

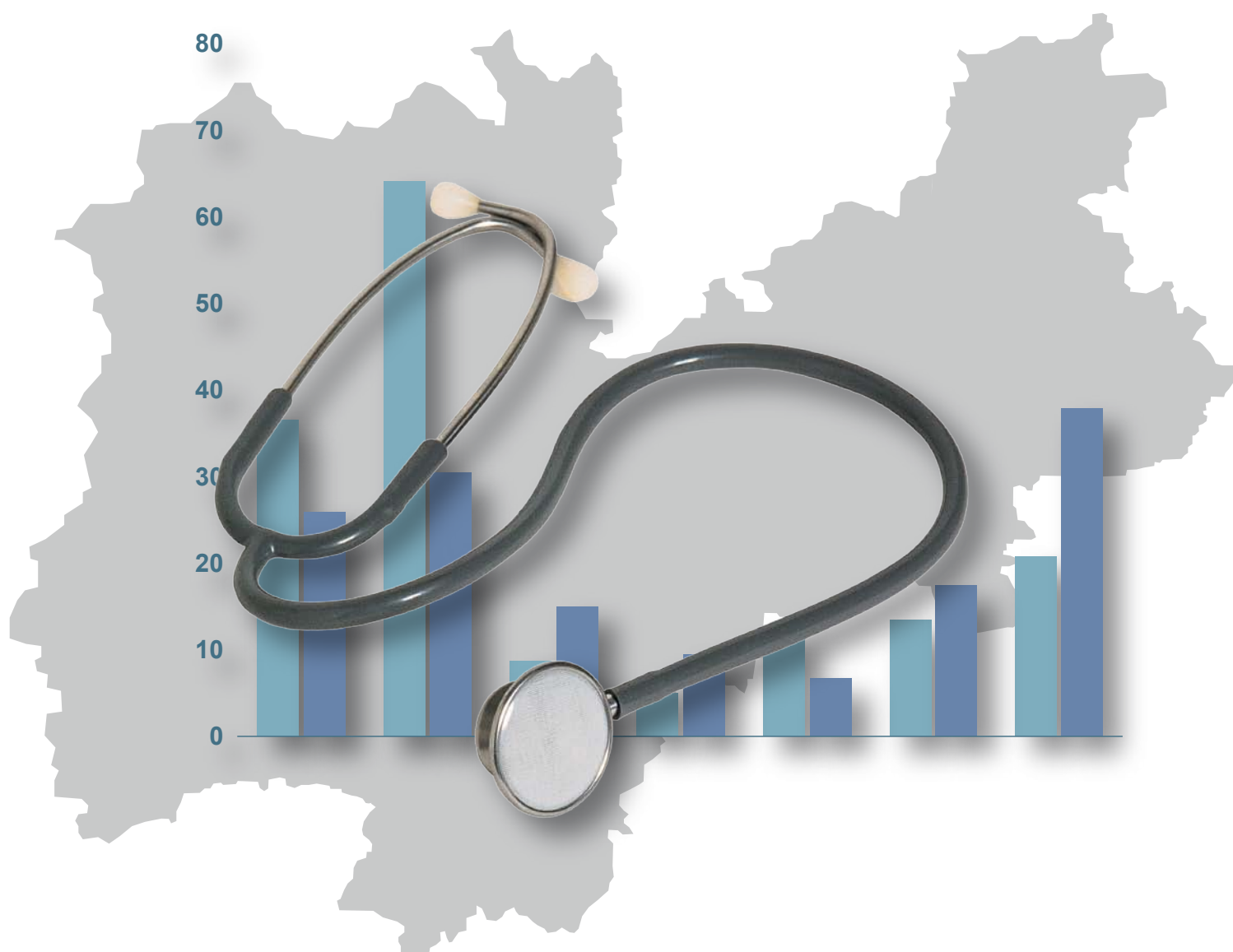


Provincia Autonoma di Trento
Assessorato alla Salute
e Politiche sociali



Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari

Profilo di salute della provincia di Trento 2012



Profilo di salute della provincia di Trento 2012

Edizioni Provincia autonoma di Trento
Assessorato alla salute e politiche sociali
Trento, 2013

Profilo di salute della provincia di Trento. 2012

A cura dell' Osservatorio per la salute, Dipartimento lavoro e welfare, Provincia autonoma di Trento

L'Osservatorio per la salute è composto da:

Cristiana Armaroli, Laura Battisti, Pirus Fateh-Moghadam, Laura Ferrari, Emanuele Torri, Maria Grazia Zuccali

Si ringraziano le operatrici e gli operatori di diversi servizi, istituzioni ed enti che, attraverso la raccolta, archiviazione ed elaborazione dei dati, hanno contribuito a rendere possibile la stesura di questo Profilo di salute.

Servizio statistica – PAT
Agenzia provinciale per l'energia - PAT
Servizio valutazione ambientale - PAT
Agenzia provinciale per la protezione dell'ambiente - PAT
Servizio sistemi informativi - APSS
Servizio epidemiologia clinica e valutativa – APSS
Servizio igiene degli alimenti e nutrizione -APSS
Servizio alcolologia - APSS
Servizio dipendenza (Ser.D) – APSS
Dipartimento salute mentale – APSS
Sistema di monitoraggio PASSI
Indagine OKKIO alla salute
Osservatorio provinciale infortuni sul lavoro e malattie professionali - APSS
Unità operativa igiene e sanità pubblica – APSS
Centro provinciale per la sicurezza stradale – PAT
MPA Solution
Cinformati - Centro informativo per l'immigrazione - PAT

Si ringraziano inoltre i numerosi colleghi che hanno fornito indicazioni e suggerimenti preziosi.

Un ringraziamento particolare per la collaborazione va inoltre a tutti i cittadini intervistati nell'ambito dei sistemi di sorveglianza PASSI e OKKIO alla salute.

Copie del Profilo e maggiori informazioni possono essere richieste a:

Osservatorio per la salute, Dipartimento lavoro e welfare

Via Gilli 4, 38100 Trento

dip.lavoroewelfare@provincia.tn.it

telefono 0461.494171

<http://www.trentinosalute.net>

© copyright Giunta della Provincia autonoma di Trento – 2013

L'utilizzo del materiale pubblicato è consentito con citazione obbligatoria della fonte



Con molto piacere presento ai lettori questo Profilo di salute del Trentino, il primo curato dall'Osservatorio per la salute. L'Osservatorio è stato istituito presso l'Assessorato alla salute e politiche sociali al fine di sostenere le attività di promozione della salute attraverso il monitoraggio dello stato di salute della popolazione, la valutazione dei risultati di salute conseguiti e la pianificazione e il coordinamento degli interventi di sanità pubblica.

Questo documento si inserisce in una lunga tradizione di reportistica sulla salute in Trentino che ha visto pubblicare annualmente le relazioni sullo stato del servizio sanitario trentino. Di questa tradizione il presente profilo rappresenta una continuazione apportando nondimeno importanti e significativi elementi di innovazione.

È noto che a determinare lo stato di salute di una popolazione più che l'assistenza sanitaria in senso stretto pesano i fattori di natura socio-economica e i comportamenti individuali legati alla salute (a loro volta solo in parte scelte personali e in parte condizionate dall'ambiente socioeconomico). Di conseguenza nel documento si è scelto di spostare l'attenzione dalle prestazioni del servizio sanitario allo stato di salute della popolazione – dall'assistenza alla promozione della salute. Troverete quindi una analisi più approfondita dei determinanti di salute, senza che per questo sia stata tralasciata una descrizione dettagliata delle malattie più frequentemente causa di morte in Trentino con alcuni cenni anche alla qualità dell'assistenza sanitaria.

Il ritratto che emerge è quello di una popolazione in buona salute e con molte risorse, spesso ai primi posti nelle classifiche nazionali sui temi della salute. Tuttavia questo non significa che non ci siano problemi oppure che non sia necessario incrementare gli sforzi anche solo per mantenere questa posizione di relativo privilegio. Inoltre è naturalmente sempre possibile migliorare e il confronto con altre realtà a livello europeo è molto istruttivo a questo proposito.

Il profilo è destinato a un pubblico molto ampio: ai decisori a livello provinciale, delle comunità di valle, dei comuni e dell'azienda sanitaria, alle associazioni professionali e di volontariato che operano nel settore socio-sanitario e, ovviamente, a tutti i cittadini che desiderano informarsi per assumere autonomamente decisioni, a livello individuale e collettivo, relative alla propria salute.

L'auspicio finale è che le informazioni contenute nel Profilo di salute vengano arricchite attraverso un processo di condivisione territoriale di discussione con la cittadinanza e che servano così da supporto per una mobilitazione comunitaria di promozione della salute che veda impegnata l'intera società applicando il principio della salute in tutte le politiche.

Ugo Rossi

*Assessore alla salute
e politiche sociali*



L'Europa sta cambiando velocemente. La riduzione della natalità, l'invecchiamento della popolazione, il fenomeno della globalizzazione e delle migrazioni, le nuove tecnologie a disposizione, le sempre maggiori aspettative dei cittadini in tema di salute, e l'affermarsi del concetto di salute come chiave per lo sviluppo umano, sociale ed economico di un paese, impongono di adottare nuovi approcci per le politiche per la salute nel 21° secolo. Questo è il lavoro che

ha intrapreso l'Ufficio Europeo dell'OMS ed è riassunto nel documento conosciuto come "Health 2020" (Salute 2020) ^[1].

Alla luce dei principi, valori ed approcci contenuti in *Salute 2020*, i governi nazionali, regionali e locali, sono chiamati – nell'ambito dei loro rispettivi ruoli – a dare risposta ai seguenti quesiti ritenuti strategici:

- Come produrre salute oggi in Europa affrontando le sfide presenti e sfruttando nuove opportunità?
- Come promuovere e proteggere la salute dei cittadini e al tempo stesso ridurre le iniquità di salute che stanno crescendo tra i paesi europei e al loro interno?
- Come riposizionare la salute quale parte integrante delle politiche di sviluppo economico, sociale e umano nei nostri paesi, regioni e città?
- Come rafforzare il sistema socio-sanitario per contribuire a rispondere a queste tematiche?

Nel proporre linee guida per affrontare tali domande, *Salute 2020* si concentra su tre direttrici principali: una forte enfasi sui determinanti della salute; il rafforzamento dei sistemi socio-sanitari e dei programmi di salute pubblica; e lo sviluppo di una robusta e moderna "governance" intersettoriale che coinvolga tutte le politiche ai vari livelli di governo: internazionali, nazionali, regionali e locali.

La necessità di ricercare approcci e modalità sempre più efficaci ed eque per la promozione e la protezione della salute della popolazione deve essere supportata da informazione scientifica e know-how.

Questo rapporto sul profilo di salute nella provincia di Trento è un ottimo esempio di come si possa dare informazione sullo stato di salute della popolazione residente in un determinato territorio. Inoltre, la comparazione della situazione trentina con quelle di altre realtà italiane e internazionali offre opportunità di riflessione, ricerca di buone pratiche e modalità di intervento su un'ampia gamma di tematiche ben illustrate nel rapporto.

In ogni paese la salute della popolazione generale e dei suoi sottogruppi (materno-infantile, adolescenza, età adulta e anziana), è influenzata da vari fattori. Questi includono il livello di istruzione, l'occupazione, il reddito, nonché l'ambiente di lavoro e, più in generale, il contesto in cui una persona vive, compresi l'abitazione e l'ambiente naturale circostante. Tutti questi elementi, insieme ai fattori genetici e ai sistemi sanitari, contribuiscono a determinare lo stato di salute di un individuo e di una popolazione.

Questo è quello a cui l'OMS si riferisce quando propone politiche che affrontino i determinanti della salute. Ecco quindi il perchè *Salute 2020* adotta un approccio olistico e intersettoriale.

^[1] http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf.

Lo sforzo fatto in questo rapporto sul profilo di salute nella Provincia di Trento è molto apprezzabile in quanto cerca di affrontare la salute e i suoi determinanti con tale prospettiva olistica e intersettoriale.

Non vi è dubbio che questo rapporto si colloca tra le buone prassi di analisi e comunicazione di informazioni sullo stato di salute in una specifica comunità che possiamo trovare oggi in Europa.

Erio Ziglio

*Direttore Ufficio Europeo per gli Investimenti
per la Salute e lo Sviluppo
Organizzazione Mondiale della Sanità
Ufficio Regionale per l'Europa*

**Profilo di salute
della provincia
di Trento
2012**

Indice

Introduzione	11
--------------------	----

Il Trentino e le sue caratteristiche generali

Il territorio e la popolazione residente	15
L'ambiente	20
Il lavoro	30
La situazione economica e le disuguaglianze sociali	35
Il livello di istruzione	39
Le risorse presenti nella comunità	46

Comportamenti e condizioni legati alla salute

Salute e stili di vita	51
L'attività fisica	52
L'abitudine al fumo	58
L'alimentazione e lo stato nutrizionale	65
Il consumo di alcol	73
Il consumo di sostanze stupefacenti illegali	79
Il gioco d'azzardo	84

Le principali problematiche di salute

L'aspettativa e la qualità della vita	89
La mortalità	95
Le malattie cardiovascolari	103
I tumori	111
Le malattie respiratorie	124
Il diabete	129
I traumi: fratture e ferite	135
La salute mentale	153
Le malattie infettive	162

Riassunto e conclusioni

Il Profilo di salute	177
Il riassunto dei risultati principali	179

Appendice

Principali indicatori	194
-----------------------------	-----

“La promozione della salute è compito primario del servizio sanitario provinciale e viene attuato attraverso interventi di informazione e formazione diretti a sostenere la progressiva realizzazione di contesti sociali e culturali favorevoli alla salute” (art. 3, legge provinciale 16/2010 sulla tutela della salute in provincia di Trento).

La stessa legge istituisce l'Osservatorio per la salute, quale organo di supporto tecnico-scientifico della Giunta provinciale, al fine di sostenere le attività di promozione della salute attraverso il monitoraggio dello stato di salute della popolazione, la valutazione dei risultati di salute conseguiti e la rilevazione e verifica delle prestazioni erogate dal servizio sanitario provinciale.

Questa è la cornice istituzionale e normativa all'interno della quale l'Osservatorio per la salute ha elaborato il Profilo di salute della popolazione trentina.

Dal punto di vista scientifico e culturale il punto di partenza del Profilo è invece rappresentato dalla definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: non mera assenza di malattia, ma completo benessere fisico, mentale e sociale. Uno stato di benessere che risulta da un equilibrio dinamico di fattori individuali, ambientali e socio-economici, i cosiddetti “determinanti della salute”, che definiscono un contesto di vita specifico nel quale il raggiungimento del più alto standard di salute possibile è considerato, dalle Nazioni Unite e dalla Costituzione italiana, un diritto universale.

Per raggiungere il più alto standard di salute possibile, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte. Mettere in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla è il processo che identifica la promozione della salute, che non è una responsabilità esclusiva del settore sanitario. La disponibilità di informa-

zioni sullo stato di salute di una comunità è un prerequisito di tale processo e deve dare supporto alla comunità nel definire le priorità, assumere decisioni, pianificare e realizzare le strategie che consentano di raggiungere un migliore livello di salute. Conoscenza è potere, e conferire maggiore potere alla comunità è il cuore della promozione della salute.

L'esigenza di costruire un profilo snello e facilmente consultabile ha comportato la necessità di limitare gli ambiti di indagine a quelli più importanti per la promozione della salute, inserendo solo qualche accenno alla qualità dei servizi sanitari e tralasciando l'ambito della loro organizzazione, un aspetto rilevante (e oggetto di pubblicazioni specifiche), ma di minore impatto sulla salute della popolazione rispetto agli altri determinanti di salute esaminati da questa relazione.

In accordo con questa impostazione, il profilo di salute è stato suddiviso in tre sezioni. La prima sezione descrive i *determinanti “distali” di salute*: il territorio e le sue caratteristiche, gli aspetti demografici della popolazione residente e la qualità dell'ambiente in cui vive, il lavoro, il reddito e le disuguaglianze sociali, il livello di istruzione e le risorse presenti nella comunità.

La seconda sezione è dedicata ai *determinanti “proximali” della salute*: i comportamenti degli individui, in parte scelte personali, in parte condizionate dai determinanti distali di salute esaminati nella prima sezione.

Nella terza sezione vengono descritte le *principali malattie e cause di morte della popolazione*, che, in gran parte, possono essere considerate conseguenze della combinazione dei diversi determinanti di salute presentate nelle due sezioni precedenti. Approfondimenti monotematici vengono forniti per le patologie più importanti e per gli incidenti (sul lavoro, in casa e sulla strada) con alcuni accenni alla qualità degli interventi sanitari in termini di prevedibilità ed evitabilità di decessi e ricoveri.

Le diverse sezioni si possono leggere separatamente a seconda dell'interesse particolare del lettore, ma, nel contempo, il loro insieme risulta in un documento unitario e coerente che si sviluppa in maniera progressiva.

Per quanto riguarda l'analisi dei dati, in tutte le sezioni è stata posta particolare attenzione all'inserimento di informazioni relative all'andamento nel tempo dei fenomeni e al confronto con i dati regionali (Nord Est), nazionali e internazionali, e, laddove esistono, con standard e obiettivi specifici. Gli indicatori più importanti sono stati calcolati anche per singolo distretto sanitario, al fine di favorire la preparazione di profili e piani di salute distrettuali.

Molta attenzione è stata posta nello stile di scrittura e nella veste grafica, al fine di fornire delle informazioni scientificamente solide in un formato moderno e con un linguaggio comprensibile anche a un pubblico di non esperti. Lo scopo è quello di rendere più accessibile, piacevole e informativo il documento, che è destinato a un pubblico molto ampio: i decisori a livello provinciale, delle comunità di valle, dei comuni e dell'azienda sanitaria, le associazioni professionali e di volontariato che operano nel settore socio-sanitario e, last but not least, tutti i cittadini interessati.

Al fine di aumentare ulteriormente la diffusione e l'utilizzo della relazione, sul sito trentinosalute.net sono stati inseriti l'intero documento, le singole sezioni e una serie di diapositive riassuntive.

I principali risultati vengono infine riassunti in una sintesi conclusiva che comprende anche una tabella con alcuni ambiti problematici emersi, che deve essere intesa solo come un elenco provvisorio, non approfondito e parziale da complementare attraverso un processo partecipato a livello territoriale di discussione e condivisione con la cittadinanza, con gli esperti dei singoli settori e con tutti i portatori di interesse. Attraverso lo stesso processo è possibile anche individuare i criteri per poter ordinare i problemi per priorità, le risorse disponibili e i possibili interventi per affrontarli.

