

PREVENZIONE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO

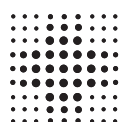
contributi

63



Il Profilo di Salute

per il Piano della Prevenzione
della Regione Emilia-Romagna
2010-2012



In ricordo di Alessandro Martignani

Impaginazione a cura di:

Diego Sangiorgi (*Dipartimento di Sanità Pubblica AUsl Cesena*)
Flavia Baldacchini, Rossana Mignani (*Regione Emilia-Romagna*)

Stampa Centro Stampa Giunta - Regione Emilia-Romagna, Bologna, dicembre 2010

Copia del volume può essere richiesta a:

Rossana Mignani – Servizio Sanità Pubblica - Regione Emilia-Romagna
Viale Aldo Moro, 21 – 40127 Bologna
e-mail: rmignani@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito internet:

<http://www.saluter.it/documentazione/piani-e-programmi/piano-regionale-della-prevenzione/profilo-rer-salute/view>

Redazione del volume a cura di:

Mauro Palazzi, Nicoletta Bertozzi, Diego Sangiorgi (AUsl Cesena)
Alba Carola Finarelli, Paola Angelini, Pierluigi Macini (Regione Emilia-Romagna)

Hanno contribuito per i singoli capitoli:

Quadro socio demografico	Marella Zatelli (AUsl Parma), Nicola Caranci (Regione Emilia-Romagna)
Stili di vita	Nicoletta Bertozzi (AUsl Cesena), Diego Sangiorgi (AUsl Cesena), Giuliano Carrozzi (AUsl Modena), Lara Bolognesi (AUsl Modena), Letizia Sampaolo (AUsl Modena)
Ambiente e salute	Aldo de Togni (AUsl Ferrara), Paola Angelini (Regione Emilia-Romagna)
Casa e salute	Marinella Natali (Regione Emilia-Romagna), Serena Lanzarini (AUsl Imola), Roberto Rangoni (AUsl Imola)
Alimenti e salute	Marina Fridel (Regione Emilia-Romagna), Fausto Fabbri (AUsl Rimini), Michela Morri (AUsl Rimini), Laura Vicinelli (Regione Emilia-Romagna)
Lavoro e salute	Giuliano Silvi (AUsl Ravenna), Marco Broccoli (AUsl Ravenna), Teresa Samorè (AUsl Ravenna), Oscar Mingozi (AUsl Forlì), Angelo Ingaliso (Regione Emilia-Romagna)
Sicurezza stradale	Nicoletta Bertozzi (AUsl Cesena), Diego Sangiorgi (AUsl Cesena), Alberto Arlotti (Regione Emilia-Romagna), Carlo Alberto Goldoni (AUsl Modena), Karin Bonora (AUsl Modena), Patrizia Vitali (AUsl Cesena)
Principali malattie e cause di morte	Carlo Alberto Goldoni (AUsl Modena), Giovanna Barbieri (AUsl Modena), Karin Bonora (AUsl Modena), Gianfranco De Girolamo (AUsl Modena)
- <i>Malattie infettive</i>	Alba Carola Finarelli (Regione Emilia-Romagna), Maria Grazia Pascucci (Regione Emilia-Romagna), Roberto Rangoni (Regione Emilia-Romagna), Erika Massimiliani (Regione Emilia-Romagna), Gabriella Frasca (Regione Emilia-Romagna), Andrea Mattivi (Regione Emilia-Romagna)
La salute nei giovani	Maria Grazia Pascucci (Regione Emilia-Romagna), Carlo Alberto Goldoni (AUsl Modena), Alba Carola Finarelli (Regione Emilia-Romagna), Karin Bonora (AUsl Modena), Flavia Baldacchini (Regione Emilia-Romagna), Nicoletta Bertozzi (AUsl Cesena)
Screening oncologici	Alba Carola Finarelli (Regione Emilia-Romagna), Natalina Collina (AUsl Bologna), Priscilla Sassoli de' Bianchi (Regione Emilia-Romagna), Carlo Naldoni (Regione Emilia-Romagna)
Coperture vaccinali	Alba Carola Finarelli (Regione Emilia-Romagna), Maria Grazia Pascucci (Regione Emilia-Romagna), Flavia Baldacchini (Regione Emilia-Romagna)

Hanno partecipato alla revisione del documento:

- Raffaella Angelini (AUsl Ravenna)
- Adriana Giannini (AUsl Modena)
- Gian Luca Giovanardi (Regione Emilia-Romagna)
- Luigi Salizzato (AUsl Cesena)
- Raffaella Stiassi (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale)

Ringraziamenti:

- Rossana De Palma (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale)
- Giuseppe Diegoli (Regione Emilia-Romagna)
- Elisabetta Frejaville (Regione Emilia-Romagna)
- Paolo Ghinassi (AUsl Ravenna)
- Paolo Guastaroba (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale)
- Emilia Guberti (AUsl Bologna)
- Stefano Ferretti (Azienda Ospedaliero-universitaria di Ferrara)
- Camilla Lupi (Regione Emilia-Romagna)
- Pasquale Mataracchione (Regione Emilia-Romagna)
- Maria Luisa Moro (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale)
- Silvano Natalini (Regione Emilia-Romagna)
- Lucia Nocera (Regione Emilia-Romagna)
- Monica Pedroni (Regione Emilia-Romagna)
- Antonio Romanelli (AUsl Reggio Emilia)
- Alessio Saponaro (Regione Emilia-Romagna)

Indice

	Pag.
Presentazione	7
Sintesi	10
Quadro socio-demografico e fasce di popolazione fragile	18
- <i>Variazione della popolazione</i>	
- <i>Invecchiamento della popolazione e fragilità</i>	
- <i>Composizione delle famiglie</i>	
- <i>Presenza di stranieri</i>	
- <i>Natalità</i>	
- <i>Condizioni socio-economiche</i>	
Stili di vita	28
- <i>Percezione dello stato di salute</i>	
- <i>Attività fisica</i>	
- <i>Situazione nutrizionale</i>	
- <i>Consumo di alcol</i>	
- <i>Abitudine al fumo</i>	
- <i>Compresenza dei fattori di rischio</i>	
Ambiente e salute	34
- <i>Qualità dell'aria esterna</i>	
- <i>Esposizione a fibre di amianto</i>	
- <i>Esposizione a rumore</i>	
- <i>Radon negli ambienti di vita</i>	
- <i>Rifiuti</i>	
- <i>Qualità delle acque di balneazione</i>	
- <i>Cambiamenti climatici</i>	
Casa e salute	44
- <i>Incidenti domestici</i>	
- <i>Intossicazione da monossido di carbonio (CO)</i>	
Alimenti e salute	48
- <i>Contesto produttivo</i>	
- <i>Malattie trasmesse da alimenti (MTA)</i>	
- <i>Controlli per la sicurezza alimentare</i>	
- <i>Allerte alimentari</i>	
Lavoro e salute	56
- <i>Struttura produttiva regionale</i>	
- <i>Infortuni sul lavoro</i>	
- <i>Malattie professionali</i>	

	Pag.
Sicurezza stradale	62
- <i>Mortalità da incidenti stradali</i>	
- <i>Ricoveri da incidenti stradali</i>	
- <i>Comportamenti a rischio</i>	
Principali malattie e cause di morte	66
- <i>Mortalità precoce</i>	
- <i>Tumori</i>	
- <i>Malattie del sistema circolatorio</i>	
- <i>Diabete mellito</i>	
- <i>Malattie degenerative involutive cerebrali senili e pre-senili</i>	
- <i>Malattie dell'apparato respiratorio</i>	
- <i>Malattie infettive</i>	
La salute nei giovani	86
- <i>Il percorso nascita</i>	
- <i>Mortalità</i>	
- <i>Cause di ricovero</i>	
- <i>Malattie croniche e disabilità</i>	
- <i>Salute mentale</i>	
- <i>Stili di vita dei bambini e degli adolescenti</i>	
Programmi di prevenzione	100
- <i>Screening oncologici</i>	
- <i>Coperture vaccinali</i>	

La preparazione del Piano della prevenzione regionale 2010-2012 ha preso le mosse da un'accurata analisi dello stato di avanzamento dei diversi progetti avviati con il precedente Piano regionale e dall'analisi delle condizioni di salute della popolazione dell'Emilia-Romagna.

Per questo scopo è stato redatto un apposito Profilo di salute che si è proposto di raccogliere alcuni dati e informazioni sui problemi di salute della popolazione emiliano-romagnola, per definire gli obiettivi da affrontare col nuovo Piano della Prevenzione e le priorità di intervento.

Il documento, dunque, costituisce uno strumento di lettura mirato, e per questo parziale, per definire e monitorare interventi di promozione della salute e di prevenzione e non abbraccia una lettura completa dei bisogni sociali e di salute, come avviene con il profilo di comunità.

Per questo fine, e stante la necessità di avere un documento basato su dati aggiornati, omogenei e confrontabili tra le diverse realtà regionali, si è scelto di avviare i lavori a partire dagli indicatori di contesto contenuti nel bilancio di missione, che tutte le Aziende sanitarie aggiornano ogni anno. A questo primo nucleo si sono aggiunti dati e informazioni provenienti da ricerche, banche dati e gruppi di lavoro regionali. Il confronto poi con servizi di altre Direzioni regionali ha permesso di approfondire diversi aspetti, in particolare sulla salute dei giovani, alla quale è stato dedicato un capitolo.

Il Profilo così delineato ha costituito la premessa e la base di lettura dei problemi di salute della popolazione dell'Emilia-Romagna e ha permesso, insieme ad altri fattori, di definire le priorità su cui si è focalizzato il Piano regionale della Prevenzione 2010-2012; tuttavia esso costituisce anche un utile strumento per approfondire, anche su base locale, la conoscenza di fenomeni correlati alla salute e uno stimolo per ulteriori possibili integrazioni e interventi.

Un importante sostegno alla produzione del Profilo di salute è stato fornito dai Dipartimenti di Sanità Pubblica delle diverse Aziende Unità sanitarie locali della Regione, e in particolare dell'Azienda Usl di Cesena.

*Mariella Martini
Direttore Generale Sanità e Politiche sociali*

Sintesi

Sintesi

Quadro socio-demografico e fasce di popolazione fragile

La popolazione regionale al 1.1.2009 risulta essere di 4.337.966 abitanti, con un incremento rispetto all'anno precedente dell'1,5% (il più elevato tra le regioni italiane).

La speranza di vita alla nascita è di circa 79 anni per gli uomini e 84 anni per le donne.

La percentuale di **anziani** è superiore alla media nazionale. Circa la metà (45%) delle persone di età ≥ 65 anni è in buone condizioni di salute e a basso rischio di malattia; un quarto (25%) è in buone condizioni, ma a più alto rischio di malattia e fragilità. Il 18% delle persone anziane mostra segni di fragilità e il 12% risulta essere disabile, cioè non autosufficiente in almeno un'attività della vita quotidiana.

La popolazione regionale è in aumento, ma in modo diseguale nelle varie province.

L'Emilia-Romagna è caratterizzata da **flussi migratori** tra i più alti a livello nazionale; la percentuale di popolazione straniera arriva al 9,7% del totale: le percentuali maggiori sono concentrate nelle province emiliane. Le donne costituiscono il 50,1% del totale degli immigrati. Le cittadinanze più rappresentate sono Marocco, Albania e Romania.

Negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo aumento della **natalità**, con costante aumento di madri nate all'estero: 30% del 2008.

Gli scenari futuri mostrano una tendenza all'invecchiamento della popolazione ed un aumento della componente multi-etnica.

Il livello di scolarizzazione complessivo della popolazione emiliano-romagnola può considerarsi buono, con percentuali più alte della media nazionale.

La percentuale di popolazione residente con licenza elementare o senza titolo di studio presenta poche variabilità sia all'interno delle singole province sia tra le province emiliano-romagnole, con i valori minimi per Rimini e Bologna e massimi a Ferrara.

La crisi economica mondiale ha colpito anche l'economia regionale: il PIL regionale ha subito un calo del 4,8% rispetto al 5% nazionale, con variazioni più marcate a Modena e Reggio Emilia, province a forte vocazione manifatturiera, in particolare meccanica, settore tra i più penalizzati.

Il tasso di **disoccupazione** è aumentato nel 2009 sia negli uomini sia nelle donne.

Stili di vita

Due persone su tre giudicano in modo positivo il proprio **stato di salute** (buono o molto buono) e solo il 4% ha risposto in modo negativo (male o molto male).

In particolare la percentuale di persone che giudicano positivamente il proprio stato di salute è più bassa nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione, con difficoltà economiche percepite o presenza di patologie severe, diminuisce inoltre al crescere dell'età.

Solo un terzo delle persone 18-69enni (36%) ha uno **stile di vita attivo**, in quanto conduce un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata/intensa raccomandata; circa un quarto è completamente sedentario (22%); questa stima corrisponde in Regione a circa 660mila persone sedentarie. La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione.

Poco meno della metà delle persone di 18-69 anni (43% pari a 1.300.000) presenta un **eccesso ponderale** (32% sovrappeso e 11% obesi).

L'eccesso ponderale è significativamente più frequente negli uomini, nella fascia con più di 50 anni, nelle persone con basso livello di istruzione o con molte difficoltà economiche.

Circa i due terzi dei 18-69enni emiliano-romagnoli consumano **alcol** (64%). Complessivamente circa un quarto della popolazione adulta (23%) può essere classificato come bevitore a rischio.

Il consumo di alcol a rischio è significativamente più frequente negli uomini, nelle persone con molte difficoltà economiche percepite e nei giovani di 18-24 anni: in questa fascia d'età circa la metà dei giovani ha modalità di assunzione di alcol a rischio.

Circa la metà delle persone di 18-69 anni (48%) ha dichiarato di essere non fumatore. Gli ex fumatori rappresentano circa un quinto del campione (22%) e i **fumatori** un terzo (30%).

Si è osservata una prevalenza più elevata di fumatori nelle persone sotto ai 50 anni (in particolare 37% nella fascia 25-34 anni), negli uomini, nelle persone con livello di istruzione di scuola media inferiore e superiore e nelle persone con molte difficoltà economiche percepite.

La maggior parte delle persone considera il divieto di fumare nei luoghi pubblici rispettato sempre o quasi sempre. La maggior parte dei lavoratori considera il divieto di fumare nel luogo di lavoro rispettato sempre o quasi sempre.

In circa un terzo delle abitazioni si fuma: nel 22% in alcune zone e nel 7% ovunque; in circa un quinto delle case in cui vivono minori o bambini si fuma (19%).

Ambiente e salute

Gli alti livelli di urbanizzazione e industrializzazione del territorio regionale generano grandi quantità di emissioni inquinanti e le caratteristiche meteorologiche favoriscono il ristagno delle immissioni inquinanti. La qualità dell'aria presenta diverse criticità: PM₁₀, ozono, ossidi di azoto, con prevedibili importanti effetti sulla salute della popolazione, in particolare per chi risiede nei maggiori centri urbani (36% della popolazione).

Dal 2002 la media annuale del PM₁₀, misurata dalla rete di rilevazione è scesa in Emilia-Romagna del 10-15% avvicinandosi al valore di riferimento di 40 µg/mc, livello comunque responsabile di un significativo impatto sulla salute.

L'esposizione media stimata annuale a PM₁₀ per la popolazione dei capoluoghi è 41 µg/mc, appena superiore al valore limite europeo, ma doppia rispetto al valore guida annuale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità; nelle aree sub-urbane tra 25 e 35 µg/mc, mentre nelle aree appenniniche e del delta del Po inferiore a 25.

Si stima che la totalità della popolazione regionale sia esposta a valori di ozono superiori al livello di protezione della salute (120 µg/mc nelle 8 ore) per circa 40 giorni all'anno (la soglia è di 25 giorni).

Anche le medie annuali degli ossidi di azoto rimangono sostanzialmente invariate, restando sopra i 40 µg/mc (valore limite fissato dal 2010 per la protezione della salute umana, ma non scevro di effetti sulla salute).

La mappatura della presenza di amianto ha rilevato una modesta presenza di amianto friabile, a rischio di diffusione, e una estesa presenza di materiale in matrice compatta (tetti).

Il radon è presente in concentrazioni superiori a 70 Bq/mc (il valore al quale riferirsi è 200 Bq/mc) in tre aree circoscritte sul versante appenninico.

Nei centri urbani, percentuali significative di popolazione (comprese tra il 30 e il 50%) sono esposte a rumore a livelli più elevati dei limiti massimi previsti per i centri urbani (65 dBA diurni e 55 dBA notturni).

La produzione di rifiuti continua a crescere (rifiuti urbani +2,8%); cresce anche la raccolta differenziata, che raggiunge l'obiettivo nazionale del 45%; in numerose realtà locali la raccolta differenziata supera il 55%.

In Emilia-Romagna sono presenti 28 discariche per rifiuti solidi urbani e 8 inceneritori; questi ultimi smaltiscono il 20% dei rifiuti urbani.

Il graduale aumento della temperatura sta lentamente modificando l'ecosistema. Gli effetti più macroscopici sono costituiti dalle ondate di calore e dalla comparsa di malattie tipiche delle aree tropicali in zone con clima in precedenza continentale.

Il disagio bioclimatico nel corso del 2009 è stato presente in 8 giornate.

La Regione Emilia-Romagna è coinvolta nell'epidemia di West Nile Disease e la circolazione di questo virus interessa buona parte dell'area di pianura.

L'indice di balneabilità temporanea identifica la costa effettivamente balneabile: nel 2008 l'indice è stato pari al 100% della costa sottoposta a monitoraggio.

Casa e Salute

L'ambiente domestico rappresenta un ambito nel quale si concentrano importanti fattori di rischio per la salute, sia dal punto di vista dell'incidentalità sia da quello della salubrità, nonostante vi sia nella popolazione una scarsa o assente percezione del rischio.

Si stima che il 2,9% degli accessi al pronto soccorso sia dovuto ad incidenti domestici. La maggioranza degli incidenti domestici avviene negli anziani e, tra questi, prevalgono gli incidenti nelle donne. La dinamica più frequente è la caduta, che esita nel 42% dei casi in una frattura quasi sempre localizzata nel femore.

Nei bambini di età 0-4 anni si assiste ad un'elevata incidenza di ricoveri ospedalieri per incidente domestico. In questi, oltre alla caduta, le lesioni più frequenti sono l'ingestione o inalazione di sostanze tossiche e corpi estranei, le folgorazioni e le ustioni. La letteratura documenta un gradiente socioeconomico nei ricoveri per incidenti domestici tra i bambini con meno di 15 anni.

L'intossicazione da monossido di carbonio rappresenta un evento spesso associato a situazioni di marginalità ed esclusione sociale, in quanto strettamente correlato a condizioni di disagio abitativo che coinvolgono spesso cittadini in condizioni di indigenza i quali utilizzano mezzi impropri per il riscaldamento domestico, a cui si associano condizioni di scarsa od assente manutenzione degli impianti a gas.

In Regione nel 2007 si sono verificati 111 casi di ricovero con diagnosi di Intossicazione da monossido di Carbonio con 19 decessi, nel 2008 i casi sono stati 92 con 11 decessi.

Alimenti e salute

In Emilia-Romagna oltre il 60% dell'intero territorio è dedicato all'**agricoltura**.

Nel **settore zootecnico** si registra una progressiva e sensibile riduzione del numero di aziende con allevamenti, ma la flessione del numero di capi allevati è contenuta (bovini e suini) o in lieve aumento (avicoli).

Nel 2008 si è avuto un incremento delle imprese appartenenti al settore alimentare e delle bevande pari a circa il 15% rispetto al 2000.

L'**attività di ristorazione** è diffusa in Emilia-Romagna, con una concentrazione massima nelle province a vocazione turistica ed a elevata capacità recettiva alberghiera, in particolare Rimini (con 56,8 posti letto ogni 100 abitanti), Ravenna (20,7) e Forlì-Cesena (18,6).

Nel 2008 in Regione risultavano esistenti 26.778 tra ristoranti, bar ed affini e 4.747 mense; di queste 3.650 sono quelle destinate ad una utenza sensibile in quanto rivolte alla ristorazione scolastica e ospedaliera, pubblica e privata.

Per quanto riguarda il sistema pubblico di distribuzione dell'acqua, si rileva che la parte occidentale della regione presenta la maggior parte degli acquedotti con potenzialità inferiore ai 500 abitanti.

Nel periodo 1988-2008 si sono complessivamente verificati nel territorio regionale 1.972 episodi epidemici di **Malattie Trasmesse da Alimenti (MTA)**; nell'ultimo decennio si sono osservati in media circa 70 episodi all'anno, con circa 450 persone coinvolte; il tasso medio annuo di MTA è pertanto pari a circa 1,1 casi su 10.000 abitanti. La causa più rilevante di focolai epidemici è rappresentata dalle infezioni da Salmonella. Negli ultimi anni il numero di episodi verificatisi è in riduzione in tutte le province della Regione.

L'incidenza di episodi sia di MTA totali sia di salmonellosi è maggiore nel periodo maggio-ottobre, mentre le intossicazioni da funghi si concentrano nei mesi settembre-novembre.

Il luogo di preparazione dell'alimento veicolo di MTA più spesso coinvolto è la casa privata (nel 68% degli episodi), che risulta avere però un numero medio di casi per episodio nettamente inferiore a tutte le altre sedi.

Tra i veicoli individuati come responsabili delle MTA al primo posto compaiono gli alimenti contenenti uova, seguono i prodotti carnei, il pesce e i funghi.

I fattori di rischio più comuni implicati nel manifestarsi delle MTA sono lo scorretto mantenimento della temperatura di conservazione dell'alimento, la cottura inadeguata e il consumo di cibo crudo.

Le principali criticità rilevate nel settore della **sicurezza alimentare** sono:

- prevalenza di non conformità nell'ambito dell'igiene generale (prerequisiti), nell'applicazione dei sistemi di autocontrollo (rispetto ai quali appare disomogenea la consapevolezza negli operatori del settore alimentare) e nella formazione del personale;
- presenza di Salmonella e Listeria in diverse categorie di alimenti;
- costanza nel livello di contaminazione da micotossine (in frutta secca, cereali e spezie) e metalli pesanti (nei prodotti della pesca).

La presenza di contaminanti biologici o microbiologici, spesso riscontrati contemporaneamente, è risultata una causa significativa di notifiche nell'ambito del sistema di allerta comunitario.

L'utilizzo di **prodotti fitosanitari** negli alimenti costituisce un rischio per la salute dei consumatori: negli anni si è osservata una progressiva diminuzione del loro impiego, ma rimane necessario continuare a presidiare il settore.

Lavoro e salute

In Emilia-Romagna la distribuzione della forza lavoro nei vari comparti produttivi, si concentra soprattutto nei Servizi (51%), Metalmeccanica (13%), Costruzioni (10%) e Sanità (7%). La maggioranza delle imprese (94%) non supera i 10 addetti e l'80% i 3 dipendenti.

Nel quinquennio 2003-07 gli **infortuni sul lavoro** indennizzati sono stati circa 80.000 annui, con andamento in flessione; gli infortuni hanno causato in media oltre 120 morti all'anno e circa 4mila inabilità permanenti.

Nel periodo considerato il numero di infortuni mortali si è ridotto del 18%.

Il rischio infortunistico complessivo è più alto rispetto alla media nazionale (4.3 vs 3.1) ed è maggiore nelle province romagnole.

I comparti lavorativi ove si registrano le frequenze più alte di infortuni indennizzati sono Metalmeccanica e Costruzioni che, assieme ai Trasporti, registrano anche gli indici di incidenza più elevati fra i comparti a maggior numero di addetti.

Nel quinquennio considerato il rischio complessivo e nei singoli comparti è in leggera diminuzione, con l'unica eccezione delle attività sanitarie e sociali dove gli indici rimangono stabili.

Il 17% degli infortuni è avvenuto su strada, soprattutto "in itinere" (tragitto casa-lavoro-casa) (72%); una quota rilevante di infortuni sul lavoro mortali è da attribuire agli infortuni su strada (47% nel 2004 e 66% nel 2007).

In Emilia-Romagna ogni anno si verificano circa 1.600 nuovi casi di malattia professionale riconosciuti dall'INAIL

Le patologie muscolo-scheletriche sono le **malattie professionali** più frequentemente denunciate (55%) seguite dalle ipoacusie (15%), con andamento simile in tutte le province. Negli ultimi 8 anni si è registrato un incremento sia delle malattie denunciate che di quelle riconosciute, in controtendenza con il dato complessivo italiano; appare verosimile che questa differenza sia da ricondurre anche ad una maggiore adesione all'obbligo di certificazione delle patologie correlate al lavoro.

Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali rappresentano la principale causa di morte nei giovani adulti, con costi umani ed economici elevati per la società.

Nel 2008 in Emilia-Romagna si conferma il trend in diminuzione legato all'incidentalità stradale (Incidenti stradali -13%, feriti -15% e morti -32%) rispetto al 2000.

La mortalità per incidenti stradali, pur in diminuzione, si mantiene maggiore rispetto al dato medio nazionale; in particolare in Regione vi sono aree a maggior rischio (ferrarese, ravennate, bassa bolognese e modenese) nelle quali il rischio è superiore anche del 30-40% a quello medio regionale.

Nel periodo 1999-2006 si osserva un marcato trend in diminuzione dei Tassi standardizzati di ospedalizzazione da Incidente stradale.

Le persone coinvolte in incidenti stradali, in termini di decessi e ricoveri, sono più spesso uomini (2:1 rispetto alle donne), giovani fra 15-30 anni e anziani oltre 70 anni.

Tra i principali comportamenti a rischio per l'incidentalità si considerano l'eccesso di velocità, la guida sotto effetto di alcol o sostanze stupefacenti e il mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza.

In tutta la Regione l'utilizzo del casco e della cintura anteriore è molto diffuso (rispettivamente 99% e 90%); molto limitato rimane invece l'utilizzo della cintura posteriore (25%) in tutte le AUsl.

Una quota non trascurabile di genitori di un minore sotto ai 14 anni ha riferito di non far indossare sempre il dispositivo di sicurezza al minore.

Principali malattie e cause di morte

Le **morti precoci** (avvenute prima del compimento dei 65 anni di età) mostrano un trend in diminuzione e sono più frequenti negli uomini.

Le patologie che maggiormente contribuiscono alla mortalità prematura sono i tumori (35%), i traumi (22%), le malattie cardiovascolari (14%) e le condizioni morbose perinatali (7%). La distribuzione territoriale di questo indicatore è simile a quella della mortalità generale: i valori più elevati si riscontrano a Ferrara, Piacenza e Reggio Emilia, mentre quelli minimi a Modena, Cesena e Rimini.

La popolazione emiliano-romagnola è particolarmente longeva e soffre di disturbi e patologie spesso legate all'invecchiamento e alla esposizione a fattori di rischio ambientali, professionali o legati alle abitudini di vita. Una persona su cinque (19%) dichiara di soffrire di una **patologia cronica** (malattia cardiovascolare, respiratoria, diabete, tumore grave), dato in linea con la media nazionale (17,5%).

La **speranza di vita libera da disabilità** a 15 anni e a 65 anni è rispettivamente pari a 61 e 16 anni per gli uomini e a 64 e 17 anni per le donne. La percentuale di persone con più di 6 anni con **disabilità** è complessivamente pari al 3% negli uomini e 6% nelle donne, percentuale che sale rispettivamente al 10% e al 20% sopra ai 65 anni.

Le **principali cause di morte** sono rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio (38%) e dai tumori (30%); in particolare il tumore polmonare è la neoplasia che causa più decessi ed è anche la prima causa di morte in assoluto negli uomini.

Nel 2008 in Emilia-Romagna le cause più frequenti di ricovero ordinario sono state le malattie del sistema circolatorio (17%) e i tumori (10%), confermando quanto emerso dall'analisi della mortalità generale.

Negli uomini un nuovo **tumore** su cinque è rappresentato dal carcinoma della prostata (20%), seguito dal carcinoma del polmone (16%) e dai tumori del colonretto (14%).

Nelle donne il tumore della mammella è il più frequente (28% dell'incidenza); al secondo posto troviamo i tumori del colon retto (14%) e al terzo il tumore polmonare, in moderata ma continua crescita (5,5%).

Negli ultimi anni si osserva un progressivo e deciso aumento dell'incidenza dei tumori in alcune sedi anatomiche (colon-retto, prostata, tiroide, fegato, pancreas, melanomi cutanei, mesoteliomi), in parte legato a procedure diagnostiche più sensibili. In altre sedi si registra una più o meno netta tendenza alla diminuzione (stomaco, laringe e polmone negli uomini, cervice uterina e mammella nelle donne); in particolare le leucemie nel sesso maschile evidenziano un considerevole calo.

Valutando invece il trend della mortalità per sede tumorale è più netta la tendenza alla stabilità o alla diminuzione, tranne alcune eccezioni (pancreas e polmone nel sesso femminile, mesotelioma in quello maschile).

La sopravvivenza dei pazienti, in aumento, si mantiene ai livelli delle aree più avanzate a livello nazionale ed internazionale: globalmente circa il 53% degli uomini e il 63% delle donne sopravvivono a 5 anni dalla

diagnosi. I tumori che hanno causato il maggior numero di decessi sono quello del polmone, seguito da colon e dalla mammella.

Le **malattie del sistema circolatorio** rappresentano la prima causa di morte in Emilia-Romagna.

Si stima che in Regione vi siano circa 270.000 persone affette da malattie ischemiche croniche del cuore, con una prevalenza dell'8% negli uomini e del 5% nelle donne. I valori sono lievemente superiori alla media in provincia di Parma e Ferrara, a livelli inferiori a Ravenna e Rimini.

Nel periodo 2003-2007 si registra un aumento dell'incidenza degli infarti acuti, mentre diminuisce la mortalità a 30 giorni (dal 37% al 28%). Le **recidive** sono frequenti e piuttosto stabili negli ultimi 5 anni: entro un anno dall'evento, quasi il 6% (6,3% uomini e 5,8% donne nel 2007) delle persone che hanno avuto un infarto vengono nuovamente ricoverate per infarto; queste percentuali salgono a poco più del 7% (8% uomini, 6,5% donne nel 2007) in caso di sindrome coronarica.

I disturbi circolatori dell'encefalo sono la prima causa di morte in termini di numero di decessi in Emilia-Romagna, nonostante il trend della mortalità sia in forte riduzione; il numero di decessi è elevato anche perché essi rappresentano una tipica causa di morte dell'anziano (75% oltre gli 80 anni).

Nel 2007 la prevalenza della popolazione diabetica adulta in trattamento in Emilia-Romagna è risultata pari a 7,2 casi per ogni 100 individui residenti. La prevalenza di **diabete** aumenta con età, basso livello d'istruzione e presenza di difficoltà economiche percepite e infine con l'eccesso ponderale. In tutte le classi di età gli uomini presentano un maggiore indice di prevalenza rispetto alle donne.

L'incidenza e la prevalenza del diabete sono in aumento, sia perché aumentano i fattori di rischio (eccesso ponderale, sedentarietà), ma anche perché aumenta la sopravvivenza grazie alla migliore assistenza.

La spesa media rilevata per assistito con diabete residente in regione è più che doppia di quella attribuita agli altri assistiti.

Le **malattie dell'apparato respiratorio** e quelle del **sistema nervoso** rappresentano infine una quota ridotta (circa il 12-13%) dei decessi, ma, a differenza di tumori e malattie cardiocircolatorie, mostrano trend stazionari o in aumento negli ultimi anni.

La morbosità e la mortalità per **malattie infettive** sono notevolmente diminuite, ma negli ultimi anni la globalizzazione e i cambiamenti climatici hanno determinato l'emergere o il riemergere di malattie infettive importanti o trasmesse da vettori.

L'incidenza di **AIDS** è notevolmente diminuita dalla metà degli anni '90 ad oggi (da 14 casi per 100.000 abitanti nel 1994 a 3 casi nel biennio 2007-08). Il rischio di contrarre il virus non va però sottovalutato: una proporzione significativa dei nuovi casi di infezione da HIV è infatti dovuta alla trasmissione per contatto sessuale.

Nel 2008 sono stati notificati 459 casi di **tubercolosi (TBC)**, pari ad un'incidenza di 10,7 casi per 100.000 abitanti. Il 57% dei casi notificati si è registrato in persone con cittadinanza straniera (valore in aumento negli ultimi anni) e il 25% in persone italiane con più di 65 anni.

Negli ultimi anni si verificano in media circa 100 casi all'anno di **malaria**, tutti attribuibili a viaggi in zone a elevata endemia malarica. Le persone a maggior rischio di contrarre la malaria sono gli immigrati dal centro Africa che tornano in visita al paese d'origine senza eseguire alcuna profilassi.

Tra i casi di **legionellosi** segnalati nel 2008 (pari a 82) è stata evidenziata una esposizione a rischio in strutture sanitarie nel 9,8% dei malati, mentre il 29,3% aveva soggiornato in una struttura alberghiera o turistica.

Malattie prevenibili con la vaccinazione: grazie ai livelli elevati di copertura vaccinale, queste malattie sono scomparse o molto ridotte come incidenza in regione.

I casi di Epatite B che continuano ad essere segnalati negli ultimi anni (circa 100 all'anno) riguardano fondamentalmente soggetti adulti o anziani non vaccinati.

Il numero di casi di malattia invasiva da *Haemophilus influenzae* nei bambini sotto i cinque anni di età si è ridotto progressivamente.

Si sono drasticamente ridotti i casi di malattia invasiva da Meningococco C; le malattie invasive da Pneumococco sono sostanzialmente stabili (25-35 casi all'anno) e si verificano principalmente negli adulti e anziani.

I casi di **tetano** segnalati in regione sono stati mediamente 7 per anno nel periodo 1999-2008, 9 nel 2009. La maggior parte dei casi si verifica in persone di età superiore a 65 anni, non vaccinate, più frequentemente di sesso femminile.

Nel 2008 sono stati segnalati 118 casi di **epatite A**, con un'incidenza pari a 2,8 casi per 100.000 abitanti. Tra i fattori di rischio evidenziati si sottolineano i viaggi all'estero, in cui è frequente il consumo di alimenti crudi contaminati, e la trasmissione nei rapporti di tipo omosessuale nei maschi.

Negli ultimi anni sono stati segnalati nella regione diversi casi di Malattie trasmesse da zanzare sia *Aedes spp* sia *Culex spp*.

Nel 2007 si è verificato un focolaio di Febbre da **Chikungunya virus** con oltre 300 casi. Nel biennio 2008-09 sono stati confermati 3 soli casi, tutti importati da zona endemica.

Dengue: sono stati segnalati 5 casi nel 2008 e 8 casi nel 2009, tutti importati da zone endemiche.

West Nile virus: si sono registrati casi di sindrome neurologica da WNV nelle province di Bologna e Ferrara nel 2008; nel 2009 l'infezione nell'uomo ha interessato un'area più vasta comprendente anche Modena e Reggio Emilia.

Nel periodo 2006-2009, sono stati segnalati 17 casi di leishmaniosi viscerale di cui 15 hanno interessato persone residenti nelle province di Modena, Rimini, Bologna e Reggio Emilia. Per confronto, i casi registrati in Italia nel periodo 2000-2008 sono stati in media circa 140 per anno.

I **microrganismi antibioticoresistenti** sono sempre più frequentemente causa sia di infezioni contratte in comunità che di infezioni conseguenti ad interventi assistenziali in ospedale, in ambulatorio, in strutture residenziali.

La salute nei giovani (0-29 anni)

Nel 2009 continua l'incremento del numero assoluto dei nati in regione; il tasso di natalità è pari a 9.7 nati per 1.000 abitanti, sovrapponibile a quello dell'anno precedente. L'incremento delle nascite è correlato alla costante crescita della madri con cittadinanza straniera. I dati relativi al **percorso nascita** mostrano una situazione generalmente buona. L'appartenenza ad una minoranza etnica e una scolarità medio-bassa sono correlati alla prematurità e al basso peso alla nascita e a indicatori di irregolarità nel percorso nascita (insufficiente numero di controlli in gravidanza ed epoca tardiva della prima visita).

Nell'arco di un decennio l'**allattamento esclusivo al seno** è aumentato in tutte le AUSL sia a 3 che a 5 mesi, raggiungendo rispettivamente il 47% e il 31%.

Nel periodo 1982-2000 il trend della **mortalità infantile** mostra una riduzione complessiva di circa quattro volte; nel 2008 il valore registrato è di poco superiore al 3 per mille.

La **mortalità nella fascia 1-29 anni** è in costante diminuzione in tutte le classi di età considerate, più accentuata nella classe 18-29 per una importante diminuzione della mortalità per traumatismi. Le cause di morte prevalenti sono i Tumori e i Traumatismi e Avvelenamenti fra 1-9 anni; le stesse cause si presentano nell'ordine inverso per le classi 10-17 e 18-29. La mortalità femminile è più bassa in ogni classe di età e per tutte le principali cause di morte, specialmente per i traumatismi. Il rischio di morire per un ragazzo nella fascia 10-17 anni è doppio rispetto a quello di una ragazza, e diventa quadruplo nella fascia 18-29 anni.

Nel periodo 2000-2008 le principali **cause di ricovero nella fascia 0-29 anni** sono state le malattie a carico dell'apparato respiratorio, seguite da traumatismi e avvelenamenti e dalle complicanze sorte durante la gravidanza o il parto. La popolazione di sesso maschile presenta un tasso di ricovero più elevato rispetto a quella femminile.

Gli utenti seguiti annualmente dai servizi sociali deputati all'assistenza e tutela ai minori e alle loro famiglie rappresentano oltre il 7% della popolazione minorenni residente in regione. Nel 2008 i **minori portatori di disabilità** rappresentano il 4,2% dell'utenza seguita (circa 2.039 persone). Oltre un terzo (36%) delle disabilità è di tipo psichico; un altro terzo circa (31%) è dovuto a problemi che investono diversi aspetti ("disabile plurimo"); un quarto dei casi (25%) è legato ad una disabilità fisica e il rimanente 8% a disabilità sensoriale, visiva o uditiva.

I bambini portatori di disabilità frequentanti le scuole della regione (da primaria a secondaria di II grado) sono circa 11.000, pari al 2,4% di tutti gli scolari.

Tra i minori affetti da **patologie croniche e invalidanti**, la malattia più frequente è l'asma (27%), seguita da prematurità, condizioni di grave deficit fisico, sensoriale o neuropsichico ed epilessia.

Non vanno dimenticate le **malattie rare** (tra cui le metaboliche ereditarie) che, pur essendo per definizione quantitativamente contenute, sono causa di disabilità anche gravi per il resto della vita e di grande impatto sui servizi sanitari e socioassistenziali.

Riguardo ai **disturbi del comportamento alimentare-DCA** la popolazione affetta nel 2007 ai Team DCA delle Aziende sanitarie è stata di circa 1.300 persone, corrispondente a circa 3 persone su 1.000 in questa fascia d'età.

I **problemi neuropsichiatrici** coinvolgono una porzione non trascurabile dei minori: ogni anno circa il 6% di bambini e adolescenti (40.154 minori nel 2009), si rivolge ai servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza; di questi oltre il 30% sono nuovi utenti. Oltre il 30% delle diagnosi è riferibile a **disturbi del linguaggio e dell'apprendimento**.

Nello studio "OKkio alla Salute" in Emilia-Romagna il 20% dei bambini di 8-9 anni è risultato in condizione di **sovrappeso** e il 9% **obeso**, inferiore al dato nazionale (24% e 12% rispettivamente). I genitori sembrano non avere una percezione corretta sia dell'adeguatezza dell'apporto alimentare sia dello stato ponderale dei propri figli. E' presente una correlazione fra Indice di massa corporea (IMC) dei figli e dei genitori e che al crescere della scolarità dei genitori, in particolare della madre, nei figli si riduce il rischio obesità ed il consumo di bevande zuccherate, mentre aumenta il consumo di frutta e verdura.

I risultati dello studio Sonia e quelli preliminari dello studio multicentrico internazionale HBSC (Health Behaviour in School-aged Children confermano come l'eccesso ponderale sia diffuso anche negli adolescenti, in particolare nei ragazzi rispetto alle ragazze e in misura maggiore all'inizio dell'adolescenza. Il confronto con le altre regioni mostra come gli adolescenti emiliano-romagnoli si collochino al di sotto della media nazionale in riferimento ai valori di Indice di massa corporea (IMC).

Solo un adolescente su tre in ogni fascia d'età considerata pratica l'**attività fisica** raccomandata. Sono inoltre diffuse attività sedentarie (televisione e computer).

Tra i 15enni cresce in maniera significativa la percentuale di adolescenti che riferiscono di fumare (15% sia

nei ragazzi che nelle ragazze) o bere (38% nei ragazzi e 26% nelle ragazze) almeno una volta alla settimana e quella di giovani che si sono ubriacati almeno due volte (16% e 11%).

Nella popolazione studentesca regionale, il 45% dei ragazzi e il 23% delle ragazze, almeno una volta negli ultimi dodici mesi, hanno giocato puntando soldi.

Il 62% degli studenti della regione ha provato almeno una volta a **fumare tabacco** e per il 26% il consumo di sigarette è diventato quotidiano (Italia rispettivamente il 65% e 28%). Nel corso dell'ultimo anno, il consumo di tabacco nella popolazione studentesca regionale ha coinvolto il 24% dei ragazzi e il 27% delle ragazze, con prevalenze che aumentano progressivamente al crescere dell'età dei soggetti, raggiungendo i valori massimi tra gli studenti di 19 anni.

Il 91% della popolazione studentesca regionale ha assunto **bevande alcoliche** almeno una volta nella vita, l'84% nel corso dell'ultimo anno; per il 68% il consumo è avvenuto nei 30 giorni antecedenti lo svolgimento dell'indagine e per il 6% è stato quotidiano (Italia rispettivamente 91%, 84%, 69% e 7%). Il 38% della popolazione studentesca maschile e il 29% di quella femminile ha praticato il **binge drinking**; in particolare, tra questi il 43% dei ragazzi e il 31% delle ragazze lo ha praticato almeno 3 volte nel mese.

Il **consumo di cannabis** è stato sperimentato dal 30% degli studenti della regione, quota che raggiunge il 23% se si considera il consumo nell'anno e il 15% quando si fa riferimento agli ultimi 30 giorni (in Italia rispettivamente: 31%, 24% e 15%).

Il 5,5% degli studenti della regione riferisce di aver assunto **cocaina** almeno una volta nella vita, il 3,5% ne ha utilizzato nell'ultimo anno e l'1,7% negli ultimi 30 giorni, in linea con le prevalenze rilevate a livello nazionale (5,8%, 3,7% e 1,9%).

Programmi di prevenzione

I **programmi di screening oncologici** si attuano da anni con risultati globalmente buoni e superiori al dato medio nazionale, in termini di adesione e copertura della popolazione.

Nel 2008 l'adesione all'invito all'interno dei programmi di screening cervicale nelle donne di 24-69 anni è stata del 60,9% (dato nazionale: 42%). La copertura complessiva stimata sale all'86%, considerano anche la quota di pap test eseguita al di fuori dello screening organizzato.

Per lo screening del tumore della mammella, l'adesione all'interno dei programmi nelle donne di 50-69 anni è stata del 72,4 (dato nazionale: 59,9); la copertura complessiva stimata è pari all'84%.

Per lo screening del tumore del colonretto l'adesione è stata del 53,7% (dato nazionale: 47%). La copertura complessiva stimata sale al 67%.

Per il pap test l'adesione è più bassa nelle donne di 25-34 anni; per lo screening dei tumori del colon retto, l'adesione è più bassa negli uomini, in particolare nella fascia 50-59 anni.

L'adesione ai programmi è minore da parte delle fasce di popolazione più svantaggiate: stranieri e persone con basso livello socio culturale, in particolare per lo screening dei tumori del collo dell'utero.

In Emilia-Romagna l'adesione alle vaccinazioni continua ad essere tra le più alte in Italia.

Per le **vaccinazioni previste da leggi** (difterite, tetano, poliomielite, epatite B) si confermano le ottime coperture raggiunte che superano l'obiettivo nazionale del 95% (tranne che nella AUSL di Rimini, 94%).

Anche per le **vaccinazioni fortemente raccomandate** (pertosse, Haemophilus influenzae tipo B) sono stati raggiunti valori superiori all'obiettivo del 95% (fa di nuova eccezione l'AUSL di Rimini).

Rimane invece lievemente al di sotto dell'obiettivo del 95% la vaccinazione fortemente raccomandata contro Morbillo o Morbillo-Parotite-Rosolia valutata al 24° mese.

La copertura contro la **rosolia** nelle ragazze a 13 anni è pari al 94,4%. Nonostante questo nel corso del 2008, si sono avuti tre casi di rosolia in donne in gravidanza.

Copertura ottima per la vaccinazione contro lo **pneumococco** nel primo anno di vita: meno buona per il **meningococco** (92,4% al 24° mese e del 74,4% a 16 anni.)

L'avvio della campagna vaccinale contro l'**HPV** 16 e 18 non è stato omogeneo nelle AUSL emiliano-romagnole: al 31 dicembre 2009 la copertura raggiunta a livello regionale tra le 12enni è del 67,6% (range: Rimini 54,5% - Imola 91,4%).

La copertura con vaccino antipneumococco dei bambini con fattori di rischio ha raggiunto una media regionale del 62%.

Infine la copertura della vaccinazione **antinfluenzale** nelle persone ultra64enni ha raggiunto nella campagna vaccinale 2009-2010 la media regionale del 73% (vicina all'obiettivo nazionale del 75%); ancora insufficiente la copertura assicurata negli operatori sanitari e nelle persone sotto ai 64 anni portatrici di una patologia cronica.

Quadro socio-demografico e fasce di popolazione fragile

Quadro socio- demografico

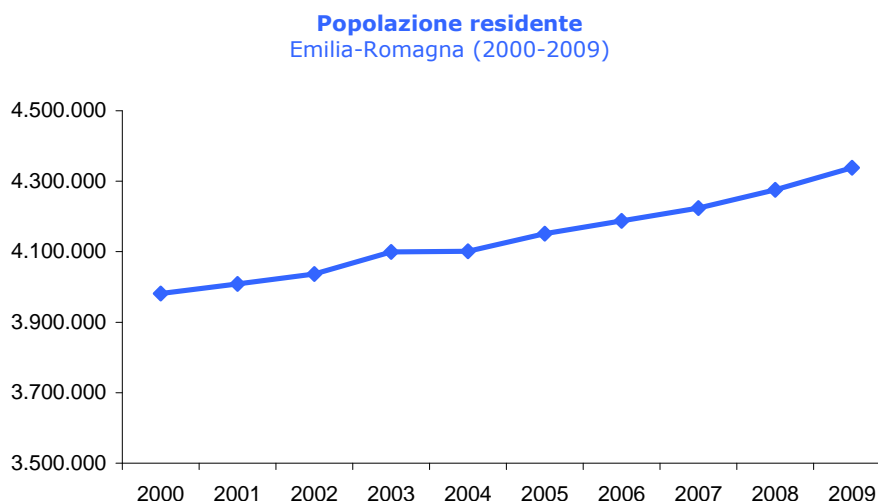
Quadro socio-demografico e fasce di popolazione fragile

Variazione della popolazione

La popolazione regionale al 1.1.2009 risulta essere di 4.337.966 abitanti, con un incremento rispetto all'anno precedente dell'1,5% (il più elevato tra le regioni italiane).

Pur presentando una crescita costante dalla metà degli anni '90, l'aumento ha interessato in maniera diversificata le province emiliano-romagnole: così, se dal 1995 la provincia di Reggio Emilia ha visto aumentare la sua popolazione del 21,5%, a Ferrara la crescita è stata solo dello 0,2% in quanto l'incremento della popolazione è iniziato solo dal 2004.

Nel grafico seguente viene evidenziata la variazione della popolazione regionale nel periodo 2000-2009, passata da 3.981.323 a 4.337.966 (circa +9%).

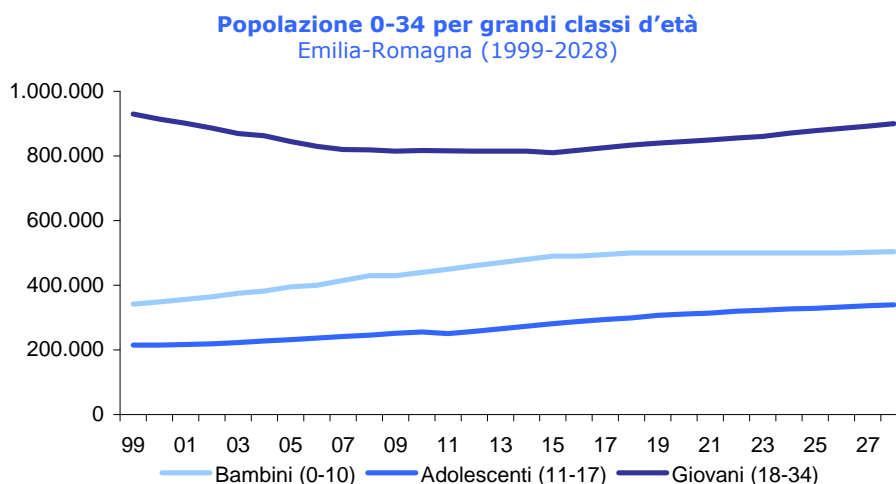


Previsioni demografiche

Gli scenari evolutivi ipotizzati per i prossimi decenni indicano una popolazione in crescita, un ulteriore aumento della speranza di vita alla nascita (più marcato negli uomini) e un saldo migratorio complessivo decrescente, che si dovrebbe stabilizzare dopo il 2012 intorno alle 20.000 unità annue.

