

Contesto socio-demografico

La popolazione che risiede in un determinato territorio, in questo caso nelle province metropolitane, con le sue caratteristiche demografiche ed epidemiologiche ed i suoi comportamenti costituisce il fulcro fondamentale su cui ruotano la domanda e l'offerta di salute. Infatti, la diversità delle patologie che interessano le varie fasce di età della popolazione, implica la necessità di adattare l'offerta sanitaria alla domanda di assistenza che ne deriva.

Nel presente capitolo sono stati analizzati alcuni indicatori demografici relativi alla struttura per età e sesso della popolazione, con riferimento a tutta la popolazione anziana (65 anni ed oltre) che è quella più esposta al rischio di malattie gravi ed invalidanti ed alla presenza di stranieri che, negli ultimi anni, è notevolmente aumentata. È stata, inoltre, dedicata una sezione al genere femminile, per valutare i comportamenti rispetto alla fecondità e all'abortività.

La popolazione italiana si attesta, nel 2007, sui 60 milioni. Le province più popolate sono Roma, Milano e Napoli. Una caratteristica del nostro Paese è la forte tendenza all'invecchiamento. La provincia in cui si registra una maggiore presenza di anziani, sia rispetto alla popolazione nella sua totalità che ai giovani (0-14 anni), è Trieste. Napoli, invece, è la provincia in cui tale percentuale è minore.

Relativamente alla presenza straniera si è registrato, negli ultimi anni, un notevole aumento. Nel 2006 la popolazione straniera residente è di oltre 2 milioni e 600 mila abitanti. Si evidenziano, però, delle differenze territoriali. I poli di maggiore attrazione sono Milano e Roma (popolazione superiore ai 200 mila residenti), mentre più contenuta è la loro presenza nelle province del Sud (popolazione al di sotto dei 20 mila residenti).

A fronte di un crescente invecchiamento della popolazione, si registra un Tasso di Fecondità Totale, seppur in lieve crescita, ancora non sufficiente per un ricambio generazionale (2 figli per donna). Il valore più elevato (circa 1,5 figli per donna) si osserva in due province del Sud (Napoli e Palermo).

In crescita anche l'età media delle madri al parto (31,1 anni); Napoli e alcune province del Centro-Nord riportano il valore minore e maggiore (rispettivamente, 29,6 e 32,3 anni).

Infine, l'Italia è caratterizzata da un aumento del ricorso all'Interruzione Volontaria di Gravidanza ed il valore maggiore si osserva nelle donne di 20-29 anni e in una provincia del Nord (Genova). Per quanto riguarda il rapporto di abortività spontanea, ci spostiamo al Centro. Infatti, è Roma la provincia in cui si registra il valore maggiore (170,19 per 1.000 nati vivi).

Struttura demografica della popolazione

Significato. Per la programmazione dei servizi socio-sanitari sul territorio è fondamentale conoscere la struttura demografica della popolazione. In questo modo è possibile valutare la domanda e adeguare la relativa offerta locale rispetto alle difformità demografiche. Come tutti i fenomeni demografici, la composizione della popolazione è strettamente dipendente dall'età. Con particolare attenzione va, infatti, monitorata

la dimensione e la dinamica della popolazione anziana (65 anni ed oltre). Il rischio di malattie gravi ed invalidanti ed il rischio di morire, ovviamente, crescono all'aumentare dell'età; questo vuol dire che le persone di 75 anni hanno un maggior rischio rispetto a quelle di 65 anni. Per questo motivo, in genere, si procede alla stratificazione in due fasce di età (65-74 "anziani" e 75 anni ed oltre "molto anziani").

Popolazione media residente

Percentuale di popolazione media "anziana"

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Popolazione media di 65-74 anni}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 100$$

Percentuale di popolazione media "molto anziana"

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Popolazione media di 75 anni ed oltre}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 100$$

Validità e limiti. I dati si riferiscono alla popolazione media residente e sono forniti annualmente dall'Istat. Tali dati sono abbastanza affidabili, nonostante provengano da stime basate sulla popolazione rilevata all'ultimo Censimento. L'indicatore può risentire, comunque, di qualche distorsione nel caso di errori di censimento, anche se i margini di errore sono piuttosto ristretti.

Descrizione dei risultati

In generale, una caratteristica del nostro Paese, è la forte tendenza all'invecchiamento (una persona al di sopra dei 65 anni ogni sette residenti).

Esaminando il rapporto tra sessi si evidenzia come questo rapporto sia sbilanciato a favore delle donne che godono di una più bassa mortalità (65-74 anni: 10,94% vs 9,91%; 75 anni ed oltre: 11,68% vs 7,29%) (Tabelle 1 e 2). Analizzando il dettaglio territoriale, il record di provincia più "giovane", per entrambi i generi e per la classe di 65-74 anni, spetta a Napoli (uomini: 7,27%; donne: 8,26%), mentre la più "vecchia" a Trieste (uomini: 13,19%; donne: 14,36%).

Analoga situazione si riscontra per le donne anche nella classe di 75 anni ed oltre (Napoli: 7,71%; Trieste: 17,32%). Per gli uomini, invece, la provincia più giovane risulta sempre Napoli (4,70%), mentre la

più vecchia è Genova (10,29%). La domanda di servizi socio-sanitari che ne deriva è, dunque, molto diversa ed altrettanto diverse dovrebbero essere, in base alle differenze demografiche ed epidemiologiche delle popolazioni residenti nelle singole province, le strutture di erogazione dei servizi e la ripartizione della spesa sanitaria.

Relativamente alla popolazione "anziana" e "molto anziana", dall'analisi dei dati presentati, è emerso che, nonostante la maggior presenza femminile, la percentuale di incremento è più alta per gli uomini (65-74 anni: 2,27% vs 5,36%; 75 anni ed oltre: 11,27% vs 14,94%). La provincia in cui si è registrato il maggior incremento per la classe di 65-74 anni è, per gli uomini, Venezia (10,29%) e per le donne Roma (9,40%), mentre la provincia che ha registrato il maggior decremento, con valori nettamente inferiori alla media nazionale, è Cagliari (uomini: -20,04%; donne: -23,04%). Nella classe di 75 anni ed oltre, invece, la provincia con l'incremento più alto per entrambi i generi è Roma (uomini: 23,50%; donne: 19,10%), mentre quella con il maggior decremento è sempre Cagliari (uomini: -19,46%; donne: -19,68%).

