

LE DIMENSIONI DELLA SALUTE IN ITALIA

DETERMINANTI SOCIALI, POLITICHE
SANITARIE E DIFFERENZE TERRITORIALI



LE DIMENSIONI DELLA SALUTE IN ITALIA

**DETERMINANTI SOCIALI, POLITICHE SANITARIE
E DIFFERENZE TERRITORIALI**

ISBN 978-88-458-1838-7

© 2015
Istituto nazionale di statistica
Via Cesare Balbo, 16 - Roma

Salvo diversa indicazione la riproduzione è libera,
a condizione che venga citata la fonte.

Immagini, loghi (compreso il logo dell'Istat),
marchi registrati e altri contenuti di proprietà di terzi
appartengono ai rispettivi proprietari e
non possono essere riprodotti senza il loro consenso.

DISTRIBUITO DA
STEALTH
BY SIMPLICISSIMUS BOOK FARM

INDICE

Premessa.....	11
---------------	----

Avvertenze	13
------------------	----

PARTE PRIMA

Introduzione.....	17
-------------------	----

Capitolo 1

La geografia dei determinanti sociali della salute in Italia: caratteristiche demografiche e condizioni socio-economiche della popolazione	21
---	-----------

1.1 - Popolazione residente e dinamica demografica	21
--	----

1.2 - Nuzialità, fecondità, famiglie	23
--	----

1.3 - Mortalità e speranza di vita	27
--	----

1.4 - Indicatori di struttura.....	28
------------------------------------	----

1.5 - Istruzione e formazione.....	29
------------------------------------	----

1.6 - Il mercato del lavoro.....	30
----------------------------------	----

1.7 - Situazione economica e consumi delle famiglie.....	35
--	----

Capitolo 2

Stili di vita	39
----------------------------	-----------

2.1 - Consumo di tabacco	39
--------------------------------	----

2.2 - Sovrappeso e obesità	42
----------------------------------	----

2.3 - Alimentazione	46
---------------------------	----

2.4 - Sedentarietà.....	48
-------------------------	----

2.5 - Consumo di alcol.....	50
-----------------------------	----

Capitolo 3

Le condizioni di salute della popolazione.....	53
---	-----------

3.1 - La salute percepita.....	53
--------------------------------	----

3.2 - Salute fisica, psicologica e mentale	55
--	----

3.2.1 - Salute fisica e psicologica	55
---	----

3.2.2 - Salute mentale	57
------------------------------	----

3.3 - Morbosità cronica.....	58
------------------------------	----

3.4 - Limitazioni funzionali	61
------------------------------------	----

3.5 - Salute e livello di istruzione.....	63
---	----

3.6 - Speranza di vita in buona salute e senza limitazioni.....	64
---	----

3.7 - Mortalità per causa.....	67
--------------------------------	----



3.7.1 - La mortalità complessiva.....	67
3.7.2 - La mortalità infantile	69

Capitolo 4

Risorse e attività del sistema sanitario 71

4.1 - Il sistema sanitario nazionale	71
4.2 - Il punto di vista della sanità pubblica.....	74
4.2.1 - Assistenza territoriale: di base, ambulatoriale e distrettuale	75
4.2.2 - Istituti di cura e presidi residenziali	76
4.2.3 - Mobilità per ricovero tra regioni	78
4.2.4 - Spesa	79
4.3 - Il punto di vista dei cittadini	79
4.3.1 - Visite, accertamenti e controlli	80
4.3.2 - Assistenza e terapia	80
4.3.3 - Diagnosi precoce	81
4.3.4 - Scelta della struttura e soddisfazione per i servizi	83
4.3.5 - Spesa e rinuncia a visite e accertamenti specialistici	83

PARTE SECONDA

Introduzione 87

Capitolo 5

Friuli-Venezia Giulia 89

5.1 - Il sistema sanitario regionale.....	89
5.2 - Natalità, salute materna e abortività.....	89
5.2.1 - Natalità	90
5.2.2 - Salute materna.....	90
5.2.3 - Aborti spontanei	91
5.2.4 - Interruzioni volontarie di gravidanza	91
5.2.5 Prevenzione	93
5.3 - I bambini 0-14 anni.....	93
5.3.1 - Condizioni di salute	93
5.3.2 - Mortalità generale e per causa.....	94
5.3.3 - Morbosità ospedaliera.....	94
5.3.4 - Prevenzione primaria: la vaccinazione.....	96
5.3.5 - Stili di vita	98
5.4 - Gli adolescenti e i giovani adulti 15-34 anni.....	98
5.4.1 - Condizioni di salute	98
5.4.2 - Morbosità ospedaliera.....	99
5.4.3 - Mortalità generale e per causa di morte.....	100
5.4.4 - Incidentalità stradale	101
5.4.5 - Stili di vita	102
5.5 - Gli adulti di 35-64 anni	103

Indice

5.5.1 - Condizioni di salute	103
5.5.2 - Morbosità ospedaliera.....	104
5.5.3 - Mortalità generale e per causa di morte	105
5.5.4 - Incidentalità stradale	106
5.5.5 - Stili di vita e prevenzione	107
5.6 - Gli anziani di 65 anni e più	108
5.6.1 - Condizioni di salute	108
5.6.2 - Morbosità ospedaliera.....	108
5.6.3 - Mortalità generale e per causa di morte.....	110
5.6.4 - Incidentalità stradale	111
5.6.5 - Stili di vita	111

Capitolo 6**Liguria 113**

6.1 - Il sistema sanitario regionale.....	113
6.2 - Natalità, salute materna e abortività.....	114
6.2.1 - Natalità	114
6.2.2 - Salute materna.....	115
6.2.3 - Aborti spontanei.....	115
6.2.4 - Interruzioni volontarie di gravidanza.....	115
6.2.5 - Prevenzione.....	116
6.3 - I bambini 0-14 anni.....	117
6.3.1 - Condizioni di salute	117
6.3.2 - Mortalità generale e per causa.....	117
6.3.3 - Morbosità ospedaliera	118
6.3.4 - Prevenzione primaria: la vaccinazione	120
6.3.5 - Stili di vita	121
6.4 - Gli adolescenti e i giovani adulti 15-34 anni	122
6.4.1 - Condizioni di salute	122
6.4.2 - Morbosità ospedaliera	123
6.4.3 - Mortalità generale e per causa di morte	124
6.4.4 - Incidentalità stradale.....	125
6.4.5 - Stili di vita	126
6.5 - Gli adulti di 35-64 anni	127
6.5.1 - Condizioni di salute	127
6.5.2 - Morbosità ospedaliera	127
6.5.3 - Mortalità generale e per causa di morte	129
6.5.4 - Incidentalità stradale.....	130
6.5.5 - Stili di vita e prevenzione.....	131
6.6 - Gli anziani di 65 anni e più	132
6.6.1 - Condizioni di salute	132
6.6.2 - Morbosità ospedaliera	133
6.6.3 - Mortalità generale e per causa di morte.....	134
6.6.4 - Incidentalità stradale.....	135
6.6.5 - Stili di vita	135

Capitolo 7	
Piemonte	137
7.1 - Il sistema sanitario regionale.....	137
7.2 - Natalità, salute materna e abortività.....	137
7.2.1 - <i>Natalità</i>	138
7.2.2 - <i>Salute materna</i>	138
7.2.3 - <i>Aborti spontanei</i>	139
7.2.4 - <i>Interruzioni volontarie di gravidanza</i>	139
7.2.5 - <i>Prevenzione</i>	140
7.3 - I bambini 0-14 anni.....	140
7.3.1 - <i>Condizioni di salute</i>	141
7.3.2 - <i>Mortalità generale e per causa</i>	141
7.3.3 - <i>Morbosità ospedaliera</i>	142
7.3.4 - <i>Prevenzione primaria: la vaccinazione</i>	143
7.3.5 - <i>Stili di vita</i>	145
7.4 - Gli adolescenti e i giovani adulti 15-34 anni.....	145
7.4.1 - <i>Condizioni di salute</i>	145
7.4.2 - <i>Morbosità ospedaliera</i>	146
7.4.3 - <i>Mortalità generale e per causa di morte</i>	147
7.4.4 - <i>Incidentalità stradale</i>	147
7.4.5 - <i>Stili di vita</i>	148
7.5 - Gli adulti di 35-64 anni	149
7.5.1 - <i>Condizioni di salute</i>	149
7.5.2 - <i>Morbosità ospedaliera</i>	149
7.5.3 - <i>Mortalità generale e per causa di morte</i>	150
7.5.4 - <i>Incidentalità stradale</i>	152
7.5.5 - <i>Stili di vita e prevenzione</i>	153
7.6 - Gli anziani di 65 anni e più	153
7.6.1 - <i>Condizioni di salute</i>	153
7.6.2 - <i>Morbosità ospedaliera</i>	154
7.6.3 - <i>Mortalità generale e per causa di morte</i>	155
7.6.4 - <i>Incidentalità stradale</i>	156
7.6.5 - <i>Stili di vita</i>	157
Capitolo 8	
Puglia	159
8.1 - Il sistema sanitario regionale.....	159
8.2 - Natalità, salute materna e abortività.....	159
8.2.1 - <i>Natalità</i>	160
8.2.2 - <i>Salute materna</i>	160
8.2.3 - <i>Aborti spontanei</i>	161
8.2.4 - <i>Interruzioni volontarie di gravidanza</i>	161
8.2.5 - <i>Prevenzione</i>	162

8.3 - I bambini 0-14 anni.....	163
8.3.1 - Condizioni di salute	163
8.3.2 - Mortalità generale e per causa.....	163
8.3.3 - Morbosità ospedaliera.....	164
8.3.4 - Prevenzione primaria: la vaccinazione.....	166
8.3.5 - Stili di vita	167
8.4 - Gli adolescenti e i giovani adulti 15-34 anni.....	167
8.4.1 - Condizioni di salute	168
8.4.2 - Morbosità ospedaliera.....	168
8.4.3 - Mortalità generale e per causa di morte.....	169
8.4.4 - Incidentalità stradale	170
8.4.5 - Stili di vita	171
8.5 - Gli adulti di 35-64 anni	172
8.5.1 - Condizioni di salute	172
8.5.2 - Morbosità ospedaliera.....	173
8.5.3 - Mortalità generale e per causa di morte	174
8.5.4 - Incidentalità stradale	175
8.5.5 - Stili di vita e prevenzione	176
8.6 - Gli anziani di 65 anni e più	177
8.6.1 - Condizioni di salute	177
8.6.2 - Morbosità ospedaliera.....	177
8.6.3 - Mortalità generale e per causa di morte.....	178
8.6.4 - Incidentalità stradale	179
8.6.5 - Stili di vita	180

Capitolo 9

Sardegna	181
9.1 - Il sistema sanitario regionale.....	181
9.2 - Natalità, salute materna e abortività.....	181
9.2.1 - Natalità	182
9.2.2 - Salute materna.....	182
9.2.3 - Aborti spontanei	183
9.2.4 - Interruzioni volontarie di gravidanza	183
9.2.5 - Prevenzione	184
9.3 - I bambini 0-14 anni.....	185
9.3.1 - Condizioni di salute	185
9.3.2 - Mortalità generale e per causa.....	185
9.3.3 - Morbosità ospedaliera.....	186
9.3.4 - Prevenzione primaria: la vaccinazione.....	187
9.3.5 - Stili di vita	188
9.4 - Gli adolescenti e i giovani adulti 15-34 anni.....	188
9.4.1 - Condizioni di salute	189
9.4.2 - Morbosità ospedaliera.....	189
9.4.3 - Mortalità generale e per causa di morte.....	190

9.4.4 - Incidentalità stradale	191
9.4.5 - Stili di vita	192
9.5 - Gli adulti di 35-64 anni	193
9.5.1 - Condizioni di salute	193
9.5.2 - Morbosità ospedaliera.....	194
9.5.3 - Mortalità generale e per causa di morte	195
9.5.4 - Incidentalità stradale	196
9.5.5 - Stili di vita e prevenzione	197
9.6 - Gli anziani di 65 anni e più	197
9.6.1 - Condizioni di salute	198
9.6.2 - Morbosità ospedaliera.....	198
9.6.3 - Mortalità generale e per causa di morte.....	199
9.6.4 - Incidentalità stradale	201
9.6.5 - Stili di vita	201

Capitolo 10

Sicilia203

10.1 - Il sistema sanitario regionale.....	203
10.2 - Natalità, salute materna e abortività.....	203
10.2.1 - Natalità	204
10.2.2 - Salute materna.....	204
10.2.3 - Aborti spontanei	205
10.2.4 - Interruzioni volontarie di gravidanza	205
10.2.5 - Prevenzione	206
10.3 - I bambini 0-14 anni.....	206
10.3.1 - Condizioni di salute	207
10.3.2 - Mortalità generale e per causa.....	207
10.3.3 - Morbosità ospedaliera.....	208
10.3.4 - Prevenzione primaria: la vaccinazione.....	209
10.3.5 - Stili di vita	210
10.4 - Gli adolescenti e i giovani adulti 15-34 anni.....	211
10.4.1 - Condizioni di salute	211
10.4.2 - Morbosità ospedaliera.....	212
10.4.3 - Mortalità generale e per causa di morte.....	213
10.4.4 - Incidentalità stradale	214
10.4.5 - Stili di vita	215
10.5 - Gli adulti di 35-64 anni	216
10.5.1 - Condizioni di salute	216
10.5.2 - Morbosità ospedaliera.....	216
10.5.3 - Mortalità generale e per causa di morte	217
10.5.4 - Incidentalità stradale	219
10.5.5 - Stili di vita e prevenzione	220
10.6 - Gli anziani di 65 anni e più	220
10.6.1 - Condizioni di salute	220
10.6.2 - Morbosità ospedaliera.....	221

10.6.3 - <i>Mortalità generale e per causa di morte</i>	222
10.6.4 - <i>Incidentalità stradale</i>	223
10.6.5 - <i>Stili di vita</i>	224
Capitolo 11	
Toscana	227
11.1 - Il sistema sanitario regionale	227
11.2 - Natalità, salute materna e abortività	227
11.2.1 - <i>Natalità</i>	228
11.2.2 - <i>Salute materna</i>	229
11.2.3 - <i>Aborti spontanei</i>	229
11.2.4 - <i>Interruzioni volontarie di gravidanza</i>	229
11.2.5 - <i>Prevenzione</i>	230
11.3 - I bambini 0-14 anni	231
11.3.1 - <i>Condizioni di salute</i>	231
11.3.2 - <i>Mortalità generale e per causa</i>	231
11.3.3 - <i>Morbosità ospedaliera</i>	232
11.3.4 - <i>Prevenzione primaria: la vaccinazione</i>	234
11.3.5 - <i>Stili di vita</i>	235
11.4 - Gli adolescenti e i giovani adulti 15-34 anni	236
11.4.1 - <i>Condizioni di salute</i>	236
11.4.2 - <i>Morbosità ospedaliera</i>	237
11.4.3 - <i>Mortalità generale e per causa di morte</i>	238
11.4.4 - <i>Incidentalità stradale</i>	239
11.4.5 - <i>Stili di vita</i>	240
11.5 - Gli adulti di 35-64 anni	241
11.5.1 - <i>Condizioni di salute</i>	241
11.5.2 - <i>Morbosità ospedaliera</i>	241
11.5.3 - <i>Mortalità generale e per causa di morte</i>	243
11.5.4 - <i>Incidentalità stradale</i>	244
11.5.5 - <i>Stili di vita e prevenzione</i>	245
11.6 - Gli anziani di 65 anni e più.....	246
11.6.1 - <i>Condizioni di salute</i>	246
11.6.2 - <i>Morbosità ospedaliera</i>	246
11.6.3 - <i>Mortalità generale e per causa di morte</i>	248
11.6.4 - <i>Incidentalità stradale</i>	249
11.6.5 - <i>Stili di vita</i>	250
Capitolo 12	
Veneto	251
12.1 - Il sistema sanitario regionale.....	251
12.2 - Natalità, salute materna e abortività.....	251
12.2.1 - <i>Natalità</i>	252

12.2.2 - Salute materna.....	252
12.2.3 - Aborti spontanei.....	253
12.2.4 - Interruzioni volontarie di gravidanza.....	253
12.2.5 - Prevenzione.....	254
12.3 - I bambini 0-14 anni.....	254
12.3.1 - Condizioni di salute.....	255
12.3.2 - Mortalità generale e per causa.....	255
12.3.3 - Morbosità ospedaliera.....	256
12.3.4 - Prevenzione primaria: la vaccinazione.....	258
12.3.5 - Stili di vita.....	260
12.4 - Gli adolescenti e i giovani adulti 15-34 anni.....	260
12.4.1 - Condizioni di salute.....	260
12.4.2 - Morbosità ospedaliera.....	261
12.4.3 - Mortalità generale e per causa di morte.....	262
12.4.4 - Incidentalità stradale.....	263
12.4.5 - Stili di vita.....	264
12.5 - Gli adulti di 35-64 anni.....	264
12.5.1 - Condizioni di salute.....	264
12.5.2 - Morbosità ospedaliera.....	265
12.5.3 - Mortalità generale e per causa di morte.....	266
12.5.4 - Incidentalità stradale.....	267
12.5.5 - Stili di vita e prevenzione.....	268
12.6 - Gli anziani di 65 anni e più.....	269
12.6.1 - Condizioni di salute.....	269
12.6.2 - Morbosità ospedaliera.....	270
12.6.3 - Mortalità generale e per causa di morte.....	271
12.6.4 - Incidentalità stradale.....	272
12.6.5 - Gli stili di vita.....	272
Nota metodologica.....	275
Riferimenti bibliografici.....	281

PREMESSA¹

È ormai ampiamente riconosciuto che per indagare sulla salute di una popolazione e dei singoli individui che la compongono non sia più possibile né utile fare riferimento semplicemente all'assenza o alla presenza di patologie che in vario modo possono incidere sul benessere delle persone. È invece necessario accogliere un concetto multidimensionale di salute, facendo propria la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) che identifica lo stato di salute con quello di "benessere fisico, mentale e sociale". Pertanto assume particolare rilievo la considerazione dei fattori che a vario titolo influiscono su tale stato e si possono tradurre in disuguaglianze nella disponibilità di questo bene fondamentale e nelle opportunità di accesso e ulteriore sviluppo.

In media, in Italia i livelli di salute raggiunti sono elevati e crescenti nel tempo e si sono riflessi nell'aumento generalizzato delle condizioni di benessere della popolazione. Tuttavia, negli ultimi anni, in conseguenza della prolungata fase di recessione economica che ha attraversato il Paese e dei problemi di tenuta degli equilibri sociali che ne sono derivati, difficoltà crescenti si sono manifestate e disuguaglianze, non sempre storicamente determinate, si sono ampliate o sono venute alla luce come nuove emergenze. Accanto alle tradizionali differenziazioni territoriali, in particolare fra aree del Mezzogiorno e del Centro-Nord del Paese, i differenziali hanno inciso trasversalmente sui gruppi sociali, sulle generazioni, sui soggetti di antica e nuova cittadinanza, sulle condizioni di genere.

Non a caso, l'obiettivo strategico di *Health 2020*² consiste nell'assicurare livelli crescenti di equità nelle possibilità di godimento del bene salute da parte degli individui: esso rappresenta il quadro di riferimento delle politiche europee per la salute e il benessere. In Italia, i sopra ricordati differenziali richiedono interventi mirati e politiche specificamente calibrate. A questo scopo dati aggiornati e analisi in profondità che possono essere condotte a partire dalle evidenze empiriche rappresentano una condizione primaria.

Il presente volume intende costituire un contributo in tale direzione, offrendo un'analisi integrata delle informazioni derivate da diverse fonti della statistica ufficiale utili in particolare per indagare sui differenziali territoriali, anche di livello sub-regionale, che incidono sulle condizioni di salute della popolazione e che attraversano le diverse dimensioni in cui si articolano la salute e i relativi determinanti.

La pubblicazione è suddivisa in due parti: una visione d'insieme a livello nazionale e otto approfondimenti su un campione particolarmente significativo di altrettante regioni del Nord, Centro e Mezzogiorno.

La prima parte descrive in avvio il contesto demografico e discute poi le carat-

¹ Questa pubblicazione è a cura di Gaetano Fazio.

² WHO Regional Office for Europe. 2012. Health 2020: a European policy framework supporting actions across government and society for health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012 disponibile al seguente indirizzo internet: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>. In particolare, il programma mira a sostenere le azioni per "significantly improve the health and well-being of populations, reduce health inequalities, strengthen public health and ensure people-centred health systems that are universal, equitable, sustainable and of high quality".

teristiche socio-economiche dei territori, con l'intento di fornire un quadro funzionale alla lettura dei capitoli dedicati alle condizioni di salute e al ricorso alle prestazioni sanitarie, argomenti che vengono esaminati anche nelle successive analisi regionali.

Gli otto capitoli della seconda parte, uno per ogni regione, riguardano il Piemonte, il Friuli-Venezia Giulia, il Veneto, la Liguria, la Toscana, la Puglia, la Sardegna e la Sicilia. Questi capitoli, dopo una breve illustrazione delle caratteristiche strutturali e organizzative dei singoli Servizi sanitari regionali, analizzano le condizioni di salute della popolazione residente attraverso una segmentazione che richiama le fasi del ciclo di vita degli individui. In particolare le analisi³ sono riferite a cinque fasi: quella della natalità, della perinatalità e della maternità; l'infanzia e la pubertà; l'adolescenza e l'età giovanile; la fase di vita adulta; quella dell'anzianità e della vecchiaia.

Le analisi proposte al lettore attraverso questo volume, quindi, non si configurano come esaustive, né in termini di tematiche affrontate né dei territori in riferimento ai quali le dimensioni della salute sono misurate; intendono piuttosto rappresentare un contributo per iniziare a scandagliare più in profondità caratteristiche e determinanti dei differenziali di salute, in particolare territoriali, che attraversano la società italiana nelle sue variegate componenti.

³ Le analisi sono condotte attraverso l'uso di indicatori specifici ed elaborati, ove possibile, per aree territoriali sub-regionali (corrispondenti alle Asl) più omogenee di quelle regionali in quanto di ampiezza ridotta e disegnate ai fini dell'organizzazione dell'offerta pubblica.

AVVERTENZE

Segni convenzionali

Nelle tavole statistiche sono adoperati i seguenti segni convenzionali:

Linea (-) a) quando il fenomeno non esiste;
b) quando il fenomeno esiste e viene rilevato, ma i casi non si sono verificati.

Quattro puntini (....) Quando il fenomeno esiste, ma i dati non si conoscono per qualsiasi ragione.

Due puntini (..) Per i numeri che non raggiungono la metà della cifra relativa all'ordine minimo considerato.

Tre segni più (+++) Per variazioni superiori a 999,9 per cento.

Composizioni percentuali

Le composizioni percentuali sono arrotondate automaticamente alla prima cifra decimale. Il totale dei valori percentuali così calcolati può risultare non uguale a 100.

Ripartizioni geografiche

Nord:

Nord-ovest: Piemonte, Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste, Liguria, Lombardia;
Nord-est: Trentino-Alto Adige/Südtirol, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna.

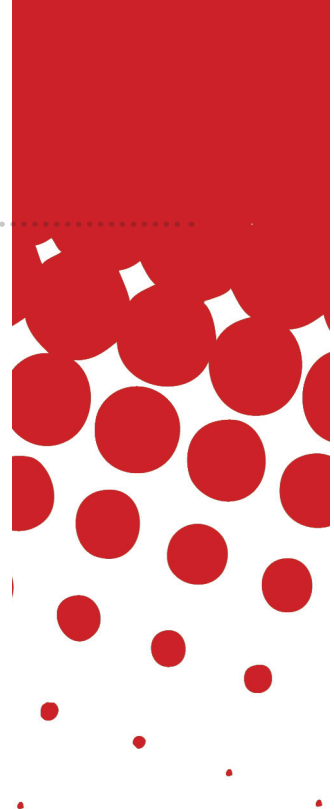
Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio;

Mezzogiorno:

Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria;
Isole: Sicilia, Sardegna.







PARTE PRIMA



INTRODUZIONE¹

Negli ultimi decenni in Europa miglioramenti apprezzabili nello stato di salute della popolazione hanno determinato l'aumento del benessere, ovvero superiori livelli di qualità della vita, seppure si tratti di progressi disomogenei per modalità di raggiungimento e distribuzione. Persistono, infatti, ampie disuguaglianze nello stato di salute, geografiche e sociali, sia tra i diversi Stati membri dell'Unione Europea che al loro interno². In Italia, la geografia della salute evidenzia un divario importante tra il Nord e il Mezzogiorno³, a sfavore di quest'ultimo. Inoltre le disuguaglianze sociali di salute sono in continuo aumento anche nei paesi più ricchi e la crisi economica le ha ulteriormente inasprite a partire dal 2008⁴.

Si tratta di disuguaglianze di natura particolarmente sensibile - poiché ledono un fondamentale diritto umano - ed evitabili, dal momento che esistono gruppi di popolazione che riescono a raggiungere condizioni di salute migliori. La variabilità biologica tra gli individui genera differenze che sono ovvie e naturali, anche quando si tratta di disuguaglianze di salute per sesso e per età, purché non siano da attribuire a influenze sociali o ambientali ingiustificabili. Si considerano, invece, disuguaglianze non necessarie ed evitabili quelle socialmente determinate, perché fondate su qualche forma di discriminazione; è il caso di coloro che, in quanto appartenenti a un determinato gruppo (ad esempio gli anziani, le donne, le persone che fanno parte di una etnia, i residenti in una determinata area geografica), si vedono preclusa la possibilità di raggiungere il proprio potenziale di salute. Sono disuguaglianze da superare e ridurre attraverso azioni di sistema, poiché dipendono da fattori che sono pressoché al di fuori del controllo diretto dell'individuo.

Le ragioni delle disuguaglianze di salute sono complesse e coinvolgono un ampio spettro di fattori che si combinano nella generazione di diversi meccanismi responsabili della relazione tra la salute, da un lato, e la posizione sociale delle persone e i contesti in cui vivono, dall'altro.

A livello internazionale, si è da tempo sviluppata la sensibilità al ruolo dei determinanti sociali di salute ed è maturata la riflessione sulle strategie da attuare per ridurre le disuguaglianze evitabili e sulle politiche per contrastarle⁵.

Sono passati più di vent'anni da quando Margaret Whitehead scriveva a proposito dell'equità nella salute che "idealmente ognuno dovrebbe avere pari opportunità di raggiungere la propria piena potenziale salute e, più pragmaticamente, che nessuno

¹ La prima parte del volume è stata curata da Francesca Vannoni. L'introduzione è stata redatta da Francesca Vannoni.

² World Health Organization Regional Office for Europe 2013, updated reprint 2014. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

³ Marinacci C, Sebastiani G, Ferracin E, Grippo F, Pappagallo M, Landriscina T, Gargiulo L, Demaria M, Costa G. La distanza tra gli italiani attraverso le disuguaglianze geografiche e socio-economiche. *Epidemiologia & Prevenzione* 2011; 35(5-6 suppl. 2): 68-75.

⁴ World Health Organization Regional Office for Europe 2014. The equity action spectrum: taking a comprehensive approach. Guidance for addressing inequities in health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

⁵ Costa G, Marinacci C, Spadea T. 2010 Disuguaglianze sociali nella salute: sfide e priorità attuali nel contesto europeo. *Epidemiologia & Prevenzione* 34 (5-6): 45-9.



dovrebbe essere svantaggiato nel raggiungere questo potenziale se ciò può essere evitato⁶.

La maggiore equità nelle disponibilità di questo bene fondamentale per la vita delle persone è diventata un obiettivo strategico di *Health 2020*, un piano programmatico condiviso dai 53 Stati membri della regione europea dell'Oms, per migliorare la salute pubblica, prevenire le malattie ed eliminare le fonti di pericolo per la salute fisica e mentale: in sostanza, il quadro di riferimento delle politiche europee per la salute e il benessere.

La disponibilità di dati aggiornati rappresenta una condizione indispensabile per la programmazione di politiche mirate al miglioramento dello stato di salute della popolazione.

In quest'ottica l'obiettivo della prima parte del volume è quello di fornire una descrizione delle condizioni di salute in Italia in relazione, in particolare, ai differenziali territoriali che le contraddistinguono e le cui diverse dimensioni (stili di vita, ricorso alle prestazioni sanitarie ecc.) sono da valutare in relazione alle sottostanti disuguaglianze sociali ed economiche⁷, a loro volta connesse ai divari culturali e di accesso al mercato del lavoro. Nel nostro Paese tutte queste disuguaglianze si combinano fatalmente con le eterogeneità territoriali e ripropongono quindi il dualismo Nord-Sud; ma le differenziazioni sono di natura più complessa afferendo anche ad aspetti che incidono sul bene salute in modo variabile indipendentemente dalla latitudine o, a parità di quest'ultima, all'interno della stessa area regionale.

Questa prima parte si apre con la descrizione del contesto demografico e passa in rassegna le caratteristiche socio-economiche con l'intento di fornire un quadro utile per leggere le condizioni di salute e il ricorso alle prestazioni sanitarie, che vengono illustrati a seguire.

Nei primi due capitoli, pertanto, si esaminano i determinanti sia in senso più generale, cioè i fattori socio-economici detti distali, sia in quanto attinenti ad aspetti più direttamente connessi allo stato di salute dell'individuo, detti prossimali.

Il primo capitolo, in particolare, si concentra sulle condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano, nonché le disuguaglianze di potere, denaro e di risorse che danno origine a queste disuguaglianze nella vita quotidiana. I principali determinanti distali di salute esaminati sono l'istruzione e la formazione, l'accesso al mercato del lavoro e la situazione economica delle famiglie, cioè quelli di carattere generale, che possono spiegare la maggiore parte della variabilità della salute delle popolazioni⁸.

⁶ Whitehead M, 1992. The Concept and Principles of Equity and Health, in *International Journal of Health Services*, vol. 22, n. 3, pp. 429-445.

⁷ Per maggiore sintesi, nei capitoli 2, 3 e 4 sono state considerate solo le disuguaglianze sociali negli stili di vita, nelle condizioni di salute e nel ricorso alle prestazioni sanitarie in ragione del livello di istruzione e non di altre variabili di posizione sociale fra cui il reddito, la classe sociale, la professione, ciascuna delle quali afferisce a differenti dimensioni della stratificazione sociale. Sulla scelta del livello di istruzione come variabile per l'analisi delle disuguaglianze sociali di salute si rimanda alle considerazioni di Egidi V, Costa G, Crialesi R, Gargiulo L, Solipaca A. nel Documento completo della Commissione scientifica per la misurazione del benessere sul tema salute.

⁸ Per un approfondimento sulla distinzione fra fattori di rischio distali e prossimali si rimanda a:

1) Costa G. 2009. Le disuguaglianze di salute: una sfida per le discipline che si occupano di valutazione delle politiche. In Brandolini A, Saraceno C, Schizzerotto A. *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*. Bologna: Il Mulino.

2) Costa G. (a cura di) 2008 *Povertà e salute*. CIES-Commissione di indagine sull'esclusione sociale. Quaderni CIES n.1. Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Roma.

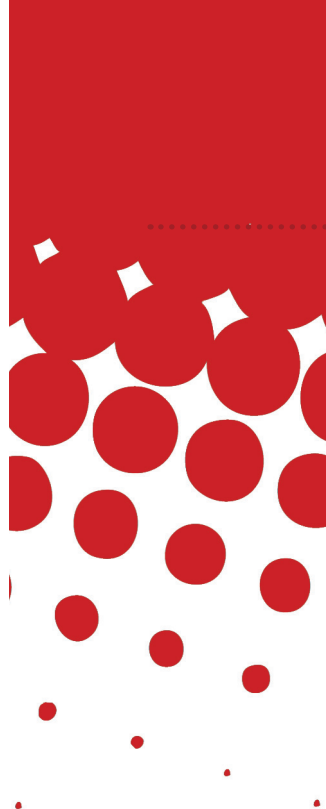
Il secondo capitolo esamina, invece, quei determinanti non sanitari che costituiscono i principali fattori di rischio prevenibili: il consumo di tabacco, il sovrappeso e l'obesità, la cattiva alimentazione, la mancanza di attività fisica e i comportamenti a rischio nel consumo di alcol. Gli stili di vita insalubri rappresentano determinanti prossimali della salute⁹ in quanto sono direttamente connessi all'insorgenza di una malattia e ne condizionano la prognosi. A loro volta i determinanti prossimali sono condizionati dai determinanti distali: è infatti ampiamente riconosciuto che l'adozione di stili di vita insalubri esprime non tanto l'esito di una libera scelta, informata e responsabile, quanto la ricerca di un adattamento a condizioni di stress cronico che portano ad assumere comportamenti compensativi¹⁰.

Nel terzo capitolo si analizzano le condizioni di salute attraverso l'uso di una pluralità di indicatori, idonei a dare conto delle caratteristiche multidimensionali delle stesse.

Nel quarto capitolo, infine, è presentato un approfondimento sugli aspetti principali che attengono all'organizzazione del Sistema sanitario nazionale, all'offerta e alla fruizione delle prestazioni sanitarie, ponendosi pertanto sia nell'ottica del produttore che in quella del cittadino utente.

⁹ Altri determinanti prossimali delle disuguaglianze sociali di salute, non esaminati in questo volume per ragione di sintesi, sono i fattori psicosociali e quelli ambientali.

¹⁰ Costa G, Spadea T, Cardano M. (a cura di) 2004. Disuguaglianze di salute in Italia. Epidemiologia & Prevenzione (3) Supplemento.



CAPITOLO 1

LA GEOGRAFIA DEI DETERMINANTI SOCIALI DELLA SALUTE IN ITALIA: CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE E CONDIZIONI SOCIO-ECONOMICHE DELLA POPOLAZIONE¹

1.1 - Popolazione residente e dinamica demografica

Lo studio del sistema sanitario e dello stato di salute della popolazione non può prescindere dall'esame dei principali indicatori demografici.

La dinamica demografica (movimenti naturali costituiti da nascite e morti e movimenti migratori interni e con l'estero) modifica, infatti, in maniera significativa la struttura della popolazione, con serie implicazioni di natura sociale ed economica, oltre che in termini di salute pubblica e ricorso ai servizi sanitari.

Al primo gennaio 2014, la popolazione residente in Italia è pari a 60.782.668 unità, 29.484.564 maschi e 31.298.104 femmine.

Tra le ripartizioni, il Mezzogiorno presenta la quota di abitanti più elevata (34,4 per cento) mentre il Centro, con il 19,9 per cento di residenti, è quella meno popolata.

Si registra una forte concentrazione di residenti in alcune regioni. Cinque di esse comprendono più della metà (52 per cento) della popolazione italiana: Lombardia (16,4 per cento), Lazio e Campania (9,7 per cento rispettivamente), Sicilia (8,4 per cento) e Veneto (8,1 per cento). Di contro, il Molise e la Valle d'Aosta ospitano meno dell'1 per cento della popolazione residente (rispettivamente 0,5 e 0,2 per cento).

A partire dagli anni 2000, si registra un incremento della popolazione dovuto in larga misura ai flussi migratori provenienti dall'estero. Tra il 2002 e il 2014, la popolazione è aumentata da 57 a quasi 61 milioni di residenti.

Il 65 per cento della popolazione italiana ha una età compresa tra i 15 e i 64 anni (Tavola 1.1).

I bambini sino ai 14 anni rappresentano il 13,9 per cento dei residenti, i giovani tra i 15 e i 34 anni sono il 21,3 per cento del totale e gli adulti tra i 35 e i 64 anni sono il 43,4 per cento. Il 21,4 per cento della popolazione ha 65 anni e più. In questa fascia di età, la componente femminile prevale su quella maschile.

Una quota pari al 3 per cento è rappresentata dai grandi anziani, ovvero da individui con 85 anni e più, tra cui 16.390 sono ultracentenari. Di questi, l'83,2 per cento è di sesso femminile. D'altronde, la distribuzione tra i sessi all'interno delle classi di età registra squilibri crescenti a favore della componente femminile a partire dalla classe 30-34 anni. Tali tendenze demografiche incidono inevitabilmente sullo stato e l'evoluzione della salute in termini di maggiore incidenza di patologie tipiche del genere femminile in età avanzata².

La classe 0-14 registra il valore minimo in Liguria (11,6 per cento), mentre il massimo si registra in Campania e Trentino Alto-Adige (15,7 per cento). Nel Mezzo-

¹ Il capitolo è stato redatto da Viviana Agresti (dal par. 1.1 al par. 1.4) e Katia Ambrosino (dal par. 1.5 al par. 1.7).

² Istat, Rapporto Annuale 2014, pag. 151.



giorno si concentra una quota di popolazione tra i 15 e i 34 anni superiore alla media nazionale mentre valori inferiori si osservano nel Centro e nel Nord, ad esclusione del Trentino-Alto Adige. La percentuale massima e quella minima si osservano in Campania e Liguria (rispettivamente 25,3 per cento e 17,5 per cento).

La fascia di età degli adulti tra i 35 e i 64 anni presenta valori superiori alla media nazionale al Nord, esclusi Trentino-Alto Adige e Liguria, e inferiori al Centro-Sud, ad eccezione del Lazio e della Toscana. Le percentuali minima e massima si registrano nelle Isole (41,4 per cento in Sicilia e 45,6 per cento in Sardegna).

Infine, anche nel caso dei 65enni e oltre, in Campania (17,2 per cento) e Liguria (27,7 per cento) si rilevano i valori minimo e massimo, benché in senso inverso rispetto alle classi precedenti.

Tavola 1.1 - Popolazione residente per classe d'età al 1 Gennaio - Anno 2014

REGIONI / RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	0-14	Incidenza % sul totale regionale	15-34	Incidenza % sul totale regionale	35-64	Incidenza % sul totale regionale	65 e più	Incidenza % sul totale regionale	Totale
Italia Nord-occidentale	2.203.067	13,7	3.158.469	19,6	7.100.130	44,0	3.669.059	22,7	16.130.725
Piemonte	574.988	13,0	852.018	19,2	1.941.805	43,8	1.067.987	24,1	4.436.798
Valle d'Aosta/ Vallée d'Aoste	17.959	14,0	25.040	19,5	57.292	44,6	28.300	22,0	128.591
Liguria	184.239	11,6	278.196	17,5	688.311	43,2	441.193	27,7	1.591.939
Lombardia	1.425.881	14,3	2.003.215	20,1	4.412.722	44,2	2.131.579	21,4	9.973.397
Italia Nord-orientale	1.616.468	13,9	2.311.308	19,8	5.138.114	44,1	2.588.596	22,2	11.654.486
Trentino-Alto Adige/ Südtirol	164.700	15,7	234.063	22,3	447.366	42,5	205.822	19,6	1.051.951
Veneto	695.475	14,1	995.261	20,2	2.188.715	44,4	1.047.367	21,3	4.926.818
Friuli-Venezia Giulia	155.070	12,6	228.197	18,6	542.054	44,1	304.042	24,7	1.229.363
Emilia-Romagna	601.223	13,5	853.787	19,2	1.959.979	44,1	1.031.365	23,2	4.446.354
Italia Centrale	1.617.189	13,4	2.457.969	20,4	5.297.151	43,9	2.698.533	22,4	12.070.842
Toscana	482.219	12,9	716.314	19,1	1.635.338	43,6	916.640	24,4	3.750.511
Umbria	116.995	13,0	180.623	20,1	382.443	42,6	216.681	24,2	896.742
Marche	206.313	13,3	316.635	20,4	666.467	42,9	363.723	23,4	1.553.138
Lazio	811.662	13,8	1.244.397	21,2	2.612.903	44,5	1.201.489	20,5	5.870.451
Italia Meridionale	2.066.654	14,6	3.434.629	24,2	5.956.661	42,0	2.709.875	19,1	14.167.819
Abruzzo	171.937	12,9	290.604	21,8	574.756	43,1	296.642	22,2	1.333.939
Molise	38.042	12,1	70.401	22,4	134.285	42,7	71.997	22,9	314.725
Campania	923.015	15,7	1.484.569	25,3	2.452.721	41,8	1.009.660	17,2	5.869.965
Puglia	583.519	14,3	966.215	23,6	1.724.036	42,1	816.496	20,0	4.090.266
Basilicata	74.699	12,9	134.325	23,2	246.688	42,7	122.679	21,2	578.391
Calabria	275.442	13,9	488.515	24,7	824.175	41,6	392.401	19,8	1.980.533
Italia Insulare	944.755	14,0	1.600.156	23,7	2.865.006	42,4	1.348.879	20,0	6.758.796
Sicilia	744.022	14,6	1.245.400	24,4	2.106.767	41,4	998.748	19,6	5.094.937
Sardegna	200.733	12,1	354.756	21,3	758.239	45,6	350.131	21,0	1.663.859
Italia	8.448.133	13,9	12.962.531	21,3	26.357.062	43,4	13.014.942	21,4	60.782.668

Fonte: Istat, Popolazione residente per sesso, anno di nascita e stato civile.

In Italia, l'incremento demografico, seppur considerevole, è da attribuire ai movimenti migratori con l'estero, che continuano a presentare un saldo positivo, benché la forza attrattiva non si manifesti in maniera uniforme sul territorio, ma veda come

destinazione elettiva la ripartizione Nord-occidentale³.

La dinamica naturale continua a registrare un andamento declinante: anche nel corso del 2013, le nascite sono state inferiori ai decessi, tranne che in Trentino-Alto Adige e in Campania, uniche regioni ad avere quindi un saldo naturale positivo. Il saldo naturale è stato negativo in tutte le ripartizioni.

La variabilità intra-ripartizionale è tuttavia significativa: nel Nord si osserva il range più ampio, compreso fra il minimo della Liguria (-6,8 per mille) e il massimo (+1,4 per mille) del Trentino-Alto Adige; nel Sud il divario maggiore si manifesta tra il Molise (-4,1 per mille) e la Campania (+0,1 per mille).

Si conferma, pertanto, la tendenza alla denatalità in atto a partire dal 2008, quando hanno cominciato a manifestarsi gli effetti dell'imminente uscita dall'età feconda delle generazioni delle donne nate tra la metà degli anni Sessanta e la metà degli anni Settanta, nonché gli effetti dell'invecchiamento delle donne straniere, che avevano contribuito alla ripresa della fecondità nelle regioni del Centro e del Nord nel decennio precedente⁴.

Bassa natalità e crescente longevità accentuano il processo di invecchiamento della popolazione e mutano la struttura delle famiglie e delle reti di aiuto informale, con inevitabili effetti sulle condizioni di vita, di salute e di benessere.

Gli stranieri hanno un ruolo fondamentale nella crescita della popolazione e ne caratterizzano la struttura e i comportamenti. Al primo gennaio 2013, se ne contano poco meno di 4,4 milioni, ovvero il 7,4 per cento della popolazione complessiva, con una concentrazione maggiore al Nord, dove vive circa il 62 per cento degli stranieri residenti, a seguire, il Centro con il 24 per cento, l'Italia meridionale con il 10 per cento degli stranieri, mentre nelle Isole il restante 4 per cento.

A livello regionale, la sola Lombardia ne ospita il 23,4 per cento, seguita da Emilia-Romagna (11,1 per cento), Veneto (11,1 per cento), Lazio (10,9 per cento), Piemonte (8,8 per cento) e Toscana (8,0 per cento). In queste sei regioni si concentra quindi il 73,3 per cento degli stranieri residenti.

Considerando l'incidenza percentuale sulla popolazione complessiva della regione, l'Emilia Romagna si caratterizza per una presenza più consistente di stranieri (11,2 per cento) mentre la Sardegna ne ospita una quota pari solo al 2,2 per cento. Quote pari o superiori al 10 per cento si registrano anche in Lombardia (10,5 per cento), Umbria (10,5 per cento) e Veneto (10,0 per cento). In tutte le regioni la distribuzione per sesso mostra una prevalenza della componente femminile⁵.

1.2 - Nuzialità, fecondità, famiglie

Nel 2012 si sono celebrati in Italia 207.138 matrimoni. Il quoziente di nuzialità è stato del 3,5 per mille abitanti, leggermente superiore rispetto all'anno precedente (3,4 per mille) e in controtendenza rispetto all'andamento osservato nell'ultimo decennio, caratterizzato da un calo della propensione al matrimonio, soprattutto religioso, in favore di nozze civili e libere unioni. Il fenomeno si iscrive nella generale trasformazione della società europea, avviata nei paesi del Nord intorno alla seconda

³ Istat, Rapporto Annuale 2014, pag. 167.

⁴ Istat, Rapporto Annuale 2014, pag. 143.

⁵ Istat, Popolazione straniera residente per età e sesso: <http://demo.istat.it/>; <http://dati.istat.it/>.



metà degli anni Settanta e successivamente diffusasi nel resto del continente⁶.

A partire dal 2004, i quozienti di nuzialità sono in calo in tutte le ripartizioni, per quanto la tendenza a contrarre matrimonio resti maggiore nel Mezzogiorno e inferiore al Centro-Nord.

Nel 2012, in Italia, su 207.138 matrimoni celebrati, 30.724 (14,8 per cento sul totale) hanno riguardato coppie con almeno un coniuge straniero. Si tratta di un fenomeno in continua crescita, che rappresenta peraltro un indicatore di integrazione degli stranieri nella comunità che li ospita.

I matrimoni misti hanno una maggiore incidenza percentuale nella provincia autonoma di Bolzano (26,2 per cento sul totale dei matrimoni) e in Toscana (24,5 per cento). Il dato è più contenuto nel Sud e nelle Isole, dove la presenza degli immigrati è minore.

La combinazione sposo italiano/sposa straniera prevale su quella sposa italiana/sposo straniero (rispettivamente 7,9 per cento contro 2,1 per cento la media Italia⁷).

Oltre alla diminuzione del numero delle unioni coniugali, un'altra caratteristica del processo di trasformazione della società italiana consiste nel generale calo della fecondità. A partire dalla seconda metà degli anni Novanta, si è assistito ad una lieve ripresa della natalità dovuta principalmente alle nascite da madri di cittadinanza straniera. Il leggero aumento della fecondità delle madri italiane, più che ad una maggiore propensione alla procreazione, è da attribuire alla maggiore numerosità della generazione delle *baby-boomers* rispetto alle precedenti e, pertanto, destinato ad esaurirsi contestualmente all'uscita di queste donne dall'età riproduttiva.

La fecondità delle donne italiane è di gran lunga inferiore a quella delle straniere e comunque distante dal tasso di sostituzione⁸.

Inoltre, dal momento che la popolazione straniera si concentra maggiormente nelle regioni del Centro-Nord, attualmente sono queste ultime a fornire un maggiore contributo alle nascite mentre, fino agli anni Ottanta, erano le regioni del Mezzogiorno che presentavano valori della fecondità totale superiori alla media nazionale.

In particolare, nel 2012, le regioni con il tasso di fecondità totale (Tft) più elevato sono il Trentino-Alto Adige (1,63), la Valle d'Aosta (1,57) e la Lombardia (1,51), mentre le regioni con i valori più bassi sono la Sardegna (1,14), il Molise (1,18) e la Basilicata (1,20).

Oltre alla diminuzione della fecondità, negli ultimi anni si è assistito ad un rilevante spostamento in avanti del calendario riproduttivo, con indubbe ripercussioni sulla possibilità di realizzare il desiderio di genitorialità e sul ricorso ai servizi sanitari in caso di insuccesso⁹.

In particolare, l'età media al parto delle italiane ha continuato ad elevarsi, così come il divario con le madri straniere, che affrontano l'esperienza della maternità in anticipo di quasi 4 anni rispetto alle italiane. Nel complesso, l'età media al parto in Italia nel 2012 è di 31,4 anni: 32,0 per le italiane e 28,4 per le straniere.

Le regioni dove le madri sono mediamente più giovani sono la Sicilia e la Campania (rispettivamente 30,6 e 30,9 anni), mentre quelle in cui l'età media al parto è più elevata sono la Sardegna (32,3 anni) e la Basilicata (32,1 anni, tavola 1.2).

⁶ Istat, Rapporto Annuale 2014, pag. 160.

⁷ Istat, Rilevazione sui Matrimoni; <http://demo.istat.it/>; <http://dati.istat.it/>.

⁸ Istat, Iscritti in Anagrafe per nascita; <http://demo.istat.it/>; <http://dati.istat.it/>.

⁹ Istat, Rapporto Annuale 2014, pag. 161.

Tavola 1.2 - Tasso di fecondità totale ed età media al parto per cittadinanza, regione e ripartizione geografica - Anno 2012

REGIONI RIPARTIZIONI	Tasso di fecondità totale			Età media delle madri al parto		
	Italiana	Straniera	Totale	Italiana	Straniera	Totale
Nord-ovest	1,27	2,48	1,48	32,5	28,6	31,5
Piemonte	1,26	2,32	1,43	32,4	28,6	31,4
Valle d'Aosta / Vallée d'Aoste	1,45	2,38	1,57	31,7	28,6	31,2
Liguria	1,19	2,41	1,38	32,6	28,0	31,5
Lombardia	1,29	2,56	1,51	32,6	28,7	31,5
Nord-est	1,27	2,40	1,47	32,5	28,6	31,4
Trentino Alto Adige / Südtirol	1,49	2,57	1,63	32,1	28,6	31,5
Veneto	1,26	2,39	1,46	32,7	28,7	31,6
Friuli-Venezia Giulia	1,24	2,15	1,39	32,4	28,3	31,4
Emilia-Romagna	1,23	2,43	1,47	32,4	28,6	31,2
Centro	1,28	2,26	1,42	32,7	28,3	31,8
Toscana	1,22	2,25	1,39	32,8	28,0	31,6
Umbria	1,24	2,01	1,38	32,6	28,3	31,5
Marche	1,21	2,20	1,37	32,6	28,4	31,6
Lazio	1,34	2,33	1,46	32,7	28,6	32,0
Sud	1,30	2,19	1,33	31,4	27,9	31,2
Abruzzo	1,25	2,29	1,34	32,4	27,9	31,7
Molise	1,13	2,03	1,18	32,3	28,2	32,0
Campania	1,37	2,10	1,39	31,0	28,1	30,9
Puglia	1,26	2,31	1,29	31,5	27,9	31,3
Basilicata	1,16	2,15	1,20	32,4	27,9	32,1
Calabria	1,25	2,15	1,29	31,5	27,9	31,3
Isole	1,31	2,42	1,35	31,1	27,9	30,9
Sicilia	1,37	2,40	1,41	30,7	27,8	30,6
Sardegna	1,09	2,52	1,14	32,6	28,1	32,3
Italia	1,29	2,37	1,42	32,0	28,4	31,4

Fonte: Istat, Iscritti in Anagrafe per nascita.

Matrimoni, separazioni, scioglimenti delle unioni coniugali e comportamenti riproduttivi concorrono alla formazione delle famiglie e ne determinano la struttura.

All'interno delle famiglie è possibile individuare i nuclei familiari costituiti dalle persone che vivono in coppia con figli o in coppia senza figli o da genitore solo con figli.

Nel 2011, sono state censite in Italia 24.611.766 famiglie, di cui 7.667.305 formate da una persona sola e 3.304.078 da famiglie formate da più individui senza vincolo di coppia. Al loro interno, sono stati individuati 16.648.813 nuclei familiari. Rispetto al Censimento del 2001, questi ultimi sono aumentati di oltre mezzo milione (16.130.368); inoltre, sono diminuite le coppie con figli mentre sono aumentate le coppie senza figli e i nuclei composti da un solo genitore. Ciò nonostante, le 8.766.690 coppie con figli rappresentano la maggioranza dei nuclei familiari (52,7 per cento contro il 57,5 per cento nel 2001). Le coppie senza figli sono 5.230.296 (31,4 per cento del totale) e fanno registrare un incremento del 10 per cento rispetto alla precedente tornata censuaria (in cui se ne contarono 4.755.427).



Le coppie con figli (figura 1.2) sono maggiormente rappresentate nel Mezzogiorno e in particolare in Campania (59,9 per cento), Puglia (58,9 per cento), Basilicata (58,5 per cento), Calabria (58 per cento) e Sicilia (57,8 per cento).

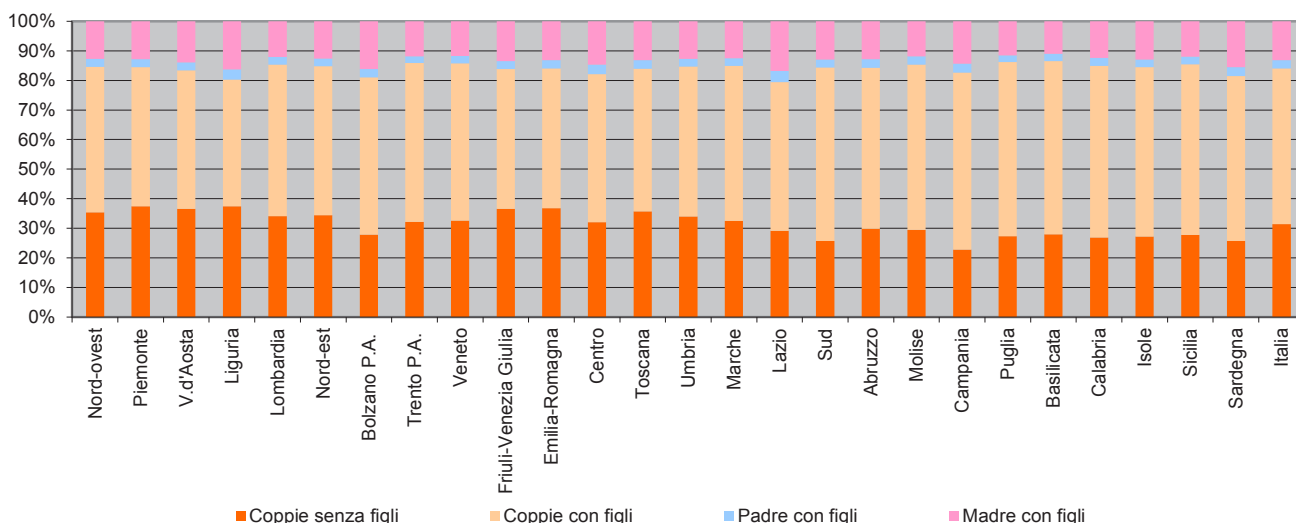
Si registrano, invece, valori inferiori alla media nazionale in Liguria (42,8 per cento), Valle d'Aosta (46,9 per cento) e Piemonte (47,1 per cento).

Le coppie senza figli hanno un'incidenza superiore alla media nazionale nel Nord e nel Centro: il valore più basso si registra in Campania (22,8 per cento), mentre quelli più elevati in Piemonte e Liguria (entrambe 37,4 per cento)¹⁰.

Rispetto al precedente Censimento, i nuclei monogenitore (ovvero le madri sole con figli e i padri soli con figli) sono passati da 2.100.999 a 2.651.827 (rispettivamente, il 13,1 per cento e il 2,8 per cento del totale dei nuclei).

Le regioni dove tale tipologia familiare è più frequente sono il Lazio (16,8 per cento e 3,8 per cento) e la Liguria (16,3 per cento e il 3,4 per cento).

Figura 1.2 – Nuclei familiari per tipologia, regione e ripartizione geografica – Censimento 2011 (Valori percentuali)



Fonte: Istat, 15° Censimento della Popolazione e delle abitazioni 2011

Le madri sole con figli sono la maggioranza (82,6 per cento) e, nel 10 per cento dei casi, con loro vivono anche altre persone.

Nel 41,8 per cento dei casi le madri hanno almeno un figlio minorenni, per i padri la quota è del 33 per cento. La maggior parte dei genitori soli (68,6 per cento) vive con un unico figlio (1.821.985 nuclei)¹¹.

In sole tre regioni: Lombardia, Lazio e Campania si concentra il 37 per cento dei nuclei composti da madri sole con figli (rispettivamente 15,3 per cento, 11,6 per cento e 10,2 per cento). In poco meno della metà dei casi, le madri hanno un'età compresa tra 35 e 54 anni; in circa il 28 per cento dei casi hanno più di sessantacinque anni. In Lombardia il 17,2 per cento delle madri sole con figli ha 85 anni e più, mentre in Campania il 17,4 per cento delle madri sole con figli ha meno di 25 anni¹².

¹⁰ Istat, 15° Censimento Generale della Popolazione e delle abitazioni. 9 ottobre 2011, Comunicato stampa, 30 luglio 2014. Approfondimenti su nuclei familiari, migrazioni interne e internazionali, acquisizioni di cittadinanza; Prospetto 1, pagina 2.

¹¹ Istat, 15° Censimento Generale della Popolazione e delle abitazioni. 9 ottobre 2011, Comunicato stampa, 30 luglio 2014. Approfondimenti su nuclei familiari, migrazioni interne e internazionali, acquisizioni di cittadinanza; Prospetto 2, pagina 2.

¹² Istat, 15° Censimento Generale della Popolazione e delle abitazioni. 9 ottobre 2011, Comunicato stampa, 30

1.3 - Mortalità e speranza di vita

Nel corso del 2011, tra i residenti in Italia si sono registrati 590.614 decessi, 286.114 maschi e 304.500 femmine. Il quoziente di mortalità complessivo è per lo stesso anno pari al 99,46 per diecimila abitanti mentre il tasso standardizzato di mortalità è pari all'83,12 per diecimila abitanti.

Dei 590.614 decessi, 1.691 sono avvenuti nel primo anno di vita. Nel 2011, il tasso di mortalità infantile è pari al 3,09 per mille nati vivi, in calo rispetto ai cinque anni precedenti, eccezion fatta per l'anno 2008, quando si è registrato un valore del 3,51 per mille, in crescita rispetto al periodo precedente. La regione dove il tasso di mortalità infantile è più elevato è la Calabria (4,70), quella in cui è più basso è la Valle d'Aosta (0,82), per quanto anche nella Provincia autonoma di Bolzano si registri un valore di poco superiore all'1 per mille.

Tavola 1.3 – Speranza di vita alla nascita e a 65 anni per regione e ripartizione geografica - Anni 2002/2012

REGIONI	2002		2012				2013(a)				2012/2000						
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine		Maschi		Femmine		Maschi		Femmine		
	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65	
RIPARTIZIONI																	
Nord-ovest	77,0	16,7	83,0	20,8	79,8	18,3	84,7	22,0	80,0	18,5	85,0	22,2	2,8	1,6	1,7	1,2	
Piemonte	76,8	16,7	82,7	20,6	79,6	18,3	84,4	21,8	79,8	18,5	84,6	22,0	2,8	1,6	1,7	1,2	
Valle d'Aosta/ Vallée d'Aoste	74,8	15,9	82,2	20,4	79,6	18,9	84,3	21,9	79,6	18,9	84,5	22,2	4,8	3,0	2,1	1,5	
Liguria	77,1	16,9	82,8	20,9	79,4	18,3	84,4	22,0	79,6	18,4	84,6	22,0	2,3	1,4	1,6	1,1	
Lombardia	77,0	16,6	83,2	20,9	79,9	18,4	84,9	22,1	80,2	18,6	85,1	22,3	2,9	1,8	1,7	1,2	
Nord-est	77,5	17,0	83,7	21,4	80,1	18,6	85,1	22,3	80,3	18,8	85,3	22,5	2,6	1,6	1,4	0,9	
Trentino-Alto Adige/Südtirol	77,7	17,3	84,4	21,9	80,7	19,2	85,5	22,7	80,7	19,1	85,6	22,9	3,0	1,9	1,1	0,8	
Veneto	77,4	16,8	83,8	21,4	80,1	18,6	85,1	22,3	80,3	18,7	85,3	22,5	2,7	1,8	1,3	0,9	
Friuli- Venezia Giulia	76,7	16,6	82,9	21,0	79,3	18,2	84,7	22,2	79,5	18,3	84,8	22,2	2,6	1,6	1,8	1,2	
Emilia- Romagna	77,6	17,3	83,8	21,5	80,2	18,7	84,9	22,2	80,5	18,9	85,1	22,3	2,6	1,4	1,1	0,7	
Centro	77,7	17,2	83,3	21,0	79,7	18,5	84,4	21,8	80,0	18,6	84,7	22,0	2,0	1,3	1,1	0,8	
Toscana	78,1	17,3	83,6	21,2	80,1	18,7	84,8	22,0	80,4	18,8	85,0	22,2	2,0	1,4	1,2	0,8	
Umbria	78,2	17,3	83,7	21,3	80,1	18,8	85,1	22,2	80,3	18,8	85,3	22,6	1,9	1,5	1,4	0,9	
Marche	78,7	17,9	84,2	21,8	80,6	19,0	85,3	22,5	80,8	19,2	85,5	22,7	1,9	1,1	1,1	0,7	
Lazio	77,0	16,8	82,5	20,5	79,1	18,2	83,8	21,4	79,4	18,3	84,1	21,6	2,1	1,4	1,3	0,9	
Sud	77,0	16,8	82,4	20,3	79,1	18,1	83,8	21,3	79,3	18,3	84,1	21,5	2,1	1,3	1,4	1,0	
Abruzzo	77,4	17,1	83,2	21,0	79,6	18,5	84,6	21,9	79,8	18,6	84,9	22,2	2,2	1,4	1,4	0,9	
Molise	77,7	17,4	83,4	20,9	79,5	18,6	84,5	22,1	79,7	18,8	84,7	22,2	1,8	1,2	1,1	1,2	
Campania	75,9	16,0	81,4	19,5	78,0	17,3	82,8	20,6	78,3	17,5	83,1	20,8	2,1	1,3	1,4	1,1	
Puglia	77,9	17,4	82,9	20,7	80,0	18,6	84,5	21,8	80,2	18,8	84,7	22,1	2,1	1,2	1,6	1,1	
Basilicata	77,2	17,2	83,0	20,9	79,9	18,7	84,3	21,7	79,6	18,7	84,6	21,9	2,7	1,5	1,3	0,8	
Calabria	77,8	17,4	83,0	20,7	79,2	18,3	84,0	21,6	79,4	18,5	84,3	21,7	1,4	0,9	1,0	0,9	
Isole	76,8	16,8	82,1	20,1	78,9	18,0	83,6	21,1	79,1	18,2	83,8	21,4	2,1	1,2	1,5	1,0	
Sicilia	76,8	16,7	81,8	19,8	78,8	17,8	83,2	20,7	79,1	18,1	83,4	21,0	2,0	1,1	1,4	0,9	
Sardegna	77,0	17,2	83,4	21,0	79,1	18,4	84,8	22,2	79,3	18,9	85,0	22,6	2,1	1,2	1,4	1,2	
Italia	77,2	16,9	83,0	20,8	79,6	18,3	84,4	21,8	79,8	18,5	84,6	22,0	2,4	1,4	1,4	1,0	

Fonte: Istat, Indagine sulle cause di morte; Rilevazione comunale mensile degli eventi di stato civile
a) Stima.

luglio 2014. Approfondimenti su nuclei familiari, migrazioni interne e internazionali, acquisizioni di cittadinanza; Prospetto 3, pagina 3.



La generale maggiore attenzione alla prevenzione dei rischi in ogni ambito di vita individuale e lavorativo, l'adozione di stili di vita più salubri e corretti, i progressi in campo medico-scientifico e farmaceutico¹³ hanno determinato la diminuzione della mortalità in tutte le fasce di età e innalzato la vita media a 79,6 anni per i maschi e a 84,4 anni per le femmine nel 2012. A 65 anni, la speranza di vita per un uomo è di 18,3 anni mentre per una donna è di quasi 22 anni (tavola 1.3).

Rispetto a dieci anni prima, la speranza di vita alla nascita ha registrato un incremento di poco inferiore ai 2 anni e mezzo per i maschi, di poco inferiore all'anno e mezzo per le femmine. A 65 anni, l'aumento è stato di 1,4 anni per gli uomini e di un anno per le donne; le stime per l'anno 2013 confermano un ulteriore incremento.

La differenza tra i due sessi nell'aspettativa di vita è di 4,8 anni su base nazionale. Il differenziale più elevato (5,7 anni) si registra in Sardegna, quello più basso in Sicilia e Basilicata (4,4 anni). Le regioni dove si vive più a lungo sono il Trentino-Alto Adige (80,7 anni gli uomini e 85,5 le donne) e le Marche (80,6 anni gli uomini e 85,3 le donne); quelle in cui la vita media è più breve sono la Campania (78,0 anni gli uomini e 82,8 le donne) e la Sicilia (78,8 anni gli uomini e 83,2 le donne)¹⁴.

1.4 - Indicatori di struttura

Come si è visto nel precedente paragrafo, nel 2012 la speranza di vita alla nascita è giunta a 79,6 anni per gli uomini e a 84,4 anni per le donne (rispettivamente superiore di 2,1 anni e 1,3 anni alla media europea del 2012). Allo stesso tempo, i livelli della fecondità si sono mantenuti molto bassi, in media 1,42 figli per donna, nel 2012 (media Ue27: 1,58).

Queste dinamiche rendono l'Italia uno dei paesi con il più alto indice di vecchiaia del mondo. Al 1° gennaio 2013, tra la popolazione residente, per ogni 100 giovani con meno di 15 anni si contano 151,4 persone di 65 anni e oltre. Si tratta del "debito demografico" contratto dal Paese nei confronti delle generazioni future, che vedono aumentare il carico della popolazione anziana in termini di previdenza, sanità e assistenza¹⁵.

L'indice di vecchiaia è di circa 18 punti percentuali superiore a dieci anni prima e, per il 2014, si stima un ulteriore incremento di circa il 3 per cento.

La ripartizione con la maggiore concentrazione di anziani è il Centro (166,4 per cento), quella che registra la variazione maggiore rispetto al 2013 è il Mezzogiorno (+31,3 per cento).

L'analisi territoriale conferma la Liguria quale regione con l'indice di vecchiaia più elevato (238,2 per cento), seguita da Friuli-Venezia Giulia (191,8 per cento) e Toscana (187,5 per cento). La Campania, che dieci anni prima, insieme alla Puglia, mostrava un indice inferiore al 100 per cento, registra il valore più basso (106,4 per cento).

La Liguria, oltre a detenere l'indice di vecchiaia più elevato, conferma, anche per il 2013, il rapporto più elevato tra popolazione in età non attiva e popolazione in età

¹³ Istat, Rapporto Annuale 2014, pag. 160.

¹⁴ Istat, Indagine sulle cause di morte; Rilevazione comunale mensile degli eventi di stato civile; <http://demo.istat.it/>; <http://dati.istat.it/>.

¹⁵ Istat, Rapporto Annuale 2014, pag. 141.

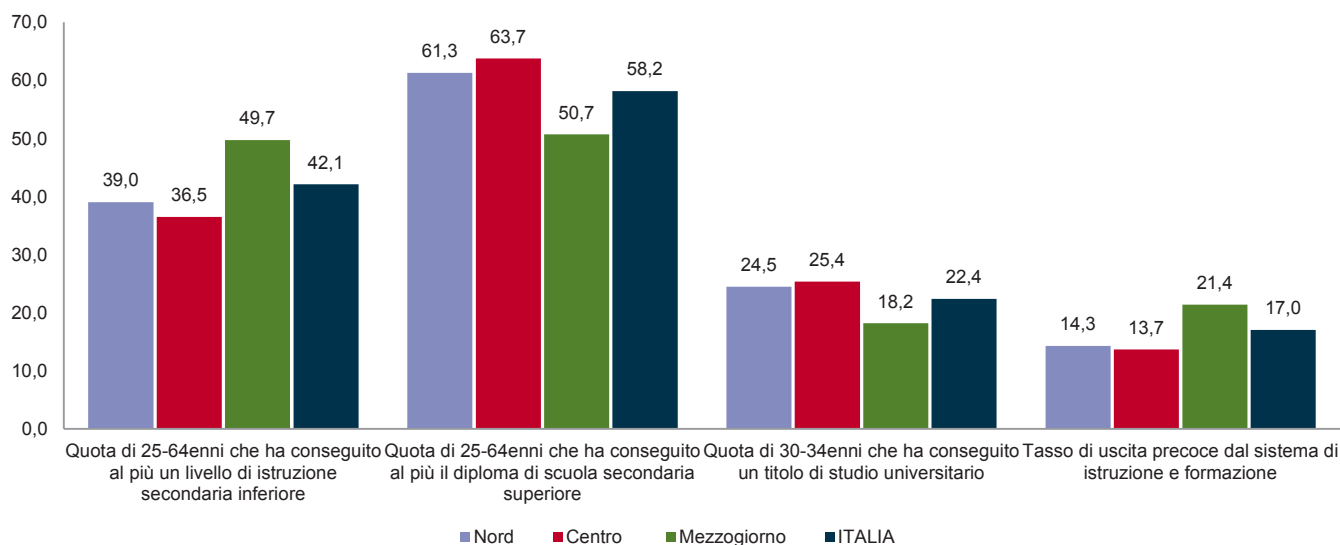
lavorativa (64,7 per cento).

La regione con l'indice di dipendenza più contenuto è, come l'anno precedente, la Sardegna (48,8 per cento), che insieme alla Campania, presenta una situazione di equilibrio tra le generazioni con valori al di sotto del 50 per cento.

1.5 - Istruzione e formazione

Il livello di istruzione rappresenta un importante determinante sociale della salute delle persone, in quanto utile non solo per la propria promozione sociale ma anche per la valorizzazione delle proprie opportunità di benessere e salute¹⁶. Un più elevato grado di scolarizzazione incide sullo stile di vita degli individui poiché, facilitando l'accesso al mondo del lavoro, a carriere lavorative meno frammentate e a salari più elevati¹⁷, apre opportunità altrimenti precluse ed eleva il tenore di vita. Le persone più istruite, inoltre, godono più frequentemente di un migliore stato di salute perché più consapevoli dei benefici della prevenzione e di abitudini più attive e salutari¹⁸.

Figura 1.3 – Popolazione 25 anni e oltre per titolo di studio e tasso di uscita precoce dal sistema di istruzione per ripartizione geografica - Anno 2013 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Rilevazione sulle forze di lavoro

¹⁶ Costa G. (a cura di). 2008. Povertà e salute. CIES-Commissione di indagine sull'esclusione sociale. Quaderni CIES n.1. Roma: Ministero del lavoro e delle politiche sociali. pag. 25; CIES - Commissione di indagine sull'esclusione sociale. 2013. Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale Anni 2011-2012. Roma: Ministero del lavoro e delle politiche sociali. pag. 40 e pag. 57; Istat, Cnel. 2014. Bes 2014. Il benessere equo e sostenibile in Italia. Roma: Istat. Pag. 45. <http://www.istat.it>.

¹⁷ Cingano F. e Cipollone P. Settembre 2009. I rendimenti dell'istruzione. Questioni di Economia e Finanza, Occasional papers, Numero 53, Roma: Banca d'Italia.

¹⁸ Grossman M. e Kaestner R. 1997. "Effects of education on health". In Behrman J.R. e Stacey N. The Social benefits of education. Michigan, MA: University of Michigan Press; Rosolia A. Febbraio 2012. Le disuguaglianze nella speranza di vita. Questioni di economia e Finanza, Occasional Papers, Nu. 118. Roma: Banca d'Italia. pag. 6; Marmot M.G. Dicembre 2013. Health inequities in the EU – Final report of a Consortium. European Union: UCL Institute of Health Equity.



In Italia, il livello di istruzione della popolazione adulta mostra un progressivo, seppur contenuto, miglioramento nel corso del tempo¹⁹. Nel periodo dal 2004 al 2013 la quota di popolazione in età 25-64 che ha conseguito al più la licenza di scuola secondaria di primo grado si è ridotta mediamente di circa 1 punto percentuale l'anno, passando dal 51,9 per cento al 42,1 per cento; nello stesso periodo, la percentuale di diplomati tra i 20 e i 24 anni è aumentata di 5 punti percentuali (dal 72,3 per cento al 77,3 per cento) e quella di laureati di 30-34 anni è cresciuta costantemente dal 15,6 per cento al 22,4 per cento, con un incremento tra le donne di 10 punti percentuali. Nonostante il trend positivo registrato nel livello di istruzione in Italia, tale progresso risulta ancora modesto e lento per riuscire a colmare il consistente divario che separa il nostro Paese dal resto d'Europa.

A livello territoriale, le regioni italiane presentano valori e andamenti degli indicatori inerenti all'istruzione e alla formazione piuttosto eterogenei, evidenziando un ampio divario tra Centro-Nord e Mezzogiorno. Nel 2013, la popolazione di età 25-64 anni residente nel Mezzogiorno, con al più un titolo di istruzione secondaria inferiore, è tuttora elevato, 49,7 per cento del totale; in Puglia, Sicilia e Sardegna la quota di diplomati non raggiunge il 50 per cento. La quota di persone di 30-34 anni con un titolo universitario è pari al 18,2 per cento, con i valori più bassi, intorno al 17,0 per cento, in Campania, Sicilia e Sardegna (Figura 1.3).

Il tasso di uscita precoce dal sistema di istruzione e formazione, malgrado registri un ulteriore, benché contenuto, segnale positivo (passando dal 17,6 per cento nel 2012 al 17,0 per cento nel 2013) rimane comunque tra i più alti in Europa (dove il tasso medio di abbandono precoce è del 12,0 per cento), nonché pericolosamente radicato in alcune zone del Mezzogiorno (Sicilia 25,8 per cento, Sardegna 24,7 per cento e Campania 22,2 per cento).

Le differenze di genere sono elevate per tutti i livelli di istruzione a favore delle femmine, le quali conseguono risultati nettamente migliori rispetto ai maschi, soprattutto tra le generazioni più giovani. Nel 2012 e nel 2013, la quota di donne di 25-64 anni che hanno conseguito almeno il diploma di scuola superiore è di quasi 3 punti percentuali maggiore dei coetanei maschi. Il divario tra le persone di 30-34 anni che hanno conseguito un titolo universitario è ancora più elevata: nel 2013 sono laureate il 27,2 per cento delle donne di questa classe di età, contro appena il 17,7 per cento degli uomini. Le femmine, inoltre, tendono ad abbandonare meno gli studi (il 13,7 per cento delle donne rispetto al 20,2 per cento degli uomini).

1.6 - Il mercato del lavoro

Alcune disuguaglianze nella salute sono, secondo alcuni studiosi, attribuibili alla minore possibilità di controllo sulla propria vita da parte delle persone in posizione sociale svantaggiata²⁰. La disponibilità di un lavoro è fonte di reddito, di identità personale e di relazioni sociali e, in quanto tale, ha un impatto rilevante sulle condizioni

¹⁹ Istat, Cnel. 2014. *Bes 2014. Il benessere equo e sostenibile in Italia*. Roma: Istat. Pagg. 45 e ss. <http://www.istat.it>; Istat, 2014. *Noi Italia 201. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo*. Roma: Istat. Pagg. 66 e ss. <http://www.istat.it>; I.stat.

²⁰ Marmot M.G. Marzo 2006. *Status Syndrome, A Challenge to Medicine*. In *JAMA (The Journal of the American Medical Association)* vol. 295. No. 11.

di vita e sulla salute²¹. Disoccupazione e insicurezza del lavoro possono incidere sul benessere psichico e fisico delle persone per il venir meno delle risorse necessarie a soddisfare i propri bisogni e le proprie aspettative; ciò causa ricadute psicologiche, nonché peggioramenti dello stile di vita, il cui impatto non è sempre limitato al periodo dell'evento avverso, bensì può condizionare l'intero arco di vita, provocando un accumulo degli svantaggi ed estendendosi alla sfera familiare²².

Negli ultimi anni, in Italia, si assiste all'inasprimento di tutti i principali indicatori: contrazione dei livelli di occupazione, incremento dei tassi di disoccupazione, elevata presenza di persone disponibili a lavorare ma spesso poco attive nella ricerca, diffusione della precarietà nonché maggiori diseguaglianze territoriali, generazionali e di cittadinanza²³.

Nel 2013, la quota di occupati tra i 15 e i 64 anni, in Italia, ammonta a 55,6 per cento, ossia 1,1 punti percentuali in meno rispetto al 2012, e presenta sia un forte squilibrio di genere (64,8 per cento per gli uomini e 46,5 per cento per le donne) sia un marcato divario territoriale (più di 20 punti percentuali di differenza tra Centro-Nord e Mezzogiorno) (Tavola 1.4).

Analizzando più nel dettaglio la situazione italiana, emerge che, seppur ancora consistenti, diminuiscono le differenze di genere ma solo perché il tasso di occupazione della componente maschile peggiora velocemente, avvicinandolo ai bassi livelli occupazionali di quella femminile. La percentuale di uomini occupati, infatti, diminuisce progressivamente col protrarsi della crisi economica, con una perdita di 1,7 punti percentuali, rispetto al 2012 e 5,5 punti percentuali rispetto al 2008. Le variazioni del tasso di occupazione delle donne sono nettamente inferiori (circa -0,7 punti percentuali rispetto a entrambi i periodi considerati), portando nel 2013 il divario tra i due tassi a 18,3 punti percentuali, dai 23,1 del 2008.

A livello territoriale, i valori più alti di occupazione sono registrati nelle regioni settentrionali: 64,2 per cento al Nord, con un picco del 71,5 per cento nella Provincia autonoma di Bolzano. Nel Mezzogiorno, gli occupati sono il 42,0 per cento della popolazione, meno del 39,0 per cento in regioni come Calabria e Sicilia. Considerando il tasso di occupazione della sola componente femminile, le differenze risultano ancora più accentuate: nelle regioni del Mezzogiorno il tasso si attesta al 30,6 per cento, contro il 56,6 per cento del Nord.

L'andamento del tasso fa registrare livelli occupazionali differenziati anche rispetto all'età, manifestando un impatto più critico sulle fasce giovanili. Nel 2013, gli occupati nelle coorti 15-34 anni e 35-49 anni sono rispettivamente il 40,2 per cento e il 72,2 per cento, in calo rispetto al 2012, nell'ordine del 3,1 per cento (che si traduce in una perdita di 10,2 punti percentuali rispetto al 2008) e dell'1,4 per cento (ovvero di 3,9 punti percentuali dal 2008). Di contro, continua a crescere il tasso di occupazione dei lavoratori ultracinquantenni che raggiunge il 52,6 per cento nel 2013, registrando un incremento di 1,3 punti percentuali rispetto al 2012 e di 5,3 punti dal 2008.

²¹ Costa G. (a cura di). 2008. Povertà e salute. CIES-Commissione di indagine sull'esclusione sociale. Quaderni CIES n.1. Roma: Ministero del lavoro e delle politiche sociali. pag. 26; Marmot M. et al. 2013. Report on health inequalities in the EU. European Commission Directorate-General for Health and Consumers. Luxembourg. pag. 40.

²² Marmot M.G. 2004. The Status Syndrome, New York. Henry Holt, Cies; Marmot M.G. Dicembre 2013. Health inequities in the EU – Final report of a Consortium. European Union: UCL Institute of Health Equity.

²³ Istat. 2014. Rapporto annuale. Roma: Istat. Pagg. 83 e ss. <http://www.istat.it>; Istat, Cnel. 2014. Bes 2014. Il benessere equo e sostenibile in Italia. Roma: Istat. Pagg. 67 e ss. <http://www.istat.it>; Istat, 2014. Noi Italia 201. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo. Roma: Istat. <http://www.istat.it>; I.stat.

Tavola 1.4 – Tasso di occupazione e occupati in età 15-64 anni per caratteristiche - Anni 2008, 2012 e 2013
(valori percentuali, variazioni in punti percentuali, valori assoluti in migliaia, variazioni assolute e percentuali)

CARATTERISTICHE	Tasso di occupazione (15-64 anni)			Occupati (15-64 anni)				
	valori assoluti 2013	variazioni		valori assoluti 2013	variazioni 2008/2013		variazioni 2012/2013	
		2008/2013	2012/2013		assolute	percentuale	assolute	percentuale
GENERE								
Maschi	64,8	-5,5	-1,7	13.090	-973	-6,9	-350	-2,6
Femmine	46,5	-0,7	-0,6	9.330	-11	-0,1	-128	-1,4
RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE								
Nord	64,2	-2,7	-0,8	11.776	-291	-2,4	-125	-1,1
Centro	59,9	-2,5	-1,0	4.746	-111	-2,3	-72	-1,5
Mezzogiorno	42,0	-4,1	-1,8	5.899	-583	-9,0	-282	-4,6
CITTADINANZA								
Italiana	55,3	-2,8	-1,0	20.064	-1.589	-7,3	-500	-2,4
Straniera	58,1	-9,0	-2,5	2.356	605	34,5	22	0,9
CLASSI DI ETÀ								
15-34 anni	40,2	-10,2	-3,1	5.307	-1.503	-25,4	-462	-8,3
35-49 anni	72,2	-3,9	-1,4	10.433	-251	-2,4	-235	-2,2
50 anni e oltre	52,6	5,3	1,3	6.680	1.070	19,1	239	3,7
ITALIA	55,6	-3,1	-1,1	22.420	-984	-4,2	-478	-2,1
UE28	64,1	-1,6	..	216.964	5.883	-2,6	-494	-0,2

Fonte: Istat, Rapporto annuale 2014, Rilevazione sulle forze di lavoro

La crescita di occupati nelle classi di età più avanzate può essere ricondotta soprattutto alle riforme del sistema pensionistico del 2011, le quali favoriscono il progressivo innalzamento dell'età di ritiro dal lavoro, imponendo requisiti sempre più stringenti per accedere alla pensione. La sfavorevole dinamica occupazionale delle classi giovani, invece, va imputata, da una parte, alla maggiore incidenza tra queste coorti di tipologie contrattuali atipiche nonché ad una diminuzione nei tassi di rinnovo e conversione di tali contratti e, dall'altra, all'incapacità del sistema produttivo di creare nuovi posti di lavoro destinati alle coorti entranti²⁴.

²⁴ Istat. 2014. Rapporto annuale. Roma: Istat. Pagg. 89-90, 112, 114. <http://www.istat.it>.

Tavola 1.5 – Tasso di disoccupazione e di mancata partecipazione, disoccupati in età 15-64 anni per caratteristiche - Anni 2008, 2012 e 2013 (valori percentuali, variazioni in punti percentuali, valori assoluti in migliaia, variazioni assolute e percentuali)

CARATTERISTICHE	Tasso di disoccupazione		Tasso di mancata partecipazione		val. ass. 2013	Disoccupati			
	2008	2013	2008	2013		Var. 2013-2008		Var. 2013-2012	
						assol.	percen.	assol.	percen.
GENERE									
Maschi	5,5	11,5	11,0	18,3	1.702	881	107,4	233	15,8
Femmine	8,5	13,1	21,7	16,1	1.411	539	61,9	136	10,7
RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE									
Nord	3,9	8,4	7,3	13,2	1.085	596	122,1	129	13,5
Centro	6,1	10,9	11,8	17,6	576	261	85,4	71	14,0
Sud	12,0	19,7	29,5	36,6	1.450	563	63,6	169	13,2
CITTADINANZA									
Italiana	6,6	11,5	15,7	21,1	2.620	1.089	71,2	259	11,0
Straniera	5,5	17,3	14,0	26,3	493	331	204,9	110	28,8
CLASSI DI ETÀ									
15-34 anni	11,7	23,0	23,1	34,9	1.584	639	67,6	158	11,1
35-49 anni	5,1	9,5	12,3	17,7	1.091	521	91,6	147	15,5
50 anni e oltre	3,1	6,2	10,6	14,3	438	261	147,0	64	17,2
TITOLO DI STUDIO									
Fino a licenza media	8,4	15,8	20,8	29,0	1.418	599	73,0	169	13,5
Diploma	5,1	11,4	13,2	19,6	1.348	666	97,7	161	13,6
Laurea e oltre	4,6	7,3	8,8	11,8	346	156	82,1	39	12,8
ITALIA	6,7	12,2	15,6	21,7	3.113	1.421	84,0	369	13,4
UE28	7,0	10,8	9,8	14,1	26.201	9.460	56,5	872	3,4

Fonte: Istat, Rapporto annuale 2014, Rilevazione sulle forze di lavoro

Col perdurare della crisi, nel 2013 anche il tasso di disoccupazione è cresciuto in modo più sostenuto rispetto al resto dell'Europa. Tale indicatore, che era rimasto invariato nel 2010 e 2011, mantenendosi al di sotto della media Europea, nel 2012 ha iniziato ad aumentare fino a superarla di 1,4 punti percentuali nel 2013, raggiungendo il 12,2 per cento (in confronto al 10,7 per cento dell'anno precedente). Il tasso di disoccupazione degli uomini italiani, che fino al 2012 si era attestato ben al di sotto di quello dei paesi europei (10,8 per cento), nel 2013 lo ha superato di 0,7 punti percentuali (11,5 per cento); quello femminile continua ad essere molto più alto (13,1 per cento rispetto al 10,8 per cento) (Tavola 1.5).

L'incremento della disoccupazione è diffuso su tutto il territorio nazionale ed è particolarmente significativo nel Mezzogiorno, dove il valore dell'indicatore raggiunge il 19,7 per cento. Risultano, inoltre, molto ampi i divari regionali: la Campania e la Calabria, con un tasso del 22 per cento circa, per esempio, presentano un livello di disoccupazione quasi cinque volte più elevato di quello della Provincia autonoma di Bolzano (4,4 per cento).

L'incremento del tasso di disoccupazione coinvolge tutte le classi di età; ciononostante, anche in questo caso, è la fascia più giovane, tra i 15 e i 34 anni, a raggiungere nel 2013 quello più consistente, con il 23 per cento dei disoccupati, quasi il doppio del valore osservato nel 2008. È raddoppiata altresì la quota di popolazione sopra i 50 anni di età in cerca di lavoro, attestandosi al 6,2 per cento nel 2013.

Alla riduzione dei posti di lavoro si accompagnano anche maggiore instabilità e precarietà lavorative, indotte da un aumento dei rapporti di lavoro temporanei e da

una sempre più scarsa propensione al rinnovo e alla stabilizzazione di tali contratti. Negli ultimi anni, cresce progressivamente la quota di dipendenti a tempo determinato e di collaboratori (13,8 per cento sul totale degli occupati nel 2012). Nel 2013, prosegue la crescita dei dipendenti a tempo determinato e dei collaboratori che hanno iniziato il rapporto di lavoro da almeno 5 anni, portando la quota di questa tipologia di occupati al 20,2 per cento. Tali forme di lavoro sono più diffuse tra le donne e, a livello territoriale, nel Mezzogiorno, con picchi in Calabria, Puglia e Sicilia.

Alcuni studi mostrano che i giovani di età compresa tra i 15 e i 29 anni che non lavorano e non studiano (Neet) rappresentano una fascia di popolazione ad alto rischio di emarginazione ed esclusione sociale, essendo spesso costituita da individui insoddisfatti e scoraggiati e, quindi, soggetti a difficoltà di inserimento sociale. Alcuni giovani sono ritenuti particolarmente a rischio di divenire Neet, come quelli con disabilità e coloro che conseguono bassi livelli di istruzione²⁵.

In Italia, dopo un periodo in cui il fenomeno aveva mostrato una leggera regressione (tra il 2005 ed il 2007 si era passati dal 20 per cento al 18 per cento), l'incidenza dei Neet è tornata a crescere in maniera molto sostenuta. In tale condizione si trovano, nel 2013, due milioni di giovani, circa il 26 per cento delle persone di età compresa tra i 15 e i 29 anni, una quota di gran lunga superiore alla percentuale media registrata nell'Unione Europea (15,9 per cento) (Tavola 1.6).

Tavola 1.6 – Persone di 15-29 anni che non lavorano e non studiano (Neet) per sesso e classe di età - Anni 2004-2013 (valori percentuali)

CLASSI DI ETÀ	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
MASCHI										
15-19	11,0	11,3	11,6	10,9	11,1	11,6	12,3	12,1	12,9	12,5
20-24	18,4	18,9	18,8	19,2	19,2	22,4	25,4	26,6	28,9	32,2
25-29	15,3	16,0	15,1	15,3	16,2	18,4	20,0	21,2	22,9	27,3
Totale	15,0	15,5	15,3	15,2	15,6	17,6	19,3	20,1	21,8	24,4
FEMMINE										
15-19	12,1	12,1	11,6	10,6	11,7	10,2	11,5	11,4	10,9	10,2
20-24	24,0	25,0	24,4	23,5	24,1	25,9	26,5	28,2	30,2	31,7
25-29	32,2	33,2	31,3	31,5	31,4	32,6	34,6	34,5	35,0	38,7
Totale	23,9	24,5	23,3	22,7	23,0	23,6	24,9	25,4	26,1	27,7
TOTALE										
15-19	11,6	11,7	11,6	10,7	11,4	10,9	11,9	11,7	11,9	11,4
20-24	21,2	22,0	21,6	21,3	21,6	24,1	25,9	27,4	29,5	32,0
25-29	23,7	24,6	23,1	23,3	23,8	25,5	27,3	27,8	28,9	32,9
Totale	19,5	20,0	19,2	18,9	19,3	20,5	22,1	22,7	23,9	26,0

Fonte: Istat, Rilevazione sulle Forze di lavoro

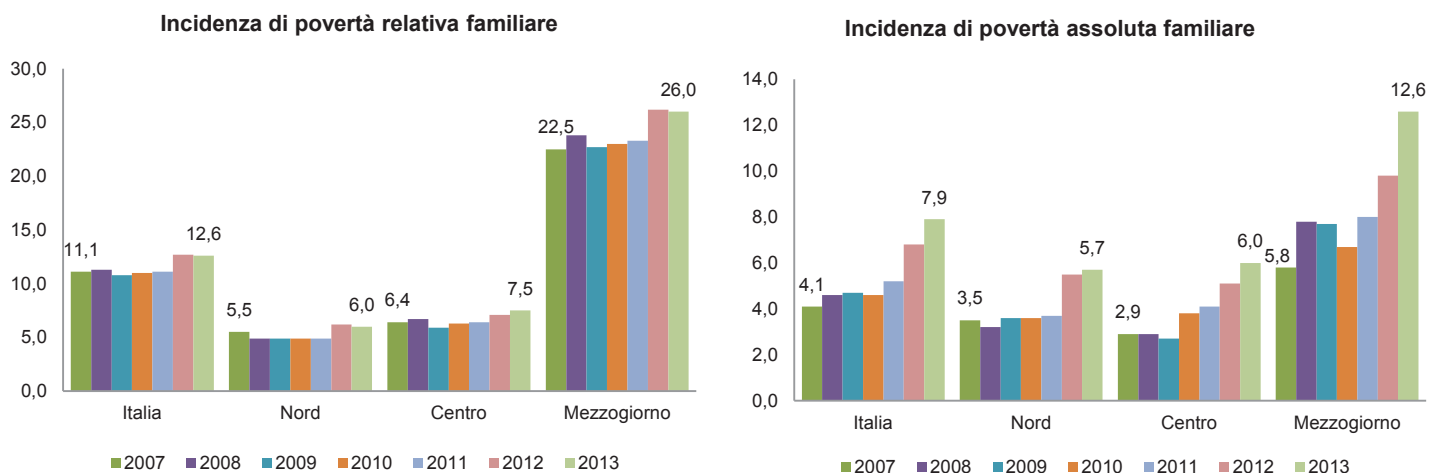
²⁵ Istat. 2014. Rapporto annuale. Roma: Istat. Pagg. 108-111. <http://www.istat.it>; Istat, Cnel. 2014. Bes 2014. Il benessere equo e sostenibile in Italia. Roma: Istat. Pagg. 14-15, 46-55. <http://www.istat.it>; I.stat.

1.7 - Situazione economica e consumi delle famiglie

La relazione fra salute e povertà costituisce oggetto controverso di studio che va oltre l'apparentemente scontata osservazione per cui la mancanza o la carenza di risorse di sopravvivenza possano compromettere lo stato di salute²⁶. La condizione di povertà è, infatti, associata anche all'esclusione sociale (di cui costituisce un indicatore statistico fondamentale), in quanto induce a uno stato di svantaggio generalizzato, caratterizzato dalla impossibilità, incapacità o discriminazione nella partecipazione ad importanti attività e aspetti della vita sociale. Tale condizione di deprivazione materiale e isolamento sociale, specie se protratta nel tempo, espone le persone a rischi di vulnerabilità e situazioni di incertezza, disagio e inadeguatezza, che possono minare la salute, fisica e psicologica, delle persone²⁷.

L'incremento dell'incidenza della povertà relativa dall'inizio della crisi economica rispetto al 2013 (+1,5 punti percentuali dal 2007 a livello nazionale, +3,5 punti nel Mezzogiorno) indica un ampliamento della disuguaglianza economica, mentre il raddoppio della povertà assoluta (da 4,1 per cento nel 2007 al 7,9 per cento nel 2013) evidenzia un fortissimo aumento delle famiglie il cui livello di vita è inferiore allo standard minimo accettabile. Tali fenomeni hanno iniziato a interessare anche sottogruppi di popolazione e aree territoriali che, precedentemente, presentavano una diffusione del fenomeno molto contenuta²⁸ (Figura 1.4).

Figura 1.4 – Incidenza di povertà familiare relativa e assoluta per ripartizione geografica– Anni 2007-2013 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Indagine sulle spese delle famiglie, Analisi della povertà relativa e degli indicatori di disagio sociale, Analisi della povertà assoluta

²⁶ Cardano M. 2009. Diseguaglianze sociali, povertà e salute. In Brandolini A, Saraceno C, Schizzerotto A. Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione. Bologna: Il Mulino

²⁷ Devicienti F. e Poggi A. 2001. Povertà e privazione economica e sociale: nuove analisi dinamiche in Italia, in Brandolini A., Saraceno C. e Schizzerotto A. (a cura di). Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione. Bologna: Fondazione Ermanno Gorrieri per gli studi sociali; Marmot M. et al. 2013. Report on health inequalities in the EU. European Commission Directorate-General for Health and Consumers. Luxembourg

²⁸ Istat. 2014. Rapporto annuale. Roma: Istat. Pagg. 152, 173 e ss. <http://www.istat.it>; Istat. Cnel. 2014. Bes 2014. Il benessere equo e sostenibile in Italia. Roma: Istat. Pag. 98. <http://www.istat.it>; Istat. 2014. La povertà in Italia. Anno 2013. Roma: Istat (Comunicato stampa, 14 luglio). <http://www.istat.it>; I.stat.



Nel 2013, sono oltre 10 milioni le persone che si trovano in una situazione di povertà relativa in Italia, pari al 16,6 per cento della popolazione e al 12,6 per cento delle famiglie; più di 6 milioni sono quelle che vivono in condizioni di povertà assoluta, il 9,9 per cento della popolazione ovvero il 7,9 per cento delle famiglie.

A livello territoriale, il Mezzogiorno presenta una situazione particolarmente svantaggiata, sia in termini relativi che assoluti. Nel 2013, in questa area del Paese, le famiglie in povertà relativa sono il 26 per cento di quelle residenti (contro il 7,5 per cento del Centro e il 6,0 per cento del Nord) e quelle in povertà assoluta il 12,6 per cento (contro rispettivamente il 6,0 per cento e il 5,7 per cento). Nel 2013, le situazioni più gravi di povertà relativa si osservano tra le famiglie residenti in Sicilia (32,5 per cento) e Calabria (32,4 per cento). All'opposto, nel resto del Paese si rileva un'incidenza decisamente più contenuta: la Provincia autonoma di Bolzano registra il valore più basso (3,7 per cento, in diminuzione rispetto al 2012), seguita da quelle di Trento e dell'Emilia-Romagna (rispettivamente con il 4,3 per cento e il 4,5 per cento).

L'acuirsi della vulnerabilità economico-finanziaria delle famiglie italiane emerge anche se si considerano gli indicatori di deprivazione materiale. Nel 2013, sono in situazione di grave deprivazione (coloro che dichiarano almeno quattro delle nove deprivazioni di riferimento) circa 15 milioni di persone, in 6,3 milioni di famiglie, ossia il 12,5 per cento della popolazione, in calo dopo il picco del 14,5 per cento del 2012, ma su livelli ancora molto elevati rispetto agli anni precedenti²⁹.

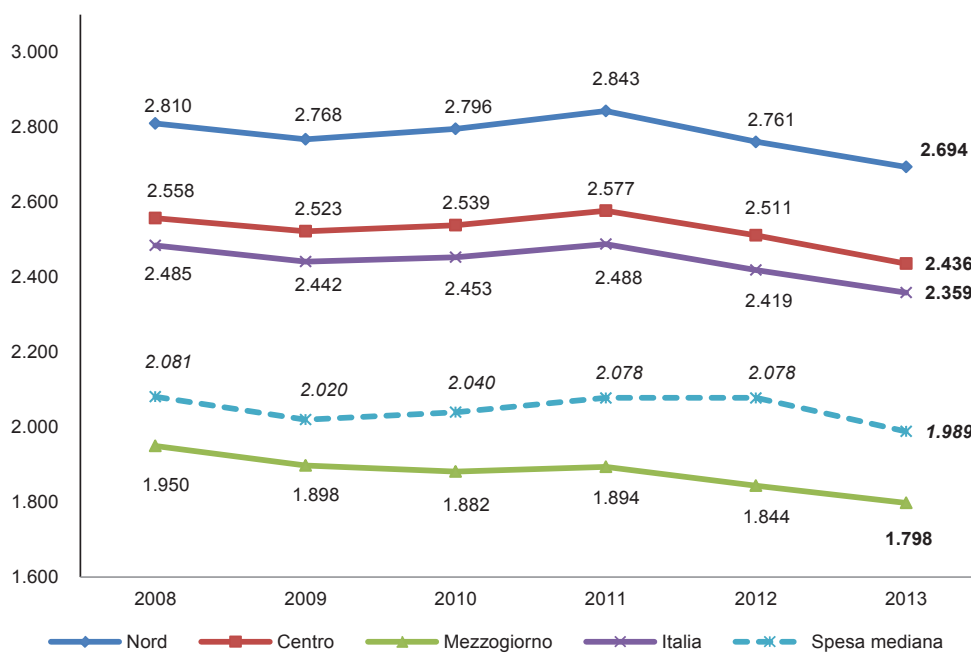
Nel Mezzogiorno si rileva una più ampia diffusione del fenomeno, con valori più che doppi rispetto alla media nazionale: 22,3 per cento contro il 7,3 per cento registrato al Nord e il 7,5 per cento al Centro, con picchi in Sicilia (28,6 per cento) e in Puglia (25,9 per cento). Le situazioni più gravi si verificano per coloro che vivono in famiglie numerose, specie se con minori, in famiglie di monogenitori, in quelle con a capo una persona avente al massimo il diploma o in cerca di occupazione oppure in famiglie in affitto.

I dati relativi ai consumi consentono di verificare la composizione e la dinamica della spesa in base alle principali caratteristiche sociali, economiche e territoriali delle famiglie e forniscono informazioni utili allo studio dello stato di salute degli italiani. Per esempio, attraverso i dati sulla spesa per medicinali, visite specialistiche e analisi cliniche, si può calcolare la propensione alla prevenzione e alla tempestività nelle cure, oppure, attraverso l'analisi della spesa per generi alimentari, si può analizzare la diffusione di stili di alimentazione sana e corretta. Il perdurare della crisi, l'arresto del processo di crescita economica e le criticità presenti nel mercato del lavoro si sono riflessi sulle condizioni economiche delle famiglie determinando un'importante perdita del potere d'acquisto e un calo significativo della spesa per consumi. Le famiglie hanno modificato la struttura dei loro consumi, ritoccando al ribasso la spesa per i generi alimentari, dopo aver limitato drasticamente quella per l'abbigliamento, l'arredamento e la manutenzione della casa. Viceversa, sono cresciute alcune spese incompressibili, come quelle per le utenze domestiche; sono aumentate le famiglie che fanno ricorso all'hard discount e quelle che hanno ridotto la qualità o la quantità dei generi alimentari acquistati, nel tentativo di contenere la spesa³⁰.

²⁹ Istat. 2014. Rapporto annuale. Roma: Istat. Pagg. 22, 174. <http://www.istat.it>; Istat, Cnel. 2014. Bes 2014. Il benessere equo e sostenibile in Italia. Roma: Istat. Pagg. 98 e ss. <http://www.istat.it>; I.stat.

³⁰ Istat. 2014. Rapporto annuale. Roma: Istat. Pagg. 22-23. <http://www.istat.it>; Istat, Cnel. 2014. Bes 2014. Il benessere equo e sostenibile in Italia. Roma: Istat. Pag. 97. <http://www.istat.it>.

Figura 1.5 – Spesa media mensile e mediana delle famiglie per ripartizione geografica – Anni 2008-2013 (valori in euro)



Fonte: Istat, Indagine sulle spese delle famiglie


Nel 2013, la spesa media mensile per famiglia è pari a 2.359 euro, in calo, in valori correnti, del 2,5 per cento rispetto al 2012. Metà delle famiglie italiane spende meno di 1.989 euro al mese, valore, in diminuzione del 4,3 per cento rispetto al 2012³¹ (Figura 1.5). La spesa per alimentari passa da 468 a 461 euro e costituisce il 19,5 per cento della spesa media mensile a livello nazionale. A livello territoriale, si osservano differenze significative, sia per la composizione che per l'andamento della spesa. Nelle regioni del Mezzogiorno si osserva un minor livello di spesa media mensile: quello più basso si osserva in Sicilia, con una spesa media mensile di 1.580 euro; quello più elevato, 2.968 euro, è registrato in Trentino-Alto Adige.

Le spese per la sanità si riducono in Italia dello 0,8 per cento ma aumenta la loro quota rispetto alla spesa media totale mensile, dal 3,6 per cento del 2012 al 3,7 per cento del 2013. In particolare, si registra una diminuzione nelle spese per medicinali, visite specialistiche e dentista, segnale di un possibile rischio di abbandono di comportamenti di prevenzione e tempestività nel campo della salute. Risultano, invece, in aumento le spese per analisi cliniche e accertamenti diagnostici, la cui causa, tuttavia, potrebbe non dipendere da un maggior ricorso a questi strumenti clinici ma, semplicemente, da un aumento del costo dei ticket da parte del servizio sanitario³².

A livello territoriale, la quota di spesa dedicata alle cure mediche varia dal 3 per cento della Provincia autonoma di Bolzano al 4,3 per cento della Basilicata, a causa della presenza di anziani ma anche della diversa compartecipazione delle istituzioni locali alla spesa sostenuta dalle famiglie. Nel Mezzogiorno si è osservato un fortissimo

³¹ Istat. 2014. I consumi delle famiglie. Anno 2013. Roma: Istat (Comunicato stampa, 8 luglio). <http://www.istat.it>; I.stat.

³² Istat, Cnel. 2014. Bes 2014. Il benessere equo e sostenibile in Italia. Roma: Istat. Pag. 97. <http://www.istat.it>.



calo della spesa dedicata alle cure sanitarie, specie nelle Isole (-10,6 per cento), con una riduzione di quella per visite mediche generiche e specialistiche del 25,5 per cento.

CAPITOLO 2 STILI DI VITA¹

2.1 - Consumo di tabacco

L'esposizione al fumo di tabacco rappresenta la principale causa prevenibile di morte e di malattia. Essa arreca danni alla salute durante l'intero corso della vita, già a partire dallo sviluppo fetale e nei primi mesi di vita, aumentando i rischi di mortalità alla nascita, di malformazioni congenite e di sindrome di morte improvvisa nei bambini, figli delle mamme fumatrici. Nell'infanzia e nell'adolescenza, questo fattore di rischio è associato a malattie respiratorie, mentre nella popolazione adulta può comportare l'insorgenza di patologie cronico-degenerative, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardio-vascolare, anche nel lungo periodo, poiché i danni alla salute si manifestano a distanza di tempo. È stato calcolato che in Europa e in America al fumo sia imputabile il 16 per cento delle morti². Più in particolare, si stima che, in Italia, dalle 70 mila alle 83 mila morti l'anno siano attribuibili al fumo, con oltre il 25 per cento di decessi compresi tra i 35 e i 65 anni di età³. L'aspettativa di vita dei fumatori si accorcia di circa 10 anni, ma a pagare le conseguenze del consumo di tabacco sono anche i non fumatori esposti al fumo passivo, a causa del quale si valuta che muoiano ogni anno oltre 600 mila persone nel mondo⁴.

Considerata la rilevanza del fumo di tabacco per la salute pubblica, nel 2003 l'Organizzazione mondiale della sanità ha indicato come target la riduzione del 30 per cento del numero dei fumatori entro il 2025⁵. Per raggiungere questo obiettivo, diverse politiche e interventi di contrasto al consumo di tabacco sono stati adottati a livello mondiale, europeo e nelle singole nazioni⁶, con risultati positivi nella lotta contro il fumo. Ciò è avvenuto anche in Italia, sebbene altri paesi abbiano conseguito una maggiore riduzione della quota di popolazione che dichiara di fumare tutti i giorni: nel 2012 la percentuale di italiani che fumano (22,1 per cento) è risultata leggermente più alta rispetto alla media Ocse (21 per cento) ma è diminuita rispetto al 2000, quando era pari a 24,4 per cento. Inoltre, in alcuni casi, come quelli di Svezia, Norvegia, Islanda, Stati Uniti e Australia, la diffusione di questo comportamento insalubre tra gli adulti è scesa sotto la quota del 16 per cento⁷, a dimostrazione del fatto che ulteriori significativi miglioramenti sono possibili.

¹ Il capitolo è stato redatto da Francesca Vannoni.

² World health organization. European Tobacco Control Status Report 2014. Copenhagen: WHO Regional office for Europe. Consultabile all'indirizzo web: <http://www.euro.who.int/en/home>.

³ Ministero della Salute, Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2011. Roma: Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario.

⁴ Öberg, M, Jaakkola, M. S, Woodward, A, Peruga, A. 2011, Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. The Lancet. 377: 139-146.

⁵ World health organization. 2003. Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization. Consultabile all'indirizzo web <http://www.who.int/en/>.

⁶ Vedi nota 2.

⁷ World health organization. 2014. OECD Health Statistics 2014. Dove si colloca l'Italia? Consultabile all'indirizzo web: <http://www.oecd.org>.



Nel caso specifico dell'Italia, si tratta di rafforzare la tendenza, in atto già da alcuni decenni, che ha portato a una graduale diminuzione del consumo di tabacco.

Nel 2013, la quota di fumatori tra la popolazione di 14 anni e più è pari al 21,1 per cento ed è diminuita di circa un terzo rispetto al 1983, quando fumava il 31,1 per cento della popolazione di 14 anni e più, soprattutto a causa del decremento di fumatori tra gli uomini. Persistono le differenze di genere, sebbene siano meno marcate rispetto a trent'anni fa, quando fumava circa la metà degli uomini e meno di una donna su cinque si dichiarava fumatrice⁸.

Analizzando più in dettaglio l'andamento dell'abitudine al fumo, si nota che, nel 2009, c'è stata una tenue ripresa rispetto al 2005⁹, l'anno in cui è entrata in vigore la Legge 3/2003¹⁰, che ha introdotto il divieto di fumo nei locali al chiuso accessibili a utenti o al pubblico, compresi i luoghi di lavoro e i locali ricreativi, a eccezione degli spazi riservati ai fumatori. Successivamente i valori si sono prima assestati e poi sono ulteriormente calati con la diminuzione di un punto percentuale nel 2013 rispetto all'anno precedente. Inoltre è diminuita sensibilmente la quota dei forti fumatori, ossia coloro che fumano oltre 20 sigarette al giorno (da 38,1 per cento del totale dei fumatori nel 2005 a 31,2 per cento nel 2013)¹¹.

Quindi, nel complesso, durante gli anni dell'attuale crisi economica italiana, la diffusione di questo comportamento insalubre sarebbe caratterizzata da una sostanziale stabilità dell'abitudine, effetto, da un lato, della diminuzione dei consumi correlata con l'aumento del costo e, dall'altro, di una maggiore tendenza a fumare come comportamento adattativo ai fattori stressanti¹².

Con riferimento alla distribuzione per età, le quote di fumatori sono più elevate per gli uomini di 25-44 anni (35,0 per cento) e per le donne di 45-54 anni (21,3 per cento).

Rispetto al 2005, la percentuale di fumatori rimane pressoché stabile o diminuisce in tutte le classi di età per i maschi. Altrettanto accade per le ragazze e per le donne fino a 54 anni mentre aumentano le fumatrici di 55-74 anni, per cui si accorciano le distanze dai coetanei di sesso maschile.

Inoltre se, da un lato, si assiste alla diminuzione delle fumatrici tra le ragazze, dall'altro, aumenta la percentuale delle giovani di 14-24 anni che iniziano a fumare prima dei 14 anni (da 7,5 per cento nel 2005 a 10,6 per cento nel 2013), sorpassando l'analogo valore dei maschi, stabile intorno all'8 per cento¹³.

A parità di struttura per età della popolazione, l'abitudine al fumo è più diffusa nell'Italia centrale (23,2 per cento, contro il 21,3 per cento del Mezzogiorno e il 20,5 del Nord). Ci sono però rilevanti differenze di genere, soprattutto nel Mezzogiorno, dove le differenze nel consumo di tabacco fra uomini (28,6 per cento di fumatori) e donne (14,3 per cento di fumatrici) sono maggiori in confronto alle altre aree del Paese.

⁸ Istat, Regione Piemonte. 2014. Tutela della salute e accesso alle cure. Comunicato stampa del convegno La salute in Italia: l'indagine Istat del 2013. Roma, Auditorium del Ministero della Salute, 10 luglio 2014.

⁹ La proporzione standardizzata per età di persone di 14 anni o più che dichiarano di fumare passa dal 22,2 per cento del 2005 al 23,4 per cento nel 2009. Per la consultazione dei valori si rimanda alla tavola 11.1 dell'appendice statistica del volume Istat, CNEL BES 2014. Il benessere equo e sostenibile in Italia, disponibile al seguente indirizzo <http://www.istat.it/it/archivio/126613>.

¹⁰ Art. 51 sulla tutela della salute dei non fumatori della Legge 3/2003 (detta anche Legge Sirchia), applicata a partire dal 10 gennaio 2005.

¹¹ Vedi nota 8.

¹² Costa G, Marra M, Salmaso S, Gruppo AIE su crisi e salute. 2012. Gli indicatori di salute ai tempi della crisi in Italia. *Epidemiologia & Prevenzione*. 36 (6): 337-366.

¹³ Vedi nota 8.

Gli uomini fumano di più in Campania, Sicilia e Toscana e di meno nella Provincia autonoma di Trento, in Friuli-Venezia Giulia e in Veneto. Opposta risulta la distribuzione geografica fra le donne, con meno fumatrici nel Mezzogiorno rispetto al Nord (16,5 per cento) e, soprattutto, rispetto al Centro (19,6 per cento). Le regioni con la minore diffusione femminile dell'abitudine al fumo sono la Puglia, la Basilicata e la Calabria; Lazio, Umbria e Toscana compaiono invece in cima alla graduatoria per la quota di donne che dichiarano di fumare.

Rispetto al 2005, si nota una lieve flessione nella quota di fumatori in tutte le ripartizioni geografiche relativamente agli uomini, mentre altrettanto non accade per le donne del Centro e del Mezzogiorno dove, al contrario, in alcune regioni, le fumatrici addirittura aumentano (Sicilia, Puglia e Molise). Anche in Piemonte si rileva un aumento della percentuale di fumatrici rispetto al 2005, sebbene nell'intera ripartizione del Nord ci sia stato un calo.

La distribuzione sociale dell'abitudine al fumo varia in ragione del sesso e della classe di età. Tra gli uomini con meno di 65 anni, la quota di fumatori cresce al diminuire del livello di istruzione mentre le differenze per titolo di studio vengono meno tra gli anziani. Al contrario, tra le donne con almeno 65 anni, l'abitudine al fumo è direttamente associata al livello di istruzione ma la relazione cambia direzione tra le più giovani¹⁴.

A fronte della diminuzione nel tempo della percentuale di fumatori, si registra un aumento dell'incidenza dei fattori sociali sul consumo di tabacco: in particolare, dal 2005 al 2013, aumenta la quota di persone che fumano tra coloro che hanno meno di 65 anni e un basso livello di istruzione¹⁵.

La circostanza che, per la coorte delle donne anziane, l'abitudine al fumo sia direttamente associata con il livello di istruzione deriva dall'andamento temporale della diffusione di questo comportamento insalubre nei paesi occidentali. Alcuni studiosi hanno osservato che il consumo di tabacco e gli effetti sulla mortalità si diffondono come un'epidemia che si sviluppa in quattro stadi, caratterizzati da velocità di transizione differenziate tra gli uomini e le donne e le persone di diversa posizione sociale¹⁶.

Nel primo stadio, all'inizio del ventesimo secolo, l'abitudine al fumo costituisce un comportamento relativamente raro, adottato prevalentemente dai gruppi di popolazione socio-economicamente più avvantaggiati e la mortalità correlata al tabacco è bassa.

Nel secondo stadio l'abitudine al fumo diventa più diffusa e aumentano i decessi attribuibili al fumo: dopo la seconda guerra mondiale le proporzioni di fumatori tra gli uomini raggiungono il 50-80 per cento, sono simili nei diversi gruppi socio-economici, o più elevate in quelli più abbienti. Fra le donne, il fenomeno progredisce con un ritardo di circa 10-20 anni rispetto agli uomini (negli anni Novanta il Portogallo era l'unico Paese europeo ancora in questo stadio).

Nel terzo stadio la prevalenza di fumatori, relativamente alla popolazione maschile, scende a circa il 40 per cento, perché molti uomini cessano di fumare, special-

¹⁴ Vedi Figura 9, pagina 32 del rapporto Istat, CNEL BES 2014. Il benessere equo e sostenibile in Italia.

¹⁵ Fonte Istat, Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2013. Dati ripresi dalla tavola 3.4 dell'appendice statistica al comunicato stampa Istat, Regione Piemonte Tutela della salute e accesso alle cure. Anno 2013, Roma 10 luglio 2014, disponibile al sito <http://www.istat.it/it/archivio/128176>.

¹⁶ Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. 1194. A descriptive model of cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*. 3: 242-247.

mente quelli di più elevata posizione socio-economica. Le donne raggiungono il picco massimo (35-45 per cento di fumatrici) e, alla fine di questa fase, la prevalenza inizia a diminuire. Dato che la mortalità attribuibile al fumo progredisce con una latenza di 30-40 anni rispetto all'andamento del consumo di tabacco, si passa da un valore inferiore al 10 per cento di decessi attribuibili al fumo per i maschi, a una quota di circa il 30 per cento.

Nel quarto e ultimo stadio la prevalenza di fumatori decresce lentamente, sia per gli uomini sia per le donne, e l'abitudine al fumo diventa progressivamente più diffusa nei gruppi di posizione socioeconomica più bassa. La mortalità attribuibile al fumo aumenta rapidamente tra le donne mentre tra gli uomini tocca il valore massimo di un terzo dei decessi correlati al fumo, per poi invertire la tendenza e iniziare a decrescere.

Durante l'epidemia del fumo c'è, dunque, un'inversione di tendenza: si passa da un'associazione diretta tra condizione socio-economica e fumo di tabacco a una relazione inversa. L'Italia, con altri paesi del Sud Europa, eccetto il Portogallo che rimane indietro, si trova ancora tra il terzo e il quarto stadio mentre la maggior parte dell'Europa settentrionale è già nel quarto stadio^{17,18}.

Nel nostro Paese, la transizione nel consumo di tabacco dalle persone di elevata posizione sociale a quelle più svantaggiate si sta rapidamente verificando dato che, tra le generazioni più giovani, è evidente un progressivo spostamento dell'epidemia tra gli individui meno istruiti, anche di sesso femminile; tentano, infatti, di cessare di fumare, più frequentemente, le donne con un titolo di studio più elevato¹⁹. Inoltre, il già citato incremento di fumatrici rispetto al 2005, al Sud (vedi pagina 41) dimostra che le regioni meridionali seguono quelle settentrionali nella progressione della cosiddetta epidemia dell'abitudine al fumo.

2.2 - Sovrappeso e obesità

L'obesità rappresenta uno dei maggiori problemi di sanità pubblica, che incide pesantemente sui sistemi sanitari nazionali, considerata l'elevata morbilità associata e il conseguente peggioramento della qualità della vita delle persone. L'obesità costituisce un fattore di rischio per le malattie cardiovascolari, l'ictus, il diabete, alcune forme di tumore, malattie muscolo-scheletriche, malattie del fegato o colicisti; concorre inoltre all'insorgenza o all'aggravamento di altri problemi di salute, fra cui rientrano l'ipertensione, il colesterolo alto, problemi respiratori, aumento del rischio chirurgico e complicanze in gravidanza²⁰.

Si stima che, nei paesi dell'Europa occidentale e centrale, all'obesità e al sovrappeso sia riconducibile circa il 10 per cento dell'intero carico di morbosità misurato

¹⁷ Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ, Crialesi R, Grötvedt L, Helmert U, Lahelma E, Lundberg O, Matheson J, Mielck A, Rasmussen NK, Regidor E, do Rosário-Giraldes M, Spuhler T, Mackenbach JP. 2000. Educational differences in smoking: international comparison. *British Medical Journal*. 320 : 1102-7.

¹⁸ Huisman, M, Kunst, A. E, & Mackenbach, J. P. (2005). Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries. *Tobacco Control*. 14: 106-113.

¹⁹ Federico B, Costa G, Kunst A.E. 2007. Educational inequalities in initiation, cessation, and prevalence of smoking among 3 Italian birth cohorts. *American Journal of Public Health*. 97(5): 838-845.

²⁰ Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (EpiCentro). Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica, alla voce Obesità. Disponibile al seguente indirizzo <http://www.epicentro.iss.it>.

attraverso gli anni di vita persi a causa della malattia, della disabilità o della morte prematura, i cosiddetti Dalys (Disability-adjusted life years). Inoltre, obesità e sovrappeso sono responsabili di circa il 9-12 per cento dei decessi nei paesi, fra cui l'Italia, fondatori dell'Unione europea e di circa il 16-20 per cento delle morti nei 12 stati membri che si sono aggiunti fra il 2004 e il 2007²¹.

Oltre ai costi per l'assistenza sanitaria, bisogna considerare che l'obesità può anche influire negativamente sulla posizione socio-economica delle persone, accrescere il rischio di discriminazione e di esclusione sociale, comportare una riduzione dei guadagni, aumentare le assenze dal lavoro per malattia e la disoccupazione, incidendo, in tal modo, su un insieme di condizioni che, a loro volta, amplificano le disuguaglianze sociali di salute²².

L'epidemia dell'obesità si è sviluppata negli ultimi decenni, in seguito ai cambiamenti sociali, culturali e ambientali. Essa, infatti, oltre a essere causata dalla predisposizione legata alle caratteristiche genetiche e fisiologiche, deriva anche da scorrette abitudini alimentari e dalla mancanza di un'adeguata attività fisica²³.

Per contrastare questa epidemia, l'Oms Europa, in occasione della conferenza di luglio 2013, ha sollecitato la conduzione di politiche e interventi che agiscano su più livelli e che contrastino le disuguaglianze sociali di salute²⁴. A queste politiche promosse a livello internazionale si aggiungono quelle di sanità pubblica dei singoli stati.