La provincia per la quale si prevede la crescita di popolazione maggiore è Reggio Emilia (+48% dal 2007 al 2050); per le altre province l'aumento varia dal +17% di Ravenna al +33% di Parma, mentre Ferrara è prevista essere l'unica provincia in diminuzione (-2%).

La ripresa delle nascite, registrata dalla metà degli anni '90 ad oggi, si prevede continui anche nei prossimi anni. Nel 2028, si stima che la popolazione giovane (da 0 a 34 anni) si attesterà attorno a 1.725 mila unità, mantenendo un peso del 34% sul totale della popolazione residente. I tassi di incremento maggiori riguardano la fascia degli adolescenti (11-17 anni), per i quali si prospetta una crescita pari al 36% nei prossimi venti anni. Un aumento, meno ampio, è previsto anche per la fascia dei bambini (0-10 anni) e dei giovani (18-34 anni).



Per quanto riguarda le persone anziane (persone con età ≥ 65 anni) si prevede un aumento dal 23% del 2007, al 26% della popolazione totale nel 2031.

Nelle previsioni demografiche l'indice di vecchiaia mostra un andamento non lineare: fino al 2015 si ipotizza una diminuzione, attestandosi su 167 anziani ogni 100 giovani, per poi riprendere a salire e raggiungere quota 200 nel 2031.

Per quanto riguarda gli stranieri, il loro numero dovrebbe triplicarsi al 2031, arrivando a rappresentare il 20% della popolazione totale, con una modifica sostanziale della struttura della loro piramide demografica. Infatti, ad una contrazione nella fascia giovanile, dovuta ad una riduzione del numero di figli per donna e all'acquisizione di cittadinanza, farà riscontro un progressivo invecchiamento degli stranieri presenti sul territorio, che farà lievitare l'indice di vecchiaia, fino ad arrivare a 44 ultra 64enni ogni 100 giovani, a fronte degli attuali 8.

In conclusione, la fotografia della popolazione regionale nel futuro è caratterizzata da un progressivo e inarrestabile invecchiamento e da una componente multietnica sempre più rilevante.

Invecchiamento della popolazione e fragilità

Osservando la popolazione per fasce di età, la percentuale di ragazzi nella fascia 0-14 anni è del 13% (14% in Italia) e quella di anziani ≥65 anni è del 22,5% (20,1% in Italia); gli ultra 85enni rappresentano il 3,2% della popolazione (Italia 2,4%).

Popolazione residente per fasce d'età
Emilia-Romagna (01.01.2009)

	0-14 anni		15-64 anni		65-74 anni		≥75 anni		TOTALE
Piacenza	35.320	12%	181.813	64%	33.549	12%	35.255	12%	285.937
Parma	54.770	13%	280.115	65%	47.703	11%	50.508	12%	433.096
Reggio Emilia	77.301	15%	339.444	65%	50.497	10%	52.238	10%	519.480
Modena	96.000	14%	449.188	65%	71.032	10%	72.066	10%	688.286
Bologna	122.338	13%	622.841	64%	112.272	12%	118.719	12%	976.170
Ferrara	37.884	11%	228.895	64%	45.178	13%	46.022	13%	357.979
Ravenna	48.101	12%	245.692	64%	44.319	11%	47.617	12%	385.729
Forlì-Cesena	50.693	13%	251.094	65%	42.979	11%	43.253	11%	388.019
Rimini	41.638	14%	199.631	66%	31.645	10%	30.356	10%	303.270
Emilia-Romagna	564.045	13%	2.798.713	65%	479.174	11%	496.034	11%	4.337.966

	0-14 anni	15-64 anni	65-74 anni	≥75 anni	TOTALE
Piacenza	35.320	181.813	33.549	35.255	285.937
Parma	54.770	280.115	47.703	50.508	433.096
Reggio Emilia	77.301	339.444	50.497	52.238	519.480
Modena	96.000	449.188	71.032	72.066	688.286
Bologna	122.338	622.841	112.272	118.719	976.170
Ferrara	37.884	228.895	45.178	46.022	357.979
Ravenna	48.101	245.692	44.319	47.617	385.729
Forlì-Cesena	50.693	251.094	42.979	43.253	388.019
Rimini	41.638	199.631	31.645	30.356	303.270
Emilia-Romagna	564.045	2.798.713	479.174	496.034	4.337.966

L'indice di vecchiaia (dato dal rapporto popolazione ≥65 anni / popolazione ≤14 anni x 100) fornisce una buona indicazione del grado di invecchiamento raggiunto nel territorio considerato.

$$IV = \frac{\text{Pop}_{\geq 65}}{\text{Pop}_{\leq 14}} \cdot 100$$

L'invecchiamento della popolazione rappresenta un problema sociosanitario di rilevante complessità, per la necessità di offrire risposte sempre più mirate a questa fascia di cittadini, sia per quanto riguarda la rete dei servizi sia per rispondere a bisogni espressi.

In generale, l'indice di vecchiaia è in diminuzione in tutta la Regione, ma resta a livelli elevati: 172,9 rispetto ad una media nazionale di 143,4. Solo la Provincia di Reggio Emilia (132,9) si colloca a livelli più bassi della media nazionale; le altre province hanno un indice di vecchiaia inferiore a 200, tranne Ferrara (240,7). Nelle zone montane della Regione l'indice di vecchiaia è in genere molto elevato, riflettendo il progressivo spopolamento del territorio.

Nelle previsioni demografiche per l'indice di vecchiaia si ipotizza un andamento non lineare: la diminuzione osservata continuerà nei prossimi anni, arrivando a circa 167 per gli anni 2011-2015, per poi riprendere a salire negli anni successivi.

Indice di vecchiaia
Emilia-Romagna (01.01.2009)

Reggio Emilia	132,9
Rimini	148,9
Modena	149,1
Forlì-Cesena	170,1
Emilia-Romagna	172,9
Parma	179,3
Bologna	188,8
Ravenna	191,1
Piacenza	194,8
Ferrara	240,7

Un altro importante indice demografico è rappresentato dall'**indice di dipendenza**, ottenuto dal rapporto tra la popolazione residente in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e oltre) e la popolazione in età lavorativa (15-64 anni) moltiplicato per 100.

Questo rapporto misura il carico sociale ed economico teorico sulla popolazione attiva: valori superiori al 50% indicano una situazione di squilibrio generazionale.

$$ID = \frac{Pop_{\leq 14} + Pop_{\geq 65}}{15 \leq Pop_{\leq 64}} \cdot 100$$

In generale, l'indice di dipendenza in Regione è pari a 55, rispetto al 52 nazionale.

Indice di dipendenza
Emilia-Romagna (01.01.2009)

Rimini	51,9
Reggio Emilia	53,0
Modena	53,2
Forlì-Cesena	54,5
Parma	54,6
Emilia-Romagna	55,0
Ferrara	56,4
Bologna	56,7
Ravenna	57,0
Piacenza	57,3

La **speranza di vita alla nascita** è di circa 79 anni per gli uomini e 84 anni per le donne; la speranza di vita a 65 anni è rispettivamente di 18 e 22 anni, con un divario tra le province più accentuato nel sesso maschile. Gli uomini hanno tuttora una speranza di vita inferiore di circa 5 anni rispetto alle donne; la tendenza graduale all'avvicinamento tra i sessi è però ormai un fatto avviato: in poco più di 20 anni la distanza tra i due sessi si è ridotta di quasi un anno.

Speranza di vita alla nascita e a 65 anni per sesso (2006-2008)

	alla nascita		a 65 anni	
	M	F	M	F
Piacenza	78,6	83,5	17,6	21,2
Parma	79,0	83,9	17,8	21,5
Reggio Emilia	79,1	84,0	18,1	21,5
Modena	79,7	84,5	18,3	21,8
Bologna	79,5	84,3	18,4	21,7
Ferrara	78,4	83,5	17,6	21,2
Ravenna	80,0	84,6	18,7	22,1
Forlì-Cesena	79,9	84,6	18,7	21,9
Rimini	80,1	84,6	18,8	22,0
Emilia-Romagna	79,4	84,2	18,2	21,6

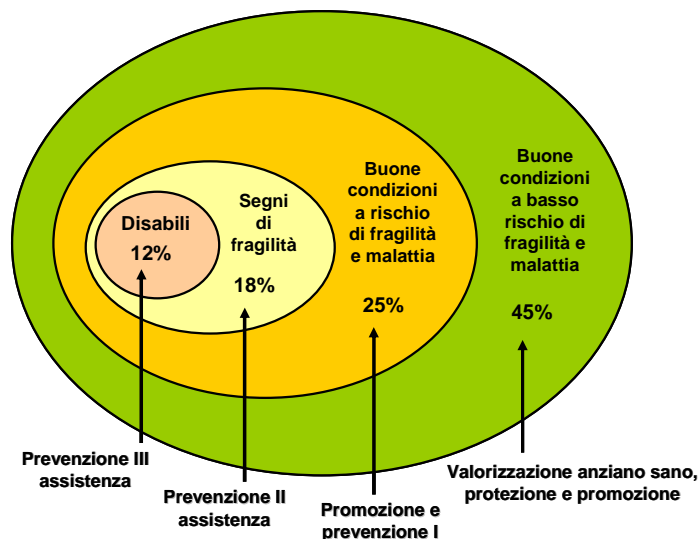
Per questi motivi assume sempre maggiore importanza la qualità della vita da parte della popolazione anziana, vale a dire la possibilità di mantenere un buon livello di autosufficienza.

Una stima della popolazione anziana a rischio di fragilità e con disabilità è fornita dall'indagine PASSI d'Argento del 2009: la popolazione anziana è suddivisa in sottogruppi in base al **grado di autosufficienza** e **fragilità**. Circa la metà (45%) delle persone di ≥65anni è in buone condizioni di salute e a basso rischio di malattia; un quarto (25%) è in buone condizioni, ma a più alto rischio di

malattia e fragilità. Il 18% delle persone anziane mostra segni di fragilità (10% con bassi segni di fragilità e l'8% con marcati segni di fragilità) e il 12% risulta essere disabile, cioè non autosufficiente in almeno un'attività della vita quotidiana o Activities of Daily Living o ADL¹ (10% parzialmente disabile e 2% totalmente disabile).

In base a queste stime, gli anziani con segni di fragilità in regione sono circa 174mila, di cui 70mila con marcati segni di fragilità, e quelli disabili 116mila, di cui 19mila totalmente disabili.

Distribuzione della popolazione ultra 64enne per sottogruppi di popolazione PASSI d'Argento (Emilia-Romagna, 2009)



Per quanto riguarda la tipologia di disabilità, il tasso più elevato riguarda le persone anziane che non sono autonome nello svolgimento delle attività della vita quotidiana e della vita di relazione.

La maggior parte di queste vive in un contesto familiare o amicale, ma sempre più frequente è la percentuale di persone che si avvalgono di aiuti esterni, in particolare di assistenti familiari, che forniscono supporto laddove le reti formali ed informali non sono sufficienti.

In particolare la maggior parte degli anziani (94%) con limitazioni in almeno un'attività strumentale della vita quotidiana (Instrumental Activities of Daily Living o IADL²) o disabili riceve aiuto nelle attività che non riesce a fare autonomamente. Negli anziani con limitazioni nelle IADL l'aiuto principale è fornito dai familiari (78%) e da persone a pagamento (21%); negli anziani disabili l'aiuto principale è ancora fornito dai familiari (54%), ma aumenta la quota di quello fornito da persone a pagamento (43%).

Composizione delle famiglie

Fin dagli anni '90 il numero delle famiglie è in crescita ad un ritmo ben superiore di quello della popolazione complessiva: solo nell'ultimo anno, si è registrato un aumento complessivo di 34.387 nuclei familiari, pari all'8%.

In particolare crescono soprattutto i nuclei costituiti da 1 o 2 componenti, mentre diminuiscono drasticamente quelli di almeno 4 componenti: basti pensare che le famiglie unipersonali nel 1991 erano il 21,7%, nel 2001 il 27,7% e nel 2008 sono arrivate al 34,5%, il 40% delle quali composto da persone di almeno 65 anni. Le province nelle quali è maggiore questa tendenza sono Bologna, Parma e Piacenza.

Per quanto riguarda lo stato civile, i non coniugati rappresentano circa il 40% del totale: il quoziente di nuzialità (numero matrimoni celebrati nell'anno/ popolazione residente per 1.000) è del 3,5 inferiore alla media nazionale di 4,2. Nell'ultimo anno i matrimoni religiosi e civili sono pressochè equivalenti (7.547 vs 7.504).

¹ ADL (attività della vita quotidiana): muoversi da una stanza all'altra, mangiare, vestirsi e spogliarsi, fare il bagno o la doccia, andare in bagno per fare i propri bisogni, essere continenti.

² IADL (attività strumentale della vita quotidiana): usare il telefono, prendere le medicine, fare la spesa o delle compere, cucinare o riscaldare i pasti, prendersi cura della casa, fare il bucato, spostarsi fuori casa con mezzi pubblici o con la propria auto, pagare conti o bollette

Presenza di stranieri

La popolazione straniera residente in Italia al 1.1.2009 ha raggiunto i 3,9 milioni di persone, pari al 6,5% del totale; storicamente la Regione Emilia-Romagna è caratterizzata da flussi migratori tra i più alti a livello nazionale, che hanno registrato un'impennata negli ultimi anni.

Complessivamente, sono più di 400.000 gli stranieri residenti nel territorio emiliano-romagnolo (circa il 10% degli stranieri in Italia).

In Emilia-Romagna, la percentuale di popolazione straniera arriva al 9,7% del totale: le percentuali maggiori (superiori al 10%) sono concentrate nelle province emiliane.

Nella popolazione straniera sono ormai i giovani fino a 14 anni a prevalere: 15%, più del doppio della percentuale nazionale, con punte di quasi il 20% sul totale nella provincia di Piacenza.

Negli ultimi anni si è inoltre assistito ad una massiccia immigrazione femminile, sia per la richiesta di attività lavorativa nel settore socio-assistenziale sia per il fenomeno dei ricongiungimenti familiari: nel corso del 2008 le donne costituiscono il 50,1% del totale.

Popolazione Straniera per classi d'età
Emilia-Romagna (01.01.2009)

	0-14 anni	%	15 -64 anni	%	≥65 anni	%	TOTALE	%
Piacenza	6.961	19,7%	25.449	14,0%	724	1,1%	33.134	11,6%
Parma	8.920	16,3%	36.271	12,9%	803	0,8%	45.994	10,6%
Reggio Emilia	13.430	17,4%	44.854	13,2%	1.145	1,1%	59.429	11,4%
Modena	16.568	17,3%	58.590	13,0%	1.124	0,8%	76.282	11,1%
Bologna	16.369	13,4%	68.892	11,1%	1.442	0,6%	86.703	8,9%
Ferrara	4.307	11,4%	17.344	7,6%	334	0,4%	21.985	6,1%
Ravenna	6.688	13,9%	29.320	11,9%	795	0,9%	36.803	9,5%
Forlì-Cesena	7.084	14,0%	27.249	10,9%	668	0,8%	35.001	9,0%
Rimini	4.416	10,6%	20.853	10,4%	909	1,5%	26.178	8,6%
Emilia-Romagna	84.743	15,0%	328.822	11,7%	7.944	0,8%	421.509	9,7%

Nella tabella seguente viene calcolato l'aumento percentuale degli ultimi 4 anni, superiore al 50% per tutte le province emiliano-romagnole.

Popolazione Straniera
Emilia-Romagna (2005-2009)

	2005	2009	var %
Piacenza	18.736	33.134	+77%
Parma	27.724	45.994	+66%
Reggio Emilia	38.075	59.429	+56%
Modena	49.921	76.282	+53%
Bologna	55.824	86.703	+55%
Ferrara	11.294	21.985	+95%
Ravenna	20.141	36.803	+83%
Forlì-Cesena	20.067	35.001	+74%
Rimini	15.451	26.178	+69%
Emilia-Romagna	257.233	421.509	+64%

Le cittadinanze più rappresentate sono Marocco, Albania e Romania, presenti su tutto il territorio regionale; nelle diverse province si riscontra l'insediamento di particolari etnie (Moldavia, India, ecc.).

Le previsioni demografiche ISTAT segnalano una riduzione del saldo migratorio complessivo di oltre 20.000 unità nel periodo 2008-2012, in gran parte dovuto al graduale assorbimento delle regolarizzazioni a seguito del decreto flussi del 2007. Si segnalano alcune problematiche determinate e amplificate dal progressivo cambiamento strutturale e generazionale della popolazione immigrata:

- la presenza sempre più consistente di donne sole, che vivono una condizione di solitudine e sradicamento degli affetti
- la rilevante presenza di bambini e ragazzi che pone questioni di politiche abitative ed inserimenti scolastici; spesso sono proprio i figli che, più facilmente inseriti nel tessuto sociale grazie alla frequentazione scolastica, supportano i genitori nell'accesso ai servizi e nella partecipazione alla vita sociale
- l'alto livello di scolarità di molti migranti che, pur essendo in possesso di lauree anche tecnico-scientifiche, vengono prevalentemente utilizzati in lavori non adeguati al titolo di studio.

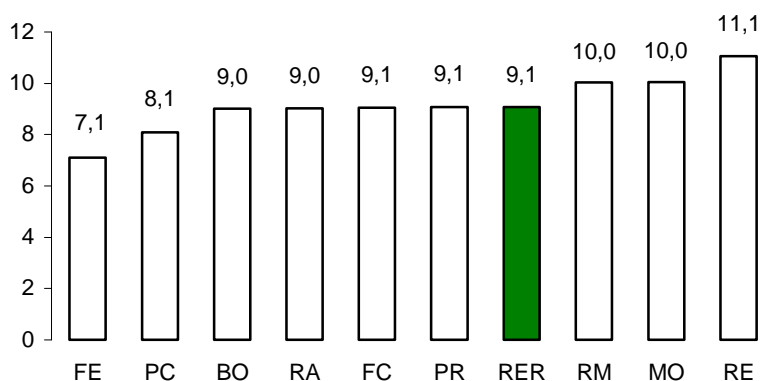
Natalità

Negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo e costante aumento della natalità in Emilia-Romagna: da **tassi di natalità** negli anni '90 tra i più bassi a livello italiano, si è giunti a superare, sia pure di poco, il dato nazionale (9,7 vs 9,6 per mille).

Il tasso di natalità (n° nati vivi nell'anno / popolazione residente per 1.000), presenta notevoli disomogeneità interprovinciali (range: 11,5 Reggio Emilia - 7,9 Ferrara); questo è determinato sia dalla diversa percentuale di donne in età fertile, sia dai tassi di fecondità a loro volta influenzati dalla quota di popolazione straniera presente sul territorio.

Il **numero medio di figli** per donna si è allineato alla media nazionale (1,4 nel 2008) solo dalla seconda metà degli anni 2000, dopo essere stato per lunghi anni anche inferiore a 1.

Tasso di natalità per 1.000 residenti per provincia
Emilia-Romagna (2008)



Condizioni socio-economiche

Livello di istruzione

Il livello di scolarizzazione complessivo può considerarsi buono, con percentuali più alte della media nazionale in particolare per laureati e diplomati con qualifiche professionali.

Livello di scolarizzazione per sesso
Emilia-Romagna (2008)

	Uomini	Donne	Totale
Licenza elementare/nessun titolo	23,1	31,3	27,3
Licenza media inferiore	32,5	24,6	28,4
Qualifica professionale	7,1	6,4	6,8
Licenza media superiore	27,1	26,1	26,6
Diploma universitario, laurea, dottorato	10,2	11,6	10,9

Fonte: ISTAT Annuario statistico 2008

L'aumento della popolazione scolastica è di circa 10.000 unità all'anno; negli ultimi anni questo incremento appare in diminuzione: le province con la maggiore presenza percentuale di alunni sono Ravenna e Reggio Emilia. La scuola statale è frequentata dall'86,4% degli alunni; solo nella scuola dell'infanzia è preponderante il peso delle scuole non statali, che sono più della metà.

Il ritardo scolastico è massimo nella scuola secondaria, ma varia a seconda degli indirizzi: nei licei è contenuto, mentre negli istituti professionali solamente poco più della metà dei giovani è regolare negli studi. In generale, negli anni terminali dei cicli secondari, oltre il 20% degli studenti è in ritardo, con una differenza di genere molto marcata: nelle ragazze la percentuale di ritardi scolastici è inferiore di circa 10 punti rispetto ai ragazzi.

La presenza di alunni con cittadinanza non italiana tende ad aumentare progressivamente e ha raggiunto e superato le 65.000 unità: nell'anno scolastico 2007-2008 l'incidenza è del 12% sul complesso degli iscritti, la percentuale più alta d'Italia. La maggior parte delle province, ad eccezione di Ferrara e Rimini, supera la soglia del 10%, con punte di oltre il 14% a Piacenza e Reggio Emilia.

Rispetto alla provenienza, l'area maghrebina continua ad essere prevalente (25%), seguita dai paesi dell'Est Europeo (15%), in particolare la Romania (8%), i cui alunni sono aumentati del 43% negli ultimi tre anni scolastici.

Caratteristiche del tessuto produttivo e del mercato del lavoro

La crisi economica mondiale ha colpito anche l'economia della nostra Regione: il "Rapporto sull'economia regionale 2009" realizzato da Unioncamere e Regione Emilia-Romagna evidenzia però come gli effetti della crisi, pur evidenti, siano complessivamente più attenuati che nel resto d'Italia.

Il calo più importante ha interessato l'esportazione (-25,4% nel 2009): le province che ne hanno risentito maggiormente sono state Ferrara (- 37%) e Forlì-Cesena (- 29%).

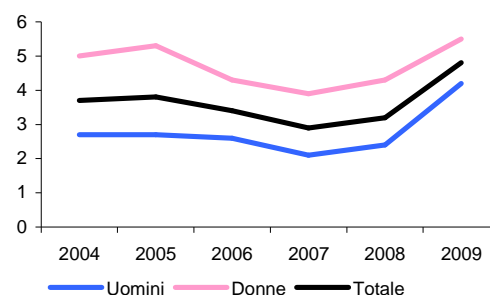
Il PIL regionale ha subito un calo del 4,8% rispetto al 5% nazionale, con variazioni più marcate a Modena e Reggio Emilia, province a forte vocazione manifatturiera, in particolare meccanica, settori questi tra i più penalizzati.

A risentire meno della crisi globale è Parma, per la preponderanza della filiera agroalimentare nel tessuto produttivo: un dato indiretto di questa tendenza è dato dalla Cassa Integrazione, che è aumentata di 3,5 volte in un anno a Parma e di 26 volte a Reggio Emilia.

Tassi di occupazione (15-64 anni)
Emilia-Romagna (2004-2009)

	Tasso di occupazione			Tasso di disoccupazione		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
2004	76,2	60,2	68,3	2,7	5,0	3,7
2005	76,6	60,0	68,4	2,7	5,3	3,8
2006	77,1	61,5	69,4	2,6	4,3	3,4
2007	78,4	62,0	70,3	2,1	3,9	2,9
2008	78,2	62,1	70,2	2,4	4,3	3,2
2009	75,5	61,5	68,6	4,2	5,5	4,8

Tassi di disoccupazione
Emilia-Romagna (2004-2009)



Livello di deprivazione relativa

Una rappresentazione dello stato socio-economico può essere ricavata dalle informazioni rilevate al censimento della popolazione e delle abitazioni; come segnalato in letteratura dai primi anni '80, tra gli indicatori più adatti per questo scopo si considerano la scarsa istruzione, la disoccupazione, le condizioni abitative (non possesso della casa, alta densità abitativa) e la tipologia familiare (famiglie monogenitoriali).

Questi indicatori possono essere combinati, ottenendo un indice multidimensionale di svantaggio sociale e di risorse materiali (*Indice di deprivazione*). I dati dell'ultimo Censimento italiano della popolazione e delle abitazioni (ISTAT 2001), aggregati per sezioni di censimento, costituiscono la base di un indice di deprivazione italiano, dato dalla somma degli indicatori standardizzati indicati in tabella.

La percentuale di popolazione residente con licenza elementare o senza titolo di studio presenta poche variabilità sia all'interno delle singole province sia tra le province emiliano-romagnole, con i valori minimi per Rimini e Bologna e massimi a Ferrara.

La percentuale di disoccupati è invece maggiore a Rimini, che detiene i livelli più alti anche nella percentuale di abitazioni in affitto (occupate da residenti) e di famiglie monogenitoriali. Riguardo al dato relativo alla disoccupazione va considerata la particolare economia del territorio riminese, caratterizzata da una forte componente di lavoro stagionale.

Il numero di abitanti per stanza più alto si registra nella provincia di Bologna.

Complessivamente a livello provinciale gli Indici di deprivazione sono variabili attorno allo 0, denotando un buon livello socio-economico del territorio.

Il valore medio più alto si riscontra nella provincia di Rimini, come si poteva attendere dai valori dei singoli indicatori; su questo dato può aver influito la data in cui viene realizzato il censimento (autunno inoltrato) e la conseguente possibile distorsione del livello di disoccupazione: i lavoratori stagionali - numerosi in una realtà turistica come quella di Rimini - infatti possono essere definiti come in cerca di nuova occupazione.

Indicatori e indice di deprivazione

Emilia-Romagna (2001)

Provincia	% poco istruiti	% disoccupati	% abitazioni in affitto	Densità abitativa (res/kmq)	% famiglie monogenitoriali	Indice di deprivazione
Piacenza	37,9	4,3	2,4	213	9,4	0,2
Parma	36,4	3,6	2,4	212	8,6	-0,1
Reggio Emilia	38,6	3,5	2,4	180	8,0	-0,2
Modena	38,7	3,9	2,5	206	8,4	0,2
Bologna	34,6	3,8	2,6	222	8,8	0,2
Ferrara	41,0	5,6	2,4	164	8,8	0,3
Ravenna	37,9	4,6	2,3	139	9,1	-0,2
Forlì-Cesena	37,6	4,2	2,6	155	9,0	0,1
Rimini	34,6	7,0	2,8	150	9,2	0,5
Emilia-Romagna	37,2	4,3	2,5	190	8,8	0,1

Fonte: Istat. 14° Censimento della popolazione.

Per approfondire:

- *Annuario Statistico 2008* ISTAT
- *La nascita in Emilia-Romagna* 6° Rapporto CedAP anno 2008
- *La scuola e i suoi territori* Rapporto 2008 Ufficio Scolastico Regionale
- *La Prevalenza dell'allattamento al seno* anno 2008
- *La popolazione anziana e disabile in Emilia-Romagna* Collana editoriale Gli Speciali Direzione Generale Assemblea Legislativa Emilia-Romagna;
- *Passi d'Argento* : <http://www.epicentro.iss.it/passi-argento>
- *Rapporto sociale Giovani Generazioni Regione Emilia-Romagna* Dicembre 2009
- *ISTAT: previsioni demografiche 1.1.2007-1.1. 2051*
- *Rapporto 2009 sull'economia regionale: Unioncamere Emilia-Romagna*
- *Rapporto Osservasalute 2009 (cap. 3, pag. 41: Deprivazione e mortalità):*
<http://www.sanita.ilsole24ore.com/Sanita/Archivio/Normativa%20e%20varie/Osservasalute%202009%20-%20I%20parte.pdf?cmd=art&codid=24.0.1371709443>

Stili di vita

Stili di vita

Stili di vita

Le principali malattie croniche (soprattutto cardiovascolari, tumori e diabete) riconoscono alcuni fattori di rischio comuni e modificabili, collegati al comportamento e allo stile di vita.

Gli stili di vita non corretti (quali ad esempio inattività fisica, alimentazione poco sana, abuso di alcol e consumo di tabacco) rappresentano pertanto un importante determinante prossimale di salute, con effetto diretto sulla salute stessa in associazione all'ambiente socio-economico e fisico.

Percezione dello stato di salute

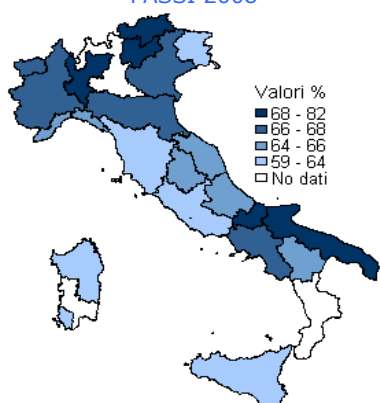
La percezione dello stato di salute testimonia il benessere o malessere psicofisico vissuto dalla persona ed influisce indirettamente anche sul ricorso ai servizi sanitari.

In base ai risultati del sistema di sorveglianza PASSI, nel 2008 in Emilia-Romagna la maggior parte degli intervistati di 18-69 anni (67%) ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute (buono o molto buono); il 29% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 4% ha risposto in modo negativo (male o molto male). I dati sono sovrapponibili alle stime nazionali e ai dati dell'Indagine Multiscopo dell'ISTAT 2005 ("Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari").

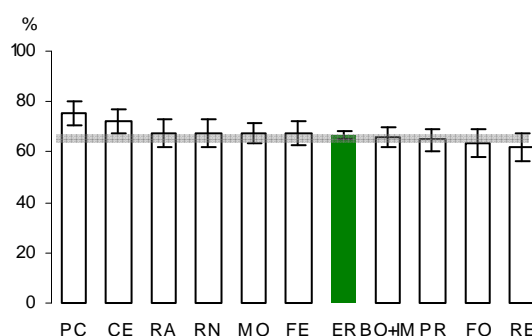
In particolare la percentuale di persone che giudicano positivamente il proprio stato di salute è più bassa nelle donne (63% vs 71% negli uomini), nelle persone con basso livello d'istruzione (45%), con difficoltà economiche percepite (58%) o presenza di patologie severe (40%); diminuisce inoltre al crescere dell'età: 50% nella fascia 50-69 anni, 36% in quella 65-74 anni e 23% sopra i 75 anni (PASSI d'Argento).

Nelle AUSL emiliano-romagnole, Piacenza presenta una percentuale significativamente più alta di percezione positiva dello stato di salute rispetto al dato regionale (range: 62% Reggio Emilia - 76% Piacenza).

Persone che si dichiarano in salute buona o molto buona (%)
PASSI 2008



Persone che si dichiarano in salute buona o molto buona (%)
Emilia-Romagna PASSI 2008



Attività fisica

L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, ipertensione, diabete, obesità e depressione; gli esperti stimano che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità per tutte le cause di circa il 10%.

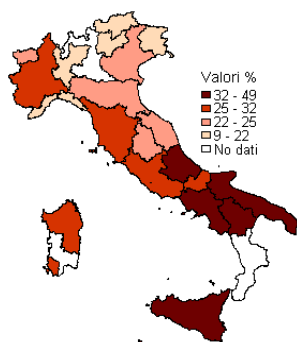
Il livello di attività fisica raccomandato è pari ad almeno 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

In base ai risultati del sistema di sorveglianza PASSI, nel 2008 in Emilia-Romagna solo un terzo delle persone 18-69enni (36%) ha uno stile di vita **attivo**, in quanto conduce un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata/intensa raccomandata; una quota rilevante (42%) è classificabile come **parzialmente attivo** in quanto pratica attività fisica in quantità inferiore alle raccomandazioni.

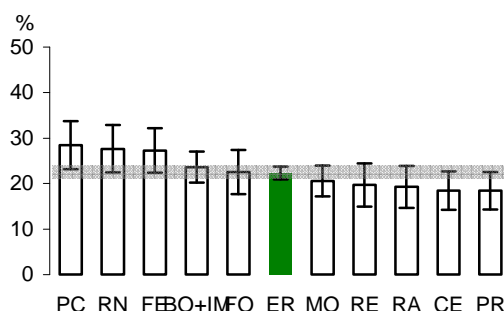
Circa un quarto è completamente **sedentario** (22%); questa stima corrisponde in Regione a circa 660mila persone sedentarie. La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione.

Non sono emerse differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone sedentarie nelle AUSL regionali (range: 18% Parma - 28% Piacenza); tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, è risultato sedentario il 29% del campione, con un evidente gradiente territoriale Nord-Sud.

Sedentari (%)
PASSI 2008



Sedentari (%)
Emilia-Romagna PASSI 2008



Situazione nutrizionale

La situazione nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; l'eccesso di peso rappresenta infatti un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche ed è correlato con una riduzione di aspettativa e qualità di vita nei paesi industrializzati.

Le caratteristiche ponderali vengono rappresentate in relazione al valore dell'Indice di massa corporea (*Body Mass Index* o BMI) in 4 categorie: *sottopeso* (BMI <18,5), *normopeso* (BMI 18,5-24,9), *sovrappeso* (BMI 25,0-29,9), *obeso* (BMI ≥ 30); il BMI è dato dal rapporto peso in kg/statura² in metri.

In base ai risultati del sistema di sorveglianza PASSI, nel 2008 in Emilia-Romagna poco meno della metà delle persone di 18-69 anni (43%) presenta un eccesso ponderale (32% sovrappeso e 11% obesi).

Questa stima corrisponde complessivamente in Regione a circa un milione e 300mila persone di 18-69 anni in eccesso ponderale, di cui circa un milione in sovrappeso e 300mila obesi. I dati sono in linea con quelli dell'Indagine Multiscopo dell'ISTAT 2005.

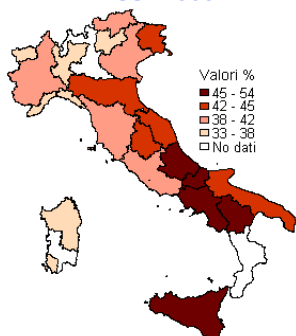
L'eccesso ponderale è significativamente più frequente negli uomini (52% vs 34% nelle donne), nella fascia 50-69 anni (58%), nelle persone con basso livello di istruzione (51%) o con molte difficoltà economiche (49%).

A livello nazionale, l'eccesso ponderale è presente nel 42% della popolazione 18-69enne (32% sovrappeso e 10% obesità) con un marcato gradiente Nord-Sud.

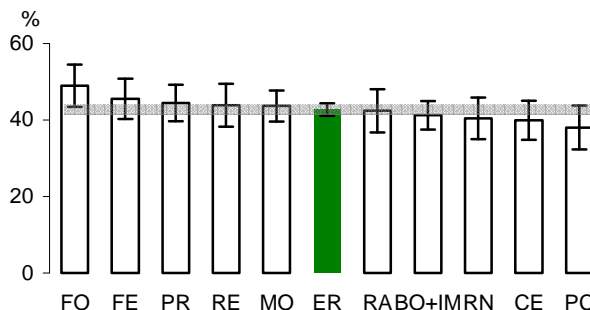
Non sono emerse differenze statisticamente significative relative all'eccesso ponderale nelle AUSL regionali (range: 38% Piacenza - 49% Forlì).

Nella popolazione anziana, la prevalenza di eccesso ponderale è pari al 64% nella fascia 65-74 anni e al 57% sopra ai 75 anni (PASSI d'Argento).

Persone in eccesso ponderale (%)
PASSI 2008

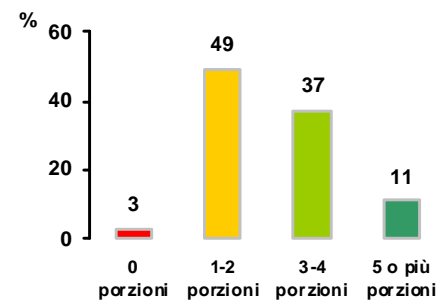


Persone in eccesso ponderale (%)
Emilia-Romagna PASSI 2008



La quasi totalità degli intervistati nel sistema di sorveglianza PASSI (97%) ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno, ma la metà ne mangia solo 1-2 porzioni. Solo una quota esigua (11%) mangia le 5 o più porzioni al giorno raccomandate.

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno (%)
Emilia-Romagna PASSI 2008



Consumo di alcol

L'alcol contribuisce a determinare molteplici problemi sanitari e sociali (dalla sindrome feto-alcolica nei neonati agli incidenti stradali - prima causa di morte in età giovanile - dai disturbi mentali alla violenza, dalle patologie croniche del fegato fino ad alcuni tipi di neoplasia). Per questi motivi, al consumo di alcol viene attribuito circa il 4% del carico di sofferenze in termini di anni di vita in buona salute persi (*Disability Adjusted Life Years Daly*), con un impatto economico significativo.

Si considerano comportamenti a rischio tre modalità di assunzione di alcol: il **forte consumo** (più di 2 unità alcoliche al giorno per gli uomini e 1 unità per le donne), il **consumo abituale fuori pasto** e il **binge drinking** (consumo almeno una volta al mese di 6 o più bevande alcoliche in un'unica occasione). L'unità alcolica corrisponde ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

In base ai risultati del sistema di sorveglianza PASSI, nel 2008 in Emilia-Romagna circa i due terzi dei 18-69enni consumano alcol (64% vs 59% a livello nazionale).

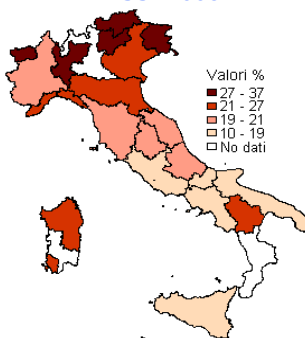
Complessivamente circa un quarto degli intervistati (23%) può essere classificato come **bevitore a rischio**; in Regione la stima dei bevitori a rischio corrisponde a circa 690mila persone di 18-69 anni, di cui 57mila giovani nella fascia 18-24 anni. In particolare un 14% è forte bevitore, un 8% consuma alcol fuori pasto e un 7% è bevitore binge.

Il consumo di alcol a rischio è significativamente più frequente negli uomini (29% vs 17% nelle donne), nelle persone con molte difficoltà economiche percepite (28%) e nei giovani di 18-24 anni: in questa fascia d'età circa la metà dei giovani ha modalità di assunzione di alcol a rischio (47%),

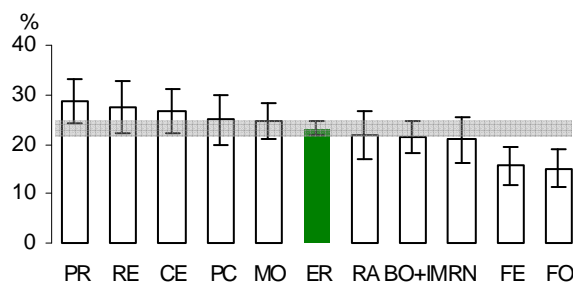
A livello nazionale, i bevitori a rischio stimati sono pari al 20%, con un marcato gradiente territoriale.

Nelle AUsl regionali, Ferrara e Forlì presentano una percentuale di bevitori a rischio significativamente più bassa (range: 15% Forlì - 29% Parma).

Bevitori a rischio (%)
PASSI 2008



Bevitori a rischio (%)
Emilia-Romagna PASSI 2008



Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è un importante fattore di rischio per numerose patologie croniche (in particolare malattie cardiovascolari e respiratorie) e neoplasie. Rappresenta inoltre il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità (*Disability Adjusted Life Years, Daly*).

In base ai risultati del sistema di sorveglianza PASSI, nel 2008 in Emilia-Romagna circa la metà delle persone di 18-69 anni (48%) ha dichiarato di essere **non fumatore**. Gli **ex fumatori** rappresentano circa un quinto del campione (22%) e i **fumatori** un terzo (30%).

I fumatori abituali fumano in media 13 sigarette al giorno; tra questi, il 7% ha riferito di fumare oltre 20 sigarette al giorno e può essere classificato come **"forte fumatore"** (2% del campione totale).

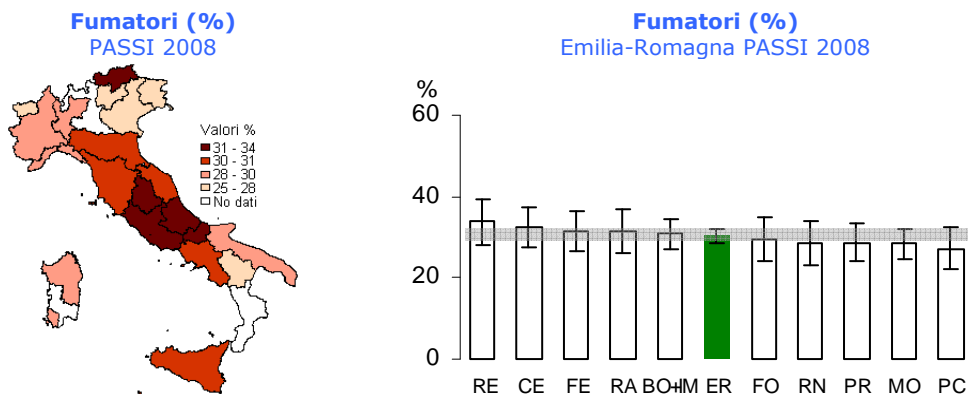
In Regione la quota stimabile di fumatori nella fascia d'età 18-69 anni è pari a circa 900mila persone, di cui 60mila classificabili come forti fumatori.

Si è osservata una percentuale più elevata di fumatori nelle persone sotto ai 50 anni (in particolare 37% nella fascia 25-34 anni), negli uomini (34% vs 26% nelle donne), nelle persone con livello di istruzione di scuola media inferiore e superiore e nelle persone con molte difficoltà economiche percepite (41%).

Nella popolazione anziana, la percentuale di fumatori è del 13% nella fascia 65-74 anni e del 7% sopra ai 75 anni (PASSI d'Argento).

A livello nazionale, i fumatori stimati sono pari al 30% della popolazione.

Non sono emerse differenze statisticamente significative per quanto concerne la prevalenza di fumatori nelle AUsl regionali (range: 27% Piacenza - 34% Reggio Emilia).



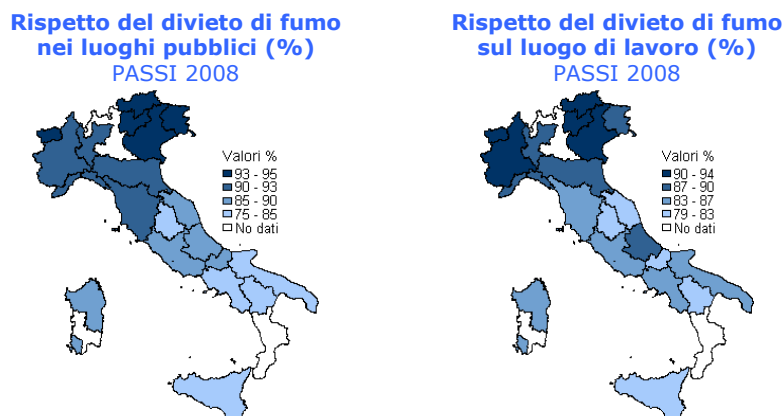
Il **fumo passivo** di tabacco è la principale causa di inquinamento dell'aria negli ambienti confinati. L'esposizione in gravidanza contribuisce a causare basso peso alla nascita e morte improvvisa del lattante; nel corso dell'infanzia può provocare otite media, asma, bronchite e polmonite; in età adulta, infine, il fumo passivo è causa di malattie ischemiche cardiache, ictus e tumore del polmone.

Con la *Legge "Tutela della salute dei non fumatori"* del 2005, l'Italia è stato uno dei primi Paesi dell'Unione europea a regolamentare il fumo nei locali chiusi pubblici e privati, compresi i luoghi di lavoro e le strutture del settore dell'ospitalità; la Regione Emilia-Romagna, con la legge regionale n. 17 del 27 luglio 2007, promuove la prevenzione, la cura ed il controllo del tabagismo, integrando la normativa statale.

In base ai risultati del sistema di sorveglianza PASSI, nel 2008 in Emilia-Romagna la maggior parte delle persone intervistate considera il divieto di fumare nei luoghi pubblici rispettato sempre o quasi sempre (91% vs 87% nel Pool nazionale); è presente di un marcato gradiente territoriale Nord-Sud.

Non sono emerse differenze significative tra AUsl regionali (range: 89% Modena - 95% di Piacenza).

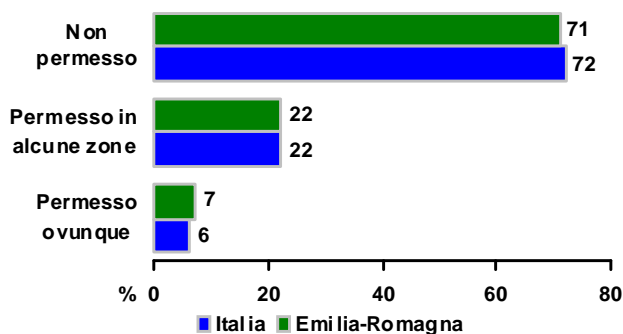
La maggior parte dei lavoratori intervistati considera il divieto di fumare nel luogo di lavoro rispettato sempre o quasi sempre (89% vs 87% nel Pool nazionale), con presenza di un marcato gradiente territoriale. Non sono emerse differenze significative tra le AUsl regionali (range: 84% Modena - 94% Piacenza).



La maggior parte degli intervistati (71%) ha dichiarato che non si fuma in casa. In circa un terzo delle abitazioni si fuma: nel 22% in alcune zone e nel 7% ovunque.

Il rispetto del non fumare in ambiente domestico assume un'importanza maggiore nelle abitazioni in cui vivono bambini per i quali sono ampiamente documentati gli effetti sulla salute prodotti dall'esposizione cronica al fumo ambientale. In circa un quinto delle case in cui sono presenti minori si fuma (17% in alcune zone, 2% ovunque); i dati regionali sono sovrapponibili a quelli nazionali.

Regole sul permesso di fumare a casa (%)
PASSI 2008

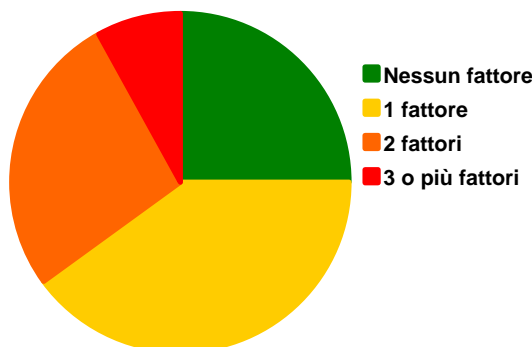


Compresenza dei fattori di rischio

La compresenza dei fattori di rischio amplifica il rischio complessivo per la salute; sulla base dei dati PASSI 2008, solo il 25% della popolazione 18-69 anni non presenta alcuno dei 4 fattori comportamentale considerati (sedentarietà, eccesso ponderale, alcol e fumo); il 40% ha un solo fattore di rischio, il 27% due fattori e l'8% più di due fattori.

La compresenza dei fattori di rischio è significativamente più frequente negli uomini (43% vs 26% delle donne), nelle persone con livello d'istruzione basso (39% vs 30%) e in quelle con difficoltà economiche percepite (42% vs 31%).

Compresenza dei fattori di rischio (%)
PASSI 2008



Per approfondire:

- PASSI *progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia: i risultati del sistema di Sorveglianza (Emilia-Romagna, 2008)*
http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2009/3%20dicembre%202009/Passi_ER2008.pdf
- OKKio alla Salute: i risultati dell'indagine 2008 (Emilia-Romagna)
http://www.saluter.it/wcm/saluter/sanitaer/ssr/assistenza_territoriale/Dipartimento_sanita_pubblica/documentazione/lk_veterinari/docu_veterinari/report/okkio_2008.pdf
- *PASSI d'Argento: la qualità della vita percepita dalle persone con 65 anni e più*
http://www.regione.emilia-romagna.it/wcm/par/notizie/News_2009/passi_gennaio_2010/PASSI_Argento2009_Emil-Romagna.pdf
- Indagine Multiscopo dell'ISTAT 2005: Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070302_00
- Sorveglianza nutrizionale. Determinanti ed indicatori di rischio obesità nella popolazione adolescenziale Emilia-Romagna
http://www.saluter.it/wcm/saluter/pubblicazioni/tutte_le_pubblicazioni/contributi/contributi/allegati/Contributi_58.pdf

Ambiente e Salute

Ambiente e Salute

Ambiente e Salute

L'ambiente, cioè "l'insieme dei fattori fisici, chimici e biologici esterni all'uomo e ai suoi comportamenti", è un fattore che può modificare in senso positivo o negativo lo stato di salute di una popolazione. La relazione uomo-ambiente si traduce in esposizioni ambientali, in genere caratterizzate da dosi basse di inquinanti, che possono comunque comportare un rischio per la salute. L'impatto dell'esposizione a fattori ambientali è amplificato da diverse situazioni come ad esempio le diseguaglianze socioeconomiche o eventi climatici estremi.

L'attenzione della popolazione ai temi ambientali è progressivamente cresciuta, insieme con la percezione dei rischi ambientali e le preoccupazioni sui possibili effetti negativi sulla salute di queste esposizioni. Per quanto riguarda la percezione del rischio ambientale nella popolazione, nel 2008 in Emilia-Romagna il 47% delle famiglie ha dichiarato l'esistenza di problemi relativi all'inquinamento dell'aria nella zona in cui abita (Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"); il dato è lievemente maggiore rispetto alla stima nazionale (42%).