Infine, il Grafico 1, completa il quadro delineato in quanto permette di evidenziare le differenze demografiche, esistenti nelle province metropolitane considerate.

Tabella 1 - Popolazione media (valori assoluti, variazioni percentuali e valori relativi in percentuale) di 65-74 anni per provincia e sesso - Anni 2003, 2007

Provincia	Maschi				Femmine			
	Valore assoluto 2003	Valore assoluto 2007	Δ % 2003-2007	Valore relativo % P.T. 2007	Valore assoluto 2003	Valore assoluto 2007	Δ % 2003-2007	Valore relativo % P.T. 2007
Torino	117.813	125.506	6,53	11,45	138.872	143.765	3,52	12,32
Milano	183.848	200.244	8,92	10,60	225.903	238.863	5,74	11,90
Venezia	39.763	43.856	10,29	10,74	48.210	50.839	5,45	11,76
Trieste	13.557	14.663	8,16	13,19	17.325	17.991	3,84	14,36
Genova	52.122	52.223	0,19	12,47	65.669	64.334	-2,03	13,79
Bologna	50.624	52.036	2,79	11,25	60.148	60.940	1,32	12,27
Firenze	50.487	52.136	3,27	11,16	61.182	62.035	1,39	12,25
Roma	174.575	192.118	10,05	9,96	217.490	237.925	9,40	11,28
Napoli	103.545	108.573	4,86	7,27	130.469	131.359	0,68	8,26
Bari	62.016	65.591	5,76	8,38	73.524	75.624	2,86	9,28
Reggio Calabria	24.520	24.761	0,98	9,00	29.050	28.300	-2,58	9,70
Palermo	50.465	51.462	1,98	8,61	62.291	61.876	-0,67	9,60
Messina	30.203	29.839	-1,21	9,50	37.155	35.745	-3,79	10,51
Catania	43.619	43.494	-0,29	8,34	52.603	51.774	-1,58	9,28
Cagliari	30.686	24.538	-20,04	9,02	36.557	28.135	-23,04	9,89
Italia	2.712.472	2.857.924	5,36	9,91	3.266.464	3.340.730	2,27	10,94

P.T. = Popolazione Totale.

Fonte dei dati: Istat. Health For All-Italia. Dicembre 2008.

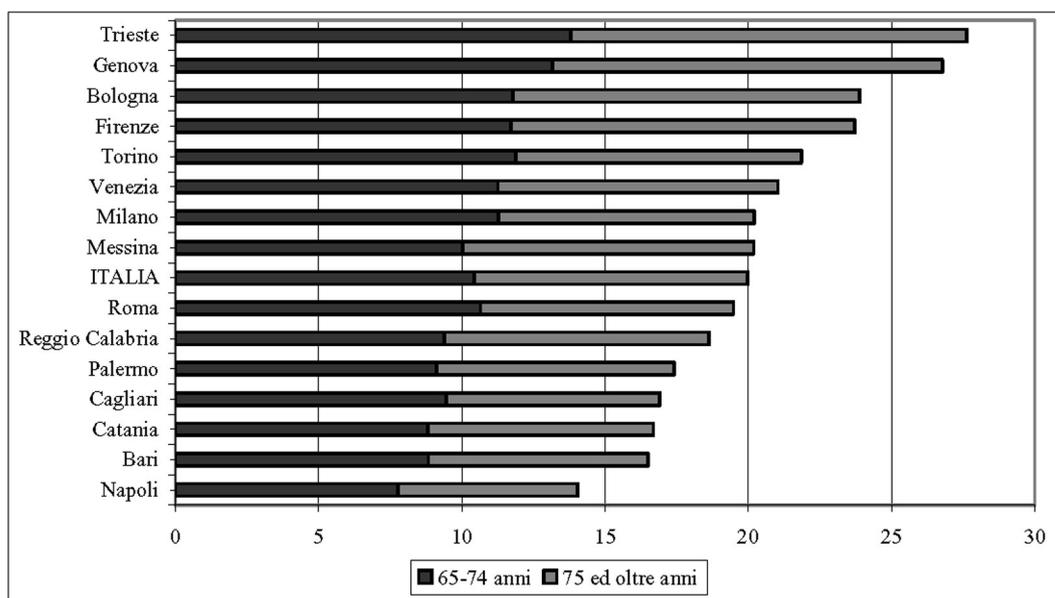
Tabella 2 - Popolazione media (valori assoluti, variazioni percentuali e valori relativi in percentuale) di 75 anni ed oltre per provincia e sesso - Anni 2003, 2007

Provincia	Maschi				Femmine			
	Valore assoluto 2003	Valore assoluto 2007	Δ % 2003-2007	Valore relativo % P.T. 2007	Valore assoluto 2003	Valore assoluto 2007	Δ % 2003-2007	Valore relativo % P.T. 2007
Torino	68.462	82.668	20,75	7,54	125.955	142.654	13,26	12,22
Milano	100.774	122.769	21,83	6,50	199.750	225.323	12,80	11,23
Venezia	25.165	29.118	15,71	7,13	48.108	52.982	10,13	12,26
Trieste	10.264	10.988	7,05	9,88	21.353	21.697	1,61	17,32
Genova	38.392	43.106	12,28	10,29	72.680	77.381	6,47	16,58
Bologna	39.645	43.629	10,05	9,43	68.183	72.530	6,38	14,60
Firenze	40.160	44.041	9,66	9,43	68.462	72.723	6,22	14,36
Roma	107.661	132.963	23,50	6,90	188.057	223.968	19,10	10,62
Napoli	58.617	70.122	19,63	4,70	106.427	122.623	15,22	7,71
Bari	41.918	48.932	16,73	6,25	64.365	73.599	14,35	9,03
Reggio Calabria	18.161	20.325	11,92	7,40	29.038	31.999	10,20	11,00
Palermo	35.229	40.016	13,59	6,69	55.529	62.951	13,37	9,77
Messina	22.767	25.168	10,55	8,02	38.043	41.371	8,75	12,17
Catania	28.957	33.237	14,78	6,38	45.001	51.688	14,86	9,26
Cagliari	19.724	15.886	-19,46	5,84	31.878	25.606	-19,68	9,00
Italia	1.829.090	2.102.283	14,94	7,29	3.206.880	3.568.391	11,27	11,68

P.T. = Popolazione Totale.

