

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* Più di una unità alcolica/die.

^o Meno di 3-4 porzioni/die.

[^] Il cutoff statistico utilizzato è il 25° percentile della distribuzione dello studio.

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

Fonte: PASSI d'Argento, ISS – 2010.

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

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

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

Infine, la partecipazione a iniziative cultu-

rali o di formazione rimane molto bassa a prescindere dal genere e dalla fascia d'età.

Il terzo e ultimo pilastro dell'azione per un invecchiamento attivo riguarda la sicurezza. La *Tabella 4.9* riassume alcuni indicatori che possono fornire un'idea incompleta ma stimolante delle condizioni di sicurezza in cui versano gli ultrasessantatrenni.

La sicurezza è spiegata da variabili molto diverse fra loro. La conoscenza delle misure necessarie a proteggersi dalle ondate di calore e la consapevolezza della necessità della vaccinazione antinfluenzale annuale esprimono una forma di *empowerment*: senza importanti differenze di genere e con lievi differenze nelle due fasce d'età, poco più di 1 persona su 3 ha le competenze per difendersi dal calore, mentre 8-9 su 10 sono consapevoli dell'importanza della vaccinazione.

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

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

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

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

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

Fonte: PASSI d'Argento, ISS - 2010.

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

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

* Limitatamente a coloro che ne assumono.

Fonte: PASSI d'Argento, ISS – 2010.

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

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

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

4.3.3. Indicazioni per la programmazione

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

In particolare, è opportuno che si preveda:

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

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

Bibliografia essenziale

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

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

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

Istat. La vita quotidiana nel 2009. 15 marzo 2011

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

4.4. Salute degli immigrati

4.4.1. Introduzione

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

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

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

4.4.2. Esposizione e valutazione critica dei dati

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4.3. Salute della donna e del bambino immigrati

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

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

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

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

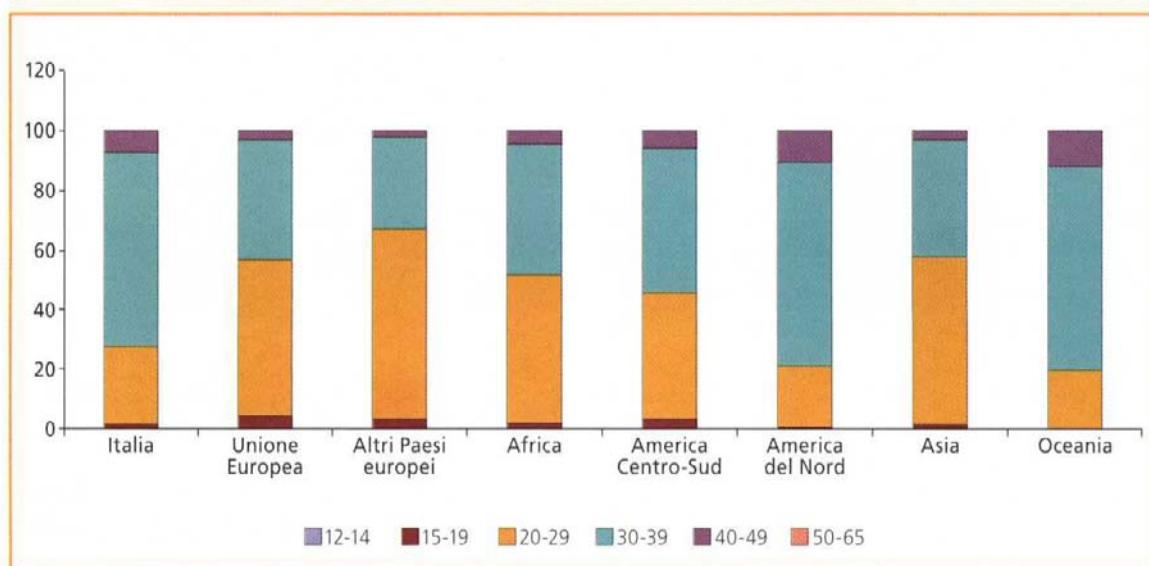
2007, il 40,7% ha una scolarità medio-alta, il 36,6% medio-bassa e il 22,7% ha conseguito la laurea. Fra le straniere prevale, invece, una scolarità medio-bassa (52,4) [Figura 4.4].