Attualmente, in Europa, c'è una grande variabilità delle percentuali di persone in sovrappeso e obese. In 46 dei 51 paesi per i quali i dati sono disponibili è risultato che più del 50 per cento delle persone con almeno 20 anni erano sovrappeso o obese e che, in 40 paesi, più del 20 per cento erano obese²⁵. L'Italia si colloca tra gli stati con i valori più bassi, insieme a Svezia, Paesi Bassi, Austria e Francia. All'opposto, percentuali più alte si riscontrano in Ungheria, Repubblica Ceca e Grecia. I valori particolarmente elevati di Regno Unito e Lussemburgo risentono anche della diversa fonte utilizzata. L'indicatore, infatti, non si basa sulla dichiarazione di peso e altezza dell'intervistato, come negli altri paesi, ma sulla misurazione diretta delle due dimensioni considerate: è noto in letteratura che il dato dichiarato, per gli adulti, comporta una sottostima del fenomeno²⁶.

La prevalenza di obesità continua a crescere in molti paesi Ocse; in Italia l'aumento osservato nell'arco di poco più di un decennio (dal 2000 al 2011/2012) è molto più contenuto rispetto a quello rilevato altrove^{27,28}.

²¹ OECD. 2013. Health at a glance 2013. OECD indicators. OECD Publishing. Disponibile al seguente indirizzo <http://www.oecd.org> (vedi pagina 58).

²² World Health Organization Regional Office for Europe. 2014. Obesity and inequities. Guidance for addressing inequities in overweight and obesity. Copenhagen: WHO Regional office for Europe (vedi pagine 21-22).

²³ Finucane M. M., et al. on behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index). 2011. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *The Lancet*. 377: 557-567.

²⁴ WHO European Ministerial Conference on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020. 2013. Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020, Vienna, 4-5 July 2013.

²⁵ WHO Regional office for Europe. 2013. Methodology and summary. Country profiles on nutrition, physical activity and obesity in the 53 WHO European Region Member States. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

²⁶ Istat. 2014. Noi Italia. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo. Roma. Vedi figura sulle persone di 15 anni e più obese nei paesi europei. Anno 2011 (a) (per 100 persone con le stesse caratteristiche).

²⁷ Vedi nota 7.

²⁸ OECD 2013, 59. Per il riferimento bibliografico completo vedi nota 21.

Nel 2013 la quota di persone obese (11,2 per cento) è cresciuta di quasi 2 punti percentuali rispetto al 2000 e di un punto percentuale rispetto al 2005²⁹. Più della metà della popolazione adulta ha un peso considerato nella norma, un terzo è in sovrappeso e poco più del 3 per cento è sottopeso. Complessivamente, è in eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) il 54,5 per cento degli uomini e il 37,5 per cento delle donne. Questa condizione cresce all'aumentare dell'età, raggiungendo i valori più elevati tra i 65 e i 74 anni, e subisce una lieve flessione nelle età più avanzate³⁰.

Permangono pronunciate differenze geografiche a svantaggio del Sud Italia dove, a parità di distribuzione per età, sono in sovrappeso o obesi il 59,6 per cento degli uomini, con quasi dieci punti percentuali in più rispetto a quelli del Nord-ovest, e il 42,9 per cento delle donne, a fronte del 32,9 per cento del Nord-ovest.

Lo scarto fra gli estremi della graduatoria (Molise e Provincia autonoma di Trento, per quanto riguarda la popolazione maschile, Basilicata e Provincia autonoma di Trento nel caso di quella femminile) è di oltre 15 punti percentuali per entrambi i generi. Più in particolare, le regioni con le prevalenze più alte sono, per i maschi, il Molise (64,8 per cento), la Campania (61,6 per cento), la Sicilia (60,6 per cento), la Puglia (59,1 per cento) e la Basilicata (58,8 per cento); per le femmine, la Basilicata (46,5 per cento), la Puglia (44,1 per cento), la Campania (43,7 per cento), il Molise (43,4 per cento) e la Sicilia (40,8 per cento). Sul versante opposto, si collocano il Trentino-Alto Adige, la Valle d'Aosta, il Piemonte, la Lombardia e la Liguria, con qualche variazione nella posizione di queste regioni nella classifica delle donne rispetto a quella degli uomini³¹.

La quota delle persone in sovrappeso e di quelle obese cresce al diminuire del titolo di studio in tutte le classi di età³². Non sono solo i meno istruiti a portare un maggiore carico di obesità rispetto ai più istruiti ma esiste un gradiente sociale, per cui ogni gruppo ha una prevalenza di obesità maggiore di quello che lo precede e minore di quello che lo segue sulla scala sociale.

Come in altri paesi, anche in Italia l'obesità è aumentata e sta aumentando più rapidamente nei gruppi di popolazione socio-economicamente svantaggiati: il divario tra le persone di diversa posizione socio-economica è in aumento rispetto al 2000 e al 2005 e ciò, a sua volta, contribuisce all'ampliamento delle disuguaglianze sociali di salute³³. Si stima che, in Europa, il 26 per cento dell'obesità negli uomini e il 50 per cento dell'obesità nelle donne sia attribuibile alle disuguaglianze nel livello di istruzione e che la maggior parte delle mortalità premature e della perdita di anni di vita in salute, osservata nei gruppi socio-economicamente svantaggiati, possa essere imputata alle malattie associate all'obesità. Inoltre, è stato osservato che i paesi con maggiori disuguaglianze di reddito hanno anche livelli di obesità maggiori, soprattutto tra i bambini. L'aumento di assunzione di energia attraverso il cibo, più che la diminuzione dello svolgimento di attività fisica, è ritenuto il principale responsabile

²⁹ Istat, Regione Piemonte 2014, 19. Per il riferimento bibliografico completo vedi nota 8.

³⁰ Dati ripresi dalla tavola 3.10 dell'appendice statistica al comunicato stampa Istat, Regione Piemonte 2014. Per il riferimento bibliografico completo vedi nota 8.

³¹ Dati ripresi dalla tavola 3.9 dell'appendice statistica al comunicato stampa Istat, Regione Piemonte 2014. Per il riferimento bibliografico completo vedi nota 8.

³² Dati ripresi dalla tavola 3.11 dell'appendice statistica al comunicato stampa Istat, Regione Piemonte 2014. Per il riferimento bibliografico completo vedi nota 8.

³³ Costa, G., Landriscina T., Migliardi, A. 2014. Vulnerabilità e resilienza alla crisi nelle indagini Istat sulla salute 2000-2005-2013. Presentazione al convegno La salute in Italia: l'indagine Istat del 2013. Roma, Auditorium del Ministero della Salute, 10 luglio 2014.

della crescita dell'epidemia dell'obesità nei gruppi di bassa posizione sociale. È stato stimato che in Italia, Danimarca, Francia, Olanda, Norvegia, Svizzera, Svezia e Gran Bretagna tra il 60 e il 100 per cento dell'aumento di peso sia da attribuire agli eccessi alimentari piuttosto che alla mancanza di attività fisica³⁴.

Particolarmente critico risulta l'eccesso di peso tra i minori, considerando l'impatto negativo che ciò avrà sulla qualità della vita, il benessere delle persone e della società nel suo complesso, con le relative conseguenze sul sistema salute. I bambini e gli adolescenti obesi sono esposti, infatti, fin dall'età infantile a problemi all'apparato respiratorio, a quello osteoarticolare, all'apparato digerente e a quello cardiocircolatorio, oltre a una mobilità ridotta e disturbi di carattere psicologico. In più, l'obesità infantile è spesso predittrice di problemi di peso in età adulta, con i connessi fattori di rischio di natura cardiovascolare e condizioni di alterato metabolismo, come il diabete di tipo 2 o l'ipercolesterolemia³⁵.

In Italia, negli anni 2011-2012, è risultato in sovrappeso o obeso oltre un bambino su tre (35,7 per cento) di 6-10 anni e, nel Sud, addirittura quasi uno su due (48 per cento). La quota si riduce a uno su quattro (25,1 per cento) tra i bambini di 10-13 anni, ma tra i maschi di questa età si attesta comunque al 30,1 per cento³⁶.

L'eccesso di peso dei genitori incide sul rischio di insorgenza di obesità e sovrappeso nei figli: infatti, considerando il dato medio degli anni 2011 e 2012, se entrambi i genitori sono in eccesso di peso, la percentuale di bambini e adolescenti tra 6 e 17 anni obesi o in sovrappeso raggiunge il 38,1 per cento; tale quota quasi si dimezza (20,4) se entrambi i genitori non hanno problemi di sovrappeso. La percentuale è pari al 28,1 per cento e al 26,5 per cento a seconda che sia solo la madre o solo il padre in eccesso di peso³⁷.

L'obesità nei bambini in Europa è fortemente associata con la posizione socio-economica dei genitori: la prevalenza di bambini sovrappeso è maggiore nei paesi con le più elevate disuguaglianze di reddito. Le madri di bassa posizione sociale sono maggiormente a rischio di essere sovrappeso e hanno minori probabilità di allattare i loro bambini. I bambini che non sono stati allattati e che sono nati da madri obese di bassa posizione sociale corrono maggiori rischi di avere povere abitudini alimentari e di diventare obesi e, se hanno uno sviluppo cognitivo basso prima dei tre anni, difficilmente lo recupereranno successivamente.

L'obesità è sempre più associata con la povertà e c'è un rischio elevato che venga tramandata alle successive generazioni.

Inoltre l'obesità tra le donne, specialmente durante la gravidanza, contribuisce ai rischi di salute dei loro bambini e ciò amplifica le disuguaglianze di salute tra le generazioni³⁸.

³⁴ Vedi nota 22.

³⁵ Vedi nota 20.

³⁶ Vedi nota 8.

³⁷ Istat, CNEL BES 2014. Per il riferimento bibliografico completo vedi nota 14.

³⁸ Vedi nota 22.

2.3 - Alimentazione

L'alimentazione è un importante determinante dello stato di salute. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, circa un terzo delle malattie cardiovascolari e dei tumori potrebbero essere evitati grazie a una equilibrata e sana alimentazione³⁹. Una dieta senza un eccessivo consumo di grassi, zuccheri e sale ma ricca di fibre, vitamine e minerali contribuisce, infatti, alla prevenzione di numerose malattie croniche, incluse quelle cardiovascolari, l'ipertensione, il diabete di tipo due, l'ictus, alcuni tumori, disturbi muscolo-scheletrici e alcune condizioni di cattiva salute mentale⁴⁰.

L'Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione (Inran) raccomanda, attraverso le Linee Guida⁴¹, un'alimentazione varia ed equilibrata, ricca di frutta e verdura. Questi alimenti sono una fonte importantissima di fibre, vitamine e minerali e, pertanto, contribuiscono a regolare l'assorbimento del colesterolo; sono essenziali per il corretto funzionamento dei meccanismi fisiologici e contengono antiossidanti che contrastano il processo di invecchiamento precoce delle cellule, spesso all'origine dei processi tumorali. Il consumo quotidiano di almeno cinque porzioni di frutta e verdura aiuta a prevenire sovrappeso e obesità e riduce il rischio di malattie cardiovascolari, del diabete e di altre malattie del metabolismo.

Un inadeguato consumo di frutta e verdura fresca è un fattore che gioca un ruolo nell'aumento di morbosità e secondo l'Oms è responsabile di tre milioni di morti ogni anno⁴².

Fra i paesi europei c'è una grande variabilità nel consumo quotidiano di frutta e verdura. La percentuale degli adulti che dichiarano di consumare quotidianamente la frutta passa dal 20 per cento degli uomini in Finlandia e da poco più del 30 per cento degli uomini islandesi, a più del 90 per cento delle donne svizzere, seguite dall'80 per cento delle slovene e delle italiane.

Il consumo di verdura varia da circa il 30 per cento tra la popolazione maschile in Germania e Finlandia, a oltre il 90 per cento tra quella femminile irlandese e svizzera. L'Italia, che si colloca nelle prime posizioni per il consumo quotidiano di frutta, scivola verso il centro della graduatoria per il consumo quotidiano di verdura.

In tutti i paesi, le donne riferiscono di mangiare la frutta e la verdura più spesso degli uomini, con le più ampie differenze di genere per il consumo di frutta in Danimarca, nella repubblica Ceca, Germania e Islanda (20 punti percentuali o più) mentre Grecia e Turchia sono i paesi con le più contenute differenze fra uomini e donne (sotto il 5 per cento). Per il consumo di verdura, in Norvegia, Danimarca, Finlandia e Germania le differenze di genere superano il 15 per cento.

In tutti i paesi, il consumo quotidiano di frutta e verdura è più diffuso tra le persone anziane rispetto a quelle delle classi di età più giovani, in particolare dei ragazzi e delle ragazze di 15-24 anni, che ne mangiano meno di tutti⁴³.

In Italia, nel 2013, l'83,5 per cento degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e/o verdura almeno una volta al giorno (81,2 per cento degli uomini e 85,6 per cento delle donne). Tra questi, i tre quarti hanno riferito di mangiarne 2-4 porzioni

³⁹ Ministero della salute Alimentazione corretta, disponibile al sito: <http://www.salute.gov.it>.

⁴⁰ Vedi nota 21.

⁴¹ Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione. 2003. Linee guida per una sana alimentazione italiana, disponibili al sito <http://nut.entecra.it/>.

⁴² Vedi nota 39.

⁴³ Vedi nota 21.

mentre solo il 4,8 per cento consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno⁴⁴.

A causa della sovrastima da parte dei rispondenti del concetto di porzione, si è valutato di considerare l'indicatore che misura il consumo quotidiano di almeno quattro porzioni di frutta e verdura⁴⁵.

Sono soprattutto le donne e le persone delle classi di età comprese tra i 45 e i 64 anni a seguire questo modello nutrizionale. La dieta povera di frutta e verdura è particolarmente frequente fra i più giovani: solo il 10,2 per cento dei bambini di 3-13 anni e il 12,3 per cento delle bambine ne fa un consumo rispondente alle linee guida e i valori crescono di poco nella classe di età successiva (14-19 anni)⁴⁶.

La propensione a consumare almeno quattro porzioni di frutta e/o verdura al giorno è meno diffusa nel Mezzogiorno, rispetto al Nord e al Centro e varia sensibilmente tra le regioni, con una differenza di circa 20 punti percentuali per entrambi i generi tra il Piemonte e la Basilicata, collocate, rispettivamente, in cima e in fondo alla classifica per ordine decrescente di quota di consumatori⁴⁷. Le altre regioni con le percentuali più basse di uomini e di donne che mangiano quantità adeguate di frutta e verdura sono la Calabria e il Molise. Inoltre, esaminando l'andamento temporale del consumo di almeno quattro porzioni di frutta e verdura, si osservano delle oscillazioni e, come è già stato notato⁴⁸, una diminuzione del consumo più consistente nel Mezzogiorno, in corrispondenza degli anni di maggiore intensità della crisi economica.

Il consumo adeguato di frutta e verdura è direttamente associato con il livello di istruzione, in Italia⁴⁹ e in molti altri paesi⁵⁰.

Le disuguaglianze sociali nell'alimentazione si radicano già in tenera età: la proporzione di bambini di 3-13 anni che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura cresce all'aumentare del livello di istruzione della madre⁵¹. Queste disuguaglianze si sviluppano presto nell'infanzia, quando i bambini sono probabilmente più recettivi verso preferenze di alimenti salutari, se persistentemente esposti a diversi gusti, come quelli delle verdure e a cambiamenti di sapori attraverso il latte materno. I bambini che sono allattati solo con il latte artificiale, o le cui madri hanno una dieta qualitativamente povera hanno meno probabilità di sviluppare l'apprezzamento per le verdure⁵². Ciò continua attraverso l'infanzia, ma può essere contrastato con diverse iniziative, fra cui, per esempio, la promozione della corretta alimentazione nelle scuole.

⁴⁴ Fonte: Indagine Multiscopo Aspetti della vita quotidiana 2013. Dati estratti da I.Stat <http://dati.istat.it/>.

⁴⁵ Istat, CNEL BES 2014. Per il riferimento bibliografico completo vedi nota 14.

⁴⁶ Per la consultazione dei valori si rimanda alla tavola 14.2 dell'appendice statistica del volume Istat, CNEL 2014. Per il riferimento bibliografico completo vedi nota 9.

⁴⁷ Fonte: Istat Indagine Aspetti della vita quotidiana, secondo i valori della tavola 14.1 dell'appendice statistica del volume Istat, CNEL 2014. Per il riferimento bibliografico completo vedi nota 9.

⁴⁸ Vedi nota 12.

⁴⁹ Fonte: Istat Indagine Aspetti della vita quotidiana, 2013. Persone per consumo di verdure, ortaggi e frutta, sesso, classe di età e titolo di studio - livello nazionale. Tavola disponibile su I.Stat <http://dati.istat.it/>.

⁵⁰ Vedi nota 21.

⁵¹ Istat, Cnel 2014, 31. Per il riferimento bibliografico completo vedi nota 14.

⁵² Vedi nota 22.

2.4 - Sedentarietà

L'Oms considera l'inattività fisica come il quarto fattore di rischio principale per la mortalità globale, dopo la pressione alta, il consumo di tabacco e un elevato livello di glucosio nel sangue. Ogni anno muoiono circa 3,2 milioni di persone perché non sono abbastanza attive fisicamente. Uno stile di vita sedentario, oltre a incidere negativamente sul benessere psico-emotivo e aumentare il rischio di depressione, accresce la probabilità di avere problemi di ipertensione, diabete di tipo 2, malattie cardiovascolari, cerebrovascolari, osteoarticolari e traumi da caduta, soprattutto negli anziani, e alcuni tipo di cancro, fra cui tumore del colon retto e della mammella⁵³.

Lo svolgimento di attività fisica nell'infanzia e nell'adolescenza, oltre a esercitare un ruolo positivo per lo sviluppo psico-fisico e per l'apprendimento, è benefico per la prevenzione e il trattamento di una varietà di problemi di salute giovanile, inclusa l'asma, la salute mentale e la salute delle ossa. Inoltre è importante per i riflessi che ha nel lungo periodo, in quanto da questi primi anni deriva anche il livello di attitudine a svolgere attività fisica in età adulta, con conseguenti ripercussioni sugli esiti di salute nelle fasi successive del ciclo di vita⁵⁴.

L'Oms raccomanda che i bambini svolgano almeno 60 minuti al giorno di attività fisica moderata o intensa, indicazione spesso non rispettata. Nei paesi Oecd, meno di un bambino su quattro ha riferito di svolgere regolarmente attività fisica moderata o intensiva, stando ai risultati dell'indagine *Health behaviours school children* (Hbsc) degli anni 2009-2010. I bambini e gli adolescenti italiani di entrambi i generi risultano avere le percentuali più basse di coloro che hanno riferito di aver svolto attività fisica per almeno 60 minuti al giorno nell'ultima settimana (intorno al 10 per cento fra gli undicenni), preceduti di poco da quelli danesi, francesi e svizzeri. Il distacco degli italiani è molto ampio in confronto a Austria, Irlanda, Spagna e Finlandia, che si distinguono per oltre il 30 per cento di bambini che hanno riferito di svolgere attività fisica per almeno 60 minuti al giorno nell'ultima settimana. All'età di 15 anni i bambini più attivi risultano essere gli Statunitensi, seguiti dagli Irlandesi, dagli adolescenti della Repubblica Ceca, della Slovacchia e del Canada. L'attività fisica diminuisce tra gli 11 e i 15 anni, con la sola eccezione dei ragazzi italiani e degli Stati Uniti. Lo stesso accade per le ragazze, in molti paesi. Il cambiamento nei livelli di attività fisica tra gli 11 e i 15 anni può riflettere la variazione del tipo di attività, dal momento che il gioco libero è più comune tra i bambini più piccoli e le attività strutturate a scuola o nei club sportivi diventano più comuni in seguito. I maschi tendono a essere più attivi delle femmine in tutti i paesi e ciò suggerisce anche che le opportunità di intraprendere l'attività fisica risentano delle differenze di genere.

Stando alle stime mondiali dell'Oms riferite al 2008, una persona di almeno 15 anni su tre non svolge sufficiente attività fisica (28 per cento degli uomini e 34 per cento delle donne). Bassi o decrescenti livelli di attività fisica spesso corrispondono a livelli di sviluppo economico elevato o in aumento: si passa infatti dal 18 per cento degli uomini e il 21 per cento delle donne che non svolgono un'adeguata quantità di attività fisica nei paesi a basso reddito al 41 per cento degli uomini e il 48 per cento delle donne nei paesi ad alto reddito⁵⁵.

⁵³ World Health Organization. 2014. Physical activity. Fact sheet N°385, February 2014, disponibile al seguente indirizzo <http://www.who.int>.

⁵⁴ Vedi nota 21.

⁵⁵ Vedi nota 25.

In Europa si osserva una forte variabilità fra i paesi nella quota di adulti insufficientemente attivi (dal valore minimo del 17 per cento dell'Estonia al valore massimo del 71 per cento di Malta) e l'Italia, con oltre la metà delle persone di 15 anni e più che non praticano sufficiente attività fisica, occupa la quinta posizione nella graduatoria dei paesi in cui questo fattore di rischio è più diffuso, preceduta, oltre che da Malta, anche da Serbia, Gran Bretagna e Cipro⁵⁶. Per contrastare la sedentarietà, nel 2013 l'Oms ha stabilito che gli Stati debbano ridurre l'inattività fisica del 10 per cento entro il 2025, nel quadro del "Global action plan for the prevention and control of non communicable diseases 2013-2020"⁵⁷.

Nel 2013, nell'ambito della popolazione di tre anni e più, quasi un italiano su tre dichiara di praticare uno o più sport nel tempo libero, per un totale di circa 18 milioni di persone. A questi si aggiunge il 27,7 per cento che riferisce di svolgere solo qualche attività fisica mentre oltre 24 milioni di persone (42 per cento) risultano completamente sedentarie.

Le femmine sono più sedentarie dei maschi (47,3 contro 37,3 per cento). Il 25,8 per cento dei maschi pratica sport con continuità (contro il 17,1 per cento delle femmine) mentre il 10,6 per cento lo svolge saltuariamente (6,9 per cento fra le femmine)⁵⁸. Per entrambi i generi, i sedentari aumentano al crescere dell'età⁵⁹. Considerando esclusivamente l'attività fisica praticata nel tempo libero, esclusa quella svolta a scuola, soltanto il 6,9 per cento dei bambini dai 5 ai 10 anni e il 14,2 per cento dei ragazzi dagli 11 ai 17 anni la svolge per una durata adeguata, secondo le indicazioni dell'Oms⁶⁰.

A parità di struttura per età, la sedentarietà è un problema molto più diffuso nel Meridione, dove più della metà della popolazione con almeno 14 anni non pratica alcuna attività fisica, mentre nel Nord questa percentuale scende al 31,4 per cento. Sicilia, Campania e Puglia sono le regioni con le quote maggiori di persone sedentarie. Sul versante opposto si collocano le Province autonome di Bolzano e Trento e il Veneto, dove le persone manifestano una maggiore attitudine allo svolgimento di attività fisica⁶¹.

Sempre a parità di struttura per età, l'andamento temporale della propensione all'attività fisica presenta alcune lievi oscillazioni dal 2005 al 2013 e, per entrambi i generi, si riscontra un aumento nella quota di persone di 14 anni e più sedentarie nel 2013 rispetto al 2012 (da 35,9 per cento a 37,1 per cento negli uomini; da 43,2 per cento a 45,3 per cento nelle donne). L'aumento della sedentarietà è più pronunciato nel Nord e nel Mezzogiorno, soprattutto in Liguria (dal 33,5 al 41,2 per cento), Piemonte (dal 29,6 al 34,9 per cento) e Campania (dal 47,5 al 52,7 per cento). Nel complesso, la mancanza di attività fisica rimane un problema maggiore nelle aree del Paese dove era già più diffuso rispetto al resto d'Italia, aggravando ulteriormente lo

⁵⁶ World Health Organization Regional Office for Europe 2013, 10. Per il riferimento bibliografico completo vedi nota 25.

⁵⁷ World Health Organization. 2013. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva.

⁵⁸ Istat. 2014. La pratica sportiva in Italia nel 2013. Roma.

⁵⁹ Per la consultazione dei valori si rimanda alla tavola 13.2 dell'appendice statistica del volume Istat, CNEL 2014. Per il riferimento bibliografico completo vedi nota 9.

⁶⁰ Vedi nota 8.

⁶¹ Per la consultazione dei valori si rimanda alla tavola 13.1 dell'appendice statistica del volume Istat, CNEL 2014. Per il riferimento bibliografico completo vedi nota 9.



svantaggio del Mezzogiorno in merito a questo comportamento insalubre⁶².

Si presume che anche la sedentarietà possa aumentare in tempi di crisi economica, soprattutto nelle aree del Paese più colpite dall'impoverimento, poiché le famiglie potrebbero essere costrette a tagliare le spese dedicate allo svolgimento di esercizio fisico, analogamente a quanto osservato per la riduzione del consumo di frutta e verdura, alimenti più costosi del cosiddetto "cibo spazzatura"⁶³.

La sedentarietà cresce al diminuire del livello di istruzione in ogni classe di età, sia per gli uomini che per le donne⁶⁴. Le disuguaglianze sono ancora più accentuate se si esamina il mancato svolgimento di esercizio fisico nel tempo libero, senza cioè considerare l'attività fisica compiuta sul lavoro soprattutto dalle persone con bassi livelli di istruzione e reddito: solo l'11,6 per cento delle persone con basso livello di istruzione pratica attività fisica contro il 34,5 per cento dei laureati. Le differenze sociali più marcate si osservano tra gli anziani, tra i quali la quota di laureati che praticano attività fisica secondo i livelli raccomandati è quasi tripla, rispetto a quella di chi si è fermato alla scuola dell'obbligo (17,7 contro 6,6 per cento)⁶⁵.

2.5 - Consumo di alcol

L'Oms stima che, nel 2012, l'uso dannoso di alcol abbia provocato, a livello mondiale, la morte di 3,3 milioni di persone e che i decessi siano alcol-correlati nel 5,9 per cento dei casi (7,6 per cento per gli uomini e 4,0 per cento per le donne). Il maggior numero di queste morti è dovuto a malattie cardiovascolari, seguite dagli incidenti, dalle malattie gastrointestinali (principalmente la cirrosi del fegato) e dai tumori. Il consumo di alcolici accresce il rischio di sviluppare oltre 200 patologie e rende le persone maggiormente suscettibili alle malattie infettive, come, per esempio, la tubercolosi e la polmonite. Sempre a livello mondiale l'alcol è reputato responsabile del 5,1 per cento degli anni di vita persi a causa di disabilità (i cosiddetti Dalys) attribuibili all'alcol⁶⁶.

Il consumo eccessivo di alcol, oltre a essere nocivo per i bevitori, è pericoloso anche per le altre persone. Ne sono un esempio l'accrescimento del rischio di malformazioni alla nascita e di danni intellettivi come conseguenza dell'esposizione del feto all'alcol, le vittime di incidenti stradali provocati da conducenti che guidano in stato di ebbrezza, le aggressioni e la violenza contro terzi da parte di chi ha bevuto troppe bevande alcoliche⁶⁷.

L'alcol costituisce il principale fattore di rischio della mortalità prematura in Europa ed è considerato responsabile di una morte su sette, tra gli uomini, e di una morte su tredici, tra le donne, nella fascia di età 15-64 anni, producendo un totale di circa 120 mila morti premature in Europa. Più sono giovani i gruppi di età, più è elevata la mortalità attribuibile all'alcol. Infatti l'alcol è stato considerato come la più importante

⁶² Per la consultazione dei valori si rimanda alla tavola 13.2 dell'appendice statistica del volume Istat, CNEL 2014. Per il riferimento bibliografico completo vedi nota 9.

⁶³ Vedi nota 12.

⁶⁴ Vedi figura 7 a pagina 30 del rapporto Istat, Cnel. 2014. Bes 2014. Il benessere equo e sostenibile in Italia. Roma.

⁶⁵ Vedi nota 8.

⁶⁶ World Health Organization. 2014. Global status report on alcohol and health 2014. Luxembourg.

⁶⁷ Vedi nota 21.

causa di morte nei giovani adulti⁶⁸.

Secondo l'Oms, l'Unione europea è la regione con la più elevata proporzione di consumatori di bevande alcoliche e con una quantità di alcol pro capite (12,45 litri di puro alcol all'anno) doppia rispetto alla media mondiale⁶⁹.

Il consumo di alcol varia profondamente tra i paesi europei ed è più alto nei paesi centro-orientali e orientali. I valori maggiori si hanno nella Repubblica Ceca e in Romania, dove il consumo pro capite medio di alcol è oltre i 16 litri all'anno, mentre Malta è il Paese europeo con il più basso livello di consumo, pari a 8 litri, comunque al di sopra rispetto alla media mondiale. Le differenze tra i paesi sono più pronunciate per gli uomini e per i gruppi di età più giovani.

Negli ultimi decenni (1990-2010) il consumo di alcol è diminuito sensibilmente nei paesi dell'Europa meridionale (-28,2 per cento). Anche i paesi occidentali e quelli centro-occidentali hanno avuto un declino complessivo dei consumi (-12,5 per cento)⁷⁰. Nei paesi nordici, il consumo è dapprima diminuito e poi nuovamente cresciuto, arrivando nel 2010 a un valore di poco superiore a quello del 1990. I livelli complessivi di mortalità attribuibili all'alcol sono ancora elevati in Europa, specialmente nel gruppo di paesi centro orientali e in quelli orientali, dove il consumo di alcol è di nuovo in crescita (+7,3 per cento del consumo di alcol pro-capite), dopo la lieve flessione dei consumi dagli anni 1990 agli anni 2000⁷¹.

Oltre a considerare il trend di lungo periodo del consumo pro capite di alcol, è necessario identificare i gruppi di popolazione a rischio per l'inclusione in pericolosi modelli di consumo. Fra questi ultimi rientra l'assunzione di grandi quantità di alcol in un unico episodio, che è un modello di consumo particolarmente nocivo ed è in aumento in alcuni paesi e gruppi sociali, specialmente tra i giovani. Nelle ultime decadi, inoltre, c'è stata una graduale convergenza nelle abitudini di assunzione di bevande alcoliche tra i paesi, con un aumento del consumo di vino in molte nazioni tradizionalmente consumatrici di birra e viceversa. Le variazioni nel consumo di alcol tra i paesi e nel tempo riflettono non solo cambiamenti nell'abitudine di bere, ma anche le risposte alle politiche di controllo dell'uso di alcol. In linea di principio, infatti, tutte le morti attribuibili all'alcol sono evitabili e ci sono chiare indicazioni che le politiche possano fare diminuire considerevolmente la mortalità attribuibile all'alcol, in tempi relativamente brevi⁷². Pertanto l'Oms ha ribadito l'importanza del continuo monitoraggio dell'assunzione di bevande alcoliche e ha indicato le strategie per ridurre il consumo a rischio^{73,74}.

In Italia, i consumatori di alcol a rischio costituiscono nel 2013 il 13,4 per cento della popolazione di 14 anni e più. Rientrano in questo gruppo coloro che superano le soglie del consumo quotidiano specifiche per sesso e fasce di età identificate dall'Inran e le persone che assumono più di sei unità alcoliche in un'unica occasione

⁶⁸ World Health Organization Regional Office for Europe. 2013. Status report on alcohol and health in 35 European Countries 2013. Copenhagen.

⁶⁹ World Health Organization Regional Office for Europe. 2014. Alcohol and inequities. Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm. Copenhagen.

⁷⁰ Un'eccezione in questo gruppo di paesi è quella della Gran Bretagna, dove c'è stato un aumento del consumo registrato di alcol pro capite.

⁷¹ Vedi nota 68.

⁷² Vedi nota 21.

⁷³ World Health Organization. 2010. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva.

⁷⁴ World Health Organization Regional Office for Europe. 2012. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. Copenhagen.



di consumo (il cosiddetto fenomeno del *binge drinking*). Ci sono marcate differenze di genere nel consumo di alcol a rischio, che è molto più diffuso fra i maschi in tutte le classi di età, sebbene fra le generazioni più giovani queste differenze tendano ad assottigliarsi⁷⁵. Inoltre, mentre tra gli uomini questo comportamento insalubre è più diffuso nella classe di età 65-74 anni e, a seguire, in quella degli ultrasessantatreenni, le donne più giovani uguagliano quelle di 65-74 anni. Tra i bevitori non moderati il tipo prevalente di comportamento a rischio varia in ragione dell'età: tra gli anziani, riguarda un consumo giornaliero non moderato, soprattutto di vino durante il pasto, mentre tra i più giovani coincide con gli episodi di ubriacatura concentrati in singole occasioni (*binge drinking*)⁷⁶.

I consumatori di alcol a rischio sono maggiori nell'Italia settentrionale, soprattutto in Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta e Friuli-Venezia Giulia. Ai primi posti della graduatoria delle regioni con le maggiori quote di bevitori non moderati si collocano anche la Sardegna, per gli uomini, e la Toscana, per le donne.

A livello nazionale, la quota di consumatori di alcol a rischio è passata dal 17,4 per cento del 2007 al 13,8 per cento del 2013, sebbene la diminuzione non sia stata costante, ma sia stata interrotta nei primi anni della crisi economica, tra il 2008 e il 2010, per poi riprendere nel 2011 in quasi tutte le regioni. Fanno eccezione le donne della Toscana e quelle della Valle d'Aosta, per le quali le quote di bevitrici non moderate risultano, rispettivamente, stabili in confronto al 2007 o, addirittura, in aumento⁷⁷.

⁷⁵ Per la consultazione dei valori si rimanda alla tavola 12.2 dell'appendice statistica del volume Istat, CNEL 2014. Per il riferimento bibliografico completo vedi nota 9.

⁷⁶ Istat. 2014. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anni 2012 e 2013. Roma: Statistiche report, 9 aprile 2014.

⁷⁷ Per la consultazione dei valori si rimanda alla tavola 12.1 dell'appendice statistica del volume Istat, CNEL 2014. Per il riferimento bibliografico completo vedi nota 9.

CAPITOLO 3 LE CONDIZIONI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE¹

3.1 - La salute percepita

La salute percepita è uno dei principali indicatori di salute soggettiva, riconosciuto a livello internazionale per la sua capacità di riflettere condizioni fortemente correlate con la sopravvivenza e la domanda di prestazioni sanitarie. La percezione dello stato di salute rappresenta inoltre un importante riferimento per una valutazione globale delle condizioni di salute, poiché consente di cogliere la multidimensionalità del concetto di salute, inteso, secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità, come stato di "completo benessere fisico, mentale e sociale" e non semplicemente "assenza di malattie o infermità". La valutazione soggettiva dello stato di salute ha quindi un significato molto importante, implicando un giudizio sul proprio benessere psichico, oltre che fisico, che non è condizionato semplicemente dalla presenza/assenza di malattie o sintomi: il benessere di una persona è anche influenzato dall'ambiente in cui vive, dalla capacità di intessere soddisfacenti relazioni sociali e di trovare, nel mondo circostante, le risposte ai propri bisogni.

Complessivamente, la popolazione italiana giudica abbastanza buone le proprie condizioni di salute e tale valutazione non evidenzia variazioni significative nel tempo². Nel 2013, infatti, la prevalenza standardizzata³ per età di chi dichiara di stare male o molto male è pari al 7,3 per cento tra la popolazione di almeno 14 anni, sostanzialmente stabile rispetto al 2005 (7,4 per cento). Come è naturale aspettarsi, l'autovalutazione dello stato di salute è strettamente associata al naturale deterioramento delle condizioni fisiche e peggiora quindi sensibilmente all'aumentare dell'età; a partire dai 65 anni, la percentuale di coloro che esprimono un giudizio negativo delle proprie condizioni di salute sale al 20,1 per cento (Tavola 3.1).

Le donne mostrano solitamente una peggiore percezione della propria salute, con un divario che aumenta al crescere dell'età, anche per effetto della maggiore prevalenza di malattie croniche, soprattutto fra le donne anziane; oltre i 65 anni dichiara di stare male o molto male il 23,4 per cento delle donne a fronte del 16,6 per cento degli uomini. Differenze significative si osservano anche a livello territoriale. A fronte di percentuali molto più basse di persone che riferiscono cattive o pessime condizioni di salute nel Nord (5,5 per cento nel Nord-ovest e 5,6 per cento nel Nord-est), si riscontrano quote più elevate della media nazionale nel Sud e nelle Isole (rispettivamente 9,5 per cento e 10,3 per cento). Approfondendo l'analisi a livello regionale (Figura 3.1), è particolarmente evidente lo svantaggio di alcune regioni del Sud, quali Calabria e Sicilia, in cui le percentuali di persone che esprimono un giudizio negativo

¹ Il capitolo è stato redatto da Elena Marchesich.

² Fonte Istat, Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2013. Comunicato stampa Istat, Regione Piemonte, Tutela della salute e accesso alle cure. Anno 2013. Roma, 10 luglio 2014. www.istat.it.

³ Al fine di tenere sotto controllo l'effetto della diversa distribuzione per età delle popolazioni a confronto, si è utilizzata come popolazione standard quella del censimento del 2011.



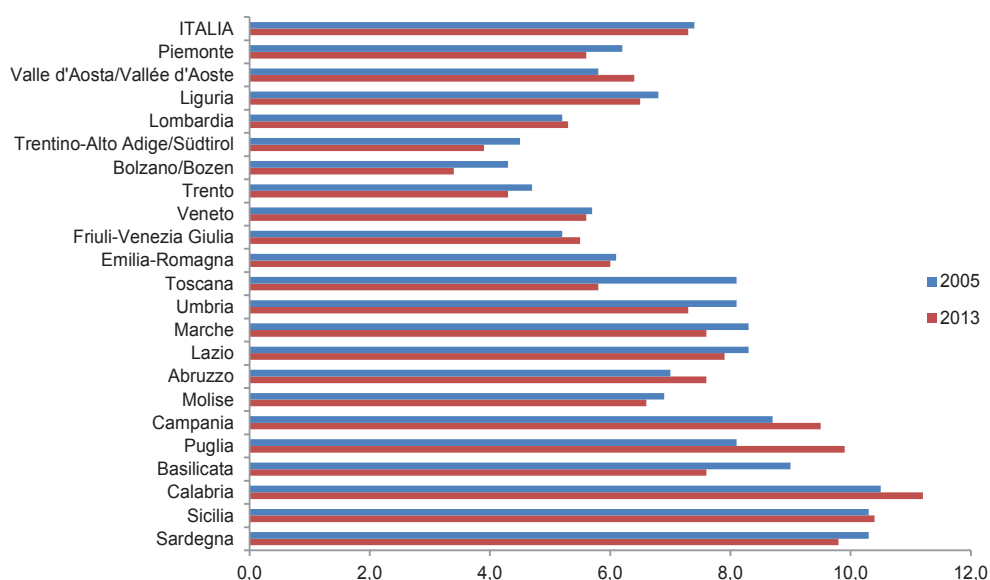
delle proprie condizioni di salute (rispettivamente 11,2 per cento e 10,4 per cento) sono quasi il triplo delle analoghe percentuali rilevate fra i residenti in Trentino-Alto Adige (3,9 per cento) e il doppio di quelle registrate fra i residenti in Lombardia (5,3 per cento). La situazione più favorevole del Nord Italia trova conferma anche nell'analisi dei dati raccolti fra la popolazione anziana. In particolare, il 26,2 per cento e il 29,1 per cento delle persone di almeno 65 anni residenti, rispettivamente, nel Sud e nelle Isole esprimono una cattiva percezione dello stato di salute; si riscontrano invece quote nettamente inferiori per la popolazione della stessa età del Nord-est e del Nord-ovest (rispettivamente il 14,6 per cento e 14,7 per cento).

Tavola 3.1 - Persone di 14 anni e più e persone di 65 anni e più che hanno dichiarato di stare "Male o molto male" per regione, ripartizione geografica e sesso - Anno 2013 (tassi standardizzati per 100 persone)

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Persone di 14 anni e più			Persone di 65 anni e più		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Nord-ovest	4,5	6,5	5,5	12	17,3	14,7
Nord-est	4,8	6,3	5,6	12,4	16,7	14,6
Centro	6,0	8,2	7,2	16,1	24,3	20,3
Sud	8,4	10,6	9,5	22,5	29,6	26,2
Isole	8,5	11,9	10,3	23,2	34,7	29,1
Italia	6,2	8,4	7,3	16,6	23,4	20,1

Fonte: Istat, Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

Figura 3.1 - Persone di 14 anni e più che hanno dichiarato di stare "Male o molto male" per regione - Anni 2005 e 2013 (tassi standardizzati per 100 persone)



Fonte: Istat, Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

Nel tempo, in riferimento alle dinamiche territoriali, si osservano andamenti opposti con miglioramenti nel Centro-Nord e peggioramenti nel Mezzogiorno, forieri di un ulteriore incremento delle disuguaglianze. In regioni come Sicilia, Calabria, Puglia

e Campania, con prevalenze di cattiva salute già elevate nel 2005, rispetto alla media nazionale, continua nel 2013 il trend di crescita; in Sardegna e Basilicata, pur con prevalenze in calo, si registrano comunque quote superiori alla media.

3.2 - Salute fisica, psicologica e mentale

Al fine di indagare con maggiore precisione la percezione delle condizioni psicofisiche degli individui, si sono via via sviluppati in ambito internazionale strumenti finalizzati all'individuazione dei diversi aspetti che concorrono a definire la "salute percepita". Uno strumento sintetico ampiamente utilizzato è la batteria di quesiti del questionario Sf12 (*Short form health survey*) che consente di costruire due indici di salute percepita: uno sullo stato fisico e l'altro sullo stato psicologico. Attraverso ulteriori quesiti è possibile studiare la dimensione della salute mentale.

Gli indicatori sono espressi attraverso punteggi medi. Punteggi molto alti sono associati a condizioni di assenza di limitazioni e disabilità, livelli molto elevati di benessere e presenza di più che favorevoli valutazioni del proprio stato generale di salute. All'opposto, livelli molto bassi dell'indicatore riflettono limitazioni funzionali, importanti disabilità sociali e personali, disagio psicologico e un giudizio sul proprio stato di salute generale veramente poco favorevole.

3.2.1 - Salute fisica e psicologica

Gli indici di stato fisico e di stato psicologico hanno un prevedibile andamento decrescente con l'età, ma la valutazione delle condizioni fisiche decresce in funzione dell'età, più nettamente rispetto a quella delle condizioni psicologiche.

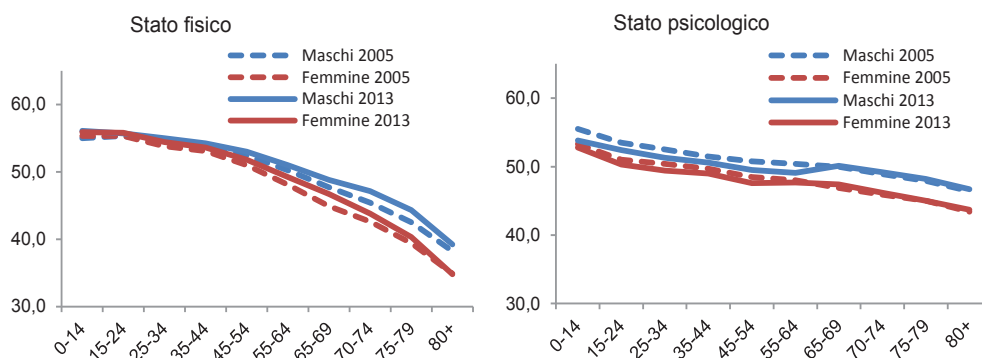
L'indice di stato fisico diminuisce con l'età in modo più accentuato per le donne che per gli uomini; inoltre, rispetto agli uomini, per le donne anziane (dai 70 anni in su) è più marcato il divario fra cattive condizioni di stato fisico e cattive condizioni di stato psicologico (fino a 4,4 punti di differenza dagli 80 in su). Il fenomeno è associato al fatto che, per effetto della maggiore longevità femminile, nella fascia di età più anziana (80 e più) l'età media delle donne è più elevata rispetto a quella degli uomini e si riscontra quindi una maggiore prevalenza di malattie croniche, di condizioni di multicronicità e invalidanti, che influiscono pesantemente sul dolore fisico e sulle limitazioni nelle attività fisiche (Figura 3.2).

Le differenze tra i due sessi appaiono marcate anche per l'autovalutazione delle condizioni psicologiche, ma non aumentano in modo lineare con il crescere dell'età. In particolare, è rilevante il maggiore malessere psicologico manifestato dalle ragazze di 15-24 anni, rispetto ai giovani della stessa età, con un valore più basso di 2,1 punti per le femmine rispetto ai maschi coetanei, a fronte di una valutazione lievemente migliore delle condizioni fisiche (0,1 punti). L'indice di stato psicologico delle donne è comunque più basso di quello degli uomini in tutte le classi di età; la distanza è particolarmente accentuata a partire dai 65 anni, con una differenza massima pari a 3,2 punti per la classe di età compresa fra i 75 e i 79 anni.

Nel 2013, la percezione delle condizioni di salute fisica della popolazione di almeno 14 anni migliora rispetto al 2005 (l'indice medio standardizzato Pcs aumenta di

0,8 punti) ma peggiora quella relativa allo stato psicologico (l'indice Mcs si riduce di 0,7 punti). La diminuzione dell'indice di stato psicologico si rileva soprattutto tra i giovani fino a 34 anni (in particolare tra gli uomini), gli adulti di 45-54 anni e i residenti al Sud. Tra gli anziani, invece, lo stato di salute fisico migliora più che nella popolazione totale, mentre l'indice di stato psicologico non mostra flessioni⁴.

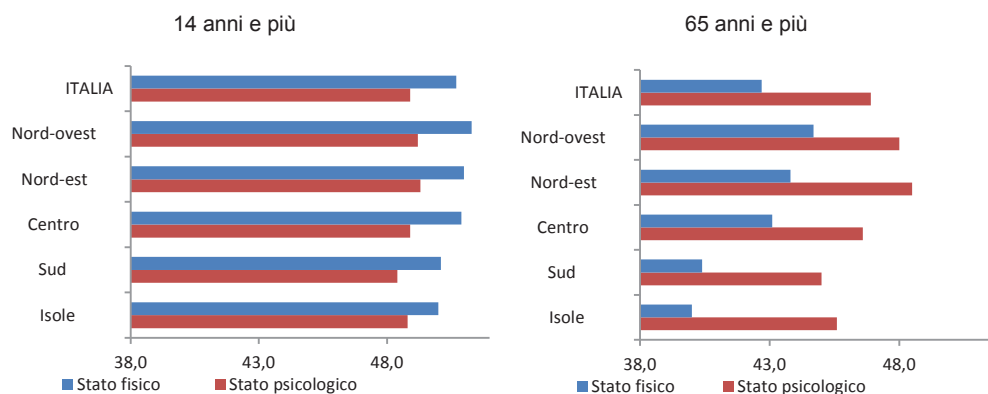
Figura 3.2 - Indice di stato fisico (Pcs) e indice di stato psicologico (Mcs) per classe di età e sesso - Anni 2005 e 2013 (punteggi medi)



Fonte: Istat, Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

A livello territoriale, si evidenzia, anche in questo caso, il gradiente territoriale Nord-Centro-Sud che vede svantaggiate le regioni del Mezzogiorno, soprattutto per lo stato fisico e per la popolazione anziana. Mentre per la popolazione di almeno 14 anni e per l'indice di stato psicologico si osserva, infatti, una situazione abbastanza omogenea tra le diverse aree territoriali, è relativamente alle fasce di età avanzate (65 anni e più) che il Sud e le Isole presentano una peggiore percezione, soprattutto dello stato di salute fisico, con punteggi dell'indice, rispettivamente, pari a 40,4 e 40,0 contro il 44,7 del Nord-ovest (Figura 3.3).

Figura 3.3 - Indice di stato fisico e indice di stato psicologico delle persone di 14 anni e di 65 anni e più per ripartizione geografica - Anno 2013 (punteggi medi standardizzati)



Fonte: Istat, Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

⁴ Vedi nota 2.

3.2.2 - Salute mentale

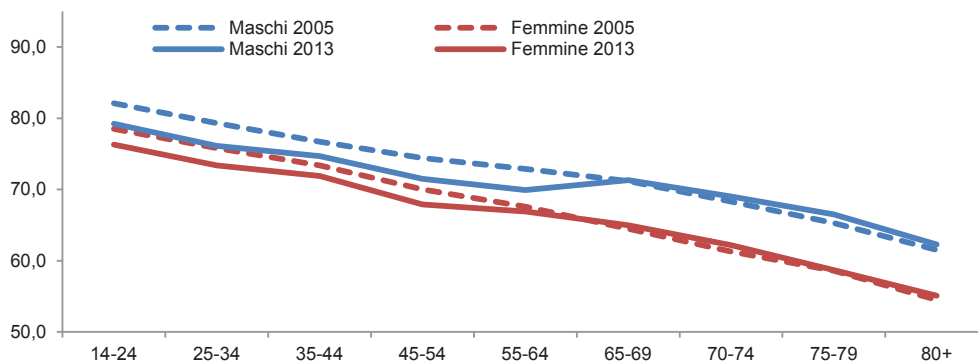
I problemi legati alla salute mentale sono, da almeno un decennio, argomento di attenzione ai vari livelli decisionali (Oms, Ue, a livello nazionale e locale) con l'attivazione di specifici programmi di sanità pubblica. L'espressione "salute mentale", secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità, si riferisce a "uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni".

Nel 2013, dichiarano di essere colpite da invalidità per malattia mentale circa 700 mila persone, pari all'1,1 per cento della popolazione, con un andamento crescente con l'età; la quota raggiunge il 4,4 per cento tra la popolazione con almeno 75 anni. Le persone con Alzheimer o demenze senili sono circa 600 mila (il 4,3 per cento tra le persone di almeno 65 anni), gli individui con disturbi del comportamento alimentare, perché bulimici o anoressici, presentano prevalenze più esigue, complessivamente pari allo 0,5 per cento⁵.

Le sindromi depressive sono il più diffuso problema di salute mentale. Le persone colpite sono circa 2,6 milioni (pari al 4,4 per cento della popolazione), con prevalenze doppie tra le donne rispetto agli uomini; nella fascia di popolazione anziana ne soffre almeno una persona su dieci e, tra le donne ultraottantenni, la quota supera il 16 per cento. Se a queste prevalenze si aggiunge la quota di quanti sono potenzialmente a rischio, perché dichiarano di aver avuto episodi depressivi in passato, la prevalenza complessiva aumenta al 7,8 per cento.

Nella popolazione di 14 anni e più, l'indice di salute mentale è pari a 70,2; essendo correlato alla presenza di disturbi depressivi e di cattive condizioni di salute, il valore dell'indice si riduce con l'età, fra i 65 e i 69 anni è pari a 67,9 ed arriva a 57,7 tra gli ultraottantenni. Si evidenzia, inoltre, uno svantaggio delle donne (68,3), con una differenza del punteggio medio standardizzato di 5 punti rispetto agli uomini (72,3); relativamente alle fasce di età avanzate, le distanze sono più elevate fino a raggiungere quasi 7 punti di differenza a partire dai 65 anni (Figura 3.4).

Figura 3.4 - Indice di salute mentale (Mhi) per classe di età e sesso - Anni 2005 e 2013 (punteggi medi)



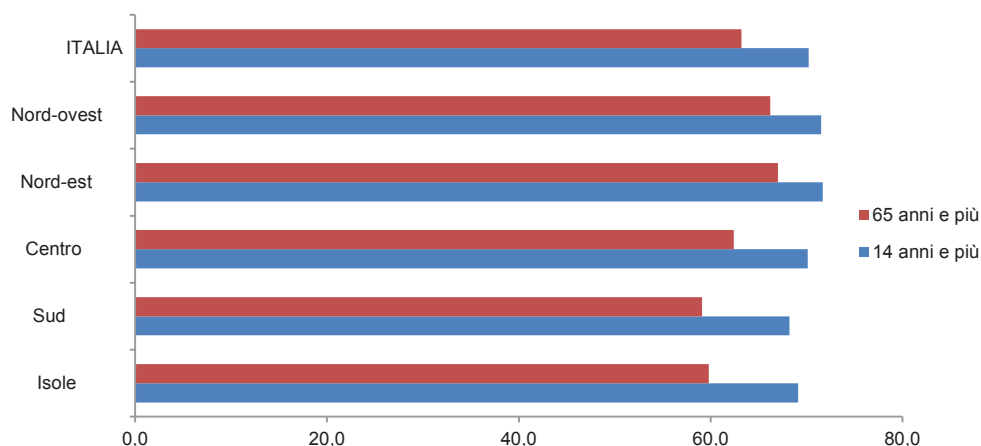
Fonte: Istat, Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

⁵ Vedi nota 2.

Nel 2005, il valore dell'indice di salute mentale era più alto, mediamente, di 1,6 punti (71,8 il punteggio controllato per età). Similmente all'indice di stato psicologico, l'indice si è ridotto soprattutto tra i giovani fino ai 34 anni (-2,7 punti), in misura maggiore tra i maschi e tra gli adulti di 45-54 anni (-2,6); si tratta di segmenti di popolazione maggiormente colpiti nel mondo del lavoro dal periodo di congiuntura economica sfavorevole.

Le condizioni di salute mentale della popolazione presentano un quadro fortemente disomogeneo a livello territoriale, con un evidente svantaggio per le persone residenti nel Mezzogiorno (Figura 3.5). I livelli più bassi dell'indice di salute mentale si registrano in Campania (67,3), Calabria (68,0) e Sicilia (68,3); hanno punteggi più elevati le Province autonome di Bolzano (74,6) e Trento (74,0) e la Liguria (73,2)⁶.

Figura 3.5 - Indice di salute mentale (Mhi) delle persone di 14 anni e più e delle persone di 65 anni e più per ripartizione geografica - Anno 2013 (punteggi medi standardizzati)



Fonte: Istat, Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

3.3 - Morbosità cronica

Il contrasto alla diffusione delle patologie croniche promosso dall'Organizzazione mondiale della sanità, anche con il recente programma Health 2020⁷, assume particolare rilevanza in paesi come l'Italia, caratterizzata, nello specifico, da uno dei più elevati tassi di invecchiamento della popolazione in ambito europeo e internazionale⁸. Molte di queste malattie non sono suscettibili di guarigione e, una volta insorte, possono condizionare la qualità della vita degli individui, compromettendo nel tempo e in modo permanente il livello di autonomia, con conseguente necessità di assistenza e cura.

Nel 2013, quasi una persona su due (il 46,9 per cento della popolazione) ha indicato di essere affetta da almeno una patologia cronica in una lista di 22 patologie.

⁶ Fonte Istat, Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2013. Tavole allegate al comunicato stampa Istat, Regione Piemonte, Tutela della salute e accesso alle cure. Anno 2013. Roma, 10 luglio 2014. www.istat.it.

⁷ Obiettivo del programma europeo Health 2020 è "migliorare in misura significativa la salute e il benessere delle popolazioni, ridurre le disuguaglianze nella salute, potenziare la sanità pubblica e garantire sistemi centrati sulla persona, che siano universali, equi, sostenibili e di elevata qualità".

⁸ Vedi nota 2.

3. Le condizioni di salute della popolazione

59

Le malattie croniche più frequenti nel totale della popolazione sono nell'ordine (Tabella 3.2): l'ipertensione arteriosa (17,3 per cento), l'artrosi/artrite (16,5 per cento), le malattie allergiche (13,7 per cento), la cefalea/emicrania ricorrente (10,8 per cento). Per tutte le malattie croniche si osserva un incremento all'avanzare dell'età, soprattutto per quelle molto severe; fanno eccezione solo alcune patologie, quali la cefalea o l'emicrania ricorrente e, soprattutto, le malattie allergiche che sono più diffuse tra i bambini e i giovani. Nella popolazione anziana (75 anni e più), almeno una persona su due soffre di artrosi/artrite o ipertensione (rispettivamente 52,6 per cento e 59,1 per cento), il 33,6 per cento di osteoporosi, il 19,4 per cento di diabete, il 16,4 per cento di depressione o ansietà cronica⁹.

Tabella 3.2 – Popolazione per tipo di malattia cronica dichiarata e sesso - Anno 2013 (per 100 persone)

MALATTIE CRONICHE	Maschi	Femmine	Totale
Malattie allergiche	13,1	14,2	13,7
Diabete	5,6	5,6	5,6
Celiachia	0,3	0,7	0,5
Ipertensione arteriosa	16,0	18,5	17,3
Infarto del miocardio	2,7	1,1	1,9
Angina pectoris	0,8	0,6	0,7
Altre malattie del cuore	3,7	4,2	3,9
Ictus, emorragia cerebrale	1,3	1,5	1,4
Bronchite cronica, enfisema	3,9	3,7	3,8
Asma	4,2	4,3	4,2
Insufficienza renale cronica	1,3	1,2	1,2
Malattie della tiroide	1,5	8,4	5,1
Artrosi, artrite	11,2	21,5	16,5
Osteoporosi	1,7	12,4	7,2
Disturbi del comportamento alimentare (bulimia, anoressia)	0,3	0,6	0,5
Ansietà cronica	1,9	4,2	3,1
Depressione	2,9	5,7	4,4
Ansia o Depressione	3,7	7,5	5,6
Cirrosi epatica	0,3	0,2	0,3
Tumore maligno	1,5	1,8	1,6
Cefalea o emicrania ricorrente	6,9	14,5	10,8
Parkinsonismo	0,3	0,5	0,4
Alzheimer, demenze senili	0,5	1,3	0,9
Altra malattia cronica	2,8	2,9	2,9

Fonte: Istat, Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

Le donne presentano prevalenze significativamente più elevate per quasi tutte le patologie croniche. Le malattie con netta prevalenza femminile sono: l'osteoporosi (12,4 per cento delle donne contro l'1,7 per cento degli uomini), l'artrosi/artrite (21,5 per cento contro l'11,2 per cento), la cefalea (14,5 per cento contro il 6,9 per cento) e le malattie della tiroide (8,4 per cento contro l'1,5 per cento). I maggiori svantaggi per gli uomini si osservano, invece, per l'infarto (2,7 per cento contro l'1,1 per cento) e per la bronchite cronica/enfisema (3,9 per cento contro il 3,7 per cento). Ad eccezione dell'artrosi/artrite e dell'ipertensione arteriosa, per le quali si registrano

⁹ Vedi nota 6.



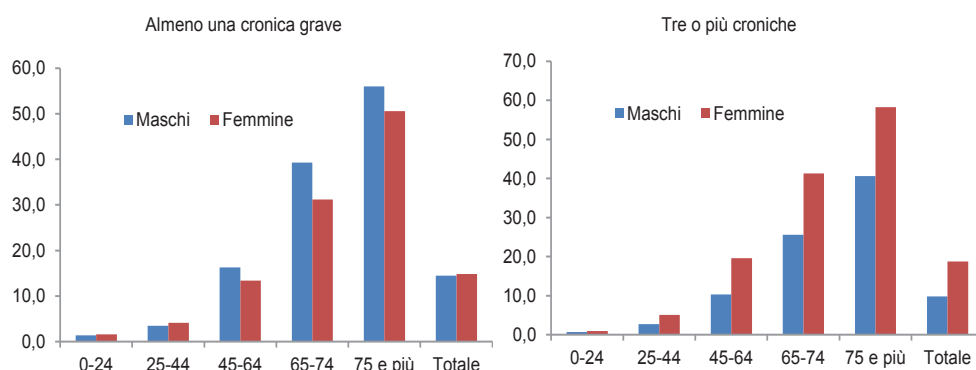
comunque quote molto più elevate fra le donne, nell'età anziana le patologie cronicodegenerative che colpiscono prevalentemente i due sessi non sono le stesse. Gli uomini sono più colpiti da malattie respiratorie; in particolare, il 20,7 per cento degli uomini ultraottantenni soffre di bronchite cronica/enfisema, contro il 13,3 per cento delle donne della stessa età. Tra le donne è invece maggiore l'incidenza delle patologie osteoarticolari; l'osteoporosi, in particolare, si manifesta con una certa frequenza a partire dai 55 anni e affligge il 50,8 per cento delle donne di almeno 80 anni, a fronte di una quota pari al 14,3 per cento di uomini della stessa età.

Rispetto al 2005, a parità di età, aumentano i tumori maligni (+60,0 per cento), le malattie della tiroide (+51,5 per cento), l'Alzheimer e le demenze senili (+50,0 per cento), l'emicrania ricorrente (+38,5 per cento), l'allergia (+29,2 per cento) e l'osteoporosi (+25,9 per cento); diminuiscono invece le prevalenze di bronchite cronica/enfisema (-23,5 per cento) e dell'artrosi/artrite (-18,2 per cento). Queste variazioni nel tempo riflettono l'impatto di molti fattori, tra cui i progressi della medicina e il miglioramento delle capacità diagnostiche, la migliore consapevolezza e informazione dell'intervistato sulle principali patologie rispetto al passato, i cambiamenti epidemiologici in atto in una popolazione che invecchia e progredisce in termini di istruzione.

I due indicatori "persone affette da almeno una malattia cronica grave¹⁰" e "persone con tre o più malattie croniche" consentono di individuare il segmento di popolazione in peggiori condizioni di salute.

Nel 2013, il 14,7 per cento della popolazione ha dichiarato di essere affetto da almeno una malattia cronica grave e il 14,4 per cento riferisce di avere almeno tre patologie croniche (Figura 3.6). Le donne presentano, per tutte le classi di età, tassi di multicronicità significativamente più alti (18,7 per cento contro 9,8 per cento per gli uomini) ma, se anziane, sono meno colpite degli uomini da patologie croniche gravi (50,6 per cento contro 56,0 per cento fra gli ultrasettantacinquenni).

Figura 3.6 - Popolazione con almeno una malattia cronica grave e con tre o più malattie croniche per sesso e classe di età – Anno 2013 (per 100 persone)



Fonte: Istat, Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

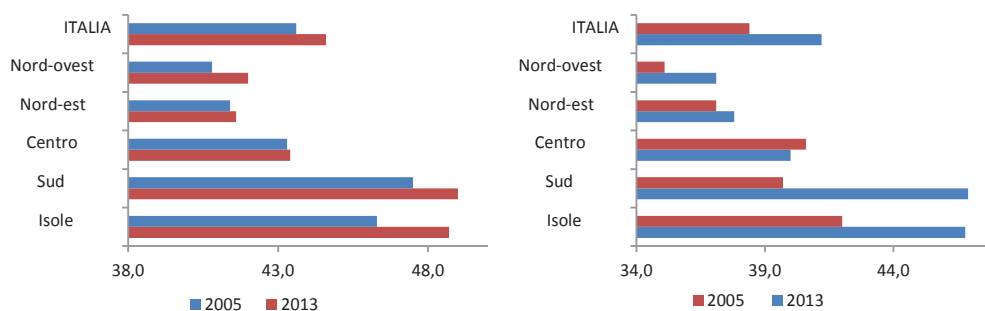
La variabilità territoriale, osservata per la valutazione soggettiva delle condizioni di salute della popolazione anziana, trova conferma nell'analisi dei quozienti standar-

¹⁰ Per l'elenco delle malattie croniche gravi si rimanda alla nota metodologica allegata al comunicato stampa Istat, Regione Piemonte, Tutela della salute e accesso alle cure. Anno 2013. Roma, 10 luglio 2014. www.istat.it.

3. Le condizioni di salute della popolazione

dizzati per età, con il Sud e le Isole che presentano le quote più elevate di persone in peggiori condizioni di salute perché multicroniche o con patologie gravi. Nell'Italia meridionale, in particolare, si osserva la maggior presenza di ultrasessantacinquenni con almeno una malattia cronica grave (49,0 per cento) e multicronici (46,9 per cento), contro una media italiana rispettivamente del 44,6 per cento e del 41,2 per cento nella stessa fascia d'età (Figura 3.7).

Figura 3.7 - Persone di 65 anni e più con almeno una malattia cronica grave e con tre o più malattie croniche per ripartizione geografica - Anni 2005 e 2013 (tassi standardizzati per 100 persone)



Fonte: Istat, Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

3.4 - Limitazioni funzionali

La presenza di limitazioni funzionali è stata rilevata dall'Istat nel biennio 2012-2013, utilizzando la stessa batteria di quesiti inserita nelle precedenti indagini sulla salute, mediante la quale si stimava la presenza di disabilità. L'aggregato cambia, quindi, solo denominazione, per la necessità di accogliere la nuova definizione di disabilità proposta con la classificazione Icf (International classification of functioning, disability and health) dell'Organizzazione mondiale della sanità. Con questa nuova classificazione la disabilità non è più considerata una condizione della persona, concepita come riduzione delle capacità funzionali determinata da una malattia o menomazione, ma come il risultato negativo di un'interazione tra le condizioni di salute dell'individuo e i fattori ambientali che caratterizzano il contesto in cui vive (barriere culturali o fisiche). Si parla dunque di persone con limitazioni funzionali, e non più di persone con disabilità, per riferirsi alla popolazione che presenta difficoltà in alcune specifiche dimensioni: la dimensione fisica, riferibile alle funzioni del movimento e della locomozione; la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane, che si riferisce alle attività di cura della persona; la dimensione della comunicazione che riguarda le funzioni della vista, dell'udito e della parola¹¹.

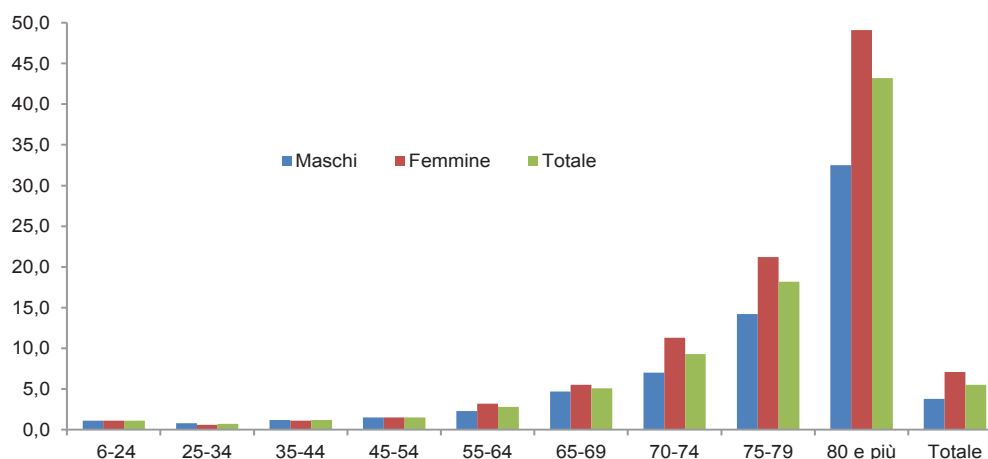
Nel 2013, le persone con limitazioni funzionali sono circa 3,2 milioni, di cui 2 milioni e 500 mila sono anziani. Nel corso degli anni Duemila, il fenomeno risulta in declino: il tasso standardizzato per età passa dal 6,1 per cento del 2000 al 5,5 per cento del 2013 e un analogo andamento si osserva per la popolazione anziana (dal 22,0 per cento al 19,8 per cento)¹².

¹¹ Per approfondimenti si rimanda alla nota metodologica allegata al comunicato stampa Istat, Regione Piemonte, Tutela della salute e accesso alle cure. Anno 2013. Roma, 10 luglio 2014. www.istat.it.

¹² Vedi nota 2.

Le differenze di genere evidenziano uno svantaggio tutto al femminile con un tasso del 7,1 per cento contro quello del 3,8 per cento dei maschi (Figura 3.8). Tale svantaggio non si può giustificare unicamente con la maggiore longevità delle donne: infatti, già a partire dai 55 anni, età in cui cominciano a registrarsi percentuali di una certa consistenza, lo scarto tra uomini e donne emerge in tutte le fasce d'età messe a confronto. La perdita di autonomia funzionale aumenta all'avanzare dell'età: tra le persone di 70-74 anni la quota è pari al 9,3 per cento e raggiunge il 43,2 per cento tra le persone di almeno 80 anni (32,5 per cento per gli uomini e 49,1 per cento tra le donne).

Figura 3.8 - Persone di 6 anni e più con limitazioni funzionali per classe di età e sesso - Anno 2013 (per 100 persone)



Fonte: Istat, Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

Tra le persone con limitazioni funzionali, la quota più alta riguarda quanti riferiscono di non essere completamente autonomi (il 3,4 per cento della popolazione di 6 anni e più, il 31,6 per cento degli ultraottantenni), vale a dire di avere qualche difficoltà o di non essere in grado di svolgere da solo almeno una delle attività essenziali della vita quotidiana (come vestirsi o spogliarsi, lavarsi le mani o il viso, farsi il bagno o la doccia, mangiare tagliando il cibo da solo, ecc.)¹³.

Le limitazioni di tipo motorio (camminare, salire le scale ecc.) affliggono il 2,6 per cento della popolazione di 6 anni e più, con quote molto più alte dopo i 75 anni, fino ad arrivare al 22,5 per cento fra gli ultraottantenni, con forti differenze di genere (25,4 per cento per le donne contro 17,1 per cento per gli uomini).

La situazione di maggiore riduzione dell'autonomia riguarda il 2,5 per cento della popolazione di 6 anni e più, che risulta confinata, cioè costretta a stare a letto, su una sedia o rimanere nella propria abitazione per impedimenti di tipo fisico o psichico. Tra gli ultraottantenni, la percentuale sale al 22,7 per cento ed è più elevata tra le donne (il 27 per cento contro il 14,8 per cento degli uomini). Le persone di 6 anni e più, con limitazioni nella sfera della comunicazione, quali le difficoltà nel vedere, sentire o parlare, sono infine pari all'1,5 per cento della popolazione della stessa età.

Nella maggioranza dei casi (55,5 per cento) le persone cumulano diverse tipologie di limitazioni funzionali; in particolare, è pari al 29,3 per cento la quota di

¹³ Vedi nota 6.

3. Le condizioni di salute della popolazione

popolazione che riferisce sia limitazioni motorie sia difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane.

A livello territoriale (Tavola 3.4), si conferma la dicotomia Nord-Sud¹⁴, anche analizzando i tassi standardizzati che annullano l'effetto dell'età: le aree geografiche con la più alta presenza di persone con limitazioni funzionali sono l'Italia Insulare (7,0 per cento) e l'Italia meridionale (6,9 per cento), contro una media italiana del 5,5 per cento. A livello regionale, il valore più alto si riscontra in Puglia (7,7 per cento), il più basso in Valle d'Aosta (3,7 per cento).

Tavola 3.4 - Persone di 6 anni e più con limitazioni funzionali per tipo di limitazioni e ripartizione geografica - Anno 2013 (tassi standardizzati per 100 persone)

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Con limitazioni funzionali	Tipo di limitazioni funzionali			
		Confinamento	Limitazioni nelle funzioni	Limitazioni nel movimento	Limitazioni vista, udito e parola
Nord-ovest	4,2	1,8	2,5	2,0	1,1
Nord-est	4,8	1,9	3,0	2,3	1,3
Centro	5,2	2,4	3,1	2,5	1,5
Sud	6,9	3,3	4,3	3,1	2,0
Isole	7,0	3,1	4,3	3,5	1,9
ITALIA	5,5	2,4	3,3	2,6	1,5

Fonte: Istat, Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

3.5 - Salute e livello di istruzione

Numerosi studi si sono concentrati sulla determinazione dell'associazione tra lo stato di salute e le principali caratteristiche socio-demografiche individuali e familiari. Ne è emerso come, tra questi fattori, un ruolo particolarmente rilevante sia quello giocato dal livello di istruzione, dato che coloro che hanno conseguito un titolo di studio più elevato godono, mediamente, di un migliore stato di salute rispetto al resto della popolazione. In particolare, tale associazione sembrerebbe mediata dal legame individuato tra livello di istruzione e stili di vita¹⁵, quali l'abitudine al fumo, l'eccessivo consumo di alcol, i regimi alimentari non equilibrati e la sedentarietà. Gli individui con basso titolo di studio non solo hanno più frequentemente stili di vita che influiscono negativamente sullo stato di salute generale di cui godono, ma anche una minore propensione a ricorrere a visite specialistiche, particolarmente utili per la diagnosi precoce di alcune patologie; inoltre, risultano più esposti a fattori di rischio ambientali, anche legati all'esperienza lavorativa¹⁶.

La percezione soggettiva delle condizioni di salute è quindi fortemente correlata al livello di istruzione, peggiorando sensibilmente nelle persone con titolo di studio meno elevato. Nel 2013, tra chi non ha alcun titolo di studio o ha conseguito la sola licenza elementare, si osserva una quota di oltre il 20 per cento che dichiara di sentir-

¹⁴ Il divario Nord-Sud è in parte spiegabile con la maggiore presenza nel Sud di persone che vivono in famiglia. Al Nord, infatti, la maggior offerta di strutture residenziali socio-sanitarie per persone non autosufficienti, soprattutto anziane, può determinare una più elevata quota di persone con limitazioni istituzionalizzate.

¹⁵ Costa G., Spadea T., Cardano M. 2004. Disuguaglianze di salute in Italia.

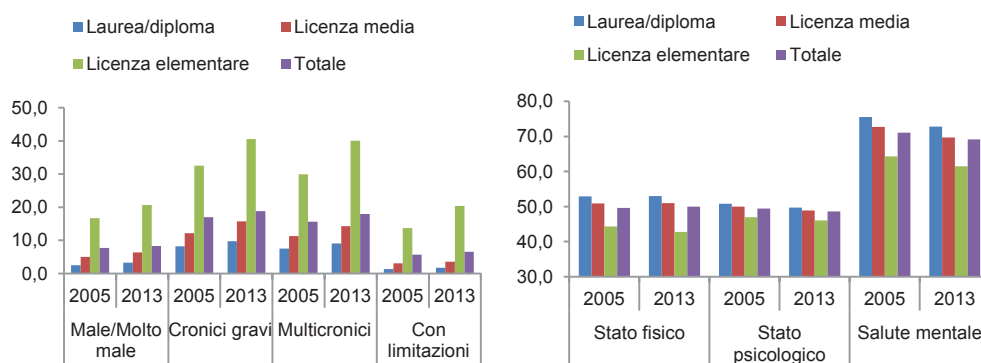
¹⁶ Mamo C., Marinacci C., Demaria M., Mirabelli D., Costa G. 2005. Factors other than risks in the workplace as determinants of socioeconomic differences in health in Italy.

si male o molto male, a fronte del 3,3 per cento delle persone con laurea o diploma di scuola media superiore e del 6,4 per cento delle persone con licenza di scuola media inferiore (Figura 3.9).

La popolazione con basso titolo di studio, che si trova più frequentemente in condizioni socio-economiche sfavorevoli, è colpita in misura più rilevante da patologie cronico-degenerative. Fra quanti hanno una licenza di scuola elementare o nessun titolo di studio, il 40,6 per cento è affetto da almeno una malattia cronica grave, contro il 9,8 per cento dei laureati e diplomati. L'andamento viene confermato anche tra le persone multicroniche e con limitazioni funzionali. Anche i valori dell'indice di stato fisico e dell'indice di stato psicologico diminuiscono al decrescere del livello di istruzione e il divario aumenta con l'aumentare dell'età, in modo più accentuato per l'indice di stato fisico che per quello psicologico. L'indice di salute mentale presenta un andamento analogo, con punteggi medi generalmente meno elevati tra le persone con titolo di studio più basso.

Per tutti gli indicatori di salute, tranne che per l'indice di stato psicologico e quello di salute mentale, il netto svantaggio di chi ha un basso titolo di studio si rafforza, rispetto al 2005, con un divario più evidente per le persone multicroniche.

Figura 3.9 - Persone di 25 anni e più che hanno dichiarato di stare "Male/Molto male", con almeno una malattia cronica grave, con tre o più croniche, con limitazioni funzionali, per livello di istruzione; Indice di stato fisico, di stato psicologico e di salute mentale delle persone di 25 anni e più, per livello di istruzione - Anni 2005 e 2013 (tassi standardizzati per 100 persone e punteggi medi)



Fonte: Istat, Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

3.6 - Speranza di vita in buona salute e senza limitazioni

Secondo le stime del 2012 diffuse da Eurostat, l'Italia si colloca al secondo posto tra i paesi dell'Unione europea nella graduatoria della speranza di vita per gli uomini a ridosso della Svezia (79,9 anni), mentre è al terzo posto per le donne, dopo Spagna (85,5 anni) e Francia (85,4 anni). Anche in Italia, come nel resto d'Europa, le donne sono più longeve degli uomini (84,4 anni contro 79,6 anni) anche se le differenze di genere continuano a diminuire¹⁷.

Le favorevoli prospettive di vita rendono quindi sempre più importante verificare

¹⁷ Istat, Cnel, Bes 2014. Il benessere equo e sostenibile in Italia. Roma, 2014. www.istat.it.

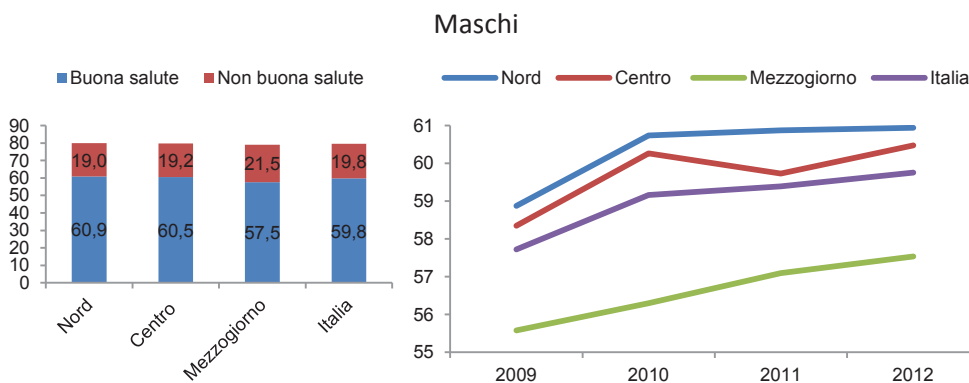
in quali condizioni di salute si traducano i guadagni di sopravvivenza osservati. Il progressivo incremento della popolazione anziana gioca in tale analisi un ruolo fondamentale, per la maggior presenza di processi cronici, non necessariamente letali. La complessa relazione tra aumento della longevità e qualità della sopravvivenza ha dato luogo a diverse ipotesi interpretative, sulle quali ci si continua a confrontare. Da una parte, si ritiene che i progressi ottenuti siano solo apparenti e che l'allungamento della vita porterebbe solo a un aumento del numero di anni trascorsi in cattive condizioni di salute (espansione della morbosità). Sul fronte opposto, invece, si sostiene che al progressivo aumento dell'aspettativa di vita, che determina il concentrarsi delle morti nell'età estrema (compressione della mortalità), sia associata una riduzione dell'incidenza delle malattie più gravi e invalidanti (compressione della morbosità) o, almeno, un loro rallentamento verso le fasi più gravi, con conseguente aumento anche degli anni vissuti in buona salute¹⁸.

Le condizioni di sopravvivenza della popolazione possono essere misurate attraverso la speranza di vita in buona salute alla nascita, un indicatore che integra l'informazione sulla sopravvivenza con quella sulla salute percepita.

In base ai dati del 2012, un nuovo nato in Italia può contare su 59,8 anni di vita in buona salute se maschio e 57,3 se femmina (Figura 3.10). La maggior longevità delle donne non è quindi accompagnata da una migliore qualità della sopravvivenza; esse, infatti, sono colpite più frequentemente e più precocemente, rispetto agli uomini, da malattie meno letali, ma spesso più invalidanti, come per esempio l'artrite, l'artrosi e l'osteoporosi. Le donne trascorrono quindi circa un terzo della loro vita in condizioni di salute non buone (32,1 per cento), contro un quarto degli uomini (24,9 per cento). I residenti nel Mezzogiorno, oltre ad avere una vita media più breve, sono svantaggiati anche per una più bassa speranza di vita in buona salute, rispetto a coloro che vivono al Centro e al Nord: nel 2012, il numero di anni in buona salute è pari a 57,5 anni per gli uomini e 54,9 per le donne, rispetto a 60,9 per gli uomini e 58,4 per le donne del Nord, e a 60,5 per gli uomini e 58,6 per le donne del Centro.

Nel periodo che va dal 2009 al 2012, il numero di anni vissuti in buona salute è aumentato di 2,1 anni per gli uomini e 2,2 per le donne, a fronte di un aumento complessivo della sopravvivenza rispettivamente pari a 0,7 e a 0,4 anni. Aumenta quindi anche la proporzione degli anni vissuti in buona salute sul valore della speranza di vita, passando dal 73,1 al 75,2 per cento per gli uomini e dal 65,6 per cento al 67,9 per cento per le donne.

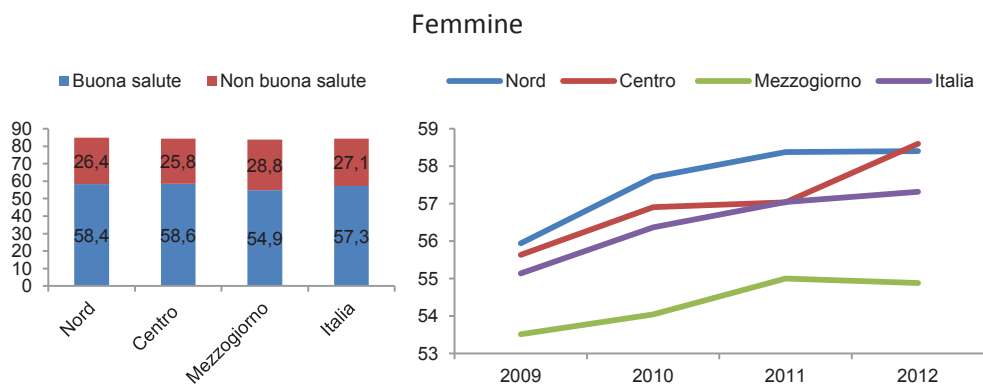
Figura 3.10 - Speranza di vita alla nascita distinta in anni vissuti in buona e non buona salute per sesso e ripartizione geografica - Anno 2012 e anni 2009-2012 (numero di anni)



¹⁸ Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. Relazione sullo stato sanitario del Paese. Anni 2007-2008. Roma, 2009. www.salute.gov.it.



Figura 3.10 segue - Speranza di vita alla nascita distinta in anni vissuti in buona e non buona salute per sesso e ripartizione geografica - Anno 2012 e anni 2009-2012 (numero di anni)

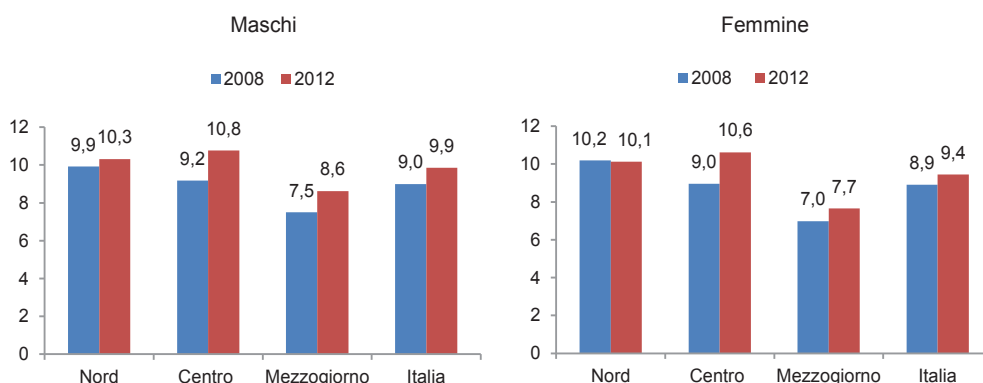


Fonti: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana

Nel caso degli anziani, la qualità degli anni vissuti dipende anche dalle capacità che l'individuo ha di adattarsi all'ambiente, conservando la sua autonomia nelle attività quotidiane, anche in assenza di particolari patologie. L'autonomia può infatti ridursi, non solo a causa di una malattia o di un traumatismo ma anche, più semplicemente, per un generale decadimento psico-fisico legato al processo di invecchiamento individuale. La qualità della sopravvivenza viene quindi misurata anche attraverso un altro importante indicatore: la speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane.

Lo scenario delineato da tale indicatore evidenzia le stesse disuguaglianze di genere e territoriali descritte dalla speranza di vita in buona salute. A 65 anni, una donna può aspettarsi di vivere in media altri 21,8 anni, dei quali 9,4 senza limitazioni di autonomia nelle attività quotidiane; per gli uomini, il numero di anni da vivere senza limitazioni è simile (9,9 anni), a fronte di un minor numero complessivo di anni ancora da vivere (18,3). Nel Sud e nelle Isole, anche la vita media senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni (8,6 e 7,7 anni rispettivamente per uomini e donne) è più breve di oltre due anni rispetto a quella del Centro (10,8 e 10,6 anni) che, nel 2012, ha superato il Nord nella graduatoria per ripartizione geografica (Figura 3.11).

Figura 3.11 - Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni per sesso e ripartizione geografica - Anni 2008 e 2012 (numero di anni)



Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana

3.7 - Mortalità per causa

La descrizione della mortalità per causa rappresenta un elemento di grande importanza per la conoscenza dello stato di salute di una popolazione. La mortalità, infatti, essendo riferita all'evento ultimo nell'esistenza di una persona, è il culmine del processo di deterioramento della salute e quindi fornisce solide e importanti indicazioni sullo stato di salute di una popolazione, che debbono tuttavia tener conto delle caratteristiche delle varie cause di morte; una mortalità elevata può essere legata alla grande diffusione di una malattia ovvero ad una sua diffusione minore ma con un'alta letalità. L'esame della mortalità per causa può fornire utili indicazioni per la programmazione, in termini sia di attivazione di strutture di cura, che di adeguate misure di prevenzione. Anche se quasi tutte le cause sono in diminuzione, la mortalità presenta ancora margini di riduzione, in particolare per quelle cause che si possono giovare di interventi di prevenzione¹⁹.

3.7.1 - La mortalità complessiva

Nel 2012, in Italia sono stati registrati 613.520 decessi: 295.831 uomini e 317.689 donne; il tasso grezzo di mortalità complessiva è pari a 10,3 per mille abitanti, pressoché uguale nei due sessi²⁰. L'analisi della mortalità per causa, riferita ad alcuni grandi gruppi di cause, evidenzia, come ormai da molti anni, che la maggior parte della mortalità complessiva è spiegata dalle malattie del sistema circolatorio e dai tumori, cui sono imputabili quasi il 70 per cento dei decessi, con valori del quoziente di mortalità pari, rispettivamente, a 387,5 e 298,6 decessi per 100 mila abitanti (Figura 3.12). Tra gli uomini il contributo delle due cause è lo stesso (33,7 per cento dei decessi) mentre tra le donne le malattie circolatorie rappresentano la causa di morte più frequente (41,1 per cento), distanziando i tumori (24,4 per cento).

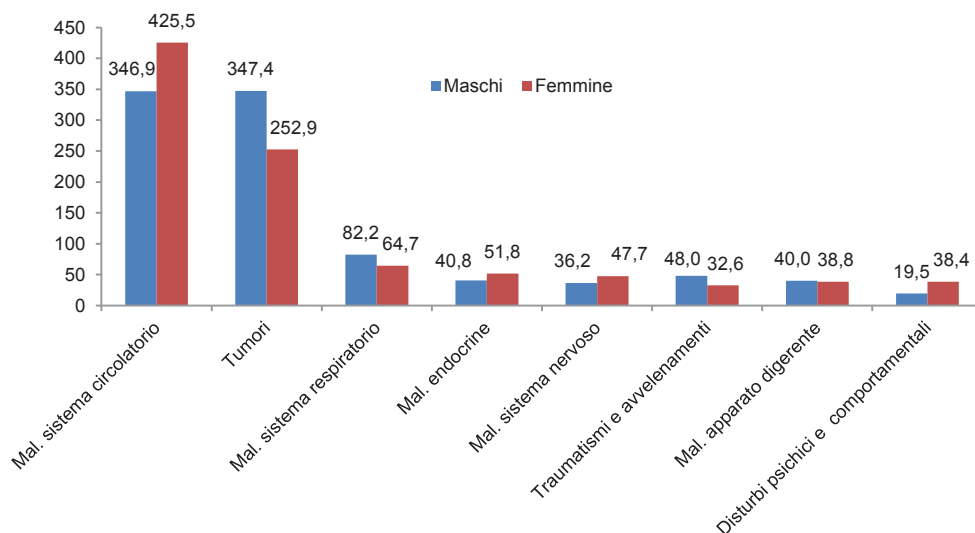
Al terzo posto nella graduatoria generale della mortalità, ma con contributi molto lontani dai primi due gruppi, si collocano i decessi per malattie del sistema respiratorio (73,1 per 100 mila abitanti) che costituiscono la terza causa di morte sia per gli uomini (8,0 per cento dei decessi) sia per le donne (6,2 per cento).

Al quarto e quinto posto, con apporti simili fra loro, si trovano i decessi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche (46,5 per 100 mila abitanti) e quelli associati a malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (42,1 per 100 mila abitanti). In questo caso, tuttavia, la posizione di questi gruppi di cause cambia in funzione del genere. Le malattie endocrine costituiscono la quarta causa di morte per le donne (5,0 per cento dei decessi) e la quinta tra gli uomini (4,0 per cento). Le malattie del sistema nervoso, invece, occupano il quinto posto della graduatoria femminile della mortalità (4,6 per cento dei decessi) e il settimo in quella maschile (3,5 per cento). Le cause di morte violenta (traumatismi ed avvelenamenti) si collocano al sesto posto della graduatoria generale, costituendo la quarta causa di morte per gli uomini (4,7 per cento dei decessi) mentre, tra le donne, questo gruppo rappresenta il 3,1 per cento dei decessi, collocandosi al settimo posto.

¹⁹ Vedi nota 18.

²⁰ Fonte Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Dati estratti da I.stat.

Figura 3.12 - Morti per i primi otto gruppi di cause e sesso - Anno 2012 (quozienti per 100.000 abitanti)



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte

L'analisi per età della mortalità per causa evidenzia forti variazioni. Nei bambini e nelle bambine di età compresa tra uno e 14 anni, le morti dovute a quelle che sono le cause principali nella popolazione totale, tumori e malattie del sistema circolatorio, rappresentano il 38,2 per cento del totale dei decessi (68,6 per cento nella popolazione complessiva); considerando i soli tumori, tuttavia, la percentuale è del 29,8 per cento, ovvero analoga alla proporzione di queste cause nella popolazione complessiva (29,9 per cento).

Negli adolescenti e nei giovani adulti maschi (15-34 anni), la proporzione di decessi per tumori e malattie del sistema circolatorio è ancora più ridotta (23,2 per cento); infatti, la principale causa di morte in questa fascia di età è attribuibile a cause di natura violenta (54,6 per cento). Quest'ultimo gruppo rappresenta la seconda causa di morte tra le adolescenti e le giovani adulte, in percentuale (31,7 per cento) molto inferiore a quella rilevata tra i maschi e preceduta, per poco, dai tumori (31,8 per cento).

Nelle età centrali della vita (35-64 anni), i tumori sono la principale causa di morte complessiva (49,7 per cento) e per genere, con un numero assoluto di decessi maschili (18.748) superiore a quello delle femmine (15.428). I decessi per malattie del sistema circolatorio, in questa fascia di età, costituiscono quasi il 20 per cento degli eventi, con valori assoluti più che raddoppiati negli uomini rispetto alle donne.

Al crescere dell'età, i decessi dovuti a malattie del sistema circolatorio aumentano, sia in termini assoluti che relativi; tra le persone di almeno 65 anni, circa il 40 per cento delle morti è riconducibile a questo gruppo di cause, seguito a distanza dai tumori (26,4 per cento), con una percentuale più elevata negli uomini rispetto alle donne (il 32,5 per cento contro il 21,2 per cento).

3.7.2 - La mortalità infantile

Il tasso di mortalità infantile è uno dei più significativi indicatori di sviluppo di una popolazione, per la forte correlazione fra livelli di mortalità e condizioni di vita. Un secolo fa la maggior parte dei decessi avveniva per cause cosiddette esogene, perché dovute a patologie legate a fattori esterni (in primo luogo malattie infettive e parassitarie), quali una scarsa o inadeguata alimentazione, la presenza di carenti condizioni igienico-sanitarie, mancate conoscenze da parte delle madri, scarso accesso ai servizi sanitari. Oggi, il quadro delle cause di morte è fortemente cambiato, con una netta prevalenza di decessi per cause endogene, cioè legate a condizioni intrinseche della gravidanza o del parto, oppure dovute a malformazioni congenite del bambino²¹.

Nel 2012, i decessi avvenuti nel primo anno di vita sono 1.710, di cui 930 tra i maschi e 780 tra le femmine; il tasso di mortalità infantile è pari a 3,2 per mille nati vivi, risultando essere il più basso osservato finora in Italia e uno fra i più bassi al mondo. Quasi l'80 per cento dei decessi si è verificato per condizioni morbose originatesi nel periodo perinatale (56,7 per cento) e per malformazioni congenite (22,7 per cento)²².

²¹ Istat, La mortalità dei bambini ieri e oggi in Italia. Roma, 2014. www.istat.it.

²² Vedi nota 20.



CAPITOLO 4 RISORSE E ATTIVITÀ DEL SISTEMA SANITARIO¹

Il testo che segue si propone di offrire una sintesi dei principali dati sul sistema sanitario nazionale, suddivisa in tre parti: una descrizione del sistema sanitario italiano e due racconti paralleli, uno dal punto di vista delle sanità pubblica e uno dal punto di vista dei cittadini. Il quadro sul sistema sanitario nazionale si delinea grazie alle numerose fonti sulle relative strutture e risorse, in grado di descrivere entità ed eventi legati al territorio in cui si trovano, indipendentemente dalle caratteristiche degli utenti che ne usufruiscono. Tali dati provengono da elaborazioni Istat di fonti amministrative del Ministero della salute (Sistema informativo sanitario). Il punto di vista dei cittadini, invece, viene descritto a partire dai dati dell'indagine Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", che contiene un ampio ventaglio di informazioni sul ricorso ai servizi sanitari espresse da coloro che vi accedono.

4.1 - Il sistema sanitario nazionale

La promozione "della salute dei cittadini e delle comunità" è il macro obiettivo del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto del principio di sussidiarietà tra Stato e Regioni e in conformità alle direttive della Carta di Tallinn² (2008) che, confermando e rafforzando gli enunciati delle precedenti carte e convenzioni, impegna gli Stati della Regione europea dell'Oms a migliorare la salute dei cittadini attraverso il rafforzamento dei sistemi sanitari, nel riconoscimento delle differenze sociali, culturali ed economiche relative ai rispettivi contesti nazionali. A determinare concretamente il Piano sanitario nazionale, variabili come la crescita demografica legata al tasso positivo di migrazione, l'invecchiamento della popolazione (fenomeno globale che vede l'Italia ai primi posti nella classifica dei paesi più longevi), l'incidenza dei fattori ambientali, i fenomeni epidemiologici, nonché le politiche industriali e di sviluppo economico sostenibile.

Superate le impostazioni mutualistiche delle prime forme di assistenza sanitaria, insufficienti e disomogenee, perché destinate unicamente ai lavoratori dipendenti e alle rispettive famiglie, l'art. 32 della Costituzione Italiana sancisce che "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti". Istituito in ossequio al dettato costituzionale e mediante la Legge 833/1978, il Sistema sanitario nazionale (Ssn) si definisce come complesso delle funzioni, dei servizi e delle attività destinate alla

¹ Il capitolo è stato redatto da Anna Maria Cecchini (par. 4.1) e Rina Camporese (par. 4.2 e 4.3). Ha collaborato Rita Maggian per l'elaborazione dei dati.

² World Health Organization 2008, Carta di Tallin; www.salute.gov.it.



promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione alcuna, ovvero nel rispetto dei principi di globalità degli interventi in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, uguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio, unitarietà di interventi tra istituzioni pubbliche e private che svolgono attività comunque incidenti sullo stato di salute dei cittadini, coinvolgimento dei cittadini nell'attuazione del servizio, mediante forme di partecipazione, a garanzia di un controllo non istituzionale sull'efficienza ed efficacia del Servizio ai vari livelli di intervento. Da allora, il Ssn ha subito diverse riforme nella direzione della razionalizzazione: prima nel 1992³, quindi l'anno successivo⁴, fino al D.lgs. n. 229/99 che introduce la c.d. Riforma Ter⁵. Nel mezzo, un referendum popolare di abrogazione delle disposizioni che affidavano alle Unità locali socio sanitarie (Ulss) i controlli in materia di ambiente e la Legge 61/94, con cui sono stati soppressi gli ex Presidi multizonali di prevenzione delle Ulss e istituite le Agenzie regionali di prevenzione ambientale (Arpa).

Nei fatti, pur confermando i principi universalistici e solidaristici del nostro sistema sanitario e riaffermando il diritto alla salute non solo come un bene comune, ma come un vero e proprio diritto soggettivo tutelato individualmente dall'ordinamento, il modello sanitario istituito con la Legge 833/78 mostra ben presto alcune criticità (soprattutto di natura gestionale) che portano, all'inizio degli anni Novanta, a un nuovo riassetto del Ssn, con la prima riforma, per l'appunto, nel biennio 1992-1993. Le Usl diventano aziende pubbliche, Aziende sanitarie locali (Asl)⁶, coincidenti di norma con l'ambito territoriale della provincia e dotate di autonomia organizzativa, patrimoniale e contabile; configurate come articolazione territoriale del sistema sanitario regionale, ma ridimensionate nel territorio (da 600 a 200 in tutta Italia). Sulla base del nuovo dettato normativo, la programmazione sanitaria viene vincolata alle risorse finanziarie messe a disposizione dal bilancio nazionale e istituito il Fondo sanitario nazionale⁷. La ripartizione tra le Regioni è affidata alla Conferenza Stato-Regioni. Con la riforma introdotta nel '92 si istituisce anche la Carta dei Servizi Sanitari, al fine di monitorare le prestazioni sanitarie e valorizzare il rapporto tra cittadino e Ssn, riconoscendo alla persona assistita i cosiddetti Diritti di opposizione e del "Consenso informato"⁸ sulla prestazione sanitaria offerta. Un altro diritto fondamentale riconosciuto al cittadino-utente del Ssn è quello della libera scelta del luogo di cura.

La Riforma Ter, nelle controversie che l'hanno caratterizzata fino alla sua definitiva approvazione nel giugno del 1999, mette in relazione l'erogazione di livelli uniformi di assistenza con le risorse disponibili, nel quadro di una programmazione finalizzata al possibile, anziché all'ideale; decreta la rilevanza dei controlli di qualità, ovvero la soddisfazione dell'utenza in relazione alla qualità dei servizi erogati da parte delle Aziende sanitarie tenute, altresì, a conseguire obiettivi di efficienza ed efficacia sul piano sanitario e tecnico-economico.

³ D.lgs 502/1992.

⁴ D.lgs. 517/1993.

⁵ D. Lgs 229/1999 "Riforma Bindi" (attuata su delega della Legge 419/98) che aggiorna e modifica il D.lgs 502/1992.

⁶ Le Regioni hanno adottato diverse denominazioni: Asl-Azienda sanitaria locale; Ausl-Azienda unità sanitaria locale; Aluss-Azienda unità locale socio-sanitaria.

⁷ Legge finanziaria 662/1996.

⁸ Art. 76, d.lgs. 196/2003 e s.m.i.

È stato quindi agevolato il processo di regionalizzazione del Servizio sanitario nazionale: il Servizio sanitario regionale (Ssr) si articola in 21 Servizi sanitari 'regionali e Province autonome'. In materia di sanità, le Regioni assumono un peso importante quanto a competenze, programmazione e gestione dei servizi, nonché la facoltà di intervenire sull'articolazione territoriale e sul finanziamento delle aziende sanitarie, cui è operativamente demandata l'erogazione dei servizi. Le Asl provvedono all'erogazione dell'assistenza o mediante strutture interne (ad es. distretti sanitari di base, i presidi ospedalieri non costituiti in aziende ospedaliere) e/o appoggiandosi ad altre istituzioni sanitarie pubbliche (aziende ospedaliere, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, aziende ospedaliere-universitarie), ovvero mediante strutture e operatori sanitari privati accreditati.

Così riformati, i nuovi organismi hanno una duplice vocazione, da un lato quella imprenditoriale, dall'altro quella sociale, costantemente a confronto nel rispetto del diritto alla salute e alla sua tutela. Tende così ad affermarsi un rapporto più partecipato tra cittadino e pubblica amministrazione e, quindi, una maggiore trasparenza e umanizzazione delle procedure, l'informazione, la consultazione e la verifica dei risultati, mediante indicatori per la verifica dello stato d'attuazione dei diritti; le prestazioni sanitarie devono però fare i conti con disponibilità finanziarie e protocolli scientifici: tra tutti, il principio di "appropriatezza" che diventa, unitamente all'efficienza e un adeguato livello qualitativo, il parametro essenziale per l'individuazione dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria (Lea)⁹. Definiti a livello nazionale con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 (entrato poi in vigore nel 2002), i Lea possono differire da Regione a Regione. Nella fattispecie concreta degli ambiti di intervento, e fatti salvi quelli garantiti e tutelati in tutto il territorio nazionale, le prestazioni e i servizi inclusi nel Lea si suddividono in tre macroaree di assistenza:

- Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- Assistenza distrettuale;
- Assistenza ospedaliera.

Nati come obiettivi della prima riforma del Ssn, da garantirsi anche in conformità ai dati epidemiologici e clinici, i Lea, pur subordinati al vincolo della disponibilità finanziaria, nel tempo hanno agevolato la costruzione di un importante sistema informativo, il Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis), e di un set di indicatori per la pianificazione e la revisione dei processi. Attualmente l'operato delle strutture erogatrici è monitorato costantemente dalle Regioni e dal Ministero della sanità.

Il processo di aziendalizzazione ha assunto, progressivamente, connotati non omogenei in tutte le Regioni. Rimane la prevalenza delle Asl a livello provinciale (143 nel 2013) mentre l'azienda unica a livello regionale viene individuata per territori di piccole dimensioni¹⁰, eccezione fatta per la Regione Marche, che nel 2003 ha introdotto l'Azienda sanitaria unica regionale (Asur). Asl a livello sub-provinciale sono istituite nelle aree metropolitane e nelle Regioni Veneto, Umbria e Friuli-Venezia Giulia. Con funzioni principalmente di accentramento e razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi, alcune Regioni hanno individuato aree vaste a livello interaziendale (Piemonte, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Marche, bacini territoriali in Sicilia, Aree Ottimali in Liguria). Con il susseguirsi delle riforme, viene

⁹ Questo a seguito della riforma del titolo V della Costituzione, che ha previsto per le Regioni la possibilità di utilizzare risorse proprie a garanzia dei servizi e prestazioni aggiuntive, ma mai inferiori a quelle incluse nei Lea www.salute.gov.it.

¹⁰ Valle D'Aosta, Province Autonome di Bolzano e di Trento, Molise.



ridotto anche il numero delle Aziende ospedaliere (Ao), in virtù anche del Piano di rientro effettuato da alcune Regioni¹¹.

Il lungo e complesso percorso di evoluzione del Ssn, fin qui sintetizzato, ha collocato il modello di sanità italiano tra i migliori nel panorama internazionale, ponendolo tra i primi in Europa. Un risultato non da poco, se si considera che il bacino di utenza è di oltre 60 milioni di residenti in Italia. Rimane da superare il divario intra-regionale, in termini di erogazione dei servizi, testimoniato dalla cosiddetta “migrazione sanitaria” dal Sud verso il Nord del Paese.

Il Servizio sanitario nazionale, oggi, ha di fronte una sfida importante, tra sostenibilità ed efficacia: conciliare il mantenimento degli standard assistenziali con le esigenze di razionalizzazione della spesa pubblica. Una serie di direzioni da percorrere in continuità con il quadro legislativo vigente, ma in un’ottica di spending review: nell’ambito del nuovo Patto per la salute per il triennio 2014-2016, riorganizzare il livello assistenziale ospedaliero con trasferimento di attività a livello territoriale (potenziandone la rete dei servizi), promuovere la trasparenza nella comunicazione con il cittadino e il controllo della legalità, ridisegnare il perimetro dei Lea e adottare l’approccio della Valutazione delle tecnologie sanitarie (al fine di identificare le opzioni assistenziali maggiormente efficaci dal punto di vista dei costi e per i pazienti), potenziare l’informatizzazione e migliorare le norme vigenti su responsabilità professionale e precariato nelle professioni sanitarie.

4.2 - Il punto di vista della sanità pubblica

Il Sistema sanitario nazionale è complesso e variegato, come i vari aspetti della salute di cui si occupa. Secondo la visione dell’Oms, infatti, la salute non è assenza di malattia, né il sistema sanitario si deve porre solamente l’obiettivo di fornire assistenza sanitaria. Il personale e le strutture con cui il sistema sanitario persegue il suo obiettivo principale – la promozione della salute dei cittadini e delle comunità – sono anch’essi i più vari: assistenza di base, domiciliare, strutture ospedaliere, residenziali, distrettuali, di riabilitazione. Così come eterogenei sono gli stili organizzativi adottati nell’erogare i servizi. Ne consegue che le fonti di dati provenienti dall’intero sistema sanitario sono articolate: ciascuna racconta uno degli elementi di un insieme composito.

Al tempo stesso, i modi con cui il sistema si organizza nelle diverse realtà territoriali - principalmente le regioni - è vario. Di conseguenza, è possibile che degli indicatori presentati per la diverse aree del Paese riflettano approcci alla salute disomogenei, che è utile approfondire nel dettaglio per poter comprendere appieno le differenze territoriali. Ma ciò non è consentito all’interno di un capitolo, per sua natura sintetico e dedicato ad un quadro d’insieme. Un indice di tale disomogeneità è offerto dal numero di Asl nelle diverse regioni. Esso è legato alla storia e allo sviluppo del sistema sanitario, alla morfologia del territorio e a fattori demografici e sociali. Nel 2011, oltre la metà delle 145 Asl italiane si trova al Nord – il solo Veneto ne ha 21 - mentre nel Centro e nel Mezzogiorno il numero è notevolmente inferiore.

Vengono qui illustrate alcune delle risorse e delle attività di assistenza sanitaria,

¹¹ Legge 311/2004. “Piano di rientro dal deficit sanitario”: lo Stato con un ruolo di supporto mentre i Governi locali predispongono piani di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Sistema sanitario regionale.

per le quali sono disponibili informazioni omogenee e disaggregate per il territorio italiano, per descrivere la struttura dell'offerta sanitaria, nelle sue componenti territoriale e ospedaliera. Al termine del capitolo, si affronta l'argomento della spesa sanitaria, distinta nelle quote pubblica e a diretto carico delle famiglie.

4.2.1- Assistenza territoriale: di base, ambulatoriale e distrettuale

L'offerta sanitaria territoriale, ramificata e capillare, si compone di strutture e risorse di personale dedicate all'assistenza di base. Di seguito, si descrivono dati su medicina di base e pediatria, assistenza domiciliare integrata, servizi di continuità assistenziale (ex guardia medica), ambulatori e strutture distrettuali. Si tratta di un insieme di risorse dedicate a promuovere la salute, mediante attività di educazione, medicina preventiva, diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello¹².

Medico e pediatra di famiglia costituiscono il punto di riferimento principale per il cittadino per le cure di base. Essi svolgono attività di diagnosi, cura e assistenza coordinando, inoltre, le attività di altri servizi e personale sanitario per l'assistenza domiciliare, quali infermieri, fisioterapisti, servizi sociali e altre figure. In Italia, nel 2011 si contano 7,7 medici per 10 mila abitanti; tale valore si mantiene stabile rispetto al biennio precedente: 7,6 nel 2010, 7,7 nel 2009. Nel Centro e nel Mezzogiorno si osservano valori più elevati; spiccano Lazio e Basilicata, relativamente alle quali vi è, in media, un medico in più rispetto alla media nazionale: 8,7. Al contrario, Lombardia (6,8) e Trentino– Alto Adige (6,4) sono le regioni con il minor numero di medici per diecimila abitanti; la Provincia autonoma di Bolzano, in particolare, mostra il valore minimo di 5,5. Il contratto dei medici di medicina nazionale prevede che si possano assistere al massimo 1.500 pazienti: i dati mostrano come in tutta Italia - in media - si sia abbondantemente al di sotto di tale soglia.

I pediatri di base sono 9,2 per 10 mila abitanti e, anche in questo caso, i valori sono leggermente superiori nel Centro e nel Mezzogiorno. In Italia, il numero medio di assistiti minori di 14 anni è pari a 870; nella provincia di Bolzano (984) e in Veneto (997) ogni pediatra assiste mediamente oltre 100 bambini in più dei colleghi di altre regioni. Il numero di bambini per pediatra è in leggero aumento rispetto agli anni precedenti: erano 857 nel 2009 e 864 nel 2010.

I servizi di continuità assistenziale sono 4,8 per 100 mila abitanti nel 2011, così come nel 2010. Sono servizi a cui far riferimento per prestazioni sanitarie non differibili, domiciliari o territoriali, negli orari in cui il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta non sono tenuti ad esercitare l'attività: di notte, nei giorni festivi e prefestivi. Nel Meridione, ve ne sono molti di più rispetto al resto del Paese: 7,3 nel Sud e 9,7 nelle Isole; nelle altre ripartizioni geografiche si osservano valori non superiori a 3,5.

L'assistenza domiciliare integrata offre prestazioni che spaziano dalla medicina, generale, specialistica e di riabilitazione, alle cure infermieristiche, di assistenza sociale, fino all'aiuto nelle attività domestiche e quotidiane. È un servizio fondamentale, ora offerto da tutte le Asl, considerato il processo di invecchiamento della popolazione.

¹² Le informazioni sull'assistenza territoriale (di base, ambulatoriale e distrettuale) e quelle sulla struttura e l'attività degli istituti di cura dei presidi residenziali sono elaborate dall'Istat a partire dai dati rilevati dal Ministero della salute. Fonte: Health for All – Italia. Sistema informativo territoriale su sanità e salute. Versione di dicembre 2014; www.istat.it.

ne; infatti, nel 2010 l'84 per cento degli utenti aveva almeno 65 anni. In Italia nel 2011 i casi trattati in assistenza domiciliare integrata per 10 mila abitanti sono 101, con differenziali significativi per area geografica: nelle Isole, si osserva il valore minimo di 61 casi mentre, nel Nord-est, il valore è quasi triplo: 180. La variabilità regionale è notevole, ma non si identifica un chiaro gradiente Nord-Sud: in Emilia-Romagna i casi sono 264 mentre, in altre regioni del Nord, la situazione è molto diversa: in Piemonte, si trattano 67 casi e in Lombardia 97. Basilicata e Veneto mostrano valori simili, rispettivamente 135 e 133. Questa dispersione dipende certamente dalla difformità delle politiche sanitarie adottate dalle regioni.

Gli ambulatori e i laboratori, pubblici e privati convenzionati, sono circa 16 per ogni centomila abitanti nel 2011, in numero stabile rispetto al 2010. Il loro numero nel territorio, però, è diversificato tra le regioni: nel Sud e, in particolare, nelle Isole la consistenza è maggiore rispetto al Nord e al Centro. Campania (27) e Sicilia (33) sono le regioni con la presenza più parcellizzata di ambulatori e laboratori.

Le strutture sanitarie distrettuali sono circa 41 per 100 mila abitanti nel 2011. Emilia-Romagna e Toscana sono le regioni in cui le strutture distrettuali sono più numerose: ve ne sono rispettivamente 60 e 57 per 100 mila abitanti, assieme alla Liguria che presenta un valore pari a 56. In tre regioni, invece, la dotazione di tali strutture è pari a circa la metà: Marche (28), Lazio (27) e Abruzzo (30). Ambulatori e laboratori rappresentano quasi il 40 per cento di tali strutture e che sono molto più presenti nel Mezzogiorno. Le strutture semiresidenziali sono l'11 per cento del totale ma con variabilità territoriale elevata: al Nord sono il 17 per cento del totale, al Centro il 9 per cento e al Sud il 3 per cento. Le strutture semiresidenziali a carattere pubblico sono meno numerose al Nord, dove è invece consistente la presenza di strutture residenziali private. I consultori, i centri di salute mentale e le altre strutture rappresentano più del 20 per cento delle strutture sanitarie distrettuali in tutte le ripartizioni geografiche; sono prevalentemente a carattere pubblico, con eccezioni in Campania e Veneto. Come per l'assistenza domiciliare integrata, ambulatori e laboratori, anche per le strutture sanitarie distrettuali la disparità geografica è strettamente collegata alle modalità organizzative con cui le Regioni erogano i servizi sanitari e, in particolare, ai diversi modi di interpretare il processo di deospedalizzazione, soprattutto relativamente agli individui non autosufficienti o con gravi problemi di salute.

4.2.2 - Istituti di cura e presidi residenziali

Il Sistema sanitario nazionale eroga l'offerta di più alto livello attraverso gli istituti di cura, al cui interno il servizio ospedaliero è prevalente, sia in termini di intensità di cure, sia in termini di risorse finanziarie dedicate¹³. Negli istituti di cura vengono trattate le patologie acute e i casi più complessi mentre vi è un generale orientamento a trasferire le prestazioni mediche che richiedono cure mediche di bassa intensità verso i servizi sanitari territoriali. Tutto ciò in vista di razionalizzare l'utilizzo delle risorse e in accordo con i documenti di programmazione sanitaria, regionali e nazionali, nei quali si raccomanda il potenziamento di misure assistenziali alternative al ricovero ordinario.

Verosimilmente, per effetto delle norme sulla spending review¹⁴, i posti letto negli ospedali continueranno a diminuire, in vista del raggiungimento dell'obiettivo di una

¹³ Vedi nota 12.

¹⁴ Art. 15 comma 13 del decreto sulla spending review (testo del DL 95/2012 convertito dalla Legge 135/2012).

media complessiva di 3,7 posti letto ogni mille abitanti, 0,7 dedicati alla riabilitazione e alla lungodegenza e 3 agli acuti. A ciò si aggiunga la revisione dello standard di riferimento pro capite per l'attività di ricovero ospedaliero, passato da 180 a 160 dimissioni per mille abitanti, di cui 144 in regime ordinario e 36 in day hospital.

Tra il 1998 e il 2010, a fronte di un incremento del personale medico, un calo rilevante si verifica soprattutto per gli istituti pubblici¹⁵, i cui posti letto ordinari per acuti per mille abitanti sono scesi (da 4,0 a 2,5) e il cui tasso di ospedalizzazione per ricoveri acuti passa da 153,3 a 102,9 per mille abitanti.

Se da una parte l'offerta ospedaliera presenta una forte tendenza alla diminuzione, dall'altra emergono sempre più frequenti misure nazionali e regionali per promuovere lo sviluppo di un modello di rete ospedaliera integrato con l'assistenza territoriale. Di seguito, vengono analizzate le prime evidenze relative agli istituti di cura, pubblici e privati, che prestano servizi per il Ssn. Gli anni di riferimento dei diversi indicatori variano dal 2010 al 2012, poiché si è scelto di utilizzare gli ultimi dati disponibili.

Tra le regioni si riscontrano differenze nell'offerta di posti letto per ricoveri ordinari: secondo i dati del 2010, in Italia la disponibilità è di 3,6 ogni mille abitanti (3,7 è il valore di riferimento fissato dalla normativa del 2012); e i valori per ripartizione geografica variano tra il 3,2 di Sud e Isole e il 3,9 del Nord-ovest. In alcune regioni ve ne sono almeno 4: in Trentino-Alto Adige, Emilia-Romagna e Lazio la disponibilità è pari a 4,1. Altre regioni, al contrario, ne offrono al massimo 3: Umbria, Campania e Sicilia. Anche la disponibilità di posti letto in day hospital, in Italia pari a 4, è disomogenea nel territorio: Centro e Sud ne offrono più del Nord con valori massimi, pari o superiori a 5, in Lazio, Calabria e Sicilia.

La situazione del settore sanitario in Italia riflette un contesto nazionale e internazionale di crisi economico-finanziaria che spinge al ridimensionamento delle risorse disponibili per erogare i servizi. La dinamica dei posti letto ospedalieri in Italia, infatti, è analoga a quella di tutti gli altri paesi dell'Unione europea. Il nostro Paese si colloca al di sotto della media europea, pari a 5,5 posti letto per mille abitanti; la dotazione di posti letto è inferiore a quella italiana in Svezia, Regno Unito, Irlanda, Spagna e Portogallo.

Le degenze¹⁶ per mille abitanti nel 2010 sono nella media nazionale, più elevate nel Nord-ovest, con un valore di 130, e nel Centro (131,1); il Nord-est si colloca in una posizione centrale con 128,5 degenze ogni mille abitanti, al Sud se ne osservano 127,3, mentre nelle Isole il valore è minimo: 119,1. In alcune regioni, le degenze per mille abitanti superano il valore di 140: nella Provincia di Bolzano, 147,8, nell'Emilia-Romagna, 148,4 e nella Puglia, 143,7; ma è in Molise che si osserva il tasso più elevato: 162,2.

Tra le regioni con il minor numero di degenze per mille abitanti, con valori inferiori a 115, figurano, invece, il Piemonte, la Provincia di Trento, il Veneto e la Basilicata a cui corrisponde il dato minimo: 109,5. Anche la durata media della degenza, il cui valore nazionale è pari a circa 8 giornate, mostra una significativa variabilità regionale: supera il valore 9 in Piemonte, Trento e Veneto e si mantiene al di sotto di 7 per Umbria, Campania, Puglia e Sicilia.

¹⁵ I dati di struttura ed attività degli istituti di cura pubblici non comprendono l'attività privata a pagamento.

¹⁶ Le informazioni relative alle degenze e alle giornate di degenza degli istituti di cura pubblici ed equiparati sono riferite alle dimissioni e alle giornate di degenza dei pazienti dimessi e non alle degenze in senso stretto, che dovrebbero essere date dalle presenze a inizio anno più le ammissioni nel corso dell'anno.

Il tasso di utilizzo dei posti letto ospedalieri è il rapporto tra le giornate di degenza effettive e quelle potenziali e offre una misura del carico sulle strutture ospedaliere esistenti: nel 2010 è pari al 78,7 per cento in Italia. In Emilia-Romagna e Liguria, si osservano i valori più elevati, superiori all'84 per cento, mentre in Sardegna si utilizza effettivamente la quota più bassa (67 per cento).

I dati sulle dimissioni ospedaliere¹⁷ si riferiscono al 2012: in Italia, si contano in media 113 dimissioni ogni mille abitanti. Il campo di variazione è compreso fra il limite minimo di 107 del Nord-est (dove spicca il Veneto con un valore di 96) e quello massimo di 118 del Sud (dove alla Puglia corrisponde il valore più elevato: 128). Le dimissioni ospedaliere sono in costante diminuzione nel tempo, poiché si tende a indirizzare i casi meno gravi verso strutture sanitarie extra ospedaliere. Il loro valore si colloca per tutte le regioni al di sotto della soglia stabilita per legge di 144 dimissioni in regime ordinario per mille abitanti.