Fonte dei dati: Istat. Health For All-Italia. Dicembre 2008.

Grafico 1 - Percentuale di popolazione media residente di 65-74 anni e 75 anni ed oltre per provincia - Anno 2007



Fonte dei dati: Istat. Health For All-Italia. Dicembre 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

La popolazione che vive nelle province metropolitane presenta, da un lato, caratteristiche distintive rispetto al resto del territorio nazionale, che vanno osservate e considerate, in funzione di politiche pubbliche, in modo specifico e autonomo. D'altro lato, tali realtà presentano anche aspetti comuni con le dinamiche demografiche più generali del Paese, spesso anticipando alcuni cambiamenti oltre che accentuandone alcuni tratti. Questo significa che una lettura corretta della realtà delle province metropolitane e un'adeguata risposta ai nuovi bisogni e ai nuovi rischi, possono diventare un punto di riferimento per azioni e soluzioni da estendere, successivamente, in

ambiti più allargati.

Emblematico è il caso della crescita della popolazione anziana. I maggiori contesti urbani, prima e più del resto del territorio, si trovano a dover far fronte a questo cambiamento e alle sue implicazioni in termini di domanda di cura e assistenza. Ma la vita dell'anziano in contesto metropolitano presenta altresì aspetti peculiari che richiedono, quindi, un'attenzione specifica. Un'attenzione che va considerata non solo sul versante della vulnerabilità, ma anche in senso positivo, considerando che l'investimento in difesa dell'autonomia e delle buone condizioni di salute consente a molti anziani di essere una risorsa attiva crescente per la società, da valorizzare adeguatamente.

Invecchiamento della popolazione

Significato. L'invecchiamento demografico ha sicuramente un importante impatto nel determinare le attività di cura necessarie in un territorio.

L'invecchiamento si modifica continuamente per effetto della transizione delle diverse coorti che si succedono nelle età anziane, formatesi in epoche lontane e trasformatesi lungo il percorso di vita per effetto di

innumerevoli eventi storici e sociali.

Un indicatore sintetico del grado di invecchiamento della popolazione è l'indice di vecchiaia che si ottiene rapportando la popolazione "anziana" (65 anni ed oltre) a quella dei giovani (generalmente fino a 15 anni).

Indice di vecchiaia

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Popolazione di 65 anni ed oltre}}{\text{Popolazione di 0-14 anni}} \times 100$$

Validità e limiti. Nel calcolo dell'indicatore viene considerata la popolazione media residente in Italia nell'anno preso in considerazione. È un indice molto dinamico perché quando una popolazione invecchia si ha, contemporaneamente, una diminuzione del peso dei giovanissimi e un aumento del peso degli anziani; questo comporta una variazione in senso opposto del numeratore e del denominatore.

Descrizione dei risultati

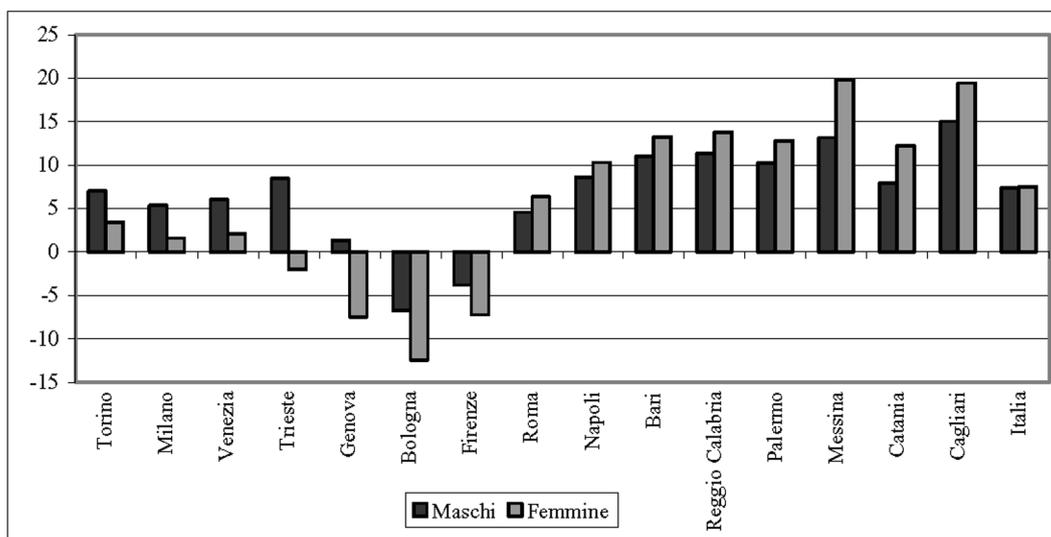
Per valutare la domanda dei servizi socio-sanitari e per adeguare la relativa offerta locale rispetto alle difformità demografiche, è fondamentale conoscere la struttura per età e sesso della popolazione residente. I dati relativi all'invecchiamento demografico evidenziano che, nel 2007, nella provincia di Trieste si registra, per entrambi i generi, l'indice di vecchiaia più elevato (uomini: 192,69%; donne: 314,40%) a cui

segue la provincia di Genova (uomini: 187,75%; donne: 296,17%) (Tabella 1). In ambedue le province, dal 2003 al 2007, si è assistito ad un aumento del peso degli uomini anziani, mentre per le donne si è registrato un decremento. La provincia che, invece, presenta l'indice di vecchiaia minore, è Napoli (uomini: 62,58%; donne 92,81%) dove il processo di invecchiamento della popolazione si trova in uno stadio relativamente non avanzato grazie all'alta natalità.

Inoltre, come si evince dal Grafico 1, le province in cui si è registrato l'incremento maggiore di popolazione anziana sono Cagliari (15,02 punti percentuali) per gli uomini e Messina (19,80 punti percentuali) per le donne, mentre il decremento più alto ha caratterizzato, per entrambi i generi, la provincia di Bologna (uomini: -6,74 punti percentuali; donne: -12,43 punti percentuali).