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

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

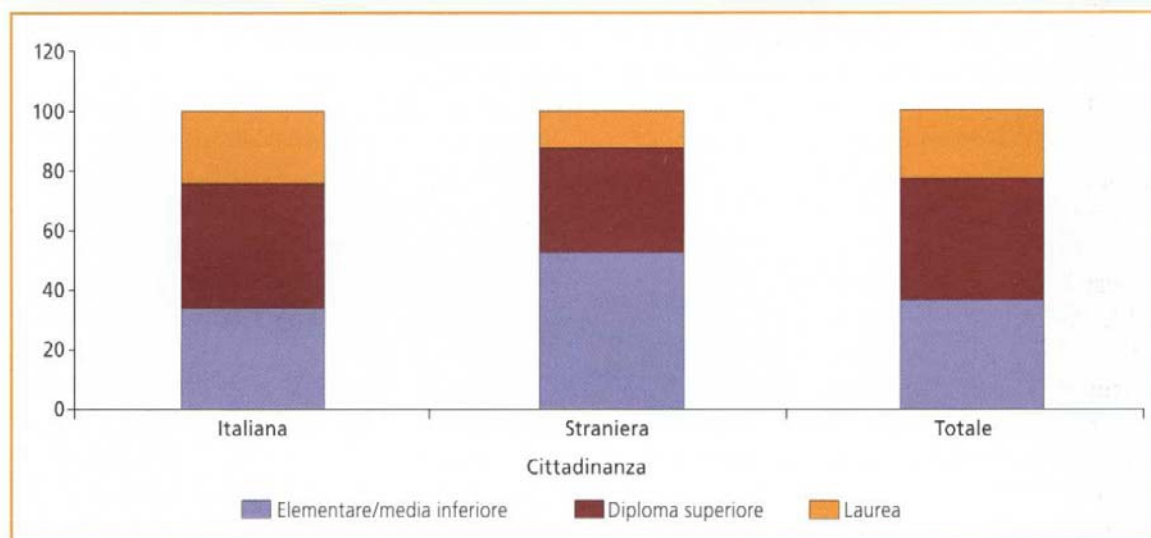
Per quanto riguarda l'incremento della natalità in Italia, si conferma una tendenza all'aumento nel lungo periodo. Tale tendenza è da mettere in relazione in parte con la maggiore presenza straniera regolare. Negli ultimi 10 anni, infatti, l'incidenza delle nascite di bambini stranieri sul totale dei

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



Fonte: Rapporto CeDap anno 2007, Ministero della Salute.