Idealmente il profilo di salute è quindi anche inserito in un processo finalizzato alla stesura di un piano per la salute provinciale (e di singolo distretto). Un piano basato sull'esame del contesto epidemiologico, che dia un indirizzo per una mobilitazione comunitaria di promozione della salute e che veda impegnata l'intera società, applicando il principio della salute in tutte le politiche.

Osservatorio per la salute

Il Trentino e le sue caratteristiche generali

Il territorio e la popolazione residente

La salute è creata e vissuta dalle persone all'interno degli ambienti organizzativi della vita quotidiana: dove si studia, si lavora, si gioca e si ama. La salute è creata prendendosi cura di se stessi e degli altri, essendo capaci di prendere decisioni e di avere il controllo sulle diverse circostanze della vita, garantendo che la società in cui uno vive sia in grado di creare le condizioni che permettono a tutti i suoi membri di raggiungere la salute.

CARTA DI OTTAWA PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Il territorio

Il territorio della provincia Autonoma di Trento, situato nella regione alpina, si suddivide amministrativamente in 217 comuni. La sua superficie di 6.206,67 km² è occupata per l'84,4% da aziende agricole o coperta da foreste e per il rimanente 15,6% da acque, fabbricati (1,3%), infrastrutture di urbanizzazione (1,2%) e terreni improduttivi (11,1%). L'intero territorio è suddiviso in 16 comunità di valle, organizzate a loro volta in quattro distretti sanitari [figura 1].

Il 70% del territorio trentino è situato a un'altitudine superiore ai 1.000 metri sul livello del mare e la conformazione orografica contribuisce in modo determinante a caratterizzare l'insediamento della popolazione residente. Infatti la densità di popolazione, un indicatore utile alla determinazione dell'impatto che la pressione antropica esercita sull'ambiente, risulta di 85 abitanti/km² (al 2010), nettamente inferiore al corrispondente valore nazionale (201 abitanti/km²). In Italia solo la Valle d'Aosta, la provincia di Bolzano, il Molise,

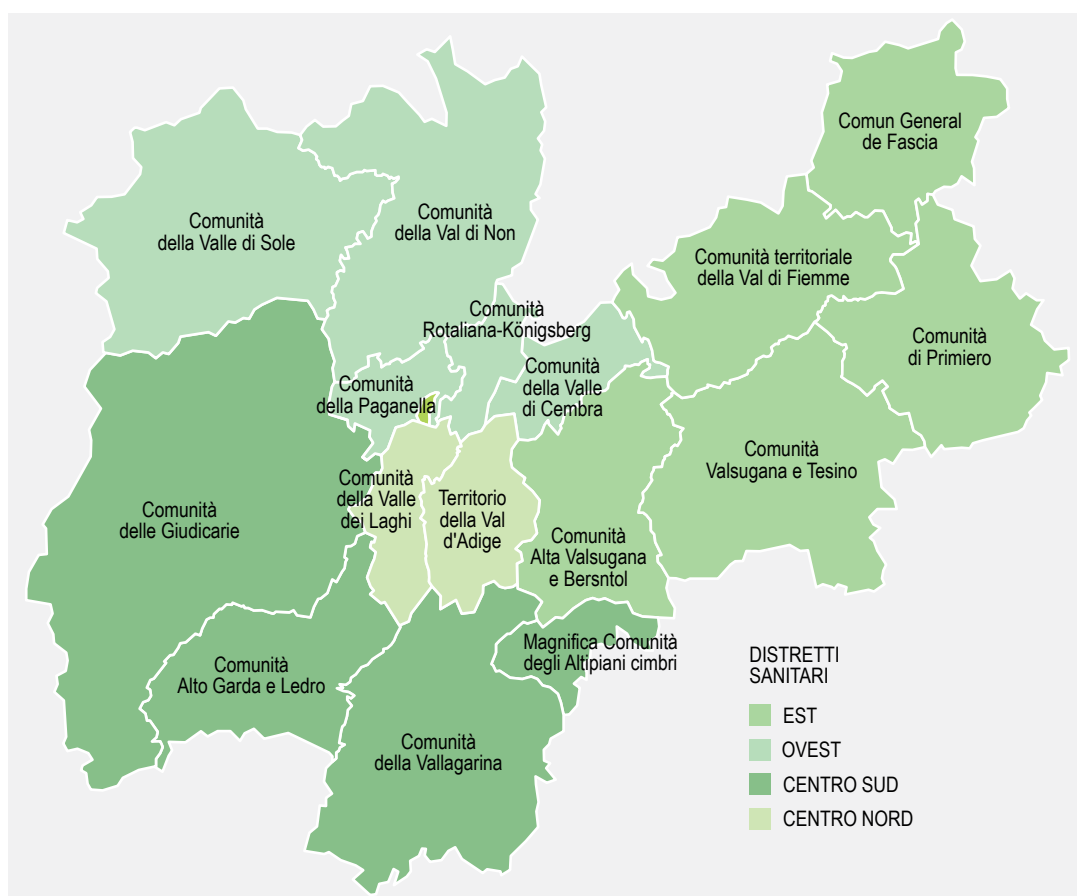


Figura 1
Provincia autonoma di Trento: le comunità di valle e i distretti sanitari.

la Basilicata e la Sardegna sono meno popolate del Trentino [figura 2]; in Europa hanno densità di popolazione inferiori al Trentino solo la Bulgaria, l'Irlanda, i paesi baltici e i paesi scandinavi.

La maggioranza della popolazione del Trentino risiede nei centri di fondovalle, fino a 500 metri di altitudine, il 20% risiede a un'altitudine superiore ai 750 metri. La provincia di Trento, la Valle d'Aosta e la provincia di Bolzano, per la loro struttura orografica, sono considerate interamente costituite da comuni montani [figura 3]. A seguire, le regioni con maggiore incidenza di comuni montani sono Umbria, Molise e Basilicata, con quote di comuni totalmente montani pari rispettivamente al 75%, 90% e 92%.

La necessità di attivare misure per tutelare la flora, la fauna e la diversità biologica vie-

ne più volte ribadita dalla normativa europea che definisce le azioni per una gestione sostenibile delle risorse naturali. In particolare, la creazione e la conservazione di aree naturali è fondamentale per la salvaguardia della biodiversità. In Trentino nel 2011 le aree protette considerate nella "Rete Natura 2000" coprono il 28% della superficie provinciale (il 21% a livello nazionale). Nel 2009 l'UNESCO ha dichiarato le Dolomiti patrimonio dell'Umanità.

Le caratteristiche e le bellezze del territorio attraggono molti turisti in Trentino, dove, nel 2010, vengono accolti da 1.553 esercizi alberghieri con 95.250 posti letto e 1.295 esercizi extra-alberghieri con 71.139 posti letto, per un totale di 166.389 posti letto (aumentati dell'1% rispetto al 2009).

In Trentino si contano quindi 316 posti letto di ricezione turistica ogni 1.000 abitanti. In Italia (77‰) solo la provincia di Bolzano (434‰) e la Valle d'Aosta (416‰) hanno una capacità ricettiva maggiore del Trentino.

La situazione demografica generale

Al 1° gennaio 2012 la popolazione residente in Trentino ammonta a 533.394 persone, con un aumento assoluto rispetto al 2011 di 3.937 unità, equivalente a un incremento relativo del 7,4 per mille.

Nel 2011 i *nati vivi* residenti ammontano a 5.295 unità: il tasso di natalità (rapporto fra il numero dei nati vivi residenti e la popolazione media residente) si è attestato sul valore di 10,0 nati per mille abitanti, lievemente inferiore a quello dell'anno precedente e superiore rispetto alla media nazionale (9,1 per mille). Il tasso di natalità degli stranieri residenti in Trentino è di 18,1 nati per mille abitanti (in diminuzione rispetto agli anni precedenti). La provincia di Bolzano e la provincia di Trento sono le due aree con il tasso di natalità più elevato a livello italiano, confermando quanto già rilevato nel 2010.

Il numero dei *morti* residenti ammonta a 4.543 unità e il tasso di mortalità provin-

Figura 2
Italia: densità della popolazione per regione (abitanti per km²). Anno 2010

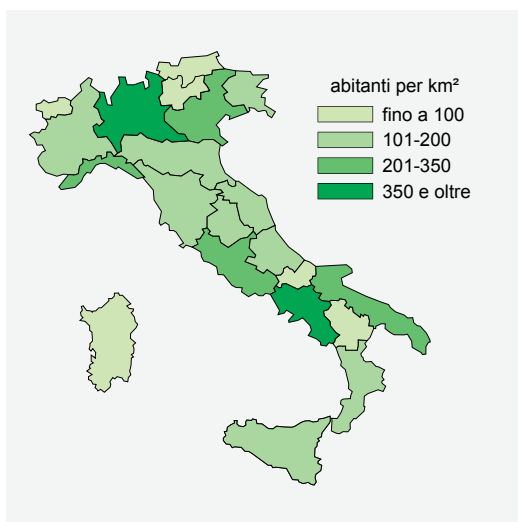
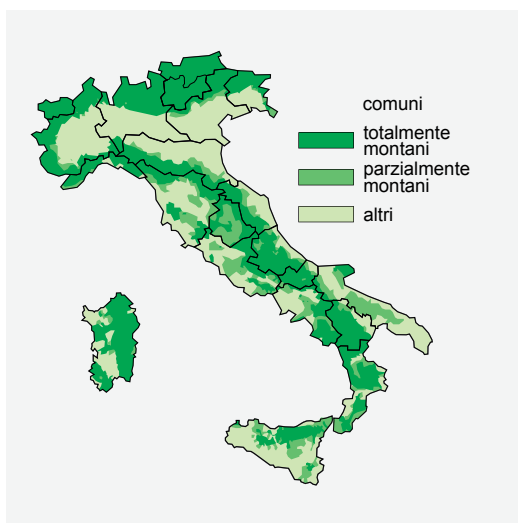


Figura 3
Italia: Comuni per grado di montanità (al 31 dicembre 2008).



ciale (rapporto fra il numero dei morti residenti e la popolazione media residente) è risultato pari all'8,5 per mille, leggermente inferiore all'anno precedente e ancora molto al di sotto della media nazionale, stimata dall'ISTAT al 9,7 per mille.

Il *saldo naturale* (eccedenza o deficit di nascite rispetto ai decessi) si presenta con segno nettamente positivo (+705 unità), confermando una tendenza in atto dalla seconda metà degli anni '90.

Il *saldo migratorio*, o *sociale*, dato dalla differenza fra le iscrizioni e le cancellazioni anagrafiche, presenta un valore positivo pari a 3.784 persone ed è inferiore di 873 unità rispetto al 2010: tale differenza è imputabile quasi interamente a una diminuzione del saldo migratorio con l'estero.

□ La popolazione trentina cresce sia per l'apporto del saldo naturale, sia per l'entità del saldo migratorio o sociale.

Come nel resto d'Italia anche in Trentino gli *anziani* sono diventati sempre più numerosi: dalle 11.000 persone di 80 anni e più del 1981 si è passati alle quasi 30.000 attuali, destinate a diventare oltre 53.000 nel 2032. L'indice di vecchiaia (calcolato rapportando percentualmente la popolazione anziana, di 65 anni e più, a quella giovane, fino a 14 anni) si attesta sul valore di 128: in altri termini, ogni 100 giovani ci sono 128 anziani. Si stima che gli anziani con più di 64 anni rappresenteranno, entro il 2030, circa un quarto della popolazione, con inevitabili ripercussioni dal punto di vista socio-assistenziale e della previdenza sociale. Rispetto al resto d'Italia, il Trentino è relativamente giovane: solo Campania, Alto Adige e Sicilia hanno indici di vecchiaia inferiori. La media italiana dell'indice di vecchiaia è 145, il valore più basso è quello della Campania (99), il più alto è quello della Liguria (232).

□ La popolazione del Trentino è relativamente giovane e tende a invecchiare perché si vive più a lungo.

L'aumento della numerosità degli anziani e della proporzione della popolazione anziana rispetto alla popolazione generale è il risultato della combinazione di due fenomeni: il progressivo allungamento della speranza di vita (invecchiamento dall'alto) e la riduzione del tasso di natalità e quindi del numero dei giovani, con conseguente aumento della proporzione degli anziani (invecchiamento dal basso).

A loro volta i due fenomeni sono dovuti rispettivamente alla riduzione dei casi di morte precoce, ottenuta grazie al miglioramento delle condizioni di vita e della sanità, e alla possibilità di un controllo consapevole delle nascite – in entrambi i casi conquiste importanti dell'umanità.

Nel caso del controllo delle nascite occorre tuttavia considerare che le scelte sono condizionate, oltre che dalla volontà delle coppie, anche da fattori esterni quali la precarietà del lavoro e la carenza di servizi sociali, in un contesto in cui il ricorso all'aiuto intrafamiliare/generazionale è reso più difficile (nonni e altri parenti sono lontani e/o non più integrati nel nucleo familiare).

In provincia di Trento il tasso di natalità risulta stabile dagli anni '80, quindi l'invecchiamento è dovuto fondamentalmente all'aumento della sopravvivenza (invecchiamento dall'alto).

Oltre al movimento naturale (nascite e morti) lo sviluppo della struttura demografica di una popolazione è influenzata anche dalle *migrazioni*. La popolazione straniera residente in Trentino (al 1° gennaio 2012) ammonta a 50.674 persone, con un aumento assoluto rispetto al 2011 di 2.102 unità, equivalente a un incremento relativo del 4,3%.

Gli stranieri costituiscono il 9,5% della popolazione totale e risultano in crescita rispetto al 2011, in cui si registravano 9,2 stranieri ogni 100 residenti. La presenza di stranieri varia ampiamente all'interno delle fasce d'età (il 15% dei bambini 0-5 anni e solo 1,2% degli anziani 65 e più).

La popolazione straniera è quindi nettamente più giovane di quella italiana residente in provincia di Trento ed è pertanto soggetta a una mortalità molto più bassa: il numero dei morti stranieri residenti ammonta a 60

unità, con un tasso di mortalità pari all'1,2 per mille (rispetto all'8,6 per mille della popolazione complessiva).

❑ I cinesi non muoiono mai? E perché dovrebbero? Sono tutti giovani!

In conseguenza dell'alta natalità e della bassa mortalità, il saldo naturale della popolazione immigrata (eccedenza o deficit di nascite rispetto ai decessi) è positivo (+837 unità) e lievemente superiore a quello del 2010.

Il saldo migratorio presenta un valore positivo pari a 2.855 persone, (inferiore di oltre 700 persone rispetto al 2010). Il 65% degli stranieri proviene dall'Europa (di cui la maggior parte dall'Europa dell'Est), il 18% dall'Africa (di cui l'81% dal Maghreb), il 10% dall'Asia e il 7% dal Sud America.

Le donne rappresentano il 52% della popolazione straniera, i minorenni (11.476) sono il 24%; solo il 3% ha più di 64 anni (1.274). Nel corso del 2011 la cittadinanza italiana è stata acquisita da 1.119 persone, documentando la tendenza alla stabilizzazione dei nuovi italiani.

L'immigrazione ha un effetto di ringiovanimento della società grazie all'età media inferiore degli stranieri e al tasso di fecondità maggiore (il doppio) delle donne straniere rispetto a quelle italiane.

Un aspetto centrale della dinamica demografica: l'invecchiamento della popolazione

L'aspetto demografico centrale in Trentino è rappresentato dal progressivo invecchiamento della popolazione. L'evoluzione verso un progressivo allungamento della vita può essere considerata contemporaneamente un "trionfo e una sfida", come affermano anche gli esperti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

❑ L'allungamento della vita: un trionfo e una sfida.

La sfida consiste nella necessità di prepararsi ad accogliere dignitosamente un numero crescente di anziani e nel garantire le condizioni affinché gli anni aggiunti possano essere vissuti attivamente e in buona salute. Si tratta di una sfida dal punto di vista sia sanitario che economico e sociale.

Come si può intervenire sulla questione dell'invecchiamento?

Il contrasto al progressivo invecchiamento della società è auspicabile solo nel caso di un intervento sull'invecchiamento dal basso. In questo ambito sono possibili due politiche: il sostegno alle giovani coppie facilitando la scelta di avere figli e la promozione dell'insediamento stabile di famiglie di immigrati attraverso ricongiungimenti familiari.

Promozione della famiglia con figli

A seguito della legge provinciale 2 marzo 2011, n. 1 "Sistema integrato delle politiche strutturali per la promozione del benessere familiare e della natalità" è stata istituita (nel luglio 2011) l'Agenzia provinciale per la famiglia, la natalità e le politiche giovanili, il cui fine è quello di garantire il carattere inter-settoriale delle politiche provinciali attuate su diversi fronti per la promozione della famiglia e di renderle più efficaci.

Tra le attività dell'Agenzia si trova la diffusione sul territorio del "Distretto per la famiglia" e del marchio "Family in Trentino" per le amministrazioni comunali, intesi come circuito economico e culturale all'interno del quale attori diversi operano con l'obiettivo comune di promuovere e valorizzare la famiglia con figli. Al fine di supportare la genitorialità e di prevenire il disagio infantile è attivo il progetto "Scommettiamo sui giovani" promosso dalla Provincia autonoma di Trento attraverso la collaborazione dell'Azienda sanitaria e dell'Università di Trento – Facoltà di Scienze cognitive di Rovereto.

Ricongiungimenti familiari

Nel 2010 risultano 413 familiari ricongiunti, un dato in forte calo rispetto agli anni precedenti (oltre 800 sia nel 2008 che nel 2009).

Le persone ricongiunte sono perlopiù coniugi e figli (in parti circa uguali), la quota dei genitori anziani continua a rimanere residuale (circa l'8%).

Al fine di facilitare l'accesso dei cittadini stranieri ai servizi pubblici e offrire informazioni e consulenza sulle modalità di ingresso e soggiorno in Italia (con supporto linguistico e culturale) è attivo il Cinformi – Centro informativo per l'immigrazione, del Servizio per le politiche sociali e abitative della Provincia Autonoma di Trento.

Invecchiamento attivo

La strategia dell'invecchiamento attivo ha l'obiettivo di creare le condizioni per trasformare gli anziani da riceventi passivi dei sistemi sanitari e sociali a risorsa per la società. Questa strategia si basa, secondo l'OMS, su tre colonne: partecipazione, salute e sicurezza. Esattamente questi tre aspetti vengono indagati da PASSI d'Argento, il sistema di monitoraggio sulle condizioni di vita degli anziani coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, al quale anche la provincia di Trento ha aderito nel 2012 ("anno dell'invecchiamento attivo" nell'Unione europea). I risultati dell'indagine verranno diffusi nella seconda metà del 2013. Esempi di altre iniziative per l'invecchiamento attivo presente in Trentino: attività dei circoli anziani; gruppi di cammino a livello comunale (in 44 comuni del Trentino); iniziative di promozione dell'attività fisica specifiche per persone anziane vengono offerte da 113 comuni; Progetto "Eldy" dell'Agenzia per la famiglia, finalizzato a facilitare l'inclusione sociale e l'utilizzo di nuove tecnologie.