Tabella 1 - Indice di vecchiaia (per 100) e variazioni assolute, per provincia e sesso - Anni 2003, 2007

Provincia	Maschi			Femmine		
	2003	2007	Δ 2003-2007	2003	2007	Δ 2003-2007
Torino	133,86	140,87	7,01	201,99	205,40	3,41
Milano	113,71	119,07	5,36	180,62	182,20	1,58
Venezia	125,49	131,52	6,03	197,64	199,75	2,11
Trieste	184,24	192,69	8,45	316,40	314,40	-2,00
Genova	186,41	187,75	1,34	303,64	296,17	-7,47
Bologna	164,38	157,64	-6,74	246,49	234,06	-12,43
Firenze	156,29	152,49	-3,80	234,28	227,06	-7,22
Roma	106,87	111,42	4,55	161,36	167,72	6,36
Napoli	53,98	62,58	8,60	82,50	92,81	10,31
Bari	76,83	87,83	11,00	108,26	121,50	13,24
Reggio Calabria	89,16	100,49	11,33	127,37	141,17	13,80
Palermo	78,15	88,40	10,25	113,17	125,95	12,78
Messina	105,32	118,47	13,15	157,08	176,88	19,80
Catania	75,90	83,84	7,94	106,65	118,84	12,19
Cagliari	96,79	111,81	15,02	140,26	159,71	19,45
Italia	108,23	115,61	7,38	162,93	170,43	7,50

Grafico 1 - Variazioni assolute dell'indice di vecchiaia per provincia e sesso - Anni 2003-2007

Fonte dei dati: Istat. Health For All-Italia. Dicembre 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

Vivere a lungo è una grande conquista, che vede il nostro Paese in posizione favorevole sul quadro internazionale. La popolazione invecchia quando il peso delle generazioni più vecchie aumenta in senso relativo rispetto a quelle più giovani. La più accentuata denatalità delle grandi province rispetto al resto d'Italia, porta ad un inasprimento di tale processo nei contesti metropolitani.

Le risposte, in termini di riequilibrio, passano attraverso le politiche di sostegno alle scelte riproduttive, di integrazione della popolazione immigrata, di miglioramento della qualità di vita e delle condizioni

di salute della popolazione anziana. Più si allunga la vita in buona salute delle singole persone e meno cresce l'invecchiamento della popolazione, perché la soglia di entrata in età anziana viene progressivamente sospinta più avanti. Questo significa anche che le province più "ricche di età" non sono necessariamente quelle in condizione più problematica se le politiche pubbliche sono in grado di favorire un più prolungato periodo di vita in piena attività. È evidente, però, che la risposta all'invecchiamento deriva anche da un adeguato ricambio della popolazione, che non può che agire sul versante delle nascite e dell'immigrazione.

Stranieri residenti

Significato. Gli stranieri residenti sono tutti gli individui di cittadinanza diversa da quella italiana che risiedono in Italia, cioè che hanno fissa dimora abituale in uno dei comuni italiani. Alla luce del notevole flusso migratorio che ha interessato il nostro Paese negli ultimi anni, si riscontra l'esigenza da parte del Servizio Sanitario Nazionale di far fronte ad una utenza che presenta importanti specificità sia riguardo a

Popolazione straniera residente

Validità e limiti. Le due tradizionali fonti di dati che registrano il numero di stranieri presenti in Italia sono le anagrafi ed i permessi di soggiorno. In occasione dei censimenti vengono, inoltre, enumerati i residenti in possesso di cittadinanza straniera, anche se il reperimento degli immigrati irregolari non è agevole ed esaustivo, specie in alcune aree del Paese dove è più facile occultare la propria presenza.

Va ricordato, comunque, che gli immigrati dall'estero, specialmente nella prima fase di insediamento, sono estremamente mobili e, in molti casi, non hanno alcun interesse a comunicare all'anagrafe d'iscrizione il loro spostamento. Ci sono anche problemi, soprattutto in alcuni grandi comuni del Centro-Sud, legati al ritardo nella cancellazione degli iscritti non più presenti. Può così succedere che le anagrafi riportino una situazione non attuale della presenza straniera.

Per quanto riguarda i permessi di soggiorno, è da sottolineare che i minori stranieri sono sottostimati, in quanto il più delle volte la loro presenza viene registrata sul permesso di soggiorno dei genitori. Inoltre, ai cittadini neo-comunitari non viene richiesto il permesso di soggiorno; questo comporta solamente la registrazione della presenza straniera regolare extra-comunitaria. Tale situazione, oggigiorno, è un problema particolarmente rilevante. Infatti, pur essendo i

problemi e rischi connessi alla tutela della salute che a modelli sociali e culturali di comportamento che condizionano, comunque, l'accesso ai servizi sanitari. Il monitoraggio della popolazione straniera residente risulta, quindi, fondamentale per capire come e in che misura si modifica l'assetto demografico dei comuni italiani.

rumeni la prima comunità di immigrati in Italia, non è più così agevole registrare la loro presenza da quando la Romania è entrata a far parte dell'Unione Europea (1 gennaio 2007).

Descrizione dei risultati

La presenza straniera regolare in Italia è aumentata notevolmente negli ultimi anni (2003-2006) raggiungendo una popolazione di oltre 2 milioni e seicento mila residenti nel 2006, quasi il doppio rispetto al 2003 (Tabella 1). A livello territoriale tale fenomeno ha interessato tutte le province considerate, ma in maniera diversificata: in particolare, Milano e Roma risultano essere i poli di maggiore attrazione, entrambe con una popolazione superiore ai 200 mila residenti.

Al contrario la presenza straniera risulta più contenuta nelle province del Sud, specie a Cagliari, Messina, Reggio Calabria, Catania e Palermo con una popolazione che non raggiunge i 20 mila abitanti. Una quota particolarmente bassa di stranieri si registra anche a Trieste con un valore pari a 12.406 residenti.

Se si analizza la composizione della popolazione straniera per genere (Tabella 2), non risultano particolari differenze ad eccezione di Roma e Napoli, dove la presenza di donne è più consistente.