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

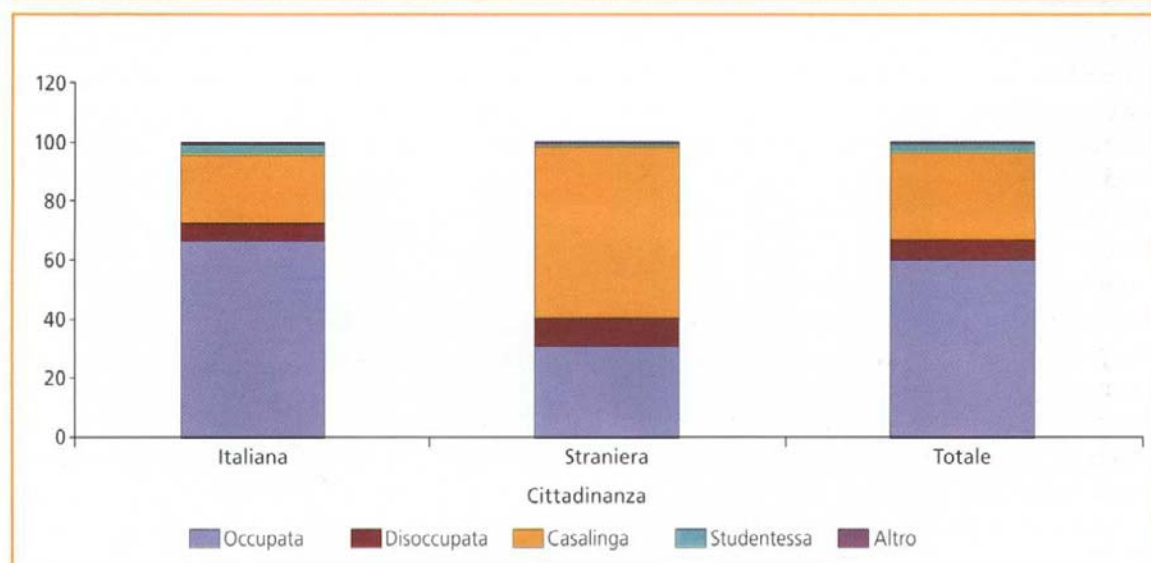


Fonte: Rapporto CeDAp anno 2007, Ministero della Salute.

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

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

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



Fonte: Rapporto CeDAp anno 2007, Ministero della Salute.

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

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

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

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

4.4.4. Indicazioni per la programmazione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

anche attraverso il coinvolgimento delle comunità di donne immigrate.

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

Bibliografia essenziale

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

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

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

Ministero della Salute. Rapporto CeDAP 2007, giugno 2010

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

5

Sicurezza alimentare

5.1. Stato sanitario degli animali da reddito

5.1.1. Introduzione

L'attuale politica sanitaria nel campo della gestione delle principali malattie infettive e diffusive degli animali domestici si è progressivamente focalizzata sull'attività di prevenzione, anziché su quella di eradicazione. Il sistema di prevenzione, infatti, risulta oggi essere una priorità per la stessa Unione Europea (UE), tant'è vero che l'attuale normativa comunitaria riferita alle principali malattie epidemiche degli animali domestici prevede, per ognuna di esse, la programmazione di specifici piani di emergenza. La densità degli insediamenti zootecnici rappresenta un elemento di alto rischio epidemiologico cui va aggiunto il mutato quadro relativo agli scambi di animali e prodotti tra Paesi che, mediante la realizzazione di mercati comuni privi di barriere commerciali o sanitarie, innalza ulteriormente il livello di rischio connesso all'introduzione di malattie infettive conosciute o emergenti. Le epidemie in Europa (periodo 1997-2005 peste suina classica, afta epizootica, influenza aviaria, encefalopatia spongiforme bovina) hanno comportato una spesa complessiva europea pari a 1000 milioni di euro. Questi fatti hanno messo in evidenza i notevoli costi, di natura economica e sociale, correlati all'attuazione della sola politica di eradicazione basata sull'abbattimento e distruzione degli animali infetti o sospetti di infezione. Inoltre, tramite un'analisi approfondita degli accadimenti, è emersa la consapevolezza che una rapida e tempestiva decisione avrebbe consentito, senza alcun dubbio, di arrestare le epidemie nella loro fase inizia-

le. Le epidemie hanno evidenziato la scarsa cultura della prevenzione e la carenza delle Autorità competenti a programmare, con rapidità, strategie volte a prevenire la diffusione delle malattie al momento della loro comparsa nei propri territori. Ci si è accorti, inoltre, della scarsa conoscenza da parte delle stesse Autorità dei dati sulle rispettive realtà produttive zootecniche e della difficoltà decisionale. Sulla base di questi dati è chiaro che la politica di prevenzione rispetto a quella di eradicazione non può più essere messa in discussione, anche in forza degli innegabili vantaggi in termini economici, di benessere animale e sociale. Raccogliere tutte le informazioni del sistema produttivo zootecnico, in fase non epidemica, è indispensabile per immaginare diversi scenari epidemici nei confronti dei quali adottare specifiche misure di intervento corredate di diversi livelli organizzativi e decisionali. Questa attività è di fondamentale importanza poiché consente di stabilire, già in tempo di pace, la tipologia ed entità di decisioni che dovranno essere assunte in funzione delle situazioni prefigurate, consentendo una netta riduzione dei tempi decisionali nella fase di emergenza vera e propria, a favore di un rapido intervento risolutivo. Anche attraverso la costituzione di un'Unità di Crisi Centrale, organo inserito negli specifici piani di emergenza per ogni malattia infettiva animale, in un'ottica di armonizzazione, si è inteso garantire l'assunzione rapida di decisioni volte a evitare la diffusione di malattie sul territorio, evitando la sovrapposizione di interventi assunti da diverse Autorità che, di fatto, potrebbero rendere infruttuosa l'attività svol-

