabella 4.2*] conferma sostanzialmente quanto rilevato negli anni precedenti:

nel primo anno di età, circa la metà dei ricoveri è associata a “Malattie e disturbi del periodo neonatale”, mentre per le altre fasce d’età la distribuzione è molto meno concentrata, con frequenze più elevate relative a “Malattie e disturbi dell’apparato digerente” (15,4%), “Malattie e disturbi dell’orecchio, del naso, della bocca e della gola” (13,3%) e “Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo” (13,1%).

4.2.4. Mortalità in infanzia e adolescenza

I livelli di mortalità infantile nel nostro Paese si confermano tra i più bassi del mondo. I dati Istat relativi all’anno 2011 per i decessi nel primo anno di vita registrano un numero di eventi pari a 1.691 (930 maschi e 761 femmine), che corrisponde a 3,1 ogni 1.000 nati vivi. Si evidenzia, quindi, una diminuzione sia per quanto riguarda il numero assoluto dei decessi, che nel 2010 era di 1.773, sia per quanto riguarda il tasso per 1.000 nati vivi che, sempre nel 2010, era pari a 3,2. I decessi in età 1-4 anni nel 2011 sono stati 294 (325 nell’anno precedente), pari a 1,32 ogni 10.000 abitanti nella stessa fascia d’età, con maggiore incidenza tra i maschi. Nella classe d’età 5-14 anni, il dato risulta pressoché stabile, 538 decessi del 2011 rispetto ai 520 dell’anno precedente.

Tumori e malattie del sistema circolatorio, che nella popolazione generale sono causa del 67,8% dei decessi (dati 2010), nella fascia di età compresa tra 1 e 14 anni, rappresentano il 38,6% del totale; considerando i soli tumori, tuttavia, la percentuale è di 31,3%, quasi analoga alla percentuale riscontrata nella popolazione generale (29,9%).

Nel primo anno di vita le due cause di morte più frequenti, alcune condizioni morbose di origine perinatale (1.087 decessi) e le malformazioni congenite (437 decessi), rappresentano oltre l’80% del totale. A livello territoriale i dati del 2010 continuano a evidenziare una più elevata mortalità infantile nelle Regioni del Mezzogiorno rispetto a quelle del Nord: 3,9 decessi per 1.000 nati vivi contro 2,9 per il Nord.

La mortalità nella fascia di età 15-19 anni è molto bassa (2,5 per 10.000 o 712 casi nel 2011), principalmente per cause accidentali.

4.2.5. Esposizione e valutazione critica dei fenomeni rappresentati dai dati

L’analisi dei dati relativa alla mortalità infantile, ridotta in maniera eclatante negli ultimi anni, consente di fornire indicazioni su ulteriori interventi di prevenzione, per assicurare la promozione e la tutela della salute dei bambini e degli adolescenti attraverso specifiche azioni. Gli interventi proposti sono già previsti dal Progetto Obiettivo materno-infantile e si evidenziano tra gli obiettivi dei Piani Sanitari Nazionali (PSN) e dei PNP.

In particolare, il Ministero della salute sta lavorando per individuare specifiche azioni per la prevenzione della sindrome della morte improvvisa infantile (*sudden infant death syndrome*, SIDS), anche in applicazione della legge n. 31/2006 “Disciplina del riscontro diagnostico sulle vittime della morte improvvisa del lattante (SIDS) e di morte inaspettata del feto” e per la diagnosi precoce delle malattie metaboliche ereditarie, attraverso la diffusione sul territorio nazionale di programmi di Screening Neonatale Esteso (SNE) come previsto e finanziato anche dalla legge di stabilità 2014.

Al riguardo, il Ministero della salute ha finanziato due progetti CCM (Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie) di ricerca operativa specifici: il progetto “Screening Neonatale Esteso: proposta di un modello operativo nazionale per ridurre le diseguaglianze di accesso ai servizi sanitari delle diverse Regioni”, in collaborazione con l’ISS, per definire una strategia nazionale per lo sviluppo e l’applicazione dello screening neonatale esteso, attraverso lo studio dell’organizzazione dei sistemi di screening esistenti sul territorio nazionale; il progetto “Costruzione di percorsi diagnostico-assistenziali per le malattie oggetto di screening neonatale allargato”, in collaborazione con l’Ospedale Bambino Gesù di Roma, che ha elaborato specifici “percorsi diagnostico-assistenziali” per le malattie metaboliche oggetto di SNE, per ottimizzare il processo di cura, dalla diagnosi al follow-up a lungo termine.

Infine, sono in corso di elaborazione le “Linee di indirizzo relative alla promozione e al miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico-adolescenziale”. Infatti, benché gli

indicatori di salute in questa fascia di età si attestino sui livelli dei Paesi più avanzati, è presente una forte variabilità territoriale. Per migliorare l'assistenza sanitaria e razionalizzare l'impiego delle risorse disponibili dovranno quindi essere colmate le rilevanti differenze regionali esistenti.