Tabella 1 - *Stranieri residenti (migliaia) e variazioni assolute, per provincia - Anni 2003-2006*

Provincia	2003	2004	2005	2006	Δ 2003-2006
Torino	62.084	86.728	106.276	118.284	56.200
Milano	169.982	201.150	260.307	292.204	122.222
Venezia	18.976	27.494	34.506	39.553	20.577
Trieste	10.655	11.432	11.541	12.406	1.751
Genova	23.083	28.052	36.335	41.134	18.051
Bologna	38.720	47.431	55.840	61.569	22.849
Firenze	43.222	56.446	64.421	70.149	26.927
Roma	142.379	170.219	206.412	228.205	85.826
Napoli	23.739	32.475	40.413	43.550	19.811
Bari	17.276	20.238	22.440	22.103	4.827
Reggio Calabria	6.974	10.952	12.265	12.768	5.794
Palermo	13.233	16.081	17.630	18.555	5.322
Messina	9.312	10.993	11.948	12.662	3.350
Catania	9.527	11.470	12.177	12.897	3.370
Cagliari	5.070	6.089	6.876	7.969	2.899
Italia	1.549.373	1.990.159	2.402.157	2.670.514	1.121.141

Fonte dei dati: Istat. Health For All-Italia. Dicembre 2008.

Tabella 2 - *Stranieri residenti (migliaia) per provincia e sesso - Anno 2006*

Provincia	Maschi	Femmine
Torino	58.546	59.738
Milano	149.810	142.394
Venezia	20.044	19.509
Trieste	6.420	5.986
Genova	19.202	21.932
Bologna	30.816	30.753
Firenze	34.973	35.176
Roma	102.565	125.640
Napoli	17.237	26.313
Bari	11.993	10.110
Reggio Calabria	6.249	6.519
Palermo	9.472	9.083
Messina	5.886	6.776
Catania	6.095	6.802
Cagliari	4.075	3.894
Italia	1.350.588	1.319.926

Fonte dei dati: Istat. Health For All-Italia. Dicembre 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'Italia sta conoscendo un periodo storico di forte crescita dell'immigrazione. Questo vale ancor di più per alcune aree del Paese e, in particolare, per le province centro-settentrionali che si trovano in forte *deficit* in termini di crescita naturale. Ma alcuni problemi legati alle difficoltà di integrazione possono essere più accentuati nelle province del Sud, dove i livelli di benessere generale possono essere più bassi, le opportunità di lavoro e di sistemazione abitativa più precarie, le strutture e i servizi più carenti in senso quantitativo e qualitativo. La presenza straniera in parte si sovrappone come caratteristiche e bisogni a quelli del-

la popolazione generale, ma in parte si distingue. Le specificità, con implicazioni per le politiche, possono essere molto varie in funzione del Paese di provenienza e del tempo di permanenza in Italia. Aspetti che vanno esplicitamente considerati. Va anche trattato, come un tema specifico, quello delle seconde generazioni (i figli di stranieri nati in Italia) il cui peso è fortemente crescente nelle grandi province.

Va, infine, considerato che l'incidenza degli stranieri in età anziana è ancora bassa, ma tenderà a crescere nel tempo ed essere potenzialmente portatrice di esigenze e problematicità più accentuate e complesse rispetto alla popolazione autoctona.

Fecondità

Significato. I consueti indici per descrivere la fecondità della popolazione italiana sono: il Tasso di Fecondità Totale (TFT) e l'età media delle madri al parto. Il TFT permette di conoscere la capacità riproduttiva di una generazione ed esprime il numero

medio di figli per donna. L'età media al parto, invece, esprime come si distribuisce il fenomeno secondo l'età. Il monitoraggio di tali indicatori ci permette, conoscendo la domanda, una più efficace organizzazione delle strutture sanitarie interessate.

Tasso di Fecondità Totale

$$TFT = \sum_{x=15}^{49} f_x$$

Età media della madre al parto

$$\bar{x} = \frac{\sum_{x=15}^{49} x f_x}{\sum_{x=15}^{49} f_x}$$

Validità e limiti. I tassi specifici per età, utilizzati per il calcolo del TFT, permettono di descrivere la fecondità di una generazione e di compararla a quella di altre generazioni senza alcun problema di distorsione. Infatti, i tassi esprimono la fecondità di 1.000 donne la cui struttura per età è fissa, poiché si assume libera da mortalità e pari a 1.000 elementi in ogni età. Questo significa che i tassi di fecondità specifici si mantengono costanti per tutto l'arco della vita riproduttiva di una donna appartenente a quella generazione fittizia di 1.000 donne.

Descrizione dei risultati

Relativamente al TFT si registra, nell'arco temporale considerato (2001-2005), una lieve ripresa anche se i valori risultano estremamente bassi (1,311 figli per donna) e inferiori al livello di sostituzione (2 figli per donna) che garantirebbe il ricambio generazionale.

Tale ripresa è imputabile, in parte, all'aumento della fecondità delle donne in età avanzata. Le province più "feconde" risultano Napoli e Palermo con valori, rispettivamente, pari a 1,507 e 1,505 figli per donna, mentre le province in cui si registra un TFT particolarmente basso sono Cagliari e Trieste (0,982 e 1,131 figli per donna) (Tabella 1).

In crescita anche l'età media delle madri al parto il cui valore nazionale, nel 2005, è pari a 31,1 anni (incremento di 0,6 anni rispetto al 2001). Le province in cui l'età media al parto è più elevata sono, a pari merito con 32,3 anni, Trieste, Genova e Roma, mentre le province in cui l'età media è più bassa sono Napoli e Catania con 29,6 anni. Da notare, l'incremento che si è registrato a Milano dove l'età media delle donne al parto è passata da 30,3 nel 2001 a 32,1 nel 2005, evidenziando un aumento di ben 1,8 anni (Tabella 2).

Tabella 1 - Tassi di Fecondità Totale e variazioni assolute, per provincia - Anni 2001-2005

Provincia	2001	2002	2003	2004	2005	Δ 2001-2005
Torino	1,160	1,214	1,249	1,284	1,264	0,104
Milano	1,210	1,249	1,261	1,331	1,250	0,040
Venezia	1,095	1,115	1,184	1,228	1,165	0,070
Trieste	1,037	1,029	1,105	1,214	1,131	0,094
Genova	1,063	1,092	1,130	1,184	1,145	0,083
Bologna	1,188	1,231	1,214	1,310	1,289	0,101
Firenze	1,198	1,280	1,222	1,376	1,318	0,120
Roma	1,187	1,220	1,296	1,341	1,286	0,098
Napoli	1,587	1,561	1,566	1,561	1,507	-0,080
Bari	1,377	1,358	1,356	1,354	1,285	-0,092
Reggio Calabria	1,279	1,286	1,316	1,326	1,318	0,039
Palermo	1,458	1,455	1,488	1,500	1,505	0,047
Messina	1,174	1,180	1,216	1,191	1,168	-0,006
Catania	1,461	1,459	1,498	1,498	1,464	0,004
Cagliari	0,982	0,971	1,004	0,985	0,982	0,000
Italia	1,260	1,278	1,293	1,340	1,311	0,051

Fonte dei dati: Istat. Health For All-Italia. Dicembre 2008.