ta. Il principio di assicurare la tutela della salute degli animali, nonché il coordinamento e l'uniforme applicazione, sull'intero territorio nazionale, degli interventi, delle attività e delle misure inerenti alla sanità animale, anche per le finalità di profilassi internazionale, nel rispetto degli obblighi posti dalla normativa comunitaria e del Codice zoosanitario internazionale della *World Organisation for Animal Health* (OIE), rappresenta il principale obiettivo del sistema veterinario pubblico. Altro obiettivo prioritario è il corretto e puntuale rispetto degli obblighi informativi in merito ai dati epidemiologici provenienti dal territorio. La comparsa o la presenza di talune malattie contagiose degli animali, in grado di diffondersi sul territorio comunitario, deve essere prontamente registrata e comunicata alle Autorità veterinarie competenti, al fine di garantire una tempestiva applicazione delle misure di controllo previste dalla regolamentazione comunitaria. La notifica e la trasmissione immediata delle informazioni relative all'insorgenza di malattie animali nell'UE sono essenziali per porre in atto efficaci misure di controllo e di contrasto, che si basano, tra l'altro, sulla regolamentazione delle movimentazioni e degli scambi di animali vivi e di prodotti animali. Nell'ambito degli obblighi internazionali sottoscritti dallo Stato italiano, il Dipartimento per la sanità pubblica veterinaria, la nutrizione e la sicurezza alimentare (in seguito indicato come "Dipartimento SPV") del Ministero della Salute deve fornire regolarmente i dati concernenti la notifica dei focolai di malattie animali e quelli delle attività poste in atto per la loro sorveglianza e controllo sia alla Commissione Europea, sia all'OIE. Tali obblighi sono complessivamente definiti come "debito formativo", al quale lo Stato italiano deve assolvere secondo tempi e modalità definite dalla normativa vigente. Il suddetto "debito informativo" può essere suddiviso in tre principali tipologie di flussi di informazioni relative alla:

- notifica alla Commissione Europea e all'OIE dei focolai di malattie animali;
- notifica all'EFSA (*European Food Safety*

Authority) dei dati facenti parte della relazione sulle tendenze e le fonti delle zoonosi, degli agenti zoonotici e della resistenza agli antimicrobici;

- notifica alla Commissione Europea dei programmi di eradicazione e di controllo delle malattie animali cofinanziati dalla Comunità.

L'approccio integrato utilizzato per alcune patologie di carattere emergenziale, per esempio pandemia influenzale da virus H1N1, ha garantito, e garantisce, un costante e puntuale monitoraggio del territorio e fornisce, in tempo reale, una fotografia del territorio utile per intervenire in maniera precisa e veloce. L'emanazione di specifici provvedimenti legislativi (ordinanze contingibili e urgenti, Linee guida, programmi straordinari di sorveglianza e piani di vaccinazione di emergenza), il coordinamento e interfaccia con l'UE, Regioni e Province Autonome (PA), Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS) competenti per territorio, Centri di Referenza Nazionali, altre Amministrazioni, nonché "portatori di interessi" quali le Associazioni di categoria, nonché l'adozione delle funzioni di indirizzo e di verifica ispettiva rappresentano alcuni dei pilastri del Dipartimento SPV, attività espletate anche attraverso il Centro di lotta alle malattie animali, istituito presso la Direzione Generale della sanità animale e del farmaco veterinario. In conformità a quanto dettato dalla nuova politica comunitaria in sanità animale, ossia l'efficace analisi del rischio, l'equilibrio dei costi e delle responsabilità anche per evitare distorsioni della concorrenza, la compatibilità con i requisiti dell'UE e la flessibilità di applicazione delle norme, alla luce dei traguardi raggiunti e di quelli da raggiungere, il sistema veterinario pubblico italiano può considerarsi assolutamente adeguato e forte.

