

CAPITOLO 4

LA SALUTE DEI GRUPPI DI POPOLAZIONE

SALUTE MATERNO-INFANTILE

GRAVIDANZA E PARTO

Come il Sistema sanitario regionale si prende cura della salute delle donne e dei bambini in gravidanza e al parto, rappresenta in modo paradigmatico non solo la qualità stessa dei servizi socio-sanitari ma anche la capacità di migliorare le condizioni di vita delle generazioni future.

La Regione Toscana da anni promuove e garantisce, attraverso l'utilizzo del cosiddetto "libretto di gravidanza" e di una rete capillare di consultori, un'assistenza in gravidanza omogenea a tutta la popolazione compresa quella straniera, e una prevenzione delle principali problematiche che possono manifestarsi.

Uno strumento indispensabile per la programmazione e la riuscita di tutto questo è il flusso informativo del certificato di assistenza al parto (CAP) per il suo ampio contenuto informativo di carattere sia sanitario che socio-demografico.

I dati e le analisi che verranno presentati sono estrapolati direttamente dal certificato di assistenza al parto e si riferiscono ai parti e ai nati avvenuti nel territorio regionale, mentre non rileva i parti e i nati delle donne residenti in Toscana che hanno partorito fuori regione.

Per questo motivo il monitoraggio dei parti per AUSL di residenza viene eseguito sulla scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

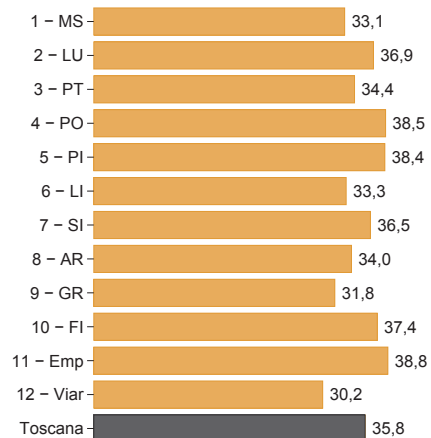
I tassi di ospedalizzazione per parto si discostano di poco dalla media regionale toscana, ad eccezione di quelli delle residenti dell'AUSL di Viareggio e Grosseto, che presentano tassi più bassi (rispettivamente 30,2 e 31,8 per 1.000 donne di età 15-49 anni) (**Figura**

4.1), seguite da quelle di Massa (33,1) e Livorno (33,3).

Questi tassi sono legati a fattori demografici, quali l'invecchiamento della popolazione e la presenza di stranieri. Le province di Grosseto, Livorno e Massa presentano gli indici di vecchiaia più elevati della regione, mentre nell'AUSL di Viareggio si rileva la più bassa presenza di stranieri sul territorio.

Figura 4.1

Ospedalizzazione per parto (DRG 370-375), età 15-49 anni – Tasso grezzo per 1.000 donne residenti – AUSL e Toscana, anno 2013
– Fonte: ARS su dati SDO



CARATTERISTICHE DELLE MADRI

Negli ultimi anni in Toscana, come in Italia, si è assistito a importanti cambiamenti che hanno riguardato la salute riproduttiva, come l'aumento dell'età della donna al parto, la sempre crescente e stabile presenza della popolazione straniera nel territorio, l'aumento dei parti gemellari, conseguenza sia dell'elevata età materna che comporta un fisiologico aumento dei livelli di gonadotropine, sia dell'aumentato ricorso alla procreazione medicalmente assistita.

L'Italia si colloca tra i paesi europei

con l'età media al parto più elevata (31,4 nel 2011) preceduta solo da Irlanda e Spagna (31,5), mentre età medie più basse si registrano nei paesi dell'Europa orientale in particolare in Bulgaria e Romania (27,1) e Ucraina (27,2)¹.

Inoltre a livello nazionale vi sono differenze territoriali: la Toscana con 31,6 anni nel 2012 si colloca leggermente al di sopra della media nazionale (31,4), preceduta da Sardegna (32,3), Basilicata (32,1), Lazio (32,0), Molise (32,0) e Abruzzo (31,7)². Valori che sono influenzati da una serie di variabili socio-demografiche, come la presenza di stranieri nel territorio, che notoriamente partoriscono in età più giovane o, per le madri italiane, soprattutto per quelle del Sud, da fattori culturali legati al modello di famiglia tradizionale.

Secondo i dati del CAP, nel 2013 in Toscana sono avvenuti 29.316 parti, 2.913 in meno rispetto al 2009, anno in cui è iniziato il trend negativo, dopo che nel 2008 si era raggiunto il numero

più alto in assoluto degli ultimi 30 anni (32.806).

L'età media della donna al parto e al primo figlio è in lenta ma costante crescita: rispettivamente da 30,8 del 2001 al 32,1 del 2013 e dal 29,6 al 30,8 (**Tabella 4.1**). L'innalzamento dell'età della donna al parto è ancora più evidente se si considerano le quote di partorienti over 35 e ancor più quelle over 40 nello stesso periodo: dal 24,2% al 35,7% le prime, e dal 3,5% all'8,5% le seconde con un trend costantemente crescente. Lo spostamento della maternità verso età più avanzate coinvolge principalmente le madri di cittadinanza italiana. La crescita dell'età media al parto è stata molto rapida negli anni '80 fino alla metà degli anni '90, fenomeno legato ai cambiamenti socio-culturali del nostro Paese, come l'innalzamento del titolo di studio delle donne e il crescente inserimento delle donne nel mondo del lavoro.

Rispetto ai dati nazionali³ la Toscana risulta avere una maggiore quota di par-

Tabella 4.1

Caratteristiche socio-demografiche delle donne che hanno partorito in Toscana – Toscana, anni 2001, 2005, 2009, 2013 e Italia, anno 2010 – Fonte: ARS su CAP, Ministero della salute, 2013⁴

	2013	2009	2005	2001	ITA 2010
Numero di parti	29.316	32.228	30.667	27.408	545.493
Età media al parto (anni)	32,1	31,8	31,5	30,8	n.d.
Età media al primo parto (anni)	30,8	30,4	30,5	29,6	n.d.
% 35 anni e +	35,7	32,9	29,1	24,2	n.d.
% 40 anni e +	8,5	6,4	5,2	3,5	7,6
% nubili	37,6	29,9	22,4	14,8	22,6
% scuola superiore o laurea	72,4	69,2	64,6	63,3	66,7
% straniere	27,1	24,9	17,7	12,6	18,3
% occupate	65,2	69,6	69,2	64,8	59,4
% fumatrici	8,4	9,3	9,4	n.d.	n.d.
% sovrappeso e obese	21,5	20,4	20	n.d.	n.d.
% primipare	52,5	52,5	59,9	59,4	n.d.
% gravidanza plurima	1,9	1,5	1,1	1,3	1,6
% gravidanza da PMA	2,7	2,4	1,8	1,1	1,6

torienti nubili (37,6% vs 22,6%), di madri con titolo di studio medio-alto (72,4% vs 66,7%), di donne straniere (27,1% vs 18,3%) e di occupate (65,2% vs 59,4%).

Il monitoraggio del fumo in gravidanza costituisce un aspetto importante perché correlato a esiti come il parto pretermine e il basso peso alla nascita. Tra le donne che hanno partorito in Toscana nel 2013, l'8,4% dichiara di aver fumato durante la gravidanza, quota in leggero calo dal 2005 (9,4%).

Altro aspetto importante nel monitoraggio degli stili di vita della donna è l'indice di massa corporea. La condizione di sovrappeso/obesità risulta infatti associata al parto pretermine e alla macrosomia (peso alla nascita >4.000 grammi). Nel 2013 sono risultate in sovrappeso e obese il 21,5% delle donne, percentuale leggermente in aumento rispetto al 20,0% del 2005.

Detenere risorse culturali e cognitive è protettivo rispetto al fumo, al sovrappeso e all'obesità. Le frequenze maggiori di fumatrici in gravidanza si riscontrano

nelle italiane rispetto alle straniere, nelle donne con titolo di studio medio-basso rispetto a quelle con titolo di studio medio-alto e nelle non occupate rispetto alle occupate, alle casalinghe e alle studentesse. La prevalenza di donne in condizione di sovrappeso o obesità è più elevata nelle donne con un titolo di studio medio-basso, nelle donne non occupate, nelle casalinghe e cresce all'aumentare dell'età.

In ultimo, sono in calo le donne al primo figlio, mentre aumentano le gravidanze plurime e quelle da procreazione medicalmente assistita (PMA) (**Tabella 4.1**).

ASSISTENZA IN GRAVIDANZA

Nel 2013 la grande maggioranza delle donne preferisce farsi seguire dal ginecologo privato durante la gravidanza, anche se è da evidenziare negli anni un persistente calo di tale preferenza: dal 65,3% nel 2005 al 57,4% nel 2013, imputabile prevalentemente alle partorienti straniere che prediligono il consultorio (**Tabella 4.2**). Nello stesso

Tabella 4.2

Utilizzo dei servizi in gravidanza effettuati da donne che hanno partorito in Toscana – Toscana anni 2001, 2005, 2009, 2013 – Fonte: ARS su CAP

	2013	2009	2005	2001
% consultorio come struttura di riferimento	27,8	24,2	20,1	n.d.
% studio privato come struttura di riferimento	57,4	60,1	65,3	n.d.
Numero medio di visite	6,9	6,8	6,7	6,3
% nessuna visita	0,5	2,0	2,6	n.d.
% prima visita dopo la 12 settimana	4,3	6,0	5,9	5,0
Numero medio di ecografie	5,3	5,0	4,9	4,6
% nessuna ecografia	0,5	2,1	1,0	2,6
% meno di tre ecografie	3,7	6,5	4,5	6,2
% screening	72,8	51,1	38,0	n.d.
% amniocentesi	11,0	21,3	31,3	34,0
% villocentesi	6,3	3,8	2,6	1,2
% amnio/villi dai 35 anni e +	36,6	53,1	67,4	65,5
% amnio/villi sotto i 35 anni	7,3	13,0	22,1	26,1

periodo aumenta la quota di donne che si rivolgono al consultorio per essere seguite: dal 20,1% al 27,8%.

I controlli in gravidanza si mantengono sempre elevati: il numero medio di visite è pari infatti al 6,9 nel 2013, mentre il numero medio di ecografie effettuate appare più elevato (5,3) rispetto alle 3 ecografie indicate dall'OMS. Lo sforzo profuso in questi anni sia per garantire un'assistenza adeguata a tutte le donne, sia per prevenire esiti infautisti della gravidanza, ha portato a quote sempre minori di donne che non effettuano visite (0,5%) o ecografie (0,5%) e che arrivano tardivamente (dopo la 12a settimana di gravidanza) ai servizi di assistenza (4,3%). In Italia nel 2010 le partorienti avevano effettuato in media 5,3 ecografie e l'1,9% non aveva effettuato alcuna visita.

Un altro aspetto che ha contraddistinto in questi anni la politica dell'assistenza in gravidanza è legato agli esami invasivi prenatali. La Regione Toscana ha introdotto e promosso, già dal 2004, la possibilità di effettuare, tramite il pagamento di un ticket, test di screening non invasivi per la sindrome di Down e altre anomalie cromosomiche, come il *test combinato* per tutte le fasce d'età. Come risultato, nel 2013 il 72,8% delle donne ha effettuato questo esame e solo 11,0% (erano il 34,0% nel 2001) ha eseguito un'amniocentesi, tecnica invasiva che comporta l'1% di rischio di abortività (**Tabella 4.2**).

L'innalzamento della quota di donne che effettuano la villocentesi (dal 1,2% al 6,3%) (**Tabella 4.2**) è dovuto al fatto che tale esame viene offerto gratuitamente alle madri il cui test di screening risulti pari o superiore a 1:250.

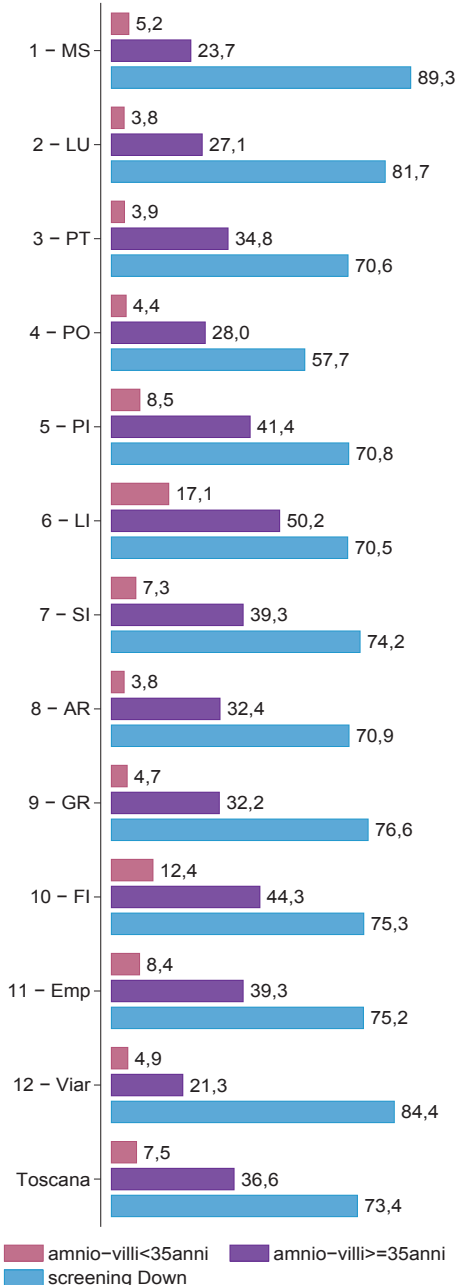
Si cerca di prediligere la villocentesi poiché viene effettuata in un'epoca gestazionale più precoce rispetto all'amniocentesi.

Analizzando il dato per AUSL di residenza delle partorienti, l'esecuzione del test di screening raggiunge percentuali oltre l'80% nelle AUSL di Lucca e Viareggio e addirittura dell'89,3% a Massa-Carrara. Le donne residenti in queste AUSL sono anche quelle che ricorrono meno alla diagnostica invasiva (**Figura 4.2**). Il dato delle altre AUSL è in linea con il dato medio regionale, ad eccezione dell'AUSL di Prato che presenta la proporzione più bassa (57,7%). Quest'ultimo dato è probabilmente legato alla significativa presenza di donne cinesi che accedono ai servizi tardivamente, quindi non in tempo per eseguire lo screening. La variabilità nel ricorso agli esami diagnostici invasivi che permane nelle AUSL può essere legata a un recepimento non uniforme della politica regionale volta a favorire lo screening.

Si rilevano inoltre differenze nell'assistenza in gravidanza a seconda della struttura o della figura di riferimento che la donna ha scelto durante la gravidanza. Le donne seguite in uno studio privato eseguono un numero medio di visite (7,2) ed ecografie (6,1) più elevato rispetto a quelle seguite dal consultorio (6,1 e 4,0). L'80,9% delle donne seguite dal ginecologo privato esegue il test di screening, rispetto al 59,0% del consultorio. Tra le prime inoltre un maggior numero di donne effettua esami invasivi: il 9,6% delle donne sotto i 35 anni e il 39,9% di quelle che hanno più di 35 anni, rispetto al 3,1% e al 22,0% delle donne seguite in consultorio.

Figura 4.2

Proporzione di donne che hanno eseguito amniocentesi o villocentesi per età e proporzione di donne che hanno eseguito il test di screening per la sindrome di Down – AUSL di residenza e Toscana, anno 2013 – Fonte: ARS su CAP

**IL PARTO**

Per quanto riguarda il parto, vista l'esigua presenza di strutture private o private accreditate sul territorio toscano, la quasi totalità avviene in ospedali pubblici (99,9%).

In diminuzione negli anni la percentuale di donne che affrontano un travaglio spontaneo (dal 70,0% del 2003 al 64,6% del 2013), mentre aumenta leggermente l'induzione al travaglio: dal 16,0% al 18,2%. È in aumento anche l'utilizzo di farmaci per alleviare il dolore durante il parto, dal 24,6% al 37,5%, e nel caso di analgesia peridurale dall'8,9% al 13,4%.

Si riduce, invece, in tutti i Punti nascita il ricorso all'episiotomia, intervento chirurgico praticato durante il parto vaginale allo scopo di allargare il canale del parto per agevolare la nascita. Questo intervento oggi non è considerato più di routine, ma utilizzato solamente per motivi di salute fetale (Tabella 4.3).

Tabella 4.3

Travaglio e parto nelle donne che hanno partorito nelle strutture toscane – Toscana, anni 2013, 2009, 2005 e 2003 – Fonte: ARS su CAP

	2013	2009	2005	2003
% travaglio spontaneo	64,6	66,3	68,1	70,0
% travaglio indotto	18,2	16,6	16,3	16,0
% farmaci in travaglio*	37,5	28,8	29,7	24,6
% analgesia peridurale*	13,4	10,7	10,5	8,9
% episiotomia*	15,7	23,0	33,4	38,8
% taglio cesareo	25,8	27,4	26,8	26,6

* In caso di parto vaginale.

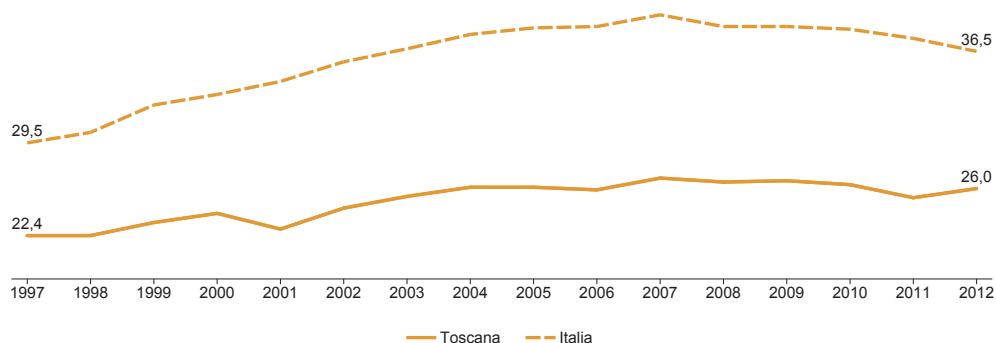
Sulla base dei dati della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), nel 2012 la quota di parti cesarei (DRG 370-371) sul totale dei parti (DRG 370-375) è pari al

26,0%. Il fenomeno è marcatamente in crescita se consideriamo il lungo periodo (1997-2012), ma stabile dal 2004 e comunque molto al di sotto della media nazionale (**Figura 4.3**). Complessivamente in Italia è molto elevato il ricorso al parto chirurgico, con punte del 50% e

del 60% in Sicilia e in Campania⁵, che colloca il nostro Paese al secondo posto in Europa, alle spalle di Cipro (52,2%) e davanti a Romania (36,9%) e Portogallo (36,3%)⁶. La Toscana insieme a Friuli-Venezia Giulia e Trentino-Alto Adige, invece, sono le regioni che vi ricorrono

Figura 4.3

Percentuale di cesarei – Toscana e Italia, periodo 1997-2012



meno. Il ricorso al taglio cesareo per Punto nascita mostra un'alta variabilità tra le diverse strutture, con percentuali molto più elevate della media toscana nei presidi ospedalieri universitari che spesso seguono le gravidanze più a rischio (Ospedali Pisani 38,7%, Le Scotte 38,8% e Careggi 29,3%). Percentuali molto inferiori alla media regionale, e in accordo con le indicazioni dell'OMS, si registrano nei presidi ospedalieri come quelli di Prato (14,9%) e Pistoia (17,8%). Rimangono percentuali molto elevate (oltre il 40%), così come nel resto del Paese, nelle strutture private. Anche cercando di eliminare la complessità della casistica, considerando solo le gravidanze singole, a termine, da madri primipare con presentazione fetale di vertice (cesareo depurato), la proporzione di tagli cesarei in alcune strutture ospedaliere rimane molto elevata (**Tabella 4.4**).

Attraverso analisi multivariate è possibile evidenziare come il parto cesareo risulti più frequente tra le donne con un'età più elevata, con titolo di studio medio-basso, tra le donne in sovrappeso o obese, tra le primipare, nelle gravidanze gemellari e in quelle che in precedenza avevano già subito un taglio cesareo.

In conclusione i dati mostrano un buon livello dell'assistenza in gravidanza e al parto e una tendenza a promuovere procedure diagnostiche non invasive, quali lo screening prenatale per la sindrome di Down e altre anomalie cromosomiche. La Toscana si colloca inoltre tra le regioni italiane con il più basso ricorso al taglio cesareo.

Ci sono ancora dei margini di miglioramento per quanto riguarda alcuni stili di vita, come il fumo in gravidanza, il sovrappeso e l'obesità delle madri, che rappresentano sicuri fattori di rischio per il nascituro.

Tabella 4.4

Numero di parti e percentuale di cesarei per presidio ospedaliero – Toscana, anno 2013
 – Fonte: ARS su CAP

	Presidio	N	% cesareo	% cesarei depurati*
PO-AUSL 1	SS. Giacomo e Cristoforo Massa	1.705	26,3	22,4
PO-AUSL 2	Generale Provinciale Lucca	1.057	27,2	21,8
	S. Francesco Barga (LU)	460	31,1	26,1
PO-AUSL 3	Riuniti Pistoia	1.044	18,9	14,3
	SS. Cosimo e Damiano Pescia (PT)	855	16,5	14,5
PO-AUSL 4	Misericordia e dolce Prato	2.587	14,9	10,1
PO-AUSL 5	F. Lotti Pontedera (PI)	1.008	21,4	13,1
CC-AUSL 5	San Rossore	24	41,7	44,4
PO-AUSL 6	Civile Cecina (LI)	628	29,8	22,6
	Civile Elbano Portoferraio (LI)	211	25,6	12,5
	Civile Piombino (LI)	313	24,9	25,6
	Riuniti Livorno	1.011	29,5	24,7
PO-AUSL 7	Ospedali Riuniti della Valdichiana	608	19,1	11,3
	Ospedale dell'Alta val d'Elsa Poggibonsi	830	26,3	23,2
PO-AUSL 8	Area aretina nord Arezzo	1.285	22,1	14,9
	Civile Bibbiena (AR)	295	33,2	23,0
	Ospedale del Valdarno	650	30,8	25,4
PO-AUSL 9	Misericordia Grosseto	1.267	23,8	16,5
PO-AUSL 10	Nuovo Ospedale Borgo S. Lorenzo (FI)	528	19,5	11,3
	S. Giovanni di Dio-Torregalli (FI)	1.829	28,2	17,2
	S.M. Annunziata Bagno a Ripoli	1.310	18,6	13,3
CC-AUSL 10	Villa Donatello	71	47,9	34,8
PO-AUSL 11	Ospedale S. Giuseppe	1.604	22,8	16,0
PO-AUSL 12	Ospedale Unico "Versilia"	1.149	22,3	16,0
AOU Pisana	Ospedali Pisani (PI)	2.124	38,7	28,8
AOU Senese	Le Scotte Siena	1.280	38,8	30,6
AOU Careggi	Complesso Ospedaliero Careggi - CTO (FI)	3.573	29,3	21,9
AOU Meyer	Pediatrico A. Meyer Firenze	6	100,0	100,0
n.r.		4	0,0	0,0
Totale		29.316	25,8	19,4

* *Proporzione calcolata sulle gravidanze singole, a termine, da madre primipara e con presentazione cefalica di vertice.*

PO=Presidio ospedaliero; CC=Casa di cura privata; AOU=Azienda ospedaliero-universitaria.

NOTE

1 ISTAT (2013). *Annuario statistico italiano*.

2 ISTAT (2013). *Natalità e fecondità della popolazione residente, Anno 2012*.

3 Ministero della salute (2013). *Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita, Anno 2010*.

4 V. nota n. 3.

5 V. nota n. 3.

6 *European Perinatal Health Report (2013). Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*.

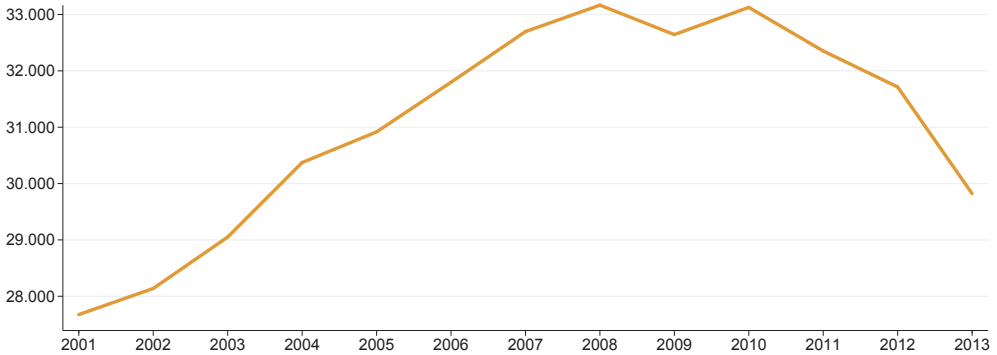
I NATI

Il numero dei nati vivi in Toscana, dopo essere stato costantemente in crescita dalla metà degli anni '90, è dal

2010 in evidente diminuzione, andamento che si è accentuato nel 2013 (**Figura 4.4**). Il fenomeno è riscontrabile anche a livello nazionale.

Figura 4.4

Numero di nati vivi – Toscana, periodo 2001-2013 – Fonte: ARS su CAP



Secondo i dati del CAP, nel 2013 nelle strutture toscane sono nati 29.822 bambini. Il rapporto maschi/femmine alla nascita è stabile e pari a 1,1, anche in questo caso in linea con l'Italia e l'Europa. Sono in aumento i nati da parto plurimo, che nel 2013 costituiscono il 3,8% di tutti i nati vivi (erano il 2,6% nel 2001). Ad aumentare sono soprattutto i nati bigemini (1.076 nel 2013), mentre sono stabili sia i nati vivi trigemini, che i quadrigemini (45). Il 95,1% dei neonati è venuto alla luce in posizione cefalica di vertice e il 99,4% con un punteggio di Apgar a 5 minuti (che misura il grado di sofferenza feto-neonatale), superiore o eguale a 7, quindi buono.

La nascita pretermine (<37 settimane di età gestazionale) e il basso peso alla nascita (<2.500 grammi) sono importanti indicatori della salute infantile, in quanto associati ad una maggiore morbosità e mortalità negli anni successivi. In particolare, i nati gravemente pretermine (<32 settimane) e i nati di peso molto

basso (<1.500 grammi) richiedono un periodo di ricovero molto più lungo dopo la nascita e hanno un maggior rischio di sviluppare disabilità di tipo neuropsicologico e respiratorio nei primi anni di vita. In Toscana la proporzione di nati vivi pretermine è sostanzialmente stabile intorno al 7,0% (**Figura 4.5**).

Negli ultimi anni si è posta attenzione, all'interno dei nati pretermine, ai neonati *late-preterm*, di età gestazionale tra le 34 e le 36 settimane che, rispetto ai neonati a termine, vanno incontro a maggiori complicanze durante il ricovero per parto, pur se non così gravi come per i nati gravemente pretermine. L'aumento dei *late-preterm* è ritenuto responsabile dell'importante aumento delle nascite pretermine in alcuni paesi, tra cui gli USA¹. In Toscana questi neonati rappresentano stabilmente il 5% dei nati vivi, dato che supporta il mancato aumento dei pretermine tout court.

Secondo le stime dell'OMS, sono circa 15 milioni nel mondo i bambini che

nascono prima del termine, più del 60% in Africa e nell'Asia del Sud. Le infezioni, le condizioni di deprivazione sociale e la carenza di cure prenatali sono le principali responsabili del fenomeno. Anche negli Stati Uniti il 12% dei neonati nasce pretermine, rispetto a una proporzione media del 9% nei paesi ad alto reddito². A confronto con i dati più recenti disponibili (anno 2012), la proporzione di nati vivi pretermine in Toscana (7%) è leggermente più alta dei valori medi nazionali³ (6,6%), e in linea con quelli dell'Emilia-Romagna⁴ (7,1%) e della Provincia autonoma di Trento⁵ (7,0%). Anche i paesi europei confinanti con l'Italia hanno una proporzione di nati pretermine intorno al 7%, mentre i paesi scandinavi presentano una proporzione più bassa, tra il 5,7% e il 6,3%.

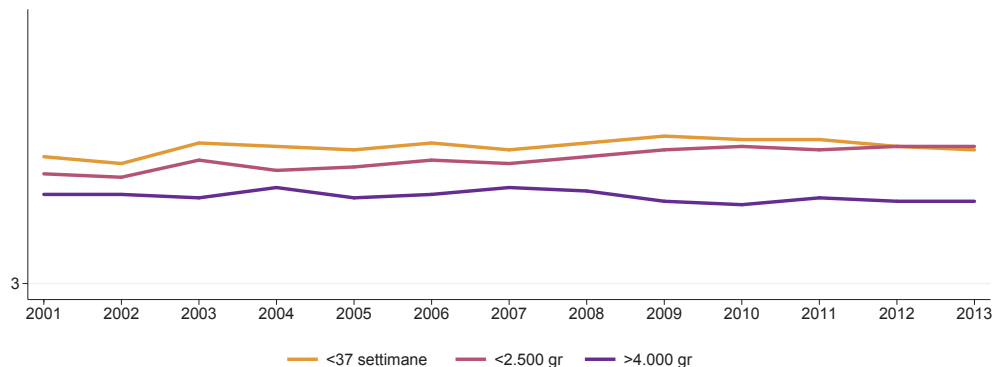
I nati con basso peso alla nascita (<2.500 grammi) mostrano un trend in lieve aumento negli ultimi anni (7,0% nel

2013) (**Figura 4.5**), in Toscana così come in altre regioni italiane, dovuto soprattutto all'aumento dei parti plurimi. Anche in questo caso la Toscana è in linea con i maggiori paesi europei (proporzione di nati <2.500 grammi in Francia: 6,8%, in Germania: 6,9%, in Inghilterra: 7,0%), ad esclusione di quelli scandinavi, che presentano valori più bassi⁶.

Anche la macrosomia (peso alla nascita >4.000 grammi) è associata a diverse complicanze materne e perinatali quali la morte fetale, il parto distocico, l'asfissia, l'aspirazione di meconio, e l'ipoglicemia, che ne giustificano il monitoraggio. I bambini nati macrosomi, inoltre, sono esposti a un maggior rischio di sovrappeso e obesità nell'età adulta e a ipertensione e diabete⁷. In Toscana la proporzione di neonati macrosomi nel 2013 è del 5,4% e risulta stabile negli anni (Figura 4.5).

Figura 4.5

Proporzione di nati vivi pretermine (<37 settimane), di peso basso (<2.500 gr) e macrosomi (>4.000 gr) – Toscana, periodo 2001-2013 – Fonte: ARS su CAP



La Toscana, analogamente ad altre Regioni (Emilia-Romagna e Lazio) e ad altri paesi ad alto tasso di sviluppo, ha attivato dal 2009 un archivio ad hoc (TIN Toscane on-line) per raccogliere informazioni dettagliate sui neonati di età gestazionale inferiore alle 32 set-

timane o di peso alla nascita inferiore o uguale a 1.500 grammi, relativamente alle cure e all'outcome durante il ricovero. L'archivio è su supporto web, consentendo così di avere informazioni sempre attuali. In 5 anni sono stati registrati 1.912 neonati gravemente pre-

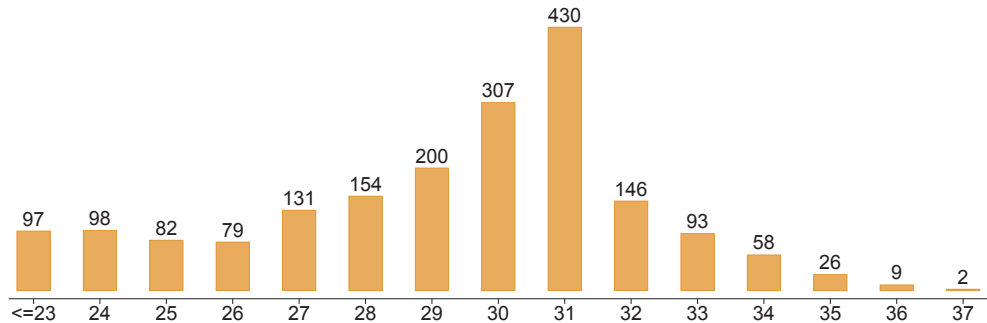
maturi, pari all'1,2% dei nati vivi, una proporzione stabile negli anni. Come si evince dalla **Figura 4.6**, il 25,5% dei neonati presenti nell'archivio ha un'età gestazionale inferiore alle 28 settimane ed è definito estremamente pretermine. Alcuni hanno un'età gestazionale al limite della vitalità (≤ 23 settimane). La grande maggioranza dei neonati presenti in TIN Toscana on-line (66,2%) nasce nelle terapie intensive neonatali delle Aziende ospedaliero-universitarie toscane, il 24,7% nasce in presidi ospedalieri di AUSL con letti di terapia intensiva neonatale (San Giovanni di Dio-Torregalli A Firenze, S. Stefano a Prato, Ospedale Area aretina Nord di Arezzo e Ospedale unico della Versilia), e solo l'8,4% nasce in Punti nascita di I o II livello, privi di reparto di terapia intensiva. Questi

ultimi neonati sono trasferiti immediatamente dopo la nascita in presidi di livello superiore. La **Tabella 4.5** riporta le patologie più rilevanti dei neonati con età gestazionale < 30 settimane o peso alla nascita < 1.500 grammi, in modo da poterle confrontare con le patologie riportate in altri registri nazionali o internazionali⁸, evidenziando, soprattutto per alcune complicanze, una prevalenza minore in Toscana.

I nati gravemente pretermine sono soggetti ad alta mortalità durante il ricovero (12,7% negli anni 2009-2013), con un andamento che nel tempo, tenuto conto dei fattori di rischio, sembra comunque essere in diminuzione. Pur tuttavia la nascita gravemente pretermine è responsabile del 60% della mortalità nel primo anno di vita.

Figura 4.6

Neonati gravi pretermine o di peso molto basso per età gestazionale – Toscana, periodo 2009-2013 – Fonte: ARS su dati TIN toscane on-line



I nati morti⁹ nel 2013 sono 66, facendo registrare un tasso di natimortalità di 2,2 decessi ogni 1.000 nati. Analizzando i tassi per trienni, l'andamento della natimortalità è stabile da diversi anni (**Figura 4.7**). La definizione di natimortalità o di nato morto si basa su criteri non univoci tra le varie nazioni per ciò che riguarda il cut-off di riferimento per età gestazionale, e questo rende difficili i confronti internazionali.

Secondo l'European Perinatal Health Report (Euro-Peristat) l'Italia con 2,4 per 1.000 nati nel 2010, si colloca tra le nazioni con un tasso più basso. La variabilità in Europa oscilla tra l'1,5 per 1.000 nati della Repubblica Ceca al 4,3 della Francia¹⁰.

In Toscana, nel 2010, la natimortalità a partire dalle 28 settimane è stata di 2,2 ogni 1.000 nati.