Le dimissioni in regime di day hospital per mille abitanti, mediamente 42 in Italia a fronte di un valore soglia di 36, sono più numerose nel Mezzogiorno, con valori superiori a 50, nel Nord-ovest sono 31 e nel Nord-est 36. Situazione opposta si osserva per i ricorsi al pronto soccorso, più frequenti al Nord che al Centro-Sud: in Trentino-Alto Adige nel 2011 vi sono stati 482 ricorsi per mille abitanti, con un picco nella Provincia di Bolzano di 593, rispetto ad un valore medio nazionale di 367. La dispersione territoriale è elevata anche per quanto riguarda i presidi residenziali, più diffusi al Nord, in termini sia di numerosità che di posti letto per abitante. La dotazione di questi ultimi varia nel 2011 tra 96 del Nord-est e 30 del Sud.

I dati sin qui descritti dipendono fortemente dall'organizzazione degli istituti di cura in rapporto ai servizi territoriali, dalla struttura per età della popolazione e dai fenomeni di migrazione per assistenza sanitaria al di fuori della regione di residenza.

4.2.3 - Mobilità per ricovero tra regioni

La mobilità ospedaliera interregionale riguarda quei pazienti che si ricoverano in una regione diversa da quella di residenza ed è particolarmente rilevante in termini quantitativi; nella sua componente di emigrazione riguarda in particolare alcune regioni del Mezzogiorno. Le motivazioni che conducono ad effettuare il ricovero lontano dalla propria residenza sono diverse. In alcuni casi, la mobilità si giustifica con la vicinanza geografica con strutture di altre regioni, oppure dipende dalla presenza dell'assistito in altre regioni, per motivi di studio o lavoro. In altri casi, le motivazioni sono legate alle condizioni di salute e quindi alla necessità di usufruire di prestazioni di alta specializzazione non erogate dalla propria regione o alla maggiore fiducia nei servizi ospedalieri di altre regioni. I principali poli di attrazione sono concentrati nelle regioni del Centro-Nord.

Nel 2012, l'8,4 per cento del totale dei ricoveri ordinari acuti ha interessato pazienti non residenti nella regione sede dell'istituto di ricovero (indice di immigrazione); tale percentuale è 8,3 per i ricoveri in day hospital. Per contro, il rapporto percentuale tra i ricoveri di residenti emigrati in istituti di una regione diversa da quella di residenza e i ricoveri nella regione di residenza (indice di emigrazione) è 7,5; l'analogo rapporto per-

¹⁷ Gli indicatori sulle dimissioni ospedaliere si riferiscono alla sola attività per acuti degli istituti di cura pubblici e privati accreditati. Le dimissioni comprendono i pazienti deceduti nel corso del ricovero e non comprendono i trasferimenti interni all'istituto di cura da un reparto all'altro.

centuale per i ricoveri in day hospital è pari a 7,8. Tali dati si riferiscono ai soli residenti in Italia. Per quanto riguarda i ricoveri ordinari per acuti, il fenomeno dell'emigrazione è più elevato in Valle d'Aosta, Abruzzo, Basilicata e Calabria. Per i ricoveri in regime di day hospital alle regioni già citate si aggiungono Umbria e Abruzzo¹⁸.

4.2.4 - Spesa

La spesa sanitaria pubblica misura l'impegno di risorse pubbliche per soddisfare il bisogno di salute dei cittadini attraverso prestazioni sanitarie¹⁹. La spesa sanitaria pubblica corrente dell'Italia nel 2012 è pari al 7,0 per cento del Prodotto interno lordo (Pil), ovvero a 1.849 euro annui per abitante. La spesa sanitaria delle famiglie rappresenta l'1,8 per cento del Pil nazionale. Rispetto al totale, la quota pubblica ammonta al 79,4 per cento, il rimanente 20,6 per cento è a carico delle famiglie. La spesa sanitaria pubblica italiana è inferiore a quella di altri importanti paesi europei. Calcolata a parità di potere d'acquisto, nel 2011 la spesa italiana ammonta a circa 2.345 dollari per abitante, collocandosi fra quella di Finlandia (2.477 dollari pro capite) e Spagna (2.244 dollari pro capite). Il Regno Unito spende quasi 2.821 dollari pro capite, Francia e Germania superano i 3.000 dollari, con importi pro capite, rispettivamente, di 3.204 e 3.436 dollari. Il livello di spesa più alto si registra per i Paesi Bassi (4.055 dollari pro capite), quello più basso per la Polonia (1.021 dollari pro capite)²⁰.

A livello territoriale, la ripartizione geografica con la maggior spesa pro capite è il Centro (1.931 euro). Sei regioni spendono più di duemila euro per abitante: Valle d'Aosta, Liguria, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Lazio e Marche; sei regioni spendono meno di 1.800 euro per abitante: Veneto, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia. Nel Sud e nelle Isole la quota di spesa sanitaria pubblica sul totale della spesa è maggiore che nel resto d'Italia. Di riflesso, sono le regioni del Nord e del Centro quelle in cui le famiglie contribuiscono in percentuale maggiore alla spesa sanitaria: 21,2 per cento nel Nord-ovest, 24,3 per cento nel Nord-est (il valore più elevato) e 21,7 per cento al Centro. Le regioni in cui la spesa sanitaria delle famiglie è maggiore sono Friuli-Venezia Giulia ed Emilia-Romagna (superiore al 25 per cento) mentre quelle in cui è minore sono Basilicata e Sardegna (15 per cento).

4.3 - Il punto di vista dei cittadini

Il punto di vista dei cittadini viene descritto a partire dai dati dell'indagine Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", che analizza i comportamenti relativi alla salute e all'utilizzo dei servizi sanitari, secondo le caratteristiche demografiche e socio-economiche dei cittadini²¹. Le informazioni vengono raccolte direttamente pres-

¹⁸ Istat. 2014. Noi Italia. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo. Roma. noi-italia.istat.it.

¹⁹ Vedi nota 18 noi-italia.istat.it.

²⁰ Per i confronti internazionali degli indicatori di spesa sanitaria si utilizzano gli indicatori di spesa raccolti dall'Oecd (Health data stats.oecd.org), basati su definizioni e classificazioni stabilite per i paesi membri. Il dato differisce da quello pubblicato dall'Istat per alcune componenti, principalmente per la presenza, nell'aggregato considerato, della spesa sanitaria pubblica in contro capitale. I confronti sono effettuati in dollari pro capite in parità di potere d'acquisto (Ppa), misura che tiene conto del diverso livello dei prezzi nei paesi stessi.

²¹ Istat, Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2013: informazioni sulla rilevazione; www.istat.it.



so gli individui e ciò consente di conoscere i profili degli utilizzatori dei servizi sanitari e le modalità di fruizione. Realizzate tramite intervista (His - Health interview survey), indagini di questa natura sui temi della salute sono condotte in tutti i paesi dell'Unione europea in modo armonizzato al fine di consentire la comparabilità delle informazioni. Le evidenze presentate di seguito su ricoveri, accesso ai servizi spesa sanitaria non sono direttamente confrontabili con quelli del precedente paragrafo 5.2 - Il punto di vista del Sistema sanitario nazionale. Le modalità di raccolta delle informazioni, gli eventi documentati e le popolazioni di riferimento, infatti, sono diverse. Ciò non riduce tuttavia la capacità di ciascuno dei due punti di vista di contribuire in modo complementare a descrivere la sanità italiana.

La maggior parte dei fenomeni illustrati è influenzata dalla struttura per età della popolazione; ad esempio, se una popolazione ha un'alta proporzione di anziani, il tasso grezzo della maggior parte delle malattie croniche risulterà più elevato che in una popolazione della stessa numerosità, ma con un numero maggiore di giovani. Per rendere confrontabili tra loro regioni con diversa composizione per età, pertanto, sono stati calcolati, per la quasi totalità degli indicatori, tassi standardizzati che rimuovono gli effetti della struttura demografica²².

4.3.1 - Visite, accertamenti e controlli

Visite, accertamenti e controlli sono esperienza comune per gli italiani. Nel 2013, su cento persone 51 hanno effettuato almeno una visita specialistica non odontoiatrica nei dodici mesi precedenti l'intervista e 65 hanno effettuato almeno una visita odontoiatrica o una pulizia dei denti; agli esami del sangue si sono sottoposte 49 persone su cento, mentre 37 persone su cento hanno effettuato almeno un accertamento specialistico. Gli individui di 18 anni e più che hanno effettuato controlli del colesterolo e per la glicemia sono 57 su cento, e il 67 per cento ha controllato la pressione arteriosa. Tutti i tassi, però, mostrano un andamento simile lungo l'asse nord-sud del Paese: nell'Italia settentrionale si fanno più visite, accertamenti e controlli che al Meridione.

La disparità tra Nord e Sud cresce con la complessità e specificità del servizio richiesto: le differenze tra i tassi sono più elevate per le visite e gli accertamenti specialistici, rispetto a quanto non accada per esami più semplici e di routine, quali le analisi del sangue e i controlli di colesterolo, glicemia e pressione arteriosa. Quattro regioni spiccano per la maggior quota di persone che effettuano visite ed accertamenti specialistici: in Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Lazio più di 55 persone su cento hanno effettuato visite specialistiche e più di 40 hanno effettuato controlli specialistici. Nel Centro, invece, si osservano le più alte percentuali di soggetti che effettuano controlli per colesterolo e glicemia.

4.3.2 - Assistenza e terapia

Dodici persone su cento sono ricorse al pronto soccorso nei dodici mesi precedenti l'intervista, 4 persone sono state ricoverate in day hospital e 9 si sono ricoverate in regime ordinario.

²² Il metodo è quello della standardizzazione diretta dei tassi usando una popolazione arbitraria di riferimento definita "standard". La popolazione standard è quella del Censimento 2011 per classi di età quinquennali.

Tali informazioni non sono direttamente confrontabili con le dimissioni e i ricorsi descritti nel paragrafo 5.2.2 Istituti di cura e presidi residenziali. Infatti, se la fonte dei dati sono gli archivi amministrativi delle strutture sanitarie, una persona che viene ricoverata due volte conta per due dimissioni; viceversa, nell'indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, tale persona conta una volta sola. Inoltre, le fonti amministrative descrivono eventi e pazienti che afferiscono alle strutture di un territorio, indipendentemente dalla loro residenza, mentre l'indagine campionaria Istat produce stime che si riferiscono alla popolazione residente in un determinato territorio. Anche i periodi di riferimento dei valori calcolati che, pur avendo la durata comune di un anno, non sono sovrapponibili e gli errori da cui sono affetti i dati sono di diversa natura: gli uni di provenienza censuaria e amministrativa, gli altri campionari. Tali caratteristiche spiegano le differenze tra i dati qui illustrati e quelli descritti nei paragrafi precedenti. Tuttavia, le immagini dei fenomeni offerte dai due punti di vista sono coerenti tra loro.

Il Nord-est si conferma l'area di maggior ricorso al pronto soccorso nel Paese: 16 persone su cento ne hanno usufruito nell'arco di dodici mesi; in particolare, la Provincia di Trento, il Veneto e l'Emilia-Romagna sono i territori in cui il tasso di ricorso è più alto. In Campania, al contrario, sono meno della metà, sei su cento, coloro che hanno richiesto servizi di pronto soccorso. La distribuzione per regione dei tassi di ricorso a day hospital e ricovero ospedaliero non presenta particolare variabilità; tuttavia, in entrambi i casi, i valori più elevati appartengono alle regioni del Nord e del Centro. Le persone che hanno usufruito di prestazioni di riabilitazione sono sette su cento in Italia e, di nuovo, si osservano valori maggiori nell'Italia centro-settentrionale. Nella Provincia di Bolzano, in Veneto, Emilia-Romagna e Marche il valore è prossimo a 9 mentre in Campania si osserva il valore minimo, pari a 4.

L'indagine campionaria Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari offre l'occasione di indagare fenomeni che normalmente non sono trattati dalle fonti amministrative del Ssn, quali le terapie non convenzionali: agopuntura, omeopatia, fitoterapia, trattamenti manuali esclusi i massaggi estetici e altro. Otto persone su cento hanno dichiarato di avervi fatto ricorso almeno una volta nei dodici mesi precedenti l'intervista. Proprio le regioni in cui è maggiore il ricorso alle terapie in genere, quelle del Nord e del Centro, sono quelle in cui si ricorre più di frequente anche alle terapie non tradizionali; tra queste, spicca la Provincia di Bolzano, con una quota del 21 per cento, che si distanzia notevolmente da Sud e Isole, dove i valori non superano mai il 6 per cento. In ogni caso, la diffusione delle terapie non convenzionali è in netta flessione rispetto al 2005 e ancor più rispetto al 2000.

4.3.3 - Diagnosi precoce

La diagnosi precoce permette di individuare le patologie nel primo stadio di sviluppo, prima che diano sintomi, e quindi consente di intervenire in tempo, quando i danni all'organismo sono minori. Essa si sovrappone in larga parte alla prevenzione secondaria, mentre non va confusa con la prevenzione primaria, che consiste in una serie di comportamenti o terapie attuati allo scopo di evitare l'insorgere delle patologie. La diagnosi precoce in Italia riguarda principalmente alcune forme tumorali, quali il tumore del colon-retto e i tumori femminili del collo dell'utero e della mammella²³.

²³ Guida tumori dell'Associazione italiana per la ricerca sul cancro; www.airc.it.



Per il tumore del colon-retto - una neoplasia molto diffusa, che rappresenta il secondo tumore maligno per incidenza e mortalità - la prevenzione primaria consiste principalmente nel controllo del peso e in una dieta povera di grassi e ricca di frutta e verdura. La diagnosi precoce, invece, consiste in esami specifici; i più diffusi sono la ricerca del sangue occulto nelle feci - uno screening poco invasivo, promosso in molte regioni dal Servizio sanitario pubblico - e la colonscopia, raccomandate dopo i 50 anni, età in cui l'incidenza cresce notevolmente fino a raggiungere un picco tra i 75 e gli 80 anni. A livello nazionale, 34 persone su cento tra i 50 e i 70 anni nell'arco della loro vita hanno effettuato una ricerca di sangue occulto e 16 su cento una colonscopia a scopo preventivo. Tra le persone con più di 70 anni, i due tassi sono, rispettivamente, pari a 27 per cento per la ricerca di sangue occulto e a 18 per cento per la colonscopia. La differenza tra il Nord-Centro e il Mezzogiorno è notevole: la ricerca di sangue occulto ha riguardato 59 persone tra i 50 e i 70 anni su cento nel Nord-est (64 in Emilia-Romagna), mentre nel Sud il corrispondente valore è di 11 e nelle Isole di 13. Lo stesso risultato si ottiene analizzando i tassi relativi alla colonscopia: sempre superiori a 18 per cento nel Nord e nel Centro - 24 nel Nord-est - pari alla metà nel Sud, 9 per cento, e nelle Isole, 8 per cento.

Per il tumore del collo dell'utero, gli strumenti di prevenzione sono un'attenta igiene sessuale e la cura di eventuali lesioni cancerose individuate con esami specifici. La diagnosi precoce si effettua principalmente mediante pap-test eseguito con cadenze costanti a partire dall'inizio dell'attività sessuale e comunque dai 25 ai 64 anni. Il pap-test è, tra i controlli di diagnosi precoce, il più diffuso e frequente ed è oggetto di campagne di screening specifiche gratuite da parte dei sistemi sanitari di alcune regioni. Le donne di 25 anni e più che nel corso della vita hanno effettuato almeno un pap-test sono più di 7 su dieci, con un aumento di nove punti percentuali rispetto al 2005; i valori sono prossimi o superiori a 8 su dieci nel Nord e nel Centro; al Sud e nelle Isole i valori corrispondenti sono di 6 donne su dieci. Tra le regioni, spicca in negativo la Calabria, in cui soltanto la metà delle donne di 25 anni e più hanno eseguito almeno un pap-test nell'arco della vita.

Il tumore al seno colpisce una donna su otto nell'arco della vita. È il tumore più frequente e rappresenta la prima causa di morte per tumore tra le donne. È possibile ridurre il rischio di ammalarsi svolgendo esercizio fisico e alimentandosi con pochi grassi e molti vegetali; anche allattare i figli aiuta a combattere il tumore al seno. La mammografia è il metodo attualmente più efficace per la diagnosi precoce e viene suggerito di effettuarla ogni due anni dai 50 ai 69 anni di età. Tra cento donne di 25 anni e più, 55 hanno effettuato almeno una mammografia nel corso della vita; i valori superano il numero di 60 al Nord, mentre si mantengono intorno al 40 nel Sud e nelle Isole. L'incremento rispetto al 2005 della percentuale di donne di 25 anni e più che si sono sottoposte a mammografia è ancora più accentuato di quello relativo al pap-test: si passa dal 44 al 55 per cento e tale aumento si verifica tra le donne di tutti i livelli di istruzione, italiane o straniere.

L'incremento della prevenzione dei tumori femminili si deve certamente in buona parte all'attivazione dei programmi di screening del Servizio sanitario nazionale. Tuttavia, anche per i tumori femminili più frequenti e facili da diagnosticare, le differenze territoriali rimangono decisamente marcate.

4.3.4 - Scelta della struttura e soddisfazione per i servizi

Nel 2013, all'incirca la metà delle persone sceglie la struttura in cui effettuare visite ed accertamenti specialistici in base alla fiducia che nutre per la struttura stessa. Il quesito è stato posto alle persone che avevano effettuato almeno una visita specialistica, un accertamento specialistico o un ricovero ospedaliero nei dodici mesi precedenti l'intervista. Nel dettaglio, a livello nazionale, 55 persone su cento scelgono per fiducia la struttura in cui effettuare visite specialistiche e 50 su cento scelgono sulla base della fiducia la struttura in cui effettuare accertamenti specialistici. Tali percentuali non sono molto diverse nelle varie ripartizioni geografiche. Anche per i ricoveri ospedalieri la scelta è guidata in misura maggiore dalla fiducia nella struttura: ciò avviene per 64 persone su cento. Le due Isole presentano le due situazioni agli estremi della distribuzione territoriale: in Sicilia scelgono sulla fiducia la struttura in cui effettuare il ricovero 72 persone su cento, in Sardegna 53.

Un'indagine campionaria con metodologia condivisa a livello nazionale consente di raccogliere in maniera confrontabile le valutazioni sui servizi sanitari da parte degli utenti di tutte le regioni, che altrimenti rimarrebbero patrimonio frammentario e disomogeneo dei vari organi di valutazione delle singole strutture.

La soddisfazione per l'ultima visita o accertamento specialistico e per l'ultimo ricovero da parte di chi ne ha effettuati nei dodici mesi precedenti l'intervista è piuttosto alta: 73 su cento si dichiarano molto soddisfatti per l'ultima visita specialistica, 74 su cento molto soddisfatti per l'ultimo accertamento specialistico e 71 su cento per l'ultimo ricovero ospedaliero. Riappare su questo tema il divario Nord-Sud: per tutti e tre i servizi sanitari considerati la quota di persone molto soddisfatte è minore al Sud e nelle Isole rispetto al resto del Paese; al Sud, in particolare, le percentuali sono inferiori. La variabilità maggiore tra i valori regionali si manifesta per la soddisfazione per i ricoveri ospedalieri: in Molise e Basilicata le percentuali più basse, rispettivamente 58 e 57 per cento, e in Trentino-Alto Adige la percentuale più alta, pari all'81 per cento. Sempre in Trentino-Alto Adige si registrano le percentuali più elevate di soddisfazione per tutti e tre i servizi considerati.

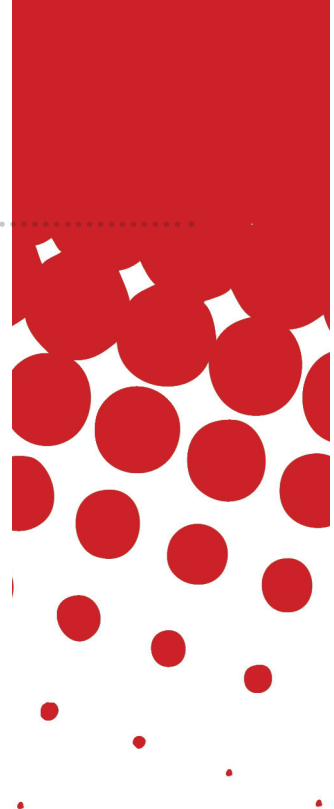
4.3.5 - Spesa e rinuncia a visite e accertamenti specialistici

Nel 2013, tra coloro che hanno effettuato almeno una visita specialistica nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 34 per cento ne ha usufruito gratuitamente; il corrispondente valore per l'ultimo accertamento specialistico è pari al 42 per cento, mentre per l'ultimo ricovero ospedaliero la quasi totalità delle persone non ha pagato nulla (97 su cento). Al crescere della complessità dell'intervento dal punto di vista degli strumenti e della struttura necessaria a fornire il servizio, quindi, cresce la percentuale di persone che non devono sostenerne l'onere.

La regione in cui vi è la quota più elevata di persone che non hanno pagato l'ultima visita specialistica è la Sardegna, 46 per cento, mentre all'estremo opposto della distribuzione si trovano Marche e Campania con una percentuale pari a 31. Rispetto ai dati del 2005, nel Nord-ovest aumenta il ricorso a visite specialistiche a titolo gratuito. Per gli accertamenti specialistici è sempre la Sardegna la regione con la più alta percentuale di persone che non hanno pagato nulla, 51 per cento, e sempre la

Campania la regione con la percentuale più bassa, 21 per cento. La Campania è anche la regione in cui vi è stata la maggior diminuzione degli accertamenti specialistici effettuati gratuitamente rispetto al 2005.

Il nove per cento della popolazione ha rinunciato nell'anno precedente l'intervista ad almeno una prestazione sanitaria tra visite specialistiche, accertamenti o interventi chirurgici, pur ritenendo di averne bisogno. Si tratta di un segnale di vulnerabilità nell'accesso alle cure che riguarda i meno abbienti: infatti, oltre la metà dei soggetti rinuncia principalmente per motivi economici. Sette persone su cento hanno rinunciato nei dodici mesi precedenti l'intervista ad una visita specialistica e 4 su cento vi hanno rinunciato a causa del costo. Hanno rinunciato ad almeno un accertamento specialistico 5 persone su cento e 3 l'hanno fatto causa del costo. Sud e Isole spiccano per valori più elevati rispetto al resto d'Italia ed è in Sardegna che si osservano le quote maggiori di persone che rinunciano: 14 su cento rinunciano ad una visita specialistica e 8 su cento ad un accertamento specialistico. In Trentino-Alto Adige, invece, i valori più bassi, sia di rinunce, sia di rinunce effettuate a causa del costo.



PARTE SECONDA





INTRODUZIONE¹

Le regioni² oggetto di approfondimento in questa seconda parte sono profondamente diverse fra loro per storia, sviluppo economico, disuguaglianze sociali, assetti istituzionali e modalità organizzative. Esse sono geograficamente dislocate alle varie latitudini della penisola e anche per questo costituiscono un campione particolarmente significativo della realtà nazionale. Offrono quindi uno spaccato del fenomeno salute che consente di restituire una rappresentazione delle caratteristiche, dei determinanti e delle relative dinamiche particolarmente pregnante.

Lo studio dello stato di salute è condotto, per ciascuna regione, su alcuni gruppi di popolazione rappresentativi delle diverse fasi della vita: mamme e neonati, bambini e adolescenti, giovani, adulti e anziani.

Mediante un'analisi integrata di indicatori provenienti da fonti statistiche diverse tese ad affinare la conoscenza dei fenomeni indagati sia nella loro dimensione oggettiva che in quella soggettiva e sociale si descrivono, per ciascuna fascia di età, lo stato di salute, i comportamenti a rischio, la prevenzione e la diagnosi precoce.

In ciascun capitolo regionale, lo studio è introdotto da una breve presentazione del sistema sanitario regionale teso a fornire elementi di contesto utili all'interpretazione degli indicatori sulla salute della popolazione. L'adozione di determinate politiche sanitarie, infatti, incide sui risultati di salute e sull'evoluzione delle modalità di esecuzione delle cure. Ad esempio, la riduzione dell'offerta di ricovero ospedaliero si traduce nella concentrazione delle prestazioni in strutture territoriali alternative meno costose.

Entrando nello specifico di ciascun capitolo, ogni fase della vita, ad eccezione della maternità, viene analizzata secondo uno schema ricorrente degli argomenti trattati: condizioni di salute, morbosità ospedaliera, mortalità generale e per causa di morte, incidentalità stradale, stili di vita e prevenzione. Da notare che solo nel caso dei bambini, viste le peculiarità del collettivo di indagine, si è data priorità al tema delle cause di morte per garantire una maggiore continuità con le evidenze relative alla salute materna. Il paragrafo sulla maternità affronta gli esiti della gravidanza (natalità e abortività) evidenziando i fattori di rischio principali sulla salute della gestante e dunque, indirettamente, su quella del neonato.

Per ciascun argomento trattato è offerto al lettore un set di indicatori territoriali predisposti mediante l'elaborazione di dati di natura campionaria e/o esaustiva, che consente di ricostruire lo stato di salute della popolazione residente considerando come area territoriale di riferimento le Asl. L'elaborazione dei microdati è stata condotta sulle seguenti indagini: Notifiche di malattie infettive, Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, Aspetti della vita quotidiana, Schede di dimissione ospedaliera, Cause di morte e Incidenti stradali con lesioni a persone. Il quadro sullo stato di salute viene inoltre completato mediante l'utilizzo di indicatori disponibili a livello provinciale per le indagini Iscritti in anagrafe per nascita, Interruzioni volontarie di gravidanza e Dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo.

¹ La seconda parte del volume è stata curata da Raffaella Succi. L'introduzione è stata redatta da Raffaella Succi.

² Le regioni analizzate, una per ciascun capitolo, sono Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana e Veneto.



I gruppi di popolazione rappresentativi delle varie fasi della vita sono stati definiti nell'elaborazione degli indicatori considerando le seguenti fasce di età: donne in età feconda 15-49 anni, bambini 0-14 anni, adolescenti e giovani adulti 15-34 anni, adulti 35-64 anni e anziani di 65 anni e più.

È utile un breve cenno alle motivazioni della scelta delle due classi centrali su cui è focalizzata l'analisi. Gli individui della fascia di età 15-34 attraversano una fase cruciale della vita ovvero quella in cui si sviluppano i comportamenti e gli stili di vita che verranno adottati e verosimilmente conservati in età adulta mentre lo stato di salute degli adulti compresi fra 35 e 64 anni è di grande rilevanza in quanto in tale fascia di età è racchiusa buona parte della popolazione attiva che contribuisce, con il proprio lavoro, a sostenere il carico sociale di coloro che, per ragioni anagrafiche (bambini, adolescenti, anziani) o per condizioni socio economiche, non sono in grado di provvedervi in autonomia.

Ad eccezione dei dati sugli incidenti stradali che fanno riferimento alla localizzazione dell'evento, tutti gli indicatori proposti sono stati elaborati secondo la residenza dell'individuo (es. residenza del deceduto e non luogo di decesso) per consentire un'analisi pertinente dello stato di salute della popolazione insistente in un dato territorio.

L'elaborazione dei dati per residenza permette la lettura integrata dei principali fenomeni quali mortalità e ospedalizzazione con indicatori soggettivi sullo stato di salute e fattori di rischio, rilevati attraverso indagini campionarie ad hoc.

Nel caso delle Schede di dimissione ospedaliera questa scelta consente di interpretare gli indicatori ponendo l'accento sugli aspetti di natura clinico-epidemiologica della popolazione residente nelle Asl di riferimento, piuttosto che su quelli di natura organizzativo-gestionale della stessa, nonostante i dati siano riferiti ai singoli eventi di ricovero e non al numero delle persone ricoverate.

CAPITOLO 5 FRIULI-VENEZIA GIULIA¹

5.1 - Il sistema sanitario regionale

L'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale (Ssr) del Friuli-Venezia Giulia è stato recentemente riformato tramite le Leggi regionali n. 17 del 2014 e n. 26 del 2014 inerenti al "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria". In particolare, al fine di ridurre la frammentazione e la disomogeneità del sistema, dal 1 gennaio 2015 è stato ridotto il numero delle Aziende socio-sanitarie locali da sei a cinque ed è stato stabilito il ritorno delle Aziende ospedaliere sotto la gestione diretta delle Aziende territoriali.

Il Ssr del Friuli-Venezia Giulia, nel periodo analizzato in questa pubblicazione, in base alla Legge regionale n. 12 del 1994 "Disciplina dell'assetto istituzionale ed organizzativo del Servizio sanitario regionale ed altre disposizioni in materia sanitaria e sullo stato giuridico del personale regionale", era costituito da sei Aziende per i servizi sanitari (Ass), la cui area, nel caso di Pordenone, Gorizia e Trieste, coincideva con il territorio provinciale, mentre per la provincia di Udine era divisa in tre ambiti che riferivano a tre distinte Aziende. Facevano parte del Ssr anche due Aziende ospedaliere-universitarie (Udine e Trieste), un'Azienda ospedaliera (Pordenone) nonché tre Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) (due pubblici: per l'infanzia "Burlo Garofolo" di Trieste e "Centro di riferimento oncologico" di Aviano; uno privato convenzionato per le disabilità gravi in età evolutiva con posti letto collocati presso l'Azienda ospedaliere-universitaria di Udine). Erano, inoltre, istituzioni della rete dei servizi sociosanitari anche i diciannove Ambiti distrettuali socio assistenziali della regione e le Aziende pubbliche di servizi alla persona (Asp). La rete, infine, era completata da tutti i servizi ospedalieri, residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali privati accreditati e convenzionati con il Ssr.

5.2 - Natalità, salute materna e abortività

Il Friuli-Venezia Giulia è una regione a bassa natalità, soprattutto per la limitata fecondità della componente autoctona di popolazione, sebbene anche i comportamenti riproduttivi delle donne straniere si stiano lentamente avvicinando a quelli delle donne italiane. Sia la riduzione del numero di figli, sia gli elevati livelli di assistenza raggiunti hanno determinato, nel corso degli ultimi decenni, una forte diminuzione della mortalità e della morbosità materne, correlate alla gravidanza o al parto; tuttavia l'adozione di migliori standard assistenziali potrebbe contribuire a un loro ulteriore dimezzamento (Iss 2012).

¹ Il capitolo è stato redatto da: Katia Ambrosino (par. 5.1, da 5.3.3 a 5.3.5, 5.4.2, 5.4.5, 5.5.2, 5.5.5, 5.6.2, 5.6.5) e Elena Marchesich (par. 5.2, 5.3.1, 5.3.2, 5.4.1, 5.4.3, 5.4.4, 5.5.1, 5.5.3, 5.5.4, 5.6.1, 5.6.3, 5.6.4).



Le donne in età feconda al 1° gennaio 2013 costituiscono il 40,7 per cento del totale della popolazione femminile (43,6 per cento in Italia), in calo di 2,4 punti percentuali nell'ultimo decennio. Più della metà (il 56,2 per cento) ha almeno 35 anni, il 13,5 per cento ha la cittadinanza straniera.

5.2.1 - Natalità

In Friuli-Venezia Giulia nel 2012 nascono 9.824 bambini, per un tasso di natalità pari all'8,1 per mille (Tavola 5.1).

Tavola 5.1 - Nati vivi, tasso di natalità, tasso di fecondità totale, età media al parto e caratteristiche della madre e del parto per provincia - Friuli-Venezia Giulia - Anno 2012 (valori assoluti, quozienti per 1.000 abitanti, valori medi e valori percentuali)

PROVINCE	Nati vivi	Tasso natalità	Tasso fecondità totale	Età media al parto	Caratteristiche della madre e del parto		
					Nati da madri con 35 anni e più	Nati da madri straniere	Parti cesarei (a)
Pordenone	2.822	9,1	1,44	31,4	34,0	25,9	22,9
Udine	4.234	7,9	1,35	31,4	34,1	19,7	21,2
Gorizia	1.039	7,4	1,41	30,8	34,6	24,3	25,4
Trieste	1.729	7,5	1,39	31,8	41,7	20,0	19,0
Friuli-V. Giulia	9.824	8,1	1,39	31,4	35,4	22,0	21,6
Italia	534.186	9,0	1,42	31,4	33,2	19,0	36,6

Fonte: Istat, Indagine Iscritti in anagrafe per nascita ed elaborazioni Istat su dati Ministero della Salute (Sdo)
a) Con riferimento alla provincia di nascita.

Le residenti in regione hanno avuto in media 1,39 figli per donna; il progressivo aumento della fecondità registrato a partire dalla seconda metà degli anni Novanta ha dunque subito una battuta d'arresto, dopo aver toccato il massimo di 1,41 figli per donna nel 2011, e il dato del 2013 mostra un'ulteriore diminuzione (1,37). Nel 2012, l'età media al parto, in crescita costante da decenni, come nel resto d'Italia, si assesta a 31,4 anni (27,2 nel 1980). La fecondità all'interno della regione presenta una certa variabilità, in linea con la percentuale di nati da madri straniere, con valore minimo in provincia di Udine (1,35) e massimo in provincia di Pordenone (1,44).

5.2.2 - Salute materna

Considerando i principali fattori influenti sul rischio di grave morbosità e mortalità materne (Iss 2012, Europeristat 2008), si osserva che in Friuli-Venezia Giulia nel 2012 il 35,4 per cento dei bambini nasce da donne di almeno 35 anni, per le quali si rileva un rischio di mortalità doppio rispetto alle donne più giovani; a livello provinciale i valori variano dal 34,0 per cento della provincia di Pordenone al 41,7 per cento di quella di Trieste (Tavola 5.1). Inoltre, i bambini nati da madri di cittadinanza non italiana, le quali possono avere maggiore difficoltà ad accedere a un'adeguata assistenza perinatale ed un rischio maggiore di esiti sfavorevoli della gravidanza, sono il 22,0 per cento, con il valore più basso registrato nella provincia di Udine (19,7 per cento) e il valore più alto in quella di Pordenone (25,9 per cento). Infine, il ricorso al taglio

cesareo, pratica che aumenta fino a tre volte il rischio di grave morbosità e mortalità materne rispetto al parto vaginale, avviene nel 21,6 per cento dei casi. Si tratta della percentuale più bassa nel confronto fra regioni e di poco superiore alla soglia del 20 per cento indicata nell'invito al contenimento del ricorso al taglio cesareo contenuto nel Piano sanitario nazionale 2011-2013. La soglia raccomandata dall'Oms nel 1985 – con la finalità di massimizzare il beneficio complessivo sia della madre sia del feto – è invece pari al 10-15 per cento (Iss 2010). Il differenziale regionale è di 15 punti percentuali inferiore al dato nazionale e di quasi 40 punti percentuali inferiore al dato della Campania, regione in cui più frequentemente si ricorre a tale pratica. La provincia di Pordenone è l'unica a superare la quota del 25 per cento, mentre la provincia di Trieste presenta il valore più basso (19,0 per cento).

5.2.3 - Aborti spontanei

Nel 2012, in Friuli-Venezia Giulia sono stati rilevati 1.519 aborti spontanei², pari a un rapporto grezzo di abortività spontanea di 151,7 aborti ogni mille nati vivi. Nel tempo il rapporto tende a crescere, anche se più lentamente rispetto alla dinamica nazionale e mantenendosene comunque sempre al di sopra: con riferimento all'ultimo decennio, si passa da 143,0 aborti ogni mille nati vivi nel 2003 a 151,7 nel 2012. L'età della gestante costituisce un rilevante fattore di rischio per l'aborto spontaneo, come evidenziato dalla distribuzione per età dei rapporti specifici di abortività: rispetto alle donne di 30-34 anni, il rischio di aborto spontaneo è maggiore di una volta e mezzo per quelle di 35-39 anni, di quattro volte per quelle di 40-44 anni.

Analizzando il rapporto standardizzato, depurato cioè dall'effetto dell'età della donna, si osserva in Friuli-Venezia Giulia una leggera diminuzione nel tempo del fenomeno, a fronte di una sostanziale stabilità a livello nazionale, a riprova del fatto che la crescita degli aborti spontanei registrata negli ultimi decenni è da attribuirsi prevalentemente all'innalzamento anagrafico dell'età della donna al parto. L'età media all'aborto spontaneo aumenta di pari passo con l'aumento dell'età media al parto: in Friuli-Venezia Giulia si passa da 33,4 anni nel 2003 a 34,5 nel 2012 (da 32,7 a 34,1 in Italia).

5.2.4 - Interruzioni volontarie di gravidanza

In base alle notifiche delle Ivg pervenute al sistema di sorveglianza³, istituito in seguito alla legalizzazione dell'aborto avvenuta con la legge 194 del 1978, il tasso standardizzato di abortività in Friuli-Venezia Giulia risulta dal 1982 sempre inferiore alla media nazionale; il suo andamento mostra un calo costante fino al 1995 (dal 17,7 per mille del 1980 al 7,4 per mille) seguito da una lenta ripresa fino al 2004 (8,6 mille) e quindi da una nuova diminuzione. Nel 2012 (Tavola 5.2) il tasso standardizzato di abortività volontaria tocca in Friuli-Venezia Giulia il minimo storico del 7,2 per mille (-59,3 per cento rispetto al 1980).

² Istat, Rilevazione sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo.

³ Dal 1980 è attivo un sistema di sorveglianza epidemiologico delle Ivg che coinvolge l'Istat, l'Iss e il Ministero della Salute insieme con le Regioni e le Province autonome.

Tavola 5.2 - Interruzioni volontarie di gravidanza, età media delle donne e tassi di abortività per provincia - Friuli-Venezia Giulia - Anno 2012 (valori assoluti, valori percentuali, quozienti per 1.000 donne in età feconda)

PROVINCE	Ivg		Età media	Tasso di abortività	
	Numero	Di cui da donne straniere (per cento)		Grezzo	Standardizzato
Pordenone	443	42,7	30,1	6,4	7,1
Udine	719	34,1	30,7	6,3	7,1
Gorizia	163	21,5	31,3	5,6	6,5
Trieste	324	30,2	29,9	7,0	8,2
Friuli-Venezia Giulia	1.649	34,4	30,4	6,4	7,2
Italia	103.191	34,1	30,0	7,6	8,4

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza

Nello stesso anno, la provincia dove si registra il tasso di abortività minore è quella di Gorizia (6,5 per mille) mentre in quella di Trieste si rileva il tasso maggiore (8,2 per mille).

Stratificando per cittadinanza, il ricorso in Italia all'aborto volontario delle donne straniere risulta essere triplo rispetto a quello delle italiane, contribuendo ad accrescere, negli ultimi anni, il livello di abortività delle regioni con forte presenza di cittadine straniere. A seguito di tale fenomeno, nel 2010 il Ministero della Salute/Ccm ha promosso e finanziato un progetto sulla prevenzione dell'Ivg tra le donne straniere a cui ha aderito, fra le altre, anche la Regione Friuli-Venezia Giulia. Nel 2012 la percentuale di aborti da donne straniere è pari al 34,4 per cento, di poco superiore alla percentuale rilevata a livello nazionale (34,1 per cento). Tra le province, si nota una forte variabilità, con valori compresi fra il 42,7 per cento in provincia di Pordenone e il 21,5 per cento in quella di Gorizia.

Sebbene l'impiego dell'anestesia locale, piuttosto che di quella generale, sia raccomandato dall'Oms nel caso di aborto chirurgico (Oms 2012) per minori rischi per la salute della donna, il ricorso a tale pratica ha riguardato in Italia solo il 6,5 per cento degli interventi, mentre il 79,1 per cento delle Ivg è effettuato con l'anestesia generale. In Friuli-Venezia Giulia la percentuale di utilizzo dell'anestesia generale (80,8 per cento) è in linea con il dato nazionale; l'anestesia locale è ancora molto poco diffusa (1,3 per cento), per contro vi è un uso più frequente della sedazione profonda (9,4 per cento contro l'1,8 per cento della media nazionale)⁴.

L'Oms raccomanda, inoltre, di realizzare l'intervento con metodica farmacologica nel caso di aborto prima delle nove settimane di gestazione. Gli interventi di questo tipo sono ancora poco diffusi in Friuli-Venezia Giulia costituendo il 5,5 per cento del totale, al di sotto del dato nazionale (9,4 per cento), ma con forte variabilità provinciale. Complicanze post intervento possono sorgere nelle settimane di gestazione più avanzate: la percentuale di Ivg praticate dopo il novantesimo giorno è pari al 7,0 per cento in Friuli-Venezia Giulia (4,8 per cento in Italia).

⁴ L'ampia variabilità regionale nell'utilizzo della sedazione profonda può essere dovuta al fatto che alcune Regioni non abbiano ancora utilizzato il nuovo modello di rilevazione, in cui nel 2012 è stata introdotta la modalità "sedazione profonda" per la variabile "terapia antalgica".

5.2.5 Prevenzione

L'attività di prevenzione nel corso della gravidanza consente di ridurre le malformazioni alla nascita e il rischio di aborto in utero. L'alimentazione durante la gestazione, la trasmissione di infezioni sessualmente trasmissibili, la rosolia congenita, la sindrome alcolico fetale sono temi all'attenzione della comunità medica e dell'opinione pubblica. Sebbene la rosolia rientri tra le infezioni a notifica obbligatoria, le schede di notifica non permettono di disporre di informazioni di dettaglio per cui, dal 2005, l'Iss ha attivato il sistema di sorveglianza sentinella della rosolia in gravidanza e della rosolia congenita. Il Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia (Pnemorc) 2010-2015 include, tra i suoi obiettivi, la riduzione dell'incidenza della rosolia congenita a meno di uno ogni centomila nati vivi entro il 2015, in linea con le indicazioni dell'Oms. Nel periodo 2005-2013, sono stati segnalati in Italia 78 casi di rosolia congenita, 64 confermati e 14 probabili; in Friuli-Venezia Giulia non vi è stato alcun caso (Cnesps-Iss 2014).

5.3 - I bambini 0-14 anni

Il quadro sintetico relativo ai minori fino a 14 anni, derivante dall'analisi di diverse fonti statistiche⁵ - di natura campionaria e amministrativa - evidenzia per il Friuli-Venezia Giulia uno stato di salute generalmente molto buono sebbene perdurino, tra le principali patologie dichiarate, alcune malattie croniche, quali asma e bronchite. La mortalità è principalmente concentrata nel primo anno di vita mentre sono estremamente ridotte sia l'incidenza sia le conseguenze legate alle malattie infettive. Gli stili di vita dei bambini del Friuli-Venezia Giulia evidenziano grande attenzione all'adozione di comportamenti in grado di prevenire l'insorgenza di patologie cronico-degenerative.

5.3.1 - Condizioni di salute

Nel corso del 2013, sulla base delle dichiarazioni rilasciate dalle madri o da altri familiari⁶, si rileva che il 97,6 per cento dei bambini del Friuli-Venezia Giulia gode di uno stato di salute buono o molto buono. Le malattie allergiche, inclusa l'asma allergica, rappresentano le patologie croniche più frequenti (7,5 per cento) e colpiscono maggiormente i maschi (9,1 per cento) rispetto alle femmine (5,8 per cento), con un divario più marcato rispetto al dato nazionale (11,1 per cento per i maschi e 8,6 per cento per le femmine). Cefalea ed emicrania ricorrente, bronchite ed enfisema polmonare, malattie cardiovascolari e celiachia completano il quadro delle malattie croniche più frequenti.

⁵ Per le fonti statistiche utilizzate si rimanda all'introduzione alla seconda parte del volume.

⁶ Nell'ambito dell'indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari.

5.3.2 - Mortalità generale e per causa

In base ai dati dell'Indagine sulle cause di morte, l'andamento in Italia del tasso di mortalità triennale standardizzato, relativamente ai bambini fino a 14 anni, è in lieve ma costante riduzione per l'intero periodo 2006-2011, con valori che passano da 3,2 per diecimila abitanti nel triennio 2006-2008 a 3 per diecimila abitanti nel triennio 2009-2011 (Tavola 5.3). Il quadro del Friuli-Venezia Giulia, nei suoi tratti generali, non si discosta significativamente da quello nazionale, presentando, nel triennio 2009-2011 e per l'intera classe 0-14 anni, un tasso standardizzato di mortalità pari a 2,7 per diecimila abitanti (circa 130 decessi nel triennio 2009-2011), inferiore al dato italiano e con una lieve prevalenza dei maschi in confronto alle femmine (2,8 per diecimila rispetto a 2,6 per diecimila).

Tavola 5.3 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 0-14 anni per i primi cinque gruppi di cause e Ass di residenza - Friuli-Venezia Giulia - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti)

ASS	Totale	Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	Malformazioni congenite	Tumori	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie del sistema circolatorio
Triestina	1,6	0,5	0,5	-	0,3	0,1
Isontina	2,3	1,0	0,2	0,6	0,2	-
Alto Friuli	4,0	0,8	0,4	0,4	0,4	-
Medio Friuli	2,7	1,5	0,3	0,2	0,4	0,1
Bassa Friulana	3,1	1,2	0,2	0,5	0,5	0,2
Friuli Occidentale	3,1	1,6	0,3	0,2	0,3	0,2
Friuli-Venezia Giulia	2,7	1,2	0,3	0,3	0,3	0,1
Italia	3,0	1,2	0,6	0,3	0,2	0,1

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle cause di morte

A livello di Ass, l'Alto Friuli e la Triestina evidenziano rispettivamente l'incidenza totale maggiore e minore. Con riferimento alle cinque cause di morte più frequenti, le differenze tra Ass sono soprattutto legate ai tassi relativi alle "condizioni morbose di origine perinatale" e ai "tumori".

5.3.3 - Morbosità ospedaliera

Nel triennio 2009-2011, il Friuli-Venezia Giulia si caratterizza per una minore propensione al ricovero rispetto alla media nazionale⁷ (Tavola 5.4) e presenta tassi maschili superiori a quelli femminili (rispettivamente 74,6 e 57,6 per mille abitanti). Tra le cause di ricovero più frequenti nella coorte 0-14 anni si registrano le "malattie dell'apparato respiratorio" (11,2 per mille abitanti, circa 5.200 casi nel triennio considerato) e "alcune condizioni morbose e di origine perinatale" (9,4 per mille abitanti, pari a circa 4.400 casi). Tra i maschi si registrano anche numerosi ricoveri per "malformazioni congenite", con 2.200 casi tra il 2009 e il 2011.

⁷ L'analisi è condotta sulle Sdo elaborate per residenza del paziente e aggregate per trienni mobili. Le finalità con le quali si possono utilizzare i dati provenienti da questa rilevazione sono sia di natura organizzativo-gestionale sia di natura clinico-epidemiologica.

Tavola 5.4 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 0-14 anni per genere e principali gruppi di cause - Friuli-Venezia Giulia e Italia - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

GRUPPI DI CAUSE	Friuli-Venezia Giulia				Italia			
	Ma-schi	Fem-mine	Totale	Variazione percentuale media annua	Ma-schi	Fem-mine	Totale	Variazione percentuale media annua
Malattie infettive e parassitarie	2,4	2,3	2,4	-2,8	5,7	5,1	5,4	-5,0
Tumori	2,9	2,5	2,7	-0,8	3,0	2,9	2,9	-0,7
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	3,2	4,1	3,6	-5,2	7,7	8,5	8,1	-2,4
Malattie del sangue e organi ematopoietici.	1,3	1,3	1,3	1,8	2,4	2,0	2,2	-3,1
Disturbi psichici	1,9	1,2	1,6	-3,5	4,4	2,5	3,5	-1,6
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	5,5	4,4	5,0	0,4	7,2	6,0	6,6	-2,1
Malattie del sistema circolatorio	1,0	0,7	0,9	0,8	1,9	1,1	1,5	-3,2
Malattie dell'apparato respiratorio	12,4	9,9	11,2	-2,1	21,0	16,7	18,9	-4,2
Malattie dell'apparato digerente	7,6	5,7	6,7	0,9	9,7	8,1	8,9	-4,5
Malattie del sistema genitourinario	4,6	1,8	3,3	-0,7	7,6	3,8	5,8	-3,2
Complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio	-	0,1	..	-14,4	-	0,1	0,1	-2,2
Malattie della cute e tessuto sottocutaneo	1,2	1,0	1,1	-0,1	1,9	1,7	1,8	-6,2
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	2,0	2,3	2,1	3,2	2,7	2,9	2,8	-2,1
Malformazioni congenite	9,3	4,9	7,2	1,4	10,5	6,2	8,4	-0,7
Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	10,2	8,5	9,4	-0,4	11,0	9,5	10,3	-2,1
Sintomi segni e stati morbosi maldefiniti	3,3	3,0	3,2	0,7	10,4	9,5	10,0	-4,1
Traumatismi ed avvelenamenti	5,8	3,7	4,8	-2,1	10,0	5,8	7,9	-5,6
Totale	74,6	57,6	66,4	-0,7	117,0	92,6	105,2	-3,4

Fonte: Elaborazioni Istat su dati Ministero della Salute (Sdo)

La categoria “malattie del sistema osteomuscolare e dal tessuto connettivo” ha fatto registrare l’incremento percentuale medio annuo più elevato rispetto al triennio precedente, pari al 3,2 per cento; le ospedalizzazioni per “malattie del sangue e organi ematopoietici” e per “malformazioni congenite” sono altresì aumentate, anche se in misura minore (rispettivamente 1,8 per cento e 1,4 per cento). Di contro, gli altri gruppi di cause per ricovero mostrano tassi tendenzialmente stabili o addirittura decrescenti (Tavola 5.4).

I tassi di ricovero nelle Ass del Friuli-Venezia Giulia mostrano picchi di incidenza nella Ass Bassa Friulana per il gruppo delle “malattie dell’apparato respiratorio” e nella Ass di Trieste per le restanti categorie (Tavola 5.5).

Tavola 5.5 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 0-14 anni per i primi otto gruppi di cause e Ass di residenza - Friuli-Venezia Giulia - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti)

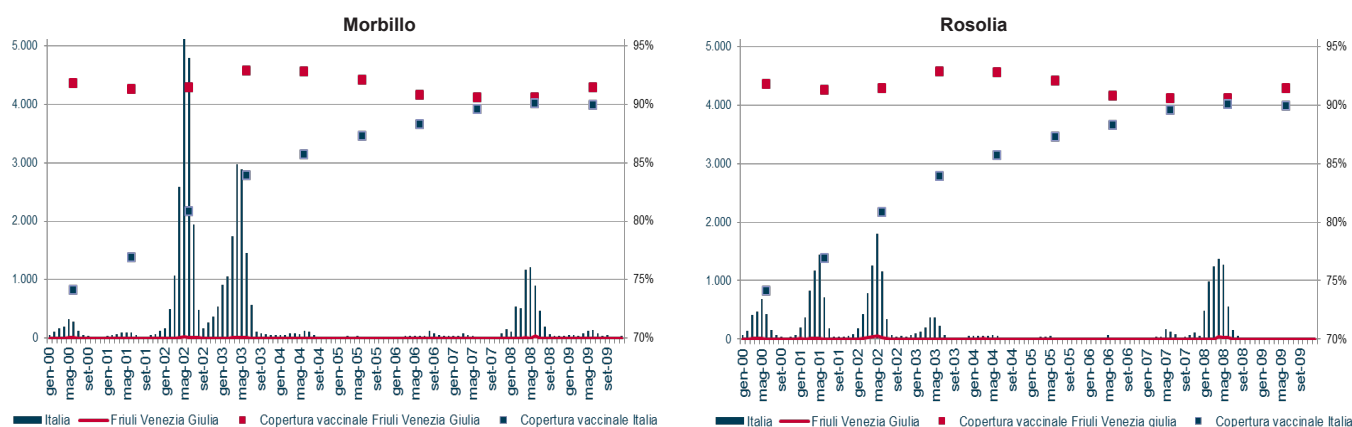
ASS	Totale	Malattie dell'apparato respiratorio	Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	Malformazioni congenite	Malattie dell'apparato digerente	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Traumatismi ed avvelenamenti tab.,	Malattie endocrine, nutriz., disturbi imm.	Malattie del sistema genitourinario
Triestina	73,0	9,5	11,0	8,0	8,1	6,2	5,5	5,7	3,8
Isontina	71,5	11,6	9,2	7,6	7,3	6,0	5,0	4,4	3,9
Alto Friuli	62,0	12,8	6,4	7,3	5,7	6,2	5,9	2,2	3,1
Medio Friuli	59,6	10,3	9,8	6,7	6,0	4,1	4,2	2,7	2,6
Bassa Friulana	75,6	15,1	8,6	7,0	7,7	4,4	4,7	5,4	3,2
Friuli Occidentale	65,1	11,3	8,8	7,1	6,1	4,6	4,7	2,7	3,3
Friuli-Venezia Giulia	66,4	11,2	9,4	7,2	6,7	5,0	4,8	3,6	3,3
Italia	105,2	18,9	10,3	8,4	8,9	6,6	7,9	8,1	5,8

Fonte: Elaborazioni Istat su dati Ministero della Salute (Sdo)

5.3.4 - Prevenzione primaria: la vaccinazione

Nell'ambito della vaccinazione infantile, particolare rilevanza assume quella per morbillo, parotite e rosolia (Mpr), poiché non ha ancora raggiunto né i livelli di copertura (circa 89 per cento in Italia nel 2013 contro il 95 per cento previsto) né l'omogeneità territoriale necessarie per rispettare gli obiettivi minimi fissati dall'Oms nella strategia Health21⁸, tanto che la nuova scadenza è stata posticipata al 2015.

Figura 5.1 - Notifiche mensili di morbillo e rosolia (asse sinistro, valori assoluti) - Italia (istogramma) e Friuli-Venezia Giulia (linea continua) e tassi di copertura Mpr (asse destro, valori percentuali, punti) - Anni 2000-2009



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute (Indagine sulle notifiche di malattie infettive)

⁸ Riduzione della trasmissione indigena di morbillo per il 2007 e la sua eliminazione per il 2010, <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health21-health-for-all-in-the-21st-century>.

In Friuli-Venezia Giulia, coerentemente con il resto d'Italia e nonostante i progressi registrati nel periodo osservato, il tasso di copertura vaccinale Mpr rimane al di sotto dell'obiettivo fissato dall'Oms (91 per cento nel 2009) e non omogeneo sul territorio, risultando, quindi, compatibile con l'insorgenza di nuove onde epidemiche (Figura 5.1).

Osservando, infatti, le distribuzioni stimate dei casi di morbillo e rosolia per Ass (Tavola 5.6 e Tavola 5.7), a partire dal 2005 è visibile una generalizzata riduzione delle notifiche di entrambe le infezioni. Le onde epidemiche del 2008 sono state molto contenute nel Friuli-Venezia Giulia (46 casi di morbillo e 97 di rosolia), con una concentrazione della diffusione del morbillo nella Ass Triestina (34 casi) e della rosolia nella Ass Friuli occidentale (67 casi).

Tavola 5.6 - Notifiche di morbillo per provincia e Ass di notifica - Friuli-Venezia Giulia - Anni 2000-2009
(valori assoluti e valori percentuali)

PROVINCIA	Ass	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Udine		9	5	22	5	-	-	1	-	3	-
	<i>Alto Friuli (%)</i>	22,2	20,0	18,2	-	-	-	-	-	-	-
	<i>Medio Friuli (%)</i>	55,6	40,0	50,0	80,0	-	-	100,0	-	100,0	-
	<i>Bassa Friulana (%)</i>	22,2	40,0	31,8	20,0	-	-	-	-	-	-
Gorizia	<i>Isontina</i>	1	1	6	3	1	2	-	-	-	-
Trieste	<i>Triestina</i>	10	9	32	20	2	1	1	-	34	-
Pordenone	<i>Friuli Occ.</i>	6	1	1	1	2	-	-	-	9	-
Friuli-Venezia Giulia		26	16	61	29	5	3	2	-	46	-
Italia		1.457	826	18.020	11.978	686	215	571	595	5.312	759

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute (Indagine sulle notifiche di malattie infettive)

Tavola 5.7 - Notifiche di rosolia per provincia e Ass di notifica - Friuli-Venezia Giulia - Anni 2000-2009
(valori assoluti e valori percentuali)

PROVINCIA	Ass	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Udine		9	14	9	2	1	-	1	1	14	-
	<i>Alto Friuli (%)</i>	-	7,1	11,1	-	-	-	-	-	-	-
	<i>Medio Friuli (%)</i>	88,9	57,1	77,8	100,0	-	-	100,0	100,0	100,0	-
	<i>Bassa Friulana (%)</i>	11,1	35,7	11,1	-	100,0	-	-	-	-	-
Gorizia	<i>Isontina</i>	5	3	3	2	2	2	-	1	1	-
Trieste	<i>Triestina</i>	6	8	141	6	7	2	3	1	15	5
Pordenone	<i>Friuli Occ.</i>	3	14	1	2	2	-	-	1	67	-
Friuli-Venezia Giulia		23	39	154	12	12	4	4	4	97	5
Italia		2.605	5.151	6.224	1.615	461	297	257	758	6.183	221

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute (Indagine sulle notifiche di malattie infettive)

5.3.5 - Stili di vita

I comportamenti acquisiti in età giovanile possono influire sull'insorgenza di malattie e sul mantenimento di stili di vita sbagliati in età adulta. I ragazzi presentano diversi comportamenti considerati a rischio, tra i quali stili alimentari non adeguati, limitata attività fisica e obesità, che possono diventare abitudini difficili da modificare.

In base ai risultati dell'indagine Aspetti della vita quotidiana, risulta che l'86,8 per cento dei bambini tra i 3 e i 14 anni del Friuli-Venezia Giulia, nel 2012, inizia la giornata con una colazione adeguata, registrando un valore inferiore a quello nazionale (91,8 per cento).

Gli altri comportamenti considerati salubri evidenziano, invece, un maggiore consumo di verdura rispetto alla media italiana (44,6 per cento rispetto al 33,9 per cento) nonché, sulla base dei risultati dell'indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2013, una minore sedentarietà tra i bambini di 5-14 anni (17,3 per cento rispetto a 27,5 per cento), che si riflette anche in una maggiore percentuale che svolge attività fisica moderata (36,2 per cento) o pesante (39,7 per cento) rispetto al dato nazionale (rispettivamente 32,9 per cento e 28,0 per cento). Analogamente, nel periodo 2009-2012, la quota di giovani in sovrappeso, di età compresa fra 6 e 17 anni, è stabilmente inferiore al dato nazionale (26,6 per cento nel 2012), nonostante la differenza si riduca a causa di un loro consistente incremento (dal 19,7 per cento del 2011 al 25,0 per cento del 2012).

Da un confronto di genere, emerge che i comportamenti salutari sono una consuetudine più femminile: le bambine e le ragazze del Friuli-Venezia Giulia sono meno sedentarie dei coetanei maschi (16,9 per cento rispetto a 17,7 per cento), più inclini a mangiare verdura (49,2 per cento rispetto a 40,3 per cento) e anche meno in sovrappeso (21,3 per cento rispetto a 28,6 per cento).

5.4 - Gli adolescenti e i giovani adulti 15-34 anni

Nel 2012, quasi un quinto della popolazione del Friuli-Venezia Giulia è rappresentato da giovani di 15-34 anni: a prevalere è il genere maschile, sia complessivamente (104 maschi ogni 100 femmine) sia in ciascuna delle sei Ass in cui è articolato il territorio regionale, con un'incidenza maggiore nella Ass Alto Friuli (109,5 maschi ogni 100 femmine), minore nella Ass Medio Friuli (102,7 maschi ogni 100 femmine). L'allungamento della vita media e il conseguente processo di invecchiamento della popolazione hanno influito sulla riduzione della percentuale dei giovani che, nell'ultimo decennio, è passata dal 24 al 19 per cento della popolazione residente.

5.4.1 - Condizioni di salute

L'indagine Istat sulle condizioni di salute al 2013 evidenzia che, in Friuli-Venezia Giulia, il 91,1 per cento degli individui appartenenti a questa fascia di età dichiara un buono stato di salute, ovvero di stare bene o molto bene, maggiormente i maschi (93,4 per cento) rispetto alle femmine (88,6 per cento). Poco meno dell'8 per cento esprime un giudizio meno positivo sulle proprie condizioni di salute (né bene né male); le giovani donne prevalgono in questo tipo di valutazione. La percezione

positiva dello stato di salute dei giovani è strettamente legata alla scarsa presenza di patologie gravi in questa fase del ciclo di vita.

Tra le malattie croniche dichiarate, prevalgono, per entrambi i sessi, le malattie allergiche, comprensive dell'asma allergica (18,6 per cento sul totale delle persone di 15-34 anni di età); segue la cefalea, in significativo aumento rispetto al 2005 e con quote più elevate per le donne (15,5 per cento) rispetto agli uomini (5,7 per cento).

Con riferimento alle malattie sessualmente trasmissibili (in particolare la sifilide), i giovani rappresentano una categoria a elevato rischio, anche per l'adozione di comportamenti non supportati da un adeguato livello di consapevolezza. In base ai dati derivanti dalle notifiche di malattie infettive, nel periodo 2000-2009 si evidenzia, a livello sia nazionale che regionale, un andamento delle segnalazioni di sifilide tendenzialmente in crescita, pur se stabile negli ultimi anni del decennio considerato (45 casi nel Friuli-Venezia Giulia nel 2009), nonché una concentrazione di casi pari a circa il 97 per cento nella classe di età 15-64 anni. Per quanto riguarda l'epatite B, invece, il trend è tendenzialmente decrescente nel decennio considerato, principalmente a seguito dell'introduzione nel 1991 della vaccinazione obbligatoria per tutti i neonati (15 casi nel Friuli-Venezia Giulia nel 2009).

5.4.2 - Morbosità ospedaliera

Tavola 5.8 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 15-34 anni per genere, primi cinque gruppi di cause e Ass di residenza - Friuli-Venezia Giulia - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASS	Maschi						Femmine					
	Totale	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo	Malattie dell'apparato digerente	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie del sistema genito-urinario	Totale	Complicazioni della gravidanza etc.	Malattie del sistema genito-urinario	Malattie dell'apparato digerente	Tumori	Malattie del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo
Triestina	59,9	11,6	9,5	7,4	6,0	4,0	134,9	79,6	9,8	7,3	5,6	5,7
Isontina	61,0	11,3	12,4	8,3	4,9	4,5	146,7	86,7	13,0	9,6	5,1	6,7
Alto Friuli	61,3	14,8	9,1	8,3	4,0	4,3	116,5	66,2	8,6	8,5	4,4	5,1
Medio Friuli	56,5	12,0	9,4	9,2	4,3	3,2	129,7	73,5	10,7	9,9	6,1	5,2
Bassa Friulana	54,5	10,9	10,6	7,0	3,7	3,6	122,7	71,6	10,8	7,4	5,5	5,8
Friuli Occident.	55,1	11,5	9,4	6,3	6,1	4,0	135,1	84,6	10,8	5,7	5,5	5,2
Friuli-V.G.	57,3	11,8	9,8	7,7	5,0	3,8	132,6	78,4	10,7	8,0	5,6	5,5
Italia	71,9	14,5	8,1	8,7	6,1	4,8	152,7	86,4	12,2	9,4	6,2	4,9
Variazione percentuale media annua												
Triestina	-1,5	-4,1	0,9	-0,9	-1,7	-2,4	-0,8	-0,8	0,3	-1,0	10,5	-1,4
Isontina	0,9	-3,4	0,7	2,5	4,6	6,0	-0,2	-0,7	0,2	3,5	2,8	0,2
Alto Friuli	..	-3,7	1,3	0,3	-0,9	7,2	-1,5	-1,8	1,5	0,8	7,7	-3,3
Medio Friuli	-0,7	-3,1	-2,1	3,0	-3,5	5,2	-0,7	-0,7	0,5	1,4	4,0	-4,6
Bassa Friulana	-3,0	-5,3	-2,6	-0,5	-8,9	3,0	-0,9	-0,5	1,3	3,8	1,8	-1,5
Friuli Occident.	-1,0	-4,4	-0,5	1,5	3,5	2,1	-0,3	0,0	-0,8	0,3	2,2	-5,0
Friuli-V.G.	-0,9	-3,9	-0,8	1,4	-0,6	2,8	-0,6	-0,5	0,2	1,2	4,3	-3,3
Italia	-3,8	-5,5	-3,1	-3,3	-1,7	-2,5	-2,4	-1,0	-3,0	-3,3	-3,6	-4,2

Fonte: Elaborazioni Istat su dati Ministero della Salute (Sdo)

In Friuli-Venezia Giulia, la media del tasso di ospedalizzazione per acuti da parte dei giovani di 15-34 anni nel triennio 2009-2011 si mantiene al di sotto del valore nazionale (circa 69 mila casi, ossia 94,0 per mille rispetto a 112,2 per mille).



I ricoveri di entrambi i sessi tendono a diminuire nel tempo (-0,6 per cento medio annuo nel triennio 2009-2011 rispetto al triennio 2006-2008), in linea, anche se in misura più moderata, con quanto avviene a livello nazionale (-2,9 per cento medio annuo) in seguito alle politiche di contenimento dei posti letto negli ospedali.

La significativa differenza di genere dell'incidenza ospedaliera che si osserva in questa fascia di età (Tavola 5.8) è dovuta principalmente all'elevato numero di ricoveri per "complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio" (78,4 per mille, circa 28.800 casi). La seconda causa di ospedalizzazione per le femmine è rappresentata dalle malattie del sistema genitourinario (10,7 per mille, circa 4 mila casi). Per i maschi, i "traumatismi e avvelenamenti" e le "malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo" costituiscono le prime cause di ricovero con tassi che raggiungono, rispettivamente, l'11,8 per mille (circa 4.300 casi) e il 9,8 per mille (circa 3.700 casi).

L'analisi dei tassi totali di ricovero per Ass mostra, per entrambi i sessi, una variabilità poco significativa in termini di intensità media annua nel triennio considerato. Al contrario, le variazioni percentuali medie annue, tra i due trienni messi a confronto, registrano, in controtendenza con il trend nazionale, un incremento dell'ospedalizzazione per le malattie sia "del sistema genitourinario" che "dell'apparato digerente" per i maschi (rispettivamente 2,8 e 1,4 per cento) e per i "tumori" e le "malattie dell'apparato digerente" per le femmine (4,3 e 1,2 per cento).

5.4.3 - Mortalità generale e per causa di morte

Il buono stato di salute degli adolescenti e dei giovani adulti è caratterizzato dall'assenza di patologie croniche e di malattie infettive (la cui prevenzione è stata già fatta da bambini). Inoltre, il ricorso all'ospedalizzazione è motivato, in prevalenza, da eventi traumatici o, per le donne, da difficoltà legate alla gravidanza.

Queste condizioni fanno sì che la mortalità giovanile (calcolata per la classe di età 15-34) risulti molto bassa (4 per diecimila individui della stessa età, pari a circa 300 decessi nel triennio 2009-2011): maggiore per i maschi (5,8) e minore per le femmine (2,1), in linea con il dato nazionale e in costante riduzione tra il 2006 e il 2011. La prevalenza territoriale dei traumatismi, prima causa di morte per i maschi di questa fascia di età, si rileva nell'Ass dell'Alto Friuli (Tavola 5.9).

Tra le cause esterne di traumatismo, la tipologia prevalente è rappresentata dagli "accidenti di trasporto" (1,1 morti per diecimila individui della stessa età), soprattutto tra i maschi, per i quali il tasso standardizzato di mortalità è pari a 2,0. La mortalità per tumore maligno (pari a 0,7) vede prevalere, pur nell'esiguità numerica dei casi, sia nei maschi sia nelle femmine, i tumori del sistema linfatico-ematopoietico (0,2); seguono i tumori dell'ovaio e quelli della laringe, trachea, bronchi e polmone per le giovani donne, e i tumori delle labbra, cavità orale e faringe per i maschi. I tassi di mortalità, oltre la terza causa, sono pari o inferiori a 0,3 per diecimila individui della stessa età per gli uomini, a 0,1 per diecimila per le donne.

Tavola 5.9 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 15-34 anni per genere, primi tre gruppi di cause e Ass di residenza - Friuli-Venezia Giulia - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASS	Maschi				Femmine			
	Totale	Traumatismi ed avvelenamenti	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Totale	Tumori	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie del sistema circolatorio
Triestina	5,2	2,0	0,5	0,5	2,4	1,1	0,5	-
Isontina	7,2	4,7	1,0	0,2	1,5	0,5	0,3	0,8
Alto Friuli	9,1	5,6	1,8	-	2,0	1,0	0,5	-
Medio Friuli	4,6	2,8	0,4	0,5	1,7	0,4	0,5	0,4
Bassa Friulana	4,4	3,0	0,3	-	3,2	1,4	0,3	0,3
Friuli Occident.	6,7	4,8	0,7	0,3	2,0	0,8	0,6	0,2
Friuli- V.Giulia	5,8	3,6	0,6	0,3	2,1	0,8	0,5	0,3
Italia	5,4	3,1	0,8	0,4	2,1	0,7	0,7	0,2
Variazione percentuale media annua								
Triestina	-8,7	-1,6	11,6	-14,5	2,6	32,3	2,1	-
Isontina	8,9	14,1	30,5	-21,7	-2,9	27,0	-17,4	32,7
Alto Friuli	14,3	9,6	24,8	-	-8,8	6,4	-19,7	-
Medio Friuli	-5,2	-9,3	20,3	31,1	-9,6	23,4	-14,7	17,3
Bassa Friulana	11,4	-7,6	38,0	-	11,5	42,2	-34,9	-
Friuli Occident.	5,1	7,5	15,0	-3,0	-7,4	3,1	-20,1	-13,6
Friuli- V.Giulia	-0,6	1,1	-4,5	-5,8	-4,1	3,4	-17,6	4,5
Italia	-3,7	-5,2	-0,8	-2,2	-1,4	-0,4	-3,6	-1,2

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Indagine sulle cause di morte

5.4.4 - Incidentalità stradale

La mortalità per incidenti da mezzi di trasporto caratterizza i rischi di morte degli adolescenti e dei giovani adulti⁹. I dati di cui alla rilevazione Istat sull'incidentalità stradale con lesioni alle persone indicano che in Friuli-Venezia Giulia, nel 2012, il numero delle giovani vittime della strada (21 decessi) è pari a quasi un quarto del totale dei decessi causati da incidente stradale (24,7 per cento), inferiore all'incidenza della stessa classe di età a livello nazionale (28,3 per cento): si tratta, in netta prevalenza, di maschi (81,0 per cento).

Il numero totale di decessi per incidentalità stradale in Friuli-Venezia Giulia è comunque in diminuzione nel decennio 2001-2010, in particolare per i giovani (-64,9 per cento), così come nel primo biennio della seconda decade 2011-2020 (-4,5 per cento), in linea con l'obiettivo comunitario di dimezzamento dei morti sulle strade. Tra le campagne comunicative sulla sicurezza stradale promosse in Italia, quelle rivolte ai giovani sono state finalizzate a modificarne i comportamenti, non solo relativamente al consumo di alcol e droghe, ma anche all'uso del casco e del cellulare alla guida.

La riduzione della mortalità ha interessato maggiormente i giovani rispetto alle altre classi di età, pur con evidenti divari territoriali tra le Ass: la maggiore diminuzione nel decennio si registra nel territorio dell'Ass Triestina (-92,9 per cento) mentre l'Ass

⁹ Nel confrontare i decessi dell'indagine sugli incidenti stradali con quelli dell'indagine sulle cause di morte, relativi agli accidenti di trasporto, occorre tenere in considerazione le diverse definizioni e caratteristiche delle due fonti, per le quali si rimanda alla nota metodologica.

dell'Alto Friuli è l'unica a presentare un aumento (+40,0 per cento) anziché una diminuzione del numero di morti fra i giovani.

Nel 2012, il tasso di mortalità standardizzato riferito alle giovani vittime di incidenti in Friuli-Venezia Giulia (9,1 per centomila abitanti) è superiore alla media nazionale mentre il tasso di lesività standardizzato (717,8 per centomila abitanti) presenta un valore inferiore. Nel confronto tra le Ass, i valori più elevati del tasso di mortalità si registrano in quelle del Friuli Occidentale e dell'Alto Friuli, il tasso di lesività è maggiore invece nei territori dell'Ass Triestina e di quella Isontina (Tavola 5.10). Entrambi i tassi sono in diminuzione dal 2001.

Le giovani vittime della strada in Friuli-Venezia Giulia sono, nel 90,5 per cento dei casi, conducenti di autovetture o di veicoli a due ruote e, nel restante 9,5 per cento, passeggeri. Nel 2012 non vi sono state vittime fra i giovani pedoni. Il 42,9 per cento si trovava a bordo di un'autovettura, il 57,1 per cento su un veicolo a due ruote (motociclo, ciclomotore, bicicletta).

Tavola 5.10 - Tassi standardizzati di mortalità e di lesività per incidentalità stradale della popolazione di 15-34 anni per Ass di evento - Friuli-Venezia Giulia - Anni 2011 e 2012 (valori per 100.000 abitanti e differenze assolute 2010-2001)

ASS	Tasso di mortalità standardizzato			Tasso di lesività standardizzato		
	2011	2012	Differenze 2010-2001	2011	2012	Differenze 2010-2001
Triestina	2,4	2,4	-26,0	952,1	996,7	-1.009,5
Isontina	16,4	8,4	-27,4	957,1	747,2	-667,2
Alto Friuli	21,0	14,9	22,7	447,2	389,1	-436,5
Medio Friuli	8,7	7,5	-20,7	701,0	694,6	-451,8
Bassa Friulana	10,1	4,3	-7,1	627,1	520,5	-809,6
Friuli Occident.	8,9	15,4	-8,6	656,9	688,0	-285,7
Friuli-V. Giulia	9,4	9,1	-14,9	738,1	717,8	-561,5
Italia	9,0	8,2	-7,4	928,3	829,3	-284,5

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Rilevazione sugli incidenti stradali con lesioni alle persone

5.4.5 - Stili di vita

L'abitudine al fumo rappresenta uno dei maggiori fattori di rischio di malattia, sia di natura oncologica sia di altra natura. Nel 2013, la quota dei giovani fumatori del Friuli-Venezia Giulia è pari al 26,7 per cento, in linea con i dati nazionali, con peso fortemente diversificato rispetto al genere: i fumatori maschi sono il 33,4 per cento, le donne il 19,5 per cento. Tra i giovani che hanno smesso di fumare, c'è una prevalenza delle femmine (14,9 per cento).

Per ciò che attiene al consumo di alcol, nel corso del 2013 il 67,3 per cento dei giovani del Friuli-Venezia Giulia ha consumato almeno una bevanda alcolica, circa 2 punti percentuali in più rispetto al dato nazionale. Il 19,4 per cento della coorte considerata ha adottato almeno un comportamento a rischio (consumo giornaliero non moderato e *binge drinking*, ossia l'assunzione di oltre sei unità alcoliche di una

qualsiasi bevanda in un'unica occasione), in misura superiore al dato nazionale di 15 punti percentuali, con una maggiore incidenza per i maschi (27,6 per cento) rispetto alle femmine (9,9 per cento). Molto diffuso tra i maschi nel Friuli-Venezia Giulia è, in particolare, il *binge drinking*, che raggiunge il 27,6 per cento contro l'8,7 delle femmine nella regione e il 18,6 per cento dei coetanei maschi a livello nazionale.

È noto che cattive abitudini alimentari influiscono sul peso di una persona e che l'eccesso ponderale costituisce un rilevante fattore di rischio per l'insorgenza di alcune patologie metaboliche, cardiovascolari e tumorali, soprattutto in alcune fasi del ciclo di vita. In Friuli-Venezia Giulia, nel 2013, quasi il 66 per cento delle persone di 18-34 anni è normopeso e una su cinque è in sovrappeso, in linea con il dato nazionale. I giovani che dichiarano di praticare almeno un'attività fisica sono il 78 per cento, di cui il 38 per cento con rilevante sforzo fisico, mostrando una maggiore propensione allo sport rispetto alla media nazionale dei loro coetanei (in Italia, il 66,0 per cento svolge attività fisica, di cui il 26,8 per cento in modo intensivo). Riguardo all'alimentazione, i giovani del Friuli-Venezia Giulia che, nel 2012, dichiarano di consumare almeno una porzione di verdura al giorno sono il 50,3 per cento, un'incidenza superiore alla media nazionale (44,5 per cento).

5.5 - Gli adulti di 35-64 anni

In Friuli-Venezia Giulia, la popolazione adulta compresa fra 35 e 64 anni rappresenta il 44,1 per cento della popolazione residente: il rapporto di genere è di 98,8 maschi ogni cento femmine. Riguardo a quest'ultimo dato, a livello di Ass si registrano valori leggermente diversi dalla media regionale: nelle Ass Alto Friuli e Isontina si rileva una maggiore incidenza dei maschi (104,9 e 103,1 maschi ogni cento donne) mentre nell'Ass Triestina e in quella del Medio Friuli si registra una maggiore incidenza delle donne (rispettivamente 94,6 e 96,9 maschi ogni cento donne).

5.5.1 - Condizioni di salute

L'indagine multiscopo sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari mette in luce le buone condizioni di salute della popolazione adulta. In Friuli-Venezia Giulia, le persone in buono stato di salute (che dichiarano di stare bene o molto bene) sono, nel 2013, il 74,8 per cento, un livello superiore alla media nazionale (71,1 per cento). La verifica della dimensione soggettiva rappresenta un momento di sintesi efficace per la valutazione complessiva dello stato di salute, poiché fortemente correlata alla mortalità, alla presenza di malattie croniche, alla disabilità e ai consumi sanitari. Gli indicatori di salute, basati sulla presenza di patologie croniche, segnalano che il 10,7 per cento della popolazione adulta dichiara di essere affetto da una malattia cronica grave mentre il 10,1 per cento presenta problemi di multicronicità (dichiara di soffrire di almeno tre malattie croniche). In linea con il dato nazionale, le malattie croniche più diffuse sono quelle cardiovascolari (17,2 per cento), l'artrosi/artrite, le malattie allergiche e l'emicrania ricorrente, queste ultime con prevalenze intorno al 15 per cento. Nel confronto con il 2005, a parità di età, aumentano in modo significativo le allergie, la cefalea o emicrania ricorrente, le malattie della tiroide e il diabete. La popolazione

femminile adulta presenta tassi di morbosità cronica dichiarata più elevati di quella maschile, sia a livello regionale sia a livello nazionale. Differenziali di genere più marcati si evidenziano per l'emicrania ricorrente, che colpisce il 20,4 per cento delle donne contro l'8,4 per cento degli uomini, e per l'artrosi/artrite (18,5 per cento contro il 7,9 per cento).

5.5.2 - Morbosità ospedaliera

In Friuli-Venezia Giulia, nel triennio 2009-2011 il tasso standardizzato di ospedalizzazione degli adulti tra i 35-64 anni si attesta a 112,7 per mille (circa 183.500 casi), con una prevalenza dei ricoveri femminili (122,4 per mille contro il 103,5 per mille maschile) dovuta in gran parte al parto e puerperio. Il confronto tra il triennio analizzato e il triennio precedente mostra che i ricoveri per acuti tendono progressivamente a ridursi, in linea con l'andamento del fenomeno a livello nazionale, anche se in misura

Tavola 5.11 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 35-64 anni per genere, primi cinque gruppi di cause e Ass di residenza - Friuli-Venezia Giulia - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASS	Maschi						Femmine					
	Totale	Malattie dell'apparato digerente	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Traumatismi ed avvelenamenti	Totale	Complicazioni della gravidanza etc.	Malattie del sistema genito-urinario	Tumori	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	Malattie dell'apparato digerente
Triestina	106,5	16,5	14,8	15,8	13,3	10,4	118,2	21,9	15,2	17,9	14,8	9,3
Isontina	108,7	16,6	17,9	18,5	15,0	9,4	123,7	21,0	20,7	19,4	16,9	9,8
Alto Friuli	111,5	17,2	15,5	17,1	13,6	15,3	112,1	16,7	15,6	16,9	13,9	9,6
Medio Friuli	99,7	16,3	14,3	14,1	13,7	11,1	122,7	20,8	20,6	20,4	13,6	9,4
Bassa Friulana	97,7	15,8	17,4	15,5	13,6	9,2	118,3	19,2	20,6	19,9	15,7	8,6
Friuli Occident.	103,4	16,0	18,2	16,6	14,0	9,5	128,8	21,3	24,9	19,6	18,3	9,1
Friuli-V. Giulia	103,5	16,3	16,1	15,9	13,8	10,4	122,4	20,8	20,4	19,4	15,6	9,3
Italia	123,1	19,1	13,2	21,2	14,5	10,7	139,4	21,8	20,0	19,8	14,5	12,0
Variazione percentuale media annua												
Triestina	-1,6	-0,1	0,1	-3,0	-0,3	-2,6	-1,4	-0,5	-1,0	0,1	-0,1	-1,6
Isontina	-1,0	-0,1	..	-1,2	-1,0	-2,6	0,1	0,4	-0,6	0,9	1,6	1,6
Alto Friuli	-2,0	-1,0	0,6	-3,6	-4,5	-2,7	-2,6	0,5	-1,8	-3,6	-1,5	-2,9
Medio Friuli	-2,5	-2,8	-2,3	-3,8	-2,7	-1,9	-1,3	1,7	0,1	-0,1	-3,9	-2,5
Bassa Friulana	-2,0	-2,2	0,6	-4,4	-3,4	1,6	-0,5	1,5	0,3	-0,5	-0,4	-2,7
Friuli Occident.	-1,4	-1,4	0,4	-1,9	-2,0	-3,7	-0,8	0,7	0,1	-1,5	-0,7	1,7
Friuli-V. Giulia	-1,8	-1,5	-0,4	-2,9	-2,1	-2,4	-1,0	0,8	-0,1	-0,5	-1,2	-1,0

Fonte: Elaborazione Istat su dati Ministero della Salute (Sdo)

più modesta (-1,4 per cento medio annuo nel Friuli-Venezia Giulia contro il -3,8 per cento in Italia).

Per i maschi la principale causa di ricorso all'assistenza ospedaliera è riconducibile alle "malattie dell'apparato digerente", cui seguono le "malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo" e "del sistema circolatorio", ciascuno con circa 13 mila casi (Tavola 5.11).

A prescindere dal parto, il genere femminile ricorre ai servizi ospedalieri preva-

lentamente a causa di patologie del sistema genitourinario (circa 16.500 casi), tumori (circa 15.800 casi) e malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (circa 12.800 casi).

Per entrambi i sessi, i tassi di ricovero del triennio 2009-2011 presentano un'ampia variabilità all'interno delle Ass, specialmente in termini di variazione media annua rispetto al triennio 2006-2008. In particolare, i tassi risultano tendenzialmente stabili o in diminuzione ovunque, tranne i casi di "traumatismi e avvelenamenti" tra gli uomini dell'Ass Bassa Friulana, i casi di "complicazioni della gravidanza e del parto" in tutte le Ass tranne quella Triestina, di "malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo" nell'Ass Isontina e di "malattie dell'apparato digerente" nell'Ass Isontina e in quella del Friuli Occidentale.

5.5.3 - Mortalità generale e per causa di morte

Il buono stato di salute generale che caratterizza la classe di età 35-64 anni è confermato da un basso tasso standardizzato di mortalità, sia per i maschi che per le femmine, con livelli che nella media del triennio 2009-2011 sono pari in Friuli-Venezia Giulia, rispettivamente, a 35,4 e 19,7 ogni diecimila residenti della stessa età e dello stesso genere, per un totale di circa 9 mila decessi nel triennio considerato (Tavola 5.12).

Tavola 5.12 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 35-64 anni per genere, primi cinque gruppi di cause e Ass di residenza - Friuli-Venezia Giulia - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASS	Maschi						Femmine					
	Totale	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie dell'apparato digerente	Malattie endocrine, nutriz., metab., disturbi immunitari	Totale	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie dell'apparato digerente	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi
Triestina	36,5	16,4	6,7	2,9	2,4	1,2	21,2	13,2	2,1	1,6	0,8	0,6
Isontina	39,6	20,6	7,4	3,5	2,7	1,9	19,4	12,1	2,9	1,1	1,0	0,7
Alto Friuli	42,0	19,5	10,6	4,5	2,8	2,3	25,4	16,7	3,1	1,3	1,6	0,8
Medio Friuli	34,2	15,6	8,3	3,4	2,6	1,3	20,0	13,3	2,2	1,2	1,0	0,7
Bassa Friulana	35,5	17,6	6,6	5,3	1,1	0,7	18,4	11,5	2,0	1,8	0,9	-
Friuli Occident.	31,9	13,6	7,4	3,9	2,7	1,0	17,3	10,2	2,0	1,4	0,9	0,6
Friuli-V.Giulia	35,4	16,3	7,7	3,7	2,5	1,3	19,7	12,4	2,3	1,4	1,0	0,6
Italia	34,8	15,5	8,1	3,4	2,1	1,3	19,1	11,7	2,7	0,9	0,8	0,6

	Variazione percentuale media annua											
Triestina	-3,8	-4,4	-3,9	0,5	-8,3	3,2	-4,9	-4,7	-6,3	5,8	-17,1	0,8
Isontina	-0,7	1,4	-4,2	-3,2	1,9	5,8	-3,5	-5,5	10,2	27,9	-11,5	8,2
Alto Friuli	-3,5	-2,1	..	-3,2	-14,8	12,5	2,3	2,9	-1,9	30,1	0,9	8,5
Medio Friuli	-3,0	-2,7	..	-9,4	-5,8	4,2	-1,6	-0,3	-3,6	-0,6	-10,9	8,4
Bassa Friulana	-1,7	-1,8	-5,7	4,5	-9,9	-14,4	-2,1	-2,8	-9,0	2,9	8,6	-
Friuli Occident.	-1,8	-4,5	..	-0,1	3,8	2,5	-2,5	-2,1	-8,2	5,1	0,2	-2,8
Friuli-V.Giulia	-2,5	-2,8	-1,7	-3,0	-4,6	3,2	-2,6	-2,3	-4,1	5,3	-8,2	1,5
Italia	-1,5	-1,7	-2,1	-1,3	-2,1	0,6	-0,6	-0,5	-2,3	-1,0	-3,5	2,0

Fonte: Elaborazione Istat su dati Rilevazione delle cause di morte

Contributi importanti al declino della mortalità sono da ricercarsi in fattori sia individuali che di sistema. La classe di età in esame è caratterizzata dal fenomeno della super-mortalità maschile, le cui determinanti sono tradizionalmente riconducibili ai diversi comportamenti e stili di vita adottati dai due sessi. I maggiori imputati sono il tabagismo, l'alcolismo e la guida pericolosa, più diffusi tra gli uomini che tra le donne, ma anche i rischi derivanti dalla diversa attività lavorativa. L'analisi della mortalità per residenza del deceduto e per causa mostra, per entrambi i generi, un'elevata concentrazione nei primi tre gruppi di cause prevalenti: tumori (14,3 per diecimila), malattie del sistema circolatorio (4,9 per diecimila) e cause esterne da traumatismo e avvelenamento (2,5 per diecimila), che rappresentano circa il 78 per cento delle cause di morte per i maschi e l'82 per cento per le femmine. La mortalità per "tumori maligni" rappresenta la prima causa di morte nell'età adulta: nel triennio considerato, si ha una prevalenza per le donne di 12,2 per diecimila residenti, per gli uomini di 15,8. Rispetto agli organi colpiti, si evidenziano ulteriori differenze di genere: i tumori maligni al seno si confermano prima causa di malattie oncologiche nelle donne (2,8 per diecimila), seguono i tumori a laringe-trachea, bronchi e polmoni (2,1); nei maschi quest'ultima categoria è la più incidente (4,0 per diecimila), cui seguono i tumori del fegato e dei dotti biliari intraepatici (1,3). Tra le malattie circolatorie, le più rappresentate sono le cardiopatie ischemiche, con tassi di prevalenza degli uomini fino a sei volte più alti di quelli delle donne (3,6 contro 0,6 per diecimila). È da sottolineare come gli uomini di questa classe di età siano penalizzati anche da alti livelli di mortalità per fenomeni di natura violenta (traumatismi e avvelenamenti), oltre due volte e mezzo più elevati di quelli delle donne (3,7 contro 1,4 per diecimila).

L'analisi territoriale per Ass attesta che la distribuzione della mortalità per causa varia in funzione del genere, con tassi di mortalità dei maschi inferiori alla media regionale nelle aziende sanitarie del Medio Friuli e del Friuli Occidentale, per i tumori, e superiori alla media regionale nelle aziende dell'Alto e Medio Friuli per le malattie cardiocircolatorie.

5.5.4 - Incidentalità stradale

Le evidenze emerse nell'analisi della mortalità per traumatismi, particolarmente rilevante nei maschi di questa fascia d'età, trovano un riscontro nei dati della rilevazione sull'incidentalità stradale con lesioni alle persone¹⁰. Nel 2012, più di un terzo del totale dei morti (30 decessi, pari al 35,3 per cento) e dei feriti (2.044 feriti, pari al 43,7 per cento) per incidenti stradali avvenuti nella regione riguarda la popolazione adulta.

Relativamente al decennio 2001-2010, in Friuli-Venezia Giulia si registra un decremento del numero dei decessi (-52,6 per cento) superiore a quello nazionale per la stessa fascia di età (-32,6 per cento). Si osserva inoltre come, nello stesso periodo, la riduzione del tasso standardizzato di mortalità (-8,3 ogni centomila abitanti) si accompagni alla diminuzione di quello di lesività (-156,2 ogni centomila abitanti) (Tavola 5.13). Nel 2012, in otto casi su dieci, le vittime di incidenti stradali di questa fascia di età sono conducenti di autovetture e di veicoli a due ruote (80,0 per cento); oltre un terzo si trovava a bordo di un'autovettura (36,7 per cento) e uno su cinque viaggiava su un motociclo o ciclomotore (20,0 per cento).

¹⁰ Per un corretto confronto tra i risultati delle due fonti si rimanda alla nota metodologica per le differenze nelle definizioni e nel campo d'osservazione.

Tavola 5.13 - Tassi standardizzati di mortalità e di lesività per incidentalità stradale della popolazione di 35-64 anni per Ass di evento - Friuli-Venezia Giulia - Anni 2011 e 2012 (valori per 100.000 abitanti e differenze assolute 2010-2001)

ASS	Tasso di mortalità standardizzato			Tasso di lesività standardizzato		
	2011	2012	Differenze 2010-2001	2011	2012	Differenze 2010-2001
Triestina	3,0	4,8	-4,8	454,6	512,2	-266,1
Isontina	3,1	6,5	-3,1	481,7	359,6	-349,7
Alto Friuli	12,9	15,9	-6,6	285,6	276,5	-48,9
Medio Friuli	3,2	2,6	-11,5	348,2	402,2	-97,3
Bassa Friulana	14,0	9,9	-2,1	291,3	283,0	-197,2
Friuli Occident.	13,9	5,1	-12,6	371,5	332,1	-46,6
Friuli-V. Giulia	7,4	5,6	-8,3	380,8	381,2	-156,2
Italia	5,9	5,8	-3,8	469,7	440,4	-32,6

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Rilevazione sugli incidenti stradali con lesioni alle persone

5.5.5 - Stili di vita e prevenzione

L'abitudine al fumo costituisce il primo fattore di mortalità evitabile al mondo, soprattutto rispetto alle malattie oncologiche, cardiovascolari e respiratorie. Nel 2013, in Friuli-Venezia Giulia la percentuale di fumatori adulti è pari al 22,7 per cento, dato leggermente inferiore al totale nazionale (25,2 per cento), con forti differenze di genere a svantaggio degli uomini (il 25,8 per cento degli uomini fumano contro il 19,6 per cento delle donne).

Analogamente, i comportamenti a rischio nel consumo di alcol sono maggiormente diffusi negli uomini adulti rispetto alle donne: 36 maschi su 100 consumano giornalmente bevande alcoliche (13,2 per cento delle donne), mentre il 21,4 per cento dichiara un consumo giornaliero non moderato o un consumo di quantità eccessive in una singola occasione (3,6 per cento delle donne)¹¹. I dati regionali sono simili a quelli nazionali, tranne che per la maggiore diffusione del *binge drinking* tra gli adulti maschi del Friuli-Venezia Giulia (19 per cento) rispetto al dato nazionale (10 per cento).

L'eccesso di peso interessa quasi la metà della popolazione adulta (47,6 per cento), con il 35,5 per cento in sovrappeso e il 12,1 per cento affetto da obesità. Questo fenomeno presenta, in Friuli-Venezia Giulia, valori in linea con la media nazionale e una prevalenza del genere maschile (59,8 per cento) rispetto a quello femminile (34,8 per cento).

Nell'ambito della prevenzione generale, oltre il 90 per cento della popolazione adulta del Friuli-Venezia Giulia dichiara di aver fatto ricorso, almeno una volta nella vita, ai servizi sanitari per la diagnosi precoce di diabete, ipertensione e ipercolesterolemia, almeno il 60 per cento con periodicità annuale. In generale, il ricorso a queste pratiche risulta più diffuso rispetto alla media nazionale di circa 3 punti percentuali. Anche la prevenzione dei tumori femminili registra frequenze relative maggiori di quelle nazionali: il 95,1 per cento delle donne adulte dichiara di essersi sottoposta, almeno una volta nella vita, al pap-test in assenza di disturbi (quasi 12 punti percentuali più della media nazionale); l'86,1 per cento effettua tale controllo ogni tre anni (quasi 20 punti percentuali in più); l'89,2 per cento (9 punti percentuali in più della media nazionale) delle donne nella fascia di età raccomandata per lo screening (50-64 anni) dichiara di essersi sottoposta, almeno una volta nella vita, alla mammografia.

¹¹ Indagine Istat sugli aspetti della vita quotidiana.

5.6 - Gli anziani di 65 anni e più

L'analisi degli indicatori demografici della popolazione del Friuli-Venezia Giulia conferma la tendenza all'invecchiamento, particolarmente sbilanciata a favore delle donne, che sopravvivono più a lungo degli uomini. In Friuli-Venezia Giulia, nel 2012, gli ultrasessantacinquenni sono il 24,3 per cento della popolazione residente totale (3 punti percentuali in più rispetto alla media nazionale), di cui il 58,2 per cento sono donne. La percentuale maggiore di popolazione over 65 è concentrata nella Ass Triestina: 27,9 per cento. La speranza di vita a 65 anni è di 18,6 anni per gli uomini e di 21,8 anni per le donne.

5.6.1 - Condizioni di salute

La presenza e diffusione di nuove tecnologie applicate alle cure mediche ha comportato un aumento della sopravvivenza, anche se non necessariamente in buona salute, come si evince dall'indagine multiscopo sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Nel 2013, il 42,5 per cento degli individui anziani ha dichiarato uno stato di buona salute, una quota superiore a quella nazionale (33,1 per cento), più alta per i maschi (49,1 per cento) rispetto alle femmine (37,7 per cento). Nel soggetto anziano la percezione che l'individuo ha del proprio stato psico-fisico è un parametro di particolare interesse perché è inversamente correlato alla mortalità.

Con l'avanzare dell'età, aumenta anche l'insorgenza delle malattie croniche. Il 42,2 per cento degli ultrasessantacinquenni del Friuli-Venezia Giulia dichiara di essere affetto da almeno una malattia cronica grave, la cui incidenza è più elevata per gli uomini (50,1 per cento) rispetto alle donne (36,5 per cento). Le malattie croniche più diffuse si confermano l'artrosi e l'artrite (46,9 per cento), l'ipertensione arteriosa (45,9 per cento), l'osteoporosi (19,6 per cento) e il diabete (15,7 per cento).

Con l'invecchiamento della popolazione aumentano anche le persone con limitazioni funzionali¹² nelle attività quotidiane (17,7 per cento). Si tratta di limitazioni che insorgono con il peggioramento delle condizioni di salute e riducono la mobilità degli anziani o le loro capacità sensoriali (vista e udito, in particolare). Le tipologie di limitazioni più diffuse si riferiscono alle difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana (10,9 per cento) come, ad esempio, l'assenza di autonomia nella cura personale. Il 9,8 per cento degli anziani risulta "confinato", cioè costretto a stare a letto, su una sedia o rimanere nella propria abitazione per impedimenti di tipo fisico o psichico, mentre il 9,2 per cento dichiara difficoltà nel movimento. Si tratta di problematiche che colpiscono soprattutto le donne a causa della maggiore prevalenza di patologie non letali ma invalidanti, come l'osteoporosi, l'artrosi e l'artrite.

5.6.2 - Morbosità ospedaliera

Sebbene il ricorso all'ospedalizzazione risenta dell'invecchiamento della popolazione, in quanto con l'avanzare dell'età cresce la prevalenza di malattie croniche

¹² Si rimanda alla nota metodologica per la definizione di limitazione funzionale e per il modo con il quale viene rilevata mediante l'indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari.

e invalidanti e cresce di conseguenza la richiesta di assistenza ospedaliera, l'analisi delle Sdo nel periodo 2006-2011 mostra in Friuli-Venezia Giulia una riduzione dei ricoveri, per entrambi i sessi e per quasi tutte le cause, misurata in base alla variazione del tasso standardizzato di ospedalizzazione (Tavola 5.14). Questo risultato deriva dall'adozione negli ultimi anni di politiche sanitarie finalizzate a ridurre l'offerta di ricovero ospedaliero, concentrando le prestazioni in *setting* assistenziali alternativi meno costosi ma di pari efficacia.

Le malattie dell'apparato circolatorio sono la prima causa di ospedalizzazione per gli ultra sessantacinquenni (72,0 per mille, circa 62 mila casi), in particolare le malattie ischemiche del cuore (14,7 per mille abitanti) e le malattie cerebrovascolari (12,9 per mille). Al secondo posto si collocano i tumori; fra questi ultimi, i più frequenti sono, per i maschi, quelli della vesciva (8,3 per mille), della laringe e della trachea, bronchi e polmoni (7,7 per mille) e della prostata (5,2 per mille), per le donne, i tumori del seno (5,4 per mille abitanti) e del tessuto linfatico (2,7 per mille).

Tavola 5.14 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 65 anni e più per genere, primi cinque gruppi di cause e Ass di residenza - Friuli-Venezia Giulia - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASS	Maschi						Femmine					
	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie dell'apparato digerente	Malattie del sistema genito-urinario	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie del sistema osteomusc. e del tessuto connettivo	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie dell'apparato digerente
Triestina	363,1	91,9	59,9	48,0	38,6	26,3	261,6	58,6	32,2	26,5	27,0	23,8
Isontina	368,2	98,7	61,7	37,0	40,7	26,7	248,2	56,6	34,2	28,0	27,0	22,2
Alto Friuli	357,9	97,8	58,3	32,9	38,4	29,7	245,9	66,3	30,3	23,6	26,1	22,5
Medio Friuli	360,5	87,9	63,5	37,0	41,3	23,9	248,2	54,2	33,8	24,4	24,9	21,6
Bassa Friulana	349,1	98,0	65,2	35,2	37,2	21,5	242,2	60,9	36,0	26,7	22,3	21,1
Friuli Occident.	358,1	91,5	67,1	44,3	38,2	27,7	249,9	58,2	35,3	28,8	21,0	22,5
Friuli V. Giulia	360,4	92,5	63,1	40,7	39,4	25,8	251,1	57,7	33,8	26,5	24,7	22,4
Italia	375,0	101,1	61,0	38,0	40,9	28,8	259,6	63,2	31,7	23,2	25,0	24,4
Variazione percentuale media annua												
Triestina	-2,2	-4,0	0,3	-3,2	-1,6	-1,6	-1,8	-4,4	-0,1	1,4	-1,8	-1,1
Isontina	-0,7	-1,5	-1,4	-1,1	0,4	-1,6	-1,0	-3,6	0,3	2,5	-0,5	0,8
Alto Friuli	-0,2	-3,7	-0,3	1,2	2,1	6,5	0,1	-1,2	-1,7	-0,1	1,1	-0,1
Medio Friuli	-1,5	-2,9	-2,6	-1,4	-1,8	-1,0	-1,9	-5,0	-2,3	-2,5	0,6	-2,7
Bassa Friulana	-2,1	-4,7	-1,5	-2,2	-1,8	0,5	-2,3	-5,7	-0,6	1,8	-1,7	-0,8
Friuli Occident.	-1,4	-3,3	0,8	-2,1	-1,9	-0,8	-1,3	-3,1	-0,6	0,1	-1,8	0,8
Friuli V. Giulia	-1,5	-3,3	-0,8	-2,0	-1,3	-0,6	-1,6	-4,1	-0,9	0,1	-0,8	-0,8
Italia	-3,2	-3,1	-2,6	-2,2	-2,5	-3,1	-3,4	-3,6	-2,0	-1,2	-1,1	-2,9

Fonte: Elaborazione Istat su dati Ministero della Salute (Sdo)

L'analisi dei tassi standardizzati di ospedalizzazione per Ass evidenzia, per entrambi i sessi, una variabilità in funzione delle principali cause di ricovero. Essi risultano tendenzialmente stabili o lievemente in diminuzione tra il triennio 2009-2011 e quello precedente, sia in regione che nelle singole Ass, in linea con il dato nazionale. Fanno eccezione alcuni gruppi di cause in certe Ass, i cui picchi si osservano, per le donne, in relazione alle "malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo" (con l'incremento maggiore registrato nella Ass Isontina: 2,5 per cento medio an-



nuo) e, per gli uomini, in relazione alle “malattie dell’apparato digerente”, osservato, in particolare, nella Ass Alto Friuli (2,1 per cento), in cui sono in aumento anche le “malattie dell’apparato respiratorio” (1,2 per cento).

5.6.3 - Mortalità generale e per causa di morte

La mortalità nella popolazione anziana è in diminuzione per entrambi i sessi, in linea con le dinamiche nazionali: il tasso standardizzato di mortalità passa, fra il triennio 2006-2008 e il triennio 2009-2011, da 560,0 a 541,6 per diecimila abitanti per i maschi (pari a circa 16.500 decessi nel triennio) e da 360,7 a 344 per diecimila abitanti per le femmine (circa 20.500 decessi nel triennio) (Tavola 5.15).

Questo calo è indicativo del miglioramento complessivo dello stato di salute della popolazione, dovuto all’avanzamento delle condizioni socio-economiche, a una maggiore tutela verso gli agenti nocivi, alla maggiore attenzione allo stile di vita e, infine, al progresso delle cure mediche, che ha consentito l’evoluzione della prognosi, in termini di salute e aspettativa di vita, di numerose condizioni morbose.

Tavola 5.15 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 65 anni e più per genere, primi cinque gruppi di cause e Ass di residenza - Friuli-Venezia Giulia - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti e variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASS	Maschi						Femmine					
	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie dell'apparato digerente	Malattie endocrine, nutriz., metab., disturbi imm.	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie dell'apparato digerente	Disturbi psichici
Triestina	560,7	193,3	180,1	53,5	25,7	24,2	372,6	149,1	96,3	25,8	20,6	11,2
Isontina	522,4	184,0	186,7	46,9	20,7	21,1	343,2	147,3	93,8	22,4	15,1	9,8
Alto Friuli	589,4	198,9	181,7	75,6	27,5	19,0	355,4	149,2	89,0	27,0	17,3	11,7
Medio Friuli	541,8	182,6	183,8	51,8	22,8	15,7	328,7	130,1	90,0	25,8	15,0	16,9
Bassa Friulana	532,0	182,4	181,8	50,8	20,1	16,6	345,4	137,9	97,7	21,6	13,5	23,7
Friuli Occident.	523,8	189,8	174,0	57,8	18,9	18,5	329,9	142,1	87,6	24,4	15,5	12,2
Friuli V. Giulia	541,6	187,9	180,8	54,2	22,4	19,2	344,0	141,2	92,0	24,8	16,4	13,9
Italia	535,7	203,1	166,2	49,7	19,2	20,8	358,5	156,7	82,6	21,7	14,4	12,6

	Variazione percentuale media annua											
Triestina	-0,2	-2,5	0,3	0,7	0,9	6,2	-0,5	-1,7	0,3	0,5	0,2	6,3
Isontina	-2,5	-3,9	-1,0	2,5	-8,7	2,6	-0,7	-2,7	-0,7	7,5	4,7	2,5
Alto Friuli	-1,7	-3,6	-3,3	3,9	-3,9	-0,5	-2,7	-3,1	-3,5	-7,0	1,3	0,9
Medio Friuli	-0,4	-1,9	-0,1	-0,8	-1,9	-1,1	-1,8	-3,6	-0,7	2,1	-2,0	5,0
Bassa Friulana	-0,7	-3,7	0,2	2,8	2,7	-10,6	0,5	-1,3	4,2	..	-7,0	13,6
Friuli Occident.	-0,8	-2,6	0,2	1,2	-4,1	2,4	-1,5	-2,8	-0,6	-0,2	2,6	3,2
Friuli V. Giulia	-0,8	-2,7	-0,3	0,9	-2,4	1,0	-1,2	-2,7	-0,2	0,7	..	5,5
Italia	-1,1	-2,3	-0,7	-1,1	-1,7	0,5	-1,0	-2,4	-0,2	-0,3	-1,0	6,3

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Rilevazione delle cause di morte

I maschi tendono a morire più precocemente rispetto alle femmine. In entrambi i sessi, il maggior numero di decessi è provocato dalle malattie dell’apparato circolatorio, con tassi pari a 187,9 per diecimila per gli uomini e 141,2 per le donne. La seconda causa di morte è costituita dai tumori (180,8 per diecimila per i maschi e 92,0 per le femmine). Negli uomini essi colpiscono prevalentemente laringe, trachea, bronchi,

polmoni (42,4 per diecimila), prostata (16,7 per diecimila) e colon (15,9 per diecimila); tra le donne prevalgono i tumori della mammella (13,0 per diecimila abitanti), della laringe, trachea, bronchi, polmoni (11,1 per diecimila) e del colon (8,3 per diecimila).

5.6.4 - Incidentalità stradale

Per quanto riguarda gli incidenti stradali, nel 2012, il 32,9 per cento del totale dei morti (28 decessi) è ultrasessantacinquenne: tra i feriti (671 individui) l'incidenza degli anziani è del 14,3 per cento. Nel decennio 2001-2010, si è ridotto sia il tasso standardizzato di mortalità (-3,7 ogni centomila abitanti) sia quello di lesività (-68,9 ogni centomila abitanti) (Tavola 5.16). Le diminuzioni avvenute in tale classe, inferiori ai corrispondenti cali riscontrati nelle altre classi di età, possono dipendere sia dalle ridotte capacità fisiche dei conducenti anziani, quali la riduzione della vista e dell'udito, i tempi di reazione più lunghi e la minore esperienza quotidiana sulla strada, sia dalla modifica delle modalità di spostamento da parte degli anziani. Nel 2012, il 67,9 per cento degli anziani morti in incidenti stradali sono conducenti, il 17,9 per cento pedoni.

Tavola 5.16 - Tassi standardizzati di mortalità e di lesività per incidentalità stradale della popolazione di 65 anni e più per Ass di evento - Friuli-Venezia Giulia - Anni 2011 e 2012 (valori per 100.000 abitanti e differenze assolute 2010-2001)

ASS	Tasso di mortalità standardizzato			Tasso di lesività standardizzato		
	2011	2012	Differenze 2010-2001	2011	2012	Differenze 2010-2001
Triestina	3,3	6,4	1,0	194,4	261,9	-31,8
Isontina	5,6	10,6	-0,5	223,5	247,3	-217,4
Alto Friuli	5,8	5,0	-15,3	177,1	188,7	-27,6
Medio Friuli	8,0	11,2	-3,0	202,3	224,5	-79,8
Bassa Friulana	8,0	11,4	6,6	168,7	165,7	-85,2
Friuli Occident.	8,2	10,8	-12,1	285,0	230,4	-20,2
Friuli-V. Giulia	6,5	9,6	-3,7	216,8	229,3	-68,9
Italia	8,5	8,6	-4,5	234,4	225,4	-18,3

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Rilevazione sugli incidenti stradali con lesioni alle persone

5.6.5 - Stili di vita

Il fumo nell'età avanzata non solo riduce la speranza di vita ma ne compromette anche la qualità perché comporta una riduzione dell'autonomia. Avendo osservato i benefici della sua cessazione nella popolazione anziana, sono stati attivati programmi di educazione sanitaria efficaci. Tuttavia, la presenza di una notevole quota di ex-fumatori tra i maschi (51,3 per cento nel Friuli-Venezia Giulia nel 2013) non esclude che l'esposizione pregressa possa influire negativamente sulla salute, anche a distanza di tempo.

Negli anziani il consumo dannoso di alcol non è facilmente riconoscibile perché, spesso, si tende a confondere i segni di un'assunzione dannosa con i sintomi generici dell'invecchiamento. Eppure gli anziani rappresentano una delle fasce di popolazione

i cui comportamenti a rischio sono più diffusi a causa della mancata consapevolezza dei livelli di consumo considerati a rischio, che non dovrebbero superare un bicchiere di vino al giorno. In Friuli-Venezia Giulia, nel 2013, il 37,9 per cento consuma giornalmente bevande alcoliche (il 57,6 per cento degli uomini rispetto al 23,3 per cento delle donne) e il 26,6 per cento dichiara un consumo giornaliero non moderato (il 43,8 per cento degli uomini rispetto al 14,0 per cento delle donne).

L'inattività fisica è stata inserita dall'Oms tra i principali fattori di rischio per le malattie croniche in Europa. L'aumento di peso, infatti, è strettamente correlato alle patologie cardio e cerebrovascolari, tra i fattori responsabili di disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva, nonché tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. Peraltro, l'attività fisica regolare ha un'efficacia preventiva su obesità, diabete, dislipidemia, cancro del colon e della mammella, osteoporosi, depressione e declino cognitivo senile. Ben oltre la metà degli anziani del Friuli-Venezia Giulia, nel 2013, dichiara di avere uno stile di vita attivo (71,1 per cento contro il 60,0 per cento a livello nazionale), il 43,6 per cento della coorte over 65 è normopeso e il 40,9 per cento si dichiara sovrappeso, con una maggiore incidenza tra gli uomini (51,6 per cento).

CAPITOLO 6 LIGURIA¹

6.1 - Il sistema sanitario regionale

La configurazione attuale del sistema sanitario regionale ligure è frutto di un percorso avviato con la legge di “Riordino del Servizio Sanitario Regionale” (L.R. n. 41/2006 e successive modifiche). Il servizio sanitario regionale della Liguria è costituito da cinque Aziende sanitarie locali (Asl), articolate sul territorio in diciannove distretti sanitari, una azienda ospedaliera, due Irccs (Ist e Gaslini) e due soggetti erogatori equiparati (Ospedali Galliera ed Evangelico). Le Asl Imperiese e Savonese coincidono con le province, la Asl Genovese copre l’area metropolitana di Genova, infine la Chiavarese e la Spezzina coprono il resto del territorio regionale, senza però rispettare il confine che divide la provincia di Genova con quella di La Spezia.

I cardini sui quali si basa il nuovo modello organizzativo sono una forte governance centralizzata, il passaggio da un’ottica a prestazione (più competitiva) ad una logica a rete (più cooperativa), l’applicazione di metodologie evidence based health care e la promozione della clinical governance². Il modello a rete prevede che la regione assicuri ai cittadini liguri i Livelli essenziali di assistenza (Lea) fissati a livello nazionale, quali l’assistenza sanitaria collettiva, l’assistenza distrettuale e l’assistenza ospedaliera, mediante la logica delle reti integrate di servizi sanitari.

La programmazione è effettuata attraverso il Piano sociosanitario regionale (D.G.R. n. 22/2009), il quale pone obiettivi adeguati ai bisogni di salute specifici della popolazione regionale e prevede interventi nelle aree prevenzione, emergenza, cronicità e riabilitazione, anche attraverso lo sviluppo di servizi territoriali in sinergia con la rete ospedaliera, al fine di garantire la continuità assistenziale e il supporto alle fragilità/cronicità. L’Agenzia sanitaria regionale (costituita nel 2007 con L.R. n. 41/2006) ha tra le sue principali funzioni quella di svolgere analisi dei bisogni e della domanda relativa ai servizi sanitari e socio-sanitari, a supporto dell’attività di pianificazione regionale.

Il Sistema informativo regionale integrato (L.R. n. 42/2006) è lo strumento indispensabile per la tessitura delle reti integrate dei servizi. Il sistema infatti consente di mettere in rete tutti gli operatori del settore garantendo l’elaborazione dell’informazione nei nodi e la comunicazione tra di essi. Inoltre, esso fornisce indicatori sanitari indispensabili per le scelte strategiche di sanità pubblica e, come tale, diviene strumento imprescindibile per le funzioni di governo, monitoraggio e programmazione.

¹ Il capitolo è stato redatto da Raffaella Succi. Ha collaborato Marco Pesce per l’elaborazione dei dati.

² Per clinical governance si intende un approccio integrato che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e che valorizza il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità.

6.2 - Natalità, salute materna e abortività

La Liguria si conferma la regione con la natalità più bassa d'Italia, soprattutto per la limitata fecondità della componente autoctona di popolazione, sebbene anche i comportamenti riproduttivi delle donne straniere si stiano lentamente avvicinando a quelli delle donne italiane. Sia la riduzione nel numero di figli, sia gli elevati livelli di assistenza raggiunti, hanno determinato nel corso degli ultimi decenni una forte riduzione della mortalità e morbosità materne correlate alla gravidanza o al parto. Tuttavia, l'adozione di migliori standard assistenziali può contribuire a ridurle ulteriormente di almeno la metà (Iss 2012).

Le donne in età feconda al 1° gennaio 2013 costituiscono il 38,2 per cento del totale della popolazione femminile (43,6 per cento in Italia), in calo di 1,7 punti percentuali nell'ultimo decennio. Più della metà (il 57,3 per cento) ha almeno 35 anni, il 13,2 per cento ha la cittadinanza straniera.

6.2.1 - Natalità

In Liguria nel 2012 nascono 11.583 bambini, per un tasso di natalità del 7,4 per mille (Tavola 6.1).

Tavola 6.1 - Nati vivi, tasso di natalità, tasso di fecondità totale, età media al parto e caratteristiche della madre e del parto per provincia - Liguria - Anno 2012 (valori assoluti, quozienti per 1.000, valori medi e valori percentuali)

PROVINCE	Nati vivi	Tasso natalità	Tasso fecondità totale	Età media al parto	Caratteristiche della madre e del parto		
					Nati da madri con 35 anni e più	Nati da madri straniere	Parti cesarei (a)
Imperia	1.519	7,1	1,34	31,0	32,5	28,0	31,8
Savona	2.045	7,3	1,39	31,3	37,6	24,4	25,3
Genova	6.410	7,5	1,39	31,8	39,2	22,6	38,2
La Spezia	1.609	7,4	1,36	31,2	34,6	25,0	37,6
Liguria	11.583	7,4	1,38	31,5	37,4	24,0	35,2
Italia	534.186	9,0	1,42	31,7	33,2	19,0	36,6

Fonte: Istat, Indagine sugli iscritti in anagrafe per nascita ed elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute (Sdo)
(a) Con riferimento alla provincia di nascita

Regione con livelli di fecondità storicamente tra i più bassi del Paese, dopo aver toccato il minimo nel 1995 (0,93 figli per donna), la Liguria registra un progressivo aumento della fecondità, riducendo il divario con il valore medio nazionale: nel 2012 le donne in età feconda residenti nella regione hanno generato in media 1,38 figli (1,42 la media nazionale). Le donne straniere presentano una diminuzione della fecondità, che rimane comunque superiore a quella delle donne italiane (2,41 rispetto a 1,19 nel 2012). L'età media al parto, in crescita costante da decenni, come nel resto d'Italia, si assesta a 31,5 anni (27,8 nel 1980).

6.2.2 - Salute materna

Considerando i principali fattori influenti sul rischio di grave morbosità e mortalità materne (Iss 2012, Europeristat 2008), si osserva che nel 2012 in Liguria il 37,4 per cento dei bambini nasce da donne che hanno almeno 35 anni, per le quali si rileva un rischio di mortalità materna doppio rispetto alle donne più giovani; a livello provinciale i valori variano dal 32,5 per cento della provincia di Imperia al 39,2 per cento di quella di Genova (Tavola 6.1). Inoltre, i bambini nati da madri di cittadinanza non italiana, le quali possono avere maggiore difficoltà ad accedere a un'adeguata assistenza perinatale ed un rischio maggiore di esiti sfavorevoli della gravidanza, sono il 24,0 per cento, con il valore più basso presentato dalla provincia di Genova (22,6 per cento) ed il valore più alto dalla provincia di Imperia (28,0 per cento). Infine, il ricorso al taglio cesareo, pratica che aumenta fino a tre volte il rischio di grave morbosità e mortalità materne rispetto al parto vaginale, avviene nel 35,2 per cento dei casi. In crescita come nel resto del Paese, dal 1992 si mantiene comunque al di sotto del valore medio nazionale. La provincia di Savona presenta il valore più basso, mentre Genova spicca con una quota del 38,2 per cento. Tali valori, anche considerando l'età avanzata della maternità nella regione, risultano ben oltre la soglia raccomandata dall'Oms nel 1985 – con la finalità di massimizzare il beneficio complessivo sia della madre sia del feto – pari al 10-15 per cento³ (Iss 2010). Le strutture dove si fa maggior ricorso ai cesarei risultano essere quelle private accreditate e quelle di piccole dimensioni⁴ (Senato 2010); la scelta, inoltre, è principalmente legata a motivazioni extra-sanitarie (localizzazione e tipologia delle strutture).

6.2.3 - Aborti spontanei

Nel 2012, in Liguria sono stati rilevati 1.441 aborti spontanei⁵, pari ad un rapporto grezzo di abortività spontanea di 125,1 aborti ogni mille nati vivi. In linea con la dinamica nazionale, il rapporto tende a crescere negli ultimi anni, passando da 96,4 aborti ogni mille nati vivi nel 2005 a 120,3 nel 2012. L'età della gestante costituisce un rilevante fattore di rischio per l'aborto spontaneo, come evidenziato dalla distribuzione per età dei rapporti specifici di abortività in Italia: rispetto alle donne di 30-34 anni, il rischio di aborto spontaneo è maggiore di una volta e mezzo per quelle di 35-39 anni, di 3,6 volte per quelle di 40-44 anni. L'età media all'aborto spontaneo aumenta di pari passo con l'aumento dell'età media al parto: in Liguria si passa da 30,3 anni nel 1982 a 34,8 anni nel 2012 (da 29,4 a 34,1 in Italia).

6.2.4 - Interruzioni volontarie di gravidanza

In base alle notifiche delle lvg pervenute al sistema di sorveglianza⁶, dopo gli

³ Nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 si invita a contenere il ricorso al taglio cesareo entro la soglia del 20 per cento dei parti.

⁴ Meno di 500 parti l'anno.

⁵ ISTAT, Rilevazione sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo.