5.1.2. Blue tongue

La Blue tongue è una malattia infettiva trasmessa da insetti vettori e che colpisce tutti i ruminanti, particolarmente gli ovini, provocata da un virus i cui sierotipi sono 24.

Per quanto concerne la situazione epidemiologica nei confronti dei sierotipi circolanti in Italia dal 2001 a oggi (sierotipi 1, 2, 4, 8, 9, 16), nell'ultimo biennio è stato registrato un numero limitato di casi (sieroconversioni) negli animali sentinella.

Viceversa, nel Nord Italia, a seguito dell'introduzione di animali sensibili da Paesi membri interessati dalla malattia, sono state segnalate alcune positività per BTV8 e BTV1 (Piemonte e Liguria) che hanno determinato l'avvio di una massiccia campagna di vaccinazione.

Appare utile segnalare che la situazione epidemiologica nazionale è da anni costantemente monitorata attraverso il Sistema di sorveglianza, che prevede il controllo periodico delle aziende sentinella e delle trappole per i vettori. Attraverso tali attività è possibile verificare la presenza dei diversi sierotipi, nonché l'introduzione di sierotipi nuovi sul territorio non soltanto in occasione delle movimentazioni animali, ma anche in conseguenza dei cambiamenti climatici. La malattia, infatti, essendo trasmessa da vettori, è condizionata da fattori ambientali e climatici atti a garantire il ciclo biologico dei culicoidi.

Le principali questioni evidenziate hanno riguardato la movimentazione degli animali sensibili dalle zone di restrizione verso le zone libere del territorio nazionale, con particolare riferimento ai vitelli, inviati per l'ingrasso.

È in continua revisione la normativa comunitaria affinché si possa ottenere un'armonizzazione della movimentazione degli animali sensibili, allo stato non uniforme sul territorio comunitario. Tale evoluzione normativa sembrerebbe privilegiare, di fatto, gli aspetti commerciali rispetto all'aumento del rischio di diffusione della malattia, anche se la proposta di modifica della Direttiva 2000/75/CE dà la possibilità di vaccinare anche nelle zone di sorveglianza, quindi indenni, di fatto vietata dalla Direttiva CE 2000/75. Il ricorso alla cosiddetta "vaccinazione preventiva", vale a dire al di fuori delle zone sottoposte a restrizione per Blue tongue, è un'alternativa da sempre richiesta dall'Italia, poiché ritenuta strumen-

to utile a limitare la diffusione del virus, soprattutto in caso di focolaio, così come nei territori nei quali sussiste un obiettivo e concreto rischio di introduzione del virus, o per elevata vocazione zootecnica e per ingenti quantità di capi importati, o in ordine a motivazioni di carattere più strettamente epidemiologico, per collocazione geografica (bacino del Mediterraneo).

Unico aspetto limitante è l'utilizzo di vaccini vivi attenuati, il cui uso comporta la creazione di una zona di restrizione, alla stregua di quanto attuato in caso di focolaio, e limitatamente nel periodo nel quale non circolano gli insetti vettori.

È in atto una profonda revisione della strategia di gestione di questa malattia, in applicazione dal 2011.

5.1.3. Peste suina africana

La peste suina africana è comparsa numerosi anni fa in Sardegna e, nonostante siano state adottate in questo trentennio tutte le misure di carattere sanitario tendenti al raggiungimento dell'eradicazione, rappresenta ancora oggi un problema sanitario irrisolto.

Sin dagli anni Ottanta la Regione Sardegna, di concerto con il Ministero della Salute e la Commissione Europea, ha elaborato il Piano annuale di Eradicazione, che dispone il controllo sierologico periodico della popolazione suina allevata, presso gli impianti di macellazione, nell'ambito delle numerose macellazioni familiari, oltre che nel corso della stagione venatoria.