Programma Guadagnare Salute

Le basi per un invecchiamento attivo vengono gettate prima di invecchiare: non fumare, bere solo moderatamente o non bere, mangiare sano, essere fisicamente attivi e mantenere il peso nella norma sono le misure più efficaci per un invecchiamento attivo, per rimanere a lungo in buona salute e autonomi anche nella vecchiaia.

Riorganizzazione dei servizi sanitari in ottica socio-sanitaria

Per facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali per

persone con bisogni complessi e in situazioni di fragilità la legge provinciale 16/2011 ha definito "moduli organizzativi integrati con i servizi sociali, diretti all'orientamento e alla presa in carico del cittadino". Il Punto Unico di Accesso (PUA) e l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) a livello di distretto sanitario rappresentano la modalità organizzativa adottata.

Per approfondire

- PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO - SERVIZIO STATISTICA GIUGNO 2012 (Comunicazioni), *La popolazione trentina al 1° gennaio 2012*, http://www.statistica.provincia.tn.it/binary/pat_statistica/demografia/PopTrentina2012.1338799469.pdf
- ENRICO PUGLIESE, *La terza età, anziani e società in Italia*, il Mulino, Bologna, 2011
- WHO, *Publications on Active ageing*, <http://www.who.int/ageing/publications/active/en/>
- *L'immigrazione in Trentino, rapporto annuale 2011*, http://www.cinformi.it/index.php/servizi_e_attivita/attivita_di_studio_e_ricerca/immigrazione_in_trentino/rapporto_annuale_2011
- CINFORMI - CENTRO INFORMATIVO PER L'IMMIGRAZIONE, <http://www.cinformi.it>
- PASSI D'ARGENTO, <http://www.epicentro.iss.it/passi-argento>
- TRENTINOFAMIGLIA, <http://www.trentinofamiglia.it>
- GUADAGNARE SALUTE, <http://www.guadagnaresalute.it/>

L'ambiente

Le nostre società sono complesse e interdipendenti, e non è possibile separare la salute dagli altri obiettivi. Gli inestricabili legami che esistono tra le persone e il loro ambiente costituiscono la base per un approccio socio-ecologico alla salute. Il principio guida globale per il mondo, e allo stesso modo per le nazioni, le regioni e le comunità, è la necessità di incoraggiare il sostegno e la tutela reciproci: prendersi cura gli uni degli altri, delle nostre comunità e del nostro ambiente naturale. La conservazione delle risorse naturali in ogni parte del mondo dovrebbe essere enfatizzata come una responsabilità globale. È essenziale che venga svolta una sistematica valutazione dell'impatto che può avere sulla salute un ambiente in rapida trasformazione, con particolare riguardo alla tecnologia, al lavoro, alla produzione di energia e all'urbanizzazione: tale valutazione deve essere seguita da azioni che garantiscano benefici alla salute delle persone. La protezione degli ambienti naturali e modellati dall'uomo, e la conservazione delle risorse naturali dovrebbero essere considerate in ogni strategia di promozione della salute.

CARTA DI OTTAWA PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Lo sviluppo delle nostre società dovrebbe rispettare i criteri di uno sviluppo sostenibile, cioè soddisfare i bisogni del presente senza compromettere la capacità delle future generazioni di soddisfare i propri. Questo principio implica un impegno da parte di istituzioni e cittadini al fine di raggiungere maggiore equità sociale e intergenerazionale, utilizzare responsabilmente le risorse e impostare politiche e interventi tenendo conto dell'interdipendenza di diversi settori: sociale, ambientale, economico e sanitario.

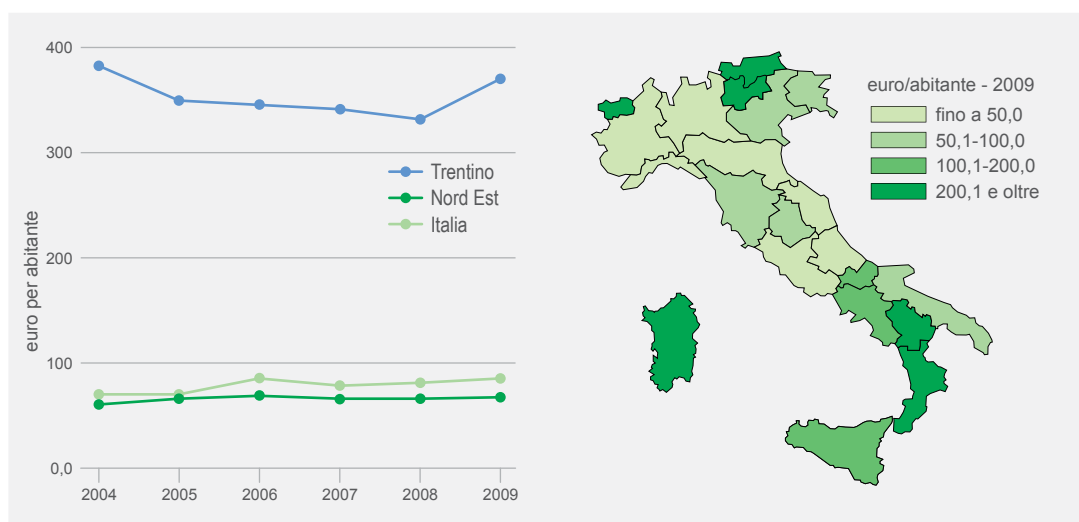
Tra i numerosi ambiti possibili di analisi per descrivere la situazione trentina in questo settore vengono qui illustrati la *spesa per la tutela dell'ambiente* come misura dell'attenzione istituzionale, le *emissioni di gas serra* in

quanto elemento centrale della sostenibilità intergenerazionale e globale, l'*inquinamento dell'aria*, la *gestione dei rifiuti* e l'uso dei *pesticidi* in quanto fondamentali problemi della società dei consumi, molto dibattuti anche a livello di opinione pubblica, il *verde urbano* come elemento di contesto favorevole all'ambiente e alla salute.

La spesa per la tutela dell'ambiente

L'aggregato della spesa ambientale riferito in particolare alle amministrazioni regionali quantifica le risorse economiche da esse utilizzate per salvaguardare l'ambiente sia

Figura 1
Spesa per la tutela dell'ambiente, per regione (euro a prezzi correnti per abitante).
ISTAT, 2004-2009



da fenomeni di inquinamento (emissioni atmosferiche, scarichi idrici, rifiuti, inquinamento del suolo ecc.) e di degrado (perdita di biodiversità, erosione del suolo, salinizzazione ecc.), sia da fenomeni di esaurimento delle risorse naturali (risorse idriche, risorse energetiche, risorse forestali ecc.).

□ In Trentino nel 2009 si sono spesi 371 euro pro capite per la tutela ambientale. In Italia, nello stesso periodo le amministrazioni regionali hanno speso in media circa 85 euro pro capite.

Nel 2009 in Italia la spesa ambientale del complesso delle amministrazioni regionali è pari a poco più di 85 euro per abitante, con un incremento del 21% rispetto al 2004; in Trentino la spesa ambientale pro capite è molto maggiore (371 euro). Dopo un leggero calo della spesa osservabile a partire dal 2005, nel 2009 si è registrato un aumento che tuttavia non raggiunge i livelli del 2004 [figura 1].

Le emissioni di gas serra

In assenza di misure drastiche di contrasto, durante questo secolo l'aumento della temperatura media oltrepasserà il limite di sicurezza di 2°C superiore alla temperatura media registrata nell'era pre-industriale. L'accrescimento dell'effetto serra, ovvero il riscaldamento dello strato inferiore dell'atmosfera, è imputabile, in gran parte, alle emissioni di biossido di carbonio (CO₂); al fenomeno contribuiscono anche il metano (CH₄) e il protossido di azoto (N₂O). Le fonti più importanti dei gas serra sono la produzione di energia elettrica attraverso fonti non rinnovabili, il trasporto (soprattutto auto-veicolare e aereo), il riscaldamento delle abitazioni, le attività industriali, gli allevamenti di bestiame e la produzione industriale di carne.

I cambiamenti climatici possono influenzare la salute attraverso diverse modalità: aumento della frequenza e dell'intensità di eventi climatici estremi come inondazioni, siccità,

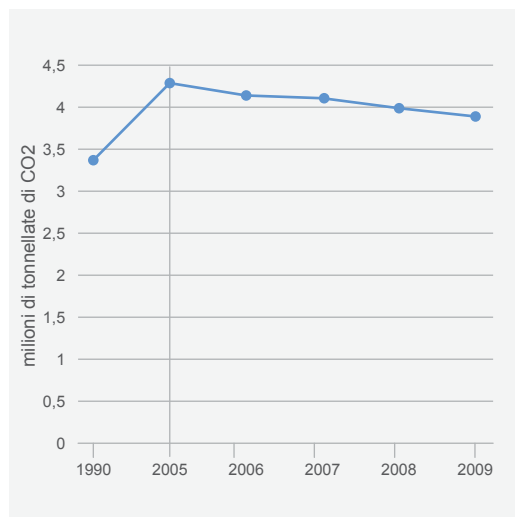


Figura 2

Emissioni di gas serra in Trentino (in milioni di tonnellate di CO₂ equivalenti).

ISTAT, 1990-2009

piogge torrenziali, ondate di caldo; aumento della diffusione di vettori di malattie (p.es. le zanzare). Le conseguenze attese a livello globale sono l'aumento dei casi e della mortalità associate a malnutrizione, diarrea, malattie cardiorespiratorie e infettive. Aumenterà il numero dei morti dovuti alle ondate di caldo e agli altri eventi climatici estremi. Tutti questi effetti possono essere inoltre cause di migrazioni e conflitti armati, a loro volta associati a sofferenze ed elevata mortalità. Come la storia recente dimostra (ondate di calore in Europa nel 2003) anche la salute nei paesi ad alto reddito risente dell'impatto negativo del riscaldamento globale. Tuttavia, pur non contribuendo molto alle emissioni di gas serra, sono e saranno soprattutto gli abitanti in paesi a basso reddito a essere colpiti. Di conseguenza gli effetti del riscaldamento globale si rifletteranno anche in un ulteriore aumento della disuguaglianza sociale a livello globale.

Il protocollo di Kyoto prevede che, nel periodo 2008-2012, i paesi dell'area UE-15 nel loro insieme, si impegnino a ridurre dell'8,0%, rispetto al livello del 1990, le emissioni di tali inquinanti. Per ogni singolo paese sono, inoltre, previsti impegni specifici: per l'Italia è stata stabilita una riduzione delle emissioni nella misura del 6,5%.

In Italia nel 2009 sono state emessi 491,1 milioni di tonnellate di gas serra espressi in termini di CO₂ equivalente, quindi circa 8,2 tonnellate pro capite. In Trentino si stima che nel 2009 sono state emessi 3,9 milioni di tonnellate di CO₂ equivalenti, quindi circa 7,46 tonnellate pro capite [figura 2].

Nel 2009, secondo anno del periodo di impegno del protocollo di Kyoto, sono nove i paesi dell'area UE-15 che hanno raggiunto gli obiettivi prescritti (Svezia, Regno Unito, Francia, Grecia, Finlandia, Belgio, Germania, Portogallo, Paesi Bassi) tre in più rispetto al 2008. L'Irlanda ha quasi raggiunto l'obiettivo; analoga la situazione dell'Italia (+1,7% rispetto all'obiettivo prefissato) in cui si è registrata una diminuzione delle emissioni dei gas serra del 5,4% rispetto al 1990.

☐ In Trentino, che registra stabilmente valori di CO₂ equivalenti pro capite inferiori rispetto alla media nazionale, nel 2009 si è osservata una riduzione delle emissioni di gas serra di -6,7% rispetto al 2005, ma non si è ancora raggiunto il valore del 1990. Ciò è dovuto anche alla mancanza di grandi industrie, che rappresentano importanti fonti di emissione e che sono responsabili, insieme alla crisi economica, della riduzione registrata in Italia nel 2009 rispetto al 1990.

Per rimanere al di sotto del limite dei 2°C di aumento della temperatura media rispetto all'era pre-industriale, l'umanità non dovrebbe emettere più di 14,5 miliardi di tonnellate (Gt) di CO₂ all'anno.

A livello globale questo implicherebbe necessariamente un andamento di convergenza (forte diminuzione di emissioni da parte dei paesi ad alto reddito e leggero aumento da parte dei paesi a basso reddito) e contrazione complessiva, per raggiungere un valore di emissioni pro capite uguale per ogni abitante della terra. Questo valore dovrebbe assestarsi attorno ai 2.500 kg di CO₂ all'anno.

Attualmente a livello globale i circa 6,9 miliardi di abitanti emettono circa 30 Gt di CO₂ all'anno. Per questo livello di emissioni avremmo già bisogno di due pianeti; se tutti gli abitanti della terra emettessero tanta CO₂ quanta ne emettono in media i trentini, non ci basterebbero tre pianeti; se tutti consumassero quanto gli italiani, avremmo bisogno di quattro pianeti; se tutti consumassero quanto gli abitanti degli USA, avremmo bisogno di ben nove pianeti...

Emissioni di CO₂ e vita quotidiana

kg/anno



Fonte: Bayerisches Landesamt für Umwelt; Institut für Energie- und Umweltforschung, Heidelberg; WWF; Umweltbundesamt; United Nations Development Program

Mentre il riscaldamento globale ha un effetto netto negativo sulla salute, molte delle misure necessarie per ridurre le emissioni la promuovono. Per esempio ricorrere maggiormente al trasporto attivo, camminando e/o utilizzando bicicletta e mezzi pubblici riduce sia la sedentarietà (importante fattore di rischio per le più frequenti cause di morte), sia l'inquinamento atmosferico (fattore di rischio per le malattie cardiovascolari, quelle respiratorie e i tumori), sia i morti e i feriti per incidenti stradali. Oppure, per fare un altro esempio, consumare meno carne significa ridurre l'apporto di calorie, di grassi saturi e di alcuni cancerogeni e previene quindi il sovrappeso, il diabete, le malattie cardiovascolari e il tumore al colon-retto.

L'inquinamento dell'aria

Le attività industriali, il riscaldamento domestico, il traffico autoveicolare sono le fonti più importanti di sostanze inquinanti l'aria, molte delle quali danneggiano la salute. Tra tutte queste sostanze, le polveri sottili hanno l'effetto maggiore sulla salute umana. Le polveri sottili si producono durante i processi di combustione nei motori degli autoveicoli, nelle industrie, nelle centrali elettriche e negli impianti di riscaldamento delle abitazioni. L'inquinamento da polveri sottili è associato a una vasta gamma di malattie acute e croniche, come le malattie cardiovascolari, le malattie respiratorie e i tumori. A livello globale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che le polveri sottili siano la causa di circa il 9% dei casi di cancro al polmone e il 5% delle morti per cause cardio-polmonari.

Fissando a $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ il livello di inquinamento delle polveri sottili (pm10) al di sotto del quale non si producono più effetti sulla salute umana, si stima che l'inquinamento registrato nel 2010 in Trentino abbia provocato circa 50 morti, 130 ricoveri per malattie cardiovascolari e 63 ricoveri per malattie respiratorie. Considerando come soglia di non impatto il livello legale di $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$, la stima delle conseguenze sanitarie dell'inquinamento si abbassa, no-

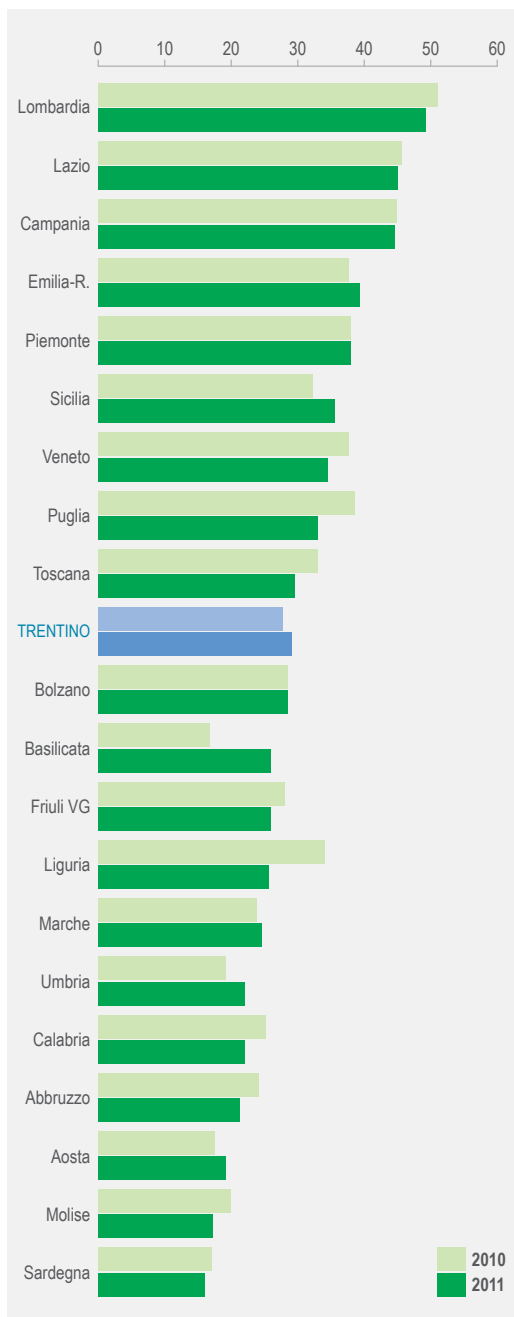


Figura 3

Percentuale di famiglie che dichiarano la presenza di problemi relativi all'inquinamento dell'aria nella zona in cui abitano, per regione. ISTAT, 2010-2011

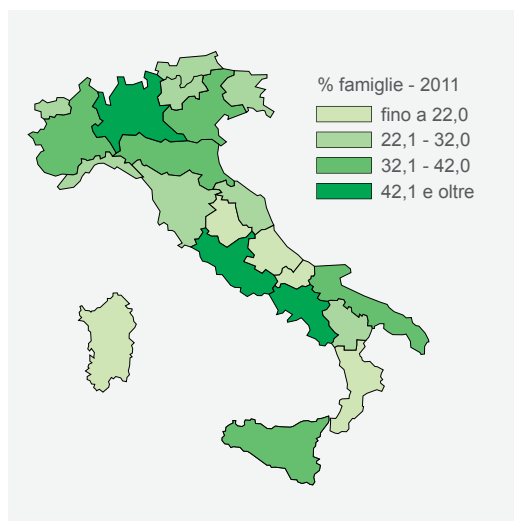


Figura 4

Percentuale di famiglie che dichiarano la presenza di problemi relativi all'inquinamento dell'aria nella zona in cui abitano, per regione. ISTAT, 2011

tevolmente, a 2 morti, 6 ricoveri per malattie cardiovascolari e 3 ricoveri per malattie respiratorie.