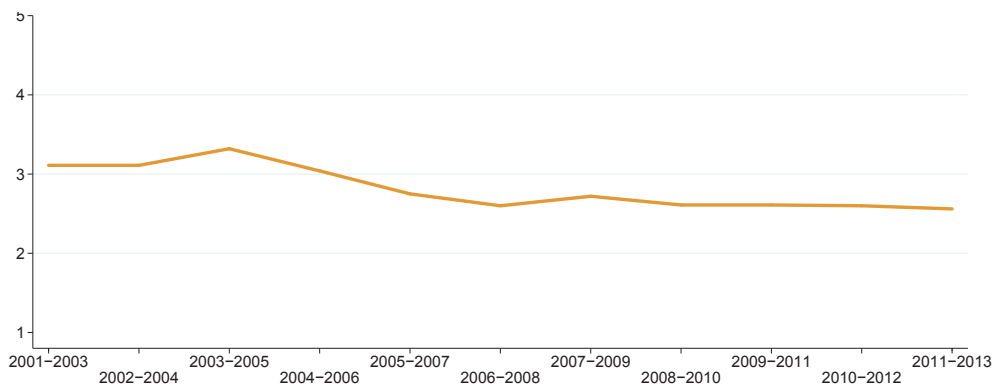
Tabella 4.5

Principali patologie nei neonati gravi pretermine o di peso molto basso – Toscana, periodo 2009-2013 e Italia e Europa, anno 2012 – Fonti: ARS su dati TIN toscane on-line, Italian Neonatal Network e Vermont Oxford Network

	TIN TOSCANE ON-LINE 2009-2013	Italian Neonatal Network 2012	Vermont Oxford Network 2012
Sepsi precoce	1,8	6,4	2,4
Sepsi tardiva	13,9	16,7	13,0
Displasia broncopolmonare	11,0	15,4	25,5
Emorragia intraventricolare III-IV grado	9,5	7,8	8,0
Leucomalacia	4,6	3,5	2,9
Retinopatia del prematuro III grado	4,3	5,5	6,4
Enterocolite necrotizzante	3,7	3,9	5,4

Figura 4.7

Natimortalità per 1.000 nati – Toscana, periodo 2001-2013 – Fonte: ARS su CAP



In conclusione, nonostante l'aumento dei fattori di rischio quali l'età della donna, la presenza di stranieri, le gravidanze plurime e la procreazione medicalmente assistita, la proporzione di nati pretermine, di basso peso alla nascita e di macrosomi, ossia di neonati a rischio di maggiore morbilità e mortalità, è rima-

sta costante negli anni. I nati gravemente pretermine sono soggetti ad un'alta mortalità e presentano patologie gravi, anche se in misura non maggiore di altre regioni italiane o altri paesi europei ed extraeuropei e questo ne giustifica una particolare attenzione e monitoraggio.

NOTE

-
- 1 Engle WA, Tomashek KM, Wallman C and Committee on Fetus and Newborn, American Academy of Pediatrics. (2007). "Late-preterm" infants: a population at risk. *Pediatrics*;120:1390-1401.
 - 2 March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO (2012). *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. Eds CP Howson, MV Kinney, LE Lawn. World Health Organization.
 - 3 Ministero della Salute (2013). *Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita. Anno 2010.*
 - 4 Baronciani D, Perrone E, Gargano G (2013). *La nascita pretermine in Emilia-Romagna. Anni 2004-2009. Dossier Agenzia sanitaria e sociale regionale.*
 - 5 Pertile R, Pedron M, Piffer S (2013). *Rapporto annuale sulla Natalità in provincia di Trento. Anno 2012. Azienda Sanitaria per i servizi sanitari. Provincia autonoma di Trento.*
 - 6 EURO-PERISTAT (2013). *European Perinatal Health Report - Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010.*
 - 7 American College of Obstetricians and Gynecologists (2013). *Obesity in pregnancy. Committee Opinion No. 549. Obstet Gynecol; 121:213-7.*
 - 8 Nightingale - Vermont Oxford Network; <https://nightingale.vtoxford.org/>
 - 9 Nato morto (definizione ISTAT): il decesso fetale che si verifica a partire dal 180° giorno di durata della gestazione. I nati morti che si verificano prima del 180° giorno (25+5 settimane di età gestazionale) sono considerati aborti spontanei.
 - 10 V. nota n. 6.

ALLATTAMENTO AL SENO

L'OMS, l'UNICEF e l'American Academy of Pediatrics¹ raccomandano l'allattamento esclusivo al seno per almeno 6 mesi, considerandolo un importante determinante per la salute del bambino e della madre². I bambini allattati esclusivamente al seno hanno rischi ridotti di infezioni delle alte e basse vie respiratorie, di infezioni gastrointestinali e, a distanza, un minor rischio di sovrappeso ed obesità e un migliore sviluppo intellettivo³. L'allattamento materno comporta anche altri benefici, come un costo ridotto e una maggiore praticità rispetto al latte artificiale, e per la madre un miglioramento del benessere psico-fisico, un rischio ridotto di tumore del seno e di osteoporosi.

La promozione dell'allattamento al seno rappresenta perciò un elemento importante di salute pubblica.

Fin dal 2004 la Giunta regionale della Toscana, per sviluppare e riqualificare la Rete materno-infantile, ha investito particolarmente sulla promozione dell'allattamento materno in tutto il percorso nascita, con l'istituzione di un gruppo di lavoro dedicato (Osservatorio regionale), il sostegno all'iniziativa *Baby Friendly Hospital* e la firma di un protocollo di intesa Regione Toscana-UNICEF. A tale scopo, la Regione Toscana ha partecipato al programma ministeriale "Promozione dell'allattamento materno", in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità; al progetto europeo *Promotion of Breastfeeding in Europe* e al progetto OMS-UNICEF "Ospedali Amici dei Bambini" (*Baby Friendly Hospital Initiative*).

Confronti spaziali e temporali a livello internazionale sulla prevalenza di allattamento al seno sono difficili, non solo per l'eterogeneità nelle definizioni e nelle metodologie di rilevazione, ma anche per la scarsità di dati disponibili. Secondo i dati dell'OMS⁴, a livello mondiale nel periodo 2005-2012 solo il 38% dei bambini con

meno di 6 mesi di vita era allattato esclusivamente al seno. Le prevalenze risultavano più alte nelle regioni del Sud Est asiatico (47%) e più basse in Europa (25%).

Dal database dell'Organisation for Economic Co-operation and Development⁵, i cui dati più recenti si riferiscono ad anni variabili compresi tra il 2003 e il 2007, in Italia la prevalenza di bambini allattati al seno, con qualunque modalità e per qualunque periodo di tempo, era stimata intorno all'81%, più bassa rispetto a quella dei paesi del Nord Europa (Norvegia, Danimarca e Svezia avevano valori superiori al 97%), ma più alta rispetto a Belgio, Francia e Irlanda, che riportavano valori inferiori al 65%.

Al momento non esiste in Italia un sistema di monitoraggio nazionale della prevalenza dell'allattamento al seno.

L'Istituto superiore di sanità ha condotto, tra il 2008 e il 2011, due indagini campionarie in 11 regioni italiane⁶. Le indagini prevedevano una intervista dopo il parto e il *follow up* a 3, 6 e 12 mesi. La domanda sull'alimentazione del bambino faceva riferimento alle 24 ore precedenti l'intervista. Dai dati, riportati in **Tabella 4.6**, si rileva che già al momento del parto la proporzione di bambini non allattati al seno o con allattamento misto⁷ era superiore al 28%.

Tabella 4.6

Percentuale di allattamento al seno alla dimissione, a 3 e 6 mesi – Italia, periodo 2010-2011 – Fonte: Istituto superiore di sanità

Modalità di allattamento al seno	Nei primi giorni di vita*	A 3 mesi*	A 6 mesi*
Esclusivo	63,9	53,3	7,4
Predominante	7,8	6,9	1,4
Misto o Complementare	20,5	14,2	50,6
No allattamento al seno	7,8	25,6	40,6

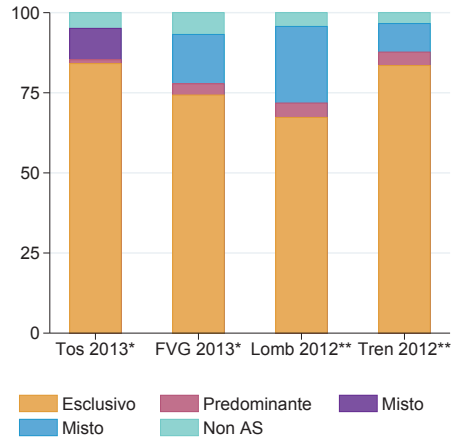
* Nelle 24 ore precedenti l'intervista.

A partire dal 2002 l’Agenzia regionale di sanità della Toscana, con la collaborazione dell’Azienda ospedaliera universitaria Meyer, ha promosso alcune indagini sulla prevalenza dell’allattamento al seno e dei suoi determinanti in Toscana. L’ultima indagine è stata condotta nel 2010. Sono stati somministrati 5.885 questionari ai genitori che hanno accompagnato i bambini ad effettuare la prima o la seconda dose dei vaccini obbligatori, in 44 centri vaccinali campionati nelle diverse AUSL. Le domande sull’alimentazione hanno riguardato la dimissione e le ultime 24 ore, mentre le categorie dell’allattamento sono state definite secondo i criteri stabiliti dall’OMS⁸.

Dal confronto temporale con le indagini precedenti, “Il Percorso Nascita” del 2001⁹ e “Mamma Informata” del 2005¹⁰, si è osservato un incremento graduale dell’allattamento esclusivo alla dimissione: dal 66% nel 2001, passa al 71% nel 2005 e al 76% nel 2010. L’incremento è confermato dai dati del CeDAP del 2013, dove si riscontra, durante il ricovero per nascita, una proporzione di allattamento esclusivo dell’84%. Questi dati, migliori del 63,9% nazionale (Tabella 4.6), sono

in linea con quelli di altre regioni, che come la Toscana monitorano il dato nel tempo^{11,12,13} (Figura 4.8).

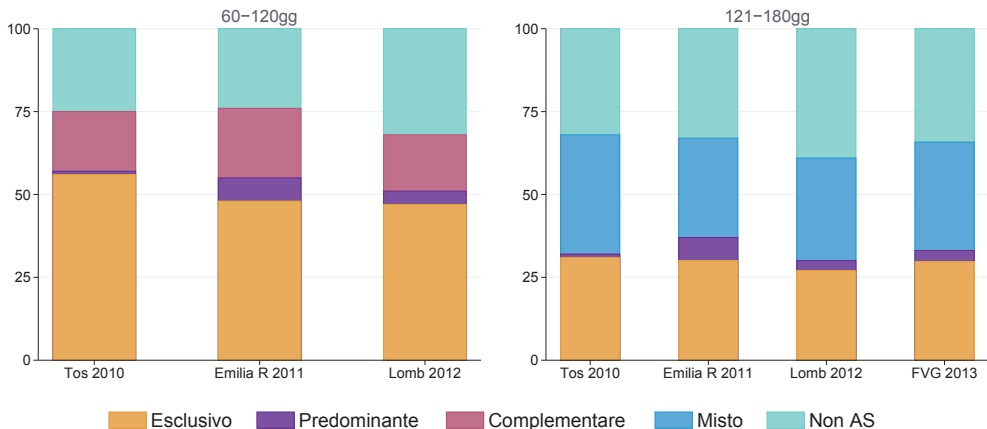
Figura 4.8
Allattamento al seno durante il ricovero o alla dimissione dal Punto nascita – Toscana, 2013; Friuli-Venezia Giulia, 2013; Lombardia, 2012; Trentino, 2012 – Fonte: CeDAP e indagini regionali



* Allattamento durante il ricovero.
** Allattamento alla dimissione dal Punto nascita.

L’allattamento al seno, tuttavia, diminuisce rapidamente fin dai primissimi mesi di vita (Figura 4.9). Infatti alla pri-

Figura 4.9
Allattamento al seno a 60-120 gg e a 121-180 gg – Toscana, 2010; Emilia-Romagna, 2011; Lombardia, 2012; Friuli-Venezia Giulia, 2013 – Fonte: indagini regionali



ma vaccinazione (61-120 giorni), i bambini alimentati al seno in modo esclusivo o predominante sono il 57,5%, il 17,8% è allattato in modo complementare e il 24,7% non è allattato al seno. Alla seconda vaccinazione (121-180 giorni), la proporzione di bambini alimentati al seno in modo esclusivo o predominante scende al 31,4%. Aumentano i bambini allattati in modo complementare (36,2%) per l'inizio dello svezzamento, ossia l'introduzione dei primi cibi solidi, e quelli non allattati al seno (32,3%). A 121-180 giorni il 51,0% dei bambini è già stato svezzato; il 45,7% di questi riceve la frutta oltre al latte; il restante anche pappa dolce e/o salata e/o biscotti. Il dato sulla precoce introduzione di alimenti solidi è stato monitorato, parallelamente al dato sull'allattamento, in quanto fattore di rischio per l'obesità.

Anche per ciò che riguarda l'allattamento, alla prima e seconda vaccinazione i dati sono sovrapponibili a quelli di altre regioni^{14,15,16} e sono migliori rispetto al dato nazionale mostrato in **Tabella 4.6**.

L'indagine nei centri vaccinali mette in luce anche una variabilità a livello di AUSL per quanto riguarda l'allattamento esclusivo a 60-120 giorni e l'allattamento a 121-180 giorni di vita. A 60-120 giorni di vita l'AUSL di Pisa presenta proporzioni significativamente più basse rispetto alla media della Toscana, mentre proporzioni significativamente più alte si rilevano a Siena (**Figura 4.10**). A 121-180 giorni il 67,6% dei bambini continua ad essere allattato al seno, pur ricevendo anche latte artificiale e/o alimenti solidi o semi-solidi: Pistoia e Firenze registrano proporzioni più alte rispetto alla media regionale; proporzioni più basse si osservano a Prato e Viareggio (**Figura 4.11**).

In conclusione, i dati evidenziano che la percentuale di mamme toscane che allattano al seno alla dimissione dal punto nascita è alta ed in aumento negli anni. Durante il ricovero per la nascita, si evidenziano proporzioni di allattamento esclusivo al seno superiori all'80% in tutti gli ospedali "Amici dei Bambini"

Figura 4.10

Allattamento esclusivo al seno a 60-120 gg – Prevalenze e IC al 95% – AUSL di vaccinazione e Toscana, anno 2010 – Fonte: ARS su indagine centri vaccinali

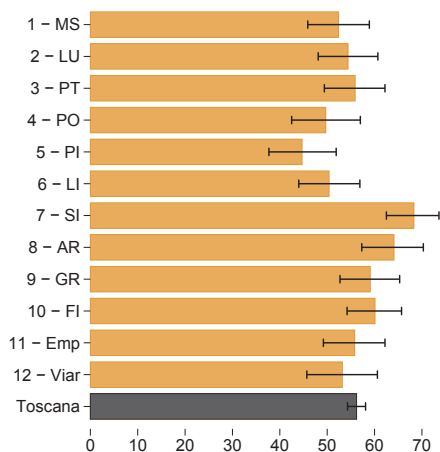
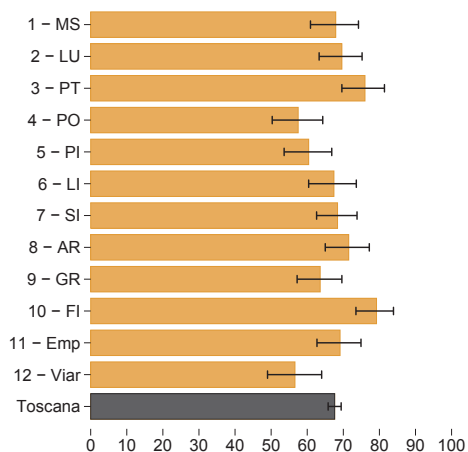


Figura 4.11

Allattamento al seno a 121-180 gg – Prevalenze e IC al 95% – AUSL di vaccinazione e Toscana, anno 2010 – Fonte: ARS su indagine centri vaccinali



della Toscana. Attualmente, sono sette gli ospedali toscani riconosciuti “Amici dei Bambini” da OMS-UNICEF (Presidio ospedaliero delle Apuane, PO della Piana di Lucca, PO di Pistoia, PO Val di Chiana Senese, PO dell’Alta Val d’Elsa, Ospedale Nuovo del Mugello, PO S. Maria Annunziata di Firenze); altri due (l’Ospedale S. Giovanni di Dio di Firenze e l’Ospedale del Casentino) ed una comunità (AUSL 1 di Massa) hanno iniziato il percorso di riconoscimento. A queste strutture si aggiunge l’AOU di Careggi (FI), che, prima azienda ospedaliero-universitaria in Italia

ad elevato numero di nati, ha già superato la “Fase 2” e ricevuto il certificato di impegno. La Toscana a tutt’oggi è la regione che conta il maggior numero di ospedali riconosciuti.

Tuttavia, l’allattamento esclusivo diminuisce già nei primissimi mesi di vita e molte donne tendono ad iniziare precocemente lo svezzamento. Emerge dunque la necessità di fornire adeguate informazioni, oltre che sostegno, alle madri per mantenere la produzione di latte e continuare ad allattare almeno fino al 6° mese di vita.

NOTE

- 1 American Academy of Pediatrics (2012). *Breastfeeding and the Use of Human Milk*. *Pediatrics*, 129; e827
- 2 WHO. *Health topics - 10 facts on breastfeeding*: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en>.
- 3 Bernardo LH, Cesar GV (2013). *Long-term effects of breastfeeding*. WHO.
- 4 WHO (2013). *Maternal, infant and young child nutrition. Report by the Secretariat - Executive board* 134/15.
- 5 OECD (2014). *OECD Family Database*. OECD, Paris: <http://www.oecd.org/social/family/database>
- 6 Lauria L, Spinelli A, Lamberti A et al (2012). *Allattamento al seno: prevalenze, durata e fattori associati in due indagini condotte dall’Istituto superiore di sanità (2008-09,2010-11)*, *Not Ist Super Sanità*, 25 (11):i-iii.
- 7 *Allattamento esclusivo: latte materno, gocce o sciroppi medicinali (vitamine, minerali, farmaci) e nient’altro; allattamento predominante: latte materno con aggiunta di liquidi non nutritivi (acqua, bevande acquose come tè, camomilla); allattamento misto: latte materno e latte artificiale; allattamento artificiale (non allattamento al seno): alimentazione senza latte materno. Alimentazione complementare: latte materno con aggiunta di latte artificiale, liquidi nutritivi, alimenti solidi o semisolidi; non allattamento: solo latte artificiale e/o alimenti solidi o semisolidi.*
- 8 V. nota n. 7.
- 9 Casotto V, Cuttini M, Genovese I (2005). *Il percorso nascita: risultati dello studio in Toscana*, *Documenti dell’Agenzia regionale di sanità della Toscana*, n.12.
- 10 Puglia M, Casotto V, Rusconi F (2007). *Essere mamma informata: allattamento al seno e SIDS*. *Documenti dell’Agenzia regionale di sanità della Toscana*, n. 25.
- 11 Pertile R, Pedron M, Piffer S (a cura di) (2013). *Rapporto annuale sulla natalità in provincia di Trento Anno 2012, Azienda per i servizi sanitari, Provincia autonoma di Trento*.
- 12 Pirola M, Bettinelli ME, Bonfanti M, et al (a cura di) (2012). *Prevalenza, esclusività e durata dell’allattamento al seno in Regione Lombardia. Rapporto 2012, Regione Lombardia Sanità*.
- 13 *Promozione dell’allattamento in Friuli Venezia Giulia: Sistema di monitoraggio regionale, dati non pubblicati*.
- 14 Cuoghi C, Di Mario S, Borgini S et al (a cura di) (2012). *Prevalenza dell’allattamento al seno in Emilia-Romagna, Sesta Edizione, Ricerca Triennale. Anno 2011. Regione Emilia-Romagna, Giunta regionale Direzione generale Sanità e politiche sociali*.
- 15 vedi nota 13.
- 16 vedi nota14.

ABORTI SPONTANEI

Secondo la definizione ISTAT, per aborto spontaneo (AS) si intende l'espulsione spontanea o morte del feto/embrione entro il 180° giorno compiuto di amenorrea, cioè 25 settimane e 5 giorni. Dopo tale limite gestazionale l'evento viene classificato come nato morto. Tuttavia, negli ultimi anni, a fronte delle migliorate tecniche di rianimazione neonatale, questa definizione si mostra decisamente inadeguata.

Attualmente l'OMS non fornisce una definizione esatta, ma utilizza il peso (più o meno 500 grammi) come fattore discriminante tra aborto spontaneo e nato morto. A tale peso corrisponde in genere un periodo gestazionale massimo di 22 settimane¹.

Poiché a livello internazionale ogni paese sembra adottare una propria definizione di aborto spontaneo, i confronti sono poco affidabili. Per questo motivo sarà possibile mostrare solamente un confronto all'interno del nostro paese.

E' importante sottolineare comunque che l'Italia, a differenza di altri paesi europei, possiede un'indagine specifica sugli aborti spontanei, anche

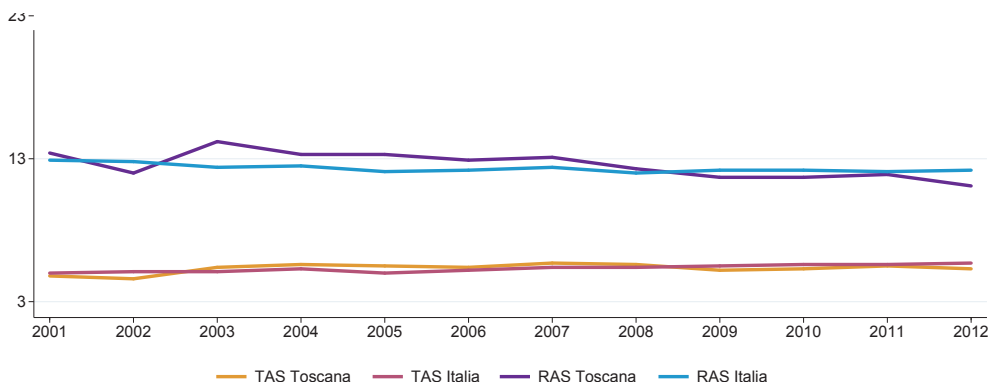
se riferita ai soli casi ospedalizzati, per cui sono esclusi tutti gli aborti che si risolvono senza intervento del medico o che necessitano di sole cure ambulatoriali, che sono oggi sempre più frequenti e raccomandati.

L'andamento del tasso di abortività spontanea in Toscana è pressoché in linea con il dato nazionale, appena al di sopra negli anni dal 2003 al 2008, ritorna al di sotto negli ultimi quattro anni facendo registrare nel 2012 un tasso di 5,3 aborti spontanei ogni 1.000 donne residenti di 15-49 anni, rispetto al 5,7 italiano. Diverso l'andamento del rapporto di abortività spontanea calcolato su 100 nati vivi. Il dato ISTAT evidenzia una leggera diminuzione del dato toscano, che da 14 aborti spontanei ogni 100 nati vivi del 2003, si attesta su 11 aborti spontanei ogni 100 nati vivi nel 2012. Più stabile il dato italiano, che nello stesso periodo rimane intorno ai 12 aborti spontanei ogni 100 nati vivi (**Figura 4.12**).

La Toscana si colloca tra le regioni con il più basso tasso di dimissione per aborto spontaneo e con il più basso rapporto di abortività. Regioni quali il Lazio (7,2 ogni 1.000 donne di 15-49 anni e 14,7 ogni 100 nati vivi) e la Valle d'Ao-

Figura 4.12

Tasso di abortività spontanea per 1.000 donne, età 15-49 anni e rapporto di abortività spontanea su 100 nati vivi – Toscana e Italia, periodo 2001-2012 – Fonte: ARS su dati ISTAT

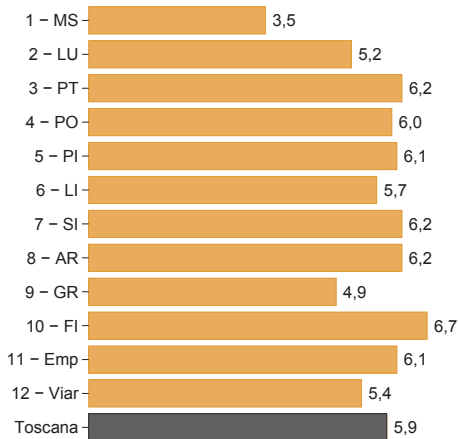


sta (6,7 e 13,8) hanno sia il tasso che il rapporto di abortività più alti rispetto alla media.

Il tasso grezzo di ospedalizzazione per aborto spontaneo per azienda sanitaria di residenza delle donne toscane, desunto dal flusso della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), non presenta un forte scostamento dalla media regionale (5,9 x 1.000 donne residenti 15-49 anni), ad eccezione delle residenti nelle AUSL di Massa e Grosseto, che presentano i valori più bassi (rispettivamente 3,5 e di 4,9). Analogamente le residenti in queste due AUSL, dopo Viareggio, presentano i tassi di ospedalizzazione per parto più bassi, quindi siamo in presenza di un minor numero di gravidanze (Figura 4.13).

Figura 4.13

Ospedalizzazione per aborto spontaneo – Tasso grezzo per 1.000 donne, età 15-49 anni – AUSL di residenza e Toscana, anno 2013 – Fonte: ARS su SDO*



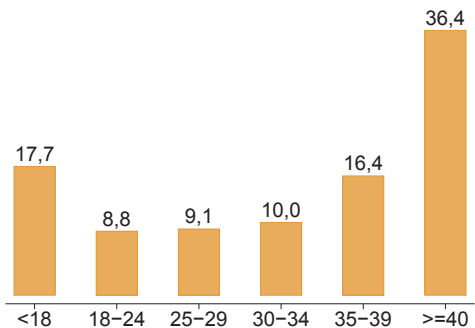
*Diagnosi principale alla dimissione 632 o 634.

La possibilità che una gravidanza evolva in esito abortivo aumenta all'aumentare dell'età della donna², in quanto il determinante principale di questo fenomeno è individuabile nelle alterazioni ge-

netiche che possono avvenire nella fase di divisione dei cromosomi, e che sono sempre più frequenti man mano che aumenta l'età dell'ovocita stesso. Rispetto al numero dei nati vivi si rileva una quota più elevata di aborti spontanei a partire dai 35 anni di età (Figura 4.14): 16,4 aborti spontanei ogni 100 nati vivi tra 35 e 39 anni e 36,4 dai 40 anni in poi. Sul dato delle minori pesa probabilmente il fatto che il denominatore costituito dai nati vivi sia rappresentato da un numero molto esiguo rispetto al numeratore e non va letto quindi come un maggior rischio di abortività spontanea.

Figura 4.14

Rapporto di abortività spontanea per 100 nati vivi per età della donna – Toscana, triennio 2011-2013 – Fonte: ARS su AS e CAP



Nel 2013 il 54,7% delle donne dimesse per AS dagli istituti di cura della Toscana aveva un'età superiore o uguale ai 35 anni. Nel 2001 tale quota era del 39,6%. Cresce anche la quota di donne con un titolo di studio medio-alto (dal 55,3% al 68,1%), delle straniere (dall'11,9% al 25,7%) e di quelle che hanno già avuto un aborto spontaneo precedente (dal 22,0% al 29,7%). Rispetto al momento in cui avviene l'aborto nel 2013, il 92,8% delle donne ha avuto un aborto spontaneo entro la 12a settimana. Cambia negli anni la modalità d'intervento: nel 2001 erano il 59,5% le donne sottoposte a raschiamento a seguito di aborto sponta-

neo, mentre sono solo il 30,5% nel 2013, a favore dell'isterosuzione, che passa dal 37,2% al 61,1%, tecnica quest'ultima meno rischiosa e traumatica del raschiamento. In aumento nel periodo anche altre modalità come l'aborto medico, che utilizza misoprostolo o prostaglandine, (dal 1,4% al 4,3%) o anche semplicemente l'attesa dell'espulsione spontanea (nessun intervento dall' 1,9% al 3,5%). Oggi, infatti, si tende a intervenire meno e a favorire metodi molto meno invasivi rispetto al raschiamento, che comporta comunque dei rischi in misura non tra-

scurabile (10/100 di infezione, 1-2/1.000 di emorragia, 1-4/1.000 di perforazione uterina)^{3 4}. Infine, per quanto riguarda la terapia antalgica, calano nel periodo sia l'anestesia totale (83,5% nel 2001, 76,3% nel 2013) che l'anestesia locale (da 13,5% a 8,7%), mentre aumenta in modo consistente l'utilizzo di nessuna terapia antalgica: dal 2,5% del 2001 al 9,8% del 2013 (**Tabella 4.7**).

I dati riflettono alcuni cambiamenti che hanno riguardato la sfera riproduttiva, come il procrastinare la gravidanza in età sempre più avanzata e l'aumento

Tabella 4.7

Caratteristiche delle donne che hanno abortito spontaneamente e modalità dell'intervento – Toscana, anni 2001, 2005, 2009 e 2013 – Fonte: ARS su AS

		2013	2009	2005	2001
% 35 anni e oltre		54,7	51,3	44,0	39,6
% sotto i 35 anni		45,3	48,7	56,0	60,4
% scuola superiore o laurea		68,1	64,4	59,0	55,3
% straniera		25,7	23,2	16,8	11,9
% occupate		66,6	70,2	69,3	63,5
% primipare		52,5	54,4	55,1	57,0
% aborti spontanei precedenti		29,7	24,6	21,6	22,0
Età gestazionale	% <4 sett	0,5	0,5	0,6	0,6
	% 5-6 sett.	5,8	7,2	8,7	8,7
	% 7-8 sett.	30,8	34,3	32,1	32,9
	% 9-10 sett.	38,5	36,4	35,9	33,9
	% 11-12 sett.	17,2	15,2	14,9	16,0
	% 13-16 sett.	5,2	3,7	4,8	4,5
	% 17-20 sett.	1,6	2,0	2,1	2,2
	% >20 sett.	0,5	0,7	1,0	1,3
Tipo di intervento	% raschiamento	30,5	38,8	44,8	59,5
	% isterosuzione	61,1	55,6	46,9	37,2
	% altro	4,9	2,9	6,0	1,4
	% nessuno	3,5	2,8	2,3	1,9
Terapia antalgica	% anestesia totale	76,3	83,0	81,6	83,5
	% anestesia locale	8,7	12,9	14,4	13,5
	% analgesia senza anestesia	3,9	0,5	0,2	0,4
	% altra	1,3	0,4	0,5	0,1
	% nessuna	9,8	3,2	3,3	2,5

della popolazione straniera. I dati confermano la consolidata conoscenza che il rischio di aborto spontaneo è altamente correlato all'innalzamento dell'età della donna. Nonostante l'aumento di questo fattore di rischio, i tassi di abortività non aumentano per il crescente numero di eventi che si risolvono con sole cure ambulatoriali.

Si rileva infine un atteggiamento più rispettoso della salute e del corpo delle donne e anche una maggiore consapevolezza delle donne stesse che sempre accettano e anzi richiedono modalità più conservative e meno invasive come l'aborto medico o l'attesa dell'espulsione spontanea.

NOTE

-
- 1 Loghi M, Spinelli A, D'Errico A (2013). *Abortività spontanea. Salute materno-infantile, Rapporto Osservasalute 2013.*
 - 2 Leridon H (2010). *L'espèce humaine a-t-elle un problème de fertilité?*, in *Population et Sociétés*, n.471.
 - 3 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2004). *The Care of Women Requesting Induced Abortion. Evidence-based Clinical Guideline Number 7.*
 - 4 WHO (2003). *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems.* Geneva.

INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA

In Italia, l'interruzione volontaria della gravidanza (IVG) è legale e regolamentata dalla legge 22 maggio 1978, n. 194, che consente l'interruzione entro i primi 90 giorni, su richiesta della donna con certificazione medica.

È consentito il ricorso all'interruzione di gravidanza anche dopo il novantesimo giorno quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna, oppure quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.

Per le minorenni è necessario l'assenso da parte di chi esercita la potestà o la tutela; tuttavia, nel caso in cui la minore non desideri informare i propri familiari della sua scelta, è possibile ricorrere al giudice tutelare, che darà l'assenso all'intervento in base a una relazione dei servizi sociali. In caso invece di interdizione per infermità di mente, la richiesta di intervento deve essere fatta anche dal tutore o dal marito¹ della donna.

A partire dal 1979 l'ISTAT, a seguito dell'entrata in vigore della legge 194/78, ha avviato, in accordo con le regioni ed il Ministero della sanità, la rilevazione dei casi di IVG. I dati vengono raccolti per mezzo del modello individuale ISTAT D.12, che deve essere compilato dal medico che procede all'interruzione stessa. Nel modello sono richieste notizie sulla donna e sull'interruzione della gravidanza. I dati presentati in questo paragrafo si riferiscono a questa rilevazione, che riguarda le IVG avvenute in Toscana da donne ovunque residenti, mentre non comprende le IVG di residenti in Toscana avvenute fuori regione.

L'Italia si colloca in Europa tra i paesi con tasso di abortività volontaria più

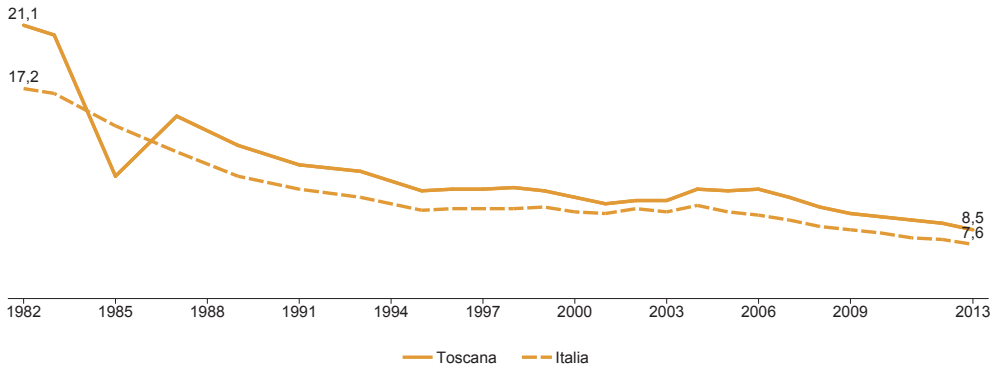
basso. Con un valore nel 2012 di 9,6 calcolato su 1.000 donne di 15-44 anni (denominatore usato per i confronti internazionali), è preceduta solo da Belgio (9,3 nel 2011), Portogallo (9,1 nel 2012), Olanda (8,5 nel 2012), Germania (7,2 nel 2012) e Svizzera (6,4 nel 2013). I tassi più elevati in Europa si registrano nella Federazione Russa (31,3 nel 2011), in Bulgaria (21,2 nel 2012), in Romania (20,8 nel 2012) e in Svezia (20,7 nel 2012)².

In Toscana, come in Italia, le IVG sono diminuite velocemente dall'introduzione della normativa fino alla metà degli anni '90, per poi continuare a calare più lentamente (**Figura 4.15** e **Figura 4.16**). L'andamento del fenomeno è legato in parte a un maggiore e migliore uso dei metodi anticoncezionali, alla presenza dei consultori e dei consultori giovani e al crescere della consapevolezza delle donne. Nelle strutture toscane, nel 2013 sono state eseguite 6.722 IVG, quasi 1.500 in meno rispetto al 2001. Il tasso di abortività è stato di 8,5 IVG per 1.000 donne di 15-49 anni, leggermente superiore alla media nazionale (7,6 per 1.000), mentre il rapporto rispetto al numero di nati vivi dal 2009 al 2012 è rimasto costante, intorno a 24 IVG per 100 nati vivi ed è di 22,5 nel 2013 (20,4 in Italia). Il tasso di abortività della Toscana nel 2012 è l'ottavo più elevato in Italia, dopo Liguria, Emilia-Romagna, Piemonte, Valle d'Aosta, Puglia, Lazio e Umbria³.