Negli anni Novanta, nonostante la persistenza di problematiche di carattere sociale ed economico, grazie a diverse campagne di informazione e sensibilizzazione, al progressivo ripristino dello stato di legalità degli allevamenti bradi e semibradi, alla registrazione degli allevamenti e identificazione dei suini, si è assistito a una notevole riduzione del numero di focolai, fino ai due drammatici picchi di infezione nel 2004 e 2005, che hanno messo in discussione molte delle strategie di controllo sino ad allora applicate, oltre che molte delle convinzioni

accumulate attraverso le esperienze degli anni passati.

Il Ministero e la Commissione Europea hanno supportato e finanziato Piani per la lotta e l'eradicazione della peste, senza tuttavia riuscire a eliminare la presenza della malattia sul territorio per motivi non ascrivibili alle misure sanitarie intraprese. Purtroppo la costante presenza di focolai di peste suina africana in Sardegna rappresenta un indiscutibile fattore limitante nell'esportazione delle carni suine dall'Italia verso Paesi che non riconoscono il principio di regionalizzazione, ritenendo l'Italia "Paese infetto da peste suina africana" nella sua totalità.

La presenza di questa malattia comporta l'impossibilità di movimentazione dal territorio regionale di animali della specie suina e di alcuni prodotti da essa derivati, determinando conseguenze economiche e commerciali che si ripercuotono pesantemente sia sulla Regione stessa, sia sul restante territorio nazionale.

Considerato, comunque, che l'obiettivo resta l'eradicazione della malattia, è prioritaria la verifica della corretta e puntuale applicazione del programma di eradicazione e sorveglianza con la finalità di rimodulare le varie zone ad alto rischio all'interno del territorio della sola Provincia di Nuoro e di intervenire nei confronti dei diversi "usi e consuetudini" che ne impediscono la sua scomparsa.

Nel biennio 2009-2010 si è verificata una brusca recrudescenza della malattia, con il riscontro di 11 focolai di malattia in un intervallo temporale di circa tre mesi, la maggior parte dei quali in Comuni esterni alla Zona ad Alto Rischio. La situazione dei focolai in Regione Sardegna sta facendo registrare un'evoluzione non positiva e si sta assistendo a un incremento degli stessi con l'estensione anche delle aree interessate.

Tale circostanza ha riproposto in tutta la sua evidenza i dubbi e le perplessità esistenti in merito alla gestione della malattia, rimarcando la necessità di revisione delle modalità di approccio alla stessa e delle soluzioni fino a oggi proposte.

Nel 2011 le attività previste dal piano di

eradicazione prevedono l'intensificazione dei controlli relativi all'anagrafe del comparto suinicolo, il perfezionamento dei controlli in occasione delle macellazioni familiari e nell'ambito della ristorazione pubblica, la conferma e il perfezionamento di tutte le misure sanitarie a tutela dell'esportazione di prodotti suini ai sensi della vigente normativa comunitaria.

5.1.4. Malattia vescicolare del suino

La malattia vescicolare del suino è una malattia infettiva contagiosa presente sul territorio italiano da molti anni. È stata eradicata nella maggior parte delle Regioni italiane, persistendo solo in due Regioni dell'Italia Centro-Meridionale (Campania e Calabria), nelle quali non è stato raggiunto l'obiettivo dell'eradicazione, e che pertanto vengono considerate non accreditate per tale malattia, così come specificato nella Decisione 2005/779/CE e successive modifiche.

A tale proposito, l'Italia annualmente presenta alla Commissione Europea un programma di eradicazione e controllo della malattia per l'approvazione tecnica e finanziaria. Il programma relativo al 2010 è stato approvato dalla Commissione Europea e prevede, analogamente alle altre malattie, il cofinanziamento delle attività diagnostiche relative ai controlli di laboratorio.

I programmi per lo scorso biennio 2009-2010 hanno, inoltre, rispetto ai precedenti, introdotto un'intensificazione delle attività di sorveglianza e di vigilanza presso le aziende suinicole a prescindere dall'indirizzo produttivo. In particolare, è stato previsto un rafforzamento dei controlli negli allevamenti da ingrasso e delle stalle di sosta, considerate punto critico ai fini della trasmissione dell'infezione.