In questo capitolo viene offerta la lettura di alcuni dati ambientali in termini di esposizione della popolazione regionale; i fattori ambientali sono stati selezionati in base a tre criteri: disponibilità di dati, ampiezza dell'impatto sulla salute, possibilità di interventi di modifica.

La seguente tabella elenca i fattori ambientali illustrati in questo capitolo e ne tratteggia le principali relazioni con alcuni effetti sulla salute. La freccia indica le associazioni più rilevanti, la forma delle frecce rimanda alla forza di questa associazione e all'ampiezza del rischio attribuibile.

Effetti sulla salute		Determinante ambientale	Indicatore ambientale
Malattie respiratorie	↔	Qualità dell'aria	Esposizione della popolazione ai macroinquinanti urbani: PM10, O3, NO2
tumori	↔	Ambiente costruito	Esposizione a fibre di amianto
Malattie cardiovascolari	↔	radiazioni	Concentrazione di radon negli ambienti di vita
Disturbi del sonno	↔	rumore	Popolazione esposta ai diversi livelli di rumore
Fastidio	↔	rifiuti	Quantità di rifiuti urbani raccolta in modo differenziato Autonomia per lo smaltimento
Eventi avversi legati al clima: malattie infettive, mortalità	↔	Cambiamenti climatici	Presenza di vettori legata alle modificazioni del clima Ondate di calore
Malattie gastrointestinali	↔	acque	Qualità delle acque di balneazione

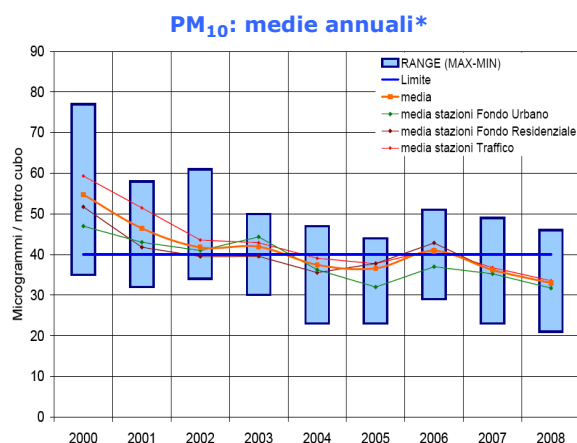
fonte: ENHIS (European environment and health information system)

Qualità dell'aria esterna

L'esposizione all'inquinamento atmosferico provoca danni alla salute sia in modo acuto (dopo esposizioni di picco agli inquinanti nei giorni con maggiore inquinamento) sia in modo cronico. Il danno è nella maggior parte dei casi subdolo e poco evidente: si pensi all'alterato sviluppo della funzione respiratoria nei bambini o alla diminuita saturazione di ossigeno negli anziani, ma determina anche aumenti di morbosità e mortalità. I capoluoghi di provincia dell'Emilia-Romagna presentano problemi di qualità dell'aria per un numero elevato di giornate all'anno, sebbene si registri negli ultimi anni una tendenza al miglioramento. Gli inquinanti critici in Regione sono: particolato fine (ossia tutte le particelle solide o liquide sospese nell'aria con dimensioni microscopiche e quindi inalabili), ozono e ossidi di azoto.

Esposizione al particolato fine (PM₁₀)

L'esposizione al PM₁₀ (particolato fine) provoca un ampio ventaglio di danni alla salute, da disturbi respiratori lievi a un aumento dei ricoveri per malattie respiratorie e cardiache e perfino della mortalità; qualunque concentrazione è considerata dannosa per la salute.



* il range è riferito all'insieme delle stazioni di monitoraggio della rete regionale

fonte: relazione sullo stato dell'ambiente in Emilia-Romagna, 2009

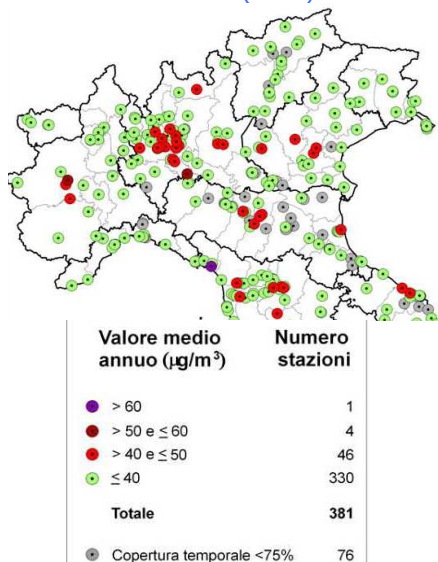
Nel corso del 2009, i residenti nei capoluoghi di provincia (36% della popolazione regionale) sono stati esposti a più di 35 superamenti della media giornaliera di 50 µg/mc di PM₁₀, limite di tutela stabilito dalla normativa vigente. I superamenti sono stati registrati in 23 stazioni di monitoraggio, sulle 35 stazioni attive negli agglomerati urbani.

La limitazione del numero di superamenti tenta di circoscrivere l'entità degli effetti acuti, ma è soprattutto uno strumento che mira a garantire un'esposizione della popolazione "accettabile" sul lungo periodo. Dal 2004 il range del numero annuo di superamenti del limite giornaliero si è sostanzialmente stabilizzato, come evidenzia anche la stabilità del range delle medie annuali dal 2003.

L'esposizione media annuale a PM₁₀ in Regione è scesa del 10-15% rispetto al 2002: nel 2007, l'esposizione media annuale a PM₁₀ pesata per i residenti nei capoluoghi regionali è risultata pari a 41,3 µg/mc, appena superiore al valore limite annuale di protezione della salute (40 µg/mc) stabilito dall'Unione Europea. Si tratta di un risultato importante, anche se migliorabile in termini di tutela della salute della popolazione se si fa riferimento al valore guida annuale indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (20 µg/mc); non va infatti dimenticato che i valori limite previsti dalla normativa europea non sono limiti di sicurezza, ma limiti empirici di limitazione del danno.

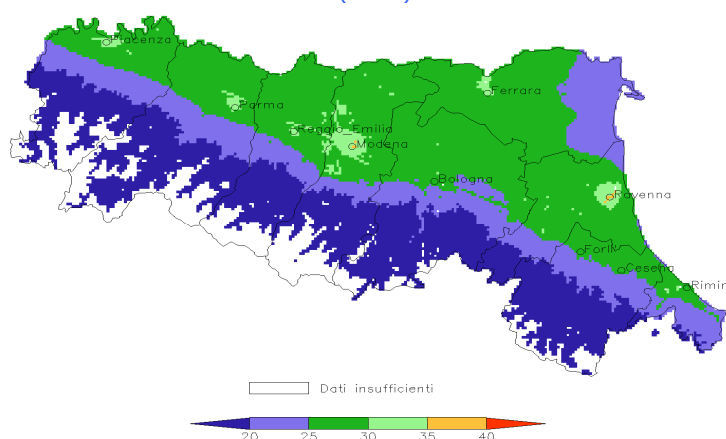
A titolo esemplificativo si consideri che una riduzione dell'esposizione a PM₁₀ a 20 µg/mc, rispetto ai 41,3 µg/mc del 2007, porterebbe a una diminuzione del 7% dell'incidenza di tosse e sintomi respiratori e del 2% dei ricoveri ospedalieri per problemi respiratori in bambini con meno di 15 anni, oltre che a un allungamento di 6 mesi della speranza di vita per l'intera popolazione.

PM₁₀: media annua per stazione Nord Italia (2008)



fonte: <http://annuario.apat.it/>

PM₁₀: stima della concentrazione media di fondo regionale (2008)



fonte: ARPA Emilia-Romagna, 2009

Le **concentrazioni medie annuali di fondo** del PM₁₀ costituiscono un indicatore di esposizione più aderente alla reale esposizione della popolazione; si basano su misure effettuate in aree lontane da emissioni dirette (parchi, zone pedonali, aree rurali) a cui si aggiungono stime con metodi statistici per le aree prive di stazioni di monitoraggio, salvo l'Appennino.

Nel 2008 le aree urbane hanno presentato maggiori criticità rispetto alle zone rurali: l'esposizione media di fondo a PM₁₀ supera i 35 µg/mc/anno a Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Ravenna e nel distretto delle ceramiche di Sassuolo. Nella parte restante della pianura si stimano valori tra i 25 e i 35 µg/mc/anno. I dati nazionali sono disponibili per il 2008: la situazione è simile nell'intera pianura padana, ma l'Emilia-Romagna non presenta le elevate medie annuali registrate in altre città del Nord.

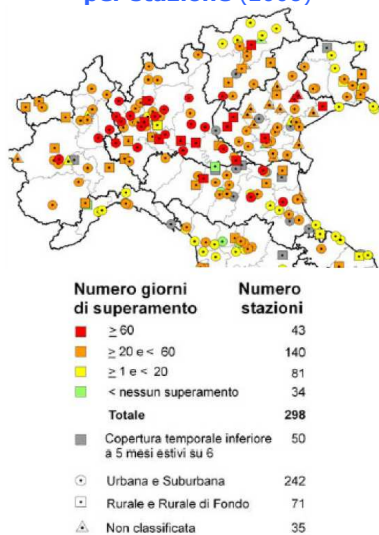
Esposizione all'ozono

L'ozono è un irritante respiratorio, provoca attacchi d'asma e danneggia i polmoni; viene prodotto da complesse reazioni nell'aria a livello del suolo a partire da ossidi di azoto, composti organici volatili, metano e monossido di carbonio. I livelli di ozono sono in crescita, mediamente dell'1% all'anno.

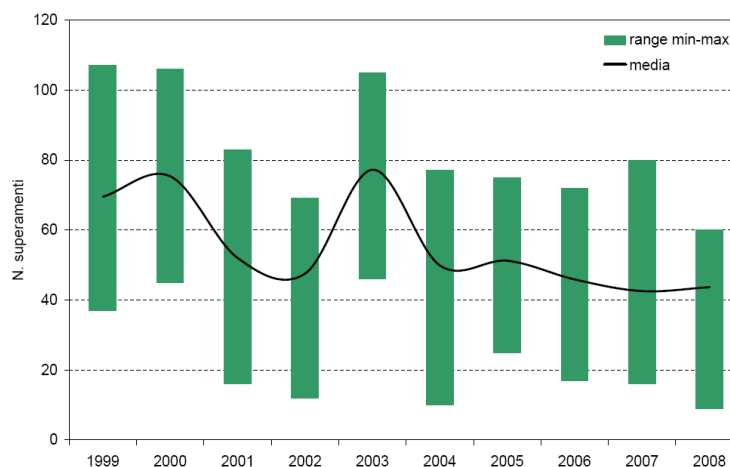
Il livello di protezione a lungo termine della salute, fissato in 120 µg/mc di ozono come massimo della media mobile di 8 ore, è il migliore indicatore disponibile per valutare l'esposizione della popolazione all'ozono. La popolazione regionale è esposta per un numero elevato di giorni a ozono in quantità superiori al livello di protezione (120 µg/mc). Mediamente si è trattato di 40 giorni di esposizione nel 2008 (dovrebbero essere 25 giorni al massimo), con un trend in lieve riduzione. Secondo stime ottenute con modelli statistici, tutto il territorio regionale supera il tetto dei 25 superamenti nell'anno, sebbene si evidenzia una maggiore criticità dell'Emilia rispetto alla Romagna e al Ferrarese, e delle aree rurali rispetto alle aree urbane.

Il confronto con l'Italia è possibile con i valori medi del 2008 e mostra una situazione simile nell'intera pianura padana.

Ozono (O₃) - numero giorni con superamento obiettivo protezione a lungo termine, per stazione (2008)



Ozono (O₃) - Numero di superamenti dell'obiettivo a lungo termine per la salute umana (max media 8 ore 120 µg/m³) *



fonte: relazione sullo stato dell'ambiente in Emilia-Romagna 2009
* il range è riferito alle stazioni di monitoraggio

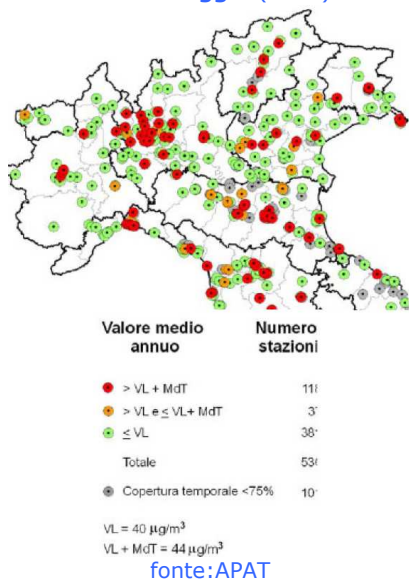
Esposizione agli ossidi di azoto (NO)

Gli ossidi di azoto sono irritanti per le vie respiratorie; contribuiscono inoltre alla formazione del particolato secondario (particolato non emesso dalle sorgenti inquinanti, ma formatosi per reazioni chimiche di precursori in atmosfera). Per questi motivi sono un indicatore significativo dell'effetto dannoso dell'inquinamento atmosferico, come rilevato dallo studio italiano sugli effetti a breve termine sulla salute umana da inquinamento dell'aria (EpiAir): ad esempio, ogni 10 µg/mc di aumento di NO₂ si verifica un aumento dei ricoveri per disturbi respiratori (+2%) e, nei bambini, per asma (+8%).

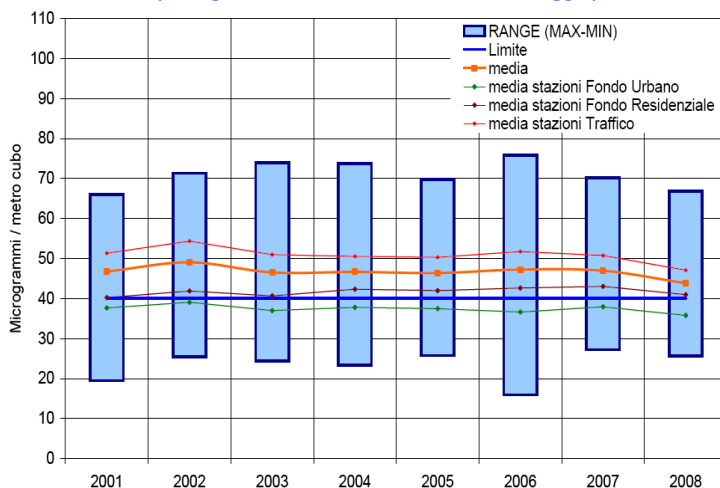
Le medie annuali di biossido di azoto misurate in Regione nel corso degli anni rimangono sostanzialmente invariate, restando sopra i 40 µg/mc (valore limite valido dal 2010, fissato per la protezione della salute umana, ma come già evidenziato non scevro di effetti sulla salute). Nel 2007, l'esposizione media annuale pesata a NO₂ per i residenti nei capoluoghi regionali è risultata pari a 55,8 µg/mc, ben superiore al valore di 45 µg/mc., allora considerato valore limite per la protezione della salute. Anche i dati del 2008 per i capoluoghi mostrano che una parte considerevole dei residenti nei capoluoghi è stata esposta a concentrazioni di biossido di azoto maggiori di 40 µg/mc.

Il confronto con l'Italia, possibile con i valori medi del 2008, evidenzia una distribuzione disomogenea nella pianura padana, con picchi che disegnano il tracciato dei maggiori assi stradali del Nord Italia (A1; A4; A8; A22), ciò in quanto le concentrazioni di biossido di azoto diminuiscono in maniera notevole a breve distanza dalla sorgente di emissione, diversamente dal PM₁₀.

NO₂: medie annuali, per stazione di monitoraggio (2008)



NO₂: medie annuali (il range è riferito alle stazioni di monitoraggio)



fonte: Relazione sullo stato dell'ambiente in Emilia-Romagna, 2009

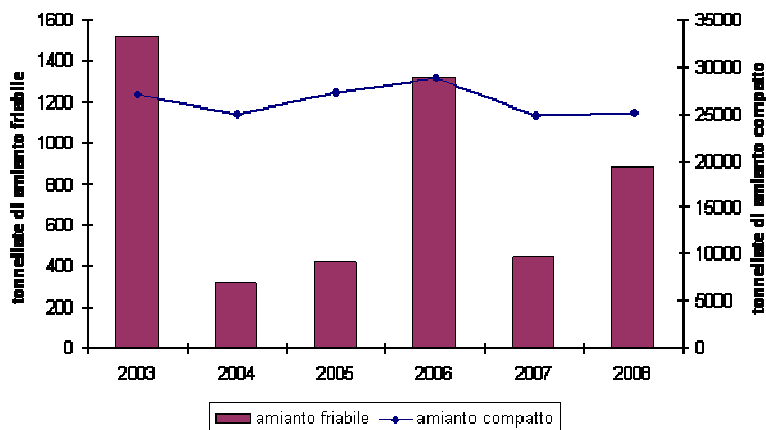
Esposizione a fibre di amianto

L'esposizione a fibre di amianto è associata al carcinoma polmonare e al mesotelioma della pleura. L'amianto è pericoloso quando disperde fibre libere nell'ambiente circostante per effetto di qualsiasi tipo di sollecitazione meccanica. Le esposizioni negli ambienti di vita, molto inferiori a quelle professionali, non sono da sottovalutare perché l'effetto neoplastico non ha teoricamente valori di soglia (il valore limite di esposizione all'amianto negli ambienti di lavoro è fissato a 0.1 fibre per centimetro cubo di aria).

Dal 1992, anno di entrata in vigore della legge che ha vietato la commercializzazione di materiali contenenti amianto, in Emilia-Romagna è stato ampiamente rimosso l'amianto friabile, pericoloso per il maggior rischio di dispersione di fibre nell'ambiente. L'amianto compatto invece è ancora abbastanza diffuso, soprattutto come materiale di copertura di stabilimenti industriali e di edifici. La mappatura della presenza di amianto in Regione ha consentito di appurare che la tipologia di materiale contenente amianto ancora in loco è essenzialmente compatta (es. tetti in eternit); la presenza di amianto friabile (più pericoloso) è modesta, grazie alle numerose azioni di bonifica attuate in seguito al censimento del 1997.

Per quanto riguarda le coperture a lastre di cemento-amianto, la Regione Emilia-Romagna, partendo dai criteri fissati dal D.M. 06/09/94 che riporta le "Normative e metodologie tecniche relative alla cessazione dell'impiego dell'amianto", ha definito delle linee guida per semplificare ed uniformare il giudizio sullo stato di conservazione delle coperture, sulla valutazione del rischio per la salute e per fornire indicazioni sulle azioni conseguenti da adottare. Il grafico riporta le quantità di amianto rimosso con modalità corrette in Emilia-Romagna dal 2003 al 2008.

Amianto - quantità rimossa (tonnellate)



fonte: Regione Emilia-Romagna Dipartimenti di Sanità Pubblica: risorse, dati di attività, indicatori. Report dal 2003 al 2008

Esposizione a rumore

Il rumore è un'esposizione ambientale, a carattere locale, pericolosa per la salute; l'abitudine a considerarlo un fattore legato alla vita in città conduce talvolta a sottostimarne il rischio e ad adottare scarse misure di attenuazione. L'entità della popolazione esposta all'inquinamento acustico è un'informazione importante per valutare la necessità di interventi.

Nel corso degli anni '90, in alcune città emiliane, sono state effettuate **mappature acustiche** per stimare la percentuale di popolazione esposta alle diverse fasce di livelli sonori (prodotti per lo più dal

traffico veicolare). Una percentuale significativa del territorio indagato (56%) è caratterizzata da livelli di rumore superiori a 65 dBA nel periodo diurno (valore di riferimento al di sopra del quale si può ritenere che una percentuale significativa di popolazione risulti disturbata). L'estensione delle superfici con elevati livelli di rumore è verosimilmente sovrastimata, in quanto le mappature acustiche generalmente non hanno tenuto conto dell'effetto schermante degli edifici.

Si ritiene che questa situazione possa essere rappresentativa anche degli altri principali centri urbani della Regione, in quanto confermata anche dai dati disponibili a livello nazionale (Annuario dei dati ambientali, APAT).

Studi condotti sulla rumorosità ambientale in esterno Emilia-Romagna

Comune	Popolazione totale	% popolazione in studio	% popolazione in studio residente in aree con LAeq diurno >65dBA	% popolazione in studio residente in aree con LAeq notturno >55dBA	Sorgenti di esposizione	Metodologia di studio	Anno
	N. residenti	%	%	%			
Bologna	381.178	100	53 ¹		Infrastrutture di trasporto	A	1997
Modena	174.000	80	29	33	Rumore ambientale complessivo: traffico veicolare sorgente prevalente	B	1991
Modena	177.800	91	47 ²	60 ²	traffico veicolare	A	2000
Ferrara	131.737	90	35		traffico veicolare	A	1997

¹ la percentuale di popolazione è stata calcolata con riferimento al Livello giorno/notte, che si ottiene penalizzando di 10 dB il rumore misurato nelle ore notturne.

² le percentuali di popolazione sono riferite ai descrittori acustici - di cui alla Direttiva 2002/49/CE - Lden (>65dBA) e Lnight (>55dBA) (*day*=ore 06.00-18.00, *evening*=ore 18.00-22.00, *night*=ore 22.00-06.00)

LEGENDA:

A = Stima della popolazione esposta a partire dai dati demografici e da mappature acustiche ottenute attraverso misure fonometriche e/o modelli di calcolo

B = Campionamento statistico della popolazione e valutazione dell'esposizione a rumore del campione di popolazione scelto, attraverso misure fonometriche ed eventuali applicazione modellistiche

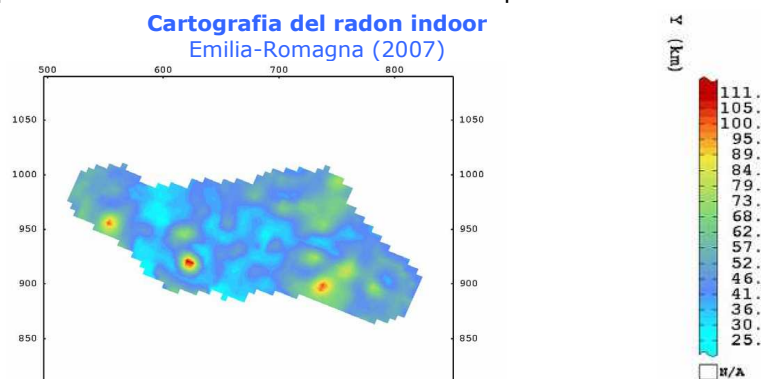
fonte: ARPA Emilia-Romagna

Radon negli ambienti di vita

Il radon è un gas radioattivo inodore di origine naturale: si trova nel terreno e nelle rocce, in quantità variabile a seconda della geologia locale; viene emesso dal suolo e può accumularsi negli spazi chiusi degli edifici. L'esposizione al radon aumenta il rischio di tumore polmonare.

La conoscenza delle aree con presenza di radon è essenziale per sviluppare strategie di risposta al rischio: in Regione sono evidenti tre aree in zona appenninica nelle quali si concentrano i più alti valori di radon indoor (con valori medi maggiori di 70 Bequerel/m³) in provincia di Piacenza, tra le province di Reggio Emilia e Modena e in provincia di Forlì-Cesena. Va considerato che L'Unione Europea indica un valore di riferimento per edifici di nuova costruzione di 200 Bequerel al metro cubo.

Cartografia del radon indoor Emilia-Romagna (2007)



Fonte: Il radon ambientale in Emilia-Romagna (2007)

Rifiuti

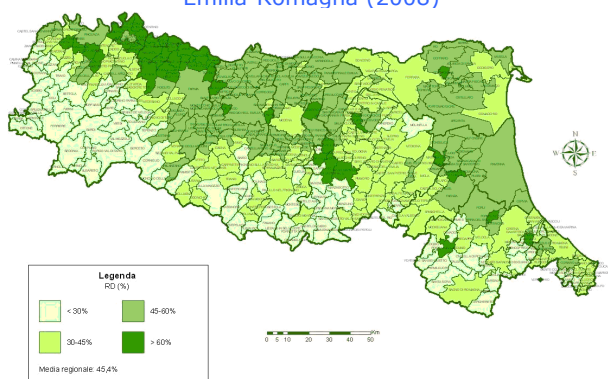
I rifiuti costituiscono un elemento importante per la qualità ambientale. La quantità di rifiuti prodotti in Regione è in aumento; in particolare i **rifiuti urbani** sono cresciuti del 2,8% nel 2008 rispetto al 2007. Il trend di crescita è presente in tutte le province, con variazioni dal +0,4% al +4,5%.

Nel 2008 la **raccolta differenziata** a livello regionale è stata pari a 1.367.291 tonnellate di rifiuti urbani (pari al 45,4% del totale prodotto e in linea con l'obiettivo nazionale del 45%); il trend è in costante crescita. La raccolta differenziata varia dal 51,7% a Reggio Emilia al 37,9% a Bologna.

L'obiettivo del 45% di raccolta differenziata è stato raggiunto in 5 su 9 Comuni con popolazione superiore ai 100.000 abitanti e in circa la metà dei restanti Comuni; in particolare i Comuni di piccole dimensioni e localizzati in collina o sull'Appennino hanno maggiori difficoltà nell'attivare la raccolta differenziata.

In 40 Comuni la gestione dei rifiuti raggiunge standard molto elevati con percentuali di raccolta differenziata superiori al 55%.

Mappa della raccolta differenziata per comune
Emilia-Romagna (2008)

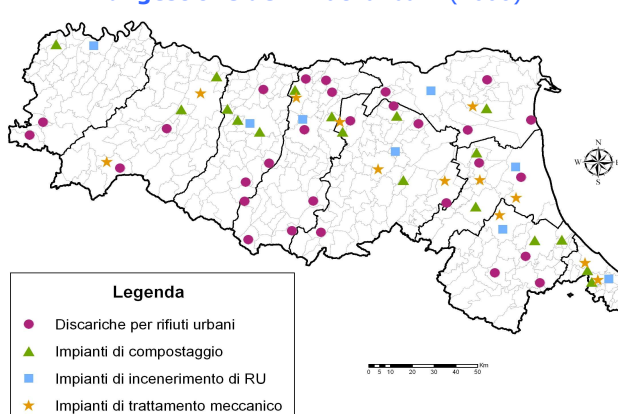


Fonte: relazione stato dell'ambiente in Emilia-Romagna, 2009

Per quanto riguarda l'autonomia regionale nello **smaltimento dei rifiuti**, in Emilia-Romagna sono presenti 28 discariche per rifiuti urbani e sono attivi 8 inceneritori per rifiuti urbani; questi ultimi smaltiscono circa 600.000 tonnellate di rifiuti urbani ogni anno (circa il 20% dei rifiuti urbani).

Vista la crescente preoccupazione della popolazione per gli effetti sulla salute degli inceneritori e le non ancora complete evidenze di impatto sulla salute, la Regione Emilia-Romagna ha attivato il progetto Monitor (*Monitoraggio degli inceneritori nel territorio dell'Emilia-Romagna*) con l'obiettivo principale di "organizzare un sistema di sorveglianza ambientale e valutazione epidemiologica nelle aree circostanti gli impianti di incenerimento in Emilia-Romagna". Al termine del 2010 è prevista la pubblicazione dei primi risultati di Monitor relativi alla caratterizzazione delle emissioni e della qualità dell'aria ambiente, e anche agli effetti sulla salute.

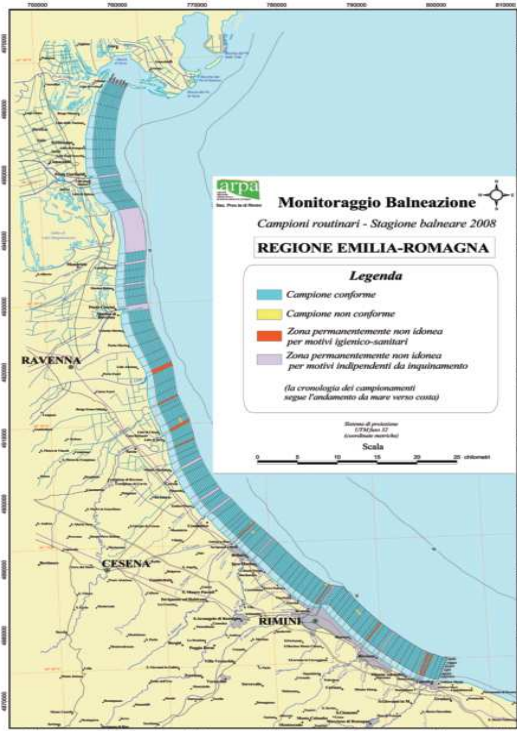
Sistema impiantistico regionale
di gestione dei rifiuti urbani (2008)



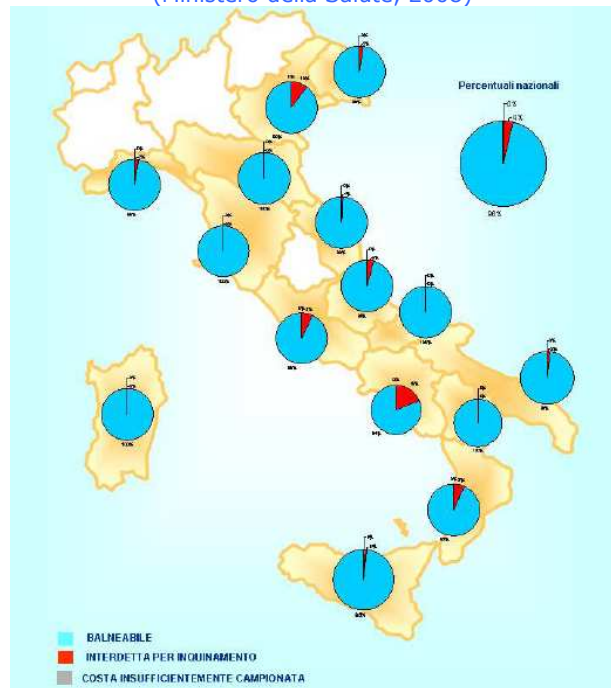
Qualità delle acque di balneazione

La normativa sulle acque di balneazione prevede che alcuni tratti di costa siano permanentemente vietati alla balneazione: i tratti di costa interessati da immissioni di varia natura (foci di fiumi e canali), presenza di transito di natanti (porti), destinazioni incompatibili con l'uso balneare (coste riservate a usi militari); nella nostra Regione i tratti permanentemente vietati alla balneazione sono 31 km pari al 23,8% della costa.

Nel 2008 i rimanenti 100 km di costa regionale sono risultati tutti balneabili e pertanto l'Indice di Balneabilità Temporanea è stato in tutte e quattro le Province costiere pari al 100%; questo significa che durante la stagione balneare 2008 non si sono verificati eventi tali da comportare la chiusura temporanea della balneazione in nessuna delle quattro province costiere.



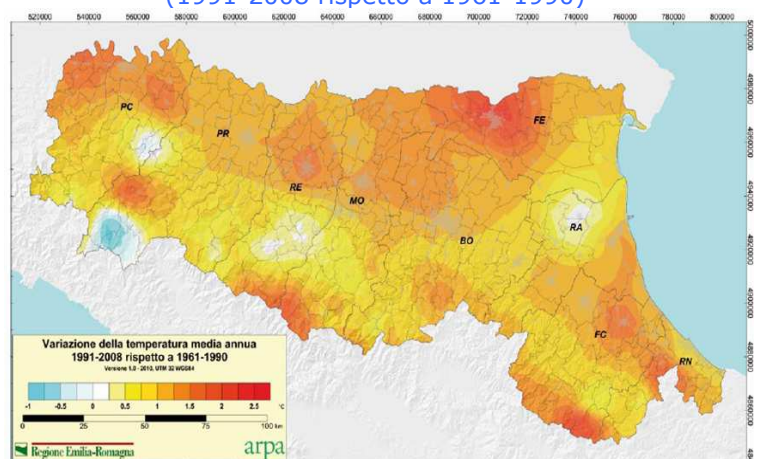
Qualità delle acque di balneazione (Ministero della Salute, 2008)



Cambiamenti climatici

Negli ultimi decenni si sta verificando su scala mondiale un graduale aumento della temperatura, in gran parte determinato dalle attività umane. La mappa riporta la variazione della temperatura media annua fra due successivi periodi (1961-90 e 1991-2008): l'aumento della temperatura coinvolge l'intero territorio regionale e comporta un impatto sugli ecosistemi con conseguenze anche sulla salute umana, in quanto influisce sulle malattie infettive (malattie virali trasmesse dalla puntura di zanzare infette, gastroenteriti, ecc.), sulle malattie allergiche e sulla mortalità e morbosità derivata da eventi catastrofici. Inoltre nel breve periodo si riscontra una relazione diretta tra ondate di calore (o di freddo) e mortalità.

Variazione temperatura media annua (1991-2008 rispetto a 1961-1990)

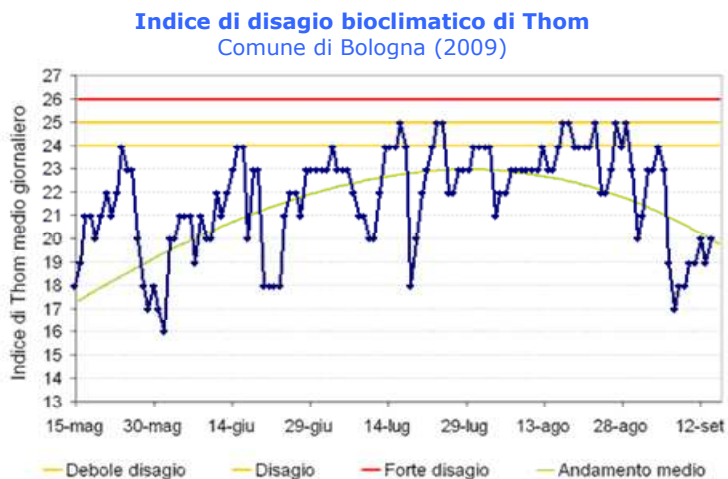


fonte: ARPA Emilia-Romagna Atlante idroclimatico, 2010

Esposizione della popolazione a ondate di calore

Il termine **ondata di calore** indica un periodo prolungato di condizioni meteorologiche estreme, con temperature elevate che persistono per diversi giorni. Le ondate di calore provocano aumento della mortalità, specie in sottogruppi di popolazione più sensibili (anziani, disabili, malati cronici, neonati, ma anche chi soffre di disturbi mentali). Si stima che in Italia ad ogni grado di aumento di temperatura - oltre la soglia di forte disagio- corrisponda il 3% di morti in più. A partire dal 2004 la Regione ha attivato un sistema di allerta per le ondate di calore; l'indice di disagio bioclimatico di Thom descrive le condizioni di disagio dovute al caldo ed è usato per le previsioni delle ondate di calore nel territorio regionale.

La figura riporta l'andamento dell'indice di Thom a Bologna durante l'estate 2009; i dati possono ritenersi rappresentativi degli andamenti temporali del disagio bioclimatico nell'intero territorio di pianura regionale. Nel grafico sono indicati i valori giornalieri dell'indice di Thom e i rispettivi tre livelli di riferimento. I giorni con *disagio* sono stati 8, mentre non vi sono stati giorni con *forte disagio* (nel 2003 vi furono 6 giorni con forte disagio). Si tenga presente che nelle previsioni il livello "forte disagio" può essere segnalato anche per la sola persistenza delle condizioni di disagio.



fonte: ARPA Emilia-Romagna

Esposizione a malattie trasmesse da insetti vettori

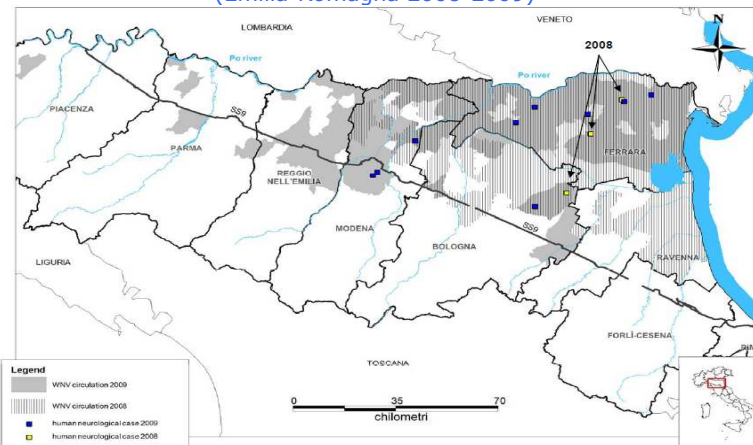
Le malattie trasmesse da vettori sono considerate un problema emergente dalle principali organizzazioni sanitarie europee. La Regione Emilia-Romagna è stata interessata da un focolaio epidemico di Chikungunya nel 2007 e tuttora è coinvolta nell'epidemia di West Nile Disease (WND).

Il virus della West Nile (WND) è trasmesso occasionalmente all'uomo dalle zanzare, in particolare del genere *Culex*, che si infettano pungendo gli uccelli. Gli uccelli selvatici rappresentano infatti il serbatoio dell'infezione da West Nile, mentre il cavallo e l'uomo sono ospiti non infettivi per il virus West Nile: la zanzara non può trasmettere la malattia da uomo a uomo o da cavallo a uomo.

In Italia nel 2009 i casi segnalati nell'uomo di malattia neuroinvasiva causata dal virus West Nile sono stati 18 (9 dei quali in Emilia-Romagna), in aumento rispetto al 2008, anno nel quale sono stati registrati per la prima volta in Italia casi di malattia nell'uomo.

Nella mappa le aree grigie contrassegnano le zone nelle quali è stata rilevata la circolazione del virus WND; i quadrati di colore giallo rappresentano i casi umani di WND nel 2008 e i quadrati blu i casi umani di WND nel 2009.

Aree con circolazione virale West Nile Disease accertata (Emilia-Romagna 2008-2009)



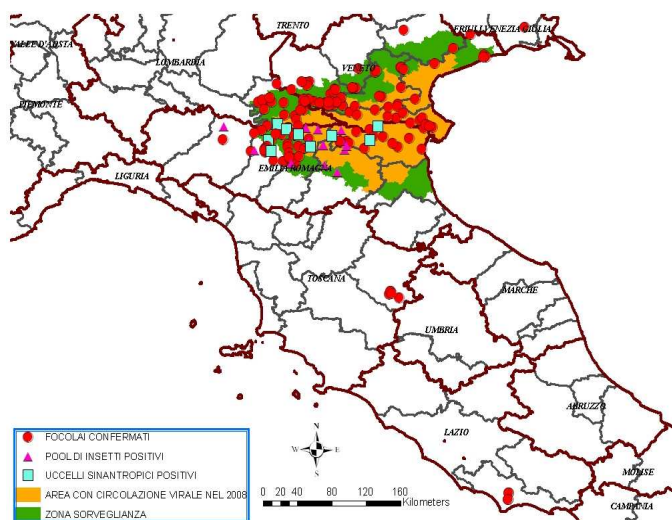
fonte: IZS - Sorveglianza della West Nile Disease in Emilia-Romagna.

Per ridurre la trasmissione del virus, oltre al pronto riconoscimento dei malati, è necessaria la sorveglianza entomologica e veterinaria nelle aree con condizioni ecologiche favorevoli al ciclo virale; i sistemi di sorveglianza consentono infatti di attuare tempestivamente le misure di controllo.

Il CESME (Centro Studi Malattie Esotiche), presso l'Istituto Zooprofilattico di Teramo, è il Centro Nazionale di Referenza per lo studio e l'accertamento delle malattie esotiche degli animali. Il Bollettino curato dal Centro riporta i risultati del Piano nazionale di sorveglianza per la West Nile Disease.

I casi di infezione rilevati tra specie equine nel 2009 mostrano che la circolazione virale è più estesa rispetto a quanto rilevato dai casi umani, ed interessa un'area più estesa del delta del Po e anche aree del Lazio e della Toscana.

Casi di West Nile Virus negli equidi (2009)



fonte: bollettino CESME n.45 (2010)

Per approfondire:

- Baldacci S, Maio S e Viegi G *Inquinamento atmosferico e salute umana ovvero come orientarsi nella lettura e interpretazione di studi ambientali, tossicologici ed epidemiologici. Epidemiol Prev* 2009; 33(6) suppl 2: 1-72
- *Relazione sullo stato dell'ambiente in Emilia-Romagna 2009*
- ENHIS (European environment and health information system) *Methodological guidelines for a core and extended set of indicators 2007* www.enhis.org
- ISTAT *La vita quotidiana nel 2008 - Indagine multiscopo annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" 2010*
- Renna E e al. *Il progetto "mappatura delle zone del territorio regionale interessate dalla presenza di amianto" situazione al 30 settembre 2005. Regione Emilia-Romagna*
- Gaidolfi L, Angelini P, Mignani R. *Il radon ambientale in Emilia-Romagna. Ottobre 2007. Collana contributi Emilia-Romagna 51/2007*
- ARPA Emilia-Romagna *Annuario regionale dati ambientali 2008*
- MONITER www.monitor.it
- Balneazione www.arpa.emr.it/balneazione/
- Ondate di calore www.arpa.emr.it/disagio/
- Malattie da insetti vettore
www.zanzaratigreonline.it
<http://www.eurosurveillance.org>
http://sorveglianza.izs.it/emergenze/west_nile/emergenze.htm

Casa e Salute

Casa e Salute

Casa e salute

L'ambiente domestico rappresenta un ambito nel quale si concentrano importanti fattori di rischio per la salute, sia dal punto di vista dell'incidentalità sia da quello della salubrità, nonostante questo vi è nella popolazione una scarsa o assente percezione del rischio. Se consideriamo, infatti, tutti gli incidenti che avvengono in un anno in Emilia-Romagna, senza distinguere per gravità, osserviamo che gli incidenti domestici sono circa 600.000, gli infortuni sul lavoro circa 130.000 e quelli stradali circa 22.000. Se valutiamo invece la mortalità, ogni anno si registrano circa 530 decessi per incidenti stradali, 125 per infortuni sul lavoro e circa 700 morti dovuti a cadute accidentali.

Incidenti domestici

Si riportano in questo capitolo i dati più significativi relativi agli incidenti domestici in Emilia-Romagna tratti dalle seguenti fonti informative:

- il Sistema Informativo SINIACA a livello nazionale e regionale (AUsl Forlì)
- il Sistema di Sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento
- l'Atlante regionale di Mortalità.

Il Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni in Ambiente di Civile Abitazione (SINIACA) è coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e raccoglie le informazioni attraverso una rete di Pronto Soccorso campione a livello regionale.

Il SINIACA classifica come "**Incidente domestico**" un incidente dovuto ad un evento traumatico, avvenuto all'interno delle mura domestiche o nelle immediate pertinenze, riconducibile a cause non legate alla volontà umana, che ha indotto il soggetto o i familiari a consultare un medico del Pronto Soccorso.

Nel biennio 2005-2006 a livello nazionale il tasso di incidenza grezzo¹ per gli Incidenti domestici con accesso al pronto soccorso è risultato pari a 2.9% .

A partire dal gennaio 2003, L'AUsl di Forlì ha aderito allo sviluppo di questo sistema informativo e ha intrapreso un processo di sorveglianza epidemiologica delle lesioni causate dagli incidenti domestici.

Nella tabella seguente sono indicati i casi di infortuni domestici stimati nel territorio regionale, utilizzando i dati elaborati dalla AUsl di Forlì relativamente ai casi rilevati nel periodo 2003-2007 e il tasso grezzo di incidenza per anno.

Nel periodo di rilevazione 2003-2007, si osserva un aumento del numero di casi fino al 2005 e un calo moderato nei due anni successivi.

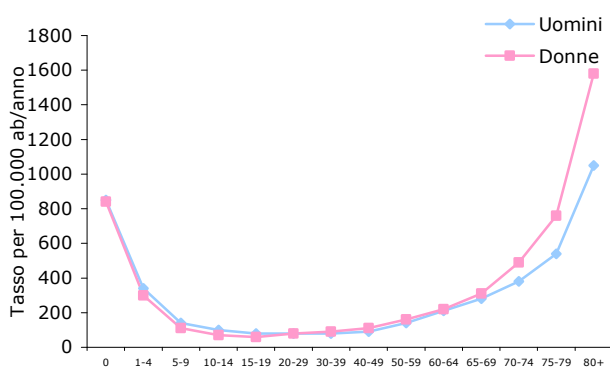
	N° incidenti domestici AUsl Forlì	Tasso Incidenza Grezzo (%) AUsl Forlì	N° infortuni domestici stimati in Emilia-Romagna
2003	5.757	3.4%	139.445
2004	6.219	3.6%	150.693
2005	6.731	3.9%	162.895
2006	6.339	3.6%	153.316
2007	5.941	3.4%	144.096

La distribuzione per classi di età dei casi è sostanzialmente in linea con quanto descritto in letteratura: la maggioranza degli incidenti domestici avviene negli anziani e, tra questi, prevalgono gli incidenti nelle donne e quelli seguiti da ricovero.

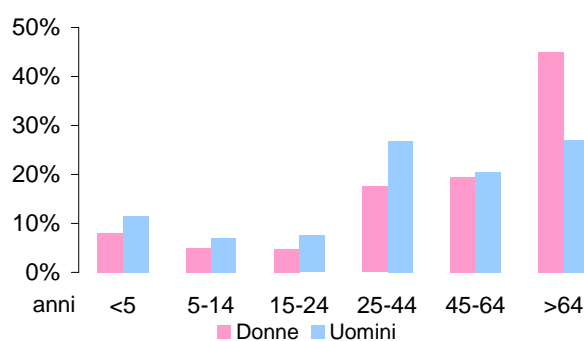
Per quanto riguarda i bambini, nell'intervallo di età 0-4 anni si assiste, in linea con quanto descritto in letteratura, a un'elevata incidenza di ricoveri ospedalieri per incidente domestico in entrambi i sessi.

Per quanto riguarda la distribuzione nei due sessi, si osserva una leggera e costante prevalenza degli infortuni domestici femminili (54% vs 46% nei maschi nel 2007).

Incidenza ricoveri per incidente domestico per sesso ed età Emilia-Romagna (SDO 2007)



Distribuzione degli incidenti domestici per sesso e classe d'età AUsl Forlì (2007)



¹ rapporto tra il numero di nuovi casi nel periodo e la popolazione di riferimento

Nel 2007 la **dinamica** nettamente più frequente in caso di incidente domestico rimane la caduta (49.3%); seguono il taglio (14.4%) e l'urto (12.4%). La **caduta** rappresenta un evento in costante aumento: dal 43.6% dei casi nel 2003 al 49.3% nel 2007. Le cadute sono più frequenti nelle donne (71% vs 29% degli uomini), anche in considerazione della maggiore longevità e attività nel settore domestico.

Un'attenzione particolare per frequenza e gravità merita il fenomeno delle cadute nelle persone con più di 65 anni (+21% dal 2003 al 2007): la classe di età maggiormente interessata è quella 80-84 anni con un 24.5% del totale delle cadute.

In *PASSI d'Argento* è presente un capitolo specifico dedicato alle cadute negli anziani (≥ 65 anni), ritenute uno dei "quattro giganti della geriatria". Nel 2009 in regione, il 7% degli anziani intervistati ha riferito una caduta negli ultimi 30 giorni; le cadute sono ancor più frequenti negli anziani con segni di fragilità (11%) e negli anziani disabili (12%).

La letteratura documenta, infatti, che in circa un terzo delle persone al di sopra dei 65 anni, e nella metà di quelle sopra gli 80 anni si verifica una caduta all'anno, e che il 20% di questi deve ricorrere a cure mediche (Laquintana 2002).

Tra gli **esiti**, si stima che nel 42% delle cadute, si è avuta una frattura, nella maggior parte dei casi localizzata al femore (93% del totale).

Tale frattura, nel 75% dei casi, porta a morte l'anziano entro il primo anno dall'evento (Bruyer e Reginster 2001).

Oltre a ciò, vanno considerati i costi legati sia all'assistenza sanitaria sia alla riabilitazione; a tale riguardo, una stima relativa alle fratture di femore negli ultrasessantacinquenni nell'anno 2002 in Italia, indica un costo di circa un miliardo di Euro (Incidenza e costi delle fratture del femore in Italia, M.Rossini et al., *Reumatismo*, 2005; 57(2):97-102.)

I fattori causali delle cadute, in particolare nell'anziano, derivano dall'interazione di diversi fattori che gli studi di metanalisi categorizzano in: intrinseci, estrinseci ed ambientali; alcuni di questi fattori sono modificabili ed altri no (J Am Geriatr Soc, 49: 664-672, 2001).

Nell'Atlante di mortalità della Regione Emilia-Romagna (2007) i decessi per "Cadute Accidentali" comprendono traumi di varia natura e origine, accomunati dal fatto di essere dichiarati accidentali dal medico certificatore e di non essere dovuti ad incidente stradale o infortunio sul lavoro. In particolare:

- nel 2007 sono stati registrati 685 decessi per cadute accidentali, responsabili dell'1,5% dei decessi totali
- la maggior parte (77%) dei decessi per cadute accidentali è a carico dei soggetti ultraottantenni
- nel periodo 1981-2007 il trend di mortalità è in calo nelle donne e stazionario negli uomini
- i Comuni a rischio più elevato ($RR > 1.3$) sono concentrati nelle province di Parma, Piacenza, Bologna e Ferrara

Nel bambino nella fascia di età 0-4 anni, oltre alla caduta, le lesioni più frequenti sono l'ingestione o inalazione di sostanze tossiche e corpi estranei, le folgorazioni e le ustioni. Inoltre, la letteratura documenta un gradiente socioeconomico nei ricoveri per incidenti domestici tra i bambini con meno di 15 anni, particolarmente tra i più piccoli (età inferiore a 5 anni); tali disuguaglianze persistono anche per differenti stadi di gravità dell'incidente (Hyppsley-Cox 2002).