Bibliografia essenziale

Istat. Anno 2012. Natalità e fecondità della popolazione residente: caratteristiche e tendenze recenti. Statistiche Report. 27 novembre 2013. <http://www.istat.it/it/archivio/104818>

Ultima consultazione: agosto 2014

Istat. Annuario statistico italiano 2013, anno 2012. Dicembre 2013

Istat. Datawarehouse I.stat-Mortalità. http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_CMORTE1&Lang=2). Ultima consultazione: agosto 2014

Istat. La mortalità dei bambini ieri e oggi in Italia, anni 1887-2011. Gennaio 2014

Ministero della salute. Rapporto sulle attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2012

4.3. Salute della popolazione anziana

4.3.1. Quadro programmatico

Situazione e indicatori demografici. Prosegue in Italia l'incremento dell'aspettativa di vita alla nascita (vita media), dovuto alla diminuzione del rischio di morte in tutte le classi di età, sia per i progressi della medicina e dell'assistenza sanitaria, sia per l'adozione di stili di vita più salutari.

Negli anni 2010 e 2011 la speranza di vita alla nascita si stima essere ulteriormente aumentata rispetto al 2009 passando, per i maschi, da 79 anni (dato definitivo 2009) a 79,1 e a 79,4 rispettivamente per gli anni 2010 e 2011 e per le donne da 84,1 (dato definitivo 2009) a 84,3 e 84,5 nei 2 anni successivi.

In base alle stime del 2011 le Regioni in cui si vive più a lungo in Italia sono la Provincia Autonoma di Bolzano e le Marche, con una speranza di vita alla nascita pari, rispettivamente, per gli uomini a 80,5 e a 80,3 anni e per le donne a 85,8 e a 85,4. Dall'analisi della serie storica degli ultimi 10 anni la speranza di vita alla nascita degli uomini continua ad avvicinarsi a quella delle donne, riducendo così la differenza di genere (5,1 anni nel 2011).

In Italia, al 1° gennaio 2013 sono circa 12.639.829 i residenti di età uguale e superiore a 65 anni (21,2% della popolazione totale), di cui circa 3,7 milioni con almeno 80 anni (6,3% della popolazione totale).

Analizzando la struttura della popolazione 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 2013, infatti, nella classe di età ≥ 65 anni si registra una superiorità numerica delle donne con rapporto femmine/maschi pari a 1,3.

Un interessante indicatore della struttura della popolazione per età che evidenzia lo squilibrio tra popolazione anziana e popolazione giovane è l'“Indice di vecchiaia”, definito come il rapporto percentuale tra la popolazione in età anziana (65 anni e più) e la popolazione in età giovanile (meno di 15 anni). Utilizzando questo indice, si evidenzia che al 1° gennaio 2012 vi sono 147,2 anziani ogni 100 giovani (144,0 al 1° gennaio 2010; 144,5 al 1° gennaio 2011), mentre nel 2002 erano 131,4. Nel 2011 l'Italia, con 147,2 anziani ogni 100 giovani, è al secondo posto nella graduatoria dell'indice di vecchiaia dei 27 Paesi europei dopo la Germania, prima con il 154,0%.

L'“Indice di dipendenza strutturale”, altro indicatore della struttura di popolazione per età, è dato dal rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva (15-64 anni). Tale rapporto, che viene generalmente moltiplicato per cento, misura il carico sociale sulla popolazione in età attiva; valori superiori al 50% indicano una situazione di squilibrio generazionale. Al 1° gennaio 2012 tale indice risulta pari a 53,1 (dato provvisorio) [52,2 al 1° gennaio 2010; 52,3 al 1° gennaio 2011], indicando che vi sono 53 persone a carico per ogni 100 persone in età lavorativa.

A fronte di questo aumento continuo dell'aspettativa di vita non corrisponde un parallelo aumento della quantità di vita vissuta in salute. Infatti, la popolazione ultra64enne attuale ha una speranza di vita sana (esente da disabilità e malattie croniche) di circa 5 anni rispetto a un'attesa complessiva di vita di 20 anni (18 negli uomini e 21 nelle donne).

Questo importante divario giustifica l'esistenza di un sistema di sorveglianza della popolazione ultra64enne che sia capace di registrare tempestivamente e nel tempo i determinanti della qualità della vita e della salute, ma anche gli elementi riguardanti le misure di prevenzione e la loro diffusione all'interno della popolazione. Nel 2011, il Ministero della salute, attraverso il CCM, ha affidato all'ISS/CNESPS (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della salute) la messa a regime di un sistema di sorveglianza della popolazione ultra64enne, PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) d'Argento. Seguendo le indicazioni di questi ultimi anni della politica del nostro Paese, la sorveglianza ha approccio di studio bio-psico-sociale e non solo bio-medico con l'intento di studiare gli ultra64enni e le loro abilità come risultato dell'interazione più o meno complessa dell'anziano stesso con la società.

4.3.2. Rappresentazione dei dati

I risultati del Sistema PASSI d'Argento sono presentati al fine di fornire una panoramica completa della sorveglianza di popolazione,

suddividendoli per 4 aree principali: benessere individuale e stato di salute; partecipazione ed essere risorsa; fattori di rischio, condizioni di salute e cure; ambiente di vita.

Nelle persone con 65 anni e più, una percezione negativa del proprio stato di salute è correlata a un rischio aumentato di declino complessivo delle funzioni fisiche, indipendentemente dalla severità delle patologie presenti. In PASSI d'Argento (*Tabella 4.3*), il 31,1% di tutto il campione giudica il proprio stato di salute positivamente, il 50,6% discretamente e il rimanente 18,4% in modo negativo. Oltre al livello di istruzione, la percezione delle difficoltà economiche gioca un ruolo fondamentale nella percezione dello stato di salute: solo il 15% di coloro che dichiarano molte difficoltà economiche si sente bene/molto bene rispetto al 42% di coloro che invece non ne riferiscono.