Le misure di contenimento adottate dall'Italia sono ritenute necessarie, oltre che dalla Commissione Europea, anche dai Paesi terzi ai fini dell'esportazione di prodotti di origine suina con brevi tempi di stagionatura. L'ultima ispezione effettuata dalle Autorità statunitensi nel dicembre 2010 ha avuto

un ottimo risultato, anche in forza delle misure suppletive messe in atto dall'Italia.

Per quanto concerne la situazione epidemiologica, l'intensificazione delle attività di sorveglianza e di vigilanza messe in atto durante l'ultimo biennio ha prodotto una sostanziale diminuzione del numero di focolai registrati sul territorio nazionale. Rispetto al 2008, anno in cui si sono verificati ben 65 focolai, nel corso del 2009 sono stati 18 i focolai registrati, di cui 14 in Regioni ancora non accreditate come la Calabria (12) e la Campania (2), mentre i restanti 4 focolai hanno coinvolto Regioni "indenni" come la Sicilia (1), il Lazio (2) e l'Umbria (1). Il 2010 ha confermato questo trend "positivo", registrando solo 4 focolai, di cui 2 in Campania e 1 nelle Regioni accreditate Sicilia (provincia di Catania) e Lazio (provincia di Latina), riguardando solo allevamenti con una popolazione suinicola inferiore ai 30 capi, mentre continua la presenza di focolai nella Regione Campania, soprattutto in allevamenti da autoconsumo.

Sebbene i dati epidemiologici dell'ultimo biennio siano incoraggianti, permangono allo stato attuale aspetti e procedure potenzialmente a rischio quali:

- esistenza di allevamenti ad alto turnover (stalle di sosta e ingrassi intermedi) che richiedono un incremento delle attività di sorveglianza attiva, soprattutto in considerazione del ruolo cruciale che queste aziende svolgono nella diffusione della malattia;
- scarsa applicazione delle norme di biosicurezza.
- completamento dell'anagrafe suina e migliore registrazione degli spostamenti animali;
- eccessiva lunghezza del periodo di rischio inteso come il periodo intercorrente tra il verificarsi dell'infezione e il suo rilevamento;
- differenze che ancora esistono tra le Regioni, in particolare riguardo la velocità con la quale vengono gestiti i casi sospetti, con evidenti ritardi in quelle in cui l'allevamento suino riveste minore importanza.

L'eradicazione della malattia dall'intero territorio nazionale e la revoca delle misure sanitarie in atto per le Regioni ancora non accreditate non possono prescindere, pertanto, dall'efficace risoluzione di queste criticità e da una puntuale e corretta applicazione del programma di eradicazione e sorveglianza previsto per questa malattia.

5.1.5. Influenza aviaria

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

Dalle attività di sorveglianza dell'ultimo biennio (2009 e 2010) sono state riscontrate singole positività per ceppi virali influenzali appartenenti a vari sottotipi a bassa patogenicità.

Nel corso del 2010 sono state testate 9.170 aziende con indirizzo produttivo differenziato tra pollame domestico, rurale e industriale, i cui esiti hanno evidenziato 12 positività: 9 per virus LPAI sottotipo H7 e 3 per virus LPAI sottotipo H5.

Per quanto riguarda la sorveglianza sui selvatici, nel 2010 sono stati sottoposti a campionamento 2.417 volatili selvatici, per un totale di 3.837 esami diagnostici che hanno contribuito all'analisi epidemiologica del territorio italiano.

In alcuni casi le analisi delle sequenze genomiche dei virus isolati hanno permesso di identificare una relazione diretta tra focolai che hanno interessato prevalentemente il settore rurale.

In forza della propria tipologia, il settore rurale svolge un ruolo epidemiologico rilevante nell'incursione di virus influenzale nel settore industriale sia in funzione del rischio derivante da eventuali correlazioni epidemiologiche tra il serbatoio naturale dei virus influenzali e gli allevamenti industriali, sia per la movimentazione nel cir-

cuito rurale extraregionale di potenziali volatili infetti, di materiali contaminati, di attrezzature, di veicoli e di personale.