A tale proposito uno studio italiano condotto a Rivoli evidenzia un incremento di rischio relativo per incidente domestico nei bambini in relazione al livello di istruzione e occupazione paterna.

Distribuzione degli incidenti domestici nei bambini in relazione al livello di istruzione e occupazione paterna. Rivoli (TO) 1986-1990 (Vineis, 1994)

Occupazione paterna	OR	I.C. 95%
Impiegato	1	
Operaio	1.9	0.9-4.2
Istruzione paterna	OR	I.C. 95%
> 13 aa	1	
6-12 aa	1.7	0.9-3.5
< 6 aa	1.9	0.8-4.3

L'attività più frequente collegata agli incidenti domestici è "camminare" (25%), a cui viene imputato tutto ciò che è movimento in casa (es. salire e scendere le scale, inciampare nei tappeti o altri oggetti); segue l'igiene personale (12%), il gioco (11%), il *fai da te* (10%) e i *lavori domestici* (8%) come pulire, cucinare, cucire, ecc.

Gli **ambienti** in cui è più frequente l'accadimento sono i locali interni della casa: cucina (12%), bagno (10%) e scale (9%).

La percezione del rischio infortunistico in ambito domestico nella fascia di popolazione intervistata dal sistema PASSI (18-69 anni) è risultata molto scarsa: nel 2008 il 90% degli intervistati in Emilia-Romagna, come a livello nazionale, ha dichiarato di considerare questo rischio basso o assente per sé o per i propri familiari. Una maggior percezione del rischio si riscontra nelle persone nel cui nucleo familiare è presente un componente maggiormente a rischio (bambini o anziani).

Circa un quarto degli intervistati (27%) ha ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi sulla prevenzione degli incidenti domestici; le fonti principali sono risultate gli opuscoli e i mass media (28%).

Intossicazione da monossido di carbonio (CO)

Questa grave intossicazione rappresenta un evento spesso associato a situazioni di marginalità ed esclusione sociale; appare infatti strettamente correlata a condizioni di disagio abitativo che coinvolgono spesso cittadini in condizioni di indigenza. Questi utilizzano mezzi impropri per il riscaldamento domestico e presentano condizioni di scarsa o assente manutenzione degli impianti a gas . I dati tratti dalle Schede di dimissione ospedaliera documentano che 271 persone nel triennio 2007-9 sono state ricoverate con diagnosi di intossicazione da CO; il trend è in diminuzione. Dall'analisi delle schede di morte del 2007 e 2008 i deceduti sono rispettivamente 19 e 11.

Casi di intossicazione da CO Triennio 2007-09 - Emilia-Romagna

Persone ricoverate	2007	2008	2009
Residenti	99	84	59
Non residenti	12	8	9
TOTALE	111	92	68
Morti	19	11	n.d.

Per approfondire:

- Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni in Ambienti di Civile Abitazione (SINIACA): <http://www.snlg-iss.it/node/396>
- PASSI *progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia: i risultati del sistema di Sorveglianza (Emilia-Romagna, 2008)* http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2009/3%20dicembre%202009/Passi_ER2008.pdf
- *PASSI d'Argento: la qualità della vita percepita dalle persone con 65 anni e più* http://www.regione.emilia-romagna.it/wcm/par/notizie/News_2009/passi_gennaio_2010/PASSI_Argento2009_Emil-Romagna.pdf
- Regione Emilia-Romagna, "Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 2003-2007", In corso di pubblicazione.
- Schede di Dimissione Ospedaliera: <https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi>

Alimenti e Salute

Alimenti e Salute

Alimenti e salute

L'alimentazione è in grado di condizionare profondamente lo stato di salute in tutte le età.

La salute delle popolazioni in generale e nello specifico di quella emiliano-romagnola è fortemente influenzata dalla qualità della sua alimentazione.

Fattori nutrizionali possono rappresentare un rischio per molte malattie, ma anche un fattore protettivo. La dieta equilibrata rappresenta una modalità efficace per prevenire o coadiuvare la terapia di molte patologie, mentre l'alimentazione scorretta è annoverata, assieme al fumo, all'alcool e all'insufficiente attività fisica, fra i principali fattori di rischio modificabili delle malattie croniche causa di oltre i 2/3 di mortalità (cardiovascolari, metaboliche, diversi tipi di tumore)

Fra i fattori di rischio correlati all'alimentazione vanno aggiunti quelli legati all'ingestione di alimenti contaminati da agenti microbiologici, chimici o fisici all'origine, durante i processi di lavorazione o di distribuzione.

Da ultimo, ma non per minor importanza, vanno ricordati gli agenti causa di allergie o intolleranze: anche in Emilia Romagna si registra un incremento progressivo dell'incidenza delle patologie correlate ad intolleranza a diverse tipologie di alimenti.

Contesto produttivo

Nel 2007 in Emilia-Romagna sono state censite circa 82mila **aziende agricole**, con una superficie agricola totale di circa 1,3 milioni di ettari (oltre il 60% dell'intero territorio regionale) ed una superficie agricola utilizzata (SAU) di quasi 1,1 milioni.

Rispetto al 2000 il numero di aziende è diminuito del 21%, mentre la superficie utilizzata solo del 5,6% a conferma di un andamento ormai "storico", caratterizzato da una riduzione significativa del numero di aziende ed una, assai più contenuta, della superficie agricola utilizzata, con progressivo incremento delle dimensioni medie aziendali: dai 10,7 ettari del 2000 ai 12,8 del 2007 (7,6 ettari il dato medio nazionale).

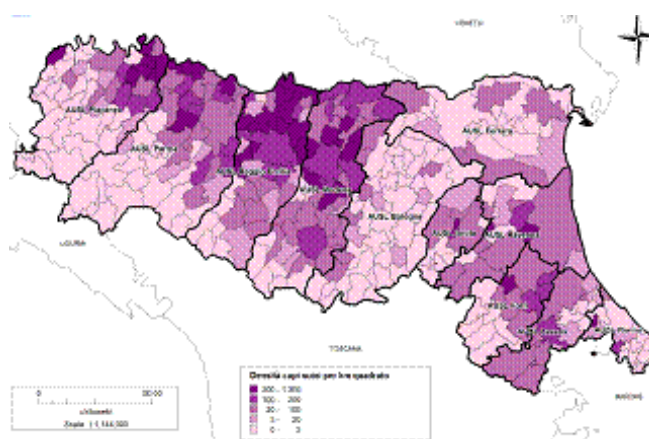
La forma di gestione preponderante è ancora la conduzione diretta, in Regione come nel resto d'Italia, interessando oltre il 93% delle aziende, alle quali fa capo l'80% della SAU regionale.

Pur rappresentando solamente il 4,9% del totale nazionale, le aziende agricole dell'Emilia-Romagna hanno un peso decisamente maggiore (8,3%) in termini di SAU.

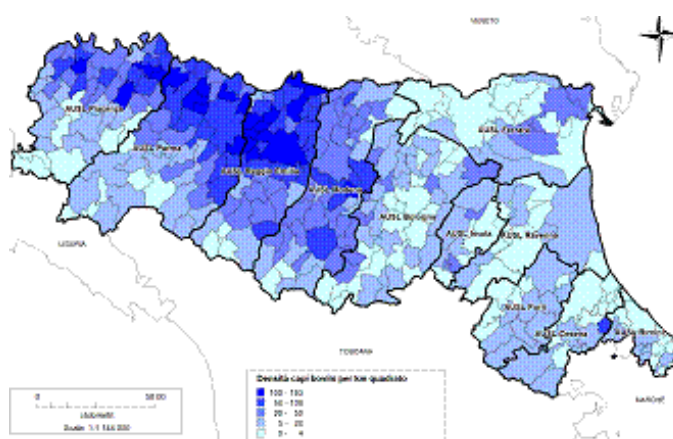
Tra le principali **forme di utilizzazione dei terreni**, in Emilia-Romagna risulta netta la specializzazione per le colture seminative (cereali, industriali, ortive, foraggere avvicendate), mentre quelle permanenti non raggiungono il 6%.

Il **settore zootecnico** ricalca la dinamica descritta per le aziende e la superficie agricola: ad una progressiva e sensibile riduzione del numero di aziende con allevamenti, si contrappone una contenuta flessione del numero di capi allevati (bovini e suini) o un lieve aumento (avicoli). Nel 2007 oltre l'86% dei 590.000 capi bovini si concentrava in sole 3.000 aziende, così come oltre l'87% del 1.400.000 capi suini era allevato in poco più di 300 aziende.

Densità di capi suini per kmq
Emilia-Romagna (2007)

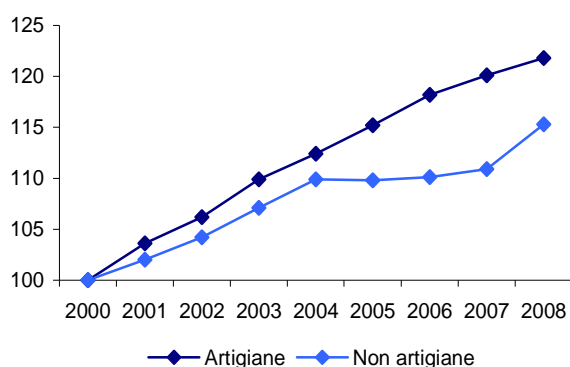


Densità di capi bovini per kmq
Emilia-Romagna (2007)



L'industria del settore alimentare

Evoluzione delle imprese alimentari attive
Emilia-Romagna (2000-2008)



Riferimento anno 2000 = 100

La ristorazione

L'attività di ristorazione è diffusa in Emilia-Romagna, sia in riferimento al consumo di pasti "fuori casa" connesso ad esigenze lavorative e scolastiche, sia con significato ricreativo conviviale e turistico, con un massimo di concentrazione nelle province a vocazione turistica ad elevata capacità recettiva alberghiera (in particolare Rimini con 57 posti letto ogni 100 abitanti, Ravenna con 21 e Forlì-Cesena con 19).

Nel 2008 in Regione risultavano esistenti 26.778 tra ristoranti, bar ed affini e 4.747 mense (3.650 mense sono destinate ad una "utenza sensibile", in quanto rivolte alla ristorazione scolastica e ospedaliera, pubblica e privata).

Il sistema pubblico di distribuzione dell'acqua

La distribuzione regionale della rete acquedottistica offre un quadro composito: alle 81 reti con potenzialità superiore ai 5.000 abitanti e ai 178 acquedotti con potenzialità compresa tra 500 e 5.000 abitanti, si contrappone la presenza di 1.876 impianti di acquedotto con potenzialità inferiore a 500 abitanti, a prevalente localizzazione nella porzione occidentale del territorio regionale.

Distribuzione degli acquedotti Emilia-Romagna (2008)

Provincia	Acquedotti con potenzialità fino a 500 ab	Acquedotti con potenzialità tra 501 e 5.000 ab	Acquedotti con potenzialità oltre 5.000 ab
Piacenza	425	60	10
Parma	1.102	27	13
Reggio Emilia	64	11	13
Modena	135	29	14
Bologna	80	29	6
Ferrara	0	0	4
Ravenna	0	1	4
Forlì-Cesena	70	11	7
Rimini	0	10	10
Emilia-Romagna	1.876	178	81

Malattie trasmesse da alimenti (MTA)

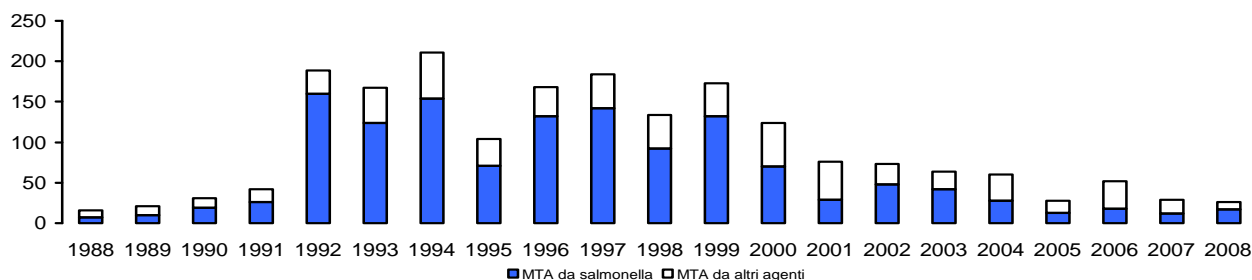
Dal 1988 la nostra Regione aderisce al Sistema di Sorveglianza degli episodi epidemici di Malattie Trasmesse da Alimenti, promosso in Italia dall'Istituto Superiore di Sanità: il sistema raccoglie dati relativi ai focolai di MTA definiti come "due o più casi di malattia correlati al consumo di un alimento comune". Unica eccezione a tale definizione sono i casi di intossicazione alimentare (botulismo tra le eziologie infettive, intossicazioni da tossine marine o da sostanze chimiche) per cui anche un solo caso è considerato focolaio epidemico.

Il sistema di sorveglianza è affidabile per quanto riguarda gli episodi occorsi in strutture di ristorazione collettiva, in particolare in quelle a rischio (strutture per anziani, asili nido, ospedali), mentre verosimilmente sottostima gli episodi avvenuti nelle abitazioni private, quelli che hanno comportato sintomatologia lieve e quelli per i quali non è stato possibile ricostruire una fonte comune (es. a seguito di consumo in rosticceria o gelateria).

Durante il periodo 1988-2008 si sono complessivamente verificati nel territorio regionale 1.972 episodi epidemici di MTA; nell'ultimo decennio si sono osservati in media circa 70 episodi all'anno, con circa 450 persone coinvolte; il tasso medio annuo di MTA è pertanto pari a circa 1,1 casi su 10.000 abitanti.

La causa più rilevante di focolai epidemici è rappresentata dalle infezioni da Salmonella. Il grafico mostra il totale degli episodi di MTA per anno di insorgenza con la suddivisione tra episodi da Salmonella e da altri agenti eziologici, dato in costante riduzione negli ultimi anni.

Episodi di MTA per anno Emilia-Romagna (1988-2008)



La riduzione del numero di episodi verificatisi negli ultimi anni ha interessato in modo omogeneo tutte le province della Regione.

Episodi di Malattie Trasmesse da Alimenti (MTA) per provincia e triennio Emilia-Romagna (1988-2008)

Provincia	88-90	91-93	94-96	97-99	00-02	03-05	06-08	Totale
Piacenza	8	18	14	14	4	5	2	65
Parma	1	26	34	28	40	16	12	157
Reggio Emilia	11	72	79	85	45	23	12	327
Modena	5	49	62	72	45	30	23	286
Bologna	15	66	103	93	48	34	23	382
Ferrara	1	48	60	51	31	8	9	208
Ravenna	15	58	67	49	31	14	9	243
Forlì-Cesena	8	31	27	47	18	15	11	157
Rimini	4	30	37	52	11	7	6	147
Emilia-Romagna	68	398	483	491	273	152	107	1.972

L'incidenza di episodi sia di MTA totali sia di salmonellosi è maggiore nel periodo maggio-ottobre, mentre le intossicazioni da funghi si concentrano nei mesi settembre-novembre.

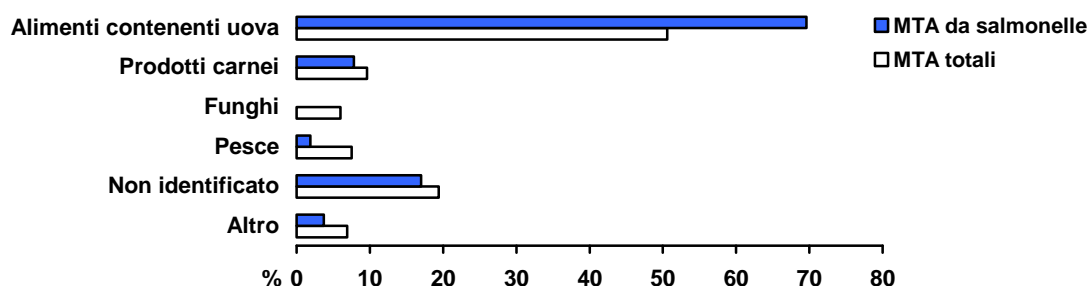
Il luogo di preparazione dell'alimento veicolo di MTA più spesso coinvolto è la casa privata (nel 68% degli episodi), che risulta avere però un numero medio di casi per episodio nettamente inferiore a tutte le altre sedi. Seguono in ordine di frequenza le sedi di ristorazione pubblica (ristoranti, gelaterie, pasticcerie e bar), le rosticcerie e gli stand gastronomici, le sedi di ristorazione collettiva per "altri gruppi" (mense aziendali, universitarie e mense scolastiche delle elementari e medie) e infine le sedi di ristorazione collettiva per gruppi a rischio (case protette per anziani, ospedali e mense di asili nido e scuole materne). Nella tabella vengono indicati il numero di episodi di MTA, il numero di casi e il loro rapporto per sede di preparazione (non sono riportati i casi per cui il luogo di preparazione non è stato identificato).

Numero di episodi di MTA e relativo numero di casi per sede di preparazione dell'alimento Emilia-Romagna (1988-2008)

	Casi		Episodi		Rapporto n. Casi/n. Episodi
	n.	%	n.	%	
Ristorazione collettiva per gruppi a rischio	3.142	20	43	2	73
Ristorazione collettiva per altri gruppi	1.373	8	47	3	29
Ristorazione pubblica	5.872	37	434	22	13
Rosticceria Stand gastronomici	539	3	62	3	9
Casa privata	5.222	32	1.333	68	4
Totale	16.532		1.972		8

Tra i veicoli individuati come responsabili delle MTA al primo posto compaiono gli alimenti contenenti uova (997 episodi, pari al 51% del totale), seguono i prodotti carnei (190 episodi), il pesce (147 episodi) e i funghi (118 episodi). Se si considerano solo gli episodi epidemici di MTA da Salmonella (1.346 episodi) gli alimenti contenenti uova rappresentano il veicolo ancora più frequente (70% dei casi).

Distribuzione % degli episodi di MTA e da Salmonella per veicolo Emilia-Romagna (1988-2008)



I fattori di rischio più comuni implicati nel manifestarsi delle MTA sono lo scorretto mantenimento della temperatura di conservazione dell'alimento (18%), la cottura inadeguata (18%) e il consumo di cibo crudo (17%). E' interessante notare come il consumo di cibo crudo e la cottura inadeguata siano i fattori di rischio principali negli episodi insorti presso abitazioni private (complessivamente il 40% sul totale degli episodi in casa privata), mentre il non corretto mantenimento della temperatura rivesta importanza prioritaria nella ristorazione collettiva complessiva (rispettivamente 25% nella ristorazione collettiva per gruppi a rischio, 27% in quella per altri gruppi, 27% nelle rosticcerie e stand gastronomici e 23% nella ristorazione pubblica).

In conformità ai principi definiti dall'OMS, la formazione degli operatori del settore alimentare è ritenuta strumento indispensabile ai fini dell'acquisizione da parte dell'alimentarista degli elementi necessari a conoscere i potenziali pericoli connessi alla manipolazione delle sostanze alimentari in grado di pregiudicarne la sicurezza e causare malattie trasmissibili attraverso gli alimenti. Con la legge n. 11 del 2003, la Regione Emilia-Romagna ha abolito il libretto sanitario e istituito corsi di formazione obbligatori per alimentaristi. Durante il periodo 2004-2008 si sono svolti presso le AUsl 7.255 corsi a cui hanno partecipato oltre 200 mila operatori (210.737).

Fattori di rischio individuati negli episodi di MTA per ambito di preparazione dell'alimento Emilia-Romagna (1988-2008)

FATTORI DI RISCHIO	Case private		Ristorazione pubblica/collettiva		Totale	
	n. episodi	%	n. episodi	%	n. episodi	%
Scorretto mantenimento temperatura	240	15,9	161	23,6	410	18,4
Cottura inadeguata	308	20,4	87	12,8	399	17,9
Cibo crudo	302	20	76	11,1	386	17,3
Cibo ottenuto da fonti incerte	258	17,1	51	7,5	314	14,1
Cattiva igiene dell'alimentarista	66	4,4	82	12	149	6,7
Più giorni tra preparazione e consumo	86	5,7	52	7,6	141	6,3
Contaminazione dell'attrezzatura	70	4,6	54	7,9	124	5,6
Contaminazione di cibi cotti con cibi crudi	56	3,7	50	7,3	108	4,8
Alimentarista colonizzato	3	0,2	14	2,1	17	0,8
Scorretta preparazione	7	0,5	9	1,3	16	0,7
Altro	116	7,7	46	6,7	164	7,4
Totale	1.512	100	682	100	2.228	100

Controlli per la sicurezza alimentare

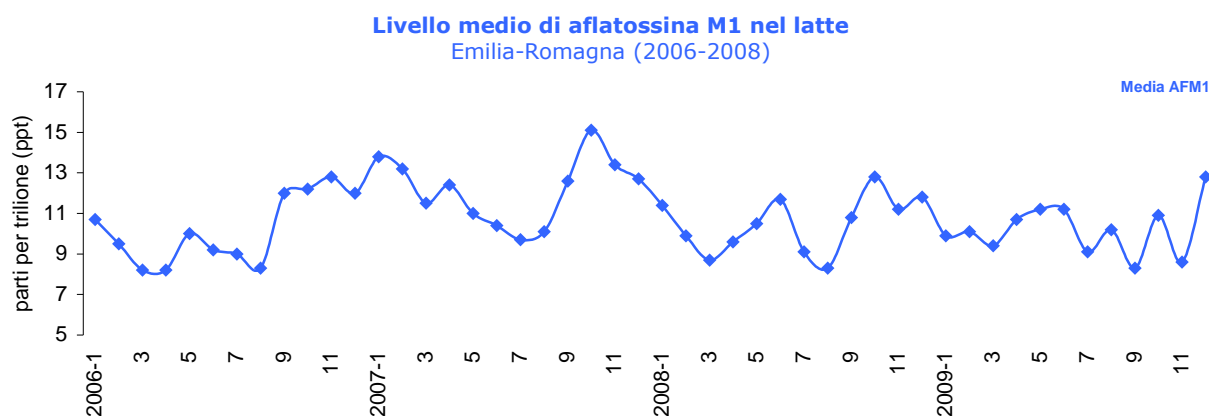
Il rapporto "Vigilanza e controllo degli alimenti e delle bevande in Italia, Anno 2008" del Dipartimento per la Sanità Pubblica Veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza degli Alimenti - Ministero della Salute, redatto sulla base dei risultati delle attività di controllo ufficiale di cui all'art. 8 del regolamento CE 882/04, svolte dai competenti servizi delle AUsl (Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione e Servizi Veterinari) e dalle altre articolazioni della pubblica amministrazione dotate di competenze ispettive, individua alcune criticità nel settore della sicurezza alimentare riassumibili come segue:

- prevalenza di non conformità nell'ambito dell'igiene generale (prerequisiti), nella applicazione dei sistemi di autocontrollo (rispetto ai quali appare disomogenea la consapevolezza negli operatori del settore alimentare) e nella formazione del personale, condizioni queste che si ripercuotono nella ricorrenza di non conformità riscontrate nell'ambito della attività analitica di controllo dei prodotti alimentari finiti;
- presenza di Salmonella e Listeria in diverse categorie di alimenti: questa condizione è confermata dalle allerte su prodotti italiani pervenute da altri Paesi della Comunità Europea nel 2008: su un totale di 99 allerte, 13 hanno riguardato alimenti per presenza di Salmonella e 11 per la presenza di Listeria. Inoltre il rapporto sulle zoonosi dello European Centre for Disease Prevention individua la Salmonella come il microrganismo responsabile del maggior numero di casi umani in Italia;
- costanza nel livello di contaminazione da micotossine e metalli pesanti nelle diverse filiere alimentari, la presenza delle prime risulta significativa in prodotti alimentari quali frutta secca, cereali e spezie mentre la contaminazione da cadmio e piombo risulta distribuita su tutte le tipologie di produzione alimentare e quella da mercurio nei prodotti della pesca, con particolare riferimento ai pesci predatori. I dati desumibili dai rapporti delle task di Cooperazione Scientifica della UE, in particolare con riferimento alle stime effettuate per la popolazione italiana riportano livelli di assunzione dei contaminanti citati inferiori alle dosi cautelative di riferimento.

In ambito regionale gli accertamenti svolti nel corso della realizzazione di un piano monitoraggio microbiologico degli alimenti di origine animale e vegetale, nel 2008-2009 hanno rilevato una prevalenza di Salmonelle nell'8% delle carni macinate e delle preparazioni a base di carne di pollame e una prevalenza di Listeria monocytogenes nel 4% degli insaccati/salumi affettati e confezionati; questi dati sono coerenti con i risultati di analoghe indagini svolti in ambito europeo.

Dal sistema regionale di sorveglianza 2008-2009 per la presenza delle micotossine emerge che:

- la contaminazione da aflatossine negli alimenti di uso zootecnico si è azzerata rispetto al 2.4% del biennio precedente
- il livello del tenore medio di aflatossina M1 nel latte si è mantenuto stabile con valori medi uguali o inferiori a 13 parti per trillione (ppt)
- per quanto riguarda gli altri alimenti destinati al consumo umano si evidenzia una progressiva diminuzione della non conformità dei prodotti analizzati al commercio, in linea con un'implementazione dell'autocontrollo alla produzione e alla distribuzione. I risultati della ricerca di Patulina nei succhi di frutta e puree di frutta convenzionali e per la prima infanzia hanno evidenziato alcune positività, che rimangono comunque comprese entro i limiti di legge.



Micotossine in campioni di alimenti
(frutta a guscio, frutta secca, cereali, spezie ed erbe infusionali, vino, cacao, caffè)
Emilia-Romagna (1999-2008)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
n.° campioni	532	597	544	692	257	604	659	345	374	465	465
n° campioni irregolari	27	24	16	21	28	36	26	7	15	5	5
% irregolari	5%	4%	3%	3%	11%	6%	4%	2%	4%	1%	1%

L'utilizzo di prodotti fitosanitari negli alimenti può costituire un rischio per la salute dei consumatori: negli anni si è osservata una progressiva diminuzione del loro impiego, ma rimane necessario continuare a presidiare il settore.

Nel 2009 in Regione nell'ambito del piano di campionamento per la ricerca di residui di prodotti fitosanitari sono stati esaminati 1743 campioni (1307 prodotti ortofrutticoli e 436 extraortofrutticoli). La percentuale di campioni irregolari per tutti i prodotti (sia di origine emiliano-romagnola, che provenienti dalle restanti regioni italiane, dai paesi della UE ed extra UE) si attesta su valori bassi: circa il 2,6% dei campioni di verdura e l'1,8% di quelli di frutta sono risultati irregolari, sia per presenza di residui di prodotti di cui non è consentito l'impiego in una determinata matrice, sia per presenza di una concentrazione superiore al limite di legge. I dati evidenziano un calo delle irregolarità rispetto al 2008, e contemporaneamente un aumento del numero di campioni positivi ma entro i limiti regolamentari. La presenza contemporanea di più residui sullo stesso alimento, anche per effetto di strutturate tecniche di difesa, è piuttosto ricorrente nel caso della frutta.

In poco meno del 2% dei 168 campioni di verdura, frutta e prodotti extraortofrutticoli di produzione biologica prelevati è stata riscontrata la presenza di residui di sostanze non consentite.

Il controllo integrato di filiera è finalizzato alla tutela della salute e del benessere animale nonché alla tutela della sicurezza alimentare delle produzioni di origine animale. Un consistente numero di malattie animali (quali Tubercolosi, Brucellosi, Influenza Aviaria, Salmonellosi, West Nile Disease) viene sottoposto a monitoraggio per verificare lo stato sanitario del patrimonio zootecnico della Regione sia per la tutela della salute dell'uomo, sia per consentire liberi scambi di capi e prodotti derivati all'interno della Unione Europea o verso Paesi terzi.

Nel 2008 i servizi di Sanità Pubblica Veterinaria hanno eseguito 105.564 accessi negli allevamenti e la UE ha riconosciuto la regione Emilia-Romagna ufficialmente indenne da Brucellosi dal 2003, da TBC dal 2007 ed esente dalla malattia vescicolare dei suini dal 2008. Nell'ambito del piano regionale per ridurre le salmonellosi nel pollame i controlli eseguiti in 506 allevamenti hanno evidenziato una prevalenza di *S. enteritidis* e *S.typhimurium* in coerenza con gli obiettivi comunitari che prevedono la riduzione della prevalenza dall'8% al 6% nelle galline ovaiole e inferiore all'1% nei polli da carne.

Allevamenti esistenti Emilia-Romagna (2008)

	n.
Bovini	9.309
Suini	3.983
Ovi-caprini	3.360
Avicunicoli	1.560
Equini	6.606

La sicurezza della catena alimentare è indirettamente influenzata dal benessere degli animali, in particolare di quelli allevati per la produzione di cibo, a causa dello stretto legame che intercorre tra il benessere degli animali, la loro salute e le tossinfezioni alimentari. Le attività di vigilanza in applicazione del Piano Nazionale di Benessere Animale del 2009 hanno riguardato il 40 % degli allevamenti di galline ovaiole, il 100% degli allevamenti di vitelli, il 50% degli allevamenti di suini, il 50% di allevamenti di bovini, il 35% di allevamenti di polli da carne ed il 55% di allevamenti di ovicaprini.

La sicurezza degli alimenti di origine animale passa inoltre attraverso il controllo dell'intera filiera mangimistica, coinvolgendo i molteplici punti in cui essa è articolata.

Nell'ambito del Piano Nazionale Residui nel 2009 in Emilia-Romagna sono stati prelevati 10.332 campioni (con 21 positività, pari allo 0,20%) esaminati allo scopo di svelare casi di somministrazione illecita di sostanze vietate e di somministrazione abusiva di sostanze autorizzate per altri scopi, e di verificare la conformità dei residui di medicinali veterinari e delle quantità massime di antiparassitari e di contaminanti ambientali fissate dalla normativa nazionale e comunitaria in alimenti di origine animale.

Per quanto concerne il Piano Nazionale Alimentazione Animale finalizzato a controllare nei mangimi l'utilizzo di additivi e vari contaminanti, nonché la presenza di micotossine, OGM e diossina, nel 2009 in Emilia-Romagna sono stati eseguite 1622 analisi con il riscontro di 16 positività (1%).

In linea con i regolamenti comunitari, ai fini di migliorare l'efficacia e l'appropriatezza del controllo ufficiale per la sicurezza alimentare, la Regione Emilia-Romagna ha attivato, dal 2005, uno specifico percorso di formazione ed addestramento (Sviluppo delle competenze valutative sui controlli ufficiali – Delibera di Giunta n° 2035/05) per il personale delle AUSL regionali addetto ai controlli ufficiali. I corsi hanno coinvolto complessivamente 549 operatori (veterinari, medici e tecnici della prevenzione) che hanno conseguito l'attestazione di "auditor qualificato".

Nell'ambito di tale percorso sono inoltre stati definiti strumenti operativi quali Manuali di ispezione per le diverse tipologie di imprese alimentari nonché i Manuali di qualità dei Servizi Veterinari (SVET) ed Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN), con l'individuazione degli standard di funzionamento in relazione ai controlli ufficiali per la sicurezza alimentare.

Allerte alimentari

Il sistema di allarme rapido è stato istituito in ambito comunitario per la notifica di situazioni di rischio diretto o indiretto per la salute umana dovuto ad alimenti o mangimi. Tra le circa 3.200 notifiche trasmesse in ambito comunitario, il rapporto 2009 indica le principali irregolarità nella frutta secca (793, soprattutto per micotossine, che hanno comportato respingimenti della merce ai porti), nei prodotti della pesca (712), seguiti da frutta e vegetali (326), prodotti per l'alimentazione animale e materiali destinati a venire a contatto con gli alimenti.

La presenza di contaminanti biologici o microbiologici, spesso riscontrati contestualmente, è risultata una causa significativa di notifiche nell'ambito del sistema di allerta comunitario.

Per approfondire:

- elaborazione su dati ISTAT (Indagine SPA 2007 e Censimento generale dell'agricoltura 2000) relativi al "campo di osservazione UE".

<http://www.ermesagricoltura.it/Box-Informazioni/Statistica-e-Osservatorio/La-struttura-delle-aziende-agricole>

- "Dipartimenti di Sanità Pubblica – Risorse, dati di attività e indicatori – Anno 2008" a cura di Rossana Mignani e Gianni Zoboli; Pubblicazione dell'Assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna.

- The Rapid Alert System for Food and Feed (RASFF) - Annual Report 2009

- Epidemiologia delle malattie trasmesse da alimenti in Emilia-Romagna. Periodo 1988-2007.

http://www.saluter.it/wcm/saluter/sanitaer/ssr/assistenza_territoriale/Dipartimento_sanita_pubblica/documentazione/lk_prevenzione/page/lk_malattie_infettive/page/lk_documenti/MTA_nuova_2009.pdf

- Il sistema agro-alimentare dell'Emilia-Romagna. Rapporto 2009

- Sei anni dopo l'abolizione del libretto sanitario per gli alimentaristi in Emilia-Romagna: attuazione e ricadute della legge regionale 11 del 2003 .

<http://www.capire.org/capireinforma/scaffale/relabo112003.pdf>

- Residui di prodotti fitosanitari su ortofruttili freschi ed in altre matrici alimentari, campionati in Emilia-Romagna nell'anno

2009. http://www.arpa.emr.it/cms3/documenti/ferrara/dt/ef/relazione_alimenti_2009.pdf

Lavoro e Salute

Lavoro e Salute

Lavoro e salute

Struttura produttiva regionale

Nel 2008 in Emilia-Romagna la distribuzione della forza lavoro nei vari comparti produttivi, aggregati per omogeneità dei fattori di rischio prevalenti, registra la percentuale più alta di addetti (51,2%) nel comparto dei Servizi (a favore della Comunità e a supporto dell'Industria) e del Commercio; seguono i comparti Metalli e Metalmeccanica (12,6%), Costruzioni (9,7%) e Sanità (6,6%) (OREIL¹ 2008).

La distribuzione degli addetti per AUsl nei vari comparti è piuttosto differenziata; in particolare i comparti Servizi e Commercio fanno registrare i valori più elevati a Rimini (60,1%), Bologna (59,6%) e Ravenna (52,6%) e valori più bassi nelle AUsl a più spiccata impronta manifatturiera: Ferrara (45,0%) Modena (45,3%), Imola (46,0%) e Reggio Emilia (46,2%).

Percentuale degli addetti per comparti aggregati
Emilia-Romagna (2008)

Comparti	PC	PR	RE	MO	BO	IM	FE	RA	FO	CE	RN	ER
Servizi, commercio	47,0	52,1	46,2	45,3	59,6	46,0	45,0	52,6	48,5	47,4	60,1	51,2
Metalli, metalmeccanica	16,3	10,0	16,4	14,7	11,9	16,1	12,4	9,1	10,3	9,3	8,7	12,6
Costruzioni	10,5	9,9	10,8	9,9	6,6	10,1	11,3	11,4	10,8	11,9	10,4	9,7
Sanità	6,8	7,0	5,5	5,4	6,5	6,4	9,3	7,1	8,0	8,1	6,4	6,6
Chimica, gomma, carta, cuoio	3,1	3,2	3,9	3,2	2,8	2,9	4,2	4,2	5,2	2,9	1,7	3,3
Agrindustria, pesca, alimenti	3,0	6,9	3,0	3,1	1,5	2,5	3,0	3,9	2,8	4,2	1,8	3,1
Trasporti	5,1	2,5	2,3	2,3	2,8	2,3	3,0	3,1	2,6	4,2	2,4	2,8
Tessile	1,1	1,5	2,2	3,7	1,5	1,4	2,4	1,6	3,8	5,0	2,2	2,3
Trasf. non metalliferi	1,6	1,8	3,3	4,9	0,3	5,6	1,1	1,9	0,6	0,8	1,0	2,1
Altre industrie	1,4	1,2	2,1	2,8	2,2	1,1	2,9	0,8	3,2	1,1	1,4	2,0
Ind.Elettr/Elettr, Gas, Acqua	1,2	1,0	1,8	1,6	1,9	2,6	1,1	1,1	0,8	0,8	1,2	1,5
Legno	1,1	0,9	1,2	0,9	0,6	2,3	1,0	0,9	2,7	1,9	1,9	1,1
Estrazione minerali	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,5	0,1	0,2	0,0	0,1
Comparto non determinato	1,7	1,8	1,1	2,0	1,7	0,8	3,3	1,6	0,6	2,2	0,9	1,7
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: NFI², edizione 2009

Anche in Emilia-Romagna, come nel resto dell'Italia, la forza lavoro è impegnata in un tessuto produttivo particolarmente frantumato, in cui la maggior parte delle imprese (94%) non supera i 10 addetti e l'80% i 3 dipendenti.

Infortunati sul lavoro

Nel periodo 2003-2007, gli infortuni sul lavoro denunciati in Emilia-Romagna appaiono complessivamente in diminuzione; l'andamento è sovrapponibile a quello esistente in Italia. Analogo comportamento si osserva per le inabilità temporanee, mentre una riduzione più marcata interessa gli infortuni mortali (-18%). Per questo grave fenomeno, è stato promosso dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) un Sistema di Sorveglianza nazionale a cura del Coordinamento delle Regioni, dell'INAIL e dell'ISPESL, che analizza i determinanti degli infortuni mortali occorsi in ambiente di lavoro con metodo di indagine standardizzato. Una prima analisi dei dati 2005-08 relativi all'Emilia-Romagna, evidenzia che circa il 60% degli infortuni mortali sono connessi alla circolazione stradale. Quelli occorsi in ambiente di lavoro si verificano per il 72,2% dei casi in aziende con meno di 15 addetti, mentre i settori produttivi più coinvolti risultano le costruzioni edili (40,1%) e l'agricoltura (24,1%). Riguardo alle cause della dinamica infortunistica, la "caduta, dall'alto o in profondità" dell'infortunato rappresenta il tipo di incidente prevalente (26,7%), che sommata agli infortuni da variazione del senso di marcia di mezzo di trasporto (18,2%), alla "caduta dall'alto dei gravi" (14,4%) e all'avviamento intempestivo di veicoli, macchine e attrezzature (13,9%) costituiscono oltre il 73% degli incidenti.

Infortunati denunciati e indennizzati per tipologia:
Gestione Industria, Commercio e Servizi e Gestione Agricoltura
Emilia-Romagna (2003-2007)

	2003	2004	2005	2006	2007
Inabilità temporanea	81.950	80.767	78.745	78.157	76.661
Inabilità permanente	3.779	4.134	4.179	4.511	4.087
Casi mortali	142	125	136	123	116
Totale Indennizzati	85.871	85.026	83.060	82.791	80.864
Totale Denunciati	135.881	136.554	133.076	130.808	128.004
% Indennizzati/Denunciati	63%	62%	62%	63%	63%

Fonte: banca dati INAIL³, elaborazione OREIL

¹ OREIL: Osservatorio Regionale Infortuni sul Lavoro e Malattie Professionali Emilia-Romagna

² NFI: Nuovi Flussi Informativi INAIL - ISPESL - Regioni e Province Autonome

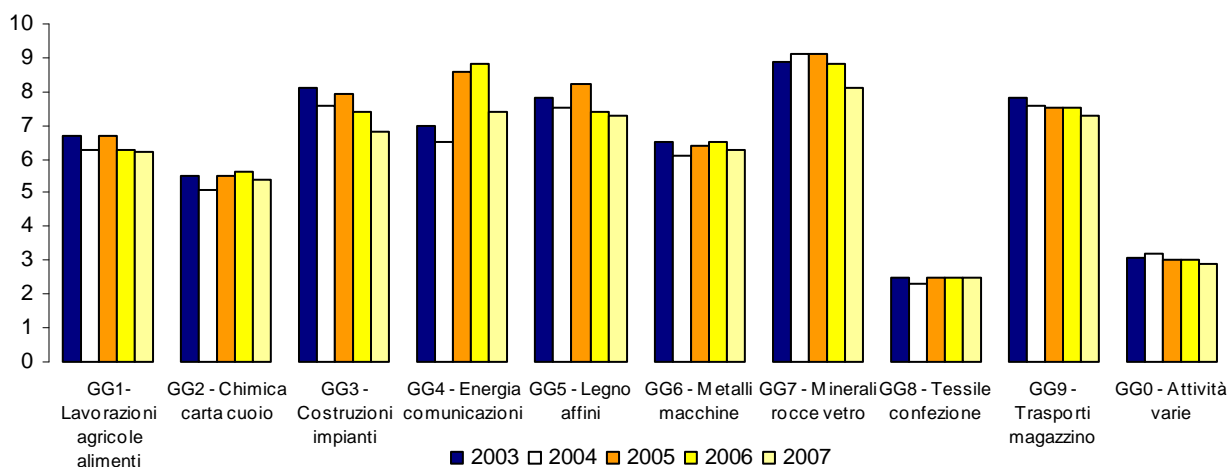
Le inabilità permanenti aumentano sensibilmente dal 2003 al 2004 (+9%), rimangono nel 2004-2007 relativamente stabili, con un picco nel 2006; in Italia per lo stesso periodo si osserva un analogo andamento.

Per analizzare la reale diffusione del fenomeno infortunistico in comparti a diverso numero di occupati e a diversa intensità di rischio, si utilizza l'**Indice di Incidenza** che tiene conto della numerosità degli addetti. L'Indice di Incidenza non è calcolabile per la Gestione Agricoltura, in quanto non è disponibile il numero degli addetti in questo comparto.

$$\frac{\text{n° infortuni definiti}}{\text{n°addetti}} * 100$$

Nel periodo 2003-07 il trend dell'Indice di Incidenza nei grandi gruppi (GG) è in decremento per GG1-Lavorazioni agricole alimenti, GG3-Costruzioni impianti, GG7-Minerali rocce vetri e GG9-Trasporti magazzino; i GG2-Chimica carta cuoio, GG6-Metalli macchine, GG8-Tessile confezione e GG0-Attività varie mostrano invece un andamento stabile, mentre i GG4-Energia comunicazioni e GG5-Legno affini mostrano un andamento variabile nel periodo.

Andamento dell'Indice di Incidenza per Grande Gruppo INAIL (Indice x100)
Emilia-Romagna (2003-2007)



Fonte: banca dati INAIL, elaborazione OReIL

L'Indice di Incidenza grezzo per provincia presenta un trend complessivamente decrescente nelle singole province, con l'eccezione di Modena nella quale l'andamento è pressoché stabile; nel 2007 gli Indici più bassi si registrano a Reggio Emilia (4,3) e Bologna (4,0).

Indici di Incidenza (I.I.) grezzi e standardizzati per provincia
Emilia-Romagna (2003-2007)

	2003		2004		2005		2006		2007	
	I.I.gr.	I.I.Std.	I.I.gr.	I.I.Std.	I.I.gr.	I.I.Std.	I.I.gr.	I.I.Std.	I.I.gr.	I.I.Std.
Piacenza	4,7	4,2	4,6	4,2	4,7	4,1	4,8	4,2	4,6	4,0
Parma	5,1	4,4	5,3	4,6	5,0	4,6	5,0	4,6	4,7	4,3
Reggio Emilia	5,0	4,3	4,8	4,1	4,6	3,9	4,5	3,8	4,3	3,7
Modena	4,9	4,3	4,8	4,2	4,8	4,1	4,8	4,1	4,8	4,2
Bologna	4,4	4,4	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,1	4,0	4,0
Ferrara	5,3	4,8	5,2	4,8	5,1	4,7	5,0	4,7	4,9	4,5
Ravenna	5,7	5,3	5,6	5,2	5,7	5,4	5,4	5,0	5,3	5,0
Forlì-Cesena	6,0	5,7	5,7	5,4	5,5	5,4	5,1	5,0	4,9	4,7
Rimini	5,8	5,7	6,1	6,0	6,0	6,1	6,0	6,0	5,4	5,5
Emilia-Romagna	5,0	4,6	4,9	4,5	4,8	4,5	4,8	4,4	4,6	4,3

Fonte: banca dati INAIL, elaborazione OReIL

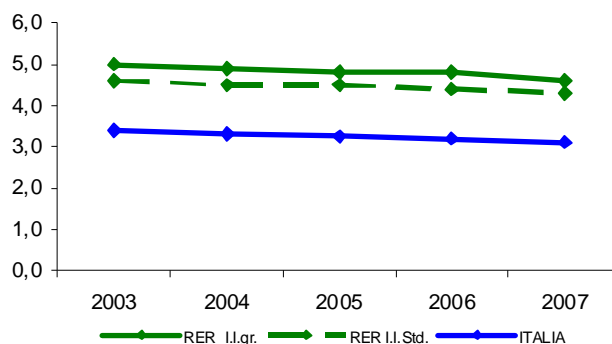
⁴ INAIL: Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro

Per poter confrontare la situazione infortunistica di aree territoriali con una differente composizione della realtà produttiva locale, si ricorre agli **Indici standardizzati per settore economico**, che esprimono i livelli infortunistici che si sarebbero registrati nelle aree geografiche se la distribuzione delle attività economiche praticate fosse coincisa con una determinata distribuzione assunta come "standard"; si è considerata come distribuzione "standard" quella degli addetti dell'Industria, Commercio e Servizi sul territorio nazionale.

Nel periodo 2003-2007 l'Indice standardizzato mostra un andamento sostanzialmente stabile sia a livello regionale che provinciale.

L'Emilia-Romagna presenta Indici superiori a quelli italiani in tutti gli anni considerati, anche se la standardizzazione riduce lo scarto rispetto alla media nazionale.

Andamento dell'Indice di incidenza degli infortuni
Emilia-Romagna (grezzo e standardizzato) e Italia (2003-2007; indice x 100)



Fonte: banca dati INAIL, elaborazione OReIL

Infotuni sul lavoro stradali

Nel periodo 2004-2007, una media del 17% degli infortuni sul lavoro in Emilia-Romagna è avvenuto su strada, con variazioni rilevanti a livello provinciale: Ravenna (19%) e Rimini (22%) registrano i valori più elevati.

Gli infortuni "in itinere" (avvenuti nel tragitto casa - lavoro - casa) costituiscono la quota più rilevante degli infortuni lavorativi stradali: 72% in media in Regione, con percentuali più elevate in Romagna.

Le differenze territoriali permangono anche se si pesa il numero di infortuni stradali rispetto al numero di addetti. Nel periodo 2004-2006 l'Indice di Incidenza medio per 1.000 addetti in Emilia-Romagna è di 7,4; i valori sono più elevati a Rimini (11,4), Ravenna (9,0), Forlì (9,1) e Cesena (8,1).

La maggior parte degli infortuni sul lavoro mortali è da attribuire agli infortuni su strada, anche se con valori piuttosto variabili da territorio a territorio e da un anno all'altro; complessivamente per la Regione si va dal 47% nel 2004 al 66% del 2007.

Fonte: Banca dati Inail e NFI edizione 2008, elaborazione OReIL
Tutti i dati estratti dalla Banca dati Inail sono aggiornati al 31/10/2008.

Malattie Professionali

Le **Malattie professionali denunciate** in Emilia-Romagna sono andate progressivamente aumentando negli ultimi 8 anni, passando da 2.601 del 2000 a 3.883 nel 2007 (+49%); nello stesso periodo l'incremento in Italia è risultato più modesto (+10%). La differenza rilevata è verosimilmente anche da ricondurre ad una ricerca più attenta di queste malattie e ad una più alta adesione da parte degli operatori sanitari e degli enti di tutela regionali all'obbligo di certificazione delle patologie correlate al lavoro.

Si registra a livello regionale anche un aumento nelle **Malattie professionali riconosciute** (+43% nel confronto 2001 vs 2007); a livello italiano si registra un complessivo dato in controtendenza (-0.9%).

Malattie Professionali denunciate e riconosciute
Gestione Industria, Commercio e Servizi e Gestione Agricoltura
Emilia-Romagna (2000-2007)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Totale Riconosciute	nd	1.124	1.321	1.358	1.521	1.389	1.642	1.604
Totale Denunciate	2.601	2.847	2.990	3.139	3.832	3.220	3.623	3.883
% Riconosciute/Denunciate	-	39%	44%	43%	40%	43%	45%	41%

Fonte: per Gestione Industria/Commercio/Servizi (dati 2000-01) Rapporti Annuali INAIL 2004-05; dati 2002 e 2003-2007 banca dati INAIL Apr.2008 e Apr.2009; per Gestione Agricoltura Rapporti Annuali INAIL 2004-2007

I cambiamenti del mercato e dell'organizzazione del lavoro hanno determinato l'emergenza di fattori di rischio nuovi e la diminuzione (ma non la scomparsa!) di quelli più tradizionali; si è andata delineando la manifestazione di nuove patologie correlate al lavoro e la modifica dell'occorrenza delle patologie professionali classiche.

In Emilia-Romagna le patologie muscolo-scheletriche costituiscono ormai di gran lunga le malattie professionali più frequenti (55,1%) in tutte le province emiliano-romagnole, seppure con quote differenziate.