La capacità di svolgere in autonomia le attività strumentali della vita quotidiana (*instrumental activities of daily living*, IADL) contribuisce alla vita indipendente promossa nel quadro dell'invecchiamento attivo (*Tabella 4.4*).

In media le persone che hanno difficoltà in 2 o più attività strumentali della vita quotidiana sono il 36% (27% per le Regioni del Nord Italia, 34% al Centro e 49% nel Sud e nelle Isole). Meno autonome sono le donne (40% vs 31% degli uomini) e le persone con 75 e più anni (54% vs 19% delle persone fra 65 e 74 anni). In generale, per gli uomini le IADL più penalizzate sono prendersi cura della casa e fare il bucato, mentre per le donne effettuare pagamenti e spostarsi fuori casa con i mezzi pubblici o mezzi propri.

Tabella 4.3. Benessere individuale e stato di salute: percezione dello stato di salute, fattori associati all'invecchiamento attivo per gruppi di età, sesso, livello istruzione e difficoltà economiche percepite

Percezione dello stato di salute	Valore rilevato su tutto il campione	Genere		Età (anni)		Istruzione		Difficoltà economiche		
		Uomini	Donne	65-74	75 e più	Bassa	Alta	Nessuna	Poche	Molte
Molto bene/bene	31,1%	38%	26%	37%	24%	26%	38%	42%	27%	15%
Discretamente	50,6%	49%	52%	50%	52%	52%	49%	49%	53%	49%
Male/molto male	18,4%	13%	22%	14%	25%	23%	13%	9%	19%	36%
Giorni con limitazione attività lavorativa per cattiva salute fisica o psichica sugli ultimi 30										
Tra 0 e 5 giorni	75,2%	82%	71%	80%	70%	71%	80%	86%	74%	55%
Tra 6 e 14 giorni	14,7%	8%	12%	9%	12%	11%	9%	7%	12%	16%
Per 15 o più giorni	10,1%	11%	18%	11%	19%	18%	11%	8%	15%	29%

Fonte: PASSI d'Argento, ISS, 2013.

Tabella 4.4. Fattori di rischio comportamentali, fattori fisici e sensoriali e altre condizioni di salute, capacità di svolgere le attività della vita quotidiana (IADL ADL): per genere, gruppi di età, livello istruzione e difficoltà economiche percepite

	Valore rilevato su tutto il campione	Genere		Età (anni)		Istruzione		Difficoltà economiche		
		Uomini	Donne	65-74	75 e più	Bassa	Alta	Nessuna	Poche	Molte
Fattori di rischio comportamentali										
Fumatori	9,6%	13%	7%	13%	6%	7%	13%	11%	10%	13%
Consumatori di alcol a rischio*	18,8%	32%	9%	23%	15%	16%	24%	25%	19%	15%
Insufficiente consumo di frutta e verdura°	46,2%	48%	45%	46%	50%	50%	40%	37%	46%	55%
Attività fisica (media punteggio PASE)§	90%	98%	89%	105%	70%	89%	100%	103%	90%	81%
Fattori fisici e sensoriali										
Cattiva masticazione	14,8%	12%	17%	9%	20%	19%	9%	5%	11%	22%
Udito insufficiente	16,5%	16%	17%	10%	23%	20%	12%	7%	12%	16%
Vista insufficiente	13,4%	11%	15%	7%	20%	17%	8%	5%	8%	17%
Percezione di sintomi di depressione	21,4%	14%	26%	18%	26%	25%	17%	12%	22%	42%
Malattia cronica non trasmissibile	63,2%	67%	62%	58%	70%	67%	59%	55%	62%	70%
Cadute negli ultimi 30 giorni	11,1%	9%	13%	8%	14%	12%	9%	7%	10%	16%
Non effettuazione vaccinazione antinfluenzale	38,1%	38%	38%	47%	29%	35%	43%	42%	36%	32%
Inabilità per 2 o più IADL	36,1%	31%	40%	19%	54%	45%	22%	16%	27%	40%
Disabilità per 1 o più ADL	16,3%	13%	19%	6%	26%	21%	9%	4%	8%	14%
Per 15 o più giorni	10,1%	11%	18%	11%	19%	18%	11%	8%	15%	29%

*Più di una unità alcolica/die.

°Meno di 3-4 porzioni/die.

§Il punteggio PASE è composto dalla somma (pesata) dei valori numerici ottenuta dalla risposta alle 14 domande sull'attività motoria.

Fonte: PASSI d'Argento, ISS, 2013.

Quanto ai fattori comportamentali di rischio, il fumo (circa 10%) e il consumo di alcol a rischio (circa 19%) diminuiscono con l'età e sono più contenuti nel sesso femminile, mentre non si rilevano differenze di rilievo nel consumo di frutta e verdura (oltre metà degli ultra64enni non arriva a consumare 3-4 porzioni al giorno), mentre per l'attività fisica, pur non disponendo di valori soglia, si rilevano forti differenze regionali.