Per tali motivi è stato costituito un gruppo di lavoro con le Regioni (Lombardia, Emilia Romagna e Veneto) e il Centro di Riferenza Nazionale per l'influenza aviaria presso l'IZS delle Venezie, che ha elaborato un provvedimento comprendente nuove misure di sorveglianza e prevenzione specifiche per il settore rurale, poi emanate con il DM 25 giugno 2010.

Parallelamente a tali episodi, nel corso del 2009 in Messico e negli Stati Uniti sono stati segnalati i primi casi umani di influenza causati dal nuovo virus di tipo A, sottotipo H1N1v; molto rapidamente, casi umani di infezione da tale virus sono stati notificati in tutto il mondo. In seguito a tale comparsa, le organizzazioni internazionali (OMS, OIE, FAO) hanno iniziato un processo di valutazione del rischio relativo alla possibile diffusione del virus in un serbatoio animale.

La Direzione Generale della sanità animale e farmaco veterinario ha tempestivamente raccomandato ai servizi veterinari delle Regioni e PA di intensificare le attività di monitoraggio sugli allevamenti suini e avicoli (parallelamente al piano per l'influenza aviaria) al fine di individuare precocemente l'eventuale incursione virale in questi allevamenti.

I dati finora in possesso non identificano gli animali come responsabili nel mantenimento e nella diffusione del virus H1N1v, ceppo pandemico che al momento rimane principalmente un problema di sanità pubblica nell'uomo.

A tale riguardo, nel corso del 2010 sono state comunque osservate positività causate da virus A(H1N1)v in allevamenti di suini o tacchini in Canada, Argentina, Irlanda del Nord, Giappone, Norvegia, Singapore, Australia e la stessa Italia, tuttavia risulta verosimile, data l'ampia diffusione nella popolazione umana, che tale virus sia stato trasmesso dal personale di allevamento agli animali e non viceversa.

Nel 2010, secondo quanto raccomandato dalle stesse organizzazioni internazionali e dalla Commissione Europea, anche in Italia sono stati innalzati i livelli di biosicu-

rezza nelle aziende avicole e suinicole, al fine di limitare al minimo il rischio di trasmissione del virus pandemico A/H1N1v dall'uomo alle specie animali sensibili.

È inoltre importante sottolineare che l'influenza aviaria non è una zoonosi a trasmissione alimentare, così come il virus pandemico non può essere trasmesso all'uomo con l'assunzione di carne o prodotti a base di carne.

Nel corso del 2010 si è concluso l'iter di recepimento della direttiva 2005/94/CE attraverso il D.Lgs. 9 del 25 gennaio 2010, recante "Attuazione della Direttiva 2005/94/CE relativa a misure comunitarie di lotta contro l'influenza aviaria e che abroga la Direttiva 92/40/CEE" pubblicato sulla GU n. 34 dell'11 febbraio 2010 - Suppl. Ordinario n. 27. È stata altresì prorogata la deroga al divieto dell'utilizzo degli ordini dei Caradriformi e Anseriformi nell'attività venatoria, misura già adottata nel 2008, attraverso un'Ordinanza ministeriale del 5 agosto 2010.

5.1.6. Scrapie

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

La presenza di questa malattia sul territorio europeo è nota da tempo, ma solo nell'ultimo decennio ha assunto maggiore importanza perché appartenente al gruppo delle encefalopatie spongiformi trasmissibili, di cui fa parte anche la BSE (*bovine spongiform encephalopathy*).

In particolare, era stato ipotizzato che la BSE potesse essere passata alla specie ovicaprina con conseguenti rischi per l'uomo. Proprio per affrontare questa problematica l'UE ha lanciato, nel 2001, un pacchetto di misure che prevedevano, tra l'altro, un controllo sui greggi per verificare anche il rischio BSE.

Le misure di controllo per tale malattia si possono sintetizzare nelle attività di sorveglianza ed eradicazione che prevedono la progressiva eliminazione, mediante abbattimento e distruzione, dei capi sensibili nei greggi.