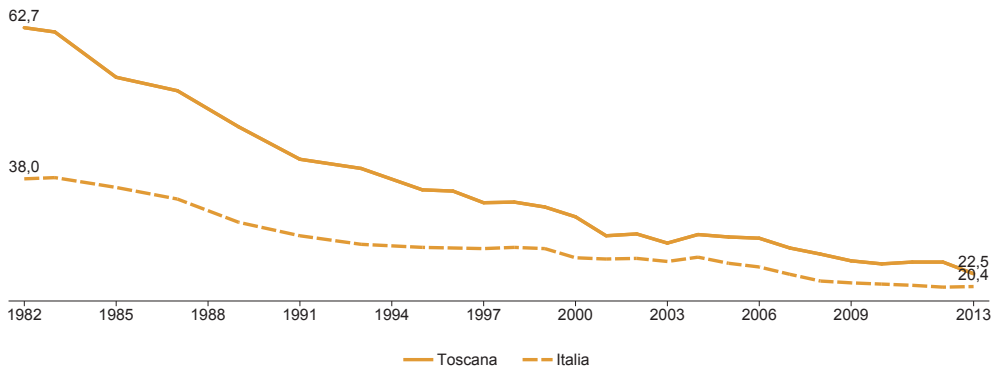
In Toscana non è presente una forte variabilità nei tassi di ospedalizzazione per IVG. Tassi più elevati della media regionale si registrano tra le residenti nelle AUSL di Prato (9,7 per 1.000 donne 15-49 anni), Firenze (9,6) e Massa (9,2), anche a causa del contributo delle straniere che in queste AUSL presentano i tassi di ospedalizzazione per IVG più elevati (**Figura 4.17**).

Figura 4.15

Abortività volontaria – Tasso per 1.000 donne, età 15-49 anni – Toscana e Italia, periodo 1982-2013 – Fonte: Ministero della salute, 2014

**Figura 4.16**

Rapporto di abortività volontaria per 100 nati vivi – Toscana e Italia, periodo 1982-2013 – Fonte: Ministero della salute, 2014



Anche per le IVG si è assistito ad un lieve incremento dell'età media delle donne che ne fanno richiesta: da 29,4 anni nel 2001 a 30,5 nel 2013 (**Tabella 4.8**), mentre la percentuale di donne con 40 anni o più è passata dal 7,8% del 2001 all'11,8% del 2013. Rimane pressoché costante la proporzione di minorenni che ricorre all'IVG, attestandosi intorno al 3,0%. Anche se si tratta di percentuali minori rispetto ad altri paesi europei, resta la considerazione che su questa fascia di età sembrano avere influito in misura minore i cambiamenti culturali che hanno favorito la riduzione delle

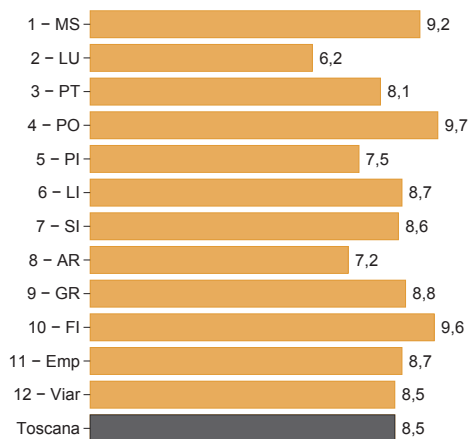
IVG nel loro insieme. Più della metà delle donne che si sottopongono a IVG nel 2013 sono nubili (54,5%), il 53,0% ha un livello di scolarizzazione medio alto (erano 45,6% nel 2001), mentre le occupate sono circa la metà come nel 2001.

Com'è noto, il fenomeno dell'immigrazione degli ultimi anni ha fatto sì che la percentuale di donne straniere che ricorrono all'IVG sia quasi raddoppiata nell'ultimo decennio, passando dal 22,5% nel 2001 al 42,6% nel 2013. Si tratta prevalentemente di donne provenienti dai paesi a forte pressione migratoria.

L'analisi delle interruzioni volontarie di gravidanza nella popolazione straniera sarà comunque approfondita più avanti, nel paragrafo ad essa dedicato.

Figura 4.17

Ospedalizzazione per IVG - Tasso grezzo per 1.000 donne, età 15-49 anni – AUSL di residenza e Toscana, anno 2013 – Fonte: ARS su dati SDO*



* Diagnosi principale alla dimissione 635 o codice principale di intervento 69.01 o 69.51.

Le donne toscane che ricorrono all'IVG hanno già dei figli nel 69,7% dei casi (erano 52,7% nel 2001) e hanno già avuto una precedente IVG quasi in un terzo dei casi (28,8% vs 20,9% del 2001).

Esiste una tendenza all'aumento del ruolo dei consultori familiari nella gestione delle IVG (**Tabella 4.9**), determinata prevalentemente dal contributo delle donne straniere, che vi ricorrono più frequentemente in quanto a più bassa soglia di accesso e con la presenza di mediatori culturali.

Una criticità è rappresentata dal tempo di attesa per l'esecuzione dell'IVG: nel 39,7% dei casi è superiore a due settimane (era 29,6% nel 2001), anche se in linea con la media nazionale del 38,5% nel 2012. Il 52,3% degli interventi per IVG si effettua dopo l'8a settimana, con rischi maggiori per la salute delle donne, mentre quasi la metà (47,7%) degli interventi per IVG viene effettuata entro le 8 settimane di età gestazionale (41,8% in Italia). Le interruzioni terapeutiche di gravidanza (dopo la 12a settimana) costituiscono il 2,9% delle IVG toscane nel 2013 (3,9% in Italia nel 2012).

Tabella 4.8

Caratteristiche delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG – Toscana, anni 2013, 2009, 2005, 2001 e Italia, anno 2012 – Fonte: ARS su flusso IVG e Ministero della salute, 2014

	2013	2009	2005	2001	Italia 2012
Numero di IVG	6.722	7.819	8.757	8.176	107.192
Età media (anni)	30,5	30,1	29,8	29,4	n.d.
% <18 anni	2,7	2,8	2,3	2,6	3,3
% 35 anni e oltre	33,4	30,9	28,3	26,3	31,2
% 40 anni e oltre	11,8	9,7	9,3	7,8	10,3
% nubili	54,5	51,5	47,9	49,4	50,3
% scuola media superiore o laurea	53,0	50,6	45,9	45,6	51,3
% occupate	49,6	54,8	52,8	52,0	44,0
% PFPM	41,5	41,6	34,8	21,4	n.d.
% PSA	1,1	0,9	1,2	1,1	n.d.
% straniera	42,6	42,5	36,1	22,5	34,0
% figli precedenti	59,7	55,8	56,5	52,7	60,3
% IVG precedenti	28,8	28,7	24,9	20,9	26,6

Tabella 4.9

Modalità di svolgimento dell'IVG – Toscana, anni 2013, 2009, 2005, 2001 e Italia, anno 2012
– Fonte: ARS su flusso IVG e Ministero della salute, 2014

	TIPO	2013	2009	2005	2001	Italia 2012
Luogo di certificazione	Consultorio familiare pubblico	49,3	51,0	44,7	36,5	42,0
	Medico di fiducia	33,6	30,9	35,3	40,0	24,3
	Serv. Ost. Ginec. di istituto di cura	15,9	16,4	18,8	20,7	30,5
	Altra struttura socio-sanitaria	1,2	1,6	1,2	2,8	3,1
	Mancante per imminente pericolo di vita	0,0	0,0	0,0	0,0	0,03
Urgenti		23,5	19,3	25,1	24,5	12,8
Tempo di attesa tra il rilascio del documento o certificazione e l'intervento	<15 gg	60,3	59,0	61,1	70,4	61,5
	15-21 gg	23,5	26,2	26,1	20,0	23,0
	22-28 gg	11,2	11,1	9,7	7,4	10,5
	>28 gg	5,0	3,8	3,1	2,2	5,0
Età gestazionale	≤8	47,7	45,1	46,4	48,6	41,8
	9-10	34,0	38,0	38,2	36,1	39,5
	11-12	15,4	14,3	13,2	12,9	14,8
	>12	2,9	2,7	2,2	2,4	3,9
Tipo di intervento	Raschiamento	5,9	7,5	10,3	3,8	11,7
	Karman	57,5	68,0	73,9	76,3	58,0
	Isterosuzione	22,4	22,6	15,8	19,9	19,6
	IVG farmacologica	13,2	0,8	-	-	9,6
	Altro	1,1	1,2	-	-	1,1

La metodica secondo Karman risulta la tecnica più utilizzata per l'esecuzione dell'IVG nel 2013 (57,5%), in diminuzione rispetto al 2001 (76,3%), seguita dall'isterosuzione (22,4). Queste tecniche, che consistono nell'introduzione di una sonda collegata ad un sistema aspirante nel canale cervicale, consentono la rimozione dell'embrione e sono meno rischiose e traumatiche del raschiamento. L'approccio farmacologico con mifepristone (RU486) e prostaglandine per l'interruzione della gravidanza (definito anche aborto medico) è stato utilizzato in Toscana nel 13,2% dei casi. L'utilizzo di questa tecnica è più frequente rispet-

to alla media nazionale: 11,5% vs 9,6% nel 2012.

La lettura di questi dati mostra una popolazione di donne che è andata negli anni acquisendo consapevolezza, anche rispetto all'utilizzo di contraccettivi, riducendo il ricorso alle IVG. Si tratta in qualche misura di un processo culturale diffuso e "spontaneo", ma che ha certamente trovato importanti supporti nei consultori familiari.

Anche il ricorso all'RU486, che ha stentato ad affermarsi nel nostro Paese, sembra iniziare a trovare sempre più favore tra le donne. Si tratta di un aspetto importante che potrebbe nel tempo

alleggerire i servizi ma che, soprattutto, va nel senso di una minore invasività ed una riduzione dei rischi per la salute delle donne. Certamente richiede una maggiore partecipazione al processo abortivo ed una vicinanza dei servizi, che non facciano sentire sola la donna.

Molto ancora può essere fatto nella promozione della diffusione di una cultura contraccettiva, sia tra gli operatori che tra le donne, ed è indubbio che i consulenti rappresentino un punto cardine, specie se incardinati in percorsi integrati con le strutture ospedaliere.

NOTE

- 1 *Non legalmente separato.*
- 2 *Statistiques nationales, Eurostat, WHO (2014). European Health for all database. Alan Guttmacher Institute.*
- 3 *Ministero della salute (2014). Relazione del Ministero della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78), Dati preliminari 2013, dati definitivi 2012. Roma 15 ottobre 2014.*

DIFETTI CONGENITI E MALATTIE RARE

DIFETTI CONGENITI

I difetti congeniti (DC) sono anomalie metaboliche, funzionali o strutturali di un organo, originatesi durante la vita intrauterina e visibili in epoca prenatale, neonatale o postnatale, secondo il tipo di anomalia e le tecniche diagnostiche utilizzate. I DC globalmente sono molto eterogenei, sia per il tipo di organo colpito, sia per la gravità, che per l'eziopatogenesi. I DC sono eventi piuttosto rari ma, considerando insieme le forme più gravi e quelle più lievi, interesserebbero dal 3 al 5% di tutti i nati. I DC sono responsabili della maggior parte degli aborti spontanei e rappresentano inoltre una delle principali cause dell'interruzione di gravidanza nel mondo. I DC colpiscono circa 3,2 milioni di nati per anno e circa 270mila neonati affetti da DC muoiono ogni anno entro i primi 28 giorni di vita. Nei paesi sviluppati, i DC sono responsabili del 25% della natimortalità (mortalità fetale tardiva, ossia dopo la 28^a settimana di gestazione), del 45% della mortalità perinatale (nati morti e morti entro la prima settimana di vita) e del 3-4% della mortalità infantile (morti entro l'anno di età). Si ritiene che circa il 20% di tutti i DC siano dovuti a cause genico-cromosomiche, il 10% a fattori esogeni e il rimanente 70% sia legato a cause ancora sconosciute.

Il network europeo *European Surveillance of Congenital Anomalies* (EUROCAT), avviato nel 1979, è la principale fonte di informazione sull'epidemiologia delle anomalie congenite in Europa, raccogliendo dati da 41 registri in 23 paesi e sorvegliando oltre 1,7 milioni di nati per anno, che rappresentano circa il 30% delle nascite in Europa.

In Toscana, i DC diagnosticati in periodo prenatale, alla nascita ed entro il

primo anno di vita da donne residenti nella regione sono inseriti nel Registro toscano difetti congeniti (RTDC), che partecipa ai sistemi internazionali di sorveglianza dei DC (*International Clearinghouse for Birth Defects Surveillance and Research* – ICBDSR – ed EUROCAT). I casi registrati comprendono i nati vivi, le morti fetali (nati morti e aborti spontanei) e le interruzioni volontarie di gravidanza a seguito di diagnosi prenatale di difetto congenito.

Nel periodo 2009-2012 sono stati registrati in Toscana complessivamente, 2.667 casi di DC su una popolazione sorvegliata di 121.673 nati residenti in Toscana, per una prevalenza alla nascita di 219,4 DC ogni 10mila nati. Si tratta di 1.985 nati vivi, 25 nati morti, 652 IVG e 5 ABS. La natimortalità registrata tra i nati sorvegliati (318/121.673) è risultata pari a 2,6 per 1.000 nati, mentre è stata segnalata la presenza di difetti congeniti nel 7,9% dei nati morti (25/318). I DC più diffusi (**Tabella 4.10**) sono quelli cardiovascolari, che rappresentano il 30,6% dei 2.882 difetti rilevati tra i 2.667 casi (72,6 per 10.000 nati), seguiti dalle anomalie cromosomiche (17,7%; 41,8 per 10.000 nati), dai difetti dell'apparato urinario (11,2%; 26,6 per 10.000 nati), dai difetti degli arti (9,8%; 23,3 per 10.000 nati) e dai difetti dei genitali (9,1%; 21,5 per 10.000 nati).

Il confronto con il dato medio europeo, rilevato in 31 registri su 3.078.002 nati sorvegliati, evidenzia rapporti di prevalenza più bassi in Toscana per la maggior parte dei gruppi, ad eccezione delle anomalie dei genitali, con dati sovrapponibili a quello medio europeo, e delle anomalie cromosomiche, che in Toscana risultano leggermente superiori al dato EUROCAT.

Nella **Figura 4.18** sono riportati i tassi di prevalenza di DC tra i nati vivi per AUSL di residenza materna. Si evi-

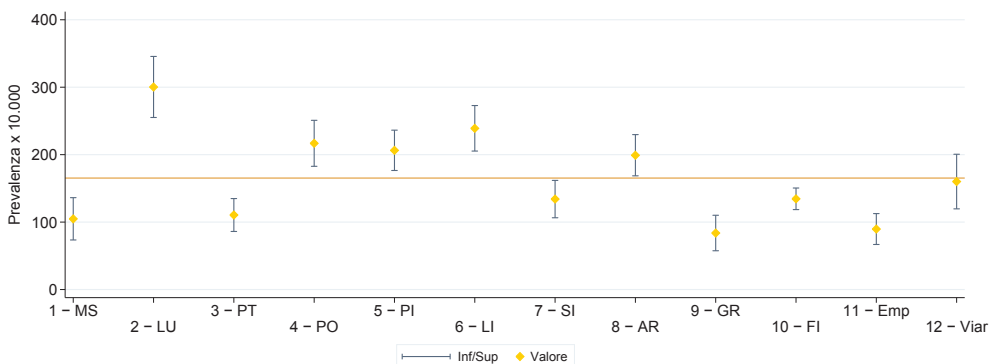
Tabella 4.10

Casi con difetti congeniti secondo 12 gruppi di patologie, registrati nelle IVG e nei 121.673 nati da madre residente in Toscana – Numeri e prevalenze – Toscana, periodo 2009-2012 – Fonte: RTDC, EUROCAT

Gruppo Difetti	IVG		Neonatale e oltre		Totali		EUROCAT	
	N	Prevalenza x 10.000	N	Prevalenza x 10.000	N	Prevalenza x 10.000	N	Prevalenza x 10.000
Sistema nervoso	113	9,3	96	7,9	209	17,2	7.697	25,0
Occhio	4	0,3	31	2,6	35	2,9	1.224	3,9
Orecchio, faccia, collo	1	0,1	19	1,6	20	1,6	585	1,9
Cardiovascolare	79	6,5	623	66,1	883	72,6	24.224	78,7
Respiratorio	8	0,7	26	2,9	44	3,6	2.236	7,3
Schisi oro-facciali	14	1,2	24	7,4	104	8,6	4.330	14,1
Digerente	16	1,3	108	12,7	170	13,9	5.693	18,5
Parete addominale	23	1,9	16	1,3	39	3,2	2.042	6,6
Genitali	8	0,7	192	20,9	262	21,5	6.687	21,7
Urinario	44	3,6	215	23,0	324	26,6	10.188	33,1
Arti	42	3,5	169	19,8	283	23,3	12.456	40,5
Cromosomi	389	31,9	93	9,9	509	41,8	12.140	39,4

Figura 4.18

Nati vivi con difetti congeniti – Tassi di prevalenza per AUSL di residenza materna (esclusi i difetti minori isolati) – Toscana, periodo 2009-2012 – Fonte: RTDC



denza una variabilità tra le AUSL molto elevata: nel quadriennio 2009-2012 si rilevano valori di prevalenza di casi significativamente superiori alla media regionale nelle AUSL di Lucca, Prato, Pisa e Livorno, mentre si registrano valori significativamente più bassi per le AUSL di Massa-Carrara, Pistoia, Siena, Grosseto, Firenze ed Empoli. Le differenze ter-

ritoriali potrebbero anche essere legate a gradi variabili nella completezza della rilevazione dei casi di DC in epoca pre-natale, neonatale e post-neonatale.

Nel periodo 2003-2012 si rilevano trend crescenti di anomalie cromosomiche, in particolare per la sindrome di Down e per la trisomia 18. In questo periodo, la prevalenza media osservata in

Toscana per la trisomia 21 è inferiore al dato medio EUROCAT (Toscana: 20,54 x 10.000; EUROCAT: 21,41 x 10.000). Lo stesso è vero per la trisomia 18 (Toscana: 4,57 x 10.000; EUROCAT: 4,96 x 10.000). Per entrambe le forme di trisomia, comunque, nel 2012 si rileva un valore in Toscana maggiore di quello EUROCAT, da confermare con opportuni approfondimenti.

NOTE

1. *Centro nazionale malattie rare. Il coordinamento nazionale dei registri delle malformazioni congenite. Notiziario Istituto superiore di sanità 2008; 21:9-13.*
2. *World Health Organization. Congenital anomalies. Fact sheet No 370. January 2014: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/en/index.html>*

MALATTIE RARE

Si considerano “rare” secondo la definizione europea quelle patologie che si manifestano con una prevalenza inferiore a 5 casi su 10.000. A causa della loro bassa prevalenza, le malattie rare (MR) sono spesso misconosciute e diagnosticate con ritardo. Si tratta di patologie per le quali spesso non sono disponibili né medicinali specifici né forme di prevenzione o trattamento appropriato ed efficace. Nel complesso costituiscono causa importante di patologie croniche, disabilità e morte prematura sia nei bambini che negli adulti. In meno di 10 anni l'attenzione per le MR ha registrato una crescita così rapida da costituire un intervento prioritario tra le iniziative di sanità pubblica.

Il progetto regionale sulle MR si è sviluppato in Toscana fin dal 2001 in collaborazione con le associazioni dei malati raccolte nel FORUM delle Associazioni toscane malattie rare (deliberazione di Giunta regionale n. 796/2001). Il modello assistenziale toscano dedicato ai soggetti affetti da malattie rare si fonda sulla tracciabilità dei percorsi diagnostico-terapeutici, la rete dei presidi, lo sviluppo della ricerca ed il registro delle malattie rare. Il Registro toscano malattie rare (RTMR), iniziato nel luglio 2006, è gestito per la Regione Toscana dalla Fondazione toscana “Gabriele Monasterio” (FTGM) di Pisa. L'RTMR è alimentato via web dai medici che curano pazienti affetti da MR. I dati del registro sono inviati semestralmente al Registro nazionale malattie rare presso l'Istituto

superiore di sanità.

Alla data del 30 giugno 2014 risultano registrati 29.117 pazienti con diagnosi certa di MR, di cui il 70% toscani e il 30% residenti fuori regione.

Le MR più frequenti sono quelle del gruppo “sistema nervoso e organi di senso” con 8.197 malati, pari al 28,1%, seguito, in ordine decrescente di frequenza, dai gruppi “malformazioni congenite” (18,5%), “malattie endocrine, della nutrizione, del metabolismo e disturbi immunitari” (18,3%), “malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo” (8,3%), fino alle condizioni più rare e rarissime, ma non per questo meno importanti (**Tabella 4.11**).

Le quattro aziende ospedaliero-universitarie (AOU) dislocate a Firenze, Pisa e Siena garantiscono il percorso diagnostico-terapeutico per la maggior parte delle malattie. Gli altri presidi, pure intercettando un numero più limitato di malattie, contribuiscono in modo significativo al completamento della Rete (**Tabella 4.12**).

Complessivamente, fino al 30 giugno 2014 sono state segnalate 273 diverse tipologie di MR. Nella **Tabella 4.13** sono riportati i nuovi casi o casi incidenti diagnosticati nel periodo 01/01/2009 - 31/12/2013 per le patologie maggiormente segnalate.

L'insieme della MR è un gruppo di malattie tutt'altro che raro e anche le singole MR, anche se rappresentate da piccoli numeri, sono rilevanti sia dal punto di vista delle cure che delle prestazioni assistenziali che il sistema socio-sanitario deve garantire.

Tabella 4.11

Distribuzione dei casi vecchi e nuovi per gruppo di patologie al 30 giugno 2014 – Fonte: RTMR, Fondazione toscana Gabriele Monasterio

Gruppo Patologie	N	%
RF - MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DI SENSO	8.197	28,2
RN - MALFORMAZIONI CONGENITE	5.390	18,5
RC - GHIANDOLE ENDOCRINE,NUTRIZIONE,METABOLISMO E DISTURBI IMMUNITARI	5.325	18,3
RM - MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO	2.416	8,3
RI - MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	2.050	7,0
RD - MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI	1.738	5,9
RB - TUMORI	1.389	4,8
RG - MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	1.212	4,2
RL - MALATTIE DELLA PELLE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	816	2,8
RH - MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	405	1,4
RJ - MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO	156	0,5
RA - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	14	0,1
RP - ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE	5	0,0
RQ - SINTOMI,SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI	4	0,0
Casi con Malattie Rare non incluse nell'elenco ministeriale	4.842	

Azienda	Totale Casi
AOU CAREGGI FIRENZE	9.203
AOU PISA	6.420
STELLA MARIS	543
CNR	38
FTGM	148
AOU SIENA	6.162
AOU MEYER	2.882
ASL 1 - MASSA CARRARA	176
ASL 2 - LUCCA	191
ASL 3 - PISTOIA	199
ASL 4 - PRATO	784
ASL 5 - PISA	58
ASL 6 - LIVORNO	262
ASL 7 - SIENA	18
ASL 8 - AREZZO	565
ASL 9 - GROSSETO	138
ASL 10 - FIRENZE	1.380
ASL 11 - EMPOLI	415
ASL 12 - VIAREGGIO	409

Tabella 4.12

Casi vecchi e nuovi con malattie rare inseriti nell'RTMR dalle AUSL toscane al 30 giugno 2014 – Fonte: RTMR, Fondazione toscana Gabriele Monasterio

Tabella 4.13

Casi incidenti per le patologie più frequenti, periodo 2009-2013 – Fonte: RTMR, Fondazione toscana Gabriele Monasterio

Patologia	Totale Casi	Casi incidenti	Incidenza x 100.000
SPRUE CELIACA	1.912	751	4,1
SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA	995	210	1,1
LICHEN SCLEROSUS ET ATROPHICUS	216	153	0,8
CHERATOCONO	722	143	0,8
PEMFIGOIDE BOLLOSO	303	142	0,8
PUBERTA' PRECOCE IDIOPATICA	206	114	0,6
CRIOGLOBULINEMIA MISTA	674	85	0,5
ARTERITE A CELLULE GIGANTI	455	79	0,4
BEHÇET MALATTIA DI	605	66	0,4
PEMFIGO	202	57	0,3
SINDROME DI DOWN	263	54	0,3
MARFAN SINDROME DI	406	50	0,3
POLIMIOSITE	211	48	0,3
KLINFELTER SINDROME DI	238	47	0,3
DERMATOMIOSITE	203	41	0,2
POLINEUROPATIA CRONICA INFIAMMATORIA DEMIELINIZZANTE	250	40	0,2
ACALASIA	62	34	0,2
CHURG-STRAUSS SINDROME DI	240	34	0,2
GRANULOMATOSI DI WEGENER	129	29	0,2
SINDROME DEL NEVO DISPLASTICO	122	29	0,2
CISTITE INTERSTIZIALE	72	28	0,2
COREA DI HUNTINGTON	197	24	0,1
SINDROME EMOLITICO UREMICA	44	22	0,1
DARIER MALATTIA DI	38	19	0,1
DERMATITE ERPETIFORME	64	19	0,1
RACHITISMO IPOFOSFATEMICO VITAMINA D RESISTENTE	105	19	0,1
CONNETTIVITE MISTA	147	16	0,1
STEELE-RICHARDSON-OLSZEWSKI SINDROME DI	81	16	0,1
WILMS TUMORE DI	50	16	0,1
SINDROME DA X FRAGILE	97	15	0,1
ALPORT SINDROME DI	263	15	0,1

PROGRAMMAZIONE REGIONALE IN AMBITO MATERNO-INFANTILE

La programmazione regionale in ambito materno-infantile è, ormai da molti anni, uniformata da alcuni principi guida: il primo è che la tutela del diritto alla salute delle donne e dei bambini promuove il diritto alla salute di tutta la popolazione; il secondo è che la salute delle donne e dei soggetti in età evolutiva e adolescenziale costituisce l'ambito privilegiato degli interventi del consultorio, per le sue caratteristiche, e perché luogo di contatto e di riferimento per questo particolare segmento della popolazione.

Gli indirizzi di programmazione hanno destinato particolare attenzione ai bisogni di una società che cambia, quindi: alle attività di supporto alla gravidanza, pre- e post-partum, alla prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), alla procreazione responsabile, agli interventi di contrasto alla violenza, all'opportunità di sostenere la genitorialità, tenendo presente i nuovi assetti familiari e i mutati modelli culturali.

Considerando le difficoltà emerse dal monitoraggio e dalla valutazione annuale dei servizi, si è inoltre ritenuto che bisognasse favorire l'accesso ai servizi e ai percorsi di salute in condizione di equità alle diverse categorie di popolazione (minori, immigrati ecc.), formalizzando protocolli operativi in grado di coinvolgere e integrare i servizi coinvolti nei percorsi, comprese le variegato articolazioni del terzo settore, tramite essenziale tra persone e servizi.

Le scelte strategiche sono state la riqualificazione dei consultori e la promozione di alcuni percorsi assistenziali particolarmente significativi per la tutela della salute della donna, dei ragazzi, dell'intera popolazione (percorso nascita, percorso IVG, sostegno alla genito-

rità, azioni di prevenzione e contrasto della violenza, dell'abuso e del maltrattamento).

Per quanto riguarda la riqualificazione dei servizi consultoriali, una prima scelta è stata quella di garantire servizi di qualità, curando il progressivo raggiungimento degli standard e dei requisiti strutturali, organizzativi e funzionali previsti dalla delibera di Giunta regionale n. 259/2006 in tutte le Zone distretto. Una seconda scelta è stata quella di curare l'integrazione dei percorsi assistenziali con la rete dei servizi, sanitari, socio-sanitari e sociali. Particolare attenzione è stata data alla facilitazione dell'accesso ai servizi, garantendo equità e specifica attenzione alle fasce deboli, alla popolazione immigrata, ai giovani. Infine, alcuni azioni mirate a bisogni specifici hanno riguardato la prevenzione delle IVG e delle IVG ripetute, in particolare nella popolazione immigrata e nella popolazione giovanile, il progetto "Mamma Segreta", la prevenzione delle mutilazioni genitali femminili (MGF) e l'assistenza alle donne coinvolte, l'implementazione dei corsi di accompagnamento alla nascita e dei servizi post-partum.

ATTIVITÀ 2009-2013

RIQUALIFICAZIONE DEI CONSULTORI

Le delibere di Giunta regionale n. 1139/2008 e n. 1318/2009 "Approvazione azioni regionali per la riorganizzazione dei consultori per potenziare gli interventi socio-sanitari a favore delle famiglie", delibere congiunte sanità e sociale, definiscono le linee progettuali per la riqualificazione delle funzioni sociali e socio-sanitarie dei consultori. Sono stati realizzati interventi di: a) sostegno alla genitorialità; b) sostegno alle famiglie in difficoltà e/o a rischio

psico-sociale; c) prevenzione, trattamento e cura del danno rivolti a donne e minori vittime di forme di violenza, di maltrattamento o abuso; d) accoglienza, orientamento e accompagnamento dei cittadini immigrati (mediazione culturale); e) prevenzione dell'abbandono traumatico alla nascita e tutela del parto in anonimato; f) sostegno alla donna e alla famiglia nella fase del post-partum; g) promozione dell'allattamento al seno; h) orientamento e informazione delle famiglie straniere.

La DGR 1172/2010 "Accordo tra RT, Dipartimento delle Politiche per la famiglia e Ministero della salute, di cui alla DGR 660/2009" ha inteso potenziare, su tutto il territorio regionale, in particolare le funzioni sociali dei consultori. Progettualità mirate sono state promosse dalle aziende sanitarie ad implementazione delle attività sociali e socio-sanitarie della rete dei consultori.

PERCORSO DELLE INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA E PREVENZIONE DELLE MUTILIAZIONI GENITALI FEMMINILI

Con le delibere di Giunta regionale n. 1039/2008 e n. 696/2009 "Prevenzione dell'IVG, contraccezione, rilevazione, assistenza, cura e contrasto delle mutilazioni genitali femminili" gli interventi realizzati hanno avuto come scopo principale: da una parte, avvicinare la popolazione immigrata ai servizi consultoriali, attraverso una pluralità di soggetti in raccordo tra loro (centri di riferimento regionale, consultori, associazioni e realtà del terzo settore); dall'altra, implementare azioni mirate per prevenire l'IVG e le IVG ripetute, anche con azioni di educazione alla maternità consapevole, e rilevare, curare e prevenire la pratica delle MGF nella popolazione a rischio,

secondo quanto disposto dalla legge n. 7/2006.

Sono stati coinvolti 24 consultori principali e 12 centri consulenza giovani, con 150 operatori, nell'elaborazione di 21 progetti di zona in 12 AUSL. Sono stati realizzati 17 eventi di sensibilizzazione (metodologie adottate: *peer to peer*, camper itinerante; centri linguistici, centri territoriali permanenti, corsi di italiano), grazie a 30 associazioni territoriali e 16 comunità e associazioni dei migranti. Sono stati elaborati strumenti informativi ed è stato realizzato un sito web: www.mgftoscana.it (1.689 visite nei primi sei mesi di attività, di cui il 15,3% da traffico diretto, il 18,4% da siti referenti e il 66,4% da motori di ricerca). Sono stati raggiunte migliaia di persone e si è registrato un aumento dell'accesso ai servizi consultoriali pari al 15% nel primo anno successivo al progetto. Sono stati rilevati alcuni casi di MGF, avvicinando le persone coinvolte ai servizi consultoriali. Molto positivi i risultati prodotti dagli incontri e dagli interventi sulla contraccezione, sia in consultorio che in ospedale. Alcune criticità sono state rilevate nel coinvolgimento della popolazione di origine cinese su Prato ed Empoli e della popolazione giovanile, fatta eccezione per Firenze.

ATTIVITÀ ED INTERVENTI SPECIFICI PER LA POPOLAZIONE IMMIGRATA

La DGR 120/2012 "Linee Guida regionali per l'applicazione della normativa sull'assistenza sanitaria dei cittadini non italiani presenti in Italia" ha definito l'accesso ai servizi della popolazione immigrata, tenendo conto dei diversi status e modalità di presenza sul territorio regionale e nazionale (regolari, irregolari, stranieri temporaneamente presenti, UE ed extra UE, ecc.). Inoltre, ha preso avvio un coordinamento regionale che, in stretta connessione con i coordinamen-

ti aziendali, analizza i procedimenti per garantire uniformità, accuratezza e sostegno al pubblico nella diffusione delle informazioni.

Gli “Interventi per la salute materno-infantile” contemplati dalla DGR 1250/2012 e dalla DGR 1229/2012, dalle progettualità aziendali e concordati anche attraverso il coordinamento e la stretta collaborazione della Commissione regionale per le attività consultoriali, prevedono di potenziare e ottimizzare il servizio di mediazione culturale sul I e II livello dei servizi, con particolare riguardo ai servizi pre- e post-partum e di diagnosi prenatale, in un’ottica di continuità territorio-ospedale-territorio; sviluppare l’accesso ai servizi attraverso il coinvolgimento del volontariato, delle associazioni di tutela e delle aggregazioni formali e informali della popolazione di origine straniera; sperimentare specifiche attività informative svolte da *peer-educators* presso le comunità straniere presenti nei diversi territori.

PROGRAMMI E PROGETTI NAZIONALI

Particolare attenzione è stata dedicata in questi anni a costruire servizi e attività consultoriali, integrate non solo con le reti assistenziali presenti nell’ambito regionale, ma con le esperienze e

le buone pratiche presenti nel territorio nazionale. La collaborazione con il livello nazionale di programmazione e operatività ha permesso di partecipare e contribuire ad alcuni progetti e programmi, il cui valore aggiunto è l’intenzione di garantire servizi di qualità, omogenei e diffusi, in cui la qualità non è solo uno standard da raggiungere ma un patrimonio di conoscenze e competenze, sia degli operatori che dei cittadini.

Particolare importanza rivestono in questo senso: il progetto CCM per la prevenzione delle IVG nelle donne straniere (formazione di formatori aziendali per lo sviluppo delle competenze, con modalità a cascata); il piano di intervento (2008-2010 e 2011-2013) per la prevenzione dell’IVG delle donne straniere, per la cura, l’assistenza e il contrasto delle MGF e l’intesa del 6 dicembre 2012 per lo sviluppo di azioni progettuali a contrasto delle MGF.

Infine la DGR 1227/2011 “Buone pratiche per la salute materno-infantile” è un provvedimento che ha l’obiettivo, tuttora in corso, di mettere a sistema quanto prodotto negli anni presi in esame, per gli obiettivi di salute materno-infantile e relativamente a buone pratiche, linee guida, protocolli, procedure, per promuovere una cultura della qualità delle prestazioni erogate.

SALUTE DEI BAMBINI E DEGLI ADOLESCENTI

Un' evidenza oramai ben consolidata è che la salute degli adulti si giochi fin da quando siamo bambini, anzi fin già dall'utero materno. Sufficiente a far anticipare fin dalla prima infanzia l'impegno per la prevenzione delle malattie croniche, che negli scenari futuri domineranno la vita di un numero sempre maggiore di persone. In Toscana, così come per le altre regioni, la percentuale dei bambini e ragazzi di età 0-17 anni è globalmente diminuita negli ultimi 20 anni rispetto ai precedenti ed è del 15,3% nel 2012. Questa riduzione si è fatta sentire in particolar modo dal 2008, sia in Toscana che in Italia si è assistito ad un nuovo calo delle nascite, probabilmente legato alla crisi economica. Il calo è stato maggiore per i nati da genitori entrambi italiani, ma nell'ultimo anno ha interessato consistentemente anche i nati da genitori stranieri. Nel 2012 su 31.234 parti il 27,1% riguarda donne di cittadinanza straniera provenienti prevalentemente dai paesi a forte pressione migratoria. L'età media delle madri è in continuo aumento (33 anni per le donne italiane e 29 per le straniere nel 2012), il che giustifica tra l'altro una maggiore medicalizzazione del parto e maggiori complicanze per il bambino. Aumentano a partire dal 2006 i nati vivi da parto plurimo (sono 3,5% di tutti i nati vivi nel 2012), a causa sia dell'aumentata età materna, ma soprattutto per il maggiore ricorso alla procreazione medicalmente assistita. La nascita da parto plurimo è gravata da maggiori complicanze e morbosità. Sono stabili i nati pretermine (< 37 settimane di età gestazionale; il 7% dei nati nel 2012), mentre i nati a basso peso (< 2500 grammi) sono in lieve aumento (il 7% nel 2012) in particolare tra le donne

italiane, come si riscontra anche in altre regioni.