Le cadute, considerate dall'OMS uno dei 4 "giganti" della geriatria (insieme a perdita di memoria, incontinenza urinaria e depressione), nei dati del Sistema PASSI d'Argento coinvolgono l'11% degli intervistati negli ultimi 30 giorni, ma si verificano in circa 1 persona su 4 del gruppo di ultra64enni con

disabilità con conseguenze catastrofiche facilmente immaginabili per la qualità di vita delle persone coinvolte.

La comorbidità rappresenta una condizione tipica nell'anziano e si impone come sfida cruciale per la medicina, richiedendo interventi terapeutici mirati e complessivi, concordati e costantemente monitorati attraverso l'implementazione di una rete di collaborazione che coinvolga i medici di medicina generale, gli specialisti e gli altri operatori sanitari.

La presenza di malattie croniche e trattamenti multipli e concomitanti rende gli anziani la fascia di popolazione con il maggiore consumo di farmaci e i più alti livelli di spesa, come attestano i dati dell'Osservatorio sull'Uso dei Medicinali in Italia (OsMed) dell'AIFA. La serie stori-

ca dei Rapporti OsMed indica che, da oltre 10 anni, oltre il 60% dei farmaci a carico del SSN è utilizzato da persone anziane per una spesa che supera la metà di quella complessiva.

La politerapia è molto comune. Lo conferma lo studio nazionale sulla qualità della prescrizione farmacologica nella popolazione geriatrica, condotto dal Gruppo di Lavoro Geriatrico (GWG) dell'AIFA, che ha analizzato i dati OsMed: oltre 1,3 milioni di anziani (11,3%) ricevono una prescrizione contemporanea di 10 o più farmaci. In particolare, i pazienti tra i 75 e gli 84 anni sono esposti al più alto carico farmacologico: più della metà assume dai 5 ai 9 farmaci, un sesto ne assume contemporaneamente 10 o più. La prevalenza della politerapia risulta inferiore negli over 85 rispetto ai pazienti di 75-84 anni, un dato che potrebbe far pensare a un approccio più attento al trattamento farmacologico nel soggetto più anziano. In effetti, la coesistenza di una complessità clinica e di un'aspettativa di vita limitata, insieme alla mancanza di prove di efficacia derivanti da studi clinici su persone molto anziane, non fornisce ai medici le conoscenze adeguate sui risultati associati a un trattamento farmacologico aggressivo; una valutazione che conferma la necessità di una maggiore

attenzione alla popolazione geriatrica nelle sperimentazioni cliniche. Molti farmaci per gli anziani sono infatti prescritti *off-label* (per un uso diverso da quello per cui il farmaco è stato autorizzato), per mancanza di studi registrativi che li abbiano coinvolti. Attualmente gli over 65 sono solo il 35% della popolazione "arruolata", nonostante rappresentino la principale categoria di utilizzatori.

4.3.3. Esposizione e valutazione critica dei fenomeni rappresentati dai dati

L'aggiornamento dei dati al 2012 della periodica indagine multiscopo condotta dall'Istat e denominata "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari" conferma lo spaccato della percezione della salute e della diffusione delle malattie croniche tra gli anziani riportato dalla sorveglianza PASSI d'Argento.

Tali dati consentono di verificare che le malattie più diffuse negli ultra64enni si confermano l'artrosi e l'artrite, seguite dall'ipertensione arteriosa e, per il solo sesso femminile, dall'osteoporosi. Il peso percentuale cresce al crescere dell'età ed è sensibilmente superiore ai corrispondenti valori per la popolazione generale (*Tabella 4.5*).

Tabella 4.5. Persone di 65 anni e più secondo il sesso, lo stato di salute dichiarato e la malattia cronica dichiarata (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età) [Anno 2012]

	65-74 anni		≥ 75 anni		Tutta la popolazione	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Stato di buona salute*	46,8	37,6	28,9	19,0	75,3	67,1
Con una malattia cronica o più	72,8	78,0	81,6	88,8	35,5	41,4
Con due malattie croniche o più	42,8	55,4	59,9	75,1	16,3	24,3
Cronici in buona salute	37,3	28,8	22,6	15,8	49,3	38,3
Diabete	17,3	12,7	19,5	20,7	5,4	5,6
Ipertensione	42,6	44,2	49,0	56,9	15,2	17,6
Bronchite cronica, asma bronchiale	12,3	10,4	22,1	18,6	6,0	6,3
Artrosi, artrite	32,0	51,7	46,8	67,9	11,6	21,6
Osteoporosi	4,6	34,5	11,7	49,3	1,9	13,1
Malattie del cuore	11,1	6,7	19,6	14,7	3,9	3,2
Malattie allergiche	7,1	11,5	8,3	9,7	9,9	11,3
Disturbi nervosi	4,7	9,1	10,1	15,2	3,3	5,5
Ulcera gastrica e duodenale	+	5,2	5,8	8,5	2,6	2,9

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

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

Tabella 4.6. Global Burden of Disease (carico di malattia) in ordine di priorità per le diverse malattie in alcuni Paesi