In Trentino nel 2011 il 29% delle famiglie segnala problemi relativi all'inquinamento dell'aria (media italiana: 37%) [figure 3 e 4] e il 12% (media italiana: 19%) lamenta la presenza di odori sgradevoli. In Trentino non si registrano cambiamenti relativi all'anno precedente.

I rifiuti urbani e la loro gestione

La produzione dei rifiuti rappresenta una delle problematiche ambientali con impatti immediati sulla vita quotidiana. La raccolta separata dei rifiuti permette di migliorare la fase successiva dello smaltimento, mediante un invio mirato agli impianti di recupero

e/o riciclaggio, ma un ruolo importante riveste anche la riduzione dei rifiuti a monte. Nella normativa europea relativa ai rifiuti (Dir. 2008/98/CE, recepita in Italia con il D. lgs. 205/2010) si sottolinea l'importanza che gli stati membri si impegnino ad adottare le misure necessarie per ridurre la produzione dei rifiuti e la loro pericolosità. Fondamentale in tal senso risulta la definizione di una politica di progettazione ecologica dei prodotti che permetta di produrre "beni sostenibili" sempre più riciclabili, riutilizzabili e privi, o quasi, di sostanze nocive.

Nel 2009 in Trentino (dove, rispetto al 2001, la quantità di rifiuti è stata notevolmente ridotta) sono 534 i kg di rifiuti urbani raccolti per ogni abitante (valore identico alla media italiana) [figura 5].

Rispetto agli altri paesi europei (UE-27) questo valore si colloca leggermente al di sopra della media (512 kg/capite) [figura 6].

Figura 5
Rifiuti urbani raccolti, per regione (kg per abitante).
ISTAT, 2001-2009

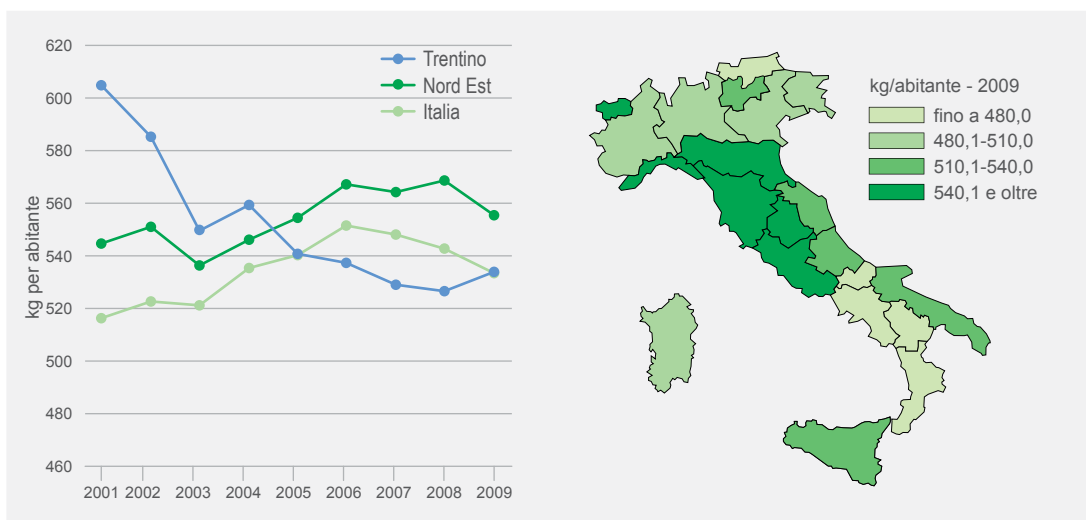
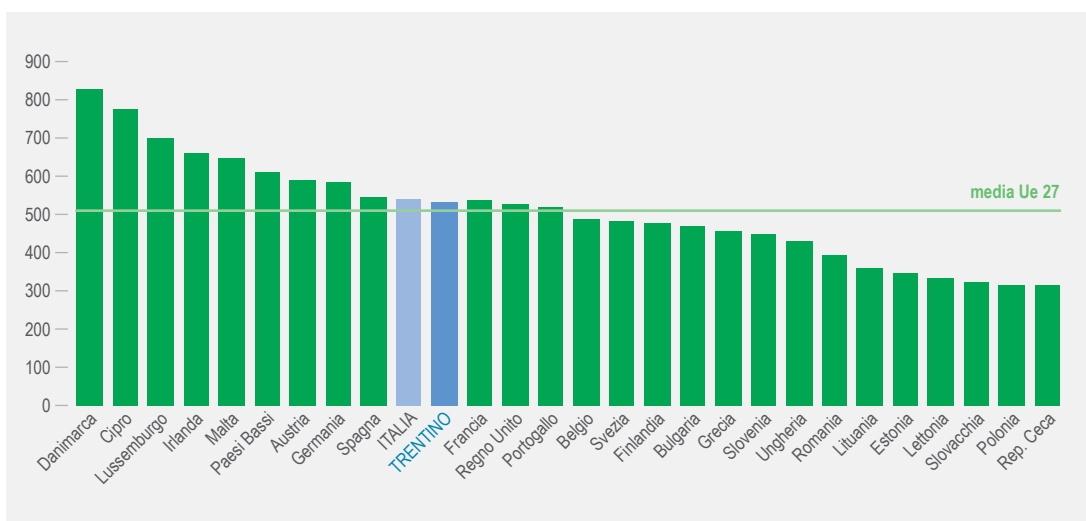


Figura 6
Rifiuti urbani raccolti nei paesi UE (kg per abitante).
EUROSTAT, 2009



La *raccolta differenziata* è la raccolta in cui un flusso di rifiuti è tenuto separato in base al tipo e alla natura dei rifiuti, al fine di facilitarne il trattamento specifico. Questa tipologia di raccolta è fondamentale per una corretta gestione dei rifiuti, in quanto rappresenta il presupposto per il riutilizzo e il riciclaggio.

In base agli obiettivi imposti dalla normativa vigente, entro il 31/12/2008 doveva essere assicurata una raccolta differenziata pari al 45% del totale dei rifiuti urbani raccolti; tale quota doveva essere elevata al 50% entro la fine del 2009, al 60% entro il 31/12/2011 e al 65% per l'anno seguente (D. lgs. 152/2006 e successive modifiche e integrazioni e Legge 296/2006).

Nel 2009 in Italia la raccolta differenziata è pari al 33,6% del totale dei rifiuti urbani raccolti: 3 punti percentuali in più rispetto al 2008, ma ancora lontana dagli obiettivi. La diffusione della raccolta differenziata è molto diversa da regione a regione e si osserva un forte gradiente nord-sud. La provincia di Trento risulta essere in cima alla classifica italiana, con 59% nel 2008 e 61% nel 2009 [figure 7 e 8].

La direttiva 2008/98/CE (recepita in Italia con il D. lgs. 205/2010) introduce importanti criteri di priorità nella gestione dei rifiuti. L'obiettivo è raggiungere il miglior risultato ambientale, riducendo drasticamente gli effetti negativi della gestione dei rifiuti sulla salute umana e sull'ambiente. In tale contesto il ruolo principale è riservato alla prevenzione e al riciclaggio, mentre la discarica deve rappresentare la fase residuale del ciclo di vita dei rifiuti.

Nel 2009 il 49,1% della media nazionale dei rifiuti urbani raccolti per abitante, pari a 262,1 kg, è smaltito in discarica. Tale quota diminuisce rispetto al 2008 di 3,6 punti percentuali con una riduzione di 24 kg in termini di valori pro capite. In Trentino, nel 2009 è stato smaltito in discarica il 32,3% dei rifiuti, pari a 172,2 kg per abitante proseguendo il trend in diminuzione dal 2002 [figura 9].

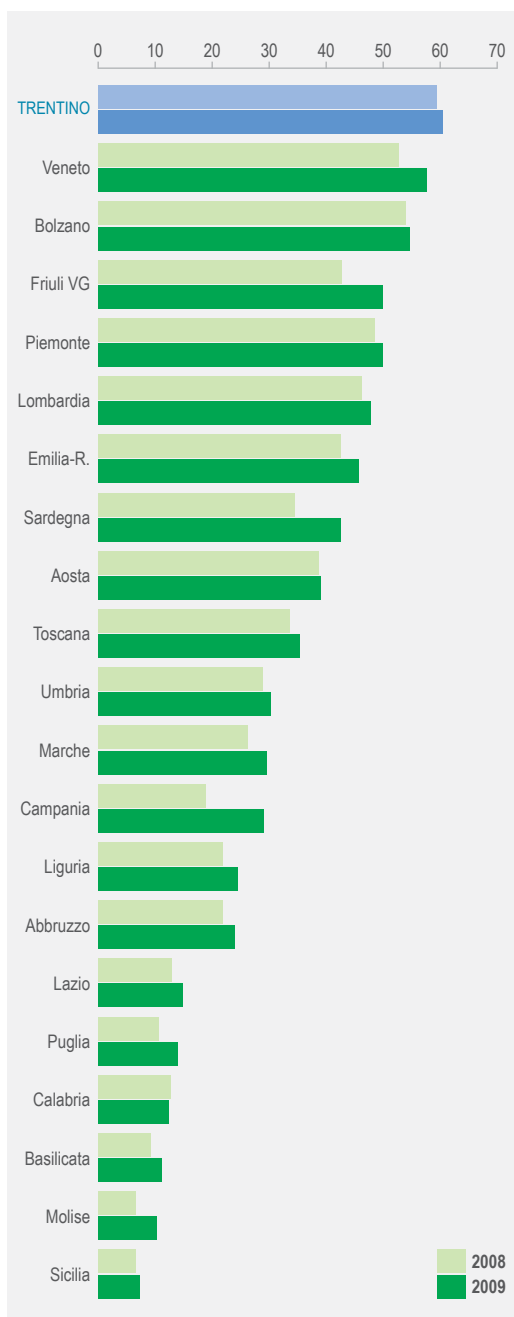


Figura 7
Raccolta differenziata di rifiuti urbani (percentuale sul totale dei rifiuti urbani), per regione. ISTAT, 2008-2009

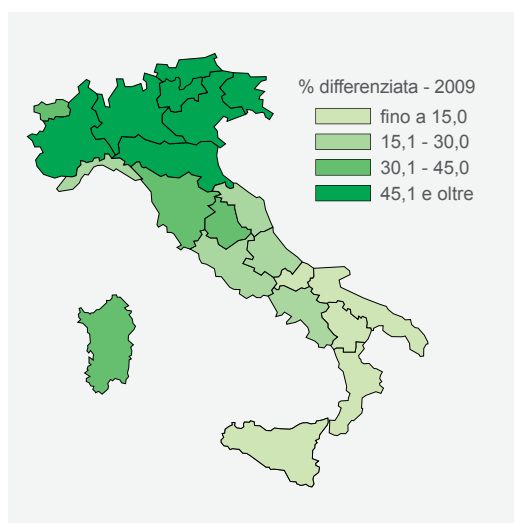
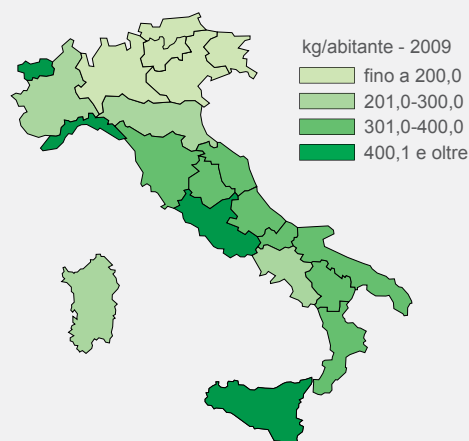
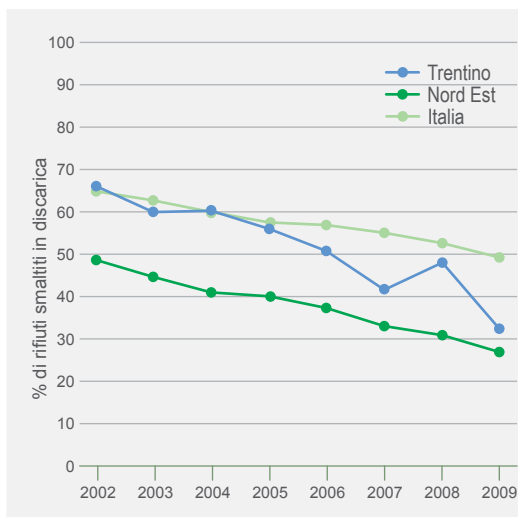


Figura 8
Raccolta differenziata di rifiuti urbani (percentuale sul totale dei rifiuti urbani), per regione. ISTAT, 2009

Figura 9
Rifiuti urbani smaltiti in discarica (percentuale sul totale dei rifiuti urbani raccolti), per regione. ISTAT, 2002-2009



I rifiuti alimentari

Secondo la Food and Agriculture Organization delle Nazioni Unite (FAO) circa un terzo degli alimenti prodotti nel mondo per il consumo umano, approssimativamente 1,3 miliardi di tonnellate, viene perso o buttato nella spazzatura.

In termini assoluti la quantità di spreco nei paesi industrializzati è all'incirca la stessa di quella nei paesi in via di sviluppo (670 e 630 tonnellate rispettivamente).

Nei paesi in via di sviluppo la perdita di alimenti avviene per lo più in agricoltura, dopo la raccolta e a livello della lavorazione e distribuzione, mentre nei paesi industrializzati prevalgono le perdite a livello della rivendita e del singolo consumatore.

In Europa e in America del Nord i consumatori buttano nella spazzatura circa 95-115 kg/anno pro capite, mentre in Africa subsahariana e nel Sud-Est asiatico i consumatori buttano solo 6-11 kg all'anno. Ogni anno i consumatori nei paesi ad alto reddito buttano nella spazzatura una quantità di alimenti (222 milioni di tonnellate) quasi analoga all'intera produzione alimentare dell'Africa subsahariana (230 milioni di tonnellate).

Non esistono dati sullo spreco alimentare in Italia o in Trentino e anche nel resto d'Europa la ricerca e il monitoraggio del fenomeno lasciano a desiderare.

I paesi più attenti alla raccolta di dati sulla spazzatura sono l'Austria e la Germania. I dati più recenti (2012) derivano da

uno studio che il Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) del governo tedesco ha commissionato all'Università di Stoccarda. Da questo studio, che non contempla le perdite in agricoltura (per esempio, frutta e verdura scartata per non conformità dell'aspetto), risulta che in Germania ogni anno vengono buttati 11 milioni di tonnellate di alimenti nei diversi punti del sistema alimentare. Il 61% viene buttato da parte dei consumatori al dettaglio, il 17% da parte dei consumatori all'ingrosso (ristoranti, mense e alberghi), un altro 17% da parte dell'industria alimentare e un 5% da parte del commercio.

I rifiuti dei consumatori possono essere suddivisi in *evitabili*, *parzialmente evitabili* (per esempio, croste di pane) e *inevitabili* (per esempio, bucce di banana). In base a questa suddivisione il 47% dei rifiuti alimentari è evitabile, un altro 18% parzialmente evitabile.

Quindi solo un terzo di quanto viene solitamente buttato può essere considerato inevitabile. La parte dei rifiuti evitabili o parzialmente evitabili è composta principalmente da verdura (26%) e frutta (18%), seguiti dai prodotti da forno (15%) e resti della tavola (12%).

La quantità annuale pro capite di rifiuti alimentari evitabili o parzialmente evitabili è di 53 kg (corrispondenti a 235 euro per persona che finiscono nel bidone della spazzatura ogni anno). Una famiglia tedesca di quattro persone spreca quindi circa 940 euro all'anno, per la somma complessi-

va di 21,6 miliardi di euro all'anno buttati nella spazzatura.

La produzione di massa e un rapido turnover delle merci assicurano profitti miliardari all'industria alimentare globalizzata. L'offerta superiore alla domanda e la conseguente produzione di spazzatura sono previste e i rispettivi costi sono caricati sul prezzo delle merci: il conto viene pagato dal consumatore.

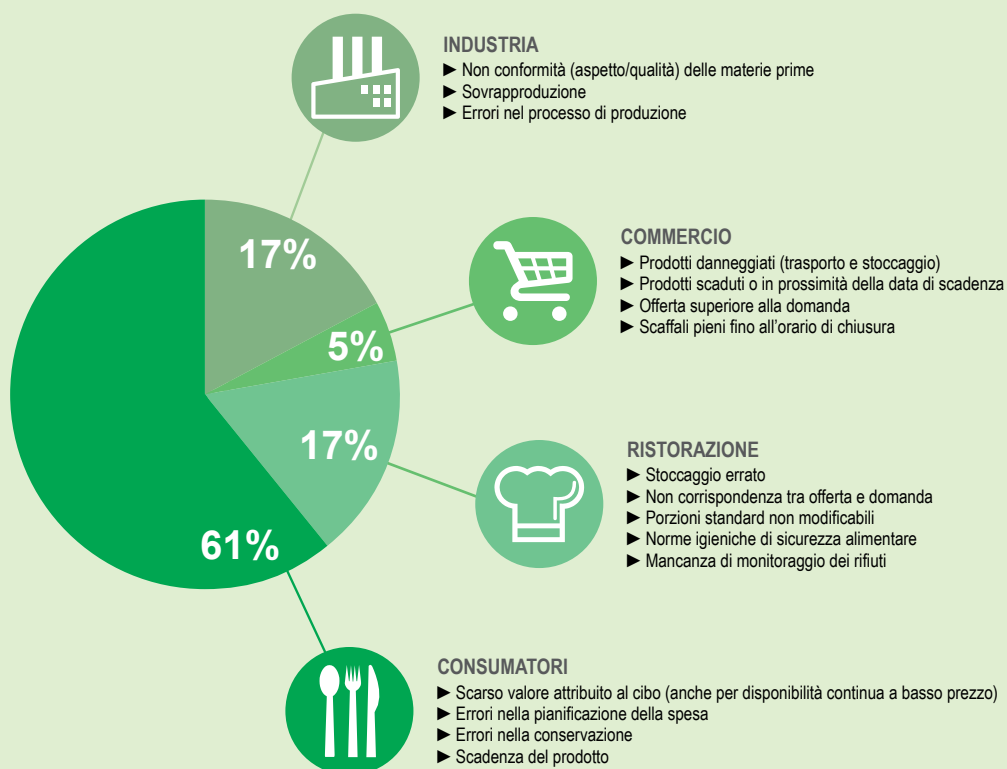
Ma non solo. Lo spreco inasprisce la fame nel mondo e comporta anche uno sperpero di risorse (compresi acqua, terreni, energia, lavoro) e implica l'emissione evitabile di gas serra, contribuendo al riscaldamento globale. Non per niente la commissione del governo inglese sullo sviluppo sostenibile menziona la riduzione dei rifiuti alimentari (insieme alla riduzione del consumo di carne e delle bevande zuccherate) come una delle misure con maggiore significatività e impatto immediato per rendere più sostenibile l'alimentazione, combinando positivamente aspetti sanitari, ambientali, economici e sociali.