Al secondo posto si collocano le ipoacusie (15,4%), seguite da patologie a carico dell'apparato respiratorio (3,4%), neoplasie da asbesto (1,7%) e altre neoplasie (1,4%).

La quota delle malattie professionali specifiche è molto ridotta e con trend in diminuzione: asbestosi (0,7%), pneumoconiosi (0,3%), intossicazioni (0,6%) e malattie cutanee (0,6%).

La quota delle malattie professionali a tipologia non esplicitata risulta tuttora elevata: 587 su 3.562 (16,1%); l'assenza di indicazioni sulla tipologia non consente di delineare in maniera attendibile la distribuzione dei danni da lavoro e per converso quella dei fattori di rischio correlati per indirizzare gli interventi di prevenzione.

A livello italiano le malattie professionali più frequentemente denunciate sono le ipoacusie (20,9%), seguite dalle patologie muscolo scheletriche (11,9%).

Poco meno della metà delle malattie professionali denunciate in Italia (45,9%) è a tipologia non esplicitata (33,7% per le altre non tabellate e 12,2 % per le indeterminate), senza indicazioni sui possibili fattori di rischio in causa nel determinismo della malattia.

Distribuzione per tipologia e provincia delle Malattie Professionali denunciate nel 2007 Gestione Industria Commercio e Servizi

Tecnopatie	PC	PR	RE	MO	BO	FE	RA	FC	RN	RER	%	ITA	%
Pat. muscolo-scheletriche	18	177	362	256	529	78	77	331	133	1.961	55,1	3.138	11,9
Ipoacusia	13	23	72	151	100	43	61	38	49	550	15,4	5.521	20,9
Altre neuropatie periferiche	1	14	40	17	18	0	1	28	1	120	3,4	822	3,1
Malattie respiratorie	1	8	4	11	57	1	16	14	8	120	3,4	1.484	5,6
Neoplasie da asbesto	3	7	12	4	14	5	10	1	4	60	1,7	721	2,7
Neoplasie	0	6	4	7	15	1	8	2	6	49	1,4	874	3,3
Asbestosi	2	4	9	3	1	4	1	0	1	25	0,7	581	2,2
Malattie cutanee	1	1	1	0	11	3	1	1	2	21	0,6	285	1,1
Intossicazioni	1	2	6	0	8	0	0	1	2	20	0,6	123	0,5
Pat. da agenti chimici vari	1	5	2	4	3	1	3	0	0	19	0,5	201	0,8
Allergie respiratorie	0	2	4	0	4	1	2	0	2	15	0,4	113	0,4
Pneumoconiosi	0	3	2	2	0	1	0	0	2	10	0,3	367	1,4
Pat. da radiazioni ionizzanti	0	0	3	2	0	0	0	0	0	5	0,1	77	0,3
Altre non tabellate	12	20	68	40	54	21	18	41	43	317	8,9	8.924	33,7
Indeterminate	6	23	84	101	21	11	4	7	13	270	7,6	3.230	12,2
Totale	59	295	673	598	835	170	202	464	266	3.562	100	26.473	100
di cui non tabellate (%)	71	81	79	80	91	83	88	96	89	86	-	73	-

Fonte: Rapporto INAIL Annuale Regionale Emilia-Romagna, anno 2007

Per approfondire:

1. Report annuale dell'Osservatorio Regionale di monitoraggio degli Infortuni e delle malattie professionali o correlate con il Lavoro (OReIL) sui danni da lavoro in Regione Emilia-Romagna: analisi eventi al 2007; red. mag 2009
a cura di G. Collini, A. Romanelli, A. Pezzarossi, S. Candela
2. INAIL : bancadati.inail.it/prevenzionale
3. Report OreIL sulla sorveglianza epidemiologica degli infortuni mortali in Emilia-Romagna; red. dic 2009, a cura di A. Romanelli, G. Collini, G. Besutti, R. Caliri;

Sicurezza stradale

Sicurezza stradale

Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali rappresentano la principale causa di morte nei giovani adulti; queste morti premature, oltre a rappresentare un'indubbia tragedia sotto il profilo umano, determinano costi particolarmente elevati per la società (2,3% del prodotto interno lordo in Emilia-Romagna), in termini di perdita di produttività, trattamenti sanitari e assistenza necessaria per le invalidità riportate.

L'obiettivo che i Paesi dell'Unione Europea si sono dati è quello di dimezzare, rispetto al 2000, il numero di morti sulle strade entro il 2010.

Mortalità da Incidenti stradali

Nel periodo 2000-2008 in Italia i numeri dell'incidentalità sono in forte diminuzione: incidenti stradali -15%, feriti -14% e morti -33% (nonostante la crescita del parco veicolare sia del 18%).

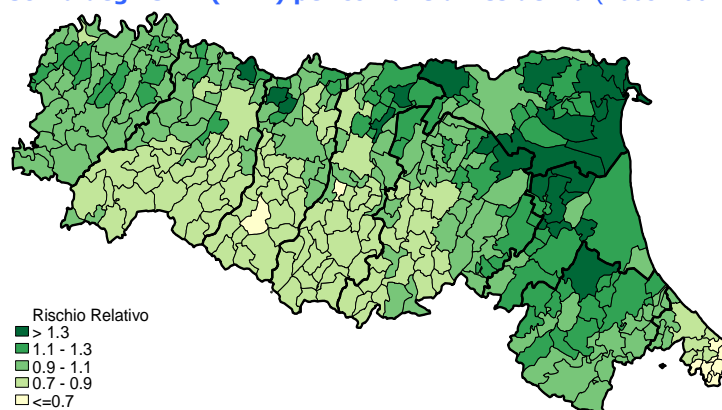
Nel 2008 in Emilia-Romagna si sono verificati 21.744 incidenti stradali con 29.746 feriti e 529 morti; rispetto all'anno 2000 il trend è in diminuzione: incidenti stradali -13%, feriti -15% e morti -32%.

Nel periodo 2000-2008 il Rapporto di Mortalità (n° medio di morti per incidente *100) mostra una costante riduzione in Regione, dal 3.0% al 2.4%.

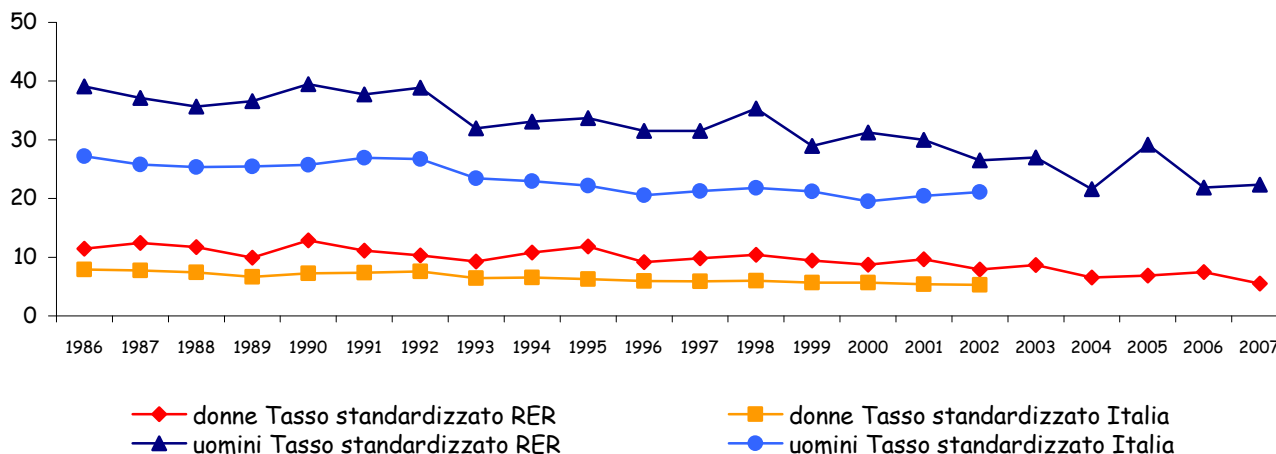
La mortalità per incidenti stradali, pur in diminuzione, si mantiene maggiore rispetto alla media nazionale; in particolare vi sono in Regione aree a maggior rischio (ferrarese, ravennate, bassa bolognese e modenese) nelle quali il rischio è superiore anche del 30-40% rispetto a quello medio regionale.

La riduzione dei tassi di mortalità si è verificata in tutte le classi di età, con l'esclusione della fascia 20-49 anni, nella quale i tassi sono rimasti stabili.

Mapa dei rischi di mortalità da Incidente stradale
Stima degli SMR (BMR) per comune di residenza (2003-2007)



Tassi standardizzati di mortalità da Incidente stradale per sesso
Italia e Emilia-Romagna (1986-2007)



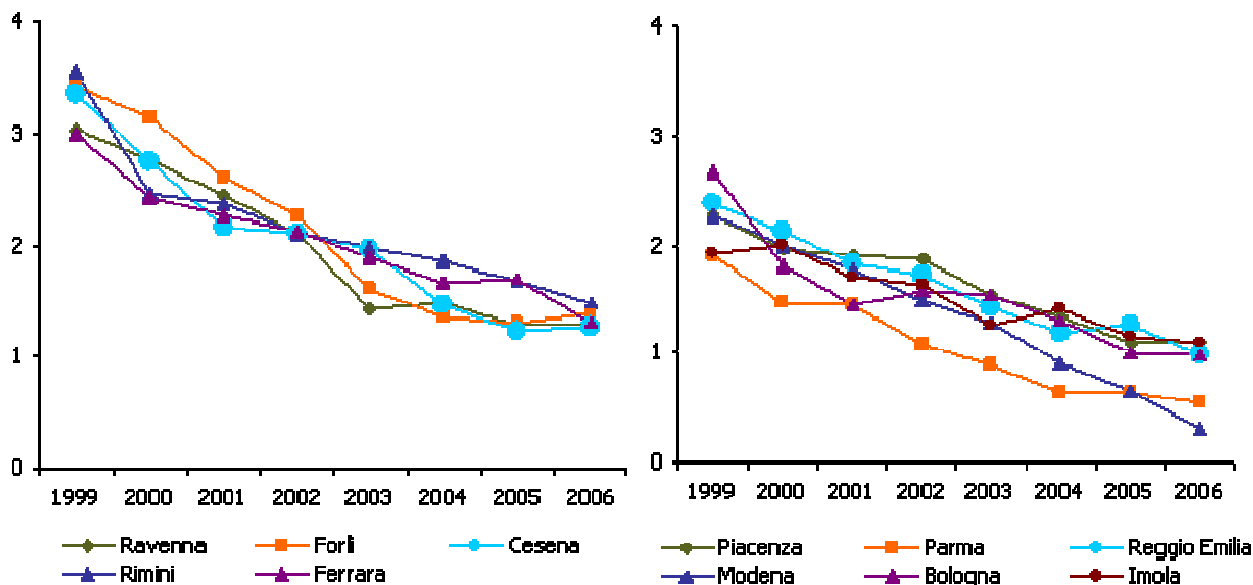
Nel periodo 1995-2006 nei residenti in Emilia-Romagna si sono verificati 8.712 decessi da Incidente stradale, con un Tasso grezzo di mortalità pari a 18 decessi/100.000 abitanti.

Ricoveri da Incidenti stradali

Nel periodo 1999-2006 nei residenti in Emilia-Romagna si sono registrati circa 52.000 ricoveri (6.500 ricoveri in media all'anno), con un Tasso grezzo pari a 1.6 ricoveri per 1.000 abitanti. Nei 12 anni considerati nell'intera Regione si osserva un marcato trend in diminuzione dei Tassi standardizzati di ospedalizzazione da Incidente stradale. Nel 2006 in Regione l'unico eccesso di rischio significativo per ricovero da Incidente stradale riguarda l'AUSI di Rimini.

Le **persone coinvolte** in incidenti stradali, in termini di decessi e ricoveri, sono più spesso uomini (2:1 rispetto alle donne), giovani fra 15-30 anni e persone anziane oltre 70 anni.

Tassi standardizzati di ospedalizzazione per AUsl Emilia-Romagna (1999-2006)



Comportamenti a rischio

Tra i principali comportamenti a rischio per l'incidentalità si considerano l'eccesso di velocità, la guida sotto effetto di alcol o sostanze stupefacenti e il mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza.

L'**eccesso di velocità** aumenta sia il rischio di incidente sia la sua gravità; nel periodo 1994-2008 in Regione il trend del Rapporto di Gravità (n° morti / n° morti + n° feriti * 100), indicatore indiretto della velocità dei veicoli, è in diminuzione (dal 2.8 all'1.7).

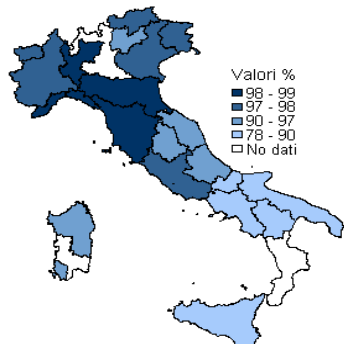
L'**alcol** è considerato una delle cause più frequenti di incidente e di mortalità stradale: un terzo della mortalità su strada è infatti provocata dalla guida in stato di ebbrezza.

Nel 2008 in Regione il 14% degli intervistati 18-69enni nell'ambito del Sistema PASSI ha riferito di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nel mese precedente l'intervista e l'8% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza. La guida in stato di ebbrezza è maggiormente diffusa negli uomini e nei giovani.

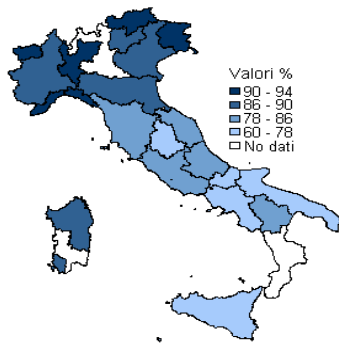
L'**utilizzo dei dispositivi di sicurezza** è un elemento di provata efficacia per ridurre le conseguenze dell'incidente stradale. In tutta la Regione l'utilizzo del casco e della cintura anteriore è molto diffuso (rispettivamente 99% e 90%, PASSI 2008); non vi sono rilevanti differenze a livello aziendale, mentre su scala nazionale è presente un gradiente marcato Nord-Sud. Molto limitato rimane invece l'utilizzo della cintura posteriore (25%) in tutte le AUsl.

Una quota non trascurabile di intervistati - nel cui nucleo familiare è presente un minore sotto ai 14 anni ha riferito di non far indossare sempre il dispositivo di sicurezza al minore (Emilia-Romagna 17%).

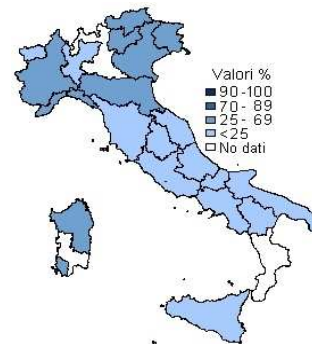
Uso del casco s (%)
PASSI 2008



Uso della cintura anteriore (%)
PASSI 2008



Uso della cintura posteriore (%)
PASSI 2008



Infortunati lavorativi stradali

Nel periodo 2004-2007 in Emilia-Romagna si sono verificati all'anno complessivamente circa 80.000 infortuni sul lavoro, di cui il 17% avvenuti su strada. Circa la metà degli infortuni lavorativi mortali è avvenuta su strada, con valori piuttosto variabili da territorio a territorio e da un anno all'altro; complessivamente in Regione si passa dal 47% nel 2004 al 66% del 2007.

Gli infortuni avvenuti su strada sono classificabili in due tipologie: gli infortuni *in itinere* avvenuti nel tragitto tra sede del lavoro e abitazione e gli incidenti accaduti per l'uso di mezzi in orario e costanza di lavoro. Nel periodo 2004-2007 gli infortuni *in itinere* hanno costituito la quota più rilevante (72%) degli infortuni lavorativi stradali accaduti.

Monitoraggio degli Incidenti stradali in Emilia-Romagna (MISter)

Dal 2009 ha preso avvio il Progetto di Monitoraggio Incidenti Stradali in Emilia-Romagna (MISter), che prevede il coordinamento regionale della raccolta dei modelli CTT/INC relativi agli incidenti stradali avvenuti; il progetto consentirà di disporre dei dati in modo tempestivo e di correlare i dati dell'incidentalità con quelli sugli esiti sanitari.

Oltre alla correlazione dei dati di incidentalità con i relativi esiti sanitari, MISter permetterà la georeferenziazione, cioè l'indicazione su di una apposita mappa informatica del preciso luogo ove è avvenuto ogni incidente. MISter rappresenta quindi lo strumento che la Regione si è data per lo studio delle condizioni ambientali che facilitano gli incidenti e per supportare una programmazione territoriale che tenga conto della sicurezza intrinseca delle infrastrutture per la mobilità.

Per approfondire:

- *Incidenti stradali in Emilia-Romagna (1995-2007)*
- *PASSI progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia: i risultati del sistema di Sorveglianza (Emilia-Romagna, 2008)*
http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2009/3%20dicembre%202009/Passi_ER2008.pdf
- *Incidenti Stradali. Anno 2008, ISTAT-ACI 2009*
http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20091113_01/
- *Monitoraggio Incidenti Stradali in Emilia-Romagna (MISter):*
http://www.regione.emilia-romagna.it/wcm/statistica/progetti/progetti/istra/descrizione/pag/documenti/pag/pag/Progetto_Emia-Romagna_%28Mister%29.pdf

Principali malattie e cause di morte

Principali malattie e cause di morte

Principali malattie e cause di morte

La **percezione dello stato di salute** testimonia il benessere o malessere psicofisico vissuto dalla persona ed influisce indirettamente anche sul ricorso ai servizi sanitari. Come già riferito in altra parte del Profilo, nel 2008 in Emilia-Romagna la maggior parte degli intervistati di 18-69 anni (67%), con il sistema di Sorveglianza PASSI, ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute (buono o molto buono); il 29% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 4% ha risposto in modo negativo (male o molto male). I dati regionali sono sovrapponibili alle stime nazionali e ai dati dell'Indagine Multiscopo dell'ISTAT 2005.

Il 19% degli intervistati nella nostra Regione dichiara di soffrire di una **patologia cronica** (malattia cardiovascolare, respiratoria, diabete, tumore grave), in linea con la media nazionale (17,5%).

Il numero di giorni mediamente riferiti in cattiva salute al mese è pari a 3,6 giorni per motivi fisici, 4 giorni per motivi psicologici e 2 giorni con limitazioni nelle attività abituali; i giorni in cattiva salute per i motivi fisici aumentano con l'età e sono significativamente maggiori nelle donne.

Secondo i dati dell'Indagine Multiscopo ISTAT 2005, la **speranza di vita libera da disabilità** a 15 anni e a 65 anni è rispettivamente pari a 61 e 16 anni per gli uomini e a 64 e 17 anni per le donne.

La percentuale di persone con più di 6 anni con **disabilità** è complessivamente pari al 3% negli uomini e 6% nelle donne, percentuale che sale rispettivamente al 10% e al 20% sopra ai 65 anni e più. Il tasso standardizzato regionale di disabilità è pari al 3,8%, valore inferiore a quello nazionale (4,8%).

Oltre che sulla base di dati riferiti, lo stato di salute può essere misurato anche a partire dall'analisi delle fonti informative sulle malattie (in particolare su cure e terapie cui si sottopongono le persone) e sui loro esiti. Partendo da questi dati, descritti in seguito in dettaglio, si può affermare che la popolazione dell'Emilia-Romagna è particolarmente longeva (una delle più longeve in Europa e ai primi posti in Italia), ma soffre di disturbi e patologie di varia origine, molto spesso legate proprio all'invecchiamento, o all'esposizione a fattori di rischio ambientali, professionali o legati alle abitudini di vita.

Speranza di vita per provincia
Emilia-Romagna (trienni 2003-05 e 2006-08)

	Triennio 2003-2005										Triennio 2006-2008									
	alla nascita		a 20 anni		a 40 anni		a 65 anni		a 75 anni		alla nascita		a 20 anni		a 40 anni		a 65 anni		a 75 anni	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Piacenza	77,1	83,0	57,9	63,5	38,8	43,9	16,9	20,9	10,1	12,7	78,6	83,5	58,9	64,1	39,6	44,5	17,6	21,2	10,4	13,1
Parma	77,6	83,1	58,4	63,8	39,2	44,1	17,2	21,1	10,4	12,9	79,0	83,9	59,5	64,5	40,1	44,8	17,8	21,5	10,5	13,2
Reggio Emilia	78,0	83,8	58,7	64,3	39,5	44,6	17,3	21,4	10,2	13,1	79,1	84,0	59,8	64,5	40,5	44,8	18,1	21,5	10,8	13,2
Modena	78,6	83,9	59,3	64,3	40,1	44,6	17,8	21,4	10,7	13,1	79,7	84,5	60,2	64,9	40,7	45,2	18,3	21,8	11,0	13,4
Bologna	78,8	83,5	59,3	64,0	40,0	44,3	17,9	21,3	10,7	13,0	79,5	84,3	60,0	64,6	40,7	44,9	18,4	21,7	11,1	13,4
Ferrara	77,2	82,8	57,7	63,4	38,8	44,0	16,9	20,8	10,1	12,5	78,4	83,5	58,9	63,9	39,7	44,2	17,6	21,2	10,4	12,9
Ravenna	79,1	84,0	59,7	64,4	40,6	44,9	18,5	21,7	11,0	13,4	80,0	84,6	60,5	65,0	41,2	45,3	18,7	22,1	11,3	13,7
Forlì-Cesena	78,8	84,2	59,5	64,6	40,3	44,9	18,0	21,7	10,7	13,3	79,9	84,6	60,4	65,0	41,1	45,3	18,7	21,9	11,2	13,4
Rimini	79,0	84,3	59,6	64,5	40,4	44,9	18,1	21,6	10,8	13,2	80,1	84,6	60,7	65,1	41,3	45,3	18,8	22,0	11,3	13,4
Emilia-Romagna	78,3	83,6	59,0	64,1	39,8	44,4	17,7	21,3	10,5	13,0	79,4	84,2	59,9	64,6	40,6	44,9	18,2	21,6	10,9	13,3

In generale, le malattie del sistema circolatorio rappresentano la principale causa di morte, seguita dai tumori: insieme queste patologie sono responsabili di quasi il 70% dei decessi. Nella graduatoria delle principali cause di morte (**grandi gruppi**), seguono poi le malattie dell'apparato respiratorio, digerente e i traumi. Considerando i **settori di patologie**, le principali cause di morte sono i disturbi circolatori dell'encefalo, seguite dalle malattie ischemiche croniche del cuore e dall'infarto acuto del miocardio, poi la prima patologia tumorale, quella della trachea, bronchi e polmone. Questo tumore è la prima causa di morte negli uomini, mentre nelle donne prevalgono le patologie cerebrovascolari e cardiache e le forme di degenerazione cerebrale senile.

Analizzando le cause di ricovero ordinario, nel 2008 in Emilia-Romagna circa il 28% dei ricoveri è dovuto essenzialmente alle malattie del sistema circolatorio (17,3%) e ai tumori (10,3%), confermando quanto emerso dall'analisi della mortalità generale. Seguono al terzo posto tutte le cause comprese nel codice V (fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari non compresi nelle altre malattie e traumatismi codificati) (9,1%) e al quarto posto le complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (9%).

Mortalità proporzionale (%) per le principali cause di morte
Emilia-Romagna (2008)

Causa di morte (Grandi Gruppi)	N	%
VII mal. del sistema circolatorio	18.235	38,4
II tumori	14.266	30,1
VIII mal. dell'apparato respiratorio	3.647	7,7
IX mal. dell'apparato digerente	1.987	4,2
XVII traumatismi e avvelenamenti	1.933	4,1
V disturbi psichici	1.680	3,5
III mal. ghiandole endocrine	1.584	3,3
VI mal. del sistema nervoso e degli organi di senso	1.399	3,0
X mal. dell'apparato genitourinario	864	1,8
I mal. infettive e parassitarie	544	1,2
<i>Altri Gruppi</i>	<i>1.320</i>	<i>2,8</i>
Totale	47.459	100,0

Causa di morte (patologie)	N	%
Disturbi circolatori dell'encefalo	4.367	9,2
Malattie ischemiche del cuore	3.576	7,5
Infarto acuto del miocardio	2.869	6,1
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	2.859	6,0
Mal. senili e pre-senili, inclusa idrocefalia non congenita	2.621	5,5
Bronchite, enfisema, asma	1.595	3,4
Tumori maligni del colon, del retto e dell'ano	1.562	3,3
Tumori maligni del tessuto linfatico ed ematopoietico	1.182	2,5
Diabete mellito	1.138	2,4
Tumori maligni della mammella della donna	983	2,1
<i>Altri Settori</i>	<i>24.707</i>	<i>52,1</i>
Totale	47.459	100,0

Ricoveri ordinari per Grandi Gruppi di patologia
Emilia-Romagna (2008)

Causa di ricovero	Dimessi	%
VII mal. sistema circolatorio	107.156	17,3
II tumori	63.597	10,3
Codici V*	56.430	9,1
IX mal. apparato digerente	56.008	9,0
XI complicanze gravidanza, parto e puerperio	51.989	8,4
VIII mal. apparato respiratorio	51.885	8,4
XVII traumatismi e avvelenamenti	49.333	8,0
XIII mal. sistema osteomuscolare e tessuto connettivo	40.288	6,5
X mal. apparato genitourinario	38.101	6,2
VI mal. sistema nervoso e organi di senso	20.856	3,4
XVI sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	20.026	3,2
V disturbi psichici	16.239	2,6
III mal. ghiandole endocrine	12.638	2,0
I mal. infettive e parassitarie	12.070	1,9
XV alcune condizioni morbose di origine perinatale	6.865	1,1
XIV malformazioni congenite	5.977	1,0
IV mal. sangue e organi ematopoietici	5.569	0,9
XII mal. pelle e tessuto sottocutaneo	3.969	0,6
Totale	618.996	100,0

*Codice V : è la classificazione supplementare prevista per quelle occasioni in cui vengono registrate come "diagnosi" o "problemi", circostanze diverse dalle malattie o traumatismi classificabili nelle categorie 001-999 o nelle categorie della Classificazione supplementare E.

Mortalità precoce

Gli Anni Potenziali di Vita Persi (PYLL) sono un indicatore spesso usato per esprimere in modo sintetico il peso delle morti precoci in una popolazione. Con questo sistema, si intendono per precoci le morti avvenute prima del compimento dei 65 anni di età, l'indicatore è composto dalla somma degli anni mancanti a 65 per tutti i deceduti in età inferiore, per cui un decesso a 0 anni peserà 65 mentre uno a 64 anni peserà 1; il risultato viene poi diviso per la popolazione a rischio. Come per la mortalità generale, anche quella prematura colpisce maggiormente il sesso maschile: il tasso di PYLL è quasi 28 per 1.000 abitanti per gli uomini e circa 16 per le donne. Fra il triennio 2003-2005 e quello 2006-2008 il trend è comunque in riduzione (-12,5%). Le patologie che maggiormente contribuiscono alla mortalità prematura sono i tumori (35%), i traumi (22%) che manifestano la maggior riduzione assoluta e percentuale fra i due periodi, le malattie cardiovascolari (14%) e le condizioni morbose perinatali (7%).

Anni potenziali di vita persi (PYLL) e tasso per 1.000 abitanti sotto ai 65 anni per settori di patologia (Emilia-Romagna, trienni 2003-2005 e 2006-2008)

SETTORI DI PATOLOGIE	2003-2005		2006-2008	
	PYLL	Tasso PYLL	PYLL	Tasso PYLL
II Tumori	80.845	8,4	78.267	7,88
XVII Traumatismi e avvelenamenti	61.390	6,38	48.751	4,91
VII Mal. sistema circolatorio	33.843	3,51	30.113	3,03
XV Alcune condizioni morbose origine perinatale	16.270	1,69	15.249	1,54
III Mal. ghiandole endocrine, nutrizione, metabolismo e disturbi immunitari	10.420	1,08	8.721	0,88
XI Mal. apparato digerente	7.538	0,78	8.747	0,88
XIV Malformazioni congenite	8.468	0,88	8.650	0,87
VI Mal. sistema nervoso e organi di senso	5.714	0,59	5.125	0,52
VIII Mal. apparato respiratorio	4.653	0,48	4.212	0,42
V Disturbi psichici	3.714	0,39	3.196	0,32
XVI Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	3.973	0,41	3.053	0,31
I Malattie Infettive e Parassitarie	2.868	0,3	2.446	0,25
IV Mal. sangue e organi ematopoietici	627	0,07	930	0,09
X Mal. apparato genitourinario	892	0,09	917	0,09
XIII Mal. sistema osteomuscolare e tessuto connettivo	810	0,08	392	0,04
XI Complicanze gravidanza, parto e puerperio	98	0,01	59	0,01
XII Mal. pelle e tessuto sottocutaneo	76	0,01	0	0
Mortalità generale	242.199	25,15	218.828	22,03

La distribuzione territoriale di questo indicatore è simile a quella della mortalità generale: i valori più elevati si riscontrano a Ferrara, Piacenza e Reggio Emilia, mentre quelli minimi a Modena, Cesena e Rimini.

Anni potenziali di vita persi (PYLL) e tasso per 1.000 abitanti sotto ai 65 anni per Azienda UsI (Emilia-Romagna, trienni 2003-2005 e 2006-2008)

AUsl	2003-2005		2006-2008	
	PYLL	Tasso PYLL	PYLL	Tasso PYLL
Piacenza	16.907	27,25	15.217	23,75
Parma	26.493	27,85	21.660	21,99
Reggio Emilia	28.699	24,67	28.172	22,99
Modena	37.608	23,99	32.586	20,23
Bologna	45.688	24,39	42.757	22,39
Imola	6.832	23,76	6.315	21,34
Ferrara	22.571	28,81	19.965	25,12
Ravenna	20.897	25,18	18.762	21,70
Forlì	10.442	25,76	9.043	21,62
Cesena	10.302	22,33	9.719	20,48
Rimini	15.760	22,94	14.632	20,53
Emilia-Romagna	242.199	25,15	218.828	22,03

Tumori

In Emilia-Romagna nel 2004 sono state stimate quasi 29.000 nuove diagnosi di tumore maligno, non considerando i carcinomi cutanei; si tratta in genere di patologie che colpiscono prevalentemente l'età medio-avanzata. Negli uomini un nuovo tumore su cinque è rappresentato dal carcinoma della prostata (20%); seguono il carcinoma del polmone che, pur con una modesta flessione, rappresenta circa il 16% dei nuovi casi di tumore e i tumori del colon-retto (14%).

Nelle donne il tumore della mammella è il più frequente (28% dell'incidenza); al secondo posto si trovano i tumori del colon-retto (14%) e al terzo il tumore polmonare, in moderata ma continua crescita (5,5%).

Gli **andamenti temporali** (1991-2004) documentati a partire dai dati dei Registri Tumori mostrano un quadro variegato. In alcune sedi anatomiche (colon-retto, prostata, tiroide, fegato, pancreas, melanomi cutanei, mesoteliomi) si osserva un progressivo e deciso aumento dell'incidenza, in parte legato a procedure diagnostiche più sensibili. Altre sedi hanno confermato una più o meno netta tendenza alla diminuzione (stomaco, laringe e polmone negli uomini e cervice uterina nelle donne). Le leucemie nel sesso maschile hanno invertito la tendenza alla crescita degli anni '90 e negli ultimi anni evidenziano un considerevole calo.

Nel totale dei tumori globalmente considerati, la tendenza alla stabilizzazione mostrata dal sesso femminile dalla fine degli anni '90 sembra condivisa nell'ultimo triennio anche in quello maschile.

La **sopravvivenza** dei pazienti che hanno sviluppato tumori nel periodo 2000-2004 si mantiene ai livelli delle aree più avanzate economicamente a livello nazionale e internazionale: globalmente circa il 53% degli uomini e il 63% delle donne sopravvivono a 5 anni dalla diagnosi. Questo comporta che il numero dei malati di tumore maligno presenti in Regione (= prevalenza), con insorgenza di malattia negli ultimi 5 anni, ha registrato fra il 2003 e il 2005 un aumento complessivo dell'11% per i maschi e del 4% per le femmine.

Incidenza (2004)

	Numero casi	Tassi grezzi x 100.000	Tassi st. E.R. 1998 x 100.000	Tassi st. Europa x 100.000	Rischio cum.-74 aa x 1.000
Maschi	18.721	927,8	912,3	623,9	398,1
Femmine	15.206	712,7	707,2	440,3	294,9

Prevalenza al 01/01/2005: numero totale e tasso grezzo (per 100.000 abitanti) *

insorgenza della malattia	maschi		femmine	
	Numero casi	Tasso grezzo	Numero casi	Tasso grezzo
nell'ultimo anno	12.288	609	10.696	501
negli ultimi 5 anni	42.032	2.083	40.623	1.904
negli ultimi 10 anni	60.612	3.004	65.372	3.064

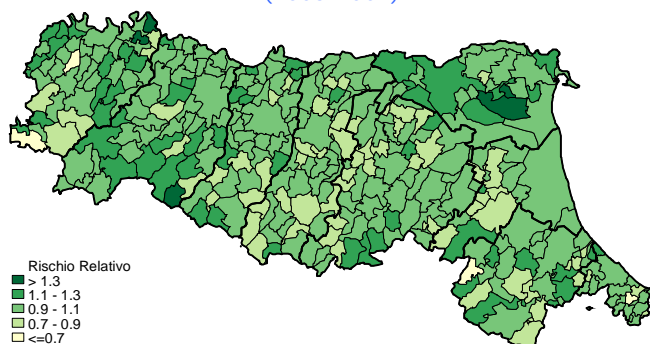
* escluso i carcinomi cutanei

I decessi per tumore sono passati dai 13.800 del 2004 ai 14.266 del 2008, pari al 30% della mortalità totale: questo aumento è tutto da attribuire all'invecchiamento della popolazione, in quanto, a parità di età, il trend degli ultimi anni registra un lieve ma costante calo. I tumori che hanno causato il maggior numero di decessi sono quello del polmone, seguito da colon e dalla mammella. Valutando la mortalità per sede tumorale si conferma la tendenza alla stabilità o alla diminuzione già evidenziata, tranne alcune eccezioni (pancreas e polmone nel sesso femminile, mesotelioma in quello maschile).

Mortalità proporzionale (%) per i principali Tumori
Emilia-Romagna (2008)

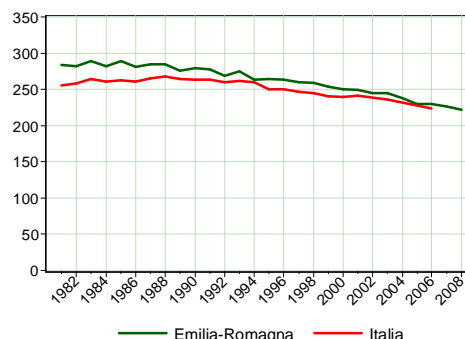
Codice ICDIX	Causa di morte	n°	% Tot. Tumori	%Tot. Decessi
162	Tum. maligni trachea, bronchi e polmone	2.859	20,0	6,0
153	Tum. maligni colon	1.199	8,4	2,5
174	Tum. maligni mammella	983	6,9	2,1
151	Tum. maligni stomaco	971	6,8	2,0
157	Tum. maligni pancreas	904	6,3	1,9
155	Tum. maligni fegato e dotti biliari	621	4,4	1,3
185	Tum. maligni prostata	642	4,5	1,4
188	Tum. maligni vescica	505	3,5	1,1
199	Tum. maligni senza indicazione sede	458	3,2	1,0
189	Tum. maligni rene	408	2,9	0,9
202	Altri Tum. maligni linfoide e istiocitario	395	2,8	0,8
154	Tum. maligni retto, giunz. rettosigmoidea e ano	363	2,5	0,8
191	Tum. maligni encefalo	337	2,4	0,7
159	Tum. maligni altre sedi app. digerente e peritoneo	296	2,1	0,6
183	Tum. maligni ovaio	323	2,3	0,7
239	Tum. natura non specificata	218	1,5	0,5
156	Tum. maligni vescichette biliari e dotti extraepat.	299	2,1	0,6
203	Mieloma multiplo	254	1,8	0,5
205	Leucemie mieloide	216	1,5	0,5
238	Tum. comp. incerto di altri e non spec. tessuti e sedi	179	1,3	0,4
204	Leucemie linfoide	160	1,1	0,3
	Altri Tumori	1.676	11,7	3,5
	Totale Tumori	14.266	100,0	30,1
	Totale Decessi	47.459		100,0

Mortalità da tutti i tumori
Stima degli SMR (BMR) * per comune di residenza.
(2003-2007)



* SMR: Standardized Mortality Ratio BMR: Bayesian mortality ratio

Mortalità da tutti i tumori
Tassi standardizzati per 100.000 ab.
(1981-2008)



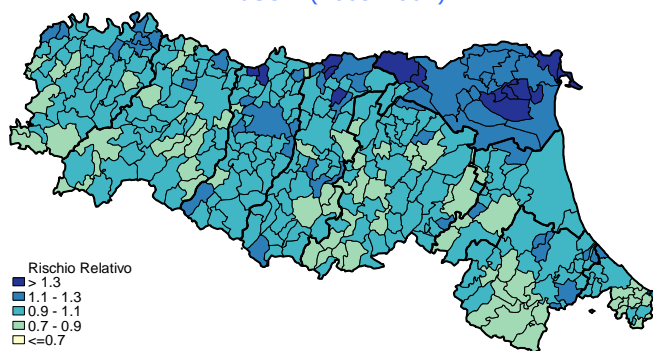
Complessivamente i tassi standardizzati di mortalità per tutti i tumori sono in Emilia-Romagna costantemente superiori al corrispondente valore nazionale, anche se il differenziale negli ultimi anni si è notevolmente ridotto. Il trend dei tassi standardizzati di mortalità per tutti i tumori in Regione mostra infatti un andamento decrescente per tutto il periodo considerato: la variazione percentuale è pari al -22% superiore a quello registrato a livello nazionale (-13%).

L'analisi delle mappe di mortalità per comune non evidenzia particolari cluster; si osservano alcuni comuni caratterizzati da una mortalità superiore al livello medio regionale solo nelle province di Ferrara, Parma e Piacenza.

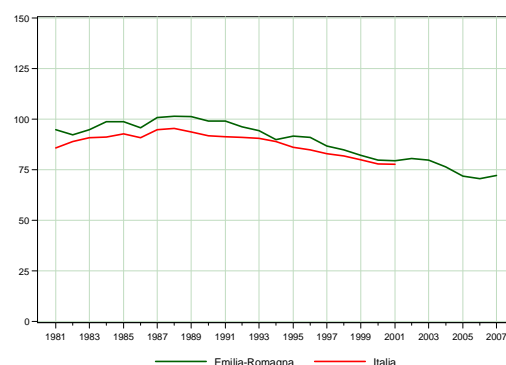
Tumore maligno della trachea, dei bronchi e dei polmoni

La mortalità per questo tumore, data l'alta letalità, riflette l'andamento dell'incidenza elevata e costante nel tempo. L'incidenza a sua volta è legata alla diffusione dei fattori di rischio, in particolar modo il principale, il fumo di tabacco. Questo giustifica l'andamento differente per sessi: pur restando una patologia a larga prevalenza maschile (oltre 3 casi su 4), i tassi standardizzati si sono ridotti sensibilmente per gli uomini e sono invece cresciuti per le donne. Sempre allo stesso fenomeno va ascritta la distribuzione per aree geografiche: mentre per gli uomini prevalgono le aree storicamente ad alto rischio, per le quali è già stata evidenziata da studi specifici l'alta prevalenza di fumatori (la provincia di Ferrara in particolare), per le donne ad evidenziare la maggior mortalità sono in particolare le aree urbane (Modena, Bologna, Piacenza), per le quali la letteratura scientifica riferisce in passato una maggior prevalenza di fumatrici; questo fenomeno è ora meno importante ed infatti l'aumento percentuale dei decessi fra i due ultimi periodi è distribuito su tutto l'ambito regionale.

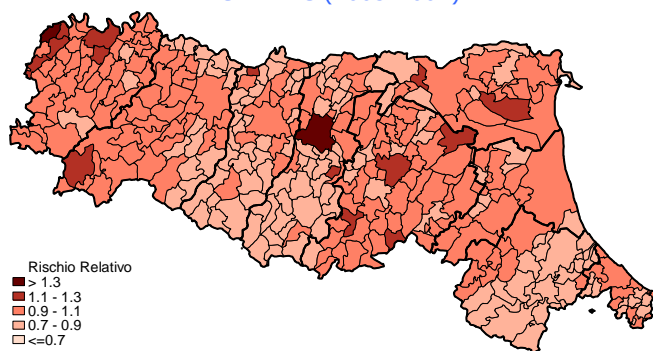
Mortalità da tumore di trachea, bronchi e polmoni
Stima degli SMR (BMR) per comune di residenza
Maschi (2003-2007)



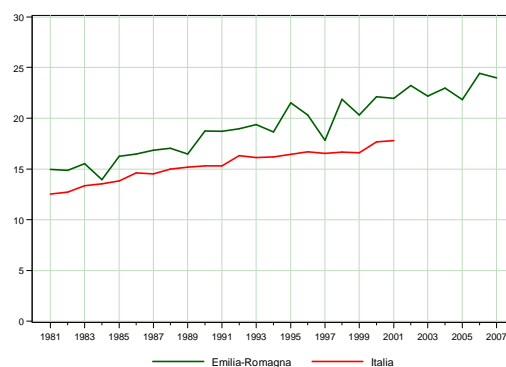
Mortalità da tumore di trachea, bronchi e polmoni
Tassi standardizzati per 100.000 ab. Maschi
(1981-2008)



Mortalità da tumore di trachea, bronchi e polmoni
Stima degli SMR (BMR) per comune di residenza
Femmine (2003-2007)



Mortalità da tumore di trachea, bronchi e polmoni
Tassi standardizzati per 100.000 ab. Femmine
(1981-2008)



Tumore maligno del colon, della giunzione rettosigmoidea e dell'ano

In Emilia-Romagna si ammalano di questo tumore oltre 3.300 persone tutti gli anni, e più di 18.000 sono le persone che ne sono affette. Gli andamenti temporali (1991-2004) documentati a partire dai dati dei Registri Tumori mostrano per questi tumori un progressivo e deciso aumento dell'incidenza, a fronte di una diminuzione o stabilità della mortalità; come osservato a livello nazionale, questo è da attribuire almeno in parte all'aumento della sensibilità diagnostica che ha preceduto l'avvio dello screening.

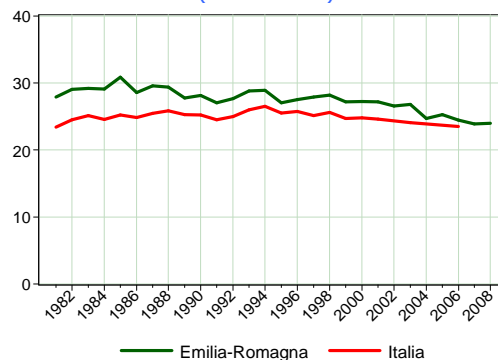
Questi tumori sono la seconda causa di morte tumorale, dopo il polmone: fra gli uomini sono al secondo posto dopo il polmone e fra le donne al terzo, dopo mammella e polmone. Per questa alta frequenza, e data la curabilità e prevenibilità della patologia mediante diagnosi precoce, sono soggetti ad una campagna di screening avviata nel 2005 che coinvolge la popolazione di 50-70 anni di età.

I dati presentati sono relativi al periodo 1981-2008 e pertanto non possono ancora risentire dell'effetto di riduzione della mortalità dovuto allo screening, per il quale sono necessari diversi anni, così come non si evidenzia ancora il previsto aumento della sopravvivenza.

Tumore maligno del colon-retto: Prevalenza al 01.01.2005
Numero totale e tasso grezzo (per 100.000 abitanti)

	maschi		femmine	
	Numero casi	Tasso grezzo	Numero casi	Tasso grezzo
nell'ultimo anno	1.870	93	1.557	73
negli ultimi 5 anni	6.554	325	5.398	253
negli ultimi 10 anni	9.800	486	8.451	396

Mortalità da tumore maligno del colon-retto
Tassi standardizzati per 100.000 ab.
(1981-2008)



Tumore maligno del colon-retto: Sopravvivenza (%) (età > 14 anni) follow-up al 31.12.2005

	maschi				femmine			
	casi 1995-'99		casi 2000-'04		casi 1995-'99		casi 2000-'04	
	osservata	relativa ¹	osservata	relativa	osservata	relativa	osservata	relativa
a 1 anno	76,9	79,9	78,6	81,7	76,3	79	76,4	79,1
a 3 anni	56,5	64,4	60,1	67,9	58	64,5	58,4	65,1
a 5 anni	46,4	58,1	49,6	61,3	49,9	60,1	49,9	60,3
(IC 95%)	(45,0-47,8)	(56,5-59,7)	(48,0-51,2)	(59,3-63,3)	(48,4-51,2)	(58,3-61,9)	(48,1-51,7)	(58,1-62,5)
a 10 anni	33,6	54,3	-	-	38,1	57,4	-	-

Tumore maligno della mammella nella donna

Il tumore della mammella è la più frequente neoplasia femminile: la sua incidenza conferma una moderata tendenza alla diminuzione, già osservata dalla fine degli anni '90 e coerente con la prosecuzione dello screening mammografico.

Questo tumore rappresenta la principale causa di morte fra le donne in età 40-64 anni: la mortalità è in lieve diminuzione, più pronunciata nell'ultimo periodo di tempo e nelle donne di età inferiore a 70 anni. Le differenze geografiche di mortalità e di trend temporale sono limitate.

Sulla base anche di studi analitici compiuti in Regione, si ritiene corretto affermare che una parte della riduzione osservata è da attribuirsi alla campagna di screening organizzato mediante mammografia, iniziata alla metà degli anni '90 su tutto il territorio regionale.

Grazie anche al continuo aumento della sopravvivenza (vicina al 90% dopo 5 anni dalla diagnosi) aumenta in Regione il numero delle donne portatrici di questa patologia: all'inizio del 2005 erano più di 26.000.

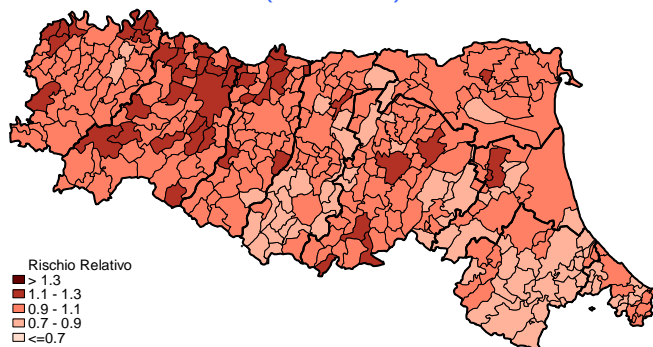
Tumore maligno della mammella nella donna: Prevalenza al 01.01.2005 Numero totale e Tasso grezzo (per 100.000 abitanti)

insorgenza della malattia	Numero casi	Tasso grezzo
nell'ultimo anno	3.376	167
negli ultimi 5 anni	15.258	756
negli ultimi 10 anni	26.243	1.301

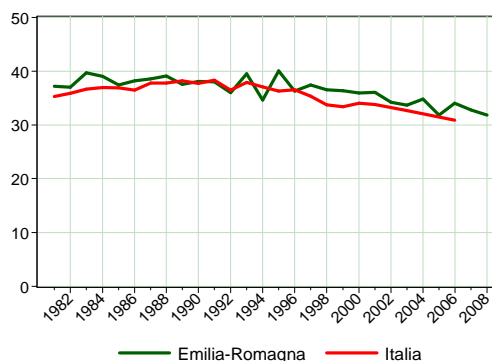
Tumore maligno della mammella nella donna: Sopravvivenza (%) (età > 14 anni) al 31.12.2005

	casi 1995-'99		casi 2000-'04	
	osservata	relativa	osservata	relativa
a 1 anno	96	97,6	95,9	97,6
a 3 anni	87,4	92,2	88,1	92,9
a 5 anni	79,4	87,1	80,6	88,4
(IC 95%)	(78,6-80,2)	(86,3-87,9)	(79,6-81,6)	(87,4-89,4)
a 10 anni	63,9	78,4	-	-

Mortalità da tumore maligno della mammella Stima degli SMR (BMR) per comune di residenza. (2003-2007)



Mortalità da tumore maligno della mammella Tassi standardizzati per 100.000 ab. (1981-2008)



¹ La sopravvivenza relativa è il rapporto fra la sopravvivenza osservata e la sopravvivenza attesa per 100

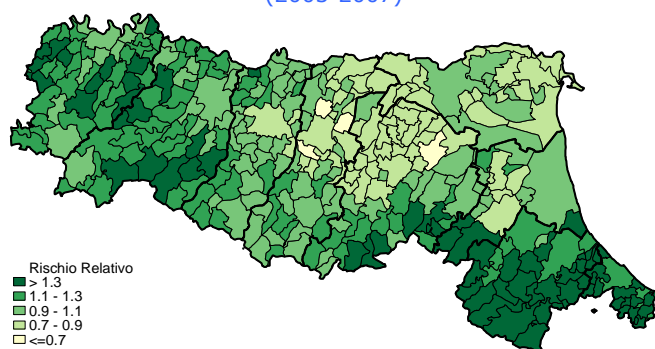
Tumore maligno dello stomaco

È una patologia storicamente in declino da un periodo antecedente a quello qui osservato: fino agli anni '60-'70 era la prima patologia tumorale come causa di morte, oggi è al quarto posto. Singolare appare che questa fortissima diminuzione non sia giustificata da nessun tipo di azione medica, diagnostica o terapeutica: infatti la sopravvivenza resta bassa, poco più del 30% dopo 5 anni dalla diagnosi. Essa è invece generalmente attribuita a modificazioni intervenute nelle abitudini dietetiche e nel modo di conservare i cibi. L'Emilia-Romagna, come altre regioni confinanti, rappresenta un'area ad alto rischio in Italia, soprattutto nelle zone appenniniche: è importante segnalare quindi che in queste aree la riduzione del rischio è attualmente più importante del resto della Regione.