Tabella 2 - Età media delle madri al parto (anni) e variazioni assolute, per provincia - Anni 2001-2005

Provincia	2001	2002	2003	2004	2005	Δ 2001-2005
Torino	30,9	31,1	31,4	31,4	31,7	0,8
Milano	30,3	31,6	32,0	32,1	32,1	1,8
Venezia	31,5	31,7	31,8	31,8	31,9	0,4
Trieste	31,5	31,8	31,8	32,0	32,3	0,8
Genova	31,6	32,0	32,2	32,2	32,3	0,7
Bologna	30,9	31,6	31,9	31,8	32,0	1,1
Firenze	31,5	31,8	32,1	32,0	32,2	0,6
Roma	32,0	32,1	32,0	32,2	32,3	0,3
Napoli	29,5	29,2	29,3	29,6	29,6	0,1
Bari	30,1	30,0	30,2	30,5	30,7	0,6
Reggio Calabria	30,1	29,4	29,8	30,0	30,2	0,1
Palermo	29,3	29,2	29,5	29,6	29,9	0,6
Messina	29,9	29,8	30,1	30,3	30,5	0,6
Catania	29,1	29,1	29,4	29,4	29,6	0,5
Cagliari	31,6	31,6	31,8	31,9	32,1	0,4
Italia	30,5	30,6	30,9	30,9	31,1	0,6

Fonte dei dati: Istat. Health For All-Italia. Dicembre 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

La fecondità italiana continua ad essere persistentemente bassa, seppure in leggero aumento. Le province metropolitane sono in maggior sofferenza sotto questo profilo. Più accentuata è anche la posticipazione delle nascite in età avanzata, il che riduce ulteriormente i margini di recupero. In questi contesti, più che altrove, è necessaria un'attenzione e un investimento in politiche che consentano di favorire le scelte riproduttive, riducendo anche l'ampio divario tra numero di figli desiderati e numero realizzato. Molto comune è, infatti, arrivare tardi a programmare l'arrivo di un figlio e non riuscire ad averlo o fermarsi ad un figlio

unico pur desiderandone altri. Contano molto, in tal senso, le politiche per l'autonomia dei giovani, la disponibilità di servizi per l'infanzia e gli strumenti in generale di conciliazione tra lavoro e famiglia. Non a caso la fecondità negli ultimi anni è aumentata maggiormente nelle province centro-settentrionali, dove tale offerta è maggiore, mentre, pur partendo da livelli più elevati, l'evoluzione recente della fecondità del Sud risulta meno favorevole. Vanno, inoltre, messe in conto le implicazioni della fecondità in età sempre più tardiva, come la crescente domanda di tecniche assistite per il concepimento e il contenimento dei rischi di malformazioni congenite legate all'età.

Abortività volontaria

Significato. A partire dal 1978, dopo l'approvazione della Legge n. 194¹, ogni donna può decidere di interrompere la gravidanza, purché lo faccia entro i primi 90 giorni di gestazione. Il tasso di abortività volontaria, usato frequentemente a livello internazionale (al

denominatore spesso viene utilizzata la popolazione femminile di 15-44 anni), permette di valutare l'incidenza di aborti volontari avvenuti in un anno in un determinato territorio.

*Tasso di abortività volontaria**

Numeratore	Interruzioni Volontarie di Gravidanza di donne di 15-49 anni
Denominatore	Popolazione femminile media residente di 15-49 anni

x 1.000

*Il tasso è stato standardizzato per età secondo il metodo della standardizzazione diretta, utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Validità e limiti. Tale indicatore, essendo influenzato dall'effetto confondente dell'età, può essere standardizzato per tale variabile in modo da poter fare confronti tra popolazioni con differenti strutture per età. Il tasso di aborto volontario viene calcolato utilizzando i dati raccolti ed elaborati dall'Istat, dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Salute. Ogni volta che si effettua un aborto volontario viene obbligatoriamente compilato il modulo Istat D.12 e, successivamente, inviato al sistema informativo nazionale. Tale indicatore presenta il limite della sotto/sovrastima, in quanto al numeratore possono essere inclusi sia gli aborti delle donne che hanno la residenza nel territorio considerato che quelle senza residenza, mentre al denominatore sono presenti solo le donne residenti.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento si può considerare il valore medio ottenuto come media tra le tre regioni con il valore più basso. Nel calcolo degli indicatori su base provinciale, sono state effettuate delle medie triennali. A causa di incompletezza dei dati, i tassi sono stati stimati per le seguenti regioni: Campania (anni 2002, 2005 e 2006) e Sicilia (anni 2004-2006). Per l'anno 2003 i dati del-

la Campania sono risultati fortemente sottostimati e non si è proceduto ad effettuare alcuna stima. Analoghe stime non sono state effettuate a livello provinciale, quindi, il dato risulta mancante.