L'utilizzo di pesticidi

L'utilizzo di prodotti fitosanitari o pesticidi in agricoltura, finalizzato alla difesa dagli organismi nocivi dei vegetali e dei prodotti vegetali, ha importanti risvolti ambientali e può avere effetti tossici anche su altri organismi, tra cui l'uomo. In molti casi la quantità di pesticida alla quale le persone sono esposte è troppo piccola per rappresentare un rischio. Al fine della determinazione del rischio occorre tenere in considerazione sia la tossicità del prodotto fitosanitario sia il livello di esposizione. I possibili effetti sulla salute dei pesticidi dipendono dalla natura della sostanza impiegata. Alcune sostanze possono avere effetti sul sistema nervoso, altre sulla pelle e sugli occhi, altre ancora possono essere cancerogene oppure alterare il sistema endocrino.

Per questi motivi l'impiego di fitosanitari è attentamente monitorato dalle politiche agricole e da quelle ambientali, sia nell'Unione europea, sia a livello nazionale e provinciale. Uno studio specifico di monitorag-

Distribuzione (in %) dei rifiuti alimentari per ambito del sistema alimentare

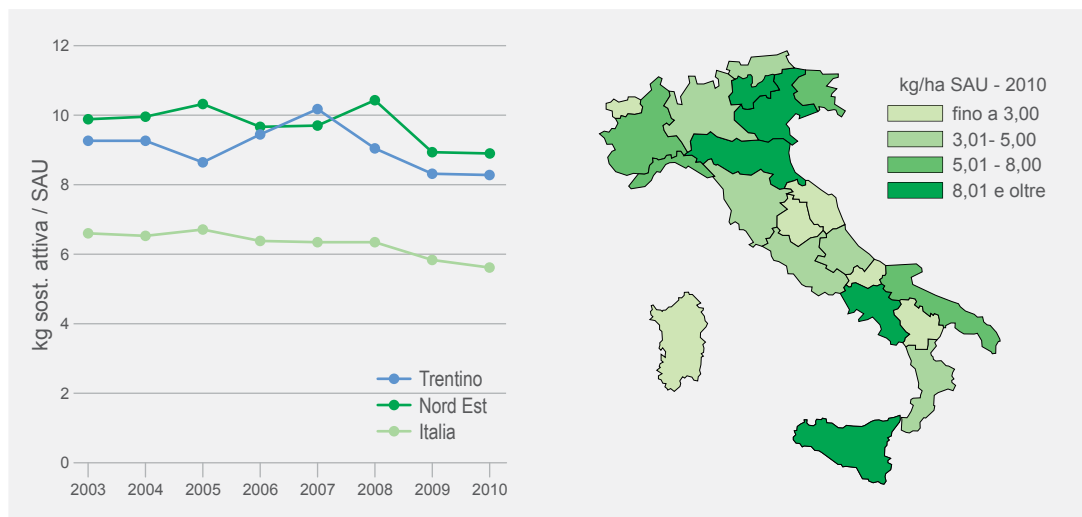


Fonte: Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz

Figura 10

Principi attivi distribuiti in agricoltura, per regione (kg per ettaro di SAU).

ISTAT, 2003-2010



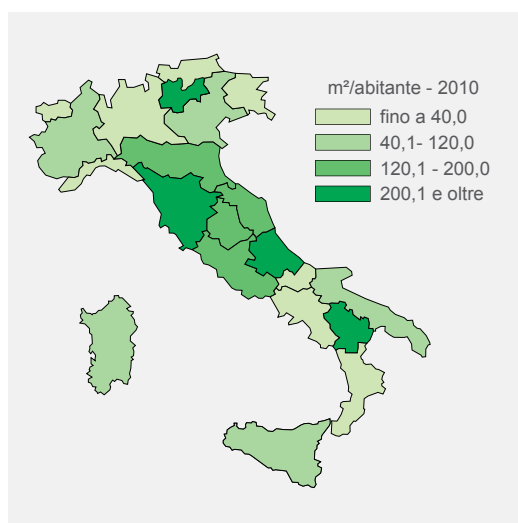
gio della salute della popolazione esposta a pesticidi nella Valle di Non, condotto nel 2012 dall'Azienda sanitaria (Servizio epidemiologia clinica e valutativa), ha preso in esame incidenza e mortalità per tumori, morbo di Alzheimer e malattia di Parkinson, malattie respiratorie, tiroidite di Hashimoto, aborti spontanei e altri eventi avversi della gravidanza (nati prematuri, nati sottopeso, nati con anomalie congenite, nati morti). Da tale analisi non emerge alcuna correlazione tra l'essere residenti nell'area ad alta densità di meli e l'insorgenza di patologie.

Nel 2010 in Trentino sono state distribuite 2.158 tonnellate di prodotti fitosanitari e in media 8,3 kg di principio attivo per ettaro di superficie agricola utilizzata (SAU). Nel Nord Est vengono utilizzati in media 8,9 kg/SAU, ma in provincia di Bolzano ne vengono utilizzati soltanto 4,2 kg/SAU.

Figura 11

Disponibilità di verde urbano nei comuni capoluogo di provincia aggregati (m² per abitante), per regione.

ISTAT, 2010



Mentre in Italia si registra una riduzione dell'impiego di pesticidi a partire dal 2005, in Trentino si osserva una riduzione solo dal 2007 [figura 10].

Al fine di ridurre la quantità di fitosanitari occorre espandere maggiormente la superficie agricola utilizzata nell'agricoltura biologica (come previsto anche dal Patto per lo sviluppo sostenibile).

Il verde urbano

Il verde urbano, oltre a svolgere funzioni di tipo estetico e di benessere psicofisico (la sedentarietà della popolazione risulta ridotta nei centri urbani con più aree verdi), produce effetti che concorrono in modo rilevante all'eliminazione delle polveri e degli inquinanti gassosi, al miglioramento del microclima (attraverso l'ombreggiamento e l'emissione di imponenti volumi di vapore acqueo), alla riduzione dei rumori e alla protezione del suolo.

Nel 2010, la popolazione residente a Trento (i dati sono disponibili solo per i capoluoghi di provincia) dispone di 210 m²/abitante di aree verdi o di particolare interesse naturalistico. Il 15,4% della superficie urbana di Trento è coperto da aree verdi, in lieve aumento rispetto al 2000.

In media, i capoluoghi di provincia italiani dispongono di 106,4 m²/abitante di aree verdi, con una copertura della superficie urbana pari al 9,3% [figura 11].

Commento

Rispetto alle tematiche ambientali prese in esame il Trentino si trova in una posizione privilegiata nel panorama italiano. Rispetto alle medie nazionali, si spende di più per la tutela ambientale, le amministrazioni e i cittadini si impegnano di più nella corretta raccolta dei rifiuti, la disponibilità di verde urbano è maggiore e l'aria è più pulita.

Questo non significa che non siano possibili e necessari ulteriori miglioramenti. Il Patto per lo sviluppo sostenibile, PASSO – Trentino 2020 dell'Assessorato ai lavori pubblici, ambiente e trasporti della Provincia autonoma di Trento, fissa 24 obiettivi, tra cui: l'aumento del ciclo di vita dei prodotti, la riduzione delle autovetture e l'aumento del trasporto attivo, la riduzione delle emissioni di CO₂ per un Trentino a emissioni zero, l'espansione della superficie di aree protette e della superficie agricola utilizzata nell'agricoltura biologica.

Per approfondire

- WHO, *Environmental Health*, http://www.who.int/gho/phe/outdoor_air_pollution/en/index.html
- ISTAT, *Noi – Italia. 100 statistiche per capire il paese in cui viviamo*, <http://noi-italia.istat.it/>
- *Patto per lo sviluppo sostenibile (PASSO) Trentino 2020*, <http://www.passo.tn.it/wp-content/uploads/2012/03/PASSO-25-genn-2012.pdf>
- ISTAT – Ambiente, <http://www.istat.it/it/ambiente-ed-energia>
- SERVIZIO EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, *Rapporto epidemiologico, Anno 2010*
- EPICENTRO, <http://www.epicentro.iss.it/temi/ambiente/ambiente.asp>
- FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO), *Global food losses and food waste, 2011*, [\[crep/014/mb060e/mb060e00.pdf\]\(http://www.sd-commission.org.uk/crep/014/mb060e/mb060e00.pdf\)](http://www.fao.org/do-</div><div data-bbox=)

- Sustainable development commission, <http://www.sd-commission.org.uk/>
- BUNDESMINISTERIUMS FÜR ERNÄHRUNG, LANDWIRTSCHAFT UND VERBRAUCHERSCHUTZ (BMELV), *Ermittlung der weggeworfenen Lebensmittelmengen und Vorschläge zur Verminderung der Wegwerfrate bei Lebensmitteln in Deutschland*, http://www.wau.boku.ac.at/fileadmin/_/H81/H813/IKS_Files/Projektberichte/Studie_Lebensmittelabfaelle_Faktenblatt.pdf

Il lavoro

Il lavoro e il tempo libero dovrebbero essere una fonte di salute per le persone. Il modo in cui la società organizza il lavoro dovrebbe contribuire a creare una società sana. La promozione della salute genera condizioni di vita e di lavoro che sono sicure, stimolanti, soddisfacenti e piacevoli.

CARTA DI OTTAWA PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

In Italia la percentuale di persone con un lavoro regolare è in media del 60%, con un evidente gradiente nord-sud [figura 1].

Secondo i dati del sistema PASSI, in Trentino il 70% della popolazione tra 18 e 65 anni ha un lavoro regolare (a tempo pieno o parziale) con una differenza significativa tra i due generi a scapito delle donne (61% vs il 79% degli uomini) [figura 2].

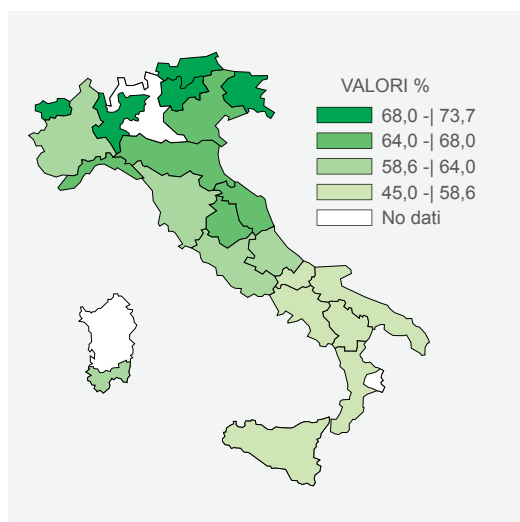


Figura 1
Percentuale delle persone con un lavoro regolare, per regione.
PASSI, 2010

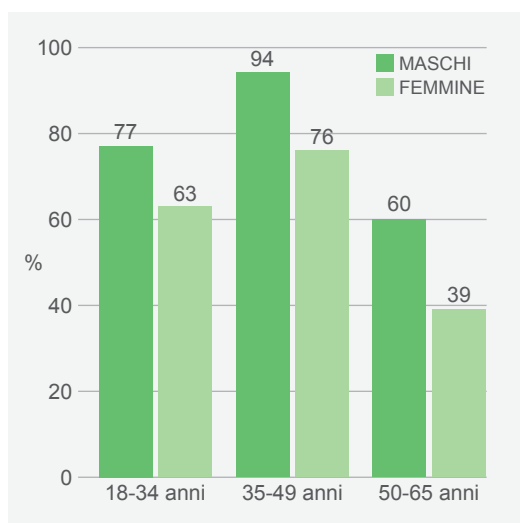


Figura 2
Percentuale dei residenti in Trentino con un lavoro regolare, per genere e classi di età.
PASSI, 2010

Il tasso di occupazione della popolazione tra 20 e 64 anni è uno degli indicatori previsti dalla *Strategia Europa 2020 per lo sviluppo e l'occupazione*. L'indicatore è volto a valutare la capacità di utilizzare le risorse umane disponibili e rappresenta quindi una misura della forza strutturale di un sistema economico.

L'obiettivo fissato dall'Unione europea prevede nel 2020 una quota di popolazione occupata tra i 20 e i 64 anni, pari al 75%. Nel 2010 il valore dell'indicatore in Italia (61%, secondo ISTAT) è 14 punti percentuali inferiore a questo traguardo.

In Trentino, dove il tasso di occupazione registrato dall'ISTAT (71%) conferma il dato PASSI, lo scostamento dal traguardo è di solo 4 punti percentuali. Tuttavia, in Italia, e anche in Trentino, il dato medio sintetizza uno squilibrio di genere molto forte (73% per gli uomini e 50% per le donne in Italia, 80% per gli uomini e 62% per le donne in Trentino).

Peraltro, a livello nazionale, nel 2010 il tasso di occupazione 20-64 anni continua a scendere, con un calo di sei decimi di punto rispetto all'anno precedente (-1 punto per gli uomini e -0,2 punti percentuali per le donne).

A livello provinciale si osserva un calo analogo del tasso di occupazione 20-64 anni: -0,6 punti complessivamente, -0,4 punti per gli uomini e -0,6 punti per le donne [figura 3].

Rispetto ai tassi di occupazione dell'UE 27 il Trentino si colloca a livello dei primi dieci paesi. Una posizione ottenuta soprattutto per i valori alti dell'occupazione maschile, mentre quella femminile non supera la media europea [figura 4].

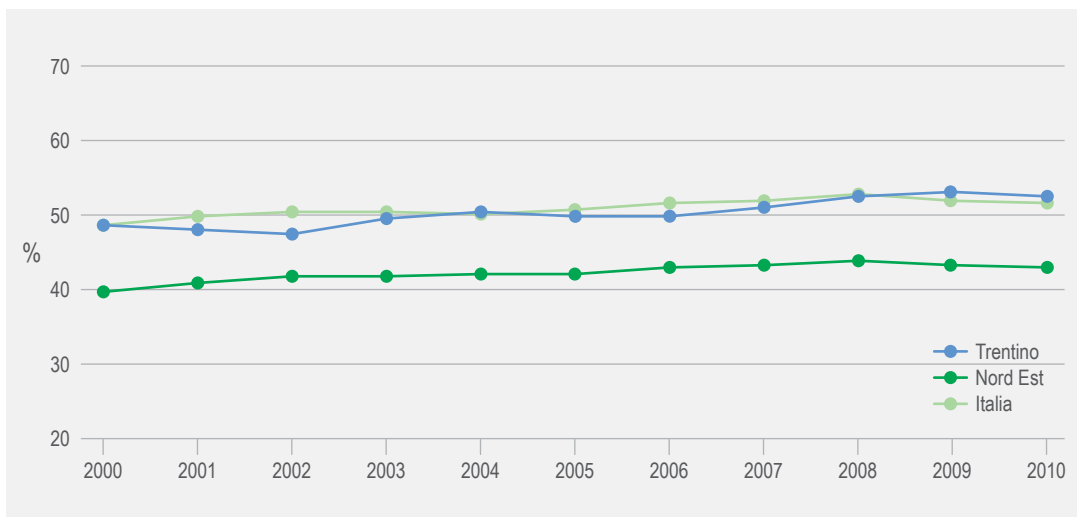


Figura 3
Tasso di occupazione della popolazione in età 20-64 anni (valori percentuali).
ISTAT, 2010

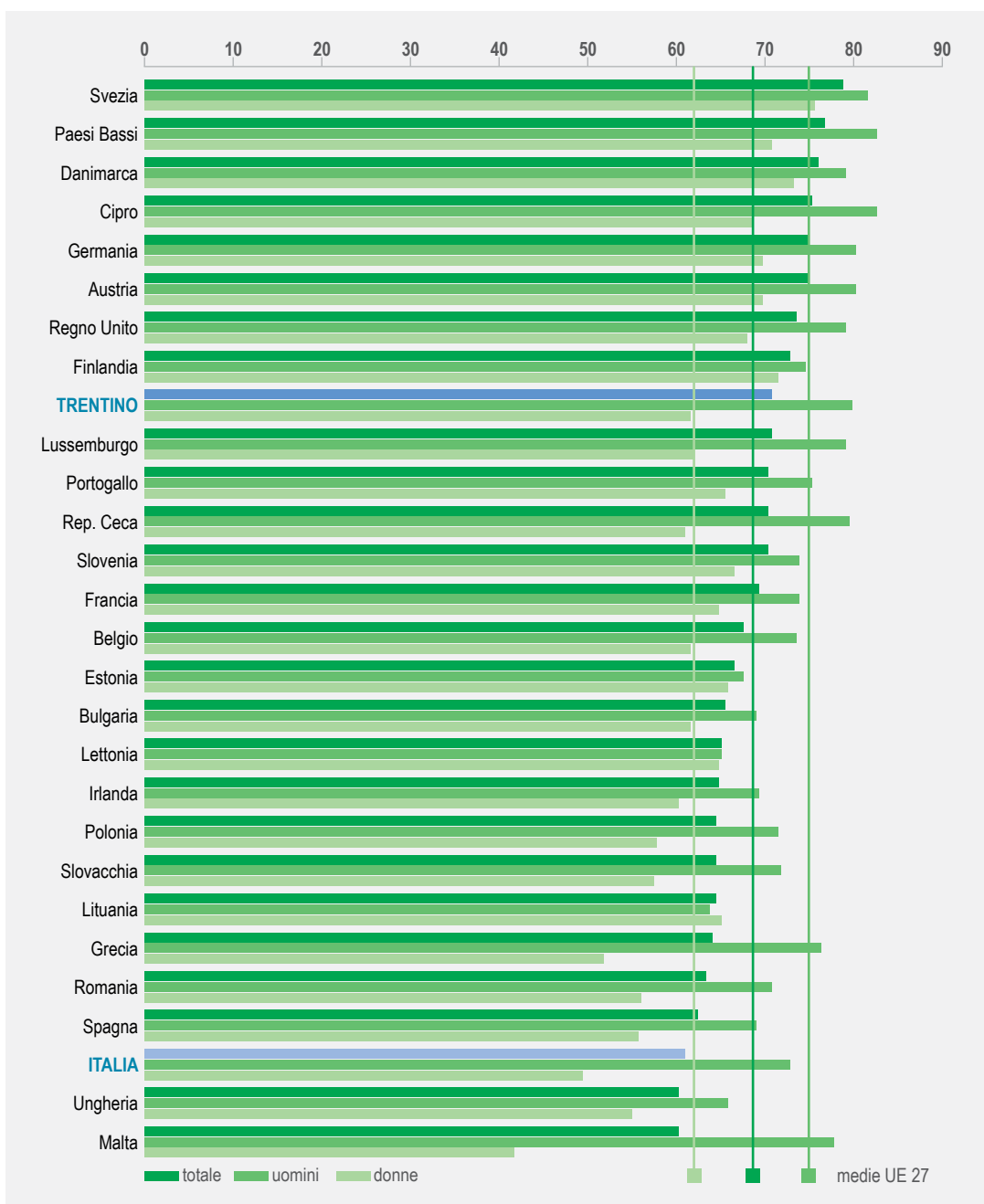


Figura 4
Tasso di occupazione della popolazione in età 20-64 anni, per genere, nei paesi UE (valori percentuali).
EUROSTAT, 2010

La disoccupazione giovanile

In Italia e anche in Trentino, nel mercato del lavoro continua a peggiorare la condizione dei giovani, da sempre una delle categorie più vulnerabili.