⁶ Dal 1980 è attivo un sistema di sorveglianza epidemiologico delle lvg che coinvolge l'Istat, l'Iss e il Ministero della Salute insieme con le Regioni e le Province autonome.

elevati livelli di abortività volontaria registrati in Liguria in seguito alla legalizzazione dell'aborto avvenuta con la legge 194 del 1978 (22,1 per mille nel 1980), la propensione delle donne liguri ad abortire si riduce in modo deciso e costante fino alla metà degli anni 90 (10,5 per mille nel 1995), come nel resto del Paese. Successivamente nella regione si osserva un aumento dell'intensità del fenomeno, che porta la Liguria a sperimentare dal 2010 in poi i più elevati tassi di abortività del Paese: nel 2012 il tasso standardizzato di abortività raggiunge il valore di 12,0 per mille (8,4 per mille la media nazionale). Le province che registrano valori maggiori della media regionale sono quelle di Imperia e Genova (Tavola 6.2).

Tavola 6.2 - Interruzioni volontarie di gravidanza, età media delle donne e tassi di abortività per provincia - Liguria - Anno 2012 (valori assoluti, valori percentuali, quozienti per 1.000 donne in età feconda)

PROVINCE	Ivg		Età media	Tasso di abortività	
	Numero	Di cui da donne straniere (per cento)		Grezzo	Standardizzato
Imperia	530	31,9	29,4	12,1	14,1
Savona	453	39,3	30,5	8,0	9,6
Genova	1819	41,8	29,5	10,5	12,4
La Spezia	434	36,2	30,3	9,6	11,3
Liguria	3.236	39,1	29,7	10,2	12,0
Italia	103.191	34,1	30,0	7,6	8,4

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza

Considerando la cittadinanza, il ricorso all'aborto volontario delle donne straniere risulta essere in Italia il triplo rispetto a quello delle italiane, contribuendo ad accrescere, negli ultimi anni, il livello di abortività delle regioni con forte presenza di cittadine straniere. In Liguria nel 2012 la percentuale di aborti da donne straniere è pari al 39,1 per cento, 5 punti percentuali in più del valore medio nazionale (34,1 per cento). La variabilità provinciale oscilla fra 31,9 per cento in provincia di Imperia e 41,8 per cento in quella di Genova. Sebbene il ricorso all'anestesia locale sia raccomandato dall'Oms nel caso di aborto chirurgico (Oms 2012) per minori rischi per la salute della donna, tale procedura in Liguria è ancora poco diffusa: a fronte del 71,5 per cento delle interruzioni svolte chirurgicamente, solo lo 0,7 per cento delle Ivg è effettuato con anestesia locale mentre il 70 per cento degli interventi viene svolto con anestesia generale e il 2,6 per cento con sedazione profonda. L'Oms raccomanda, inoltre, di realizzare l'intervento con metodica farmacologica nel caso di aborto prima delle nove settimane di gestazione. Gli interventi di questo tipo sono abbastanza diffusi in Liguria costituendo il 27,5 per cento del totale (il 9,4 per cento in Italia). Complicanze post intervento possono sorgere nelle settimane di gestazione più avanzate: la percentuale di Ivg praticate dopo il 90° giorno sono il 2,5 per cento in Liguria (2,9 per cento in Italia).

6.2.5 - Prevenzione

L'attività di prevenzione nel corso della gravidanza consente di ridurre le malformazioni alla nascita e il rischio di aborto in utero. L'alimentazione durante la gesta-

zione, la trasmissione di infezioni sessualmente trasmissibili, la rosolia congenita, la sindrome alcolico fetale sono temi all'attenzione della comunità medica e dell'opinione pubblica. Sebbene la rosolia rientri tra le infezioni a notifica obbligatoria, le schede di notifica non permettono di disporre di informazioni di dettaglio per cui, dal 2005, l'Iss ha attivato il sistema di sorveglianza sentinella della rosolia in gravidanza e della rosolia congenita. Il Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (Pnemorc) 2010-2015 include, tra i suoi obiettivi, la riduzione dell'incidenza della rosolia congenita a meno di 1 su centomila nati vivi entro il 2015, in linea con le indicazioni dell'Oms. Nel periodo 2005-2013, sono stati segnalati in Italia 78 casi di rosolia congenita, 64 confermati e 14 probabili (Cnesps-Iss 2014).

6.3 - I bambini 0-14 anni

Il quadro sintetico relativo ai minori fino a 14 anni, derivante dall'analisi di diverse fonti statistiche⁷ - di natura campionaria e amministrativa - evidenzia per la Liguria uno stato di salute generalmente molto buono sebbene perdurino, tra le principali patologie dichiarate, alcune malattie croniche, quali asma e bronchite. La mortalità è principalmente concentrata nel primo anno di vita mentre sono estremamente ridotte sia l'incidenza sia le conseguenze legate alle malattie infettive. L'ospedalizzazione non collegata ai profili precedentemente citati è ascrivibile soprattutto a traumatismi e avvelenamenti. Gli stili di vita dei bambini liguri evidenziano una maggiore attenzione all'adozione di comportamenti in grado di prevenire l'insorgenza delle patologie cronico-degenerative.

6.3.1 - Condizioni di salute

Nel corso del 2013, sulla base delle dichiarazioni rilasciate dalle madri o da altri familiari, si rileva che il 98,5 per cento dei bambini liguri gode di uno stato di salute buono o molto buono. In linea con il quadro nazionale, le malattie allergiche, inclusa l'asma allergica, rappresentano le patologie croniche più frequenti, sia per i maschi (11,5) che per le bambine (10,5), anche se con un divario meno marcato (rispettivamente 11,1 per cento e 8,6 per cento in Italia). Cefalea/emicrania ricorrente e celiachia completano il quadro delle malattie croniche più frequenti. Considerando l'asma totale (allergica e bronchiale) la Liguria evidenzia una prevalenza di bambini di 0-14 anni (4,7 per cento) superiore rispetto al dato nazionale (3,1 per cento).

6.3.2 - Mortalità generale e per causa

In base ai dati dell'indagine Cause di morte, l'andamento in Italia del tasso standardizzato di mortalità triennale, relativamente ai bambini fino a 14 anni, è in lieve ma costante riduzione per l'intero periodo 2006-2011, con valori che passano da 3,2 per diecimila abitanti nel triennio 2006-2008 a 3,0 per diecimila abitanti nel triennio 2009-2011 (Tavola 6.3). Il quadro ligure, nei suoi tratti generali, non si discosta significativamente da quello nazionale, registrando un tasso standardizzato di mortalità

⁷ Per le fonti statistiche utilizzate si rimanda all'introduzione alla seconda parte del volume.

per i bambini di 0-14 anni che si attesta su 2,9 morti per 10.000 abitanti nel triennio 2009-2011, livello leggermente inferiore al dato italiano, con una lieve prevalenza dei maschi in confronto alle bambine (3,0 rispetto a 2,7 per diecimila, pari a 85 maschi e 71 femmine).

Tavola 6.3 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 0-14 anni per i primi 5 gruppi di cause e Asl di residenza - Liguria - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti)

ASL	Totale	Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	Malformazioni congenite	Tumori	Sintomi segni e stati morbosi maldefiniti	Traumatismi ed avvelenamenti
Imperiese	2,7	0,9	0,3	0,7	0,3	0,1
Savonese	2,1	0,8	0,3	0,2	0,1	0,1
Genovese	3,5	1,8	0,5	0,3	0,3	0,2
Chiavarese	2,0	0,8	0,6	0,2	0,2	-
Spezzino	2,7	1,6	0,4	0,1	-	0,1
Liguria	2,9	1,4	0,4	0,3	0,2	0,2
Italia	3,0	1,2	0,6	0,3	0,1	0,2

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Rilevazione sulle cause di morte

A livello di Asl, la Chiavarese e la Genovese evidenziano rispettivamente l'incidenza totale minore e maggiore. Con riferimento alle cinque cause di morte più frequenti, spicca l'elevata incidenza registrata nell'Asl Genovese per le "condizioni morbose di origine perinatale".

6.3.3 - Morbosità ospedaliera

Nel triennio 2009-2011 la Liguria si caratterizza per una maggiore propensione al ricovero rispetto alla media nazionale (Tavola 6.4) e per tassi maschili superiori a quelli femminili (rispettivamente 137,0 e 116,7 per mille abitanti)⁸. I gruppi di cause di ospedalizzazione più frequenti possono essere ricondotti alle malattie croniche, respiratorie e non (polmonite, asma, diabete mellito), ai principali profili di mortalità (malformazioni congenite) e alle infezioni acute particolarmente severe (meningite batterica). In particolare, i bambini ricoverati per malattie respiratorie sono poco più di 13.200 nel triennio 2009-2011, pari ad un tasso standardizzato di 24,3 per mille abitanti (rispetto ad un valore medio nazionale di 18,9 per mille) e per la maggior parte maschi; i ricoverati per "malattie endocrine nutrizionali metaboliche e disturbi immunitari" sono quasi 7.300, pari ad un tasso di 13,3 per mille (rispetto ad un valore medio nazionale di 8,1 per mille) e per la maggior parte femmine.

⁸ L'analisi è condotta sulle Sdo elaborate per residenza del paziente e aggregate per trienni mobili. Le finalità con le quali si possono utilizzare i dati provenienti da questa rilevazione sono sia di natura organizzativo-gestionale sia di natura clinico-epidemiologica.

Tavola 6.4 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 0-14 anni per genere e gruppi di cause - Liguria e Italia - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

GRUPPI DI CAUSE	Liguria				Italia			
	Maschi	Femmine	Totale	Variazione percentuale media annua	Maschi	Femmine	Totale	Variazione percentuale media annua
Malattie infettive e parassitarie	5,8	5,3	5,6	-6,0	5,7	5,1	5,4	-5,0
Tumori	4,7	4,6	4,7	2,4	3,0	2,9	2,9	-0,7
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	11,8	15,0	13,3	-2,0	7,7	8,5	8,1	-2,4
Malattie del sangue e organi ematopoietici.	2,9	2,3	2,6	-4,4	2,4	2,0	2,2	-3,1
Disturbi psichici	4,2	2,2	3,2	-1,2	4,4	2,5	3,5	-1,6
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	9,3	8,6	9,0	0,4	7,2	6,0	6,6	-2,1
Malattie del sistema circolatorio	1,8	1,1	1,4	-1,1	1,9	1,1	1,5	-3,2
Malattie dell'apparato respiratorio	27,0	21,6	24,3	-4,3	21,0	16,7	18,9	-4,2
Malattie dell'apparato digerente	7,7	6,6	7,2	-3,5	9,7	8,1	8,9	-4,5
Malattie del sistema genitourinario	10,4	5,5	8,0	-1,9	7,6	3,8	5,8	-3,2
Complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio	-	0,2	0,1	-5,5	-	0,1	0,1	-2,2
Malattie della cute e tessuto sottocutaneo	3,3	2,9	3,1	-7,0	1,9	1,7	1,8	-6,2
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	3,6	4,6	4,1	-1,3	2,7	2,9	2,8	-2,1
Malformazioni congenite	12,1	8,0	10,1	-0,6	10,5	6,2	8,4	-0,7
Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	12,0	11,3	11,7	-2,0	11,0	9,5	10,3	-2,1
Sintomi segni e stati morbosi maldefiniti	10,7	10,7	10,7	-3,4	10,4	9,5	10,0	-4,1
Traumatismi ed avvelenamenti	9,7	6,3	8,0	-4,9	10,0	5,8	7,9	-5,6
Totale	137,0	116,7	127,1	-2,8	117,0	92,6	105,2	-3,4

Fonte: Elaborazioni Istat su dati Ministero della Salute (Sdo)

A fronte di andamenti decrescenti, o tendenzialmente stabili, degli altri gruppi di cause, i tumori registrano, nell'ultimo triennio, tassi di ospedalizzazione in crescita del 2,4 per cento medio annuo, in controtendenza anche rispetto all'andamento registrato a livello nazionale (-0,7 per cento).

Tavola 6.5 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 0-14 anni per i primi otto gruppi di cause e Asl di residenza - Liguria - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti)

ASL	Totale	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie endocrine, nutriz., metab., disturbi imm.	Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	Sintomi segni e stati morbosi maldefiniti	Malformazioni congenite	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie del sistema genitourinario
Imperiese	117,9	19,6	10,6	12,6	12,8	9,7	9,2	5,9	7,5
Savonese	116,2	21,1	9,8	10,6	10,9	8,9	9,2	7,3	8,1
Genovese	141,3	29,0	16,1	12,5	11,1	11,0	9,6	9,5	8,5
Chiavarese	115,4	21,3	15,3	10,8	9,7	9,7	7,9	7,0	6,7
Spezzino	111,1	20,0	10,3	9,8	7,8	9,3	7,2	6,9	7,7
Liguria	127,1	24,3	13,3	11,7	10,7	10,1	9,0	8,0	8,0
Italia	105,2	18,9	8,1	10,3	10,0	8,4	6,6	7,9	5,8

Fonte: Elaborazioni Istat su dati Ministero della salute (Sdo)

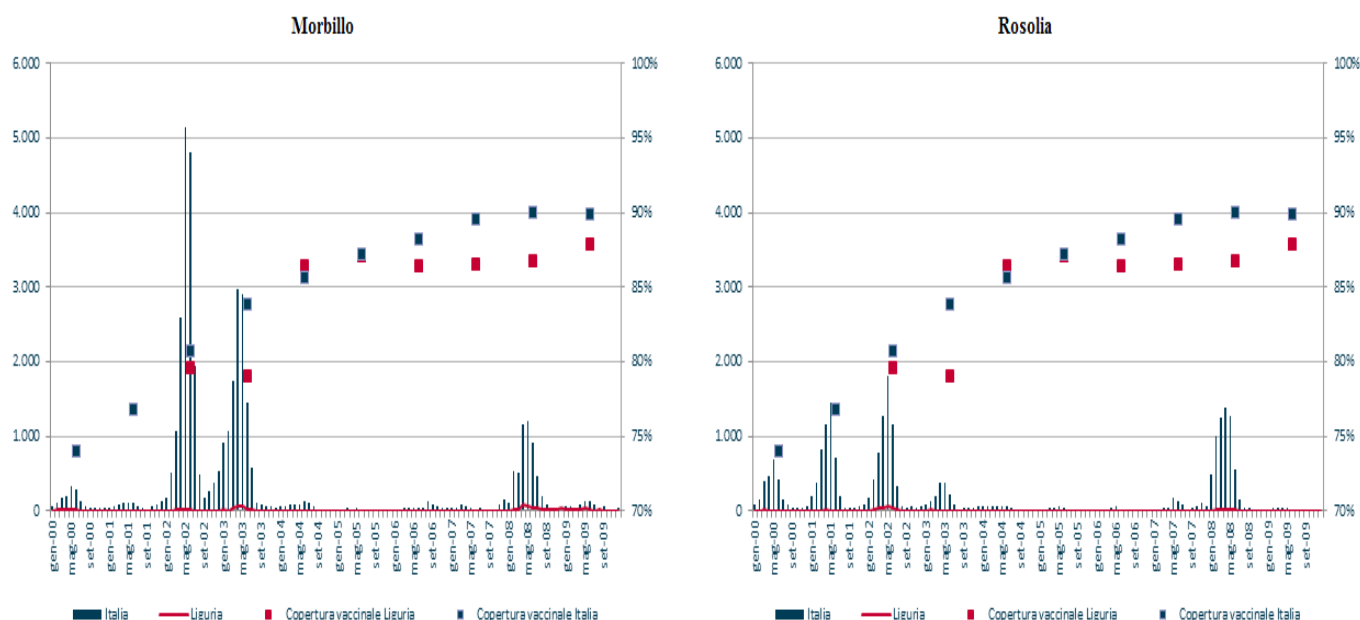
La variabilità dei tassi fra Asl è significativa (Tavola 6.5), in particolare si evidenzia il valore registrato nell'Asl Genovese per le "malattie dell'apparato respiratorio" (29,0 per mille) e per le "malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari" (16,1 per mille).

6.3.4 - Prevenzione primaria: la vaccinazione

Nell'ambito della vaccinazione infantile, particolare rilevanza assume quella per morbillo, parotite e rosolia, poiché non ha ancora raggiunto né i livelli di copertura (95 per cento) né l'omogeneità territoriale necessaria per garantire gli obiettivi fissati dall'Oms nella Health21⁹, tanto che la nuova scadenza è stata spostata al 2015.

In Liguria il tasso di copertura vaccinale Mpr, nonostante i progressi nel periodo osservato, rimane nel 2009 al disotto del 90 per cento e quindi ancora lontano dall'obiettivo fissato dall'Oms e compatibile con l'insorgenza di nuove onde epidemiche (Figura 6.1). Osservando le distribuzioni stimate dei casi di morbillo e rosolia per Asl (Tavola 6.6 e Tavola 6.7), sono visibili i picchi epidemici irregolari registrati nel 2003 e 2008 per il morbillo e nel 2002 e 2008 per la rosolia. Le onde epidemiche del 2008, in particolare, sebbene molto contenute (330 casi per il morbillo e 60 casi per la rosolia), evidenziano per entrambe le infezioni una concentrazione dei casi nell'Asl Genovese.

Figura 6.1 - Notifiche mensili di morbillo e rosolia (asse sinistro, valori assoluti) - Italia (istogramma) e Liguria (linea continua) e tassi di copertura Mpr (asse destro, valori percentuali, punti) - Anni 2000-2009



⁹ Riduzione della trasmissione indigena di morbillo per il 2007 e la sua eliminazione per il 2010, <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health21-health-for-all-in-the-21st-century>.

Tavola 6.6 - Notifiche di morbillo per provincia e Asl di notifica - Liguria - Anni 2000-2009 (valori assoluti e valori percentuali)

PROVINCIA	Asl	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Imperia	<i>Imperiense</i>	6	3	9	27	1	-	-	-	20	1
Savona	<i>Savonese</i>	2	1	3	49	1	1	1	-	17	43
Genova		14	1	25	33	3	3	3	-	287	77
	<i>Genovese (%)</i>	100,0	100,0	88,0	87,9	100,0	66,7	100,0	-	98,3	92,2
	<i>Chiavarese (%)</i>	-	-	12,0	12,1	-	33,3	-	-	1,7	7,8
La Spezia	<i>Spezzina</i>	12	5	15	78	-	-	3	-	6	1
Liguria		34	10	52	187	5	4	7	-	330	122
Italia		1.457	826	18.020	11.978	686	215	571	595	5312	759

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle notifiche di malattie infettive

Tavola 6.7 - Notifiche di rosolia per provincia e Asl di notifica - Liguria - Anni 2000-2009 (valori assoluti e valori percentuali)

PROVINCIA	Asl	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Imperia	<i>Imperiense</i>	4	6	34	7	3	-	1	2	15	1
Savona	<i>Savonese</i>	2	2	86	7	-	-	2	-	10	1
Genova		7	3	72	5	-	-	-	2	28	1
	<i>Genovese (%)</i>	85,7	66,7	77,8	60,0	-	-	-	100,0	92,9	-
	<i>Chiavarese (%)</i>	14,3	33,3	22,2	40,0	-	-	-	-	7,1	100,0
La Spezia	<i>Spezzina</i>	11	8	34	2	-	-	7	-	7	2
Liguria		24	19	226	21	3	-	10	4	60	5
Italia		2.605	5.151	6.224	1.615	461	297	257	758	6183	221

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle notifiche di malattie infettive

6.3.5 - Stili di vita

In base ai risultati dell'indagine Aspetti della vita quotidiana nel 2012 i bambini liguri (di età compresa tra 3 e 14 anni) iniziano la giornata con una colazione adeguata nel 90 per cento dei casi, abitudine condivisa nella stessa misura da entrambi i generi, anche se con un valore inferiore a quello nazionale (93,2 per cento). Gli altri comportamenti presi in considerazione evidenziano, invece, un consumo di verdura (33,1 per cento) in linea con quello medio italiano e, considerando i risultati dell'indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari per l'anno 2013, una minore sedentarietà dei bambini da 5 a 14 anni (19,0 per cento rispetto a 27,5 per cento), che si riflette in una maggiore percentuale di bambini della stessa classe di età che svolgono attività fisica di tipo intensivo (36,7 per cento) rispetto al dato nazionale (28 per cento). Allo stesso tempo, nel periodo 2010-2012, la quota di bambini in eccesso di peso, di età compresa fra 6 e 17 anni, è stabilmente inferiore al dato nazionale (16,2 per cento rispetto a 26,6 per cento nel 2012). Infine, le bambine sono meno sedentarie dei coetanei maschi (17,6 per cento rispetto a 20,5 per cento), più inclini a mangiare verdura (37,6 per cento rispetto a 28,5 per cento) ma anche meno in sovrappeso (13,9 per cento rispetto a 18,3 per cento).

6.4 - Gli adolescenti e i giovani adulti 15-34 anni

Al 1° gennaio 2013 il 17,3 per cento della popolazione ligure è rappresentato da giovani di 15-34 anni: a prevalere è il genere maschile, sia complessivamente (101,8 maschi ogni 100 femmine) sia in ciascuna delle cinque Asl in cui è articolato il territorio regionale, con un'incidenza maggiore nella Asl Chiavarese (103,9 per cento), minore in quella Genovese (100,7 per cento). L'allungamento della vita media e il conseguente processo di invecchiamento della popolazione hanno influito sulla riduzione della percentuale dei giovani che, nell'ultimo decennio, è passata dal 21,4 al 17,3 per cento della popolazione residente.

6.4.1 Condizioni di salute

In base ai risultati dell'indagine Istat Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, nel 2013 in Liguria il 98,5 per cento degli individui di 15-34 anni dichiara di essere in buono stato di salute, ovvero di stare bene o molto bene, sia maschi che femmine. La percezione positiva dello stato di salute dei giovani è strettamente legata alla scarsa presenza di patologie gravi in questa fase del ciclo di vita.

Nel 2013 le malattie allergiche (compresa l'asma allergica) prevalgono tra le malattie croniche dichiarate (18 per cento sul totale delle persone di 15-34 anni di età), cui seguono a distanza la cefalea (7,4 per cento), con una quota maggiore per le donne (10,1 per cento) rispetto agli uomini (4,7 per cento), e l'ansia o depressione (2 per cento), in linea con la media nazionale.

Con riferimento alle malattie sessualmente trasmissibili (in particolare la sifilide), i giovani rappresentano una delle categorie normalmente considerata a più elevato rischio, anche per l'adozione di comportamenti non supportati da un adeguato livello di consapevolezza. In base ai dati derivanti dalle notifiche di malattie infettive, nel periodo 2000-2009 si evidenzia un andamento delle segnalazioni di sifilide tendenzialmente in crescita a livello nazionale mentre nella regione Liguria l'andamento è meno definito, anche per l'esiguità dei casi notificati nel periodo (71 segnalazioni nel complesso). La distribuzione per età mostra una concentrazione dei casi per la fascia 15-64 anni (75 per cento) minore di quella nazionale (94,1 per cento). Per quanto riguarda l'epatite B, il trend a livello nazionale è tendenzialmente decrescente per tutto il decennio considerato, principalmente a seguito dell'introduzione nel 1991 della vaccinazione obbligatoria per tutti i neonati. La Liguria, invece, a partire dal 2004 registra un aumento del numero di casi di epatite B (43 nel 2009).

6.4.2 - Morbosità ospedaliera

In seguito alle politiche di contenimento dei posti letto negli ospedali, in Liguria il ricorso all'ospedalizzazione per acuti da parte dei giovani di 15-34 anni di ambedue i sessi tende a diminuire nel tempo (-2,0 per cento nel triennio 2009-2011 rispetto al triennio 2006-2008), meno di quanto avviene a livello nazionale (-2,9 per cento). La media del tasso standardizzato di ospedalizzazione nel triennio 2009-2011 si colloca su un valore decisamente al di sopra di quello medio nazionale (130,3 rispetto a 112,2), con una consistenza pari a poco meno di 110 mila ricoveri.

La significativa differenza di genere dell'incidenza ospedaliera che si osserva in questa fascia di età è dovuta principalmente ai ricoveri per parto e puerperio, compresi nel gruppo "complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio" (Tavola 6.8).

Tavola 6.8 – Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 15-34 anni per genere, i primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza – Liguria – Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASL	Maschi						Femmine					
	Totale	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	Malattie dell'apparato digerente	Malattie dell'apparato respiratorio	Disturbi psichici	Totale	Complicazioni della gravidanza etc.	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie dell'apparato digerente	Malattie del sistema genitourinario	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo
Imperiese	73,7	16,5	9,6	7,6	3,9	5,7	165,9	91,1	11,9	9,7	6,8	6,4
Savonese	83,2	17,3	10,9	8,5	6,2	4,5	169,3	82,3	14,6	11,0	7,8	6,4
Genovese	91,6	19,6	9,3	9,7	8,6	7,3	182,7	88,1	15,4	12,5	7,0	8,0
Chiavarese	82,6	22,1	6,9	7,3	9,6	6,9	165,5	88,2	14,9	9,8	5,7	5,9
Spezzino	81,8	20,3	8,1	11,3	8,4	5,0	171,5	91,3	14,2	15,0	6,1	4,8
Liguria	85,4	19,1	9,2	9,2	7,6	6,2	174,8	88,0	14,6	12,0	6,9	6,9
Italia	71,9	14,5	8,1	8,7	6,1	3,6	152,7	86,4	12,2	9,4	4,9	3,8

	Variazione percentuale media annua											
Imperiese	-3,1	-2,9	-2,9	-3,0	-5,7	-0,8	-2,2	-0,3	-2,8	-2,6	-0,8	-9,1
Savonese	-3,9	-5,4	-2,5	-1,8	-2,8	-5,9	-2,1	-0,8	0,4	-1,2	-4,7	-1,7
Genovese	-3,2	-2,7	-2,7	-4,1	-3,2	-3,6	-1,4	0,6	-0,8	-3,6	-3,7	-5,5
Chiavarese	-1,2	1,6	-3,0	-5,1	-4,1	-0,1	0,8	2,9	4,4	-2,3	-1,9	-2,6
Spezzino	-2,7	-3,9	1,2	-3,1	-3,4	-4,4	-1,6	0,1	-1,6	-2,7	-1,2	3,0
Liguria	-3,1	-3,0	-2,3	-3,5	-3,5	-3,4	-1,5	0,4	-0,5	-2,9	-3,1	-4,6
Italia	-3,8	-5,5	-3,1	-3,3	-1,7	-4,3	-2,4	-1,0	-3,0	-3,3	-4,2	-4,7

Fonte: Elaborazioni Istat su dati Ministero della Salute (Sdo)

Questa causa risulta essere la prima che motiva la richiesta di assistenza ospedaliera per le giovani donne, la cui fase del ciclo di vita è caratterizzata dal concepimento e nascita della prole. La seconda causa di ospedalizzazione è rappresentata dalle malattie del sistema genitourinario (14,6 per mille). Per i maschi, come nel resto del Paese,



non si riscontra una così forte prevalenza di una causa rispetto alle altre; i “traumatismi e avvelenamenti” (19,1 per mille casi) costituiscono la prima causa di ricovero.

Le variazioni percentuali medie annue tra i due trienni del periodo 2006-2011 mostrano una tendenza alla riduzione in quasi tutti i primi cinque gruppi di cause, seppure con intensità diversa. Fanno eccezione, per le femmine (tralasciando le cause connesse alla gravidanza) le “malattie del sistema genitourinario” (4,4 per cento) nell’Asl Chiavarese e le “malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi alimentari” (3,0 per cento) nell’Asl Spezzino; per i maschi i “traumatismi e avvelenamenti” (1,6 per cento) nell’Asl Chiavarese e le “malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo” (1,2 per cento) nell’Asl Spezzino.

6.4.3 - Mortalità generale e per causa di morte

Il buono stato di salute degli adolescenti e dei giovani adulti è caratterizzato dall’assenza di patologie croniche e di malattie infettive (la cui prevenzione è stata già fatta da bambini). Inoltre, il ricorso all’ospedalizzazione è motivato, in prevalenza, da eventi traumatici o, per le donne, da difficoltà legate alla gravidanza.

Queste condizioni fanno sì che la mortalità giovanile (calcolata per la classe di età 15-34) risulti molto bassa (316 morti in totale nel triennio, pari ad un tasso medio triennale di 3,8 per diecimila individui della stessa età): maggiore per i maschi (5,3 per diecimila) e minore per le femmine (2,3 per diecimila), in linea con il dato nazionale e in costante riduzione tra il 2006 e il 2011 (Tavola 6.9).

Tavola 6.9 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 15-34 anni per genere, primi tre gruppi di cause e Asl di residenza Liguria - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASL	Maschi				Femmine			
	Totale	Traumatismi ed avvelenamenti	Sintomi segni e stati morbosi maldefiniti	Tumori	Totale	Tumori	Traumatismi ed avvelenamenti	Sintomi segni e stati morbosi maldefiniti
Imperiese	5,4	2,7	0,5	0,7	2,2	1,2	0,9	-
Savonese	3,8	2,4	0,3	0,4	2,0	0,9	0,3	0,3
Genovese	5,7	2,0	1,5	1,0	2,5	0,8	0,4	0,5
Chiavarese	5,5	1,3	2,1	1,0	1,3	0,5	0,3	0,3
Spezzino	5,5	4,0	0,2	0,5	2,4	0,3	0,9	0,2
Liguria	5,3	2,4	1,0	0,8	2,3	0,8	0,5	0,3
Italia	5,4	3,1	0,3	0,8	2,1	0,7	0,7	0,1

Variazione percentuale media annua									
Imperiese	-0,4	-6,8	1,1	-8,1	-10,5	17,7	-15,4	-	-
Savonese	-9,2	-11,2	-19,6	-9,0	-6,9	11,4	-23,9	2,6	2,6
Genovese	-1,0	4,2	-10,2	6,6	4,8	6,7	22,7	-9,3	-9,3
Chiavarese	-3,4	-20,4	8,8	22,7	-9,4	-13,5	-11,9	7,5	7,5
Spezzino	1,7	3,5	-28,7	-	9,7	19,4	47,5	-	-
Liguria	-2,1	-3,4	-8,7	5,7	-0,5	4,2	-1,2	-7,0	-7,0
Italia	-3,7	-5,2	-2,8	-0,8	-1,4	-0,4	-3,6	0,4	0,4

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Rilevazione sulle cause di morte

I “traumatismi ed avvelenamenti” sono la prima causa di morte per questa fascia di età (120 morti nel triennio 2009-2011), in particolare per gli uomini residenti nell’Asl Spezzino (4,0 per diecimila individui della stessa età). Tra le cause esterne di traumatismo, la tipologia prevalente è rappresentata dagli “incidenti di trasporto”, soprattutto tra i maschi, per i quali il tasso standardizzato di mortalità è pari a 1,9 per diecimila.

La mortalità per tumore maligno (pari a 0,8 per diecimila), seconda causa di morte, vede prevalere, pur nell’esiguità numerica dei casi, i tumori del sistema linfatico-ematopoietico (0,2 per diecimila), sia nei maschi che nelle femmine; seguono i tumori dello stomaco, per le giovani donne, e i tumori della cute per i maschi. I tassi di mortalità, oltre la terza causa, sono pari o inferiori a 0,2 per diecimila individui della stessa età per i maschi e 0,1 per le femmine.

6.4.4 - Incidentalità stradale

La mortalità per incidenti da mezzi di trasporto caratterizza i rischi di morte degli adolescenti e dei giovani adulti¹⁰. I dati di cui alla rilevazione Istat sull’incidentalità stradale con lesioni alle persone indicano che in Liguria, nel 2012, il numero delle giovani vittime della strada sono 20, poco più di un quinto del totale dei decessi per incidenti (22,7 per cento): si tratta, in prevalenza, di maschi (85 per cento).

La mortalità per incidentalità stradale in Liguria è in diminuzione nel decennio 2001-2010, in particolare per i giovani (-57,4 per cento), in linea con l’obiettivo comunitario di dimezzamento dei morti sulle strade e con una percentuale maggiore di quella registrata a livello nazionale per la stessa fascia di età (-49,9 per cento). Tra le campagne comunicative sulla sicurezza stradale promosse in Italia, quelle rivolte ai giovani sono state finalizzate a modificarne i comportamenti, non solo relativamente al consumo di alcol e droghe, ma anche all’uso del casco e del cellulare alla guida.

La riduzione della mortalità mostra evidenti divari territoriali tra le Asl: la diminuzione maggiore del decennio si registra nell’Asl Chiavarese (-83,3 per cento) e in quella Savonese (-75,0 per cento). Nel primo biennio della seconda decade 2011-2020 si registra invece un incremento dei morti (5,3 per cento), a causa esclusivamente degli eventi che si sono registrati nel 2012 nell’Asl Spezzina.

Nel 2012 il tasso di mortalità standardizzato riferito alle giovani vittime di incidenti in Liguria (7,4 per centomila) è al di sotto della media nazionale (Tavola 6.10). Nel confronto tra le Asl, i valori più elevati si registrano in quelle Spezzino e Imperiese in cui è prevalente, come si è visto, la causa di morte per traumatismo da incidente. Sono inoltre gli andamenti dei tassi registrati in queste due Asl nell’ultimo biennio a determinare una inversione del trend del tasso standardizzato di mortalità a livello regionale, che fino al 2010 è declinante.

Le giovani vittime della strada in Liguria sono, nel 75,0 per cento dei casi, conducenti di autovetture o di veicoli a due ruote, per il 10 per cento passeggeri e, per il residuo 15 per cento, pedoni (il 5,0 per a livello nazionale). La maggior parte (55,0 per cento) si trovava a bordo di un veicolo a due ruote (motociclo, ciclomotore, bicicletta), mentre uno su quattro su una autovettura.

¹⁰ Occorre tenere in considerazione, nel confrontare i decessi dell’indagine sugli incidenti stradali con quelli dell’indagine sulle cause di morte relativi agli incidenti di trasporto, le diverse definizioni e caratteristiche delle due fonti, per le quali si rimanda alla nota metodologica.

Tavola 6.10 – Tassi standardizzati di mortalità e di lesività per incidentalità stradale della popolazione 15-34 anni per Asl di evento- Liguria – Anni 2011 e 2012 (valori per 100.000 abitanti e differenze assolute 2010-2001)

ASL	Tasso di mortalità standardizzato			Tasso di lesività standardizzato		
	2011	2012	Differenze 2010-2001	2011	2012	Differenze 2010-2001
Imperiese	12,6	13,1	-5,2	1.487,8	1.324,3	-398,2
Savonese	4,2	4,2	-17,1	1.508,7	1.541,4	-500,3
Genovese	5,7	4,9	-6,1	1.862,4	1.687,5	-177,5
Chiavarese	8,1	0,0	-18,2	1.223,0	1.077,9	-906,4
Spezzino	7,7	17,9	-2,2	1.050,2	1.010,1	-726,3
Liguria	6,9	7,4	-8,3	1.573,4	1.458,3	-416,4
Italia	9,0	8,2	-7,4	928,3	829,3	-284,5

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Rilevazione sugli incidenti stradali con lesioni alle persone

6.4.5 - Stili di vita

Rispetto alla salute individuale, i comportamenti della popolazione in età adulta cosiddetti “a rischio” sono spesso il frutto di abitudini sviluppate in giovane età, come alimentazione scorretta, uso di sostanze nocive legali e illegali, scarsa attività fisica.

Con riferimento all’abitudine al fumo, nel 2013 la quota dei giovani liguri fumatori è pari al 19,5 per cento, principalmente fumatori abituali (17,0 per cento), con peso diversificato rispetto al genere: i fumatori maschi sono il 23,4 per cento, le giovani fumatrici il 15,6 per cento. Tra i giovani che non hanno mai fumato (70,0 per cento) c’è una prevalenza delle femmine, anche se la quota registrata dai maschi (67,0 per cento) segna uno scostamento rispetto alla media nazionale maggiore (58,8 per cento). Anche l’alcol costituisce un importante fattore di rischio per la salute. Nel 2013 il 18,7 per cento dei giovani liguri ha adottato almeno un comportamento a rischio (in misura superiore al dato nazionale, pari al 15,0 per cento), con una maggiore incidenza per i maschi (25,4 per cento) rispetto alle femmine (10,9 per cento).

È noto che cattive abitudini alimentari influiscono sul peso di una persona e che l’eccesso ponderale costituisce un rilevante fattore di rischio per l’insorgenza di alcune patologie metaboliche, cardiovascolari e tumorali, soprattutto in alcune fasi del ciclo di vita. In Liguria, nel 2013, il 72 per cento delle persone di 18-34 anni è in condizione di normopeso mentre una su cinque è in sovrappeso o obesa. I giovani che dichiarano di praticare almeno un’attività fisica nel tempo libero (di tipo leggero, moderato o intensivo) sono il 67,6 per cento del totale mentre poco meno di un terzo non svolge nessuna attività. Riguardo all’alimentazione, i giovani liguri che nel 2012 dichiarano di consumare almeno una porzione di verdura al giorno sono il 39,8 per cento (più le ragazze dei ragazzi della stessa fascia d’età), inferiore alla media nazionale di quasi 5 punti percentuali.

6.5 - Gli adulti di 35-64 anni

In Liguria, la popolazione adulta compresa fra 35 e 64 anni rappresenta una quota della popolazione residente pari al 43,4 per cento: il rapporto di genere è di 95,0 maschi ogni 100 femmine. Relativamente a questi dati si registrano, a livello di singole Asl, valori che non si discostano molto da quelli regionali, con un minore peso demografico degli adulti nella Asl Chiavarese (43,0 per cento) e una maggiore incidenza dei maschi nella Asl Spezzina (97,4 per cento).

6.5.1 - Condizioni di salute

L'indagine multiscopo Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari mette in luce le buone condizioni di salute della popolazione adulta. In Liguria, nel 2013, le persone in buono stato di salute (che dichiarano di stare bene o molto bene) sono il 74,6 per cento, un livello superiore alla media nazionale (71,1 per cento). La verifica della dimensione soggettiva rappresenta un momento di sintesi efficace per la valutazione complessiva dello stato di salute, in quanto fortemente correlata alla mortalità, alla presenza di malattie croniche, alla disabilità e ai consumi sanitari. Gli indicatori di salute, basati sulla presenza di patologie croniche, segnalano che il 9,4 per cento della popolazione adulta dichiara di essere affetto da almeno una malattia cronica grave mentre il 10,8 per cento presenta problemi di multicronicità (dichiara di soffrire di almeno tre malattie croniche). In linea con il dato nazionale, le malattie croniche più diffuse sono quelle cardiovascolari e allergiche (con prevalenze rispettivamente pari a 17,8 e 17,6 per cento), l'artrosi/artrite/osteoporosi (14,7 per cento) e l'emicrania ricorrente (11,3 per cento). Nel confronto con il 2005, a parità di età, aumentano in modo significativo le malattie allergiche e la cefalea o emicrania ricorrente come nel resto del Paese mentre l'ipertensione arteriosa e le malattie della tiroide, in aumento a livello nazionale, rimangono sostanzialmente stabili. La popolazione femminile adulta presenta tassi di morbosità cronica dichiarata più elevati di quella maschile, a livello sia regionale che nazionale. Differenziali di genere più marcati si evidenziano per le femmine nel caso di malattie allergiche (20,2 per cento), artrosi/artrite/osteoporosi (18,4 per cento), emicrania ricorrente (14,2 per cento), malattie della tiroide (9,7 per cento).

6.5.2 - Morbosità ospedaliera

In linea con l'andamento del fenomeno a livello nazionale, in Liguria i ricoveri per acuti degli adulti tendono progressivamente a ridursi sia per le donne che per gli uomini. L'analisi in serie storica mostra, infatti, una riduzione del 2,8 per cento per ambedue i sessi, inferiore di un punto percentuale al dato nazionale (-3,8 per cento). In totale, nell'arco del triennio 2009-2011, gli adulti di 35-64 anni residenti nella regione e ricoverati in strutture ospedaliere sono 310.000, pari ad un tasso standardizzato di ospedalizzazione di 149,7 per mille abitanti (131,1 la media nazionale); 161,5 per la componente femminile di popolazione e 138,1 per quella maschile¹¹ (Tavola 6.11).

¹¹ Al fine di una corretta interpretazione dei risultati è opportuno ricordare che la prevalenza dei ricoveri femminili nella fascia di età in questione è da ricondurre in larga parte ai ricoveri legati al parto e non a fenomeni connessi

I tassi di dimissione ospedaliera per causa registrano valori superiori alla media nazionale per tutti i gruppi di cause ad eccezione delle "malattie del sistema circolatorio".

Per i maschi la principale causa di ricorso all'assistenza ospedaliera è riconducibile alle malattie dell'apparato digerente (circa 20 mila ricoveri nel triennio 2009-2011), cui seguono le patologie cardiovascolari e le malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo. A prescindere dal parto, il genere femminile ricorre ai servizi ospedalieri prevalentemente a causa di tumori (circa 23.800 ricoveri), patologie del sistema genitourinario e malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo.

Per entrambi i sessi, i tassi di ricovero presentano un'ampia variabilità all'interno delle Asl, sia in termini di intensità che in termini di variazione rispetto al triennio 2006-2008. I tassi di ospedalizzazione più elevati per il totale dei gruppi di cause si riscontrano nella Asl di Savona, sia per i maschi che per le femmine, principalmente per le intensità medie registrate per le "malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo" (22,4 per mille per i maschi, 26,5 per le femmine). Considerando le variazioni percentuali medie annue si osserva che, tralasciando le patologie con-

Tavola 6.11 – Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 35-64 anni per genere, i primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza – Liguria - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASL	Maschi						Femmine					
	Totale	Malattie dell'apparato digerente	Malattie del sistema circolatorio	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	Tumori	Traumatismi ed avvelenamenti	Totale	Complicazioni della gravidanza etc.	Tumori	Malattie del sistema genitourinario	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	Malattie dell'apparato digerente
Imperiese	132,9	19,5	17,0	19,2	17,6	12,3	146,1	20,2	22,1	18,4	20,5	12,1
Savonese	146,1	20,7	18,8	22,4	15,9	14,0	166,2	22,1	20,8	21,8	26,5	12,4
Genovese	141,8	20,4	19,1	16,3	17,5	15,1	167,4	24,3	22,9	21,9	19,4	14,2
Chiavarese	129,7	19,0	15,7	12,9	16,5	15,6	148,7	23,6	21,5	19,6	14,6	12,2
Spezzino	126,5	16,5	18,7	13,2	15,0	15,2	159,1	26,6	23,1	25,5	15,1	12,7
Liguria	138,1	19,7	18,4	17,0	16,8	14,6	161,5	23,6	22,3	21,7	19,8	13,2
Italia	123,1	19,1	21,2	13,2	14,5	10,7	139,4	21,8	19,8	20,0	14,5	12,0

	Variazione percentuale media annua											
Imperiese	-3,5	-2,5	-4,0	-3,0	-1,5	-2,6	-3,5	0,4	-2,5	-2,7	-2,4	-2,9
Savonese	-2,8	-3,0	-5,0	-1,0	-3,1	-2,9	-3,0	1,0	-2,1	-4,3	-1,5	-4,6
Genovese	-3,5	-3,3	-4,5	-0,3	-4,0	-1,8	-2,5	2,2	-2,6	0,2	-0,9	-3,3
Chiavarese	-2,0	-0,5	-1,9	-1,7	0,3	1,7	-1,4	3,8	-1,0	1,1	-3,3	-1,5
Spezzino	-3,2	-4,1	-5,5	-0,2	-1,1	-2,3	-1,5	2,5	-0,5	-1,0	-1,3	-1,0
Liguria	-3,2	-3,0	-4,5	-0,9	-2,8	-1,8	-2,5	2,0	-2,1	-1,1	-1,5	-3,1
Italia	-4,1	-3,5	-4,5	-2,9	-3,8	-3,3	-3,6	0,9	-2,9	-3,2	-3,1	-3,8

Fonte: Elaborazione Istat su dati Ministero della Salute (Sdo)

a specifiche patologie.

nesse alla gravidanza, i tassi risultano in calo o tendenzialmente stabili ovunque, ad eccezione dell'Asl Chiavarese nel caso dei "traumatismi ed avvelenamenti", per i maschi, e delle "malattie del sistema genitourinario", per le femmine.

6.5.3 - Mortalità generale e per causa di morte

Il buono stato di salute generale che caratterizza la classe di età 35-64 anni è confermato da un basso tasso standardizzato di mortalità, sia per i maschi che per le femmine, con livelli che nella media del triennio 2009-2011 sono pari, rispettivamente, a 37,4 e 20,0 ogni diecimila residenti della stessa età e dello stesso genere (Tavola 6.12). In totale, nel triennio considerato, si sono verificati 2.200 decessi nelle femmine e poco meno di 3.900 nei maschi. Contributi importanti al declino della mortalità sono da ricercarsi in fattori sia individuali che di sistema. La classe di età in esame è caratterizzata dal fenomeno della super-mortalità maschile, le cui determinanti sono tradizionalmente riconducibili ai diversi comportamenti e stili di vita adottati dai due sessi. I maggiori imputati sono il tabagismo, l'alcolismo e la guida pericolosa, più diffusi tra gli uomini che tra le donne, ma anche i rischi derivanti dalla diversa attività lavorativa. L'analisi della mortalità per residenza del deceduto e per causa mostra, per entrambi i generi, un'elevata concentrazione nei primi tre gruppi di cause prevalenti: "tumori" (14,0 per diecimila), "malattie del sistema circolatorio" (4,9 per diecimila) e "cause esterne da traumatismo e avvelenamento" (1,7 per diecimila), che rappresentano circa il 72 per cento delle cause di morte per i maschi e quasi il 75 per cento per le femmine. La mortalità per "tumori maligni" rappresenta la prima causa di morte nell'età adulta: nel triennio considerato, si ha una incidenza per le donne di 11,5 per diecimila residenti, per gli uomini di 16,7. Rispetto agli organi colpiti, si evidenziano ulteriori differenze di genere: i tumori maligni al seno si confermano prima causa di malattie oncologiche nelle donne (2,8 per diecimila), seguono i tumori a laringe-trachea, bronchi e polmoni; nei maschi quest'ultima categoria è la più incidente (4,9 per diecimila), cui seguono i tumori del tessuto linfatico/ematopoietico. Tra le malattie circolatorie, le più rappresentate sono le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebrovascolari, con tassi di incidenza degli uomini fino a sei volte più alti di quelli delle donne (3,5 contro 0,6 per diecimila). È da sottolineare come gli uomini di questa classe di età siano penalizzati anche da alti livelli di mortalità per fenomeni di natura violenta (traumatismi e avvelenamenti), oltre tre volte più elevati di quelli delle donne (2,7 contro 0,8 per 10.000).

L'analisi territoriale per Asl attesta che la distribuzione della mortalità per causa varia in funzione del genere, con tassi di mortalità dei maschi superiori alla media regionale nelle aziende sanitarie Genovese e Imperiese per i tumori, nelle aziende Imperiese e Chiavarese per le malattie cardiocircolatorie.

Tavola 6.12 – Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 35-64 anni per genere, i primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza – Liguria - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASL	Maschi						Femmine					
	Totale	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Traumatismi ed avvelenamenti	Sintomi e stati morbosi maldefiniti	Malattie dell'apparato digerente	Totale	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Malattie dell'apparato digerente	Sintomi e stati morbosi maldefiniti	Traumatismi ed avvelenamenti
Imperiese	40,0	17,0	9,2	4,3	1,0	2,2	20,4	11,6	2,5	1,0	0,4	1,2
Savonese	34,6	15,2	7,3	3,0	1,0	2,4	18,2	10,4	2,8	0,5	0,4	0,8
Genovese	39,1	17,5	6,9	2,1	4,1	2,4	20,5	11,3	2,6	1,0	1,3	0,7
Chiavarese	36,7	16,1	8,1	2,0	2,0	2,0	19,1	12,7	1,6	1,2	0,3	0,8
Spezzino	33,3	16,0	7,1	3,1	1,4	1,7	20,8	12,9	2,9	0,7	0,6	1,0
Liguria	37,4	16,7	7,4	2,7	2,5	2,2	20,0	11,5	2,6	0,9	0,8	0,8
Italia	34,8	15,5	8,1	3,4	0,7	2,1	19,1	11,7	2,7	0,8	0,2	0,8

Variazione percentuale media annua

Imperiese	-0,7	0,1	1,0	2,7	-13,1	-11,5	4,5	-4,8	-3,6	-8,9	-4,1	-2,8
Savonese	-0,9	-0,6	-2,5	-3,5	-12,1	2,7	-1,2	-2,8	..	-13,8	-7,6	2,8
Genovese	-0,6	0,1	-1,9	12,9	-7,6	0,5	2,7	-3,3	-2,3	-4,5	-9,1	13,2
Chiavarese	0,2	1,1	-2,1	-6,3	1,3	-3,7	-1,3	..	-9,0	6,1	-15,4	-19,8
Spezzino	-1,4	-1,2	0,7	0,2	-6,3	-6,9	8,9	4,8	9,0	-13,2	10,0	0,8
Liguria	-0,7	-0,1	-1,3	3,1	-7,8	-2,5	-1,8	-2,1	-1,2	-6,6	-7,8	1,1
Italia	-1,5	-1,7	-2,1	-1,3	-0,2	-2,1	-0,6	-0,5	-2,3	-3,5	2,0	-1,1

Fonte: Elaborazione Istat su dati Rilevazione sulle cause di morte

6.5.4 - Incidentalità stradale

Le evidenze emerse nell'analisi della mortalità per traumatismi, particolarmente rilevante nei maschi di questa fascia d'età, trovano un riscontro nei dati della rilevazione sull'incidentalità stradale con lesioni alle persone¹². Nel 2012, si sono rilevati 39 morti e 5.150 feriti nella popolazione adulta, corrispondenti a poco meno della metà del totale dei morti (44,3 per cento) e dei feriti (45,7 per cento) per incidenti stradali avvenuti nella regione.

¹² Per un corretto confronto tra i risultati delle due fonti si rimanda alla nota metodologica per le differenze nelle definizioni e nel campo d'osservazione.

Tavola 6.13 – Tassi standardizzati di mortalità e di lesività per incidentalità stradale della popolazione di 35-64 anni e Asl di evento - Liguria – Anni 2011 e 2012 (valori per 100.000 e differenze assolute 2010-2001)

ASL	Tasso di mortalità standardizzato			Tasso di lesività standardizzato		
	2011	2012	Differenze 2010-2001	2011	2012	Differenze 2010-2001
Imperia	8,3	4,4	-1,5	729,9	631,8	21,7
Savonese	3,5	7,2	-12,9	715,6	760,8	-0,7
Genovese	4,3	5,2	-0,6	951,1	912,1	263,4
Chiavarese	5,0	4,6	4,8	531,0	592,9	-29,2
Spezzino	5,2	7,5	-8,5	531,4	543,1	-177,1
Liguria	4,8	5,7	-3,4	781,7	765,9	95,2
Italia	5,9	5,8	-3,8	469,7	440,4	-32,6

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Rilevazione sugli incidenti stradali con lesioni alle persone

Relativamente all'ultimo decennio, in Liguria si registra un decremento del numero dei decessi (-38,2 per cento) più accentuato di quello nazionale per la stessa fascia di età (-32,6 per cento). Rispetto al 2001, si osserva come, a fronte di una riduzione del tasso standardizzato di mortalità (-3,4 ogni centomila abitanti), sia aumentato in modo significativo quello di lesività (95,2 ogni centomila) (Tavola 6.13). In più di otto casi su dieci, le vittime di incidenti stradali di questa fascia di età sono conducenti di autovetture e di veicoli a due ruote (87,2 per cento); più della metà si trovava a bordo di un motociclo o ciclomotore (53,8 per cento) e quasi uno su quattro di una autovettura (23,1 per cento).

6.5.5 - Stili di vita e prevenzione

Il monitoraggio dell'abitudine al fumo è molto importante, in quanto costituisce il primo fattore di mortalità evitabile al mondo, soprattutto rispetto alle malattie oncologiche, cardiovascolari e respiratorie. Nel 2013, in Liguria la percentuale di fumatori adulti è pari al 24,2 per cento, dato in linea con il totale nazionale. Nel confronto di genere permangono forti differenze a svantaggio degli uomini, con quote di fumatori e fumatori abituali sensibilmente superiori a quelle delle donne. Analogamente, i comportamenti a rischio nel consumo di alcol sono maggiormente diffusi negli uomini adulti rispetto alle donne: 39,3 maschi su 100 consumano giornalmente bevande alcoliche mentre il 10,2 per cento dichiara un consumo giornaliero non moderato o un consumo di quantità eccessive in una singola occasione (binge drinking)¹³. L'eccesso di peso, strettamente correlato all'inattività fisica, interessa meno della metà della popolazione adulta (43,5 per cento), con il 33,1 per cento in sovrappeso e il 10,4 per cento affetto da obesità. Questo fenomeno presenta, in Liguria, valori inferiori alla media nazionale (47,6 per cento) e una prevalenza del genere maschile (56,1 per cento) rispetto a quello femminile (31,4 per cento).

Nell'ambito della prevenzione generale, poco più del 90 per cento della popolazione adulta dichiara di aver fatto ricorso, almeno una volta nella vita, ai servizi sanitari per la diagnosi precoce di diabete, ipertensione e ipercolesterolemia. Più della

¹³ Indagine Istat sugli aspetti della vita quotidiana: <http://www.istat.it/it/archivio/4630>.

metà effettua per le stesse patologie controlli con periodicità annuale. In generale il ricorso annuale a queste pratiche risulta meno diffuso rispetto alla media nazionale (circa 3 punti percentuali in meno). Anche la prevenzione dei tumori femminili nella regione registra frequenze relative maggiori di quelle nazionali: l'86,9 per cento (quattro punti percentuali più della media nazionale) delle donne adulte dichiara di essersi sottoposta, almeno una volta nella vita, all'esame del pap-test in assenza di disturbi; il 72,1 per cento (quasi 5 punti percentuali in più) con cadenza almeno triennale; l'81,9 per cento (un punto percentuale e mezzo in più) delle donne nella fascia di età raccomandata per lo screening (50-64 anni) dichiara di essersi sottoposta, almeno una volta nella vita, alla mammografia.

6.6 - Gli anziani di 65 anni e più

L'analisi degli indicatori demografici della popolazione ligure conferma la tendenza all'invecchiamento, particolarmente sbilanciata a favore delle donne, che sopravvivono più a lungo degli uomini. In Liguria, al 1° gennaio 2013, gli ultra sessantacinquenni sono il 27,7 per cento della popolazione residente totale (6,5 punti percentuali più della media nazionale), di cui il 58,5 per cento sono donne. La speranza di vita a 65 anni è di 18,3 anni per gli uomini e di 22,0 anni per le donne.

6.6.1 - Condizioni di salute

La presenza e diffusione di nuove tecnologie applicate alle cure mediche ha comportato un aumento della sopravvivenza ma non necessariamente in buona salute, come si evince dall'indagine multiscopo Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari del 2013. Solo il 39,8 per cento degli individui anziani ha dichiarato uno stato di buona salute, una quota comunque superiore a quella nazionale (33,1 per cento), più alta per i maschi rispetto alle femmine. Nel soggetto anziano la percezione che l'individuo ha del proprio stato psico-fisico è un parametro di particolare interesse perché è inversamente correlato alla mortalità.

Con l'avanzare dell'età, aumenta anche l'insorgenza delle malattie croniche. Il 39,4 per cento degli ultrasessantacinquenni liguri dichiara di essere affetto da almeno una malattia cronica grave, la cui insorgenza è più elevata per gli uomini (42,1 per cento) rispetto alle donne (37,5 per cento). Le malattie croniche più diffuse si confermano l'artrosi/artrite/osteoporosi (56,8 per cento), l'ipertensione arteriosa (46,3 per cento), l'ansia/depressione (15,6 per cento) e il diabete (15,1 per cento).

Con l'invecchiamento della popolazione aumentano anche le persone con limitazioni funzionali¹⁴ nelle attività quotidiane (16,5 per cento). Si tratta di limitazioni che insorgono con il peggioramento delle condizioni di salute e riducono la mobilità degli anziani o le loro capacità sensoriali (vista e udito, in particolare). Le tipologie di limitazioni funzionali più diffuse si riferiscono alle difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana (11,2 per cento), come ad esempio l'assenza di autonomia nella cura personale, nonché alle difficoltà nel movimento (9,5 per cento), problematiche che colpiscono

¹⁴ Si rimanda alla nota metodologica per la definizione di limitazione funzionale e per il modo con il quale viene rilevata mediante l'indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari.

soprattutto le donne a causa della maggiore prevalenza di patologie non letali ma invalidanti, come l'osteoporosi, l'artrosi e l'artrite.

6.6.2 - Morbosità ospedaliera

Sebbene il ricorso all'ospedalizzazione risenta dell'invecchiamento della popolazione, in quanto con l'avanzare dell'età cresce la prevalenza di malattie croniche e invalidanti e cresce di conseguenza la richiesta di assistenza ospedaliera, l'analisi delle Sdo nel periodo 2006-2011 mostra in Liguria una riduzione dei ricoveri per entrambi i sessi e per quasi tutte le cause, misurata in base alle variazioni del tasso standardizzato di ospedalizzazione (Tavola 6.14). Questo risultato deriva dall'adozione negli ultimi anni di politiche sanitarie finalizzate a ridurre l'offerta di ricovero ospedaliero, concentrando le prestazioni in setting assistenziali alternativi meno costosi ma di pari efficacia.

Tavola 6.14 – Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 65 anni e più per genere, i primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza – Liguria - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011 / 2006-2007-2008)

ASL	Maschi						Femmine					
	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie dell'apparato digerente	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie del sistema genito-urinario	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	Traumatici ed avvelenamenti	Malattie dell'apparato digerente
Imperiese	373,3	82,8	70,9	39,7	39,4	34,3	259,1	53,6	36,0	30,5	25,3	24,2
Savonese	409,0	93,8	69,4	42,9	40,3	36,2	300,4	59,5	39,7	42,9	27,3	25,6
Genovese	391,1	97,0	74,0	40,1	33,7	31,0	280,0	59,0	39,9	32,6	28,2	24,4
Chiavarese	371,4	79,3	72,1	38,8	51,4	28,2	249,8	47,3	35,6	25,4	25,5	22,5
Spezzino	408,6	108,8	68,4	39,9	50,8	30,8	284,9	64,4	37,0	25,2	29,2	23,7
Liguria	392,5	94,5	71,8	40,4	39,6	32,1	278,8	58,0	38,6	32,5	27,5	24,3
Italia	375,0	101,1	61,0	40,9	38,0	28,8	259,6	63,2	31,7	23,2	25,0	24,4

	Variazione percentuale media annua											
Imperiese	-2,2	-4,7	-0,9	-1,8	-0,2	-2,0	-2,1	-3,1	-1,7	-1,4	0,8	-3,3
Savonese	-2,1	-4,6	-2,3	-2,1	-1,5	-3,6	-1,6	-4,1	-1,6	2,0	-1,8	-3,7
Genovese	-2,5	-2,5	-3,1	-2,3	-4,5	-2,9	-2,2	-2,4	-2,0	0,3	-0,9	-2,9
Chiavarese	-2,9	-2,2	-1,8	-0,3	-4,6	-1,3	-2,0	-0,4	-0,9	-0,4	-0,1	-1,4
Spezzino	-1,7	-1,9	-3,1	-0,6	-2,3	-2,1	-2,0	-3,7	-2,6	0,1	-0,4	-2,3
Liguria	-2,3	-3,0	-2,6	-1,8	-3,1	-2,7	-2,0	-2,8	-1,8	0,4	-0,7	-2,9
Italia	-3,2	-3,1	-2,6	-2,5	-2,2	-3,1	-3,4	-3,6	-2,0	-1,2	-1,1	-2,9

Fonte: Elaborazione Istat su dati Ministero della Salute (Sdo)

Nel triennio 2009-2011 i ricoveri di persone anziane residenti in Liguria sono complessivamente più di 420 mila. Le malattie dell'apparato circolatorio sono la prima causa di ospedalizzazione, più di 95 mila ricoveri nel triennio, in particolare quelle cerebrovascolari (18,5 per mille abitanti) e le malattie ischemiche del cuore (13,8 per mille). Al secondo posto si collocano i tumori, fra i quali i più frequenti sono: per i maschi, quelli della vescica (9,7 per mille), della laringe e della trachea, bronchi e

polmoni (8,4) e della prostata (5,9), per le donne, i tumori del seno (4,7 per mille), del tessuto linfatico (4,5) e del colon (2,1). Al terzo posto si collocano le malattie dell'apparato digerente (31,0 per mille).

L'analisi dei tassi standardizzati di ospedalizzazione per Asl evidenzia, per entrambi i sessi, una variabilità in funzione dei principali gruppi di cause di ricovero. Spicca la variazione positiva dei ricoveri per il gruppo "malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari" nell'Asl Chiavarese, per i maschi, e per il gruppo "malattie dell'apparato respiratorio" nell'Asl Spezzino, per le femmine.

6.6.3 - Mortalità generale e per causa di morte

La mortalità nella popolazione anziana è in diminuzione per entrambi i sessi, in linea con le dinamiche nazionali: il tasso standardizzato di mortalità passa, per i maschi, da 567,6 a 544,0 per diecimila abitanti (circa 26 mila decessi nel triennio) e, per le femmine, da 375,7 a 361,0 per diecimila abitanti (quasi 32 mila decessi nel triennio) (Tavola 6.15). Questo calo è indicativo del miglioramento complessivo dello stato di salute della popolazione, dovuto all'avanzamento delle condizioni socio-economiche, a una maggiore tutela verso gli agenti nocivi, alla maggiore attenzione allo stile di vita e, infine, al progresso delle cure mediche, che ha consentito l'evoluzione della prognosi, in termini di salute e aspettativa di vita di numerose condizioni morbose. I maschi tendono a morire più precocemente rispetto alle femmine. Le malattie dell'apparato circolatorio provocano il maggior numero di decessi, in particolare fra gli uomini (196,0 per diecimila abitanti). La seconda causa di morte è costituita dai tumori, in particolare per gli uomini quelli della laringe, trachea, bronchi, polmoni

Tavola 6.15 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 65 anni e più per genere, i primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza - Liguria e Italia - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti e variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASL	Maschi						Femmine					
	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Malattie endocrine, nutriz., metab., disturbi imm.	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie endocrine, nutriz., metab., disturbi imm.
Imperiese	570,1	208,8	165,3	53,7	24,0	22,0	361,5	149,7	86,7	21,1	20,2	17,3
Savonese	530,0	196,3	160,9	43,0	26,7	20,6	350,6	140,7	79,3	24,2	22,4	19,2
Genovese	547,9	195,3	177,8	44,7	24,9	21,8	371,9	155,6	89,3	23,4	18,7	18,6
Chiavarese	534,5	184,4	168,8	56,1	19,7	24,7	339,5	139,7	83,1	15,6	25,1	14,9
Spezzino	532,7	193,4	170,4	63,8	15,2	18,8	351,5	160,3	81,2	14,9	20,0	14,1
Liguria	544,0	196,0	171,1	49,3	23,2	21,5	361,0	151,5	85,4	21,3	20,4	17,6
Italia	535,7	203,1	166,2	49,7	18,8	20,8	358,5	156,7	82,6	16,1	21,7	18,6

	Variazione percentuale media annua											
Imperiese	-0,7	-1,3	-1,5	..	-1,3	-0,4	-2,6	-2,7	1,1	-1,4	-4,4	-2,0
Savonese	-1,5	-3,0	-0,6	-1,9	0,7	0,5	-2,1	-5,2	-1,2	3,2	3,0	0,3
Genovese	-0,9	-2,1	-0,6	-0,2	-0,3	1,7	-0,5	-1,0	-0,3	0,2	-0,9	0,2
Chiavarese	-2,1	-2,5	-2,2	-4,5	-4,7	6,3	-1,5	-2,2	-1,3	-3,0	-1,2	-3,9
Spezzino	-0,4	-1,7	-0,1	-0,4	1,9	1,9	0,7	-0,7	2,0	2,1	4,0	1,6
Liguria	-1,1	-2,2	-0,8	-1,1	-0,5	1,7	-1,0	-2,0	-0,1	0,5	-0,1	-0,3
Italia	-1,1	-2,3	-0,7	-1,1	0,3	0,5	-1,0	-2,4	-0,2	0,7	-0,3	-0,6

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Rilevazione sulle cause di morte

(44,9 per diecimila), della prostata (14,4) e del colon (14,4); per le donne i tumori della mammella (11,9 per diecimila abitanti), della laringe, trachea, bronchi, polmoni (9,8) e del colon (8,6).

Dall'analisi dei tassi standardizzati di mortalità per Asl si evince una significativa variabilità, per entrambi i sessi, in funzione delle principali cause di morte.

9.6.4 - Incidentalità stradale

Considerando l'incidentalità stradale, nel 2012, gli anziani morti in incidenti stradali in Liguria sono 27 (il 30,7 per cento del totale dei morti) mentre gli ultrasessantacinquenni feriti sono 1.469 (il 13 per cento del totale dei feriti). Nel decennio 2001-2010 il tasso standardizzato di mortalità si è ridotto di 4,5 ogni centomila abitanti (Tavola 6.16), mentre il tasso standardizzato di lesività è aumentato nello stesso periodo di 60,8 ogni centomila, in controtendenza rispetto all'andamento registrato a livello nazionale (-18,3), probabilmente anche a motivo delle ridotte capacità fisiche dei conducenti anziani. La riduzione del tasso di mortalità nella fascia anziana può dipendere dal cambiamento delle modalità di spostamento da parte degli anziani: il 55,6 per cento degli anziani morti in incidenti stradali sono pedoni mentre il 37,0 per cento conducenti.

Tavola 6.16 - Tassi standardizzati di mortalità e di lesività per incidentalità stradale della popolazione di 65 anni e più per Asl di evento- Liguria - Anni 2011 e 2012 (valori per 100.000 abitanti e differenze assolute 2010-2001)

ASL	Tasso di mortalità standardizzato			Tasso di lesività standardizzato		
	2011	2012	Differenze 2010-2001	2011	2012	Differenze 2010-2001
Imperiese	8,5	5,1	-19,4	340,5	366,0	-53,6
Savonese	6,3	5,1	-6,0	387,9	378,4	23,2
Genovese	4,5	2,9	..	384,1	371,3	157,7
Chiavarese	-	10,0	-6,0	338,4	315,1	-37,0
Spezzino	10,0	17,4	-3,5	259,4	210,4	-47,3
Liguria	5,6	6,2	-4,5	358,2	345,0	60,8
Italia	8,5	8,6	-4,5	234,4	225,4	-18,3

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Rilevazione sugli incidenti stradali con lesioni alle persone

6.6.5 - Stili di vita

Il fumo nell'età avanzata non solo riduce la speranza di vita ma compromette anche la qualità della vita perché comporta una riduzione dell'autonomia. Anche nella popolazione anziana sono stati evidenziati i benefici della sua cessazione e sono attivi programmi di educazione sanitaria efficaci. Tuttavia, la presenza di una notevole quota di ex-fumatori tra i maschi (51,2 per cento in Liguria nel 2013) rende plausibile che l'esposizione pregressa possa influire negativamente sulla salute, anche a distanza di tempo.

Negli anziani il consumo dannoso di alcol non è facilmente riconoscibile perché, spesso, si tende a confondere i segni di un'assunzione dannosa con i sintomi generici dell'invecchiamento. Eppure gli anziani rappresentano una delle fasce di popolazione i cui comportamenti a rischio sono più diffusi (in Liguria nel 2013 il 47,0 per cento degli uomini rispetto al 13,7 per cento delle donne). Il motivo è legato alla mancata consapevolezza tra gli anziani dei livelli di consumo considerati a rischio, che non dovrebbero superare complessivamente un bicchiere di vino al giorno.

L'inattività fisica è stata inserita dall'Oms tra i principali fattori di rischio per le malattie croniche in Europa. L'aumento di peso, infatti, è strettamente correlato alle patologie cardio e cerebrovascolari, tra i fattori responsabili di disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva, nonché tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. Peraltro l'attività fisica regolare ha un'efficacia preventiva su obesità, diabete, dislipidemia, cancro del colon e della mammella, osteoporosi, depressione e declino cognitivo senile. Oltre la metà degli anziani liguri dichiara di avere nel 2013 uno stile di vita attivo (62,4 per cento), soprattutto gli uomini (65,3 per cento). Anche il problema del sovrappeso degli anziani riguarda soprattutto gli uomini (50,9 per cento), con una differenza di 16 punti percentuali rispetto alle donne, mentre quello dell'obesità è più omogeneo (14,6 per cento dei maschi, 12,0 per cento delle donne).

CAPITOLO 7 PIEMONTE¹

7.1 - Il sistema sanitario regionale

Nel corso degli anni Novanta, la Regione Piemonte ha modificato la struttura del Servizio sanitario regionale, riducendo il numero di aziende sanitarie pubbliche di cui si compone (Asl e Aziende Ospedaliere) e accorpando funzionalmente più stabilimenti ospedalieri in presidi di dimensioni maggiori. Con la Legge regionale n. 18 del 6 agosto 2007 *“Norme per la programmazione socio-sanitaria”* sono stati istituiti nuovi ambiti territoriali delle aziende sanitarie, riducendo il numero delle Aziende piemontesi da 22 a 13². L’assetto, introdotto dal piano socio-sanitario PSSR 2008-2011, ha puntato all’ottenimento dei risparmi economici, derivanti dalla razionalizzazione delle attività e dallo sfruttamento delle economie di scala, per liberare risorse da reinvestire nel potenziamento dell’offerta sanitaria.

Il Piano socio sanitario regionale 2012-2015 (D.C.R n. 167-140873/2012) prosegue il percorso di programmazione socio-sanitaria integrata, iniziata in Piemonte negli anni '80. Gli obiettivi principali del Piano sono l’appropriatezza delle prestazioni e delle modalità di erogazione, insieme alla razionalizzazione delle aree di maggior costo e di minore efficienza. In questo ambito si inserisce la riorganizzazione dei presidi ospedalieri secondo l’intensità di cura e la complessità delle prestazioni, concentrando tecnologia e innovazione in ospedali di riferimento e distinguendo ospedali cardine per risposta ad acuzie frequenti e ospedali di territorio per prestazioni diagnostiche e terapeutiche di base, diffuse e di bassa intensità. Per ridurre l’uso improprio del ricovero ospedaliero, il riordino prevede anche il rafforzamento della medicina territoriale, di base e specialistica e del post-acuzie, garantendo la continuità assistenziale con il potenziamento dell’integrazione ospedale-territorio, anche attraverso il consolidamento delle relazioni tra specialisti ospedalieri e territoriali.

Il Piano agevola l’interazione tra i soggetti operanti ai vari livelli dell’organizzazione sanitaria attraverso un Sistema informativo sanitario regionale unico, con l’obiettivo di soddisfare i crescenti bisogni di assistenza e monitorare i servizi sanitari erogati in Piemonte.

7.2 - Natalità, salute materna e abortività

Il Piemonte è una regione a bassa natalità, soprattutto per la componente autoctona di popolazione, sebbene anche i comportamenti fecondi delle donne straniere si stiano lentamente avvicinando a quelli delle donne italiane. Sia la riduzione nel nu-

¹ Hanno collaborato alla stesura del capitolo Viviana Agresti (par.7.1, 7.3,7.5, 7.6.4, 7.6.5) e Francesca Vannoni (par. 7.2, 7.4, da 7.6.1 a 7.6.3).

² In circa quaranta comuni le Asl non coincidono con l’ambito territoriale della provincia.

mero di figli, sia gli elevati livelli di assistenza raggiunti, hanno determinato nel corso degli ultimi decenni una forte riduzione della mortalità e morbosità materne correlate alla gravidanza o al parto, tuttavia l'adozione di migliori standard assistenziali può contribuire a ridurle ulteriormente di almeno la metà (Iss 2012).

Le donne in età feconda al 1° gennaio 2013 costituiscono il 41,3 per cento del totale della popolazione femminile (43,6 per cento in Italia), in calo di 2,4 punti percentuali nell'ultimo decennio. Più della metà (il 55,3 per cento) ha almeno 35 anni, il 14,4 per cento è di cittadinanza straniera.

7.2.1 - Natalità

Nel 2012 in Piemonte nascono 37.067 bambini, per un tasso di natalità dell'8,5 per mille (Tavola 7.1). I livelli di fecondità piemontesi sono in linea col valore medio nazionale; nel 2012, le donne in età feconda residenti nella regione hanno generato in media 1,43 figli (1,42 la media nazionale). Anche le donne straniere presentano a partire dal 2007 una progressiva diminuzione della fecondità, che rimane comunque superiore a quella delle donne italiane. L'età media al parto, in crescita costante da decenni, come nel resto d'Italia, si assesta a 31,4 anni (era 27,2 nel 1980). La fecondità all'interno della regione presenta una certa variabilità, con valore minimo nella provincia di Biella (1,31) e massimo in quella di Cuneo (1,53).

Tavola 7.1 - Nati vivi, tasso di natalità, tasso di fecondità totale, età media al parto e caratteristiche della madre e del parto per provincia - Piemonte - Anno 2012 (valori assoluti, quozienti per 1.000, valori medi e valori percentuali)

Province	Nati vivi	Tasso natalità	Tasso fecondità totale	Età media al parto	Caratteristiche della madre e del parto		
					Nati da madri con 35 anni	Nati da madri straniere	Parti cesarei (a)
Torino	19.584	8,7	1,43	31,7	36,0	23,9	30,5
Vercelli	1.392	7,9	1,41	31,1	34,2	25,6	32,0
Biella	1.301	7,2	1,31	31,5	37,1	18,1	31,4
Verbano-Cusio-Ossola	1.187	7,4	1,34	31,4	34,6	17,0	34,6
Novara	3.251	8,9	1,45	31,2	33,1	27,7	28,7
Cuneo	5.334	9,1	1,53	31,0	30,3	25,8	25,3
Asti	1.834	8,4	1,48	31,0	33,4	32,3	35,7
Alessandria	3.184	7,5	1,36	31,0	32,9	29,1	32,5
Piemonte	37.067	8,5	1,43	31,4	34,5	25,0	30,2
Italia	534.186	9,0	1,42	31,4	33,2	19,0	36,6

Fonte: Istat, Indagine sugli iscritti in anagrafe per nascita ed elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute (Sdo)
a) Con riferimento alla provincia di nascita.

7.2.2 - Salute materna

Considerando i principali fattori influenti sul rischio di grave morbosità e mortalità materne (Iss 2012, Europeristat 2008), in Piemonte nel 2012 il 34,5 per cento dei bambini nasce da donne con 35 anni e più, per le quali si rileva un rischio di mortalità materna doppio rispetto alle donne più giovani. Un quarto del totale dei bambini piemontesi nati ha una mamma di cittadinanza non italiana. Le madri straniere possono avere maggiore difficoltà ad accedere ad una adeguata assistenza perinatale ed un rischio maggiore di esiti sfavorevoli della gravidanza rispetto alle italiane. Il ricorso al taglio cesareo, pratica che aumenta fino a tre volte il rischio di grave morbosità e

mortalità materne rispetto al parto vaginale, rappresenta il 30,2 per cento dei casi, valore inferiore di 6 punti percentuali rispetto al dato nazionale ma ancora superiore alla soglia del 10-15 per cento raccomandata dall'Oms nel 1985³ (Iss 2010).

7.2.3 - Aborti spontanei

Nel 2012, in Piemonte sono stati rilevati 4.514 aborti spontanei⁴. In linea con la dinamica nazionale, il rapporto grezzo di abortività spontanea tende a crescere nel tempo: con riferimento all'ultimo decennio, in Piemonte si è passati da 113,0 aborti ogni mille nati vivi nel 2003 a 124,2 nel 2012.

L'età della gestante costituisce un rilevante fattore di rischio per l'aborto spontaneo, come evidenziato dalla distribuzione per età dei rapporti specifici di abortività in Italia: rispetto alle donne di 30-34 anni, il rischio di aborto spontaneo è maggiore di una volta e mezzo per quelle di 35-39 anni, di 3,6 volte per quelle di 40-44 anni. L'età media all'aborto spontaneo aumenta di pari passo con l'aumento dell'età media al parto: in Piemonte si passa da 32,9 anni nel 2003 a 34,2 anni nel 2012 (da 32,7 a 34,1 in Italia).

7.2.4 - Interruzioni volontarie di gravidanza

Negli anni successivi all'approvazione della legge 194 che nel 1978 ha legalizzato l'aborto volontario, in base alle notifiche delle lvg pervenute al sistema di sorveglianza⁵, i livelli di abortività volontaria registrati a livello regionale sono elevati e giungono all'apice di 21,6 per mille nel 1981, verosimilmente come conseguenza dell'emersione degli aborti clandestini (Iss 2011). A partire dal 1985, i valori scendono con continuità fino alla fine degli anni '90, come nel resto del Paese. Successivamente, la decrescita è inferiore alla media italiana poiché dal 2000 il tasso standardizzato di abortività volontaria in Piemonte rimane stabile intorno al 10 per mille, senza ulteriori flessioni, contrariamente a quanto accade a livello nazionale.

Nel 2012 il ricorso in Italia all'aborto volontario delle donne straniere risulta essere triplo rispetto a quello delle italiane, contribuendo ad accrescere, negli ultimi anni, il livello di abortività delle regioni con forte presenza di cittadine straniere. In Piemonte, nel 2012 la percentuale di aborti da donne straniere è pari al 38,4 per cento, 4 punti percentuale in più rispetto alla percentuale rilevata a livello nazionale (34,1 per cento) (Tavola 7.2). Sebbene il ricorso all'anestesia locale sia raccomandato dall'Oms nel caso di aborto chirurgico (Oms 2012), tale procedura in Piemonte è ancora molto poco diffusa: solo lo 0,5 per cento delle lvg è effettuato con l'anestesia locale (6,5 per cento in Italia) mentre il 76,1 per cento delle lvg è ancora effettuato con l'anestesia generale e il 4,7 per cento con sedazione profonda (In Italia i valori corrispondenti sono 79,1 per cento e 1,8 per cento). L'Oms raccomanda, inoltre, di realizzare l'intervento con metodica farmacologica nel caso di aborto prima delle nove settimane di gestazione. Gli interventi di questo tipo sono più diffusi in Piemonte rispetto alle altre

³ Nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 si invita a contenere il ricorso al taglio cesareo entro la soglia del 20 per cento dei parti.

⁴ Istat, Rilevazione sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo.

⁵ A partire dal 1980 è attivo un sistema di sorveglianza epidemiologico delle lvg che coinvolge l'Istat, l'Iss e il Ministero della Salute insieme con le Regioni e le Province autonome.

Tavola 7.2 - Interruzioni volontarie di gravidanza, età media delle donne e tassi di abortività per provincia -Piemonte - Anno 2012 (valori assoluti, valori percentuali, quozienti per 1.000 donne in età feconda)

PROVINCE	Numero	Ivg		Tasso di abortività	
		di cui da donne straniere (per cento)	Età media	Grezzo	Standardizzato
Torino	4.870	39,0	30,03	9,9	11,2
Vercelli	277	35,7	30,71	7,6	8,6
Biella	248	23,0	30,96	6,7	7,7
Verbano-Cusio-Ossola	179	27,4	31,2	5,3	6,2
Novara	621	39,1	29,21	7,6	8,7
Cuneo	971	41,2	29,9	7,6	8,5
Asti	425	41,9	29,85	9,3	10,6
Alessandria	889	37,8	29,46	10,1	11,9
Piemonte	8.480	38,4	29,96	9,0	10,2
Italia	103.191	34,1	30,0	7,6	8,4

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza

regioni, costituendo il 20,6 per cento del totale. Complicanze post intervento possono sorgere nelle settimane di gestazione più avanzate: la percentuale di Ivg praticate dopo il 90° giorno è il 3,2 per cento in Piemonte, in linea con la quota nazionale.

7.2.5 - Prevenzione

L'attività di prevenzione nel corso della gravidanza consente di ridurre le malformazioni alla nascita e il rischio di aborto in utero. L'alimentazione durante la gestazione, la trasmissione di infezioni di natura sessuale, la rosolia congenita, la sindrome alcolico fetale sono temi all'attenzione della comunità medica e dell'opinione pubblica. Sebbene la rosolia rientri tra le infezioni a notifica obbligatoria, le schede di notifica non permettono di disporre di informazioni di dettaglio per cui, dal 2005, l'Iss ha attivato il sistema di sorveglianza sentinella della rosolia in gravidanza e della rosolia congenita. Il Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia (PNEMoRc) 2010-2015 include, tra i suoi obiettivi, la riduzione dell'incidenza della rosolia congenita a meno di uno ogni centomila nati vivi entro il 2015, in linea con le indicazioni dell'Oms. Nel periodo 2005-2013, sono stati segnalati in Italia 78 casi di rosolia congenita, 64 confermati e 14 probabili; quelli segnalati in Piemonte sono stati 6, pari a 1,8 su centomila nati vivi⁶.

7.3 - I bambini 0-14 anni

Il quadro sintetico relativo ai minori fino a 14 anni, derivante dall'analisi di diverse fonti statistiche⁷ delinea per il Piemonte uno stato di salute generalmente molto buono e una maggiore attenzione rispetto alla media nazionale all'adozione di comportamenti salutari. Le allergie e l'asma sono le principali patologie croniche dichiarate. La mortalità è principalmente concentrata nel primo anno di vita mentre sono

⁶ Cnesps-Iss, Rapporto sulla sorveglianza della rosolia congenita e in gravidanza, settembre 2014.

⁷ Per le fonti statistiche utilizzate si rimanda all'introduzione alla seconda parte del volume.

estremamente ridotte sia l'incidenza sia le conseguenze legate alle malattie infettive. L'ospedalizzazione è ascrivibile soprattutto alle malattie dell'apparato respiratorio e a quelle dell'apparato digerente.

7.3.1 - Condizioni di salute

Nel corso del 2013, il 4,4 per cento delle mamme o di altri familiari piemontesi riferisce la presenza di almeno una malattia cronica nei bambini di entrambi i sessi⁸.

Le malattie allergiche, inclusa l'asma allergica, rappresentano le patologie croniche più frequenti (10,2 per cento), senza rilevanti differenze fra maschi e femmine, diversamente da quanto riscontrato a livello nazionale (11,1 per cento per i bambini e 8,6 per cento per le bambine). Considerando l'asma totale (allergica e bronchiale) la prevalenza nei bambini piemontesi (2,9 per cento) è in linea con il dato nazionale (3,1 per cento).

7.3.2 Mortalità generale e per causa

In base ai dati dell'indagine sulle Cause di morte, in Italia l'andamento del tasso triennale standardizzato, relativamente ai bambini fino a 14 anni, è in lieve ma costante riduzione per l'intero periodo 2006-2011, con valori che oscillano tra il massimo di 3,2 per diecimila abitanti, nel triennio 2006-2008, e il minimo di 3 per diecimila abitanti, nel triennio 2009-2011. Il quadro piemontese, nei suoi tratti generali, non si discosta significativamente da quello nazionale, sebbene il tasso standardizzato di mortalità sia lievemente inferiore al dato italiano (2,6 per diecimila, corrispondenti a circa 450 decessi in totale nel triennio 2009-2011, contro 3,0 per diecimila della media italiana) (Tavola 7.3), con una lieve prevalenza dei maschi in confronto alle femmine (rispettivamente 2,9 per diecimila rispetto a 2,4 per diecimila).

Le condizioni morbose di origine perinatale e le malformazioni congenite costituiscono i primi due gruppi di cause di morte più frequenti.

Tavola 7.3 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 0-14 anni per i primi cinque gruppi di cause e per Asl di residenza - Piemonte – Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti)

ASL	Totale	Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	Malformazioni congenite	Tumori	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi
Alessandria	2,9	0,9	0,7	0,3	0,4	0,1
Asti	2,9	1,0	0,9	0,1	0,4	.
Biella	2,0	0,3	0,2	0,2	0,5	0,3
Cuneo 1	3,4	1,3	0,4	0,5	0,4	0,2
Cuneo 2	3,3	1,7	0,1	0,7	0,4	0,1
Novara	2,7	0,8	0,4	0,3	0,2	0,3
Torino 1 e 2	3,2	1,2	0,7	0,3	0,0	0,2
Torino 3	2,3	0,7	0,4	0,4	0,2	0,3
Torino 4	2,2	0,6	0,3	0,1	0,3	0,2
Torino 5	1,5	0,5	0,2	0,5	0,2	-
Vercelli	1,4	0,6	0,2	0,3	-	0,2
Verbano Cusio Ossola	2,2	0,5	0,6	0,3	0,3	0,2
Piemonte	2,6	0,9	0,5	0,3	0,2	0,2
Italia	3,0	1,2	0,6	0,3	0,2	0,1

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle cause di morte

⁸ Nell'ambito dell'indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2013.



7.3.3 - Morbosità ospedaliera

In Piemonte, nel triennio 2009-2011, sono stati effettuati 139 mila ricoveri per acuti di bambini di 0-14 anni, con un tasso standardizzato di ospedalizzazione pari a 81,5 per mille abitanti, inferiore alla media nazionale⁹ (Tavola 7.4). I tassi maschili sono superiori a quelli femminili (rispettivamente 90,0 e 72,5 per mille nel triennio 2009-2011).

Il Piemonte si caratterizza per una minore propensione al ricovero in tutti i gruppi di cause, ad eccezione di alcune condizioni morbose e di origine perinatale, che costituiscono il primo gruppo di cause di ricovero nella regione (15,6 per mille abitanti, per un totale di 27 mila ricoveri nel triennio). Seguono le malattie dell'apparato respiratorio (15,3 per mille abitanti) e le malattie dell'apparato digerente (6,5 per mille abitanti). Prescindendo dalla categoria residuale dei "sintomi e stati morbososi mal definiti", i "traumatismi e avvelenamenti" rappresentano la settima tra le cause di ricovero più frequenti (4,4 per mille abitanti), con particolare rilevanza assunta dagli infortuni legati a eventi accidentali.

I tumori costituiscono l'unica causa di ricovero in aumento nell'ultimo triennio, con un tasso di crescita dell'1,9 per cento annuo, a fronte di andamenti decrescenti, talvolta anche a ritmi sostenuti, come nel caso dei ricoveri per malattie del sangue e organi ematopoietici e per quelle del sistema genitourinario (Tavola 7.4).

Tavola 7.4 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 0-14 anni per genere e gruppi di cause - Piemonte e Italia - Anni 2009-2011 (media triennale per mille abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

GRUPPI DI CAUSE	Piemonte				Italia			
	Maschi	Femmine	Totale	Variazione percentuale media annua	Maschi	Femmine	Totale	Variazione percentuale media annua
Malattie infettive e parassitarie	3,2	2,8	3,0	-7,6	5,7	5,1	5,4	-5,0
Tumori	2,2	2,1	2,2	1,9	3,0	2,9	2,9	-0,7
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	6,2	6,8	6,5	-2,5	7,7	8,5	8,1	-2,4
Malattie del sangue e organi ematopoietici.	1,8	1,6	1,7	-9,5	2,4	2,0	2,2	-3,1
Disturbi psichici	1,5	1,0	1,2	-4,0	4,4	2,5	3,5	-1,6
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	5,1	4,3	4,7	-1,8	7,2	6,0	6,6	-2,1
Malattie del sistema circolatorio	1,2	0,6	0,9	-2,2	1,9	1,1	1,5	-3,2
Malattie dell'apparato respiratorio	16,7	13,8	15,3	-5,1	21,0	16,7	18,9	-4,2
Malattie dell'apparato digerente	7,3	5,7	6,5	-4,5	9,7	8,1	8,9	-4,5
Malattie del sistema genitourinario	5,5	2,4	4,0	-8,1	7,6	3,8	5,8	-3,2
Complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio	.	0,1	0,1	-1,1	.	0,1	0,1	-2,2
Malattie della cute e tessuto sottocutaneo	1,2	1,0	1,1	-3,8	1,9	1,7	1,8	-6,2
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	2,5	2,8	2,6	-0,3	2,7	2,9	2,8	-2,1
Malformazioni congenite	7,4	4,2	5,8	-0,8	10,5	6,2	8,4	-0,7
Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	16,5	14,6	15,6	-0,3	11,0	9,5	10,3	-2,1
Sintomi segni e stati morbososi maldefiniti	6,1	5,4	5,8	-7,2	10,4	9,5	10,0	-4,1
Traumatismi ed avvelenamenti	5,5	3,2	4,4	-6,5	10,0	5,8	7,9	-5,6
Totale	90,0	72,5	81,5	-3,8	117,0	92,6	105,2	-3,4

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute (Sdo)

⁹ L'analisi è condotta sulle Sdo elaborate per residenza del paziente e aggregate per trienni mobili. Le finalità con le quali si possono utilizzare i dati provenienti da questa rilevazione sono sia di natura organizzativo-gestionale sia di natura clinico-epidemiologica.

Tavola 7.5 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 0-14 anni per i primi otto gruppi di cause e Asl di residenza - Piemonte - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti)

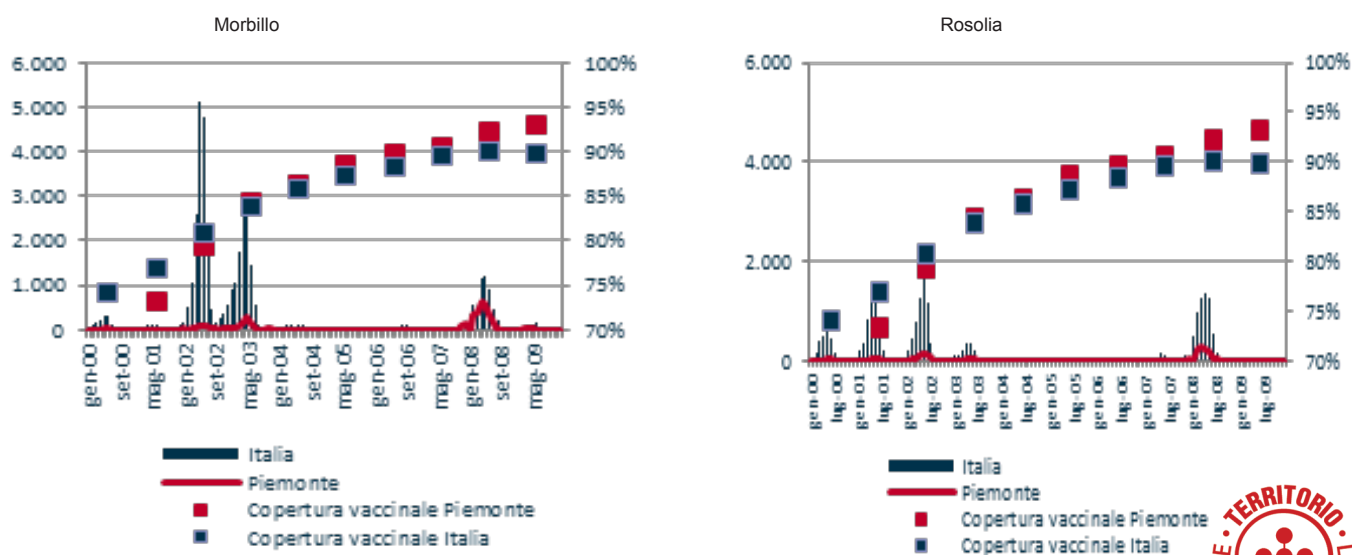
ASL	Totale	Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie dell'apparato digerente	Malattie endocrine, nutriz., metaboliche, disturbi imm.	Malformazioni congenite	Sintomi segni e stati morbosi maldefiniti	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Traumatismi ed avvelenamenti
Alessandria	109,0	17,3	21,2	7,8	7,4	7,2	9,9	5,3	6,9
Asti	89,5	16,9	18,6	7,3	5,5	6,0	6,4	4,6	4,6
Biella	86,0	15,7	19,3	6,9	9,0	6,8	4,3	5,2	4,1
Cuneo 1	76,2	12,3	15,5	5,6	7,4	5,9	3,4	4,6	4,5
Cuneo 2	83,5	11,2	20,6	5,4	8,1	6,1	4,2	5,3	4,5
Novara	67,5	11,4	12,0	7,2	2,7	5,3	4,4	4,2	3,9
Torino 1 e 2	83,3	19,9	12,8	6,5	6,9	5,7	6,7	5,0	3,5
Torino 3	69,6	14,4	12,2	6,3	5,5	5,5	4,3	4,2	3,4
Torino 4	77,7	14,4	16,3	5,6	7,0	5,4	5,7	5,1	3,7
Torino 5	92,1	20,4	15,8	7,6	8,5	5,3	8,0	5,2	5,0
Vercelli	78,4	12,2	17,1	6,0	3,8	5,3	6,7	3,5	6,2
Verbanò Cusio									
Ossola	73,4	11,1	13,1	6,9	5,7	6,6	3,8	4,1	6,8
Piemonte	81,5	15,6	15,3	6,5	6,5	5,8	5,8	4,7	4,4
Italia	105,2	10,3	18,9	8,9	8,1	8,4	10,0	6,6	7,9

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute (Sdo)

7.3.4 - Prevenzione primaria: la vaccinazione

Per quanto riguarda la vaccinazione infantile, particolare rilevanza assume quella raccomandata per morbillo, parotite e rosolia, poiché non ha ancora raggiunto né i

Figura 7.1 - Notifiche mensili di morbillo e rosolia (asse sinistro, valori assoluti) - Italia (istogramma) e Piemonte (linea continua) e tassi di copertura MPR (asse destro, valori percentuali, punti) - Anni 2000-2009



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute (Indagine sulle notifiche di malattie infettive)

Tavola 7.6 - Notifiche di morbillo per provincia e Asl di notifica - Piemonte - Anni 2000-2009 (valori assoluti e valori percentuali)

PROVINCIA	Asl	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Torino		17	46	217	592	19	4	3	49	1754	10
	Torino 1 e 2 (%)	58,8	58,7	50,7	51,9	47,4	0,0	100,0	6,1	50,2	50,0
	Torino 3 (%)	17,6	19,6	25,3	13,0	0,0	50,0	0,0	53,1	18,9	10,0
	Torino 4 (%)	11,8	8,7	13,8	26,0	31,6	50,0	0,0	2,0	23,7	30,0
	Torino 5 (%)	11,8	13,0	10,1	9,1	21,1	0,0	0,0	38,8	7,2	10,0
Vercelli	Vercelli	0	0	6	11	3	1	0	2	37	1
Novara	Novara	3	1	5	6	3	0	0	1	23	0
Cuneo		40	7	94	193	3	0	0	142	413	2
	CN1 (%)	80,0	85,7	80,9	87,0	100,0	0,0	0,0	90,1	66,3	0,0
	CN2 (%)	20,0	14,3	19,1	13,0	0,0	0,0	0,0	9,9	33,7	100,0
Asti	AT	4	4	8	10	3	1	0	1	20	0
Alessandria	AL	2	6	25	47	9	0	0	1	96	51
Biella	BI	0	1	6	14	1	0	0	0	102	0
Verbano-Cusio-Ossola	VCO	1	0	3	2	0	1	0	0	3	0
Piemonte		67	65	364	875	41	7	3	196	2460	65
Italia		1.457	826	18.020	11.978	686	215	571	595	5.312	759

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute (Indagine sulle notifiche di malattie infettive)

gli obiettivi fissati dall'Oms nella Health2110, tanto che la nuova scadenza è stata spostata al 2015. Secondo le distribuzioni stimate dei casi di morbillo e rosolia per Asl (Tavola 7.6 e Tavola 7.7), a partire dal 2005 è visibile una generalizzata riduzione di entrambe le infezioni. Le onde epidemiche del 2008 hanno colpito soprattutto Torino e Cuneo.

Tavola 7.7 - Notifiche di rosolia per provincia e Asl di notifica - Piemonte - Anni 2000-2009 (valori assoluti e valori percentuali)

PROVINCIA	Asl	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Torino		40	72	203	129	17	16	9	33	570	17
	Torino 1 e 2 (%)	30,0	45,8	41,9	18,6	58,8	37,5	22,2	63,6	50,2	58,8
	Torino 3 (%)	35,0	15,3	32,0	75,2	29,4	18,8	33,3	18,2	17,4	0,0
	Torino 4 (%)	22,5	37,5	19,2	3,9	5,9	43,8	33,3	18,2	25,1	35,3
	Torino 5 (%)	12,5	1,4	6,9	2,3	5,9	0,0	11,1	0,0	7,4	5,9
Vercelli	Vercelli	6	2	8	0	2	0	1	3	5	0
Novara	Novara	2	4	13	6	6	1	3	0	2	0
Cuneo		23	21	107	13	8	5	5	6	339	2
	CN1 (%)	82,6	47,6	75,7	84,6	100,0	80,0	80,0	100,0	63,4	0,0
	CN2 (%)	17,4	52,4	24,3	15,4	0,0	20,0	20,0	0,0	36,6	100,0
Asti	AT	4	7	40	3	1	2	3	1	11	0
Alessandria	AL	6	17	66	4	0	1	1	1	11	0
Biella	BI	1	0	36	1	1	0	1	0	38	0
Verbano-Cusio-Ossola	VCO	3	1	20	1	0	0	2	0	13	0
Piemonte		85	124	493	157	35	25	25	44	989	19
Italia		2.605	5.151	6.224	1.615	461	297	257	758	6.183	221

Fonte: Elaborazioni su dati Istat del Ministero della Salute (Indagine sulle notifiche di malattie infettive)

¹⁰ Riduzione della trasmissione indigena di morbillo per il 2007 e la sua eliminazione per il 2010, <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health21-health-for-all-in-the-21st-century>.

7.3.5 - Stili di vita

In base ai risultati dell'indagine *Aspetti della vita quotidiana*, i bambini piemontesi (di età compresa tra 3 e 14 anni) iniziano la giornata con una buona colazione in oltre il 90 per cento dei casi, in linea con quanto fanno i bambini italiani in generale, ma rispetto a questi ultimi hanno una maggiore propensione al consumo di verdura almeno una volta al giorno (41,9 per cento a fronte del 33,9 per cento della media nazionale). Inoltre i bambini piemontesi sono meno sedentari (17,2 per cento rispetto a 27,5 per cento dell'insieme dei coetanei italiani) e svolgono più attività fisica moderata (39,9 per cento) o pesante (29,6 per cento).

La quota di maschi in sovrappeso, di età compresa fra 6 e 17 anni, è inferiore a quella nazionale (19,2 per cento rispetto a 26,6 per cento). Infine, le bambine sono più sedentarie dei coetanei maschi (19,1 per cento rispetto a 15,5 per cento) ma lievemente meno in sovrappeso (18,1 per cento rispetto a 20,3 per cento).

7.4 - Gli adolescenti e i giovani adulti 15-34 anni

Nel 2012 circa un quinto della popolazione piemontese è rappresentato da giovani di 15-34 anni: a prevalere è il genere maschile, sia complessivamente (102 maschi ogni 100 femmine) sia in ciascuna delle dodici Asl in cui è articolato il territorio regionale, ad eccezione delle Asl Torino 1 e Torino 2. L'allungamento della vita media e il conseguente processo di invecchiamento della popolazione hanno influito sulla riduzione della percentuale dei giovani che, nell'ultimo decennio, è passata dal 23,5 al 19,3 per cento della popolazione residente.

7.4.1 - Condizioni di salute

In Piemonte l'89 per cento dei giovani di 15-34 anni dichiara di stare bene o molto bene, maggiormente i maschi rispetto alle femmine. Nel 2013, per entrambi i sessi, le malattie allergiche (compresa l'asma allergica) figurano tra le principali malattie croniche dichiarate (17,1 per cento sul totale delle persone di 15-34 anni di età), cui segue la cefalea con quote più elevate per le donne (12,7 per cento) rispetto agli uomini (6,2 per cento). Il genere femminile prevale anche nel caso delle malattie della tiroide.

Con riferimento alle malattie sessualmente trasmissibili (in particolare la sifilide), i giovani rappresentano una delle categorie considerata a più elevato rischio, anche per l'adozione di comportamenti non supportati da un adeguato livello di consapevolezza. Nel periodo 2000-2009 le notifiche di sifilide in Piemonte (in tutto 957 casi segnalati) sono aumentate progressivamente fino al 2004 e hanno mantenuto un andamento oscillatorio negli anni successivi, con un picco nel 2009.

Per quanto riguarda l'epatite B, invece, il trend è tendenzialmente decrescente nel decennio considerato, principalmente a seguito dell'introduzione nel 1991 della vaccinazione obbligatoria per tutti i neonati.

7.4.2 - Morbosità ospedaliera

Nella regione Piemonte, nel triennio 2009-2011, sono stati erogati quasi 274 mila ricoveri per acuti di giovani di 15-34 anni. Il ricorso all'ospedalizzazione per acuti da parte dei giovani di 15-34 anni di ambedue i sessi tende a diminuire nel tempo (-1,7 per cento nel triennio 2009-2011 rispetto al triennio 2006-2008) in seguito alle politiche di contenimento dei posti letto negli ospedali. La flessione dei ricoveri in Piemonte è inferiore a quella italiana (-2,9 per cento) ma la media del tasso di ospedalizzazione piemontese nel triennio 2009-2011 si mantiene al di sotto del valore nazionale (102,7 rispetto a 112,2). Le complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio costituiscono la principale causa di ricovero per le giovani donne piemontesi (85,3 per mille, quasi 115 mila casi), seguita dalle malattie del sistema genitourinario (10,1 per mille) (Tavola 7.8). Per i maschi, come nel resto del Paese, non si riscontra una così forte prevalenza di una causa rispetto alle altre; i "traumatismi e avvelenamenti" (11,2 per mille casi) costituiscono la prima causa di ricovero, con un totale di quasi 14.800 ricoveri.

Tavola 7.8 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 15-34 anni per genere, primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza - Piemonte - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASL	Maschi						Femmine					
	Totale	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	Malattie dell'apparato digerente	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie del sistema genitourinario	Totale	Complicazioni della gravidanza etc.	Malattie del sistema genitourinario	Malattie dell'apparato digerente	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo
Alessandria	74,9	14,0	9,6	11,1	7,0	6,0	160,6	85,4	13,9	12,7	7,0	6,4
Asti	63,9	11,1	8,8	6,8	6,4	5,5	150,1	93,7	9,7	8,8	5,6	4,8
Biella	61,2	9,2	11,2	7,3	4,7	5,1	134,6	74,6	11,2	10,6	5,7	6,5
Cuneo 1	64,9	12,9	9,6	7,5	6,1	4,8	149,0	91,3	9,4	7,4	5,7	5,9
Cuneo 2	64,0	12,4	10,5	6,8	5,7	4,7	138,5	85,3	9,2	7,4	4,0	5,7
Novara	63,8	10,5	10,3	8,9	6,0	5,4	143,1	82,8	12,7	10,8	5,7	5,5
Torino 1 e 2	62,2	10,4	7,1	8,0	6,3	5,5	150,7	93,5	9,4	9,5	5,3	4,5
Torino 3	58,0	9,6	8,3	8,5	5,3	4,7	133,2	78,8	9,7	10,3	5,1	5,0
Torino 4	58,5	11,4	8,6	7,7	6,1	4,2	133,1	82,0	8,4	9,1	5,1	4,8
Torino 5	58,0	9,7	7,5	7,3	5,8	4,5	136,2	83,5	9,5	8,4	4,8	5,3
Vercelli	61,4	11,6	10,2	6,0	7,0	5,0	139,9	81,5	11,2	8,0	6,0	6,3
Verbanò Cusio Ossola	68,6	13,3	13,2	10,3	5,6	4,4	128,7	71,2	8,8	12,5	5,4	6,2
Piemonte	62,8	11,2	8,9	8,2	6,1	5,0	143,0	85,3	10,1	9,6	5,5	5,3
Italia	71,9	14,5	8,1	8,7	6,1	4,8	152,7	86,4	12,2	9,4	4,6	4,9
Variazione percentuale media annua												
Alessandria	-2,4	-6,1	-3,1	2,6	2,1	2,3	-0,6	0,5	1,0	0,1	2,1	-4,7
Asti	-2,5	-3,6	0,6	-2,9	2,0	0,4	-2,2	-0,9	-4,3	-2,6	2,6	-6,1
Biella	-3,2	-7,7	-3,8	-0,7	-0,7	-4,0	-1,7	0,1	-0,3	0,4	1,5	-6,0
Cuneo 1	-1,9	-3,4	-2,5	-2,3	-2,3	0,2	-0,5	0,9	-4,8	-2,9	-3,1	-1,0
Cuneo 2	-2,1	-1,3	1,1	0,1	-5,7	0,1	-1,1	0,7	-2,6	1,0	-8,0	-6,5
Novara	-1,6	-4,9	-2,8	-0,4	0,4	1,1	-1,4	0,0	-2,0	-0,9	1,2	-5,6
Torino 1 e 2	-2,9	-2,7	-2,7	-1,7	-0,8	-1,9	-2,0	-0,6	-4,7	0,2	-0,8	-4,3
Torino 3	-1,8	-2,0	-1,9	-0,7	-3,1	-1,6	-2,1	-0,9	-4,1	-1,6	-2,2	-2,3
Torino 4	-1,8	-0,2	-1,5	0,2	0,9	-5,5	-1,9	-0,5	-4,6	-1,2	-3,5	-1,8
Torino 5	-2,3	-3,3	-2,7	-2,3	3,1	-3,9	-2,1	-1,0	-4,8	-2,3	-0,2	-2,1
Vercelli	-3,5	-4,9	-3,8	-6,7	3,3	2,0	-1,4	0,2	-0,1	-3,4	1,9	-1,9
Verbanò Cusio Ossola	-1,1	1,9	-1,5	-0,4	-1,8	-1,2	-1,2	0,5	-0,8	-1,6	-1,1	-7,7
Piemonte	-2,2	-3,1	-2,3	-0,9	-0,3	-1,2	-1,6	-0,2	-3,1	-1,1	-0,9	-3,8
Italia	-3,8	-5,5	-3,1	-3,3	-1,7	-2,5	-2,4	-1,0	-3,0	-3,3	-2,6	-4,2

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute (Sdo)

7.4.3 - Mortalità generale e per causa di morte

La mortalità giovanile (calcolata per la classe di età 15-34 anni) risulta molto bassa (poco più di mille decessi nel triennio 2009-2011), maggiore per i maschi (5,3 per diecimila individui della stessa età) rispetto alle femmine (2,2 per diecimila), in linea con il dato nazionale e in costante riduzione tra il 2006 e il 2011. I traumatismi e avvelenamenti sono la prima causa di morte per questa fascia di età (Tavola 7.9).

7.4.4 - Incidentalità stradale

La mortalità per incidenti da mezzi di trasporto caratterizza i rischi di morte degli adolescenti e dei giovani adulti¹¹. In Piemonte, nel 2012, le giovani vittime della strada sono 73 (pari a un quarto del totale dei decessi, un'incidenza di poco inferiore a quella nazionale), prevalentemente maschi (84 per cento).

Tavola 7.9 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 15-34 anni per genere, primi tre gruppi di cause e Asl di residenza - Piemonte - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASL	Maschi				Femmine			
	Totale	Traumatismi ed avvelenamenti	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Totale	Traumatismi ed avvelenamenti	Tumori	Malattie del sistema circolatorio
Alessandria	5,7	4,0	0,8	0,2	2,4	0,9	1,1	0,1
Asti	5,8	2,7	0,8	1,4	2,4	1,0	1,1	0,2
Biella	5,4	2,7	0,8	0,6	1,4	0,2	0,4	0,2
Cuneo 1	6,8	4,7	1,0	0,5	3,2	1,7	0,5	0,2
Cuneo 2	5,0	3,7	0,4	0,2	3,1	0,9	1,3	0,4
Novara	4,7	2,8	1,0	0,6	2,0	0,7	0,5	0,4
Torino 1 e 2	5,1	2,8	0,7	0,5	2,0	0,7	0,6	0,2
Torino 3	5,3	2,7	1,0	0,5	2,5	0,6	0,6	0,3
Torino 4	4,8	3,0	0,7	0,4	1,3	0,4	0,5	0,1
Torino 5	5,2	3,7	0,9	0,3	1,8	0,5	0,6	-
Vercelli	4,5	2,7	0,7	0,4	3,6	1,6	1,2	-
Verbanò Cusio Ossola	6,4	3,9	0,8	0,6	1,1	0,6	0,2	-
Piemonte	5,3	3,2	0,8	0,5	2,2	0,8	0,7	0,2
Italia	5,4	3,1	0,8	0,4	2,1	0,7	0,7	0,2
Variazione percentuale media annua								
Alessandria	-6,7	-4,5	-3,7	-21,7	-0,9	-3,7	16,0	-20,3
Asti	-3,6	-11,0	28,7	80,4	-1,5	11,9	-5,2	-
Biella	-7,8	-16,0	-5,3	-9,8	16,2	-38,9	-7,5	-
Cuneo 1	-1,4	-4,4	6,3	-	10,4	14,4	0,9	-0,2
Cuneo 2	-1,6	1,6	-9,2	-34,0	11,1	-6,4	17,0	-
Novara	-8,2	-14,1	24,2	1,4	-2,4	-8,9	12,7	36,5
Torino 1 e 2	-0,8	-0,3	-2,3	2,4	-6,0	-9,9	-1,5	-11,5
Torino 3	-3,5	-11,3	22,4	5,1	1,3	-12,8	-6,4	9,0
Torino 4	-10,4	-13,6	-1,4	2,5	10,4	-14,1	-7,0	20,6
Torino 5	-1,7	1,4	10,2	-10,7	8,4	-3,0	38,0	-
Vercelli	-9,3	-8,7	-3,4	1,4	0,5	5,8	-1,8	-
Verbanò Cusio Ossola	-1,4	-1,5	20,8	28,1	18,0	-16,1	13,2	-
Piemonte	-4,1	-6,9	5,3	3,7	-1,5	-5,4	1,7	1,0
Italia	-3,7	-5,2	-0,8	-2,2	-1,4	-3,6	-0,4	-1,2

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle cause di morte

¹¹ Nel confrontare i decessi dell'indagine sugli incidenti stradali con quelli dell'indagine sulle cause di morte, relativi agli accidenti di trasporto, occorre tenere in considerazione le diverse definizioni e caratteristiche delle due fonti, per le quali si rimanda alla nota metodologica.

I decessi per incidentalità stradale in Piemonte sono comunque in diminuzione nel decennio 2001-2010, in particolare per i giovani (-57,5 per cento); la flessione prosegue nel primo biennio della seconda decade 2011-2020 (-22,3 per cento), in linea con l'obiettivo comunitario di dimezzamento dei morti sulle strade.

Nel 2012 il tasso di mortalità standardizzato riferito alle giovani vittime di incidenti

Tavola 7.10 - Tassi standardizzati di mortalità e di lesività per incidentalità stradale della popolazione 15-34 anni per Asl di evento - Piemonte - Anni 2011 e 2012 (valori per 100.000 abitanti e differenze assolute 2010-2001)

ASL	Tasso di mortalità standardizzato			Tasso di lesività standardizzato		
	2011	2012	Differenze 2010-2001	2011	2012	Differenze 2010-2001
Alessandria	25,4	5,1	0,7	1.139,9	1.068,1	-314,1
Asti	12,2	7,6	-24,9	755,7	676,5	-607,3
Biella	3,0	6,5	-21,5	670,9	616,1	-511,2
Cuneo 1	11,5	15,0	-27,2	821,2	615,0	-430,4
Cuneo 2	5,6	8,4	-3,9	661,1	630,4	-285,3
Novara	12,7	14,3	-13,5	839,0	779,7	-289,3
Torino 1 e 2	5,3	3,6	-9,2	1.450,0	1.265,3	-567,6
Torino 3	6,1	13,4	-11,6	744,1	576,4	-178,2
Torino 4	9,9	4,0	-2,8	675,0	589,1	64,9
Torino 5	12,9	8,2	-6,7	690,2	621,8	-42,6
Vercelli	11,5	8,7	-4,3	784,3	666,1	-232,4
Verbano Cusio Ossola	27,8	15,7	-9,9	779,3	716,0	-566,2
Piemonte	10,9	8,6	-10,5	922,0	800,2	-318,2
Italia	9,0	8,2	-7,4	928,3	829,3	-284,5

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Rilevazione sugli incidenti stradali con lesioni alle persone

ti in Piemonte (8,6 per centomila abitanti) non si discosta dalla media nazionale (Tavola 7.10). Il trend dei tassi standardizzati di mortalità e di lesività è declinante dal 2001.

Le giovani vittime della strada in Piemonte sono, nell'82,2 per cento dei casi, conducenti di autovetture o di veicoli a due ruote, per il 16,4 per cento passeggeri e, per la rimanente parte, pedoni. Più della metà delle vittime si trovava a bordo di un autovettura (52,1 per cento) e il 42,1 per cento viaggiava su un veicolo a due ruote (motociclo, ciclomotore, bicicletta).

7.4.5 - Stili di vita

Con riferimento all'abitudine al fumo, la quota dei giovani piemontesi fumatori è pari al 25,9 per cento ma con peso fortemente diversificato rispetto al genere: i fumatori maschi sono il 32,4 per cento e le giovani donne il 19,3 per cento. Tra i giovani che hanno cessato di fumare, c'è una prevalenza dei maschi, con una quota lievemente superiore a quella nazionale che si attesta intorno al 10 per cento.

Nel 2013 il 17,9 per cento dei giovani piemontesi ha adottato almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol (in misura superiore al dato nazionale pari al 15,0 per cento), con una maggiore prevalenza per i maschi (26,5 per cento) rispetto alle femmine (8,9 per cento).

In Piemonte, il 71,3 per cento delle persone di 18-34 anni è in condizione di normopeso, il 15,8 per cento è in sovrappeso e il 4,4 per cento è obeso. Il sovrappeso

è un problema maggiormente diffuso nella popolazione maschile (20,4 per cento), con una prevalenza doppia rispetto alle donne. I giovani che dichiarano di praticare almeno un'attività fisica nel tempo libero (di tipo leggero, moderato o intensivo) sono il 70,4 per cento del totale mentre meno di un terzo non svolge nessuna attività.

Riguardo all'alimentazione, i giovani piemontesi che nel 2012 dichiarano di consumare almeno una porzione di verdura al giorno sono il 54,4 per cento (più le ragazze dei ragazzi della stessa fascia d'età), una quota di dieci punti percentuali superiore alla media nazionale.

7.5 - Gli adulti di 35-64 anni

In Piemonte, la popolazione adulta compresa fra 35 e 64 anni costituisce il 43,9 per cento della popolazione residente: il rapporto di genere è di 97,7 maschi ogni 100 femmine. Relativamente a questi dati si registrano, a livello di singole Asl, valori che non si discostano molto da quelli regionali, con un minore peso demografico degli adulti nella Asl di Biella (44,0 per cento) e la maggiore incidenza dei maschi nella Asl Cuneo 1 (101,8 per cento).

7.5.1 - Condizioni di salute

Gli adulti piemontesi in buono stato di salute (che dichiarano di stare bene o molto bene) sono il 73,1 per cento, senza differenze di rilievo rispetto alla media nazionale (71,1 per cento). Il 10,5 per cento della popolazione adulta dichiara di essere affetto da una malattia cronica grave mentre il 9,5 per cento presenta problemi di multicronicità (dichiara di soffrire di almeno tre malattie croniche).

Analogamente al dato nazionale, le malattie croniche più diffuse sono quelle cardiovascolari (17,2 per cento), l'ipertensione arteriosa (15,4 per cento), l'emicrania ricorrente (13,2 per cento) e l'artrosi/artrite (11,0 per cento). La popolazione femminile adulta presenta tassi di morbosità cronica dichiarata più elevati di quella maschile, a livello sia regionale che nazionale. Differenziali di genere più marcati si rilevano per l'emicrania ricorrente con una prevalenza nelle donne piemontesi pari a 18,7 per cento, l'artrosi/artrite (15,1 per cento), le malattie della tiroide (10,0 per cento) e l'osteoporosi (5,5 per cento).

7.5.2 - Morbosità ospedaliera

In congruenza con l'andamento del fenomeno in Italia, in Piemonte i ricoveri per acuti degli adulti, pari a circa 700 mila, continuano a ridursi sia per le donne sia per gli uomini. L'analisi in serie storica mostra, infatti, una riduzione del 2,7 per cento per ambedue i sessi, inferiore di un punto percentuale al dato nazionale (-3,8 per cento). Tuttavia, se si considera il tasso standardizzato di ospedalizzazione, il Piemonte (115,5 per mille abitanti) si colloca ben al di sotto della media nazionale (131,1), in particolare per i ricoveri per i tumori, le malattie del sistema circolatorio e per quelle del sistema nervoso e degli organi dei sensi.

Prevalgono i ricoveri femminili (123,6 per mille contro il 107,7 degli uomini), ri-

conducibili in larga misura al parto (Tavola 7.11). A prescindere da quest'ultima causa, le donne ricorrono ai servizi ospedalieri soprattutto per i tumori (circa 49.500 ricoveri), per le patologie del sistema genitourinario (46 mila ricoveri) e per le malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (45 mila ricoveri). Per i maschi la principale causa di ricovero è legata alle patologie cardiovascolari (poco più di 51 mila ricoveri per malattie del sistema circolatorio nel triennio considerato), cui seguono le malattie dell'apparato digerente (quasi 49 mila ricoveri) e le malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (circa 41 mila ricoveri).