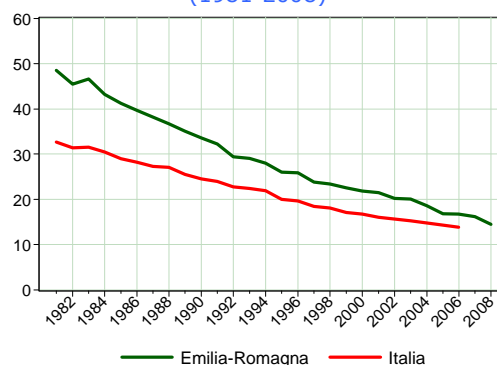
Tumore dello Stomaco - Sopravvivenza (%) (età>14 anni) follow-up al 31.12.2005

	maschi				femmine			
	casi 1995-'99		casi 2000-'04		casi 1995-'99		casi 2000-'04	
	osservata	relativa	osservata	relativa	osservata	relativa	osservata	relativa
a 1 anno	50	52,5	50,1	52,7	53,2	55,6	52,1	54,7
a 3 anni	29,7	34,6	28,7	33,5	34,4	39,5	33,8	39,4
a 5 anni	23,6	30,6	22,7	29,4	28,6	36,3	26,8	34,8
a 10 anni	16,1	27,5	-	-	19,4	32,5	-	-

Mortalità da tumore maligno dello stomaco Stima degli SMR (BMR) per comune di residenza. (2003-2007)



Mortalità da tumore maligno dello stomaco Tassi standardizzati per 100.000 ab. (1981-2008)



Tumore maligno della prostata

È il terzo tumore fra gli uomini come numero di decessi; negli ultimi anni si è assistito ad una lieve riduzione della mortalità, verosimilmente correlata al miglioramento dell'efficacia delle terapie, ma anche all'aumento dell'utilizzo del test PSA (Prostate-specific antigen).

I risultati di un recente studio europeo (ERSPC) evidenziano che l'utilizzo del PSA (Antigene prostatico specifico) come test di screening per la diagnosi precoce dei tumori della prostata comporta problemi di eccessiva sovradiagnosi e conseguente sovratrattamento; infatti, nonostante lo studio rilevi una riduzione di mortalità del 20% negli invitati a screening, al momento attuale, per 1 vita salvata occorre screenare 1.000 uomini e trattare inutilmente 48 persone con tumore della prostata, esponendoli a conseguenze importanti.

L'utilizzo opportunistico (o spontaneo) del test è però attualmente molto diffuso (più di 720.000 test/anno nella sola Emilia-Romagna): questo porta a identificare molti tumori in fase iniziale (la maggior parte dei quali silenti) con un conseguente aumento dell'incidenza legato alla sovradiagnosi, fenomeno che ha fatto diventare il tumore della prostata il primo tumore incidente negli uomini con oltre 3.000 casi all'anno, con un aumento apparente della sopravvivenza del 2-3% tra il periodo 1995-1999 e quello 2000-2004.

In Emilia-Romagna non si evidenziano complessivamente differenze geografiche rilevanti.

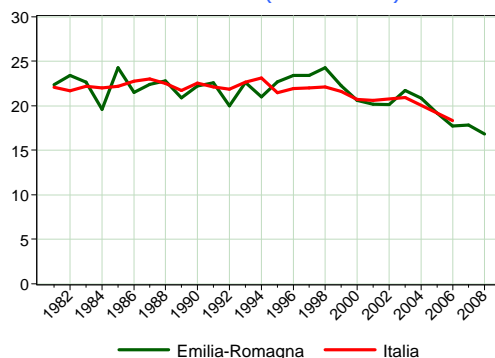
Tumore maligno della prostata: Prevalenza al 01.01.2005 Numero totale e Tasso grezzo (per 100.000 abitanti)

insorgenza della malattia	Numero casi	Tasso grezzo
nell'ultimo anno	3.237	160
negli ultimi 5 anni	12.492	619
negli ultimi 10 anni	16.939	839

Tumore maligno della prostata: Sopravvivenza (%) (età>14 anni) al 31.12.2005

	casi 1995-'99		casi 2000-'04	
	osservata	relativa	osservata	relativa
a 1 anno	89,4	94,2	93,1	96,9
a 3 anni	73,9	86,9	81,6	92,5
a 5 anni	62,1	82,3	72,3	90
(IC 95%)	(60,9-63,3)	(80,7-83,9)	(70,9-73,7)	(88,4-91,6)

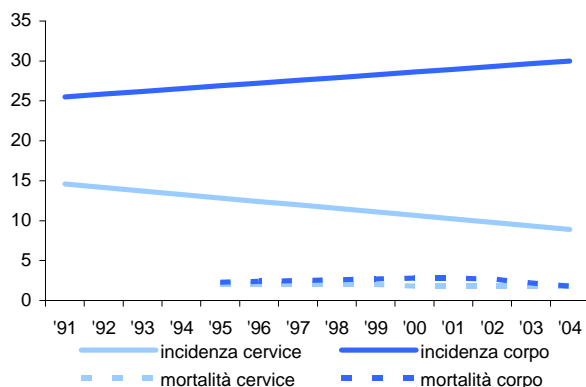
Mortalità da tumore maligno della prostata Tassi standardizzati di mortalità per 100.000 ab. (1981-2008)



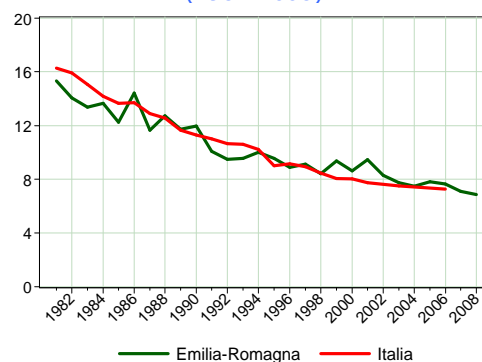
Tumore maligno dell'utero

L'incidenza e la mortalità per tumori dell'utero si sono ridotte negli ultimi anni, grazie al calo dei tumori della cervice, oggetto da molti anni di campagne di screening efficaci su incidenza e mortalità. Resta stabile, invece, il trend di incidenza e mortalità dei tumori del corpo dell'utero.

Mortalità da tumore maligno dell'utero Incidenza e mortalità (1991-2004)



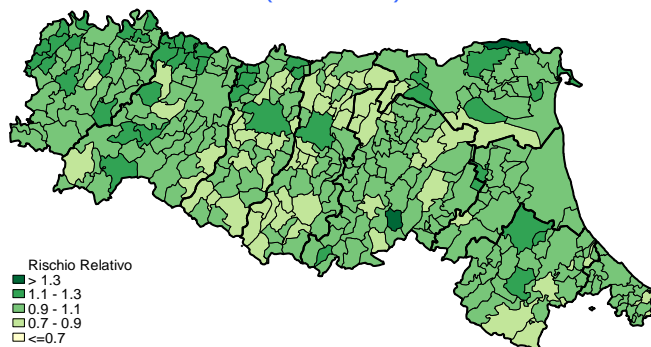
Mortalità da tumore maligno dell'utero Tassi standardizzati per 100.000 ab. (1981-2008)



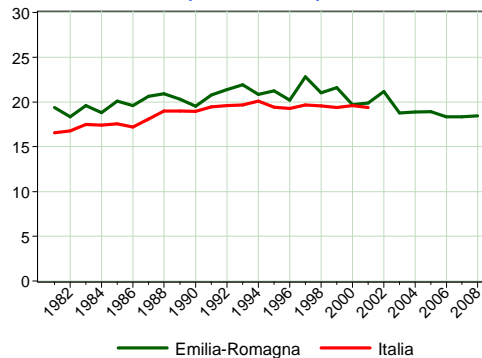
Tumore maligno del tessuto linfatico ed ematopoietico

La mortalità per questo gruppo di tumori è piuttosto costante nel tempo e nello spazio; probabilmente, ciò è dovuto al diverso comportamento dei tumori in questo ambito, legato sia alla distribuzione dei fattori di rischio che alle possibilità terapeutiche. Da segnalare che il 41% circa di tali decessi è da attribuire alle leucemie e che sono colpiti in modo proporzionalmente elevato i giovani (il 20% dei decessi avviene nella fascia d'età 0-39) e questo deve spingere a ricercare ed approfondire le tematiche preventive e terapeutiche. Va osservato a questo proposito che proprio fra i giovani si osserva una, sia pur modesta, riduzione della mortalità specifica.

Mortalità da tumore maligno del tessuto linfatico ed ematopoietico Stima degli SMR (BMR) per comune di residenza. (2003-2007)



Mortalità da tumore maligno del tessuto linfatico ed ematopoietico Tassi standardizzati per 100.000 ab. (1981-2008)



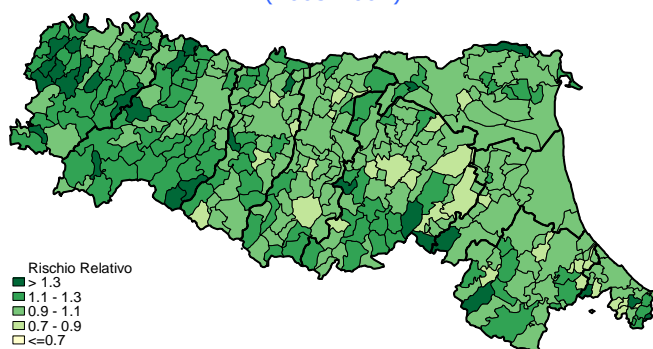
Malattie del sistema circolatorio

Le malattie del sistema circolatorio sono la prima causa di morte in Emilia-Romagna con 18.235 decessi nell'anno 2008 (38% della mortalità totale).

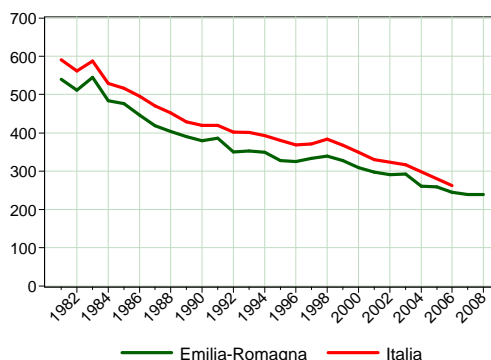
Suddividendo i dati per raggruppamenti di patologie omogenee, il primo gruppo è rappresentato dalle malattie ischemiche del cuore, responsabili di più del 13% (n. 6.379) del totale dei decessi in Emilia-Romagna, ciò è legato sia alla letalità che alla elevata prevalenza.

In Regione si possono stimare, a partire dai dati di ricovero, circa 270.000 persone affette da malattie ischemiche croniche del cuore, con una prevalenza dell'8% negli uomini e del 5% nelle donne. Questo dato è piuttosto stabile negli ultimi anni, con un tasso in lieve riduzione, intorno a 6-7 casi per 100 abitanti; i valori sono lievemente superiore alla media in provincia di Parma e Ferrara, a livelli inferiori a Ravenna e Rimini.

Mortalità da malattie del sistema circolatorio
Stima degli SMR (BMR) per comune di residenza.
(2003-2007)



Mortalità da malattie del sistema circolatorio
Tassi standardizzati per 100.000 ab.
(1981-2008)



Malattie ischemiche del cuore:
numero casi prevalenti
per provincia di residenza
Emilia-Romagna (2002-2007)

Provincia	Casi prevalenti					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Piacenza	19.935	19.129	18.513	18.227	18.129	18.163
Parma	37.150	36.962	36.790	36.668	36.667	36.969
Reggio Emilia	28.677	28.154	28.033	28.263	28.375	28.736
Modena	37.860	37.463	37.596	37.846	38.481	39.199
Bologna	61.689	60.605	60.144	59.911	59.900	60.614
Ferrara	27.399	26.771	26.408	26.117	25.990	26.142
Ravenna	20.853	20.619	20.575	20.671	20.775	21.118
Forlì-Cesena	25.078	24.588	23.986	23.586	23.503	23.648
Rimini	15.114	14.832	14.758	14.907	15.173	15.550
ER	273.755	269.123	266.803	266.196	266.993	270.139

Malattie ischemiche del cuore:
Tassi standardizzati dei casi prevalenti
per età per 100 ab.
Emilia-Romagna (2002-2007)

Provincia	Tassi standardizzati					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Piacenza	7,1	6,7	6,3	6,1	6,0	6,0
Parma	9,2	9,0	8,7	8,5	8,5	8,5
Reggio Emilia	6,9	6,6	6,4	6,3	6,3	6,3
Modena	6,7	6,4	6,3	6,2	6,2	6,3
Bologna	6,7	6,4	6,1	6,0	6,0	6,0
Ferrara	7,7	7,3	7,0	6,8	6,7	6,7
Ravenna	5,7	5,5	5,3	5,2	5,2	5,3
Forlì-Cesena	7,4	7,1	6,7	6,4	6,3	6,3
Rimini	6,5	6,2	5,9	5,8	5,8	5,8
ER	7,1	6,8	6,5	6,3	6,3	6,3

Infarto acuto del miocardio

Nel periodo 2003-2007 si è registrato un aumento dell'incidenza degli infarti acuti, sia come numero assoluto (da 8.300 a 9.600) sia come tassi standardizzati per 100.000 abitanti (da 204 a 225); nello stesso periodo è invece diminuita la mortalità a 30 giorni (dal 37% al 28%). Peraltro sono frequenti le recidive: entro un anno dall'evento, quasi il 6% (6,3% uomini e 5,8% donne nel 2007) delle persone che hanno avuto un infarto STEMI (ST Elevation Myocardial Infarction) vengono nuovamente ricoverati per infarto; tali percentuali salgono a poco più del 7% (8% uomini, 6,5% donne nel 2007) in caso di Sindrome Coronarica Acuta (SCA non ST), percentuali che, negli ultimi 5 anni, sono rimaste piuttosto stabili.

Infarto acuto del miocardio:
Numero casi incidenti per provincia di residenza
Emilia-Romagna (2002-2007)

Provincia	Casi incidenti					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Piacenza	553	537	590	611	639	670
Parma	880	962	1.076	1.149	1.141	1.146
Reggio Emilia	786	851	911	969	1.083	953
Modena	1.067	1.235	1.340	1.411	1.408	1.430
Bologna	1.723	1.971	2.226	2.323	2.442	2.347
Ferrara	789	769	772	801	866	762
Ravenna	809	809	796	861	904	937
Forlì-Cesena	593	678	693	750	755	737
Rimini	448	477	545	641	664	611

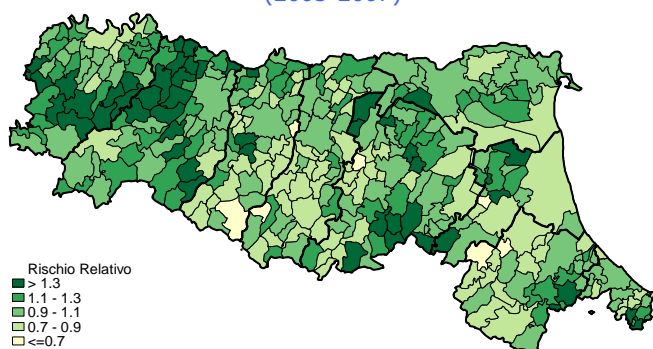
Infarto acuto del miocardio: Tassi standardizzati dei casi incidenti per età per 100.000 ab.
Emilia-Romagna (2002-2007)

Provincia	Tassi standardizzati					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Piacenza	196	187	204	207	215	227
Parma	212	231	255	268	265	261
Reggio Emilia	184	194	204	216	238	206
Modena	180	207	219	228	224	224
Bologna	179	202	227	233	243	228
Ferrara	219	203	201	209	221	191
Ravenna	215	212	207	219	228	231
Forlì-Cesena	173	193	192	204	202	194
Rimini	188	192	211	245	248	224

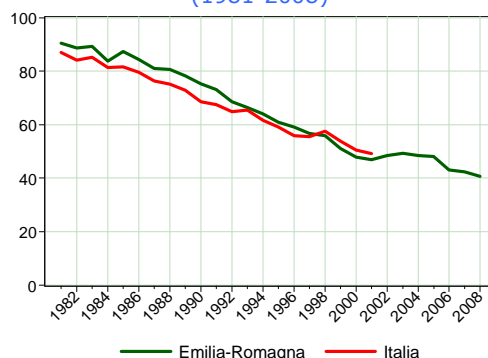
L'infarto del miocardio è al terzo posto fra le più importanti cause di morte in Emilia-Romagna, dopo i disturbi circolatori dell'encefalo e le cardiopatie ischemiche croniche, nonostante la forte riduzione (oltre il 50% in termini di tasso standardizzato negli uomini, circa il 40% nelle donne) osservata in questo periodo.

La riduzione dei tassi di mortalità è stata sensibile soprattutto in età adulta, beneficiando sia di miglioramenti legati alla riduzione dei fattori di rischio (in primo luogo l'ipertensione) che alle aumentate possibilità terapeutiche e di prevenzione delle recidive. Storicamente la Romagna conserva un certo vantaggio in termini di minor mortalità per questa patologia, che però negli ultimi anni sembra un po' ridotto.

Mortalità da infarto acuto del miocardio
Stima degli SMR (BMR) per comune di residenza.
(2003-2007)



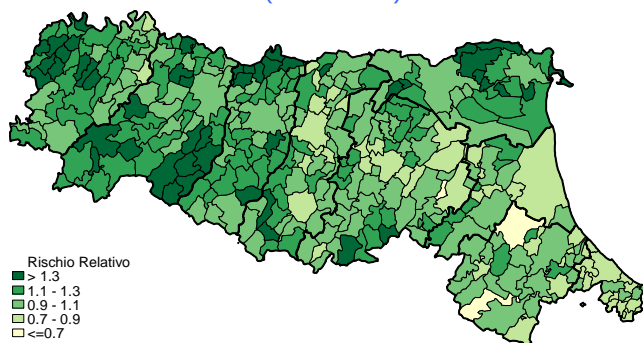
Mortalità da infarto acuto del miocardio
Tassi standardizzati per 100.000 ab.
(1981-2008)



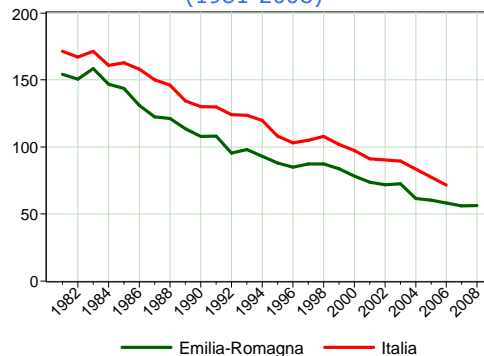
Disturbi circolatori dell'encefalo

I disturbi circolatori dell'encefalo sono la prima causa di morte in termini di numero di decessi in Emilia-Romagna, ancora oggi nonostante il trend della mortalità sia stato in forte riduzione per tutto il periodo considerato. Il numero di decessi è elevato anche perché essi rappresentano una tipica causa di morte dell'anziano (75% oltre gli 80 anni). La riduzione può essere attribuita ad un migliore controllo della pressione arteriosa nella popolazione, in particolare mediante trattamento farmacologico. La tendenza ad una minor mortalità nei centri maggiori (capoluoghi di provincia) può correlarsi alla diversa qualità dell'assistenza in quanto ad una analisi preliminare dei dati di PASSI in Emilia-Romagna, suddivisi per tipologia di Comune di residenza, non appare confermata una minor diffusione dei fattori di rischio.

Mortalità da disturbi circolatori dell'encefalo
Stima degli SMR (BMR) per comune di residenza.
(2003-2007)



Mortalità da disturbi circolatori dell'encefalo
Tassi standardizzati per 100.000 ab.
(1981-2008)



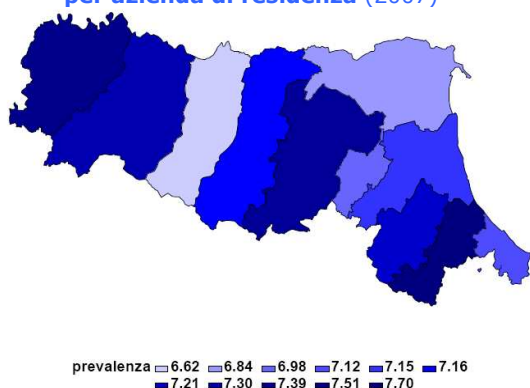
Diabete mellito

Nel 2007 la proporzione dei diabetici rilevata **nell'intera popolazione** della Regione, utilizzando le banche dati dell'assistenza sanitaria regionale, è risultata di 4,7 su 100 abitanti per le donne e 5,3 per gli uomini. Nei giovani sotto ai 15 anni si contano 0,2 casi su 100 persone in entrambi i sessi; nella fascia 15-35 anni si sale a 0,6 casi/100 residenti (0,7 negli uomini e 0,5 nelle donne). All'aumentare della classe di età corrisponde un valore di prevalenza più elevato; in tutte le classi di età gli uomini presentano un maggiore indice di prevalenza rispetto alle donne.

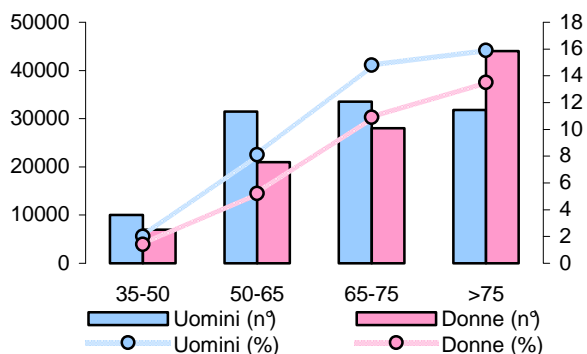
I dati PASSI 2008 confermano questi dati e mostrano come la prevalenza di diabete aumenti significativamente con età, basso livello d'istruzione e presenza di difficoltà economiche percepite e infine con l'eccesso ponderale.

Nel 2007 la prevalenza della **popolazione diabetica adulta in trattamento** in Emilia-Romagna è risultata pari a 7,2 casi per ogni 100 individui residenti. Gli assistiti affetti dalla patologia presentano un'età media di 70 anni e le donne sono poco meno della metà (48,3%). La prevalenza standardizzata per età e sesso presenta una variabilità territoriale compresa tra il valore di Reggio Emilia (6,6) e quello di Cesena (7,7).

Diabete mellito Prevalenza standardizzata per azienda di residenza (2007)



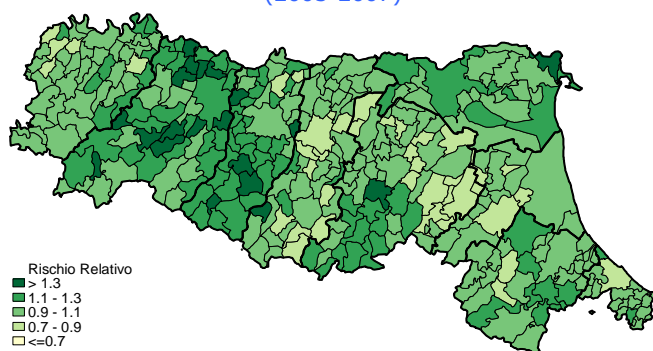
Diabete mellito Distribuzione per classi di età e sesso della popolazione diabetica con più di 35 anni (2007)



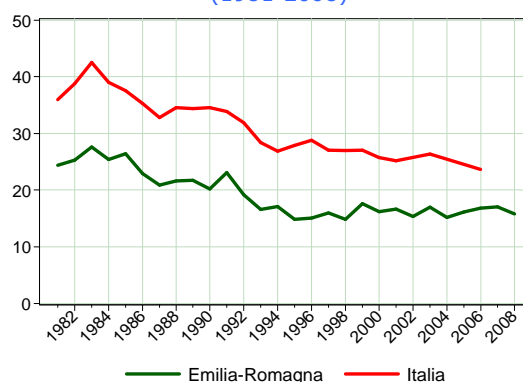
Nonostante l'incidenza e la prevalenza siano in aumento, il diabete è una patologia a bassa letalità, più spesso concausa di decesso insieme ad altre patologie croniche tipiche dell'età anziana. Secondo i dati ISTAT il numero di casi di morte attribuiti al diabete in Italia è circa un terzo dei casi nei quali il diabete è comunque menzionato sul certificato di morte, oltretutto la distribuzione territoriale del rischio è diversa se si considerano i decessi per diabete o i decessi con diabete. Per questi motivi l'andamento spaziotemporale della mortalità per diabete è da prendere con le opportune cautele, in quanto, per esempio, la distribuzione territoriale della mortalità per diabete non corrisponde pienamente a quella stimata per la prevalenza. Questo fenomeno può essere attribuito più a diverse caratteristiche organizzative dell'assistenza (e quindi delle relative banche dati e della certificazione delle cause di morte) che a reali differenze nella qualità assistenziale.

Nel 2008 in Emilia-Romagna si sono registrati 1138 decessi per tale patologia corrispondenti al 2,4% della mortalità totale, ripartiti in 506 negli uomini e 632 nelle donne.

Mortalità da diabete mellito Stima degli SMR (BMR) per comune di residenza. (2003-2007)



Mortalità da diabete mellito Tassi standardizzati per 100.000 ab. (1981-2008)



I soddisfacenti risultati raggiunti nelle cure dei pazienti diabetici non devono far dimenticare il carico di assistenza maggiore per questa popolazione, che può essere valutato analizzando l'entità della spesa sanitaria rilevata nella popolazione diabetica, confrontata con i livelli di assorbimento medi di risorse nella popolazione non diabetica. Per il 2007 è emerso che la spesa complessiva sostenuta per le due popolazioni a confronto presenta differenze per le tipologie dei servizi: maggiore consumo di ricoveri ospedalieri (64% vs 60%) e di farmaci (22% vs 20%) nei pazienti diabetici, a fronte di un minore accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (15% vs 20%).

La proporzione della popolazione che utilizza i servizi sanitari è più elevata in presenza di diabete, in particolare per il ricorso al ricovero ospedaliero (28% vs 15%) e al trattamento farmacologico (98% vs 85%).

La spesa media rilevata per assistito con diabete residente in Regione si presenta molto superiore al doppio di quella attribuita agli altri assistiti, qualora venga valutata sia sul totale degli assistiti (€3.124 vs €1.124) sia sul numero di utilizzatori dei servizi sanitari (€3.149 vs €1.267).

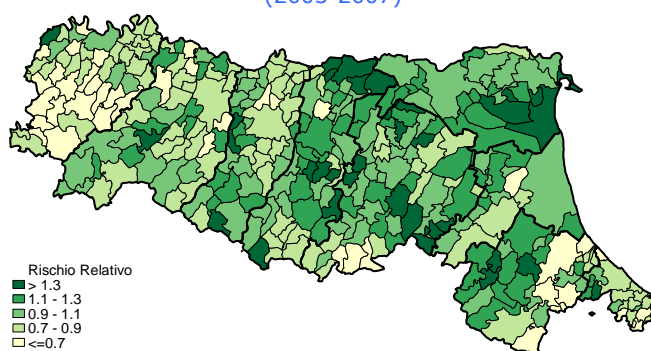
**Spesa sanitaria complessiva. Confronto tra la popolazione dei diabetici e dei non diabetici
Emilia-Romagna (2007)**

	Diabetici		Non diabetici	
		% tot		% tot
Popolazione assistita	202.530		2.621.787	
Spesa complessiva (€)				
Totale	632.714.454	100,0%	2.946.049.412	100,0%
Ricoveri	402.971.388	63,7%	1.767.120.749	60,0%
Farmaci	136.737.720	21,6%	601.497.402	20,4%
Specialistica	93.005.346	14,7%	577.431.261	19,6%
Spesa media per assistito (€)				
Totale	3.124		1.124	
Ricoveri	1.990		674	
Farmaci	675		229	
Specialistica	459		220	
Individui con spesa annuale >0				
Totale	200.909	100,0%	2.325.650	100,0%
Ricoveri	55.548	27,6%	350.720	15,1%
Farmaci	196.674	97,9%	1.970.687	84,7%
Specialistica	188.393	93,8%	2.050.828	88,2%
Spesa media per utilizzatore (€)				
Totale	3.149		1.267	
Ricoveri	7.254		5.039	
Farmaci	695		305	
Specialistica	494		282	

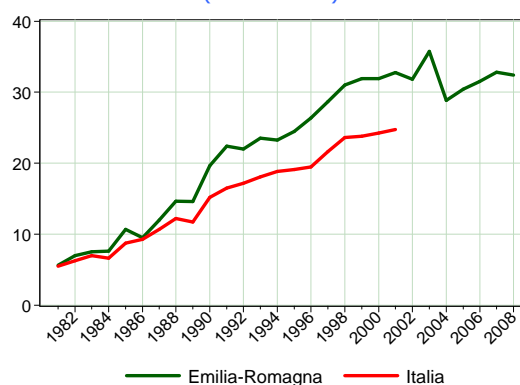
Malattie degenerative involutive cerebrali senili e pre-senili

Questo gruppo di patologie comprende demenze senili e pre-senili (semplici, associate ad arteriosclerosi e di natura organica), la malattia di Alzheimer, il Parkinson e le malattie da prolungato allettamento. Nel 2008 in Emilia-Romagna si sono verificati 2.621 decessi per queste patologie pari al 5,5% della mortalità generale. In parte, ma non solo, a causa della diversa composizione per età, queste patologie colpiscono prevalentemente il sesso femminile (1.734 casi, pari al 66%) e ne rappresentano la terza causa di morte dopo i disturbi circolatori dell'encefalo e le malattie ischemiche del cuore.

Mortalità da malattie degenerative involutive cerebrali senili e pre-senili
Stima degli SMR (BMR) per comune di residenza.
(2003-2007)



Mortalità da malattie degenerative involutive cerebrali senili e pre-senili
Tassi standardizzati per 100.000 ab.
(1981-2008)

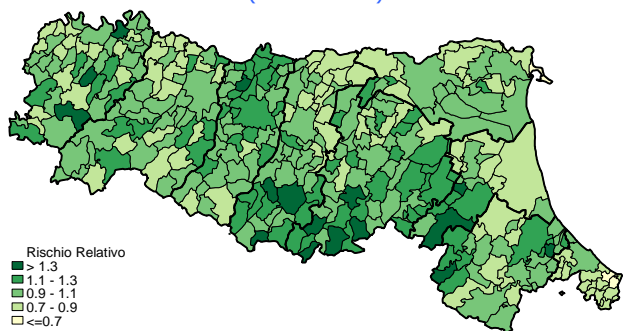


Malattie dell'apparato respiratorio

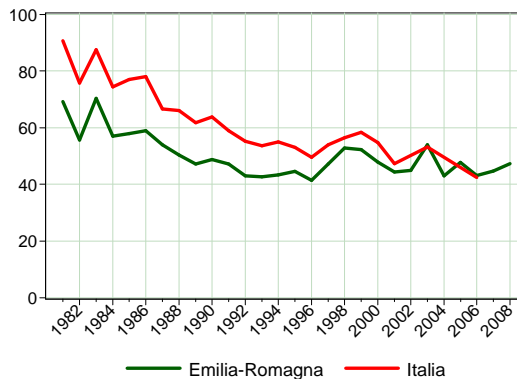
Nel 2008 le malattie dell'apparato respiratorio hanno provocato 3.647 decessi (7,7% della mortalità generale) in Emilia-Romagna: 1.858 (8,2%) nei maschi e 1.789 (7,2%) nelle femmine.

Questo gruppo di patologie rappresenta la quarta causa di morte nel 2008 in Regione per entrambi i sessi. Con 1.496 decessi (3,2% della mortalità regionale) la bronchite cronica rappresenta la prima causa di morte per le malattie del sistema respiratorio.

Mortalità da malattie dell'apparato respiratorio
Stima degli SMR (BMR) per comune di residenza.
(2003-2007)



Mortalità da malattie dell'apparato respiratorio
Tassi standardizzati per 100.000 ab. (1981-2008)



Per approfondire:

- Regione Emilia-Romagna, "Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 2003-2007", In corso di pubblicazione.
- ISTAT, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005", Roma, Giugno 2006.
- ISTAT, "La disabilità in Italia: il quadro della statistica ufficiale", Roma, Aprile 2010.
- Regione Emilia-Romagna, "Profili di assistenza e costi del diabete in Emilia-Romagna: analisi empirica attraverso dati amministrativi (2005-2007)", Dossier 179/2009, Bologna, Giugno 2009.
- Regione Emilia-Romagna, "I tumori in Emilia-Romagna 2004", Prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro, Collana contributi n° 55, Bologna, Febbraio 2009.
- Regione Emilia-Romagna, "Passi - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia", Emilia-Romagna, Indagine 2008, Prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro, Collana contributi n° 57, Bologna, Novembre 2009.

Malattie infettive

La morbosità e la mortalità per malattie infettive sono negli ultimi decenni molto diminuite, come effetto della scoperta degli antibiotici e dei vaccini e del progressivo miglioramento delle condizioni di vita. Tuttavia la riemergenza di "vecchie malattie" e la comparsa di malattie nuove ha reso evidente che le malattie infettive non sono state definitivamente debellate e, in alcuni casi, continuano a rivestire un interesse rilevante.

Il grande cambiamento che va colto è come l'emergere o il riemergere di patologie trasmissibili non sia più un problema solo dei paesi economicamente poco sviluppati, ma interessa anche le aree ad elevato reddito situate in zone temperate: il concetto di malattia esotica o di malattia tropicale ha di fatto mutato significato. Tra le cause di questa evoluzione rientrano i cambiamenti climatici connessi al riscaldamento del pianeta e la movimentazione di merci e animali legata alla globalizzazione dei mercati; questi fenomeni creano le condizioni per far entrare specie esotiche di agenti di malattia o di loro vettori nel territorio europeo, dove successivamente riescono a trovare condizioni ambientali e climatiche favorevoli alla loro diffusione. Anche l'aumento degli spostamenti di persone (migranti, turisti e lavoratori) incrementa la possibilità dell'insediamento degli agenti patogeni "esotici".

L'AIDS in Emilia-Romagna

L'incidenza di AIDS è notevolmente diminuita dalla metà degli anni '90 ad oggi (da 14 casi per 100.000 abitanti nel 1994 a 3 casi nel biennio 2007-08), anche per effetto della disponibilità di farmaci efficaci a ritardare l'insorgenza della malattia nelle persone infette.

Negli ultimi anni si verificano in regione da 110 a 130 nuovi casi di AIDS ogni anno; il numero di nuove diagnosi di infezioni da HIV, rilevato dal nuovo sistema di sorveglianza regionale, è pari inoltre a circa 400, equivalente ad una incidenza annuale di 9 casi per 100.000 abitanti (range biennio 2007-2008 da 4,7 nell'Azienda Usl di Imola a 13,8 nell'Azienda Usl di Forlì).

Il rischio di contrarre il virus non deve, però, essere sottovalutato: una proporzione significativa dei nuovi casi di infezione da HIV è infatti dovuta alla trasmissione per contatto sessuale. La trasmissione attraverso questa via nel biennio 2007-08 è stata chiamata in causa nel 54% circa dei casi per quel che riguarda i contatti eterosessuali e nel 28 % circa per i contatti omo/bisessuali.

Per l'aumentata sopravvivenza dei malati e la diagnosi di nuovi casi di infezione, il numero di persone con HIV è in continuo aumento: il carico assistenziale diminuisce in termini di intensità, ma aumenta in termini di durata di presa in carico e di spesa farmaceutica. Le mutate caratteristiche epidemiologiche della diffusione dell'infezione (trasmissione eterosessuale, spostamento dell'infezione verso l'età adulta e matura, crescente incidenza nelle donne, aumento della proporzione di stranieri, lunga sopravvivenza con aumento delle problematiche connesse alla cronicità) insieme alla mutata percezione del rischio – collegata al miglioramento delle possibilità terapeutiche – richiedono un aggiornamento delle strategie di comunicazione e l'integrazione con altre campagne per favorire l'orientamento verso comportamenti sicuri.

La tubercolosi in Emilia-Romagna

Nel 2008:

- sono stati notificati 459 casi di tubercolosi (TBC), per un'incidenza pari a 10,7 per 100.000 abitanti. L'incidenza registrata in Italia nello stesso anno è pari a 7,7 per 100.000 abitanti.
- sono stati registrati 21 decessi per TBC, per una mortalità pari a 4,9/1.000.000 di abitanti
- la distribuzione dei casi sul territorio regionale non è omogenea, infatti il tasso di incidenza varia da un massimo di 15,4 casi ogni 100.000 abitanti (AUsl di Bologna) ad un minimo di 5,5 casi (AUsl di Cesena). A livello distrettuale la variabilità è maggiore.
- il 25% dei casi notificati riguarda persone italiane con più di 65 anni
- il 57,5% dei casi notificati riguarda cittadini stranieri: proporzione in aumento negli ultimi anni. Il 59% dei casi nei cittadini stranieri si manifesta dopo tre anni di permanenza in Italia e gli stranieri presentano una ridotta *compliance* alla terapia. Risulta necessario pertanto rafforzare la sorveglianza del trattamento nei cittadini immigrati per ridurre il numero di casi persi al follow-up e mantenere alta la sorveglianza dei contatti a rischio, dal momento che l'essere stato contatto di un caso di tubercolosi risulta essere tra i più importanti fattori di rischio sia per gli italiani che per gli stranieri.
- il 12% dei casi di tubercolosi su cui è stata indagata la farmaco resistenza (pari al 51% dei casi totali), è sostenuto da ceppi farmaco resistenti, specie in persone già trattate in passato (20%)

La malaria in Emilia-Romagna

Negli ultimi anni si verificano in media circa 100 casi all'anno, tutti attribuibili a viaggi in zone ad elevata endemia malarica. In Italia, nel periodo 2005-07 si registra una media di circa 600 casi/anno.

La malattia nella maggior parte dei casi è causata da *Plasmodium falciparum* (84%) per il 97% contratto in Africa.

La percentuale di cittadini stranieri è progressivamente aumentata: nel periodo 1989-92 il 33% dei casi di malaria interessava cittadini stranieri; nel 2008 il 78%.

Le persone a maggior rischio di contrarre la malaria sono gli immigrati dal centro Africa che tornano nel paese d'origine per visita ai parenti e che non eseguono alcuna profilassi, presumibilmente per una percezione diversa del rischio: nel periodo 1999-2008 viene segnalato un viaggio nel paese di origine nel 63% dei casi e il 90% degli immigrati ammalati non aveva eseguito la profilassi.

La legionellosi in Emilia-Romagna

Agli inizi degli anni '90 si verificavano circa 10 casi all'anno di legionellosi, attualmente vengono notificati circa 80-90 casi/anno. Tale fenomeno è dovuto anche alla disponibilità di nuovi test di laboratorio, che hanno migliorato la capacità diagnostica.

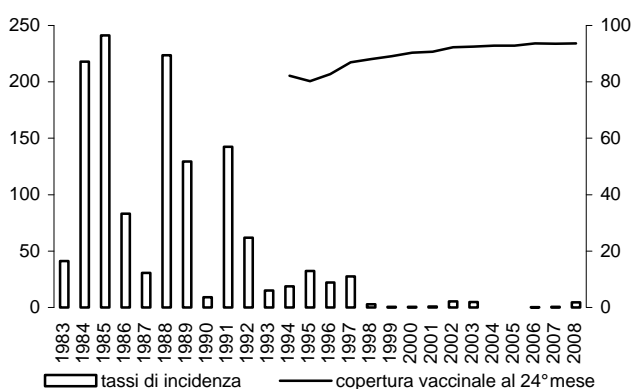
Tra i casi segnalati nel 2008 (pari a 82) è stata evidenziata una esposizione a rischio in strutture sanitarie nel 9,8% dei malati, mentre il 29,3% aveva soggiornato in una struttura alberghiera o turistica. In Italia nel periodo 2005-08 si registra una media di circa 960 casi/anno

Malattie prevenibili con la vaccinazione

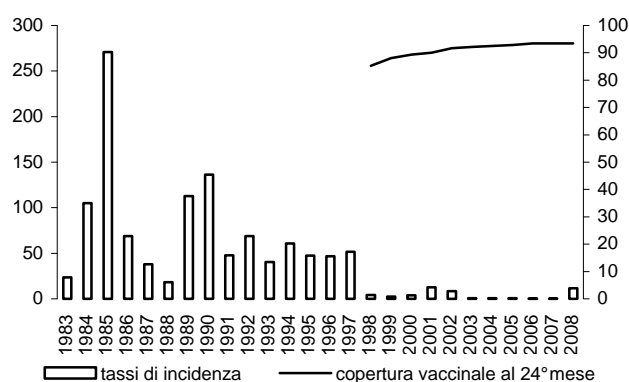
La **poliomielite** e la **difterite**, grazie ai livelli elevati di copertura vaccinale, sono malattie scomparse in regione, così come nel resto del Paese, da molti anni.

Anche l'incidenza di **pertosse**, **morbillo**, **rosolia** si è significativamente ridotta in conseguenza del progressivo aumento della copertura vaccinale nell'ultimo decennio.

Morbillo: Tassi di incidenza e copertura vaccinale per 100.000 Emilia-Romagna (1983-2008)



Rosolia: Tassi di incidenza e copertura vaccinale per 100.000 Emilia-Romagna (1983-2008)

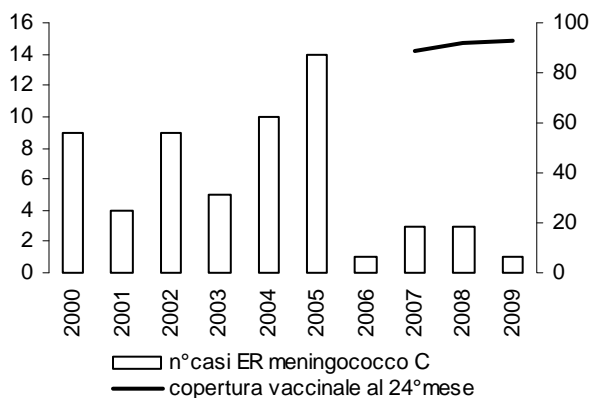


I casi di **Epatite B** che continuano ad essere segnalati negli ultimi anni (circa 100/anno) riguardano fondamentalmente soggetti adulti o anziani non vaccinati.

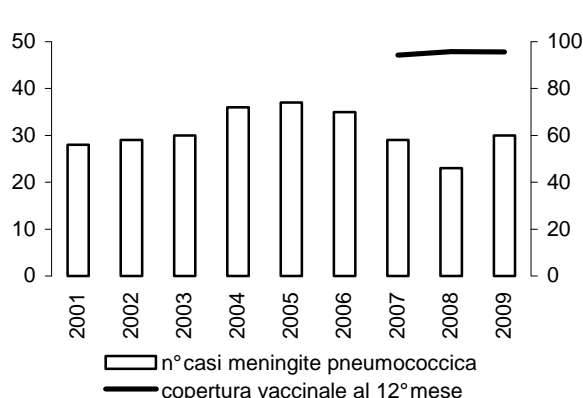
Per quanto riguarda i casi di **Malattie invasive batteriche**, malattia spesso grave o mortale che crea grande allarme tra la popolazione, si evidenzia che:

- il numero di casi di malattia invasiva da **Haemophilus influenzae di tipo B** nei bambini sotto i cinque anni di età si è ridotto progressivamente.
- si sono drasticamente ridotti i casi di malattia invasiva da **Meningococco C** non solo nei soggetti vaccinati, bensì in tutte le età, per il possibile effetto della riduzione dei portatori.
- le malattie invasive da **Pneumococco** sono sostanzialmente stabili (25-35 casi all'anno) e si verificano principalmente negli adulti e anziani.

Meningococco C : n° casi e copertura vaccinale * Emilia-Romagna (2000-2009)

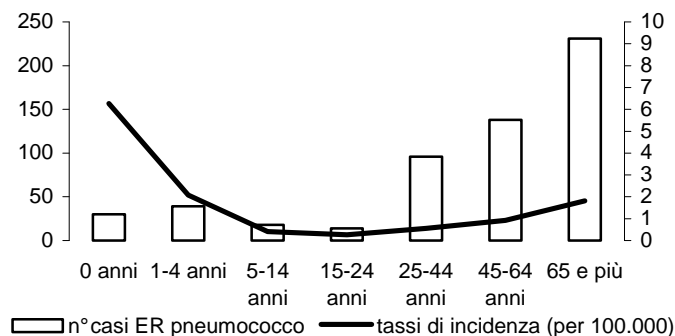


Pneumococco: n° meningiti e copertura vaccinale * Emilia-Romagna (2001-2009)



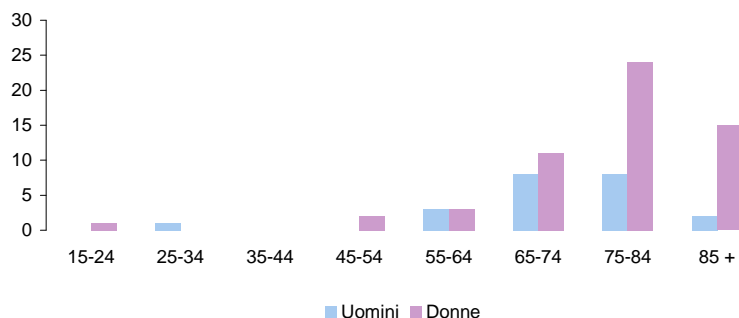
* la vaccinazione è stata avviata nel 2006 e pertanto nel 2007 è stato possibile rilevare solo i primi dati di copertura, relativi alla coorte 2005 per il meningococco e alla coorte 2006 per lo pneumococco.

Pneumococco: n° casi e tassi di incidenza per classi di età.
Emilia-Romagna (1996-2009)



I casi di **tetano** segnalati in regione sono stati mediamente 7 per anno nel periodo 1999-2008, 9 nel 2009. Per confronto, i casi registrati in Italia nel periodo 2005-2007 sono stati mediamente 62 per anno. E' utile sottolineare che la maggior parte dei casi si verifica in persone di età superiore a 65 anni, non vaccinate, più frequentemente di sesso femminile.

Tetano: n. casi per classi d'età e sesso
Emilia-Romagna (1999-2009)



Epatite virale A

Nel 2008 sono stati segnalati 118 casi; l'incidenza è pari a 2,8 per 100.000 abitanti, mentre l'incidenza registrata in Italia nello stesso anno è pari a 2,3 per 100.000. L'andamento negli anni è variabile con una media regionale nel periodo 2004-2008 pari a circa 90 casi/anno. Nel 2009 però l'incidenza si attesta sul valore di 4,9 per 100.000.

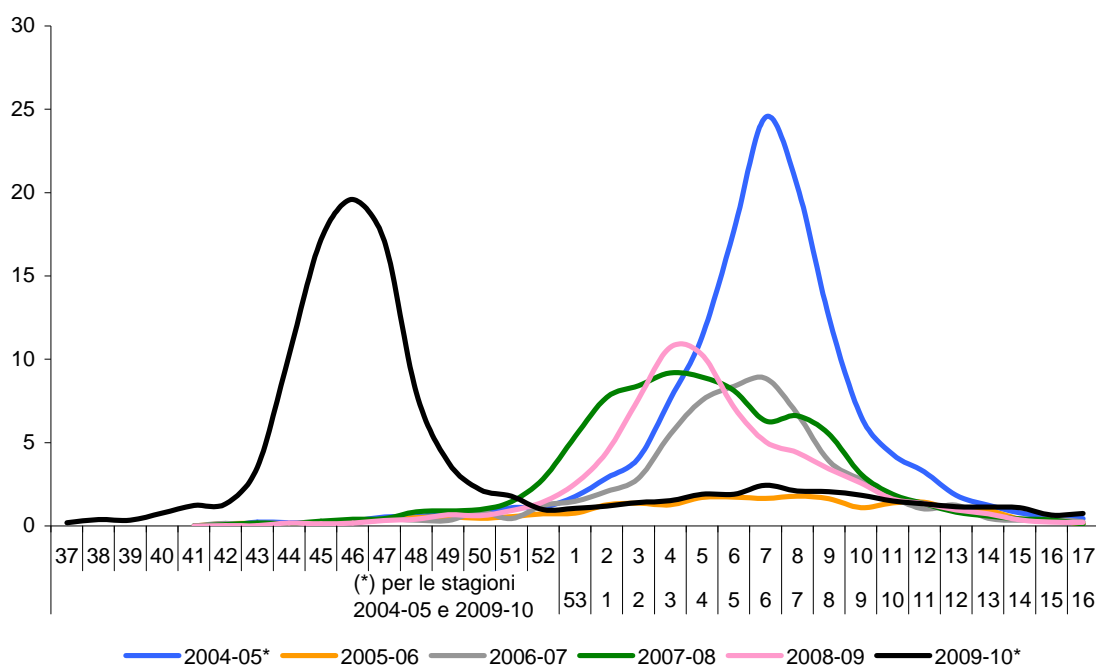
Tra i fattori di rischio evidenziati si sottolineano i viaggi all'estero, in cui è frequente il consumo di alimenti crudi contaminati e i rapporti di tipo omosessuale nei maschi.