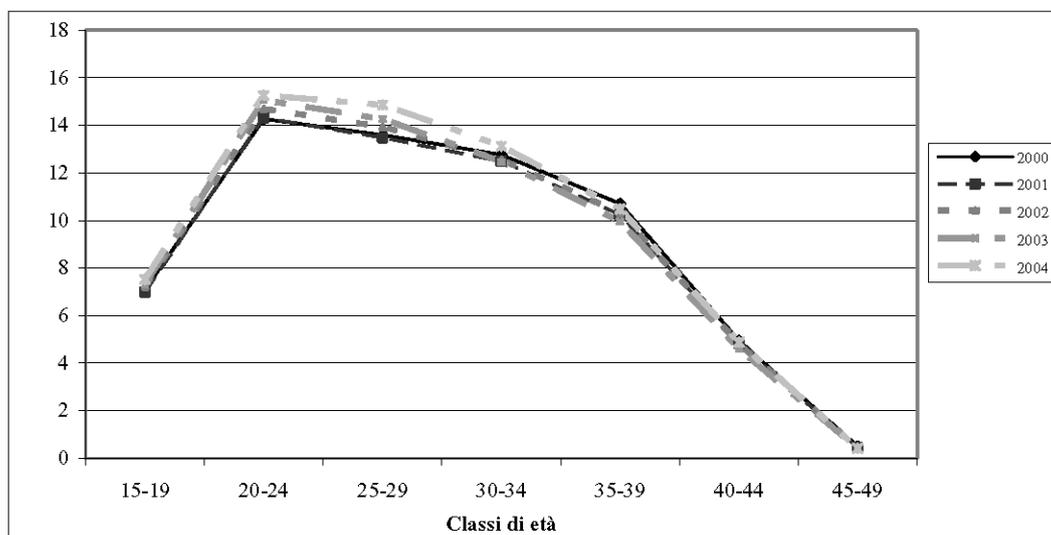
Descrizione dei risultati

L'analisi dei dati evidenzia che, nell'arco temporale considerato (2000-2004), si è registrato un aumento del ricorso all'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) pari a +3,98%. Tale aumento, come si evince dal Grafico 1, ha interessato le donne nella classe di 20-29 anni e, in particolare, l'anno 2004.

All'aumentare dell'età il ricorso all'IVG decresce fino a raggiungere un valore di 0,4‰ per tutti gli anni considerati (Grafico 1).

A livello territoriale, Genova è la provincia che presenta, nel 2004, il tasso più elevato (13,37‰) ed è anche la provincia dove si è registrato, dal 2000 al 2004, il maggior incremento (+11,23%). Un minor ricorso all'IVG si riscontra, invece, a Cagliari che presenta un valore nettamente inferiore rispetto alla media nazionale (5,65 vs 9,67‰) ed un trend in diminuzione (-11,02%). Il decremento maggiore, però, si è registrato nella provincia di Bari (-17,68%) (Tabella 1).

¹Norme per la tutela della maternità e l'interruzione volontaria della gravidanza.

Grafico 1 - Tassi specifici di abortività volontaria (per 1.000 donne di 15-49 anni) - Anni 2000-2004

Fonte dei dati: Istat. Health For All-Italia. Dicembre 2008.

Tabella 1 - Tassi standardizzati di abortività volontaria (per 1.000 donne di 15-49 anni) e variazioni percentuali, per provincia - Anni 2000-2004

Provincia	2000	2001	2002	2003	2004	Δ % 2000-2004
Torino	n.d.	11,81	11,66	11,97	11,97	-
Milano	11,98	11,93	12,43	12,69	12,78	6,68
Venezia	6,89	7,08	7,15	7,22	7,02	1,89
Trieste	10,20	9,66	9,48	9,42	n.d.	-
Genova	12,02	12,08	12,51	13,13	13,37	11,23
Bologna	11,88	11,90	11,70	11,89	12,00	1,01
Firenze	9,23	9,37	8,81	8,94	9,02	-2,28
Roma	12,03	12,10	12,20	12,48	12,45	3,49
Napoli	8,83	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-
Bari	15,44	14,66	13,92	13,29	12,71	-17,68
Reggio Calabria	6,18	5,71	5,74	6,17	6,16	-0,32
Palermo	6,92	6,71	6,61	n.d.	n.d.	-
Messina	8,90	8,34	7,84	n.d.	n.d.	-
Catania	9,06	8,71	8,53	n.d.	n.d.	-
Cagliari	6,35	6,10	5,69	5,57	5,65	-11,02
Italia	9,30	9,13	9,29	9,29	9,67	3,98

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Istat. Health For All-Italia. Dicembre 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'abortività indotta è sensibilmente più bassa nel nostro Paese rispetto alla media europea. L'incidenza del fenomeno è, comunque, rilevante e tende ad essere particolarmente elevata proprio nei grandi centri urbani. Rispetto al profilo tipico della fecondità italiana, sempre più spostata dopo i 30 anni (ancor più nelle grandi province), l'interruzione volontaria della gravidanza presenta, invece, un'intensità maggiore in età più giovane, dove alta è la fecondità delle immigrate. Una parte sempre maggiore dell'IVG è, del resto, proprio legata al comportamento delle donne straniere. Possono essere efficaci, in questo senso, politiche

mirate che consentano di fornire adeguata informazione e assistenza alle giovani donne immigrate che vivono nelle aree metropolitane. Ma molti margini esistono per un contenimento più generale dell'abortività indotta attraverso un miglioramento delle attività di prevenzione. Va, inoltre, considerato, per converso, anche il legame dell'IVG con la continua posticipazione delle nascite in combinazione con un aumento delle possibilità diagnostiche sulla presenza di difetti congeniti del feto. Un aspetto del fenomeno che interessa, in questo caso, più le donne italiane coniugate che, soprattutto nei grandi centri del Nord, arrivano in età tardiva a programmare l'arrivo del primo figlio.

Abortività spontanea

Significato. Per aborto spontaneo si intende l'interruzione involontaria della gravidanza che si verifica entro i 180 giorni di gestazione (cioè 25 settimane e 5 giorni). Dopo tale limite l'evento viene clas-

sificato come nato morto. Il rapporto standardizzato di abortività spontanea esprime il numero di aborti spontanei delle donne in età fertile, avvenuti su 1.000 nati vivi.

Rapporto di abortività spontanea*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Aborti spontanei di donne di 15-49 anni}}{\text{Denominatore} \quad \text{Nati vivi da donne di 15-49 anni}} \times 1.000$$

*Il rapporto è stato standardizzato per età secondo il metodo della standardizzazione diretta, utilizzando come popolazione di riferimento i nati vivi in Italia nel 2001.

Validità e limiti. Tale indicatore è quello più utilizzato a livello internazionale, ma si potrebbe calcolare considerando al denominatore oltre ai nati vivi, anche i nati morti, gli aborti spontanei e una parte delle interruzioni volontarie della gravidanza (cioè quella parte che avrebbe evitato l'aborto spontaneo avendo agito prima che questo potesse verificarsi). La standardizzazione, eliminando l'effetto confondente dell'età, consente di fare confronti tra popolazioni con diverse strutture per età.

I dati vengono raccolti dall'Istat e si riferiscono ai soli casi in cui è stato necessario un ricovero presso gli istituti di cura pubblici e privati. In questo modo, sfuggono i casi relativi agli aborti per cui non è stato effettuato un ricovero (aborti che vengono effettuati senza l'intervento di un medico o che necessitano di cure ambulatoriali).