7.5.3 - Mortalità generale e per causa di morte

Il buono stato di salute generale che caratterizza la classe di età 35-64 anni è confermato da un basso tasso standardizzato di mortalità, sia per i maschi che per le

Tavola 7.11 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 35-64 anni per genere, primi cinque gruppi di ricovero e Asl di residenza - Piemonte - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASL	Maschi						Femmine					
	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Malattie dell'apparato digerente	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	Tumori	Malattie del sistema genitourinario	Totale	Complicazioni della gravidanza etc.	Tumori	Malattie del sistema genitourinario	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	Malattie del sistema circolatorio
Alessandria	118,3	18,8	18,2	15,0	14,0	10,0	137,5	20,8	19,8	20,3	16,6	10,4
Asti	101,3	15,9	14,4	12,8	11,9	8,3	119,1	20,2	15,2	14,9	14,0	9,7
Biella	111,0	18,0	16,2	21,8	12,4	9,7	123,4	18,7	17,4	17,1	20,5	9,9
Cuneo 1	111,7	15,9	18,0	14,3	11,3	9,0	124,7	19,7	15,0	15,5	14,5	10,9
Cuneo 2	107,5	16,3	16,6	15,0	11,9	9,3	121,5	19,7	14,7	14,9	16,4	10,5
Novara	105,9	18,2	17,5	17,0	12,0	7,8	125,1	19,0	17,3	18,0	17,7	10,5
Torino 1 e 2	109,6	18,5	18,5	11,6	13,1	9,3	127,6	24,3	18,5	14,5	13,5	11,2
Torino 3	99,2	16,6	16,4	12,8	11,3	8,7	116,5	20,8	16,1	15,2	13,5	10,1
Torino 4	104,5	19,1	15,5	14,0	12,2	8,7	116,6	20,6	16,4	14,2	14,8	11,3
Torino 5	100,5	17,0	16,7	13,1	12,1	8,4	118,9	20,9	16,6	15,9	15,3	9,7
Vercelli	108,2	19,3	15,1	17,4	13,1	9,8	120,6	18,4	18,2	17,3	18,7	10,2
Verbano Cusio Ossola	119,8	20,2	20,2	21,2	12,7	8,9	128,2	18,3	15,8	15,9	20,2	12,5
Piemonte	107,7	17,9	17,1	14,4	12,4	9,0	123,6	20,9	17,0	15,9	15,4	10,7
Italia	123,1	21,2	19,1	13,2	14,5	9,1	139,4	21,8	19,8	20,0	14,5	11,8
Variazione percentuale media annua												
Alessandria	-2,5	-2,4	-0,3	-1,6	-3,7	-1,1	-2,3	1,4	-3,1	0,2	-3,1	-3,4
Asti	-4,1	-3,4	-5,1	-3,2	-4,4	0,7	-4,1	0,5	-7,0	-3,5	-3,0	-4,5
Biella	-2,8	-4,0	-2,4	-0,7	-2,0	-1,7	-3,2	1,5	-3,1	-0,7	-3,7	-7,5
Cuneo 1	-1,8	-2,6	-0,8	-1,2	0,2	0,4	-1,5	1,4	-1,9	-2,2	0,2	-3,5
Cuneo 2	-2,9	-1,1	-3,5	-1,4	-0,5	-1,7	-2,3	3,1	-2,2	-2,9	-0,9	-1,1
Novara	-3,8	-4,0	-2,7	..	-3,5	-4,1	-3,2	1,7	-3,0	-2,6	-0,9	-5,5
Torino 1 e 2	-3,2	-2,9	-1,0	-1,3	-5,3	-0,3	-2,7	1,2	-2,9	-2,3	-1,7	-2,7
Torino 3	-2,7	-2,2	-1,8	-1,3	-4,7	-1,8	-2,3	1,4	-2,6	-1,1	-1,2	-4,5
Torino 4	-1,9	-1,5	-2,6	0,8	-3,3	-0,5	-2,0	1,8	-3,0	-2,0	1,0	-2,8
Torino 5	-2,0	-1,8	-0,9	-0,8	-2,7	-1,3	-2,6	0,9	-2,6	-2,8	0,1	-5,9
Vercelli	-4,0	-3,6	-2,9	-2,2	-2,7	1,2	-4,0	0,7	-2,8	0,8	-2,2	-5,5
Verbano Cusio Ossola	-3,4	-5,5	-1,6	-1,9	-3,0	3,0	-3,7	2,0	-5,4	-0,5	-1,7	-8,8
Piemonte	-2,8	-2,8	-1,8	-1,1	-3,5	-0,8	-2,6	1,4	-3,1	-1,7	-1,3	-4,2
Italia	-4,1	-4,5	-3,5	-2,9	-3,8	-3,5	-3,6	0,9	-2,9	-3,2	-3,1	-6,0

femmine, con livelli che nella media del triennio 2009-2011 sono pari, rispettivamente, a 35,8 e 19,6 ogni diecimila residenti della stessa età e dello stesso genere (Tavola 7.12), per un totale di 16mila decessi nel triennio.

La classe di età in esame è caratterizzata dal fenomeno della super-mortalità maschile, imputabile a stili di vita insalubri, più diffusi tra gli uomini che tra le donne (il tabagismo, l'alcolismo e la guida pericolosa), ma anche ai rischi derivanti dalla diversa attività lavorativa.

L'analisi della mortalità per residenza del deceduto e per causa mostra, per entrambi i generi, un'elevata concentrazione nei primi tre gruppi di cause: tumori (14,3 per diecimila), malattie del sistema circolatorio (5,4 per diecimila) e cause esterne da traumatismo e avvelenamento (2,5 per diecimila), che costituiscono circa l'80 per cento delle cause di morte sia per i maschi che per le femmine. La mortalità per "tumori maligni" rappresenta la prima causa di morte nell'età adulta, tanto per le donne (12,0 per diecimila) che per gli uomini (16,1 per diecimila). Rispetto agli organi colpiti,

Tavola 7.12 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 35-64 anni per genere, primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza - Piemonte - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASL	Maschi						Femmine					
	Totale	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie dell'apparato digerente	Malattie endocrine, nutriz., metab., disturbi imm.	Totale	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie dell'apparato digerente	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi
Alessandria	36,3	17,0	8,0	3,4	2,6	1,3	22,2	14,0	3,0	1,1	0,7	0,9
Asti	36,5	16,0	10,1	4,5	2,6	0,6	19,5	12,0	2,4	1,6	0,9	0,5
Biella	39,8	17,9	8,2	4,4	2,3	1,5	19,6	11,7	2,7	1,2	0,8	0,9
Cuneo 1	36,0	16,1	8,8	4,3	2,1	0,8	19,2	11,5	2,4	1,4	1,1	0,8
Cuneo 2	30,9	14,4	6,3	4,4	1,7	0,9	16,3	11,3	1,9	0,8	0,3	0,5
Novara	34,8	17,2	8,7	3,6	1,7	0,7	19,5	12,2	3,2	0,8	0,9	0,6
Torino 1 e 2	37,5	16,7	9,0	3,4	2,5	1,3	19,1	12,3	2,3	1,0	0,9	0,6
Torino 3	32,3	14,5	7,5	3,1	2,1	1,0	19,3	12,5	2,4	0,9	0,9	0,6
Torino 4	36,0	17,0	7,5	4,5	2,3	0,8	20,2	12,5	2,8	1,2	0,9	0,6
Torino 5	31,0	15,8	6,6	2,9	2,0	1,1	17,7	11,3	1,9	0,8	0,9	0,8
Vercelli	41,9	17,8	10,6	4,5	3,3	1,2	21,4	11,8	3,8	1,5	1,1	0,5
Ossola	40,5	17,8	9,0	6,0	2,3	1,0	20,4	11,1	3,7	0,9	0,9	0,8
Piemonte	35,8	16,4	8,3	3,9	2,3	1,0	19,6	12,2	2,6	1,1	0,9	0,7
Italia	34,8	15,5	8,1	3,4	2,1	1,3	19,1	11,7	2,7	0,9	0,8	0,6
Variazione percentuale media annua												
Alessandria	↓2,7	↓-1,5	↓-5,2	↓-6,9	↓5,1	↓3,9	↓0,5	↓0,1	↓0,2	↓1,7	↓-8,3	↓15,6
Asti	↓-0,2	↓1,0	↓-0,2	↓-1,3	↓4,1	↓-15,2	↓2,1	↓-1,9	↓-8,8	↓6,6	↓2,9	↓6,4
Biella	↓0,1	↓1,5	↓-5,6	↓-3,4	↓-0,4	↓5,6	↓5,1	↓-5,4	↓-9,3	↓8,4	↓-10,1	↓3,7
Cuneo 1	↓1,0	↓0,2	↓0,4	↓-6,4	↓-3,6	↓-8,4	↓1,8	↓-3,8	↓-1,8	↓-0,3	↓2,7	↓28,2
Cuneo 2	↓2,2	↓2,6	↓-5,6	↓-0,6	↓-7,9	↓-14,2	↓2,3	↓0,6	↓-2,7	↓-10,1	↓-21,1	↓24,5
Novara	↓2,3	↓-0,4	↓-3,6	↓-0,8	↓-5,7	↓-9,0	↓2,7	↓-3,4	↓-6,2	↓0,4	↓-2,1	↓10,6
Torino 1 e 2	↓1,7	↓-2,0	↓-0,1	↓-2,8	↓-1,8	↓4,1	↓1,5	↓0,4	↓-4,2	↓0,9	↓-8,3	↓-0,5
Torino 3	↓2,0	↓-3,1	↓-0,5	↓-3,6	↓-2,5	↓-3,5	↓1,2	↓0,3	↓1,0	↓2,3	↓2,7	↓8,0
Torino 4	↓0,6	↓0,6	↓-3,0	↓1,7	↓-7,1	↓-8,7	↓1,0	↓0,1	↓1,1	↓-0,2	↓-1,2	↓1,2
Torino 5	↓-0,3	↓1,3	↓-0,2	↓-5,1	↓-2,0	↓1,2	↓0,1	↓0,3	↓-9,1	↓11,4	↓5,5	↓1,9
Vercelli	↓1,3	↓-0,5	↓-3,8	↓0,8	↓1,5	↓-4,7	↓1,4	↓-3,3	↓-3,2	↓12,7	↓-2,0	↓-14,8
Ossola	↓2,4	↓1,9	↓-1,7	↓10,9	↓-0,6	↓17,2	↓2,6	↓-5,0	↓0,6	↓-13,9	↓-4,7	↓-5,9
Piemonte	↓1,3	↓-0,6	↓-2,0	↓-2,2	↓-2,0	↓-2,2	↓0,9	↓-1,1	↓-2,9	↓1,2	↓-3,2	↓4,8
Italia	↓1,5	↓-1,7	↓-2,1	↓-1,3	↓-2,1	↓0,6	↓0,6	↓-0,5	↓-2,3	↓-1,0	↓-3,5	↓2,0

Fonte: Elaborazione Istat su dati Rilevazione delle cause di morte

si evidenziano ulteriori differenze di genere: i tumori maligni al seno si confermano prima causa di malattie oncologiche nelle donne (3,2 per diecimila), seguono i tumori a laringe-trachea, bronchi e polmoni; nei maschi quest'ultima categoria è la più in-



cidente (4,9 per diecimila), cui seguono i tumori del colon. Tra le malattie del sistema circolatorio, le più rappresentate sono le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebrovascolari, con tassi per i maschi fino a tre volte e mezzo più alti di quelli delle femmine (8,3 contro 2,6 per diecimila). Gli uomini di questa classe di età sono penalizzati anche da alti livelli di mortalità per fenomeni di natura violenta (traumatismi e avvelenamenti), quattro volte più elevati di quelli delle donne (3,9 contro 1,1 per diecimila).

7.5.4 - Incidentalità stradale

Le evidenze emerse nell'analisi della mortalità per traumatismi, particolarmente rilevante nei maschi di questa fascia d'età, trovano un riscontro nei dati della rilevazione sull'incidentalità stradale con lesioni alle persone¹². Nel 2012, i morti e i feriti per incidenti stradali che riguardano la popolazione adulta sono, rispettivamente, 117 (40,9 per cento del totale dei morti in Piemonte) e 7.621 (43,3 per cento del totale dei feriti).

Relativamente al decennio 2001-2010, in Piemonte si registra un decremento del numero dei decessi (-36,1 per cento) lievemente maggiore di quello nazionale per la stessa fascia di età (-32,6 per cento). Nello stesso periodo diminuisce il tasso standardizzato di mortalità (-4,2 per centomila abitanti) e, soprattutto, quello di lesività (-12,1 per centomila abitanti).

Tavola 7.13 - Tassi standardizzati di mortalità e di lesività per incidentalità stradale della popolazione di 35-64 anni per Asl di evento - Piemonte - Anni 2011 e 2012 (valori per 100.000 e differenze assolute 2010-2001)

ASL	Tasso di mortalità standardizzato			Tasso di lesività standardizzato		
	2011	2012	Differenze 2010-2001	2011	2012	Differenze 2010-2001
Alessandria	7,3	8,6	-9,1	547,7	544,1	-39,2
Asti	7,8	5,4	-7,4	348,8	360,9	-61,7
Biella	6,8	2,7	-6,5	328,8	263,7	-26,6
Cuneo 1	9,5	3,9	-0,3	409,9	345,5	-55,5
Cuneo 2	2,7	11,0	-9,0	342,9	303,9	-8,5
Novara	4,6	3,9	-3,0	434,1	411,3	35,8
Torino 1 e 2	1,9	3,2	-3,8	575,4	572,4	-53,5
Torino 3	5,4	5,1	-2,8	351,5	302,5	22,3
Torino 4	10,4	11,2	-4,2	309,4	298,9	76,7
Torino 5	3,0	5,9	-4,2	344,3	325,0	66,3
Vercelli	11,3	13,9	4,4	389,6	362,8	-49,5
Verbano Cusio Ossola	10,3	3,8	-11,9	391,0	350,8	-108,5
Piemonte	6,1	6,1	-4,2	423,6	399,7	-12,1
Italia	5,9	5,8	-3,8	469,7	440,4	-32,6

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Rilevazione sugli incidenti stradali con lesioni alle persone

In otto casi su dieci, le vittime di incidenti stradali di questa fascia di età sono conducenti di autovetture e di veicoli a due ruote (86,3 per cento); poco più della metà si trovava a bordo di una autovettura (45,3 per cento) e più di uno su tre di un motociclo o ciclomotore (34,2 per cento).

¹² Per un corretto confronto tra i risultati delle due fonti si rimanda alla nota metodologica per le differenze nelle definizioni e nel campo d'osservazione.

7.5.5 - Stili di vita e prevenzione

Nel 2013, la percentuale di fumatori adulti piemontesi è pari al 25,6 per cento, dato assimilabile a quello nazionale. Nel confronto di genere permangono forti differenze a svantaggio degli uomini, con il 31,1 per cento di fumatori, contro il 20,2 per cento delle donne. Analogamente, i comportamenti a rischio nel consumo di alcol sono maggiormente diffusi fra gli uomini (15,3 per cento) rispetto alle donne (3,9 per cento). In particolare l'8,8 per cento dei primi dichiara un consumo giornaliero non moderato e il 10,1 per cento un consumo di quantità eccessive in una singola occasione (*binge drinking*)¹³. L'eccesso di peso interessa poco meno della metà della popolazione adulta (43,3 per cento), di cui il 33,1 per cento è in sovrappeso e il 10,2 per cento affetto da obesità. Questo fenomeno presenta, in Piemonte, valori inferiori alla media nazionale (47,6 per cento) e una prevalenza del genere maschile (54,6 per cento) rispetto a quello femminile (32,4 per cento).

Nell'ambito della prevenzione generale, quasi il 90 per cento della popolazione adulta dichiara di aver fatto ricorso, almeno una volta nella vita, ai servizi sanitari per la diagnosi precoce di diabete, ipertensione e ipercolesterolemia. Almeno la metà effettua per le stesse patologie controlli con periodicità annuale. In generale, per il ricorso a queste pratiche non si notano differenze di rilievo rispetto alla media nazionale. In Piemonte, però, c'è un maggiore ricorso alla prevenzione dei tumori femminili: l'88,4 per cento (circa cinque punti percentuali in più della media nazionale) delle donne adulte dichiara di essersi sottoposta, almeno una volta nella vita, all'esame del pap-test in assenza di disturbi e il 77 per cento ogni tre anni. Inoltre l'85,2 per cento delle donne nella fascia di età raccomandata per lo screening (50-64 anni) dichiara di essersi sottoposta, almeno una volta nella vita, alla mammografia.

7.6 - Gli anziani di 65 anni e più

L'analisi degli indicatori demografici della popolazione piemontese conferma la tendenza all'invecchiamento, particolarmente sbilanciata a favore delle donne, che sopravvivono più a lungo degli uomini. Nel 2012 gli ultra sessantacinquenni sono il 23,8 per cento della popolazione residente totale (2 punti percentuali in più della media nazionale), di cui il 57,5 per cento sono donne. La speranza di vita a 65 anni è di 18,3 anni per i maschi e di 21,8 anni per le femmine.

7.6.1 - Condizioni di salute

La presenza e diffusione di nuove tecnologie applicate alle cure mediche ha comportato un aumento della sopravvivenza ma non necessariamente in buona salute. Solo il 36,4 per cento degli individui anziani ha dichiarato uno stato di buona salute, una quota inferiore a quella nazionale (33,1 per cento), più alta per i maschi rispetto alle femmine.

Con l'avanzare dell'età, aumenta anche l'insorgenza delle malattie croniche. Il 40,0 per cento degli anziani piemontesi dichiara di essere affetto da almeno una malattia cronica grave, la cui insorgenza è più elevata per gli uomini (44,4 per cento)

¹³ Indagine Istat sugli aspetti della vita quotidiana.

rispetto alle donne (36,8 per cento). Le malattie croniche più diffuse si confermano quelle cardiovascolari (52,9 per cento), l'ipertensione arteriosa (45,5 per cento) e l'artrosi e l'artrite (44,2 per cento).

Con l'invecchiamento della popolazione aumentano anche le persone con limitazioni funzionali¹⁴ nelle attività quotidiane (15,2 per cento). Si tratta di limitazioni che insorgono con il peggioramento delle condizioni di salute e riducono la mobilità degli anziani o le loro capacità sensoriali (vista e udito, in particolare). Le tipologie di limitazioni funzionali più diffuse si riferiscono alle difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana (9,4 per cento), come ad esempio l'assenza di autonomia nella cura personale, nonché a difficoltà nel movimento (8,1 per cento), problematiche che colpiscono soprattutto le donne a causa della maggiore prevalenza di patologie non letali ma invalidanti, come l'osteoporosi, l'artrosi e l'artrite.

7.6.2 - Morbosità ospedaliera

Sebbene il ricorso all'ospedalizzazione risenta dell'invecchiamento della popolazione, in quanto con l'avanzare dell'età cresce la prevalenza di malattie croniche e

Tavola 7.14 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 65 anni e più per genere, primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza - Piemonte - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011 / 2006-2007-2008)

ASL	Maschi						Femmine					
	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Malattie dell'apparato digerente	Malattie dell'apparato respiratorio	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Tumori	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto	Traumatismi ed avvelenamenti
Alessandria	353,0	91,2	53,8	37,8	40,2	31,9	246,7	53,9	35,2	30,5	23,4	23,0
Asti	301,8	74,0	46,9	35,0	32,4	32,3	205,0	43,4	31,6	26,7	19,7	19,9
Biella	318,5	82,1	53,6	30,5	34,9	22,9	215,5	44,7	30,2	27,0	29,5	19,3
Cuneo 1	343,2	78,9	43,5	45,9	38,7	41,8	234,1	48,3	43,7	24,3	18,1	22,5
Cuneo 2	316,9	70,8	49,3	41,8	33,8	28,3	215,6	43,5	37,5	25,2	20,4	20,3
Novara	320,4	85,0	55,3	18,2	38,7	28,9	212,2	46,3	15,4	30,4	25,8	20,7
ASL TO1 e ASL TO5	345,8	88,4	53,2	42,9	36,6	33,3	239,7	52,0	41,8	28,9	24,5	21,4
Torino 3	313,6	76,2	48,3	38,9	32,7	33,4	216,5	43,7	36,4	25,5	22,8	18,9
Torino 4	327,7	89,3	48,9	36,9	33,0	31,9	220,4	51,2	34,7	26,6	21,1	20,9
Torino 5	319,1	80,8	50,8	40,3	34,7	30,5	223,9	47,1	37,1	26,6	24,0	20,9
Vercelli	323,8	88,8	57,8	25,5	33,1	29,6	204,1	44,4	21,7	28,6	26,9	20,9
Verbano Cusio												
Ossola	345,4	86,7	54,8	35,9	36,6	29,3	238,4	49,8	33,0	29,2	30,3	21,8
Piemonte	331,4	84,0	51,1	37,5	35,8	32,3	226,7	48,6	35,1	27,6	23,5	21,0
Italia	375,0	101,1	61,0	30,0	40,9	38,0	259,6	63,2	26,0	31,7	23,2	25,0
Variazione percentuale media annua												
Alessandria	-2,3	-1,3	-2,1	-8,4	0,4	-2,2	2,7	-1,7	-9,9	-1,2	-2,5	0,4
Asti	-3,3	-3,0	-3,5	-11,8	-1,5	3,9	4,7	-3,3	-14,1	-2,8	-1,8	2,9
Biella	-2,5	-3,2	-0,4	-10,8	-2,1	0,5	3,8	-4,8	-11,3	-1,3	-1,6	-0,1
Cuneo 1	-0,8	-0,7	-0,6	-3,3	-0,6	0,7	1,4	-0,5	-3,5	-0,4	0,2	-0,1
Cuneo 2	-2,6	-1,1	-3,3	-8,7	-2,3	..	3,3	-1,0	-10,5	-1,6	-2,5	0,5
Novara	-3,7	-2,3	-3,2	-24,0	-1,0	1,3	5,3	-4,1	-26,9	-3,1	1,9	0,7
Torino 1 e 2	-2,7	-2,1	-4,0	-9,1	-1,1	-0,7	3,4	-2,3	-10,2	-3,6	1,2	0,7
Torino 3	-2,7	-1,4	-3,0	-9,3	-2,5	-0,6	3,1	-2,4	-10,0	-2,7	2,7	0,4
Torino 4	-1,6	0,5	-2,4	-9,2	-1,2	-1,2	2,2	-0,6	-10,0	-0,8	2,5	4,2
Torino 5	-2,4	-3,3	-1,0	-7,2	-1,3	-1,1	3,0	-2,5	-10,3	-2,8	1,2	1,1
Vercelli	-3,8	-1,6	-1,7	-18,1	-2,3	2,8	5,3	-3,0	-19,9	-1,0	-1,3	-2,4
Verbano Cusio												
Ossola	-4,3	-5,5	-4,1	-11,6	-3,7	-2,4	4,9	-4,9	-14,1	-2,7	-1,1	0,3
Piemonte	-2,6	-1,8	-2,7	-9,8	-1,3	-0,3	3,3	-2,3	-11,2	-2,2	0,3	0,8
Italia	-3,2	-3,1	-2,6	-7,6	-2,5	-2,2	3,4	-3,6	-9,0	-2,0	-1,2	-1,1

Fonte: Elaborazione Istat su dati del Ministero della Salute (Sdo)

¹⁴ Si rimanda alla nota metodologica per la definizione di limitazione funzionale e per il modo con il quale viene rilevata mediante l'indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari.

invalidanti e cresce di conseguenza la richiesta di assistenza ospedaliera, l'analisi delle Sdo nel periodo 2006-2011 mostra una riduzione dei ricoveri per entrambi i sessi, misurata in base alla variazione del tasso standardizzato di ospedalizzazione (Tavola 7.14).

I ricoveri di questa classe di età sono circa 815 mila nel triennio 2009-2011 (272 mila in media all'anno). Le malattie dell'apparato circolatorio sono la prima causa di ospedalizzazione (circa 192 mila ricoveri nel triennio), in particolare quelle cerebrovascolari (13,7 per mille abitanti), le malattie ischemiche del cuore (15,0 per mille abitanti), altre malattie del cuore (19,4 per mille abitanti). Al secondo posto si collocano i tumori (31,5 per mille abitanti). Fra questi ultimi, i più frequenti sono, per i maschi, i tumori della vesciva (7,9 per mille), della laringe e della trachea, bronchi e polmoni (4,9 per mille) e della prostata (4,9 per mille); per le donne, i tumori del seno (3,7 per mille abitanti), del tessuto linfatico (2,0 per mille) e del colon (1,8 per mille).

7.6.3 - Mortalità generale e per causa di morte

Nel triennio 2009-2011 in Piemonte sono deceduti quasi 130 mila anziani. La mortalità nella popolazione anziana è in diminuzione per entrambi i sessi, analo-

Tavola 7.15 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 65 anni e più per genere, primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza - Piemonte e Italia - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti e variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASL	Maschi						Femmine					
	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Malattie dell'apparato digerente	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Malattie endocrine, nutriz., metab., disturbi imm.
Alessandria	569,3	215,6	178,4	50,2	21,6	19,9	382,6	169,1	87,6	21,6	19,6	17,6
Asti	536,2	202,2	155,5	51,6	21,0	17,7	366,9	160,8	79,1	24,7	13,3	12,9
Biella	561,2	203,1	183,1	42,5	22,9	18,0	353,9	144,7	88,3	18,7	13,7	14,4
Cuneo 1	583,5	217,3	163,5	69,3	21,8	22,4	376,4	154,8	85,6	29,0	19,1	18,7
Cuneo 2	549,4	204,7	156,5	73,2	19,6	19,4	359,7	157,1	79,7	26,7	15,7	18,7
Novara	548,7	199,7	190,0	51,5	22,5	18,4	350,7	144,6	93,8	21,6	17,6	15,9
Torino 1 e 2	507,7	183,9	167,0	48,8	16,7	20,6	335,9	140,4	83,0	25,5	12,7	12,4
Torino 3	539,2	191,3	169,6	57,7	19,0	19,4	369,8	153,2	84,8	28,2	15,9	16,4
Torino 4	572,0	216,6	176,3	59,5	17,4	17,5	386,8	170,7	83,8	26,8	16,6	17,7
Torino 5	527,3	190,6	169,7	50,8	18,6	18,7	356,5	142,5	84,4	25,1	14,3	17,5
Vercelli	577,1	231,8	179,9	48,9	22,0	17,9	363,9	161,1	81,6	21,9	20,4	14,0
Verbano Cusio Ossola	551,9	219,4	171,7	58,0	16,3	17,9	362,7	156,1	86,7	24,2	14,8	15,2
Piemonte	547,1	203,1	171,4	54,6	19,4	19,4	362,4	153,9	84,9	24,9	16,0	15,7
Italia	535,7	203,1	166,2	49,7	18,8	19,2	358,5	156,7	82,6	21,7	16,1	18,6
Variazione percentuale media annua												
Alessandria	-1,4	-3,1	-0,1	-4,7	-1,0	3,4	1,5	-2,5	-1,2	-1,2	0,6	-0,8
Asti	-1,5	-4,8	0,2	-0,1	3,0	-0,9	2,2	-4,4	-2,3	2,3	-4,0	-8,6
Biella	-1,4	-3,8	-1,4	0,1	9,6	-3,7	2,2	-4,9	-0,2	-3,2	0,7	1,6
Cuneo 1	-1,1	-2,2	-0,5	-0,6	-1,2	-3,1	1,2	-3,5	-0,4	-0,4	2,7	2,4
Cuneo 2	-1,8	-2,2	-1,2	-1,6	-1,7	-2,0	2,0	-1,7	-1,1	-3,5	-6,9	-1,9
Novara	-1,9	-3,4	-1,5	1,0	-1,7	-3,6	1,8	-3,6	0,5	-3,2	0,5	-2,6
Torino 1 e 2	-1,5	-3,3	-1,4	-0,6	0,7	1,3	-1,1	-3,0	-0,7	2,4	-0,8	-1,9
Torino 3	-1,6	-3,9	-1,7	0,3	4,4	-3,0	0,8	-2,8	0,3	3,2	..	-0,1
Torino 4	-1,5	-2,6	-0,4	-1,4	4,2	-6,8	0,9	-1,9	-0,5	-2,4	0,6	1,9
Torino 5	-2,3	-3,9	-0,7	-4,0	0,5	-8,1	-1,9	-4,1	-0,1	-5,2	3,9	2,2
Vercelli	-1,2	-2,0	-0,8	-2,7	6,7	-2,8	1,3	-2,9	1,2	-1,0	0,2	-2,0
Verbano Cusio Ossola	-2,0	-2,0	-3,8	1,7	1,2	-2,8	0,7	-3,2	0,4	3,9	0,4	0,3
Piemonte	-1,6	-3,1	-1,0	-1,2	1,2	-2,1	-1,3	-3,1	-0,4	-0,2	0,1	-0,6
Italia	-1,1	-2,3	-0,7	-1,1	0,3	-1,7	-1,0	-2,4	-0,2	-0,3	0,7	-0,6

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Rilevazione delle cause di morte

gamente alle dinamiche nazionali: il tasso standardizzato di mortalità passa, dal triennio 2006-2008 al triennio 2009-2011, da 582,8 a 547,1 per diecimila abitanti per



i maschi (pari a circa 59 mila decessi nel triennio) e da 382,7 a 362,4 per diecimila abitanti per le femmine (pari a circa 70 mila decessi nel triennio) (Tavola 7.15).

Gli uomini tendono a morire più precocemente rispetto alle donne. Le malattie dell'apparato circolatorio provocano il maggior numero di decessi, soprattutto fra gli uomini (203,1 per diecimila abitanti). La seconda causa di morte è costituita dai tumori, in particolare per gli uomini a laringe, trachea, bronchi, polmoni (44,8 per diecimila), prostata (17,3 per diecimila) e colon (14,1 per diecimila); per le donne i tumori della mammella (12,8 per diecimila abitanti), della laringe, trachea, bronchi, polmoni (9,0 per diecimila) e del colon (8,0 per diecimila) rappresentano le cause di morte più frequenti.

7.6.4 - Incidentalità stradale

Per quanto riguarda gli incidenti stradali, gli anziani deceduti sono 93, corrispondenti al 32,5 per cento del totale dei morti, mentre tra i feriti l'incidenza delle persone con almeno 65 anni è del 12,2 per cento, per un totale di 2.137 casi.

Rispetto al 2001, è rimasto stabile il tasso standardizzato di mortalità (+0,7 per centomila abitanti) mentre è aumentato quello di lesività (+13,8 per centomila abitanti), probabilmente come conseguenza delle ridotte capacità fisiche dei conducenti anziani, quali il calo della vista e dell'udito, i tempi di reazione più lunghi e la minore esperienza quotidiana sulla strada. La riduzione del tasso di mortalità nella fascia anziana può dipendere dalla modificazione delle modalità di spostamento da parte degli anziani. Il 60,2 per cento degli anziani deceduti in incidenti stradali sono conducenti, il 33,3 per cento pedoni.

Tavola 7.16 - Tassi standardizzati di mortalità e di lesività per incidentalità stradale della popolazione di 65 anni e più per Asl di evento -Piemonte - Anni 2011 e 2012 (valori per 100.000 abitanti e differenze assolute 2010-2001)

ASL	Tasso di mortalità standardizzato			Tasso di lesività standardizzato		
	2011	2012	Differenze 2010-2001	2011	2012	Differenze 2010-2001
Alessandria	9,2	7,4	2,2	282,8	283,7	-1,4
Asti	3,8	11,7	-2,0	203,7	208,2	-40,8
Biella	13,4	13,5	4,1	188,7	163,9	-36,1
Cuneo 1	14,0	13,6	-6,5	241,4	213,0	0,1
Cuneo 2	7,7	13,1	-3,0	189,1	153,4	73,6
Novara	20,4	9,3	-2,2	262,1	254,0	-8,2
Torino 1 e 2	5,5	3,6	5,8	217,7	216,4	77,9
Torino 3	7,0	4,6	-0,1	159,0	168,7	-29,4
Torino 4	9,7	14,0	-5,3	131,9	168,5	57,3
Torino 5	11,1	12,2	-7,0	211,8	186,6	39,2
Vercelli	19,1	9,9	18,9	267,7	200,4	-53,3
Verbano Cusio Ossola	14,8	9,6	5,2	202,9	223,8	-77,4
Piemonte	10,2	9,0	0,7	211,0	207,5	13,8
Italia	8,5	8,6	-4,5	234,4	225,4	-18,3

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Rilevazione sugli incidenti stradali con lesioni alle persone

7.6.5 - Stili di vita

Il fumo nell'età avanzata non solo riduce la speranza di vita ma compromette anche la qualità della vita perché comporta l'insorgenza di patologie croniche. Anche nella popolazione anziana sono stati evidenziati i benefici della sua cessazione e sono attivi programmi di educazione sanitaria efficaci. Tuttavia, la presenza di una notevole quota di ex-fumatori tra i maschi (49,9 per cento, in aggiunta al 14,5 per cento di fumatori) rende plausibile che l'esposizione pregressa possa influire negativamente sulla salute, anche a distanza di tempo.

Tra gli anziani c'è scarsa consapevolezza dei livelli di consumo di alcol considerati insalubri, che non dovrebbero superare un bicchiere di vino al giorno. Il Piemonte, dove il 49,6 per cento degli uomini e il 13,1 per cento delle donne in questa fascia di età riferisce almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol, si colloca ben al di sopra della media nazionale (rispettivamente 38,6 per cento e 8,9 per cento).

Il confronto con il valore italiano è invece favorevole per gli anziani piemontesi sia per quanto riguarda la minore quota di sedentari (34,2 per cento in confronto al 40 per cento della media nazionale) sia per una prevalenza più bassa di persone sovrappeso o obese (53,0 per cento rispetto a 57,7 per cento degli italiani). Il 66 per cento degli anziani piemontesi dichiara di avere uno stile di vita attivo, con minori differenze fra uomini (68,3 per cento) e donne (63,3 per cento) rispetto a quanto si rileva a livello nazionale.

Come accade nel resto del Paese, anche in Piemonte fra gli uomini è più diffuso il problema del sovrappeso (46,3 per cento) e dell'obesità (14,6 per cento) in confronto alle donne (rispettivamente, 36,0 per cento e 11,1 per cento).



CAPITOLO 8 PUGLIA¹

8.1 - Il sistema sanitario regionale

Nel corso degli anni Novanta, la Regione Puglia ha modificato la struttura del Servizio sanitario regionale (Ssr), riducendo il numero di aziende sanitarie pubbliche di cui si compone (Asl e Aziende Ospedaliere) e accorpendo funzionalmente più stabilimenti ospedalieri in presidi di dimensioni maggiori. L'operazione ha comportato la razionalizzazione delle strutture territoriali con la ridefinizione della rete dei distretti e, in particolare, delle strutture ambulatoriali. La Regione assicura i livelli essenziali di assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle Aziende Asl, delle Aziende ospedaliere, delle Aziende universitario-ospedaliere e degli Irccs, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8 *quater* e nel rispetto dell'art.8 *quinquies* del Decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni. Nel Ssr pugliese operano oggi sei Asl (che coincidono con le province pugliesi) articolate in 49 distretti socio-sanitari, due aziende ospedaliere e due Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Inoltre, l'Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia, istituita con Legge Regionale n. 24 del 13 agosto 2001, svolge funzioni di analisi epidemiologica delle prestazioni sanitarie, di valutazione delle innovazioni tecnologiche e dei presidi farmaceutici, di valutazione della domanda e dell'offerta, di implementazione di modelli gestionali innovativi.

Le linee di indirizzo della programmazione strategica sanitaria regionale sono esplicitate nella Legge regionale n. 25 del 3 agosto 2006 e nel Piano di Salute Regionale (L.r. n. 23/2008). Esse attengono alle seguenti aree di intervento: fragilità, prevenzione, assistenza ospedaliera, assistenza territoriale, governo del sistema, semplificazione del procedimento, partecipazione attiva dei cittadini. Il Piano per la Sanità Elettronica (D.G.R. n. 2005/2006) ha previsto progetti a carattere regionale, tra cui il nuovo Sistema informativo sanitario regionale, denominato Edotto, e il Sistema informativo sanitario territoriale. Edotto agevola l'interazione tra i soggetti operanti ai vari livelli dell'organizzazione sanitaria, con l'obiettivo di soddisfare i crescenti bisogni di assistenza e monitorare i servizi sanitari erogati in Puglia.

8.2 - Natalità, salute materna e abortività

La Puglia è diventata una regione a bassa natalità, soprattutto per la bassa fecondità della componente autoctona di popolazione, sebbene anche i comportamenti fecondi delle donne straniere si stiano lentamente avvicinando a quelli delle donne italiane. Sia la

¹ Il capitolo è stato redatto da Monica Carbonara. Roberto Palumbo ha collaborato alla stesura e all'elaborazione dei dati dei par. 8.5.2, 8.6.2.

riduzione nel numero di figli, sia gli elevati livelli di assistenza raggiunti, hanno determinato nel corso degli ultimi decenni una forte riduzione della mortalità e morbosità materne, correlate alla gravidanza o al parto, tuttavia l'adozione di migliori standard assistenziali può contribuire a ridurle ulteriormente di almeno la metà (ISS 2012).

Le donne in età feconda al 1° gennaio 2013 costituiscono il 45,5 per cento del totale della popolazione femminile (43,6 per cento in Italia), in calo di 3,4 punti percentuali nell'ultimo decennio. Quasi la metà (il 49,4 per cento) ha almeno 35 anni, il 3,7 per cento ha la cittadinanza straniera.

8.2.1 - Natalità

In Puglia nel 2012 nascono 34.852 bambini, per un tasso di natalità dell'8,6 per mille (Tavola 8.1). Il costante calo della fecondità porta la Puglia a sperimentare, dal 2004, livelli di fecondità minori del valore medio nazionale; nel 2012, le donne in età feconda residenti nella regione hanno generato in media 1,29 figli (1,42 la media nazionale). Anche le donne straniere presentano una diminuzione della fecondità, che rimane comunque superiore a quella delle donne italiane. L'età media al parto, in crescita costante da decenni, come nel resto d'Italia, si assesta a 31,3 anni (27,7 nel 1980).

Tavola 8.1 - Nati vivi, tasso di natalità, tasso di fecondità totale, età media al parto e caratteristiche della madre e del parto per provincia - Puglia - Anno 2012 (valori assoluti, quozienti per 1.000 abitanti, valori medi e valori percentuali)

Province	Nati vivi	Tasso natalità	Tasso fecondità totale	Età media al parto	Caratteristiche della madre e del parto		
					Nati da madri con 35 anni e più	Nati da madri straniere	Parti cesarei (a)
Foggia	5.607	8,9	1,37	30,4	25,1	8,7	36,7
Bari	10.871	8,7	1,29	31,6	32,2	6,7	44,2
Brindisi	3.206	8,0	1,30	30,8	28,5	4,9	54,8
Taranto	5.141	8,8	1,21	31,1	29,8	4,0	51,6
Lecce	6.572	8,2	1,24	31,9	33,4	5,1	44,1
Barletta-Andria-Trani	3.455	8,8	1,29	31,2	27,4	5,3	40,8
Puglia	34.852	8,6	1,29	31,3	30,1	6,0	44,6
Italia	534.186	9,0	1,42	31,4	33,2	19,0	36,6

Fonte: Istat, Rilevazione degli iscritti in anagrafe per nascita ed elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute (SDO) (a) Con riferimento alla provincia di nascita.

8.2.2 - Salute materna

Considerando i principali fattori influenti sul rischio di grave morbosità e mortalità materne (Iss 2012, Europeristat 2008), si osserva che in Puglia nel 2012 il 30,1 per cento dei bambini nasce da donne che hanno almeno 35 anni, per le quali si rileva un rischio di mortalità materna doppio di quello delle donne più giovani; a livello provinciale i valori variano dal 25,1 per cento della provincia di Foggia al 33,4 per cento di quella di Lecce. Inoltre, i bambini nati da madri di cittadinanza non italiana, le quali possono avere maggiore difficoltà ad accedere ad una adeguata assistenza perinatale e un rischio maggiore di esiti sfavorevoli della gravidanza, sono il 6,0 per cento del totale dei nati vivi, con il valore più basso registrato nella provincia di Taranto (4 per

cento) e il valore più alto in quella di Foggia (8,7 per cento). Infine, il ricorso al taglio cesareo, pratica che aumenta fino a tre volte il rischio di grave morbosità e mortalità materne rispetto al parto vaginale, rappresenta il 44,6 per cento dei casi e pone la Puglia ai primi posti in Italia (8 punti percentuali in più rispetto al dato nazionale). La provincia di Brindisi spicca con una quota del 54,8 per cento. Per dare una misura della eccezionalità del fenomeno, basti pensare che la soglia raccomandata dall'Oms nel 1985 - con la finalità di massimizzare il beneficio complessivo sia della madre sia del feto - è pari a 10-15 per cento² (Iss 2010). Le strutture dove si fa maggior ricorso ai cesarei sono quelle private accreditate e quelle di piccole dimensioni³ (Senato 2010); la scelta, inoltre, è principalmente legata a motivazioni extra-sanitarie (localizzazione e tipologia delle strutture).

8.2.3 - Aborti spontanei

Nel 2012, in Puglia sono stati rilevati 4.070 aborti spontanei.⁴ In linea con la dinamica nazionale, il rapporto tende a crescere nel tempo: con riferimento all'ultimo decennio, si passa da 109,4 aborti ogni mille nati vivi nel 2003 a 120,3 nel 2012. L'età della gestante costituisce un rilevante fattore di rischio per l'aborto spontaneo, come evidenziato dalla distribuzione per età dei rapporti specifici di abortività: rispetto alle donne di 30-34 anni, il rischio di aborto spontaneo è maggiore di una volta e mezzo per quelle di 35-39 anni e di 3,6 volte per quelle di 40-44 anni. Analizzando il rapporto standardizzato, depurato cioè dall'effetto dell'età della donna, si osserva una sostanziale stabilità nel tempo del fenomeno, in Puglia come in Italia, a conferma che la crescita degli aborti spontanei registrata negli ultimi decenni è da attribuirsi prevalentemente all'innalzamento anagrafico dell'età della donna al parto. L'età media all'aborto spontaneo cresce di pari passo con l'aumento dell'età media al parto: in Puglia si passa da 32,0 anni nel 2003 a 33,7 anni nel 2012 (da 32,7 a 34,1 in Italia).

8.2.4 - Interruzioni volontarie di gravidanza

Per quanto riguarda l'aborto volontario, nel periodo 1983-2008 la Regione Puglia ha attivato, a supporto del sistema di sorveglianza delle lvg istituito con la Legge 194/78, un protocollo d'intesa con l'Iss per monitorare il fenomeno, svolgere indagini di approfondimento, progettare e implementare strategie di prevenzione dell'aborto, attraverso la promozione della salute della donna e la diffusione di una cultura della maternità più consapevole e responsabile (Iss 2011). Successivamente all'approvazione della Legge 194, che nel 1978 ha legalizzato l'aborto volontario, il tasso di abortività volontario tocca nel 1984 il livello record di 30,7 per mille, valore verosimilmente legato all'emersione degli aborti clandestini (Iss 2011). A partire dal 1985 la propensione delle donne pugliesi ad abortire si riduce in modo deciso e costante, come nel resto del Paese, ma con un tasso di decrescita superiore a quello rilevato nelle altre regioni italiane: nel 2011 il tasso standardizzato di abortività volontaria si

² Nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 si invita a contenere il ricorso al taglio cesareo entro la soglia del 20 per cento dei parti.

³ Meno di 500 parti l'anno.

⁴ Istat, Rilevazione sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo.

attesta al 9,8 per mille (-68,6 per cento rispetto al 1984), allineandosi al valore medio nazionale (8,5 per mille) (Tavola 8.2).

Tavola 8.2 - Interruzioni volontarie di gravidanza, età media delle donne e tassi di abortività per provincia - Puglia - Anno 2011 (a) (valori assoluti, valori percentuali, quozienti per 1.000 donne in età feconda)

Province	Ivg		Età media	Tasso di abortività	
	Numero	di cui da donne straniere (per cento)		Grezzo	Standardizzato
Foggia	1.544	22,9	29,3	10,2	10,8
Bari	3.071	11,1	29,9	10,2	10,8
Taranto	1.124	5,3	29,9	8,1	8,5
Brindisi	856	5,6	29,6	8,9	9,5
Lecce	1.504	7,7	30,5	7,9	8,4
Barletta-Andria-Trani	913	12,2	29,2	9,5	10,0
Puglia	9.012	11,4	29,8	9,3	9,8
Italia	110.041	34,9	30,1	7,8	8,5

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza (a) Ultimo anno per il quale sono disponibili i tassi a livello provinciale.

Nello stesso anno, le province dove si registra il tasso di abortività minore sono Taranto e Lecce; il risultato di Taranto, in particolare, è dovuto alla conduzione di una intensa attività di promozione della salute materno infantile (Iss 2011). Stratificando per cittadinanza, il ricorso in Italia all'aborto volontario delle donne straniere si triplica rispetto a quello delle italiane, contribuendo ad accrescere, negli ultimi anni, il livello di abortività delle regioni con forte presenza di cittadine straniere. In Puglia, nel 2011 la percentuale di aborti da donne straniere è pari all'11,4 per cento, circa un terzo della percentuale rilevata a livello nazionale (34,9 per cento). Tra le province, si nota una forte variabilità, con valori compresi fra 5,6 per cento in provincia di Brindisi e 22,9 per cento in quella di Foggia. Sebbene il ricorso all'anestesia locale sia raccomandato dall'Oms nel caso di aborto chirurgico (Oms 2012), tale procedura in Puglia è ancora poco diffusa: a fronte del 91,4 per cento di interruzioni svolte chirurgicamente, solo l'1,6 per cento delle IVG sono effettuate con l'anestesia locale (rispettivamente il 91,1 ed il 7,6 per cento in Italia) mentre quasi il 90 per cento delle IVG è ancora eseguito con l'anestesia generale (in Italia l'80,9 per cento). L'Oms raccomanda, inoltre, di realizzare l'intervento con metodica farmacologica nel caso di aborto prima delle nove settimane di gestazione. Gli interventi di questo tipo sono ancora poco diffusi in Puglia e costituiscono il 6,8 per cento del totale, in linea con il dato nazionale (7 per cento). Complicanze post intervento possono sorgere nelle settimane di gestazione più avanzate: la percentuale di Ivg praticate dopo il 90° giorno è il 2,1 per cento in Puglia (3,3 per cento in Italia).

8.2.5 - Prevenzione

L'attività di prevenzione nel corso della gravidanza consente di ridurre le malformazioni alla nascita e il rischio di aborto in utero. L'alimentazione durante la gestazione, la trasmissione di infezioni sessualmente trasmissibili, la rosolia congenita, la sindrome alcolico fetale sono temi all'attenzione della comunità medica e dell'o-

pinione pubblica. Sebbene la rosolia rientri tra le infezioni a notifica obbligatoria, le schede di notifica non permettono di disporre di informazioni di dettaglio per cui, dal 2005, l'Iss ha attivato il sistema di sorveglianza sentinella della rosolia in gravidanza e della rosolia congenita. Il Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia (Pnemorc) 2010-2015 include, tra i suoi obiettivi, la riduzione dell'incidenza della rosolia congenita a meno di 1 su centomila nati vivi entro il 2015, in linea con le indicazioni dell'Oms. Nel periodo 2005-2013, sono stati segnalati in Italia 78 casi di rosolia congenita, 64 confermati e 14 probabili; quelli osservati in Puglia sono stati 2, pari a 0,6 su centomila nati vivi (Cnesps-Iss 2014).

8.3 - I bambini 0-14 anni

Il quadro sintetico relativo ai minori fino a 14 anni, derivante dall'analisi di diverse fonti statistiche⁵ - di natura campionaria e amministrativa - evidenzia per la Puglia uno stato di salute generalmente molto buono sebbene perdurino, tra le principali patologie dichiarate, alcune malattie croniche, quali asma e bronchite. La mortalità è principalmente concentrata nel primo anno di vita mentre sono estremamente ridotte sia l'incidenza sia le conseguenze legate alle malattie infettive. L'ospedalizzazione non collegata ai profili in precedenza citati è ascrivibile soprattutto a traumatismi e avvelenamenti. Gli stili di vita dei bambini pugliesi evidenziano minore attenzione all'adozione di comportamenti in grado di prevenire l'insorgenza delle patologie cronico-degenerative.

8.3.1 - Condizioni di salute

Nel corso del 2013,⁶ sulla base delle dichiarazioni rilasciate dalle madri, o da altri familiari, si rileva che il 96,9 per cento dei bambini pugliesi gode di uno stato di salute buono o molto buono. Si riscontra la presenza di almeno una malattia cronica grave nell'1,7 per cento dei bambini di entrambi i sessi. Le malattie allergiche, inclusa l'asma allergica, rappresentano le patologie croniche più frequenti (9,9 per cento) e colpiscono maggiormente i maschi (11,5 per cento) rispetto alle bambine (8,1 per cento), con un divario più marcato rispetto al dato nazionale (11,1 per cento per i maschi e 8,6 per cento per le bambine). Considerando l'asma totale (allergica e bronchiale), in Puglia si registra una prevalenza di bambini 0-14 (2,2 per cento) inferiore rispetto al dato nazionale (3,1 per cento).

8.3.2 - Mortalità generale e per causa

In base ai dati dell'indagine sui Decessi e sulle cause di morte, l'andamento in Italia del tasso di mortalità triennale standardizzato, relativamente ai bambini fino ai 14 anni, è in lieve ma costante riduzione per l'intero periodo 2006-2011, con valori che passano da 3,2 per diecimila abitanti nel triennio 2006-2008, a 3,0 per diecimila abitanti nel triennio 2009-2011 (Tavola 8.3). Il quadro pugliese, nei suoi tratti genera-

⁵ Per le fonti statistiche utilizzate si rimanda all'introduzione alla seconda parte del volume.

⁶ Nell'ambito dell'indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2013.

li, non si discosta significativamente da quello nazionale, presentando, nel triennio 2009-2011 e per l'intera classe 0-14 anni, un tasso standardizzato di mortalità pari a 3,1 per diecimila (circa 500 decessi nel triennio 2009-2011), con una lieve prevalenza dei maschi rispetto alle bambine (3,4 rispetto a 2,9 per diecimila).

Tavola 8.3 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 0-14 anni per i primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza - Puglia - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti)

Asl	Totale	Alcune condizioni morbose di origine perinatale	Malformazioni congenite	Tumori	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie dell'apparato respiratorio
Bari	3,0	1,2	0,5	0,3	0,3	0,1
Brindisi	3,1	1,6	0,3	0,3	0,2	0,1
Barletta-Andria-Trani	2,1	0,7	0,2	0,7	0,1	0,1
Foggia	4,0	1,4	0,8	0,3	0,3	0,2
Lecce	3,3	1,9	0,5	0,4	0,1	0,2
Taranto	3,0	1,4	0,3	0,3	0,3	0,1
Puglia	3,1	1,4	0,5	0,4	0,2	0,1
Italia	3,0	1,2	0,6	0,3	0,2	0,1

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Rilevazione sui decessi e sulle cause di morte

A livello di Asl, Barletta-Andria-Trani e Foggia presentano, rispettivamente, l'incidenza totale minore e maggiore. In merito alle cinque cause di morte più frequenti, le differenze tra Asl sono soprattutto legate ai tassi standardizzati di mortalità per condizioni morbose di origine perinatale e alle malformazioni congenite.

8.3.3 - Morbosità ospedaliera

In Puglia, nel triennio 2009-2011 sono stati erogati 230 mila ricoveri per acuti di bambini di 0-14 anni, con un tasso standardizzato di ospedalizzazione pari a 130,1 per mille abitanti.⁷ Rispetto alla media nazionale, la regione si caratterizza per una maggiore propensione al ricovero in quasi tutti i gruppi di cause (Tavola 8.4). I tassi maschili sono superiori a quelli femminili (rispettivamente 143,8 e 115,6 per mille nel triennio 2009-2011). Prescindendo dal gruppo di causa residuale dei sintomi e stati morbosi mal definiti, i traumatismi e avvelenamenti rappresentano la sesta tra le cause di ospedalizzazione più frequenti (8,6 per mille abitanti). Le prime cinque cause possono essere, in generale, ricondotte ai profili di mortalità principali, alle malattie croniche (polmonite, diabete mellito, malattie epatiche croniche) e alle infezioni acute particolarmente severe (meningite batterica). Per quanto riguarda i traumatismi e gli avvelenamenti assumono particolare rilevanza gli infortuni legati a eventi accidentali.

⁷ L'analisi è condotta sulle Sdo elaborate per residenza del paziente e aggregate per trienni mobili. Le finalità con le quali si possono utilizzare i dati provenienti da questa rilevazione sono sia di natura organizzativo-gestionale sia di natura clinico-epidemiologica.

Tavola 8.4 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 0-14 anni per genere e gruppi di cause - Puglia - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

Gruppi di cause	Puglia				Italia			
	Maschi	Femmine	Totale	Variazione percentuale media annua	Maschi	Femmine	Totale	Variazione percentuale media annua
Malattie infettive e parassitarie	7,2	6,6	6,9	-5,0	5,7	5,1	5,4	-5,0
Tumori	2,9	2,9	2,9	-0,4	3,0	2,9	2,9	-0,7
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	12,5	13,3	12,9	3,4	7,7	8,5	8,1	-2,4
Malattie del sangue e organi ematopoietici.	3,2	2,4	2,8	-0,4	2,4	2,0	2,2	-3,1
Disturbi psichici	3,8	2,3	3,0	0,3	4,4	2,5	3,5	-1,6
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	8,2	6,7	7,5	-0,3	7,2	6,0	6,6	-2,1
Malattie del sistema circolatorio	1,5	1,1	1,3	-3,5	1,9	1,1	1,5	-3,2
Malattie dell'apparato respiratorio	25,8	20,7	23,3	-4,4	21,0	16,7	18,9	-4,2
Malattie dell'apparato digerente	11,2	10,0	10,7	-2,7	9,7	8,1	8,9	-4,5
Malattie del sistema genitourinario	8,9	4,5	6,8	-	7,6	3,8	5,8	-3,2
Complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio	-	0,2	0,1	-3,0	-	0,1	0,1	-2,2
Malattie della cute e tessuto sottocutaneo	2,6	2,5	2,6	-4,5	1,9	1,7	1,8	-6,2
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	2,5	2,7	2,6	-2,3	2,7	2,9	2,8	-2,1
Malformazioni congenite	12,1	6,5	9,4	0,7	10,5	6,2	8,4	-0,7
Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	16,6	14,1	15,4	-0,6	11,0	9,5	10,3	-2,1
Sintomi segni e stati morbosi maldefiniti	13,7	13,1	13,4	-0,8	10,4	9,5	10,0	-4,1
Traumatismi ed avvelenamenti	10,9	6,1	8,6	-3,7	10,0	5,8	7,9	-5,6
Totale	143,8	115,6	130,1	-1,6	117,0	92,6	105,2	-3,4

Fonte: Elaborazioni Istat su dati Ministero della Salute (Sdo)

Tavola 8.5 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 0-14 anni per i primi otto gruppi di cause e Asl di residenza - Puglia - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti)

Asl	Totale	Malattie dell'apparato respiratorio	Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	Sintomi segni e stati morbosi maldefiniti	Malattie endocrine, nutriz., metab., disturbi imm.	Malattie dell'apparato digerente	Malformazioni congenite	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi
Bari	125,5	25,4	10,8	12,5	10,8	10,8	8,4	7,4	6,6
Brindisi	151,7	24,1	26,0	18,5	15,7	15,1	7,9	9,1	6,5
Barletta-Andria-Trani	121,3	24,1	12,9	13,2	14,0	9,4	8,8	8,1	7,3
Foggia	147,9	22,8	17,8	16,1	14,9	8,2	12,1	10,6	10,4
Lecce	124,5	21,9	15,3	12,6	13,5	11,1	9,7	9,5	6,0
Taranto	119,1	20,3	17,3	10,4	11,7	10,8	9,3	7,9	8,4
Puglia	130,1	23,3	15,4	13,4	12,9	10,7	9,4	8,6	7,5
Italia	105,2	18,9	10,3	10,0	8,1	8,9	8,4	7,9	6,6

Fonte: Elaborazioni Istat su dati Ministero della Salute (Sdo)

Le “malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari” hanno fatto registrare, nell'ultimo triennio, un tasso di crescita del 3,4 per cento annuo, a fronte di andamenti decrescenti, o tendenzialmente stabili, negli altri casi.

La variabilità fra Asl è significativa, con Brindisi che presenta picchi di incidenza concentrati nei primi cinque gruppi (Tavola 8.5).



8.3.4 - Prevenzione primaria: la vaccinazione

Per quanto riguarda la vaccinazione infantile, particolare rilevanza assume quella raccomandata per morbillo, parotite e rosolia, poiché non ha ancora raggiunto né i livelli di copertura (95 per cento) (Figura 8.1) né l'omogeneità territoriale necessaria per garantire gli obiettivi fissati dall'Oms nella Health21,⁸ tanto che la nuova scadenza è stata spostata al 2015. Osservando le distribuzioni stimate dei casi di morbillo e rosolia per Asl (Tavola 8.6 e Tavola 8.7), dal 2005 è visibile una generalizzata riduzione di entrambe le infezioni. Le onde epidemiche del 2008, sebbene molto contenute (rispettivamente 102 e 171 casi) evidenziano nel caso del morbillo, una omogenea diffusione dell'infezione nelle varie Asl e per la rosolia, una concentrazione nell'Asl Taranto (125 casi).

Figura 8.1 - Notifiche mensili di morbillo e rosolia (asse sinistro, valori assoluti) - Italia (istogramma) e Puglia (linea continua) e tassi di copertura Mpr (asse destro, valori percentuali, punti) - Anni 2000-2009

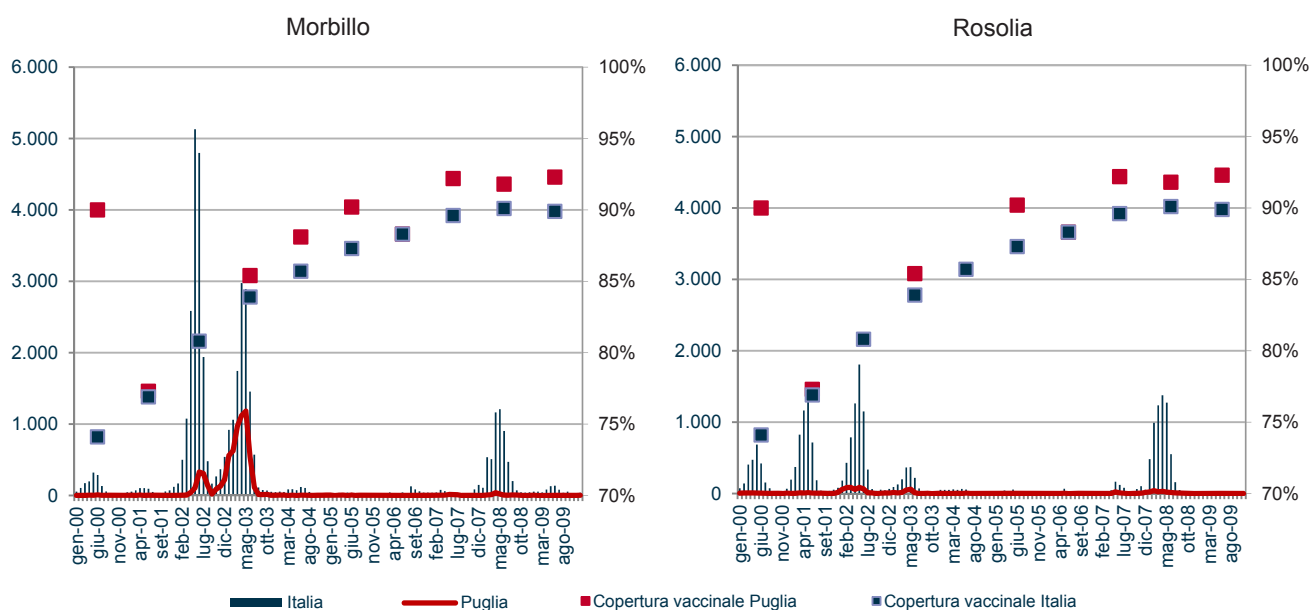


Tavola 8.6 - Notifiche di morbillo per provincia e Asl di notifica - Puglia - Anni 2000-2009 (valori assoluti e valori percentuali)

Provincia	Asl	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Foggia	FG	5	1	403	195	3	3	3	1	31	1
Bari		22	16	720	3458	17	20	8	35	33	6
	BA (%)	86,4	93,8	80,7	93,6	88,2	90	100	54,3	90,9	100
	BT (%)	13,6	6,3	19,3	6,4	11,8	10	-	45,7	9,1	-
Taranto	TA	2	4	239	1022	3	1	2	1	17	1
Brindisi	BR	1	-	7	144	-	-	1	1	3	-
Lecce	LE	2	3	32	342	4	-	3	1	18	-
Puglia		32	24	1.401	5.161	27	24	17	39	102	8
Italia		1.457	826	18.020	11.978	686	215	571	595	5.312	759

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della salute (Indagine sulle notifiche di malattie infettive)

⁸ Riduzione della trasmissione indigena di morbillo per il 2007 e la sua eliminazione per il 2010, <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health21-health-for-all-in-the-21st-century>.

Tavola 8.7 - Notifiche di rosolia per provincia e Asl di notifica - Puglia - Anni 2000-2009 (valori assoluti e valori percentuali)

Provincia	Asl	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Foggia	FG	9	27	315	52	1	4	8	-	7	2
Bari		28	23	56	103	21	13	7	26	28	1
	BA (%)	75	91,3	85,7	32	61,9	61,5	85,7	92,3	85,7	100
	BT (%)	25	8,7	14,3	68	38,1	38,5	14,3	7,7	14,3	-
Taranto	TA	9	17	45	11	1	-	1	35	125	-
Brindisi	BR	2	1	1	1	-	-	-	1	2	-
Lecce	LE	9	6	55	2	1	1	1	3	9	1
Puglia		57	74	472	169	24	18	17	65	171	4
Italia		2.605	5.151	6.224	1.615	461	297	257	758	6.183	221

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della salute (Indagine sulle notifiche di malattie infettive)

8.3.5 - Stili di vita

In base ai risultati dell'indagine Aspetti della vita quotidiana al 2012 i bambini pugliesi (di età compresa tra 3 e 14 anni) iniziano la giornata con una colazione appropriata in oltre il 90 per cento dei casi. Le bambine sembrano seguire maggiormente questa buona prassi (93,6 per cento: un valore superiore rispetto a quello riscontrato, relativamente alla medesima abitudine, sia a livello nazionale sia tra i maschi coetanei). Gli altri comportamenti presi in considerazione evidenziano, invece, una maggiore disaffezione al consumo di verdura rispetto alla media italiana (20,2 per cento nel 2012 rispetto al 33,9 per cento) e, sulla base dei risultati dell'indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari del 2013, una maggiore sedentarietà (36,5 per cento rispetto a 27,5 per cento), che si riflette anche in una minor percentuale di persone che svolge attività fisica moderata (27,8 per cento) o pesante (20,2 per cento) rispetto al dato nazionale (rispettivamente 32,9 per cento e 28,0 per cento). La percentuale lievemente maggiore di persone che svolgono attività fisica leggera rinforza la percezione di una tendenza alla sedentarietà dei giovani pugliesi. Allo stesso tempo, la quota di maschi in sovrappeso, di età compresa fra 6 e 17 anni, è stabilmente superiore al dato nazionale nel triennio 2010-2012 (28,3 per cento rispetto a 26,6 per cento nel 2012). Infine, le bambine sono più sedentarie dei coetanei maschi (39,7 per cento rispetto a 33,4 per cento), meno inclini a mangiare verdura (17,1 per cento rispetto a 23,1 per cento) ma anche meno in sovrappeso (24,2 per cento rispetto a 32,1 per cento).

8.4 - Gli adolescenti e i giovani adulti 15-34 anni

Al 1° gennaio 2013 circa un quarto della popolazione pugliese è rappresentato da giovani di 15-34 anni: a prevalere è il genere maschile, sia complessivamente (103 maschi ogni 100 femmine) sia in ciascuna delle sei Asl in cui è articolato il territorio regionale, con un'incidenza maggiore nella Asl di Barletta-Andria-Trani (104,5 per cento), minore in quella di Lecce (101,2 per cento). L'allungamento della vita media e il conseguente processo di invecchiamento della popolazione hanno influito sulla riduzione della percentuale dei giovani che, nell'ultimo decennio, è passata dal 29,0 al 24,0 per cento della popolazione residente.

8.4.1 - Condizioni di salute

In Puglia il 90,0 per cento dei giovani di 15-34 anni dichiara di essere in buono stato di salute, ovvero di stare bene o molto bene, maggiormente i maschi rispetto alle femmine. Poco meno del 10 per cento esprime un giudizio meno positivo sulle proprie condizioni di salute (né bene né male); le giovani donne prevalgono in questo tipo di valutazione. Lo stato di salute percepito dagli individui appartenenti a questa fascia di età riflette una visione positiva del proprio benessere fisico, strettamente legata alla scarsa presenza di patologie gravi

L'indagine sulle Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari al 2013 evidenzia, per entrambi i sessi, la prevalenza delle malattie allergiche (compresa l'asma allergica) tra le malattie croniche dichiarate (15,0 per cento sul totale delle persone di 15-34 anni di età), con un aumento del 50,0 per cento rispetto al 2005, cui segue la cefalea con quote più elevate per le donne (12,4 per cento) rispetto agli uomini (4,4 per cento). Il genere femminile prevale anche nel caso delle malattie della tiroide, raddoppiate rispetto al 2005.

Con riferimento alle malattie sessualmente trasmissibili (in particolare la sifilide), i giovani rappresentano una delle categorie normalmente considerata a più elevato rischio, anche per l'adozione di comportamenti non supportati da un adeguato livello di consapevolezza. In base ai dati derivanti dalle notifiche di malattia infettiva, nel periodo 2000-2009 sono stati segnalati 55 casi di sifilide, in crescita sia a livello nazionale sia nella regione Puglia. La distribuzione per età mostra una concentrazione di casi pari al 95 per cento per le classi di età 15-34 e 35-64 anni, sia a livello nazionale sia a livello regionale. Per quanto riguarda l'epatite B, invece, il trend è tendenzialmente decrescente nel decennio considerato, principalmente a seguito dell'introduzione nel 1991 della vaccinazione obbligatoria per tutti i neonati.

8.4.2 - Morbosità ospedaliera

Nella regione Puglia, nel triennio 2009-2011, sono stati erogati 361 mila ricoveri per acuti di giovani di 15-34 anni. Il ricorso all'ospedalizzazione da parte di ambedue i sessi tende a diminuire nel tempo (-2,3 per cento nel triennio 2009-2011 rispetto al triennio 2006-2008), in linea con quanto avviene a livello nazionale (-2,9 per cento) a seguito delle politiche di contenimento dei posti letto negli ospedali. La media del tasso di ospedalizzazione nel triennio 2009-2011 si mantiene leggermente al di sopra del valore nazionale (119,2 rispetto a 112,2).

La significativa differenza di genere dell'incidenza ospedaliera che si osserva in questa fascia di età (Tavola 8.8) è dovuta principalmente ai ricoveri per parto e puerperio, compresi nel gruppo "complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio". Questa causa risulta essere la prima che motiva la richiesta di assistenza ospedaliera per le giovani donne, la cui fase del ciclo di vita è caratterizzata dal concepimento e nascita della prole. La seconda causa di ospedalizzazione è rappresentata dalle "malattie del sistema genitourinario" (12,7 per mille). Per i maschi, come nel resto del Paese, non si riscontra una così forte prevalenza di una causa

rispetto alle altre; i “traumatismi e avvelenamenti” (14,9 per mille) costituiscono la prima causa di ricovero.

L'analisi dei tassi di ricovero per Asl mostra che quella di Foggia ha le incidenze più alte per la maggior parte delle principali cause di ricovero e per entrambi i sessi. Le variazioni percentuali medie annue, tra i due trienni del periodo 2006-2011, mostrano una tendenza alla riduzione per tutte le principali cause, seppure con intensità diversa, sia in termini assoluti, ovvero nella totalità dei casi, che relativi, tra Asl. L'entità della morbosità è tale, in molti casi, da non richiedere un ricovero in ospedale, rivelandosi più appropriato il trattamento ambulatoriale.

Tavola 8.8 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 15-34 anni per genere, primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza - Puglia - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASL	Maschi						Femmine					
	Totale	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie dell'apparato digerente	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	Malattie del sistema circolatorio	Malattie della cute e tessuto sottocutaneo	Totale	Complicazioni della gravidanza etc.	Malattie del sistema genito-urinario	Malattie dell'apparato digerente	Tumori	Sintomi segni e stati morbosi maldefiniti
Bari	74,0	12,7	9,7	7,4	6,1	5,3	158,5	91,3	12,2	9,7	7,4	4,3
Brindisi	78,0	16,0	10,5	8,0	5,6	5,8	166,6	92,3	14,1	12,3	6,4	5,6
Barletta-Andria-Trani	70,8	14,9	9,1	6,9	5,3	4,5	153,1	94,3	10,1	8,6	6,1	5,0
Foggia	94,5	18,0	11,7	8,1	6,7	7,3	197,5	108,3	16,5	11,2	10,0	6,5
Lecce	76,6	14,9	9,2	7,9	5,5	5,2	145,4	78,1	11,1	8,9	7,3	5,7
Taranto	71,9	15,2	10,1	8,1	5,0	5,2	150,2	87,3	12,6	8,9	6,0	3,6
Puglia	77,5	14,9	10,0	7,7	5,8	5,5	161,2	91,3	12,7	9,8	7,4	5,0
Italia	71,9	14,5	8,7	8,1	5,3	4,1	152,7	86,4	12,2	9,4	6,2	3,8

	Variazione percentuale media annua											
Bari	-3,0	-5,8	-2,6	-1,8	-1,1	-3,0	-1,9	-1,4	-3,1	-0,5	-4,9	-3,9
Brindisi	-1,7	-5,0	-0,8	-0,7	1,3	0,8	-1,4	-0,8	-4,4	0,2	0,9	0,3
Barletta-Andria-Trani	-4,3	-5,1	-3,5	-5,5	-7,3	-1,7	-2,2	-1,0	-4,5	-1,2	-3,1	-3,3
Foggia	-2,1	-4,3	-1,3	-3,3	-1,3	-2,7	-1,1	-0,3	-3,1	0,8	-2,6	-1,9
Lecce	-2,8	-5,5	-3,2	-3,4	-1,1	-2,6	-2,2	-1,8	-3,2	-1,9	-3,7	-4,9
Taranto	-4,0	-6,4	-3,4	-2,4	-4,5	0,7	-2,8	-1,8	-5,8	-3,6	-0,9	-9,1
Puglia	-2,9	-5,4	-2,5	-2,7	-2,1	-1,9	-1,9	-1,2	-3,8	-0,9	-3,1	-3,9
Italia	-3,8	-5,5	-3,3	-3,1	-2,7	-2,5	-2,4	-1,0	-3,0	-3,3	-3,6	-7,6

Fonte: Elaborazioni Istat su dati Ministero della Salute (Sso)

8.4.3 - Mortalità generale e per causa di morte

Il buono stato di salute degli adolescenti e dei giovani adulti è caratterizzato dall'assenza di patologie croniche e di malattie infettive (la cui prevenzione è stata già fatta da bambini). Il ricorso all'ospedalizzazione è motivato, in prevalenza, da eventi traumatici o, per le donne, da difficoltà legate alla gravidanza.

Queste condizioni fanno sì che la mortalità giovanile per la classe di età 15-34 risulti molto bassa (poco meno di 1.200 decessi) e pari a 3,8 per diecimila individui: maggiore per i maschi (5,5) e minore per le femmine (2,1), in linea con il dato na-



zionale e in costante riduzione tra il 2006 e il 2011. La maggiore presenza a livello territoriale dei traumatismi, prima causa di morte per questa fascia di età, si osserva nelle Asl di Foggia e di Brindisi (Tavola 8.9).

Tra le cause esterne di traumatismo, la tipologia prevalente è rappresentata dagli incidenti di trasporto (1,3 morti per diecimila individui della stessa età), soprattutto tra i maschi, per i quali il tasso standardizzato di mortalità è pari a 2,2. La mortalità per tumore maligno (pari a 0,7) vede prevalere, pur nell'esiguità numerica dei casi, sia nei maschi sia nelle femmine, i tumori del sistema linfatico-ematopoietico (0,3); seguono i tumori al seno, per le giovani donne e i tumori della cute per i maschi. I tassi di mortalità, oltre la terza causa, sono pari o inferiori a 0,1 per diecimila individui della stessa età, sia per i maschi sia per le femmine.

Tavola 8.9 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 15-34 anni per genere, primi tre gruppi di cause e Asl di residenza - Puglia - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASL	Maschi				Femmine			
	Totale	Traumatismi ed avvelenamenti	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Totale	Tumori	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie del sistema circolatorio
Bari	5,0	3,0	0,9	0,2	1,8	0,6	0,7	0,2
Brindisi	6,2	3,9	0,7	0,3	2,3	1,0	0,7	0,2
Barletta-Andria-Trani	5,7	3,3	0,8	0,5	2,2	1,1	0,3	0,3
Foggia	6,5	4,5	0,5	0,4	2,6	0,7	1,0	0,2
Lecce	5,4	3,3	0,7	0,4	2,0	1,0	0,5	0,0
Taranto	5,2	3,0	0,9	0,4	2,2	0,6	0,7	0,2
Puglia	5,5	3,4	0,8	0,3	2,1	0,8	0,7	0,2
Italia	5,4	3,1	0,8	0,4	2,1	0,7	0,7	0,2

	Variazione percentuale media annua							
Bari	-6,0	-6,9	-2,8	-14,4	-5,3	-9,9	-1,0	12,5
Brindisi	-3,3	-6,9	2,5	-12,4	0,5	5,4	-8,7	11,8
Barletta-Andria-Trani	1,0	-0,9	-5,0	-2,1	-2,5	3,1	-9,0	-7,6
Foggia	0,7	6,9	-19,9	-2,3	2,0	-8,8	9,3	1,0
Lecce	-2,8	-4,8	4,4	-10,3	0,6	12,9	-9,5	-22,7
Taranto	-5,1	-5,6	-2,1	-10,3	-0,2	-3,7	-4,5	-6,9
Puglia	-3,2	-3,5	-4,1	-9,3	-1,4	-1,8	-2,6	-0,3
Italia	-3,7	-5,2	-0,8	-2,2	-1,4	-0,4	-3,6	-1,2

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Rilevazione sui decessi e sulle cause di morte

8.4.4 - Incidentalità stradale

La mortalità per incidenti da mezzi di trasporto caratterizza i rischi di morte degli adolescenti e dei giovani adulti.⁹ In Puglia nel 2012 sono 98 le giovani vittime della strada (36,7 per cento del totale dei decessi rispetto al 28,4 per cento del dato nazionale), con una prevalenza di maschi (75,5 per cento).

⁹ Occorre tenere in considerazione, nel confrontare i decessi della Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone i con quelli delle cause di morte relativi agli incidenti di trasporto, le diverse definizioni e caratteristiche delle due fonti, per le quali si rimanda alla nota metodologica.

Il numero totale dei decessi per incidentalità stradale in Puglia è comunque in diminuzione nel decennio 2001-2010, in particolare per i giovani (-40,5 per cento), così come nel primo biennio della seconda decade 2011-2020 (-4,9 per cento), in linea con l'obiettivo comunitario di dimezzamento dei morti sulle strade. Tra le campagne comunicative sulla sicurezza stradale promosse in Italia, quelle rivolte ai giovani sono state finalizzate a modificarne i comportamenti, non solo relativamente al consumo di alcol e droghe, ma anche all'uso del casco e del cellulare alla guida.

Nel 2012 il tasso di mortalità standardizzato riferito alle giovani vittime di incidenti in Puglia (9,9 per centomila abitanti) è ben al di sopra della media nazionale. Nel confronto tra le Asl, i valori più elevati si registrano in quelle di Lecce e Foggia in cui è prevalente, come si è visto, la causa di morte per traumatismo da incidente (Tavola 8.10). Il trend del tasso di mortalità standardizzato è declinante dal 2001, contrariamente all'andamento del tasso di lesività standardizzato, che complessivamente aumenta fino al 2010 per poi ridursi solamente nel biennio 2011-2012.

Tavola 8.10 - Tassi standardizzati di mortalità e di lesività per incidentalità stradale della popolazione 15-34 anni per Asl di evento - Puglia - Anni 2011 e 2012 (valori per 100.000 abitanti e differenze assolute 2010-2001)

Asl	Tasso di mortalità standardizzato			Tasso di lesività standardizzato		
	2011	2012	Differenze 2010-2001	2011	2012	Differenze 2010-2001
Bari	8,8	6,2	-4,7	933,6	904,2	140,7
Brindisi	13,0	12,1	4,7	1.018,8	768,9	412,0
Barletta-Andria-Trani	9,1	5,4	-7,7	673,6	622,2	138,1
Foggia	17,0	12,7	-2,5	762,1	656,3	255,3
Lecce	7,4	13,8	-2,6	773,0	590,3	218,6
Taranto	8,9	11,2	-10,7	765,1	531,6	98,2
Puglia	10,3	9,9	-4,2	833,5	709,2	196,2
Italia	9,0	8,2	-7,4	928,3	829,3	-284,5

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone

Le giovani vittime della strada in Puglia sono, nel 60,2 per cento dei casi, conducenti di autovetture o di veicoli a due ruote, per un terzo passeggeri e, per il residuo 5,1 per cento, pedoni. Una larga parte si trovava a bordo di un'autovettura (70,4 per cento) e uno su quattro su un veicolo a due ruote (motociclo, ciclomotore, bicicletta).

8.4.5 - Stili di vita

Rispetto alla salute individuale, i comportamenti della popolazione in età adulta cosiddetti "a rischio" sono spesso il frutto di abitudini sviluppate in giovane età, come alimentazione scorretta, uso di sostanze nocive legali e illegali, scarsa attività fisica.

Con riferimento all'abitudine al fumo, la quota dei giovani pugliesi fumatori è pari al 21,2 per cento ma con peso fortemente diversificato rispetto al genere: i fumatori maschi sono il 29,4 per cento, più del doppio delle giovani donne (13 per cento). Tra i giovani che hanno smesso di fumare, c'è una prevalenza dei maschi, seppure con un lieve scostamento del dato regionale rispetto alla media nazionale che si attesta intorno al 10 per cento. L'alcol costituisce un importante fattore di ri-

schio per la salute. Nel 2013 il 9,6 per cento dei giovani pugliesi ha adottato almeno un comportamento a rischio (in misura comunque inferiore al dato nazionale pari al 15,0 per cento), con una maggiore incidenza per i maschi (15,4 per cento) rispetto alle femmine (3,8 per cento). È noto che cattive abitudini alimentari influiscono sul peso di una persona e che l'eccesso ponderale costituisce un rilevante fattore di rischio per l'insorgenza di alcune patologie metaboliche, cardiovascolari e tumorali, soprattutto in alcune fasi del ciclo di vita. In Puglia, quasi il 70,0 per cento delle persone di 18-34 anni è in condizione di normopeso, una su quattro è in sovrappeso. I giovani che dichiarano di praticare almeno un'attività fisica nel tempo libero (di tipo leggero, moderato o intenso) sono il 63,0 per cento del totale mentre più di un terzo non svolge nessuna attività. Riguardo all'alimentazione, i giovani pugliesi che affermano di consumare almeno una porzione di verdura al giorno sono il 28,0 per cento (più le ragazze dei ragazzi della stessa fascia d'età), un'incidenza di molto inferiore alla media nazionale.

8.5 - Gli adulti di 35-64 anni

In Puglia, al 1° gennaio 2013 la popolazione adulta compresa fra 35 e 64 anni rappresenta una quota della popolazione residente pari al 42,0 per cento: il rapporto di genere è di 94,7 maschi ogni 100 femmine. Relativamente a questi dati si registrano, a livello di singole Asl, valori che non si discostano molto da quelli regionali, con un minore peso demografico degli adulti nella Asl di Foggia (40,9 per cento) e una maggiore incidenza dei maschi nelle Asl di Barletta-Andria-Trani (97,6 per cento) e di Foggia (96,5 per cento).

8.5.1 - Condizioni di salute

La rilevazione sulle Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari mette in luce le buone condizioni di salute della popolazione adulta. In Puglia, nel 2013 le persone in buono stato di salute (che dichiarano di stare bene o molto bene) sono il 67,5 per cento, un livello tuttavia inferiore alla media nazionale (71,1 per cento). La verifica della dimensione soggettiva rappresenta un momento di sintesi efficace per la valutazione complessiva dello stato di salute, in quanto fortemente correlata alla mortalità, alla presenza di malattie croniche, alla disabilità e ai consumi sanitari. Gli indicatori di salute, basati sulla presenza di patologie croniche, segnalano che il 13,1 per cento della popolazione adulta dichiara di essere affetto da una malattia cronica grave mentre il 14,4 per cento presenta problemi di multicronicità (dichiara di soffrire di almeno tre malattie croniche). In linea con il dato nazionale, le malattie croniche più diffuse sono quelle cardiovascolari (18,6 per cento), l'artrosi/artrite, l'ipertensione arteriosa e l'emicrania ricorrente, queste ultime con prevalenze intorno al 16,0 per cento. Nel confronto con il 2005, a parità di età, aumentano in modo significativo l'ipertensione arteriosa, la cefalea o emicrania ricorrente, le allergie e le malattie della tiroide. La popolazione femminile adulta presenta tassi di morbosità cronica dichiarata più elevati di quella maschile, sia a livello regionale sia a livello nazionale. Differenziali di genere più marcati si evidenziano per l'artrosi/artrite (20,3 per cento), l'emicrania ricorrente (19,8 per cento), le malattie della tiroide (10,8 per cento) e l'osteoporosi (8,3 per cento).

8.5.2 - Morbosità ospedaliera

In linea con l'andamento del fenomeno a livello nazionale, in Puglia i ricoveri per acuti degli adulti, circa 800 mila, tendono progressivamente a ridursi sia per le donne sia per gli uomini. L'analisi in serie storica mostra, infatti, una riduzione del 2,7 per cento per entrambi i sessi, inferiore di un punto percentuale al dato nazionale (-3,8 per cento). In totale, nell'arco del triennio 2009-2011, il tasso standardizzato di ospedalizzazione regionale per mille abitanti è pari a 159,2; 166,6 per la componente femminile di popolazione e 151,9 per quella maschile.¹⁰ I tassi di dimissione ospedaliera generali e per causa registrano valori superiori alla media nazionale (131,1 per mille), in particolare per le malattie circolatorie, del sistema nervoso e degli organi dei sensi, le "malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e i disturbi immunitari".

Per i maschi la principale causa di ricorso all'assistenza ospedaliera è riconduci-

Tavola 8.11 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 35-64 anni per genere, primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza - Puglia - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASL	Maschi						Femmine					
	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Malattie dell'apparato digerente	Tumori	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Totale	Malattie del sistema genito-urinario	Complicazioni della gravidanza etc.	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo
Bari	156,8	34,9	21,5	16,9	11,9	12,9	173,4	21,1	23,9	21,8	25,0	16,0
Brindisi	141,5	26,2	22,8	13,8	12,8	10,1	161,7	25,3	21,5	19,2	17,2	16,5
Barletta-Andria-Trani	138,8	24,3	21,9	16,6	12,6	10,4	152,8	20,8	22,0	21,3	15,2	15,7
Foggia	187,2	39,6	26,8	21,7	15,8	13,9	208,4	33,2	22,4	25,6	25,8	21,3
Lecce	136,9	23,2	21,4	15,7	14,0	10,7	145,1	18,4	21,3	21,8	13,6	15,2
Taranto	140,9	27,3	23,8	15,4	12,1	12,7	151,5	21,9	20,5	19,6	14,8	16,0
Puglia	151,9	30,3	22,8	16,8	13,1	12,1	166,6	22,9	22,3	21,7	19,6	16,7
Italia	123,1	21,2	19,1	14,5	13,2	8,0	139,4	20,0	21,8	19,8	11,8	14,5

Variazione percentuale media annua												
Bari	-2,9	-3,8	-3,1	-2,5	-2,4	0,8	-2,2	-3,6	1,6	-2,8	-4,2	0,5
Brindisi	-3,1	-3,9	-2,6	-2,0	-0,3	-1,7	-2,6	-3,9	0,7	-3,0	-3,8	0,6
Barletta Andria Trani	-4,6	-6,0	-3,5	-3,4	-3,9	-4,5	-4,2	-4,3	0,5	-2,5	-9,2	-2,1
Foggia	-1,9	0,1	-2,5	-1,4	-4,0	-1,8	-2,1	-3,5	1,1	-1,3	-1,2	-3,7
Lecce	-3,0	-2,0	-3,5	-4,8	-1,7	-2,6	-2,6	-5,5	1,0	-3,2	-3,7	-0,4
Taranto	-2,9	-2,1	-3,2	-1,7	-3,0	-0,3	-2,9	-3,5	0,2	-1,5	-4,0	-2,4
Puglia	-2,9	-2,8	-3,1	-2,7	-2,6	-1,2	-2,6	-4,0	1,0	-2,4	-3,9	-1,2
Italia	-4,1	-4,5	-3,5	-3,8	-2,9	-5,2	-3,6	-3,2	0,9	-2,9	-6,0	-3,1

Fonte: Elaborazione Istat su dati Ministero della Salute (Sdo)

bile alle patologie cardiovascolari, cui seguono le "malattie dell'apparato digerente" e i "tumori" (Tavola 8.11). A prescindere dal parto, il genere femminile ricorre ai servizi ospedalieri prevalentemente a causa di patologie del sistema genitourinario, "tumori"

¹⁰ Al fine di una corretta interpretazione dei risultati è opportuno ricordare che la prevalenza dei ricoveri femminili nella fascia di età in questione è da ricondurre in larga parte ai ricoveri legati al parto e non a fenomeni connessi a specifiche patologie.

e “malattie dell'apparato digerente”. Per entrambi i sessi, i tassi di ricovero presentano un'ampia variabilità all'interno delle Asl, sia in termini di intensità sia in termini di variazione, rispetto al triennio 2006-2008. I tassi di ospedalizzazione sono significativamente elevati nella Asl di Foggia, in particolare per le malattie cardiovascolari (maschi) e del sistema genitourinario (femmine).

8.5.3 - Mortalità generale e per causa di morte

Nel triennio 2009-2011 ci sono stati in Puglia poco meno di 13 mila decessi di adulti di età compresa tra 35 e 64 anni. Il buono stato di salute generale che caratterizza questa classe di età è confermato da un basso tasso standardizzato di mortalità, sia per i maschi sia per le femmine, con livelli che nella media del triennio 2009-2011 sono pari, rispettivamente, a 32,5 e 18,0 ogni diecimila residenti della stessa età e dello stesso genere (Tavola 8.12). Contributi importanti al declino della mortalità sono da ricercarsi in fattori sia individuali sia di sistema. La classe di età in esame è caratterizzata dal fenomeno della super-mortalità maschile, le cui determinanti sono tradizionalmente riconducibili ai diversi comportamenti e stili di vita adottati dai due sessi. I maggiori imputati sono il tabagismo, l'alcolismo e la guida pericolosa, più diffusi tra gli uomini che tra le donne, ma anche i rischi derivanti dalla diversa attività lavorativa.

Tavola 8.12 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 35-64 anni per genere, primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza - Puglia - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASL	Maschi						Femmine					
	Totale	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie dell'apparato digerente	Malattie endocrine, nutriz., metab., disturbi imm.	Totale	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Malattie endocrine, nutriz., metab., disturbi imm.	Malattie dell'apparato digerente	Traumatismi ed avvelenamenti
Bari	29,1	12,7	6,5	2,7	1,9	1,4	17,7	10,6	2,6	0,7	0,9	0,6
Brindisi	32,2	13,6	7,7	4,0	2,6	1,5	16,2	10,3	2,2	0,6	0,5	0,8
Barletta-Andria-Trani	31,9	13,2	6,8	3,8	2,6	1,4	19,3	11,0	3,0	0,8	0,8	0,9
Foggia	36,2	15,0	8,0	3,8	3,1	1,5	19,6	11,2	3,4	1,0	0,9	0,9
Lecce	32,3	15,2	7,0	2,9	2,1	1,2	17,8	11,4	2,4	0,7	0,7	0,7
Taranto	36,7	16,0	8,6	3,3	2,4	1,7	17,6	11,0	2,4	0,8	0,6	0,6
Puglia	32,5	14,2	7,3	3,2	2,3	1,4	18,0	10,9	2,7	0,8	0,8	0,7
Italia	34,8	15,5	8,1	3,4	2,1	1,3	19,1	11,7	2,7	0,7	0,8	0,9

	Variazione percentuale media annua											
Bari	-2,6	-3,5	-4,5	-3,0	0,8	0,2	-0,8	-0,7	-1,3	-0,5	-3,2	-3,1
Brindisi	-3,3	-5,0	-5,2	7,2	8,7	0,8	0,5	4,2	-5,4	-4,9	-13,3	12,7
Barletta-Andria-Trani	-2,0	-3,3	-3,3	0,8	5,7	-2,2	-2,1	-1,2	-5,3	-9,4	-8,6	10,9
Foggia	-1,2	-1,7	-1,8	-3,5	1,4	1,0	-1,5	-0,7	-1,8	0,8	-3,9	-5,7
Lecce	-1,2	-1,9	-1,4	-1,5	4,0	2,9	1,3	1,9	1,3	12,8	-3,4	-6,6
Taranto	1,4	1,0	0,3	1,8	0,6	7,4	-1,3	-0,6	-4,1	0,6	-7,2	-2,2
Puglia	-1,5	-2,3	-2,7	-0,7	2,5	1,7	-0,6	0,2	-2,1	0,4	-5,2	-1,8
Italia	-1,5	-1,7	-2,1	-1,3	-2,1	0,6	-0,6	-0,5	-2,3	0,9	-3,5	-1,0

Fonte: Elaborazione Istat su dati Rilevazione delle cause di morte

L'analisi della mortalità per residenza del deceduto e per causa mostra, per entrambi i generi, un'elevata concentrazione nei primi tre gruppi di cause prevalenti: "tumori" (12,5 per diecimila), "malattie del sistema circolatorio" (4,9) e "cause esterne da traumatismo e avvelenamento" (1,9), che rappresentano circa il 76,0 per cento delle cause di morte per i maschi e quasi l'80,0 per cento per le femmine. La mortalità per tumori maligni è la prima causa di morte nell'età adulta: nel triennio considerato, si ha una incidenza per le donne di 10,6 per diecimila residenti, per gli uomini di 13,7. Rispetto agli organi colpiti, si evidenziano ulteriori differenze di genere: i tumori maligni al seno si confermano prima causa di malattie oncologiche nelle donne (2,8 per diecimila), seguono i tumori della laringe-trachea, bronchi e polmoni; nei maschi quest'ultima categoria è la più incidente (4,2 per diecimila), cui seguono i tumori del tessuto linfatico/ematopoietico. Tra le malattie circolatorie, le più rappresentate sono le cardiopatie ischemiche con tassi di incidenza degli uomini fino a cinque volte più alti di quelli delle donne (3,3 contro 0,7 per diecimila). È da sottolineare come gli uomini di questa classe di età siano penalizzati anche da alti livelli di mortalità per fenomeni di natura violenta (traumatismi e avvelenamenti), oltre quattro volte più elevati di quelli delle donne (3,3 contro 0,7 per diecimila).

L'analisi territoriale per Asl attesta che la distribuzione della mortalità per causa varia in funzione del genere, con tassi di mortalità dei maschi superiori alla media regionale nelle aziende sanitarie di Taranto e di Foggia sia per i tumori sia per le malattie cardiocircolatorie.

8.5.4 - Incidentalità stradale

Le evidenze emerse nell'analisi della mortalità per traumatismi, particolarmente rilevante nei maschi di questa fascia d'età, trovano un riscontro nei dati della rilevazione degli Incidenti stradali con lesioni a persone.¹¹

Tavola 8.13 - Tassi standardizzati di mortalità e di lesività per incidentalità stradale della popolazione di 35-64 anni per Asl di evento - Puglia - Anni 2011 e 2012 (valori per 100.000 e differenze 2010-2001)

ASL	Tasso di mortalità standardizzato			Tasso di lesività standardizzato		
	2011	2012	Differenze 2010-2001	2011	2012	Differenze 2010-2001
Bari	3,8	4,9	-5,4	463,3	463,3	146,9
Brindisi	6,6	3,5	-0,5	458,1	404,6	187,4
Barletta-Andria-Trani	6,7	5,4	-2,3	319,0	305,8	88,8
Foggia	9,4	7,4	-0,5	409,2	371,9	158,3
Lecce	4,0	7,2	-1,6	362,3	306,3	127,7
Taranto	4,5	4,9	-1,3	403,3	287,8	49,4
Puglia	5,3	5,7	-2,5	412,0	372,3	129,7
Italia	5,9	5,8	-3,8	469,7	440,4	-32,6

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone

¹¹ Si rimanda alla nota metodologica per le differenze nelle definizioni che caratterizzano le due fonti.

In Puglia nel 2012, i morti e i feriti per incidenti stradali che riguardano la popolazione adulta sono, rispettivamente, 96 (36,0 per cento del totale dei morti) e 6.313 (38,1 per cento del totale dei feriti). Relativamente al decennio 2001-2010, in Puglia si registra un decremento del numero dei decessi (-22,7 per cento) più contenuto di quello nazionale per la stessa fascia di età (-32,6 per cento). Si osserva, inoltre, come a fronte di una riduzione del tasso standardizzato di mortalità (-2,6 ogni centomila abitanti), sia aumentato in modo significativo quello di lesività (129,7 ogni centomila) (Tavola 8.13). In otto casi su dieci, le vittime di incidenti stradali di questa fascia di età sono conducenti di autovetture e di veicoli a due ruote (78,1 per cento); poco più della metà si trovava a bordo di una autovettura (59,4 per cento) e 1 su quattro di un motociclo o ciclomotore (25,0 per cento).

8.5.5 - Stili di vita e prevenzione

Il monitoraggio dell'abitudine al fumo è molto importante, in quanto costituisce il primo fattore di mortalità evitabile al mondo, soprattutto rispetto alle malattie oncologiche, cardiovascolari e respiratorie. Nel 2013, in Puglia la percentuale di fumatori adulti è pari al 24,6 per cento, dato in linea con il totale nazionale. Nel confronto di genere permangono forti differenze a svantaggio degli uomini, con quote di fumatori doppie rispetto a quella delle donne. Analogamente, i comportamenti a rischio nel consumo di alcol sono maggiormente diffusi negli uomini adulti rispetto alle donne: 47 maschi su 100 consumano giornalmente bevande alcoliche mentre l'11,5 per cento dichiara un consumo giornaliero non moderato o un consumo di quantità eccessive in una singola occasione (*binge drinking*).¹² L'eccesso di peso, strettamente correlato all'inattività fisica, interessa oltre la metà della popolazione adulta (53,5 per cento), con il 38,6 per cento in sovrappeso e il 14,9 per cento affetto da obesità. Questo fenomeno presenta, in Puglia, valori superiori alla media nazionale (47,6 per cento) e una prevalenza del genere maschile (64,5 per cento) rispetto a quello femminile (43,1 per cento).

Nell'ambito della prevenzione generale, oltre l'80,0 per cento della popolazione adulta dichiara di aver fatto ricorso, almeno una volta nella vita, ai servizi sanitari per la diagnosi precoce di diabete, ipertensione e ipercolesterolemia. Almeno la metà esegue per le stesse patologie controlli con periodicità annuale. In generale, il ricorso a queste pratiche risulta meno diffuso rispetto alla media nazionale (circa 5 punti percentuali in meno). Anche la prevenzione dei tumori femminili nella regione registra frequenze relative minori di quelle nazionali: il 74,2 per cento (quasi nove punti percentuali meno della media nazionale) delle donne adulte dichiara di essersi sottoposta, almeno una volta nella vita, all'esame del pap-test in assenza di disturbi, il 53,4 per cento (quasi 14 punti percentuali in meno) ogni tre anni; il 75,0 per cento (5 punti percentuali in meno) delle donne nella fascia di età raccomandata per lo screening (50-64 anni) dichiara di essersi sottoposta, almeno una volta nella vita, alla mammografia.

¹² Indagine Istat Aspetti della vita quotidiana.

8.6 - Gli anziani di 65 anni e più

L'analisi degli indicatori demografici della popolazione pugliese conferma la tendenza all'invecchiamento, particolarmente sbilanciata a favore delle donne, che sopravvivono più a lungo degli uomini. In Puglia, al 1° gennaio 2013, gli ultra sessantacinquenni sono il 19,5 per cento della popolazione residente totale (2 punti percentuali meno della media nazionale), di cui il 56,8 per cento sono donne. La speranza di vita a 65 anni è di 18,6 anni per gli uomini e di 21,8 anni per le donne.

8.6.1 - Condizioni di salute

La presenza e diffusione di nuove tecnologie applicate alle cure mediche ha comportato un aumento della sopravvivenza ma non necessariamente in buona salute, come si evince dall'indagine sulle Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Solo il 23,5 per cento degli individui anziani ha dichiarato uno stato di buona salute, una quota inferiore a quella nazionale (33,1 per cento), più alta per i maschi rispetto alle femmine. L'analisi della percezione che il soggetto anziano ha del proprio stato psico-fisico è di particolare interesse perché inversamente correlato alla mortalità

Con l'avanzare dell'età, aumenta anche l'insorgenza delle malattie croniche. Il 50,3 per cento degli ultrasessantacinquenni pugliesi dichiara di essere affetto da almeno una malattia cronica grave, la cui insorgenza è più elevata per gli uomini (54,1 per cento) rispetto alle donne (47,4 per cento). Le malattie croniche più diffuse si confermano l'artrosi e l'artrite (54,6 per cento), l'ipertensione arteriosa (54,3 per cento), l'osteoporosi (30,8 per cento) e il diabete (21,4 per cento).

Con l'invecchiamento della popolazione aumentano anche le persone con limitazioni funzionali¹³ nelle attività quotidiane (26,7 per cento). Si tratta di limitazioni che insorgono con il peggioramento delle condizioni di salute e riducono la mobilità degli anziani o le loro capacità sensoriali (vista e udito, in particolare). Le tipologie di limitazioni funzionali più diffuse si riferiscono alle difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana (18,5 per cento), come ad esempio l'assenza di autonomia nella cura personale, nonché a difficoltà nel movimento (13,1 per cento), problematiche che colpiscono soprattutto le donne a causa della maggiore prevalenza di patologie non letali ma invalidanti, come l'osteoporosi, l'artrosi e l'artrite.

8.6.2 - Morbosità ospedaliera

Sebbene il ricorso all'ospedalizzazione risenta dell'invecchiamento della popolazione, in quanto con l'avanzare dell'età cresce la prevalenza di malattie croniche e invalidanti e, di conseguenza, cresce anche la richiesta di assistenza ospedaliera, l'analisi delle Sdo nel periodo 2006-2011 mostra in Puglia una riduzione dei ricoveri della popolazione anziana per entrambi i sessi e per quasi tutte le cause, misurata in base alla variazione del tasso standardizzato di ospedalizzazione (Tavola 8.14). Questo risultato deriva dall'adozione negli ultimi anni di politiche sanitarie finalizzate a ridurre l'offerta di ricovero ospedaliero, concentrando le prestazioni in setting assi-

¹³ Si rimanda alla nota metodologica per la definizione di limitazione funzionale e per il modo con il quale viene rilevata mediante l'indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari.

stenziali alternativi meno costosi ma di pari efficacia.

In Puglia nel triennio 2009-2011 sono stati erogati più di 850 mila ricoveri per acuti degli anziani. Le “malattie dell’apparato circolatorio” sono la prima causa di ospedalizzazione, in particolare quelle ischemiche del cuore (17,8 per mille abitanti), le malattie cerebrovascolari (17,1 per mille) e l’ipertensione arteriosa (12,7 per mille). Al secondo posto si collocano le “malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi”, al terzo i “tumori”; fra questi ultimi, i più frequenti sono, per i maschi, quelli della vescica (9,7 per mille), della laringe e della trachea, bronchi e polmoni (6,8) e della prostata (5,5), per le donne, i tumori del seno (3,8 per mille abitanti), del tessuto linfatico (2,8) e del colon (1,9).

L’analisi dei tassi standardizzati di ospedalizzazione per Asl evidenzia, per entrambi i sessi, una variabilità in funzione delle principali cause di ricovero. I ricoveri per “tumori” sono in diminuzione in tutte le Asl, eccetto Foggia, quelli per “malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi” aumentano nelle Asl di Bari e Taranto.

Tavola 8.14 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 65 anni e più per genere, primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza - Puglia - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASL	Maschi						Femmine					
	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie dell'apparato digerente	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Tumori	Malattie dell'apparato digerente	Traumatismi ed avvelenamenti
Bari	481,5	113,6	65,3	73,8	48,7	46,3	355,1	77,6	65,6	32,5	31,1	29,7
Brindisi	449,9	105,3	59,8	55,7	60,0	50,0	314,8	71,3	46,1	28,8	31,5	30,5
Barletta-Andria-Trani	441,1	106,8	67,5	53,2	46,3	47,9	323,3	75,6	46,5	32,9	31,7	30,8
Foggia	512,0	130,9	81,2	63,9	45,4	53,0	374,2	91,4	56,0	40,9	34,8	29,7
Lecce	408,1	90,0	65,2	52,5	54,1	43,0	278,0	63,3	46,9	29,1	24,6	26,4
Taranto	427,1	111,0	60,0	65,0	41,1	45,4	314,3	77,4	54,9	30,4	29,5	28,4
Puglia	455,9	109,4	66,6	62,9	49,2	47,0	328,1	75,6	54,8	32,4	30,0	28,9
Italia	375,0	101,1	61,0	30,0	38,0	40,9	259,6	63,2	26,0	31,7	24,4	25,0

Variazione percentuale media annua

Bari	-1,8	-2,6	-1,8	1,8	-3,6	-3,0	-1,8	-3,5	0,7	-0,8	-2,9	-0,8
Brindisi	-1,8	-2,1	-1,9	-0,3	-3,2	-0,7	-2,2	-2,7	-2,3	-1,2	-2,7	-1,6
Barletta-Andria-Trani	-3,6	-5,0	-3,7	-1,7	-2,1	-2,4	-3,3	-4,7	-2,5	-1,5	-2,4	-0,2
Foggia	-1,5	-1,7	0,3	-1,0	-4,5	-1,7	-1,4	-1,6	-1,0	1,4	-0,7	-1,4
Lecce	-2,8	-3,6	-3,1	-2,3	-2,4	-1,8	-2,8	-3,5	-2,7	-3,5	-2,0	-2,2
Taranto	-1,3	-1,7	-1,3	4,9	-2,1	-2,8	-1,4	-2,2	4,2	0,4	-2,3	-2,3
Puglia	-2,1	-2,6	-1,8	0,5	-3,1	-2,2	-2,0	-3,0	-0,3	-0,9	-2,3	-1,5
Italia	-3,2	-3,1	-2,6	-7,6	-2,2	-2,5	-3,4	-3,6	-9,0	-2,0	-2,9	-1,1

Fonte: Elaborazione Istat su dati Ministero della Salute (Sdo)

8.6.3 - Mortalità generale e per causa di morte

Nel triennio 2009-2011 in Puglia sono deceduti poco meno di 91 mila anziani. La mortalità nella popolazione anziana è in diminuzione per entrambi i sessi, in linea con le dinamiche nazionali: il tasso standardizzato di mortalità passa, dal triennio 2006-2008 al triennio 2009-2011, da 546,7 a 520,8 per diecimila abitanti per i maschi, e da 379,6 a 363,0 per diecimila abitanti per le femmine (Tavola

8.15). Questo calo è indicativo del miglioramento complessivo dello stato di salute della popolazione, dovuto all'avanzamento delle condizioni socio-economiche, a una maggiore tutela verso gli agenti nocivi, alla maggiore attenzione allo stile di vita e, infine, al progresso delle cure mediche, che ha consentito l'evoluzione della prognosi, in termini di salute e aspettativa di vita, di numerose condizioni morbose.

I maschi tendono a morire più precocemente rispetto alle femmine. Le malattie dell'apparato circolatorio provocano il maggior numero di decessi, in particolare fra gli uomini (191,0 per diecimila abitanti). La seconda causa di morte è costituita dai tumori, in particolare per gli uomini quelli della laringe, trachea, bronchi, polmoni (40,5 per diecimila), della prostata (18,0) e del colon (11,7); per le donne i tumori della mammella (10,9 per diecimila abitanti), del colon (7,2) e del tessuto linfatico (7,0).

Tavola 8.15 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 65 anni e più per genere, primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza - Puglia e Italia - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti e variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASL	Maschi						Femmine					
	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie endocrine, nutriz., disturbi imm.	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie endocrine, nutriz., disturbi imm.	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi
Bari	500,8	174,5	152,6	52,6	25,9	22,6	365,7	151,5	78,5	25,9	21,5	22,0
Brindisi	536,1	206,0	148,7	56,4	26,9	20,4	369,2	160,0	71,4	28,6	23,6	16,5
Barletta-Andria-Trani	526,6	190,2	147,4	55,5	29,8	20,7	387,7	163,9	73,4	31,9	27,2	14,7
Foggia	513,8	194,0	148,6	50,8	24,7	16,0	363,6	169,1	67,7	26,7	19,3	15,3
Lecce	542,8	197,4	171,4	65,3	20,0	22,5	344,0	154,6	70,7	22,7	24,3	16,1
Taranto	526,0	203,5	157,4	55,2	24,4	19,3	369,0	166,3	76,6	28,0	20,8	16,3
Puglia	520,8	191,0	155,7	55,8	24,6	20,6	363,0	158,9	73,6	26,4	22,3	17,6
Italia	535,7	203,1	166,2	49,7	20,8	18,8	358,5	156,7	82,6	18,6	21,7	16,1

Variazione percentuale media annua

Bari	-1,9	-3,5	-0,9	-0,8	0,2	0,8	-1,2	-2,8	1,3	-1,1	-1,8	1,0
Brindisi	-0,3	-0,3	-1,3	-1,0	0,7	-1,8	-0,3	-2,0	-0,4	0,2	2,1	1,6
Barletta-Andria-Trani	-2,4	-4,3	-2,4	0,1	1,1	-1,9	-2,2	-5,1	-2,6	1,1	7,1	-2,3
Foggia	-1,3	-2,5	-0,5	-0,9	-0,6	-4,4	-0,1	-0,8	-0,5	-0,5	-1,4	1,2
Lecce	-0,3	-0,9	-0,1	-1,2	3,1	2,9	-1,8	-3,5	-0,3	-1,5	-0,3	-0,4
Taranto	-1,0	-1,3	0,7	-1,3	0,0	-1,7	-0,9	-1,4	0,1	-1,2	-0,2	-0,6
Puglia	-1,2	-2,2	-0,6	-1,0	0,6	-0,4	-1,1	-2,5	0,0	-0,8	0,0	0,3
Italia	-1,1	-2,3	-0,7	-1,1	0,5	0,3	-1,0	-2,4	-0,2	-0,6	-0,3	0,7

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Rilevazione sui decessi e sulle cause di morte

8.6.4 - Incidentalità stradale

Per quanto riguarda gli incidenti stradali, gli anziani deceduti sono 65 (24,3 per cento del totale dei morti) mentre i feriti 1.414 (8,5 per cento) (Tavola 8.16). Nel decennio 2001-2010, si è ridotto il tasso standardizzato di mortalità (-6,1 ogni centomila



abitanti) mentre è aumentato quello di lesività (+42,2 ogni centomila abitanti), probabilmente a motivo sia delle ridotte capacità fisiche dei conducenti anziani, quali il calo della vista e dell'udito, i tempi di reazione più lunghi e la minore esperienza quotidiana sulla strada, sia dalla modificazione delle modalità di spostamento da parte degli anziani. Il 63,1 per cento degli anziani morti in incidenti stradali sono conducenti, il 23,1 per cento pedoni.

Tavola 8.16 - Tassi standardizzati di mortalità e di lesività per incidentalità stradale della popolazione di 65 anni e più per Asl di evento - Anni 2011 e 2012 (valori per 100.000 abitanti e differenze assolute 2010-2001)

ASL	Tasso di mortalità standardizzato			Tasso di lesività standardizzato		
	2011	2012	Differenze 2010-2001	2011	2012	Differenze 2010-2001
Bari	7,8	6,5	-3,7	239,5	226,6	36,4
Brindisi	3,9	7,5	-2,9	244,3	206,1	96,7
Barletta-Andria-Trani	14,4	6,1	-13,5	153,7	156,0	47,0
Foggia	11,1	11,8	-3,7	179,2	172,2	59,1
Lecce	6,5	13,6	-9,6	194,6	153,0	37,4
Taranto	9,8	2,8	-5,6	170,4	131,7	-0,2
Puglia	8,5	8,4	-6,1	203,7	180,4	42,2
Italia	8,5	8,6	-4,5	234,4	225,4	-18,3

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone

8.6.5 - Stili di vita

Il fumo nell'età avanzata non solo riduce la speranza di vita ma compromette anche la qualità della vita perché comporta una riduzione dell'autonomia. Anche nella popolazione anziana sono stati evidenziati i benefici della sua cessazione e sono attivi programmi di educazione sanitaria efficaci. Tuttavia, la presenza di una notevole quota di ex-fumatori tra i maschi (53,2 per cento) rende plausibile che l'esposizione pregressa possa influire negativamente sulla salute, anche a distanza di tempo. Negli anziani il consumo dannoso di alcol non è facilmente riconoscibile perché, spesso, si tende a confondere i segni di un'assunzione dannosa con i sintomi generici dell'invecchiamento. Eppure gli anziani rappresentano una delle fasce di popolazione i cui comportamenti a rischio sono più diffusi (29,1 per cento degli uomini rispetto all'8,5 per cento delle donne). Il motivo è legato alla mancata consapevolezza tra gli anziani dei livelli di consumo considerati a rischio, che non dovrebbero superare un bicchiere di vino al giorno. L'inattività fisica è stata inserita dall'Oms tra i principali fattori di rischio per le malattie croniche in Europa. L'aumento di peso, infatti, è strettamente correlato alle patologie cardio e cerebrovascolari, tra i fattori responsabili di disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva, nonché tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. D'altro lato l'attività fisica regolare ha un'efficacia preventiva su obesità, diabete, dislipidemia, cancro del colon e della mammella, osteoporosi, depressione e declino cognitivo senile. Oltre la metà degli anziani pugliesi dichiara di avere uno stile di vita attivo (52,7 per cento), soprattutto gli uomini (56,1 per cento). Anche il problema del sovrappeso riguarda soprattutto gli uomini (47,7 per cento) mentre quello dell'obesità incide in misura maggiore sulle donne (20,0 per cento).

CAPITOLO 9 SARDEGNA¹

9.1 - Il sistema sanitario regionale

L'attuale assetto del sistema sanitario della Sardegna è frutto di un percorso avviato con la Legge regionale n. 5 del 1995 che ha organizzato il sistema in Aziende Usl, a loro volta articolate in Distretti sanitari e Aziende Ospedaliere. La Legge regionale n. 10 del 2006 ha riordinato il Servizio Sanitario Regionale adottando la tutela della salute quale principio cardine del sistema e ribadendo il diritto alla salute di tutti i cittadini. Da quella data le Aziende Sanitarie Locali (Asl) si sovrappongono perfettamente con i territori provinciali. La Legge regionale n. 3 del 2009 ha permesso di modificare in modo sostanziale l'assetto del sistema, sia sotto l'aspetto istituzionale che sotto quello organizzativo, consentendo l'esercizio e la gestione in forma integrata e unitaria di specifiche attività tecniche, amministrative e di supporto alle aziende sanitarie.

Sotto il profilo dell'offerta, il Servizio Sanitario garantisce i livelli essenziali di assistenza fissati a livello nazionale ovvero l'assistenza sanitaria collettiva, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera.

La programmazione territoriale è effettuata attraverso il Piano Regionale dei Servizi Sociali e Sanitari, composto dal Piano Sanitario e dal Piano sociale che si snoda su due assi portanti: la promozione del lavoro di rete fra operatori della sanità e del sociale e la personalizzazione degli interventi, intesa come richiamo della centralità della persona nei programmi di salute.

La realizzazione di un moderno sistema di salute, unitario in termini di strumenti e di processi, si avvale del contributo del progetto Sistema Informativo Sanitario Integrato (Sisar) attivato tra la Regione, la rete delle 8 Asl e le tre Aziende Ospedaliere. Il Sisar mira a fornire il necessario supporto all'attività di innovazione organizzativa del servizio sanitario regionale e a completare l'automazione dei principali processi sanitari.

Con la Legge regionale n. 23 del 2014 la Regione ha avviato un'ulteriore riforma del sistema, mediante la quale si razionalizza il numero di Asl e delle aziende ospedaliere presenti sull'isola.

9.2 - Natalità, salute materna e abortività

La Sardegna si conferma una regione a bassa natalità, soprattutto per la bassa fecondità della componente autoctona di popolazione, sebbene anche i comportamenti riproduttivi delle donne straniere si stiano lentamente avvicinando a quelli delle donne italiane. Sia la riduzione nel numero di figli, sia gli elevati livelli di assistenza raggiunti, hanno determinato nel corso degli ultimi decenni una forte riduzione della mortalità e morbosità materne, correlate alla gravidanza o al parto, tuttavia l'adozione

¹ Il capitolo è stato redatto da: Daniela Vacca (par. da 9.1 a 9.3) e Debora Tronu (da par. 9.4 a 9.6).

di migliori standard assistenziali può contribuire a ridurle ulteriormente di almeno la metà (Iss 2012).

Le donne in età feconda al 1° gennaio 2013 costituiscono il 44,5 per cento del totale della popolazione femminile (43,6 per cento in Italia), in calo di 3,4 punti percentuali nell'ultimo decennio. Quasi la metà (il 49,4 per cento) ha 35 anni e più, il 3,7 per cento ha la cittadinanza straniera.

9.2.1 - Natalità

In Sardegna nel 2012 nascono 12.444 bambini, per un tasso di natalità del 7,6 per mille (Tavola 9.1). Il costante calo della fecondità porta la Sardegna a sperimentare, sin dai primi anni '90, livelli di fecondità sensibilmente minori del valore medio nazionale: nel 2012, le donne in età feconda residenti nella regione hanno generato in media 1,14 figli (1,42 la media nazionale). Anche le donne straniere presentano una diminuzione della fecondità, che rimane comunque superiore a quella delle donne italiane.

Tavola 9.1 - Nati vivi, tasso di natalità, tasso di fecondità totale, età media al parto e caratteristiche della madre e del parto per provincia - Sardegna - Anno 2012 (valori assoluti, quozienti per 1.000, valori medi e valori percentuali)

Province	Nati vivi	Tasso natalità	Tasso fecondità totale	Età media al parto	Caratteristiche della madre e del parto		
					Nati da madri con 35 anni e più	Nati da madri straniere	Parti cesarei (a)
Sassari	2.516	7,7	1,17	31,9	39,8	7,2	42,5
Olbia-Tempio	1.395	9,2	1,32	31,7	38,4	15,3	34,4
Nuoro	1.223	7,7	1,22	32,5	39,7	5,3	38,5
Ogliastra	430	7,5	1,17	32,4	35,3	4,7	29,8
Oristano	975	6,0	0,93	32,9	43,5	5,7	38,3
Medio Campidano	655	6,5	0,99	32,2	40,0	2,6	35,3
Carbonia-Iglesias	845	6,6	1,01	32,8	39,6	5,1	32,1
Cagliari	4.405	8,0	1,15	32,4	42,8	6,1	35,8
Sardegna	12.444	7,6	1,14	32,3	40,8	6,9	37,8
Italia	534.186	9,0	1,42	31,4	33,2	19,0	36,6

Fonte: Istat, Indagine sugli iscritti in anagrafe per nascita ed elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute (Sdo) (a) con riferimento alla provincia di nascita

L'età media al parto, in crescita costante da decenni, come nel resto d'Italia, si assesta a 32,3 anni (28,6 nel 1980). La fecondità all'interno della regione presenta una certa variabilità, con valori al di sotto della media nelle province di Oristano, Medio Campidano e Carbonia Iglesias.

9.2.2 - Salute materna

Considerando i principali fattori influenti sul rischio di grave morbosità e mortalità materne (Iss 2012, Europeristat 2008), si osserva che in Sardegna nel 2012 il 40,8 per cento dei bambini nasce da donne con 35 anni e più, per le quali si rileva un rischio di mortalità materna doppio rispetto alle donne più giovani; a livello provinciale i valori variano dal 35,3 per cento della provincia dell'Ogliastra al 43,5 per cento di quella di Oristano. Inoltre, i bambini nati da madri di cittadinanza non italiana, le quali

possono avere maggiore difficoltà ad accedere ad una adeguata assistenza perinatale ed un rischio maggiore di esiti sfavorevoli della gravidanza, sono il 6,9 per cento, con il valore più basso registrato nella provincia del Medio Campidano (2,6 per cento) e il valore più alto in quella di Olbia Tempio (15,3 per cento). Infine, il ricorso al taglio cesareo, pratica che aumenta fino a tre volte il rischio di grave morbosità e mortalità materne rispetto al parto vaginale, rappresenta il 37,8 per cento dei casi, valore che allinea la Sardegna al dato italiano (tradizionalmente la regione si attesta su valori inferiori). La provincia di Sassari spicca con una quota del 42,5 per cento. Per dare una misura della eccezionalità del fenomeno, basti pensare che la soglia raccomandata dall'Oms² nel 1985 – con la finalità di massimizzare il beneficio complessivo sia della madre sia del feto – è pari a 10-15 per cento (Iss 2010). Le strutture dove si fa maggior ricorso ai cesarei risultano essere quelle private accreditate e quelle di piccole dimensioni³ (Senato 2010); la scelta, inoltre, è principalmente legata a motivazioni extra-sanitarie (localizzazione e tipologia delle strutture).

9.2.3 - Aborti spontanei

Nel 2012, in Sardegna sono stati rilevati 2.351 aborti spontanei.⁴ Il rapporto tende a crescere nel tempo e in misura maggiore rispetto al dato nazionale: con riferimento all'ultimo decennio, si passa da 126,2 ogni 1.000 nati vivi del 2003 a 183,4 aborti nel 2012. L'età della gestante costituisce un rilevante fattore di rischio: rispetto alle donne di 30-34 anni, il rischio di aborto spontaneo è maggiore di una volta e mezzo per quelle di 35-39 anni e di quasi tre volte e mezzo per quelle di 40-44 anni.

Analizzando il rapporto standardizzato, depurato cioè dall'effetto dell'età della donna, ad eccezione degli ultimi due anni, si osserva una sostanziale stabilità del fenomeno nel tempo, in Sardegna come in Italia, a riprova del fatto che la crescita degli aborti spontanei degli ultimi decenni è da attribuirsi prevalentemente all'innalzamento anagrafico dell'età della donna al parto. L'età media all'aborto spontaneo in Sardegna passa da 33,8 anni nel 2003 a 35,3 anni nel 2012 (da 32,7 a 34,2 in Italia).

9.2.4 - Interruzioni volontarie di gravidanza

In Sardegna, in base alle notifiche delle lvg pervenute al sistema di sorveglianza,⁵ il tasso standardizzato di abortività volontaria più elevato si registra nel 1980 (13,7 per mille), a ridosso dell'approvazione della Legge 194 che nel 1978 ha legalizzato l'aborto volontario. Nel tempo la propensione delle donne sarde ad abortire si riduce in modo deciso e pressoché costante, come nel resto del Paese, mantenendosi sempre al di sotto del dato nazionale: nel 2012 il tasso di abortività volontaria standardizzato si attesta al 6,4 per mille (Tavola 9.2), confermando la distanza di 2 punti rispetto al valore medio nazionale (8,5 per mille).

² Nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 si invita a contenere il ricorso al taglio cesareo entro la soglia del 20 per cento dei parti.

³ Meno di 500 parti l'anno.

⁴ Istat, Rilevazione sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo.