	Andorra	Austria	Belgio	Cipro	Danimarca	Finlandia	Francia	Germania	Grecia	Islanda	Irlanda	Israele	Italia	Lussemburgo	Malta	Paesi Bassi	Norvegia	Portogallo	Spagna	Svezia	Svizzera	Regno Unito
Malattie cardiache	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
Ictus	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2
Malattia di Alzheimer	3	7	3	4	4	2	2	5	8	2	4	4	3	3	3	3	3	6	3	3	5	4
Cadute	5	4	5	7	7	4	5	6	7	6	8	7	4	6	7	6	6	8	6	5	4	8
Malattie ostruttive polmonari	4	3	4	5	3	6	6	4	3	4	3	5	5	4	4	4	5	7	4	6	3	3
Diabete	7	6	10	3	8	11	10	8	10	11	10	2	6	11	5	11	7	3	5	7	6	13
Lombalgia	6	5	6	6	6	5	4	3	4	5	6	6	7	5	6	7	4	5	8	4	7	6
Cancro al polmone	10	8	7	8	5	7	8	7	5	7	7	10	8	8	9	5	9	12	9	8	8	7
Malattia ipertensiva	18	11	22	14	24	25	21	13	16	28	25	22	9	19	20	28	28	18	21	23	23	37
Carcinoma colon-rettale	9	10	11	12	9	8	9	10	12	10	9	9	10	9	10	9	10	9	7	9	9	9
Altre malattie cardiache	11	9	9	9	12	10	7	9	9	12	13	11	11	7	16	10	12	10	10	13	14	10
Altre malattie muscolari	16	13	13	16	13	13	12	14	15	13	14	13	12	15	13	14	14	15	11	14	13	12
Malattie croniche renali	13	12	14	10	17	18	14	12	11	15	11	8	13	13	11	15	16	11	13	16	16	15
Depressione	15	16	17	17	16	9	15	18	17	14	18	17	14	12	12	12	15	16	16	15	12	23
Cancro allo stomaco	21	22	25	38	33	24	30	21	18	25	20	26	15	28	22	24	26	14	22	29	26	26
Broncopolmonite	8	15	8	11	10	14	11	11	6	8	5	12	16	10	8	8	8	4	12	11	10	5
Cancro alla prostata	12	14	12	13	11	12	13	15	13	9	12	18	17	16	15	13	11	13	14	10	11	11
Cirrosi	28	23	26	25	32	36	25	22	27	50	39	24	18	21	27	34	43	22	18	35	35	36
Cancro alla mammella	17	18	15	18	14	17	16	16	14	18	16	14	19	14	14	16	19	17	23	19	15	14
Cancro al fegato	37	28	40	32	45	29	20	31	28	38	41	35	20	26	33	42	48	31	25	34	30	44
Cervicalgie	20	21	18	21	21	16	17	20	19	19	19	20	21	20	19	20	18	21	19	21	17	18
Cancro al pancreas	19	19	19	27	18	15	22	19	22	23	17	16	22	17	17	19	17	24	26	18	18	20
Ipoacusie, sordità	24	25	20	20	22	20	19	23	21	22	21	19	23	27	18	21	21	19	20	20	20	21
Fibrillazione atriale	14	20	16	15	15	19	18	17	20	16	15	15	24	31	23	17	13	20	15	12	21	22
Cardiomiopatia	33	17	24	37	40	33	27	26	38	40	38	46	25	18	48	35	42	34	27	40	43	56

Fonte: Elaborazione su dati dell'Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Heatmap, 2014.

Per le persone con 70 e più anni, il *Global Burden of Disease* recentemente calcolato anche per il nostro Paese permette di fare alcune considerazioni critiche sulla salute degli italiani, soprattutto se confrontato con altri Paesi europei (*Tabella 4.6*).

Le malattie cardiache, l'ictus, la malattia di Alzheimer e le cadute costituiscono le quattro cause principali in termini di carico di malattia negli ultra64enni e con un peso rilevante nella durata e nella qualità di vita (oltre 2 milioni di anni di vita persi rispetto a un totale di 16

milioni per il complesso di 175 condizioni patologiche considerate per il 2010).

Tutte queste affezioni sono “prevenibili” o ritardabili nella loro insorgenza attraverso l'assunzione di un adeguato stile di vita (sana alimentazione, eliminazione del fumo, consumo di alcol moderato e sufficiente attività fisica) già in giovane età. È quindi necessario identificare e agire su questi determinanti di malattia prima possibile, ma è dimostrato che anche dopo i 65 anni, agendo su tali determinanti, si possono promuovere migliori condi-

zioni di salute e un minore carico di malattia. Considerato che il gruppo degli ultra64enni è in continua crescita, si profila prioritario per le politiche di salute di un Paese (soprattutto il nostro) investire sulla prevenzione con programmi di provata efficacia.