Nel 2010 il tasso di disoccupazione giovanile^[1] in Italia è pari al 27,8%, in aumento di 2,4 punti percentuali rispetto all'anno precedente.

In Trentino nel 2010 il tasso di disoccupazione giovanile è del 15,1%, in aumento di 3,6 punti percentuali rispetto all'anno precedente. Si tratta, sia per l'Italia che per il Trentino, del valore più alto dell'ultimo decennio.

□ In Trentino il problema della disoccupazione giovanile è minore rispetto alla media italiana, ma sta crescendo e colpisce soprattutto (e sempre di più) le donne

In Italia nel 2010 si riducono le differenze di genere, piuttosto evidenti fino all'anno precedente: il tasso di disoccupazione giovanile delle donne (29,4%) supera quello maschile di 2,6 punti (nel 2009 la distanza era stata pari a 5,4 punti) per effetto di un brusco innalzamento del tasso di disoccupazione giovanile nella componente maschile (dal 23,3 al 26,8%).

Un fenomeno che non si è verificato in Trentino, dove la forbice tra uomini e donne sta continuando a crescere.

Nel 2010 in Trentino il tasso di disoccupazione giovanile femminile è del 20,3%, di ben 8,5 punti percentuali superiore a quello maschile (11,8%).

La differenza di genere in Trentino è in continua crescita: la differenza tra il tasso di disoccupazione giovanile di uomini e donne era di 3,4 punti percentuali nel 2005 e di 5,9 punti percentuali nel 2009.

All'interno dell'Unione europea la forbice tra i tassi di disoccupazione giovanile va-

ria nella media 2010 in misura rilevante ed è compresa tra l'8,7% dei Paesi Bassi e il 41,6% della Spagna.

Oltre che in Spagna, la condizione giovanile risulta sempre particolarmente critica nelle repubbliche baltiche, dove si attesta su valori superiori al 30%, ma anche in Grecia e Slovacchia, dove l'indicatore raggiunge livelli più elevati in confronto a quelli dell'Italia.

Il peggioramento della disoccupazione giovanile interessa in misura più ampia la componente maschile.

Rispetto agli altri paesi dell'Unione europea il Trentino si colloca a livello del gruppo dei dieci paesi più virtuosi per quanto riguarda la disoccupazione giovanile maschile, mentre quella femminile è identica alla media europea.

La differenza di genere a sfavore delle donne registrata in Italia e in Trentino (e in altri sei paesi dell'Unione) è in contrasto con l'andamento della media registrata nell'UE dove il tasso di disoccupazione maschile si attesta al 21,8% a fronte del 20,2 della componente femminile, confermando nel 2010 il "sorpasso" degli uomini rispetto alle donne avviatosi nel 2009 [figura 5].

Il lavoro a tempo determinato

Il lavoro a tempo determinato rappresenta la principale forma di lavoro atipico. Si tratta di un contratto alle dipendenze che prevede una scadenza dovuta, ad esempio, a una commessa definita nel tempo o a un periodo di apprendistato.

□ Riprende a crescere il lavoro a tempo determinato

Dopo il calo osservato, nel 2009 in Italia e nel Trentino, il lavoro a termine torna a crescere, con un incremento medio an-

^[1] Il *tasso di disoccupazione giovanile* si ottiene come rapporto percentuale tra le persone in cerca di occupazione in età 15-24 anni e le forze di lavoro (che comprendono gli occupati e le persone in cerca di occupazione) della corrispondente classe di età.

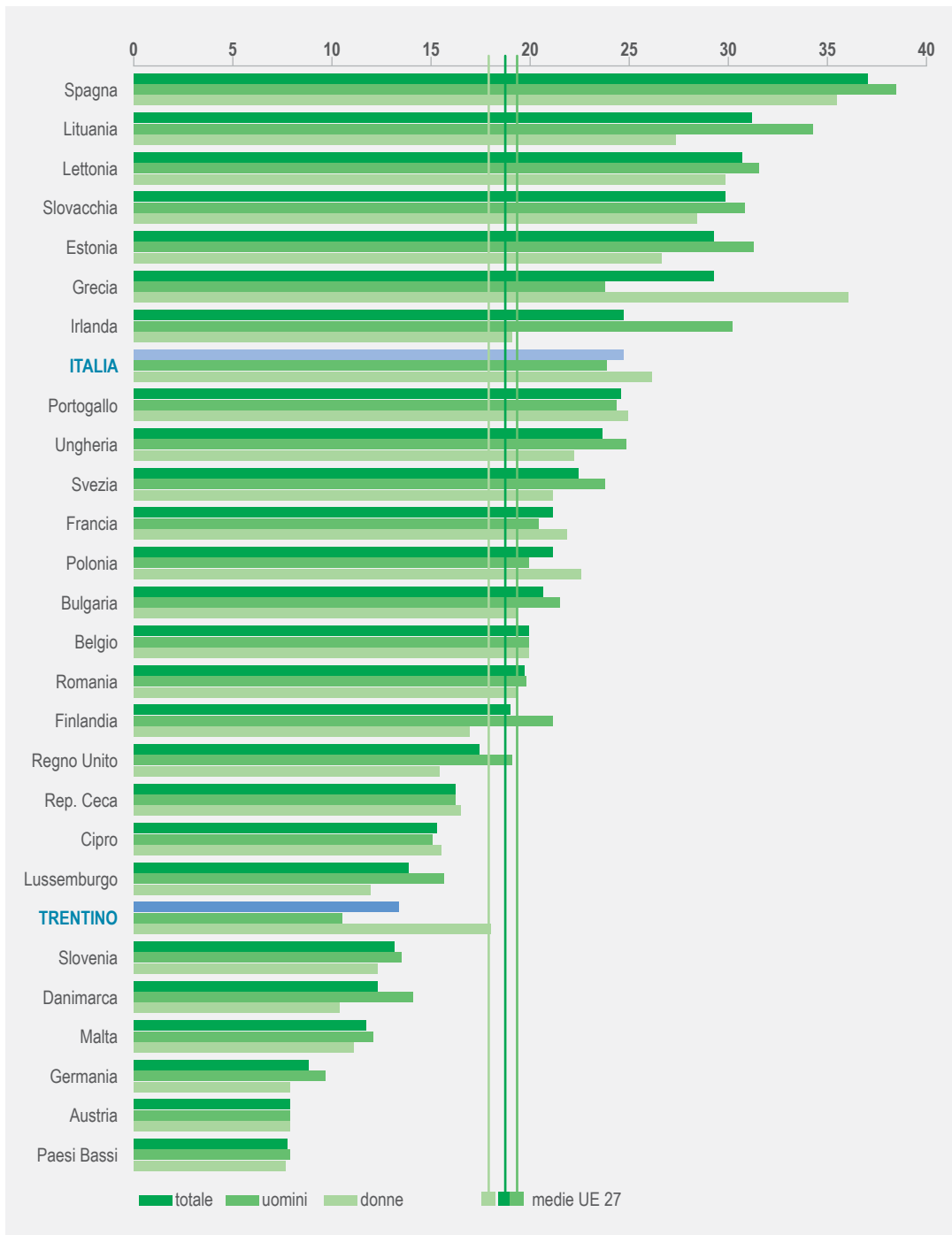


Figura 5
Tasso di disoccupazione giovanile (15-24 anni), per genere, nei paesi UE (valori percentuali). EUROSTAT, 2010

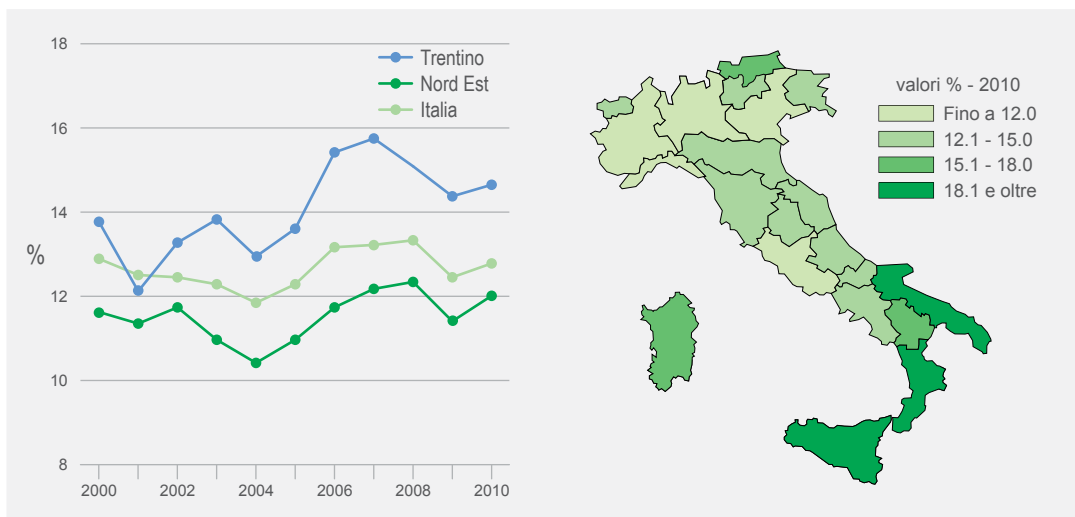
nuale dell'1,4% (pari a 30 mila persone in Italia), che porta al 12,8% l'incidenza dei dipendenti a termine sul totale dei dipendenti italiani (circa 2,2 milioni di persone).

Nel 2010 l'incremento del lavoro a termine interessa soprattutto gli uomini; tuttavia questa forma di lavoro resta più diffusa tra le donne (in Italia 14,5% vs 11,4% degli uomini; in Trentino 17,5% vs 12,1% degli uomini) [figura 6].

L'incremento del lavoro a termine nel 2010 è diffuso nelle regioni centro-settentrionali, coinvolge soprattutto le professioni operaie e quelle non qualificate e riguarda prevalentemente incarichi con durata inferiore all'anno.

Il ricorso ai contratti a tempo determinato è più frequente in Trentino sia rispetto alla media nazionale che a quella del Nord Est.

Figura 6
Percentuale dei dipendenti a tempo determinato, per regione.
ISTAT, 2000-2010



Commento

Per quanto riguarda le problematiche del mercato del lavoro, la situazione registrata in Trentino risulta migliore rispetto alla media italiana e si colloca ai primi posti delle medie nazionali europee.

Tuttavia il buon risultato medio è da ricondurre soprattutto alla situazione occupazionale maschile, in quanto la componente femminile del mondo del lavoro risulta ancora penalizzata.

I dati dei trend temporali indicano inoltre che la forbice tra occupazione maschile e femminile in Trentino si sta ulteriormente allargando.

In generale, anche in Trentino si registra una contrazione dei posti di lavoro e un sempre maggiore ricorso a forme atipiche di contratti di lavoro, più frequenti sia rispetto alla media italiana che a quella del Nord Est.

L'andamento della disoccupazione giovanile è preoccupante anche in Trentino e penalizza, ancora una volta, il genere femminile.

Per approfondire

- SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI, <http://www.epicentro.iss.it/passi>
- ISTAT, *Rilevazione sulle forze di lavoro*, <http://www.istat.it/it/lavoro>
- ISTAT/datawarehouse, <http://dati.istat.it/>
- ISTAT, *Noi-Italia. 100 statistiche per capire il paese in cui viviamo*, <http://noi-italia.istat.it/>

- EUROSTAT/LABOUR MARKET, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/labour_market/introduction

La situazione economica e le disuguaglianze sociali

La promozione della salute focalizza l'attenzione sul raggiungimento dell'equità in tema di salute. Per mettere in grado tutte le persone di raggiungere appieno il loro potenziale di salute, l'azione della promozione della salute punta a ridurre le differenze nello stato di salute attuale e ad assicurare pari opportunità e risorse.

CARTA DI OTTAWA PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

La povertà, la deprivazione sociale e la soddisfazione per la propria situazione economica

“Anche nei paesi più ricchi, le persone meno fortunate sono più colpite dalle malattie e hanno una speranza di vita significativamente più breve rispetto alle persone ricche. Queste disuguaglianze nella salute non solo costituiscono una grave ingiustizia sociale, ma [...] hanno portato a una crescente consapevolezza della significativa influenza sulla salute dell'ambiente sociale e di quelli che sono conosciuti come determinanti sociali. [...] Un tempo si pensava che le politiche per la salute si dovessero occupare esclusivamente dell'erogazione e del finanziamento dell'assistenza medica o poco più: i determinanti sociali della salute erano oggetto di discussione solo negli ambienti accademici. Adesso le cose stanno cambiando. Mentre le cure mediche possono prolungare la sopravvivenza e migliorare la prognosi di alcune gravi malattie, risultano molto più importanti, per la salute della popolazione nel suo complesso, quelle condizioni sociali ed economiche che fanno ammalare le persone e che le portano alla necessità di richiedere cure mediche.” (OMS, *I determinanti sociali della salute, I fatti concreti*)

Per l'ISTAT una famiglia viene definita povera in termini relativi se la sua spesa per consumi è pari o al di sotto della linea di

povertà relativa, che viene calcolata sui dati dell'indagine sui consumi delle famiglie. Per una famiglia di due componenti è pari alla spesa media mensile per persona e, nel 2010, è risultata di 992,46 euro mensili^[1].

L'*indicatore sintetico di deprivazione*, invece, rappresenta la quota di famiglie che dichiarano almeno tre delle nove deprivazioni riportate di seguito:

1. non riuscire a sostenere spese impreviste
 2. avere arretrati nei pagamenti (mutuo, affitto, bollette, debiti diversi dal mutuo)
- Non potersi permettere:
3. una settimana all'anno di ferie lontano da casa
 4. un pasto adeguato almeno ogni due giorni
 5. il riscaldamento adeguato dell'abitazione
- Non potersi permettere l'acquisto di:
6. una lavatrice
 7. una televisione a colori
 8. un telefono
 9. un'automobile

In Trentino, secondo l'ISTAT, il reddito medio nel 2009 è di 32.516 euro (32.183 nel Nord Est e 29.766 in Italia).

Nel 2010, le famiglie trentine in condizioni di povertà relativa sono il 5,9% delle famiglie residenti (il 5,2% nel Nord Est e l'11% in Italia) [figura 1] e il 9,2% delle famiglie presenta almeno tre delle difficoltà considerate nella definizione di deprivazio-

^[1] La soglia di *povertà assoluta*, non presa in esame in questa sede, corrisponde, invece, alla spesa mensile minima necessaria per acquisire il paniere di beni e servizi considerati essenziali, nel contesto italiano e per una determinata famiglia, a conseguire uno standard di vita “minimamente accettabile”. Le famiglie con una spesa mensile pari o inferiore al valore della soglia (che si differenzia per dimensione e composizione per età della famiglia, per ripartizione geografica e ampiezza demografica del comune di residenza) vengono classificate come assolutamente povere. Nel 2010, per una famiglia di due componenti adulti (18-59 anni) di un piccolo comune del Nord la soglia di povertà assoluta è pari a 961,58 euro, quindi poco distante dalla soglia di povertà relativa.

Figura 1
Percentuale di famiglie residenti in povertà relativa, per regione.
ISTAT, 2000-2010

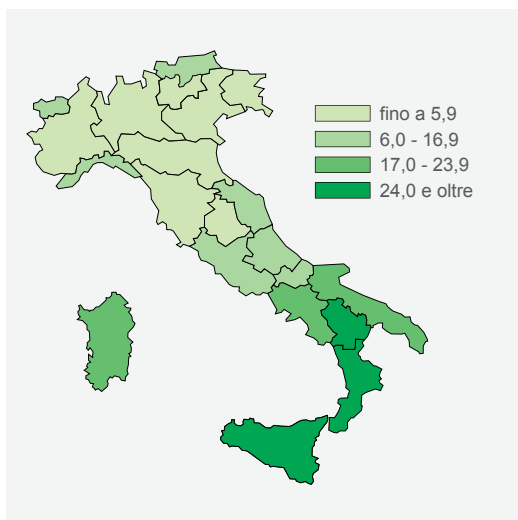


Figura 2
Percentuale di persone che riferiscono difficoltà economiche.
PASSI, 2011

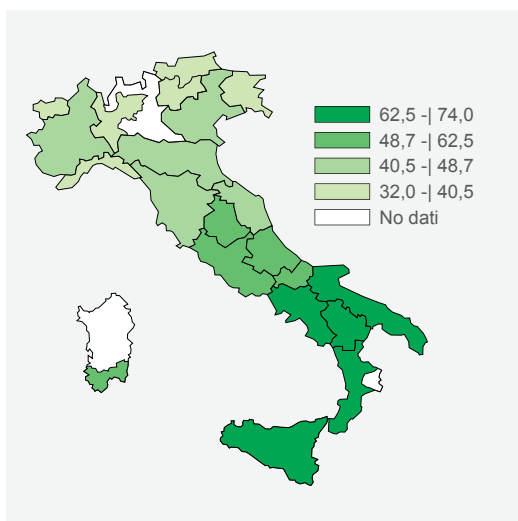
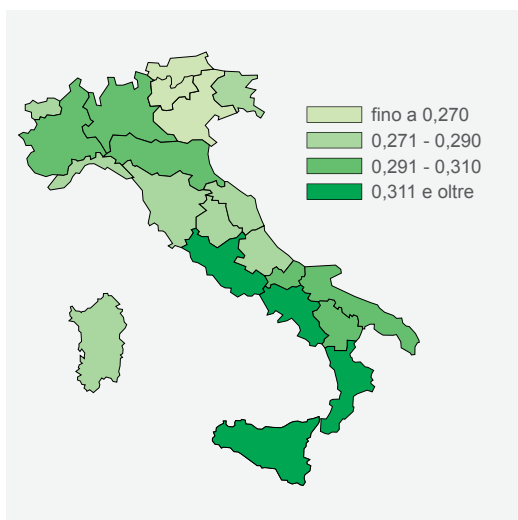


Figura 3
Diseguaglianza dei redditi per regione (Indice di concentrazione di Gini sui redditi netti familiari esclusi i fitti imputati).
ISTAT, 2009



ne sociale (il 10% nel Nord Est e il 15,7% in Italia).