⁵ A partire dal 1980 è attivo un sistema di sorveglianza epidemiologica delle lvg che coinvolge l'Istat, l'Iss e il Ministero della Salute insieme con le Regioni e le Province autonome.

Tavola 9.2 - Interruzioni volontarie di gravidanza, età media delle donne e tassi di abortività per provincia - Sardegna - Anno 2012 (valori assoluti, valori percentuali, quozienti per 1.000 donne in età feconda)

Province	Ivg		Età media	Tasso di abortività	
	Numero	di cui da donne straniere (per cento)		Grezzo	Standardizzato
Sassari	482	12,0	29,9	6,3	6,9
Olbia-Tempio	298	31,5	31,05	8,2	8,9
Nuoro	173	7,5	30,55	4,9	5,4
Ogliastra	58	8,6	31,03	4,5	4,9
Oristano	164	5,5	29,99	4,5	4,9
Medio-Campitano	99	6,1	30,56	4,4	4,6
Carbonia-Iglesias	135	8,9	30,08	4,8	5,2
Cagliari	823	11,7	30,85	6,3	6,8
Sardegna	2.232	13,1	30,53	5,9	6,4
Italia	103.191	34,1	30,00	7,6	8,4

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza

Stratificando per cittadinanza, il ricorso all'aborto volontario delle donne straniere si triplica rispetto a quello delle italiane, contribuendo ad accrescere, negli ultimi anni, il livello di abortività delle regioni con forte presenza di cittadine straniere. In Sardegna la percentuale di aborti da donne straniere nel 2012 è pari al 13,1 per cento, circa un terzo della percentuale rilevata a livello nazionale (34,1 per cento). Tra le province si nota una forte variabilità, con valori compresi fra 5,5 per cento in provincia di Oristano e 31,5 per cento in quella di Olbia Tempio. Sebbene il ricorso all'anestesia locale sia raccomandato dall'Oms nel caso di aborto chirurgico (Oms 2012), tale procedura in Sardegna è ancora poco praticata: l'84,3 per cento delle Ivg è effettuato in anestesia generale (in Italia il 79,1 per cento). L'Oms raccomanda, inoltre, di realizzare l'intervento con metodica farmacologica nel caso di aborto prima delle nove settimane di gestazione. Gli interventi di questo tipo non sono ancora abbastanza diffusi in Sardegna dove rappresentano l'8,1 per cento del totale, valore di poco inferiore al dato nazionale (9,4 per cento). Complicanze post intervento possono sorgere nelle settimane di gestazione più avanzate. La percentuale di Ivg praticate dopo il 90° giorno sono in Sardegna il 4,2 per cento (2,9 per cento in Italia).

9.2.5 - Prevenzione

L'attività di prevenzione nel corso della gravidanza consente di ridurre le malformazioni alla nascita e il rischio di aborto in utero. L'alimentazione durante la gestazione, la trasmissione di infezioni sessualmente trasmissibili, la rosolia congenita, la sindrome alcolico fetale sono temi all'attenzione della comunità medica e dell'opinione pubblica. Sebbene la rosolia rientri tra le infezioni a notifica obbligatoria, le schede di notifica non permettono di disporre di informazioni di dettaglio per cui, dal 2005, l'Iss ha attivato il sistema di sorveglianza sentinella della rosolia in gravidanza e della rosolia congenita. Il Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia (Pnemorc) 2010-2015 include, tra i suoi obiettivi, la riduzione dell'incidenza della rosolia congenita a meno di 1/centomila nati vivi entro il 2015, in linea con le indicazioni dell'Oms. Nel periodo 2005-2013, sono stati segnalati in Italia 78 casi di rosolia congenita, 64 confermati e 14 probabili; quelli segnalati in Sardegna sono stati 3, pari a 2,6 su centomila nati vivi (Cnesps-Iss 2014).

9.3 - I bambini 0-14 anni

Il quadro sintetico relativo ai minori fino a 14 anni, derivante dall'analisi di diverse fonti statistiche⁶ - di natura campionaria e amministrativa - evidenzia per la Sardegna uno stato di salute generalmente molto buono sebbene perdurino, tra le principali patologie dichiarate, alcune malattie croniche quali asma e bronchite. La mortalità è principalmente concentrata nel primo anno di vita mentre sono estremamente ridotte sia l'incidenza sia le conseguenze legate alle malattie infettive. Gli stili di vita dei bambini sardi evidenziano maggiore attenzione all'adozione di comportamenti in grado di prevenire l'insorgenza delle patologie cronico-degenerative.

9.3.1 - Condizioni di salute

Nel corso del 2013,⁷ sulla base delle dichiarazioni rilasciate dalle madri o da altri familiari, si rileva che il 96,5 per cento dei bambini sardi ha uno stato di salute buono o molto buono.

Le malattie allergiche, inclusa l'asma allergica, rappresentano le patologie croniche più frequenti (11,5 per cento) e colpiscono maggiormente i maschi (12,9 per cento) rispetto alle bambine (9,9 per cento), con valori superiori al dato nazionale per entrambi i generi. Considerando l'asma allergica e bronchiale la Sardegna evidenzia una prevalenza di bambini (4,2 per cento) superiore di un punto percentuale al dato nazionale.

9.3.2 - Mortalità generale e per causa

In base ai dati dell'indagine sulle cause di morte, in Sardegna nel triennio 2009-2011, si contano 196 decessi nella fascia di età 0-14 anni. L'andamento regionale del tasso di mortalità triennale standardizzato è in lieve aumento per l'intero periodo 2006-2011, con valori che oscillano tra il 2,9 per diecimila abitanti, nel triennio 2006-2008, e il 3,3 per diecimila abitanti, nel triennio 2009-2011.

In quest'ultimo triennio, la mortalità nella classe d'età considerata (Tavola 9.3) si attesta su un livello leggermente superiore al dato italiano (3,0 per diecimila abitanti), con una lieve prevalenza dei maschi in confronto alle bambine (3,6 per diecimila rispetto a 2,9 per diecimila).

Tavola 9.3 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 0-14 anni per i primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza - Sardegna - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti)

Asl	Totale	Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	Malformazioni congenite	Tumori	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi
Sassari	2,5	1,0	0,2	0,2	0,3	0,3
Olbia	3,5	1,1	0,6	-	0,5	0,3
Nuoro	3,8	2,5	0,2	0,2	0,3	0,2
Lanusei	2,3	0,5	0,9	0,9	-	-
Oristano	3,6	1,1	0,9	0,5	0,3	0,5
Sanluri	1,7	0,6	0,3	0,6	-	-
Carbonia	3,3	0,5	1,0	-	0,3	-
Cagliari	3,7	1,6	0,9	0,4	0,1	0,1
Sardegna	3,3	1,3	0,6	0,3	0,2	0,2
Italia	3,0	1,2	0,6	0,3	0,2	0,1

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Rilevazione sulle cause di morte

⁶ Per le fonti statistiche utilizzate si rimanda all'introduzione alla seconda parte del volume.

⁷ Nell'ambito dell'indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2013.

A livello di Asl, Sanluri e Nuoro presentano, rispettivamente l'incidenza totale minore e maggiore. In merito alle cinque cause di morte più frequenti, le differenze tra Asl sono soprattutto legate ai tassi relativi alle condizioni morbose di origine perinatale, alle malformazioni congenite e ai tumori.

9.3.3 - Morbosità ospedaliera

In Sardegna, nel triennio 2009-2011 sono stati effettuati circa 69 mila ricoveri per acuti di bambini di 0-14 anni.⁸ La regione presenta tassi di ricovero in linea con la media nazionale (Tavola 9.4), con una maggiore propensione al ricovero dei maschi rispetto alle femmine (rispettivamente 124,5 e 102,4 per mille nel triennio 2009-2011). Le prime quattro cause di ricovero sono imputabili in gran parte a: polmonite, malattie croniche delle basse vie respiratorie come l'asma, diabete mellito e malformazioni congenite del sistema circolatorio.

Tavola 9.4 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 0-14 anni per genere e gruppi di cause - Sardegna e Italia - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

Gruppi di cause	Sardegna				Italia			
	Maschi	Femmine	Totale	Variazione % media annua	Maschi	Femmine	Totale	Variazione % media annua
Malattie infettive e parassitarie	4,3	3,8	4,1	-10,0	5,7	5,1	5,4	-5,0
Tumori	2,5	2,4	2,5	1,8	3,0	2,9	2,9	-0,7
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	14,2	15,6	14,9	1,6	7,7	8,5	8,1	-2,4
Malattie del sangue e organi ematopoietici.	3,6	3,4	3,5	-1,9	2,4	2,0	2,2	-3,1
Disturbi psichici	5,3	2,7	4,1	-3,9	4,4	2,5	3,5	-1,6
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	7,5	6,4	7,0	-3,7	7,2	6,0	6,6	-2,1
Malattie del sistema circolatorio	1,2	1,1	1,2	..	1,9	1,1	1,5	-3,2
Malattie dell'apparato respiratorio	22,3	17,6	20,0	-3,2	21,0	16,7	18,9	-4,2
Malattie dell'apparato digerente	9,5	7,7	8,6	-2,0	9,7	8,1	8,9	-4,5
Malattie del sistema genitourinario	6,6	3,0	4,9	-3,8	7,6	3,8	5,8	-3,2
Complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio	-	0,1	0,1	-0,6	-	0,1	0,1	-2,2
Malattie della cute e tessuto sottocutaneo	1,9	1,8	1,8	-4,1	1,9	1,7	1,8	-6,2
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	1,9	2,2	2,0	-0,7	2,7	2,9	2,8	-2,1
Malformazioni congenite	10,7	6,5	8,7	0,3	10,5	6,2	8,4	-0,7
Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	13,2	11,6	12,4	-0,5	11,0	9,5	10,3	-2,1
Sintomi segni e stati morbosi maldefiniti	10,1	10,3	10,2	-2,6	10,4	9,5	10,0	-4,1
Traumatismi ed avvelenamenti	9,7	6,0	7,9	-2,9	10,0	5,8	7,9	-5,6
Totale	124,5	102,4	113,8	-2,1	117,0	92,6	105,2	-3,4

Fonte: Elaborazioni Istat su dati Ministero della Salute (Sdo)

⁸ L'analisi è condotta sulle Sdo elaborate per residenza del paziente e aggregate per trienni mobili. Le finalità con le quali si possono utilizzare i dati provenienti da questa rilevazione sono sia di natura organizzativo-gestionale sia di natura clinico-epidemiologica.

Le ospedalizzazioni attribuibili a “malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari” e ai tumori hanno registrato, nell'ultimo triennio, un tasso di crescita medio annuo superiore all'1,5 per cento annuo, a fronte di andamenti decrescenti o tendenzialmente stabili negli altri casi.

La variabilità fra Asl è significativa, con tassi di ricovero più elevati in quelle di Carbonia e Sassari, imputabili principalmente alle prime tre cause (Tavola 9.5).

Tavola 9.5 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 0-14 anni per i primi otto gruppi di cause e Asl di residenza - Sardegna - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti)

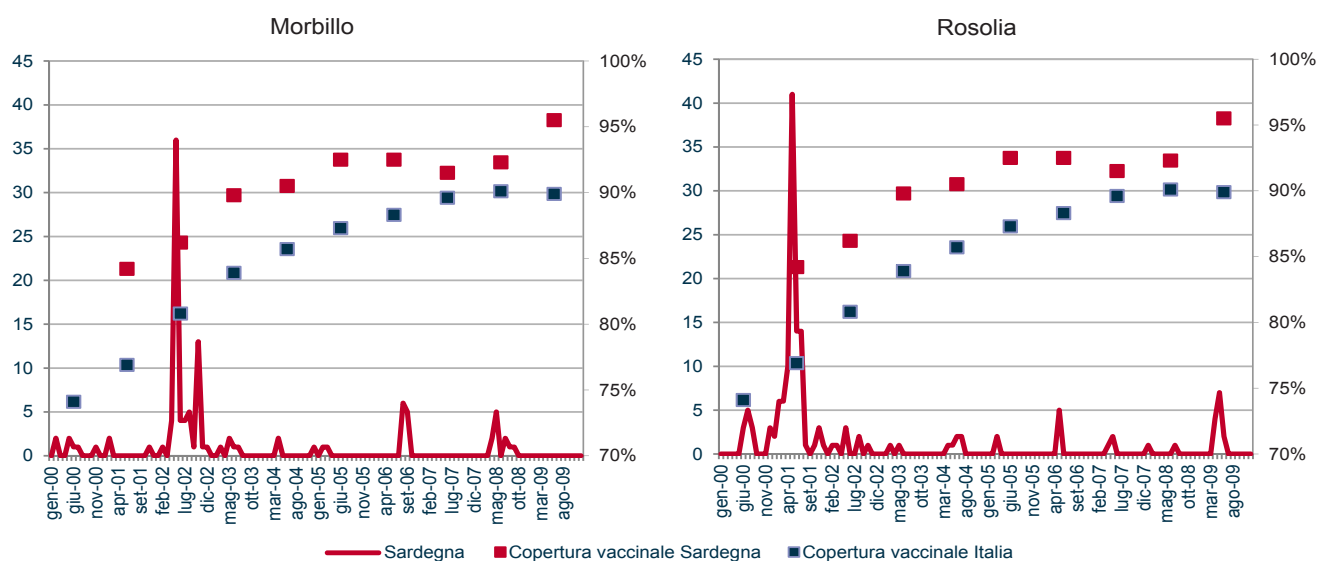
Asl	Totale	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie endocrine, nutriz., metab., disturbi imm.	Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	Sintomi segni e stati morbosi maldefiniti	Malformazioni congenite	Malattie dell'apparato digerente	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi
Sassari	129,6	25,9	15,5	18,1	10,6	9,1	11,9	8,2	7,1
Olbia	114,9	22,6	14,0	12,2	8,7	8,5	8,8	8,4	5,9
Nuoro	99,1	12,4	11,1	11,9	8,6	8,2	8,5	8,9	8,0
Lanusei	115,2	20,4	13,0	9,9	16,3	8,1	8,8	12,1	5,7
Oristano	112,4	14,4	14,3	12,3	12,4	9,2	8,8	6,4	7,5
Sanluri	107,6	15,9	14,7	11,0	11,0	10,9	7,3	6,2	5,9
Carbonia	134,9	29,3	16,4	12,7	11,8	9,2	7,8	9,8	6,8
Cagliari	105,5	18,4	16,0	9,8	9,2	8,0	6,9	7,2	7,1
Sardegna	113,8	20,0	14,9	12,4	10,2	8,7	8,6	7,9	7,0
Italia	105,2	18,9	8,1	10,3	10,0	8,4	8,9	7,9	6,6

Fonte: Elaborazioni Istat su dati Ministero della Salute (Sdo)

9.3.4 - Prevenzione primaria: la vaccinazione

Per quanto riguarda la vaccinazione infantile, particolare rilevanza assume quel-

Figura 9.1 - Notifiche mensili di morbillo e rosolia (valori assoluti) - Sardegna (linea continua) e tassi di copertura MPR (valori percentuali, punti) - Anni 2000-2009



la raccomandata per morbillo, parotite e rosolia, poiché non ha ancora raggiunto né i livelli di copertura (95 per cento) né l'omogeneità territoriale necessaria per garantire

gli obiettivi fissati dall'Oms nella Health21,⁹ tanto che la nuova scadenza è stata spostata al 2015. Inoltre, per quanto riguarda la rosolia, nonostante i tassi di copertura raggiunti siano potenzialmente sufficienti a contenerne la trasmissione, è possibile che le strategie vaccinali selettive attuate fino alla fine degli anni '90 (circolare 12 luglio n° 13 del 1999) abbiano mantenuto un livello di suscettibilità compatibile con nuove epidemie.

In linea con l'andamento nazionale, pur nell'esiguità dei casi regionali, la mancanza di periodicità delle onde epidemiche delle due infezioni e il livello decrescente dei picchi epidemici, corrispondente all'incremento dei tassi di copertura vaccinale, confermano l'influenza del processo storico sinteticamente delineato (Figura 9.1). La Sardegna si caratterizza, inoltre, per tassi di copertura vaccinale più elevati rispetto alla media italiana.

9.3.5 - Stili di vita

I bambini sardi, di età compresa tra 3 e 14 anni, iniziano la giornata con un'adeguata colazione in quasi il 90 per cento dei casi, un valore inferiore rispetto a quello riscontrato a livello nazionale (91,8 per cento). In base ai risultati dell'indagine Aspetti della vita quotidiana 2012, i maschi sembrano essere più ligi nel seguire questa buona prassi (91,5 contro 88,1 per cento delle femmine).

Gli altri comportamenti rilevati evidenziano, invece, una maggiore affezione al consumo di verdura rispetto alla media italiana (35,5 per cento nel 2012 rispetto al 33,9 per cento).

Considerando i risultati dell'indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, nel 2013 i bambini di 5-14 anni sono meno sedentari (24,8 per cento rispetto a 27,5 per cento) e più propensi a svolgere attività fisica moderata (32,0 per cento) o pesante (35,0 per cento). Allo stesso tempo, nel periodo 2010-2012, la quota di bambini in eccesso di peso, di età compresa fra 6 e 17 anni è stabilmente inferiore al dato nazionale (21,6 per cento rispetto a 26,6 per cento nel 2012) sebbene in crescita rispetto al 2010 (17,8 per cento). Infine, le bambine sono più inclini a mangiare verdura (36,4 per cento rispetto a 33,8 per cento) e meno in sovrappeso (20,2 per cento rispetto a 23,2 per cento).

9.4 - Gli adolescenti e i giovani adulti 15-34 anni

Al 1° gennaio 2013 poco più di un quinto della popolazione sarda è rappresentato da giovani di 15-34 anni: a prevalere è il genere maschile, sia complessivamente (105 maschi ogni 100 femmine) sia in ciascuna delle otto Asl in cui è articolato il territorio regionale, con un'incidenza maggiore nelle Asl di Oristano e Lanusei (107,0 per cento), minore in quella di Olbia (103,0 per cento). L'allungamento della vita media e il conseguente processo di invecchiamento della popolazione hanno influito sulla riduzione della percentuale dei giovani che, nell'ultimo decennio, è passata dal 29 al 22 per cento della popolazione residente.

⁹ Riduzione della trasmissione indigena di morbillo per il 2007 e la sua eliminazione per il 2010, <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health21-health-for-all-in-the-21st-century>.

9.4.1 - Condizioni di salute

In Sardegna circa il 90 per cento dei giovani di 15-34 anni dichiara di essere in buono stato di salute, ovvero di stare bene o molto bene, maggiormente i maschi rispetto alle femmine (quasi 6 punti percentuali in più).

La percezione positiva dello stato di salute dei giovani è strettamente legata alla scarsa presenza di patologie gravi in questa fase del ciclo di vita. Rispetto al dato nazionale, nel 2013, si evidenzia tuttavia una maggiore prevalenza di giovani con almeno una malattia cronica grave (4,0 per cento), con differenziali di genere a sfavore degli uomini (4,5 per cento). Per entrambi i sessi, le patologie più frequenti sono le malattie allergiche, compresa l'asma allergica (17,3 per cento sul totale delle persone di 15-34 anni di età), con un aumento significativo rispetto al 2005, cui segue la cefalea e l'emicrania ricorrente con prevalenze molto più elevate per le donne (18,7 per cento) rispetto agli uomini (7,3 per cento) e al dato nazionale (9,1 per cento). Seguono le malattie della tiroide, l'ansia, la depressione e il diabete con prevalenze intorno al 2 per cento.

9.4.2 - Morbosità ospedaliera

In Sardegna, nel triennio 2009-2011, i ricoveri dei residenti di età compresa fra 15-34 anni sono stati 129 mila. A seguito delle politiche di contenimento dei posti letto negli ospedali, il ricorso all'ospedalizzazione da parte di ambedue i sessi tende a diminuire nel tempo (-2,0 per cento nel triennio 2009-2011 rispetto al triennio 2006-2008) anche se in misura minore di quanto avviene a livello nazionale (-2,9 per cento). La media del tasso di ospedalizzazione nel triennio 2009-2011 si mantiene, comunque, in linea con il valore nazionale (111,0 rispetto a 112,2 per mille).

La significativa differenza di genere del ricorso all'ospedalizzazione che si osserva in questa fascia di età (Tavola 9.6) è dovuta principalmente ai ricoveri per parto e puerperio, compresi nel gruppo "complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio". Questa causa risulta essere la prima che motiva la richiesta di assistenza ospedaliera per le giovani donne, la cui fase del ciclo di vita è caratterizzata dal concepimento e nascita della prole. La seconda causa di ospedalizzazione è rappresentata dalle malattie dell'apparato digerente (15,1 per mille), seguite dalle malattie del sistema genitourinario (14,8 per mille). Per i maschi, come nel resto del Paese, i traumatismi e avvelenamenti (13,4 per mille) si confermano la prima causa di ricovero, seguita dalle malattie dell'apparato digerente (11,0 per mille).

L'analisi sub regionale mostra che la Asl di Cagliari registra i valori più elevati per la maggior parte delle principali cause e per entrambi i sessi. Le variazioni percentuali medie annue tra i due trienni del periodo 2006-2011 evidenziano una tendenza alla riduzione per tutte le principali cause seppure con intensità diversa, sia in termini assoluti, ovvero nella totalità dei casi, che relativi tra Asl.

Tavola 9.6 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 15-34 anni per genere, primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza - Sardegna - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

Asl	Maschi						Femmine					
	Totale	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie dell'apparato digerente	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie del sistema genito-urinario	Totale	Complicazioni della gravidanza etc.	Malattie dell'apparato digerente	Malattie del sistema genito-urinario	Tumori	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi
Sassari	67,3	13,0	9,2	6,4	5,4	4,4	137,8	73,3	10,1	10,8	5,4	6,1
Olbia	60,2	12,9	6,6	6,8	4,8	4,6	150,2	85,2	8,5	16,4	5,7	5,3
Nuoro	70,7	15,0	8,2	5,9	5,5	5,3	145,5	74,1	10,1	13,6	5,3	7,1
Lanusei	91,1	27,7	11,7	7,8	5,3	3,9	142,1	62,1	13,5	14,5	5,0	4,5
Oristano	74,0	11,5	11,4	7,0	4,5	6,5	147,6	66,1	16,3	14,3	7,3	7,1
Sanluri	75,8	13,1	12,8	6,6	5,5	4,9	144,2	63,8	17,8	13,0	6,0	5,9
Carbonia	78,5	13,7	9,9	7,3	5,3	5,4	153,3	65,8	15,9	19,8	7,2	5,4
Cagliari	81,8	12,4	14,0	7,4	6,5	6,0	156,1	67,3	20,5	16,4	7,0	5,1
Sardegna	74,8	13,4	11,0	6,9	5,6	5,3	148,5	70,1	15,1	14,8	6,3	5,8
Italia	71,9	14,5	8,7	8,1	6,1	4,8	152,7	86,4	9,4	12,2	6,2	4,0

	Variazione percentuale media annua											
Sassari	-3,6	-4,8	-2,4	-3,1	-3,3	-8,4	-1,6	0,3	-2,6	-3,1	1,2	-1,2
Olbia	-3,8	-8,4	-5,2	0,3	-6,8	4,0	-1,4	-1,0	-1,6	1,1	5,6	-1,9
Nuoro	-3,1	-7,9	-3,7	..	-2,3	-1,6	-1,8	0,4	-4,1	-1,6	-2,7	-0,4
Lanusei	-2,7	-4,6	3,5	-3,4	-3,9	-7,4	-2,0	-1,6	3,9	3,1	1,8	-8,6
Oristano	-2,1	-3,5	0,3	-0,2	-4,2	-1,7	-1,4	0,1	0,8	-4,8	4,6	-2,5
Sanluri	-0,7	-4,5	4,9	-2,0	2,0	-1,7	0,7	1,2	4,9	1,3	-0,8	-7,0
Carbonia	-1,9	-2,2	-0,5	-0,8	-4,3	-6,3	-0,4	2,1	2,1	-2,3	-2,0	-6,5
Cagliari	-2,9	-7,4	1,5	-3,3	-2,3	0,5	-2,0	-0,4	1,7	-0,8	-2,5	-5,2
Sardegna	-2,8	-6,0	..	-2,1	-3,0	-2,4	-1,5	0,1	0,6	-1,4	-0,4	-3,6
Italia	-3,8	-5,5	-3,3	-3,1	-1,7	-2,5	-2,4	-1,0	-3,3	-3,0	-3,6	-5,4

Fonte: Elaborazioni Istat su dati Ministero della Salute (Sdo)

9.4.3 - Mortalità generale e per causa di morte

Il buono stato di salute degli adolescenti e dei giovani adulti è caratterizzato da una generale assenza di patologie croniche gravi. Il ricorso all'ospedalizzazione è motivato, in prevalenza, da eventi traumatici o, per le donne, da difficoltà legate alla gravidanza.

Queste condizioni fanno sì che la mortalità per la classe 15-34 anni risulti molto bassa (506 decessi, di cui 402 sono ascrivibili al genere maschile) e pari al 4,4 per diecimila individui della stessa età: maggiore per i maschi (6,8 per diecimila) e minore per le femmine (1,8 per diecimila), leggermente superiore al dato nazionale (3,8 per entrambi i sessi) e in costante riduzione tra il 2006 e il 2011.

I traumatismi si confermano la prima causa di morte per questa fascia di età, con tassi particolarmente elevati per i maschi, soprattutto nella Asl di Lanusei (Tavola 9.7). Questa Asl insieme a quella di Sanluri presenta, inoltre, tassi di mortalità per tumori doppi rispetto alla media regionale e nazionale, in crescita rispetto al triennio 2006-2008.

Tra le cause esterne di traumatismo, le tipologie prevalenti sono gli "accidenti" e il "suicidio e autolesione intenzionale", soprattutto tra i maschi, per i quali il tasso standardizzato di mortalità è rispettivamente pari a 2,8 e a 1,4 per diecimila. La mortalità per tumore maligno (pari a 0,6 per diecimila) vede prevalere, pur nell'esiguità numerica dei casi, sia nei maschi sia nelle femmine, i tumori del sistema linfatico-

ematopoietico (0,2 per diecimila); seguono i tumori al seno, per le giovani donne, e i tumori della laringe, trachea, bronchi e polmone per i maschi.

Tavola 9.7 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 15-34 anni per genere, primi tre gruppi di cause e Asl di residenza - Sardegna - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

Asl	Maschi				Femmine			
	Totale	Traumatismi ed avvelenamenti	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Totale	Traumatismi ed avvelenamenti	Tumori	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi
Sassari	6,9	4,4	0,8	0,5	1,4	0,5	0,5	-
Olbia	6,4	4,8	0,7	0,2	3,3	1,2	0,8	0,3
Nuoro	7,0	4,3	0,5	1,2	0,7	0,4	-	-
Lanusei	12,1	7,4	1,9	0,5	0,5	-	-	0,5
Oristano	4,7	2,9	0,3	0,5	1,3	0,7	0,4	-
Sanluri	7,8	4,7	1,8	-	2,6	0,5	1,4	-
Carbonia	4,0	2,4	0,4	0,4	2,7	1,3	0,4	-
Cagliari	7,3	4,9	0,7	0,5	2,0	0,6	0,6	0,3
Sardegna	6,8	4,4	0,8	0,5	1,8	0,7	0,5	0,1
Italia	5,4	3,1	0,8	0,4	2,1	0,7	0,7	0,1

	Variazione percentuale media annua							
Sassari	-4,8	-4,8	-17,7	-0,7	-16,1	-8,0	-7,5	-
Olbia	-7,4	-6,0	-5,8	-28,8	8,4	-7,7	-	13,0
Nuoro	-7,3	-15,6	-4,7	66,5	-22,8	-14,8	-	-
Lanusei	10,2	1,7	44,3	2,1	-27,3	-	-	-
Oristano	-13,9	-14,3	-28,0	33,7	-10,1	21,8	1,3	-
Sanluri	3,9	2,4	17,2	-	-7,8	-25,5	55,3	-
Carbonia	-18,1	-21,1	2,2	-13,2	21,8	61,2	-7,9	-
Cagliari	-0,2	0,1	5,5	-7,3	-4,1	-9,0	2,9	58,4
Sardegna	-4,4	-5,9	-4,1	-1,2	-6,0	-5,9	1,4	14,8
Italia	-3,7	-5,2	-0,8	-2,2	-1,4	-3,6	-0,4	2,2

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Rilevazione sulle cause di morte

9.4.4 - Incidentalità stradale

La mortalità per incidenti da mezzi di trasporto caratterizza i rischi di morte degli adolescenti e dei giovani adulti.¹⁰ La rilevazione Istat sugli incidenti stradali con lesioni alle persone rileva in Sardegna, nel 2012, 26 giovani vittime della strada, tutte appartenenti al genere maschile e pari al 27,4 per cento del totale dei decessi per incidenti.

In generale, la quota di deceduti in incidenti stradali cresce con l'aumentare dell'età anagrafica. La mortalità per incidentalità stradale in Sardegna è comunque in diminuzione nel decennio 2001-2010, in particolare per i giovani (-60,5 per cento), così come nel primo biennio della decade 2011-2020 (-29,7 per cento), in linea con l'obiettivo comunitario di dimezzamento dei morti sulle strade. Tra le campagne comunicative sulla sicurezza stradale promosse in Italia, quelle rivolte ai giovani sono state finalizzate a modificarne i comportamenti, non solo relativamente al consumo di alcol e droghe, ma anche all'uso del casco e del cellulare alla guida.

¹⁰ Nel confrontare i decessi dell'indagine sugli incidenti stradali con quelli dell'indagine sulle cause di morte, relativi agli accidenti di trasporto, occorre tenere in considerazione le diverse definizioni e caratteristiche delle due fonti, per le quali si rimanda alla nota metodologica.

Nel 2012 il tasso di mortalità standardizzato riferito alle giovani vittime di incidenti in Sardegna (7,1 per centomila abitanti) scende al di sotto della media nazionale con un trend in diminuzione dal 2010. Nel confronto tra le Asl, i valori più elevati si registrano in quelle di Nuoro e Olbia (Tavola 9.8). Il tasso di lesività standardizzato presenta valori e decrementi inferiori alla media nazionale e registra tassi superiori a quelli nazionali solo per l'Asl di Olbia.

Tavola 9.8 - Tassi standardizzati di mortalità e di lesività per incidentalità stradale della popolazione 15-34 anni per Asl di evento - Sardegna - Anni 2011 e 2012 (valori per 100.000 abitanti e differenze assolute 2010-2001)

ASL	Tasso di mortalità standardizzato			Tasso di lesività standardizzato		
	2011	2012	Differenze 2010-2001	2011	2012	Differenze 2010-2001
Sassari	14,8	6,8	-13,5	769,1	688,4	74,0
Olbia-Tempio	8,2	11,7	-9,4	885,3	843,7	196,3
Nuoro	16,3	16,4	-12,7	558,4	478,1	-630,9
Ogliastra	7,5	-	17,9	531,8	631,8	152,8
Oristano	8,0	5,5	-3,2	458,9	583,0	-633,2
Medio Campidano	4,2	8,2	-15,3	72,2	310,9	-158,1
Carbonia-Iglesias	3,4	-	-9,9	484,8	362,5	58,6
Cagliari	9,1	5,8	-8,9	788,2	609,0	-140,4
Sardegna	9,9	7,1	-9,3	659,2	592,7	-139,0
Italia	9,0	8,2	-7,4	928,3	829,3	-284,5

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Rilevazione sugli incidenti stradali con lesioni alle persone

Le giovani vittime della strada in Sardegna sono, nell'84,6 per cento dei casi, conducenti di autovetture o di veicoli a due ruote, per l'11,5 per cento passeggeri e, per il residuo 3,8 per cento, pedoni. Una larga parte si trovava a bordo di un autovettura (61,5 per cento) e poco meno di uno su tre su un veicolo a due ruote (motociclo, ciclomotore, bicicletta).

9.4.5 - Stili di vita

Rispetto alla salute individuale, i comportamenti della popolazione in età adulta cosiddetti a rischio sono spesso il frutto di abitudini sviluppate in giovane età, come alimentazione scorretta, scarsa attività fisica, uso di sostanze nocive legali e illegali.

Con riferimento all'abitudine al fumo, nel 2013 la quota dei giovani sardi fumatori (27,6 per cento) è superiore al dato nazionale (24,5 per cento) per entrambi i generi e con peso diversificato rispetto al genere: i fumatori maschi sono il 33,9 per cento contro il 21,1 per cento delle giovani donne. Anche i giovani che hanno smesso di fumare presentano un'incidenza (13,0 per cento) maggiore di tre punti percentuali rispetto alla media nazionale, senza evidenziare un significativo differenziale di genere.

Elementi di criticità emergono anche dall'analisi di un altro importante fattore di rischio per la salute quale il consumo dell'alcol. Nel 2013, il 21,7 per cento dei giovani sardi ha adottato almeno un comportamento a rischio (7 punti percentuali in più rispetto al dato nazionale), imputabile in larga parte al consumo di quantità eccessive in una singola occasione (*binge drinking*) e con una maggiore diffusione nei maschi

(29,9 per cento) rispetto alle femmine (13,3 per cento).

È noto che cattive abitudini alimentari influiscono sul peso di una persona e che l'eccesso ponderale costituisce un rilevante fattore di rischio per l'insorgenza di alcune patologie metaboliche, cardiovascolari e tumorali, soprattutto in alcune fasi del ciclo di vita. In Sardegna, il 69,1 per cento delle persone di 18-34 anni è in condizione di normopeso, una su cinque presenta problemi di eccesso ponderale.

In linea con il dato nazionale, i giovani che dichiarano di praticare almeno un'attività fisica nel tempo libero (di tipo leggero, moderato o intensivo) sono il 66,0 per cento del totale mentre il restante terzo non svolge nessuna attività.

Riguardo all'alimentazione, i giovani sardi che dichiarano di consumare almeno una porzione di verdura al giorno sono il 38,5 per cento (più le ragazze dei ragazzi della stessa fascia d'età), un'incidenza di molto inferiore alla media nazionale (7 punti percentuali in meno).

9.5 - Gli adulti di 35-64 anni

In Sardegna, al 1° gennaio 2013 la popolazione adulta compresa fra 35 e 64 anni, che racchiude buona parte della popolazione attiva, è pari al 45,0 per cento del totale, con un rapporto di genere di 98 maschi ogni 100 femmine. Relativamente a questi dati si registra, a livello di singole Asl, un minore peso demografico degli adulti nella Asl di Nuoro e di Lanusei (42,0 per cento) e una maggiore incidenza dei maschi nelle Asl di Sanluri (102,5 per cento) e di Lanusei (102,1 per cento).

9.5.1 - Condizioni di salute

L'indagine multiscopo sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari mette in luce le buone condizioni di salute della popolazione adulta. In Sardegna, nel 2013, le persone che dichiarano di stare bene o molto bene sono il 66,2 per cento, un livello tuttavia inferiore alla media nazionale (71,1 per cento).

La verifica della dimensione soggettiva rappresenta un momento di sintesi efficace per la valutazione complessiva dello stato di salute, in quanto fortemente correlata alla mortalità, alla diffusione di malattie croniche, alla disabilità e ai consumi sanitari. Gli indicatori di salute, basati sulla presenza di patologie croniche, segnalano una presenza di persone con problemi di morbosità cronica grave e multicronicità più elevata rispetto ai valori nazionali, in particolare per il genere femminile con scarti fino a otto punti percentuali. Il 13,7 per cento della popolazione adulta dichiara di essere affetto da una malattia cronica grave (11,5 per cento a livello nazionale) mentre il 16,5 per cento presenta problemi di multicronicità, cioè dichiara di soffrire di almeno tre malattie croniche (11,4 per cento a livello nazionale). In linea con il dato nazionale, le malattie croniche più diffuse sono l'artrosi e l'artrite (18,9 per cento), quelle cardiovascolari, la cefalea e l'emicrania ricorrente e le malattie allergiche. Nel confronto con il 2005, a parità di età, diminuiscono in modo significativo l'artrosi e l'artrite mentre aumentano la cefalea e l'emicrania ricorrente, le allergie e le malattie della tiroide. Escludendo l'ipertensione arteriosa, la popolazione femminile adulta presenta tassi di morbosità cronica dichiarata più elevati di quella maschile, sia a livello regionale sia a livello nazionale. Differenziali di genere più marcati si evidenziano per l'artrosi e l'artrite (23,6 per cento), la cefalea e l'emicrania ricorrente (24,6 per cento), le malattie della tiroide (16,1 per cento) e l'osteoporosi (14,1 per cento).

9.5.2 - Morbosità ospedaliera

In linea con l'andamento del fenomeno a livello nazionale, in Sardegna i ricoveri per acuti degli adulti, circa 307 mila, tendono progressivamente a ridursi sia per le donne che per gli uomini. L'analisi in serie storica mostra, infatti, una riduzione del 3,0 per cento per ambedue i sessi, inferiore al dato nazionale (-3,8 per cento). Nell'arco del triennio 2009-2011, il tasso standardizzato di ospedalizzazione regionale per mille abitanti è pari a 139,2; il livello raggiunto dalla componente femminile è 151,1 mentre quello della componente maschile è 127,6.¹¹ I tassi di dimissione ospedaliera generali registrano valori superiori alla media nazionale (131,1), in particolare per le "malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi", delle "malattie del sistema genitourinario" e di quelle "infettive e parassitarie".

Per i maschi la principale causa di ricorso all'assistenza ospedaliera è riconducibile alle malattie dell'apparato digerente, cui seguono le patologie cardiovascolari e i tumori. A prescindere dal parto, il genere femminile ricorre ai servizi ospedalieri prevalentemente a causa di patologie del sistema genitourinario, tumori e malattie dell'apparato digerente (Tavola 9.9).

Per entrambi i sessi, i tassi di ricovero presentano un'ampia variabilità all'interno delle Asl, sia in termini di intensità che in termini di variazione, rispetto al triennio 2006-2008. I tassi di ospedalizzazione sono significativamente elevati per i maschi nella Asl di Lanusei in particolare per le malattie cardiovascolari; per le femmine nell'azienda sanitaria di Oristano e Olbia con riferimento alle malattie del sistema genitourinario.

Tavola 9.9 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 35-64 anni per genere, primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza - Sardegna - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASL	Maschi						Femmine					
	Totale	Malattie dell'apparato digerente	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Totale	Malattie del sistema genitourinario	Complicazioni della gravidanza etc.	Tumori	Malattie dell'apparato digerente	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo
Sassari	115,6	19,4	14,3	12,5	12,2	11,8	137,0	19,8	23,8	19,1	13,7	12,4
Olbia	109,1	16,3	17,7	12,2	10,1	10,5	140,4	30,4	24,9	18,2	10,1	11,3
Nuoro	132,2	22,2	15,2	18,1	11,4	13,5	155,2	25,8	29,4	20,7	13,1	11,2
Lanusei	140,6	22,4	22,5	15,2	14,0	8,9	147,1	24,7	23,6	17,5	12,1	12,0
Oristano	138,3	23,2	16,3	18,9	12,3	16,9	163,4	30,7	24,2	24,0	16,3	12,9
Sanluri	125,8	22,9	15,6	15,1	11,8	10,7	145,0	23,3	24,7	20,4	13,3	12,8
Carbonia	128,8	20,0	12,9	17,3	12,5	12,7	157,5	27,1	21,9	26,1	13,2	13,7
Cagliari	133,8	21,9	16,4	16,0	13,0	9,8	157,4	26,3	24,1	23,6	14,2	13,5
Sardegna	127,6	21,0	15,8	15,5	12,3	11,6	151,1	25,6	24,4	21,8	13,6	12,7
Italia	123,1	19,1	21,2	14,5	13,2	8,0	139,4	20,0	21,8	19,8	12,0	14,5

Variazione percentuale media annua													
Sassari	-3,9	-3,2	-4,3	-3,1	-1,0	-2,4	-2,2	0,2	1,3	-1,3	-3,3	-3,7	
Olbia	-2,0	-3,4	-0,4	-2,6	-0,1	-2,8	-1,4	0,5	0,6	-0,3	-4,4	-0,4	
Nuoro	-3,6	-1,9	-5,8	-6,3	0,2	-0,6	-2,4	1,4	2,9	-7,8	-2,5	..	
Lanusei	-4,8	-1,8	-5,2	-3,4	-3,1	-6,3	-3,8	2,9	-0,3	-3,3	-3,7	-4,3	
Oristano	-1,7	-2,1	-3,3	2,7	2,4	-4,6	-1,4	1,2	0,1	-0,1	-1,1	-2,1	
Sanluri	-2,4	-0,2	-4,1	-0,3	-3,4	-4,3	-3,0	-1,2	2,6	-2,9	0,5	-6,3	
Carbonia	-2,9	-0,2	-5,4	-1,2	-2,8	1,7	-1,6	-3,4	3,1	-3,2	-0,3	-2,1	
Cagliari	-3,8	-2,6	-5,3	-2,8	-4,0	-4,9	-3,5	-0,6	0,4	-4,7	-1,2	-5,1	
Sardegna	-3,3	-2,3	-4,4	-2,4	-2,0	-3,2	-2,6	-0,2	1,1	-3,4	-1,9	-3,6	
Italia	-4,1	-3,5	-4,5	-3,8	-2,9	-5,2	-3,6	-3,2	0,9	-2,9	-3,8	-3,1	

Fonte: Elaborazione Istat su dati Ministero della Salute (Sdo)

¹¹ Al fine di una corretta interpretazione dei risultati è opportuno ricordare che la prevalenza dei ricoveri femminili nella fascia di età in questione è da ricondurre in larga parte ai ricoveri legati al parto e non a fenomeni connessi a specifiche patologie.

9.5.3 - Mortalità generale e per causa di morte

Il buono stato di salute generale che caratterizza la classe di età 35-64 anni è confermato da un basso tasso standardizzato di mortalità, sia per i maschi che per le femmine, con livelli che nella media del triennio 2009-2011 sono pari, rispettivamente, a 41,1 e 19,2 ogni diecimila residenti della stessa età e dello stesso genere, per un totale di 6.626 decessi (Tavola 9.10).

Contributi importanti al declino della mortalità sono da ricercarsi in fattori sia individuali che di sistema. La classe di età in esame è caratterizzata dal fenomeno della super-mortalità maschile, le cui determinanti sono tradizionalmente riconducibili ai diversi comportamenti e stili di vita adottati dai due sessi. Si ritiene che i maggiori imputati siano il tabagismo, l'alcolismo e la guida pericolosa, più diffusi tra gli uomini che tra le donne, ma anche i rischi derivanti dalla diversa attività lavorativa. L'analisi della mortalità per residenza del deceduto e per causa mostra, per entrambi i generi, un'elevata concentrazione nei primi tre gruppi di cause prevalenti: tumori (per 14,9 per diecimila), malattie del sistema circolatorio (5,5 per diecimila) e cause esterne da traumatismo e avvelenamento (3,0 per diecimila), che insieme rappresentano circa il 77 per cento delle cause di morte per i maschi e l'80 per cento per le femmine.

Tavola 9.10 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 35-64 anni per genere, primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza - Sardegna - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

Asl	Maschi						Femmine					
	Totale	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie dell'apparato digerente	Malattie infettive e parassitarie	Totale	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie dell'apparato digerente	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi
Sassari	41,1	17,3	9,6	5,5	3,3	1,8	18,9	12,0	2,3	1,3	0,8	0,7
Olbia	38,6	16,4	9,3	4,9	2,6	0,6	20,2	11,8	4,3	0,8	0,3	0,3
Nuoro	48,7	21,0	9,6	5,6	3,9	1,1	19,4	11,0	3,2	1,0	0,8	1,1
Lanusei	40,9	17,0	9,3	7,7	2,5	1,1	12,4	6,7	1,4	1,1	0,8	0,8
Oristano	42,9	20,1	8,8	5,5	3,7	0,7	17,8	9,8	3,0	0,6	0,8	0,8
Sanluri	44,4	20,3	6,8	6,1	4,4	1,3	18,3	10,7	2,3	0,6	1,2	0,9
Carbonia	38,8	19,1	7,0	3,4	3,6	1,2	20,8	12,9	2,6	0,9	0,6	0,8
Cagliari	38,9	17,2	7,8	4,8	2,6	2,3	20,0	13,0	2,5	0,8	0,6	0,5
Sardegna	41,1	18,2	8,5	5,1	3,2	1,6	19,2	11,8	2,7	0,9	0,7	0,7
Italia	34,8	15,5	8,1	3,4	2,1	1,0	19,1	11,7	2,7	0,9	0,8	0,6
Variazione percentuale media annua												
Sassari	-1,5	-1,6	0,2	-2,6	2,6	1,9	0,2	3,3	-8,6	9,4	-12,4	-2,7
Olbia	-0,3	-0,9	-1,2	-0,9	2,7	-6,0	3,1	1,3	10,2	38,0	-25,5	-12,2
Nuoro	0,3	-1,4	-0,7	-2,5	-3,5	12,7	3,4	0,9	16,0	-3,2	-3,8	11,0
Lanusei	2,8	6,0	-2,7	16,9	-9,5	20,1	-9,4	11,8	-8,5	-10,4	9,0	-
Oristano	2,0	3,1	-2,8	7,4	7,1	-5,7	-1,2	-3,7	5,7	-9,7	-3,6	16,3
Sanluri	1,2	2,0	-4,9	-0,3	6,2	-2,4	-2,6	-1,0	-9,6	-10,4	3,5	18,6
Carbonia	-0,8	-1,6	-0,9	-6,2	12,4	-5,1	0,7	-0,1	0,4	-0,9	-0,8	22,4
Cagliari	..	-1,3	-0,9	1,3	0,8	7,5	2,1	2,1	0,8	-3,4	-3,2	3,0
Sardegna	..	-0,5	-1,2	0,2	2,2	3,9	0,8	0,8	0,6	0,1	-6,5	6,1
Italia	-1,5	-1,7	-2,1	-1,3	-2,1	-2,3	-0,6	-0,5	-2,3	-1,0	-3,5	2,0

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Rilevazione sulle cause di morte

La mortalità per "tumori maligni" rappresenta la prima causa di morte nell'età adulta: nel triennio considerato, l'incidenza femminile è di 11,6 per diecimila residenti mentre quella maschile di 17,8 per diecimila. Rispetto agli organi colpiti, si evidenziano ulteriori differenze di genere: i tumori maligni al seno si confermano prima causa di malattie



oncologiche nelle donne (3,2 per diecimila), seguono quelli a laringe, trachea, bronchi e polmoni; nei maschi quest'ultima categoria è la più incidente (5,4 per diecimila), cui seguono i tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici e quelli del pancreas.

Tra le malattie circolatorie, le più rappresentate sono le cardiopatie ischemiche, con tassi degli uomini sensibilmente più alti di quelli delle donne (4,0 contro 0,8 per diecimila). È da sottolineare come gli uomini di questa classe di età siano penalizzati anche da elevati livelli di mortalità per fenomeni di natura violenta (traumatismi e avvelenamenti) significativamente più alti di quelli delle donne (5,1 contro 0,9 per diecimila), imputabili in larga parte agli incidenti (2,8 per diecimila) e ai suicidi e autolesioni intenzionali (2,1 per diecimila).

L'analisi territoriale per Asl attesta che la distribuzione della mortalità per causa varia in funzione del genere, con tassi di mortalità dei maschi superiori alla media regionale nelle aziende sanitarie di Nuoro, Sanluri e Oristano, dovuti in larga parte ad una maggiore mortalità per tumori.

9.5.4 - Incidentalità stradale

Le evidenze emerse nell'analisi della mortalità per traumatismi, particolarmente rilevante nei maschi di questa fascia d'età, trovano riscontro nei dati della rilevazione sull'incidentalità stradale con lesioni alle persone.¹²

In Sardegna nel 2012, i morti e i feriti per incidenti stradali che riguardano la popolazione adulta sono rispettivamente 42 e 2.221, corrispondenti a poco più del 40 per cento del totale dei morti e dei feriti per incidenti stradali avvenuti nella regione.

Relativamente al decennio 2001-2010, si registra un decremento del numero dei decessi (-27,8 per cento) più contenuto di quello nazionale per la stessa fascia di età (-32,6 per cento). Nello stesso decennio (Tavola 9.11), si osserva come, a fronte di una riduzione del tasso standardizzato di mortalità (-2,8 ogni centomila abitanti) sia aumentato, in controtendenza all'andamento nazionale, quello di lesività (10,4 ogni centomila abitanti).

Tavola 9.11 - Tassi standardizzati di mortalità e di lesività per incidentalità stradale della popolazione di 35-64 anni per Asl di evento - Sardegna - Anni 2011 e 2012 (valori per 100.000 e differenze assolute 2010-2001)

ASL	Tasso di mortalità standardizzato			Tasso di lesività standardizzato		
	2011	2012	Differenze 2010-2001	2011	2012	Differenze 2010-2001
Sassari	9,0	3,3	-1,9	381,0	361,8	153,3
Olbia	4,2	5,8	10,4	469,7	471,4	205,8
Nuoro	12,0	8,9	-3,4	312,1	243,3	-179,7
Lanusei	12,1	8,2	-8,3	292,7	361,0	48,5
Oristano	8,5	4,0	-13,7	237,5	251,9	-295,6
Sanluri	2,2	9,0	-19,6	60,9	139,1	-35,1
Carbonia	0,0	7,4	-5,5	196,4	202,0	96,0
Cagliari	1,6	5,6	1,2	346,0	295,4	-6,0
Sardegna	5,2	5,7	-2,8	320,4	301,8	10,4
Italia	5,9	5,8	-3,8	469,7	440,4	-32,6

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Rilevazione sugli incidenti stradali con lesioni alle persone

¹² Per un corretto confronto tra i dati delle due indagini si rimanda alla nota metodologica.

In otto casi su dieci, le vittime di incidenti stradali di questa fascia di età sono conducenti di autovetture e di veicoli a due ruote (76,2 per cento); poco più della metà si trovava a bordo di una autovettura (54,8 per cento) e 1 su cinque di un motociclo o ciclomotore (21,4 per cento).

9.5.5 - Stili di vita e prevenzione

Il monitoraggio dell'abitudine al fumo è molto importante in quanto costituisce il primo fattore di mortalità evitabile al mondo, soprattutto rispetto alle malattie oncologiche, cardiovascolari e respiratorie.

Nel 2013, in Sardegna la percentuale di fumatori adulti è pari al 25,6 per cento, dato in linea con il totale nazionale. Nel confronto di genere permangono forti differenze a svantaggio degli uomini (29,7 per cento), con quote di fumatori più elevate rispetto alle donne (21,5 per cento).

I comportamenti a rischio nel consumo di alcol sono significativamente maggiori del dato nazionale e, anche in questo caso, maggiormente diffusi negli uomini adulti rispetto alle donne: 44 maschi su 100 consumano giornalmente bevande alcoliche mentre il 24,3 per cento (10 punti percentuali in più rispetto al dato nazionale) dichiara un consumo giornaliero non moderato o un consumo di quantità eccessive in una singola occasione (*binge drinking*).¹³

L'eccesso ponderale, strettamente correlato all'inattività fisica, interessa poco più del quaranta per cento della popolazione adulta, con il 33,2 per cento in sovrappeso e il 10,5 per cento affetto da obesità. Questo fenomeno presenta, in Sardegna, valori inferiori alla media nazionale (47,6 per cento) e una prevalenza significativa del genere maschile (55,0 per cento) rispetto a quello femminile (32,6 per cento).

Nell'ambito della prevenzione generale, oltre l'80 per cento della popolazione adulta dichiara di aver fatto ricorso, almeno una volta nella vita, ai servizi sanitari per la diagnosi precoce di diabete, ipertensione e ipercolesterolemia. Almeno la metà effettua per le stesse patologie controlli con periodicità annuale. In generale, il ricorso a queste pratiche risulta meno diffuso rispetto alla media nazionale. Anche la prevenzione dei tumori femminili nella regione registra frequenze inferiori di quelle nazionali: l'80,7 per cento delle donne adulte dichiara di essersi sottoposta, almeno una volta nella vita, all'esame del pap-test in assenza di disturbi, il 55,0 per cento (12 punti percentuali in meno) ogni tre anni; il 77,7 per cento (2,8 punti percentuali in meno) delle donne nella fascia di età raccomandata per lo screening (50-64 anni) dichiara di essersi sottoposta, almeno una volta nella vita, alla mammografia.

9.6 - Gli anziani di 65 anni e più

L'analisi degli indicatori demografici della popolazione sarda conferma la tendenza all'invecchiamento, particolarmente sbilanciata a favore delle donne, che sopravvivono più a lungo degli uomini. In Sardegna al 1° gennaio 2013, gli ultra sessantacinquenni sono il 20,6 per cento della popolazione residente totale, in aumento rispetto al 2001 (7 punti percentuali) e in linea con il dato nazionale. La speranza di vita a 65 anni è di 18,4 anni per gli uomini e di 22,2 anni per le donne.

¹³ Indagine Istat sugli aspetti della vita quotidiana.

9.6.1 - Condizioni di salute

La presenza e diffusione di nuove tecnologie applicate alle cure mediche ha comportato un aumento della sopravvivenza ma non necessariamente in buona salute, come si evince dall'indagine multiscope sulle Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Nel 2013, solo il 29,8 per cento degli individui anziani ha dichiarato uno stato di buona salute, una quota inferiore a quella nazionale (33,1 per cento), più alta per i maschi (37,3 per cento) rispetto alle femmine (24,0 per cento). Nel soggetto anziano la percezione che l'individuo ha del proprio stato psico-fisico è un parametro di particolare interesse perché è inversamente correlato alla mortalità.

Con l'avanzare dell'età, aumenta anche l'insorgenza delle malattie croniche. Il 47,0 per cento degli ultrasessantacinquenni sardi dichiara di essere affetto da almeno una malattia cronica grave mentre il 52,4 per cento presenta problemi di multicronicità (10 punti percentuali in più rispetto al dato nazionale) con valori significativamente più elevati per le donne (61,8) rispetto agli uomini (40,1). Anche le malattie croniche più diffuse presentano prevalenze maggiori della media nazionale: l'artrosi e l'artrite (55,2 per cento), l'ipertensione arteriosa (50,3 per cento), l'osteoporosi (34,4 per cento) e la cefalea e l'emicrania (17,3 per cento) ricorrente.

Con l'invecchiamento della popolazione aumentano anche le persone con limitazioni funzionali¹⁴ nelle attività quotidiane (24,9 per cento) che nella regione assumono livelli superiori rispetto ai valori nazionali (5 punti percentuali). Si tratta di limitazioni che insorgono con il peggioramento delle condizioni di salute e riducono la mobilità degli anziani o le loro capacità sensoriali (vista e udito, in particolare). Le tipologie più diffuse si riferiscono alle difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana (16,6 per cento), come ad esempio l'assenza di autonomia nella cura personale, nonché alle difficoltà nel movimento (13,5 per cento), problematiche che colpiscono soprattutto le donne a causa della maggiore prevalenza di patologie non letali ma invalidanti, come l'osteoporosi, l'artrosi e l'artrite.

9.6.2 - Morbosità ospedaliera

Sebbene il ricorso all'ospedalizzazione risenta dell'invecchiamento della popolazione, in quanto con l'avanzare dell'età cresce la prevalenza di malattie croniche e invalidanti e cresce di conseguenza la richiesta di assistenza ospedaliera, l'analisi delle Sdo nel periodo 2006-2011 mostra in Sardegna una riduzione dei ricoveri per entrambi i sessi e per tutte le cause, misurata in base alla variazione del tasso standardizzato di ospedalizzazione (Tavola 9.12). Questo risultato deriva dall'adozione negli ultimi anni di politiche sanitarie finalizzate a ridurre l'offerta di ricovero ospedaliero, concentrando le prestazioni in *setting* assistenziali alternativi meno costosi ma di pari efficacia.

In Sardegna, nel triennio 2009-2011, sono stati effettuati 315 mila ricoveri, 333,9 ogni mille residenti, valori al di sotto della media nazionale (307,1 per mille). Le malattie dell'apparato circolatorio (68,9 per mille) costituiscono la prima causa di

¹⁴ Si rimanda alla nota metodologica per la definizione di limitazione funzionale e per il modo con il quale viene rilevata mediante l'indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari.

ospedalizzazione, in particolare le malattie cerebrovascolari (16,2 per mille) e quelle ischemiche del cuore (12,9 per mille abitanti). Al secondo posto si collocano i tumori (46,5 per mille) seguiti dalle malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi. Fra i tumori maligni, i più frequenti sono, per i maschi, quelli della vescica (10,6 per mille), della laringe, trachea, bronchi, polmoni (6,8 per mille) e della prostata (6,4 per mille), per le donne, i tumori del seno (4,7 per mille abitanti) e del tessuto linfatico ed ematopoietico (3,3 per mille).

L'analisi dei tassi standardizzati di ospedalizzazione per Asl evidenzia (Tavola 9.12), per entrambi i sessi, una variabilità in funzione delle principali cause: i ricoveri per tumori sono in diminuzione in quasi tutte le Asl, eccetto a Carbonia e Oristano; le malattie dell'apparato digerente aumentano nella Asl di Sanluri e, in misura minore, in quella di Carbonia.

Tavola 9.12 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 65 anni e più per genere, primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza - Sardegna - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011 / 2006-2007-2008)

Asl	Maschi						Femmine					
	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie dell'apparato digerente	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Malattie dell'apparato respiratorio	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Tumori	Malattie dell'apparato digerente	Traumatismi ed avvelenamenti
Sassari	372,6	80,6	53,9	45,2	56,4	36,8	271,5	52,4	49,2	26,5	26,2	24,7
Olbia	353,4	88,2	53,7	37,9	45,7	27,5	248,3	52,7	37,4	26,5	22,2	24,7
Nuoro	399,1	83,7	70,9	45,2	46,5	34,6	269,6	47,6	40,5	36,4	26,8	24,4
Lanusei	428,7	117,8	61,7	50,3	23,4	40,3	312,2	72,3	18,8	29,6	29,9	31,3
Oristano	423,1	97,7	71,3	52,1	57,1	34,5	299,6	59,5	47,5	36,9	32,6	23,6
Sanluri	383,1	87,9	62,0	51,7	31,5	41,4	258,8	59,0	28,2	29,3	23,7	23,7
Carbonia	412,1	75,9	75,3	48,1	47,7	42,2	284,7	48,5	41,9	38,3	27,6	29,2
Cagliari	426,2	90,1	69,8	51,9	40,2	45,5	306,2	57,3	35,6	35,8	31,6	29,2
Sardegna	402,0	88,1	65,1	48,3	45,9	39,1	285,1	55,1	39,7	32,9	28,5	26,5
Italia	375,0	101,1	61,0	40,9	30,0	38,0	259,6	63,2	26,0	31,7	24,4	25,0
Variazione percentuale media annua												
Sassari	-2,9	-3,8	-4,0	-2,6	-1,0	-1,7	-3,0	-3,4	-2,7	-3,0	-4,7	0,8
Olbia	-2,1	-1,6	-1,8	-2,4	-5,9	-1,8	-3,4	-3,0	-6,8	-1,3	-4,2	-4,6
Nuoro	-3,4	-4,2	-5,9	-3,1	-2,7	-3,4	-3,6	-5,0	-4,9	-7,9	-2,0	-3,2
Lanusei	-4,6	-4,1	0,3	-2,3	-14,7	-8,6	-5,1	-7,0	-18,4	-3,8	-5,4	1,0
Oristano	-3,1	-1,2	1,2	-1,5	-12,1	0,5	-3,0	-3,8	-13,0	2,0	0,2	1,7
Sanluri	-2,3	-3,3	0,1	2,7	-12,8	-1,4	-3,4	-2,4	-13,7	-1,7	-2,6	1,4
Carbonia	-1,6	-0,4	1,2	0,5	-4,5	-2,1	-2,0	-2,0	-4,8	1,1	-1,7	-0,7
Cagliari	-2,7	-2,6	-0,8	-1,6	-10,8	-1,6	-4,3	-3,7	-13,5	-2,6	-2,1	-1,4
Sardegna	-2,8	-2,7	-1,6	-1,6	-7,5	-2,0	-3,6	-3,7	-9,3	-2,4	-2,6	-0,8
Italia	-3,2	-3,1	-2,6	-2,5	-7,6	-2,2	-3,4	-3,6	-9,0	-2,0	-2,9	-1,1

Fonte: Elaborazione Istat su dati Ministero della Salute (Sdo)

9.6.3 - Mortalità generale e per causa di morte

Nel triennio 2009-2011 i decessi nella classe di età 65 anni e oltre corrispondono a circa 37 mila, di cui 18 mila maschi. La mortalità nella popolazione anziana è in diminuzione per entrambi i sessi, in linea con le dinamiche nazionali: il tasso standardizzato di mortalità passa dal triennio 2006-2008 al triennio 2009-2011, da 528,4 a 513,3 per diecimila abitanti per i maschi e da 354,1 a 338,1 per diecimila abitanti per le femmine.



Questo calo è indicativo del miglioramento complessivo dello stato di salute della popolazione, dovuto all'avanzamento delle condizioni socio-economiche, a una maggiore tutela verso gli agenti nocivi, alla maggiore attenzione allo stile di vita e, infine, al progresso delle cure mediche, che ha consentito l'evoluzione della prognosi, in termini di salute e aspettativa di vita, di numerose condizioni morbose.

I maschi tendono a morire più precocemente rispetto alle femmine. Le malattie dell'apparato circolatorio provocano il maggior numero di decessi, in particolare fra gli uomini (180,6 per diecimila abitanti). La seconda causa di morte è costituita dai tumori, in particolare per gli uomini, a laringe, trachea, bronchi, polmoni (39,4 per diecimila), prostata (18,2 per diecimila) e colon (14,0 per diecimila); per le donne i tumori della mammella (12,0 per diecimila abitanti) e del colon (8,1 per diecimila) seguiti da quelli del pancreas e del tessuto linfatico (6,9 per diecimila). Dall'analisi dei tassi standardizzati di mortalità per Asl (Tavola 9.13) si evince una significativa variabilità, per entrambi i sessi, in funzione delle principali cause di morte. In particolare, nelle Asl di Lanusei e Cagliari si osservano tassi di mortalità più bassi della media regionale per entrambi i sessi mentre nella Asl di Sanluri gli uomini registrano tassi di mortalità maggiori imputabili in gran parte alle malattie respiratorie, particolarmente elevati anche nell'Asl di Carbonia.

Tavola 9.13 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 65 anni e più per genere, primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza - Sardegna e Italia - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti e variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

Asl	Maschi						Femmine					
	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie dell'apparato digerente	Malattie endocrine, nutriz., metab., disturbi imm.	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Malattie endocrine, nutriz., metab., disturbi imm.
Sassari	528,5	188,7	168,5	45,0	22,5	22,0	363,5	141,2	82,3	20,3	26,2	17,4
Olbia	518,7	198,3	163,6	37,7	20,5	19,0	377,2	158,1	83,4	19,1	21,8	21,1
Nuoro	500,9	180,4	153,9	46,8	18,7	22,9	348,4	144,2	79,4	19,7	18,9	20,7
Lanusei	482,7	175,1	151,7	48,9	23,7	17,0	323,7	136,2	60,8	23,1	13,8	21,0
Oristano	506,2	193,6	157,5	37,2	22,8	19,5	327,0	137,1	73,9	16,1	12,4	16,5
Sanluri	568,5	206,1	172,2	65,9	29,0	24,1	329,9	137,6	76,8	18,9	12,6	16,3
Carbonia	534,0	162,8	163,0	81,8	23,4	18,7	322,3	131,6	75,8	22,4	15,7	13,8
Cagliari	496,6	166,6	164,5	42,8	21,2	17,8	320,3	120,3	81,1	18,3	18,4	16,0
Sardegna	513,3	180,6	163,1	47,6	22,1	19,9	338,1	134,7	78,9	19,2	18,8	17,3
Italia	535,7	203,1	166,2	49,7	19,2	20,8	358,5	156,7	82,6	21,7	16,1	18,6
Variazione percentuale media annua												
Sassari	-2,3	-4,1	-1,2	-3,6	-3,5	0,9	-0,7	-1,5	-1,2	-3,0	1,8	-0,5
Olbia	-0,4	-2,8	1,6	0,4	-2,1	-0,9	0,6	0,1	-0,4	6,4	-2,6	-0,8
Nuoro	-1,8	-3,2	-1,9	-2,6	-4,3	8,4	0,9	1,0	0,3	0,0	1,2	2,9
Lanusei	0,4	2,3	0,8	-1,6	-5,7	-0,1	-1,8	-3,0	-3,4	-1,7	-4,0	7,6
Oristano	-0,8	-2,3	-0,1	-4,3	0,3	7,7	-2,0	-5,1	0,4	2,4	0,1	1,4
Sanluri	0,5	-0,3	1,7	-1,0	4,3	11,3	-2,8	-5,5	-0,6	1,4	3,7	-2,2
Carbonia	0,1	-0,6	-1,5	-2,7	7,4	6,9	-1,8	-2,4	1,9	-2,4	-1,6	-9,5
Cagliari	0,1	-1,9	1,1	-0,1	-0,5	-0,4	-1,7	-3,9	2,2	-5,2	0,4	-4,0
Sardegna	-0,7	-2,3	..	-2,0	-0,9	2,9	-1,2	-2,7	0,4	-1,9	0,4	-1,6
Italia	-1,1	-2,3	-0,7	-1,1	-1,7	0,5	-1,0	-2,4	-0,2	-0,3	0,7	-0,6

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Rilevazione sulle cause di morte

9.6.4 - Incidentalità stradale

In Sardegna, nel 2012, gli anziani coinvolti in incidenti stradali sono 552 di cui 22 morti e 530 feriti. La popolazione anziana incide sul totale dei morti per poco meno di un quarto (23,2 per cento) e per il 10,1 per cento sul totale dei feriti.

Nel decennio 2001-2010 (Tavola 9.14), si è ridotto il tasso standardizzato di mortalità (-6,5 ogni centomila abitanti) mentre è aumentato quello di lesività (22,6 ogni centomila abitanti). La riduzione del tasso di mortalità negli anziani può dipendere da una minore esposizione al rischio della popolazione di questa fascia d'età, imputabile in parte ad una diminuzione degli spostamenti. Il 63,6 per cento degli anziani morti in incidenti stradali sono conducenti, il 22,7 per cento pedoni.

Tavola 9.14 - Tassi standardizzati di mortalità e di lesività per incidentalità stradale della popolazione di 65 anni e più per Asl di evento - Sardegna - Anni 2011 e 2012 (valori per 100.000 abitanti e differenze assolute 2010-2001)

ASL	Tasso di mortalità standardizzato			Tasso di lesività standardizzato		
	2011	2012	Differenze 2010-2001	2011	2012	Differenze 2010-2001
Sassari	4,6	8,9	-10,4	191,4	187,8	35,2
Olbia-Tempio	7,9	3,8	2,7	224,2	168,9	113,5
Nuoro	5,7	6,0	11,1	144,4	140,8	29,6
Ogliastra	8,1	24,5	8,1	166,2	117,3	38,8
Oriстано	10,8	2,6	-6,2	172,4	122,8	-37,8
Medio Campidano	4,6	9,2	-13,3	18,2	76,6	-23,0
Carbonia-Iglesias	11,2	11,3	3,4	176,2	132,4	58,1
Cagliari	8,8	3,8	-15,9	187,5	180,6	7,8
Sardegna	7,7	6,6	-6,5	172,4	157,6	22,6
Italia	8,5	8,6	-4,5	234,4	225,4	-18,3

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Rilevazione sugli incidenti stradali con lesioni alle persone

9.6.5 - Stili di vita

Il fumo nell'età avanzata non solo riduce la speranza di vita ma ne compromette anche la qualità comportando una riduzione dell'autonomia. Anche nella popolazione anziana sono stati evidenziati i benefici della sua cessazione e sono attivi programmi di educazione sanitaria efficaci. Tuttavia, in Sardegna, la presenza di una notevole quota di ex-fumatori tra i maschi (64,8 per cento) rende plausibile che l'esposizione pregressa possa influire negativamente sulla salute, anche a distanza di tempo.

Negli anziani il consumo dannoso di alcol non è facilmente riconoscibile perché, spesso, si tende a confondere i segni di un'assunzione dannosa con i sintomi generici dell'invecchiamento. Eppure gli anziani rappresentano una delle fasce di popolazione i cui comportamenti a rischio sono più diffusi (18,9 per cento) con un forte differenziale di genere. Il motivo è legato alla mancata consapevolezza tra gli anziani dei livelli di consumo considerati a rischio, che non dovrebbero superare un bicchiere di vino al giorno.

L'inattività fisica è stata inserita dall'Oms tra i principali fattori di rischio per le malattie croniche in Europa. L'aumento di peso, infatti, è strettamente correlato alle patologie cardio e cerebrovascolari, tra i fattori responsabili di disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva, nonché tra le principali cause di morbosità, invalidità

e mortalità. L'eccesso di peso interessa quasi il 58 per cento della popolazione di 65 anni e più, in misura maggiore gli uomini con quote di obesi (19,0 per cento) superiori a quelle nazionali (15,8 per cento). L'attività fisica regolare ha un'efficacia preventiva su obesità, diabete, dislipidemia, cancro del colon e della mammella, osteoporosi, depressione e declino cognitivo senile. In linea con il dato nazionale, quasi il 60 per cento degli anziani sardi dichiara di avere uno stile di vita attivo, senza un significativo differenziale di genere.

CAPITOLO 10 SICILIA¹

10.1 - Il sistema sanitario regionale

La legge di riforma del sistema sanitario regionale (L.R. n.5/2009) ha identificato come prioritaria l'esigenza di integrazione tra ospedale e territorio, riducendo in modo ragguardevole il numero delle aziende, per favorire un sistema assistenziale in grado di fornire le risposte più appropriate ai bisogni di salute della popolazione. La riduzione del numero delle aziende, passate da 29 a 17, ha seguito il criterio di deospedalizzare l'offerta, lasciando nelle città metropolitane i centri di alta specialità e potenziando le attività territoriali. Le Ausl sono diventate aziende sanitarie provinciali (Asp), pari a 9, una per ogni provincia e coincidenti con i confini amministrativi a meno di due comuni (Lampedusa-Linosa e Capizzi) che ricadono in Asp diverse dalla provincia di appartenenza; 3 aziende ospedaliere di riferimento regionale, 2 aziende Arnas (azienda di riferimento nazionale di alta specializzazione) e 2 aziende ospedaliere-universitarie.

L'Asp assicura l'assistenza sanitaria attraverso le attività ospedaliere e le attività territoriali. L'attività ospedaliera è erogata attraverso i distretti ospedalieri, complessivamente 20 in Sicilia, che operano mediante un'organizzazione in rete al fine di assicurare all'utente l'appropriatezza del percorso di accoglienza, cura e dimissione. Essi rappresentano sia l'aggregazione di uno o più presidi ospedalieri appartenenti alle ex-Ausl con le sopresse aziende ospedaliere sia quella di altri presidi ospedalieri interni alle Ausl. I distretti ospedalieri costituiscono strutture funzionali finalizzate all'organizzazione e all'erogazione delle prestazioni di ricovero e di quelle specialistiche ambulatoriali, intra e extra-ospedaliere. L'attività territoriale dell'Asp è svolta attraverso i distretti sanitari al cui interno sono erogate le prestazioni in materia di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione.

L'Assessorato regionale della Salute mediante i due Dipartimenti, istituiti con Legge regionale n.19 del 16 dicembre 2008, ha competenze in materia di: monitoraggio sullo stato di salute della popolazione regionale e sulla performance delle Aziende sanitarie; di programmazione e coordinamento delle attività trasfusionali; di promozione della salute anche nei luoghi di lavoro e di sorveglianza sulla sanità veterinaria.

10.2 - Natalità, salute materna e abortività

La Sicilia è una regione con la natalità tra le più elevate collocandosi al quinto posto a livello nazionale, favorita anche da livelli di fecondità più elevati della media. Gli elevati livelli di assistenza raggiunti hanno determinato, nel corso degli anni, una

¹ Il capitolo è stato redatto da: Donatella Cangialosi (par. da 10.1 a 10.5) e Francesco Paolo Rizzo (par. 10.6).



forte riduzione della mortalità e morbosità materne, correlate alla gravidanza o al parto, tuttavia l'adozione di migliori standard assistenziali può contribuire a ridurle ulteriormente di almeno la metà (Iss 2012).

Le donne in età feconda al 1° gennaio 2013 costituiscono il 45,4 per cento del totale della popolazione femminile (43,6 per cento in Italia), in calo di 2,6 punti percentuali nell'ultimo decennio. Quasi la metà (il 48,2 per cento) ha almeno 35 anni, il 4,1 per cento ha la cittadinanza straniera.

10.2.1 - Natalità

Nel 2012 nascono in Sicilia 46.314 bambini, per un tasso di natalità del 9,3 per mille (Tavola 10.1). La serie della fecondità negli ultimi trent'anni evidenzia fino al 2008 livelli superiori al valore medio nazionale, allineandosi a questi a partire dal 2009. Nel 2012, le donne in età feconda residenti nella regione hanno generato in media 1,41 figli (1,42 la media nazionale). L'età media al parto, in crescita costante da decenni, come nel resto d'Italia, si assesta a 30,5 anni (27,3 nel 1980). La fecondità all'interno della regione presenta una variabilità interprovinciale non trascurabile.

Tavola 10.1 - Nati vivi, tasso di natalità, tasso di fecondità totale, età media al parto e caratteristiche della madre e del parto per provincia - Sicilia - Anno 2012 (valori assoluti, quozienti per 1.000, valori medi e valori percentuali)

PROVINCE	Nati Vivi	Tasso natalità	Tasso fecondità totale	Età media al parto	Caratteristiche della madre e del parto		
					Nati da madri con 35 anni e più	Nati da madri straniere	Parti cesarei (a)
Trapani	3.575	8,3	1,32	30,9	25,6	7,2	36,4
Palermo	12.295	9,9	1,49	30,6	25,6	5,0	36,1
Messina	5.323	8,2	1,27	31,1	30,0	9,1	37,6
Agrigento	3.878	8,7	1,35	30,6	24,3	6,8	49,3
Caltanissetta	2.569	9,4	1,44	30,3	21,8	4,7	50,7
Enna	1.333	7,7	1,20	31,0	29,6	4,7	48,8
Catania	10.679	9,9	1,46	30,3	25,5	5,2	39,7
Ragusa	3.042	9,8	1,48	30,6	26,3	16,4	41,1
Siracusa	3.620	9,1	1,37	30,2	25,2	6,7	36,9
Sicilia	46.314	9,3	1,41	30,6	25,9	6,7	46,8
Italia	534.186	9,0	1,42	31,4	33,2	19,0	36,6

Fonte: Istat, Indagine sugli iscritti in anagrafe per nascita ed elaborazioni Istat su dati del Ministero della salute (Sdo)
(a) Con riferimento alla provincia di nascita

10.2.2 - Salute materna

Considerando i principali fattori influenti sul rischio di grave morbosità e mortalità materne (Iss 2012, Europeristat 2008), si osserva che in Sicilia nel 2012 il 25,9 per cento dei bambini nasce da donne che hanno almeno 35 anni, per le quali il rischio di mortalità materna è il doppio di quello delle donne più giovani; a livello provinciale i valori sono compresi tra 21,8 per cento nella provincia di Caltanissetta e 30 per cento in quella di Messina (Tavola 10.1). Inoltre, i bambini nati da madri di cittadinanza non italiana, le quali possono avere maggiore difficoltà ad accedere ad una adeguata

assistenza perinatale e un rischio maggiore di esiti sfavorevoli della gravidanza, sono il 6,7 per cento del totale dei nati vivi, con il valore più basso registrato nelle province di Caltanissetta ed Enna (4,7 per cento) e quello più alto a Ragusa (16,7 per cento). Infine, il ricorso al taglio cesareo, pratica che aumenta fino a tre volte il rischio di grave morbosità e mortalità materne rispetto al parto vaginale, rappresenta il 46,8 per cento dei casi, ponendo la Sicilia al secondo posto in Italia. Il differenziale rispetto al dato nazionale è di 10 punti percentuali (era di quasi 15 punti nel 2009, anno in cui nella regione ha raggiunto il picco più elevato). La provincia di Palermo presenta la quota più elevata e pari al 50,7 per cento. Per dare una misura della eccezionalità del fenomeno, basti pensare che la soglia raccomandata dall'Oms² nel 1985 – con la finalità di massimizzare il beneficio complessivo sia della madre sia del feto – è pari a 10-15 per cento (Iss 2010). Le strutture dove si fa maggior ricorso ai cesarei risultano essere quelle private accreditate e quelle di piccole dimensioni³ (Senato 2010); la scelta, inoltre, è principalmente legata a motivazioni extra-sanitarie (localizzazione e tipologia delle strutture).

10.2.3 - Aborti spontanei

Nel 2012, in Sicilia sono stati rilevati 6.411 aborti spontanei⁴, pari ad un rapporto grezzo di abortività spontanea di 139 aborti ogni mille nati vivi. In linea con la dinamica nazionale, il rapporto tende a crescere nel tempo: con riferimento all'ultimo decennio, si passa da 124 aborti ogni mille nati vivi nel 2003 a 139 nel 2012. L'età della gestante costituisce un rilevante fattore di rischio per l'aborto spontaneo, come evidenziato dalla distribuzione per età dei rapporti specifici di abortività: rispetto alle donne di 30-34 anni, il rischio di aborto spontaneo è maggiore di una volta e mezzo per quelle di 35-39 anni, di 3,6 volte per quelle di 40-44 anni.

Analizzando il rapporto standardizzato, depurato cioè dall'effetto dell'età della donna, si osserva una crescita nei primi anni '80 per poi stabilizzarsi, salvo qualche picco alla fine del novanta; dal 2009 è ripreso l'aumento di questo tasso, in tendenza opposta a quella italiana. L'età media all'aborto spontaneo aumenta di pari passo con l'aumento dell'età media al parto: in Sicilia si passa da 32,0 anni nel 2003 a 33 anni nel 2012 (da 32,7 a 34,1 in Italia).

10.2.4 - Interruzioni volontarie di gravidanza

Successivamente all'approvazione della legge 194, che nel 1978 ha legalizzato l'aborto volontario, i livelli di abortività volontaria registrati in Sicilia, sulla base delle notifiche delle lvg pervenute al sistema di sorveglianza⁵, si mantengono tra i più bassi e significativamente inferiori alla media nazionale, raggiungendo il valore più elevato nel 1982 (13 per cento), per poi decrescere costantemente: nel 2012 il tasso standardizzato di abortività volontaria si attesta al 7 per mille (-46 per cento rispetto al 1982),

² Nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 si invita a contenere il ricorso al taglio cesareo entro la soglia del 20 per cento dei parti.

³ Meno di 500 parti l'anno.

⁴ Istat, Rilevazione sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo.

⁵ A partire dal 1980 è attivo un sistema di sorveglianza epidemiologica delle lvg che coinvolge l'Istat, l'Iss e il Ministero della Salute insieme con le Regioni e le Province autonome.

al di sotto del valore medio nazionale (8,4 per mille), con un'età media della donna di 29,2 in Sicilia (30 anni in Italia) poco più bassa rispetto a quella delle donne che subiscono un'interruzione spontanea della gravidanza.

Stratificando per cittadinanza, il ricorso in Italia all'aborto volontario delle donne straniere risulta essere poco più del doppio rispetto a quello delle italiane, contribuendo ad accrescere, negli ultimi anni, il livello di abortività delle regioni con forte presenza di cittadini stranieri. In Sicilia, nel 2012 la percentuale di aborti da donne straniere è pari al 16,2 per cento e 34,1 per cento a livello nazionale. Sebbene il ricorso all'anestesia locale sia raccomandato dall'Oms nel caso di aborto chirurgico (Oms 2012), tale procedura in Sicilia è ancora molto poco diffusa: solo l'1,9 per cento delle lvg è effettuato con l'anestesia locale (6,5 per cento in Italia) mentre il 91,3 per cento delle lvg è ancora effettuato con l'anestesia generale (in Italia il 79,1 per cento). L'Oms raccomanda, inoltre, di realizzare l'intervento con metodica farmacologica nel caso di aborto prima delle nove settimane di gestazione. Gli interventi di questo tipo sono ancora poco diffusi in Sicilia costituendo il 5 per cento del totale, inferiore al dato nazionale (9,4 per cento). Complicanze post intervento possono sorgere nelle settimane di gestazione più avanzate: la percentuale di lvg praticate dopo il 90° giorno sono il 3,1 per cento in Sicilia (2,9 per cento in Italia).

10.2.5 - Prevenzione

L'attività di prevenzione nel corso della gravidanza consente di ridurre le malformazioni alla nascita e il rischio di aborto in utero. L'alimentazione durante la gestazione, la trasmissione di infezioni di natura sessuale, la rosolia congenita, la sindrome alcolico fetale sono temi all'attenzione della comunità medica e dell'opinione pubblica. Sebbene la rosolia rientri tra le infezioni a notifica obbligatoria, le schede di notifica non permettono di disporre di informazioni di dettaglio per cui, dal 2005, l'ISS ha attivato il sistema di sorveglianza sentinella della rosolia in gravidanza e della rosolia congenita. Il Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia (Pne-morc) 2010-2015 include, tra i suoi obiettivi, la riduzione dell'incidenza della rosolia congenita a meno di 1 ogni centomila nati vivi entro il 2015, in linea con le indicazioni dell'Oms. Nel periodo 2005-2013, sono stati segnalati in Italia 78 casi di rosolia congenita, 64 confermati e 14 probabili; quelli segnalati in Sicilia sono stati 5, pari a 1,2 su centomila nati vivi.

10.3 - I bambini 0-14 anni

Il quadro sintetico relativo ai minori fino a 14 anni, derivante dall'analisi di diverse fonti statistiche⁶ - di natura campionaria e amministrativa - evidenzia per la Sicilia uno stato di salute generalmente molto buono pur con la presenza, tra le principali patologie dichiarate, di alcune malattie croniche, quali quelle allergiche e l'asma sia allergica che bronchiale. La mortalità è principalmente concentrata nel primo anno di vita mentre sono estremamente ridotte sia l'incidenza sia le conseguenze legate alle malattie infettive. L'ospedalizzazione è ascrivibile oltre che a malattie dell'apparato

⁶ Per le fonti statistiche utilizzate si rimanda all'introduzione alla seconda parte del volume.

respiratorio e digerente, a traumatismi e avvelenamenti. Gli stili di vita dei bambini siciliani evidenziano minore attenzione all'adozione di comportamenti in grado di prevenire l'insorgenza delle patologie cronic-degenerative.

10.3.1 - Condizioni di salute

Nel corso del 2013, sulla base delle dichiarazioni rilasciate dalle madri o da altri familiari⁷, si rileva che il 97,8 per cento dei bambini siciliani gode di uno stato di salute buono o molto buono. Si riscontra la presenza di almeno una malattia cronica grave nell'1,1 per cento dei bambini di entrambi i sessi. Le malattie allergiche, inclusa l'asma allergica, rappresentano le patologie croniche più frequenti (6,9 per cento) e colpiscono un po' di più i maschi (7,4 per cento) rispetto alle bambine (6,4 per cento), con un minore divario rispetto al dato nazionale (11,1 per cento per i maschi e 8,6 per cento per le bambine). Considerando l'asma totale (allergica e bronchiale) la Sicilia evidenzia una prevalenza di bambini 0-14 (2,4 per cento) inferiore rispetto al dato nazionale (3,1 per cento).

10.3.2 - Mortalità generale e per causa

In base ai dati dell'indagine sulle Cause di morte, l'andamento del tasso di mortalità triennale standardizzato, relativamente ai bambini fino a 14 anni, è in lieve ma costante riduzione per l'intero periodo 2006-2011, con valori che oscillano tra il massimo di 3,2 per diecimila abitanti, nel triennio 2006-2008, e il minimo di 3 per diecimila abitanti, nel triennio 2009-2011. La realtà siciliana, per l'intera classe 0-14 anni, mostra uno scostamento dal valore nazionale sia in totale (3,8 per diecimila, con circa 800 decessi) sia per i due primi gruppi di cause, nel triennio 2009-2011 (Tavola 10.2); con una lieve prevalenza dei maschi in confronto alle bambine (4,1 per diecimila rispetto a 3,6).

Tavola 10.2 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 0-14 anni per i primi cinque gruppi di cause e Asp di residenza - Sicilia - Anni 2009-2010-2011 (media triennale per 10.000 abitanti)

ASP	Totale	Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	Malformazioni congenite	Traumatismi ed avvelenamenti	Tumori	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi
Agrigento	5,0	2,2	1,0	0,4	0,3	0,2
Caltanissetta	3,1	1,1	0,9	0,6	-	-
Catania	3,7	1,7	0,7	0,3	0,2	0,2
Enna	4,0	1,6	1,2	0,3	0,1	0,4
Messina	5,1	2,5	1,0	0,3	0,3	0,2
Palermo	3,2	1,2	0,8	0,2	0,3	0,2
Ragusa	4,1	1,6	0,7	0,7	0,3	0,3
Siracusa	3,4	1,5	0,6	0,2	0,2	0,1
Trapani	4,1	1,7	1,2	0,5	0,3	-
Sicilia	3,8	1,7	0,9	0,3	0,3	0,2
Italia	3,0	1,2	0,6	0,2	0,3	0,1

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle cause di morte

⁷ Nell'ambito dell'indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2013.

A livello di Asp, Caltanissetta e Messina evidenziano rispettivamente la prevalenza totale minore e maggiore. Con riferimento alle cinque cause di morte più frequenti, le differenze tra Asp sono soprattutto legate ai tassi relativi alle “condizioni morbose di origine perinatale” e alle “malformazioni congenite”.

10.3.3 - Morbosità ospedaliera

Ad oggi, rispetto alla media nazionale, la Sicilia si caratterizza per una maggiore propensione al ricovero in quasi tutti i gruppi di cause (quasi 290 mila casi) con un tasso standardizzato di ospedalizzazione di 128,1 per mille abitanti⁸. I tassi maschili sono superiori a quelli femminili (rispettivamente 141,4 e 114,1 per mille abitanti nel triennio 2009-2011) (Tavola 10.3). La causa di ospedalizzazione più frequente è dovuta alle “malattie dell'apparato respiratorio” (26,4 per mille), ai “sintomi e stati morbosi mal definiti” e “malattie dell'apparato digerente”; i “traumatismi e avvelenamenti” rappresentano la quarta tra le cause di ricovero più frequenti (10,1 per mille abitanti).

Tavola 10.3 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 0-14 anni per genere e i principali gruppi di cause - Sicilia e Italia - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

GRUPPI DI CAUSE	Sicilia				Italia			
	Maschi	Femmine	Totale	Variazione % media annua	Maschi	Femmine	Totale	Variazione % media annua
Malattie infettive e parassitarie	8,5	8,0	8,3	-4,0	5,7	5,1	5,4	-5,0
Tumori	2,6	2,6	2,6	-4,7	3,0	2,9	2,9	-0,7
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	9,5	9,8	9,7	-9,5	7,7	8,5	8,1	-2,4
Malattie del sangue e organi ematopoietici.	2,8	2,2	2,5	-8,0	2,4	2,0	2,2	-3,1
Disturbi psichici	5,3	2,9	4,1	-2,1	4,4	2,5	3,5	-1,6
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	7,2	6,4	6,8	-5,9	7,2	6,0	6,6	-2,1
Malattie del sistema circolatorio	2,2	1,4	1,8	-5,1	1,9	1,1	1,5	-3,2
Malattie dell'apparato respiratorio	29,0	23,7	26,4	-5,0	21,0	16,7	18,9	-4,2
Malattie dell'apparato digerente	11,0	9,9	10,5	-7,3	9,7	8,1	8,9	-4,5
Malattie del sistema genitourinario	8,2	5,1	6,6	-4,8	7,6	3,8	5,8	-3,2
Complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio	-	0,3	0,1	0,5	-	0,1	0,1	-2,2
Malattie della cute e tessuto sottocutaneo	2,3	2,1	2,2	-12,4	1,9	1,7	1,8	-6,2
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	2,6	2,9	2,7	-3,4	2,7	2,9	2,8	-2,1
Malformazioni congenite	11,2	6,9	9,1	-0,7	10,5	6,2	8,4	-0,7
Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	9,5	8,4	9,0	-6,9	11,0	9,5	10,3	-2,1
Sintomi segni e stati morbosi maldefiniti	16,5	14,7	15,6	-4,8	10,4	9,5	10,0	-4,1
Traumatismi ed avvelenamenti	13,0	7,0	10,1	-7,6	10,0	5,8	7,9	-5,6
Totale	141,4	114,1	128,1	-5,7	117,0	92,6	105,2	-3,4

Fonte: Elaborazioni Istat su dati Ministero della Salute (Sdo)

⁸ L'analisi è condotta sulle Sdo elaborate per residenza del paziente e aggregate per trienni mobili. Le finalità con le quali si possono utilizzare i dati provenienti da questa rilevazione sono sia di natura organizzativo-gestionale sia di natura clinico-epidemiologica.

La diminuzione dell'ospedalizzazione in Sicilia è superiore di quella rilevata a livello nazionale nel triennio 2009-2011 (-5,7 per cento), tendenza che caratterizza tutti i principali gruppi di cause considerate soprattutto per le malattie della cute e quelle endocrine, nutrizionali e metaboliche. La variabilità fra Asp è significativa, sia rispetto al totale della mortalità sia rispetto ai singoli gruppi di cause (Tavola 10.4).

10.3.4 - Prevenzione primaria: la vaccinazione

Per quanto riguarda la vaccinazione infantile, particolare rilevanza assume quella raccomandata per morbillo, parotite e rosolia, poiché non ha ancora raggiunto né i livelli di copertura (95 per cento) né l'omogeneità territoriale necessaria per garantire gli obiettivi fissati dall'Oms nella Health21⁹, tanto che la nuova scadenza è stata spostata al 2015. Inoltre, per quanto riguarda la rosolia, nonostante i tassi di copertura

Tavola 10.4 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 0-14 anni per i primi otto gruppi di cause e Asp di residenza - Sicilia - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASP	Totale	Malattie dell'apparato respiratorio	Sintomi segni e stati morbosi maldefiniti	Malattie dell'apparato digerente	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie endocrine, nutriz., metab., disturbi imm.	Malformazioni congenite	Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	Mattie infettive e parassitarie
Agrigento	129,1	27,5	17,3	10,3	11,2	14,2	8,6	6,9	7,1
Caltanissetta	148,5	34,0	22,0	11,4	12,7	9,8	9,3	10,9	8,0
Catania	123,0	22,0	19,0	8,9	9,1	8,2	8,4	8,9	6,5
Enna	159,4	44,3	17,5	12,7	12,7	11,1	7,7	9,4	11,1
Messina	138,6	23,0	16,2	9,3	8,5	10,9	12,3	12,5	9,8
Palermo	121,2	25,6	10,9	11,0	9,2	9,1	9,1	8,1	10,9
Ragusa	119,7	28,6	19,8	10,8	10,7	7,9	7,1	5,0	4,1
Siracusa	134,6	30,9	16,2	14,0	10,6	8,7	8,5	10,8	7,2
Trapani	121,9	26,3	9,5	10,5	12,7	10,5	9,2	8,9	7,2
Sicilia	128,1	26,4	15,6	10,5	10,1	9,7	9,1	9,0	8,3
Italia	105,2	18,9	10,0	8,9	7,9	8,1	8,4	10,3	5,4

Fonte: Elaborazioni Istat su dati Ministero della Salute (SDO)

raggiunti siano potenzialmente sufficienti a contenerne la trasmissione, è possibile che le strategie vaccinali selettive attuate fino alla fine degli anni '90 (circolare 12 luglio n.13 del 1999) abbiano mantenuto un livello di suscettibilità compatibile con nuove epidemie. I tassi di copertura vaccinale in Sicilia, per entrambe le infezioni, sono inferiori al dato nazionale (Figura 10.1).

Osservando le distribuzioni stimate dei casi di morbillo (Tavola 10.5) e rosolia per Asp, a partire dal 2003 è visibile una generalizzata riduzione di entrambe le infezioni. Le onde epidemiche del 2008 (rosolia) e del 2009 (morbillo), (rispettivamente 132 e 289 casi) evidenziano:

- nel caso del morbillo: la metà dei casi sono diffusi nella Asp di Catania
- nel caso della rosolia: una concentrazione nell'Asp di Messina (108 casi pari all'81 per cento).

⁹ Riduzione della trasmissione indigena di morbillo per il 2007 e la sua eliminazione per il 2010, <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health21-health-for-all-in-the-21st-century>.

Figura 10.1 - Notifiche mensili di morbillo e rosolia (asse sinistro, valori assoluti) - Sicilia (linea continua) e tassi di copertura Mpr (asse destro, valori percentuali, punti) - Anni 2000-2009

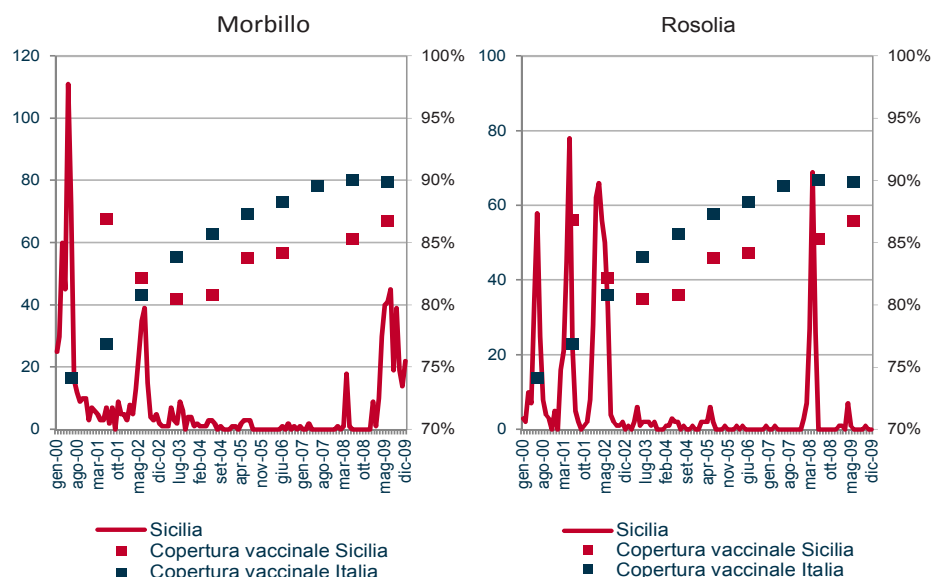


Tavola 10.5 - Notifiche di morbillo per anno, per provincia e Asp di notifica - Sicilia - Anni 2000-2009 (valori assoluti e percentuali)

PROVINCIA	Asp	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Trapani	Trapani	50	1	30	1	2	2	-	-	4	-
Palermo	Palermo	265	22	39	8	-	-	-	-	6	3
Messina	Messina	9	5	9	10	3	2	2	-	1	43
Agrigento	Agrigento	-	10	3	1	-	-	-	-	8	36
Caltanissetta	Caltanissetta	45	2	37	2	1	1	2	-	-	38
Enna	Enna	8	7	8	2	1	3	1	-	1	1
Catania	Catania	15	3	26	12	2	5	-	2	1	142
Ragusa	Ragusa	8	4	4	-	4	-	-	-	-	10
Siracusa	Siracusa	3	5	-	3	1	-	-	-	-	16
Sicilia		403	59	156	39	14	13	5	2	21	289
Italia		1457	826	18020	11978	686	215	571	595	5312	759

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute (Indagine sulle notifiche di malattie infettive)

10.3.5 - Stili di vita

In base ai risultati dell'indagine Aspetti della vita quotidiana 2012, i bambini siciliani (di età compresa tra 3 e 14 anni) iniziano la giornata con una colazione adeguata quasi nel 90 per cento dei casi. I maschi sembrano essere poco più ligi nel seguire questa buona prassi (90,3 per cento ma, comunque, inferiore rispetto al valore riscontrato, relativamente alla medesima abitudine, sia a livello nazionale sia tra i maschi coetanei). Gli altri comportamenti presi in considerazione evidenziano, invece,

una maggiore disaffezione al consumo di verdura rispetto alla media italiana (26,5 per cento nel 2012 rispetto al 33,9 per cento) e, considerando i risultati dell'indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2013, una maggiore sedentarietà (47,0 per cento rispetto a 27,5 per cento), che si riflette anche in una minore percentuale di persone che svolge attività fisica moderata (25,3 per cento) o pesante (15,3 per cento) rispetto al dato nazionale (rispettivamente 32,9 per cento e 28 per cento). Allo stesso tempo, nel triennio 2009-2011, la quota di maschi in sovrappeso, di età compresa fra 6 e 17 anni è significativamente maggiore di quella nazionale (37,3 per cento rispetto a 26,6 per cento). Infine, le bambine sono più sedentarie dei coetanei maschi (50,3 per cento rispetto a 44 per cento), più inclini a mangiare verdura (27,2 per cento rispetto a 25,8 per cento) ma anche meno in sovrappeso (26,5 per cento rispetto a 37,3 per cento).

10.4 - Gli adolescenti e i giovani adulti 15-34 anni

Al 1° gennaio 2013 un quarto della popolazione siciliana è rappresentato da giovani di 15-34 anni (pari a 1.228.944): a prevalere è il genere maschile, sia complessivamente (102,7 maschi ogni 100 femmine) sia in ciascuna delle nove Asp in cui è articolato il territorio regionale, con un'incidenza maggiore nella Asp di Ragusa (104,7 per cento), minore in quella di Caltanissetta (101,2 per cento). L'allungamento della vita media e il conseguente processo di invecchiamento della popolazione hanno influito sulla riduzione della percentuale dei giovani che, nell'ultimo decennio, è passata dal 28,4 al 24,6 per cento della popolazione residente.

10.4.1 - Condizioni di salute

Lo stato di salute percepito dai giovani di 15-34 anni riflette una visione positiva del proprio benessere fisico, strettamente legata alla scarsa presenza di patologie gravi in questa fase del ciclo di vita. Infatti, in Sicilia il 92,3 per cento degli individui appartenenti a questa fascia di età dichiara di essere in buono stato di salute, ovvero di stare bene o molto bene, maggiormente i maschi rispetto alle femmine. Solo il 6,4 per cento esprime un giudizio meno positivo sulle proprie condizioni di salute (né bene né male); le giovani donne prevalgono in questo tipo di valutazione.

L'indagine Istat sulle condizioni di salute al 2013 evidenzia, per entrambi i sessi, la prevalenza delle malattie allergiche (compresa l'asma allergica) tra le malattie croniche dichiarate (13 per cento sul totale delle persone di 15-34 anni di età), cui segue la cefalea con quote più elevate per le donne (10,1 per cento) rispetto agli uomini (3,8 per cento), in linea con la media italiana. Il genere femminile prevale anche nel caso delle malattie della tiroide. Rispetto al 2005 si evidenzia l'incremento più marcato per le allergie e la cefalea.

Con riferimento alle malattie sessualmente trasmissibili (in particolare la sifilide), i giovani rappresentano una delle categorie normalmente considerata a più elevato rischio, anche per l'adozione di comportamenti non supportati da un adeguato livello di consapevolezza.

In base ai dati derivanti dalle notifiche di malattia infettiva, relativamente al pe-

riodo 2000-2009 per la sifilide si evidenzia un andamento in crescita tendenziale, sia a livello nazionale sia in Sicilia (27 casi nel 2009). Per quanto riguarda l'epatite B, invece, il trend è tendenzialmente decrescente nel decennio considerato, principalmente a seguito dell'introduzione nel 1991 della vaccinazione obbligatoria per tutti i neonati (26 nel 2009).

10.4.2 - Morbosità ospedaliera

Nella regione Sicilia, il ricorso all'ospedalizzazione per acuti da parte dei giovani di 15-34 anni di ambedue i sessi tende a diminuire nel tempo (-5,4 per cento nel triennio 2009-2011 rispetto al triennio 2006-2008), in misura superiore al dato nazionale (-2,9 per cento) in seguito alle politiche di contenimento dei posti letto negli ospedali. La media del tasso di ospedalizzazione nel triennio 2009-2011 si mantiene al di sopra della media italiana (121 rispetto a 112,2), con una consistenza pari a 454 mila ricoveri.

La significativa differenza di genere dell'incidenza ospedaliera che si osserva in questa fascia di età, quella femminile essendo il doppio di quella maschile (Tavola 10.6), è dovuta principalmente ai ricoveri per parto e puerperio, compresi nel gruppo "complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio". Questa causa risulta essere la prima che motiva la richiesta di assistenza ospedaliera per le giovani donne, la cui fase del ciclo di vita è caratterizzata dal concepimento e nascita della prole. La

Tavola 10.6 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 15-34 anni: per genere, i primi cinque gruppi di cause e Asp di residenza - Sicilia - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

Asp	Maschi						Femmine					
	Totale	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie dell'apparato digerente	Malattie del sistema circolatorio	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	Totale	Complicazioni della gravidanza etc.	Malattie dell'apparato digerente	Malattie del sistema genito-urinario	Tumori	Malattie endocrine, nutriz., metab., disturbi imm.
Agrigento	69,7	12,3	9,1	5,1	5,5	5,1	145,3	85,0	9,0	8,9	7,2	3,0
Caltanissetta	94,3	17,2	12,2	6,4	7,2	6,7	194,1	106,5	12,4	12,4	10,0	4,3
Catania	88,0	17,6	10,9	7,5	6,1	6,3	175,2	96,2	11,8	11,6	8,5	5,8
Enna	90,7	14,0	11,1	6,0	9,9	6,6	196,0	98,7	12,0	19,3	9,2	7,3
Messina	85,4	15,3	9,7	7,3	5,9	6,6	154,7	72,4	10,8	11,5	8,8	8,8
Palermo	69,5	12,7	9,2	6,4	5,1	5,2	147,3	86,4	10,4	8,5	7,4	4,4
Ragusa	85,6	16,5	12,7	5,2	7,5	5,7	166,6	91,0	14,1	9,9	7,5	3,4
Siracusa	85,4	14,8	12,0	6,1	6,9	6,5	166,5	89,5	14,8	11,3	7,0	3,7
Trapani	75,8	16,7	8,7	5,0	5,6	6,0	150,3	88,0	8,7	11,6	7,6	3,5
Sicilia	80,5	15,1	10,3	6,4	6,1	5,9	161,5	88,9	11,2	10,7	8,0	5,0
Italia	71,9	14,5	8,7	5,3	6,1	8,1	152,7	86,4	9,4	12,2	6,2	3,8
Variazione percentuale media annua												
Agrigento	-7,0	-11,3	-6,5	-2,0	-1,7	-7,6	3,9	-0,7	-6,6	-9,8	-8,0	-10,3
Caltanissetta	-7,9	-10,0	-3,7	-2,2	-3,5	-9,9	6,6	-4,2	-6,0	-10,1	-9,5	-11,3
Catania	-6,4	-4,9	-8,7	-1,6	-4,2	-5,9	4,9	-2,5	-8,9	-6,3	-7,5	-5,9
Enna	-6,5	-6,8	-4,7	-0,4	-1,9	-7,3	5,2	-3,8	-5,0	-4,7	-11,3	-1,8
Messina	-5,9	-6,4	-6,4	-1,5	-4,4	-9,7	6,1	-3,6	-7,1	-9,7	-6,8	-8,1
Palermo	-5,2	-5,0	-6,5	-2,5	-2,3	-3,5	4,0	-1,6	-6,2	-8,7	-7,0	-8,9
Ragusa	-6,8	-10,4	-5,0	-5,2	-5,6	-7,9	5,4	-3,0	-6,2	-11,9	-7,5	-7,6
Siracusa	-6,3	-10,6	-2,8	-4,1	0,5	-8,7	3,9	-1,0	-2,0	-6,9	-8,9	-8,5
Trapani	-8,0	-12,1	-5,7	-3,0	-2,2	-6,9	5,0	-1,9	-8,1	-6,7	-10,1	-6,3
Sicilia	-6,4	-7,6	-6,3	-2,3	-3,0	-6,9	4,9	-2,3	-6,7	-8,1	-7,9	-7,7
Italia	-3,8	-5,5	-3,3	-2,7	-1,7	-3,1	2,4	-1,0	-3,3	-3,0	-3,6	-4,7

seconda causa di ospedalizzazione è rappresentata dalle “malattie dell’apparato digerente” (11,2 per mille). Per i maschi, come nel resto del Paese, non si riscontra una così forte prevalenza di una causa rispetto alle altre; i “traumatismi e avvelenamenti” (15,1 per mille casi) costituiscono la prima causa di ricovero. L’analisi dei tassi di ricovero per Asp mostra che Caltanissetta ed Enna hanno le più elevate incidenze per la maggior parte delle principali cause di ricovero e per entrambi i sessi. Le variazioni percentuali medie annue, tra i due trienni del periodo 2006-2011, mostrano una tendenza alla riduzione per tutte le principali cause, seppure con intensità diversa, e comunque maggiori rispetto alla media nazionale per alcuni gruppi (malattie del sistema genitourinario, tumori e malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche). L’entità della morbosità è tale, in molti casi, da non necessitare di un ricovero in ospedale, rivelandosi più appropriato il trattamento ambulatoriale.

10.4.3 - Mortalità generale e per causa di morte

Il buono stato di salute degli adolescenti e dei giovani adulti è caratterizzato dall’assenza di patologie croniche e di malattie infettive (la cui prevenzione è stata già fatta da bambini). Il ricorso all’ospedalizzazione è motivato, in prevalenza, da eventi traumatici o, per le donne, da difficoltà legate alla gravidanza. Queste condizioni fanno sì che la mortalità giovanile in Sicilia (calcolata per la classe di età 15-34) risulti

Tavola 10.7 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 15-34 anni: per genere, i primi quattro gruppi di cause e Asp di residenza- Sicilia - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

Asp	Maschi					Femmine				
	Totale	Traumatismi ed avvelenamenti	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Totale	Tumori	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie del sistema circolatorio	Malattie endocrine, nutriz., metab., disturbi imm.
Agrigento	5,9	3,2	0,6	0,6	0,5	2,5	0,7	0,3	0,4	0,3
Caltanissetta	6,6	4,1	1,0	0,4	0,2	2,2	0,9	0,3	0,2	0,1
Catania	6,4	3,8	0,8	0,7	0,3	2,1	0,8	0,5	0,3	0,1
Enna	5,0	2,5	1,5	0,4	0,2	2,6	0,5	0,6	0,5	0,2
Messina	4,6	2,4	0,8	0,4	0,2	2,8	0,9	0,7	0,1	0,2
Palermo	5,3	2,8	0,8	0,7	0,1	1,9	0,9	0,3	0,1	0,1
Ragusa	7,1	4,0	1,2	0,4	0,3	2,2	0,7	0,8	0,3	0,2
Siracusa	6,1	3,3	1,0	0,1	0,3	2,3	0,8	0,4	0,1	0,3
Trapani	6,3	3,5	1,0	0,6	0,4	1,7	0,5	0,4	0,2	0,2
Sicilia	5,8	3,2	0,9	0,6	0,3	2,2	0,8	0,4	0,2	0,2
Italia	5,4	3,1	0,8	0,4	0,2	2,1	0,7	0,7	0,2	0,1
Variazione percentuale media annua										
Agrigento	1,2	2,6	-7,8	-3,1	13,2	-2,6	10,8	16,3	-6,5	28,4
Caltanissetta	-3,1	-0,7	-6,2	1,8	3,0	-11,5	0,9	33,6	-9,9	-13,2
Catania	-5,1	-7,1	-4,7	8,2	-0,8	6,0	-2,0	10,2	-5,8	-11,0
Enna	-5,3	-8,7	8,4	-7,3	-14,7	10,0	2,2	10,1	-	-
Messina	-2,2	-6,1	-2,8	-3,7	5,3	9,7	19,0	-2,6	10,1	52,4
Palermo	-2,7	-4,8	-0,9	5,6	-12,1	-1,0	3,3	-3,7	-8,4	-20,7
Ragusa	-2,8	-6,7	6,8	-17,0	2,6	0,4	28,9	10,5	1,4	19,3
Siracusa	-1,7	-2,7	4,8	-25,3	0,8	-1,5	-5,7	10,7	14,5	43,0
Trapani	-4,0	-4,7	10,1	2,2	11,4	2,7	1,2	-4,1	11,1	-
Sicilia	-3,1	-4,8	-2,5	0,5	0,9	-1,6	0,7	-9,3	-5,0	8,0
Italia	-3,7	-5,2	-0,8	-2,2	-0,2	-1,4	-0,4	-3,6	-1,2	3,0

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Indagine sulle cause di morte



molto bassa (4 per diecimila individui della stessa età, con 1.500 decessi): maggiore per i maschi (5,8) e minore per le femmine (2,2), in linea con il dato nazionale e in costante riduzione tra il 2006 e il 2011.

I traumatismi, prima causa di morte per questa fascia di età, nel triennio 2009-2011 sono 700 in Sicilia con prevalenze nelle Asp di Caltanissetta e di Ragusa (Tavola 10.7). Tra le cause esterne di traumatismo, la tipologia prevalente è rappresentata dagli "incidenti di trasporto" (1,0 morti per diecimila individui della stessa età), soprattutto tra i maschi, per i quali il tasso standardizzato di mortalità è pari a 1,8. La mortalità per tumore maligno (pari a 0,8) vede prevalere innanzitutto, pur nell'esiguità numerica dei casi, sia nei maschi sia nelle femmine, i tumori del sistema linfatico-ematopoietico (0,2); seguono i tumori al seno, per le giovani donne, e i tumori della laringe, trachea, bronchi e polmoni per i maschi. I tassi di mortalità, oltre la quarta causa, sono pari o inferiori a 0,2 per diecimila individui della stessa età, sia per i maschi che per le femmine.

10.4.4 - Incidentalità stradale

La mortalità per incidenti da mezzi di trasporto caratterizza i rischi di morte degli adolescenti e dei giovani adulti¹⁰. I dati di cui alla rilevazione Istat sull'incidentalità stradale con lesioni alle persone indicano che in Sicilia, nel 2012, il numero delle giovani vittime della strada sono 84, pari a oltre un terzo del totale dei decessi (36,7 per cento), superando l'incidenza della stessa classe di età a livello nazionale (28,3 per cento, con 1.064 morti in Italia per la stessa classe): si tratta, in prevalenza, di maschi (78,5 per cento).

La mortalità per incidentalità stradale in Sicilia è in diminuzione nel decennio 2001-2010 (-23,6 per cento, sebbene inferiore alla media nazionale), in particolare per i giovani (-10,8 per cento) accelerando il ritmo di riduzione nel primo biennio della seconda decade 2011-2020 (-13,4 per cento), in linea con l'obiettivo comunitario di dimezzamento dei morti sulle strade. Tra le campagne comunicative sulla sicurezza stradale promosse in Italia, quelle rivolte ai giovani sono state finalizzate a modificarne i comportamenti, non solo relativamente al consumo di alcol e droghe, ma anche all'uso del casco e del cellulare alla guida.

La riduzione della mortalità mostra evidenti divari territoriali tra le Asp: prescindendo da quella di Enna, dove proprio nel 2010 non si verificano morti, la maggiore diminuzione del decennio si registra a Ragusa (-38,5 per cento); a Catania si rileva un incremento (38,5 per cento).

Nel 2012 il tasso di mortalità standardizzato riferito alle giovani vittime di incidenti in Sicilia (6,7 per centomila abitanti) è ben al di sotto della media nazionale. Nel confronto tra le Asp, i valori più elevati si registrano in quelle di Siracusa e Ragusa, dove è prevalente, come si è visto, la causa di morte per traumatismo da incidente (Tavola 10.8).

Le giovani vittime della strada in Sicilia sono, nel 70,2 per cento dei casi, conducenti di autovetture o di veicoli a due ruote, il 27,2 passeggeri e il residuo sono

¹⁰ Nel confrontare i decessi dell'indagine sugli incidenti stradali con quelli delle cause di morte relativi agli "incidenti di trasporto", occorre tenere in considerazione le diverse definizioni e caratteristiche delle due fonti, per le quali si rimanda alla nota metodologica.

Tavola 10.8 - Tassi standardizzati di mortalità e di lesività per incidentalità stradale della popolazione 15-34 anni per Asp di evento - Sicilia – Anni 2011 e 2012 (valori per 100.000 abitanti e differenze assolute 2010-2001)

ASP	Tasso di mortalità standardizzato			Tasso di lesività standardizzato		
	2011	2012	Differenze 2010-2001	2011	2012	Differenze 2010-2001
Agrigento	6,4	3,5	-0,3	482,7	372,7	55,8
Caltanissetta	8,7	5,6	0,5	761,9	602,2	170,7
Catania	7,5	9,0	4,0	746,8	651,1	34,3
Enna	4,8	2,2	-14,2	472,3	406,6	145,2
Messina	7,9	3,2	-1,0	704,1	602,7	-142,7
Palermo	6,8	4,2	1,0	835,2	748,6	-47,5
Ragusa	12,6	11,7	-5,1	907,9	760,4	-69,9
Siracusa	2,9	13,2	-2,0	954,2	747,1	-74,2
Trapani	13,6	9,9	-1,1	922,9	762,3	-389,2
Sicilia	7,7	6,7	..	772,9	657,7	-44,5
Italia	9,0	8,2	-7,4	928,3	829,3	-284,5

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Rilevazione sugli incidenti stradali con lesioni alle persone

pedoni. Il 44 per cento si trovava a bordo di un autovettura e poco più della metà su un veicolo a due ruote (motociclo, ciclomotore, bicicletta).

10.4.5 - Stili di vita

Rispetto alla salute individuale, i comportamenti della popolazione in età adulta cosiddetti "a rischio" sono spesso il frutto di abitudini sviluppate in giovane età, come alimentazione scorretta, uso di sostanze nocive legali e illegali, scarsa attività fisica.

Con riferimento all'abitudine al fumo, la quota dei giovani siciliani fumatori è pari al 24 per cento, ma con peso fortemente diversificato rispetto al genere: i fumatori maschi sono il 33,4 per cento, più del doppio delle giovani donne (14,3 per cento). Tra i giovani che hanno smesso di fumare (7,7 per cento) c'è una lieve prevalenza dei maschi, con uno scostamento dalla media nazionale che si attesta intorno al 10 per cento.

L'alcol costituisce un importante fattore di rischio per la salute. Nel 2013 il 10,4 per cento dei giovani siciliani ha adottato almeno un comportamento a rischio (in misura comunque inferiore al dato nazionale pari al 15 per cento), con una maggiore incidenza per i maschi (15,9 per cento) rispetto alle femmine (4,4 per cento).

È noto che cattive abitudini alimentari influiscono sul peso di una persona e che l'eccesso ponderale costituisce un rilevante fattore di rischio per l'insorgenza di alcune patologie metaboliche, cardiovascolari e tumorali, soprattutto in alcune fasi del ciclo di vita. In Sicilia, quasi il 70 per cento delle persone di 18-34 anni è in condizione di normopeso, il 20,4 per cento è in sovrappeso. I giovani che dichiarano di praticare almeno un'attività fisica nel tempo libero (di tipo leggero, moderato o intensivo) sono appena il 56 per cento del totale mentre, ben il 44 per cento non svolge nessuna attività.

Riguardo all'alimentazione, i giovani siciliani che dichiarano di consumare almeno una porzione di verdura al giorno sono il 40 per cento (più le ragazze dei ragazzi della stessa fascia d'età), un'incidenza sostanzialmente in linea con la media nazionale.



10.5 - Gli adulti di 35-64 anni

In Sicilia, la popolazione adulta compresa fra 35 e 64 anni rappresenta una quota della popolazione residente pari al 41,3 per cento (2.066.121 persone) al 1° gennaio 2013: il rapporto di genere è di 93,9 maschi ogni 100 femmine. Relativamente a questi dati si registrano, a livello di singole ASP, valori che non si discostano molto da quelli regionali, con un minore peso demografico degli adulti nella Asp di Caltanissetta (40,3 per cento) e una maggiore incidenza dei maschi nelle Asp di Ragusa e Siracusa (96,8 per cento).

10.5.1 - Condizioni di salute

L'indagine multiscopo sulle Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari del 2013 mette in luce le buone condizioni di salute della popolazione adulta. In Sicilia, le persone in buono stato di salute (che dichiarano di stare bene o molto bene) sono il 68,9 per cento, un livello tuttavia inferiore alla media nazionale (71,1 per cento). La verifica della dimensione soggettiva rappresenta un momento di sintesi efficace per la valutazione complessiva dello stato di salute, in quanto fortemente correlata alla mortalità, alla presenza di malattie croniche, alla disabilità e ai consumi sanitari. Gli indicatori di salute, basati sulla presenza di patologie croniche, segnalano che l'11,7 per cento della popolazione adulta dichiara di essere affetto da una malattia cronica grave mentre il 12,8 per cento presenta problemi di multicronicità (dichiara di soffrire di almeno tre malattie croniche). In linea con il dato nazionale, le malattie croniche più diffuse sono quelle cardiovascolari (18,1 per cento), l'artrosi/artrite, l'ipertensione arteriosa e l'emicrania ricorrente, con prevalenze intorno al 16 per cento ad eccezione dell'ultima. Nel confronto con il 2005 aumentano le allergie e le malattie della tiroide e diminuisce l'artrosi e artrite. La popolazione femminile adulta presenta nella maggior parte dei casi tassi di morbosità cronica dichiarata più elevati di quella maschile, sia a livello regionale sia a livello nazionale. Differenziali di genere più marcati si evidenziano per l'artrosi/artrite (21,4 per cento), le malattie della tiroide (11,6 per cento), l'emicrania ricorrente (17,2 per cento), e l'osteoporosi (8,8 per cento).

10.5.2 - Morbosità ospedaliera

In linea con l'andamento del fenomeno a livello nazionale, in Sicilia i ricoveri per acuti degli adulti tendono progressivamente a ridursi sia per le donne che per gli uomini. L'analisi in serie storica mostra, infatti, una riduzione del 6,6 per cento per ambedue i sessi, superiore di quasi tre punti percentuali al dato nazionale (-3,8 per cento). In totale, nell'arco del triennio 2009-2011, il tasso standardizzato di ospedalizzazione regionale per mille abitanti, per la classe 35-64, è pari a 150,7 (131,1 il dato nazionale) con 926 mila ricoverati; il livello raggiunto relativamente alla componente femminile di popolazione è 154,8, per quella maschile è 146,7¹¹. I tassi di dimissione ospedaliera generali e per causa registrano valori superiori alla media nazionale da

¹¹ Al fine di una corretta interpretazione dei risultati è opportuno ricordare che la prevalenza dei ricoveri femminili nella fascia di età in questione è da ricondurre in larga parte ai ricoveri legati al parto e non a fenomeni connessi a specifiche patologie.

5 a 3 punti percentuali per le malattie circolatorie, dell'apparato digerente, tumori e malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e i disturbi immunitari.