Non è possibile, o almeno è difficoltoso, fare dei confronti a livello internazionale a causa di una diversa procedura di calcolo o per la non disponibilità dei registri a copertura nazionale.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento si può considerare il valore medio ottenuto come media tra le tre province con il valore più basso (Trieste, Genova e Reggio Calabria: 111,40%).

Descrizione dei risultati

Nonostante le notevoli conquiste raggiunte nel settore della tutela della salute riproduttiva ed i recenti risultati nel riconoscimento e nel controllo dei fattori di rischio, la possibilità che una gravidanza evolva in esito abortivo è ancora abbastanza elevata. L'analisi dei dati evidenzia che, nell'arco temporale considerato (2000-2004), sembra esserci una riduzione del fenomeno in quasi tutte le province ad eccezione di Cagliari (17,46%), Firenze (11,84%), Napoli (10,16%) e Bari (0,09%), ma è ancora troppo presto per parlare di una nuova tendenza in atto. Il decremento maggiore si è registrato nella provincia di Genova (-32,22%) (Tabella 1).

Nell'anno 2004, a livello territoriale, Roma è la provincia dove si è registrato il valore maggiore (170,19‰) e nettamente superiore alla media delle tre province con il valore più basso (111,40‰), mentre a Genova (85,13‰) si è riscontrato il valore minore che corrisponde anche al valore più basso del benchmark di riferimento.

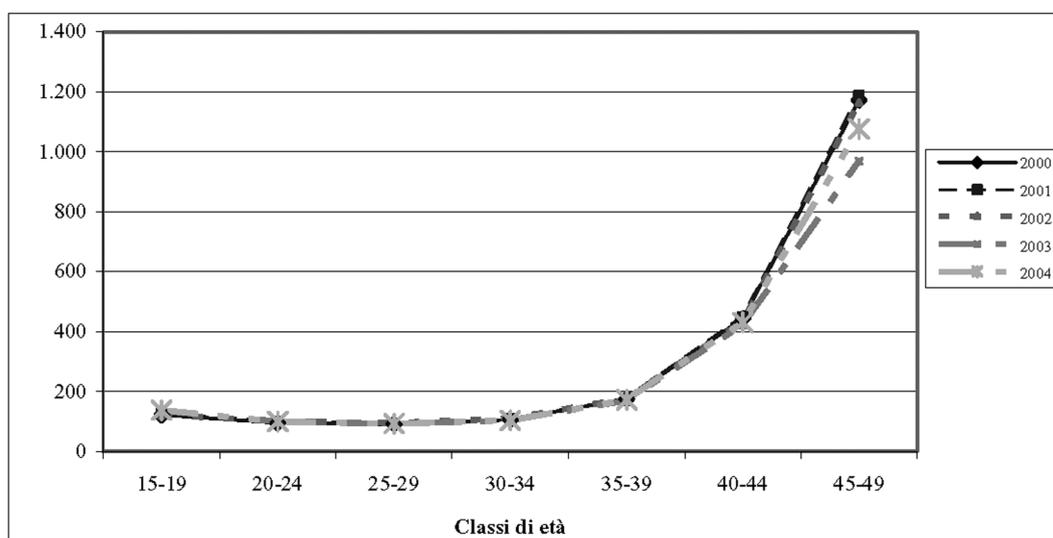
Tale fenomeno, come si deduce dal Grafico 1, ha interessato in maniera più consistente le donne della classe 40-49 anni, poiché l'età avanzata è un fattore associato al rischio più elevato di abortività spontanea. Infatti, nel 2004, il valore del rapporto di abortività spontanea passa da 138,01‰ della classe 15-19 anni a 1.075,48‰ della classe 45-49 anni.

Tabella 1 - Rapporti standardizzati di abortività spontanea (per 1.000 nati vivi) e variazioni percentuali, per provincia - Anni 2000-2004

Provincia	2000	2001	2002	2003	2004	Δ % 2000-2004
Torino	122,67	124,60	119,92	111,25	110,40	-10,00
Milano	121,99	111,56	112,41	115,88	118,46	-2,89
Venezia	148,76	147,99	143,99	143,06	145,61	-2,12
Trieste	127,88	141,88	130,55	122,41	99,35	-22,31
Genova	125,60	116,37	108,15	98,63	85,13	-32,22
Bologna	171,15	166,62	164,86	161,69	159,58	-6,76
Firenze	113,99	107,80	112,66	121,03	127,49	11,84
Roma	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	170,19	-
Napoli	105,92	113,18	115,47	116,88	116,68	10,16
Bari	108,40	107,89	108,50	109,57	108,50	0,09
Reggio Calabria	114,04	106,95	107,07	109,23	103,47	-9,27
Palermo	120,71	125,80	126,93	121,05	109,00	-9,70
Messina	159,70	156,40	154,33	149,77	148,28	-7,15
Catania	129,75	126,40	125,17	119,34	114,54	-11,72
Cagliari	119,22	125,04	127,40	132,54	140,04	17,46
Italia	125,10	127,71	128,27	123,95	124,76	-0,27

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Istat. Health For All-Italia. Dicembre 2008.

Grafico 1 - Rapporti specifici di abortività spontanea (per 1.000 nati vivi) - Anni 2000-2004

Fonte dei dati: Istat. Health For All-Italia. Dicembre 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il rischio di incorrere in un aborto spontaneo è fortemente legato all'età. Se da un lato i miglioramenti sul versante della salute riproduttiva agiscono verso un contenimento di tale rischio, la continua posticipazione delle nascite in età sempre più avanzata espone un crescente numero di donne alla possibilità che la gravidanza non si completi con successo. In alcune province metropolitane, il fenomeno presenta livelli maggiori rispetto alla media nazionale ed è in crescita.

Particolare attenzione andrebbe rivolta ad alcune categorie più esposte al rischio, come le donne di classe sociale più bassa con meno strumenti, anche culturali, di protezione della propria salute riproduttiva. Molti dei rischi legati all'età potrebbero, inoltre, trovare risposta anche attraverso politiche che consentono alle giovani coppie di non posticipare troppo la realizzazione dei loro obiettivi riproduttivi proprio al fine di poterli realizzare con successo.