Influenza

Ogni anno il nostro Paese è interessato da una epidemia influenzale che colpisce la popolazione e, oltre a rappresentare un rischio per la salute delle fasce più fragili (anziani e malati cronici), ha un impatto sui servizi e l'economia per la quota di lavoratori assenti per malattia. Il periodo dell'anno nel quale si registrano il maggior numero di casi è quello invernale (dicembre - marzo).

L'anno 2009 è stato interessato da una particolare situazione di emergenza, la **pandemia influenzale** da nuovo virus A H1N1. I primi casi della nuova influenza umana da virus A H1N1 si sono verificati nell'aprile 2009 in Messico, dove si è registrato un tasso di letalità più alto rispetto l'epidemia stagionale. L'epidemia si è poi diffusa molto rapidamente in tutti i continenti e a giugno 2009 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha ufficialmente dichiarato lo stato di "pandemia". Il virus è arrivato in Italia e ha colpito la popolazione in anticipo rispetto alla influenza stagionale ma nel nostro Paese la letalità non è stata rilevante.

Andamento temporale dell'incidenza settimanale di ILI (Influenza Like Illness)
Emilia-Romagna (dalla stagione 2004-05 alla stagione 2009-10)



Per affrontare tale emergenza, il Servizio Sanitario nazionale è stato impegnato su tre fronti:

- sorveglianza
- potenziamento dei servizi assistenziali
- campagna vaccinale

Riguardo quest'ultima, pur nella difficoltà dovuta al fatto che i vaccini sono arrivati in ritardo e con invii frazionati, si è posta particolare cura nell'avviare l'attività vaccinale il più rapidamente possibile (15 ottobre) per raggiungere la popolazione target. In particolare le persone a rischio per patologie preesistenti sono state direttamente contattate e invitate a sottoporsi alla vaccinazione.

La Regione Emilia-Romagna ha somministrato il maggior numero di dosi vaccinali in Italia e ha raggiunto la copertura più alta (7,4% della popolazione complessiva, rispetto alla media italiana pari al 4,1%), in particolare nei soggetti a rischio (circa l'80% nei minori e circa il 30% negli adulti <65 anni).

Malattie trasmesse da vettori

Negli ultimi anni sono stati segnalati nella regione diversi casi di malattie virali trasmessi a zanzare, sia *Aedes spp* che *Culex spp*:

- nel 2007 si è verificato un focolaio di **Febbre da Chikungunya virus** con oltre 300 casi, originato dall'arrivo di una persona malata dall'Asia e diffusione epidemica della malattia tropicale per la presenza del vettore *Aedes albopictus*. Negli anni successivi all'epidemia, sono stati confermati complessivamente 3 casi, rispettivamente uno nel 2008 e due nel 2009, tutti casi importati da zona endemica.
- **Dengue**: nel 2008 sono stati segnalati 5 casi e 8 casi nel 2009, tutti importati da zone endemiche;
- **West Nile virus**: si sono registrati casi di sindrome neurologica da WNV nelle province di Bologna e Ferrara nel 2008 e in un'area più vasta comprendente anche Modena nel 2009. Nel corso di quest'ultimo anno, su 78 casi sospetti, sono stati confermati 9 casi; 3 pazienti sono deceduti. Un ulteriore caso di infezione recente è stato individuato in un donatore d'organo che aveva domicilio nella provincia di Reggio Emilia. La malattia è trasmessa da zanzare *Culex* che si infettano dal serbatoio animale, rappresentato dagli uccelli selvatici.
- La **Leishmaniosi** è oggetto di attenta sorveglianza per la diffusa presenza sul territorio regionale di cani infetti (il cane è l'unico serbatoio domestico della Leishmaniosi Viscerale Zoonotica in Italia) e del flebotomo che è il vettore della malattia, nonché per la gravità clinica della forma viscerale. In Emilia-Romagna, nel periodo 2006-2009, sono stati segnalati 17 casi di leishmaniosi viscerale di cui 15 hanno interessato persone residenti nelle province di Modena, Rimini, Bologna e Reggio Emilia. Per confronto, i casi registrati in Italia nel periodo 2000-2008 sono stati in media circa 140 per anno.

Infezioni sostenute da microrganismi resistenti agli antibiotici

I microrganismi antibioticoresistenti sono sempre più frequentemente causa sia di infezioni contratte in comunità che di infezioni conseguenti ad interventi assistenziali in ospedale, in ambulatorio, in strutture residenziali. Nel 2008, considerando le sole infezioni sistemiche (emoculture o colture del liquor) e i dati a livello regionale, il quadro era il seguente:

- su 180 colture, risultate positive per *Streptococcus pneumoniae* e testate per penicillina, il 10% era resistente a questa classe di farmaci; su 178 colture positive per *Streptococcus pneumoniae*, il 24% era resistente ai macrolidi;
- le infezioni sistemiche presentano elevati livelli di antibioticoresistenza, in progressivo aumento, soprattutto per quanto concerne i gram-negativi: *Escherichia coli* resistente a cefalosporine di terza generazione (22%), fluorchinoloni (39%) e aminoglicosidi (18%); *Klebsiella pneumoniae* resistente a cefalosporine di 3° generazione (31%), fluorchinoloni (30%) e aminoglicosidi (26%). Le resistenze di *Pseudomonas aeruginosa* sono elevate ma sostanzialmente stabili (a ceftazidime 30%; a carbapenemici 23%). Anche le resistenze di *Staphylococcus aureus* alla meticillina sono elevate (40%), ma stabili.
- Il consumo di antibiotici, sia in ambito territoriale che ospedaliero, è in progressivo aumento. In ambito territoriale è passato da 16,8 DDD/1000 abitanti nel 2003 a 19,4 DDD/1000 abitanti nel 2008: solo in età pediatrica il trend è stabile e per alcune fasce di età in leggera diminuzione. In ambito ospedaliero si è passati da 70,8 DDD/100 giornate di degenza nel 2004 a 81/100 nel 2008.

Per approfondire:

- *Lo stato dell'infezione da HIV/AIDS in Emilia-Romagna*. Agg.to al 31/12/08 – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali Regione Emilia-Romagna
- Rapporto "La Tuberculosis in Italia. Anno 2008", Dipartimento della Prevenzione del Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità ed Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia-Romagna.
- *Epidemiologia della tubercolosi in Emilia-Romagna. 2008*. In corso di pubblicazione da parte della Emilia-Romagna.
- *Epidemiologia della legionellosi in Emilia-Romagna. Periodo 1999-2008*. In corso di pubblicazione da parte del Servizio Sanità pubblica della Regione Emilia-Romagna.
- *La Legionellosi in Italia nel 2008. Rapporto annuale*. Notiziario ISS 2009; 22(9)
- *Bollettino Epidemiologico. Anno 2007*. Ministero della Salute
- *Linee guida per il controllo del serbatoio canino della leishmaniosi viscerale zoonotica in Italia. 2004*. ISS Rapporti Istisan 04/12
- Pialoux G et al. *Chikungunya, an epidemic arbovirolosis*. Lancet Infect Dis. 2007 May;7(5):319-27
- Reiter P et al. *Aedes albopictus as an epidemic vector of chikungunya virus: another emerging problem?* Lancet Infect Dis. 2006 Aug;6(8):463-4.

La salute nei giovani

(0-29 anni)

La salute nei giovani

La salute nei giovani (0-29 anni)

Lo stato di salute di bambini e adolescenti influenza in modo determinante la salute nelle decadi successive di vita e pertanto assume una rilevanza particolare dal punto di vista della prevenzione: la letteratura scientifica mostra infatti come interventi precoci in queste fasce d'età siano i più incisivi ed efficaci, e contribuiscono a ridurre le disuguaglianze. La promozione e la tutela della salute nell'infanzia e adolescenza è il risultato di una serie di interventi multisetoriali, nei quali la sanità svolge un ruolo importante, ma non determinante.

Negli ultimi anni nei Paesi industrializzati si è assistito alla diminuzione dell'impatto delle malattie infettive sulla salute infantile e all'emergere di problematiche correlate al miglioramento dell'assistenza (ad esempio gli esiti a lungo termine della grave prematurità, sopravvivenza di bambini affetti da patologie importanti) o alle condizioni di vita dell'infanzia (abuso, nuove povertà, salute mentale).

E' pure rilevante il ruolo assunto dalle malattie croniche (tra cui le malattie rare) per l'importante impegno richiesto sul piano socio-educativo e dell'integrazione, oltre che su quello sanitario.

Anche nella pre-adolescenza e adolescenza emergono particolari condizioni di difficoltà nei processi di crescita che si esprimono sia in manifestazioni sociali di particolare ampiezza (evasione e dispersione scolastica, assunzione di comportamenti devianti) sia in espressioni di grave sofferenza individuale (gravi disturbi del comportamento, disturbi nei comportamenti alimentari).

Su tutte queste tematiche la disponibilità di dati è spesso frammentaria e incompleta; nel presente capitolo si offrirà una sintesi dei principali indicatori dello stato di salute di bambini e giovani, integrando le diversi fonti disponibili.

Il percorso nascita

Il percorso assistenziale alla gravidanza e alla nascita viene fotografato nel rapporto annuale CedAP (basato sull'elaborazione dei Certificati di Assistenza al Parto). Nel 2009 continua l'incremento del numero assoluto dei nati in regione; il tasso di natalità è pari a 9.7 nati per 1000 abitanti, sovrapponibile a quello dell'anno precedente. L'incremento delle nascite è correlato alla costante crescita della madri con cittadinanza straniera (dal 17% del 2003 al 28% del 2009) e con un tasso di fecondità assai più elevato rispetto alle donne italiane.

Analizzando i dati contenuti nel Settimo Rapporto CedAP (relativo all'anno 2009) si possono evidenziare alcuni aspetti rilevanti:

- il divario tra l'età media delle madri con cittadinanza italiana e straniera è di circa 4 anni (33 anni vs 28 anni)
- aumenta nel tempo la frequenza di donne che partoriscono ad un'età superiore ai 35 anni (32%) e di donne nubili (27%)
- è presente un costante aumento di madri nate all'estero: dal 22% del 2004 al 32% del 2009
- l'utilizzo del servizio pubblico nell'assistenza alla gravidanza è in notevole aumento: dal 29% del 2004 al 41% del 2009, con una preponderante presenza di donne straniere
- il tasso di parti cesarei è del 30%, sostanzialmente stabile nel periodo 2004-2009; la percentuale di cesarei è maggiore nelle donne italiane
- il tasso di natimortalità è in diminuzione (dal 3,7 per mille del 2003 al 2,5 del 2009); il trend è da valutare con cautela per possibili errori di registrazione citati dagli autori
- dopo un periodo di sostanziale stabilità, nel 2008 e nel 2009 si è notato un lieve aumento del tasso di nati pretermine (dal 7,4 del 2003 al 7,7% del 2009): questa condizione è più frequente nelle primipare, nelle donne con scolarità medio bassa e nelle donne straniere
- lo stesso andamento si rileva per i nati di basso peso (<2.500 gr.), mentre per i nati di peso molto basso (<1.500 gr.) il tasso è stabile nel periodo esaminato

Nati pretermine e di peso basso o molto basso (%)
Emilia-Romagna (2003-2009)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nati pretermine	7,4	7,4	7,2	7,3	7,3	7,8	7,7
Nati di basso peso (<2.500g)	6,6	6,5	6,6	6,9	6,6	7,0	7,0
Nati di peso molto basso (<1500g)	1,0	1,1	1,0	1,2	1,1	1,1	1,1

- per quanto riguarda le gravidanze fra le minorenni, il numero di parti è dal 2003 stabile e intorno a poco più di 100 casi/anno, di cui circa la metà in ragazze straniere; anche il numero delle IVG (Interruzioni Volontarie di Gravidanza) sotto ai 18 anni, che si aggirano intorno a 250 per anno (231 nel 2009), è stabile e rappresenta circa il 2,5% del totale delle IVG.

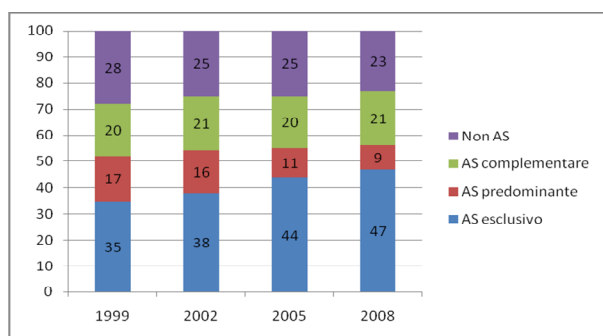
Nel Rapporto CedAP è dedicata una sezione all'analisi delle disuguaglianze che possono caratterizzare il percorso nascita: le principali dimensioni considerate sono state la scolarità, la cittadinanza e l'occupazione materna; sono stati inoltre analizzati altri fattori quali età, parità e stato civile che, pur non essendo di per sé indicatori di disuguaglianza, possono agire da agenti di amplificazione del rischio.

- Cittadinanza: l'appartenenza ad una minoranza etnica è correlata ad irregolarità nel percorso nascita (insufficiente numero di controlli in gravidanza ed epoca tardiva della prima visita), all'assenza di una persona di fiducia al momento del parto ed alla nascita pretermine
- Scolarità: una scolarità medio-bassa della madre è correlata ad irregolarità del percorso nascita, ad una maggiore frequenza di ricoveri in gravidanza, ad un maggior tasso di parti cesarei e di nati di basso peso o pretermine.

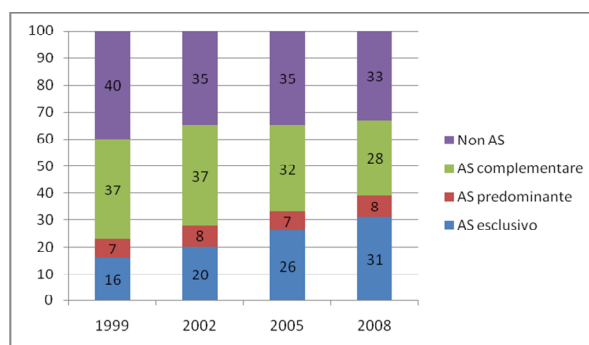
L'allattamento al seno

L'attenzione che ha sempre caratterizzato i servizi regionali per quanto riguarda la promozione dell'allattamento al seno ha prodotto interessanti risultati: nell'arco di un decennio l'allattamento esclusivo è aumentato in tutte le AUSL sia a 3 che a 5 mesi, raggiungendo rispettivamente il 47% e il 31%, con una parallela diminuzione delle madri che non allattano.

Allattamento al Seno (AS) a 3 mesi (%)
Emilia-Romagna (1999-2008)



Allattamento al Seno (AS) a 5 mesi (%)
Emilia-Romagna (1999-2008)



Mortalità

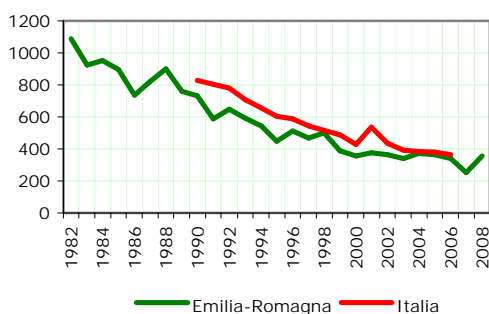
La mortalità infantile (0 anni)

Il tasso di mortalità infantile è rappresentato dal numero di morti nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi. Nel 2008 non sono ancora disponibili i dati dei nati vivi: pertanto nel grafico è stata utilizzata come denominatore la popolazione a 0 anni al 31 dicembre di ogni anno.

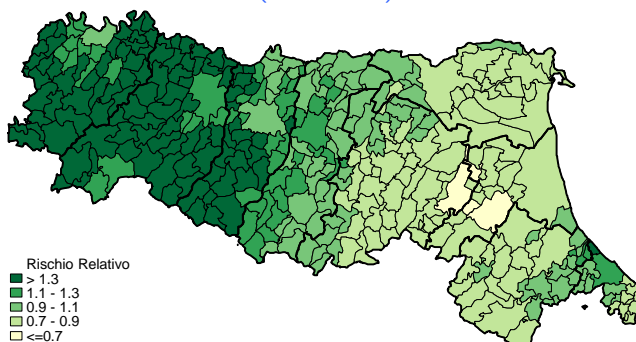
In generale, nel periodo 1982-2000 si osserva un trend della mortalità infantile in Emilia-Romagna analogo a quello nazionale, con una riduzione complessiva di circa quattro volte; dal 2000 il tasso di mortalità infantile in Regione si mostra stabile, sempre lievemente inferiore a quello italiano. In particolare, il tasso regionale passa da 1.087,8 nel 1982 a 355,9 nel 2000 e a 251,7 nel 2007; quest'ultimo dato rappresenta il valore minimo toccato ed è la prima volta in Regione che il tasso di mortalità infantile scende sotto il 3 per mille. Nel 2008 il tasso è risalito lievemente.

Rispetto alla distribuzione geografica, nel periodo 2003-2007 si sono registrati tassi superiori alla media regionale nelle province di Piacenza, Parma e Reggio Emilia, mentre sono risultati inferiori i tassi per le province di Bologna, Ferrara, Ravenna e Forlì-Cesena: questi dati sono comunque da considerare con cautela in quanto altre condizioni legate a questo periodo della vita (quali ad esempio abortività, natimortalità, prevalenza di malformazioni) possono influenzare la mortalità infantile. Per questo motivo, in una situazione come quella della nostra Regione nella quale i tassi di mortalità infantile sono a livelli definiti dagli esperti come ormai "quasi incompressibili", occorre molta cautela nel valutare le piccole differenze temporali o spaziali che si mettono in evidenza.

Mortalità infantile
Tassi grezzi per 100.000 bambini
<1 anno di vita (1981-2008)



Mortalità infantile
Stima degli SMR (BMR) per comune di residenza
(2003-2007)



La maggior parte (85%) della mortalità nel primo anno di vita è determinata da condizioni perinatali e dalle malformazioni congenite.

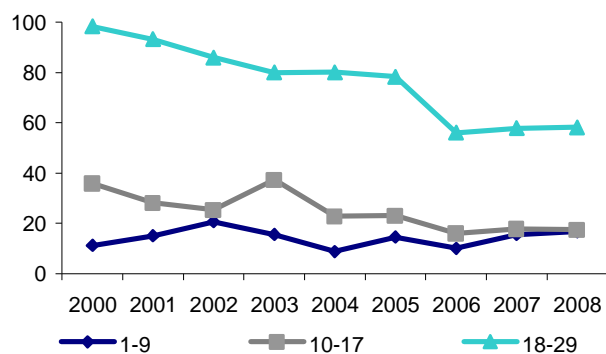
Tassi di mortalità infantile specifici per settori di patologie (per 100.000 abitanti) Emilia-Romagna (2000-2008)

0 anni	Totale		Femmine		Maschi	
	n	Tassi spec.	n	Tassi spec.	n	Tassi spec.
Causa di Morte						
Condizioni morbose di origine perinatale	701	211,1	297	184,4	404	236,3
Malformazioni congenite	265	79,8	116	72,0	149	87,2
Malattie sistema circolatorio	33	9,9	15	9,3	18	10,5
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti o sconosciuti	32	9,6	18	11,2	14	8,2
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	24	7,2	7	4,3	17	9,9
Altri settori di patologie	82	24,7	22	13,7	53	31,0

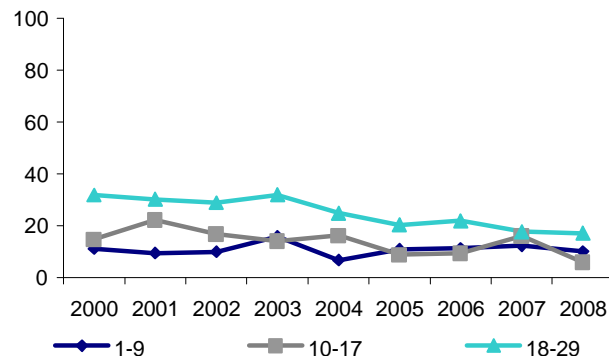
La mortalità nella fascia di età 1-29 anni

Nel periodo 2000-2008 in Emilia-Romagna i tassi di mortalità nella fascia 1-29 anni sono in costante diminuzione, in particolare nella classe 18-29 anni per una importante diminuzione della mortalità per traumatismi. In assoluto nella fascia 1-9 anni si osserva la minor mortalità; nel tempo le differenze tra la classi d'età 1-9 anni e 10-17 anni si vanno riducendo fino ad essere praticamente sovrapponibili in entrambi i sessi.

Tasso di mortalità per fasce d'età (1-29 anni)
Maschi
Emilia-Romagna (2000-2008)



Tasso di mortalità per fasce d'età (1-29 anni)
Femmine
Emilia-Romagna (2000-2008)



La frequenza delle diverse cause di morte varia al variare dell'età: nella classe 1-9 anni le cause di morte prevalenti sono i Tumori e i Traumatismi e avvelenamenti; le stesse cause si presentano nell'ordine inverso per le classi 10-17 anni e 18-29 anni. Da segnalare fra le principali cause di morte le Malattie del sistema nervoso, presenti fra le prime cinque cause di morte in ogni classe d'età.

Complessivamente si osserva una minor mortalità femminile in ogni classe di età, attribuibile a tutte le principali cause di morte, anche se la differenza più rilevante riguarda la mortalità per traumatismi: il rischio di morire per un ragazzo nella fascia 10-17 anni è doppio rispetto a quello di una ragazza e diventa quadruplo nella fascia 18-29 anni.

Cause di mortalità per classe d'età (Numero assoluto e tasso specifico per 100.000 ab.) Emilia-Romagna (2000-2008)

Classe 1-9 anni	Totale		Femmine		Maschi	
	n	Tassi spec.	n	Tassi spec.	n	Tassi spec.
Causa di morte						
Tutti tumori	116	4,1	52	3,8	64	4,4
Traumatismi e avvelenamenti	84	3,0	28	2,1	56	3,9
Malformazioni congenite	42	1,5	17	1,2	25	1,7
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	29	1,0	14	1,0	15	1,0
Malattie apparato respiratorio	15	0,5	6	0,4	9	0,6
Altri settori di patologie	66	2,4	30	2,2	36	2,5

Classe 10-17 anni	Totale		Femmine		Maschi	
Causa di morte	n	Tassi spec.	n	Tassi spec.	n	Tassi spec.
Traumatismi e avvelenamenti	228	9,9	72	6,5	156	13,1
Tutti tumori	98	4,3	38	3,4	60	5,0
Malattie sistema circolatorio	29	1,3	9	0,8	20	1,7
Malformazioni congenite	28	1,2	11	1,0	17	1,4
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	23	1,0	8	0,7	15	1,3
Altri settori di patologie	38	1,7	14	1,3	24	2,0

Classe 18-29 anni	Totale		Femmine		Maschi	
Causa di morte	n	Tassi spec.	n	Tassi spec.	n	Tassi spec.
Traumatismi e avvelenamenti	1663	35,7	320	14,0	1343	56,5
Tutti tumori	258	5,5	105	4,6	153	6,4
Malattie sistema circolatorio	139	3,0	33	1,4	106	4,5
Disturbi psichici	92	2,0	17	0,7	75	3,2
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	52	1,1	10	0,4	42	1,8
Altri settori di patologie	208	4,5	90	4,0	118	5,0

Cause di ricovero

In carenza di disponibilità di dati di salute maggiormente dettagliati per i giovani, si presentano alcuni dati sui ricoveri ospedalieri che, pur rispecchiando prevalentemente i consumi di risorse sanitarie, possono fornire alcune indicazioni sulle patologie importanti in questa popolazione.

Nel periodo 2000-2008 in Emilia-Romagna le principali cause di ricovero nella fascia 0-29 anni sono state le malattie a carico dell'apparato respiratorio seguite dai traumatismi e avvelenamenti e dalle complicanze insorte durante la gravidanza o il parto; dall'analisi sono stati esclusi gli aborti spontanei o provocati legalmente e i parti naturali (il 65% circa dei ricoveri in questa categoria, che rimane comunque nel sesso femminile la prima causa di ricovero).

Complessivamente la popolazione di sesso maschile presenta un tasso di ricovero più elevato rispetto a quella femminile; nel genere maschile prevalgono come causa di ricovero i traumatismi e avvelenamenti, le malattie dell'apparato respiratorio e dell'apparato digerente, mentre in quello femminile i tumori, le malattie delle ghiandole endocrine e dell'apparato genito-urinario.

Ricoveri per cause principali nella fascia 0-29 anni (Numero assoluto di ricoveri e tasso grezzo per 100.000 abitanti) Emilia-Romagna (2000-2008)

Ricoveri (classe 0-29 anni)	Totale		Femmine		Maschi	
	n	Tasso grezzo	n	Tasso grezzo	n	Tasso grezzo
Mal. apparato respiratorio	119.045	1179,4	51.133	1040,7	67.912	1310,9
Traumatismi e avvelenamenti	107.869	1068,7	32.747	666,5	75.122	1450,1
Mal. apparato digerente	82.435	816,7	38.514	783,9	43.921	847,8
Complicanze gravidanza, parto e puerperio *	70.973	703,1	70.973	1444,5	0	0,0
Mal. apparato genito-urinario	68.152	675,2	35.250	717,4	32.902	635,1
Mal. sistema osteomuscolare e tessuto connettivo	57.891	573,5	23.269	473,6	34.622	668,3
Condizioni morbose di origine perinatale	55.593	550,8	25.200	512,9	30.392	586,7
Mal. sistema nervoso e organi di senso	51.952	514,7	24.483	498,3	27.469	530,2
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti o sconosciuti	50.683	502,1	25.861	526,3	24.822	479,2
Malformazioni congenite	43.636	432,3	16.696	339,8	26.940	520,0
Mal. infettive e parassitarie	41.833	414,5	18.985	386,4	22.848	441,0
Mal. ghiandole endocrine, metabolismo, nutrizione e disturbi immunitari	37.297	369,5	20.202	411,2	17.095	330,0
Tumori	36.637	363,0	20.996	427,3	15.641	301,9
Disturbi psichici	31.546	312,5	14.836	302,0	16.710	322,6
Mal. sistema circolatorio	23.118	229,0	6.723	136,8	16.395	316,5
Mal. pelle e tessuto sottocutaneo	21.971	217,7	8.634	175,7	13.337	257,5
Mal. sangue e organi ematopoietici	13.879	137,5	6.803	138,5	7.076	136,6
Totale ricoveri	914.510	9060,2	441.305	8981,9	473.204	9134,5

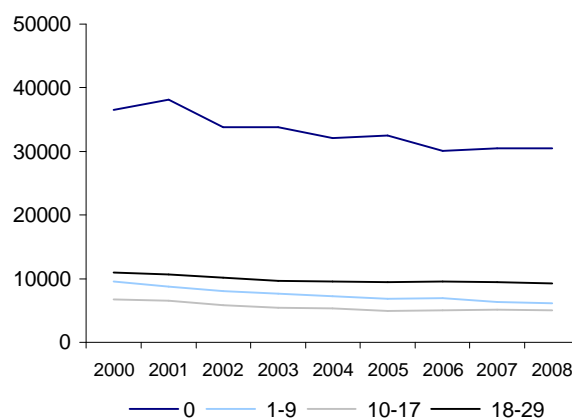
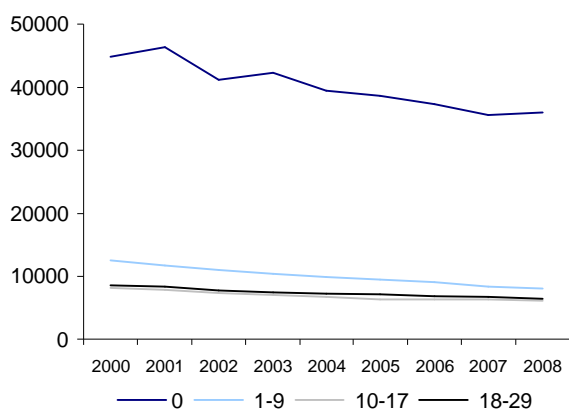
* esclusi ricoveri per parto naturale senza complicazioni e aborto spontaneo o procurato legalmente

Nel periodo 2000-2008 i tassi specifici di ricovero tendono a ridursi in modo progressivo e regolare (in particolare nella classe 1-9 anni), con l'eccezione dei ricoveri a 0 anni. Il maggior tasso di ricovero si registra a 0 anni, per l'influenza dei parti che in genere avvengono in ospedale. Il tasso di ricovero più basso si osserva nelle classi di età intermedie (10-17 anni). Questo andamento temporale è confermato anche dalla distribuzione per sesso; l'unica differenza che si osserva nelle due distribuzioni è dovuta al maggior tasso di ricovero: per i maschi nella classe 1-9, per le femmine 18-29.

Le principali cause sono legate all'età: la principale causa di ricovero a 0 anni sono infatti le condizioni morbose di origine perinatale, nella classe 1-9 anni le Malattie dell'apparato respiratorio, in quella 10-17 anni i Traumatismi e avvelenamenti; nella classe 18-29 anni le Complicanze della gravidanza, parto e puerperio (da cui sono stati esclusi i parti naturali e gli aborti) prevalgono nel sesso femminile e i Traumatismi e avvelenamenti in quello maschile.

Tassi specifici di ricovero per classi di età e sesso per 100.000 abitanti Emilia-Romagna (2000-2008)

Tasso età-specifico di ricovero per classi di età per 100.000 abitanti, Maschi
Tasso età-specifico di ricovero per classi di età per 100.000 abitanti, Femmine



Malattie croniche e disabilità

Il tasso di bambini e adolescenti affetti da disabilità e/o cronicità rappresenta un indicatore molto importante dello stato di salute in questa fascia di popolazione in una regione come la nostra, caratterizzata da una bassa mortalità infantile e un'ottima copertura vaccinale.

Nell'assistenza dei soggetti con malattia cronica (specie in quelli con disabilità) un aspetto prioritario è rappresentato dall'integrazione tra servizi sanitari, sociali ed educativi; pure importanti sono i rapporti tra i diversi settori della sanità impegnati nell'assistenza (ospedale e territorio).

Particolare rilievo assumono anche le malattie rare (sulle quali esiste uno specifico progetto nazionale coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità), tra cui quelle metaboliche ereditarie: il loro numero è infatti per definizione quantitativamente contenuto (l'incidenza attesa in Regione è stimata intorno ai 20-25 casi l'anno), ma sono causa di disabilità anche gravi per il resto della vita e di grande impatto sui servizi sanitari e socioassistenziali.

Nell'affrontare questo paragrafo si deve considerare che la qualità dei dati sulle malattie croniche e sulla disabilità molto spesso è carente: le diverse fonti disponibili utilizzano criteri e definizioni non sempre omogenei, rendendo difficili confronti o valutazioni complessive.

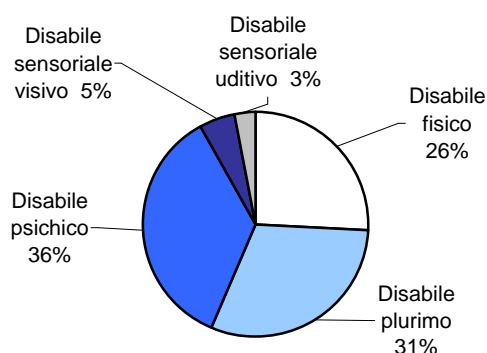
I portatori di disabilità nei servizi socio-assistenziali per i minori

Nel 2007 e 2008 i Servizi sociali deputati all'assistenza e tutela ai minori e alle loro famiglie hanno seguito oltre il 7% della popolazione minorenni residente in regione.

Tra i minori seguiti (48.552 nel 2008), i casi da tenere complessivamente in considerazione nell'ottica di politiche a favore della disabilità, arrivano ad una percentuale del 5%: in particolare il 4,2% è rappresentato da bambini riconosciuti portatori di disabilità (2.039 casi nel 2008) a cui si aggiunge uno 0,7% rappresentato da bambini con gravi patologie psichiatriche/fisiche (340 casi) che non hanno problemi permanenti o comunque non sono compresi nell'ambito normativo previsto dalla disabilità.

Oltre un terzo (36%) delle disabilità sono di tipo psichico; un altro terzo circa (31%) è legato a problemi che investono diverse problematiche ("disabile plurimo") e un quarto è di tipo fisico. Nei casi restanti (8%) si tratta di disabilità sensoriale, visiva o uditiva. La classificazione dell'utente avviene solo in base alla problematica prevalente.

Suddivisione disabili in carico ai servizi per tipo di disabilità (%)
Emilia-Romagna (2008)



Se consideriamo tutti i minori in carico ai servizi nel 2008, si nota che nella maggior parte dei casi (77%) il problema principale riscontrato è relativo a difficoltà dei nuclei familiari, in genere di tipo economico e/o abitativo.

Problema principale di presa in carico dell'utenza (%)
Emilia-Romagna (2008)

Problema principale	%
nucleo familiare problematico	77,4
disagio relazionale o scolastico	9,2
disabile	4,2
vittima di violenze	2,0
straniero non accompagnato	1,9
in stato di adottabilità	1,6
coinvolto in procedure penali	0,9
straniero irregolare	0,8
gravi patologie psichiatriche o fisiche	0,7
minore a rischio di maltrattamento/abuso	0,6
gestanti e madri minorenni	0,3
problemi di dipendenze	0,2

Tra i minori in carico ai servizi, la classe 6-10 anni è quella più frequente (28%), seguita da quella 11-14 anni (21%).

Distribuzione bambini e ragazzi in carico ai Servizi
per classi di età (%)
Emilia-Romagna (2008)

Età	%
0-2 anni	13%
3-5 anni	16%
6-10 anni	28%
11-14 anni	21%
15-17 anni	17%
18-19 anni	3%
20-21 anni	1%

I portatori di disabilità nei nidi d'infanzia regionali

Secondo i dati del Sistema Informativo Servizi Prima infanzia (SPIER), nell'anno educativo 2009-10 su 34.967 bambini iscritti ai Nidi d'infanzia (compresi Micro Nidi e Sezioni di Nido) e ai Servizi integrativi (Spazio Bambini e Educatrice domiciliare), i bambini portatori di disabilità sono 291 (circa l'1% del totale).

I portatori di disabilità nella scuola

La presenza degli alunni portatori di disabilità nei diversi ordini della scuola rappresenta un indicatore d'inclusività nel sistema educativo: nel complesso gli alunni iscritti alle scuole emiliano-romagnole per l'anno scolastico 2007-08 sono quasi 11.000, a cui si aggiungono 1.319 bambini che frequentano la scuola per l'infanzia.

Da un punto di vista quantitativo i dati sulle iscrizioni dei minori portatori di disabilità nelle scuole secondarie di II grado depongono positivamente, in quanto di anno in anno cresce il numero di alunni certificati che continuano il percorso scolastico, anche se la percentuale degli inserimenti rimane inferiore a quelle delle scuole primarie e secondarie di I grado.

Alunni portatori di disabilità per tipo di scuola Emilia-Romagna (2001-2008)

Scuole	2001-02		2003-04		2005-06		2007-08	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Primarie	3.294	2,1	3.739	2,3	4.047	2,4	4.379	2,4
Secondarie I grado	2.410	2,6	2.828	2,8	3.139	3,1	3.338	3,2
Secondarie II grado	1.879	1,3	2.303	1,6	2.779	1,8	3.206	1,9
Totale	7.583	2,0	8.870	2,2	9.965	2,3	10.923	2,4

Patologie croniche e invalidanti desunte dalle esenzioni ticket

Le esenzioni ticket non forniscono un quadro esaustivo delle persone affette da patologie croniche e invalidanti, in quanto non per tutti viene richiesta le esenzioni; inoltre i dati che vengono presentati fanno riferimento al numero di esenzioni e non al numero di persone; pur con questi limiti forniscono una immagine delle principali cause di malattie croniche nei minori.

L'asma rappresenta a causa di esenzione più diffusa (27,4%), seguono la prematurità (16,1%), le condizioni grave deficit fisico, sensoriale o neuropsichico (12,9) e l'epilessia (9,3).

Esenzioni ticket in minori Emilia-Romagna (attive al 31 dicembre 2009)

Codice e descrizione della patologia cronica ed invalidante	Regione	
	n	%
007 Asma	6.032	27,4%
040 Neonati prematuri, immaturi, a termine con ricovero in terapia intensiva neonatale	3.531	16,1%
051 Soggetti nati con condizioni di gravi deficit fisici, sensoriali e neuropsichici	2.845	12,9%
017 Epilessia	2.050	9,3%
002 Affezioni del sistema circolatorio	1.809	8,2%
039 Nanismo ipofisario	1.091	5,0%
056 Tiroidite di Hashimoto	804	3,7%
013 Diabete mellito	752	3,4%
027 Ipotiroidismo congenito, ipotiroidismo acquisito (grave)	737	3,3%
048 Soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne e da tumori di comportamento incerto	567	2,6%
006 Artrite reumatoide	284	1,3%
005 Anoressia nervosa, bulimia	264	1,2%
035 Morbo di Basedow, altre forme di ipertiroidismo	49	0,2%
altre patologie	42	5,3%
Totale	21.978	100,0%

Le esenzioni per [disturbi del comportamento alimentare](#) (DCA) sotto i 18 anni sono 264; in tutte le classi d'età sono 1.537.

Da una indagine ad hoc condotta dal "Tavolo regionale per i DCA" è emerso che nel 2007 1.300 persone nella classe 12-25 anni si sono rivolte ai Team DCA delle Aziende sanitarie, pari a circa 3 persone ogni 1.000 in questa età, pur rilevando una grande variabilità tra Aziende Usl.

Salute mentale

Sulla base dei dati raccolti dai servizi di neuropsichiatria infantile emerge che i problemi neuropsichiatrici coinvolgono una porzione non piccola della popolazione con meno di 18 anni. Ogni anno circa il 6% di bambini e adolescenti (40.154 minori nel 2009), si rivolge ai servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza; di questi oltre il 30% sono nuovi utenti.

Nel 2006 (ultimo anno disponibile) le principali cause patologiche diagnosticate, riferibili al 3% della popolazione target 0-17 anni, sono rappresentate da:

- Disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio (21%)
- Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche (18,6%)
- Livello intellettivo (9,4%)
- Sindromi e disturbi della sfera emozionale (7,6%).

La maggior parte delle diagnosi è riferibile a disturbi del linguaggio e dell'apprendimento, confermando la grande importanza che assume l'interazione formalizzata con le istituzioni scolastiche nella progettazione di azioni integrate di promozione della salute in questa fascia di età, non solo connessa agli oltre 12.000 alunni con disabilità inseriti nelle scuole dell'Emilia-Romagna di ogni ordine e grado, ma anche per i minori che, pur non essendo in condizione di disabilità, necessitano ugualmente di interventi integrati in ambito scolastico.

La Deliberazione della Giunta Regionale n. 312 del 20 agosto 2008, con cui viene formalizzata la collaborazione e interazione della Direzione Generale sanità e politiche sociali con l'Ufficio Scolastico Regionale per l'Emilia-Romagna, si è già rivelata uno strumento operativo fondamentale per condividere l'emanazione di importanti indirizzi regionali per la semplificazione e uniformità per gli accertamenti della disabilità nei minori e la loro integrazione in ambito scolastico, nonché per gli interventi integrati con le istituzioni scolastiche per gli alunni con Disturbi Specifici di Apprendimento.

Stili di vita dei bambini e degli adolescenti

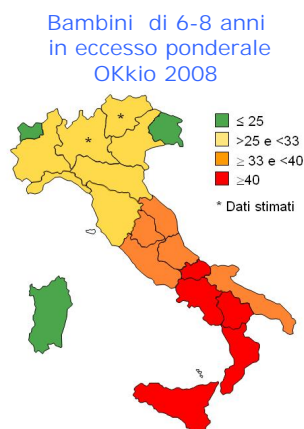
Sovrappeso e obesità in età infantile assumono particolare rilevanza in termini di sanità pubblica, sia per le implicazioni dirette sulla salute fisica e psicologica del bambino, sia come fattori di rischio per l'insorgenza di patologie croniche nell'età adulta.

Nello studio "OKkio alla Salute" in Emilia-Romagna il 20% dei bambini di 8-9 anni è risultato in condizione di sovrappeso e il 9% obeso; inferiore al dato nazionale (24% e 12% rispettivamente, con un marcato gradiente territoriale), ma con un indice di crescita superiore alle popolazioni internazionali di riferimento. Nella nostra Regione si stimano circa 60mila bambini in eccesso ponderale, di cui circa 18mila obesi.

I genitori dichiarano che l'8% dei bambini non fa colazione e dallo studio emerge che il 28% dei bambini non fa una colazione adeguata.

Scarso è il consumo di frutta e verdura: il 19% dei figli non le consumano quotidianamente e il 34% ne consuma solo 1 porzione al giorno rispetto alle 5 raccomandate.

I genitori sembrano non avere una percezione corretta sia dell'adeguatezza dell'apporto alimentare sia dello stato ponderale dei propri figli.



Dallo studio "Determinanti ed indicatori di rischio obesità nella popolazione adolescenziale in ragazzi di 14 e 17 anni in Emilia-Romagna (2007-2008)" (SoNIA) emerge che il sovrappeso prevale nei ragazzi di 14 anni (18%) rispetto ai 17enni (14%) ed è più diffuso tra i ragazzi rispetto alle ragazze. La prevalenza di obesità è simile nelle due fasce d'età (4%) e si conferma la prevalenza del sesso maschile.

I dati ponderali presentano un diverso gradiente territoriale, non statisticamente significativo, fra le AUSL; comune è invece il dato di una minore prevalenza di sovrappeso e obesità nel comune capoluogo rispetto al resto della provincia (17% vs 20% per il sovrappeso e 4% vs 5% per obesità). Condivisa da genitori e figli, di entrambi i sessi e fasce d'età, è una dichiarata aspirazione alla magrezza.

Gli studi sono coerenti nell'indicare che vi è correlazione fra BMI dei figli e dei genitori e che al crescere della scolarità dei genitori, in particolare della madre, nei figli si riduce il rischio obesità ed il consumo di bevande zuccherate, mentre aumenta il consumo di frutta e verdura. Dallo studio "OKkio alla Salute" si rileva che i genitori sembrano non avere una percezione corretta sia dell'adeguatezza dell'apporto alimentare sia dello stato ponderale dei propri figli.

Ragazzi in eccesso ponderale di 14 anni (SoNIA 2007-08)

Sorveglianza nutrizionale Emilia Romagna 2007

% Eccesso ponderale a 14 anni



Ragazzi in eccesso ponderale di 17 anni (SoNIA 2007-08)

Sorveglianza nutrizionale Emilia Romagna 2008

% Eccesso ponderale a 17 anni



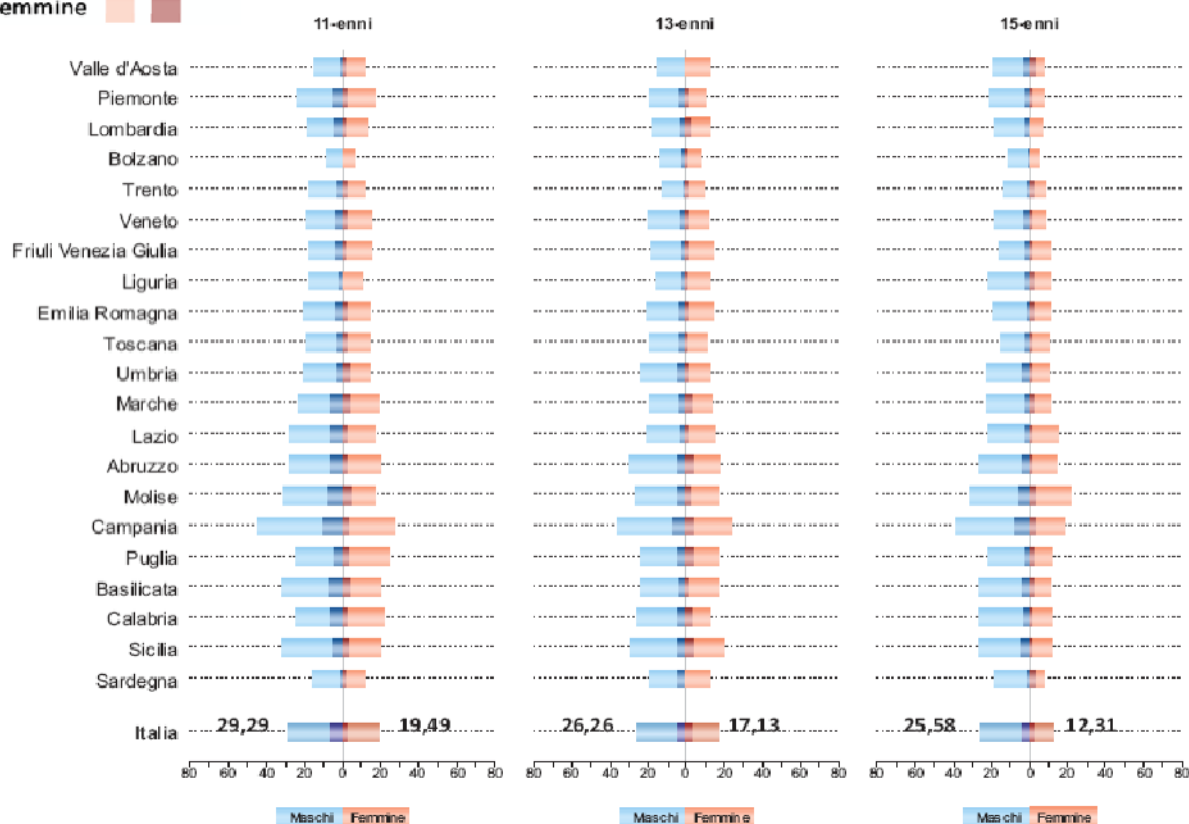
I risultati preliminari dello studio multicentrico internazionale HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare), condotto nel 2009 in adolescenti di 11, 13 e 15 anni, confermano come l'eccesso ponderale sia diffuso anche negli adolescenti, in particolare nei ragazzi rispetto alle ragazze e in misura maggiore all'inizio dell'adolescenza. Il confronto con le altre regioni mostra come gli adolescenti emiliano-romagnoli si collochino al di sotto della media nazionale in riferimento ai valori di Indice di massa corporea (IMC).

Indice di Massa Corporea

Sovrappeso Obesi

Maschi Femmine

Obesità/sovrappeso per genere, nelle tre fasce di età



Una quota rilevante di adolescenti non ha l'abitudine di effettuare la prima colazione; anche il consumo di frutta e verdura è molto al di sotto delle 5 porzioni al giorno raccomandate, in particolare nei ragazzi.

Lo studio HBSC indaga anche l'attività fisica praticata dagli adolescenti: solo un adolescente su tre in ogni fascia d'età considerata pratica l'attività fisica raccomandata. Sono inoltre diffuse attività sedentarie (televisione e computer).

Tra i 15enni cresce in maniera significativa la percentuale di adolescenti che riferiscono di fumare (15% sia nei ragazzi che nelle ragazze) o bere (38% nei ragazzi e 26% nelle ragazze) almeno una volta alla settimana e quella di giovani che si sono ubriacati almeno due volte (16% e 11%).

Approfondimenti sui vari parametri considerati nell'indagine HBSC saranno oggetto di una prossima specifica pubblicazione.

HBSC Emilia-Romagna 2009 (risultati preliminari)

	11-enni		13-enni		15-enni	
	M	F	M	F	M	F
Sovrappeso o obesità	21%	15%	21%	14%	19%	10%
Almeno 3 giorni colazione (durante i giorni di scuola)	84%	79%	81%	73%	77%	55%
Consumo frutta almeno una volta al giorno	39%	50%	36%	44%	34%	47%
Consumo verdura almeno una volta al giorno	26%	36%	26%	38%	27%	41%
> 3 volte attività fisica alla settimana	32%	23%	36%	18%	33%	17%
Almeno 2 ore davanti alla TV (durante gg di scuola)	54%	44%	66%	63%	61%	65%
Almeno 2 ore davanti al PC (durante gg di scuola)	30%	16%	40%	27%	38%	20%
Fumo almeno 1 volta/settimana	1%	0 %	3%	3%	15%	15%
Almeno 1 bevanda alcolica/settimana	8%	3%	13%	7%	38%	26%
Ubriacato almeno 2 volte	2%	0%	2%	1%	16%	11%
Salute eccellente o buona	92%	90%	93,6%	89%	91%	83%
Subito bullismo almeno 1 volta o 2 nell'ultimo paio di mesi	21,5%	8,6%	10,4%	8,8%	8,0%	4,2%

Consumo di sostanze e dipendenze nei giovani studenti di scuola media superiore

I dati relativi alle prevalenze dei consumi di sostanze psicoattive legali ed illegali nella popolazione studentesca dell'Emilia-Romagna sono stati ricavati dallo studio ESPAD-Italia®2008. L'indagine campionaria ha lo scopo di monitorare i consumi di alcol, tabacco, psicofarmaci e droghe illegali tra gli studenti di 15-19 anni, attraverso la compilazione di un questionario anonimo autosomministrato. Nel corso dell'indagine 2008 sono stati somministrati in Emilia-Romagna circa 2.500 questionari.