Per i maschi la principale causa di ricorso all'assistenza ospedaliera è riconducibile alle patologie cardiovascolari, cui seguono le malattie dell'apparato digerente e i tumori. A prescindere dal parto, il genere femminile ricorre ai servizi ospedalieri prevalentemente a causa di tumori, patologie del sistema genitourinario e malattie dell'apparato digerente (Tavola 10.9).

Per entrambi i sessi, i tassi di ricovero presentano un'ampia variabilità all'interno delle Asp, sia in termini di intensità sia in termini di variazione rispetto al triennio 2006-2008. I tassi di ospedalizzazione sono superiori alla media regionale nella Asp di Enna per entrambi i generi, sia nel totale sia per le prime cause di ricovero.

Tavola 10.9 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 35-64 anni per genere, i primi cinque gruppi di cause e Asp di residenza - Sicilia - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

Asp	Maschi					Femmine						
	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Malattie dell'apparato digerente	Tumori	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	Totale	Tumori	Malattie del sistema genitourinario	Complicazioni della gravidanza etc.	Malattie dell'apparato digerente	Malattie del sistema circolatorio
Agrigento	133,7	25,8	20,0	15,4	9,9	9,4	134,8	20,5	18,1	17,3	13,9	13,6
Caltanissetta	170,9	31,7	24,7	20,2	12,2	11,8	181,7	26,4	23,5	19,7	16,1	17,3
Catania	153,4	27,9	24,8	18,0	12,4	10,8	165,8	25,4	20,7	20,0	17,6	15,5
Enna	182,9	32,7	27,3	19,9	11,6	11,8	225,3	28,3	44,2	21,7	17,9	18,9
Messina	164,6	37,6	21,7	19,0	12,4	11,5	172,5	24,1	20,8	18,2	14,6	19,2
Palermo	132,7	25,5	21,5	16,5	10,6	8,1	134,6	20,7	14,9	18,2	14,2	12,6
Ragusa	143,9	28,3	24,0	16,1	11,1	9,0	147,6	21,0	14,5	19,3	18,5	15,3
Siracusa	145,7	26,6	20,2	15,7	10,8	11,9	156,6	23,7	19,8	17,8	15,6	15,8
Trapani	129,4	25,8	19,2	15,0	11,2	8,8	135,6	18,7	20,5	17,6	13,5	12,3
Sicilia	146,7	28,6	22,3	17,2	11,4	10,0	154,8	22,8	19,5	18,7	15,5	15,1
Italia	123,1	21,2	19,1	14,5	10,7	13,2	139,4	19,8	20,0	21,8	12,0	11,8

	Variazione percentuale media annua											
Agrigento	-6,9	-5,8	-4,7	-4,6	-7,8	-5,4	-5,8	-2,8	-7,1	1,9	-4,6	-6,2
Caltanissetta	-8,1	-6,3	-3,6	-7,4	-6,9	-10,4	-8,4	-6,7	-10,9	-2,4	-5,9	-8,0
Catania	-7,1	-4,0	-6,5	-5,8	-3,1	-6,8	-6,6	-4,7	-7,2	0,3	-6,9	-6,3
Enna	-6,8	-4,3	-4,8	-7,4	-4,7	-6,8	-6,3	-5,6	-6,8	-1,0	-7,9	-5,1
Messina	-6,2	-2,2	-4,6	-4,9	-3,9	-8,8	-6,9	-5,2	-8,4	-1,1	-7,5	-6,0
Palermo	-5,7	-4,8	-4,2	-3,5	-2,6	-5,2	-6,0	-3,5	-10,7	0,8	-4,9	-6,4
Ragusa	-6,5	-3,2	-6,5	-4,7	-8,7	-8,9	-7,2	-5,2	-10,4	-0,2	-6,5	-7,4
Siracusa	-6,5	-4,5	-5,5	-3,9	-8,7	-9,4	-6,2	-2,3	-10,9	0,1	-4,7	-5,8
Trapani	-7,7	-6,1	-5,0	-5,1	-10,3	-8,5	-7,1	-5,4	-7,2	-0,7	-7,0	-7,0
Sicilia	-6,6	-4,3	-5,1	-5,0	-5,3	-7,5	-6,6	-4,4	-8,8	..	-6,1	-6,4
Italia	-4,1	-4,5	-3,5	-3,8	-3,3	-2,9	-3,6	-2,9	-3,2	0,9	-3,8	-6,0

Fonte: Elaborazione Istat su dati del Ministero della Salute (Sdo)

10.5.3 - Mortalità generale e per causa di morte

Il buono stato di salute generale che caratterizza la classe di età 35-64 anni è confermato nella regione da un non elevato tasso standardizzato di mortalità (circa 17 mila i deceduti nel totale della classe), sia per i maschi che per le femmine, con livelli che nella media del triennio 2009-2011 sono pari, rispettivamente, a 36,9 e 20,8 ogni diecimila residenti della stessa età e dello stesso genere ma superiori alla media



nazionale (Tavola 10.10). Contributi importanti al declino della mortalità sono da ricercarsi in fattori sia individuali che di sistema. La classe di età in esame è caratterizzata dal fenomeno della super-mortalità maschile, le cui determinanti sono tradizionalmente riconducibili ai diversi comportamenti e stili di vita adottati dai due sessi. I maggiori imputati sono il tabagismo, l'alcolismo e la guida pericolosa, più diffusi tra gli uomini che tra le donne, ma anche i rischi derivanti dalla diversa attività lavorativa. L'analisi della mortalità per residenza del deceduto e per causa mostra, per entrambi i generi, un'elevata concentrazione nei primi tre gruppi di cause prevalenti: tumori (13,4 per diecimila, con 8 mila casi), malattie del sistema circolatorio (6,4 per diecimila, con quasi 4 mila casi) e cause esterne da traumatismo e avvelenamento (1,9 per diecimila, con circa 1.100 casi), che rappresentano circa il 76 per cento delle cause di morte per i maschi e il 77 per cento per le femmine. La mortalità per "tumori maligni" rappresenta la prima causa di morte nell'età adulta: nel triennio considerato, l'incidenza femminile è di 11,4 per diecimila residenti mentre quella maschile è di 14,7 per diecimila. Rispetto agli organi colpiti, si evidenziano ulteriori differenze di genere:

Tavola 10.10 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 35-64 anni per genere, i primi cinque gruppi di cause di morte e Asp di residenza - Sicilia - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

Asp	Maschi						Femmine					
	Totale	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie dell'apparato digerente	Malattie endocrine, nutriz., metab., disturbi imm.	Totale	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Malattie endocrine, nutriz., metab., disturbi imm.	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Malattie dell'apparato digerente
Agrigento	35,0	13,9	9,0	3,6	1,9	1,8	19,1	10,3	3,3	1,2	0,5	0,5
Caltanissetta	39,9	16,0	9,9	3,7	2,3	1,9	24,7	13,1	4,9	1,3	1,1	0,8
Catania	36,3	14,6	10,1	3,1	2,0	1,6	20,7	11,8	3,2	1,1	0,8	0,9
Enna	37,0	16,4	9,8	2,8	2,0	1,8	21,1	11,4	4,1	0,6	0,9	0,5
Messina	37,0	14,9	8,9	3,6	2,4	1,9	21,8	12,2	3,6	1,2	0,7	0,9
Palermo	38,7	16,4	9,8	2,7	2,5	1,8	20,7	11,6	3,5	1,2	0,8	0,7
Ragusa	34,1	13,8	8,8	3,3	1,6	1,9	19,3	11,1	3,0	0,9	0,6	0,8
Siracusa	38,2	14,8	10,6	3,4	2,4	1,9	21,1	12,5	3,7	0,8	0,5	0,5
Trapani	33,7	14,7	8,9	3,0	1,4	1,7	19,6	11,6	3,1	0,8	1,1	0,7
Sicilia	36,9	15,1	9,6	3,2	2,2	1,8	20,8	11,7	3,5	1,1	0,8	0,8
Italia	34,8	15,5	8,1	3,4	2,1	1,3	19,1	11,7	2,7	0,7	0,6	0,8
Variazione percentuale media annua												
Agrigento	-2,2	-3,9	0,4	1,3	-4,6	-2,7	-2,1	-2,5	-2,1	-6,0	-11,8	0,4
Caltanissetta	-1,9	-3,3	-2,2	-1,7	-3,1	0,8	1,5	0,4	3,7	-2,1	-0,1	-10,4
Catania	-1,9	-2,7	-1,4	-3,3	0,8	0,1	..	1,1	-4,5	-5,0	2,6	6,0
Enna	-1,6	1,8	-3,1	-5,3	-3,4	-0,7	3,2	6,5	-0,3	-17,2	11,3	-11,5
Messina	0,1	1,1	-3,5	3,0	-0,6	4,4	..	0,5	-5,0	10,0	-0,3	-2,3
Palermo	-0,4	-0,5	-0,4	-1,7	..	-4,9	-1,0	-1,5	-2,6	2,5	3,3	-6,9
Ragusa	-0,9	-1,5	-0,2	-1,4	-10,6	11,4	-2,9	-3,0	-2,2	-4,6	-3,6	0,6
Siracusa	0,9	-0,6	1,1	2,6	3,5	3,1	-0,2	3,7	-4,8	-11,0	11,3	-11,9
Trapani	-1,7	1,2	-2,3	-7,9	-7,9	-0,6	1,4	1,5	-2,9	-6,9	29,5	4,3
Sicilia	-0,9	-1,1	-1,2	-1,5	-1,5	-0,4	-0,3	0,2	-3,0	-2,4	3,1	-2,6
Italia	-1,5	-1,7	-2,1	-1,3	-2,1	0,6	-0,6	-0,5	-2,3	0,9	2,0	-3,5

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Indagine sulle cause di morte

in tumori maligni al seno si confermano prima causa di malattie oncologiche nelle donne (2,8 per diecimila), seguono i tumori a laringe-trachea, bronchi e polmoni; nei maschi quest'ultima categoria è la più incidente (4,7 per diecimila), cui seguono i tumori del colon. Tra le malattie circolatorie, le più rappresentate sono le cardiopatie

ischemiche e le malattie cerebrovascolari, con tassi di prevalenza degli uomini fino a tre volte più alti di quelli delle donne (9,6 contro 3,5 per diecimila). È da sottolineare come gli uomini di questa classe di età siano penalizzati anche da alti livelli di mortalità per fenomeni di natura violenta (traumatismi e avvelenamenti), oltre quattro volte più elevati di quelli delle donne (3,2 contro 0,7 per diecimila, con circa 900 decessi) e dovuti prevalentemente a “accidenti di trasporto”.

L'analisi territoriale per Asp attesta che la distribuzione della mortalità per causa varia in funzione del genere, con tassi di mortalità totale per entrambi i generi superiori alla media regionale nella Asp di Caltanissetta.

10.5.4 - Incidentalità stradale

Le evidenze emerse nell'analisi della mortalità per traumatismi, particolarmente rilevanti nei maschi di questa fascia d'età, trovano un riscontro nei dati della rileva-

Tavola 10.11 -Tassi standardizzati di mortalità e di lesività per incidentalità stradale della popolazione 35-64 anni per Asp di evento - Sicilia – Anni 2011 e 2012 (valori per 100.000 e differenze assolute 2010-2001)

ASP	Tasso di mortalità standardizzato			Tasso di lesività standardizzato		
	2011	2012	Differenze 2010-2001	2011	2012	Differenze 2010-2001
Agrigento	1,7	4,4	0,8	251,7	193,3	85,5
Caltanissetta	7,3	2,8	-2,6	334,7	307,4	84,5
Catania	4,3	4,4	-3,5	343,6	334,0	87,8
Enna	0,0	0,0	-2,3	293,5	232,4	95,9
Messina	5,5	2,5	-1,3	296,9	306,4	-48,6
Palermo	5,1	2,3	-2,1	348,4	349,0	3,7
Ragusa	6,5	5,5	-4,2	403,8	371,7	38,1
Siracusa	4,1	9,0	-3,9	438,3	361,3	18,0
Trapani	4,6	5,1	0,8	431,1	380,0	-98,1
Sicilia	4,6	3,9	-2,1	347,2	325,3	24,4
Italia	5,9	5,8	-3,8	469,7	440,4	-32,6

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Rilevazione sugli incidenti stradali con lesioni alle persone

zione sull'incidentalità stradale con lesioni alle persone. Nel 2012 gli incidenti stradali avvenuti nella regione hanno provocato il decesso di 81 persone adulte, più di un terzo del totale dei morti (35,4 per cento) e il ferimento di altre 6.688 persone della stessa classe di età (37,7 per cento del totale feriti). La riduzione della mortalità ha interessato maggiormente gli adulti rispetto alle altre classi di età. Relativamente al decennio 2001-2010, in Sicilia si registra un decremento del numero dei decessi (-25,8 per cento) più contenuto di quello nazionale per la stessa fascia di età (-32,6 per cento). Rispetto al 2001, si osserva come, a fronte di una riduzione del tasso standardizzato di mortalità (-2,1 ogni centomila abitanti), sia aumentato quello di lesività (24,4 ogni centomila) che, tuttavia, si riduce nel biennio 2011-2012.

In quasi sette casi su dieci, le vittime di incidenti stradali di questa fascia di età sono conducenti di autovetture e di veicoli a due ruote (68 per cento); meno della metà si trovava a bordo di una autovettura (44,4 per cento) e uno su quattro di un veicolo a due ruote (motociclo, ciclomotore, bicicletta).



10.5.5 - Stili di vita e prevenzione

Il monitoraggio dell'abitudine al fumo è molto importante, in quanto costituisce il primo fattore di mortalità evitabile al mondo, soprattutto rispetto alle malattie oncologiche, cardiovascolari e respiratorie. Nel 2013, in Sicilia la percentuale di fumatori adulti è pari al 30 per cento, dato superiore al totale nazionale. Nel confronto di genere permangono forti differenze a svantaggio degli uomini, con quote di fumatori quasi doppie rispetto a quella delle donne. Analogamente, i comportamenti a rischio nel consumo di alcol sono maggiormente diffusi negli uomini adulti rispetto alle donne: 31 maschi su 100 consumano giornalmente bevande alcoliche mentre il 10,8 per cento dichiara un consumo giornaliero non moderato o un consumo di quantità eccessive in una singola occasione (binge drinking)¹². L'eccesso di peso, strettamente correlato all'inattività fisica, interessa oltre la metà della popolazione adulta (52,9 per cento), con il 40 per cento in sovrappeso e il 12,9 per cento affetto da obesità. Questo fenomeno presenta, in Sicilia, valori superiori alla media nazionale (47,6 per cento) e una prevalenza del genere maschile (59,6 per cento) rispetto a quello femminile (35,9 per cento).

Nell'ambito della prevenzione generale, oltre l'85 per cento della popolazione adulta dichiara di aver fatto ricorso, almeno una volta nella vita, ai servizi sanitari per la diagnosi precoce di diabete, ipertensione e ipercolesterolemia. Almeno la metà effettua per le stesse patologie controlli con periodicità annuale. In generale, il ricorso a queste pratiche risulta un po' meno diffuso rispetto alla media nazionale (circa 3 punti percentuali in meno). Anche la prevenzione dei tumori femminili nella regione registra frequenze relative minori di quelle nazionali: il 68,5 per cento (quasi quindici punti percentuali meno della media nazionale) delle donne adulte dichiara di essersi sottoposta, almeno una volta nella vita, all'esame del pap-test in assenza di disturbi, il 47,2 per cento (20 punti percentuali in meno) ogni tre anni; il 62,6 per cento (18 punti percentuali in meno) delle donne nella fascia di età raccomandata per lo screening (50-64 anni) dichiara di essersi sottoposta, almeno una volta nella vita, alla mammografia.

10.6 - Gli anziani di 65 anni e più

L'analisi degli indicatori demografici della popolazione siciliana conferma la tendenza all'invecchiamento, particolarmente sbilanciata a favore delle donne, che sopravvivono più a lungo degli uomini. In Sicilia, nel 2012, gli ultra sessantacinquenni (966.750 persone) sono il 19,3 per cento della popolazione residente totale (2 punti percentuali meno della media nazionale), di cui il 56,8 per cento sono donne. La speranza di vita a 65 anni è di 17,8 anni per gli uomini e di 20,7 anni per le donne.

10.6.1 - Condizioni di salute

La presenza e diffusione di nuove tecnologie applicate alle cure mediche ha comportato un aumento della sopravvivenza ma non necessariamente in buona salute, come si evince dall'indagine multiscopo sulle Condizioni di salute e ricorso ai

¹² Indagine Istat sugli Aspetti della vita quotidiana 2012.

servizi sanitari 2013. Solo il 24,1 per cento degli individui anziani ha dichiarato uno stato di buona salute, una quota inferiore a quella nazionale (33,1 per cento), più alta per i maschi rispetto alle femmine. L'analisi della percezione che il soggetto anziano ha del proprio stato psico-fisico è di particolare interesse perché inversamente correlato alla mortalità

Con l'avanzare dell'età, aumenta anche l'insorgenza delle malattie croniche. Il 50,3 per cento degli ultrasessantacinquenni siciliani dichiara di essere affetto da almeno una malattia cronica grave, la cui insorgenza è più elevata per gli uomini (51,0 per cento) rispetto alle donne (49,7 per cento). Le malattie croniche più diffuse si confermano l'ipertensione arteriosa (54,3 per cento), l'artrosi e l'artrite (53,5 per cento), l'osteoporosi (31,1 per cento) e il diabete (21,0 per cento).

Con l'invecchiamento della popolazione aumentano anche le persone con limitazioni funzionali¹³ nelle attività quotidiane (26,2 per cento). Si tratta di limitazioni che insorgono con il peggioramento delle condizioni di salute e riducono la mobilità degli anziani o le loro capacità sensoriali (vista e udito, in particolare). Le tipologie di limitazioni funzionali più diffuse si riferiscono alle difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana (17,2 per cento), come ad esempio l'assenza di autonomia nella cura personale, nonché a difficoltà nel movimento (14,1 per cento), problematiche che colpiscono soprattutto le donne a causa della maggiore prevalenza di patologie non letali ma invalidanti, come l'osteoporosi, l'artrosi e l'artrite.

10.6.2 - Morbosità ospedaliera

Sebbene il ricorso all'ospedalizzazione risenta dell'invecchiamento della popolazione, in quanto con l'avanzare dell'età cresce la prevalenza di malattie croniche e invalidanti e, di conseguenza, cresce anche la richiesta di assistenza ospedaliera, l'analisi delle Sdo nel periodo 2006-2011 mostra in Sicilia una riduzione per entrambi i sessi e per tutte le cause, misurata in base alle variazioni del tasso standardizzato di ospedalizzazione (Tavola 10.12). Questo risultato deriva dall'adozione negli ultimi anni di politiche sanitarie finalizzate a ridurre l'offerta di ricovero ospedaliero, concentrando le prestazioni in setting assistenziali alternativi meno costosi ma di pari efficacia.

In Sicilia nel triennio 2009-2011 sono stati erogati 893 mila ricoveri per acuti degli anziani. Le "malattie dell'apparato circolatorio" sono la prima causa di ospedalizzazione, in particolare quelle cerebrovascolari (24,3 per mille), le malattie ischemiche del cuore (19,6 per mille abitanti) e quelle delle arterie, arteriole e capillari (6,5 per mille). Al secondo posto si collocano i "tumori": fra questi ultimi, i più frequenti sono, per i maschi, quelli della vescica (9,5 per mille), della prostata (5,9 per mille) e della laringe e della trachea, bronchi e polmoni (5,8 per mille); per le donne, i tumori del seno (3,6 per mille abitanti), del tessuto linfatico (3,3) e del colon (2,0).

L'analisi dei tassi standardizzati di ospedalizzazione per Asp evidenzia, per entrambi i sessi, una variabilità in funzione delle principali cause di ricovero. In tutte le Asp i primi cinque gruppi di cause sono in diminuzione, principalmente quelli per "malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi" (circa 8 punti percentuali in meno della media nazionale).

¹³ Si rimanda alla nota metodologica per la definizione di limitazione funzionale e per il modo con il quale viene rilevata mediante l'Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari.

10.6.3 - Mortalità generale e per causa di morte

La mortalità nella popolazione anziana è in diminuzione per entrambi i sessi, in linea con le dinamiche nazionali: nel triennio 2009-2011 i decessi di questa classe sono quasi 126 mila e il tasso standardizzato di mortalità passa, dal triennio 2006-2008 al triennio 2009-2011, da 581,8 a 565,9 per diecimila abitanti per i maschi, e da 419,9 a 404,3 per diecimila abitanti per le femmine (Tavola 10.13). Questo calo è indicativo del miglioramento complessivo dello stato di salute della popolazione dovuto all'avanzamento delle condizioni socio-economiche, a una maggiore tutela verso gli agenti nocivi, alla maggiore attenzione allo stile di vita e, infine, al progresso delle cure mediche, che ha consentito l'evoluzione della prognosi in termini di salute e aspettativa di vita di numerose condizioni morbose.

Tavola 10.12 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 65 anni e più per genere, i primi cinque gruppi di cause e Asp di residenza - Sicilia - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011 / 2006-2007-2008)

ASP	Maschi						Femmine					
	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie dell'apparato digerente	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie dell'apparato digerente	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi
Agrigento	366,4	109,7	58,6	42,9	34,1	25,3	250,1	74,1	27,9	24,9	23,2	21,3
Caltanissetta	438,3	127,7	76,0	49,7	41,5	31,0	302,6	85,4	39,9	30,5	25,8	25,4
Catania	400,7	113,1	67,1	45,6	34,2	32,1	285,3	74,9	35,5	28,5	29,0	28,4
Enna	443,4	125,7	62,0	48,5	45,5	41,8	327,0	87,9	33,1	31,7	26,3	35,3
Messina	411,6	124,5	66,8	39,9	44,1	33,4	294,0	84,4	35,2	24,8	26,2	28,8
Palermo	358,6	101,1	61,0	42,7	34,7	28,8	250,3	64,8	30,3	26,9	26,0	24,6
Ragusa	394,0	124,1	58,8	46,6	32,1	30,6	265,7	77,7	29,4	33,2	23,4	25,2
Siracusa	395,5	124,4	62,3	44,6	36,1	31,4	275,0	81,8	31,2	26,1	27,3	26,2
Trapani	362,5	109,8	57,6	39,7	32,6	27,2	236,7	63,9	26,4	24,3	26,8	23,5
Sicilia	388,2	114,1	63,3	43,6	36,4	30,5	270,8	74,5	32,1	27,2	26,3	26,2
Italia	375,0	101,1	61,0	40,9	38,0	30,0	259,6	63,2	31,7	24,4	25,0	26,0
Variazione percentuale media annua												
Agrigento	-5,4	-2,2	-1,6	-2,6	-3,8	-15,9	-5,7	-2,6	-1,7	-5,0	-6,9	-16,0
Caltanissetta	-7,2	-4,4	-3,6	-3,5	-5,6	-15,7	-6,8	-4,9	-2,0	-2,3	-6,0	-16,7
Catania	-6,6	-3,7	-2,5	-5,2	-4,9	-14,6	-6,6	-3,6	-1,8	-7,1	-2,3	-15,9
Enna	-6,1	-3,2	-3,7	-3,2	-2,0	-12,2	-5,5	-3,1	-2,9	-2,1	-3,6	-12,9
Messina	-5,8	-2,4	-3,6	-3,4	-3,5	-17,8	-6,5	-3,3	-2,6	-4,2	-3,0	-18,9
Palermo	-5,0	-3,1	-1,4	-2,1	-3,1	-15,6	-5,3	-3,5	-0,9	-2,2	-1,3	-17,5
Ragusa	-5,5	-2,2	-1,9	-3,8	-2,6	-17,5	-6,2	-2,6	-3,3	-3,5	-4,6	-18,6
Siracusa	-5,6	-2,5	-1,2	-3,0	-1,8	-16,3	-5,7	-2,3	-1,5	-4,5	-4,4	-17,4
Trapani	-6,2	-2,7	-2,6	-3,3	-5,3	-16,7	-7,3	-4,1	-2,9	-4,9	-7,7	-17,3
Sicilia	-5,9	-3,0	-2,3	-3,4	-3,7	-15,9	-6,2	-3,4	-1,9	-4,3	-3,7	-17,1
Italia	-3,2	-3,1	-2,6	-2,5	-2,2	-7,6	-3,4	-3,6	-2,0	-2,9	-1,1	-9,0

Fonte: Elaborazione Istat su dati del Ministero della Salute (Sdo)

I maschi tendono a morire più precocemente rispetto alle femmine. Le “malattie dell’apparato circolatorio” provocano in assoluto il maggior numero di decessi (quasi 56 mila), in particolare fra gli uomini (235,3 per diecimila abitanti). La seconda causa di morte è costituita dai “tumori”, in particolare, per gli uomini, a laringe, trachea, bronchi, polmoni (38,7 per diecimila), prostata (18,4 diecimila) e colon (13,3 diecimila); per le donne prevalgono i tumori della mammella (11,1 per diecimila abitanti), del colon (9,3) e del tessuto linfatico (6,6).

Dall’analisi dei tassi standardizzati di mortalità per Asp si evince una significativa variabilità, per entrambi i sessi, in funzione delle principali cause di morte.

Tavola 10.13 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 65 anni e più per genere, i primi cinque gruppi di cause e Asp di residenza - Sicilia - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti e variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASP	Maschi						Femmine					
	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie endocrine, nutriz., metab., disturbi imm.	Malattie dell'apparato digerente	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie endocrine, nutriz., metab., disturbi imm.	Malattie dell'apparato respiratorio	Sintomi segni e stati morbosi maldefiniti
Agrigento	556,2	234,6	150,3	54,2	32,0	13,9	413,8	216,7	71,4	32,7	19,1	8,2
Caltanissetta	586,0	248,9	152,8	59,5	27,3	19,5	435,5	218,8	75,5	32,6	20,6	16,7
Catania	579,6	238,2	155,3	48,0	36,7	17,8	411,0	192,7	80,6	35,2	17,7	12,1
Enna	546,3	232,8	121,9	73,5	35,2	13,4	402,0	207,8	68,3	28,0	18,6	13,6
Messina	557,7	239,5	144,2	48,2	27,9	18,9	390,7	197,1	73,7	24,8	19,1	16,1
Palermo	565,3	222,2	153,6	50,2	33,2	17,6	405,7	176,7	75,7	30,5	21,8	27,3
Ragusa	554,8	243,4	146,8	40,1	31,2	17,2	399,4	199,1	71,8	29,0	14,9	10,5
Siracusa	579,7	248,1	144,6	47,2	35,7	19,3	412,7	198,7	72,1	34,3	20,3	14,8
Trapani	554,3	232,6	146,5	45,3	31,4	15,7	380,8	179,9	70,9	30,5	15,8	8,2
Sicilia	565,9	235,3	149,1	50,0	32,6	17,3	404,3	193,3	74,7	31,0	19,0	16,0
Italia	535,7	203,1	166,2	49,7	20,8	19,2	358,5	156,7	82,6	18,6	21,7	6,7
Variazione percentuale media annua												
Agrigento	-0,5	-2,1	1,8	-4,1	2,5	-4,0	+0,3	-1,5	0,9	-1,5	1,2	-4,5
Caltanissetta	-1,4	-1,6	1,6	-7,9	-0,6	-1,4	+0,9	-2,2	1,9	1,4	-2,5	-6,7
Catania	-1,1	-2,3	-0,9	0,3	1,9	-1,9	-1,1	-2,9	0,6	2,1	-3,1	-2,5
Enna	-0,5	-0,8	0,8	-3,7	8,1	-4,0	+0,5	-1,4	0,7	-1,6	-3,1	3,6
Messina	-0,5	-1,3	-0,8	-0,6	1,4	1,2	+0,5	-1,6	0,9	-1,1	-0,8	1,4
Palermo	-0,9	-1,6	0,4	-1,7	2,3	-2,9	-1,1	-1,4	-0,5	-1,2	-0,4	-8,0
Ragusa	-0,5	-1,1	1,4	-2,1	1,2	-7,2	-1,7	-2,1	-2,7	0,7	-8,2	-1,8
Siracusa	-0,6	-2,3	0,1	-1,7	4,1	-2,4	-1,3	-2,8	-0,1	1,3	3,6	-8,0
Trapani	0,3	-1,1	0,3	1,4	2,9	5,0	-1,2	-3,2	0,6	1,7	-3,2	-5,0
Sicilia	-0,7	-1,7	0,2	-1,8	2,3	-1,7	-0,9	-2,1	0,2	0,2	-1,4	-5,0
Italia	-1,1	-2,3	-0,7	-1,1	0,5	-1,7	-1,0	-2,4	-0,2	-0,6	-0,3	-2,7

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Indagine sulle cause di morte

10.6.4 - Incidentalità stradale

Per quanto riguarda gli incidenti stradali, gli ultrasessantacinquenni che hanno perso la vita in seguito a sinistri sono 58, corrispondenti al 25,3 per cento del totale dei morti, mentre tra il totale dei feriti l'incidenza degli anziani è pari al 7,6 per cento (1.349 eventi). Nella decade 2001-2010, si è ridotto il tasso standardizzato di mortalità (-2,1 ogni centomila abitanti) mentre è aumentato quello di lesività (16,1 ogni



centomila) probabilmente anche per le ridotte capacità fisiche dei conducenti anziani. La riduzione del tasso di mortalità nella fascia anziana può anche dipendere dalle diverse modalità di spostamento da parte degli anziani: infatti il 41,4 per cento degli anziani morti in incidenti stradali sono conducenti (62 per cento la media regionale) e il 43,1 per cento pedoni (18,8 per cento il dato regionale).

Tavola 10.14 - Tassi standardizzati di mortalità e di lesività per incidentalità stradale della popolazione di 65 anni e più per Asp di evento - Sicilia - Anni 2011 e 2012 (valori per 100.000 abitanti e differenze assolute 2010-2001)

ASP	Tasso di mortalità standardizzato			Tasso di lesività standardizzato		
	2011	2012	Differenze 2010-2001	2011	2012	Differenze 2010-2001
Agrigento	4,6	4,4	10,3	108,0	94,8	9,0
Caltanissetta	3,8	7,6	-12,3	138,8	151,0	57,9
Catania	4,7	5,9	0,1	170,3	158,5	26,9
Enna	11,9	3,1	-8,2	124,4	132,7	53,7
Messina	5,1	8,1	-1,1	123,5	98,0	17,5
Palermo	7,5	4,4	-1,1	128,1	129,6	17,2
Ragusa	10,4	5,1	1,1	224,2	178,9	-0,8
Siracusa	1,3	4,1	-15,4	172,6	187,1	-12,9
Trapani	9,1	12,2	-6,3	206,9	173,2	-15,4
Sicilia	6,1	6,1	-2,1	151,0	140,7	16,1
Italia	8,5	8,6	-4,5	234,4	225,4	-18,3

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Rilevazione sugli incidenti stradali con lesioni alle persone

10.6.5 - Stili di vita

Il fumo nell'età avanzata non solo riduce la speranza di vita ma compromette anche la qualità della vita perché comporta una riduzione dell'autonomia. Anche nella popolazione anziana sono stati evidenziati i benefici della sua cessazione e sono attivi programmi di educazione sanitaria efficaci. Tuttavia, la presenza di una notevole quota di ex-fumatori tra i maschi (54,4 per cento) rende plausibile che l'esposizione pregressa possa influire negativamente sulla salute, anche a distanza di tempo.

Negli anziani il consumo dannoso di alcol non è facilmente riconoscibile perché, spesso, si tende a confondere i segni di un'assunzione dannosa con i sintomi generici dell'invecchiamento. Eppure gli anziani rappresentano una delle fasce di popolazione i cui comportamenti a rischio sono più diffusi (il 10,3 per cento circa la metà del corrispondente dato nazionale). Il motivo è legato alla mancata consapevolezza tra gli anziani dei livelli di consumo considerati a rischio, che non dovrebbero superare un bicchiere di vino al giorno.

L'inattività fisica è stata inserita dall'Oms tra i principali fattori di rischio per le malattie croniche in Europa. L'aumento di peso, infatti, è strettamente correlato alle patologie cardio e cerebrovascolari, tra i fattori responsabili di disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva, nonché tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. Sia il problema del sovrappeso che quello dell'obesità riguarda soprattutto

gli uomini (rispettivamente 51,0 per cento e 18,5 per cento).

L'attività fisica regolare ha un'efficacia preventiva su obesità, diabete, dislipidemia, cancro del colon e della mammella, osteoporosi, depressione e declino cognitivo senile. Quasi 44 anziani siciliani su 100 dichiara di avere uno stile di vita attivo, soprattutto gli uomini (49,5 per cento).



CAPITOLO 11 TOSCANA¹

11.1 - Il sistema sanitario regionale

Sulla scia delle leggi degli anni '90 che hanno ridisegnato la sanità a livello nazionale e a seguito della riforma in senso federale del titolo V della Costituzione, la Regione Toscana ha intrapreso il processo normativo² che nel corso degli anni ha portato alla configurazione dell'attuale sistema sanitario regionale. Il modello della Toscana è composto da 12 Asl, 4 Aziende Ospedaliere e un ente con funzioni di supporto tecnico amministrativo, Estar, articolato nelle tre aree vaste Nord-ovest, Centro e Sud-est: le dimensioni operative ottimali per la programmazione integrata dei servizi. Le 12 Asl, pressoché coincidenti con il territorio provinciale, provvedono, nell'autonomia imprenditoriale e nell'ambito delle linee guida regionali, alla gestione e programmazione dell'attività conformemente ai Lea³. La governance toscana prevede inoltre la partecipazione del terzo settore e degli enti locali nelle fasi di programmazione e di attuazione della politica sanitaria. Il non profit integra, in modo forte⁴ e strutturato, il Ssr sia dal punto di vista operativo - rete regionale del 118 - sia entrando nel processo concertato della programmazione regionale; gli enti locali, anche in forma associata o consortile (Società della Salute), promuovono l'integrazione tra servizi sanitari e sociali. Le principali aree di intervento per la tutela della salute riconosciuta come benessere dell'individuo e risorsa della collettività sono: prevenzione, cura e riabilitazione. Lo strumento di programmazione e di intervento regionale è il Piano Sanitario e Sociale Integrato con il quale la Regione definisce gli obiettivi di politica socio-sanitaria, monitorandone i risultati in itinere ed ex post. Sono strumenti di monitoraggio e valutazione il rapporto annuale, la relazione sanitaria aziendale e la relazione sociale. Dal 2001, inoltre, la Regione ha affidato alla Scuola Superiore Sant'Anna (Mes lab) l'elaborazione di un sistema di valutazione della performance delle singole Asl⁵.

11.2 - Natalità, salute materna e abortività

La Toscana rimane una regione a bassa natalità, soprattutto per la bassa fecondità della componente autoctona di popolazione, sebbene i comportamenti riproduttivi

¹ Il capitolo è stato redatto da: Barbara Cagnacci (par.11.1; 11.5.1;11.5.5), Sabina Giampaolo (par. 11.2;11.4;11.5.4) e Luca Faustini (par. 11.3;11.5.2;11.5.3;11.6)

² L.R. n. 49/1994, L.R. n. 1/1995, L.R. n. 14/1996, L.R. n. 22/2000, L.R. n. 40/2005, così come integrata e modificata dalla L.R. n. 60/2008, L.R. n. 69/2007.

³ La regione Toscana con un punteggio pari a 193 (range 25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente". Ministero della Salute. 2004. Verifica adempimenti Lea anno 2012.

⁴ Il peso del lavoro volontario del settore della sanità in Toscana (37,1 per unità locale) è più elevato rispetto a quello nazionale (22,8 per unità locale). Fascicolo territoriale per la Toscana "9° censimento economico. Principali risultati e processo di rilevazione". Istat, 2014.

⁵ Decreto n.7425 del 18 dicembre del 2001.



vi delle donne straniere si stiano lentamente avvicinando a quelle delle donne italiane. Sia la diminuzione del numero di figli, sia gli elevati livelli di assistenza raggiunti, hanno determinato, nel corso degli ultimi decenni, una forte riduzione della mortalità e morbosità materne correlate alla gravidanza o al parto. Tuttavia, l'adozione di migliori standard assistenziali può contribuire a dimezzarle ulteriormente (Iss 2012). A supporto della salute della donna la Regione Toscana, prima in Italia, ha inoltre istituito, presso il Consiglio sanitario regionale, la "Commissione permanente per le problematiche della medicina di genere"⁶.

Al 1° gennaio 2013 le donne in età feconda in Toscana sono il 41,3 per cento del totale della popolazione femminile (43,6 per cento in Italia), in calo di 2 punti percentuali nell'ultimo decennio. Il 55,6 per cento ha 35 anni e più, il 15,6 per cento ha la cittadinanza straniera.

11.2.1 - Natalità

Nel 2012 nascono in Toscana 31.126 bambini, per un tasso di natalità dell'8,5 per mille (Tavola 1.1). La fecondità, storicamente più bassa della media nazionale, dopo il minimo raggiunto nel 1994-1995, tende ad avvicinarsi, grazie alla successiva ripresa durata fino al 2008, al valore medio nazionale, in particolare dal 2004 in poi. Dal 2008, tuttavia, la fecondità toscana ricomincia a decrescere in linea con l'andamento delle regioni del centro-nord.

Tavola 11.1 - Nati vivi, tasso di natalità, tasso di fecondità totale, età media al parto e caratteristiche della madre e del parto per provincia – Toscana - Anno 2012 (valori assoluti, quozienti per 1.000, valori medi e valori percentuali)

Province	Nati vivi	Tasso natalità	Tasso fecondità totale	Età media al parto	Caratteristiche della madre e del parto		
					Nati da madri con 35 anni e più	Nati da madri straniere	Parti cesarei (a)
Massa-Carrara	1.507	7,6	1,30	31,2	34,7	14,2	24,5
Lucca	3.191	8,2	1,38	31,5	37,1	19,2	22,4
Pistoia	2.403	8,4	1,34	31,4	36,3	23,5	18,9
Firenze	8.532	8,7	1,45	32,0	40,7	27,3	26,3
Prato	2.394	9,7	1,55	30,6	30,2	38,6	16,1
Livorno	2.657	7,9	1,35	31,6	35,9	17,5	30,1
Pisa	3.675	8,9	1,41	31,6	36,4	21,4	33,6
Arezzo	2.895	8,4	1,34	31,7	34,9	25,2	26,5
Siena	2.279	8,5	1,40	31,6	36,3	24,7	30,8
Grosseto	1.593	7,2	1,28	31,3	35,3	22,3	29,1
Toscana	31.126	8,5	1,39	31,6	36,8	24,2	26,0
Italia	534.186	9,0	1,42	31,4	33,2	19,0	36,6

Fonte: Istat, Indagine Iscritti in anagrafe per nascita ed elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute (Sdo)

(a) Con riferimento alla provincia di nascita

Nel 2012 il tasso di fecondità totale delle toscane residenti è di 1,39 figli (1,42 per l'Italia) con una variabilità provinciale – il minimo corrisponde a Grosseto mentre il massimo a Prato - dovuta anche al più elevato (sebbene in diminuzione) regime di fecondità delle donne straniere. L'età media al parto, in crescita costante da decenni, come nel resto d'Italia, si assesta a 31,6 anni (27,3 nel 1980).

⁶ D.G.R. n. 4193/2011 e pareri del Consiglio sanitario regionale n. 37/2011, n. 45/2011 e n. 50/2011.

11.2.2 - Salute materna

Considerando i principali fattori influenti sul rischio di grave morbosità e mortalità materne (Iss 2012, Europeristat 2008), in Toscana nel 2012: il 36,8 per cento dei bambini nasce da donne con più di 35 anni - le quali sperimentano un rischio di mortalità doppio rispetto a quello delle donne più giovani - con valori, a livello provinciale, compresi tra il 34,7 per cento di Massa-Carrara e il 40,7 per cento di Firenze; i bambini nati da madri di cittadinanza non italiana, per le quali le maggiori difficoltà di accesso ad una adeguata assistenza perinatale incrementa il rischio di esiti sfavorevoli della gravidanza, sono il 24,2 per cento del totale dei nati vivi, con il valore più basso registrato nella provincia di Massa-Carrara (14,2 per cento) e il valore più alto in quella di Prato (38,6 per cento), dove la comunità cinese è particolarmente consistente; il ricorso al taglio cesareo, pratica che aumenta fino a tre volte il rischio di grave morbosità e mortalità materne rispetto al parto vaginale, rappresenta il 26,0 per cento dei casi (-10,6 punti percentuali rispetto al dato nazionale), ponendo la Toscana tra le regioni che più si avvicinano alla quota del 10-15 per cento raccomandata dall'Oms⁷ nel 1985 al fine di massimizzare il beneficio complessivo sia della madre sia del feto (Iss 2010). Sono le province di Prato e Pistoia che più si avvicinano a questi valori mentre rimane ancora distante Pisa.

11.2.3 - Aborti spontanei

Nel 2012 in Toscana sono stati rilevati 4.245 aborti spontanei⁸, pari ad un rapporto grezzo di abortività spontanea di 132,0 aborti ogni mille nati vivi. Contrariamente alla dinamica nazionale il rapporto, nell'ultima decade, tende a decrescere passando da 148,8 aborti ogni mille nati vivi nel 2003 a 132,0 nel 2012. L'età della gestante costituisce un rilevante fattore di rischio per l'aborto spontaneo: i rapporti specifici di abortività delle donne di 35-39 anni e di 40-44 anni, rispetto a quelli delle donne di 30-34 anni, sono rispettivamente maggiori di una 1,5 e di 3,6 volte. Anche il rapporto standardizzato, depurato cioè dall'effetto età, conferma la tendenza alla diminuzione nel tempo del fenomeno in Toscana, rispetto alla sostanziale stabilità registrata in Italia. L'età media all'aborto spontaneo aumenta inoltre di pari passo con l'aumento dell'età media al parto passando, da 33,2 anni nel 2003 a 34,7 anni nel 2012 (da 32,7 a 34,1 in Italia).

11.2.4 - Interruzioni volontarie di gravidanza

Successivamente all'approvazione della legge che ha legalizzato l'aborto nel 1978, in Toscana, sulla base delle notifiche delle lvg pervenute al sistema di sorveglianza⁹, si registrano livelli di abortività volontaria via via più elevati - verosimilmente legati all'emersione degli aborti clandestini (Iss 2011) - che raggiungono i loro massimi nel 1980 e nel 1982 con tassi rispettivamente di 20,7 e 20,6 per mille. A partire

⁷ Nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 si invita a contenere il ricorso ai tagli cesarei entro la soglia del 20 per cento dei parti.

⁸ Istat, rilevazione sulle Dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo.

⁹ A partire dal 1980 è attivo un sistema di sorveglianza epidemiologico delle lvg che coinvolge l'Istat, l'Iss e il Ministero della Salute insieme con le Regioni e le Province autonome.

dal 1986 la propensione delle donne toscane ad abortire si riduce in modo costante, allineandosi al dato italiano (pur restando leggermente superiore). Nel 2012 il tasso standardizzato di abortività volontaria si attesta al 9,4 per mille (-54,6 per cento rispetto al 1980) mentre il valore medio nazionale è di 8,4 per mille. Nello stesso anno,

Tavola 11.2 – Interruzioni volontarie di gravidanza, età media delle donne e tassi di abortività per provincia – Toscana - Anno 2012 (valori assoluti, valori percentuali, quozienti per 1.000 donne in età feconda)

Province	Ivg		Età media	Tasso di abortività	
	Numero	di cui da donne straniere(per cento)		Grezzo	Standardizzato
Massa-Carrara	345	26,4	30,76	8,1	9,2
Lucca	650	30,2	30,67	7,7	8,8
Pistoia	405	42,5	30,86	6,4	7,1
Firenze	1.755	51,3	30,29	8,3	9,5
Livorno	667	31,2	30,59	9,4	10,8
Pisa	759	33,5	30,36	8,4	9,3
Arezzo	560	48,9	30,69	7,4	8,0
Siena	501	42,5	30,91	8,8	9,7
Grosseto	356	28,9	30,17	7,8	8,9
Prato	699	61,7	30,08	12,5	14,0
Toscana	6.697	42,5	30,48	8,4	9,4
Italia	103.191	34,1	30,0	7,6	8,4

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza

le province dove si registra il tasso di abortività minore sono Pistoia e Arezzo. Stratificando per cittadinanza, il ricorso in Italia all'aborto volontario delle donne straniere risulta essere triplo rispetto a quello delle italiane, contribuendo ad accrescere, negli ultimi anni, il livello di abortività delle regioni con forte presenza di cittadine straniere. In Toscana, nel 2012 la percentuale di aborti da donne straniere è pari al 42,5 per cento, 8,4 punti percentuali in più di quella rilevata a livello nazionale (34,1 per cento). La variabilità provinciale oscilla tra il 26,4 per cento di Massa-Carrara e il 61,7 per cento di Prato. Sebbene il ricorso all'anestesia locale sia raccomandato dall'Oms nel caso di aborto chirurgico (Oms 2012), tale procedura in Toscana viene praticata nel 10,9 per cento delle Ivg (6,5 per cento in Italia) mentre il 68,6 per cento è ancora effettuato con l'anestesia generale (in Italia il 79,1 per cento). L'Oms raccomanda, inoltre, di realizzare l'intervento con metodica farmacologica nel caso di aborto prima delle nove settimane di gestazione. Gli interventi di questo tipo sono in Toscana l'11,5 per cento del totale, superiore al dato nazionale (9,4 per cento). Complicanze post intervento possono sorgere nelle settimane di gestazione più avanzate: la percentuale di Ivg praticate dopo il 90° giorno in Toscana sono il 2,6 per cento (2,9 per cento in Italia).

11.2.5 - Prevenzione

L'attività di prevenzione nel corso della gravidanza consente di ridurre le malformazioni alla nascita e il rischio di aborto in utero. L'alimentazione durante la gesta-

zione, la trasmissione di infezioni sessualmente trasmissibili, la rosolia congenita, la sindrome alcolico fetale sono temi all'attenzione della comunità medica e dell'opinione pubblica. Sebbene la rosolia rientri tra le infezioni a notifica obbligatoria, le schede di notifica non permettono di disporre di informazioni di dettaglio per cui, dal 2005, l'Iss ha attivato il sistema di sorveglianza sentinella della rosolia in gravidanza e della rosolia congenita. Il Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015 include, tra i suoi obiettivi, la riduzione dell'incidenza della rosolia congenita a meno di 1 su 100.000 nati vivi entro il 2015, in linea con le indicazioni dell'Oms. Nel periodo 2005-2013, sono stati segnalati in Italia 78 casi di rosolia congenita, 64 confermati e 14 probabili; quelli segnalati in Toscana sono stati 2, pari a 0,7 su centomila nati vivi (Cnesps-Iss 2014).

11.3 - I bambini 0-14 anni

Il quadro sintetico relativo ai minori fino a 14 anni, derivante dall'analisi di diverse fonti statistiche¹⁰, evidenzia per la Toscana uno stato di salute generalmente molto buono. Perdurano comunque, tra le principali patologie dichiarate, malattie croniche come l'asma. La mortalità è principalmente concentrata nel primo anno di vita mentre sono estremamente ridotte sia l'incidenza sia le conseguenze legate alle malattie infettive. Gli stili di vita dei bambini toscani evidenziano una buona attenzione all'adozione di comportamenti in grado di prevenire l'insorgenza delle patologie cronicodegenerative.

11.3.1 - Condizioni di salute

Nel corso del 2013, in base alle dichiarazioni rilasciate dalle madri o da altri familiari¹¹, si rileva che il 98,7 per cento dei bambini toscani gode di uno stato di salute buono o molto buono. Le malattie allergiche, inclusa l'asma allergica, rappresentano le patologie croniche più frequenti (10,3 per cento) e colpiscono maggiormente i maschi (12,5 per cento) rispetto alle bambine (7,9 per cento), con un divario più marcato rispetto al dato nazionale (11,1 per cento per i maschi e 8,6 per cento per le bambine). L'asma (allergica e bronchiale) interessa il 2,6 per cento dei bambini toscani, valore inferiore rispetto al dato nazionale (3,1 per cento).

11.3.2 - Mortalità generale e per causa

In base ai dati dell'Indagine sulle cause di morte, l'andamento in Italia del tasso triennale standardizzato di mortalità, relativamente ai bambini fino a 14 anni, è in lieve ma costante riduzione per l'intero periodo 2006-2011, con valori che oscillano tra il massimo di 3,2 per diecimila abitanti, nel triennio 2006-2008, e il minimo di 3,0 per diecimila abitanti, nel triennio 2009-2011. Nello stesso periodo, nonostante i più bassi livelli rispetto al dato nazionale, la Toscana evidenzia un andamento relativamente stabile dei tassi di mortalità (da 2,54 per diecimila del triennio 2006-2008 a 2,63 per

¹⁰ Per le fonti statistiche utilizzate si rimanda all'introduzione alla seconda parte del presente volume.

¹¹ Nell'ambito dell'indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2013.

diecimila del triennio 2009-2011) con 378 decessi totali nel triennio. Il rischio di mortalità maschile è inoltre leggermente superiore rispetto alle coetanee (rispettivamente 2,8 e 2,4 per diecimila). A livello di Asl, Massa-Carrara, per le “condizioni morbose di origine perinatale”, e Viareggio, per i “traumatismi e avvelenamenti”, registrano i valori più elevati.

Tavola 11.3 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 0-14 anni per i primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza - Toscana - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti)

Asl	Totale	Alcune condizioni morbose di origine perinatale	Malformazioni congenite	Tumori	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie dell'apparato respiratorio
Massa Carrara	4,10	2,25	0,42	0,43	0,29	-
Lucca	2,66	0,67	0,57	0,48	0,12	-
Pistoia	1,84	0,86	0,44	0,09	0,09	0,18
Prato	2,20	0,61	0,61	0,41	0,20	0,09
Pisa	2,90	1,16	0,38	0,16	0,32	0,15
Livorno	2,45	1,07	0,08	0,33	0,33	0,17
Siena	3,37	1,23	0,38	0,49	0,50	0,10
Arezzo	1,92	0,73	0,30	0,30	-	0,07
Grosseto	3,05	1,14	0,63	0,25	0,65	-
Firenze	2,58	0,91	0,54	0,29	0,27	0,23
Empoli	2,17	0,78	0,29	0,11	0,30	0,11
Viareggio	3,81	1,32	0,16	0,83	1,00	0,16
Toscana	2,63	1,00	0,41	0,32	0,30	0,13
Italia	3,01	1,19	0,57	0,31	0,24	0,13

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Rilevazione sulle cause di morte

11.3.3 - Morbosità ospedaliera

La Toscana, nel triennio 2009-2011 con 130 mila ospedalizzazioni per acuti totali, evidenzia una propensione al ricovero generalmente minore rispetto al dato nazionale (92,2 per mille rispetto a 105,2 per mille), sebbene non omogeneamente distribuita fra tutti i gruppi di cause (Tavola 11.4). Le principali categorie di ospedalizzazione sono ascrivibili alle malformazioni congenite, alle malattie croniche, respiratorie e non (polmonite, asma, diabete mellito) e alle infezioni acute particolarmente severe (meningite batterica). Fatta eccezione per le “malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi alimentari”, i maschi sono più vulnerabili delle coetanee. Il gruppo “alcune condizioni morbose di origine perinatale” è quello che ha fatto registrare la riduzione percentuale media più elevata.

Tavola 11.4 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 0-14 anni per genere e gruppi di cause - Toscana e Italia - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

Gruppi di cause	Toscana				Italia			
	Maschi	Femmine	Totale	Variazione percentuale media annua	Maschi	Femmine	Totale	Variazione percentuale e media annua
Malattie infettive e parassitarie	5,4	4,9	5,2	1,4	5,7	5,1	5,4	-5,0
Tumori	2,2	2,2	2,2	1,6	3,0	2,9	2,9	-0,7
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	9,1	10,8	10,0	2,3	7,7	8,5	8,1	-2,4
Malattie del sangue e organi ematopoietici.	2,4	1,9	2,1	3,6	2,4	2,0	2,2	-3,1
Disturbi psichici	5,1	3,0	4,1	8,1	4,4	2,5	3,5	-1,6
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	8,5	6,4	7,5	4,7	7,2	6,0	6,6	-2,1
Malattie del sistema circolatorio	2,0	0,9	1,4	-1,0	1,9	1,1	1,5	-3,2
Malattie dell'apparato respiratorio	15,7	12,5	14,2	-3,4	21,0	16,7	18,9	-4,2
Malattie dell'apparato digerente	8,6	6,6	7,6	-0,7	9,7	8,1	8,9	-4,5
Malattie del sistema genitourinario	8,1	3,9	6,1	-2,7	7,6	3,8	5,8	-3,2
Complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio	-	0,1	..	-7,3	-	0,1	0,1	-2,2
Malattie della cute e tessuto sottocutaneo	1,9	1,7	1,8	2,2	1,9	1,7	1,8	-6,2
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	3,5	3,3	3,4	2,9	2,7	2,9	2,8	-2,1
Malformazioni congenite	11,2	6,4	8,9	3,7	10,5	6,2	8,4	-0,7
Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	3,3	2,8	3,1	-7,9	11,0	9,5	10,3	-2,1
Sintomi segni e stati morbosi maldefiniti	8,0	7,3	7,6	-2,2	10,4	9,5	10,0	-4,1
Traumatismi ed avvelenamenti	8,6	5,3	7,0	-1,2	10,0	5,8	7,9	-5,6
Totale	103,6	80,1	92,2	0,1	117,0	92,6	105,2	-3,4

Fonte: Elaborazione Istat su dati Ministero della Salute (Sdo)

Tavola 11.5 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 0-14 anni per i primi otto gruppi di cause e Asl di residenza - Toscana - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti)

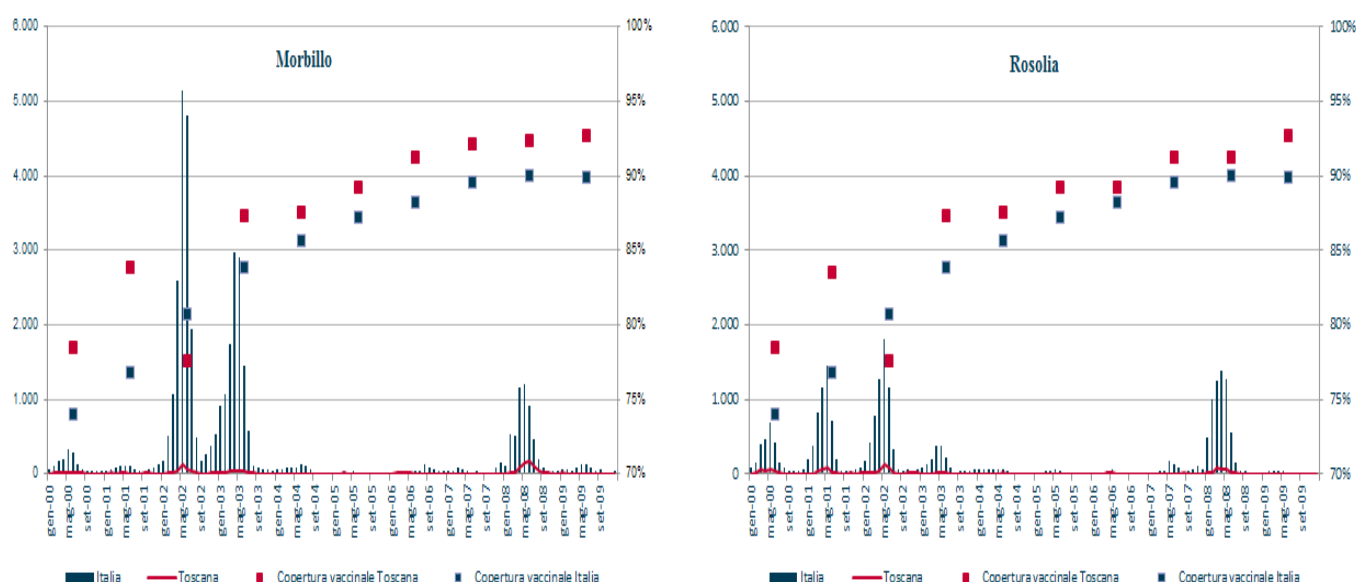
Asl	Totale	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie endocrine, nutriz., metab., disturbi imm.	Malformazioni congenite	Sintomi segni e stati morbosi maldefiniti	Malattie dell'apparato digerente	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie del sistema genitourinario
Massa Carrara	101,7	21,3	10,3	8,1	8,6	9,6	5,9	8,0	5,7
Lucca	84,6	13,0	8,6	9,6	7,7	7,0	5,5	6,5	4,3
Pistoia	88,9	11,8	11,0	8,1	6,5	7,5	8,3	6,8	5,8
Prato	92,3	13,8	10,6	9,5	7,0	7,5	8,8	7,0	5,9
Pisa	84,9	14,6	8,2	8,0	7,0	6,5	6,5	5,9	5,3
Livorno	90,8	17,1	10,7	7,8	7,2	7,6	6,6	7,0	5,2
Siena	97,1	15,8	8,6	9,6	7,5	6,7	7,3	6,5	7,5
Arezzo	98,4	14,8	11,6	9,1	10,4	9,3	7,3	6,5	7,5
Grosseto	76,4	16,3	5,9	8,6	4,8	6,9	6,7	6,0	5,5
Firenze	98,8	11,3	11,6	9,9	8,0	7,8	9,0	7,7	7,0
Empoli	86,6	12,6	9,7	8,2	7,2	6,9	7,1	6,3	5,8
Viareggio	90,9	16,7	6,3	8,1	8,7	8,3	5,9	9,9	4,4
Toscana	92,2	14,2	10,0	8,9	7,6	7,6	7,5	7,0	6,1
Italia	105,2	18,9	8,1	8,4	10,0	8,9	6,6	7,9	5,8

Fonte: Elaborazione Istat su dati Ministero della Salute (Sdo)

11.3.4 - Prevenzione primaria: la vaccinazione

Per quanto riguarda la vaccinazione infantile la Toscana non si discosta particolarmente dalla situazione nazionale. In particolare, agli ottimi e soddisfacenti risultati relativi ai vaccini ormai consolidati (esavalente + Epatite B), si contrappongono le difficoltà inerenti il raggiungimento degli obiettivi posti dall'Oms nella Health21¹² in termini di morbillo e rosolia. Il tasso di copertura vaccinale Mpr infatti, nonostante i progressi evidenti, nel 2009 in Toscana era ancora inferiore al 95 per cento richiesto (92,7 per cento) e perciò compatibile con l'insorgenza di nuove onde epidemiche (Figura 11.1). A livello regionale, i dati di notifica obbligatoria confermano l'ipotesi, evidenziando un trend decrescente per entrambe le patologie con picchi epidemici irregolari registrati in particolare nel 2002 e nel 2008. Sempre nel 2008 l'incidenza di morbillo notificata è stata del 16,3 per centomila e di 7,4 per centomila per la ro-

Figura 11.1 - Notifiche mensili di morbillo e rosolia (asse sinistro, valori assoluti) - Italia (istogramma) e Toscana (linea continua) e tassi di copertura Mpr (asse destro, valori percentuali, punti) - Anni 2000-2009



solia (Ars Toscana 2014), superiore al valore soglia di 1,0 per un milione fissato nel Pnemorc 2010-2015. Anche a livello di singola Asl il comportamento delineato resta valido sebbene sia necessario evidenziare il picco di morbillo (40 casi) del 2006 nella Asl di Grosseto. L'onda epidemica del 2008 ha interessato particolarmente le Asl di Pisa e di Grosseto per il morbillo e le Asl di Grosseto e Livorno per la rosolia (Tavole 11.6 e 11.7).

¹² Riduzione della trasmissione indigena di morbillo per il 2007 e la sua eliminazione per il 2010, <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health21-health-for-all-in-the-21st-century>.

Tavola 11.6 - Notifiche di morbillo per provincia e Asl di notifica - Toscana - Anni 2000-2009 (valori assoluti e valori percentuali)

Provincia	Asl	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Massa-Carrara	<i>Massa-Carrara</i>	2	-	10	31	2	2	1	-	3	1
Lucca		4	2	17	35	-	2	-	-	15	-
	<i>Lucca (%)</i>	50,0	100,0	64,7	57,1	-	-	-	-	73,3	-
	<i>Viareggio (%)</i>	50,0	-	35,3	42,9	-	100,0	-	-	26,7	-
Pistoia	<i>Pistoia</i>	4	2	29	11	-	1	-	-	47	-
Firenze		15	15	45	59	9	3	5	1	107	1
	<i>Firenze (%)</i>	93,3	73,3	73,3	76,3	66,7	33,3	100,0	100,0	78,5	100,0
	<i>Empoli (%)</i>	6,7	26,7	26,7	23,7	33,3	66,7	-	-	21,5	-
Livorno	<i>Livorno</i>	10	4	30	18	-	1	5	1	61	3
Pisa	<i>Pisa</i>	5	7	16	34	4	1	-	-	115	13
Arezzo	<i>Arezzo</i>	2	2	25	4	-	-	4	-	9	-
Siena	<i>Siena</i>	7	12	111	10	-	-	-	-	87	1
Grosseto	<i>Grosseto</i>	2	2	20	4	-	1	40	1	108	-
Prato	<i>Prato</i>	3	2	27	13	-	2	-	-	45	2
Toscana		54	48	330	219	15	13	55	3	597	21
Italia		1457	826	18020	11978	686	215	571	595	5312	759

Fonte: Elaborazione Istat su dati del Ministero della Salute (Indagine sulle notifiche di malattie infettive)

Tavola 11.7 - Notifiche di rosolia per provincia e Asl di notifica - Toscana - Anni 2000-2009 (valori assoluti e valori percentuali)

Provincia	Asl	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Massa-Carrara	<i>Massa-Carrara</i>	4	1	32	5	-	-	10	-	7	-
Lucca		19	-	7	1	2	-	2	-	3	-
	<i>Lucca (%)</i>	89,5	-	42,9	-	-	-	100,0	-	100,0	-
	<i>Viareggio (%)</i>	10,5	-	57,1	100,0	100,0	-	-	-	-	-
Pistoia	<i>Pistoia</i>	13	1	39	4	1	2	2	-	31	-
Firenze		122	52	53	9	5	4	7	8	60	7
	<i>Firenze (%)</i>	89,3	78,8	28,3	100,0	100,0	100,0	100,0	37,5	61,7	100,0
	<i>Empoli (%)</i>	10,7	21,2	71,7	-	-	-	-	62,5	38,3	-
Livorno	<i>Livorno</i>	22	10	12	3	4	1	16	3	51	1
Pisa	<i>Pisa</i>	39	5	99	12	12	2	5	-	19	2
Arezzo	<i>Arezzo</i>	7	12	4	-	-	-	-	-	2	-
Siena	<i>Siena</i>	3	127	37	2	-	6	2	6	15	2
Grosseto	<i>Grosseto</i>	5	15	9	8	3	3	-	1	54	4
Prato	<i>Prato</i>	3	2	3	-	-	-	4	-	8	-
Toscana		237	225	295	44	27	18	48	18	250	16
Italia		2605	5151	6224	1615	461	297	257	758	6183	221

Fonte: Elaborazione Istat su dati del Ministero della Salute (Indagine sulle notifiche di malattie infettive)

11.3.5 - Stili di vita

I bambini toscani di età compresa tra 3 e 14 anni iniziano la giornata con una colazione adeguata almeno nel 90 per cento dei casi. In base ai risultati dell'indagine



Aspetti della vita quotidiana, nel 2012 sono il 92,6 per cento a curare il primo pasto della giornata, prevalgono i bambini (94,0 per cento) rispetto alle bambine (91,0 per cento) e, in tutti e tre i casi, il dato è superiore al corrispettivo nazionale. Le buone abitudini alimentari si riflettono anche in un maggior consumo di verdura (38,7 per cento nel 2012), stabilmente superiore al dato nazionale dal 2005 (34,0 per cento nel 2012), principalmente sostenuto dalla componente femminile (47,4 per cento rispetto al 31,4 per cento nel 2012 per i maschi). Inoltre rispetto al dato italiano, sono maggiormente diffusi stili di vita più corretti sia in termini di minore sedentarietà (24,0 per cento rispetto a 27,5 per cento), soprattutto nei maschi, sia legati ad una maggiore propensione all'attività fisica generale (76,0 per cento rispetto a 72,5 per cento) e ad elevato sforzo (38,0 per cento rispetto a 28,0 per cento). Nuovamente la componente maschile prevale su quella femminile. Alimentazione e attività fisica si riflettono in una prevalenza di persone di età compresa tra 6 e 17 anni in sovrappeso leggermente inferiore al dato Italiano (25,9 per cento rispetto a 26,2 per cento nel 2012).

11.4 - Gli adolescenti e i giovani adulti 15-34 anni

Al 1° gennaio 2013 circa un quarto della popolazione toscana è rappresentato da giovani di 15-34 anni: prevale il genere maschile, sia complessivamente (102 maschi ogni 100 femmine) sia in ciascuna delle dodici Asl in cui è articolato il territorio regionale, con un'incidenza maggiore nella Asl di Massa-Carrara (105,7 per cento) e minore in quella di Pistoia (100,3 per cento). La percentuale dei giovani nell'ultimo decennio, è passata dal 23 al 19 per cento della popolazione residente.

11.4.1 - Condizioni di salute

Lo stato di salute percepito dai giovani di 15-34 anni riflette una visione positiva del proprio benessere fisico, strettamente legata alla scarsa presenza di patologie gravi. Infatti, in Toscana il 91,0 per cento degli individui appartenenti a questa fascia di età dichiara di stare "bene o molto bene", maggiormente i maschi rispetto alle femmine. Poco meno del 10 per cento percepisce il proprio stato di salute come "né bene né male"; le giovani donne prevalgono in questo tipo di valutazione. L'indagine Istat sulle Condizioni di salute al 2013 evidenzia, per entrambi i sessi, la prevalenza delle malattie allergiche (compresa l'asma allergica) tra le malattie croniche dichiarate più frequenti (19,3 per cento sul totale delle persone di 15-34 anni), con un incremento del 2,3 per cento rispetto al 2005, cui segue la cefalea con quote più elevate per le donne (11,2 per cento) rispetto agli uomini (7,3 per cento). Il genere femminile prevale anche nel caso delle malattie della tiroide, rimaste più o meno stabili rispetto al 2005. Inoltre i giovani rappresentano una delle categorie normalmente considerata a più elevato rischio di infezioni sessualmente trasmesse, anche per l'adozione di comportamenti sessuali non supportati da un adeguato livello di consapevolezza. In base ai dati derivanti dalle notifiche delle malattie infettive, nel periodo 2000-2009 si evidenzia, per la sifilide, un andamento in crescita tendenziale, sia a livello nazionale (da 351 notifiche del 2000 a 1.087 del 2009) sia nella regione Toscana (da 39 notifiche del 2000 a 57 del 2009). Oltre il 94 per cento dei casi sono concentrati nelle classi

15-34 e 35-64 a livello nazionale e il 91 per cento in Toscana. Per quanto riguarda l'epatite B, invece, il trend è tendenzialmente decrescente nel decennio considerato, principalmente a seguito dell'introduzione nel 1991 della vaccinazione obbligatoria per tutti i neonati che ha portato, in regione, a scendere da 116 casi nel 2000 a 90 casi nel 2009.

11.4.2 - Morbosità ospedaliera

In Toscana il ricorso all'ospedalizzazione per acuti da parte dei giovani di 15-34 anni (225 mila ricoveri nel triennio 2009-2011) per ambedue i sessi tende a diminuire nel tempo (-1,5 per cento nel triennio 2009-2011 rispetto al triennio 2006-2008) in misura minore rispetto al dato nazionale (-2,9 per cento) e in linea con l'attuazione delle politiche di contenimento dei posti letto negli ospedali. La media, comunque, del tasso di ospedalizzazione nel triennio 2009-2011 si mantiene al di sotto del valore nazionale (100,9 rispetto a 112,2). La significativa differenza di genere dell'incidenza ospedaliera che si osserva in questa fascia di età (Tavola 11.8) è dovuta

Tavola 11.8 – Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 15-34 anni: per genere, primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza - Toscana - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASL	Maschi						Femmine					
	Totale	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	Malattie dell'apparato digerente	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie del sistema circolatorio	Totale	Complicazioni della gravidanza etc.	Malattie del sistema genitourinario	Malattie dell'apparato digerente	Traumatismi ed avvelenamenti	Tumori
Massa e Carrara	73,6	19,7	8,9	6,6	7,4	5,1	141,7	76,9	10,6	8,7	5,5	6,3
Lucca	61,6	16,3	8,8	6,6	5,2	3,6	126,5	75,2	8,4	6,5	5,8	3,9
Pistoia	58,2	12,7	8,1	6,9	5,4	3,8	133,8	78,7	7,6	7,7	4,4	4,8
Prato	58,6	11,7	8,4	6,0	7,3	4,4	132,2	83,7	7,1	5,6	3,5	3,9
Pisa	64,8	14,8	8,8	9,2	6,5	4,4	138,7	79,0	7,4	9,3	4,4	5,5
Livorno	63,6	15,4	10,1	7,5	5,3	3,8	136,7	80,5	7,2	8,6	5,6	4,6
Siena	60,7	13,0	7,3	7,2	4,9	5,1	144,4	89,2	8,0	7,4	3,9	5,2
Arezzo	64,2	15,8	8,5	7,6	7,0	4,0	132,5	80,5	8,1	7,2	4,8	4,4
Grosseto	61,4	14,7	7,0	7,8	7,5	3,9	136,8	82,0	9,3	8,6	4,0	4,4
Firenze	65,2	13,8	6,8	7,6	5,9	4,4	142,2	85,0	8,6	7,3	5,5	4,7
Empoli	61,5	14,1	7,4	7,5	4,9	5,5	143,7	90,9	7,0	7,8	5,1	4,8
Viareggio	67,5	19,0	9,2	7,1	7,2	3,4	147,4	82,9	10,1	9,0	6,7	5,8
Toscana	63,4	14,7	8,1	7,4	6,1	4,3	138,2	82,4	8,1	7,7	5,0	4,8
Italia	71,9	14,5	8,1	8,7	6,1	5,3	152,7	86,4	12,2	9,4	4,8	6,2

	Variazione percentuale media annua											
Massa e Carrara	-3,4	-4,8	-3,9	-5,1	-1,8	-3,6	-2,5	-1,1	-3,9	-4,3	-8,3	3,9
Lucca	-2,6	-3,2	-1,2	-4,6	-2,0	-8,2	-1,8	-1,0	-5,1	-2,8	0,1	-1,1
Pistoia	-2,8	-4,2	0,8	-1,7	-6,8	-5,8	-0,8	-0,3	-4,6	-1,5	-5,2	-1,2
Prato	-2,0	-3,1	1,5	-3,2	-0,3	-0,2	-2,2	-1,4	-6,9	-2,2	-3,1	-10,9
Pisa	-2,2	-2,8	-4,3	-1,5	-0,4	1,3	-0,7	0,1	-2,7	-1,9	-8,2	0,7
Livorno	-2,7	-2,2	-1,6	-1,7	-5,7	-1,1	-1,7	-0,1	-6,8	-2,5	-5,1	-3,8
Siena	-2,2	-4,5	-0,2	-1,2	-2,2	-1,9	-1,4	-0,5	-8,2	-2,2	-4,1	-0,8
Arezzo	-1,6	-3,0	-0,6	0,1	..	-2,5	-1,4	-1,0	-2,2	-2,2	-2,3	-0,3
Grosseto	-2,9	-0,8	-2,9	-1,9	-2,4	-7,3	-1,9	-0,2	-3,9	-3,7	-4,6	-3,4
Firenze	-0,7	-3,0	0,4	0,6	-1,6	-0,9	-1,6	-1,6	-1,7	0,9	-3,5	-0,9
Empoli	-1,2	-3,7	-2,2	0,8	-6,3	3,0	0,1	0,2	-4,4	0,4	-1,2	2,7
Viareggio	-1,5	3,0	-0,9	-0,1	1,4	-5,0	0,1	0,7	-1,5	3,0	2,0	-2,0
Toscana	-2,0	-2,9	-1,2	-1,2	-2,2	-2,2	-1,4	-0,7	-4,0	-1,4	-3,9	-1,5
Italia	-3,8	-5,5	-3,1	-3,3	-1,7	-2,7	-2,4	-1,0	-3,0	-3,3	-5,7	-3,6

Fonte: Elaborazione Istat su dati Ministero della Salute (Sdo)

principalmente ai ricoveri per parto e puerperio, compresi nel gruppo "complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio". Questa causa risulta essere la prima che motiva la richiesta di assistenza ospedaliera per le giovani donne. La seconda causa di ospedalizzazione è rappresentata dalle "malattie del sistema genitourinario"



(8,1 per mille). Per i maschi non si riscontra una così forte prevalenza di una causa rispetto alle altre, sebbene la prima causa di ricovero siano i “traumatismi e avvelenamenti” (14,7 per mille). L’analisi dei tassi per Asl evidenzia che le incidenze maschili più elevate si concentrano nell’Asl di Massa-Carrara, mentre quelle femminili nell’Asl Viareggio, per la quasi totalità delle principali cause di ricovero.

11.4.3 - Mortalità generale e per causa di morte

Il buono stato di salute degli adolescenti e dei giovani adulti è caratterizzato dall’assenza di patologie croniche e di malattie infettive (la cui prevenzione è stata già fatta da bambini).

Inoltre, il ricorso all’ospedalizzazione è motivato, in prevalenza, da eventi traumatici o, per le donne, da difficoltà legate alla gravidanza. Per questi motivi la mortalità nella classe 15-34 anni risulta particolarmente bassa (3,4 per diecimila individui della stessa età con 751 decessi nel triennio 2009-2011): maggiore per i maschi (4,6) - sebbene inferiore al dato nazionale - e minore per le femmine (2,1), in costante riduzione tra il 2006 e il 2011. Le maggiori incidenze territoriali per i “traumatismi”, prima causa di morte per questa fascia di età, si rilevano nelle Asl di Grosseto e di Viareggio (Tavola 11.9). Tra le cause esterne di traumatismo, la tipologia prevalente

Tavola 11.9 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 15-34 anni: per genere, primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza - Toscana - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASL	Maschi						Femmine					
	Totale	Traumatismi ed avvelenamenti	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Sintomi segni e stati morbosi maldefiniti	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Totale	Traumatismi ed avvelenamenti	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Malattie dell'apparato respiratorio
Massa Carrara	6,6	3,3	1,3	0,5	0,3	0,5	2,5	1,2	0,5	0,2	-	0,4
Lucca	4,8	3,6	0,4	0,6	-	-	2,1	1,0	0,5	0,1	-	0,3
Pistoia	3,5	1,8	0,8	0,5	-	-	1,6	0,6	0,6	-	0,1	0,1
Prato	3,9	2,3	0,7	0,5	-	-	1,6	0,9	0,5	-	-	-
Pisa	4,0	2,5	0,5	0,4	0,1	0,3	2,6	0,8	1,2	-	0,1	0,1
Livorno	4,5	3,1	0,6	0,4	0,4	-	2,2	1,0	0,8	0,1	-	-
Siena	5,0	2,9	0,8	0,6	0,2	0,1	2,1	0,7	0,7	0,1	0,1	-
Arezzo	4,2	2,5	0,8	0,5	0,1	-	2,4	0,8	1,1	0,1	0,2	-
Grosseto	5,8	4,2	0,7	0,2	0,2	0,2	2,5	0,9	0,5	0,3	-	-
Firenze	4,5	2,3	0,9	0,4	0,3	0,1	2,1	0,7	0,5	0,4	0,2	0,1
Empoli	4,6	2,6	1,2	0,3	0,1	0,1	0,5	0,1	-	0,2	-	-
Viareggio	6,5	4,1	0,4	0,6	0,6	-	2,4	1,0	0,8	-	0,4	0,2
Toscana	4,6	2,8	0,8	0,4	0,2	0,1	2,1	0,8	0,7	0,2	0,1	0,1
Italia	5,4	3,1	0,8	0,4	0,3	0,2	2,1	0,7	0,7	0,2	0,1	0,1

	Variazione percentuale media annua											
Massa Carrara	-1,6	-8,6	23,7	-7,8	19,9	-	-1,1	10,1	-18,8	2,7	-	-
Lucca	10,4	-8,1	11,6	-6,7	-	-	-5,6	4,1	-8,8	-17,9	-	13,5
Pistoia	0,5	-2,6	2,2	23,5	-	-	-4,6	-8,7	-6,1	-	-	-
Prato	-1,2	2,6	7,2	13,8	-	-	8,9	17,6	8,4	-	-	-
Pisa	-8,9	-10,0	21,3	13,3	-26,5	36,8	4,5	-7,2	31,4	-	-	-
Livorno	-13,1	-10,4	-6,7	-11,4	4,3	-	1,3	5,4	-1,1	-21,7	-	-
Siena	-6,0	-6,5	-0,8	2,2	-22,0	4,7	-7,5	-9,7	-1,7	-22,2	-	-
Arezzo	-10,2	-13,5	32,4	-7,8	-18,7	-	5,7	-1,4	11,2	-9,8	22,1	-
Grosseto	12,9	-13,7	0,5	21,0	-20,2	-0,8	2,6	-3,5	-5,9	-	-	-
Firenze	-3,8	-3,6	1,0	13,6	54,5	-1,8	4,9	8,9	-2,3	17,9	16,8	27,2
Empoli	-3,0	-1,9	15,6	24,7	-5,6	-14,9	-23,5	-	-	-10,0	-	-
Viareggio	10,2	18,6	19,7	1,3	-	-	10,8	26,1	1,9	-	-	-
Toscana	-6,2	-6,8	0,7	-8,1	-1,2	-12,4	0,9	2,5	-1,0	-8,0	38,7	4,4
Italia	-3,7	-5,2	-0,8	-2,2	-2,8	-0,2	-1,4	-3,6	-0,4	-1,2	2,2	1,1

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Rilevazione sulle cause di morte

è rappresentata dagli “incidenti di trasporto” (0,6 per diecimila), soprattutto tra i maschi, per i quali il tasso standardizzato di mortalità è pari a 1,1 per diecimila. La mortalità per “tumore maligno” (pari a 0,7 per diecimila) vede prevalere, pur nell’esiguità numerica dei casi, sia nei maschi sia nelle femmine, i tumori del sistema linfatico-ematopoietico (0,2); seguono i tumori al seno, per le giovani donne, e i tumori delle labbra, cavità orale e faringe per i maschi.

11.4.4 - Incidentalità stradale

La mortalità per incidenti da mezzi di trasporto caratterizza i rischi di morte degli adolescenti e dei giovani adulti¹³. I dati provenienti dalla rilevazione Istat sull’incidentalità stradale con lesioni alle persone indicano che, in Toscana nel 2012, sono 50 le giovani vittime della strada (il 19,8 per cento dei decessi rispetto al 28,4 per cento del dato nazionale), in prevalenza maschi (88,0 per cento). Il numero totale dei decessi per incidentalità stradale in Toscana è comunque in diminuzione nel decennio 2001-2010, in particolare per i giovani (-44,2 per cento), così come nel primo biennio della seconda decade 2011-2020 (-13,8 per cento) e in linea con l’obiettivo comunitario di dimezzamento dei morti sulle strade. Tra le campagne comunicative sulla sicurezza stradale promosse in Italia come strategie di prevenzione, quelle rivolte ai giovani sono state finalizzate a modificarne i comportamenti, non solo relativamente al consumo di alcol e droghe, ma anche all’uso del casco e del cellulare alla guida. La riduzione della mortalità ha interessato maggiormente i giovani rispetto alle altre classi di età, pur con evidenti divari territoriali tra le Asl: la maggiore diminuzione del decennio 2001-2010 si registra per quelle di Viareggio (-83,3 per cento) e di Arezzo (-82,4 per cento). Nel 2012 il tasso di mortalità standardizzato riferito alle giovani vittime di incidenti in Toscana (7,0 per centomila abitanti) è al di sotto della media nazionale. Nel confronto tra le Asl, i valori più elevati si registrano in quelle di Viareggio (Tavola 11.10), in cui prevale come si è visto, la causa di morte per traumatismo da incidente, e di Massa-Carrara. Il trend del tasso di mortalità standardizzato è declinante dal 2001, come anche in modo significativo il tasso di lesività standardizzato. Le giovani vittime della strada in Toscana sono, nel 72,0 per cento dei casi, conducenti di autovetture o di veicoli a due ruote, meno di un quinto passeggeri e pedoni. Una larga parte si trovava a bordo di un motociclo o ciclomotore (44 per cento) o di un’ autovettura (40 per cento) e solo un 4 per cento su bicicletta.

¹³ Nel confrontare i decessi dell’indagine sugli incidenti stradali con quelli delle cause di morte, relativi agli incidenti di trasporto, occorre tenere in considerazione le diverse definizioni e caratteristiche delle due fonti, per le quali si rimanda alla nota metodologica.

Tavola 11.10 – Tassi standardizzati di mortalità e di lesività per incidentalità stradale della popolazione 15-34 anni per Asl di evento - Toscana – Anni 2011 e 2012 (valori per 100.000 abitanti e differenze assolute 2010-2001)

ASL	Tasso di mortalità standardizzato			Tasso di lesività standardizzato		
	2011	2012	Differenze 2010-2001	2011	2012	Differenze 2010-2001
Massa e Carrara	5,4	13,0	7,7	1.221,7	1.376,7	-434,5
Lucca	11,4	2,1	-2,9	1.296,5	1.255,3	-271,8
Pistoia	1,7	5,6	-0,2	879,7	1.043,6	-208,9
Prato	2,0	0,0	-3,2	1.154,8	1.081,4	-415,3
Pisa	10,4	12,9	-10,2	1.202,8	1.170,0	-68,0
Livorno	12,2	6,2	-26,4	1.508,8	1.380,9	209,7
Siena	9,9	5,8	-13,1	1.218,8	913,9	-538,8
Arezzo	11,0	5,7	-18,3	1.014,0	897,4	-181,1
Grosseto	7,4	12,3	27,0	1.178,4	1.139,6	-128,7
Firenze	5,2	6,0	-0,3	1.876,0	1.559,8	-647,7
Empoli	4,3	4,2	-17,3	978,2	869,0	-693,3
Viareggio	25,2	16,0	-24,5	2.052,7	1.844,0	-895,0
Toscana	8,1	7,0	-7,0	1.353,3	1.233,7	-367,7
Italia	9,0	8,2	-7,4	928,3	829,3	-284,5

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Rilevazione sugli incidenti stradali con lesione alle persone

11.4.5 - Stili di vita

Come già detto, i comportamenti “a rischio” tra gli adulti sono spesso il risultato di abitudini sviluppate in giovane età. Con riferimento all’abitudine al fumo, la quota dei toscani fumatori è pari al 25,6 per cento ma con peso fortemente diversificato rispetto al genere: i fumatori maschi sono il 29,8 per cento, 8,6 punti percentuali in più delle giovani donne (21,2 per cento). Le donne che hanno smesso di fumare (12,1 per cento) sono più degli uomini (9,5 per cento), valore superiore al dato nazionale (circa 10 per cento). L’alcol costituisce un importante fattore di rischio per la salute. Nel 2013 il 19,3 per cento dei giovani toscani ha adottato almeno un comportamento a rischio (superiore al 15,0 per cento nazionale), con una maggiore prevalenza per i maschi (25,1 per cento) rispetto alle femmine (13,4 per cento). È noto che cattive abitudini alimentari influiscono sul peso di una persona e che l’eccesso ponderale costituisce un rilevante fattore di rischio per l’insorgenza di alcune patologie metaboliche, cardiovascolari e tumorali, soprattutto in alcune fasi del ciclo di vita. In Toscana, più del 70 per cento delle persone di 15-34 anni è in condizione di normopeso, meno di una su quattro è in sovrappeso. I giovani che dichiarano di praticare almeno un’attività fisica nel tempo libero (di tipo leggero, moderato o intensivo) sono il 66,5 per cento mentre un terzo non svolge nessuna attività. I giovani toscani che affermano di consumare almeno una porzione di verdura al giorno sono il 51 per cento (più le ragazze dei ragazzi della stessa fascia d’età), dato superiore alla media nazionale.

11.5 - Gli adulti di 35-64 anni

La popolazione adulta di 35 e 64 anni racchiude buona parte della popolazione attiva e, in Toscana, al 1° gennaio 2013 è pari al 44 per cento del totale con un rapporto di genere di 95,7 maschi ogni 100 femmine. A livello di singole Asl, né il peso relativo né il rapporto di genere presentano valori particolarmente discordanti da quelli regionali: il peso demografico minore si ha nella Asl di Siena (42,3 per cento) mentre le Asl di Pisa (97,7 per cento) e Massa-Carrara (97,5 per cento) presentano la quota di maschi maggiore.

11.5.1 - Condizioni di salute

L'indagine multiscopo sulle Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2013, mette in luce che, in Toscana, le persone in buono stato di salute (ovvero che dichiarano di stare bene o molto bene) sono il 75,6 per cento, valore superiore alla media nazionale (71,1 per cento). La verifica della dimensione soggettiva rappresenta un momento di sintesi efficace per la valutazione complessiva dello stato di salute, in quanto fortemente correlata alla mortalità, alla presenza di malattie croniche, alla disabilità e ai consumi sanitari. Gli indicatori di salute, basati sulla presenza di patologie croniche, segnalano che il 9,8 per cento della popolazione adulta dichiara di essere affetto da una malattia cronica grave mentre il 9,7 per cento presenta problemi di multicronicità (almeno tre malattie croniche). Le più diffuse sono quelle cardiovascolari (15,8 per cento), le malattie allergiche (14,2 per cento) e l'artrosi (12,9 per cento). Nel confronto con il 2005, a parità di età, aumentano l'ipertensione arteriosa, la cefalea o emicrania ricorrente e le malattie della tiroide. La popolazione femminile, con l'eccezione delle malattie cardiovascolari, presenta tassi di morbosità cronica dichiarata più elevati di quella maschile, sia a livello regionale sia a livello nazionale. Differenziali di genere particolarmente marcati si evidenziano per emicrania ricorrente (17,6 per cento), malattie della tiroide (11,6 per cento), artrosi, artrite e osteoporosi (16,9 per cento).

11.5.2 - Morbosità ospedaliera

In linea con l'andamento nazionale, in Toscana i ricoveri per acuti degli adulti (quasi 529 mila nel triennio 2009-2011) tendono progressivamente a ridursi sia per le donne che per gli uomini. L'analisi in serie storica mostra infatti, una riduzione del 2,3 per cento per ambedue i sessi, inferiore di un punto e mezzo rispetto al dato nazionale (-3,8 per cento). In totale, nel triennio considerato, il tasso standardizzato di ospedalizzazione regionale è pari a 109,8 per mille, con un livello riferito alla componente femminile di 117,8 e maschile di 102,0¹⁴. I tassi di dimissione ospedaliera generali e per causa registrano valori inferiori alla media nazionale (131,1 per mille), in particolare per le "malattie del sistema genito urinario", le "malattie del sistema circolatorio", le "malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi" e dei "tumori".

¹⁴ Al fine di una corretta interpretazione dei risultati è opportuno ricordare che la prevalenza dei ricoveri femminili nella fascia di età in questione è da ricondurre in larga parte ai ricoveri legati al parto e non a fenomeni connessi a specifiche patologie.

Per i maschi la principale causa di ricovero è riconducibile alle patologie cardiovascolari, cui seguono le “malattie dell’apparato digerente” e quelle del “sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo” (Tavola 11.11). A prescindere dal parto, i principali gruppi di cause di ospedalizzazione femminili sono i “tumori”, le “malattie del sistema genitourinario” e le “malattie del sistema osteomuscolare”. Per entrambi i sessi, i tassi di ricovero presentano un’ampia variabilità per Asl, sia in termini di intensità che in termini di variazione rispetto al triennio 2006-2008. Inoltre, sono generalmente più elevati nella Asl di Massa-Carrara, in particolare per le “malattie cardiovascolari” (uomini) e i “tumori” (donne).

Tavola 11.11 – Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 35-64 anni per genere, primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza – Toscana - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASL	Maschi						Femmine					
	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Malattie dell'apparato digerente	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	Tumori	Traumatismi ed avvelenamenti	Totale	Complicazioni della gravidanza etc.	Tumori	Malattie del sistema genitourinario	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	Malattie dell'apparato digerente
Massa Carrara	117,8	20,1	15,3	14,8	15,1	15,4	126,4	19,4	19,7	13,1	14,6	10,0
Lucca	103,8	16,4	15,7	14,5	12,6	12,0	114,1	19,8	17,6	15,2	14,1	9,2
Pistoia	98,0	16,6	17,1	11,3	10,9	10,2	113,4	20,4	15,8	13,7	12,9	10,0
Prato	98,8	16,9	15,5	14,8	11,8	9,4	122,8	20,8	16,9	15,1	19,9	8,8
Pisa	107,7	18,4	18,7	12,9	12,8	11,0	124,6	22,4	19,0	12,1	13,8	12,2
Livorno	104,6	17,1	16,6	15,3	12,5	11,6	118,7	21,7	17,2	12,0	14,1	11,1
Siena	100,8	18,6	16,7	11,7	11,0	9,0	118,0	23,0	16,4	14,5	12,9	10,1
Arezzo	97,5	18,3	16,9	12,3	10,7	11,0	113,2	20,1	16,2	14,0	13,0	10,2
Grosseto	101,3	17,8	17,3	13,4	12,5	10,5	110,1	20,2	16,1	11,8	12,9	10,6
Firenze	98,6	16,8	16,4	10,5	10,9	9,9	117,4	25,5	16,8	13,0	10,8	10,0
Empoli	97,3	17,6	17,9	10,5	12,2	10,0	116,0	23,6	17,1	13,1	10,1	11,2
Viareggio	110,6	16,6	17,1	15,0	13,7	13,3	121,8	20,6	19,7	13,7	14,8	9,4
Toscana	102,0	17,5	16,8	12,6	11,9	10,8	117,8	22,1	17,2	13,3	13,2	10,3
Italia	123,1	21,2	19,1	13,2	14,5	10,7	139,4	21,8	19,8	20,0	14,5	12,0
Variazione percentuale media annua												
Massa Carrara	-4,1	-5,5	-3,4	-1,0	-3,8	-2,6	-3,1	-0,3	-2,1	-4,9	-1,6	-3,2
Lucca	-2,9	-5,8	-1,7	0,4	-3,3	-2,0	-2,4	-0,4	-2,1	-2,7	3,4	-3,7
Pistoia	-2,3	-5,6	-0,7	-0,9	-2,7	-1,2	-1,5	1,3	-1,6	-3,5	0,2	-2,9
Prato	-3,3	-4,9	-2,0	-0,3	-5,3	-3,2	-3,3	-0,1	-5,3	-6,1	0,3	-4,0
Pisa	-2,0	-1,8	-0,6	-2,8	-3,5	-1,0	-1,6	1,2	-1,8	-1,9	-3,4	-3,6
Livorno	-2,5	-3,2	-1,9	-0,8	-3,7	-1,0	-2,1	1,0	-1,6	-5,1	-0,5	-3,7
Siena	-2,4	-3,2	-2,8	-0,4	-2,0	-1,2	-2,0	0,5	-2,7	-1,4	-1,8	-2,2
Arezzo	-2,1	-2,5	-1,3	-0,9	-3,8	-1,0	-1,4	-0,4	-2,2	1,0	-0,7	-0,7
Grosseto	-3,4	-3,8	-2,6	0,4	-4,0	-0,8	-3,5	0,8	-3,2	-5,2	-2,8	-3,2
Firenze	-2,9	-4,7	-0,8	-1,4	-3,5	-2,0	-2,1	-0,1	-2,3	-2,7	-2,0	-0,2
Empoli	-1,1	-0,9	1,1	-1,8	-0,6	-1,3	-0,5	2,0	-1,7	-2,5	-2,8	1,7
Viareggio	-1,8	-3,0	-2,4	0,5	-3,2	2,2	-0,8	1,8	-1,0	-0,4	-0,5	-2,4
Toscana	-2,6	-3,8	-1,4	-0,9	-3,4	-1,4	-2,0	0,5	-2,3	-2,9	-1,2	-2,1
Italia	-4,1	-4,5	-3,5	-2,9	-3,8	-3,3	-3,6	0,9	-2,9	-3,2	-3,1	-3,8

Fonte: Elaborazione Istat su dati Ministero della Salute (Sdo)

11.5.3 - Mortalità generale e per causa di morte

Il buono stato di salute generale che caratterizza la classe di età 35-64 anni è confermato da un basso tasso standardizzato di mortalità sia maschile, 31,1 per diecimila, sia femminile, 17,8 per diecimila, corrispondente nel triennio 2009-2011 a circa 12 mila decessi. Contributi importanti al declino della mortalità sono da ricercarsi in fattori sia individuali che di sistema. La classe di età in esame è caratterizzata dal fenomeno della super-mortalità maschile, le cui determinanti sono tradizionalmente riconducibili ai diversi comportamenti e stili di vita adottati dai due sessi quali tabagismo, alcolismo e guida pericolosa, ma anche ai rischi derivanti dalla diversa attività lavorativa. L'analisi della mortalità per residenza del deceduto e per causa mostra, per entrambi i generi, un'elevata concentrazione nei primi tre gruppi di cause: "tumori" (12,5 per diecimila), "malattie ischemiche del cuore" (1,9 per diecimila) e cause

Tavola 11.12 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 35-64 anni per genere, primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza - Toscana - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASL	Maschi						Femmine					
	Totale	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie dell'apparato digerente	Malattie infettive e parassitarie	Totale	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie dell'apparato digerente	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi
Massa Carrara	38,0	16,6	7,9	3,7	3,0	2,4	18,5	11,2	2,2	0,7	1,0	0,8
Lucca	32,2	14,4	7,1	4,4	1,6	0,9	17,9	11,7	2,4	0,6	1,0	0,1
Pistoia	28,4	14,0	6,1	3,0	1,0	0,9	16,5	10,3	2,1	0,9	0,8	0,6
Prato	31,1	14,4	8,3	2,5	1,6	1,0	18,2	11,5	2,4	0,5	0,8	0,4
Pisa	31,3	13,4	7,6	3,0	2,0	1,5	18,6	11,3	2,8	1,1	0,7	0,7
Livorno	30,5	15,0	6,5	2,7	2,0	0,8	19,1	12,1	2,1	0,8	1,0	0,6
Siena	27,3	13,1	6,7	3,3	1,0	0,6	16,5	10,1	2,3	1,0	0,8	0,4
Arezzo	28,5	13,7	6,3	3,4	1,4	0,5	16,7	10,6	2,6	0,8	0,4	0,7
Grosseto	34,9	15,0	7,8	4,7	2,8	0,6	18,1	10,8	2,4	1,0	0,9	0,4
Firenze	30,1	14,8	6,2	2,9	1,6	1,2	17,6	11,6	2,1	1,0	0,6	0,5
Empoli	29,5	13,4	7,8	2,1	1,0	0,9	18,1	11,0	2,6	0,6	0,7	0,9
Viareggio	39,4	18,2	7,3	4,9	3,1	1,3	18,5	10,1	2,1	2,2	1,0	0,8
Toscana	31,1	14,5	6,9	3,2	1,8	1,0	17,8	11,1	2,3	0,9	0,8	0,6
Italia	34,8	15,5	8,1	3,4	2,1	1,0	19,1	11,7	2,7	0,9	0,8	0,6

	Variazione percentuale media annua											
Massa Carrara	-1,9	-4,2	-3,7	-3,9	8,1	21,7	0,8	-0,4	-1,5	-2,7	8,5	38,4
Lucca	-3,8	-4,9	-3,0	5,4	-10,9	3,2	-2,1	-0,9	-7,1	-12,1	-5,8	-34,7
Pistoia	-4,1	-2,7	-6,6	-6,4	-7,1	-7,9	-5,6	-6,0	-5,0	1,4	-9,6	-3,0
Prato	-0,5	..	0,3	-3,2	-4,1	-8,6	-0,7	-3,4	6,4	-13,1	8,6	2,6
Pisa	-1,2	-3,3	2,8	-5,4	2,2	2,6	-0,7	-1,9	5,9	-2,0	1,7	9,1
Livorno	-2,8	-2,6	..	-4,6	..	-4,7	0,5	1,1	-7,0	6,2	1,4	-1,9
Siena	-4,4	-1,1	-4,2	-4,8	-12,8	-13,0	-1,1	-2,8	-2,3	6,8	17,0	-11,4
Arezzo	-2,0	-3,1	-0,7	-4,6	3,9	0,7	-0,8	-1,9	3,7	-0,6	-13,2	8,8
Grosseto	-1,0	-3,0	-0,2	7,1	4,3	-20,6	1,0	-0,4	5,3	-3,7	1,7	1,9
Firenze	-2,2	-1,7	-5,4	-3,4	4,3	7,0	-1,3	-0,8	-5,8	7,7	-5,2	8,7
Empoli	-1,2	-2,0	2,7	-11,3	-1,2	-1,2	-1,3	-2,4	-2,9	-8,4	-1,2	12,6
Viareggio	-1,2	-0,6	-6,5	6,5	2,0	-6,6	-2,7	-7,6	-7,5	24,5	15,5	29,6
Toscana	-2,2	-2,4	-2,3	-2,7	0,2	-0,7	-1,2	-1,9	-2,1	1,9	-0,6	5,1
Italia	-1,5	-1,7	-2,1	-1,3	-2,1	-2,3	-0,6	-0,5	-2,3	-1,0	-3,5	2,0

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Rilevazione sulle cause di morte

esterne da “traumatismo e avvelenamento” (1,2 per diecimila), che insieme rappresentano circa l’80 per cento della cause di morte. La mortalità per “tumori maligni” rappresenta la prima causa di morte nell’età adulta. Nel triennio considerato, l’incidenza femminile è di 11,1 per diecimila residenti, mentre quella maschile di 14,5 per diecimila (Tavola 11.12). Rispetto agli organi colpiti, si evidenziano ulteriori differenze di genere: i “tumori maligni” al seno si confermano prima causa di malattie oncologiche nelle donne (2,7 per diecimila), seguono i tumori a laringe-trachea, bronchi e polmoni; nei maschi quest’ultima categoria è la più incidente (4,2 per diecimila), cui seguono i tumori del tessuto linfatico/ematopoietico. Tra le “malattie circolatorie”, le più rappresentate sono le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebrovascolari, con incidenze maschile tre volte superiori rispetto a quelle femminili (4,5 contro 1,5 per diecimila). È da sottolineare come gli uomini di questa classe di età siano penalizzati anche da alti livelli di mortalità per fenomeni di natura violenta (traumatismi e avvelenamenti), oltre tre volte più elevati di quelli delle donne (3,2 contro 0,9 per diecimila). Anche l’analisi territoriale per Asl conferma la maggiore mortalità maschile. Tassi più elevati rispetto alla media regionale si registrano nelle Asl Viareggio e Massa-Carrara per i tumori e nelle Asl di Prato e Massa-Carrara per le “malattie del sistema circolatorio”.

11.5.4 - Incidentalità stradale

Le evidenze emerse nell’analisi della mortalità evitabile per traumatismi, particolarmente rilevante nei maschi di questa fascia d’età, trovano un riscontro nei dati della rilevazione sull’incidentalità stradale con lesioni alle persone¹⁵. In Toscana nel

Tavola 11.13 – Tassi standardizzati di mortalità e di lesività per incidentalità stradale della popolazione di 35-64 anni per Asl di evento - Toscana – Anni 2011 e 2012 (valori per 100.000 e differenze assolute 2010-2001)

ASL	Tasso di mortalità standardizzato			Tasso di lesività standardizzato		
	2011	2012	Differenze 2010-2001	2011	2012	Differenze 2010-2001
Massa e Carrara	5,8	4,5	1,2	662,1	575,9	2,8
Lucca	12,2	4,1	-8,6	623,6	656,9	-129,0
Pistoia	2,3	2,4	-7,4	472,4	495,5	26,7
Prato	1,8	1,9	-3,2	604,3	548,0	60,4
Pisa	6,9	13,7	-6,8	590,0	553,5	35,7
Livorno	3,3	8,0	-5,1	749,3	663,7	59,2
Siena	6,2	5,3	-14,1	662,6	515,1	-147,4
Arezzo	6,8	7,4	-0,6	541,2	473,0	-26,0
Grosseto	13,9	7,2	-6,3	620,5	570,7	8,2
Firenze	6,8	5,7	-1,3	832,1	770,7	-45,9
Empoli	5,0	4,7	-5,9	513,7	431,2	-212,6
Viareggio	5,4	12,1	-8,7	919,9	938,7	-48,3
Toscana	6,3	6,4	-4,8	668,1	614,5	-33,1
Italia	5,9	5,8	-3,8	469,7	440,4	-32,6

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Rilevazione sugli incidenti stradali con lesione alle persone

¹⁵ Per un corretto confronto tra i dati delle due indagini si rimanda alla nota metodologica.

2012, su un totale di 103 decessi e 9.849 feriti dovuti a incidenti stradali avvenuti nella regione, quelli inerenti alla popolazione adulta sono rispettivamente il 40,7 per cento e il 42,8 per cento. Relativamente al decennio 2001-2010, si registra nella regione un decremento del numero dei decessi (-37,4 per cento) più elevato di quello nazionale per la stessa fascia di età (-32,6 per cento). Si osserva inoltre come nello stesso periodo il decremento (Tavola 11.13) abbia riguardato sia il tasso standardizzato di mortalità (-4,8 ogni centomila abitanti), sia quello di lesività (-33,1 ogni centomila abitanti). In quasi otto casi su dieci, le vittime di incidenti stradali di questa fascia di età sono conducenti di autovetture e di veicoli a due ruote (77,7 per cento); più di un terzo si trovava a bordo di un motociclo o ciclomotore (38,8 per cento) o di una autovettura (35,0 per cento).

11.5.5 - Stili di vita e prevenzione

Il monitoraggio dell'abitudine al fumo è molto importante, in quanto costituisce il primo fattore di mortalità evitabile al mondo, soprattutto rispetto alle malattie oncologiche, cardiovascolari e respiratorie. Nel 2013, in Toscana la quota di fumatori adulti è pari al 26,1 per cento, di poco superiore a quello nazionale. Nel confronto di genere permangono forti differenze a svantaggio degli uomini, con quote di fumatori quasi doppie rispetto a quelle delle donne. Analogamente, i comportamenti a rischio nel consumo di alcol sono maggiormente diffusi negli uomini adulti rispetto alle donne: 40,5 maschi su 100 consumano giornalmente bevande alcoliche (rispetto al 14,7 per cento delle donne); l'8,5 per cento dichiara un consumo giornaliero non moderato e poco meno dell'8 per cento un consumo di quantità eccessive in una singola occasione (binge drinking)¹⁶. L'eccesso di peso, strettamente correlato all'inattività fisica, interessa meno della metà della popolazione adulta (45,7 per cento), con il 35,3 per cento in sovrappeso e il 10,3 per cento affetto da obesità. Questo fenomeno presenta, in Toscana, valori vicini alla media nazionale (47,6 per cento) e una prevalenza del genere maschile (57,7 per cento) rispetto a quello femminile (34,2 per cento). Nell'ambito della prevenzione generale, oltre il 90 per cento della popolazione adulta dichiara di aver fatto ricorso, almeno una volta nella vita, ai servizi sanitari per la diagnosi precoce di diabete, ipercolesterolemia e ipertensione. Più della metà effettua per le stesse patologie controlli con periodicità annuale (rispettivamente 58,3, 58,2 e 71,3 per cento). In generale, il ricorso a queste pratiche risulta più diffuso rispetto alla media nazionale. Anche la prevenzione dei tumori femminili nella regione registra frequenze relative maggiori di quelle nazionali: l'89,5 per cento (oltre sei punti percentuali in più della media nazionale) delle donne adulte dichiara di essersi sottoposta, almeno una volta nella vita, all'esame del pap-test in assenza di disturbi; il 78,8 per cento (quasi 11 punti percentuali in più) ogni tre anni; l'84,5 per cento (4 punti percentuali in più) delle donne nella fascia di età raccomandata per lo screening (50-64 anni) dichiara di essersi sottoposta, almeno una volta nella vita, alla mammografia.

¹⁶ Secondo i risultati dell'Indagine Istat Aspetti della vita quotidiana.

11.6 - Gli anziani di 65 anni e più

L'analisi degli indicatori demografici della popolazione toscana conferma la tendenza all'invecchiamento, particolarmente sbilanciata a favore delle donne, che sopravvivono più a lungo degli uomini. In Toscana, al 1° gennaio 2013, gli ultra sessantacinquenni sono il 24,2 per cento della popolazione residente totale (3 punti percentuali in più della media nazionale), di cui il 57,5 per cento sono donne. La speranza di vita a 65 anni è di 18,7 anni per gli uomini e di 22,0 anni per le donne.

11.6.1 - Condizioni di salute

La presenza e diffusione di nuove tecnologie applicate alle cure mediche ha comportato un aumento della sopravvivenza ma non necessariamente in buona salute, come si evince dall'indagine multiscopo sulle Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Nel 2013, il 37,1 per cento degli anziani toscani ha dichiarato uno stato di buona salute, una quota superiore a quella nazionale (33,1 per cento), più alta per i maschi rispetto alle femmine. La percezione che il soggetto anziano ha del proprio stato psico-fisico è di particolare interesse perché è inversamente correlata alla mortalità. Con l'avanzare dell'età, aumenta, poi, anche l'insorgenza delle malattie croniche. Il 40,3 per cento degli ultrasessantacinquenni toscani dichiara di essere affetto da almeno una malattia cronica grave, la cui insorgenza è più elevata per gli uomini (43,7 per cento) rispetto alle donne (37,8 per cento). Le malattie croniche più diffuse si confermano l'artrosi e l'artrite (48,9 per cento), l'ipertensione arteriosa (40,5 per cento), l'osteoporosi (25,3 per cento) e il diabete (15,4 per cento). Con l'invecchiamento della popolazione aumentano anche le persone con limitazioni funzionali¹⁷ nell'attività quotidiana (18,5 per cento). Si tratta di limitazioni che insorgono con il peggioramento delle condizioni di salute e riducono la mobilità degli anziani o le loro capacità sensoriali (vista e udito, in particolare). Le tipologie più diffuse si riferiscono alle difficoltà nel movimento (10,7 per cento) e nelle attività quotidiane (10,4 per cento), problematiche che colpiscono soprattutto le donne a causa della maggiore prevalenza di patologie non letali ma invalidanti, come l'osteoporosi, l'artrosi e l'artrite.

11.6.2 - Morbosità ospedaliera

Anche il ricorso all'ospedalizzazione risente dell'invecchiamento della popolazione. La prevalenza di malattie croniche e invalidanti, infatti, cresce con l'avanzare dell'età e comporta una maggiore richiesta di assistenza ospedaliera da parte della popolazione anziana. Negli ultimi anni, tuttavia, nel nostro Paese, si sono adottate politiche sanitarie finalizzate a ridurre l'offerta di ricovero ospedaliero, concentrando le prestazioni in setting assistenziali alternativi meno costosi ma di pari efficacia. L'analisi delle Sdo mostra, quindi, una riduzione dei ricoveri per entrambi i sessi misurata in base al tasso standardizzato di ospedalizzazione (Tavola 11.14) nel triennio 2009-2011, cui corrispondono quasi 570 mila ricoveri. Le "malattie dell'apparato circolatorio" sono la prima causa di ospedalizzazione, in particolare le malattie cerebro

¹⁷ Si rimanda alla nota metodologica per la definizione di limitazione funzionale e per il modo con il quale viene rilevata mediante l'Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari.

vascolari (18,6 per mille) e quelle ischemiche del cuore (16,1 per mille), prevalenti soprattutto nella popolazione maschile. Al secondo posto si collocano i “tumori” e al terzo le “malattie dell’apparato respiratorio” per gli uomini e “traumatismi e avvelenamenti” per le donne. Tra i tumori maschili, i più frequenti sono quelli della vescica

Tavola 11.14 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 65 anni e più per genere, primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza – Toscana - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011 / 2006-2007-2008)

ASL	Maschi					Femmine						
	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie dell'apparato digerente	Malattie del sistema genito-urinario	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	Malattie dell'apparato digerente
Massa Carrara	380,4	111,7	69,7	46,9	38,3	23,9	256,3	76,1	34,1	29,0	23,8	22,8
Lucca	343,6	96,6	58,5	41,5	34,1	33,9	240,2	58,2	31,9	26,0	24,2	20,3
Pistoia	336,6	100,5	51,5	40,9	39,8	22,0	238,5	63,4	27,9	28,8	21,5	23,1
Prato	343,3	97,7	54,1	44,0	35,8	22,8	252,7	65,5	27,8	28,4	33,2	19,7
Pisa	330,6	89,0	57,6	33,6	37,7	24,3	236,7	55,1	31,3	28,1	24,8	22,6
Livorno	321,8	93,2	53,3	35,2	34,5	22,2	229,3	57,2	29,5	27,4	21,5	21,6
Siena	318,9	96,7	47,3	33,6	40,7	23,6	218,7	59,5	25,2	21,0	22,0	22,2
Arezzo	313,6	93,9	44,8	41,9	36,6	24,0	223,2	60,1	24,5	27,6	23,1	19,8
Grosseto	310,7	91,2	51,7	35,6	36,7	24,8	216,5	57,3	26,9	24,0	19,5	22,2
Firenze	323,2	92,9	48,9	37,7	38,3	22,1	231,8	56,6	27,3	28,7	20,8	22,6
Empoli	317,5	90,7	45,7	37,0	39,7	23,4	219,5	55,1	25,3	27,4	19,8	21,7
Viareggio	326,3	89,6	59,4	42,9	38,7	27,0	218,4	51,9	30,6	24,3	22,1	20,6
Toscana	328,1	94,7	52,2	38,5	37,6	23,9	231,6	59,1	28,2	27,1	22,6	21,8
Italia	375,0	101,1	61,0	38,0	40,9	28,8	259,6	63,2	31,7	25,0	23,2	24,4

Variazione percentuale media annua

Massa Carrara	-3,4	-5,2	-3,3	-3,6	-2,7	-1,9	-3,2	-4,5	-3,8	0,1	-1,0	-3,1
Lucca	-1,8	-3,0	-2,1	0,4	-3,3	-2,2	-1,9	-5,1	-2,6	0,2	1,6	-3,3
Pistoia	-0,7	-2,4	-0,7	1,8	-0,3	-0,8	-0,2	-1,2	..	1,3	3,2	-1,9
Prato	-3,8	-6,6	-4,5	0,9	-2,9	-7,1	-3,4	-6,2	-4,0	-1,7	0,7	-4,0
Pisa	-1,0	-2,5	-2,5	1,2	-0,1	-0,5	-0,3	-2,4	-0,9	1,3	-0,1	0,1
Livorno	-2,8	-4,1	-4,2	1,3	-2,4	-1,3	-2,6	-5,7	-0,8	-0,4	-0,1	-2,3
Siena	-1,8	-2,4	-2,3	-0,6	-1,1	-0,6	-2,0	-3,1	-2,0	-1,1	0,8	-2,0
Arezzo	-2,4	-4,4	-3,0	1,7	-1,7	0,1	-2,0	-4,3	-2,8	1,0	2,4	-2,8
Grosseto	-3,7	-3,5	-5,8	-3,5	-2,0	-9,1	-2,5	-3,9	-4,5	1,2	-1,8	-1,2
Firenze	-1,8	-3,4	-2,2	0,6	-0,3	-2,0	-1,1	-3,0	-1,4	-0,2	0,5	..
Empoli	0,3	-0,8	-2,8	2,7	2,1	0,8	-0,2	-0,9	-1,6	-0,2	-0,4	-1,5
Viareggio	..	-1,0	-1,5	5,1	-0,4	1,7	-0,4	-2,0	-1,8	..	0,8	-2,4
Toscana	-1,9	-3,4	-2,9	0,6	-1,1	-2,0	-1,6	-3,6	-2,0	0,1	0,6	-1,7
Italia	-3,2	-3,1	-2,6	-2,2	-2,5	-3,1	-3,4	-3,6	-2,0	-1,1	-1,2	-2,9

Fonte: Elaborazione Istat su dati Ministero della Salute (Sdo)

(9,2 per mille), della laringe e della trachea bronchi e polmoni (6,4 per mille) e della prostata (3,8 per mille); per le donne, i tumori del seno (3,9 per mille), del colon (2,0 per mille) e del tessuto linfatico (1,9 per mille). Nonostante la presenza di una certa variabilità tra Asl, è interessante notare che sono in diminuzione i ricoveri per tumore in tutte le Asl toscane mentre sono in aumento, per i maschi quelli dell'apparato respiratorio (escluse Asl di Massa-Carrara, Grosseto e Siena) e per le femmine quelli dell'apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo.

11.6.3 - Mortalità generale e per causa di morte

La mortalità nella popolazione anziana è in diminuzione per entrambi i sessi, in linea con le dinamiche nazionali: il tasso standardizzato di mortalità passa, dal triennio 2006-2008 al triennio 2009-2011, per i maschi toscani da 540,4 a 517,7 per diecimila abitanti (Tavola 11.15) e, per le femmine, da 356,5 a 346,0 per diecimila abitanti, con un ammontare totale di decessi nel triennio 2009-2011 di 106.062 individui. Questo calo è indicativo del miglioramento complessivo dello stato di salute della popolazione

Tavola 11.15 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 65 anni e più per genere, primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza - Toscana - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti e variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

Asl	Maschi						Femmine					
	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Malattie endocrine, nutriz., metab., disturbi imm.	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Malattie endocrine, nutriz., metab., disturbi imm.
Massa Carrara	562,9	202,4	179,1	61,6	17,8	15,6	352,6	153,5	81,4	17,2	18,2	15,6
Lucca	551,4	203,1	166,6	57,6	21,6	21,4	352,6	146,6	83,9	21,9	19,4	16,0
Pistoia	514,1	202,1	167,4	47,1	20,0	18,9	334,7	148,1	81,4	19,6	17,1	16,9
Prato	525,6	202,1	173,0	48,1	20,2	18,1	343,6	145,5	83,6	19,3	18,0	18,7
Pisa	535,1	203,5	168,4	46,2	17,5	21,0	357,7	156,4	82,5	19,7	15,7	16,8
Livorno	514,0	201,7	158,4	41,8	23,3	19,7	366,3	163,3	84,0	17,7	22,1	16,2
Siena	499,0	193,9	153,0	44,1	21,4	16,8	325,4	147,1	76,9	18,0	14,4	15,7
Arezzo	501,2	191,0	155,1	49,3	18,8	18,5	347,1	151,7	78,7	21,7	20,8	17,2
Grosseto	528,1	184,5	162,7	61,1	19,2	21,0	362,0	149,0	80,4	21,4	18,1	17,5
Firenze	492,8	170,9	157,0	51,1	21,5	17,7	331,0	128,7	81,3	26,4	18,2	14,1
Empoli	513,2	204,5	151,5	52,6	16,8	19,3	348,1	159,4	76,3	21,7	15,3	14,8
Viareggio	578,7	202,4	200,5	54,6	24,3	19,9	370,0	159,6	91,3	21,0	21,6	18,0
Toscana	517,7	192,5	163,0	50,3	20,4	18,8	346,0	147,3	81,5	21,3	18,2	16,1
Italia	535,7	203,1	166,2	49,7	18,8	20,8	358,5	156,7	82,6	21,7	16,1	18,6

Variazione percentuale media annua													
Massa Carrara	-1,2	-3,4	-0,8	2,9	-0,6	-4,3	-0,1	-1,2	0,1	-3,0	2,7	1,2	
Lucca	-0,5	-1,4	0,1	-3,1	2,7	3,0	-1,4	-3,1	-0,8	0,1	0,1	-2,2	
Pistoia	-1,0	-3,0	0,8	2,4	-4,1	1,0	-1,4	-2,9	0,3	1,1	0,4	4,1	
Prato	-0,3	-1,6	0,1	1,2	4,1	0,3	0,9	-0,9	1,6	2,9	5,1	5,8	
Pisa	-1,3	-3,2	-0,8	-1,8	-2,6	5,7	-0,6	-2,7	0,9	..	3,0	-1,2	
Livorno	-1,3	-2,5	-2,1	-0,5	0,5	2,2	-1,0	-3,0	0,2	6,1	-1,2	2,5	
Siena	-1,6	-2,2	-1,4	-0,3	4,6	-2,9	-1,6	-2,8	-0,6	0,1	-4,4	0,8	
Arezzo	-1,8	-2,3	-0,8	1,1	-2,8	-1,9	-0,6	-1,2	-0,4	2,1	1,8	1,0	
Grosseto	-1,9	-3,0	-2,2	2,5	-1,3	3,2	-0,4	-1,9	..	5,1	-2,9	-3,5	
Firenze	-1,0	-2,2	-0,8	-1,3	-0,1	-0,7	0,8	-2,4	-0,5	1,2	0,2	-1,0	
Empoli	-0,5	-2,2	-0,3	1,9	0,4	5,3	0,5	-0,8	2,2	4,3	2,6	-0,7	
Viareggio	-0,2	-1,6	1,6	-4,7	4,7	-3,0	-1,6	-2,5	-0,5	-1,8	1,6	-0,2	
Toscana	-1,1	-2,4	-0,7	-0,2	..	0,6	-0,7	-2,2	0,1	1,5	0,4	0,3	
Italia	-1,1	-2,3	-0,7	-1,1	0,3	0,5	-1,0	-2,4	-0,2	-0,3	0,7	-0,6	

dovuto, all'avanzamento delle condizioni socio-economiche, a una maggiore tutela verso gli agenti nocivi, alla maggiore attenzione allo stile di vita e, infine, al progresso delle cure mediche, che ha consentito l'evoluzione della prognosi in termini di salute e aspettativa di vita, di numerose condizioni morbose.

I maschi tendono a morire più precocemente rispetto alle femmine. Le "malattie dell'apparato circolatorio" provocano il maggior numero di decessi, in particolare fra gli uomini (192,5 per diecimila abitanti). La seconda causa di morte è costituita dai "tumori", in particolare, per gli uomini, della laringe, trachea, bronchi e polmoni (41,5 per diecimila), della prostata (15,2 per diecimila) e del tessuto linfatico/ematopoietico (13,0 per diecimila); per le donne i tumori del seno (10,1 per diecimila abitanti), della laringe, bronchi e polmoni (8,5 per diecimila) e del colon (7,8 per diecimila). I tassi standardizzati di mortalità per Asl evidenziano una significativa variabilità nei due sessi per causa di decesso.