L'ictus, diverse malattie cardiache e la malattia ipertensiva (che, come si evince dalla *Tabella 4.6*, occupa il nono posto nella lista delle malattie più frequenti – situazione anomala rispetto a tutti gli altri Paesi europei) riconoscono l'ipertensione come fattore di rischio fondamentale. L'ipertensione, a sua volta, riconosce i rischi alimentari come causa principale, in particolare il consumo di sale, che ci vede fra i più grandi consumatori in Europa, con un gradiente (in aumento) dalle Regioni del Nord a quelle del Sud. Nella popolazione adulta italiana, l'escrezione giornaliera media di sodio negli uomini è risultata pari a 189 mmol (range 27-472 mmol; 11,0 g di sale nelle 24 ore) e nelle donne 147 mmol (range 36-471 mmol; 8,5 g di sale nelle 24 ore). Il 97% degli uomini e l'87% delle donne hanno un apporto giornaliero di sale che va ben oltre la quantità raccomandata dall'OMS, pari a 5 g di sale al giorno (circa 85 mmol di sodio). Per quanto riguarda gli altri determinanti di salute è ben documentato l'effetto benefico dell'attività fisica nella prevenzione delle cadute (e sulla paura di cadere), così come è ormai accertato che l'eliminazione del fumo (il fumo interessa circa il 10% della popolazione con oltre 64 anni) influisce in maniera diretta sull'aspettativa di vita, anche dopo i 70 anni. Gli ultra 64enni che consumano una dose di alcol superiore a quella consigliata di un'unità alcolica al giorno sono circa 2 milioni, con conseguenze anche gravi sulle condizioni di salute (si pensi all'interazione negativa tra alcol, farmaci e patologie croniche, presenti in almeno 2 persone su 3). Al contrario, il consumo di frutta e verdura è ancora basso e ulteriormente messo a rischio dalla crisi economica.

La sorveglianza PASSI d'Argento può contribuire a monitorare nelle Regioni italiane la diffusione delle misure di prevenzione e di promozione della salute, oltre che gli aspetti principali della salute e dei suoi determinanti. In tale maniera potrebbe essere uno strumento essenziale per monitorare il raggiungimen-

to dell'obiettivo condiviso con l'Europa per il 2020 di ridurre di almeno 2 anni la disabilità che accompagna gli ultimi 10-15 anni di vita dei nostri anziani.

Infatti, i dati di sorveglianza permettono di misurare, oltre ai problemi, anche la diffusione delle misure di prevenzione, per esempio la percentuale di persone che, in un eventuale programma di odontoiatria sociale, sono state viste dal dentista o, nel quadro di un urgente e capillare programma di prevenzione delle cadute, la percentuale di persone che hanno ricevuto una visita domiciliare da parte dell'operatore di prevenzione. Similmente agli altri sistemi di sorveglianza (PASSI e OKKIO alla SALUTE) il Sistema PASSI d'Argento è stato considerato nel precedente PNP 2010-2012 e verosimilmente lo sarà nel prossimo PNP quinquennale, come fonte accreditata e tempestiva di dati per la misura di indicatori che verranno utilizzati dal Ministero della salute per la valutazione certificativa delle azioni e programmi di prevenzione realizzati nelle Regioni.

Inoltre, grazie ai dati raccolti dal Sistema PASSI d'Argento, è possibile identificare all'interno della numerosa popolazione di ultra64enni coloro che sono più a rischio di eventi patologici e quindi potenziali target di azioni di prevenzione mirate. Alcuni aspetti sono però da approfondire riguardo all'assegnazione della sorveglianza all'interno del sistema sanitario regionale. Per creare una condizione di stabilità e meccanismi di collaborazione fra gli operatori della sorveglianza e i potenziali utilizzatori interni al sistema sanitario regionale (i più disparati servizi e dipartimenti che possono beneficiare di informazioni della sorveglianza) è necessario che la sorveglianza sia stabilmente "domiciliata" all'interno di una struttura dell'Azienda sanitaria (oltre che della Regione). Un altro aspetto che deve essere vagliato con attenzione riguarda alcuni determinanti "distanti" della qualità di vita e di salute degli ultra64enni: le condizioni socioeconomiche. Anche se è difficile ipotizzare soluzioni in campo unicamente sanitario, se non quelle di attuare in tutti gli interventi un'azione di prevenzione delle disuguaglianze nei confronti di questi gruppi o di targeting degli interventi, è tuttavia doveroso

considerare che questo determinante svolge un ruolo “principale” in numerosi aspetti che riguardano la salute degli ultra64enni e che, come tale, deve essere adeguatamente affrontato non solo in termini di intersetorialità, ma anche di multisettorialità, dove le Istituzioni statali e private collaborano per creare situazioni di speranza e condizioni che effettivamente portino al miglioramento della salute della parte più povera del Paese.

Bibliografia essenziale

Carrozzi C, Antoniotti MC, Sampaolo L, et al. Non autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL) nelle persone con 65 anni e oltre. I dati della sorveglianza PASSI d’Argento, 2012-2013. Not Ist Super Sanità 2013; 26: i-iii
Cristofori M, Biscaglia L, Contoli B, et al. Le cadute nella

popolazione con 65 anni e più: risultati del Sistema nazionale di sorveglianza PASSI d’Argento, indagine 2012-2013. Not Ist Super Sanità 2013; 26: iii-iv

Donfrancesco C, Palmieri L, Strazzullo P, et al. Il consumo di sale nella popolazione adulta italiana: risultati preliminari del Progetto MINISAL-GIRCSI. Not Ist Super Sanità 2013; 26: iii-iv

Gruppo Tecnico di Coordinamento del Sistema di Sorveglianza PASSI d’Argento, Luzi P (Ed). Sperimentazione PASSI d’Argento (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): verso un sistema nazionale di sorveglianza della popolazione ultra-64enne. Roma: Istituto superiore di sanità, 2013 (Rapporti ISTISAN 13/9)

Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD 2010, University of Washington. <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd>. Ultima consultazione: agosto 2014