Il sistema di monitoraggio PASSI riporta il 6% della popolazione trentina adulta (18-69 anni) con molte difficoltà economiche (in linea con la percentuale ISTAT di povertà relativa), il 29% con qualche difficoltà e il 65% con nessuna difficoltà.

In Italia il 46% della popolazione adulta non ha difficoltà economiche, il 41% ha qualche difficoltà, il 13% ne ha molte. La prevalenza di difficoltà economiche mostra un rilevante gradiente nord-sud [figura 2].

La diseguaglianza nella distribuzione del reddito

L'indice di concentrazione di Gini è una misura sintetica del grado di diseguaglianza della distribuzione del reddito ed è calcolato sui redditi familiari^[2] equivalenti, cioè resi comparabili mediante l'applicazione di una scala di equivalenza che tiene conto della diversa composizione delle famiglie.

Questo indice è pari a zero nel caso di una perfetta equità della distribuzione dei redditi, nell'ipotesi cioè che tutte le famiglie ricevano lo stesso reddito; è invece pari a uno nel caso di totale diseguaglianza, nell'ipotesi che il reddito totale sia percepito da una sola famiglia.

È un indicatore importante anche perché è stato dimostrato che società con minori discrepanze sociali al loro interno hanno significativamente meno problemi di:

- vita comunitaria e relazioni sociali tra le persone
- salute mentale e consumo di droghe
- salute fisica e speranza di vita
- obesità
- rendimento scolastico
- gravidanze in adolescenza
- violenza e sicurezza
- crimini e incarcerazione

^[2] Sulla base della definizione condivisa in ambito UE, il reddito netto familiare è pari alla somma dei redditi da lavoro, da capitale reale e finanziario (escluso l'affitto imputato delle abitazioni occupate dai proprietari), da pensioni e da altri trasferimenti pubblici e privati al netto delle imposte personali, dell'Imposta comunale sugli immobili (ICI), dei contributi sociali a carico dei lavoratori e dei trasferimenti versati ad altre famiglie. A partire dal 2008, Eurostat include tra le componenti di reddito anche le pensioni private; tuttavia, al fine di rendere confrontabili i dati riportati in serie storica per l'Italia, i valori di reddito sono

In Trentino (2009) il valore dell'indice di Gini è di 0,255 (Italia: 0,312) [figura 3].

☐ In Trentino le persone guadagnano mediamente di più e tale ricchezza è distribuita più equamente rispetto all'Italia (quello trentino è il valore dell'indice di Gini più basso registrato in Italia) e alla maggioranza dei paesi europei.

All'altro estremo della scala delle disuguaglianze si trova la Sicilia, con il reddito medio annuo più basso (22.575 euro, oltre il 25 per cento in meno del dato medio italiano); inoltre, in tale regione, il 50 per cento delle famiglie si colloca al di sotto di 18.302 euro annui (1.525 euro al mese) e si osserva anche la più elevata concentrazione del reddito, con un valore dell'indice di Gini pari a 0,343.

L'impatto sulla salute delle disuguaglianze sociali

Risulta evidente dai paragrafi precedenti che, per quanto riguarda la situazione economica e la distribuzione della ricchezza, il Trentino si trova tra i primi posti in Italia. Tuttavia esiste una fetta non trascurabile di popolazione trentina con forti problemi economici e sociali. Questi problemi si ripercuotono sulla salute delle persone determinando anche in Trentino delle evidenti disuguaglianze sociali nella salute.

Dai dati PASSI relativi al Trentino risulta, per esempio, che gli strati sociali con più difficoltà economiche o con basso livello di istruzione sono più a rischio di:

- percepire di avere una cattiva salute
- avere sintomi di depressione
- essere fumatori
- essere sedentari
- essere in sovrappeso o obesi
- accedere meno agli screening
- consumare poca frutta e verdura
- essere ipertesi

calcolati al netto della suddetta componente. Le pensioni private sono, invece, considerate nel calcolo dell'indice di Gini utilizzato per il confronto europeo.

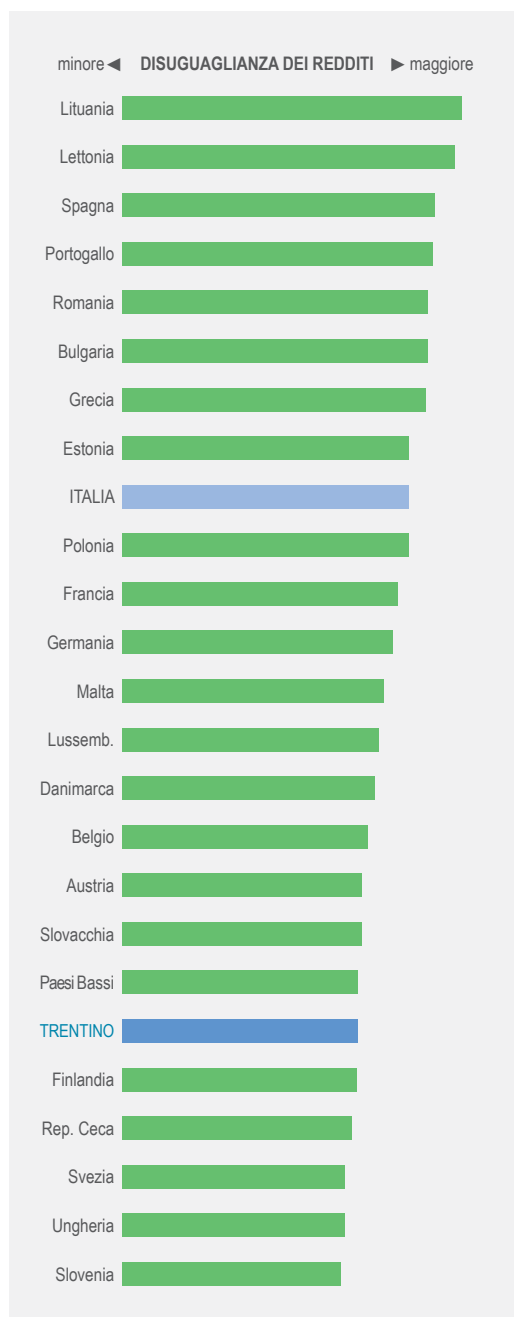


Figura 4
Diseguaglianza dei redditi nei paesi UE (Indice di concentrazione di Gini sui redditi netti familiari, esclusi i fitti imputati).
ISTAT, 2009 (Dati non disponibili per Regno Unito, Irlanda e Cipro)

Non si registrano invece differenze per il consumo di alcol e la misurazione di pressione e colesterolo, per l'alta colesterolemia e l'applicazione della carta del rischio cardiovascolare da parte del medico di medicina generale (molto bassa per tutti).

Chi non ha la cittadinanza italiana riceve meno misurazioni di pressione e colesterolo, meno consigli sugli stili di vita e meno interventi preventivi (screening).

L'entità e le caratteristiche specifiche dell'impatto sulla salute delle disuguaglianze sociali vengono approfonditi trasversalmente nei capitoli sui singoli temi di salute.

Commento

In tema di situazione economica e di disuguaglianze sociali, il Trentino si presenta come un'isola felice nel contesto italiano. All'interno di una popolazione con un reddito medio soddisfacente come quella trentina, permangono comunque strati di popolazione con condizioni economiche tali da impedire il conseguimento di uno standard di vita accettabile.

Risulta sempre più evidente che, nelle società benestanti come la nostra, molti problemi non sono dovuti a un livello medio di ricchezza non abbastanza elevato, ma alle eccessive disparità tra i diversi membri della società nella disponibilità dei beni materiali.

In pratica, una volta raggiunto un certo livello di base di benessere materiale, l'ulteriore crescita economica in termini di reddito medio e di possesso di merci di consumo non aumenta il benessere, la soddisfazione, la felicità o la salute. Diventa quindi fondamentale puntare al sostegno degli strati più bisognosi, anche attraverso politiche di redistribuzione del reddito che riducano il divario sociale tra ricchi e poveri.

Vivere in una società più egualitaria risulta vantaggioso per tutti: non solo per i meno abbienti, ma anche per lo strato privilegiato della società.

Per approfondire

- ISTAT, *Noi – Italia. 100 statistiche per capire il paese in cui viviamo*, <http://noi-italia.istat.it/>
- OMS, *I determinanti sociali della salute, I fatti concreti*, Edizioni Provincia Autonoma di Trento, 2006, <http://www.trentinosalute.net/Contenuti/Pubblicazioni/>

Archivio-storico/Fuori-collana/3-I-determinanti-sociali-della-salute.-I-fatti-concreti

- COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (WHO, 2008), *Closing the gap in a generation*, http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf
- KATE PICKETT, RICHARD G. WILKINSON, *La misura dell'anima, Perché le disuguaglianze rendono le società più infelici*, Feltrinelli, 2009
- “Independent Inquiry into Inequalities” in *Health Report (Acheson Report)*, <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/part1b.htm>

Il livello di istruzione

Le condizioni e le risorse fondamentali per la salute sono la pace, l'abitazione, l'istruzione, il cibo, un reddito, un ecosistema stabile, le risorse sostenibili, la giustizia sociale e l'equità. Il miglioramento dei livelli di salute deve essere saldamente basato su questi prerequisiti fondamentali.

CARTA DI OTTAWA PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Il livello di istruzione è uno dei determinanti più importanti della salute (è infatti associato a quasi tutti gli indicatori di salute di una popolazione) e riveste particolare importanza anche per il pieno e consapevole esercizio dei diritti di cittadinanza.

La spesa pubblica per l'istruzione e la formazione

Secondo l'ISTAT, la spesa in istruzione e formazione – misurata in rapporto al prodotto interno lordo (PIL) – rappresenta uno degli indicatori chiave per valutare le policy attuate in materia di crescita e valorizzazione del capitale umano. L'indicatore consente di quantificare, a livello nazionale e internazionale, quanto i paesi spendono per migliorare le strutture e incentivare insegnanti e studenti a partecipare ai percorsi formativi. In Trentino la spesa pubblica per l'istruzione e la formazione è pari al 4,4% del PIL (dato del 2007, ultimo dato disponibile). Questo dato risulta sovrapponibile alla media ita-

liana, ma è superiore rispetto alle aree del Centro Nord. Mentre a livello nazionale la spesa rimane stabile nel tempo, in Trentino si registra un aumento a partire dal 2002. Le regioni del Mezzogiorno, caratterizzate da una maggiore presenza di popolazione in età scolare, sono quelle che investono relativamente di più in questo settore, con quote pari a circa il 7% del PIL nel periodo 2004-2007 [figura 1].

La spesa pubblica per l'istruzione italiana e trentina risulta inferiore al valore medio dell'UE-27 (5,6%) e a quello della maggioranza dei paesi europei.

I 25-64enni con livello di istruzione non elevato

In Trentino, nel 2010, il 34,6% (il 45,2% a livello nazionale) della popolazione tra i 25 e i 64 anni di età ha conseguito come tito-

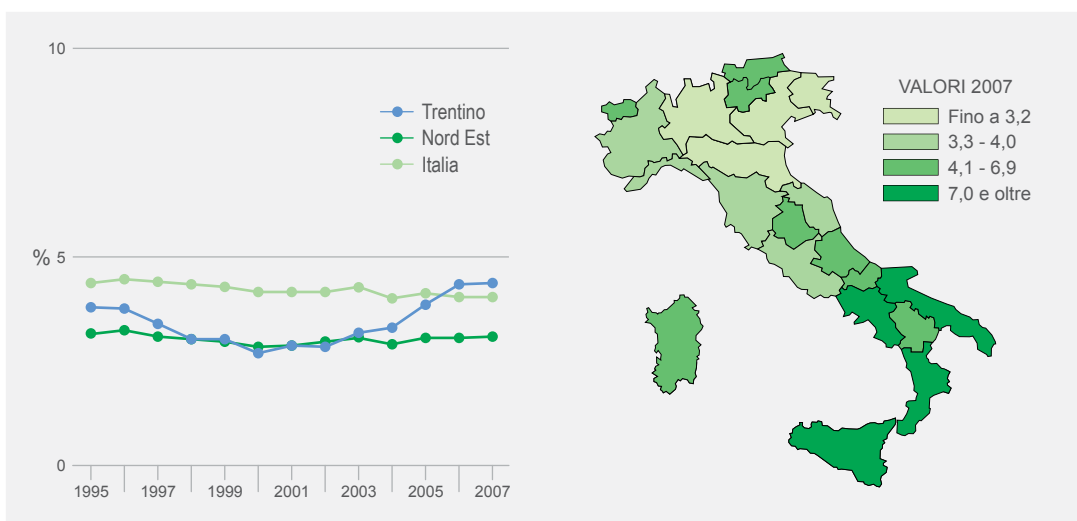
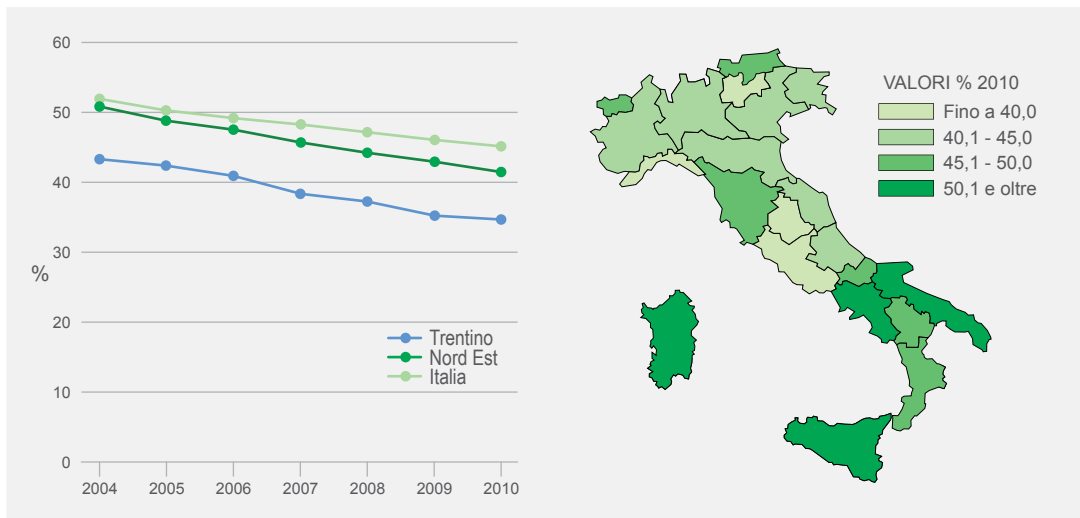


Figura 1
Spesa pubblica (in percentuale del PIL) per l'istruzione e la formazione, per regione.
ISTAT, 1995-2007

Figura 2
Popolazione in età 25-64 anni che ha conseguito al più un livello di istruzione secondaria inferiore, per regione. ISTAT, 2004-2010



lo di studio più elevato la licenza di scuola media (denominata “scuola secondaria di primo grado” nella “riforma Moratti”, varata con la Legge n. 53 del 2003).

Il valore registrato in Trentino risulta tra quelli più bassi in tutta l'Italia, ma risulta ancora superiore alla media UE-27 (27,3%).

Percentuali più elevate di persone con basso livello di istruzione rispetto a quelli del Trentino e dell'Italia vengono registrate solo in Grecia, Spagna, Portogallo e Malta.

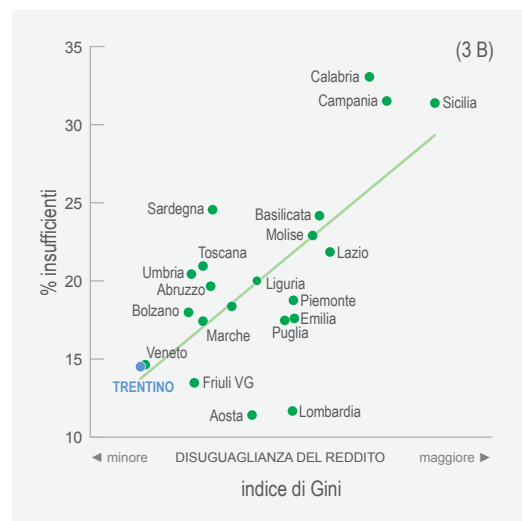
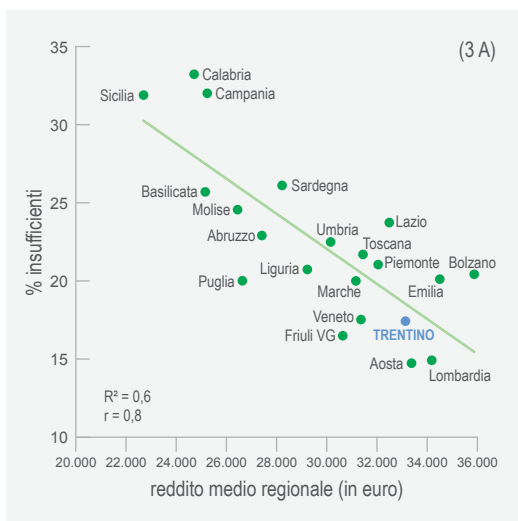
Nel periodo 2004-2010 il livello di istruzione della popolazione adulta mostra un miglioramento progressivo, ancorché contenuto, pari a poco più di un punto percentuale all'anno [figura 2].