11.6.4 - Incidentalità stradale

In Toscana, per quanto riguarda gli incidenti stradali, gli anziani deceduti nel 2012 sono 90 (36,3 per cento dei decessi totali) mentre i feriti 2.897 (12,6 per cento). Nel decennio 2001-2010 si è ridotto (Tavola 11.16) il tasso standardizzato di mortalità (-3,9 per centomila) mentre è aumentato quello di lesività (+3,2 per centomila), probabilmente a motivo delle ridotte capacità fisiche dei conducenti anziani (calo della vista e dell'udito; tempi di reazione più lunghi; minore esperienza quotidiana sulla strada). La riduzione del tasso di mortalità nella fascia anziana può dipendere anche dalla modificazione delle loro modalità di spostamento. Il 47,3 per cento degli anziani morti in incidenti stradali sono conducenti, il 45,1 per cento pedoni.

Tavola 11.16 - Tassi standardizzati di mortalità e di lesività per incidentalità stradale della popolazione di 65 anni e più per Asl di evento - Toscana - Anni 2011 e 2012 (valori per 100.000 abitanti e differenze assolute 2010-2001)

ASL	Tasso di mortalità standardizzato			Tasso di lesività standardizzato		
	2011	2012	Differenze 2010-2001	2011	2012	Differenze 2010-2001
Massa e Carrara	12,7	2,1	-11,4	301,2	282,7	46,9
Lucca	11,4	9,0	-8,6	327,3	307,8	-15,6
Pistoia	3,1	4,5	3,9	266,7	294,8	37,2
Prato	9,8	5,5	-7,6	357,3	368,1	49,9
Pisa	13,0	10,3	-8,5	290,0	280,3	-20,5
Livorno	11,5	17,0	-1,7	413,8	420,9	100,5
Siena	17,7	5,9	4,2	306,6	253,6	-34,4
Arezzo	18,4	23,2	-18,0	316,0	292,9	26,1
Grosseto	19,3	17,9	5,1	353,7	328,6	-40,7
Firenze	8,2	5,8	-2,0	378,0	343,3	-4,9
Empoli	11,5	15,4	-9,8	287,4	339,6	-117,9
Viareggio	5,2	5,1	10,2	575,8	466,7	-28,4
Toscana	11,5	10,1	-3,9	347,9	330,8	3,2
Italia	8,5	8,4	-4,5	234,4	223,5	-18,3

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Rilevazione sugli incidenti stradali con lesione alle persone

11.6.5 - Stili di vita

Il fumo nell'età avanzata non solo riduce la speranza di vita ma ne compromette anche la qualità, comportando una riduzione dell'autonomia. Anche nella popolazione anziana sono stati evidenziati i benefici della sua cessazione e sono attivi programmi di educazione sanitaria efficaci. Tuttavia, la presenza di una notevole quota di ex-fumatori tra i maschi (51,1 per cento) rende plausibile che l'esposizione pregressa possa influire negativamente sulla salute, anche a distanza di tempo. Negli anziani il consumo dannoso di alcol non è facilmente riconoscibile perché, spesso, si tende a confondere i segni di un'assunzione dannosa con i sintomi generici dell'invecchiamento. Eppure gli anziani rappresentano una delle fasce di popolazione i cui comportamenti a rischio sono più diffusi (il 41,7 per cento degli uomini rispetto all'10,2 per cento delle donne). Il motivo è legato alla scarsa consapevolezza dei livelli di consumo considerati a rischio, che non dovrebbero superare un bicchiere di vino al giorno. L'inattività fisica è stata inserita dall'Oms tra i principali fattori di rischio per le malattie croniche in Europa. L'aumento di peso, infatti, è strettamente correlato alle patologie cardio e cerebrovascolari, tra i fattori responsabili di disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva, nonché tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. Il problema del sovrappeso riguarda soprattutto gli uomini (50,1 per cento), mentre le donne nel 49,2 per cento dei casi sono in normopeso. L'attività fisica regolare ha un'efficacia preventiva su obesità, diabete, dislipidemia, cancro del colon e della mammella, osteoporosi, depressione e declino cognitivo senile. Ben oltre la metà degli anziani toscani dichiara di avere uno stile di vita attivo (62,4 per cento), soprattutto gli uomini (65,6 per cento).

CAPITOLO 12 VENETO¹

12.1 - Il sistema sanitario regionale

Il processo di realizzazione del Sistema socio sanitario veneto, avviato con l'entrata in vigore del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn), si è sviluppato nel tempo a partire dal Decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e sue modificazioni e integrazioni sulla base dei principi di regionalizzazione e aziendalizzazione, fino all'approvazione, nel 1994, di due leggi regionali. Esse ne sanciscono la piena definizione, nel tentativo strategico di armonizzare pubblico e privato, sia a livello comunale che intercomunale (*governance* multilivello economicamente sostenibile), mediante lo strumento dei Piani di Zona dei Servizi Sociali. A partire dalla approvazione del Decreto legislativo n. 229 del 1999 (Riforma Ter) la Regione Veneto attua, sostanzialmente, una regolamentazione dei rapporti tra pubblico e privato a vantaggio di una aziendalizzazione del sistema, in un'ottica solidale e di investimento nel territorio.

Il Veneto sviluppa una propria strategia di integrazione sociosanitaria, a partire da prevenzione, cura e riabilitazione, offerta capillare di centri ospedalieri, individuazione delle risorse e valorizzazione dei centri di responsabilità, recependo un'accezione dello stato di salute non relegato alla mera assistenza sanitaria ma estensiva in termini di benessere psicofisico e sociale, coerentemente all'orientamento più volte espresso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Nell'ambito della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, la Regione Veneto svolge, a partire dal 2010, un ruolo di coordinamento relativamente alla Commissione Sanità. Questa ha consentito al Veneto l'introduzione e la diffusione di strumenti di *clinical governance*, mirati anche alla qualità e alla sicurezza dei pazienti, in coerenza con l'orientamento biopsicosociale del fenomeno "malattia", ovvero a partire dalla considerazione che lo stato di salute è il prodotto della concomitanza di più variabili, ambientali ma anche sociali, oltre che di quelle strettamente endogene individuali.

Il Sistema socio sanitario della Regione Veneto si articola sul territorio in 21 Aziende Unità Locali Socio Sanitarie (ULSS), un numero molto elevato rispetto ad altre regioni italiane. Vi sono, infatti, da due a quattro aziende per ognuna delle sette province.

12.2 - Natalità, salute materna e abortività

Il Veneto è una regione a bassa natalità, soprattutto per la componente autoc-

¹ Il capitolo è stato redatto da: Anna Maria Cecchini (par. 12.1), Rina Camporese (da par. 12.2 a par. 12.4) e Giorgia Ferrin (par. 12.5 e 12.6). Ha collaborato Rita Maggian per l'elaborazione dei dati.



tona di popolazione, sebbene anche i comportamenti fecondi delle donne straniere si stiano lentamente avvicinando a quelli delle donne italiane. Sia la riduzione nel numero di figli sia gli elevati livelli di assistenza raggiunti hanno determinato, nel corso degli ultimi decenni, una forte riduzione della mortalità e morbosità materne correlate alla gravidanza o al parto; tuttavia l'adozione di migliori standard assistenziali può contribuire a ridurle ulteriormente di almeno la metà (Iss 2012).

Le donne in età feconda al 1° gennaio 2013 costituiscono il 43,4 per cento del totale della popolazione femminile (43,6 per cento in Italia), in calo di 3,0 punti percentuali nell'ultimo decennio. Più della metà (il 54,5 per cento) ha almeno 35 anni, il 14,9 per cento ha la cittadinanza straniera.

12.2.1 - Natalità

In Veneto nel 2012 nascono 44.403 bambini, per un tasso di natalità del 9,1 per mille. Come nel resto del Nord, le nascite sono diminuite fino 1995, periodo in cui i livelli di fecondità si sono mantenuti al di sotto dei valori nazionali. Ma dal 1995 le nascite in Veneto aumentano sempre: dal 2004 i livelli di fecondità regionali superano quelli medi italiani. Nel 2012, le donne in età feconda residenti in regione hanno generato in media 1,46 figli (1,42 la media nazionale). Le donne straniere presentano una diminuzione della fecondità, che rimane comunque superiore a quella delle donne italiane. L'età media al parto, in crescita costante da decenni, come nel resto d'Italia, si assesta a 31,6 anni mentre era 27,6 nel 1980 (Tavola 12.1).

Tavola 12.1 - Nati vivi, tasso di natalità, tasso di fecondità totale, età media al parto e caratteristiche della madre e del parto per provincia – Veneto - Anno 2012 (valori assoluti, quozienti per 1.000, valori medi e valori percentuali)

PROVINCE	Nati vivi	Tasso natalità	Tasso fecondità totale	Età media al parto	Caratteristiche della madre e del parto		
					Nati da madri con 35 anni e più	Nati da madri straniere	Parti cesarei (a)
Verona	8.604	9,5	1,49	31,5	32,8	29,0	26,2
Vicenza	8.159	9,5	1,51	31,5	33,0	27,6	27,9
Belluno	1.591	7,6	1,35	31,5	34,0	18,3	24,2
Treviso	8.507	9,7	1,53	31,5	34,8	27,9	22,2
Venezia	7.077	8,4	1,41	31,5	36,9	25,2	27,7
Padova	8.582	9,3	1,45	31,8	37,0	26,1	30,3
Rovigo	1.883	7,8	1,28	31,6	36,0	24,1	33,8
Veneto	44.403	9,1	1,46	31,6	34,9	26,8	27,0
Italia	534.186	9,0	1,42	31,4	33,2	19,0	36,6

Fonte: Istat, Indagine sugli iscritti in anagrafe per nascita ed elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute (Sdo)
a) Con riferimento alla provincia di nascita.

12.2.2 - Salute materna

Considerando i principali fattori influenti sul rischio di grave morbosità e mortalità materne (Iss 2012, Europeristat 2008), si osserva che in Veneto nel 2012 il 34,9 per

cento dei bambini nasce da donne che hanno almeno 35 anni, per le quali si rileva un rischio di mortalità materna doppio di quello delle donne più giovani; a livello provinciale i valori variano dal 32,8 per cento della provincia di Verona al 37,0 per cento di quella di Padova. Inoltre, i bambini nati da madri di cittadinanza non italiana, le quali possono avere maggiore difficoltà ad accedere ad una adeguata assistenza perinatale e un rischio maggiore di esiti sfavorevoli della gravidanza, sono il 26,8 per cento del totale dei nati vivi, con il valore più basso registrato nella provincia di Belluno (18,3 per cento) e il valore più alto in quella di Verona (29,0 per cento). Infine, il ricorso al taglio cesareo, pratica che aumenta fino a tre volte il rischio di grave morbosità e mortalità materne rispetto al parto vaginale, rappresenta il 27,0 per cento dei casi; tale valore, pur se inferiore alla media nazionale (36,6 per cento) rimane tuttavia decisamente al di sopra della soglia raccomandata dall'Oms nel 1985 pari a 10-15 per cento².

12.2.3 - Aborti spontanei

Nel 2012, in Veneto sono stati rilevati 26.107 aborti spontanei³, pari ad un rapporto grezzo di abortività spontanea di 154,1 aborti ogni mille nati vivi; il valore medio nazionale è pari a 139,5. In linea con la dinamica nazionale, il rapporto tende a crescere nel tempo: era pari a 142,5 aborti ogni mille nati vivi nel 2003.

L'età della gestante costituisce un rilevante fattore di rischio per l'aborto spontaneo, come evidenziato dalla distribuzione per età dei rapporti specifici di abortività in Italia: rispetto alle donne di 30-34 anni, il rischio di aborto spontaneo è maggiore di una volta e mezzo per quelle di 35-39 anni, di 3,6 volte per quelle di 40-44 anni. L'età media all'aborto spontaneo aumenta di pari passo con l'aumento dell'età media al parto: in Veneto si passa da 33,1 anni nel 2003 a 34,6 anni nel 2012 (da 32,7 a 34,1 in Italia).

12.2.4 - Interruzioni volontarie di gravidanza

Negli anni successivi all'approvazione della legge 194, che nel 1978 ha legalizzato l'aborto volontario, si registrano in regione, in base alle notifiche delle Ivg pervenute al sistema di sorveglianza⁴, i livelli di abortività più alti (11,4 per mille nel 1980); i valori sono poi scesi con continuità fino al 1994 (5,4 per mille), per mostrare infine una lieve tendenza alla crescita (6,4 per mille nel 2012). Nell'intero periodo i tassi regionali si sono mantenuti al di sotto della media nazionale.

In Veneto, nel 2012, la percentuale di aborti da donne straniere è pari al 44,8 per cento, superiore alla percentuale rilevata a livello nazionale, pari al 34,1 per cento (Tavola 12.2). Sebbene il ricorso all'anestesia locale sia raccomandato dall'Oms nel caso di aborto chirurgico, tale procedura in Veneto è ancora molto poco diffusa: solo il 2,7 per cento delle Ivg è effettuato con l'anestesia locale (6,5 per cento in Italia)

² Nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 si invita a contenere il ricorso al taglio cesareo entro la soglia del 20 per cento dei parti.

³ Istat, Rilevazione sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo.

⁴ A partire dal 1980 è attivo un sistema di sorveglianza epidemiologico delle Ivg che coinvolge l'Istat, l'Iss e il Ministero della Salute insieme con le Regioni e le Province autonome.

mentre il 60 per cento delle lvg è ancora effettuato con l'anestesia generale e il 10,5 per cento con sedazione profonda (in Italia i valori corrispondenti sono 79,1 per cento e 1,8 per cento). L'Oms raccomanda, inoltre, la metodica farmacologica nel caso di aborto prima delle nove settimane di gestazione. Gli interventi di questo tipo sono ancora poco diffusi in Veneto costituendo il 7,4 per cento del totale; il dato nazionale è pari al 9,4 per cento. Complicanze post intervento possono sorgere nelle settimane di gestazione più avanzate: la percentuale di lvg praticate dopo il 90° giorno sono il 4,3 per cento in Veneto (3,2 per cento in Italia).

Tavola 12.2 – Interruzioni volontarie di gravidanza, età media delle donne e tassi di abortività per provincia - Veneto - Anno 2012 (valori assoluti, valori percentuali, quozienti per 1.000 donne in età feconda)

PROVINCE	IVG		Età media	Tasso di abortività	
	Numero	Di cui da donne straniere (per cento)		Grezzo	Standardizzato
Verona	1.277	50,0	30,0	6,2	6,9
Vicenza	1.011	45,2	30,6	5,2	5,8
Belluno	248	32,7	30,6	5,6	6,5
Treviso	1.173	45,6	30,8	5,9	6,5
Venezia	1.154	41,7	30,5	6,3	7,2
Padova	1.133	43,9	30,6	5,4	6,0
Rovigo	282	44,3	30,1	5,5	6,1
Veneto	6.278	44,8	30,5	5,8	6,4
Italia	110.041	34,9	30,1	7,8	8,5

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza

12.2.5 - Prevenzione

L'attività di prevenzione nel corso della gravidanza consente di ridurre le malformazioni alla nascita e il rischio di aborto in utero. L'alimentazione durante la gestazione, la trasmissione di infezioni sessualmente trasmissibili, la rosolia congenita, la sindrome alcolico fetale sono temi all'attenzione della comunità medica e dell'opinione pubblica. Sebbene la rosolia rientri tra le infezioni a notifica obbligatoria, le schede di notifica non permettono di disporre di informazioni di dettaglio per cui, dal 2005, l'Iss ha attivato il sistema di sorveglianza sentinella della rosolia in gravidanza e della rosolia congenita. Nel periodo 2005-2013, sono stati segnalati in Italia 78 casi di rosolia congenita, 64 confermati e 14 probabili; quelli rilevati in Veneto sono stati 2, pari a 0,5 su centomila nati vivi (Cnesps-Iss 2014).

12.3 - I bambini 0-14 anni

Il quadro sintetico relativo ai minori fino a 14 anni, derivante dall'analisi di diverse fonti statistiche⁵, evidenzia per il Veneto uno stato di salute generalmente molto

⁵ Per le fonti statistiche utilizzate si rimanda all'introduzione alla seconda parte del volume.

buono sebbene perdurino, tra le principali patologie dichiarate, alcune malattie croniche, mentre sono estremamente ridotte sia l'incidenza sia le conseguenze legate alle malattie infettive. L'ospedalizzazione non collegata ai profili precedentemente citati è ascrivibile soprattutto a traumatismi e avvelenamenti.

12.3.1 - Condizioni di salute

Nel corso del 2013, sulla base delle dichiarazioni rilasciate dalle madri o da altri familiari⁶, si rileva che il 95,9 per cento dei bambini veneti gode di uno stato di salute buono o molto buono. Le malattie allergiche, inclusa l'asma allergica, rappresentano le patologie croniche più frequenti (10,7 per cento). Cefalea ed emicrania ricorrente, bronchite ed enfisema polmonare e celiachia completano il quadro delle malattie croniche più frequenti.

12.3.2 - Mortalità generale e per causa

In base ai dati dell'Indagine sulle cause di morte, l'andamento in Italia del tasso di mortalità triennale standardizzato, relativamente ai bambini fino a 14 anni, è in lieve ma costante riduzione per l'intero periodo 2006-2011, con valori che oscillano tra il massimo di 3,2 per diecimila abitanti, nel triennio 2006-2008, e il minimo di 3 per diecimila abitanti, nel triennio 2009-2011.

Tavola 12.3 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 0-14 anni per i primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza - Veneto - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti)

ASL	Totale	Alcune condizioni morbose di origine perinatale	Malformazioni congenite	Tumori	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi
Belluno	3,4	1,3	0,4	0,4	0,4	0,2
Feltre	2,8	1,5	0,3	-	-	0,3
Bassano del Grappa	2,4	1,0	0,7	0,1	0,1	-
Alto Vicentino	3,1	1,3	0,7	0,5	0,2	-
Ovest Vicentino	2,9	0,8	0,5	-	0,2	0,2
Vicenza	2,1	0,5	0,8	0,3	0,1	-
Pieve di Soligo	2,2	0,8	0,1	0,2	0,5	0,1
Asolo	2,3	1,0	0,5	0,1	0,1	0,1
Treviso	2,6	1,1	0,4	0,4	0,2	0,1
Veneto Orientale	1,6	0,8	0,1	0,2	0,4	0,1
Veneziana	1,9	0,6	0,4	0,2	0,2	0,4
Mirano	2,4	0,8	0,4	0,2	0,5	0,2
Chioggia	3,7	0,8	1,7	0,4	-	-
Alta Padovana	2,5	1,0	0,5	0,4	0,3	-
Padova	2,9	1,0	0,5	0,4	0,3	0,1
Este	2,2	0,7	0,3	0,1	0,3	0,1
Rovigo	2,1	0,6	0,2	0,3	0,3	0,2
Adria	2,5	1,7	0,8	-	-	-
Verona	3,3	1,4	0,6	0,3	0,2	0,2
Legnago	4,1	1,6	1,3	0,5	0,1	0,1
Bussolengo	2,9	1,2	0,5	0,5	0,1	0,2
Veneto	2,6	1,0	0,5	0,3	0,2	0,1
Italia	3,0	1,2	0,6	0,3	0,2	0,1

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle cause di morte

⁶ Nell'ambito dell'indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2013.

Il quadro veneto, nei suoi tratti generali, non si discosta significativamente da quello nazionale (Tavola 12.3), sebbene il tasso di mortalità standardizzato, per l'intera classe 0-14 anni, si attesti su un livello leggermente inferiore al dato italiano (2,6 per diecimila) nel triennio 2009-2011, con una lieve prevalenza dei maschi in confronto alle bambine (2,9 per diecimila rispetto a 2,4 per diecimila). Nel triennio 2009-2011 in Veneto sono morti 560 bambini, 454 di essi (81,1 per cento) per cause di origine perinatale, congenite, tumori, traumatismi e avvelenamenti.

12.3.3 - Morbosità ospedaliera

In Veneto, nel triennio 2009-2011, sono stati erogati 139 mila ricoveri per acuti di bambini di 0-14 anni⁷. Ad oggi, rispetto alla media nazionale, il Veneto si caratterizza per una minore propensione al ricovero in tutti i gruppi di cause.

Tavola 12.4 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 0-14 anni per genere e gruppi di cause - Veneto e Italia - Anni 2009-2011 (media triennale per mille abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

GRUPPI DI CAUSE	Veneto				Italia			
	Maschi	Femmine	Totale	Variazione percentuale media annua	Maschi	Femmine	Totale	Variazione percentuale media annua
Malattie infettive e parassitarie	3,2	2,8	3,0	-8,7	5,7	5,1	5,4	-5,0
Tumori	2,4	2,5	2,4	1,8	3,0	2,9	2,9	-0,7
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	3,1	3,5	3,3	0,5	7,7	8,5	8,1	-2,4
Malattie del sangue e organi ematopoietici	1,6	1,3	1,4	1,0	2,4	2,0	2,2	-3,1
Disturbi psichici	1,1	0,8	1,0	-21,2	4,4	2,5	3,5	-1,6
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	4,4	3,7	4,1	-1,8	7,2	6,0	6,6	-2,1
Malattie del sistema circolatorio	1,3	0,6	0,9	-2,0	1,9	1,1	1,5	-3,2
Malattie dell'apparato respiratorio	15,3	12,0	13,7	-3,6	21,0	16,7	18,9	-4,2
Malattie dell'apparato digerente	6,7	5,3	6,0	-3,9	9,7	8,1	8,9	-4,5
Malattie del sistema genitourinario	5,2	1,8	3,5	-3,7	7,6	3,8	5,8	-3,2
Complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio	-	0,1	-	-3,7	-	0,1	0,1	-2,2
Malattie della cute e tessuto sottocutaneo	1,1	0,9	1,0	-2,5	1,9	1,7	1,8	-6,2
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	1,9	1,8	1,9	0,2	2,7	2,9	2,8	-2,1
Malformazioni congenite	8,5	4,6	6,6	-	10,5	6,2	8,4	-0,7
Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	8,8	7,3	8,1	-2,1	11,0	9,5	10,3	-2,1
Sintomi segni e stati morbosi maldefiniti	4,3	4,0	4,1	-6,7	10,4	9,5	10,0	-4,1
Traumatismi ed avvelenamenti	6,5	3,8	5,2	-5,3	10,0	5,8	7,9	-5,6
Totale	75,3	56,8	66,3	-3,5	117,0	92,6	105,2	-3,4

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute (Sdo)

I tassi maschili sono superiori a quelli femminili (rispettivamente 75,3 e 56,8 per mille nel triennio 2009-2011). I bambini vengono ricoverati con maggior frequenza

⁷ L'analisi è condotta sulle Sdo elaborate per residenza del paziente e aggregate per trienni mobili. Le finalità con le quali si possono utilizzare i dati provenienti da questa rilevazione sono sia di natura organizzativo-gestionale sia di natura clinico-epidemiologica.

per “malattie dell'apparato respiratorio” (13,7 per mille abitanti); le altre cause principali di ricovero sono “altre condizioni morbose di origine perinatale”, “malformazioni congenite”, “malattie dell'apparato digerente” e, come quinta causa in graduatoria, vi sono i “traumatismi e avvelenamenti” (5,2 per mille) per i quali assumono particolare rilevanza gli infortuni legati a eventi accidentali.

La variabilità fra Asl è significativa, con quelle di Legnago e Bussolengo, nel Veronese, che presentano picchi di incidenza pari o superiori a 90 per mille, mentre le Asl di Vicenza, Alto e Ovest Vicentino e quella di Feltre hanno valori inferiori a 60 per mille (Tavola 12.5).

Nel triennio 2009-2011 in Italia vi è una tendenza generale alla diminuzione dei tassi di ricovero dei bambini per tutte le cause. Anche in Veneto la tendenza generale è alla diminuzione, con qualche eccezione per le “malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari”, i “tumori”, le “malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo” e le “malattie del sangue e organi ematopoietici”, per le quali si osserva un lieve aumento in media annua (Tavola 12.4).

Tavola 12.5 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 0-14 anni per i primi otto gruppi di cause e Asl di residenza - Veneto - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti)

ASL	Totale	Malattie dell'apparato respiratorio	Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	Malformazioni congenite	Malattie dell'apparato digerente	Traumatismi ed avvelenamenti	Sintomi segni e stati morbosi maldefiniti	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Malattie del sistema genito-urinario
Belluno	62,1	13,9	7,6	5,7	5,6	4,3	4,3	4,1	4,4
Feltre	52,3	12,3	4,1	3,9	5,1	4,3	3,5	3,7	3,1
Bassano del Grappa	63,6	16,1	5,7	5,7	5,6	4,4	5,1	4,7	2,8
Alto Vicentino	47,5	9,3	3,8	5,3	5,1	4,0	2,2	4,2	2,7
Ovest Vicentino	59,7	11,7	8,2	6,1	5,8	6,0	2,9	3,5	3,2
Vicenza	57,1	11,1	6,6	7,0	5,8	3,8	3,1	4,0	3,1
Pieve di Soligo	60,4	14,1	7,8	5,4	4,9	5,2	4,5	3,9	2,3
Asolo	62,7	11,1	8,8	5,6	4,9	4,9	4,5	4,5	2,9
Treviso	62,2	13,2	5,4	6,4	5,7	5,9	4,7	3,5	2,8
Veneto Orientale	75,5	14,8	7,7	7,2	6,4	6,3	6,5	4,6	3,0
Veneziana	62,2	10,7	6,7	5,3	5,4	5,7	5,8	4,5	2,9
Mirano	63,1	12,1	7,9	5,8	4,6	5,0	5,4	5,0	2,9
Chioggia	72,3	19,4	6,4	7,3	5,8	6,9	2,9	4,4	4,2
Alta Padovana	60,9	11,7	8,8	5,9	4,8	4,9	4,0	4,0	2,7
Padova	62,2	12,2	11,4	6,9	4,7	5,9	2,7	3,8	2,5
Este	63,0	14,9	8,6	7,3	5,6	4,8	1,6	3,5	2,4
Rovigo	66,3	16,2	9,3	6,2	5,8	4,3	3,5	3,9	3,3
Adria	75,3	17,7	12,3	5,7	7,1	3,8	3,9	3,7	3,3
Verona	79,7	15,8	9,8	8,9	8,5	5,3	4,0	4,1	6,2
Legnago	91,0	23,0	9,8	7,8	9,5	4,8	4,7	4,9	5,8
Bussolengo	90,0	18,4	9,1	8,6	8,8	5,6	5,6	4,0	6,4
Veneto	66,3	13,7	8,1	6,6	6,0	5,2	4,1	4,1	3,5
Italia	105,2	18,9	10,3	10,0	8,1	8,9	8,4	7,9	6,6

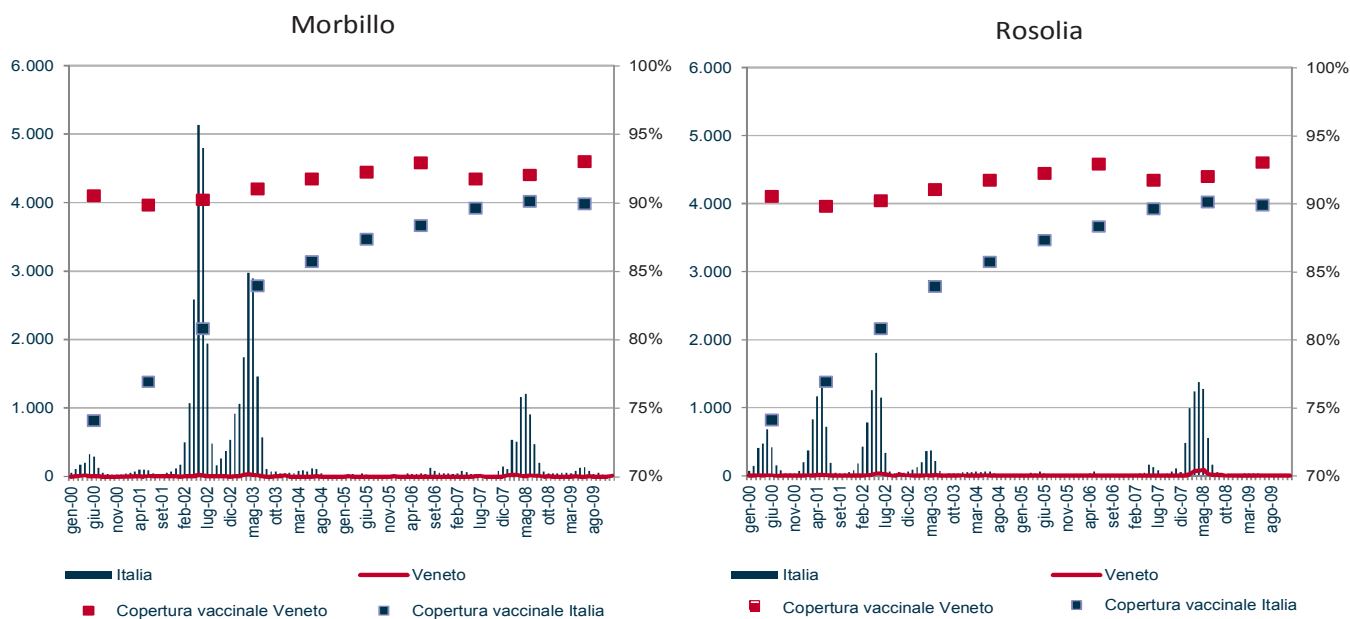
Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute (Sdo)

12.3.4 - Prevenzione primaria: la vaccinazione

Per quanto riguarda la vaccinazione infantile, particolare rilevanza assume quella raccomandata per morbillo, parotite e rosolia, poiché non ha ancora raggiunto né i livelli di copertura (95 per cento) né l'omogeneità territoriale necessaria per garantire gli obiettivi fissati dall'Oms nella Health21⁸, tanto che la nuova scadenza è stata spostata al 2015.

In Veneto la copertura vaccinale per rosolia e morbillo si mantiene tra il 90 e il 95 per cento in tutto il decennio 2000-2009, mentre per l'Italia nel suo complesso nello stesso decennio la copertura sale dal 75 al 95 per cento (Figura 12.1). Le distribuzioni stimate dei casi di morbillo e rosolia per Asl mostrano una generalizzata riduzione di entrambe le infezioni. Le onde epidemiche di morbillo e rosolia che nei primi anni dopo il 2000 e nel 2008 hanno prodotto in Italia migliaia di casi, in Veneto si sono manifestate con minor intensità. Nel 2003 il morbillo ha colpito in particolar modo il territorio veneziano (Tavola 12.6) mentre nel 2008 vi è stato un picco di casi di rosolia a Treviso (Tavola 12.7).

Figura 12.1 – Notifiche mensili di morbillo e rosolia (asse sinistro, valori assoluti) - Italia (istogramma) e Veneto (linea continua) e tassi di copertura MPR (asse destro, valori percentuali, punti) - Anni 2000-2009



⁸ Riduzione della trasmissione indigena di morbillo per il 2007 e la sua eliminazione per il 2010, <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health21-health-for-all-in-the-21st-century>.

Tavola 12.6 - Notifiche di morbillo per provincia e Asl di notifica - Veneto - Anni 2000-2009 (valori assoluti e valori percentuali)

Provincia e Asl	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verona	37	8	10	51	8	-	1	12	9	2
Bussolengo (%)	83,8	87,5	-	43,1	12,5	-	-	91,7	-	100,0
Verona (%)	13,5	12,5	90,0	56,9	87,5	-	100,0	8,3	77,8	-
Legnago (%)	2,7	-	10,0	-	-	-	-	-	22,2	-
Vicenza	2	4	16	18	2	2	-	-	58	2
Vicenza (%)	-	-	-	55,6	-	-	-	-	89,7	-
Alto Vicentino (%)	-	50,0	81,3	33,3	-	-	-	-	5,2	-
Bassano del G. (%)	100,0	50,0	6,3	11,1	50,0	50,0	-	-	5,2	100,0
Ovest Vicentino (%)	-	-	12,5	-	50,0	50,0	-	-	-	-
Belluno	2	1	2	13	-	-	-	-	-	1
Belluno (%)	50,0	100,0	100,0	100,0	-	-	-	-	-	100,0
Feltre (%)	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Treviso	8	2	17	6	-	-	-	5	3	11
Pieve di Soligo (%)	87,50	-	23,50	16,70	-	-	-	-	66,7	100,0
Treviso (%)	12,5	50,0	70,6	83,3	-	-	-	100,0	33,3	-
Asolo (%)	-	50,0	5,9	-	-	-	-	-	-	-
Venezia	2	7	7	35	-	2	-	1	43	-
Mirano (%)	-	71,4	28,6	94,3	-	100,0	-	100,0	72,1	-
Veneziana (%)	50,0	28,6	57,1	2,9	-	-	-	-	23,3	-
Veneto Orient. (%)	50,0	-	14,3	2,9	-	-	-	-	4,7	-
Chioggia (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Padova	-	10	12	17	-	2	-	2	14	1
Alta Padovana (%)	-	30,0	41,7	41,2	-	-	-	50,0	92,9	-
Padova (%)	-	70,0	41,7	11,8	-	100,0	-	50,0	-	-
Este (%)	-	-	16,7	47,1	-	-	-	-	7,1	100,0
Rovigo	1	6	2	-	-	-	-	-	4	-
Rovigo (%)	-	100,0	100,0	-	-	-	-	-	100,0	-
Adria (%)	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Veneto	52	38	66	140	10	6	1	20	131	17
Italia	1.457	826	18.020	11.978	686	215	571	595	5.312	759

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della salute (Indagine sulle notifiche di malattie infettive)

Tavola 12.7 - Notifiche di rosolia per provincia e Asl di notifica - Veneto - Anni 2000-2009 (valori assoluti e valori percentuali)

Provincia e Asl	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verona	12	12	64	6	2	3	1	4	48	-
Bussolengo (%)	50,0	25,0	40,6	-	100,0	66,7	100,0	-	27,1	-
Verona (%)	25,0	75,0	46,9	66,7	-	33,3	-	100,0	4,2	-
Legnago (%)	25,0	-	12,5	33,3	-	-	-	-	68,8	-
Vicenza	9	16	27	13	7	2	-	1	75	1
Vicenza (%)	66,7	31,3	85,2	92,3	57,1	100,0	-	100,0	57,3	100,0
Alto Vicentino (%)	33,3	25,0	3,7	-	42,9	-	-	-	22,7	-
Bassano del G. (%)	-	43,8	7,4	7,7	-	-	-	-	13,3	-
Ovest Vicentino (%)	-	-	3,7	-	-	-	-	-	6,7	-
Belluno	2	5	1	3	2	-	-	1	5	-
Belluno (%)	50,0	100,0	-	66,7	50,0	-	-	-	60,0	-
Feltre (%)	50,0	-	100,0	33,3	50,0	-	-	100,0	40,0	-
Treviso	4	6	22	6	2	-	-	3	122	1
Pieve di Soligo (%)	-	16,7	68,2	16,7	50,0	-	-	33,3	90,2	100,0
Treviso (%)	100,0	66,7	27,3	83,3	50,0	-	-	33,3	8,2	-
Asolo (%)	-	16,7	4,5	-	-	-	-	33,3	1,6	-
Venezia	2	6	13	6	2	4	1	4	10	8
Mirano (%)	100,0	50,0	53,8	50,0	50,0	50,0	100,0	25,0	30,0	12,5
Veneziana (%)	-	16,7	38,5	16,7	50,0	25,0	-	75,0	20,0	87,5
Veneto Orient. (%)	-	33,3	7,7	-	-	25,0	-	-	50,0	-
Chioggia (%)	-	-	-	33,3	-	-	-	-	-	-
Padova	2	4	12	4	3	1	1	1	41	1
Alta Padovana (%)	50,0	50,0	25,0	75,0	33,3	100,0	100,0	100,0	29,3	-
Padova (%)	50,0	25,0	16,7	-	66,7	-	-	-	43,9	-
Este (%)	-	25,0	58,3	25,0	-	-	-	-	26,8	100,0
Rovigo	2	9	13	-	-	2	-	-	5	1
Rovigo (%)	100,0	88,9	61,5	-	-	100,0	-	-	80,0	100,0
Adria (%)	-	11,1	38,5	-	-	-	-	-	20,0	-
Veneto	33	58	152	38	18	12	3	14	306	12
Italia	2.605	5151	6.224	1.615	461	297	257	758	6.183	221

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della salute (Indagine sulle notifiche di malattie infettive)

12.3.5 - Stili di vita

In base ai risultati dell'indagine Aspetti della vita quotidiana del 2012 i bambini veneti (di età compresa tra 3 e 14 anni) iniziano la giornata con una colazione adeguata in oltre il 90 per cento dei casi, in linea con quanto fanno i bambini italiani in generale. Il consumo di verdura è maggiore rispetto alla media italiana (37,8 per cento rispetto al 30,6 per cento) e si osserva una minore sedentarietà (17,6 per cento rispetto a 27,5 per cento), che si riflette anche in una maggior percentuale di bambini che svolge attività fisica moderata (39,4 per cento) o pesante (33,1 per cento) rispetto al dato nazionale (rispettivamente 32,9 per cento e 28 per cento). La quota di soggetti in sovrappeso di età compresa fra 6 e 17 anni è inferiore al dato nazionale (23,1 per cento rispetto a 26,6 per cento).

12.4 - Gli adolescenti e i giovani adulti 15-34 anni

Al 1° gennaio 2013 circa un quinto della popolazione veneta è rappresentato da giovani di 15-34 anni e a prevalere è il genere maschile (102 maschi ogni cento femmine). L'allungamento della vita media e il conseguente processo di invecchiamento della popolazione hanno influito sulla riduzione della percentuale dei giovani che, nell'ultimo decennio, è passata dal 25 al 21 per cento della popolazione.

12.4.1 - Condizioni di salute

In Veneto l'89,2 per cento degli individui appartenenti a questa fascia di età dichiara di stare bene o molto bene, maggiormente i maschi (91 per cento) rispetto alle femmine (87,3 per cento). Poco meno del 10 per cento esprime un giudizio meno positivo sulle proprie condizioni di salute (né bene né male). La percezione positiva dello stato di salute dei giovani è strettamente legata alla scarsa presenza di patologie gravi in questa fase del ciclo di vita.

Nel 2013 per entrambi i sessi emergono le malattie allergiche (compresa l'asma allergica) tra le malattie croniche dichiarate (18,7 per cento sul totale delle persone di 15-34 anni di età), cui segue la cefalea (11,3 per cento) con quote più elevate per le donne (15,8 per cento) rispetto agli uomini (6,8 per cento).

Con riferimento alle malattie sessualmente trasmissibili, i giovani rappresentano una delle categorie normalmente considerata a più elevato rischio, anche per l'adozione di comportamenti non supportati da un adeguato livello di consapevolezza. In base ai dati derivanti dalle notifiche di malattia infettiva, in Veneto nel periodo 2000-2009 sono stati segnalati 820 casi di sifilide, in crescita sia a livello nazionale sia nella regione.

Per quanto riguarda l'epatite B, invece, il trend è tendenzialmente decrescente nel decennio considerato, principalmente a seguito dell'introduzione nel 1991 della vaccinazione obbligatoria per tutti i neonati.

12.4.2 - Morbosità ospedaliera

Nella regione Veneto, nel triennio 2009-2011, sono stati effettuati 296 mila ricoveri per acuti di giovani di 15-34 anni. Ben 129 mila sono i ricoveri connessi alla gravidanza, parto e puerperio, tra cui anche quelli con complicazioni. A parte i ricoveri legati all'età fertile delle donne, le cause più frequenti sono "malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo" con 23 mila ricoveri, e "traumatismi e avvelenamenti" con 22 mila ricoveri.

Nella regione Veneto il ricorso all'ospedalizzazione da parte dei giovani di 15-34 anni di ambedue i sessi diminuisce nel tempo (-1,7 per cento nel triennio 2009-2011 rispetto al triennio 2006-2008), in seguito alle politiche di contenimento dei posti letto negli ospedali. Per i maschi in Veneto vi sono 57 ricoveri ogni mille abitanti, contro i 72 della media nazionale; per le femmine i ricoveri in Veneto sono 132 per mille mentre il corrispondente valore nazionale è pari a 153.

Tavola 12.8 – Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 15-34 anni per genere, primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza - Veneto - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASL	Maschi					Femmine						
	Totale	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie dell'apparato digerente	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	Malattie del sistema circolatorio	Malattie della cute e tessuto sottocutaneo	Totale	Complicazioni della gravidanza etc.	Malattie del sistema genito-urinario	Malattie dell'apparato digerente	Tumori	Sintomi segni e stati morbosi maldefiniti
Belluno	56,9	11,0	10,2	6,2	7,2	3,1	122,3	70,0	10,4	6,2	6,5	4,9
Feltre	61,3	10,5	11,6	7,4	6,6	3,9	134,7	80,8	9,3	7,7	5,8	4,2
Bassano del Grappa	57,5	12,3	7,9	5,7	7,4	4,6	138,3	91,2	11,3	5,3	3,9	4,2
Alto Vicentino	48,1	10,8	8,9	4,7	4,6	3,7	134,5	83,5	14,8	5,9	6,3	5,0
Ovest Vicentino	53,5	10,6	10,4	5,8	3,2	3,4	150,6	98,7	12,5	6,2	6,2	4,9
Vicenza	49,5	8,7	8,5	4,3	4,4	4,3	131,2	82,6	12,8	4,9	4,5	3,9
Pieve di Soligo	57,2	12,4	7,8	6,8	7,0	5,0	129,9	83,7	8,3	6,0	4,6	4,2
Asolo	52,3	11,2	8,9	6,2	5,1	4,1	129,0	87,3	8,1	5,4	4,4	3,8
Treviso	51,8	10,8	9,3	5,7	5,1	4,1	125,4	80,5	8,9	6,3	4,4	4,5
Veneto Orientale	59,0	13,0	10,1	5,5	5,5	4,6	122,5	75,7	9,4	5,2	4,8	5,4
Veneziana	57,2	8,9	9,2	5,9	6,5	5,4	132,6	84,0	9,1	5,6	4,6	5,4
Mirano	55,8	10,5	9,8	5,0	7,0	4,6	126,3	77,7	9,5	6,5	4,3	4,6
Chioggia	67,4	14,7	13,4	6,2	6,6	5,1	137,5	75,6	13,3	8,3	5,9	7,9
Alta Padovana	52,0	10,0	8,6	6,2	4,5	3,8	134,1	87,5	11,1	5,6	4,6	4,8
Padova	54,7	11,3	8,7	5,5	5,2	5,0	126,2	79,2	9,0	5,5	4,1	4,6
Este	53,8	9,6	10,1	6,5	5,6	4,1	119,4	69,8	11,0	6,2	4,8	5,1
Rovigo	64,8	8,5	11,0	6,2	8,0	6,4	132,0	74,4	10,6	6,3	6,3	5,9
Adria	62,3	11,9	11,1	6,9	7,5	4,4	135,3	69,1	10,9	8,5	8,0	6,8
Verona	63,3	11,5	9,8	10,7	6,0	4,1	141,3	83,9	9,8	12,5	5,4	4,4
Legnago	63,0	10,6	10,7	7,4	6,2	4,7	134,2	81,3	10,8	6,9	5,7	4,2
Bussolengo	65,9	11,8	11,1	10,0	6,8	5,2	135,0	76,8	11,0	11,5	7,2	5,3
Veneto	56,6	10,8	9,5	6,5	5,8	4,4	131,7	81,5	10,3	6,9	5,1	4,7
Italia	71,9	14,5	8,1	8,7	6,1	5,3	152,7	86,4	12,2	9,4	4,9	6,2

	Variazione percentuale media annua											
Veneto	-2,5	-3,7	-1,3	-3,2	-1,5	-1,8	-1,4	-0,5	-2,0	-1,6	-2,5	-1,7
Italia	-3,8	-5,5	-3,1	-3,3	-1,7	-2,7	-2,4	-1,0	-3,0	-3,3	-4,2	-3,6

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute (Sdo)

La significativa differenza di genere dell'incidenza ospedaliera che si osserva in questa fascia di età è dovuta principalmente ai ricoveri per parto e puerperio, com-



presi nel gruppo “complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio” (Tavola 12.8). Questa causa risulta essere la prima che motiva la richiesta di assistenza ospedaliera per le giovani donne, la cui fase del ciclo di vita è caratterizzata dal concepimento e nascita della prole. Per i maschi, come nel resto del Paese, non si riscontra una così forte prevalenza di una causa rispetto alle altre; i “traumatismi e avvelenamenti” (10,8 per mille abitanti) costituiscono la prima causa di ricovero.

12.4.3 - Mortalità generale e per causa di morte

Il buono stato di salute degli adolescenti e dei giovani adulti è caratterizzato dall'assenza di patologie croniche e di malattie infettive. Inoltre, il ricorso all'ospedalizzazione è motivato, in prevalenza, da eventi traumatici o, per le donne, da difficoltà legate alla gravidanza.

Tavola 12.9 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 15-34 anni per genere, primi tre gruppi di cause e Asl di residenza - Veneto - Anni 2009-2011 (media triennale 10.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASL	Maschi				Femmine			
	Totale	Traumatismi ed avvelenamenti	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Totale	Traumatismi ed avvelenamenti	Tumori	Malattie del sistema circolatorio
Belluno	5,6	4,8	0,3	0,5	3,0	0,8	1,1	0,3
Feltre	3,8	2,7	-	-	2,4	1,6	0,8	-
Bassano del Grappa	4,9	3,3	1,1	-	2,4	1,2	0,7	-
Alto Vicentino	3,7	2,0	0,3	0,2	1,5	0,3	0,2	0,2
Ovest Vicentino	4,4	2,4	0,3	0,6	1,5	0,2	1,0	-
Vicenza	4,4	2,6	0,6	0,4	1,7	0,4	0,6	-
Pieve di Soligo	6,0	3,4	1,0	0,1	1,7	0,3	0,7	0,1
Asolo	4,8	3,1	1,0	0,2	1,8	1,0	0,6	-
Treviso	4,7	3,4	0,6	0,1	1,5	0,3	0,6	0,2
Veneto Orientale	6,8	5,5	0,4	0,1	1,7	0,5	0,9	0,2
Veneziana	5,1	3,8	0,2	0,4	1,5	0,5	0,3	0,5
Mirano	3,9	2,5	0,6	0,4	1,8	0,8	0,6	-
Chioggia	10,4	7,1	0,9	-	3,8	1,0	1,9	0,5
Alta Padovana	5,8	4,0	0,7	0,3	1,4	0,6	0,4	0,2
Padova	4,7	2,8	0,7	0,5	1,9	0,8	0,5	-
Este	4,0	2,3	0,5	0,6	1,9	1,4	0,2	0,2
Rovigo	5,1	4,2	0,6	-	3,9	0,9	0,9	0,8
Adria	7,0	5,1	0,4	0,4	2,6	1,8	0,8	-
Verona	3,9	1,8	0,8	0,4	2,0	0,6	0,8	0,1
Legnago	6,3	4,4	0,9	0,4	2,9	0,9	0,6	0,4
Bussolengo	4,6	3,0	0,9	0,4	1,4	0,8	0,4	-
Veneto	4,9	3,2	0,7	0,3	1,9	0,7	0,6	0,1
Italia	5,4	3,1	0,8	0,4	2,1	0,7	0,7	0,2
	Variazione percentuale media annua							
Veneto	-5,2	-5,8	-1,2	-8,8	-4,2	-8,1	-1,3	-2,7
Italia	-3,7	-5,2	-0,8	-2,2	-1,4	-3,6	-0,4	-1,2

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle cause di morte

Queste condizioni fanno sì che la mortalità giovanile, per la classe di età 15-34, risulti molto bassa (poco più di mille decessi nel triennio 2009-2011), anche se maggiore per i maschi (4,9 per diecimila individui della stessa età) e minore per le femmine (1,9 per diecimila); tali dati sono inferiori ai corrispondenti nazionali e in co-

stante riduzione tra il 2006 e il 2011. Sono “traumatismi e avvelenamenti” a causare principalmente la morte in questa fascia di età (Tavola 12.9), sia per i maschi (3,2 per diecimila) sia per le femmine (0,7 per diecimila).

12.4.4 - Incidentalità stradale

La mortalità per incidenti da mezzi di trasporto caratterizza i rischi di morte degli adolescenti e dei giovani adulti⁹. In Veneto il numero delle giovani vittime della strada, 107 nel 2012, è ben oltre un quarto del totale dei decessi (28,5 per cento); si tratta, in prevalenza, di maschi (79,4 per cento).

Nel decennio 2001-2010 i morti per incidentalità stradale in Veneto sono diminuiti del 42,9 per cento (Tavola 12.10). La riduzione della mortalità ha interessato maggiormente i giovani rispetto alle altre classi di età: i morti tra i 15 e i 34 anni di età sono diminuiti del 53,8 per cento, in linea con l’obiettivo comunitario di dimezzamento dei morti sulle strade. Tra le campagne comunicative sulla sicurezza stradale promosse in Italia, quelle rivolte ai giovani sono state finalizzate a modificarne i comportamenti, non solo relativamente al consumo di alcol e droghe, ma anche all’uso del casco e del cellulare alla guida.

Tavola 12.10 – Tassi standardizzati di mortalità e di lesività per incidentalità stradale della popolazione di 15-34 anni per Asl di evento - Veneto - Anni 2011 e 2012 (valori per 100.000 abitanti e differenze assolute 2010-2001)

ASL	Tasso di mortalità standardizzato			Tasso di lesività standardizzato		
	2011	2012	Differenze 2010-2001	2011	2012	Differenze 2010-2001
Belluno	12,3	12,9	-27,6	712,5	509,6	-868,3
Feltre	6,0	12,3	-15,7	747,7	646,1	-430,0
Bassano del Grappa	7,4	7,8	1,9	683,0	739,1	-321,2
Alto Vicentino	5,3	10,4	-21,2	514,0	534,3	-472,3
Ovest Vicentino	15,0	5,0	-4,4	714,5	579,1	-260,4
Vicenza	10,5	12,0	-9,8	878,6	771,1	-343,1
Pieve di Soligo	9,1	9,2	-7,8	652,0	684,5	-531,4
Asolo	18,1	16,2	-8,3	785,8	760,2	-290,2
Treviso	11,9	8,2	-22,2	747,9	736,3	-449,7
Veneto Orientale	23,0	13,8	-19,6	1.115,7	1.040,3	-324,6
Veneziana	9,3	9,5	-7,9	654,4	817,0	-580,0
Mirano	1,9	7,2	6,7	440,8	582,0	-334,8
Chioggia	0,0	0,0	-41,3	1.117,8	1.013,2	-622,8
Alta Padovana	3,5	8,7	-17,2	739,7	552,7	-416,6
Padova	5,1	10,4	-10,8	1.332,0	1.001,0	-781,6
Este	21,6	23,9	-11,2	688,3	591,1	-493,2
Rovigo	18,3	9,3	-7,6	700,9	756,4	-741,0
Adria	35,3	26,7	-1,5	793,6	588,0	-737,2
Verona	4,1	7,1	-4,9	1.135,2	1.030,1	-527,3
Legnago	17,7	15,2	6,1	731,5	642,3	-155,8
Bussolengo	1,7	11,3	-26,4	731,8	850,1	-382,8
Veneto	9,9	10,6	-11,2	827,8	770,3	-476,8
Italia	9,0	8,2	-7,4	928,3	829,3	-284,5

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Rilevazione sugli incidenti stradali con lesioni alle persone

⁹ Nel confrontare i decessi dell’indagine sugli incidenti stradali con quelli dell’indagine sulle cause di morte, relativi agli incidenti di trasporto, occorre tenere in considerazione le diverse definizioni e caratteristiche delle due fonti, per le quali si rimanda alla nota metodologica.

Il tasso di mortalità standardizzato, in diminuzione nel periodo 2001-2010, sale leggermente tra il 2011 e il 2012 passando da 9,9 a 10,6 per centomila abitanti. Il tasso di lesività standardizzato, invece, complessivamente aumenta fino al 2010 per poi ridursi nel biennio 2011-2012.

Le giovani vittime della strada in Veneto sono, nel 72,9 per cento dei casi, conducenti di autovetture o di veicoli a due ruote, per il 24,3 per cento passeggeri e, per il residuo 2,8 per cento, pedoni. Una larga parte si trovava a bordo di un autovettura (il 57,9 per cento) e il 36,4 per cento viaggiava su un veicolo a due ruote (motociclo, ciclomotore, bicicletta).

12.4.5 - Stili di vita

Rispetto alla salute individuale, i comportamenti della popolazione in età adulta cosiddetti "a rischio" sono spesso il frutto di abitudini sviluppate in giovane età, come alimentazione scorretta, uso di sostanze nocive legali e illegali, scarsa attività fisica.

La quota dei giovani veneti fumatori è pari al 25,1 per cento; i fumatori maschi sono il 31,4 per cento, ben superiori alle giovani donne fumatrici (18,7 per cento).

L'alcol costituisce un importante fattore di rischio per la salute. Nel 2013 il 18,8 per cento dei giovani veneti ha adottato almeno un comportamento a rischio (in misura superiore al dato nazionale pari al 15,0 per cento), con una maggiore incidenza per i maschi (26,5 per cento) rispetto alle femmine (11 per cento).

È noto che cattive abitudini alimentari influiscono sul peso di una persona e che l'eccesso ponderale costituisce un rilevante fattore di rischio per l'insorgenza di alcune patologie metaboliche, cardiovascolari e tumorali, soprattutto in alcune fasi del ciclo di vita. In Veneto, il 68,8 per cento delle persone di 18-34 anni è in condizione di normopeso, una su quattro è in sovrappeso. I giovani tra 15 e 34 anni che dichiarano di praticare almeno un'attività fisica nel tempo libero (di tipo leggero, moderato o intensivo) sono il 76,8 per cento del totale, più dell'analoga percentuale nazionale pari a 66,1. Più di un quinto di essi, però, non svolge nessuna attività (22,1 per cento).

Riguardo all'alimentazione, i giovani veneti che dichiarano di consumare almeno una porzione di verdura al giorno sono il 48,2, un'incidenza superiore alla media nazionale (44,6 per cento).

12.5 - Gli adulti di 35-64 anni

In Veneto, al 1° gennaio 2013, la popolazione adulta fra 35 e 64 anni rappresenta una quota della popolazione residente pari al 44,4 per cento, valore poco maggiore della media nazionale. Il rapporto di genere è di 100,2 maschi ogni cento femmine, grazie a una maggiore presenza maschile nei primi quindici anni della classe considerata, solo lievemente imputabile alla componente di cittadinanza straniera.

12.5.1 - Condizioni di salute

Le persone in buono stato di salute (che dichiarano di stare bene o molto bene) sono nella regione il 69,8 per cento, un livello poco inferiore alla media nazionale (71,1 per cento). La verifica della dimensione soggettiva rappresenta un momento di sintesi efficace per la valutazione complessiva dello stato di salute, in quanto fortemente correlata alla mortalità, alla presenza di malattie croniche, alla disabilità e ai

consumi sanitari. Gli indicatori di salute, basati sulla presenza di patologie croniche, segnalano che l'11,0 per cento della popolazione adulta dichiara di essere affetto da almeno una malattia cronica grave, mentre il 10,1 per cento presenta problemi di multicronicità (dichiara di soffrire di almeno tre malattie croniche).

In linea con il dato nazionale, le malattie croniche più diffuse sono quelle cardiovascolari (19,3 per cento), di cui in primis l'ipertensione arteriosa; seguono le malattie allergiche (inclusa l'asma allergica), l'artrosi/artrite/osteoporosi, l'emicrania ricorrente (14,7 per cento). Nel confronto con il 2005, a parità di età, risultano pressoché invariate le prime due malattie; aumentano le allergie (inclusa o senza l'asma allergica) e la cefalea, diminuisce l'artrosi/artrite/osteoporosi. Nel 2013, la popolazione femminile adulta presenta tassi di morbosità cronica dichiarata più elevati di quella maschile. In analogia coi dati nazionali, differenziali di genere più marcati si evidenziano per l'emicrania ricorrente (20,2 per cento), l'artrosi/artrite/osteoporosi (19,7 per cento), le malattie della tiroide (9,7 per cento).

12.5.2 - Morbosità ospedaliera

Tavola 12.11 – Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 35-64 anni per genere, primi cinque gruppi di ricovero e Asl di residenza – Veneto - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASL	Maschi						Femmine					
	Totale	Malattie sistema osteomuscolare e tessuto connettivo	Malattie del sistema circolatorio	Malattie apparato digerente	Tumori	Traumatismi ed avvelenamenti	Totale	Complicazioni della gravidanza etc.	Malattie del sistema genito-urinario	Tumori	Malattie sistema osteomuscolare e tessuto connettivo	Malattie apparato digerente
Belluno	100,5	19,9	14,5	15,0	10,0	9,4	116,2	18,8	21,1	14,7	16,3	8,8
Feltre	105,4	19,2	16,9	14,5	11,2	10,1	108,0	18,0	15,8	14,3	15,4	10,6
Bassano del Grappa	98,9	14,7	15,1	11,4	13,8	10,1	119,8	22,8	21,3	18,2	14,0	8,8
Alto Vicentino	90,5	18,1	16,1	10,1	10,1	8,6	114,2	21,0	24,3	16,0	18,0	7,3
Ovest Vicentino	101,6	19,4	18,6	13,2	10,4	11,5	123,0	20,4	22,3	17,6	19,8	9,7
Vicenza	86,9	14,1	14,1	10,8	10,5	7,9	117,6	22,5	22,7	16,4	15,5	9,1
Pieve di Soligo	93,2	14,9	15,2	13,3	10,3	10,3	108,4	20,8	15,9	15,9	15,3	9,1
Asolo	101,6	15,8	18,1	16,9	11,5	9,2	108,5	21,9	16,2	14,6	15,1	9,4
Treviso	93,1	16,3	14,0	12,5	10,6	8,8	115,0	22,5	18,2	17,5	16,1	8,3
Veneto Orientale	100,6	17,7	17,4	13,9	11,6	10,2	116,7	20,4	17,8	17,7	18,1	8,8
Veneziana	100,3	15,9	17,6	12,0	12,9	7,2	120,3	22,8	16,5	18,3	17,3	8,8
Mirano	94,1	15,7	15,8	11,1	11,3	8,1	119,6	22,7	18,4	18,5	16,2	8,8
Chioggia	110,9	21,5	20,4	11,7	13,3	10,9	126,5	17,9	21,2	20,6	21,6	9,2
Alta Padovana	97,3	16,5	14,9	14,9	11,9	8,6	120,9	22,0	19,4	19,3	18,2	9,7
Padova	96,4	12,2	15,4	12,9	12,6	9,0	116,8	24,3	17,3	17,7	12,6	8,6
Este	97,8	16,2	15,5	15,6	12,2	8,2	118,2	19,1	21,4	19,3	17,1	9,2
Rovigo	104,0	16,6	17,9	14,4	12,9	7,6	124,2	18,9	20,0	20,0	18,0	10,0
Adria	109,5	20,7	19,3	12,3	16,8	8,1	125,5	17,6	19,0	18,3	22,1	9,4
Verona	109,2	16,5	15,6	17,6	13,3	9,4	127,7	20,9	20,5	17,5	17,7	10,5
Legnago	111,2	18,9	17,0	16,8	12,1	8,3	127,2	19,0	20,9	16,9	22,8	10,7
Bussolengo	109,3	19,6	15,6	16,7	13,4	9,7	130,2	19,2	22,1	18,8	20,1	10,7
Veneto	99,4	16,4	16,0	13,8	12,0	9,0	119,3	21,4	19,4	17,6	16,9	9,2
Italia	123,1	13,2	21,2	19,1	14,5	10,7	139,4	21,8	20,0	19,8	14,5	12,0

Variazione percentuale media

Veneto	-3,4	-0,9	-4,1	-6,1	-4,1	-2,4	-2,3	1,1	-1,6	-3,2	-1,0	-2,4
Italia	-4,1	-2,9	-4,5	-3,5	-3,8	-3,3	-3,6	0,9	-3,2	-2,9	-3,1	-3,8

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute (Sdo)



In linea con l'andamento del fenomeno a livello nazionale, in Veneto i ricoveri per acuti degli adulti, pari a circa 696 mila nel triennio 2009-2011 (in media 232 mila all'anno) continuano a ridursi sia per le donne che per gli uomini. L'analisi in serie storica mostra, infatti, una riduzione del 2,8 per cento per ambedue i sessi, inferiore di un punto percentuale al dato nazionale (-3,8 per cento). Ma le differenze rilevanti, di almeno venti punti percentuali, sono nei valori dei tassi: nell'arco del triennio 2009-2011 il tasso standardizzato di ospedalizzazione regionale per mille abitanti è pari a 109,0 (nazionale 131,1); quello maschile è 99,4 (123,1 nazionale), quello femminile è 119,3 (139,4 nazionale) (Tavola 12.11).

I tassi di dimissione ospedaliera per causa registrano valori inferiori alla media nazionale, eccezion fatta per il gruppo "malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo". Queste sono la principale causa di ricorso all'assistenza ospedaliera per i maschi (circa 52 mila ricoveri nel triennio 2009-2011), seguita a breve distanza da "malattie del sistema circolatorio" e "malattie dell'apparato digerente". A prescindere dal parto, il genere femminile ricorre ai servizi ospedalieri prevalentemente a causa di patologie del "sistema genitourinario" (circa 62 mila ricoveri nel triennio 2009-2011), "tumori", "malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo".

12.5.3 - Mortalità generale e per causa di morte

Tavola 12.12 – Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 35-64 anni per genere, primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza – Veneto - Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASL	Maschi						Femmine					
	Totale	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie apparato digerente	Malattie endocrine, nutriz., metab., disturbi imm.	Totale	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie apparato digerente	Malattie sistema nervoso e organi dei sensi
Belluno	30,3	13,6	6,2	5,0	2,1	0,3	20,6	11,3	2,8	1,6	1,5	0,6
Feltre	34,4	15,9	5,7	5,5	2,8	0,5	19,2	11,2	3,0	1,3	1,8	0,5
Bassano del Grappa	32,1	14,5	6,1	4,3	1,8	1,3	18,3	12,7	2,1	1,1	0,5	0,8
Alto Vicentino	31,8	14,8	8,1	3,4	1,5	1,0	16,7	10,3	2,0	1,4	0,2	0,8
Ovest Vicentino	31,8	14,4	6,6	3,9	1,9	1,6	15,4	9,8	1,9	0,6	0,7	0,4
Vicenza	30,7	13,6	7,6	3,6	1,8	0,8	15,3	10,0	1,8	0,8	0,6	0,4
Pieve di Soligo	27,5	13,0	6,1	3,4	1,5	1,0	14,5	8,7	1,8	1,1	0,7	0,4
Asolo	29,0	13,9	5,8	4,2	1,7	0,9	16,6	11,2	1,6	1,1	0,6	0,5
Treviso	26,6	12,6	5,5	3,3	1,2	1,0	16,5	11,0	2,0	1,0	0,4	0,5
Veneto Orientale	31,9	14,3	6,8	4,1	2,3	0,9	17,2	11,2	2,0	0,8	1,0	0,4
Veneziana	35,9	16,9	7,6	3,5	1,8	1,0	21,0	13,4	2,7	0,8	0,8	0,7
Mirano	30,3	14,0	6,8	3,7	1,9	1,2	16,0	11,4	1,5	0,9	0,8	0,3
Chioggia	33,8	16,8	6,9	4,5	1,9	1,6	20,7	15,4	1,3	1,3	1,5	0,6
Alta Padovana	27,3	13,0	6,1	3,2	1,6	0,7	17,8	12,8	1,3	1,0	0,7	0,6
Padova	29,5	14,0	5,6	3,1	1,4	1,3	17,2	11,4	1,9	0,9	0,6	0,6
Este	32,8	13,8	7,9	4,7	1,6	1,1	17,3	11,1	2,4	0,6	1,0	0,7
Rovigo	35,2	15,9	7,7	3,8	2,6	1,7	19,8	10,8	3,0	1,2	1,0	0,8
Adria	38,9	17,9	7,5	3,9	2,7	1,5	15,6	9,3	2,1	0,6	0,4	0,8
Verona	32,9	14,6	7,4	3,7	2,4	1,0	18,1	11,4	1,9	0,9	0,5	0,5
Legnago	35,6	15,8	8,0	3,8	2,1	0,9	15,2	7,2	3,3	0,4	0,7	0,5
Bussolengo	30,4	14,3	7,1	3,1	1,1	1,1	14,8	9,5	1,8	0,6	0,5	0,5
Veneto	31,2	14,4	6,7	3,7	1,8	1,1	17,2	11,0	2,0	0,9	0,7	0,5
Italia	34,8	15,5	8,1	3,4	2,1	1,3	19,1	11,7	2,7	0,9	0,8	0,6

	Variazione percentuale media annua											
Veneto	-2,7	-3,1	-3,4	-1,6	-5,6	-2,8	-1,6	-1,7	-2,0	-3,8	-3,7	1,1
Italia	-1,5	-1,7	-2,1	-1,3	-2,1	0,6	-0,6	-0,5	-2,3	-1,0	-3,5	2,0

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle cause di morte

Il buono stato di salute generale che caratterizza la classe di età 35-64 anni è confermato da un basso tasso standardizzato di mortalità, sia per i maschi che per le femmine, con livelli che nella media del triennio 2009-2011 sono pari, rispettivamente, a 31,2 e 17,2 ogni diecimila residenti della stessa età e dello stesso genere (Tavola 12.12), per un valore assoluto totale di circa 15 mila decessi nel triennio.

Contributi importanti al declino della mortalità sono da ricercarsi in fattori sia individuali che di sistema. La classe di età in esame è caratterizzata dal fenomeno della super-mortalità maschile, le cui determinanti sono tradizionalmente riconducibili ai diversi comportamenti e stili di vita adottati dai due sessi. I maggiori imputati sono il tabagismo, l'alcolismo e la guida pericolosa, più diffusi tra gli uomini che tra le donne, ma anche i rischi derivanti dalla diversa attività lavorativa.

L'analisi della mortalità per residenza del deceduto mostra, per entrambi i generi, un'elevata concentrazione nei primi tre gruppi di cause prevalenti: "tumori" (12,7 per diecimila), "malattie del sistema circolatorio" (4,4 per diecimila) e "cause esterne da traumatismo e avvelenamento" (2,3 per diecimila), che rappresentano circa il 79 per cento delle cause di morte per i maschi e l'81 per cento per le femmine.

La mortalità per "tumori maligni" rappresenta la prima causa di morte nell'età adulta: per le donne la prevalenza è 10,7 per diecimila residenti, per gli uomini 13,9. Rispetto agli organi colpiti, si evidenziano ulteriori differenze di genere: i tumori maligni al seno si confermano prima causa di malattie oncologiche nelle donne (2,6 per diecimila), seguono i tumori maligni a laringe-trachea, bronchi e polmoni; nei maschi quest'ultima categoria è la più incidente (3,7 per diecimila), cui seguono distanziati i tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici.

Le "malattie del sistema circolatorio" presentano tassi di prevalenza degli uomini fino a tre volte più alti di quelli delle donne (6,7 contro 2,0 per diecimila). Gli uomini di questa età sono penalizzati anche da alti livelli di mortalità per fenomeni di natura violenta: traumatismi e avvelenamenti, quattro volte più elevati di quelli delle donne (3,7 contro 0,9 per diecimila).

12.5.4 - Incidentalità stradale

Le evidenze emerse nell'analisi della mortalità per traumatismi, particolarmente rilevante nei maschi di questa fascia d'età, trovano un riscontro nei dati della rilevazione sull'incidentalità stradale con lesioni alle persone¹⁰. In Veneto nel 2012, i morti e i feriti per incidenti stradali che riguardano la popolazione adulta sono, rispettivamente, 148 (39,4 per cento del totale dei morti) e 8.685 (43,4 per cento del totale dei feriti).

¹⁰ Per un corretto confronto tra i risultati delle due fonti si rimanda alla nota metodologica per le differenze nelle definizioni e nel campo d'osservazione.

Tavola 12.13 – Tassi standardizzati di mortalità e di lesività per incidentalità stradale della popolazione di 35-64 anni per Asl di evento - Veneto – Anni 2011 e 2012 (valori per 100.000 e differenze assolute 2010-2001)

ASL	Tasso di mortalità standardizzato			Tasso di lesività standardizzato		
	2011	2012	Differenze 2010-2001	2011	2012	Differenze 2010-2001
Belluno	14,2	12,5	-6,5	426,4	299,5	-262,1
Feltre	10,8	18,5	-6,1	296,5	274,2	-90,7
Bassano del Grappa	7,7	10,1	-11,1	451,2	435,2	-102,7
Alto Vicentino	4,9	4,8	1,2	311,1	303,1	-81,3
Ovest Vicentino	5,2	5,2	2,9	376,1	334,7	-38,5
Vicenza	4,2	4,9	-10,5	462,2	457,1	-70,9
Pieve di Soligo	6,4	3,1	-5,5	346,1	368,8	-134,6
Asolo	3,6	5,6	-12,0	389,9	384,5	30,8
Treviso	8,2	9,7	-2,7	409,6	397,9	-59,3
Veneto Orientale	13,5	13,5	-4,7	523,2	560,0	-8,7
Veneziana	5,1	2,3	0,0	442,9	404,0	-129,0
Mirano	4,9	5,7	-2,0	241,7	331,7	-110,4
Chioggia	3,3	3,3	-14,2	619,5	519,4	-121,0
Alta Padovana	7,9	6,3	-7,4	384,0	289,7	-65,2
Padova	3,6	3,7	-3,5	607,6	495,7	-250,7
Este	13,3	8,7	0,3	341,3	281,7	-125,8
Rovigo	10,4	6,4	-10,3	373,3	325,9	-186,2
Adria	15,4	8,9	-3,3	319,2	313,8	-123,4
Verona	7,6	5,6	-1,9	577,4	503,1	-114,8
Legnago	9,0	10,4	0,4	323,8	311,7	-91,5
Bussolengo	9,8	8,9	-22,0	407,4	438,1	-70,8
Veneto	7,4	6,8	-5,3	430,2	401,2	-108,5
Italia	5,9	5,8	-3,8	469,7	440,4	-32,6

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Rilevazione sugli incidenti stradali con lesioni alle persone

Relativamente al decennio 2001-2010, in Veneto si registra un decremento del numero dei decessi (-37,2 per cento) più consistente di quello nazionale per la stessa fascia di età (-32,6 per cento). Nello stesso periodo, si osserva una riduzione sia del tasso standardizzato di mortalità (-5,3 ogni centomila abitanti) che del tasso di lesività (-108,5 ogni centomila abitanti) (Tavola 12.13).

In oltre otto casi su dieci, le vittime di incidenti stradali di questa fascia di età risultano conducenti del veicolo (83,8 per cento); analizzando i decessi per tipologia di veicolo, la categoria motociclo o ciclomotore supera quella dell'autovettura, rispettivamente 38,5 e 35,8 per cento.

12.5.5 - Stili di vita e prevenzione

Nel 2013, in Veneto la percentuale di fumatori adulti è pari al 21,9 per cento, leggermente inferiore al totale nazionale. Nel confronto di genere permangono differenze a svantaggio degli uomini, con quote di fumatori circa una volta e mezza quella delle donne, in analogia ai dati nazionali.

Analogamente, i comportamenti a rischio nel consumo di alcol sono maggiormente diffusi fra gli uomini adulti rispetto alle donne: 41 maschi su cento consumano giornalmente bevande alcoliche mentre il 18,8 per cento dichiara un consumo giornaliero non moderato o un consumo di quantità eccessive in una singola occasione (*binge drinking*)¹¹, valore maggiore del dato nazionale. L'eccesso di peso, strettamente correlato all'inattività fisica, interessa poco meno della metà della popolazione adulta (46,9 per cento), con il 34,1 per cento in sovrappeso e il 12,8 per cento affetto da obesità. Questo fenomeno presenta, in Veneto, valori appena inferiori alla media nazionale (47,6 per cento) e una prevalenza del genere maschile (59,9 per cento)

¹¹ Indagine Istat Aspetti della vita quotidiana 2012.

rispetto a quello femminile (33,9 per cento).

Nell'ambito della prevenzione generale, l'88 per cento o più della popolazione adulta dichiara di aver fatto ricorso, almeno una volta nella vita, ai servizi sanitari per la diagnosi precoce di diabete, ipertensione e ipercolesterolemia. Oltre la metà effettua per le stesse patologie controlli con periodicità annuale. In generale, il ricorso a queste pratiche risulta in linea con la media nazionale. La prevenzione dei tumori femminili nella regione registra frequenze relative maggiori di quelle nazionali: il 93,1 per cento (dieci punti percentuali più della media nazionale) delle donne adulte dichiara di essersi sottoposta, almeno una volta nella vita, all'esame del pap-test in assenza di disturbi, l'83,4 per cento (16 punti percentuali in più) ogni tre anni; ben il 46,5 per cento (circa 18 punti in più) ha eseguito l'esame, nell'ultima occasione, mediante programma di screening delle Asl. Il 91,9 per cento (11 punti percentuali in più) delle donne nella fascia di età raccomandata per lo screening (50-64 anni) dichiara di essersi sottoposta, almeno una volta nella vita, alla mammografia e il 56,8 per cento nell'ultima occasione, mediante programma di screening delle Asl.

12.6 - Gli anziani di 65 anni e più

L'analisi degli indicatori demografici della popolazione veneta conferma la tendenza all'invecchiamento, particolarmente sbilanciata a favore delle donne, che sopravvivono più a lungo degli uomini. In Veneto, al 1° gennaio 2013, gli ultra sessantacinquenni sono il 20,9 per cento della popolazione residente totale, appena inferiore alla media nazionale, di cui il 57,8 per cento sono donne. La speranza di vita a 65 anni è di 18,6 anni per gli uomini e di 22,3 anni per le donne.

12.6.1- Condizioni di salute

Nel soggetto anziano la percezione che l'individuo ha del proprio stato psicofisico è un parametro di particolare interesse perché è inversamente correlato alla mortalità. Il 38 per cento degli individui anziani ha dichiarato uno stato di buona salute, una quota superiore a quella nazionale (33,1 per cento), più alta per i maschi rispetto alle femmine.

Con l'avanzare dell'età, aumenta l'insorgenza delle malattie croniche. Il 42,1 per cento degli ultrasessantacinquenni veneti dichiara di essere affetto da almeno una malattia cronica grave, la cui prevalenza è un po' più elevata per gli uomini (44,1 per cento) rispetto alle donne (40,6 per cento). Le malattie croniche più diffuse si confermano l'ipertensione arteriosa (49,0 per cento), artrosi e artrite (48,0 per cento), osteoporosi (19,8 per cento) e le altre malattie del cuore (15,2 per cento).

Con l'invecchiamento della popolazione aumentano anche le persone con limitazioni funzionali¹² nelle attività quotidiane (17,9 per cento). Si tratta di limitazioni che insorgono con il peggioramento delle condizioni di salute e riducono la mobilità degli anziani o le loro capacità sensoriali (vista e udito, in particolare). Le tipologie di limitazioni funzionali più diffuse si riferiscono alle difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana (11,7 per cento), come ad esempio l'assenza di autonomia nella cura personale, nonché alle difficoltà nel movimento (9,1 per cento), problematiche che colpiscono soprattutto le donne a causa della maggiore prevalenza di patologie non letali ma invalidanti, come l'osteoporosi, l'artrosi e l'artrite.

¹² Si rimanda alla nota metodologica per la definizione di limitazione funzionale e per il modo con il quale viene rilevata mediante l'Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2013.

12.6.2 - Morbosità ospedaliera

Sebbene il ricorso all'ospedalizzazione risenta dell'invecchiamento della popolazione, in quanto con l'avanzare dell'età cresce la prevalenza di malattie croniche e invalidanti e cresce di conseguenza la richiesta di assistenza ospedaliera da parte della popolazione anziana, si evidenzia nel periodo considerato una riduzione dei ricoveri, per entrambi i sessi e per quasi tutte le cause, misurata in base alle variazioni del tasso standardizzato di ospedalizzazione (Tavola 12.14).

I ricoveri per acuti di questa classe di età sono circa 825 mila nel triennio 2009-2011 (275 mila in media all'anno). Le "malattie dell'apparato circolatorio" sono la prima causa di ospedalizzazione, con circa 222 mila ricoveri nel triennio, in particolare quelle cerebrovascolari (15,5 per mille abitanti), le malattie ischemiche del cuore (13,8). Al secondo posto si collocano i "tumori", al terzo le "malattie dell'apparato digerente", seguite da quelle dell'apparato respiratorio, che rappresentano per i maschi la terza causa. Tra i "tumori maligni", i più frequenti sono, per i maschi, quelli della vescica (10,2), della laringe e della trachea, bronchi e polmoni (6,6) e della prostata (4,7), per le donne, i tumori del seno (4,7), del tessuto linfatico e quelli del colon (entrambi 1,8).

Tavola 12.14 – Tassi standardizzati di ospedalizzazione per acuti della popolazione di 65 anni e più per genere, primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza – Veneto - Anni 2009-2011 (media triennale per 1.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASL	Maschi						Femmine					
	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie apparato respiratorio	Malattie apparato digerente	Malattie del sistema genito-urinario	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie sistema osteomuscolare e tessuto connettivo	Traumatismi ed avvelenamenti	Malattie apparato digerente
Belluno	317,0	78,6	47,2	38,3	39,2	20,2	221,7	51,1	26,3	25,1	24,3	21,9
Feltre	334,9	92,9	55,0	42,2	33,3	30,0	219,3	57,5	24,6	22,0	22,8	22,8
Bassano del Grappa	374,3	104,1	65,5	44,9	30,6	33,6	243,6	57,9	32,0	24,1	23,6	20,2
Alto Vicentino	280,1	96,2	42,3	25,2	26,2	17,4	193,3	51,9	24,1	26,8	17,5	16,7
Ovest Vicentino	347,8	117,3	46,5	35,6	35,9	21,8	240,7	68,0	25,2	28,2	28,6	23,2
Vicenza	318,3	95,1	55,9	33,8	28,4	24,1	231,0	59,0	28,3	28,0	21,4	19,5
Pieve di Soligo	319,8	98,8	46,6	41,9	30,5	15,7	221,4	56,7	25,6	22,6	22,7	18,3
Asolo	371,5	117,5	52,7	41,2	39,0	25,0	239,7	64,9	24,0	24,7	24,7	24,9
Treviso	354,8	102,3	48,1	40,7	34,7	24,7	250,3	63,9	26,6	27,8	24,0	23,8
Veneto Orientale	370,3	106,7	63,1	41,0	36,2	24,4	244,8	62,3	32,1	30,3	22,2	19,9
Veneziana	339,3	100,5	58,5	33,7	30,9	23,1	241,9	59,6	33,3	28,9	23,5	21,4
Mirano	341,9	101,7	55,6	39,8	30,9	20,8	240,2	61,7	29,8	25,4	24,6	21,3
Chioggia	389,9	121,1	67,4	44,7	35,8	24,2	291,1	78,0	39,5	33,1	28,0	29,2
Alta Padovana	350,5	95,9	60,4	48,6	37,2	18,2	238,7	54,4	31,8	27,1	21,9	23,1
Padova	375,3	102,7	61,9	38,0	38,5	26,3	260,4	63,3	32,7	22,4	27,2	25,3
Este	330,0	99,2	61,2	32,0	38,8	30,9	215,9	60,0	30,6	24,5	22,2	22,2
Rovigo	350,7	106,4	63,4	47,1	35,0	24,3	238,6	64,0	34,7	25,0	17,0	22,8
Adria	375,6	126,5	62,9	42,3	32,0	24,2	263,5	71,1	32,4	37,8	26,0	24,5
Verona	364,3	96,8	60,3	35,9	37,9	28,7	240,7	52,7	29,0	30,1	23,7	21,0
Legnago	357,9	95,6	54,6	45,8	38,1	31,1	242,0	52,2	28,5	33,6	22,4	22,2
Bussolengo	362,1	93,9	61,9	40,4	36,7	25,6	250,7	52,8	32,7	33,8	24,9	21,1
Veneto	349,8	101,2	56,8	38,9	34,7	24,6	239,9	59,3	29,7	27,3	23,5	22,0
Italia	375,0	101,1	61,0	38,0	40,9	28,8	259,6	63,2	31,7	23,2	25,0	24,4

Variazione percentuale media annua												
Veneto	-2,6	-2,8	-3,4	-1,9	-4,0	-1,0	-2,2	-3,4	-2,7	-0,3	0,2	-2,4
Italia	-3,2	-3,1	-2,6	-2,2	-2,5	-3,1	-3,4	-3,6	-2,0	-1,2	-1,1	-2,9

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute (Sdo)

12.6.3 - Mortalità generale e per causa di morte

La mortalità nella popolazione anziana è in diminuzione per ambedue i sessi, in linea con le dinamiche nazionali: il tasso standardizzato di mortalità passa, dal triennio 2006-2008 al triennio 2009-2011, per i maschi, da 551,9 a 527,0 per diecimila abitanti e, per le femmine, da 347,7 a 333,2 per diecimila abitanti (Tavola 12.15). Nel triennio 2009-2011 vi sono stati circa 117 mila decessi, mediamente 39 mila l'anno.

Questo calo è indicativo del miglioramento complessivo dello stato di salute della popolazione, dovuto all'avanzamento delle condizioni socio-economiche, a una maggiore tutela verso gli agenti nocivi, alla maggiore attenzione allo stile di vita e, infine, al progresso delle cure mediche, che ha consentito l'evoluzione della prognosi, in termini di salute e aspettativa di vita, di numerose condizioni morbose.

I maschi tendono a morire più precocemente rispetto alle femmine. Le malattie dell'apparato circolatorio provocano il maggior numero di decessi, in particolare fra gli uomini (195,5 per diecimila abitanti). La seconda causa di morte è costituita dai tumori, in particolare per gli uomini i "tumori maligni" della laringe, trachea, bronchi, polmoni (45,2 per diecimila), colon (13,8 per diecimila), prostata (13,5 per diecimila); per le donne i "tumori maligni" del seno (12,2 per diecimila abitanti), laringe, trachea, bronchi, polmoni (10,1 per diecimila), tessuto linfatico (7,7 per diecimila).

Tavola 12.15 – Tassi standardizzati di mortalità della popolazione di 65 anni e più per genere, primi cinque gruppi di cause e Asl di residenza - Veneto e Italia – Anni 2009-2011 (media triennale per 10.000 abitanti, variazione percentuale media annua 2009-2010-2011/2006-2007-2008)

ASL	Maschi						Femmine					
	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie apparato respiratorio	Malattie sistema nervoso e degli organi dei sensi	Malattie apparato digerente	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie apparato respiratorio	Disturbi psichici	Malattie sistema nervoso e degli organi dei sensi
Belluno	567,8	195,2	179,0	56,8	20,9	21,9	364,0	142,4	87,5	29,1	15,8	16,2
Feltre	549,1	203,3	175,9	62,9	22,0	16,6	332,7	140,8	80,0	24,9	19,5	10,0
Bassano del Grappa	521,1	187,8	174,2	50,0	19,8	14,9	329,8	133,6	86,9	21,4	12,8	20,4
Alto Vicentino	547,0	234,2	158,3	39,2	20,8	15,9	345,4	157,1	82,7	17,7	19,1	12,6
Ovest Vicentino	558,4	207,6	159,7	60,7	24,8	23,3	329,5	139,6	72,4	23,2	19,6	21,2
Vicenza	511,0	199,9	165,3	40,4	16,9	19,0	330,5	143,5	84,0	22,3	11,4	17,2
Pieve di Soligo	528,0	202,4	171,2	47,5	22,5	18,6	322,3	142,8	79,3	18,1	16,8	18,0
Asolo	525,7	194,2	167,1	46,5	17,7	20,8	336,2	140,3	85,0	18,2	21,5	15,7
Treviso	506,5	183,6	175,9	40,8	14,5	19,9	318,1	129,3	84,0	19,4	23,0	10,6
Veneto Orientale	520,0	183,9	179,5	39,2	20,2	12,7	309,3	123,6	85,6	17,8	19,6	11,2
Veneziana	529,8	200,5	174,0	37,4	19,6	19,2	349,0	146,5	97,7	17,5	14,5	12,1
Mirano	528,4	195,4	175,0	42,5	18,5	20,5	322,2	138,0	79,1	16,7	21,6	14,7
Chioggia	542,6	195,5	199,4	37,4	17,8	21,5	373,7	144,0	111,3	20,2	13,8	13,1
Alta Padovana	523,6	173,4	175,2	70,0	16,3	18,5	317,0	124,4	80,7	26,5	17,6	12,8
Padova	504,6	172,7	170,7	47,0	19,7	18,2	323,1	125,0	85,0	26,1	16,3	14,3
Este	566,8	233,6	172,8	42,5	19,4	17,5	349,7	158,5	84,7	17,0	16,9	18,5
Rovigo	586,9	237,8	177,9	43,4	18,6	25,6	365,1	160,2	85,5	19,8	18,0	16,0
Adria	543,7	216,6	181,9	38,0	14,6	24,2	343,8	147,5	74,8	16,1	21,1	14,0
Verona	496,5	175,3	163,3	51,0	17,9	17,8	320,3	132,1	81,7	20,5	13,4	16,6
Legnago	560,4	214,0	171,1	50,8	29,6	15,5	354,2	143,1	79,1	23,9	17,1	22,9
Bussolengo	514,9	195,0	173,4	42,6	22,1	14,2	343,3	147,4	88,8	19,5	14,9	16,4
Veneto	527,0	195,5	171,8	46,3	19,3	18,6	333,2	139,0	84,6	20,8	17,0	15,2
Italia	535,7	203,1	166,2	49,7	18,8	19,2	358,5	156,7	82,6	21,7	12,6	16,1

	Variazione percentuale media annua											
Veneto	-1,1	-2,3	-1,3	-0,7	1,7	-2,1	-1,1	-2,8	0,0	-0,2	4,4	1,9
Italia	-1,1	-2,3	-0,7	-1,1	0,3	-1,7	-1,0	-2,4	-0,2	-0,3	6,3	0,7

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle cause di morte



12.6.4 - Incidentalità stradale

Per quanto riguarda gli incidenti stradali, il 27,1 per cento del totale dei morti è ultrasessantacinquenne (102 individui) mentre tra i feriti l'incidenza degli anziani (2.280) è dell'11,4 per cento. Nel decennio 2001-2010, si è ridotto sia il tasso standardizzato di mortalità (-4,1 ogni centomila abitanti) sia quello di lesività (-41,4 ogni centomila abitanti) (Tavola 12.16). Le riduzioni possono dipendere dalle modalità di spostamento da parte degli anziani. Gli anziani deceduti sono rimasti vittime di incidenti che hanno coinvolto per il 37,3 la categoria delle autovetture e per il 26,5 per cento le biciclette. Nel 25,5 per cento dei casi erano pedoni.

Tavola 12.16 – Tassi standardizzati di mortalità e di lesività per incidentalità stradale della popolazione di 65 anni e più per Asl di evento – Veneto – Anni 2011 e 2012 (valori per 100.000 abitanti e differenze assolute 2010-2001)

ASL	Tasso di mortalità standardizzato			Tasso di lesività standardizzato		
	2011	2012	Differenze 2010-2001	2011	2012	Differenze 2010-2001
Belluno	13,5	6,4		240,3	268,1	-98,9
Feltre	21,0	19,6	-11,3	204,8	214,6	113,2
Bassano del Grappa	5,8	17,1	17,6	240,3	245,7	6,5
Alto Vicentino	16,5	0,0	-4,2	186,0	151,1	-87,1
Ovest Vicentino	8,8	3,1	4,0	202,0	194,6	-16,1
Vicenza	10,2	6,6	-11,0	238,2	199,2	-34,5
Pieve di Soligo	10,9	6,2	3,2	242,4	222,1	-49,2
Asolo	16,0	9,2	-14,5	227,3	210,5	22,0
Treviso	9,0	15,0	-4,3	274,3	213,9	-41,5
Veneto Orientale	16,1	13,4	-14,1	334,8	372,0	-40,4
Veneziana	2,6	5,1	2,3	181,0	199,2	-50,2
Mirano	15,0	9,6	2,4	204,8	212,7	-39,0
Chioggia	0,0	7,3	-15,8	407,4	263,4	-98,8
Alta Padovana	14,4	25,3	-17,3	237,0	181,5	-84,1
Padova	8,1	6,9	-3,9	309,1	254,1	-71,3
Este	10,4	20,4	-5,5	220,5	200,7	-80,4
Rovigo	7,8	7,6	-10,9	212,0	192,8	16,9
Adria	17,2	41,0	-20,7	196,7	253,7	-181,8
Verona	8,1	8,0	6,0	278,1	246,8	17,0
Legnago	3,2	3,0	5,6	217,4	211,4	-149,6
Bussolengo	9,2	9,7	-19,1	216,4	241,1	-32,2
Veneto	10,1	10,2	-4,1	245,1	226,5	-41,4
Italia	8,5	8,6	-4,5	234,4	225,4	-18,3

Fonte: Elaborazione su dati Istat, Rilevazione sugli incidenti stradali con lesioni alle persone

12.6.5 - Gli stili di vita

Il fumo nell'età avanzata non solo riduce la speranza di vita ma compromette anche la qualità della vita perché comporta una riduzione dell'autonomia. Anche nella popolazione anziana sono stati evidenziati i benefici della sua cessazione e sono attivi programmi di educazione sanitaria efficaci. Tuttavia, la presenza di una notevole quota di ex-fumatori tra i maschi (51,3 per cento) rende plausibile che l'esposizione pregressa possa influire negativamente sulla salute, anche a distanza di tempo.

Negli anziani il consumo dannoso di alcol non è facilmente riconoscibile perché, spesso, si tende a confondere i segni di un'assunzione dannosa con i sintomi generici dell'invecchiamento. Eppure gli anziani rappresentano una delle fasce di popolazione i cui comportamenti a rischio sono più diffusi (il 44,8 per cento degli uomini rispetto all'8,7 per cento delle donne). Il motivo è legato alla mancata consapevolezza tra gli anziani dei livelli di consumo considerati a rischio, che non dovrebbero superare un

bicchiere di vino al giorno.

Il problema del sovrappeso riguarda soprattutto gli uomini (51,6 per cento), quello dell'obesità si attesta per entrambi i generi al 15,5 per cento.

L'attività fisica regolare ha un'efficacia preventiva su obesità, diabete, dislipidemia, cancro del colon e della mammella, osteoporosi, depressione e declino cognitivo senile. Ben il 70,5 per cento degli anziani veneti dichiara di avere uno stile di vita attivo, con valori pressoché uguali tra uomini e donne.



NOTA METODOLOGICA

Introduzione

La presente nota descrive le principali scelte metodologiche che hanno permesso di cogliere, negli approfondimenti regionali della seconda parte, le patologie, il ruolo dei fattori di rischio e gli stili di vita della popolazione italiana con un dettaglio territoriale, dove possibile, sub-provinciale (Asl). Lo studio è condotto su alcuni gruppi di popolazione rappresentativi delle diverse fasi della vita: mamme e neonati, bambini e adolescenti (0-14 anni), giovani (15-34 anni), adulti (35-64 anni) e anziani (65 anni e più). L'exkursus sanitario delle singole fasce di popolazione, in tutti i capitoli ad eccezione di quello relativo alla salute materno-infantile, è descritto attraverso una struttura comune: condizioni di salute, morbosità ospedaliera, mortalità generale e per causa di morte, incidentalità stradale, stili di vita e prevenzione. La stessa struttura è utilizzata in questa nota. Il set di indicatori elaborato deriva dall'integrazione di più fonti informative, sia di natura campionaria sia amministrativa. In particolare sono messi a confronto i risultati derivanti dalle indagini: Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, Schede di dimissione ospedaliera, Decessi e cause di morte, Incidenti stradali con lesioni a persone, Aspetti della vita quotidiana, Notifiche delle malattie infettive, Iscritti in anagrafe per nascita, Interruzioni volontarie della gravidanza, Dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo.

1. Condizioni di salute

Gli indicatori sulle condizioni di salute, quali lo stato di salute percepito, le malattie croniche dichiarate e le limitazioni funzionali, sono elaborati a partire dai microdati dell'indagine campionaria dell'Istat sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari¹.

La percezione dello stato di salute è rilevata secondo una scala verbale di cinque modalità di risposta, ordinate da molto bene a molto male, alla domanda "Come va in generale la sua salute?".

Le malattie croniche sono rilevate attraverso una batteria di quesiti riferiti a 22 item in cui sono riportate le principali patologie croniche o di lunga durata; ad essi è stato aggiunto un quesito aperto per rilevare le "altre malattie croniche". Le 22 malattie croniche – degenerative sono: asma, asma di tipo allergico, allergia (escluso asma allergico), diabete, ipertensione, disturbi del comportamento alimentare (bulimia, anoressia), celiachia, infarto del miocardio, angina pectoris, altre malattie del cuore, ictus-emorragia cerebrale, bronchite cronica – enfisema, artrosi - artrite, osteoporosi, tumore maligno (incluso linfoma e leucemia), cefalea o emicrania ricorrente, ansietà cronica, depressione, Alzheimer – demenze senili, parkinsonismo, cirrosi epatica, malattie della tiroide, insufficienza renale cronica.

¹ <http://www.istat.it/it/archivio/5471>



L'indicatore "almeno una malattia cronica grave" è definito aggregando nella categoria "gravi" nove gruppi di patologie selezionate in base all'ipotesi che la presenza di queste patologie implichi cattive condizioni di salute e un elevato livello di limitazioni. Le malattie croniche gravi individuate sono: diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus, emorragia cerebrale; bronchite cronica, enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia); insufficienza renale, parkinsonismo; Alzheimer, demenze senili.

L'indicatore "almeno tre malattie croniche" si riferisce, invece, a tutte le patologie indistintamente ed è costruito nell'ipotesi che la multicronicità sia associata a condizioni di salute difficili e limitanti e a un peggioramento della qualità della vita.

La presenza di limitazioni funzionali è rilevata mediante una batteria di quesiti predisposta da un gruppo di lavoro dell'Ocse sulla base della classificazione Icidh (*International classification of impairments, disabilities and handicap*) dell'Organizzazione mondiale della sanità. Nella batteria di quesiti è inclusa la scala per la misurazione del livello di difficoltà nelle attività quotidiane (*Adl - Activities of daily living*) proposta inizialmente da Katz negli anni Sessanta.

Gli indicatori sono elaborati per regione, per sesso e per le quattro classi di età oggetto di analisi: 0-14, 15-34, 35-64, over 65. Sono analizzate solo quelle variabili le cui stime puntuali hanno un errore campionario inferiore o uguale al 30 per cento e per queste sono riportati i confronti con il 2005 solo quando statisticamente significativi.

2. Morbosità ospedaliera

Gli indicatori sulla morbosità ospedaliera sono elaborati a partire dai dati delle Schede di dimissione ospedaliera, indagine amministrativa a cura del Ministero della Salute². I tassi di ospedalizzazione sono calcolati per Asl di residenza del paziente e, pertanto, i tassi di ospedalizzazione non risentono della mobilità ospedaliera. Tuttavia, i dati si riferiscono agli eventi "ricovero" e non alle persone, indipendentemente, quindi, dal numero dei ricoveri riferiti a un medesimo soggetto. Si precisa, inoltre, che nell'elaborazione dei dati territoriali per residenza dei pazienti, non si è tenuto conto dei casi per cui il luogo di residenza è mancante o situato all'estero.

I tassi standardizzati di ospedalizzazione si riferiscono al totale delle dimissioni ospedaliere in regime ordinario e day hospital, relative alla sola attività per acuti degli istituti di cura pubblici e privati accreditati. L'attività per acuti fa riferimento a tutti i reparti ospedalieri con l'esclusione di "unità spinale", "recupero e riabilitazione funzionale", "neuro-riabilitazione", "lungodegenti" e "residuale manicomiale".

Le dimissioni sono classificate in base alla diagnosi principale, intesa come la condizione morbosa principale trattata o presa in esame durante il ricovero, ovvero la condizione morbosa che nel corso del ricovero ha comportato i più importanti problemi assistenziali e quindi ha assorbito la maggiore quantità di risorse in termini diagnostici e/o di trattamento. La diagnosi "principale" è classificata in base alla Classificazione internazionale delle malattie, IX revisione, Modificazione clinica (Icd-9-Cm).

I tassi standardizzati di ospedalizzazione sono riportati, per ciascuna regione e

² <http://www.salute.gov.it>

fascia di età, considerando i principali gruppi di cause, in base al valore assunto dai tassi nella regione e nella classe di età di riferimento. I gruppi di cause considerati sono quelli presenti nella *Short list* proposta da Eurostat per i confronti fra Paesi che, nell'Unione europea, utilizzano sistemi di codifica differenti (Tavola 1).

Al fine di fornire indicatori più robusti per i vari gruppi di cause considerati, i tassi standardizzati sono calcolati su base triennale adottando un sistema di medie mobili 2006-2008, 2007-2009, 2008-2010, 2009-2011. La standardizzazione per età è effettuata utilizzando come popolazione tipo la popolazione italiana al censimento 2011, ripartita in classi di età quinquennali con l'ultima classe aperta (85 e oltre).

Tavola 1 – Settore nosologico, gruppi di cause e codici Icd-10 e Icd-9 della European short list

SETTORE NOSOLOGICO	Gruppi di cause	Codice Icd-10	Codice Icd-9
I	Malattie infettive e parassitarie	A00-B99	001-139
II	Tumori	C00-D48	140-239
III	Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	E00-E90	
IV	Malattie del sangue e organi ematopoietici	D50-D89	279-289 (escl. 279.1)
V	Disturbi psichici	F00-F99	240-278
VI	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	G00-H95	320-389
VII	Malattie del sistema circolatorio	I00-I99	390-459
VIII	Malattie dell'apparato respiratorio	J00-J99	460-519
IX	Malattie dell'apparato digerente	K00-K93	520-579
X	Malattie del sistema genitourinario	N00-N99	580-629
XI	Complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio	O00-O99	630-676
XII	Malattie della cute e tessuto sottocutaneo	L00-L99	680-709
XIII	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	M00-M99	710-739
XIV	Malformazioni congenite	Q00-Q99	740-759
XV	Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	P00-P96	760-779
XVI	Sintomi segni e stati morbosì maldefiniti	R00-R99	780-799
XVII	Traumatismi ed avvelenamenti	V01-Y89	E800-E999

3. Mortalità generale e per causa di morte

I dati derivanti dall'indagine amministrativa Istat sui decessi e sulle cause di morte³ sono elaborati, fino al livello di dettaglio di Asl, secondo la residenza del deceduto, escludendo i casi in cui il comune di residenza è mancante o estero.

I decessi sono classificati in funzione della causa "iniziale", intesa come la malattia o l'evento traumatico che, attraverso eventuali complicazioni o stati morbosì intermedi, ha condotto al decesso. La codifica delle cause di morte è effettuata mediante la Classificazione internazionale delle malattie, X revisione (Icd-10).

³ <http://www.istat.it/it/archivio/4216>.

I tassi standardizzati di mortalità sono riportati, per ciascuna regione e fascia di età, considerando i principali gruppi di cause, in base al valore assunto dai tassi nella regione e nella classe di età di riferimento. I gruppi di cause considerati sono quelli presenti nella *Short list* proposta da Eurostat (Tavola 1).

Al fine di fornire indicatori più robusti per i vari gruppi di cause considerati, i tassi standardizzati sono calcolati su base triennale adottando un sistema di medie mobili 2006-2008, 2007-2009, 2008-2010, 2009-2011. La standardizzazione per età è effettuata utilizzando come popolazione tipo la popolazione italiana al censimento 2011, ripartita in classi di età quinquennali con l'ultima classe aperta (85 e oltre).

4. Incidentalità stradale

Gli indicatori sull'incidentalità stradale sono elaborati a partire dai microdati dell'indagine amministrativa sugli incidenti stradali con lesioni alle persone⁴. Le unità di analisi rilevate dall'indagine, quali i morti e i feriti, sono riferite al luogo in cui si è verificato l'incidente. Inoltre i morti sono quelli avvenuti entro il 30° giorno dall'accadimento dell'evento. Nell'elaborazione gli indicatori sono calcolati a livello di Asl e per le classi di età: 15-34, 35-64 e 65 e oltre. Non sono considerati gli indicatori per la classe 0-14 anni poiché i dati hanno una scarsa consistenza nel fine dettaglio territoriale di ciascuna regione (quale la Asl).

Per ciascuna regione e fascia di età si analizzano i morti e i feriti in base ad alcune variabili, quali sesso, ruolo dell'utente (conducente, passeggero, pedone) e categoria di veicolo, per gli anni 2011 e 2012. Si riporta il confronto anche tra il 2001 e il 2010, decennio stabilito dall'UE e dedicato alla sicurezza stradale, per il quale è fissato come obiettivo il dimezzamento del numero delle vittime sulle strade dell'UE. Dal 2011 è partita una nuova decade con chiusura 2020, per la quale è riproposto lo stesso obiettivo in Europa e nel mondo, di cui i primi due anni disponibili forniscono i primi segnali.

Sono inoltre presentati, per gli stessi anni, i tassi standardizzati di mortalità e di lesività per incidentalità stradale. La standardizzazione è effettuata utilizzando come popolazione standard quella italiana al censimento 2011, ripartita in classi di età quinquennali con l'ultima classe aperta (85 e oltre).

Al fine di un corretto confronto con i dati sui decessi per accidenti di trasporto derivanti dall'indagine sui decessi e cause di morte, si sottolinea che questi ultimi sono elaborati per residenza del deceduto mentre i morti per incidentalità stradale sono riferiti al luogo in cui è accaduto l'incidente stradale come verbalizzato dall'autorità di Polizia intervenuta.

5. Stili di vita

Gli indicatori sugli stili di vita, quali abitudine al fumo, eccesso di peso, attività fisica nel tempo libero, sono elaborati a partire dai microdati dell'indagine sulle con

⁴ <http://www.istat.it/it/archivio/87539>.

dizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari⁵. Gli indicatori sul consumo dell'alcol sono elaborati a partire dall'indagine sugli aspetti della vita quotidiana⁶.

Per entrambe le indagini, gli indicatori sono calcolati per regione, sesso e classe di età oggetto di analisi. Sono diffuse solo le stime puntuali con errore relativo minore o uguale al 30 per cento e sono riportati i confronti con il 2005 solo quando statisticamente significativi.

Per le variabili relative ai comportamenti e agli stili di vita dei bambini, ragazzi e giovani adulti, quali una colazione adeguata e il consumo di almeno una porzione di verdura, così come per la variabile che si riferisce al peso dei ragazzi di età 5-14 anni, sono utilizzati gli indicatori disponibili nella banca dati tematica dell'Istituto *Health for all-Italia*⁷.

6. Prevenzione

Nello studio sono affrontati alcuni temi della prevenzione primaria (vaccinazioni) e della prevenzione secondaria (esami e screening). Per ciascuno dei temi trattati si riportano le fonti e le scelte metodologiche adottate.

Prevenzione primaria: copertura vaccinale

Copertura vaccinale

I tassi di copertura vaccinale (per cento abitanti) del morbillo, parotite e rosolia analizzati nello studio sono elaborati dal Ministero della salute. Si riferiscono ai dati di copertura al 24° mese per una dose di vaccino Mpr.

Notifica delle malattie infettive

La rilevazione dei dati sulle malattie infettive viene svolta congiuntamente dall'Istat, dall'Istituto superiore di sanità e dal Ministero della salute. La serie storica analizzata parte dal 2000, primo anno in cui è valorizzato il campo Asl di notifica, e termina nel 2009, ultimo anno validato dal Ministero della salute. Per quanto riguarda la distribuzione dei casi notificati per Asl, non è possibile procedere direttamente ad un loro aggiornamento ai confini attuali in quanto il livello comunale non è una dimensione validata (le dimensioni validate dal Ministero della sanità sono la Regione e la Provincia di notifica – Bollettino Epidemiologico delle malattie infettive del Ministero della salute). Inoltre i codici identificativi di Asl, riportati nelle notifiche di malattie infettive, risentono dell'evoluzione storica dei cambiamenti intervenuti nel decennio preso in considerazione: modifica di codice identificativo, di denominazione e di confini territoriali. Il dato a livello di Asl è stato perciò stimato separatamente per ogni regione tramite un processo basato sulle seguenti ipotesi: 1) la registrazione delle Asl di notifica, dove presente, è stata considerata corretta; 2) sono stati redistribuiti i *missing* in modo proporzionale al dato di notifica totale, vincolando però il dato provinciale

⁵ <http://www.istat.it/it/archivio/5471>

⁶ <http://www.istat.it/it/archivio/4630>

⁷ <http://www.istat.it/it/archivio/14562>

validato⁸; 3) sono state ricostruite le Asl attuali accorpendo i dati ottenuti al passo 2 in base all'excursus temporale dei cambiamenti giuridico-amministrativi avvenuti. Nella maggioranza delle regioni le problematiche evidenziate hanno avuto una bassa incidenza: i *missing* pesano per meno del 2 per cento dei casi totali registrati e le Asl non hanno subito particolari modifiche nel periodo preso in considerazione. La Puglia e la Sardegna, in relazione alla nascita delle nuove province, risentono soprattutto della corretta ricostruzione temporale delle Asl. In Piemonte invece, sono presenti entrambe le problematiche, in particolare gli anni 2008 e 2009 evidenziano un *missing* totale sul dato Asl di notifica in regione.

Prevenzione secondaria

Gli indicatori sulla prevenzione secondaria, generale e femminile, sono elaborati sulla base dei risultati dell'indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari⁹. Per quanto riguarda la prevenzione generale si fa riferimento al controllo del diabete, ipertensione e ipercolesterolemia. In merito alla prevenzione femminile si considera l'esame del pap-test e della mammografia nella fascia di età raccomandata per lo screening.

Gli indicatori sono elaborati a partire dai microdati dell'indagine per regione, sesso e classe di età oggetto di analisi. Sono diffuse solo le stime puntuali con errore relativo al più del 30 per cento e per queste sono riportati i confronti con il 2005 solo quando statisticamente significativi.

7. Salute materna

Gli indicatori proposti per l'analisi della salute materna sono relativi all'indagine sugli iscritti in anagrafe per nascita, all'indagine sulle interruzioni volontarie di gravidanza, all'indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo, e, per quanto riguarda i parti cesarei, alle schede di dimissione ospedaliera. I dati riportati nel lavoro sono diffusi dall'Istat mediante la banca dati I.Stat, oppure mediante il sistema informativo territoriale su sanità e salute *Health for all-Italia*.

⁸ Le uniche eccezioni fanno riferimento alle nuove province di Barletta-Andria-Trani in Puglia e di Olbia-Tempio, Ogliastra, Carbonia-Iglesias e Medio Campidano in Sardegna, per le quali il dato provinciale non è presente.

⁹ <http://www.istat.it/it/archivio/5471>

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- AIRC Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro. 2014. *Guida tumori*. <http://www.airc.it/tumori/tumore.asp>. Accesso dicembre 2014.
- Ars Toscana, 2014. Le malattie infettive in Toscana. Anni 1994-2011. Documento Ars n.79
- Cardano M. 2009. Diseguaglianze sociali, povertà e salute. In Brandolini A, Saraceno C, Schizzerotto A. *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*. Bologna: Il Mulino.
- Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ, Crialesi R, Grötvedt L, Helmert U, Lahelma E, Lundberg O, Matheson J, Mielck A, Rasmussen NK, Regidor E, do Rosário-Giraldes M, Spuhler T, Mackenbach JP. 2000. Educational differences in smoking: international comparison. *British Medical Journal*. 320 : 1102-7.
- Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (EpiCentro). *Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica*, alla voce *Obesità*. Disponibile al seguente indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/problemi/obesita/obesita.asp>.
- CIES - Commissione di indagine sull'esclusione sociale. 2013. *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale Anni 2011-2012*. Roma: Ministero del lavoro e delle politiche sociali.
- Cingano F. e Cipollone P. Settembre 2009. I rendimenti dell'istruzione. *Questioni di Economia e Finanza, Occasional papers*, Numero 53, Roma: Banca d'Italia.
- Cnesps-Iss, 2014. Rosolia congenita e in gravidanza. Rapporto semestrale n.1.
- Costa G, Spadea T, Cardano M. (a cura di) 2004. Diseguaglianze di salute in Italia. *Epidemiologia & Prevenzione* (3) Supplemento.
- Costa G. 2009. Le disuguaglianze di salute: una sfida per le discipline che si occupano di valutazione delle politiche. In Brandolini A, Saraceno C, Schizzerotto A. *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*. Bologna: Il Mulino.
- Costa G, Marinacci C, Spadea T. 2010 Diseguaglianze sociali nella salute: sfide e priorità attuali nel contesto europeo. *Epidemiologia & Prevenzione* 34 (5-6): 45-9.
- Costa G. (a cura di). 2008. Povertà e salute. CIES-Commissione di indagine sull'esclusione sociale. *Quaderni CIES* n.1. Roma: Ministero del lavoro e delle politiche sociali.
- Costa G., Marra M., Salmaso S., Gruppo AIE su crisi e salute. 2012. Gli indicatori di salute ai tempi della crisi in Italia. *Epidemiologia & Prevenzione*. 36 (6): 337-366.
- Costa, G., Landriscina T., Migliardi, A. 2014. *Vulnerabilità e resilienza alla crisi nelle indagini Istat sulla salute 2000-2005-2013*. Presentazione al convegno *La salute in Italia: l'indagine Istat del 2013*. Roma, Auditorium del Ministero della Salute, 10 luglio 2014.
- CNEL. 2014. *Rapporto sul mercato del lavoro 2012-2013*. Roma.
- Devicienti F. e Poggi A. 2001. Povertà e privazione economica e sociale: nuove analisi dinamiche in Italia, in Brandolini A., Saraceno C. e Schizzerotto A. (a cura di) *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*. Bologna: Fondazione Ermanno Gorrieri per gli studi sociali.
- Egidi V., Costa G., Crialesi R., Gargiulo L., Solipaca 2013 "Salute" nel *Documento completo della Commissione scientifica per la misurazione del benessere*. Roma: Istat.
- Euro-peristat, 2008. European Perinatal Health Report – better statistics for better health for pregnant women and their babies. Disponibile all'indirizzo: www.europeristat.com.
- Eurostat, 2013. *European social statistics* Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurostat, 2013. *Eurostat regional yearbook*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

- Federico B, Costa G, Kunst A.E. 2007. Educational inequalities in initiation, cessation, and prevalence of smoking among 3 Italian birth cohorts. *American Journal of Public Health*. 97(5): 838–845.
- Finucane M. M, et al. on behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index). 2011. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *The Lancet*. 377: 557-567.
- Grossman M. e Kaestner R. 1997. "Effects of education on health". In Behrman J.R. e Stacey N. *The Social benefits of education*, Michigan, MA: University of Michigan Press.
- Huisman, M, Kunst, A. E, & Mackenbach, J. P. (2005). Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries. *Tobacco Control*. 14: 106–113.
- ISFOL, 2012. *Rapporto di monitoraggio del mercato del lavoro 2011*. Roma.
- ISFOL, 2013. *Rapporto di monitoraggio del mercato del lavoro 2012*. Roma.
- Iss, 2010. *Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole*, Linee guida.
- Iss, 2011. *Evoluzione dell'interruzione volontaria di gravidanza in Puglia dagli anni '80 al 2007*, Rapporto Istisan 11/34.
- Iss, 2012. Studio delle cause di mortalità e morbilità materna e messa a punto di modelli di sorveglianza della mortalità materna. Rapporto Istisan 12/6.
- Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione. 2003. *Linee guida per una sana alimentazione italiana*. http://nut.entecra.it/648/linee_guida.html.
- Istat, *Mortalità dei bambini ieri e oggi in Italia – Anni 1887-2011*.
- Istat, *Le condizioni di salute della popolazione – Anni 1999-2000*.
- Istat, *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari – Anno 2005*.
- Istat – *Inclusione sociale delle persone con limitazioni dell'autonomia personale – Anno 2011*.
- Istat, 2012-13. *Condizioni di salute e ricorso ai Servizi sanitari, informazioni sulla rilevazione*. <http://www.istat.it/it/archivio/7740>. Accesso dicembre 2014.
- Istat, 2012. *Compendio statistico italiano. Italian Statistical Abstract*.
- Istat, 19 Dicembre 2012. *15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni 9 ottobre 2011. Struttura demografica della popolazione. Dati definitivi*. Roma.
- Istat, 2013. *Natalità e fecondità della popolazione residente, anno 2012*. Statistiche report.
- Istat, 2013. *Italia in cifre*. Roma
- Istat *Indagine Multiscopo Aspetti della vita quotidiana 2013*.
- Istat, Cnel, 2013. *Bes 2013. Il benessere equo e sostenibile in Italia*. Roma.
- Istat. 2014. *Health for All – Italia. Sistema informativo territoriale su sanità e salute*. Versione di giugno 2014. <http://www.istat.it/it/archivio/14562>.
- Istat, 2014. *Annuario statistico italiano 2013*. Roma.
- Istat, Cnel, 2014. *Bes 2014. Il benessere equo e sostenibile in Italia*. Roma.
- Istat, Luglio 2014. *I consumi delle famiglie, anno 2013*. Roma: Comunicato stampa.
- Istat, Luglio 2014. *La povertà in Italia, anno 2013*. Roma: Comunicato stampa.
- Istat, 2014. *Noi Italia 2014 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo*. Roma.
- Istat, 2014. *Rapporto annuale*. Roma.
- Istat. 2014. *L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anni 2012 e 2013*. Roma: Statistiche report, 9 aprile 2014.
- Istat, 6 giugno 2014. *15° Censimento Generale della Popolazione e delle abitazioni 9 ottobre 2011*, Comunicato stampa *Le nuove informazioni del 15° Censimento della popolazione e delle abitazioni*. Roma.

- Istat, 26 giugno 2014. *Indicatori demografici, stime per l'anno 2013*. Roma: Comunicato stampa.
- Istat, 30 luglio 2014. 15° Censimento Generale della Popolazione e delle abitazioni. 9 ottobre 2011, Comunicato stampa *Approfondimenti su nuclei familiari, migrazioni interne e internazionali, acquisizioni di cittadinanza*.
- Istat. 2014. *La pratica sportiva in Italia nel 2013*. Roma.
- Istat, Regione Piemonte. 10 luglio 2014. *Tutela della salute e accesso alle cure*. Comunicato stampa del convegno *La salute in Italia: l'indagine Istat del 2013*. Roma, Auditorium del Ministero della Salute.
- Legge 16 gennaio 2003, n. 3, art. 51 *Tutela della salute dei non fumatori*. Pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 15 del 20 gennaio 2003 - Suppl.Ord. n. 5.
- Lopez AD, Collishaw NE, Pihl T. 1994. A descriptive model of cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*. 3: 242-247.
- Mamo C., Marinacci C., Demaria M., Mirabelli D., Costa G. 2005. Factors other than risks in the workplace as determinants of socioeconomic differences in health in Italy. *International journal of occupational and environmental health*, Volume 11, Issue 1 (pp.70-76)
- Marinacci C, Sebastiani G, Ferracin E, Grippo F, Pappagallo M, Landriscina T, Gargiulo L, Demaria M, Costa G. La distanza tra gli italiani attraverso le disuguaglianze geografiche e socio-economiche. *Epidemiologia & Prevenzione* 2011; 35(5-6 suppl. 2): 68-75.
- Marmot M.G. 2004. *The Status Syndrome*, New York. Henry Holt, Cies.
- Marmot M.G. Marzo 2006. Status Syndrome, A Challenge to Medicine. In *JAMA* (The Journal of the American Medical Association) vo. 295, No. 11.
- Marmot M.G. Dicembre 2013. *Health inequities in the EU – Final report of a Consortium*. European Union: UCL Institute of Health Equity.
- Marmot M. et al. 2013 *Report on health inequalities in the EU*, European Commission Directorate-General for Health and Consumers, Luxembourg.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2007-2008*. Roma: Direzione Generale del Sistema Informativo.
- Ministero della Salute *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2011*. Roma: Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario.
- Ministero della salute Home>La nostra salute>Vivere in salute>Vivi sano>Alimentazione corretta http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=108&area=Vivi_sano.
- Öberg, M, Jaakkola, M. S, Woodward, A, Peruga, A. 2011, Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *The Lancet*. 377: 139-146.
- OECD. 2013. *Health at a glance 2013. OECD indicators*. OECD Publishing. Disponibile al seguente indirizzo <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>.
- Oms, 2012. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, second edition.
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, 2014. *Rapporto Osservasalute 2013*. Milano: Università Cattolica del Sacro Cuore.
- Rosolia A. Febbraio 2012. *Le disuguaglianze nella speranza di vita*, Questioni di economia e Finanza, Occasional Papers, Numero 118. Roma: Banca d'Italia.
- Senato, 2010. *Nascere sicuri, Indagine conoscitiva sul percorso nascita*, Commissione igiene e sanità.
- Whitehead M, 1992. The Concept and Principles of Equity and Health, in *International Journal of Health Services*, vol. 22, n. 3, pp. 429-445.

- World health organization. 2003. *Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva: World Health Organization. Consultabile all'indirizzo web <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>.
- World Health Organization. 2010. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva.
- World Health Organization Regional Office for Europe. 2012. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020*. Copenhagen.
- World Health Organization Regional Office for Europe. 2012. *Health 2020: a European policy framework supporting actions across government and society for health and well-being*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012 disponibile al seguente indirizzo internet: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>).
- World Health Organization 2013. *The European health report 2012: charting the way to well-being*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization Regional Office for Europe 2013, updated reprint 2014. *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. 2013. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva.
- World Health Organization Regional office for Europe. 2013. *Methodology and summary. Country profiles on nutrition, physical activity and obesity in the 53 WHO European Region Member States*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization Regional Office for Europe. 2013. *Status report on alcohol and health in 35 European Countries 2013*. Copenhagen.
- World Health Organization European Ministerial Conference on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020. 2013. *Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020*, Vienna , 4-5- July 2013.
- World Health Organization Regional Office for Europe. 2014. *Alcohol and inequities. Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm*. Copenhagen.
- World health organization. 2014. *European Tobacco Control Status Report 2014*. Copenhagen: WHO Regional office for Europe. Consultabile all'indirizzo web: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/128698>.
- World Health Organization. 2014. *Global status report on alcohol and health 2014*. Luxembourg.
- World Health Organization. 2014. *Physical activity*. Fact sheet N°385, February 2014, disponibile al seguente indirizzo web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>.
- World health organization. 2014. *OECD Health Statistics 2014. Dove si colloca l'Italia?* Consultabile all'indirizzo web: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-ITALIA-2014-in-Italian.pdf>.
- World Health Organization Regional Office for Europe. 2014. *Obesity and inequities. Guidance for addressing inequities in overweight and obesity*. Copenhagen: WHO Regional office for Europe (vedi pagine 21-22).
- WHO World Health Organization. 2008. *The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth*. <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2008/06/who-european-ministerial-conference-on-health-systems/documentation/conference-documents/the-tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth>.
- World Health Organization Regional Office for Europe 2014. *The equity action spectrum: taking a comprehensive approach. Guidance for addressing inequities in health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.