4.4. Salute degli immigrati

4.4.1. Introduzione

I problemi di salute della popolazione immigrata possono essere concettualmente classificati in tre grandi categorie: di “importazione”, di “sradicamento” e di “acculturazione”. I problemi di importazione derivano dalle caratteristiche genetiche o dalle condizioni di vita nel Paese di origine. I problemi di sradicamento sono invece generati dall’esperienza migratoria, in particolare tra coloro che sono stati costretti a una migrazione forzata, come nel caso dei richiedenti protezione internazionale, e si manifestano principalmente sotto forma di disturbi acuti della salute psichica e mentale, oppure con abuso di sostanze psicotrope e di alcol. Il processo di acculturazione influisce sullo stato di salute soprattutto attraverso il cambiamento degli stili di vita dell’immigrato, che progressivamente tendono ad adattarsi a quelli della popolazione del Paese ospite. Con il passare del tempo dalla migrazione, ci si aspetta che il profilo epidemiologico di queste minoranze perda il vantaggio dell’“effetto migrante sano”, avvicinandosi a quello della popolazione ospite o diventando peggiore, sia per la condivisione

dei fattori di rischio del Paese ospitante sia per l’innescarsi delle disuguaglianze sociali di salute, dovuti all’esposizione a peggiori condizioni di vita e di lavoro. L’acculturazione può, tuttavia, determinare anche effetti positivi, per esempio generando una maggiore partecipazione ai programmi di screening per l’anticipazione diagnostica.

I dati presentati si riferiscono prevalentemente alla popolazione immigrata residente. È necessario migliorare le fonti informative per l’analisi dei problemi di salute e di accesso ai servizi sanitari degli stranieri non regolarmente soggiornanti.

4.4.2. Cenni demografici

Al 1° gennaio 2013 la popolazione straniera in Italia è stimata in 4 milioni e 900.000 (pari all’8,2%), con un aumento di 275.000 unità rispetto all’anno precedente. Per più della metà, tale aumento è dovuto al saldo naturale (80.000 nascite) e ai recuperi censuari (72.000 stranieri che non erano stati contabilizzati dal censimento 2011). I nuovi permessi di soggiorno rilasciati per motivi di lavoro a per-

sone extra-Unione Europea (UE) sono quasi dimezzati rispetto al 2011 e meno di un quinto rispetto a quelli del 2010, plausibilmente a causa del persistere della crisi economica. Soltanto gli ingressi per ricongiungimento familiare non subiscono flessioni significative rispetto agli anni più recenti, a testimonianza del fatto che il fenomeno migratorio in Italia è sempre più stabile, regolare e di tipo familiare. L'immigrazione coinvolge soprattutto le Regioni del Centro-Nord, nelle quali risiede l'86% della popolazione immigrata. Si stima un progressivo rallentamento dei ritmi di crescita della popolazione straniera presente in Italia: si prevede che il tasso medio annuo decresca dall'attuale 7,0% all'1,3% tra circa 25 anni. Ciò nonostante, si stima che nel 2020 gli immigrati residenti saranno oltre 7 milioni, mentre nel 2035 circa 10 milioni. Si stima che la composizione della popolazione immigrata subirà significative modifiche (es. la componente rumena dovrebbe scendere dal 21% nel 2011 al 15,8% nel 2035, mentre si rafforzerrebbero le presenze provenienti dal Marocco e dall'India).

4.4.3. Mortalità

Nel periodo compreso tra il 2003 e il 2009 la mortalità standardizzata per età della popolazione immigrata residente, nella fascia di età compresa tra 18 e 64 anni, è stata inferiore a quella della popolazione italiana, sia per i maschi sia per le femmine. Il dato si conferma per tutte le principali cause, tranne che per le cause esterne di morbosità e mortalità (che includono i decessi legati agli infortuni sul lavoro), per le quali i tassi osservati tra la popolazione immigrata risultano superiori rispetto a quelli delle popolazione italiana. Lo studio della mortalità degli stranieri ha messo in luce l'esistenza di fenomeni molto diversificati tra i gruppi di popolazione. Nel periodo 2003-2009 si è osservato un netto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, indipendentemente dall'area di cittadinanza. Gli uomini provenienti da Paesi a sviluppo avanzato e da Paesi a forte pressione migratoria sono caratterizzati da una tendenza alla diminuzione dei tassi di mortalità con una variazione media annua

percentuale, tra il 2003 e il 2009, intorno al -3%. Invece, tra i Paesi di nuova adesione (a eccezione di Malta e Cipro) si osservano una tendenza all'aumento dei tassi di mortalità fino al 2006 e una diminuzione a partire dal 2007. Anche per gli italiani i tassi di mortalità tendono a diminuire nel periodo considerato (-3,8%). Anche per quanto riguarda le donne si registra una variazione percentuale media annua negativa, a sottolineare una diminuzione dei livelli dei tassi per tutti i sottogruppi: italiane (-2,2%), Paesi a sviluppo avanzato (-2,4%), Paesi a forte pressione migratoria (-7,7%), Paesi di nuova adesione UE (-5,9%). Esaminando i tassi standardizzati di mortalità tra gli stranieri per Regione di residenza, nel 2009 si osserva una marcata eterogeneità territoriale, con valori più alti al Nord, in particolare al Nord-Ovest e al Centro, e più bassi al Sud, a eccezione della Campania. Tale distribuzione evoca la geografia del lavoro degli immigrati in Italia, strettamente legata all'elevata mortalità per cause accidentali e violente, ancora oggi elemento discriminante tra la popolazione italiana e quella straniera. La mortalità neonatale e infantile è abbastanza stabile nel periodo 2005-2009 tra gli italiani, in riduzione tra i Paesi europei di nuova adesione e oscillante per le altre aree geografiche. I valori di mortalità dei Paesi africani e asiatici risultano superiori a quelli degli italiani. Inoltre, in Italia i residenti stranieri nel Sud e nelle Isole presentano uno svantaggio rispetto alla situazione media nazionale, segnalando criticità nelle condizioni sanitarie, ambientali, sociali ed economiche della popolazione immigrata.