L'attività a partire dal 2009 di Terapie intensive neonatali (TIN) toscane on-line, un archivio che raccoglie i dati da tutti i punti nascita della regione Toscana per i neonati con età gestazionale inferiore a 32 settimane o con peso alla nascita inferiore a 1.500 grammi, permette un focus su questi neonati che, benché rappresentino solo il 1,2% dei nati vivi, sono gravati da un'alta morbosità e mortalità. I neonati deceduti durante il ricovero sono il 12,3% del totale e sono responsabili di più del 50% dell'intera mortalità infantile (primo anno di vita).

I dati disponibili sui tumori infantili sono quelli dell'Associazione italiana registri tumori (Airtum). L'incidenza dei tumori nei bambini e adolescenti nelle regioni del Centro Italia è leggermente più elevata rispetto alle regioni del Nord e del Meridione per il primo anno di vita e più in generale per la fascia d'età 0-14 anni, mentre il quadro è più omogeneo per gli adolescenti. L'andamento nel tempo dell'incidenza del totale dei tumori risulta, dopo una fase di crescita, stabile o in riduzione nel Centro Italia, anche per gli adolescenti che nelle altre aree del Paese hanno un trend in crescita. Anche la mortalità è in diminuzione sia in Italia che in Toscana, dove si riporta per il periodo 1987-2011 una riduzione media dei tassi del 2,5-3% ogni anno tra i bambini di 0-14 anni e dell'1-2% all'anno tra gli adolescenti.

Per quanto riguarda l'allattamento al seno, il monitoraggio della prevalenza alla dimissione dal Punto nascita, al 3° e al 6° mese è una delle priorità del Piano socio-sanitario integrato 2012-2015 della Regione Toscana che, a partire dal 2004, ha messo in atto diverse azioni per la promozione dell'allattamento. Dal confronto temporale con i dati rilevati da tre indagini "ad hoc" condotte dall'ARS

Toscana, con la collaborazione dell'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer, si osserva un incremento dell'allattamento esclusivo alla dimissione dall'ospedale dal 66% nel 2001 al 76% nel 2010.

La pratica di allattare in modo esclusivo diminuisce però grandemente fin dai primissimi mesi di vita. Infatti, nella rilevazione del 2010, alla prima vaccinazione (61-120 giorni), i bambini alimentati al seno in modo esclusivo o predominante sono il 57,5%; il 17,8% è allattato in modo complementare e il 24,7% non è allattato al seno. Alla seconda vaccinazione (121-180 giorni), la proporzione di bambini alimentati al seno in modo esclusivo o predominante diminuisce al 31,4%. Aumentano i bambini allattati in modo complementare (36,2%) e quelli non allattati al seno (32,3%), per inizio dello svezzamento, ossia l'introduzione dei primi cibi solidi.

I dati sulla mortalità in età pediatrica sono quelli del Registro di mortalità regionale. Dal 1995 al 2011 (ultimo anno per cui i dati sono disponibili) in Toscana il tasso di mortalità infantile (primo anno di vita) si è più che dimezzato: da 6,1 per 1.000 nati vivi a 2,7. La riduzione è a carico prevalentemente della mortalità neonatale, che rappresenta circa il 70% di tutta la mortalità infantile. Le cause più frequenti di mortalità nel primo anno di vita sono le condizioni morbose di origine perinatale e le malformazioni congenite.

Anche per le altre due fasce d'età considerate, 1-4 anni e 5-9 anni, la mortalità si è pressoché dimezzata e negli ultimi 5 anni è rispettivamente di 13,2 per 100mila nel genere maschile e di 11,8 nel genere femminile (a 1-4 anni); i valori per l'età 5-9 anni sono di 7,9 per 100mila nei maschi e 7,3 nelle femmine.

Le cause di decesso più frequenti sono i tumori, in particolare del sistema nervoso centrale e le leucemie, le malformazioni congenite (solo per 1-4 anni) e i traumatismi causati in particolare da incidenti stradali.

Per le altre due classi di età (10-14 anni e 15-19 anni) le cause traumatiche, sempre in particolare associate ad incidenti, diventano la prima causa di morte, rappresentando il 67% di tutte le cause.

Il rischio relativo di decesso è storicamente superiore nei maschi rispetto alle femmine in tutte le classi di età; negli ultimi 5 anni, tuttavia, è significativamente più elevato nel genere maschile solo per i 15-19enni, a causa del maggior numero di eventi accidentali.

Passando agli stili di vita dei giovani toscani rispetto alla pratica dell'attività fisica, secondo i dati ISTAT, nella fascia di età fino ai 17 anni si è osservato sia in Italia che in Toscana un incremento della quota di persone che praticano sport in maniera continuativa sebbene siamo ancora lontani dalle raccomandazioni OMS relativamente alla quantità di tempo dedicato all'attività. Più scarse variazioni si osservano in coloro che non svolgono alcuna attività fisica. In tale fascia di età, i toscani risultano più attivi rispetto al dato medio italiano (non pratica attività fisica il 17,6%). Relativamente all'alimentazione, i dati complessivamente indicano che nella nostra regione dagli anni '90 tendono a ridursi le frequenze di consumo di pasta, pane, carne, latte, frutta e ad aumentare le frequenze di consumo di ortaggi. Rispetto al dato italiano, lo stile alimentare dei giovani toscani appare migliore per il più frequente consumo di verdura e ortaggi e quello meno frequente di dolci, snack e salumi. In Toscana, come in Italia, il consumo di frutta e verdura è comunque inferiore a quanto raccomandato. Complessivamente, nei bambini e negli ado-

lescenti della nostra regione sovrappeso e obesità, pur diffusi soprattutto nei più piccoli, risultano in proporzione inferiore rispetto alla media italiana (24,5% Toscana e 27,2% Italia). I bambini e gli adolescenti che vivono in famiglie con un basso livello di istruzione hanno un maggior rischio di un eccesso di peso. Per quanto riguarda l'abitudine al fumo, la nostra regione si colloca poco al di sopra della media nazionale per la prevalenza di fumatori in età 11-17 anni. Le giovani toscane sembrano più propense all'abitudine rispetto ai coetanei maschi. Infine, la quota di adolescenti toscani che consuma alcolici è analoga a quella dei coetanei italiani (33% vs 34% nei 14-17enni). Il consumo fuori pasto sta diminuendo e si sta allineando a quello italiano, suggerendo un possibile effetto di "contenimento" dell'abitudine da parte del modello mediterraneo caratterizzato dal bere ai pasti, ancora diffuso. Questa interpretazione è suggerita anche dalla quota dei soggetti che hanno sperimentato ubriacature nella nostra regione, analoga rispetto all'Italia. Inferiore rispetto alla media italiana è invece la diffusione del *binge drinking* (assunzione di più bevande alcoliche in un intervallo di tempo breve).

Per quanto riguarda il consumo di sostanze psicotrope, vi è un importante coinvolgimento dei giovani nel fenomeno dell'assunzione di droghe. L'analisi dei dati toscani risulta pressoché in linea con l'andamento nazionale (23% dei ragazzi tra i 14 e i 19 anni si dichiarano consumatori di almeno una sostanza nell'ultimo anno), con prevalenze sostanzialmente stazionarie negli ultimi 8 anni. Anche il gioco d'azzardo risulta essere un ambito di forte attrazione per gli adolescenti. I risultati dello studio toscano EDIT ("Epidemiologia dei determinanti dell'infortunistica stradale in Toscana") mostrano come oltre la metà degli

adolescenti conosca e pratici il gioco d'azzardo e quasi 1 su 10 risulti a rischio di sviluppare una dipendenza da questa attività.

Il contributo epidemiologico sui disturbi psichici in età pediatrica deriva da diverse fonti. Il tasso grezzo di ricovero (dati SDO) nel 2012 è del 4,3 per 1.000 residenti, in lieve diminuzione (pur se da confermare) per la prima volta rispetto al trend in aumento dei precedenti 5 anni e sostanzialmente simile a quello italiano. Il tasso è sempre stato più elevato nei maschi. Consistente negli anni è anche la distribuzione della causa principale di ricovero, il gruppo dei disturbi mentali dell'infanzia, che assomma a più del 40% dei casi. In aumento (il 23,8% nel 2012) sono invece i disturbi psico-organici. Un aspetto particolare è la valutazione del distress psicologico degli adolescenti, che è stato effettuato con una scala validata in studi di popolazione su un campione di quasi 5.000 ragazzi di età 14-19 anni (studio EDIT): complessivamente il 15% circa dei ragazzi nei due anni considerati (2008 e 2011) riporta un distress elevato, considerevolmente maggiore nei soggetti di genere femminile e intorno al 20-22%.

Gli incidenti stradali sono la prima causa di morte presente nella fascia d'età adolescenziale. L'analisi dei dati ISTAT ci dice che i tassi di incidentalità tra i soggetti toscani fino ai 17 anni coinvolti in incidenti stradali è in generale diminuzione. Per quanto riguarda invece le conseguenze più gravi degli incidenti stradali, come per l'Italia anche per la Toscana si osserva un'importante riduzione dei decessi. L'analisi dei fattori di rischio di incorrere in un incidente stradale nei giovani toscani mostra come l'aver assunto sostanze stupefacenti (OR=1,4; p=0,108) e ancora di più il fumare sigarette durante la guida (OR=1,5; p=0,059), il parlare al cellula-

re durante la guida (OR=1,9; $p<0,001$) e soprattutto il guidare dopo aver bevuto troppo (OR=2,5; $p<0,001$) sono fattori che quasi raddoppiano la probabilità di incorrere in un incidente stradale.

Affrontando il tema dei comportamenti sessuali degli adolescenti e del loro approccio alla contraccezione: nel 2011 solo il 65,3% dei giovani toscani sessualmente attivi di età compresa fra i 14 ed i 17 anni usa il profilattico durante i rapporti mostrando una scarsa attenzione, non solo nel prevenire gravidanze indesiderate, ma anche nei confronti della trasmissione di malattie sessualmente trasmissibili. Una percentuale molto elevata di ragazze usa la pillola anticoncezionale (23,6%), l'8,0% adotta solo il coito interrotto (rispetto al 6,1% dei maschi) e ben il 14,7% dichiara di non usare alcun metodo (13,7% nei maschi), esponendosi ad un elevato rischio di incorrere in una gravidanza indesiderata. Anche il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza tra le giovani toscane deve fare riflettere: la gravidanza nelle minorenni si configura infatti come una gravidanza "a rischio" sia sanitario che sociale. Le aree di sofferenza maggiore si individuano in quel 12,4% di casi non seguiti da alcuna struttura, nel ritardo al ricorso alle cure perinatali (20,2%) e nella mancanza del partner in sala parto (50,9% dei casi). Anche i dati sanitari, con l'aumento di rischio per il parto pretermine e per il basso peso alla nascita, confermano questa ipotesi.

Passiamo al fenomeno del bullismo, che sappiamo essere particolarmente presente nell'età evolutiva. Le differenze tra il bullismo del passato e quello odierno riguardano caratteristiche quantitative e qualitative, la frequenza e l'intensità con cui il fenomeno si presenta, così come le diverse forme che assume (vedi ad esempio le recenti

forme di cyber bullismo). I bambini e ragazzi coinvolti in questo fenomeno, indipendentemente dal ruolo svolto (vittime, bulli e osservatori), manifestano problematicità in ambito scolastico e sono maggiormente a rischio di sviluppare difficoltà psicologiche¹ e altre conseguenze anche a lungo termine (sintomi psicosomatici, fughe da casa, uso di alcol e droga, assenze scolastiche e, in particolare, lesioni accidentali e autoinflitte)². In Toscana, sempre lo studio EDIT, mostra valori più alti rispetto a quanto osservato in Italia con il 19,2% dei ragazzi che dichiarano di aver subito prepotenze nel corso dell'ultimo anno (valori stazionari rispetto alla rilevazione del 2008). I ragazzi residenti nelle AUSL di Arezzo e Pistoia si lamentano maggiormente del problema (23,5% e 20,5%, rispettivamente).

La tipologia di prepotenza subita è molto variabile ma, in Toscana come in Italia, sono soprattutto di tipo indiretto, come le prese in giro o gli insulti, che rappresentano rispettivamente il 17,0% e il 13,7% delle azioni subite dai ragazzi toscani, mentre le aggressioni fisiche costituiscono il 9,6% di tutte prepotenze vissute. Complessivamente i valori risultano stabili rispetto a quanto osservato nel 2008.

Infine prendiamo in considerazione ciò che riguarda l'accesso al Pronto soccorso (PS) e l'ospedalizzazione dei bambini e dei ragazzi residenti in Toscana, soprattutto in termini di risposta ai bisogni di salute del bambino e dell'adolescente, senza entrare nel merito dell'organizzazione e dell'appropriatezza delle cure. Sia per l'accesso al PS che per l'ospedalizzazione i tassi sono considerevolmente maggiori nel primo anno di vita (più del doppio rispetto alla fascia d'età successiva di 1-4 anni e tre/quattro volte maggiori che nei bambini più grandi). È noto che i bambini in età

prescolare si ammalano di più, ma soprattutto l'alto accesso al PS in particolare per cause non urgenti (codici bianchi) indica che i genitori non sempre sono preparati ad affrontare malattie banali.

Nelle età successive il ricorso al PS è dovuto in larga percentuale agli incidenti, che costituiscono anche una quota rilevante dei ricoveri ordinari.

NOTE

1 Gini G, Pozzoli T. Association between bullying and psychosomatic problems: a meta-analysis. *Pediatrics* 2009; 123: 1059-65.

2 *Bullying Report: How are Washington State schools doing?* By Lauren Hafner, researcher for The Washington State and The Safe Schools Coalition, 2003.

DISABILITÀ DEI MINORI E DEGLI ADULTI

Il concetto di disabilità, nel corso degli ultimi anni, ha subito profonde trasformazioni, che hanno visto il loro attuale epilogo nella descrizione fornita dall'articolo 1 della Convenzione delle Nazioni Unite per i diritti delle persone con disabilità. L'articolo citato definisce le persone disabili come "persone che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri".

Con l'indagine ISTAT sulle condizioni di salute condotta negli anni 2012-2013 è stato rilevato il fenomeno della disabilità utilizzando gli strumenti già impiegati nelle precedenti edizioni dell'indagine (a partire dal 1990). Tuttavia, è stata modificata la definizione impiegata nell'edizione del 2013 dell'indagine, in accordo alla precedente dichiarazione. Non si parla più di "persone con disabilità" ma di "persone con limitazioni funzionali", in accordo con la classificazione dell'*International Classification of Health and Functioning* (ICF), che individua il fenomeno della disabilità nella presenza di restrizioni alla partecipazione associate a problemi di salute.

Secondo i dati ISTAT nel 2013 in Toscana le persone con limitazioni funzionali sarebbero circa 200mila. In Toscana, come in Italia, la quota è più alta tra le donne: 7,3%, contro 3,9% tra gli uomini. Come sappiamo dalla letteratura sulla salute di genere, lo svantaggio femminile non è unicamente ascrivibile alla maggiore longevità delle donne. Infatti, già a partire dai 55 anni, lo scarto tra uomini e donne emerge in tutte le fasce d'età.

Nella popolazione compresa nella fascia d'età 6-64 anni, oggetto di que-

sto paragrafo, sono circa 33mila i soggetti in condizione di disabilità, l'1,3% della popolazione. Nella **Tabella 4.14** si apprezza un gradiente in diminuzione Sud-Centro-Nord nella graduatoria delle regioni, e la Toscana si posiziona al di sotto della media nazionale (1,4%). Nella popolazione adulta la differenza tra i due generi si appiattisce: si contano difatti circa 15.600 disabili maschi, a fronte di circa 17.400 femmine.

L'1,8% (1,6% uomini, 2,0% donne) della popolazione tra i 6 ed i 64 anni ha difficoltà ad espletare le principali attività di cura della persona (come vestirsi o spogliarsi, lavarsi le mani, il viso o il corpo, tagliare e mangiare il cibo, ecc.). Complessivamente, sono quasi 50mila le persone con questo tipo di limitazioni.

Nella fascia d'età 6-64 anni hanno limitazioni di tipo motorio circa 13mila persone, pari allo 0,5% della popolazione in quella fascia d'età. Le difficoltà nella sfera della comunicazione, quali le difficoltà nel vedere, sentire o parlare, coinvolgono invece circa 8.400 persone, pari allo 0,3% della popolazione toscana della stessa età. La situazione di maggiore compromissione dell'autonomia riguarda lo 0,4% della popolazione tra i 6 ed i 64 anni (circa 11mila persone), che riferisce di essere costretta a stare a letto, su una sedia o a rimanere nella propria abitazione per impedimenti di tipo fisico o psichico.

Nella maggioranza dei casi (55,5%) le persone cumulano più tipi di limitazioni funzionali. In particolare, sono circa 3mila (pari al 29,3%) le persone che riferiscono sia limitazioni motorie che difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane (**Figura 4.19**).

Stimare la disabilità grave rimane ancora un'impresa ardua: un tentativo può essere fatto facendo riferimento alla popolazione che ha ricevuto una certifi-

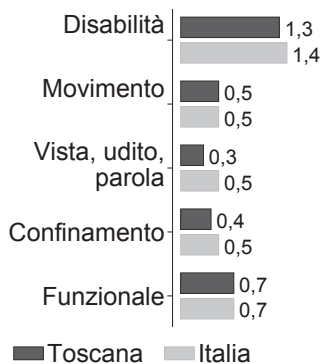
Tabella 4.14

Stima del numero dei disabili in Italia nella popolazione, età 6-64 anni – Regioni e Italia, anni 2012 e 2013 – Fonte: ISTAT

REGIONI	Maschi	Femmine	Totale	N
	%	%	%	
Piemonte	1,0	1,1	1,1	33.917
Valle d'Aosta	0,7	0,7	0,7	643
Lombardia	1,0	1,2	1,1	77.810
Bolzano	1,1	1,4	1,2	4.645
Trento	0,5	0,5	0,5	1.923
Veneto	0,8	1,3	1,0	36.217
Friuli-Venezia Giulia	0,8	1,1	0,9	7.715
Liguria	1,3	1,2	1,3	13.611
Emilia Romagna	1,4	1,1	1,3	39.366
Toscana	1,2	1,3	1,3	33.075
Umbria	1,2	1,6	1,4	8.712
Marche	1,0	1,3	1,2	12.686
Lazio	1,2	1,6	1,4	58.850
Abruzzi	1,3	1,5	1,4	13.352
Molise	1,7	1,1	1,4	3.153
Campania	2,3	1,8	2,0	90.369
Puglia	2,1	2,3	2,2	67.417
Basilicata	1,8	1,9	1,9	8.070
Calabria	1,8	1,9	1,9	27.597
Sicilia	1,9	1,8	1,8	70.173
Sardegna	1,4	1,8	1,6	19.996
Italia	1,4	1,5	1,4	629.296

Figure 4.19

Stima delle limitazioni funzionali nella popolazione disabile per tipologia di limitazione, età 6-64 anni – Toscana e Italia, anni 2012 e 2013 – Fonte: ISTAT



cazione ai sensi della legge n. 104 del 5 febbraio 1992. L'unico dato amministrativo abbastanza certo è quello relativo ai percettori di pensione di invalidità con indennità di accompagnamento. Questo collettivo è composto dalle persone certificate con la legge 104, alle quali è stata riconosciuta la disabilità grave, per la quale percepiscono l'indennità di accompagnamento: dal recente Profilo sociale regionale 2014 sappiamo che sono quasi 30mila i disabili accertati dalle Commissioni di valutazione handicap delle AUSL toscane, e 28.240 le persone che percepiscono una pensione di accompagnamento.

Un utile tentativo per stimare la disabilità grave può essere fatto mediante l'indagine ISTAT sulle condizioni di salute condotta negli anni 2012-2013, selezionando le persone che hanno una severa riduzione dell'autonomia in quanto hanno riferito di essere confinati (a letto, su una sedia o in casa), di non essere in grado di svolgere attività essenziali della vita quotidiana o di non essere in grado di camminare. A queste sono stati aggiunti anche i minori fino ai 6 anni per i quali è stata riferita la presenza di un'invalidità (cecità, sordomutismo, sordità, invalidità motoria, invalidità da insufficienza mentale, invalidità da malattia mentale), in quanto la presenza di disabilità è rilevata solo per la popolazione dai 6 anni in su. La quota di disabili gravi così calcolata è in Toscana di circa 29.300 persone (stima pressoché sovrapponibile ai percettori di pensione di accompagnamento). Si tratta di soggetti con scarsa scolarizzazione (quasi il 72% detiene al massimo la licenza media inferiore), per la gran parte celibi (54,5%), dove solo 1 su 5 dichiara ovviamente di essere occupato (**Tabella 4.15**).

Dalla stessa indagine è possibile valutare in che tipo di famiglia vivono i disabili gravi, se hanno o meno il sostegno familiare, che tipo di assistenza ricevono e che difficoltà economiche vivono, informazioni queste non desumibili da nessun'altra fonte amministrativa di riferimento.

Osservando la posizione nel contesto familiare dei disabili gravi giovani e adulti fino a 64 anni, si evidenzia che più della metà vive come figlio con uno o entrambi i genitori, il 27% vive con il partner e i figli, il 14,5% solo con il partner ed il 4,5% vive solo. Anche per i disabili gravi giovani e adulti si conferma la maggiore presenza nel Sud. I quozienti sono più alti in tutte le regioni del Mezzogiorno (**Tabella 4.15**). Una larga quota della

Tabella 4.15

Stima del numero dei disabili gravi nella popolazione, età 0-64 anni – Regioni e Italia, anni 2012 e 2013 – Fonte: ISTAT

REGIONI	Maschi Femmine		Totale	
	%	%	%	N
Piemonte	0,2	0,3	0,2	25.236
Valle d'Aosta	0,1	0,3	0,3	591
Lombardia	0,3	0,2	0,3	55.787
Bolzano	0,4	0,2	0,3	4.175
Trento	0,1	0,0	0,0	855
Veneto	0,4	0,4	0,4	31.097
Friuli-Venezia Giulia	0,3	0,3	0,3	7.015
Liguria	0,6	0,2	0,4	13.202
Emilia Romagna	0,7	0,2	0,5	34.379
Toscana	0,4	0,5	0,5	29.296
Umbria	0,5	0,2	0,3	6.040
Marche	0,5	0,5	0,5	10.052
Lazio	0,7	0,6	0,6	53.195
Abruzzi	0,5	0,6	0,5	12.392
Molise	0,8	0,1	0,5	2.872
Campania	0,7	0,1	0,7	72.536
Puglia	0,8	0,8	0,9	57.095
Basilicata	0,8	0,9	0,7	6.788
Calabria	0,6	0,5	0,5	23.329
Sicilia	0,6	0,4	0,7	57.207
Sardegna	0,4	0,7	0,7	19.482
Italia	0,5	0,5	0,5	523.432

popolazione giovane e adulta con gravi disabilità non ha ricevuto assistenza domiciliare sanitaria negli ultimi 12 mesi, non si avvale di servizi a pagamento, né può contare sull'aiuto di familiari non conviventi. Il carico dell'assistenza grave, dunque, completamente sui familiari conviventi.

Le persone sole disabili gravi sono circa mille in Toscana. La loro situazione è ancora più critica rispetto ai precedenti parametri. Emerge, comunque, una quota del 20% di disabili gravi che non può contare su alcun aiuto. Si tratta di un segmento di disabili gravi per i quali il "Dopo di noi" è già iniziato e si trova

in condizioni particolarmente critiche. La situazione economica dei disabili gravi che vivono soli è critica, in più della metà dei casi dichiarano di avere risorse scarse o insufficienti.

LE AZIONI DELLA REGIONE TOSCANA A SOSTEGNO DELLA DISABILITÀ GRAVE NEGLI ADULTI: IL PROGETTO

“VITA INDIPENDENTE”

Il progetto “Vita Indipendente” ha origine come sperimentazione nel 2004 in 5 Zone della Toscana, per estendersi definitivamente nel 2012 in tutte le 34 Zone distretto della regione.

La Regione Toscana ha fatto la scelta di prevedere, come tipologia di intervento finanziabile attraverso il contributo erogato, l'assunzione di un assistente personale per supportare il disabile grave nei seguenti ambiti di vita:

- cura della persona: alzarsi, lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.;
- assistenza personale: nelle attività domestiche, sul lavoro, per lo studio, ecc.;
- interventi per l'accessibilità e la mobilità: spostamenti, commissioni, uscite, ecc.

I destinatari sono le persone disabili con capacità di esprimere la propria volontà, di età compresa fra i 18 ed i 64 anni, in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/92, che intendono realizzare il proprio progetto di vita individuale attraverso la conduzione delle principali attività quotidiane, compreso l'esercizio delle responsabilità genitoriali nei confronti di figli a carico, e/o attività lavorative in essere o in progetto, e/o attività scolastico-formative finalizzate a confi-

gurazioni lavorative.

Sulla base della progettualità presentata dal disabile e in collaborazione con quest'ultimo, l'Unità di valutazione multidisciplinare definisce il progetto assistenziale personalizzato ai sensi della l.r. n. 66/2008, con specifica attenzione al conseguimento di obiettivi di “Vita Indipendente”, pari opportunità e integrazione sociale, che deve caratterizzarsi per l'elevata flessibilità, la personalizzazione della risposta (funzionale alle necessità della persona), la possibilità di interventi anche specifici, l'integrazione tra azioni diverse. E deve inoltre riguardare l'assistenza personale (nelle attività domestiche, sul lavoro, per lo studio...), gli interventi per l'accessibilità e la mobilità (spostamenti, commissioni, uscite...), la cura della persona (alzarsi, lavarsi, vestirsi, mangiare...).

I progetti finanziati in Toscana nella fase sperimentale erano 28 e sono passati a circa 400 persone nella fase pilota del progetto. Nel 2012, anno di avvio della fase a regime, sono stati erogati i contributi a circa 600 disabili, per arrivare a 810 nel 2014.

Sulla base dell'ultimo monitoraggio effettuato (dati al 31/12/2013), il contributo medio mensile erogato è di circa 1.000 euro e l'età media dei beneficiari è di 46 anni.

Le risorse stanziare sono passate da 5.200.000 euro nel 2011 a 7.000.000 euro nel 2013, integrate nel corso dell'anno con 1.028.000 euro, per arrivare ad uno stanziamento complessivo di 9.000.000 euro per il 2014.

Si tratta indubbiamente di un grande sforzo da parte della Toscana, davanti all'assenza di una legge nazionale e di finanziamenti statali, che rendono la situazione molto incerta.

SALUTE DEGLI ANZIANI

DEMOGRAFIA

L'Italia, subito dopo il Giappone, è il paese con la maggiore percentuale di anziani al mondo: nel 2013 sono oltre il

21% gli ultra65enni (25% in Giappone) e il 6,4% gli ultra80enni¹ (7,3% in Giappone) (Figura 4.20).

La Toscana in particolare è, dopo Friuli Venezia Giulia e Liguria, una delle regioni più vecchie d'Italia. Nella nostra regione gli 892.803 ultra65enni rappresentano il 24,2% dei residenti e, tra questi, oltre 1 su 6 (139.933) ha 85 anni

Figura 4.20

Percentuale di anziani, età ≥ 65 e ≥ 80 anni – Paesi OCSE, anno 2013 – Fonte: OCSE

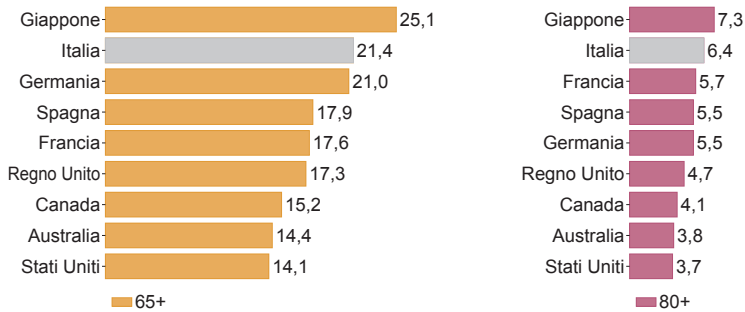
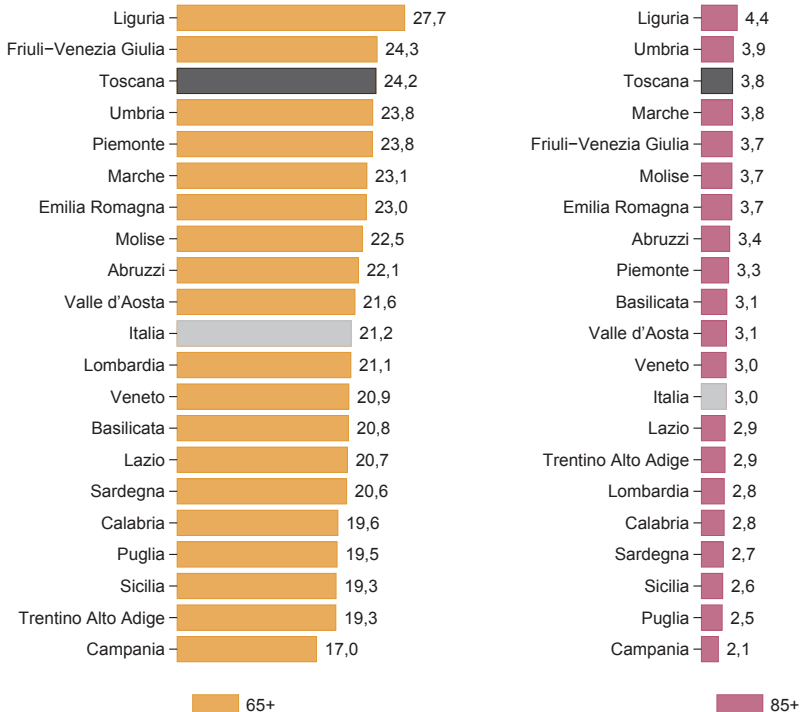


Figura 4.21

Percentuale di anziani, età ≥ 65 e ≥ 85 anni – Regioni e Italia, anno 2012 – Fonte: ARS su dati ISTAT



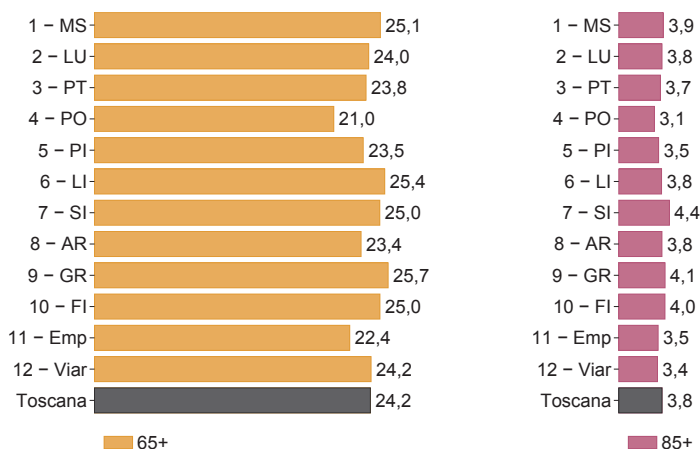
o più (**Figura 4.21**).

Le donne, data la loro maggiore longevità, rappresentano la maggior parte della popolazione anziana: in Toscana, oltre il 57% delle persone con più di 65 anni è rappresentato da donne e questa percentuale sale quasi al 69% tra gli ultra85enni².

Tra le AUSL toscane, nel 2012, quelle con la maggior percentuale di anziani sulla popolazione residente sono la AUSL 9 di Grosseto per gli ultra64enni (26%) e la AUSL 7 di Siena per gli ultra85enni (**Figura 4.22**). La AUSL 4 di Prato è quella con minore proporzione di anziani per entrambe queste fasce d'età

Figura 4.22

Percentuale di anziani, età ≥65 e ≥85 anni – AUSL e Toscana, anno 2012 – Fonte: ARS su dati ISTAT



(rispettivamente il 21% e il 3%).

L'invecchiamento della popolazione nei paesi sviluppati è conseguenza, oltre che della diminuzione della natalità, dell'aumento dell'aspettativa di vita. Dal 1980 ad oggi l'aspettativa di vita ha seguito nei paesi sviluppati un trend in costante ascesa.

Nel 2012 il primato per aspettativa di vita alla nascita tra i principali paesi OCSE spetta al Giappone, dove le donne hanno una speranza di vita di 86,4

anni e gli uomini di 79,9³. L'Italia resta comunque tra i primi paesi al mondo per aspettativa di vita alla nascita con 84,8 anni per le donne e 79,8 per gli uomini. L'indicatore relativo all'aspettativa di vita a 65 anni nel confronto tra Italia e paesi OCSE (**Figura 4.23**), vede però l'Italia perdere posizioni.

La Toscana ha aspettative di vita lievemente superiori a quelle medie nazionali (**Figura 4.24**), ma ha registrato negli ultimi 30 anni un incremento medio inferiore a quello nazionale. L'aumento

dell'aspettativa di vita nelle età anziane è correlato ad una progressiva diminuzione della mortalità per alcune tra le principali cause di morte in età avanza-

ta, quali i tumori e i disturbi circolatori.

I tassi di mortalità per queste malattie sono più bassi tra gli anziani toscani rispetto alla media nazionale, soprattutto

Figura 4.23

Aspettativa di vita a 65 anni per genere – Paesi OCSE, anno 2011 – Fonte: OCSE

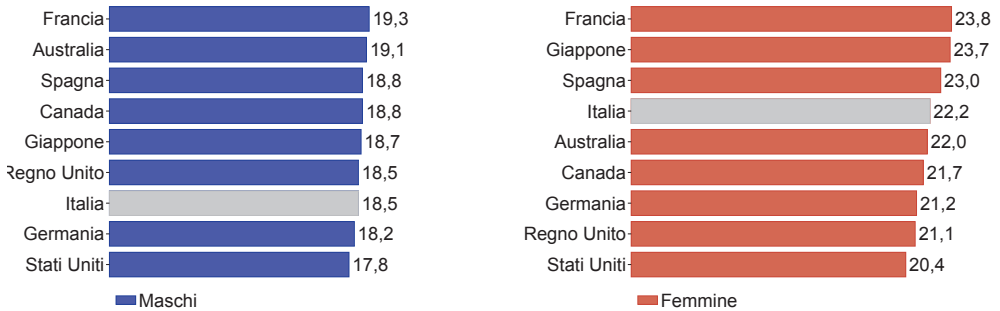
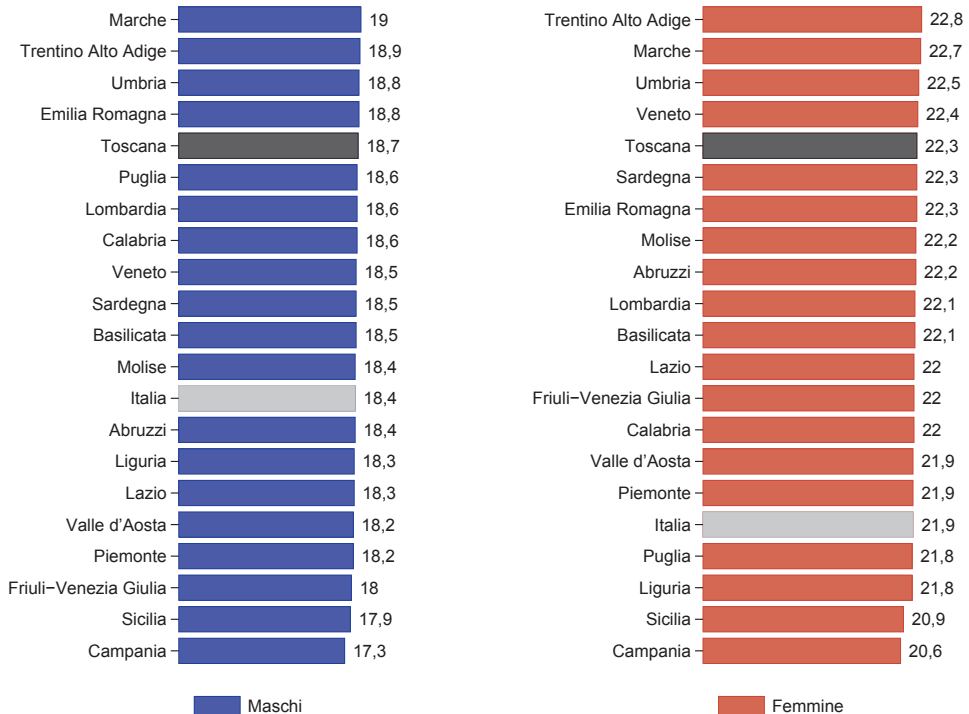


Figura 4.24

Aspettativa di vita a 65 anni per genere – Regioni e Italia, anno 2011 – Fonti: ISTAT - Health for All



tutto per le persone tra i 65 e i 74 anni di età.