Gioco d'azzardo

Nella popolazione studentesca regionale, il 45% dei ragazzi ed il 23% delle ragazze almeno una volta nei dodici mesi precedenti la somministrazione del questionario, hanno giocato puntando soldi: in particolare tra i 15enni, il 41% dei ragazzi e il 19% delle ragazze, mentre tra i 19enni le prevalenze raggiungono rispettivamente il 51% e il 29%. Le prevalenze regionali risultano inferiori a quelle nazionali in entrambi i generi e in tutte le classi di età; tra le province si registra una certa variabilità, con prevalenze più elevate nelle aree di Rimini e Forlì-Cesena.

Consumi di tabacco

Il 62% degli studenti emiliano-romagnoli ha provato almeno una volta a fumare tabacco e per il 26% il consumo di sigarette è diventato quotidiano (Italia rispettivamente il 65% e 28%).

Nel corso dell'ultimo anno, il consumo di tabacco nella popolazione studentesca regionale ha coinvolto il 24% dei ragazzi e il 27% delle ragazze, con prevalenze che aumentano progressivamente al crescere dell'età, raggiungendo i valori massimi tra gli studenti di 19 anni (37,7% nei ragazzi e 38,2% nelle ragazze).

Tra gli studenti che hanno riferito il consumo di tabacco nell'ultimo anno, per oltre il 40% si è trattato di consumare non più di 10 sigarette al giorno (41% dei ragazzi e 44% delle ragazze), mentre il 16% dei ragazzi e il 17% delle ragazze ne hanno fumate quotidianamente più di 10.

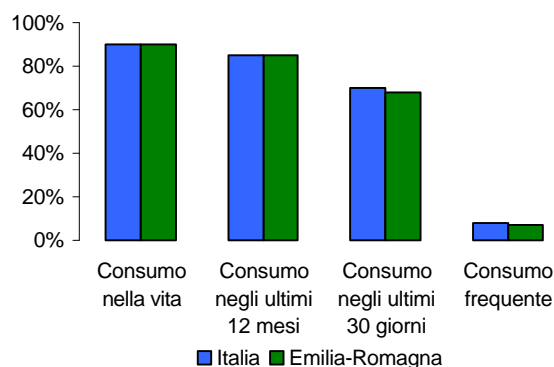
Le province con prevalenza stimata superiore al valore regionale (26%) risultano quelle di Parma (29%), Piacenza (28%) e Ferrara (27%).

Consumi di alcol

Il 91% della popolazione studentesca regionale ha assunto bevande alcoliche almeno una volta nella vita, l'84% nel corso dell'ultimo anno; per il 68% il consumo è avvenuto nei 30 giorni antecedenti lo svolgimento dell'indagine e per il 6% è stato quotidiano (Italia rispettivamente 91%, 84%, 69% e 7%).

Il consumo di bevande alcoliche caratterizza la maggior parte degli studenti di entrambi i generi (86% dei ragazzi e 82% delle ragazze) e aumenta al crescere dell'età degli studenti: tra i ragazzi si passa dal 72,3% dei 15enni al 93,4% dei 19enni, mentre tra le ragazze le rispettive prevalenze passano da 69% a 88%. In entrambi i generi, il passaggio dai 15 ai 16 anni è contraddistinto da un rilevante incremento dei consumatori, raggiungendo tra i 16enni una quota pari a 84% tra i ragazzi e 82% tra le ragazze.

Modalità di consumo di alcol
Italia e Emilia-Romagna (2008)



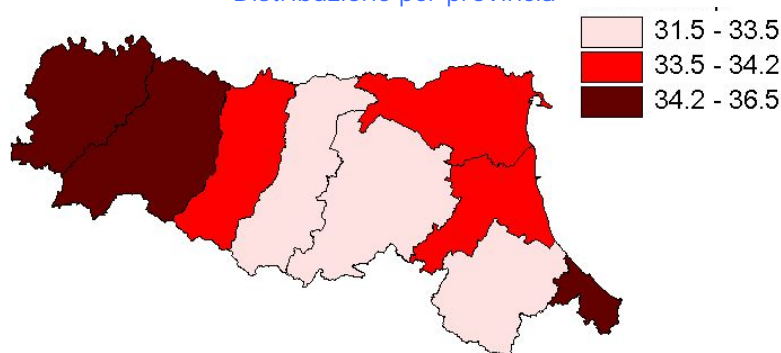
Tra gli studenti maschi che hanno assunto bevande alcoliche durante l'anno, il 42% ha ripetuto il comportamento per 40 o più volte, e una stessa proporzione lo ha reiterato dalle 6 alle 39 volte. Tra le studentesse invece circa la metà ha bevuto alcolici dalle 6 alle 39 volte in un anno, mentre il 27% circa lo ha fatto per 40 o più volte.

Non si sono rilevate differenze significative nel consumo di alcol nelle province emiliano-romagnole.

Nei 30 giorni precedenti la somministrazione del questionario, il 38% dei ragazzi e il 29% delle ragazze ha praticato il binge drinking, cioè ha assunto, in un'unica occasione, 5 o più bevande alcoliche (Italia: ragazzi 43% e ragazze 28%). Le quote dei binge drinkers tendono ad aumentare in corrispondenza dell'età dei soggetti: se tra i 15enni il 25% dei ragazzi e il 21% delle ragazze ha adottato tale comportamento nell'ultimo mese, tra i 19enni le prevalenze salgono rispettivamente al 50% e al 33%. In entrambi i generi nel passaggio dai 15 ai 16 anni le quote di binge drinkers aumentano in modo considerevole, raggiungendo il 34% tra i ragazzi e il 30% tra le ragazze.

Le prevalenze provinciali dei binge drinkers evidenziano valori leggermente superiori alla media regionale nella province di Parma (35%), Piacenza e Rimini (36%), mentre nelle altre province la quota di studenti che pratica tale comportamento non si discosta dalla media regionale.

Binge drinking nella popolazione studentesca (una o più volte negli ultimi 12 mesi)
Distribuzione per provincia

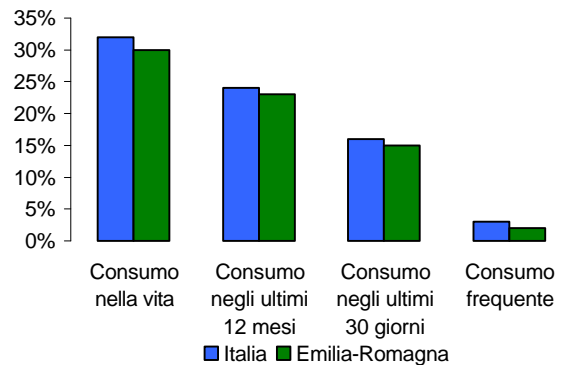


Consumi di cannabis

Il consumo di cannabis è stato sperimentato dal 30% degli studenti della regione, quota che raggiunge il 23% se si considera il consumo nell'anno e il 15% quando si fa riferimento agli ultimi 30 giorni (in Italia rispettivamente: 31%, 24% e 15%). Il 2,4% della popolazione studentesca regionale riferisce di aver quotidianamente consumato cannabinoidi, così come rilevato a livello nazionale (2,7%).

Il consumo di cannabis nell'ultimo anno ha coinvolto il 26% dei ragazzi e il 20% delle ragazze e risulta direttamente correlato all'età degli studenti: tra i ragazzi le prevalenze di consumo passano da 10% dei 15enni a 43% dei 19enni, mentre tra le studentesse da 7% a 32%. Nel genere maschile gli incrementi delle prevalenze di consumo di cannabinoidi si registrano nel passaggio 16-17 anni (da 17% a 28%) e 17-18 anni (18 anni=37%), mentre in quello femminile si rilevano nel passaggio da 15 a 16 anni (da 7% a 16%) e da 18 a 19 anni (da 24% a 32%).

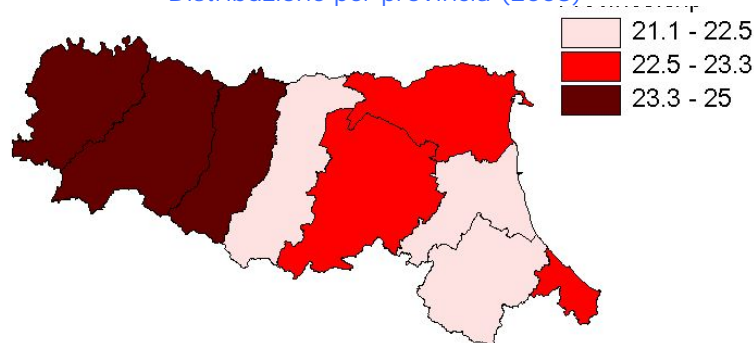
Uso di cannabis nella popolazione studentesca Italia e Emilia Romagna (2008)



Durante l'ultimo anno, tra i consumatori maschi di cannabis il 27% ha utilizzato la sostanza 20 o più volte, mentre il 42% da 1 a 5 volte. Tra le studentesse consumatrici di cannabis, invece, oltre la metà ha utilizzato la sostanza 1-5 volte nell'anno, mentre per il 18% il consumo è stato più assiduo, per 20 o più volte.

La propensione al consumo di cannabinoidi risulta superiore tra gli studenti delle province di Parma (25%) e Reggio Emilia (24%), mentre inferiori al valore medio regionale risultano le prevalenze riferite alle province di Modena (21%) e Forlì-Cesena (22%).

Uso di cannabis nella popolazione studentesca (una o più volte negli ultimi 12 mesi) Distribuzione per provincia (2008)



Consumi di cocaina

Il 5,5% degli studenti della regione riferisce di aver assunto cocaina almeno una volta nella vita, il 3,5% ne ha utilizzato nell'ultimo anno e l'1,7% negli ultimi 30 giorni, in linea con le prevalenze rilevate a livello nazionale (5,8%, 3,7% e 1,9%). Lo 0,4% degli studenti della regione, così come tra la popolazione studentesca italiana (0,5%), ha consumato frequentemente cocaina, per 10 o più volte nell'ultimo mese.

Tra gli studenti dell'Emilia Romagna, il 4,9% dei ragazzi e il 2,7% delle ragazze ha utilizzato cocaina una o più volte nell'ultimo anno. Tra gli studenti che hanno consumato cocaina nell'anno, il 9% dei ragazzi e il 21% delle ragazze ne hanno fatto un consumo sostenuto (20 o più volte), mentre il 59% del collettivo maschile e il 52% di quello femminile occasionale e circoscritto a 1-5 volte.

Nelle province di Rimini (3,8%) e Ravenna (3,6%) si osservano prevalenze di consumo leggermente superiori alla media regionale, mentre nelle altre province i valori risultano in linea.

I dati sulle utenze dei Servizi tossicodipendenze

Le rilevazioni europee mostrano che l'uso problematico di sostanze psicotrope tra i giovanissimi con età inferiore ai 15 anni è molto raro, anche a livello di accesso ai servizi per le dipendenze.

In Emilia-Romagna le persone con età inferiore ai 15 anni che sono state in trattamento presso i SerT erano 5 nel 2009 (tutti nuovi utenti). Probabilmente si tratta di soggetti inviati al SerT tramite la Prefettura su cui è stato necessario un approfondimento attraverso l'attivazione di un programma terapeutico. I numeri crescono nella fascia d'età immediatamente superiore (15-19 anni): nel corso del 2009 sono stati in trattamento 335 giovani.

Il fenomeno cambia considerevolmente se si considera la fascia di età sino ai 24 anni: rappresentano il 32% dei nuovi utenti (750 casi), il 10% degli utenti già conosciuti (1.060 casi) e il 14% complessivo dell'utenza in carico nei SerT (1.821 casi).

Per approfondire:

- Regione Emilia-Romagna. Servizio politiche familiari, infanzia e adolescenza "Crescere in Emilia-Romagna Anno 2008".
- Regione Emilia-Romagna, "Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 2003-2007", in corso di pubblicazione.
- Regione Emilia-Romagna, "OKKio alla Salute: i risultati dell'indagine 2008 (Emilia-Romagna)" http://www.saluter.it/wcm/saluter/sanitaer/ssr/assistenza_territoriale/Dipartimento_sanita_pubblica/documentazione/ik_veterinari/docu_veterinari/report/okkio_2008.pdf
- Regione Emilia-Romagna, "Sorveglianza nutrizionale. Determinanti ed indicatori di rischio obesità nella popolazione adolescenziale Emilia-Romagna" Collana Contributi n. 58 del 2009 http://www.saluter.it/wcm/saluter/pubblicazioni/tutte_le_pubblicazioni/contributi/contributi/allegati/Contributi_58.pdf
- Regione Emilia-Romagna, "La nascita in Emilia-Romagna" 7° Rapporto sui dati del Certificato di assistenza al parto, anno 2009.
- Banca dati CEDAP 2009
- Ufficio Scolastico Regionale per l'Emilia-Romagna, "Terza rilevazione delle certificazioni di autismo o disturbi pervasivi dello sviluppo rilasciate ad allievi delle scuole statali e paritarie di ogni ordine e grado dell'Emilia-Romagna A.S. 2007-2008
- CCM - Ministero della salute, "Presentazione dei dati nazionali Studio HBSC Italia 2010", Convegno nazionale Roma, 12 ottobre 2010 (in corso di pubblicazione)
- Banca dati esenzioni ticket anno 2009
- Osservatorio regionale sulle dipendenze, "Rapporto 2009 su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia-Romagna", Regione Emilia-Romagna, Bologna, 2010
- Regione Emilia-Romagna, "HBSC-Health Behaviour in School-aged Children, comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare", in corso di pubblicazione.



Programmi di prevenzione

Screening oncologici
Coperture vaccinali

Programmi di prevenzione

Screening oncologici

Screening per la diagnosi precoce e prevenzione dei tumori del collo dell'utero

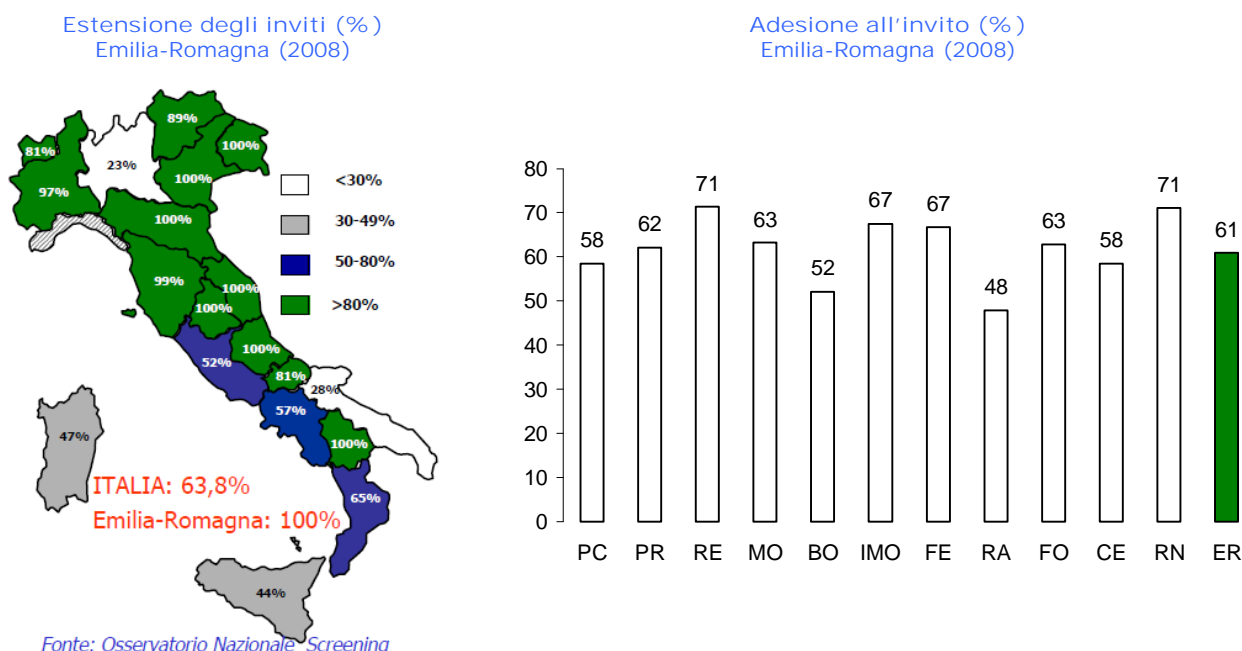
In Emilia-Romagna si stimano circa 165 nuovi casi di neoplasia invasiva del collo dell'utero all'anno e circa 60 decessi, 30 attribuiti al collo dell'utero e altri 30 stimati tra i decessi per parte non specificata dell'utero.

Lo screening mediante pap test è attivo in Emilia-Romagna dal 1997, è rivolto a donne di 25-64 anni (complessivamente oltre 1.200.000 donne), con cadenza triennale. Il programma regionale di screening è sistematicamente monitorato in tutte le fasi, attraverso il confronto con standard nazionali e internazionali.

I principali indicatori annuali di attività sono l'estensione degli inviti rispetto alla popolazione da invitare nell'anno (pari ad un terzo delle donne di 25-64 anni) e l'adesione all'invito. La regolarità degli inviti e in particolare la partecipazione al programma sono infatti elementi fondamentali per l'efficacia dello stesso.

Nel 2008, secondo i dati inviati all'Osservatorio Nazionale Screening, in Emilia-Romagna il 100% della popolazione bersaglio annuale è stata invitata e il 61% ha aderito all'invito; i dati nazionali sono rispettivamente del 64% e del 42%. I valori dell'estensione dell'invito sono superiori al 90% in tutte le AUSL emiliano-romagnole, eccetto Forlì (80%). L'adesione all'invito varia dal minimo di Ravenna (48%) al massimo di Reggio Emilia (71%). L'adesione raggiunta, in particolare se confrontata con i dati nazionali, può essere considerata buona in tutte le AUSL.

Le figure mostrano i livelli raggiunti rispettivamente per l'estensione degli inviti nelle regione italiane e per l'adesione nelle AUSL dell'Emilia-Romagna nel 2008.



L'attenzione delle donne dell'Emilia-Romagna alla prevenzione è documentabile anche attraverso il sistema di sorveglianza PASSI, che ogni anno intervista un campione di cittadini su diverse tematiche relative alla salute, tra cui anche l'effettuazione del pap test in assenza di sintomi. Il sistema consente di avere informazioni sulla quota complessiva di donne che esegue il pap test, sia all'interno dello screening, sia al di fuori del programma organizzato.

In particolare nel 2008 si stima che in Regione l'86% delle donne 25-64enni abbia eseguito un pap test nei tempi raccomandati (60% all'interno dello screening e 26% al di fuori dei programmi); a livello nazionale la copertura complessiva stimata è pari al 75% (38% all'interno dello screening e 35% al di fuori dei programmi).

Una adesione significativamente inferiore si osserva nella classe di età più giovane 25-34 anni (80%), nelle donne con molte difficoltà economiche percepite (78%) e nelle donne con cittadinanza straniera (70% rispetto all'87% delle italiane).

Risultati: dall'inizio del programma a tutto il 2008 sono stati identificati 594 tumori invasivi e 9.522 lesioni precancerose.

Nell'anno 2008 hanno eseguito un pap test di screening 254.739 donne di cui 9.221 (3,6%) sono risultate positive e richiamate ad eseguire approfondimenti. Fra queste 1.107 hanno avuto una diagnosi di lesione precancerosa e 37 di tumore del collo dell'utero.

Screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella

In Emilia-Romagna si stimano circa 3.600 nuovi casi di neoplasia invasiva della mammella all'anno (quasi un terzo di tutti i nuovi casi di tumore nelle donne) e oltre 900 decessi (16% delle morti per tumore nelle donne).

Lo screening mammografico è attivo in Emilia-Romagna dal 1997, è rivolto a donne di 50-69 anni, con periodicità biennale. A partire dal 2010, la fascia di età viene estesa alle donne di 45-49 anni (cadenza annuale) e 70-74 anni (cadenza biennale), interessando complessivamente oltre 840.000 donne. La mammografia e gli eventuali esami di approfondimento sono gratuiti.

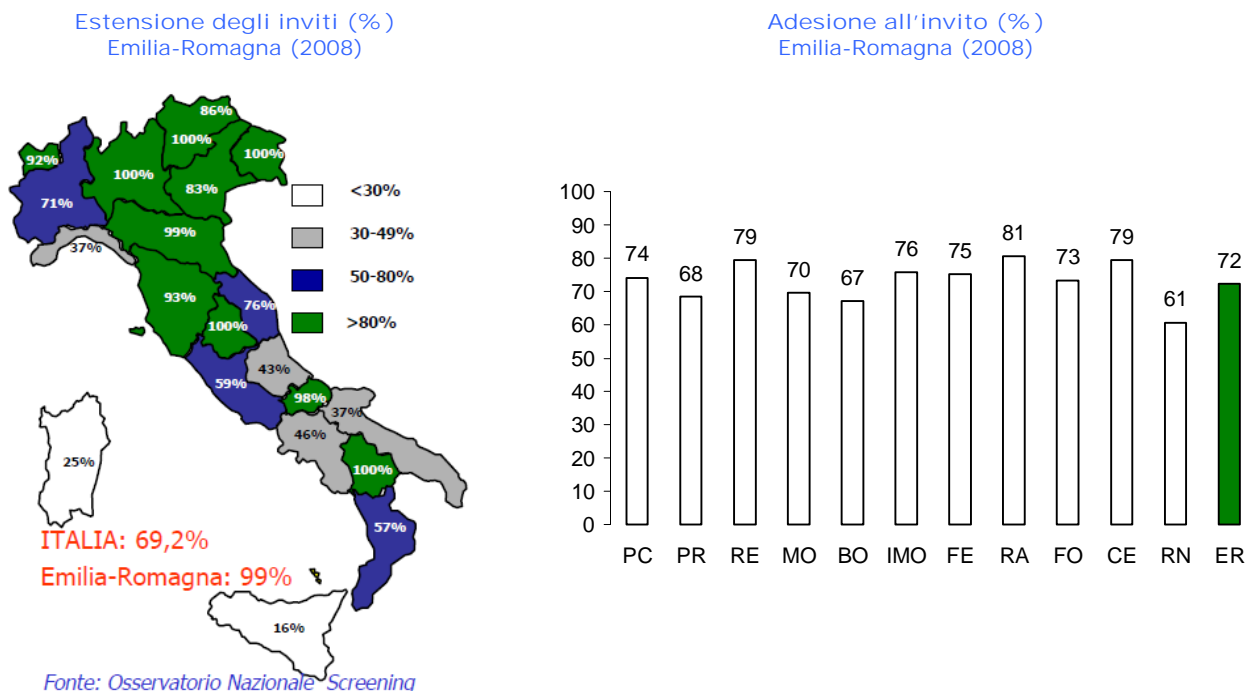
Il programma regionale di screening è sistematicamente monitorato in tutte le fasi, attraverso il confronto con standard nazionali e internazionali.

I principali indicatori annuali di attività sono l'estensione degli inviti rispetto alla popolazione da invitare nell'anno (metà delle donne di 50-69 anni) e l'adesione all'invito. La regolarità degli inviti e in particolare la partecipazione al programma sono infatti elementi fondamentali per l'efficacia dello stesso.

Nel 2008, secondo i dati inviati all'Osservatorio Nazionale Screening, in Emilia-Romagna il 99% della popolazione bersaglio annuale è stata invitata e il 72,4% ha aderito. I dati nazionali sono rispettivamente del 69,2% e del 59,9%. I valori dell'estensione dell'invito sono pari o superiori al 90% in tutte le AUSL emiliano-romagnole, eccetto Parma (77%). L'adesione all'invito varia dal minimo di Rimini (60,7%) al massimo di Cesena (79,5%).

Lo standard consigliato è di almeno il 60%, pertanto si può concludere che tutte le AUSL raggiungono livelli soddisfacenti o più, sia per l'avanzamento del programma in termini di regolarità degli inviti, sia per l'adesione all'invito.

Le figure mostrano i livelli raggiunti rispettivamente per l'estensione degli inviti nelle regione italiane e per l'adesione nelle AUSL dell'Emilia-Romagna nel 2008.



Il sistema di sorveglianza PASSI consente di avere informazioni sulla quota complessiva di donne che esegue la mammografia, sia all'interno dello screening, sia al di fuori del programma organizzato. Nel 2008 si stima che in Regione l'84% delle donne di 50-69 anni abbia eseguito la mammografia nei tempi raccomandati (72% all'interno dello screening e 12% al di fuori dei programmi); a livello nazionale la copertura complessiva stimata è pari al 71% (53% all'interno dello screening e 18% al di fuori dei programmi).

Risultati: dall'inizio del programma a tutto il 2008 sono stati identificati 11.500 tumori mammari, di cui 8.300 (72%) in fase precoce. L'efficacia dello screening mammografico è dimostrata anche da uno studio nazionale (British Journal of Cancer 2008) che ha evidenziato una riduzione di mortalità del 50% nelle donne che hanno partecipato allo screening mammografico; tale valore raggiunge il 56% se si considerano i dati della sola Regione Emilia-Romagna.

Nell'anno 2008 hanno eseguito una mammografia di screening 166.978 donne di cui 7.424 (4,4%) sono risultate positive e richiamate ad eseguire approfondimenti. Fra queste 992 hanno avuto una diagnosi di tumore della mammella.

Screening per la diagnosi precoce e la prevenzione dei tumori del colon-retto

In Emilia-Romagna si stimano circa 4.200 nuovi casi di tumore del colon retto all'anno e circa 1.500 decessi, pari al 12% dei decessi oncologici.

Il programma di screening è stato avviato in tutte le AUSl della Regione dal 2005 e coinvolge uomini e donne di 50-69 anni (complessivamente oltre 1.057.000 persone).

Il programma regionale di prevenzione dei tumori colon-rettali prevede lo screening con la ricerca biennale del sangue occulto fecale nelle persone di 50-69 anni, la colonscopia nei familiari di primo grado dei casi riscontrati e la promozione della colonscopia per le persone di età 70-74 anni che non l'abbiano eseguita nei dieci anni precedenti.

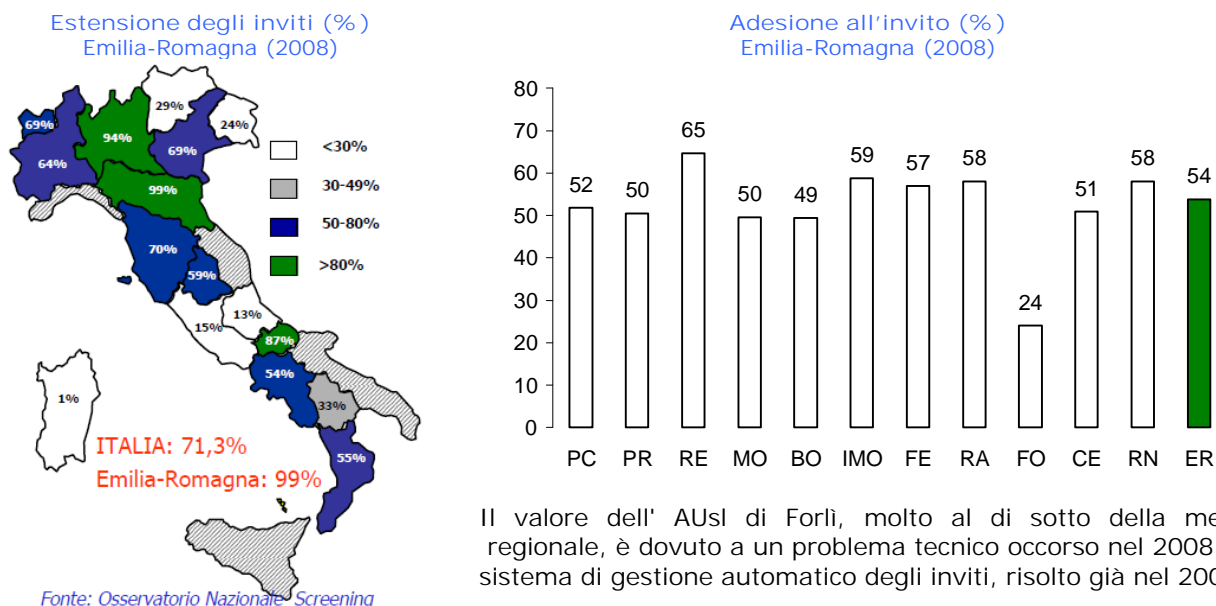
Il programma è sistematicamente monitorato in tutte le fasi, attraverso il confronto con standard nazionali e internazionali. I principali indicatori annuali di attività sono l'estensione degli inviti rispetto alla popolazione da invitare nell'anno (metà della popolazione di 50-69 anni) e l'adesione all'invito. La regolarità degli inviti e in particolare la partecipazione al programma sono infatti elementi fondamentali per l'efficacia dello stesso.

Nel 2008, secondo i dati inviati all'Osservatorio Nazionale Screening, in Emilia-Romagna il 99% della popolazione bersaglio annuale è stata invitata e il 54% ha aderito; i dati nazionali sono rispettivamente del 71% e del 47%.

A livello delle singole AUSl emiliano-romagnole i valori dell'estensione dell'invito sono tutti attorno al 100% tranne quelli di due AUSl che nell'anno in esame hanno registrato valori inferiori all'80%.

L'adesione all'invito va dal minimo di Forlì (24%) al massimo di Reggio Emilia (65%). Lo standard consigliato è di almeno il 45%: si può pertanto concludere che tutte le AUSl, tranne una, raggiungono livelli soddisfacenti o più per l'adesione all'invito.

Le figure mostrano i livelli raggiunti rispettivamente per l'estensione degli inviti nelle regione italiane e per l'adesione nelle AUSl dell'Emilia-Romagna nel 2008.



Il valore dell' AUSl di Forlì, molto al di sotto della media regionale, è dovuto a un problema tecnico occorso nel 2008 nel sistema di gestione automatico degli inviti, risolto già nel 2009.

Il sistema di sorveglianza PASSI rileva che nel 2008 in Emilia-Romagna circa il 67% delle persone 50-69enni ha effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colon-rettali, valore significativamente più alto del dato nazionale (41%). In particolare, in Emilia-Romagna il 56% ha eseguito la ricerca del sangue occulto e l'11% una colonscopia preventiva. L'adesione è risultata minore negli uomini e nella classe 50-59 anni.

Risultati: dall'inizio del programma a tutto il 2008 sono stati diagnosticati 2.394 tumori, di cui la metà in fase precoce (prima dello screening solo il 20%) e 12.464 lesioni precancerose ad alto rischio.

Nell'anno 2008 hanno eseguito un test di screening per la ricerca del sangue occulto nelle feci 280.212 persone di cui 14.012 (5,0%) sono risultate positive e richiamate ad eseguire approfondimenti. Fra queste 2.972 hanno avuto una diagnosi di adenoma e 497 di tumore del colon-retto.

Per approfondire:

- I programmi di screening oncologici in Emilia-Romagna. Report al 2007 (Collana Contributi N° 60) http://www.saluter.it/wcm/screening_femminili/sezioni/regionale/documentazione/collane_regionali/pubblicazioni/par_01/contributi/par_1/ok_Contributi_60.pdf
- www.saluter.it/screening_femminili
- www.saluter.it/colon
- PASSI progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia: i risultati del sistema di Sorveglianza (Emilia-Romagna, 2008) http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2009/3%20dicembre%202009/Passi_ER2008.pdf

Coperture vaccinali

I programmi vaccinali rappresentano ancora oggi uno degli strumenti più efficaci di prevenzione e vanno considerati prioritari per la salute dei cittadini, in particolare per le fasce di popolazione più a rischio (bambini, anziani e persone con malattie croniche).

Raggiungere e mantenere delle coperture elevate significa eliminare e/o ridurre drasticamente l'incidenza delle malattie prevenibili e contrastare le disuguaglianze; la percentuale di bambini vaccinati deve essere tanto più elevata quanto più è contagiosa la malattia che si vuole prevenire.

In alcune vaccinazioni è inoltre importante raggiungere gruppi a rischio, cioè persone con patologie croniche che, se non vaccinate, potrebbero acquisire talune malattie infettive in forme particolarmente gravi e sviluppare complicanze.

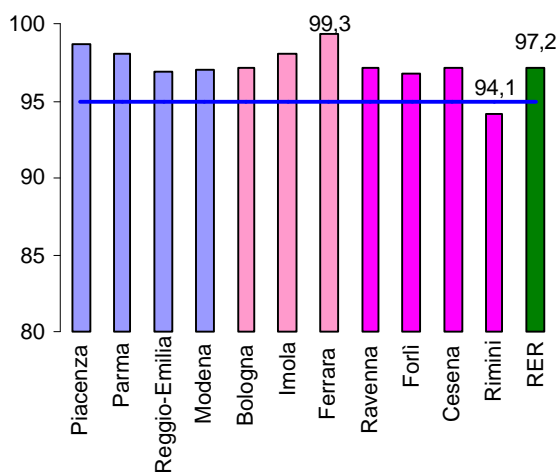
In Emilia-Romagna l'adesione alle vaccinazioni continua ad essere tra le più alte in Italia.

Per le **vaccinazioni previste da leggi** (difterite, tetano, poliomielite, epatite B) si confermano le ottime coperture raggiunte che superano l'obiettivo nazionale del 95% (tranne che nella AUSl di Rimini, 94%), con una media regionale che varia dal 97,2% al 97,5% a seconda della vaccinazione considerata.

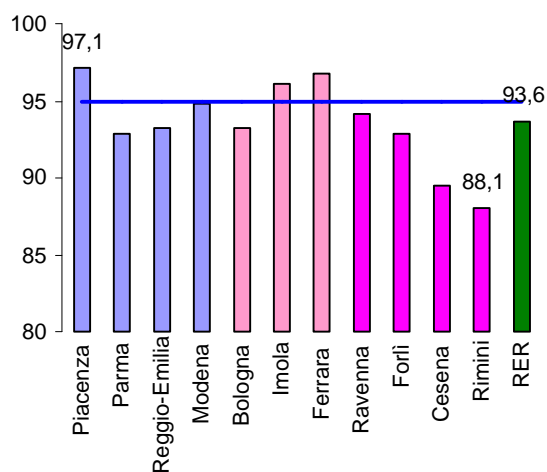
Anche per le **vaccinazioni fortemente raccomandate** (pertosse, Haemophilus influenzae tipo B) sono stati raggiunti valori superiori all'obiettivo del 95% (fa di nuovo eccezione l' AUSl di Rimini: 93,9% Pertosse e 92,9% HIB).

Rimane invece lievemente al di sotto dell'obiettivo del 95% (necessario per eliminare il morbillo), la vaccinazione fortemente raccomandata contro Morbillo o Morbillo-Parotite-Rosolia valutata al 24° mese: la media regionale è del 93,6% con una notevole variabilità fra AUSl (range: Rimini 88,1 – Piacenza 97,1). La stessa vaccinazione valutata come seconda dose a 7 anni è pari all'89,8% ancor più lontana dall'obiettivo del 95% prefissato.

Copertura vaccinale obbligatorie a 24 mesi (%)
Emilia-Romagna (2008)
Media italiana 96,1%



Copertura vaccinale M-MPR a 24 mesi (%)
Emilia-Romagna (2008)
Media italiana 89,5%



■ Area Nord ■ Area Centro ■ Area Romagna ■ Media regionale — Obiettivo: 95%

In Emilia-Romagna la copertura contro la **rosolia nelle ragazze a 13 anni** è pari al 94,4% (93,4% se si considerano ragazzi e ragazze insieme). Nonostante questo importante risultato, si continuano a registrare in Regione molti casi di rosolia in donne in età fertile: nel corso del 2008 si sono avuti tre casi di rosolia in donne in gravidanza.

Per la prevenzione della rosolia congenita si raccomanda che la proporzione di donne in età fertile suscettibili alla rosolia, nella popolazione, non superi il 5%; per verificare la situazione immunitaria nei confronti della rosolia **nelle donne in età fertile** sono disponibili i dati da due fonti informative: nel 2008 nella scheda di assistenza al parto (CEDAP) il 90,1% delle donne che hanno partorito risultava positiva al rubeo-test, il 6,9% negativa e nel 3% non è noto lo stato immunitario. L'indagine PASSI, che riguarda tutte le donne in età fertile e non solo quelle che hanno partorito, ha evidenziato nel 2008 che oltre un terzo delle donne non conosce il proprio stato immunitario nei riguardi della rosolia.

Per quanto riguarda le vaccinazioni di recente introduzione nel calendario vaccinale, si registra una copertura ottima per la vaccinazione contro lo **pneumococco** nel primo anno di vita: media regionale del 95,7% (anche se esiste una certa variabilità tra aziende); per il **meningococco** la copertura è del 92,4% al 24° mese e del 74,4% a 16 anni. Non esistono termini di confronto a livello nazionale in quanto non tutte le Regioni hanno introdotto queste vaccinazioni nel loro calendario.

Coperture vaccinali per alcune vaccinazioni oggetto di programmi speciali
Emilia-Romagna (2008)

Vaccinazioni	Copertura media regionale	N° AUsl con tasso di copertura <95%	<90%
M-MPR 2 dosi (7 anni)	89,8%	9	7
Rosolia femmine (13 anni)	94,4%	6	0
Pneumococco (12 mesi)	95,7%	3	1
Meningococco (24 mesi)	92,4%	8	2

Nel 2008 è stata introdotta la vaccinazione contro l'HPV 16 e 18, rivolta alle ragazze nel dodicesimo anno di vita. Si è osservata una certa disomogeneità aziendale nell'avvio della campagna vaccinale e nelle coperture raggiunte: al 31 dicembre 2009 si è registrata una copertura media regionale del 67,6% (range: Rimini 54,5% - Imola 91,4%). I dati nazionali disponibili sono quelli relativi a 15 Regioni/ Prov. Autonome al 30 giugno 2009; la copertura media è stata del 34,5%, ma un confronto è difficile in quanto l'avvio della campagna è stato diversificato tra le Regioni.

La copertura con vaccino anti pneumococco dei bambini con fattori di rischio ha raggiunto una media regionale del 62%, con differenze per patologia considerata; in particolare si è ottenuto un risultato importante nei gruppi che traggono maggior vantaggio dalla vaccinazione: copertura del 94,2% negli asplenic e del 91,6% nei portatori di impianto cocleare. Per le categorie a rischio non sono disponibili dati per il confronto a livello nazionale.

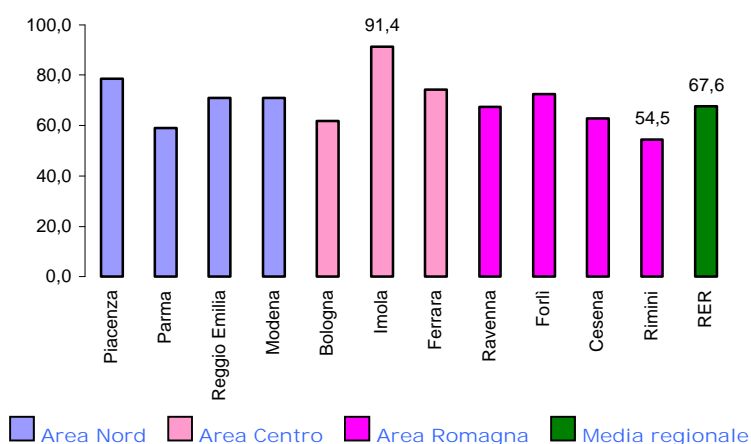
Infine la copertura della vaccinazione antinfluenzale nelle persone ultra64enni ha raggiunto nella campagna vaccinale 2009-2010 la media regionale del 73,0 (vicina all'obiettivo nazionale del 75%) rispetto ad una media italiana del 64,9 (ultimo dato disponibile, relativo alla campagna 2008-2009). Rimane ancora insufficiente la copertura assicurata negli operatori sanitari e nelle persone sotto ai 64 anni portatrici di una patologia cronica (31%, dati PASSI).

Copertura vaccinale HPV (%) (dati al 31 dicembre 2009) e antinfluenzale (campagna 2009-2010)
Emilia-Romagna

Vaccinazioni	Copertura italiana	Copertura media regionale	Range tra AUsl
HPV (11 anni 1 dose)		73,5%	60,2% - 94,3%
HPV (11 anni 3 dosi)		67,6%	54,5% - 91,4%
Antinfluenzale (>=65 anni)	64,9%*	73,0%	65,1% - 76,9%

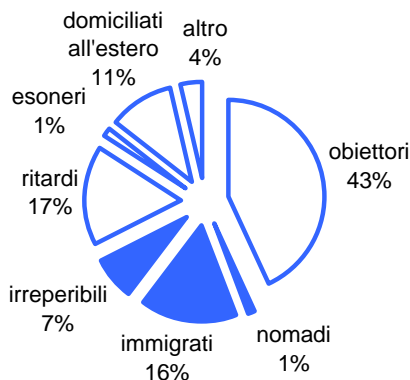
*Ultimo dato disponibile, relativo alla campagna 2008-2009

Copertura vaccinale HPV (%) (coorte 1997)
Emilia-Romagna (al 31 dicembre 2009)



Per quanto riguarda la verifica dell'equità di accesso alle vaccinazioni, l'unico indicatore routinariamente rilevabile è la proporzione di bambini appartenenti a gruppi socialmente svantaggiati tra i non vaccinati: per quanto riguarda le vaccinazioni obbligatorie questo valore è pari al 24 %.

Motivazione per la mancata vaccinazione:
distribuzione % dei non vaccinati al 24° mese per le vaccinazioni obbligatorie



Per approfondire:

- Coperture vaccinali nell'infanzia - Anno 2008 – Servizio Sanità Pubblica- Assessorato Politiche per la Salute - Regione Emilia-Romagna

http://www.saluter.it/wcm/saluter/sanitaer/ssr/assistenza_territoriale/Dipartimento_sanita_pubblica/documentazione/lk_prevenzione/page/lk_malattie_infettive/page/lk_documenti/infanzia_dic09.pdf

- Assessorato Politiche per la salute - Circolare n. 14 del 24/09/2009 - Indicazioni sulla campagna di vaccinazione antinfluenzale stagionale anno 2009-2010

http://www.saluter.it/wcm/saluter/sanitaer/ssr/assistenza_territoriale/Dipartimento_sanita_pubblica/documentazione/lk_prevenzione/page/lk_malattie_infettive/page/lk_documenti/Influ_circ_14del09.pdf



*Pubblicazioni a cura della Regione Emilia-Romagna nel settore
della prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro*

Collana "CONTRIBUTI" Fondata da Alessandro Martignani

I volumi disponibili sono contrassegnati con (*)

1. *I nuovi insediamenti produttivi. Prevenzione e controllo nella progettazione e ristrutturazione degli ambienti di lavoro*, Parma, 1982.
2. *La prevenzione dei danni da rumore. Indicazioni metodologiche ed organizzative*, Reggio Emilia, 1983.
3. *Il sistema informativo regionale per la prevenzione dei danni da lavoro. Orientamenti per la formazione e l'aggiornamento degli operatori*, Ravenna, 1983.
4. *La prevenzione nel settore delle calzature*, Lugo, 1983.
5. *Le lavorazioni ceramiche di decoro a mano e terzo fuoco. Indagine conoscitiva nelle province di Modena e Reggio Emilia*, Vignola, 1983.
6. *La prevenzione nel settore delle calzature. II*, Lugo, 1984.
7. *Indagini sanitarie per la prevenzione nei luoghi di lavoro. Una proposta operativa*, Bologna, 1984.
8. *Tossicologia industriale. Indicazioni metodologiche ed organizzative per i Servizi di prevenzione*, Montecchio Emilia, 1984.
9. *Presidi multizonali di prevenzione. Orientamenti per l'organizzazione dei Settori impiantistico e fisico-ambientale*, Modena, 1985.
10. *I rischi professionali in agricoltura. Contributi per l'attuazione di un "piano mirato" di prevenzione*, San Giorgio di Piano, 1985.
11. *I rischi da lavoro in gravidanza*, Scandiano, 1985.
12. *Esposizione professionale a Stirene. Esperienze di prevenzione e ricerche in Emilia-Romagna*, Correggio, 1985.
13. *Radiazioni non ionizzanti. Rischi da radiofrequenze e microonde*, Rimini, 1985.
14. *Comparto ospedaliero: Prevenzione dei rischi elettrici e da anestetici nelle sale operatorie*, Ferrara, 1985.
15. *Rischi da radiazioni ionizzanti. L'esposizione del paziente in radiodiagnostica*, Piacenza, 1986.
16. *Prevenzione degli infortuni in ceramica*, Scandiano, 1986.
17. *La soglia uditiva di soggetti non esposti a rumore professionale*, Imola, 1987.
18. *Il lavoro, la sua organizzazione, la sua qualità oggi*, Lugo (RA), 1987.
19. *Le attività sanitarie nei Servizi di medicina preventiva ed igiene del lavoro*, Ferrara, 1987.
20. *Il monitoraggio biologico nei Presidi multizonali di prevenzione*, Bologna, 1988.
21. *Introduzione all'analisi organizzativa dei Servizi di prevenzione*, Bologna, 1989
22. *Educazione sanitaria: esperienze - metodologia - organizzazione in Emilia-Romagna*, Modena, 1989.
23. *Produzione, lavoro, ambiente. Seminario nazionale SNOP, Parma giugno 1989*, Langhirano, 1990.
24. *Promozione della qualità dei dati nel monitoraggio biologico*, Bologna, 1990.
25. *Impieghi medici delle radiazioni non ionizzanti*, Modena, 1990.
26. *I Servizi di Igiene pubblica. Corso di formazione per i nuovi operatori*, Forlì, 1991.
27. *Il comparto delle resine poliesteri rinforzate con fibre di vetro. Manuale di prevenzione*, Correggio, 1992.
28. *Infortuni in edilizia. Immagini di danno e di prevenzione*, Bologna, 1992.
29. *Dalle soluzioni verso le soluzioni*, Modena, 1992.
30. *Monitoraggio aerobiologico in Emilia-Romagna*, Ferrara, 1993.
31. *Salute e sicurezza nella scuola*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
32. *L'educazione alla salute nelle USL. Problemi e prospettive*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
33. *Il dipartimento di prevenzione*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.

34. *Valori di riferimento per il calcolo della soglia uditiva attesa di maschi e femmine per anno di età*, Carpi (MO), 1993.
35. *Metodi di valutazione del rischio chimico. Il piano dipartimentale galvaniche a Bologna*, Bologna, 1993.
36. *Salute e ambiente*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
37. *Dalle soluzioni verso le soluzioni 2*, Bologna, 1994.
38. *Obiettivo qualità in sanità pubblica. Una esperienza regionale*, Fidenza, 1994.
39. *La prevenzione AIDS in ambito scolastico nella regione Emilia-Romagna*, Rimini, 1994.
40. *Il Dipartimento di Prevenzione. Ipotesi e proposte operative*, Ravenna, 1994.
41. *La formazione degli alimentaristi. Progettazione interventi educativi*, Parma, 1995.
42. *I tumori in Emilia-Romagna*, Modena, 1997.
43. *I tumori in Emilia-Romagna - 2*, Ferrara, 2002
44. *Piano regionale della prevenzione dell'Emilia-Romagna – Intesa Stato-Regioni e Province Autonome - 23 marzo 2005*, Bologna 2006 (*)
45. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, Indagine 2005*, Bologna 2006 (*)
46. *I tumori in Emilia-Romagna - 3*, Ferrara 2006 (*)
47. *Valutazione dell'efficacia della formazione alla sicurezza nei lavoratori della Variante Autostradale di Valico (VAV)*. Bologna 2006 (*)
48. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2005*, Ravenna 2006 (*)
49. *Sorveglianza nutrizionale – Determinanti e indicatori di rischio obesità nella popolazione infantile* , Bologna 2006 (*)
50. *Verso una strategia di lotta integrata alla Zanzara Tigre – Atti del convegno*, Bologna 2007 (*)
51. *Il radon ambientale in Emilia-Romagna – Piacenza 2007*
52. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, Indagine 2006*, Bologna 2007 (*)
53. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2006*, Ravenna 2008 (*)
54. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, Indagine 2007*, Bologna 2008 (*)
55. *I tumori in Emilia-Romagna - 2004*, (disponibile solo on-line) Bologna 2009 (*)
56. *Linee strategiche per la ristorazione scolastica in Emilia-Romagna* - Bologna, 2009 (*)
57. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, I risultati del sistema di sorveglianza 2008*, Bologna 2009 (*)
58. *Sorveglianza nutrizionale – Determinanti e indicatori di rischio obesità nella popolazione adolescenziale* , Bologna 2009 (*)
59. *Passi d'Argento - La qualità della vita percepita dalle persone con 65 anni e più - Indagine 2009*, Bologna 2009 (*)
60. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2007*, Bologna 2010 (*)
61. *Incidenti stradali in Emilia-Romagna - Anni 1995 - 2007* Bologna 2010 (*)
62. *Linee guida per migliorare il comfort estivo delle strutture socio-sanitarie e socio-residenziali in Emilia-Romagna* Bologna 2010