4.4.4. Ospedalizzazione

I dati più recenti confermano la tendenza a livelli inferiori di ospedalizzazione da parte degli stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria, sia per i ricoveri ordinari sia in day-hospital, rispetto alla popolazione italiana. Le differenze risultano più accentuate tra gli uomini. Fanno eccezione i ricoveri per malattie infettive parassitarie e i ricoveri per complicazioni della gravidanza, parto e puerperio. La popolazione proveniente dal

Marocco è quella maggiormente ospedalizzata. È interessante osservare lo stato di salute di questa popolazione, poiché si tratta, in genere, dell'etnia di più antica immigrazione, che, quindi, risulta più suscettibile al processo di acculturazione verso stili di vita più simili a quelli della popolazione italiana.

Tale quadro sembra confermare un migliore stato di salute delle popolazioni immigrate (effetto migrante sano), anche se non si può escludere la presenza di barriere all'accesso, dovute alla persistenza di ostacoli burocratici, linguistico-culturali o economici.

4.4.5. Tumori

Non esistono dati sistematici sull'incidenza delle diverse patologie, misurata attraverso registri di popolazione e quindi in grado di dare un quadro più corretto di quello che deriva dai dati di ospedalizzazione, necessariamente limitato agli eventi più gravi che conducono al ricovero. Recentemente, tuttavia, alcuni studi si sono concentrati sull'analisi dell'incidenza di tumori attraverso i dati dei registri locali (Toscana e Piemonte). I risultati mostrano un'incidenza più bassa tra gli stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria rispetto agli italiani e agli stranieri provenienti da Paesi a sviluppo avanzato, per quasi tutte le sedi tumorali. Uniche eccezioni sono rappresentate dai tumori di origine virale, ovvero quelli del fegato e della cervice uterina, con eccessi di rischi statisticamente significativi nonostante le basse numerosità. I dati dello "Studio longitudinale torinese" e del Registro Tumori Piemonte evidenziano un eccesso di rischio di tumore del fegato tra gli uomini del 20% e di tumore della cervice uterina tra le donne dell'86%, a fronte di una minore incidenza del 60% negli uomini e del 45% nelle donne complessivamente per tutte le sedi tumorali.

4.4.6. Salute della donna e del bambino

I motivi principali per cui le donne straniere vengono ricoverate sono la gravidanza e il parto. Nel 2012, il 15% dei nati era da

genitori entrambi stranieri, raggiungendo il 20% quando almeno un genitore era straniero (107.000). Questa percentuale è maggiore al Nord e al Centro. Le donne straniere hanno in media più figli delle italiane (2,3 e 1,3, rispettivamente), sebbene in diminuzione. Le madri straniere sono soprattutto rumene e marocchine e hanno un'età media inferiore rispetto alle italiane. Da indagini campionarie dell'ISS si evidenzia che le donne straniere hanno peggiori indicatori di assistenza in gravidanza e maggiori difficoltà a proseguire con l'allattamento al seno, nonostante la buona attitudine, probabilmente per motivi occupazionali.

Altra causa frequente di ricovero per le straniere è l'IVG: un terzo delle IVG nel 2011 ha riguardato cittadine straniere (34.000) e i loro tassi di abortività sono 3-4 volte superiori a quelli delle italiane.

Il 3,5% dei ricoveri in regime ordinario di cittadini stranieri ha riguardato bambini di 1-4 anni e il 3,9% quelli di età 5-14 anni.

Come già evidenziato dal Ministero della salute nell'annuale relazione al Parlamento sull'attuazione della legge per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza (2011), l'analisi evidenzia la necessità di promuovere l'offerta di *counseling* sui metodi della procreazione responsabile tra le donne immigrate con interventi di sanità pubblica *ad hoc*. Attraverso la messa in rete dei servizi pubblici, delle strutture del volontariato e del privato sociale si possono fornire alle donne straniere informazioni e servizi per aiutarle nelle scelte di procreazione consapevole con presenza di professioniste donne (in particolare ginecologhe) e di mediatrici culturali.

4.4.7. La notifica delle malattie infettive sottoposte a sorveglianza speciale

In Italia sono stati istituiti sistemi di sorveglianza speciali per alcune malattie infettive che rivestono particolare importanza per la sanità pubblica. Tali sistemi permettono di raccogliere informazioni più dettagliate e tempestive rispetto a quelle raccolte tramite il sistema routinario di notifica obbligatoria delle malattie infettive (DM 15 dicembre 1990). Sebbene