Nel 2010 la AUSL di Viareggio presenta i valori più bassi per entrambi i generi sia alla nascita che a 65 anni, la AUSL 7 di Siena è quella che presenta i valori superiori per le donne, mentre le AUSL 8 di Arezzo e 10 di Firenze presentano la migliore aspettativa di vita per i maschi rispettivamente alla nascita e a 65 anni (**Tabella 4.16**).

Tabella 4.16

Aspettativa di vita a 65 anni per genere – AUSL e Toscana, anno 2010 – Fonte: ARS su dati ISTAT

AUSL	Maschi	Femmine
1 - Massa	17,8	21,9
2 - Lucca	17,9	21,9
3 - Pistoia	18,7	22,3
4 - Prato	18,6	22,2
5 - Pisa	18,5	21,9
6 - Livorno	18,6	21,6
7 - Siena	18,8	22,5
8 - Arezzo	18,9	22,1
9 - Grosseto	18,2	21,6
10 - Firenze	18,9	22,3
11 - Empoli	18,7	21,9
12 - Viareggio	17,8	21,4
Toscana	18,6	22,0

NOTE

1 OCSE. StatExtracts:

<http://www.oecd.org/statistics/>

2 ARS Toscana. Portale indicatori, sezione Salute degli anziani, Demografia:

www.ars.toscana.it/marsupio/parsis/

3 Alcuni paesi più piccoli hanno aspettative di vita ancora più alte: il primato per l'aspettativa di vita maschile tra i paesi OCSE è dell'Islanda con 81,6 anni e della Svizzera con 80,6 anni nel 2012.

STILI DI VITA

Promuovere stili di vita salutari è una sfida importante per il sistema socio-sanitario, soprattutto considerando l'attuale quadro epidemiologico caratterizzato da alta prevalenza di malattie cronicodegenerative. Cattivi stili di vita, come ad esempio alimentazione poco sana, fumo di tabacco, abuso di alcol, scarsa attività fisica rappresentano fattori di rischio modificabili che, insieme a fattori non modificabili, quali ereditarietà, sesso, età, danno origine a fattori di rischio intermedi (ipertensione, glicemia elevata, eccesso di colesterolo e obesità) che a loro volta aumentano la possibilità di sviluppare malattie croniche. Molte informazioni sugli stili di vita degli anziani in Toscana derivano dalla sorveglianza Passi d'Argento, che ha coinvolto nella nostra regione 8 Società della salute/Zone-distretto e 3 AUSL, raccogliendo 11 campioni locali rappresentativi e un vasto campione regionale. Il confronto nazionale e il trend storico sono invece condotti sulla base delle indagini annuali ISTAT sugli Aspetti della vita quotidiana.

Il fumo di tabacco costituisce uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. Esso rappresenta inoltre il maggior fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono circa il 12% di anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce e disabilità espressi in DALY.

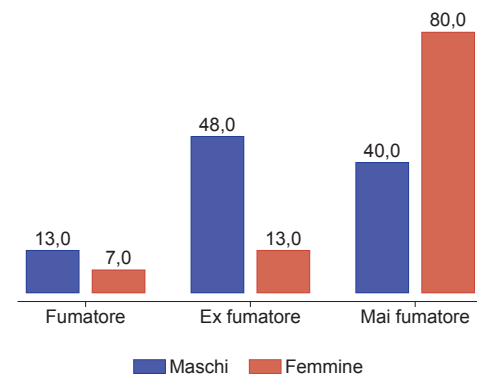
Il fumo fa male a tutte le età, ma le conseguenze negative del fumo aumentano con l'aumentare dell'età; le principali cause di mortalità correlate al fumo nelle persone con 60 anni e più sono il tumore del polmone e la broncopneumopatia cronica ostruttiva.

In Italia, nel 2012, dichiarano di fumare il 10,5% degli ultra65enni, in proporzione sostanzialmente analoga a quella degli anziani toscani (10,0%)¹. La proporzione di anziani fumatori nel nostro Paese varia dal 5,4% in Sardegna al 13,1% nelle Marche. Tra il 1993 e il 2012 si è registrata sia in Italia che in Toscana una diminuzione lieve dei fumatori in età anziana (circa il 2%).

I dati Passi d'Argento, specificamente raccolti per misurare indicatori sulla popolazione anziana, consentono un'analisi più dettagliata del fenomeno nella nostra regione e un confronto con le altre zone d'Italia che hanno partecipato². Secondo questa indagine (**Figura 4.25**) fuma il 9% degli anziani toscani, il 7% delle donne e il 13% degli uomini. Il 40% degli uomini anziani e l'80% delle donne anziane toscane non hanno mai fumato. Non si registrano differenze significative dal confronto con il pool nazionale.

Figura 4.25

Percentuale dell'abitudine al fumo per genere – Toscana, anno 2012 – Fonte: indagine Passi d'Argento 2012



Il consumo di alcol in dosi eccessive è un fattore di rischio a tutte le età. Con l'età, però, aumenta la sensibilità agli effetti dell'alcol in conseguenza del mutamento fisiologico dell'organismo.

A partire dai 50 anni infatti, la quantità d'acqua presente nell'organismo diminuisce e l'alcol viene dunque diluito in una quantità minore di liquido. Quindi, a parità di alcol ingerito, il tasso alcolemico risulta più elevato e gli effetti sono più marcati. Gli effetti sono ancora maggiori nei casi di ridotta funzionalità epatica e/o renale. L'interazione degli effetti di questa sostanza con eventuali problemi di equilibrio, dovuti all'indebolimento della muscolatura, o nei casi di ridotta mobilità, può inoltre facilitare cadute e fratture.

Dato che l'80% degli anziani assume uno o più farmaci regolarmente, è anche da considerare, in questa fascia d'età, l'effetto dell'interazione tra alcol e principi attivi dei farmaci utilizzati.

La prevalenza di bevitori nella popolazione anziana della nostra regione è lievemente più alta rispetto alla media nazionale (62% vs 60,9%), ma in Toscana il consumo di alcolici negli anziani è principalmente legato al pasto: solo il 9,7% dichiara di bere fuori pasto, contro il 14,3% degli italiani.

Le linee guida dell'INRAN, in accordo con le indicazioni dell'OMS, consigliano agli anziani di non superare il limite di 12 gr. di alcol al giorno, pari ad 1 unità alcolica (330 ml. di birra, 125 ml. di vino o 40 ml. di un superalcolico), senza distinzioni tra uomini e donne.

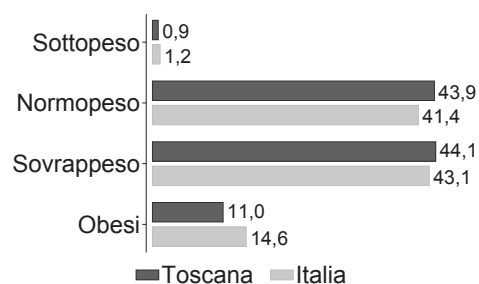
Secondo questo criterio, in Toscana il 17% degli anziani è un consumatore a rischio, contro il 14% degli anziani italiani³. Questo dato, considerando le differenze nel campionamento, è coerente con il dato raccolto da Passi d'Argento, che individua nella popolazione anziana toscana un 20% di consumatori a rischio, contro il 19% degli anziani del pool nazionale.

In ogni fase della vita lo stato nutrizionale è un importante determinante delle condizioni di salute. Negli anziani

possono manifestarsi problemi nutrizionali secondari dovuti tanto agli eccessi quanto alle carenze alimentari, entrambi in grado di provocare processi patologici a carico di vari organi e di favorire l'invecchiamento. In particolare, l'eccesso di peso favorisce l'insorgenza o l'aggravarsi di patologie preesistenti (dismetaboliche, cardiovascolari, osteo-articolari) e influisce negativamente sulla qualità della vita della persona. La perdita di peso non intenzionale, spesso correlata a sarcopenia, rappresenta, invece, un indicatore comunemente utilizzato per la fragilità dell'anziano. Secondo i dati ISTAT gli anziani toscani e italiani sono simili per quanto riguarda la classificazione basata sull'indice di massa corporea, fatta eccezione per gli obesi, che risultano significativamente meno in Toscana (11,0% vs 14,6%) (**Figura 4.26**).

Figura 4.26

Percentuale dei soggetti sottopeso, normopeso e obesi, età >65 anni – Toscana e Italia, anno 2012 – Fonte: ISTAT



L'indagine Passi d'Argento, assolutamente congrua all'indagine ISTAT per quanto riguarda le prevalenze complessive, consente di fornire alcune informazioni in più per quanto riguarda il dato di livello regionale. Sono in sovrappeso o obesi più frequentemente gli uomini delle donne (60% vs 49%), i 65-74enni rispetto agli ultra64enni (61% vs 47%) e le persone con molte difficoltà econo-

miche, rispetto a chi non ne ha nessuna (64% vs 51%). Non si rilevano differenze significative in relazione alla scolarizzazione.

Un buon indicatore sulla dieta seguita è rappresentato dal consumo giornaliero di frutta e verdura: questi alimenti assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, vitamine, minerali, acidi organici, sostanze antiossidanti e fibre che oltre a proteggere da malattie cardiovascolari e neoplastiche, migliorano la funzionalità intestinale e contribuiscono a prevenire o migliorare la gestione del diabete mellito non insulino-dipendente.

Secondo stime dell'OMS, lo scarso consumo di frutta e verdura complessivamente è responsabile di circa un terzo degli eventi coronarici e di circa il 10% degli ictus cerebrali. La soglia di 400 grammi al giorno, corrispondente a circa 5 porzioni, è la quantità minima consigliata dall'OMS per proteggersi da queste ed altre patologie e assicurare un rilevante apporto di nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici) e sostanze protettive antiossidanti.

Secondo l'indagine Passi d'Argento, in Toscana sono solo il 10% gli anziani che consumano almeno 5 porzioni di frutta o verdura, le donne più frequentemente degli uomini (11% vs 8%) e i 65-74enni più degli ultra65enni (11% vs 8%). Nel confronto col pool nazionale risulta inoltre che il consumo di poca frutta e verdura (meno di 3 porzioni al giorno) sia significativamente meno frequente in Toscana che nel resto delle zone partecipanti.

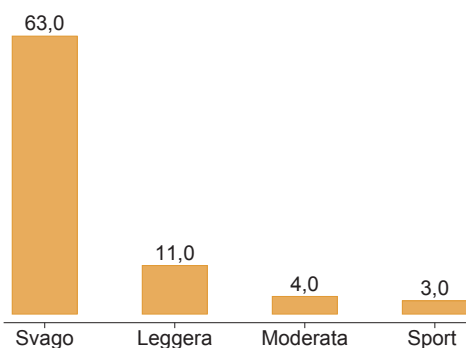
Ci sono evidenze scientifiche che una regolare attività fisica protegge le persone anziane da numerose malattie, previene le cadute e migliora la qualità della vita, aumentando anche il benessere psicologico. Negli anziani l'attività motoria è correlata direttamente alle

condizioni complessive di salute: può essere notevolmente limitata o assente nelle persone molto in là con l'età e con difficoltà nei movimenti. Per questo, la quantità di attività fisica "raccomandabile" varia a seconda delle condizioni generali di salute e dell'età.

Si riscontra nel nostro Paese un trend Nord-Sud nella pratica dell'attività fisica ai vari livelli (lieve, moderata e pesante), dove la Toscana presenta valori lievemente superiori alla media, ma sempre in coda alle regioni del Nord.

Gli anziani che nella nostra regione fanno attività sportiva, sia essa aerobica (nuoto, corsa, ciclismo ecc.) o con attrezzi, sono solo il 3% (**Figura 4.27**).

Figura 4.27
Percentuale degli anziani per tipo di attività fisica svolta – Toscana, anno 2012 – Fonte: indagine Passi d'Argento 2012



A praticarlo in percentuale lievemente superiore sono le persone con scolarità più alta, chi non ha difficoltà economiche, gli uomini e le persone con meno di 75 anni. Percentuali simili si registrano per le attività fisiche moderate, come il ballo o la caccia, anche se in questo caso non si riscontrano differenze per quanto riguarda le variabili socio-economiche, ma permangono quelle per genere ed età. Lievemente in numero

maggior sono gli anziani che svolgono attività fisica leggera (11%), come ginnastica dolce o riabilitativa, o attività quali la pesca o le bocce.

Sono invece il 63% gli anziani che svolgono attività di svago meno fisicamente impegnative, come passeggiare o andare in bicicletta. Gli uomini praticano queste attività più delle donne. Si riscon-

trano differenze socio-economiche tra chi è impegnato o meno in questo tipo di attività: le persone con molte difficoltà economiche le svolgono nel 52% dei casi vs il 62% di chi ne fa qualcuna e il 71% di chi non ne fa, e le persone anziane con scolarità alta eseguono più spesso attività rispetto a coloro che posseggono una scolarità bassa (68% vs 59%).

NOTE

- 1 ISTAT. *Prevalenza standardizzata per età sulla popolazione italiana del 2001. Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" 2012.*
- 2 *La sorveglianza Passi d'Argento ha coinvolto in Italia 18 regioni e la provincia autonoma di Trento, per un totale di 116 AUSL con oltre 24mila interviste.*
- 3 ISTAT. *Prevalenza grezza negli ultra65enni. Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" 2012 e indagine Passi d'Argento Toscana 2012.*

QUALITÀ DELLA VITA

Il progressivo allungamento della vita media e il conseguente invecchiamento della popolazione obbligano a interrogarsi sul benessere che caratterizza gli anni di vita guadagnati. Uno degli elementi che incide fortemente sulla qualità della vita, e in particolar modo sulle persone in età avanzata, è lo stato di salute. È fondamentale quindi capire se l'aumento della sopravvivenza sia o meno stato accompagnato da un aumento degli anni in buona salute o se gli anni guadagnati siano prevalentemente anni in cattiva salute.

Uno degli indicatori utilizzati a livello internazionale per valutare la qualità della vita degli anziani è la speranza di

vita in buona salute (*Healthy Life Years - HLY*).

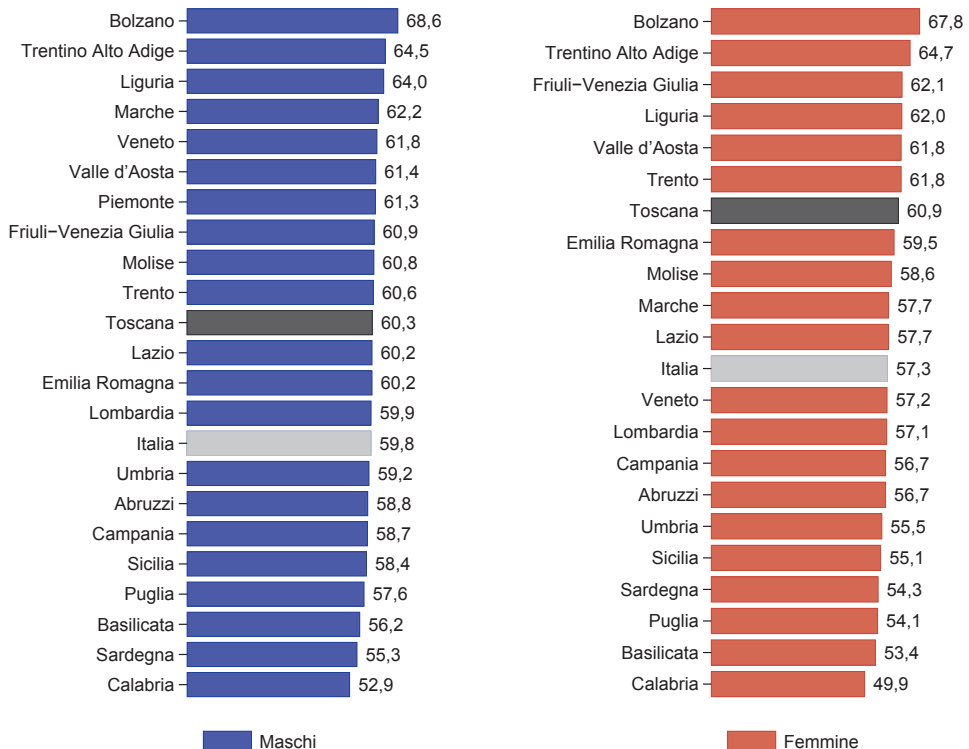
In base ai dati Eurostat¹, l'Italia ha nel 2012 un'aspettativa di vita in buona salute alla nascita di 61,5 anni per le donne e 62,1 per gli uomini, lievemente inferiore alla media europea (UE-28). Inferiore risulta invece l'aspettativa di vita in salute a 65 anni rispetto a quella europea, con 7,2 anni per le donne e 7,8 per gli uomini, a fronte di una media europea di 8,5 anni per le donne e 8,4 per gli uomini.

La Toscana ha un'aspettativa di vita alla nascita lievemente migliore a quella media nazionale, sia per i maschi che per le femmine (**Figura 4.28**).

Un altro indicatore utile per valutare la qualità di vita della popolazione an-

Figura 4.28

Speranza di vita in buona salute alla nascita per genere – Regioni e Italia, anno 2012 – Fonte: ISTAT - BES 2014

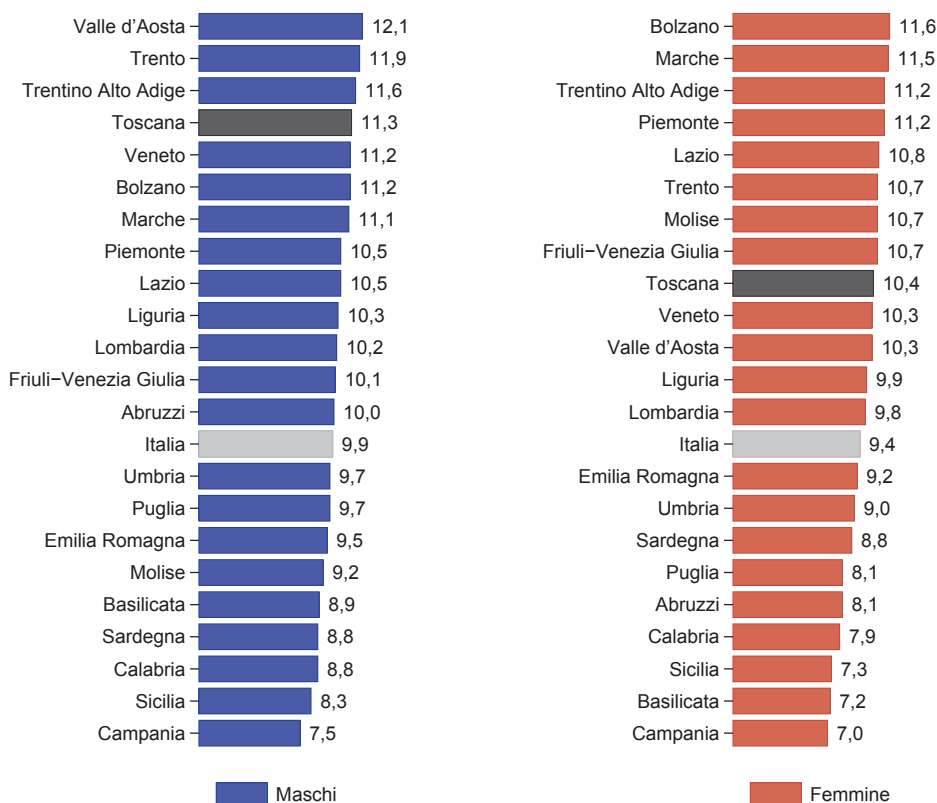


ziana è la speranza di vita libera da disabilità: anche questo valore regionale è un po' più alto di quello medio nazionale. Le femmine in Toscana possono aspettarsi a 65 anni di vivere ancora 10,4 anni senza disabilità (vs 9,4 in Italia) e gli uomini altri 11,3 anni (vs 9,4 in Italia). (Figura 4.29).

Considerando unitamente l'aspettativa di vita a 65 anni e l'aspettativa di vita libera da disabilità a 65 anni possiamo considerare che in Toscana gli uomini, dopo il compimento dei 65 anni, passano il 39% del tempo che resta loro da vivere in condizioni di compromissione funzionale e le donne oltre il 47%.

Figura 4.29

Speranza di vita libera da disabilità a 65 anni per genere – Regioni e Italia, anno 2012
– Fonte: ISTAT - BES 2014



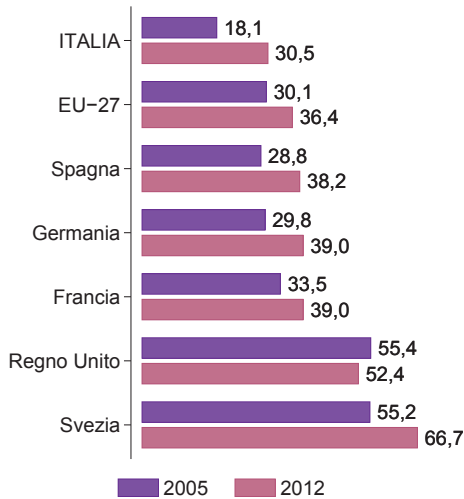
Per determinare la qualità della vita, però, assumono notevole rilevanza anche gli indici di percezione soggettiva della propria salute, sia fisica che psicologica, dato l'impatto che questa percezione ha sul modo in cui si affronta la vita.

In Europa, tra i paesi che mostrano i migliori indicatori relativamente agli anziani, l'Italia fa da fanalino di coda nella salute percepita (Figura 4.30), sebbene tra il 2005 e il 2012 abbia notevolmente ridotto il gap con la media europea.

In Italia, in base ai dati ISTAT², il 33% degli anziani (42% tra 65 e 74 anni, 23% tra gli ultra75enni) dichiara di stare bene o molto bene, in percentuale lievemente inferiore a quella della nostra regione, dove costituiscono invece il 35% (45% tra 65 e 74 anni, 24% tra gli ultra75enni).

Figura 4.30

Percentuale di anziani che dichiarano di sentirsi bene o molto bene – Paesi europei, anni 2005 e 2012 – Fonte: Eurostat



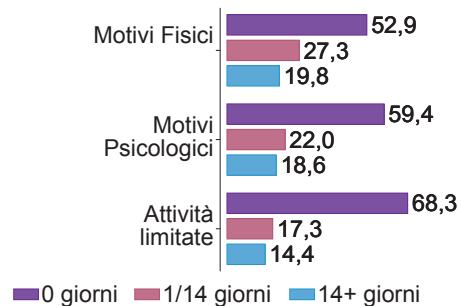
Dal 2000 al 2012 c'è stato un incremento di oltre 10 punti percentuali degli anziani che valutano positivamente il

proprio stato di salute (21-33% in Italia, 22-35% in Toscana).

In base ai dati dall'indagine Passi d'Argento, poco più della metà degli anziani toscani non ha avuto alcun giorno di cattiva salute nei 30 giorni precedenti l'intervista (**Figura 4.31**), né per motivi fisici (53%), né per motivi psicologici (59%), né considerando una eventuale limitazione nelle attività quotidiane (68%). La soddisfazione per la propria salute è in linea col dato nazionale (82% degli anziani dichiara di sentirsi almeno discretamente), mentre è significativamente più alta nella nostra regione la percentuale di anziani soddisfatti della propria vita (78% vs 74%).

Figura 4.31

Prevalenza di persone anziane per giorni in cattiva salute a causa di motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività – Toscana – Fonte: indagine Passi d'Argento 2012



NOTE

1 Eurostat - online data code: demo_mlexpec e h1th_hlye

2 ISTAT. Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" anno 2012.

DISABILITÀ

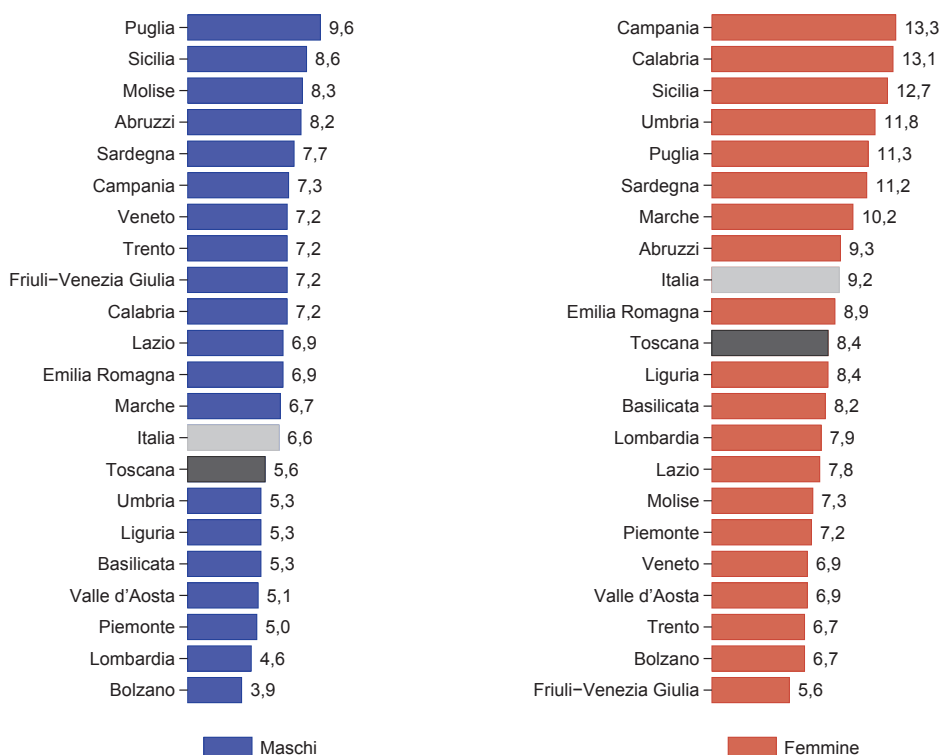
La non autosufficienza nell'anziano, oltre ad essere uno degli elementi che maggiormente influenza la qualità di vita, è uno degli aspetti di maggiore rilevanza nella programmazione socio-sanitaria attuale, data la dimensione del fenomeno e l'impatto sia economico sia sociale che essa comporta.

In base ai dati ISTAT¹ gli anziani non autosufficienti hanno una prevalenza grezza del 9% in Italia e dell'8,4% in

Toscana (circa 75mila persone). In numeri assoluti siamo passati in Toscana da circa 64mila anziani non autosufficienti nel 1999 a circa 68mila nel 2005, a 75mila nel 2013, per un aumento di circa 11mila anziani disabili in 14 anni. Analizzando però i dati di prevalenza standardizzati per età, vediamo che in realtà, tenendo conto dell'invecchiamento della popolazione, la prevalenza di anziani disabili è in lieve calo sia in Italia che in Toscana (**Figura 4.32**).

Figura 4.32

Disabilità fra gli anziani per genere – Prevalenza standardizzata per età, popolazione standard: Italia, 2001 – Regioni e Italia, anno 2013 – Fonte: ARS su dati ISTAT



Se avessimo cioè la stessa struttura per età della popolazione del 2001, avremmo nel complesso un numero inferiore di disabili: il 7,3% in Toscana

(5,7 negli uomini e 10,3 nelle donne) e l'8,2% in Italia (6,4 negli uomini e 10,9 nelle donne) (vedi trend in **Tabella 4.17**).

Tabella 4.17

Disabilità fra gli anziani – Prevalenza standardizzata per età, popolazione standard: Italia, 2001 – Toscana e Italia, anni 1999, 2015 e 2013 – Fonte: ISTAT

	Toscana	Italia
1999	8,8	8,7
2005	9,2	8,6
2013	7,3	8,2

In Toscana i dati più affidabili sulla prevalenza di non autosufficienza negli

anziani residenti a domicilio nella popolazione sono quelli raccolti nel 2009 dallo studio BiSS (Bisogno socio-sanitario degli anziani in Toscana)² per il dimensionamento del finanziamento del fondo della non autosufficienza. In base a questi dati la prevalenza di disabilità³ tra gli anziani è del 9% tra le donne e del 4,9% tra gli uomini. In numeri assoluti stimiamo quindi che nel 2013 risiedano in Toscana 72.380 non autosufficienti. In **Tabella 4.18** si vede la distribuzione dei non autosufficienti per AUSL.

Un elemento da tenere particolarmente presente parlando di non auto-

Tabella 4.18

Stima del numero di non autosufficienti, non autosufficienti con deficit cognitivo moderato o grave, non autosufficienti con disturbi dell'umore e del comportamento residenti a domicilio – AUSL, anno 2013 – Fonte: ARS⁴

AUSL	Non autosufficienti	Non autosufficienti con deficit cognitivo moderato o grave	Non autosufficienti con disturbi dell'umore e del comportamento
1 - Massa	4.072	2.772	916
2 - Lucca	4.352	2.967	977
3 - Pistoia	5.504	3.741	1.233
4 - Prato	4.059	2.752	910
5 - Pisa	6.178	4.180	1.384
6 - Livorno	6.819	4.612	1.525
7 - Siena	5.830	4.008	1.307
8 - Arezzo	6.512	4.430	1.453
9 - Grosseto	4.538	3.068	1.011
10 - Firenze	16.966	11.620	3.826
11 - Empoli	4.238	2.869	950
12 - Viareggio	3.015	2.024	676

sufficienza è il fatto che la principale causa di disabilità nell'anziano è la demenza. Questa patologia pone problemi assistenziali specifici che implicano, oltre al supporto nelle attività di base della vita quotidiana, una sorveglianza continua, spesso anche nelle fasi iniziali di malattia, in assenza di vera

e propria disabilità. In base allo studio BiSS, oltre il 65% dei non autosufficienti intervistati presenta deficit cognitivo moderato (20,9%) o grave (46%)². In numero assoluto si stima che nel 2013 i non autosufficienti con deficit cognitivo almeno moderato residenti in Toscana siano oltre 49mila⁵.

Un elemento di particolare complessità nell'assistenza ai non autosufficienti è la presenza di disturbi dell'umore e soprattutto di disturbi del comportamento. Questi disturbi rendono molto onerosa l'assistenza, soprattutto nei casi in cui è la sola famiglia a farsi carico dell'anziano.

Si stima che in Toscana il 21,8% degli anziani residenti a domicilio soffre

di questi disturbi, per un totale di oltre 16mila anziani.

La prevenzione del *burn-out* dei *caregiver* con servizi di supporto alle famiglie potrebbe costituire un buon investimento, soprattutto in termini di contenimento di richiesta di istituzionalizzazione e impatto negativo sulla salute e sulla qualità della vita sia dei pazienti che dei familiari.

NOTE

-
- 1 Indagine ISTAT multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" 2013. L'ARS definisce non autosufficienti le persone allettate e coloro che hanno completamente perso le principali capacità di svolgere attività di base della vita quotidiana, quali alzarsi dal letto, alzarsi da una sedia, lavarsi mani e viso, vestirsi, mangiare.
 - 2 ARS Toscana (2009). Il bisogno socio-sanitario degli anziani in Toscana: i risultati dello studio epidemiologico BiSS. Documenti dell'Agenzia regionale di sanità, n. 50.
 - 3 Disabilità definita secondo i criteri del "Progetto per l'assistenza continua alla persona anziana non autosufficiente" deliberato con delibera di Giunta regionale n. 370/2010. Le stime prodotte forniscono la prevalenza attesa di non autosufficienza basata sulla prevalenza strato-specifica (genere ed età) di non autosufficienza su un campione di oltre 2.500 interviste ad anziani, mentre il dato ISTAT sulla popolazione anziana si basa su circa 1.500.
 - 4 ARS Toscana. Portale mARSupio:
www.ars.toscana.it/marsupio/parsis/ Sezione: Salute degli anziani/Non Autosufficienza
 - 5 V. nota n. 4.

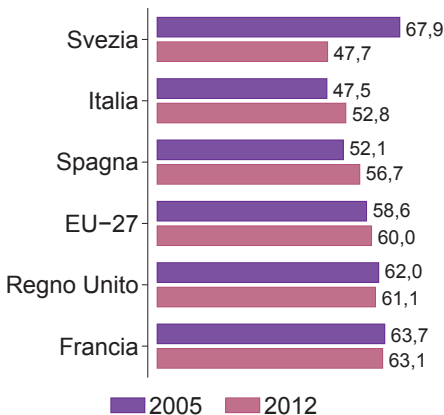
MALATTIE CRONICHE E NEURODEGENERATIVE

L'invecchiamento della popolazione è accompagnato da un aumento delle malattie cronicodegenerative, come quelle cardiovascolari, il diabete, la malattia di Alzheimer e altre patologie neurodegenerative, tumori, malattie polmonari croniche ostruttive e problemi muscoloscheletrici.

Con l'avanzare dell'età è sempre più frequente la presenza di comorbidità, vale a dire la coesistenza nello stesso individuo di 2 o più patologie croniche. Nella maggior parte dei casi si tratta di malattie croniche per le quali esistono misure in grado di prevenirle o ridurre la disabilità ad esse associata.

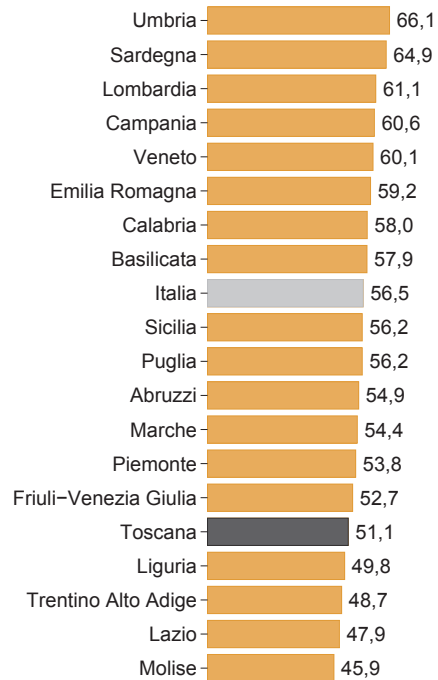
Secondo l'Eurostat, l'Italia è tra i paesi europei con meno anziani che dichiarano di soffrire di malattie di lunga durata, nonostante sia anche il Paese (tra quelli considerati) con la maggiore prevalenza di ultra80enni (6,1% nel 2012), ma anche tra i paesi con il più elevato aumento di questa percentuale dal 2005 (Figura 4.33).

Figura 4.33
Percentuale di anziani che dichiarano di soffrire di malattie di lunga durata – Paesi europei, anni 2005 e 2012 – Fonte: Eurostat



Secondo l'ISTAT, la Toscana nel 2012 era tra le regioni italiane con minore percentuale di anziani che dichiaravano malattie di lunga durata, con un valore (51,1%) inferiore a quello medio nazionale (56,5%) (Figura 4.34), in leggero aumento dal 2008, quando risultavano il 50,3% in Toscana ed il 54,8% in Italia.

Figura 4.34
Anziani che dichiarano di soffrire di malattie di lunga durata – Percentuale standardizzata per età – Regioni e Italia, anno 2012 – Fonte: ISTAT



La Toscana nel 2012 era anche tra le regioni con una percentuale di anziani che dichiaravano di sentirsi bene o molto bene (35,7%) superiore a quella media nazionale (33,5%) e in aumento dal 2005, quando risultavano il 23,4% in Toscana ed il 23,1% in Italia.

Tra le malattie con maggiore rilevanza in termini di prevalenza e conseguen-

ze in termini di salute e autosufficienza nella popolazione anziana ci sono il diabete, la cardiopatia ischemica, la broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO).

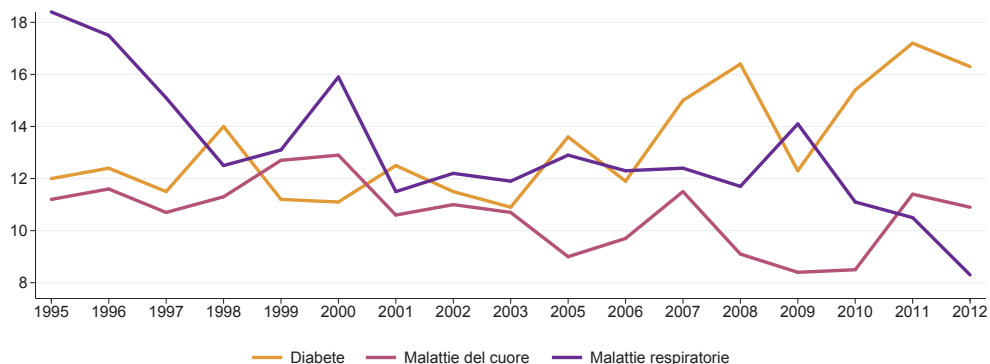
In base ai dati dell'indagine annuale ISTAT "Aspetti della vita quotidiana"¹, la Toscana ha una prevalenza di diabete negli anziani del 16,3%², solo lievemente inferiore a quella media italiana (18,4%), con un trend in aumento dal 1995 ad oggi. La bronchite cronica, l'enfisema o l'insufficienza respiratoria presentano una prevalenza dell'8,3%, decisamente

inferiore a quella media italiana (13,3%), peraltro con trend in netta discesa dal 1995 al 2012, quando la percentuale di anziani che dichiarava questi problemi era sia in Italia che in Toscana del 20,7%. Più alta, invece, la prevalenza di angina pectoris e altre malattie del cuore (10,9% in Toscana e 9,8% come media nazionale), sebbene in lieve discesa dal 1995 al 2012 (quando la prevalenza era rispettivamente del 12,9% in Toscana e del 10,4% in Italia) (**Figura 4.35**).

Elementi più specifici sulla nostra re-

Figura 4.35

Malattie respiratorie, malattie del cuore e diabete nella popolazione di età ≥65 anni – Prevalenza standardizzata per età, popolazione standard: Italia, 2001 – Toscana, periodo 1995-2012 – Fonte: ISTAT



gione derivano dall'analisi sistematica dei dati sanitari amministrativi, realizzata dall'ARS tramite il sistema MaCro³⁻⁴. Questo sistema consente di identificare nella popolazione coorti di pazienti affetti da determinate patologie tramite l'utilizzo di specifici algoritmi di identificazione.

In base a questi dati, nel 2012 in Toscana sono stati identificati 140.203 anziani con diabete, per una prevalenza⁵ del 16% (18% nei maschi e 14% nelle femmine). La più alta prevalenza di diabete si registra nella AUSL di Livorno (18%), mentre la più bassa è nel-

la AUSL di Siena (14%). Nello stesso anno si identificarono 118.403 anziani affetti da BPCO, per una prevalenza⁶ del 13% (17% nei maschi e 11% nelle femmine): la AUSL di Massa è quella con maggiore prevalenza (18%) e la AUSL di Viareggio registra quella più bassa (12%). Gli affetti da cardiopatia ischemica sono in Toscana 124.985, per una prevalenza del 13% (18% nei maschi e 10% nelle femmine). Le AUSL con maggiore prevalenza di questa patologia sono quelle di Pistoia e Massa (15%) e quella con prevalenza inferiore

è quella di Empoli (11%). Sono invece 34.773 i sopravvissuti ad ictus, per una prevalenza nella popolazione anziana del 4% (5% nei maschi e 3% nelle femmine). Le differenze tra AUSL in questa

condizione sono inferiori a quelle registrate per le altre malattie, oscillando da un minimo del 3,5% ad un massimo del 4,2% (**Tabella 4.19**).

Tabella 4.19

Anziani affetti da BPCO, cardiopatia ischemica o con pregresso ictus identificati dalla MaCro nei dati sanitari amministrativi regionali – Prevalenza standardizzata per età, popolazione standard: Italia, 2001 e numeri assoluti – AUSL e Toscana, anno 2012 – Fonte: ARS - MaCro

AUSL	BPCO		CI		Diabete		Ictus	
	N	%st	N	%st	N	%st	N	%st
1 - Massa	9.161	18,0	8.012	15,2	8.307	16,8	2.024	3,8
2 - Lucca	7.132	13,1	7.842	14,0	8.586	16,2	2.185	3,9
3 - Pistoia	9.534	13,8	10.858	15,2	10.442	15,5	2.587	3,6
4 - Prato	6.577	12,6	7.531	14,2	7.684	15,0	2.229	4,2
5 - Pisa	10.769	13,6	10.492	13,0	12.698	16,3	3.109	3,8
6 - Livorno	10.757	12,2	12.872	14,2	15.716	18,1	3.108	3,5
7 - Siena	8.909	12,7	9.845	13,5	9.611	14,4	2.770	3,8
8 - Arezzo	10.470	12,7	11.085	13,2	12.493	15,7	3.524	4,1
9 - Grosseto	7.750	13,5	8.115	13,5	9.279	16,4	2.069	3,5
10 - Firenze	26.087	12,8	26.835	12,6	30.891	15,5	7.447	3,5
11 - Empoli	6.620	12,3	6.318	11,4	8.360	16,0	2.234	4,0
12 - Viareggio	4.637	11,6	5.180	12,8	6.136	15,6	1.487	3,7
Toscana	118.403	13,1	124.985	13,4	140.203	15,9	34.773	3,7

NOTE

- 1 L'indagine multiscopo ISTAT "Aspetti della vita quotidiana" è una indagine campionaria che raccoglie principalmente informazioni autoriportate.
- 2 Percentuale standardizzata per età sulla popolazione italiana del 2001.
- 3 MaCro: metodologia di identificazione di coorti di pazienti affetti da patologie croniche attraverso l'utilizzo dei dati sanitari amministrativi a fini epidemiologici. Per ulteriori informazioni vedi www.ars.toscana.it/marsupio/macros/
- 4 ARS Toscana (2009). La banca dati MaCro delle malattie croniche in Toscana. Popolazioni con malattie croniche e indicatori di processo assistenziale. Documenti dell'Agenzia regionale di sanità della Toscana, n. 48.
- 5 Percentuale standardizzata per età sulla popolazione italiana del 2001.
- 6 V. nota n. 5.

MORTI DA CALDO E CONGELAMENTO

Gli effetti della temperatura ambientale sulla salute degli anziani sono ampiamente dimostrati. I più evidenti si manifestano sull'apparato respiratorio e circolatorio, in condizioni di freddo o caldo. Gli anziani sopra i 75 anni d'età o i malati cronici sono i più esposti agli effetti del clima.

Una recente analisi condotta dal Centro interdipartimentale di bioclimatologia (CIBIC) dell'Università di Firenze, dall'Istituto di biometeorologia (IBIMET) del Consiglio nazionale delle ricerche (CNR) e dall'ARS, ha verificato l'impatto entro le 24 ore delle variazioni di temperatura ($\pm 1^\circ\text{C}$) sulla mortalità degli anziani nel periodo 1998-2010, in periodi freddi, miti e caldi.

In periodi caldi si rileva un aumento della mortalità generale (+3,6%) per ogni $^\circ\text{C}$ di aumento della temperatura, con esclusione delle cause traumatiche. L'effetto è più evidente nelle donne (+4,3%) e negli anziani sopra i 75 anni (+4%). Chi vive nelle zone interne di pianura è più

esposto all'effetto dell'aumento termico (+4,2%), mentre i meno esposti sono coloro che vivono in zone costiere di pianura (+2,9%). Non si rileva invece l'effetto dell'abbassamento delle temperature in periodi freddi sulla mortalità generale.

L'impatto sui decessi cardiologici è pressoché simile a quello descritto per la mortalità generale, con una soglia termica ben definita (circa 14°C), oltre la quale la mortalità aumenta significativamente per ogni $^\circ\text{C}$ di temperatura in più (+3,5%). Sui decessi per cause respiratorie l'effetto del caldo è doppio (+7,1%) con un forte impatto sulle donne, +10,9%, contro il +5,4% tra gli uomini.

L'apparato respiratorio risente anche degli effetti dell'abbassamento delle temperature in periodi freddi. Al di sotto della soglia termica (pari a $1,7^\circ\text{C}$ di media giornaliera) si registrano aumenti costanti della mortalità in funzione della diminuzione termica di 1°C , pari a +0,8%. Fenomeno che sembra essere dovuto essenzialmente agli effetti sulla fascia tra i 65 ed i 74 anni (+3,8%) e sugli uomini (+1,4%).

NOTE

1 Yu W, Mengersen K, Wang X, Ye X, et al. Daily average temperature and mortality among the elderly: a meta-analysis and systematic review of epidemiological evidence. *Int J Biometeorol* 2012 Jul;56(4):569-81.

SALUTE DI GENERE

COS'È LA MEDICINA DI GENERE

Il concetto di medicina di genere nasce dall'idea che le differenze tra i sessi in termini di salute non siano legate esclusivamente alla caratterizzazione biologica dell'individuo e alla sua funzione riproduttiva.

Il termine genere (*gender*) sostituisce le categorie "uomo" e "donna", definite in base a mere differenze biologiche, in un'accezione più ampia della differenza, che include fattori ambientali, sociali, culturali e relazionali. Le diversità nei generi si manifestano:

- nei comportamenti - negli stili di vita e nelle dipendenze, così come nel vissuto individuale e nel diverso ruolo sociale;
- nello stato di salute - nell'incidenza di molteplici comuni patologie, croniche o infettive, nei traumatismi, infortuni e mortalità, nelle patologie lavoro-correlate, nella salute mentale, nelle disabilità in tutte le fasce di età (infanzia, adolescenza, anziani) e in sottogruppi di popolazione svantaggiati;
- nel ricorso ai servizi sanitari - per prevenzione (screening e vaccinazioni), ricovero, medicina d'urgenza e uso di farmaci;
- nella violenza di genere, che richiede l'osservazione e l'analisi del fenomeno, nonché il monitoraggio e l'analisi di impatto delle relative politiche.

Le esigenze di salute nei due generi costituiscono quindi uno strumento importante per creare nuovi prototipi di salute, incorporandone gli aspetti sociali, dando valore alle differenze e riconoscendo le somiglianze per arrivare all'obiettivo dell'equità di cura.

DINAMICHE DEMOGRAFICHE E MORTALITÀ

Anche se di poco, come atteso, nascono più maschi che femmine (51% vs 49% nel 2012)¹, ma già in età pediatrica si evidenzia una più elevata mortalità e morbilità dei maschi. Questa differenza di genere sembra essere dovuta ad uno svantaggio biologico del genere maschile rispetto al genere femminile, che inizia presumibilmente già in utero, ma del quale non si conoscono, al momento, spiegazioni fisiopatologiche convincenti.

Già in età adulta, intorno ai 40 anni, le femmine sorpassano numericamente i maschi e, con inesorabile progressione, la quota di coloro che arrivano a superare gli 80 anni è il doppio di quella dei coetanei maschi. Una donna toscana, alla nascita, può aspettarsi di vivere 85 anni, un uomo toscano 80: le donne vivono quindi circa 5 anni in più degli uomini².

La maggiore longevità delle donne si accompagna però a un profilo di salute, ma soprattutto funzionale, peggiore di quello dei maschi. L'aspettativa di vita alla nascita in condizioni di salute, analizzata in relazione all'aspettativa di vita alla nascita, mostra che le donne possono aspettarsi di incorrere prima degli uomini in problemi di salute e di vivere per un maggior numero di anni in condizioni di malattia (20,3 anni per gli uomini vs 27,5 anni per le donne). Anche l'aspettativa di vita libera da disabilità a 65 anni, confrontata con l'aspettativa di vita a 65, prevede che gli uomini passino il 39% degli anni che restano loro da vivere in condizioni di disabilità, mentre le donne, pur con una aspettativa di vita più lunga, ne passerebbero il 47% (anno 2012)^{3,4}.

Le principali cause di morte in entrambi i generi sono le malattie del sistema circolatorio e i tumori, seguiti dalle malattie dell'apparato respiratorio. La

quarta causa di morte è rappresentata per le donne dalle malattie del sistema nervoso centrale (settima causa per gli uomini) e per gli uomini dalle cause accidentali (settima causa per le donne)⁵.

STILI DI VITA

Sono soprattutto i diversi stili di vita a determinare la salute di maschi e femmine e ad incidere sulla frequenza delle principali malattie croniche: malattie cardiovascolari e respiratorie, tumori, diabete. Scelte individuali, ma fortemente condizionate dal contesto ambientale e sociale.

La diffusione dell'abitudine al fumo nella nostra regione supera nel 2012 la media nazionale: 23,8% vs 22,2%, soprattutto per una maggiore prevalenza di fumatrici, 20,2% vs 16,5%. Come in Italia, la percentuale di fumatori è più elevata negli uomini: nel 2012 in Toscana fumava il 27,7% dei maschi ed il 20,2% delle femmine. Gli ultimi dati Doxa-ISS indicano per l'Italia un incremento delle fumatrici nel 2014, che passano dal 15,3% dell'anno precedente al 18,9%, interrompendo il trend in riduzione del periodo 2009-2013.

A differenza di quanto si osserva nella popolazione adulta, negli adolescenti toscani l'abitudine è più omogeneamente diffusa nei generi, con valori di poco superiori nelle femmine rispetto ai maschi (nel 2011, rispettivamente 25,7% e 22,6%).

L'andamento della quota di bevitori in Toscana, come in Italia, nel periodo 1998-2012 risulta in diminuzione, in particolar modo per le donne, e vede mantenere negli anni la differenza di genere. L'abitudine quotidiana o saltuaria di bere alcolici fuori pasto è più diffusa negli uomini rispetto alle donne, sia in Italia che in Toscana, così come la pratica del *binge drinking*, ovvero l'assunzione di 6 o più unità alcoliche in un'unica occa-

sione. La prevalenza invece di bevitori a rischio (consumo di più di 40 grammi di alcol al giorno per i maschi e di più di 20 grammi di alcol al giorno per le femmine) mostra scarse differenze nei due generi.

In Toscana le donne consumano più frutta, verdura e latte dei maschi. Negli uomini la dieta, oltre ad essere meno attenta all'apporto di frutta e verdura, è più ricca di salumi e carni. Il consumo a livelli adeguati di frutta e verdura rimane però una criticità nelle abitudini alimentari, in Toscana come in Italia in entrambi i generi.

Nella popolazione toscana il genere femminile è più sedentario rispetto a quello maschile: nel 2012 non pratica alcun tipo di attività fisica il 37,6% delle femmine ed il 30,2% dei maschi. Anche nei più piccoli si riscontra una maggiore propensione al movimento nei maschi, che fanno attività fisica più giorni alla settimana rispetto alle femmine.

Rispetto al peso corporeo, il sovrappeso negli adulti in Toscana, come in Italia, interessa maggiormente la popolazione maschile (44,9% vs 27,2%), mentre l'obesità ha scarse differenze nei due generi (8,9% vs 8,5%). Negli ultimi anni i trend indicano, per la nostra regione, prevalenze stabili per il sovrappeso e di lieve diminuzione per l'obesità.

PROBLEMI DI SALUTE

Differenze di genere importanti si rilevano anche nell'incidenza delle patologie.

In Toscana, i maschi presentano un'incidenza più elevata di infarto miocardico acuto (IMA) (tasso standardizzato per età nel 2012: 352,9 per 100.000 vs 143,3 nelle donne), una prevalenza più elevata di scompenso cardiaco (prevalenza standardizzata per età: 22,0 per 1.000 vs 19,3) e di ictus cerebrale (14,3 per 1.000 vs 12,1). È infine più eleva-

ta tra gli uomini anche la prevalenza di ipertensione arteriosa (54,7 per 1.000 vs 53,3). Le malattie cardiovascolari (MCV) presentano differenze di genere legate a differenze biologiche (quali il ruolo degli ormoni sessuali, in particolare durante la menopausa), a differenze nella prevalenza dei più importanti fattori di rischio quali il fumo, il diabete, l'ipertensione e la depressione⁶, a una diversità nei sintomi di presentazione, con una maggior frequenza di sintomi "atipici" nelle donne e una minor consapevolezza tra gli operatori sanitari delle malattie cardiovascolari nelle donne, per la convinzione che siano protette rispetto ad esse. Questa serie di fattori porta a differenze di genere nel trattamento e negli esiti delle sindromi coronariche acute⁷, legati anche a una diversa risposta ai farmaci tra donne ed uomini: in particolare nelle donne si osserva spesso un minor uso delle terapie indicate dalle linee guida.

La frequenza con la quale vengono diagnosticati i tumori in Italia è in media di circa 5 casi ogni 1.000 donne all'anno e circa 7 casi ogni 1.000 uomini⁸. La Toscana presenta valori in linea con la media italiana. Il quadro è dominato dal tumore della mammella nelle donne; tra gli uomini, ai primi posti in termini di frequenza troviamo un gruppo di tumori di rilevanza simile più variegato per natura, patogenesi e prognosi (prostata, polmone, colon-retto). Fra i 30 ed i 50 anni la frequenza dei tumori è maggiore nelle donne, in virtù del tumore della mammella che già in queste decadi è relativamente frequente. Successivamente l'incidenza cresce molto di più tra gli uomini.

Dati nazionali e toscani mostrano una prevalenza maggiore della malattia diabetica nei maschi in tutte le fasce di età, ad eccezione degli ultra45enni, che presentano prevalenze quasi sovrapponibili nei due generi (prevalenza di dia-

bete in Toscana nel 2012: 68,4 per 1.000 maschi vs 60,9 per 1.000 femmine). Nei diabetici il profilo di rischio cardiovascolare è però peggiore nella donna, così come è più elevato il rischio di complicanze cardiache fatali soprattutto con l'insorgenza della menopausa, comportando nella donna diabetica una qualità ed un'aspettativa di vita peggiori⁹. Una forma di diabete, il gestazionale, inoltre, è per definizione una malattia di genere e di per sé un fattore di rischio importante per l'insorgenza di diabete di tipo 2 negli anni successivi.

Tra le patologie che colpiscono prevalentemente le donne si trovano inoltre l'osteoporosi, l'incontinenza urinaria e i disturbi mentali.

1 donna su 3 e 1 uomo su 7 sono affetti da osteoporosi. Come diretta conseguenza della patologia, 1 donna su 3 ed 1 uomo su 5 sopra ai 50 anni presenterà una frattura da fragilità. Tra gli anziani, le fratture osteoporotiche rappresentano una delle maggiori cause di mortalità, con un'incidenza sostanzialmente sovrapponibile a quella per ictus e tumore della mammella¹⁰.

In Toscana si stimano circa 477mila persone con incontinenza urinaria, di queste quasi 320mila sono di genere femminile¹¹. L'incontinenza urinaria maschile è maggiormente rappresentata dopo i 60 anni. I numeri indicano che si tratta di patologia da non sottovalutare, non solo per i risvolti medici, ma anche per quelli economici, sociali e relazionali.

Passando alle patologie di natura mentale, nonostante studi di popolazione abbiano dimostrato il maggior interessamento del genere femminile¹², fra gli adulti, si assiste nel corso degli ultimi anni ad una progressiva omologazione. In Toscana, infatti, il ricorso al ricovero ospedaliero e ai servizi territoriali di salute mentale non presentano significative differenze di genere. Per quanto riguar-

da le diagnosi, invece, le donne toscane ricorrono più degli uomini al ricovero ospedaliero e ai servizi territoriali di salute mentale, prevalentemente per disturbi affettivi (categoria composta dalle forme depressive e maniacali, dal disturbo bipolare, dalla distimia, dalla ciclotimia ecc.) e disturbi d'ansia e somatoformi (disturbo di panico, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi della personalità, ecc.).

Si stima che in Toscana, nel 2013, risiedessero oltre 88mila anziani con demenza¹³, patologia prevalentemente femminile, non tanto per le prevalenze di malattia strato-specifiche, più alte solo negli ultra85enni, quanto per la numerosità della casistica femminile nella popolazione, che fa sì che oltre il 67% dei malati di demenza siano donne.

Passando alle malattie infettive, ci può essere una diversa prevalenza delle diverse infezioni a seconda del genere, ma non ci sono malattie infettive che colpiscono esclusivamente uno dei due generi.

L'importanza delle malattie infettive nell'analisi per genere è in gran parte legata alla possibilità di trasmissione verticale dell'infezione, da madre a bambino, e alla possibilità di trasmissione sessuale. Si analizzano la rosolia, l'epatite B e le malattie a trasmissione sessuale (MTS). Le prime due rientrano tra le patologie per le quali sono stati previsti e attivati interventi preventivi efficaci, in grado di proteggere la donna ed eliminare la possibilità di trasmissione della malattia e i conseguenti danni del feto e del neonato. Il vaccino contro la rosolia presenta un'elevata efficacia e l'incidenza della malattia ha mostrato una progressiva riduzione, registrando 44 casi nel triennio 2009-2012. Anche l'andamento dell'epatite B ha evidenziato una lenta tendenza alla riduzione del numero dei casi notificati (280 casi

nel 2009-2012), mostrando però una netta prevalenza nel genere maschile (il rapporto M/F è stato di 2,7:1).

Anche per le altre MTS, la popolazione toscana affetta è composta prevalentemente da maschi. Si tratta di giovani adulti, single, con un buon livello d'istruzione, che mettono in atto comportamenti sessuali a rischio e perlopiù non usano il profilattico. Le malattie più rappresentate sono i condilomi acuminati, le cerviciti/uretriti da *Chlamydia Trachomatis*, l'herpes genitale e la sifilide. Anche tra i casi di HIV/AIDS la modalità di trasmissione prevalente risulta quella sessuale. È però importante notare che la diagnosi di HIV nelle donne viene fatta più precocemente rispetto agli uomini, soprattutto nella popolazione immigrata, grazie ad un efficace screening prenatale. Infatti, molte donne si sottopongono al test grazie all'inserimento dello screening per l'HIV nel libretto regionale per la gravidanza.

La rilevante differenza di genere che si evidenzia nella mortalità per cause accidentali riflette le differenze di genere che si riscontrano negli incidenti stradali e negli infortuni sul lavoro. Gli incidenti stradali sono un fenomeno in cui il genere femminile viene coinvolto decisamente meno rispetto a quello maschile: solo il 33% circa dei conducenti feriti o deceduti in un incidente nel 2012 è femmina. Le donne, infatti, oltre a guidare meno, sono anche più prudenti, e sono responsabili di un numero minore di incidenti stradali. Le femmine assumono un ruolo negativo da protagoniste principalmente nella categoria dei pedoni, in cui rappresentano la quota maggiore dei feriti in ogni classe di età, rappresentando il 54,7% dei pedoni feriti o deceduti. Gli incidenti domestici, invece, colpiscono prevalentemente il genere femminile, specialmente la categoria delle casalinghe, proprio a causa

di una loro maggior presenza in casa.

Nell'ambito lavorativo si registra una sostanziale stabilità degli infortuni, anche gravi, tra le donne, a fronte di una diminuzione della loro incidenza negli uomini.

Le malattie professionali più frequenti nelle donne sono le malattie muscolo-scheletriche e le malattie della pelle. Per gli uomini sono invece le ipoacusie da rumore, le malattie muscolo-scheletriche, le malattie della pelle ed i mesoteliomi, l'asbestosi e la sindrome di Raynaud. Tali differenze di genere potrebbero essere spiegabili col fatto che i lavoratori maschi sono di solito adibiti ad attività più frequentemente associate ad esposizione a rumore ed agenti chimici/cancerogeni, mentre le donne sono più spesso impiegate in attività che comportano movimenti ripetitivi degli arti superiori, posture incongrue (manifattura, parrucchieri, addetti alle pulizie) e movimentazione manuale dei carichi (movimentazione pazienti in ambito sanitario, per esempio).

Per quanto riguarda la salute riproduttiva. In Toscana le donne ritardano sempre più la scelta riproduttiva e questo le condiziona nel numero dei figli e nei percorsi assistenziali e terapeutici. Aumentano le partorienti sopra i 35 anni (36% nel 2013) e sopra i 40 (8,5%). Il ricorso alla procreazione medicalmente assistita (PMA) è in aumento: il 2,7% dei parti del 2013 è dovuto a questa tecnica, a cui si rivolgono in misura più consistente le donne di età più avanzata (6,7% dei parti delle donne di età compresa tra 40 e 42 anni, 21,6% delle ultra43enni). Parallelamente si osserva un incremento delle gravidanze plurime (1,9% nel 2013) per effetto dell'aumento dell'età materna al parto e soprattutto per il ricorso alla PMA. Questo non è esente da ricadute sulla salute: si tratta di fattori che condizionano l'andamen-

to della gravidanza, sia come fattori di rischio per l'aborto spontaneo (che aumenta in modo esponenziale dopo i 35 anni), sia come rischi sulla madre e sul nascituro quali la prematurità.

Infine si evidenzia la determinazione delle donne a ridurre alcune procedure invasive: diminuisce la frequenza delle tecniche invasive per la diagnosi prenatale, rimane costante il ricorso al taglio cesareo (25,8% nel 2013), basso in Toscana, e aumenta il ricorso all'uso delle interruzioni di gravidanza farmacologica.

Il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) è diminuito nel tempo. È però evidente un maggior rischio nella popolazione straniera, in particolare in alcune etnie. Negli stessi gruppi si registra una più elevata frequenza di IVG ripetute, a sottolineare probabilmente una minore conoscenza o utilizzo dei metodi anticoncezionali. Rimane pressoché costante, invece, la proporzione di minorenni straniere che ricorre all'IVG (3,8%). Su questa fascia di età sembrano avere influito in misura minore i cambiamenti culturali che hanno favorito la riduzione delle IVG nel loro insieme. Tra le ragazze adolescenti, però, si rileva una sessualità più responsabile rispetto ai maschi, anche se rivolta prevalentemente alla contraccezione piuttosto che alla problematica delle MTS.

RICORSO AI SERVIZI SANITARI

L'analisi dei ricoveri ospedalieri conferma un minor ricorso ai servizi da parte degli uomini rispetto alle donne. Il tasso di ospedalizzazione in regime ordinario aumenta con l'età nei due generi, ma è più elevato nei maschi per tutte le cause, eccetto che nella fascia di età 15-44 anni, per motivi legati al parto ed alle sue conseguenze.

Per quanto riguarda il ricovero in day hospital (DH) oltre gli 85 anni di età, i

tassi sono nettamente superiori nei maschi, mentre per le fasce 45-85 anni si nota un maggiore utilizzo da parte delle donne, soprattutto per quanto riguarda il DH chirurgico: il dato è interessante, poiché denota il carico di patologie legato alla menopausa.

In Toscana, come in Italia, la popolazione immigrata ricorre in misura minore ai ricoveri ospedalieri e le differenze di genere sono attribuibili al parto e all'IVG.

Le principali differenze di genere nel ricorso ai Pronto soccorso evidenziano una prevalenza di accessi da parte dei maschi nelle classi di età più giovani (0-14 anni) e, all'opposto, una prevalenza di accessi da parte delle femmine nelle età più avanzate (maggiori o uguali a 80 anni).

In Toscana, nel 2013, per ogni donna sono state dispensate ogni giorno mediamente 1,21 dosi di farmaci, per ogni uomo ne sono state dispensate 1,22. Vi è quindi un allineamento tra i due generi, a dispetto del fatto che le donne sopportano un maggior carico di malattia. Il minor numero di dosi osservato per il genere femminile potrebbe essere spiegato dal fatto che diversi studi, tra cui il recente rapporto annuale dell'AlFA¹⁴, mostrano che le donne aderiscono meno fedelmente alle terapie per numerose malattie croniche.

Una delle ragioni che potrebbe spiegare, nelle donne rispetto agli uomini, la minore aderenza alla terapia farmacologica anti-ipertensiva e per le dislipidemie è che le donne hanno un maggior rischio di sviluppare reazioni avverse ai farmaci.

Nel 2010 hanno fatto ricorso alle medicine complementari (MC) presso le strutture del Servizio sanitario regionale (in Toscana le MC sono incluse nei LEA) più donne che uomini (72% vs 28%)¹⁵. Secondo l'indagine ARS del 2009, non si rilevano però importanti differenze di genere nel ricorso alle MC e alle medicine

non convenzionali, ad eccezione dell'erboristeria che è più usata dalle donne rispetto agli uomini, mentre negli anni precedenti la propensione al ricorso a queste terapie era più marcata nel genere femminile anche a livello nazionale¹⁶.

VIOLENZA DI GENERE

Nonostante i dati pubblicati dall'Ufficio statistico dell'UE (Eurostat) mostrino tra il 2007 e il 2010 una complessiva diminuzione dei livelli di criminalità in tutti gli stati membri, in Italia i reati violenti denunciati all'autorità giudiziaria da Polizia di stato, Arma dei carabinieri e Guardia di finanza mostrano un trend in aumento, passando da un totale di 143.624 casi registrati nel 2006 a 181.874 nel 2012¹⁷. Lo stesso andamento è osservabile anche in Toscana, dove dal 2010 (primo anno disponibile) si è registrato un lieve incremento delle denunce, che passano da 13.157 a 14.150 registrate nel 2012.

A questo proposito la Regione Toscana ha messo in atto numerosi interventi per favorire l'emersione e il trattamento degli atti violenti, fra cui l'attivazione del "Codice rosa" presso tutte le AUSL della Toscana. Da gennaio 2012 a settembre 2014 i codici rosa segnalati sono stati 6.118, di cui 686 (11,2%) su minori. Fra gli adulti quasi l'85% degli accessi è rappresentato dal genere femminile, mentre tra i minori il sesso non assume un valore discriminante. La nazionalità, sia fra gli adulti che fra i minori, è prevalentemente italiana. Le principali violenze subite sono i maltrattamenti, che rappresentano il 94,8% (N=5.151) del totale delle violenze descritte dagli adulti e l'83,0% (N=686) fra i minori. A questi seguono gli abusi (3,5% del totale delle violenze descritte dagli adulti e il 17,0% nei minori) e lo stalking, con l'1,6% degli atti subiti. L'età maggiormente interessata è quella compresa fra i 19 ed i 49 anni.

L'emersione di questo fenomeno, che abbiamo visto interessare soprattutto

le donne, favorisce l'attivazione delle richieste di aiuto. Dal 1° luglio 2009 al 30 giugno 2013 si sono rivolte ai centri antiviolenza della Toscana 8.218 persone, con un trend in costante aumento che registra il picco più alto nel corso dell'ultimo anno (465 donne in più rispetto all'anno precedente). Le donne che si rivolgono ai centri antiviolenza sono prevalentemente italiane, in un rapporto di circa 3:1 rispetto alle straniere, ed hanno subito violenze soprattutto dal proprio partner (57,1%) o dal proprio ex (26%). Gli atti subiti sono di varia natura e sono spesso sovrapposti fra loro: oltre l'80% ha dichiarato di aver subito violenza psicologica, il 63,2% violenza fisica, il 26,9% violenza economica, stalking nel 15,2% dei casi, l'8,3% violenza sessuale, il 3,5% molestie sessuali e lo 0,9% mobbing.

Anche gli interventi sociali attivati su minori che hanno subito maltrattamenti in ambito familiare hanno visto un forte incremento nel corso degli ultimi 5 anni, passando dai 993 registrati nel 2009 ai 1.345 del 2013, così come quelli legati ad abusi sessuali, dove le richieste sono passate da 157 nel 2009 a 164 nel 2013.

Un'altra forma di violenza che vede l'attivazione di interventi sul territorio toscano è quella riguardante la tratta e lo sfruttamento di esseri umani. Dal giugno 2011 al giugno 2014, grazie ad alcuni finanziamenti erogati specificamente dal Dipartimento delle pari opportunità (DPO), sono stati avviati interventi a favore delle vittime di tratta e grave sfruttamento (programmi ex art. 13 L. 228/2003 ed ex art. 18 d.lgs 286/1998), che hanno reso possibile l'emersione e la prima accoglienza di 13.825 persone di età compresa, prevalentemente, fra i 18 ed i 25 anni. A queste si aggiungono 700 accompagnamenti presso i servizi socio-sanitari, 667 colloqui, mentre 151 persone sono state inserite presso strutture territoriali e nazionali. Com'è facile intuire, la nazionalità e il sesso di queste persone varia in base al tipo di sfruttamento. Quello sessuale vede un maggior coinvolgimento delle donne di nazionalità nigeriana, romena, albanese e cinese, mentre fra le persone identificate come vittime di grave sfruttamento lavorativo troviamo più uomini di nazionalità marocchina e indiana.

NOTE

- 1 ISTAT. *Demo ISTAT, Demografia in cifre*: <http://www.demo.istat.it/altridati/indicatori/>
- 2 V. nota n. 1.
- 3 ISTAT (2014), *Rapporto Bes 2014: il benessere equo e sostenibile in Italia*: <http://www.istat.it/it/archivio/126613>
- 4 ISTAT. *I.Stat - Indicatori demografici*: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_INDDEMOG1&Lang=it#
- 5 ISPO, *Registro di mortalità regionale – Toscana, anni 2008-2010*.
- 6 Maas AH, van der Schouw YT, Regitz-Zagrosek V, et al. (2011). *Red alert for women's heart: the urgent need for more research and knowledge on cardiovascular disease in women: proceedings of the workshop held in Brussels on gender differences in cardiovascular disease, 29 September 2010*. *Eur Heart J*;32(11):1362-8.
- 7 Hvelplund A, Galatius S, Madsen M, et al. (2010). *Women with acute coronary syndrome are less invasively examined and subsequently less treated than men*. *Eur Heart J*;31(6):684-90.
- 8 AIOM, AIRTUM (2012). *I numeri del cancro in Italia*. Rodengo Saiano (BS).

- 9 Gouni-Berthold I, Berthold HK, Mantzoros CS, et al. (2008). *Sex Disparities in the Treatment and Control of Cardiovascular Risk Factors in Type 2 Diabetes. Diabetes Care. 31(7): 1389–1391.*
- 10 Cianferotti L, Parri S, Brandi ML (2013). *Osteoporosi in “La salute di genere in Toscana”. Documenti dell’Agenzia regionale di sanità n.74, 2013. pagg.115-119.*
- 11 Fabbiani M, Villari D (2013). *Incontinenza urinaria in “La salute di genere in Toscana”. Documenti dell’Agenzia regionale di sanità n.74, 2013. pagg.119-125.*
- 12 De Girolamo G, Polidori G, Morosini P, et al. (2006). *Prevalence of common mental disorders in Italy: results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (Esemed). Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41, 853-861.*
- 13 *I casi prevalenti dei residenti sono stati calcolati applicando alla popolazione toscana ultra65enne residente al 01/01/2010 (dati ISTAT) la stima pooled (Francesconi P et al. 2006) dei rapporti di prevalenza di quattro studi epidemiologici di popolazione condotti in Toscana tra il 1994 e il 2000.*
- 14 *Agenzia italiana del farmaco (2014). L’uso di farmaci in Italia. Rapporto nazionale 2013: www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/Rapporto_OsMED_2013.pdf*
- 15 *Fonte: Regione Toscana su dati SPA.*
- 16 *Da Frè M, Voller F (2011). *Medicine complementari, discipline bio-naturali e del benessere nella popolazione toscana – Indagine 2009. Documenti dell’Agenzia regionale di sanità, n.56.**
- 17 *ISTAT. Estrazione dati: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV_SEGNALAZPS&Lang=*

SALUTE DEGLI STRANIERI

La sempre crescente presenza di stranieri in Toscana, che passano dal 4,6% della popolazione totale nel 2004 al 10,3% nel 2014 (8,1% in Italia), impone una particolare attenzione ai bisogni di salute di questa popolazione. Gli stranieri residenti nella nostra regione al 1 gennaio 2014 sono circa 387mila, dei quali il 54% donne.

Il profilo epidemiologico della popolazione immigrata descrive un quadro ancora relativamente favorevole. Gli stranieri si ammalano di meno, perché generalmente chi ha scelto di emigrare sono coloro che possiedono un buon capitale di salute da scambiare con la forza lavoro (anche se gli immigrati che arrivano nel nostro Paese in forza di processi di ricongiungimento non presentano più questa protezione) e perché, a causa di difficoltà culturali e materiali nell'accesso ai servizi, esprimono minori bisogni di salute. Tuttavia, su alcuni problemi questo gruppo di popolazione comincia a manifestare importanti eccessi di morbosità ed esiti sfavorevoli in conseguenza di condizioni di vita o di lavoro poco sicure (traumi), di fattori di rischio propri dell'area di provenienza (malattie cosiddette d'importazione, come quelle endemiche o ereditarie tipiche del paese di origine) oppure di errori nel percorso assistenziale, particolarmente evidenti alla nascita. Anche tra gli stranieri si riscontrano condizioni di salute meno favorevoli nelle persone di status sociale più svantaggiato.

L'indagine dell'ISTAT "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri", condotta per la prima volta nel 2011-2012, conferma che i cittadini stranieri sono mediamente giovani e in buona salute (il cosiddetto "effetto migrante sano") e presentano migliori condizioni di salute sia fisica che psicologica rispet-

to agli italiani, anche quando gli indicatori di salute percepita vengono aggiustati per età¹.

Nella popolazione straniera, le patologie più frequenti nelle quattro settimane precedenti l'intervista dell'indagine ISTAT sono quelle dell'apparato respiratorio (64,5 per 1.000), dell'apparato digerente e dei denti (20,2 per 1.000), del sistema nervoso (19,8) – con maggiore prevalenza nelle donne (25,7 vs 13,0) – e del sistema osteomuscolare (15,5)². Il rapporto ISTAT ha inoltre analizzato il ricorso al Pronto soccorso, alla guardia medica e ai consultori. Sono 66 ogni 1.000 gli stranieri di 14 anni o più che si sono rivolti al servizio di Pronto soccorso nei tre mesi precedenti l'intervista. Si rivolgono di più al Pronto soccorso gli immigrati provenienti da Marocco e Tunisia mentre, rispetto alla media, le comunità asiatiche, in particolar modo quella cinese, utilizzano di meno questo servizio. La guardia medica rappresenta un altro punto di riferimento per i cittadini stranieri: ad essa hanno fatto ricorso, nei tre mesi precedenti l'intervista, 20,6 cittadini stranieri su 1.000 dai 14 anni in su. Nello stesso periodo e nella stessa fascia d'età anche il ricorso al consultorio ha interessato una quota importante di stranieri (21,6 per 1.000): in particolare vi si rivolgono soprattutto le donne in età fertile.

Nelle quattro settimane precedenti l'intervista, il 20,2% degli stranieri ha fatto almeno una visita medica (sia generica sia specialistica). Il comportamento appare uniforme all'interno delle comunità straniere, ad eccezione dei cittadini di origine cinese e indiana³.

La proporzione di cittadini non italiani (compresi gli stranieri temporaneamente presenti) che vengono dimessi dalle strutture ospedaliere della Toscana (escludendo il neonato sano) è in

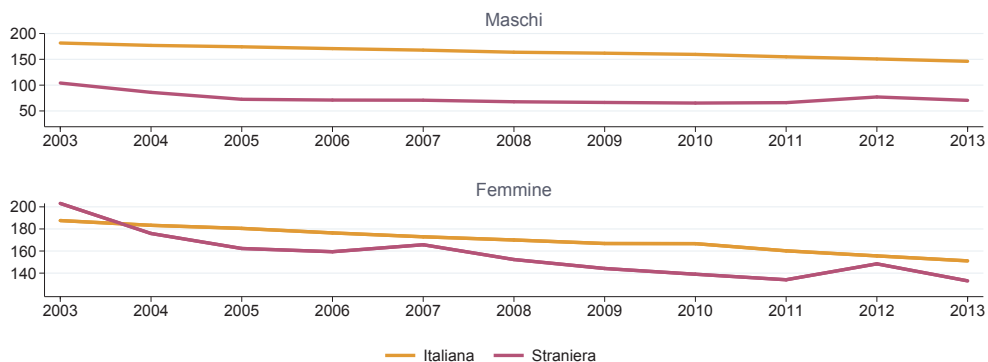
aumento: dal 3,3% nel 2000 al 7,5% nel 2013. Questa proporzione è più elevata tra le donne: le straniere costituiscono il 9,4% delle ricoverate, mentre gli stranieri il 5,3% dei ricoverati maschi. Si tratta prevalentemente di stranieri provenienti dai paesi a forte pressione migratoria (PFPM)⁴. Gli stranieri provenienti dai paesi a sviluppo avanzato (PSA)⁵ rappresentano lo 0,6% di tutti i ricoveri e l'8,1% dei ricoveri della popolazione straniera (9,8% tra i maschi e 7,3% tra le femmine). Le nazionalità maggiormente rappresentate sono: per i maschi l'Albania (21,1% dei ricoveri tra gli stranieri), la Romania (15,4%) e il Marocco (9,5%), per le femmine la Romania (20,1% dei ricoveri tra le straniere), l'Albania (16,0%) e la Cina (11,2%). Questo dato rispecchia quelle

che sono le nazionalità più numerose nel territorio.

In Toscana, nel 2013, si sono registrati 235mila ricoveri nei maschi italiani e 261mila nelle femmine, mentre nella popolazione straniera i ricoveri del genere femminile sono stati più del doppio rispetto a quelli maschili (25.207 vs 11.383). I tassi di ospedalizzazione presentano un trend decrescente per italiani e stranieri, con tassi più elevati nelle donne rispetto agli uomini (**Figura 4.36**). La popolazione femminile presenta tassi di ricovero più vicini alla popolazione italiana, ma che sono caratterizzati, come sarà dimostrato dalle analisi successive, da diagnosi diverse, principalmente legate alla differente struttura per età che corrisponde all'epoca riproduttiva.

Figura 4.36

Ospedalizzazione per genere e cittadinanza, escluso neonato sano – Tasso grezzo per 1.000 residenti – Toscana, periodo 2003-2013 – Fonte: ARS su SDO



L'uso del tipo di regime di ricovero è simile tra italiani e stranieri: la proporzione di ricoveri in regime ordinario sul totale dei ricoveri diminuisce fino al 2008, per poi aumentare nuovamente a partire dal 2009 in entrambi i generi. Nel 2013 i ricoveri ordinari sono stati tra gli italiani il 75,9% dei ricoveri dei maschi e il 76,4% di quelli delle femmine, mentre tra gli stranieri sono stati rispettivamente il 71,5% ed il 72,4%.

In considerazione della diversa strut-

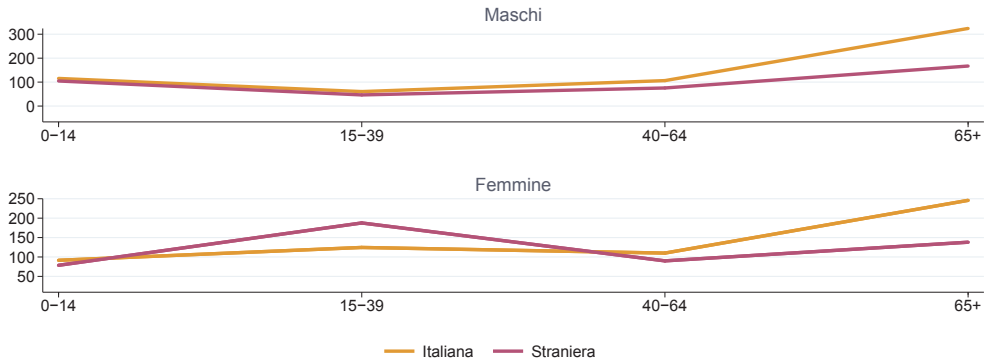
tura per età della popolazione si rende necessario calcolare dei tassi specifici per età. In età pediatrica (0-14 anni) i tassi di ospedalizzazione della popolazione straniera sono simili a quelli della popolazione italiana, sia per i maschi che per le femmine. Nei maschi i tassi di ospedalizzazione sono sempre più elevati tra gli italiani e in misura più marcata all'aumentare dell'età. Nelle femmine, invece, i tassi di ospedalizzazione sono

più elevati tra le straniere a 15-39 anni, per problemi di gravidanza, parto e puerperio (**Figura 4.37**).

Per i maschi stranieri i tassi di ospedalizzazione più elevati si registrano tra i residenti nell'AUSL di Pisa, mentre

Figura 4.37

Ospedalizzazione per genere e cittadinanza, escluso neonato sano – Tasso specifico per 1.000 residenti – Toscana, anno 2013 – Fonte: ARS su SDO



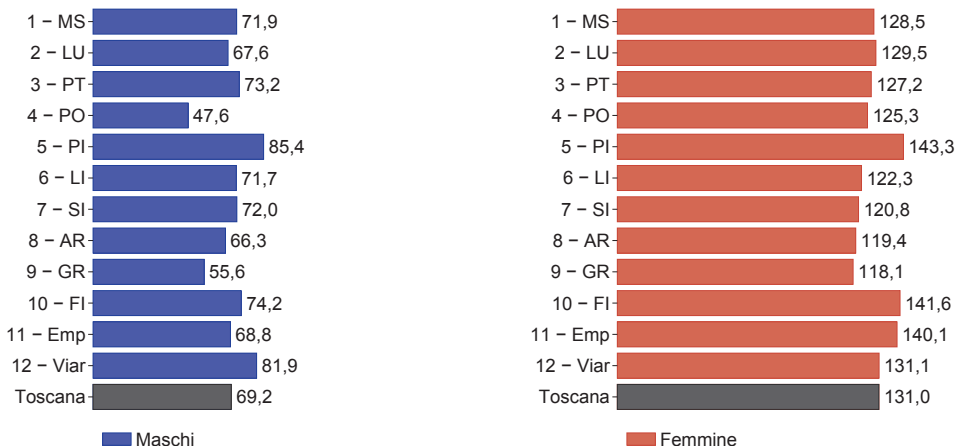
quelli più bassi tra i residenti nell'AUSL di Prato (**Figura 4.38**). In quest'ultima, nonostante l'alta percentuale di stranieri, il basso tasso di ospedalizzazione è probabilmente legato alla componente cinese che, come mostrato dal dato nazionale, ha una minor propensione a rivolgersi al servizio sanitario. Nonostante questo, nell'AUSL di Prato le donne presentano tassi di ospedalizzazione più simili alla

media regionale, spiegabili dal fatto che le donne cinesi si rivolgono alle strutture ospedaliere soprattutto in occasione del parto.

Indipendentemente dall'età, le prime tre cause di ricovero in regime ordinario per i cittadini stranieri di genere maschile sono nell'ordine: traumatismi e avvelenamenti, malattie dell'apparato digerente e malattie del sistema circolatorio. Mentre

Figura 4.38

Ospedalizzazione per genere, escluso neonato sano – Tasso grezzo per 1.000 residenti stranieri – AUSL e Toscana, anno 2013 – Fonte: ARS su SDO



per gli italiani sono: malattie del sistema circolatorio, tumori e malattie dell'apparato respiratorio (**Tabella 4.20**). I ricoveri per complicanze della gravidanza, parto

Tabella 4.20

Numero di ricoveri e tasso grezzo di ospedalizzazione in regime ordinario per 1.000 residenti per causa di ricovero, genere e cittadinanza, escluso neonato sano – Toscana, anno 2013 –

Fonte: ARS su SDO

Grandi gruppi		Maschi		Femmine	
		Italiana	Straniera	Italiana	Straniera
Malattie infettive e parassitarie	N	3.908	331	3.665	302
	Tasso	2,4	2,1	2,1	1,6
Tumori	N	21.567	479	21.049	1.163
	Tasso	13,4	3,0	12,2	6,1
Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	N	3.372	181	5.716	325
	Tasso	2,1	1,1	3,3	1,7
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	N	1.157	90	1.375	117
	Tasso	0,7	0,6	0,8	0,6
Disturbi psichici	N	4.189	294	4.563	343
	Tasso	2,6	1,8	2,6	1,8
Malattie del sistema nervoso	N	6.412	389	6.576	432
	Tasso	4,0	2,4	3,8	2,3
Malattie del sistema circolatorio	N	40.749	942	32.590	755
	Tasso	25,3	5,8	18,8	4,0
Malattie dell'apparato respiratorio	N	20.244	890	17.589	683
	Tasso	12,6	5,5	10,2	3,6
Malattie dell'apparato digerente	N	19.847	1.042	17.813	1.402
	Tasso	12,3	6,5	10,3	7,4
Malattie dell'apparato genitourinario	N	10.633	414	10.599	975
	Tasso	6,6	2,6	6,1	5,1
Complicanze della gravidanza, parto e puerperio	N	0	0	25.732	8.983
	Tasso	-	-	14,9	47,4
Malattie della pelle e del sottocutaneo	N	1.184	86	1.125	60
	Tasso	0,7	0,5	0,6	0,3
Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	N	11.707	420	15.256	610
	Tasso	7,3	2,6	8,8	3,2
Malformazioni congenite	N	1.827	151	1.395	108
	Tasso	1,1	0,9	0,8	0,6
Condizioni morbose di origine perinatale	N	734	119	600	79
	Tasso	0,5	0,7	0,3	0,4
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	N	5.365	331	5.225	395
	Tasso	3,3	2,1	3,0	2,1
Traumatismi e avvelenamenti	N	17.929	1.201	20.627	698
	Tasso	11,1	7,4	11,9	3,7
Codici V - Ricoveri di natura speciale	N	7.844	773	8.364	815
	Tasso	4,9	4,8	4,8	4,3

e puerperio sono la prima causa di ricovero ordinario per le donne straniere rappresentando circa la metà degli stessi (con un tasso grezzo di ospedalizzazione del 47,4 per 1.000 residenti), mentre sono la seconda causa per le italiane e ne costituiscono il 12,9% dei ricoveri (tasso grezzo del 14,9 per 1.000). Le straniere, inoltre, si ricoverano per malattie del sistema digerente e, come terzo motivo, per tumori. Tra le italiane, invece, la prima causa di ricovero sono le malattie del sistema circolatorio e la terza i tumori.

Mentre per le donne italiane la principale causa di ricovero per gravidanza, parto e puerperio è costituita dal parto normale (20,0%), per le straniere è l'aborto indotto legalmente a costituire la prima causa (21,1%), seguita di poco dal parto normale (19,2%). Per le italiane l'interruzione volontaria di gravidanza costituisce la seconda causa, ma con una proporzione quasi dimezzata rispetto alle straniere (12,8%) (**Tabella 4.21**). In un'analisi della salute della popolazione straniera è fondamentale quindi approfondire gli aspetti che riguardano la salute riproduttiva, che sono la principale causa di ricovero ospedaliero nella popolazione femminile.

Nel 2013 nelle strutture toscane sono

Tabella 4.21

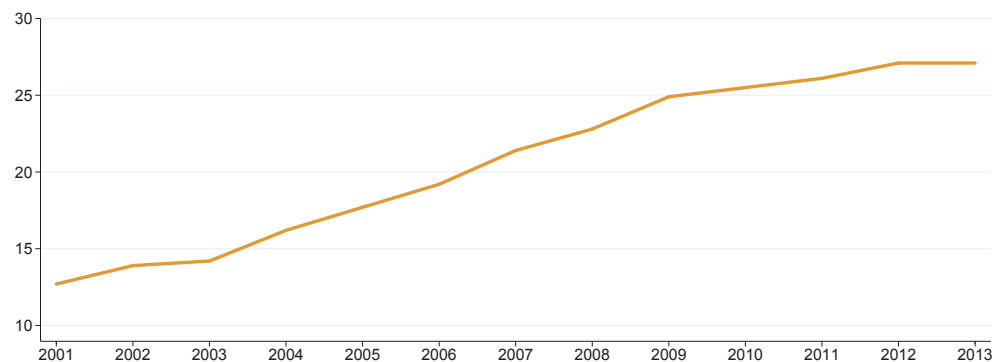
Numero di ricoveri e percentuale della diagnosi principale alla dimissione dei ricoveri (ordinari e day hospital) per complicanze di gravidanza, parto e puerperio delle residenti in Toscana per cittadinanza – Toscana, anno 2013 – Fonte: ARS su SDO

Paese di provenienza	N	%
Albania	1.440	18,2
Cina	1.309	16,5
Romania	1.277	16,1
Marocco	744	9,4
Perù	206	2,6
Senegal	156	2,0
Polonia	150	1,9
Nigeria	146	1,8
Filippine	142	1,8
Pakistan	140	1,8
Altro	2.221	28,0
Totale	7.931	100
PSA	320	4,0
PFPM	7.611	96,0

avvenuti 29.316 parti, dei quali il 27,1% da donne di nazionalità non italiana, mentre nel 2001 erano il 12,7% (**Figura 4.39**). La proporzione è superiore rispetto alla media nazionale del 2010 (ultimo dato disponibile) di 18,3% (25,5%

Figura 4.39

Proporzione di parti da donne straniere – Toscana, periodo 2001-2013 – Fonte: ARS su CAP



in Toscana nello stesso anno), in accordo con una maggiore presenza di stranieri in Toscana rispetto alla media nazionale⁶. In Europa le proporzioni di madri straniere sono più elevate in Belgio, nella regione di Bruxelles (66,2%), in Lussemburgo (66,0%), in Svizzera (41,1%), a Cipro (32,7%) e in Lettonia (30,2%), mentre le più basse si registrano in Polonia (0,04%), Repubblica Ceca (2,6%), in Finlandia (6,2%) e a Malta (9,2%)⁷. I parti da madri italiane presentano un calo dal 2008. Nel 2013 per la prima volta cala anche il numero di parti da madri straniere, passando da 8.417 nel 2012 a 7.931 (-5,8%), probabilmente anche per effetto della crisi che spinge i migranti a spostarsi in altri paesi. Considerando i parti da almeno un genitore straniero, si rileva che le coppie con entrambi i genitori non italiani costituiscono il 68,5%, le coppie con madre straniera e padre italiano il 25,8% e le coppie con madre italiana e padre straniero il 5,7%. Le partorienti straniere provengono prevalentemente dai paesi a forte pressione migratoria (96,0%). Le nazionalità maggiormente rappresentate sono l'Albania (18,2%), la Cina (16,5%), la Romania (16,1%) e il Marocco (9,4%), che da sole coprono più del 60% dei parti delle straniere (**Tabella 4.22**).

L'analisi dei ricoveri per parto delle straniere residenti riflette la presenza della popolazione nel territorio. I tassi di ospedalizzazione più elevati si trovano tra le straniere residenti dell'AUSL di Empoli (69,3 per 1.000 donne straniere 15-49 anni), seguite da quelle residenti a Prato (67,9), Pisa (67,4) e Lucca (67,2) (**Figura 4.40**). Il tasso più basso si registra tra le residenti dell'AUSL di Arezzo (51,7).

Le partorienti straniere presentano caratteristiche socio-demografiche di-

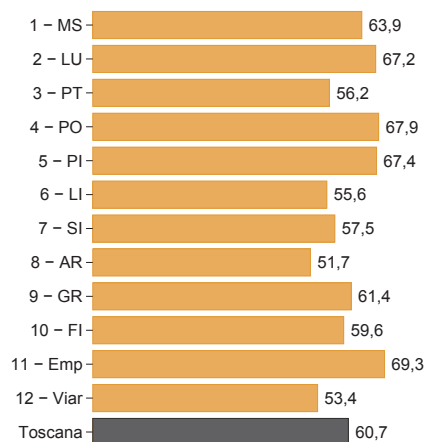
Tabella 4.22

Paese di provenienza delle partorienti straniere – Toscana, anno 2013 – Fonte: ARS su CAP

Paese di provenienza	N	%
Albania	1.440	18,2
Cina	1.309	16,5
Romania	1.277	16,1
Marocco	744	9,4
Perù	206	2,6
Senegal	156	2,0
Polonia	150	1,9
Nigeria	146	1,8
Filippine	142	1,8
Pakistan	140	1,8
Altro	2.221	28,0
Totale	7.931	100
PSA	320	4,0
PFFPM	7.611	96,0

Figura 4.40

Ospedalizzazione per parto (DRG 370-375) – Tasso grezzo per 1.000 donne straniere, età 15-49 anni – AUSL di residenza e Toscana, anno 2013 – Fonte: ARS su SDO



verse dalle italiane (**Tabella 4.23**). La principale differenza è rappresentata dall'età materna al parto: l'età media

Tabella 4.23

Caratteristiche socio-demografiche delle donne che hanno partorito in Toscana per cittadinanza – Toscana, anni 2013 e 2004 – Fonte: ARS su CAP

Caratteristiche delle madri	Italiana		Straniera	
	2013	2004	2013	2004
Numero di parti	21.296	25.135	7.931	4.842
Età media al parto	33,3	32,0	28,8	27,8
Età media al primo parto	32,0	30,9	26,9	26,2
% <18 anni	0,2	0,2	0,5	0,9
% 35 anni e oltre	42,6	30,6	17,1	12,6
% 40 anni e oltre	10,4	5,1	3,4	2,1
% nubili	39,7	19,1	31,9	23,7
% titolo di studio medio-basso	18,4	28,9	52,4	55,7
% occupate	76,0	75,2	36,1	39,0
% fumatrici	9,3	10,1	5,8	5,9
% sovrappeso e obese	21,1	19,5	22,7	17,5
% primipare	55,5	58,8	44,3	54,2
% almeno 2 figli precedenti	6,9	6,2	15,4	10,6
% gravidanza plurima	2,0	1,3	1,6	1,1
% gravidanza da PMA	3,1	1,6	1,6	0,9

è infatti di 28,8 anni per le straniere, contro 33,3 delle italiane. Solo il 17,1% delle straniere ha 35 anni o più, mentre le partorienti italiane in questa fascia di età sono il 42,6%. Le differenze socio-economiche tra italiane e straniere si confermano anche per le altre caratteristiche, ad esempio il livello di istruzione della madre, che può influenzare sia l'accesso ai servizi, sia le strategie di assistenza verso il feto e il neonato: il 52,4% delle straniere ha un titolo di studio medio basso (licenza elementare o scuola media inferiore), contro "solo" il 18,4% delle italiane. Sono anche assai meno spesso occupate (36,1% vs 76,0%), valori in linea con la media nazionale⁸. Tra i fattori di rischio che possono influenzare gli esiti di gravidanza non si notano differenze nella prevalenza di donne in sovrappeso o obese tra italiane e straniere, mentre tra le italiane è più elevata la proporzione di fuma-

trici (9,3% vs 5,8%). La tendenza delle donne straniere ad avere più figli è confermata dai dati sulla parità. Le italiane al parto sono più spesso al primo figlio (55,5% vs 44,3%), mentre tra le partorienti straniere il 15,4% ha già almeno 2 figli (6,9% delle italiane). Le gravidanze plurime costituiscono il 2,0% delle gravidanze delle italiane e l'1,6% di quelle delle straniere. La prevalenza leggermente più elevata di parti plurimi tra le italiane è legata sia alla più elevata età materna, ma anche al maggior ricorso alla procreazione medicalmente assistita (3,1% vs 1,6%).

Il quadro dell'accesso ai servizi in gravidanza per le donne straniere è decisamente migliorato negli ultimi anni, anche se permangono delle differenze rispetto alle italiane (**Tabella 4.24**).

Per le donne italiane la struttura o persona di riferimento in gravidanza è nel privato (73,0%), le donne straniere si

Tabella 4.24

Esami in gravidanza delle donne che hanno partorito in Toscana per cittadinanza – Toscana, anni 2013 e 2004 – Fonte: ARS su CAP

Esami in gravidanza	Italiana		Straniera	
	2013	2004	2013	2004
% consultorio	14,1	11,9	64,7	60,7
% studio privato	73,0	77,1	15,5	20,5
Numero medio di visite	7,2	6,9	6,0	5,3
% nessuna visita	0,3	2,0	0,9	6,8
% prima visita dopo la 12 settimana	2,4	4,3	9,4	21,0
Numero medio di ecografie	5,8	5,1	4,1	3,5
% nessuna ecografia	0,3	0,9	1,0	2,8
% meno di tre ecografie	1,2	1,9	10,4	21,2
% screening	79,9	36,7	53,3	26,9
% amniocentesi	13,9	37,3	3,2	7,7
% villocentesi	8,0	2,7	1,8	1,0
% amnio/villi dai 35 anni in poi	39,5	69,1	17,2	37,1
% amnio/villi sotto i 35 anni	9,7	28,4	2,7	4,9

rivolgono invece al consultorio (64,7%).

Secondo le indicazioni dell'OMS e del protocollo regionale, è consigliato fare la prima visita in gravidanza entro la 12esima settimana ed effettuare almeno 3 ecografie per le gravidanze fisiologiche. Le donne straniere eseguono in gravidanza sia un numero di visite che di ecografie minore in confronto alle italiane: rispettivamente il 9,4% e il 2,4% esegue la prima visita dopo la 12esima settimana, lo 0,9% e lo 0,3% non esegue nessuna visita in gravidanza; infine il 10,4% e l'1,2% esegue meno di tre ecografie. Va ricordato che solo nel 2004 la quota di straniere che eseguiva la prima visita in gravidanza dopo la 12esima settimana era più del doppio (21,2%) ed era molto più elevata la quota di straniere che non eseguiva nessuna visita in gravidanza (6,8%). Infine, dal 2004 è calata anche la quota di coloro che eseguivano meno di 3 ecografie (21,2%). Il quadro dell'accesso ai servizi si presenta migliore rispetto alla media nazionale: tra le straniere che hanno partorito in Italia il

13,8% ha eseguito la prima visita dopo il primo trimestre e il 2,6% non ha eseguito nessuna visita⁹.

Nell'ambito della diagnostica prenatale invasiva sono di meno, rispetto alle italiane, le donne straniere che ricorrono all'amniocentesi o alla villocentesi: nel 2013 solo il 17,2% delle donne straniere con 35 anni o più ha effettuato l'amniocentesi o la villocentesi vs il 39,5% delle italiane. In questi ultimi anni si è assistito anche alla diffusione di test di screening non invasivi. In Toscana, nel 2013, ha eseguito il test di screening per la sindrome di Down il 79,9% delle partorienti italiane e il 53,3% delle straniere.

Analizzando gli esiti neonatali (pre-maturità e basso peso alla nascita) emerge una differenza significativa tra le donne straniere e le donne italiane sulla proporzione di nati vivi sotto le 37 settimane di gestazione: il 7,3% dei nati vivi da donne straniere rispetto al 6,7% dei nati vivi da madre italiana è pretermine. La differenza rimane significativa anche aggiustando per età,

titolo di studio, parità, indice di massa corporea della madre, fumo in gravidanza e genere del parto (**Tabella 4.25**). La proporzione, invece, di bambini sottopeso (<2.500 grammi) sembra essere più elevata tra le italiane (7,1%) rispetto

alle straniere (6,5%); anche considerando fattori quali età, parità, fumo in gravidanza, prematurità e gemellarità.

Nel 2013, nelle strutture toscane si sono registrati 4.023 aborti spontanei: 2.973 di donne italiane e 1.029 (25,7%)

Tabella 4.25

Esiti neonatali dei nati vivi in Toscana per cittadinanza della madre – Toscana, anni 2013 e 2004 – Fonte: ARS su CAP

Esiti neonatali	Italiana		Straniera	
	2013	2004	2013	2004
Nati vivi	21.691	25.384	8.040	3.134
% nati vivi pretermine	6,7	6,7	7,3	7,8
% nati vivi < 32 settimane	0,8	0,7	1,1	1,0
% nati vivi di basso peso	7,1	6,2	6,5	6,4
% nati vivi < 1.500 gr.	0,9	0,9	1,2	1,0

di donne di cittadinanza straniera: le straniere provenienti dai paesi a forte pressione migratoria costituiscono il 93,8% della popolazione straniera.

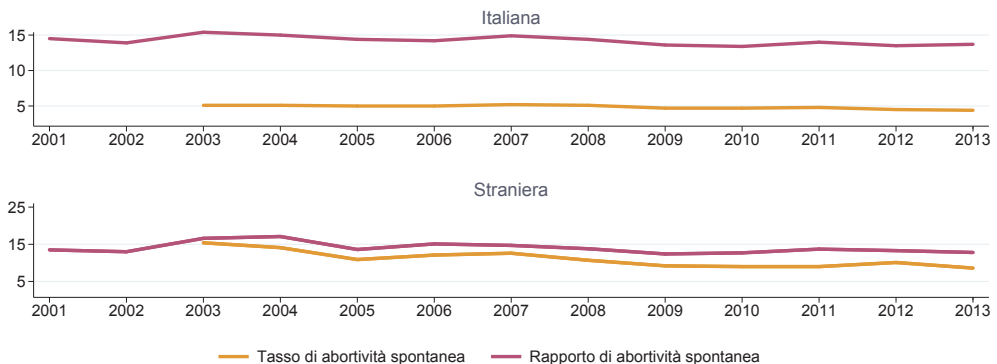
L'abortività spontanea in Toscana si presenta più elevata tra le donne straniere rispetto alle italiane: in diminuzione dal 2003 tra le prime e costante tra le italiane. Se rapportata al numero di nati vivi, si vede che il numero di gravidanze che esitano in aborto spontaneo

è sovrapponibile tra straniere e italiane (**Figura 4.41**). Il più elevato tasso di abortività spontanea risulta quindi legato probabilmente a una maggiore fecondità della popolazione straniera.

Le donne straniere presentano un maggior ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG). In Italia nel 2012 la proporzione di IVG, effettuate da donne straniere, è del 34,0%. Il tasso di abortività delle donne straniere

Figura 4.41

Tasso di abortività spontanea per 1.000 donne, età 15-49 anni e rapporto di abortività spontanea x 100 nati vivi per cittadinanza – Toscana, periodo 2001-2013 – Fonte: ARS su AS



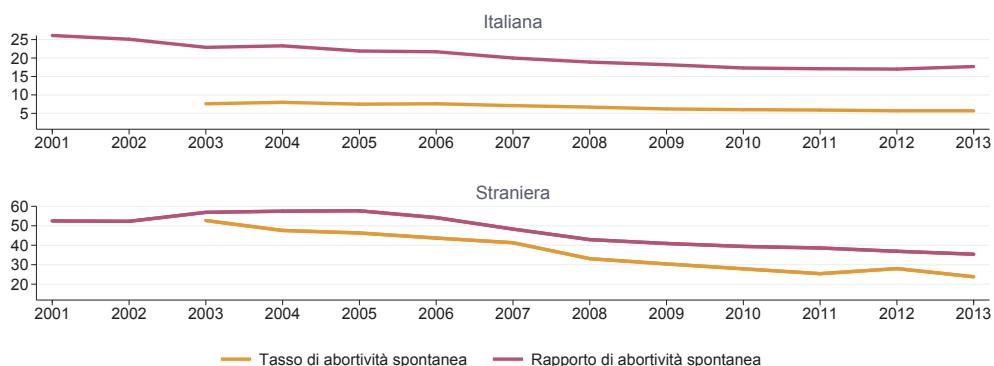
provenienti dai paesi a forte pressione migratoria è diminuito passando dal 40,7 per 1.000 donne di età compresa tra 15 e 49 anni del 2003, a 20,0 del 2011, ma rimane quasi triplo rispetto a quello delle italiane (6,8 per 1.000)¹⁰.

Nel 2013, nelle strutture toscane sono state effettuate 6.722 IVG che hanno interessato per il 42,6% donne straniere: proporzione superiore alla media nazionale, legata alla più elevata presenza di

stranieri nella regione. Le straniere provenienti dai paesi a sviluppo avanzato costituiscono il 2,6% delle straniere che hanno ricorso all'IVG. Il tasso di abortività volontaria delle straniere, seppur dimezzato rispetto al 2003, è quattro volte superiore a quello delle italiane, che si attesta a 5,7 per 1.000 donne di 15-49 anni, in leggera diminuzione rispetto al 2003 (7,6 per 1.000) (Figura 4.42). La differenza tra italiane e straniere rimane

Figura 4.42

Tasso di abortività volontaria per 1.000 donne, età 15-49 anni e rapporto di abortività volontaria per 100 nati vivi per cittadinanza – Toscana, periodo 2001-2013 – Fonte: ARS su IVG

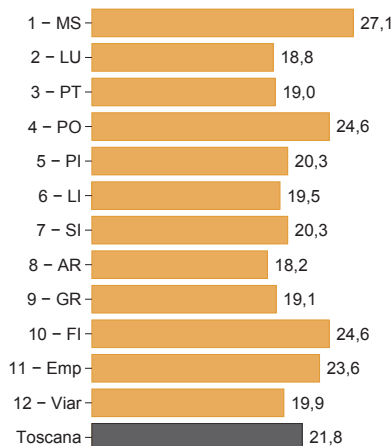


consistente, anche se in misura minore se si considerano le IVG in relazione al numero di nati vivi: il rapporto di abortività volontaria è diminuito nel tempo ma rimane più che doppio rispetto a quello delle italiane (17,7 vs 35,4). Rapporti di abortività più elevati della media della popolazione straniera si registrano tra le peruviane (119 per 100 nati vivi nel 2011-2013), le nigeriane (64), rumene (59), moldave (49), ucraine (49), tra le cinesi (40) e le filippine (40).

Guardando all'ospedalizzazione per IVG, non si rileva una notevole variabilità per AUSL. Da evidenziare solo dei tassi più bassi per le straniere residenti nelle AUSL di Arezzo (18,2) e Lucca (18,8), rispetto alla media regionale (21,8) (Figura 4.43).

Figura 4.43

Ospedalizzazione per IVG* – Tasso grezzo per 1.000 donne straniere, età 15-49 anni – Toscana, anno 2013 – Fonte: ARS su SDO



* Diagnosi principale alla dimissione 635 o codice principale di intervento 69.01 o 69.51.

L'età media delle straniere che ricorrono all'IVG è sovrapponibile a quella delle italiane (30,2 anni vs 30,8 anni) (**Tabella 4.26**), tuttavia le IVG delle minorenni sono più frequenti nelle italiane, che vi ricorrono molto più di quanto parlariscono.

Considerando il rapporto di abortività volontaria, le minorenni italiane effettuano infatti 378 IVG ogni 100 nati vivi (anni 2011-2013), mentre il rapporto di abortività volontaria tra le minorenni straniere è di 96 per 100 nati vivi. Anche

nella classe di età 18-24 anni il rapporto di abortività delle italiane risulta il doppio rispetto a quello delle straniere (74 vs 32 rispettivamente). Il fenomeno si inverte a partire dai 25 anni di età. Il dato è in accordo con la maggior fecondità della popolazione generale delle donne straniere.

In aumento tra le donne straniere la propensione all'aborto ripetuto che rappresenta il 41,6% delle IVG (33,8% nel 2001); nelle italiane tale tasso è invece stabile al 19,6% (17,1% nel 2001).

Tabella 4.26

Caratteristiche delle donne che hanno ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza per cittadinanza – Toscana, anni 2001 e 2013 e Italia, anno 2012 – Fonti: ARS su IVG, Ministero della salute, 2014

Caratteristiche delle donne	Italiana			Straniera		
	Toscana 2013	Toscana 2001	Italia 2012	Toscana 2013	Toscana 2001	Italia 2012
Numero di IVG	3.836	6.301	68.734	2.849	1.832	35.388
%	57,4	77,5	66	42,6	22,5	34
Età media (anni)	30,8	29,7	n.d.	30,2	28,3	n.d.
% <18 anni	3,8	3,0	n.d.	1,2	1,0	n.d.
% 35 anni e oltre	37,6	28,9	n.d.	27,9	17,1	n.d.
% 40 anni e oltre	14,6	9,0	n.d.	8,1	3,7	n.d.
% nubili	61,8	50,0	53,6	44,5	47,1	44,5
% scuola media superiore o laurea	64,3	48,2	56,5	37,6	35,7	41,9
% occupate	53,2	54,8	45,9	44,5	41,5	41,2
% figli precedenti	50,8	50,9	55,4	71,9	58,9	70,3
% IVG precedenti	19,6	17,1	20,8	41,6	33,8	37,7

Spesso le donne straniere vivono questa esperienza più di una volta: il 26,1% delle straniere ha avuto una IVG precedente, il 10,2% ne ha avute due ed il 6,1% tre o più. Nelle italiane sono il 15,2% le donne con una precedente IVG, il 3,2% con due e l'1,2% con tre o più. La propensione alle IVG ripetute è più elevata nelle cinesi (53,5%), nigeriane (53,4%), rumene (49,0%) e peruviane (47,8%).

Si osserva una generale tendenza all'aumento del ruolo dei consultori familiari pubblici per il rilascio della certificazione sia tra le italiane che tra le straniere (**Tabella 4.27**). Il ricorso al consultorio, sebbene sia aumentato maggiormente tra le italiane rispetto al 2001, rimane il preferito dalle straniere, che vi ricorrono nel 56,1% dei casi vs il 44,3% delle italiane (54,2% e 33,9% rispettivamente in Italia nel 2011). La certificazione

ne per urgenza viene rilasciata prevalentemente alle italiane (25,6%) rispetto alle straniere (20,9%). Il tempo di attesa tra l'autorizzazione all'IVG e l'effettuazione dell'intervento è generalmente più lungo nelle donne straniere, indicando un problema di accessibilità ai servizi. Il 47,6% delle straniere attende più di 15 giorni rispetto al 30,4% delle italiane. Le straniere, infatti, abortiscono (entro 90 giorni) a settimane gestazionali più avanzate. Come conseguenza della maggiore attesa e probabilmente a causa dell'accesso più tardivo ai servizi, il 18,9% delle IVG

nelle straniere è stato eseguito a 11-12 settimane di età gestazionale rispetto al 12,8% delle italiane, mentre le italiane abortiscono prevalentemente nelle prime 8 settimane (54,4% vs 38,7% delle straniere). Si osservano percentuali più basse di interventi dopo le 12 settimane per le straniere (2,0% vs 3,6%).

La metodica secondo Karman risulta la tecnica più utilizzata sia tra le italiane che tra le straniere. L'IVG farmacologica viene offerta in proporzioni più alte alle italiane rispetto alle straniere (17,3% vs il 7,5% nel 2013).

Tabella 4.27

Modalità di svolgimento dell'interruzione volontaria di gravidanza per cittadinanza – Toscana, anni 2001 e 2013 e Italia, anno 2012 – Fonte: ARS su IVG, Ministero della salute, 2014

		Italiana			Straniera		
		Toscana 2013	Toscana 2001	Italia 2012	Toscana 2013	Toscana 2001	Italia 2012
Luogo di certificazione	Cosultorio familiare pubblico	44,3	32,5	35,8	56,1	50,4	54,5
	Medico di fiducia	35	43,8	28	31,9	26,8	17,6
	Serv. Ost. Ginec. di istituto di cura	19,1	21,4	32,9	11,3	18,6	25,1
	Altra struttura socio-sanitaria	1,5	2,4	3,3	0,8	4,2	2,8
Urgenti	Sì	25,6	22,1	n.d.	20,9	32	n.d.
Tempo di attesa tra il rilascio del documento o certificazione e l'intervento	<15 gg	66	70,5	63,9	52,4	69,6	58,7
	15-21 gg	21,1	19,8	21,7	26,8	20,6	25
	22-28 gg	9,2	7,3	9,8	14	7,9	11,2
	>28 gg	3,7	2,3	4,5	6,9	2	5,1
Età gestazionale	≤8	54,4	52,4	46,6	38,7	36	35,9
	9-10	29,1	34,1	35,6	40,5	42,8	43,2
	11-12	12,8	10,9	12,9	18,9	19,6	18,9
	>12	3,6	2,61	4,9	2	1,61	1,9
Tipo di intervento	Raschiamento	6,3	3,9	12	5,4	3,3	9,9
	Karman	56,7	79,1	60,2	58,1	67,8	60,7
	Isterosuzione	18,3	17	15,5	28,2	28,9	21,6
	IVG farmacologica	17,3	-	12,4	7,5	-	7,8
	Altro	1,3	-	-	0,8	-	-

In Toscana, come in Italia, la popolazione immigrata ricorre in misura minore ai ricoveri ospedalieri e le differenze di genere sono attribuibili al parto e

all'IVG. Le stesse differenze si rilevano a livello nazionale¹¹. Le diverse cause di ricovero di italiani e stranieri, sia nel genere maschile che in quello femmini-

le, sono legate alla diversa struttura per età della popolazione. La popolazione italiana, essendo più anziana, presenta patologie con un periodo di latenza più lungo, mentre la popolazione straniera presenta necessità in linea con quella dei migranti di prima generazione, che si spostano prevalentemente con progetti di lavoro e che fanno parte di un gruppo mediamente più sano.

L'assistenza materno-infantile mostra un netto miglioramento nell'ultimo decennio: sono infatti in aumento le donne che seguono il protocollo regionale dell'assistenza in gravidanza, effettuano un numero di visite ed ecografie adeguate e prediligono come figura di riferimento il consultorio. In generale le donne straniere sembrano seguire il cosiddetto "modello di assistenza dell'ostetrica" (*midwife-led model*), il quale trova il suo fondamento nel concetto che la gravidanza e la nascita sono eventi fisiologici, basati sulla naturale capacità della donna di vivere l'esperienza della nascita, accompagnata dalla quantità minima di eventi necessari. Probabilmente per questo motivo si rileva un minor ricorso alle metodiche di diagnostica prenatale invasiva (amniocentesi o villocentesi), anche stratificando per età. Il minor ricorso al test di screening per la sindrome di Down può essere invece legato all'accesso tardivo ai servizi: il test deve infatti essere eseguito nelle settimane 10-11.

L'analisi ha evidenziato un maggior rischio di ricorrere alle IVG nella popolazione straniera e in particolare in alcune etnie. Nonostante i tassi di abortività continuino ad essere sempre maggiori rispetto a quelli delle italiane, si evidenzia negli anni un calo degli stessi. La maggiore incidenza dell'IVG tra le donne con cittadinanza estera impone una particolare attenzione rispetto all'analisi del fenomeno, in quanto le cittadine

straniere hanno una diversa composizione socio-demografica, che muta nel tempo a seconda del peso delle diverse nazionalità, delle culture di provenienza e dei diversi approcci alla contraccezione e all'IVG nei paesi di origine. A fronte della continua riduzione del ricorso all'aborto tra le donne italiane, riduzione più lenta nelle condizioni di maggiore svantaggio sociale, il costante aumento del numero di IVG ripetute, effettuate da donne straniere, rappresenta una criticità importante. La popolazione straniera, inoltre, inizialmente non rientrava nei criteri di inclusione per l'IVG farmacologica per problemi di comprensione delle istruzioni. Ora è stata prevista la possibilità di accesso a questa metodica attivando i mediatori culturali, ma rimane complesso spiegare che si tratta in definitiva di una procedura che richiede di attendere del tempo, cosa che si adatta di più a donne molto *empowered*. Inoltre, il ritardo nella richiesta dell'IVG e il conseguente intervento ad età gestazionale più avanzata tra le straniere rendono non praticabile l'IVG farmacologica, che deve essere eseguita entro la 7a settimana.

Le percentuali più basse di interventi dopo le 12 settimane osservate per le straniere sono legate al fatto che le interruzioni dopo i 90 giorni riguardano, nella gran parte dei casi, gravidanze interrotte a seguito di diagnosi prenatali sfavorevoli, risultato di indagini diagnostiche alle quali le donne straniere ricorrono di meno. Per di più le gravidanze delle donne straniere avvengono a età più giovani, quindi presentano un rischio più basso di anomalie del feto.

Il maggiore ricorso ai consultori familiari offre la possibilità di portare avanti politiche di prevenzione dell'IVG, con offerta di informazioni anche sull'utilizzo dei contraccettivi: nel 2010 la Regione Toscana, in collaborazione con l'ISS e

l'Università degli studi La Sapienza di Roma, ha coordinato un progetto, finanziato dal Ministero della salute, finalizzato alla prevenzione delle IVG nelle donne straniere. Il progetto, al quale hanno aderito 10 regioni, prevedeva un percorso formativo a cascata per i professionisti coinvolti nella prevenzione dell'IVG e la promozione di proposte organizzative di servizi mirate a favorire l'accesso e il coinvolgimento delle donne (in particolar modo straniere) secondo le indicazioni del Progetto obiettivo materno-infantile¹².

Nel favorire una diffusa e capillare informazione sui metodi contraccettivi è risultato strategico il coinvolgimento della popolazione immigrata anche attraverso le comunità di donne.

Il progetto, citato anche nella relazione annuale sull'applicazione della legge 194 del settembre 2013, ha prodotto risultati incoraggianti: è migliorata la conoscenza da parte delle donne straniere di contraccezione e procreazione responsabile ed è aumentato di circa il 15-20% il numero delle donne che tornano ai consultori per il controllo post-IVG.

NOTE

- 1 Burgio A, Di Giorgio G, Dota F, et al. (2013). *La salute degli immigrati. Rapporto Osservasalute 2013*, pagg. 205-230.
- 2 ISTAT (2014). *Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari, anni 2011-2012*: <http://www.istat.it/it/archivio/110879>
- 3 V. nota n. 2.
- 4 Per PFPM si intendono i paesi dell'America Centrale, dell'America del Sud, dell'Africa, dell'Est Europa e dell'Asia, escluso il Giappone e Israele. Sono inoltre inseriti in questa categoria coloro che si dichiarano apolidi.
- 5 PSA: paesi dell'America del Nord, dell'Europa Occidentale, dell'Oceania, il Giappone e Israele.
- 6 Ministero della salute (2013). *Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita, anno 2010*.
- 7 *European Perinatal Health Report (2013). Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*.
- 8 V. nota n. 6.
- 9 V. nota n. 6.
- 10 Ministero della salute (2014). *Relazione del Ministero della salute sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78). Dato preliminare 2013, dati definitivi 2012. Roma, 15 ottobre 2014*.
- 11 Regione Marche (2009). *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*. Ancona: http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/Prg_5_Immigrati_metodologia.pdf
- 12 *Salute: un diritto per tutti. L'assistenza sanitaria in Italia (pieghevole multilingue)*: http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_5_1.jsp?lingua=italiano&id=203

SALUTE DEI DETENUTI

Secondo quanto pubblicato dall'International Centre for Prison Studies, sono più di 10 milioni le persone attualmente detenute in tutto il mondo, molte delle quali in attesa di giudizio.

In Europa, escludendo la Federazione Russa, i paesi con il più alto tasso di detenuti sono la Bielorussia (335 per 100.000 abitanti) e la Lituania con 329 per 100.000, mentre all'estremo opposto troviamo le regioni del Nord Europa come l'Irlanda (47 per 100.000 abitanti) e la Finlandia (58 per 100.000 abitanti). L'Italia, con un tasso di 106 detenuti per 100.000 abitanti, risulta in linea con il Belgio (108) e la Francia (98).

L'assistenza sanitaria erogata ai cittadini detenuti è garantita prevalentemente dal Ministero di grazia e giustizia o dell'interno. In questo momento sono 7 i paesi europei che hanno trasferito le responsabilità sanitarie al Ministero della salute (Svezia, Norvegia, Francia, Inghilterra e Galles, Spagna e Italia), con una riorganizzazione del sistema per l'assistenza che riconosce ai cittadini detenuti lo stesso diritto alla salute delle persone libere.

L'immagine che scaturisce dai report¹ dell'OMS raffigura i cittadini detenuti come una popolazione molto giovane, affetta prevalentemente da patologie di tipo psichico, infettivo e del cavo orale. Le prime risentono, sicuramente, dell'alto numero di persone che fanno uso di sostanze stupefacenti illegali (1/3 dei detenuti europei)² o di alcol (circa il 25% ne abusa o ne è dipendente prima della detenzione)³, mentre le altre, in molti casi, non ne sono altro che la conseguenza diretta.

In Italia, il processo di modifica della sanità penitenziaria avvenuto nel 2008 sta apportando numerose variazioni in ambito assistenziale. Fra questi, la valutazione puntuale dello stato di salute attraverso l'utilizzo di cartelle cliniche

informatizzate rappresenta sicuramente un importante punto di partenza.

La Toscana è una delle regioni con la più alta concentrazione di istituti penitenziari. Sul territorio toscano, infatti, sono presenti 20 istituti, di cui 2 per minori e 18 per adulti, distribuiti in 11 AUSL. Di questi, 5 sono case di reclusione e 12 case circondariali, di cui una femminile e un ospedale psichiatrico giudiziario (OPG) in fase di superamento.

Il sovraffollamento è un problema reale che caratterizza stabilmente gli istituti penitenziari per adulti, determinando serie condizioni critiche per la popolazione carceraria, con effetti decisivi sulle condizioni di salute e quindi sui bisogni in termini di assistenza sanitaria. Pertanto, il Sistema sanitario regionale non è certamente la causa del fenomeno, ma è direttamente coinvolto e consapevole della dimensione del problema, sul quale si misura costantemente.

Al 31 dicembre 2013 risultano presenti nelle strutture penitenziarie toscane 4.008 detenuti adulti: il dato equivale ad un +21,9% rispetto ad una capienza regolamentare di 3.286 detenuti.

Gli istituti penitenziari per minorenni, uno maschile a Firenze e uno femminile a Pontremoli, non soffrono di particolari problemi di sovraffollamento, ma la presenza di minori impone alle AUSL competenti di dedicare a questi due istituti particolare attenzione, soprattutto attraverso i servizi per le dipendenze e i servizi per la salute mentale infanzia-adolescenza.

L'Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria è l'organismo che definisce il sistema di collaborazione tra Regione Toscana, AUSL, Amministrazione penitenziaria e ARS e costituisce un modello organizzativo di programmazione nell'ambito della sanità penitenziaria basato sulla collaborazione tra gli attori coinvolti e l'organizzazione per gruppi di

lavoro che riportano i loro risultati in sessione plenaria periodica.

Al fine di programmare azioni in linea con i bisogni di salute della popolazione detenuta, l'ARS ha intrapreso fin dal 2009, con cadenza biennale, un'indagine sullo stato di salute della popolazione detenuta.

Attraverso delibere biennali, la Giunta regionale approva le linee di intervento prioritarie in materia di sanità penitenziaria, che per gli anni 2011-2012 (DGR 441/2011) e 2013-2014 (DGR 127/2013) hanno interessato gli elementi e le problematiche più significative, quali: la tutela della salute mentale, la prevenzione del rischio suicidario, l'implementazione dell'assistenza psicologica, la tutela delle fasce deboli quali minori e donne, la formazione professionale, sia per il personale che per i detenuti e l'integrazione tra personale sanitario e penitenziario.

Nelle azioni di miglioramento complessivo del sistema sono stati coinvolti, oltre all'ARS, anche il Laboratorio MeS della Scuola Sant'Anna di Pisa e il Centro gestione rischio clinico (GRC).

Il Laboratorio MeS ha il compito di estendere il sistema di valutazione della performance, già attivato dal 2006 sulle AUSL, alla realtà della sanità penitenziaria.

Il sistema di valutazione consente il confronto tra le varie AUSL – e, ad un maggior livello di dettaglio, tra i vari Istituti penitenziari – rispetto ai risultati raggiunti in termini di efficienza, appropriatezza, qualità, outcome nell'erogazione delle prestazioni sanitarie. Particolare rilievo è dato alla dimensione dell'equità: verificare se ci sono e da cosa dipendono differenze nel godimento del diritto alla salute tra i cittadini liberi e le persone detenute, per poter individuare gli strumenti necessari al superamento di condizioni di disegualianza.

Il percorso di costruzione degli indica-

tori è stato improntato fin dall'inizio a una logica di collaborazione con le AUSL.

Il sistema si sta muovendo anche verso il progressivo passaggio dalla cartella clinica cartacea alla cartella clinica informatizzata. Il processo è già in fase avanzata in alcuni istituti che hanno sperimentato la cartella fin dall'inizio. Grazie alla formazione a tappeto di tutti gli operatori sanitari, la totalità dei presidi sanitari penitenziari sta implementando l'uso di questo strumento. La cartella offre un insieme di vantaggi: netto miglioramento delle prestazioni, rapida possibilità di diagnosi codificate, programmazione di interventi terapeutici e di follow-up, distribuzione della terapia, effettuazione di esami ematici – con relativo ritorno delle risposte direttamente in cartella – programmazione di vaccini, razionale archiviazione delle visite specialistiche, delle risposte degli esami radiologici ecc. A regime, l'informatizzazione del fascicolo clinico negli istituti penitenziari consente di gestire il percorso del paziente detenuto nei suoi spostamenti all'interno delle strutture penitenziarie regionali, con la possibilità di interfacciare i dati con il sistema informatizzato della sanità regionale, integrando le attività interne con quelle richieste alle strutture sanitarie ospedaliere.

Come emerge dall'indagine epidemiologica sullo stato di salute condotta dall'ARS nel 2012, il 37,3% (N=1.243) dei detenuti arruolati soffre di almeno un disturbo psichiatrico, con una netta prevalenza del disturbo legato all'uso di sostanze psicotrope che ne rappresenta il 52,5%. Rimanendo nell'ambito della salute mentale, al secondo posto troviamo i disturbi nevrotici o di adattamento (28,4%) legati, probabilmente, non solo a caratteristiche specifiche dell'individuo, ma anche allo stato di reclusione. A queste fanno seguito le patologie mentali alcol-correlate (11,6%).

Ecco perché grande importanza è stata attribuita all'implementazione dell'assistenza psicologica attraverso progetti finanziati con le deliberazioni della Giunta regionale del 5 dicembre 2011, n. 1094 e del 30 settembre 2013, n. 794 ed elaborati dalle singole AUSL, per rispondere in maniera appropriata ai bisogni propri di ogni istituto.

Valorizzando il rientro dei pazienti sul territorio di provenienza, la Regione Toscana ha avviato dal 2011 il processo di superamento dell'Ospedale psichiatrico giudiziario (OPG), che ha consentito di dimettere 25 internati nel 2012 e altri 31 pazienti nel 2013, attraverso l'attivazione di progetti individuali di dimissibilità presentati dai Dipartimenti di Salute mentale delle AUSL in collaborazione con l'Unità operativa complessa (UOC) Salute in carcere dell'AUSL 11 di Empoli, che ha la responsabilità sanitaria dei pazienti internati in OPG. Pertanto, il primo obiettivo è quello di reinserire sul territorio di provenienza, senza indugio, come prevede la legge 17 febbraio 2012, n. 9, i cittadini toscani dimissibili che saranno seguiti appositamente dai DSM delle AUSL competenti territorialmente.

Inoltre è stata promossa l'attività d'integrazione e valorizzazione delle collaborazioni tra i Dipartimenti di Salute mentale che si occupano di prevenire il disagio psicologico e di favorire il reinserimento sociale dei soggetti autori di reato prosciolti per infermità di mente, con progettazioni specifiche finalizzate alla dimissione degli internati in proroga (progetto "Oltre le mura", decreto dirigenziale del 16 marzo 2012, n. 1187) e con l'attivazione del Sottogruppo tecnico regionale per il superamento dell'OPG costituito con decreto dirigenziale del 26 febbraio 2013, n. 481.

Al 31/12/2013 erano presenti nell'OPG di Montelupo Fiorentino 113 internati, dei

quali 39 residenti in Toscana, 50 internati provenienti dalle regioni Liguria, Sardegna e Umbria, che rientrano nel bacino di competenza dell'OPG di Montelupo Fiorentino e con le quali la Toscana si coordina per sincronizzare le operazioni di reinserimento sul territorio di provenienza, mediante apposito accordo approvato dalla Giunta con deliberazione del 6 maggio 2013, n. 330. Sono presenti in OPG anche internati provenienti da altre regioni (10 pazienti) e da altri paesi (14 pazienti).

Per i pazienti toscani dimissibili continua il percorso di reinserimento sul territorio di provenienza, come disposto dalla l. 9/2012, con la collaborazione dei Dipartimenti di Salute mentale delle AUSL territorialmente competenti che predispongono i progetti individuali e seguono le fasi di dimissione con il coordinamento ed il supporto della UOC Salute in carcere dell'AUSL 11 di Empoli.

I dati a cui facciamo riferimento riguardano la rilevazione 2012, che ha visto il coinvolgimento di 4.172 detenuti adulti censiti alla data indice (21 maggio 2012) presso tutte le strutture detentive della Toscana attive in quella data (17 istituti per adulti perché la Casa circondariale di Arezzo era chiusa). Sono stati sottoposti a controllo medico 3.329 detenuti, con una copertura del 79,8%.

In linea con le altre realtà nazionali e internazionali, la popolazione detenuta in Toscana è composta prevalentemente da uomini, che rappresentano il 96,5% dei presenti di giovane età (età media 38,5 anni). La nazionalità straniera raffigura il 50% di questa popolazione, con una netta prevalenza di cittadini provenienti dal Nord Africa (22,6%) e dall'Est Europa (17,7%). Va ricordato che, fra i cittadini liberi residenti in Toscana al 31.12.2012, la popolazione straniera rappresenta soltanto il 9,7% e le etnie

maggiormente rappresentate sono quella est europea (con il 5,2%) e quella asiatica (con l'1,8%), mentre la popolazione nord africana arriva all'1,0%.

Passando a descrivere lo stato di salute dei cittadini detenuti, solo il 28,3% (N=961) è sano o, se vogliamo, "in assenza di una diagnosi". Fra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di patologie cronic-degenerative c'è il consumo di tabacco: il 71,5% dei detenuti è fumatore (72,1% nei maschi e 58,5% nelle femmine) e consuma, in media, 20 sigarette al giorno. Il dato appare molto preoccupante soprattutto se confrontato con la popolazione libera, dove l'abitudine al fumo, fra i maggiorenni, sembra essersi stabilizzata nel 2012 intorno al

24,5%. Dividendo i detenuti fumatori in due grandi categorie (italiani/stranieri), i valori sono sovrapponibili (50,2% sono i fumatori italiani vs 49,8% degli stranieri). Se il fumo mostra profonde differenze tra popolazione detenuta e libera, il peso corporeo, calcolato secondo i parametri del *Body Mass Index* (BMI), non presenta difformità rispetto alla popolazione libera della stessa fascia di età.

In linea con i dati internazionali, suddividendo le diagnosi in base all'ICD9-CM, emerge chiaramente che il grande gruppo dei disturbi psichici racchiude ben il 41% delle diagnosi, seguito da quello delle malattie dell'apparato digerente (14,4%) e delle malattie infettive e parassitarie (11,1%) (**Tabella 4.28**).

Tabella 4.28

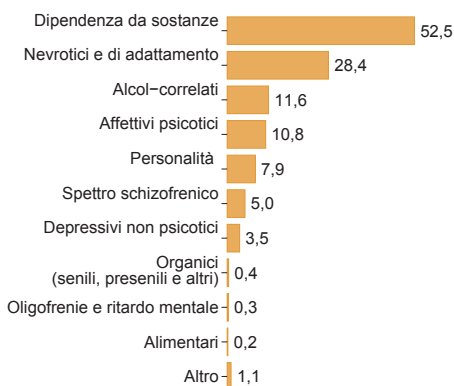
Percentuale dei grandi gruppi di patologie secondo la classificazione ICD9-CM per genere – Toscana, Anno 2012 – Fonte: ARS*

Patologie	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Disturbi psichici	1.304	40,6	60	50,8	1.364	41,0
Malattie dell'apparato digerente	451	14,0	27	22,9	478	14,4
Malattie infettive e parassitarie	350	10,9	21	17,8	371	11,1
Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	293	9,1	14	11,9	307	9,2
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	286	8,9	8	6,8	294	8,8
Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	271	8,4	10	8,5	281	8,4
Malattie del sistema circolatorio	250	7,8	12	10,2	262	7,9
Malattie dell'apparato respiratorio	172	5,4	8	6,8	180	5,4
Traumatismi e avvelenamenti	138	4,3	5	4,2	143	4,3
Malattie del sistema nervoso	117	3,6	5	4,2	122	3,7
Malattie della pelle e del sottocutaneo	68	2,1	1	0,8	69	2,1
Malattie dell'apparato genitourinario	49	1,5	4	3,4	53	1,6
Malformazioni congenite	36	1,1	0	0,0	36	1,1
Tumori	16	0,5	2	1,7	18	0,5
Complicanze della gravidanza, parto e puerperio	0	0,0	11	9,3	11	0,3
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	4	0,1	1	0,8	5	0,2
Totale	3.211	100	118	100	3.229	100

* Le percentuali sono calcolate sul totale della popolazione detenuta: ogni detenuto può essere portatore di più diagnosi.

Come abbiamo visto nel paragrafo riguardante l'assistenza psicologica, il 37,3% (N=1.243) dei detenuti arruolati soffre di almeno un disturbo psichiatrico, con una netta prevalenza del disturbo legato all'uso di sostanze psicotrope, al disturbo nevrotico e al disturbo alcol-correlato. Patologie maggiori, come il disturbo schizofrenico o di personalità, sono state diagnosticate soprattutto in persone attualmente detenute presso l'OPG di Montelupo Fiorentino e coinvolgono, rispettivamente, il 5,0% e il 7,9% dell'intera coorte presa in esame (**Figura 4.44**). L'analisi per etnia vede i nord africani maggiormente affetti dal disturbo da dipendenza da sostanze (34,1% vs 18,1% degli italiani e 14,6% degli est europei) e alcol-correlati (5,9% vs 5,4% degli est europei e 1,6% degli italiani). Mentre, fra i disturbi psicotici, seguendo la teoria del "migrante sano" e della più giovane età di quest'ultimo (età media: 34 anni per gli stranieri vs 43 per gli italiani), gli italiani sono il gruppo più rappresentativo.

Figura 4.44
Percentuale di patologie psichiatriche nella popolazione detenuta – Toscana, anno 2012
– Fonte: ARS



Parlando di disturbi psichici, non possiamo non riportare alcuni dati ri-

guardanti i tentativi suicidari e/o gli atti autolesivi messi in atto. Queste condotte, come sappiamo, sono così diffuse in carcere da esserne quasi divenute una caratteristica strutturale, con migliaia di casi registrati ogni anno in tutte le strutture italiane. In Toscana, secondo quanto rilevato dalla nostra indagine, ben 44 detenuti appartenenti alla popolazione presa in esame hanno tentato il suicidio nei 12 mesi che precedono la rilevazione con una frequenza, sul totale dei detenuti, dell'1,3% (1,9% registrato in Italia). Se questo valore può apparire basso rispetto a quanto osservato in precedenza (1.243 persone soffrono di almeno un disturbo psichico), dobbiamo metterlo in relazione al valore registrato nella popolazione generale dove, pur essendo sottostimato, non raggiunge l'unità. In altre parole, fra i detenuti più di una persona su 100 ha tentato il suicidio nell'ultimo anno, con una frequenza 300 volte maggiore rispetto alla popolazione generale. Relativamente all'autolesionismo, il personale sanitario delle istituzioni detentive, nel corso dell'anno 2012, ha registrato 264 atti di autolesionismo compiuti da 204 detenuti (6,1% della popolazione carceraria), determinando un indice di reiterazione di 1,3.

Ancor più che per il tentato suicidio, il dato riguardante le condotte autolesive rilevate in Toscana si discosta da quello nazionale, dove la frequenza degli atti registrati nel corso del 2012 è del 10,6% sul totale dei detenuti⁴.

Pur con molta cautela, possiamo ipotizzare che l'attuazione, in tutte le strutture toscane, di specifici protocolli d'intervento multidisciplinari di prevenzione abbia prodotto una maggior attenzione da parte di tutto il personale (sanitario e giudiziario) su quelli che possono essere i principali fattori di rischio suicidario e autolesivo, con la conseguente contrazione del numero di eventi.

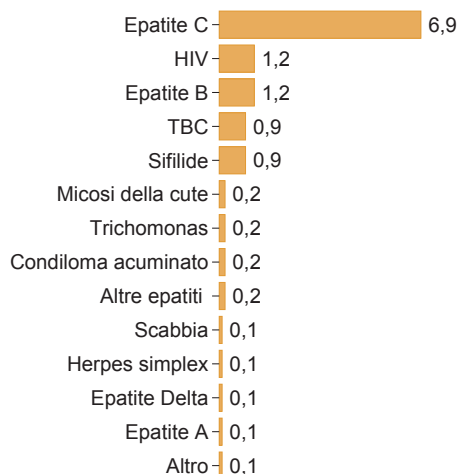
L'altro grande gruppo di patologie che interessa i cittadini detenuti è quello riguardante il tratto gastro-intestinale. Ben il 14,4% (N=525) risulta affetto da un disturbo di questa natura, con un'alta prevalenza di esofagiti, gastriti e ulcere gastro-duodenali ma, in particolare, da patologie dei denti e del cavo orale (che rappresentano oltre il 50%), in gran parte dovute a stili di vita non corretti come, ad esempio, l'uso di sostanze e la scarsa condizione igienica.

Al terzo posto, ma non certo per gravità, troviamo il gruppo delle malattie infettive e parassitarie con l'11,1% dei detenuti coinvolti (N=393). Qui, ancora una volta, si osserva la forte relazione con l'uso di sostanze per via iniettiva che rappresenta una delle maggiori cause di trasmissione del virus epatico C (HCV). Questa, infatti, è la principale patologia infettiva e coinvolge il 6,9% dell'intera coorte presa in esame (quasi il 60% delle persone affette da una malattia infettiva sono HCV-positivi), dato di gran lunga superiore a quanto osservato nella popolazione libera dove, seppur sottostimato, il valore è compreso fra lo 0,1 e il 3,3%⁵. Molto inferiore è la diffusione del virus B (HBV) con l'1,2% dei positivi (**Figura 4.45**).

L'analisi per etnia mostra differenze interessanti, con una netta prevalenza dei detenuti HCV-positivi fra gli italiani (6,8% vs 2,1% degli est europei e 1,6% dei nord africani), così come per l'HIV (0,9% italiani, 0,2% est europei e 0,4% dei nord africani). Il dato s'inverte nell'infezione da HBV, dove gli italiani, risentendo della vaccinazione per il virus epatico B, risultano meno coinvolti. Se l'infezione da HCV è frequentemente legata alla condizione di tossicodipendenza da sostanze iniettive, questo risultato sembra in contrasto con quanto esposto in precedenza a proposito dell'alto coin-

Figura 4.45

Percentuale di patologie infettive nella popolazione detenuta – Toscana, anno 2012 –
Fonte: ARS



volgimento dei nord africani in questo disturbo. Una possibile interpretazione è legata alla maggior adesione, da parte dei cittadini italiani, agli screening virologici previsti all'ingresso in struttura con una conseguente sottostima del fenomeno nella popolazione straniera. Ipotesi, questa, che mette l'accento sulla necessità di rafforzare la presenza di mediatori culturali al fine di programmare adeguati interventi di educazione e promozione della salute.

Altri due agenti patogeni che interessano questa popolazione, sono il bacillo di Koch (infezione tubercolare o TBC) e il *Treponema pallidum* (sifilide).

Anche se il confronto diretto tra carcere e comunità risulta difficile a causa della diversa metodologia utilizzata nella raccolta dei dati, i detenuti hanno tipicamente un'elevata prevalenza di infezione tubercolare⁶. In Toscana, i detenuti affetti da TBC sono 29 (0,9% dell'intera popolazione detenuta), valore nettamente superiore rispetto a quanto riscontrato nella popolazione generale, dove il tas-

so di notifica per l'intero anno 2012 è di 8,3 x 100.000 abitanti, equivalente allo 0,008% (N=305).

Non meno importante il diffondersi dell'infezione da *Treponema pallidum*, dove ben 20 persone sono risultate affette da questa patologia (0,6% sul totale dei detenuti) rispetto al 2,2 x 100.000 (0,002%) registrato in Toscana nella popolazione libera (anno 2012).

Riportiamo, infine, i dati relativi alla diffusione dell'infezione da *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), che coinvolge l'1,2% dei detenuti toscani (valore inferiore a quanto osservato a livello nazionale, dove i detenuti sieropositivi oscillano fra il 7 e il 5%)⁷, molti dei quali già affetti da altre patologie infettive. Nel 2013, il tasso d'incidenza nella popolazione residente è di 6,8 x 100.000 (Tabella 4.29).

Tabella 4.29

Percentuale di patologie infettive nella popolazione detenuta per gruppo etnico e totale – Toscana, anno 2012 – Fonte: ARS

Patologie	Italia	Nord Africa	Est Europa	Altri Paesi	Totale
	%	%	%	%	%
Epatite C	6,8	1,6	2,1	1,0	4,8
Epatite B	0,6	0,7	2,2	1,3	0,8
HIV	1,0	0,4	0,2	1,7	0,8
TBC	0,1	1,2	1,5	1,7	0,6
Sifilide	0,2	0,6	0,7	1,7	0,4
Altre epatiti	0,1	0,3	0,2	0,0	0,1
Infezione da <i>Trichomonas</i>	0,1	0,0	0,6	0,0	0,1
Condiloma acuminato	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1
Micosi della cute	0,0	0,2	0,0	1,0	0,1
Epatite A	0,0	0,1	0,2	0,3	0,1
Scabbia	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1
Epatite Delta	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Infezioni da Herpes simplex	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0
Altro	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
Totale	N=265	N=58	N=42	N=26	N=391

Trattandosi di una popolazione giovane (ricordiamo che l'età media è di 38 anni), gran parte delle patologie internistiche, come ad esempio quelle cardio-circolatorie o che coinvolgono l'apparato respiratorio, largamente diffuse fra la popolazione libera dove l'età media risulta più elevata (45,3 anni), ricoprono un ruolo inferiore in quella detenuta.

Se però consideriamo che gran parte di queste patologie risentono forte-

mente di fattori come il consumo di tabacco o alcol, è ragionevole aspettarsi che in futuro queste persone andranno a costituire una popolazione "anziana" malata.

L'importanza di conoscere e monitorare lo stato di salute della popolazione detenuta non necessita spiegazioni.

Trattandosi di comunità ad alto rischio, si conferma la necessità di sviluppare programmi operativi in grado di

ridurre la probabilità, per queste persone, di sviluppare, o aggravare, disturbi di natura psichica e/o organica. Le misure

messe in atto avranno una forte ricaduta non solo su questa popolazione, ma sulla comunità in generale.

NOTE

- 1 WHO Regional Office for Europe (2014). *Prisons in Health*.
- 2 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2012). *Prisons and drugs in Europe: the problem and responses*.
- 3 WHO Regional Office for Europe (2013). *Alcohol problems in the criminal justice system: an opportunity for intervention*.
- 4 Dipartimento Amministrazione penitenziaria (2012). *Relazione sulla amministrazione della Giustizia nell'anno 2012*.
- 5 Blachier M, Leleu H, Peck-Radosavljevic M, et al. (2013). *The burden of liver disease in Europe: A review of available epidemiological data*, *Journal of hepatology*; 58: 593-60.
- 6 WHO Regional Office for Europe (2014). *Prisons in Health*.
- 7 Babudieri S, Longo B, Sarmati L, et al. (2005). *Correlates of HIV, HBV, and HCV infections in a prison inmate population: results from a multicentre study in Italy*. *J Med Virol*; 76: 311-17.