I livelli di competenza degli studenti 15enni

L'aumento dei livelli di competenza della popolazione è uno degli obiettivi al centro dell'agenda di Lisbona e del suo follow up fino al 2020. Il progetto PISA (Programme for International Student Assessment), promosso dall'OCSE (e realizzato in Italia dall'INVALSI, quale Centro nazionale di riferimento del PISA Governing Board), si propone di valutare a che livello gli studenti 15enni, vicini alla fine dell'istruzione obbligatoria, abbiano acquisito le competenze relativamente a tre ambiti di indagine: lettura, matematica e scienze.

Per quanto riguarda la lettura, in Trentino il 14,5% degli studenti 15enni risulta incompetente (il 21% a livello nazionale). Tale percentuale pone il Trentino al quarto posto in Italia e anche in Europa, dopo Finlandia (8,1%), Estonia (13,3%) e Olanda (14,4%). L'Italia si colloca al 16° posto nell'UE-27.

Figura 3
Insufficienza della lettura: correlazione con reddito medio (figura 3A) e con disuguaglianza all'interno delle regioni (figura 3B). Elaborazione su dati ISTAT



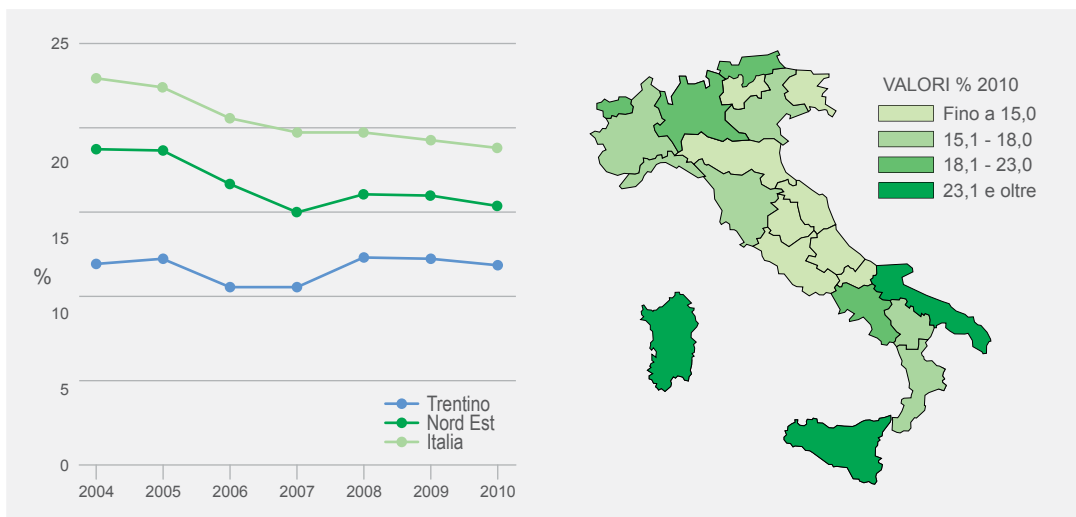


Figura 4
Giovani che abbandonano prematuramente gli studi, per regione (valori percentuali).
ISTAT, 2004-2010

Nella matematica, in Trentino il 14,4% degli studenti 15enni risulta incompetente (il 25% in Italia). Tale percentuale pone il Trentino al secondo posto in Italia e, come per la lettura, al quarto posto in Europa, sempre dopo Finlandia (7,8%), Estonia (12,6%) e Olanda (13,4%). L'Italia si colloca al ventitreesimo posto nell'UE-27 (solo Lituania, Grecia, Romania, Bulgaria presentano valori peggiori).

Nelle scienze, il 12% degli studenti trentini 15enni risulta incompetente, (il 20,6% in Italia) ponendo il Trentino al quinto posto nella classifica italiana.

Il livello di competenza degli studenti è fortemente correlato non solo con il reddito medio delle singole regioni, ma anche con la distribuzione del reddito all'interno delle regioni stesse (disuguaglianza misurata attraverso l'indice di Gini, vedi capitolo "Situazione economica e disuguaglianze sociali"): la competenza degli studenti è migliore nelle regioni con meno divario sociale al proprio interno indipendentemente dal reddito medio [figura 3].

I giovani che abbandonano prematuramente gli studi

La *Strategia Europa 2020* prevede, come obiettivo da raggiungere nel campo dell'istruzione e della formazione, la riduzione al 10% della quota di giovani che lasciano la scuola senza essere in possesso di un adeguato titolo di studio. Per giovani che

abbandonano prematuramente gli studi, si intende la popolazione in età 18-24 anni che, dopo aver conseguito la licenza media, non ha concluso un corso di formazione professionale di almeno 2 anni riconosciuto dalla Regione e non frequenta corsi scolastici o altre attività formative.

La scelta di non proseguire gli studi può essere dovuta sia a disagio sociale sia, laddove esista l'offerta, alla decisione di percepire un reddito proprio entrando il prima possibile nel mondo del lavoro.

In Trentino, nel 2010, l'11,8% dei giovani (il 13,7% dei ragazzi e il 9,9% delle ragazze) ha abbandonato prematuramente gli studi. Valori migliori rispetto alla media nazionale (18,8%, il 22% dei ragazzi e il 15,4% delle ragazze) [figura 4] e anche rispetto alla media europea (14,1%, il 16% dei ragazzi e il 12,2% delle ragazze) [figura 5].

La prevalenza dell'istruzione universitaria tra i 30-34enni

In Trentino, nel 2010, il 22,7% dei 30-34enni è in possesso di un titolo di studio universitario (il 19,4% degli uomini e il 26% delle donne), con un incremento in confronto al 2004 di 8,1 punti percentuali, superando la media nazionale e anche quella del Nord Est (entrambi al 19,8%) [figura 6], ma ancora lontano dall'obiettivo fissato dalla Commissione europea nel-

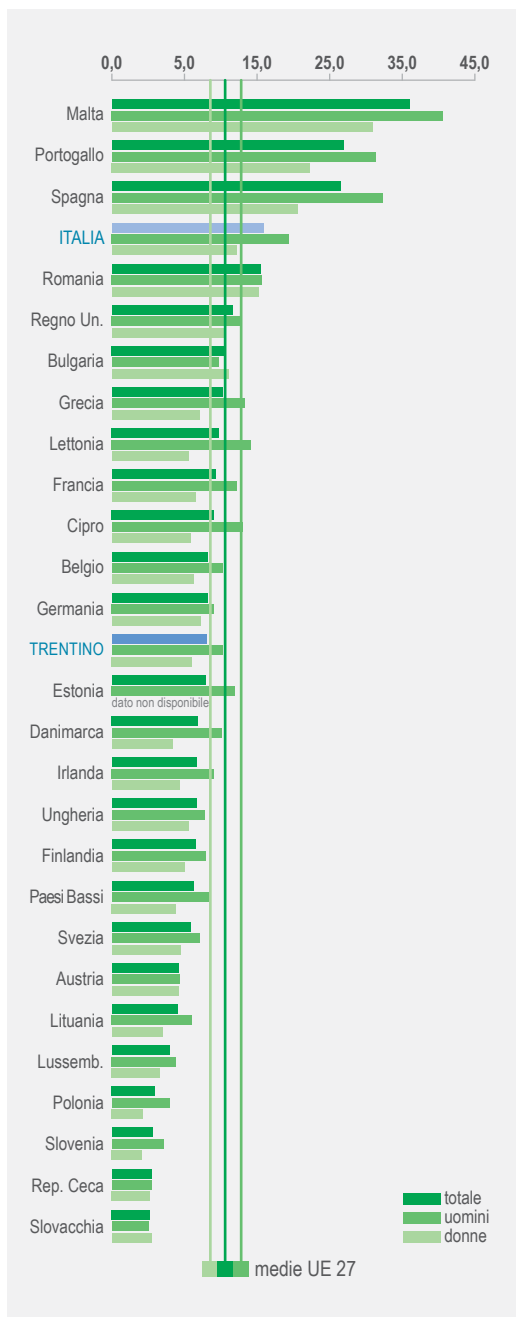


Figura 5
Giovani che abbandonano prematuramente gli studi, per genere, nei paesi UE (valori percentuali).
EUROSTAT, 2010

la *Strategia Europa 2020* (almeno il 40 per cento dei giovani tra i 30 e i 34 anni con un titolo di studio universitario o equivalente).

Anche l'obiettivo paese-specifico dell'Italia (27%) non è stato raggiunto, ma può essere alla portata del Trentino se verranno mantenuti i ritmi di crescita registrati in passato.

Circa la metà dei paesi dell'Unione europea (Cipro, Francia, Belgio, Regno Unito, Spagna e i paesi del Nord Europa) ha già raggiunto nel 2010 l'obiettivo fissato nella *Strategia Europa 2020*.

L'Italia presenta invece un valore dell'indicatore inferiore di quasi 14 punti alla media UE (che è pari al 33,6%), collocandosi nella terza peggiore posizione, prima di Romania e Malta. La collocazione del Trentino sarebbe appena migliore: nella sesta peggiore posizione.

I giovani che non lavorano e non studiano

I giovani non più inseriti in un percorso scolastico/formativo, ma neppure impegnati in un'attività lavorativa e quindi con maggiore difficoltà di inserimento/reinserimento, vengono denominati con il termine anglosassone NEET (Not in Education, Employment or Training).

In Trentino, nel 2010, il 13,8% della popolazione tra i 15 e i 29 anni risulta fuori dal circuito formativo e lavorativo (in Italia

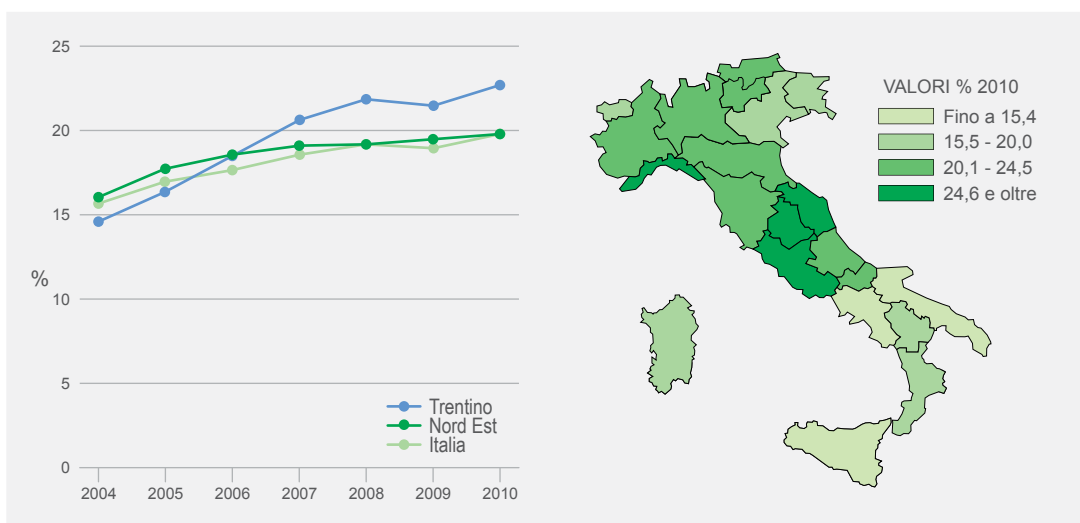


Figura 6
Popolazione in età 30-34 anni che ha conseguito un titolo di studio universitario, per regione (valori percentuali).
ISTAT, 2004-2010

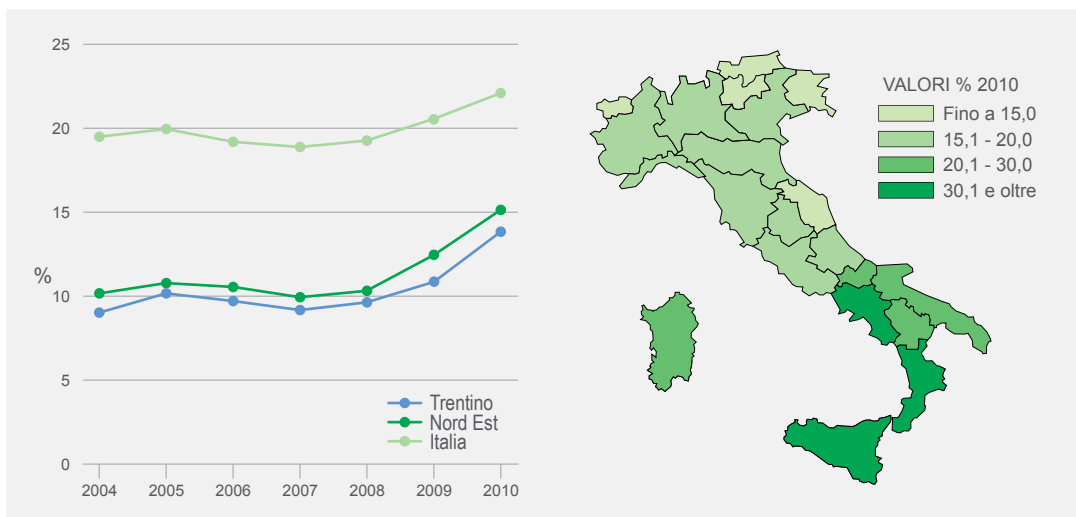


Figura 7
Giovani Neet di 15-29
anni (valori percentuali).
ISTAT, 2004-2010

il 22,1%) [figura 7]. La quota dei NEET è più elevata tra le donne (17,5%) rispetto a quella degli uomini (10,1%) per una differenza di 7,4 punti percentuali; la differenza tra i generi risulta più marcata in Trentino rispetto alla media italiana (24,9% tra le donne vs il 19,3% degli uomini, per una differenza del 5,6%).

Su scala nazionale il Trentino si colloca in seconda posizione (dopo la provincia di Bolzano) per i valori più bassi di giovani NEET.

Su scala europea (UE-27) il Trentino si colloca in una posizione intermedia, con valori di NEET complessivamente al di sotto della media europea (15,3%); tuttavia il valore NEET delle donne trentine (17,3%) è superiore alla media europea. L'Italia risulta al secondo posto (solo la Bulgaria ha valori peggiori) [figura 8].

Dopo un periodo in cui il fenomeno aveva mostrato una leggera regressione (tra il 2005 e il 2007) l'incidenza dei NEET è tornata a crescere durante la recente crisi economica, segnalando l'incremento più sostenuto tra il 2009 e il 2010.

L'apprendimento permanente

Per *apprendimento permanente* l'ISTAT intende la percentuale della popolazione in età 25-64 anni che ha ricevuto istruzione o formazione nelle quattro settimane precedenti l'intervista. Si tratta di un indicatore impor-

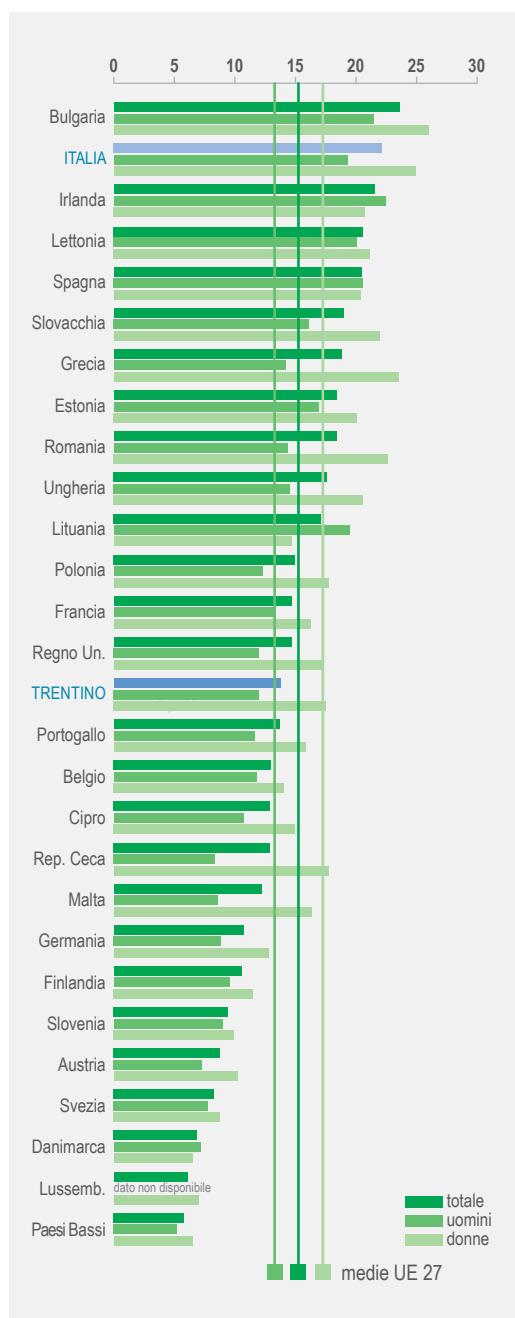
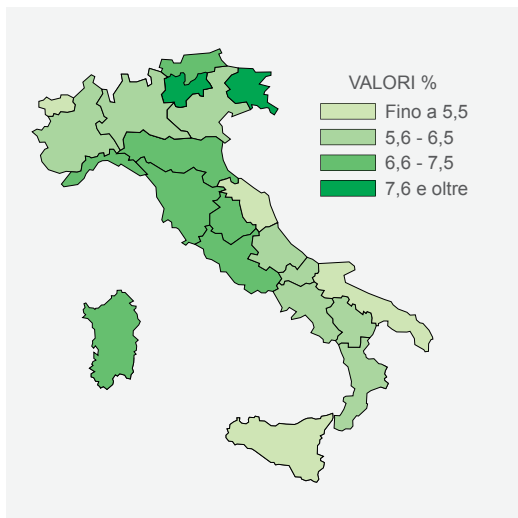


Figura 8
Giovani Neet di 15-29
anni (valori percentuali).
EUROSTAT, 2010

Figura 9
Popolazione in età 25-64 anni che partecipa all'apprendimento permanente, per regione (valori percentuali).
ISTAT, 2010



tante perché misura un requisito essenziale per restare integrati nel mercato del lavoro e per contrastare l'esclusione sociale. La strategia di Lisbona aveva posto, tra i cinque benchmark da raggiungere entro il 2010 nel campo dell'istruzione e della formazione, quello di una quota di adulti impegnati in attività formative pari al 12,5%.

In Trentino l'8,3% degli adulti (il 7,7% degli uomini e l'8,9% delle donne) è impegnato in corsi di formazione. Si tratta della percentuale più elevata in tutta l'Italia (media 6,2%) [figura 9]. Sia in Trentino che in Italia la situazione risulta pressoché invariata dal 2004.

Su scala europea il Trentino si colloca in posizione intermedia, con valori comunque inferiori alla media UE-27 (9,1%, 8,3% per gli uomini e 10% per le donne) [figura 10].

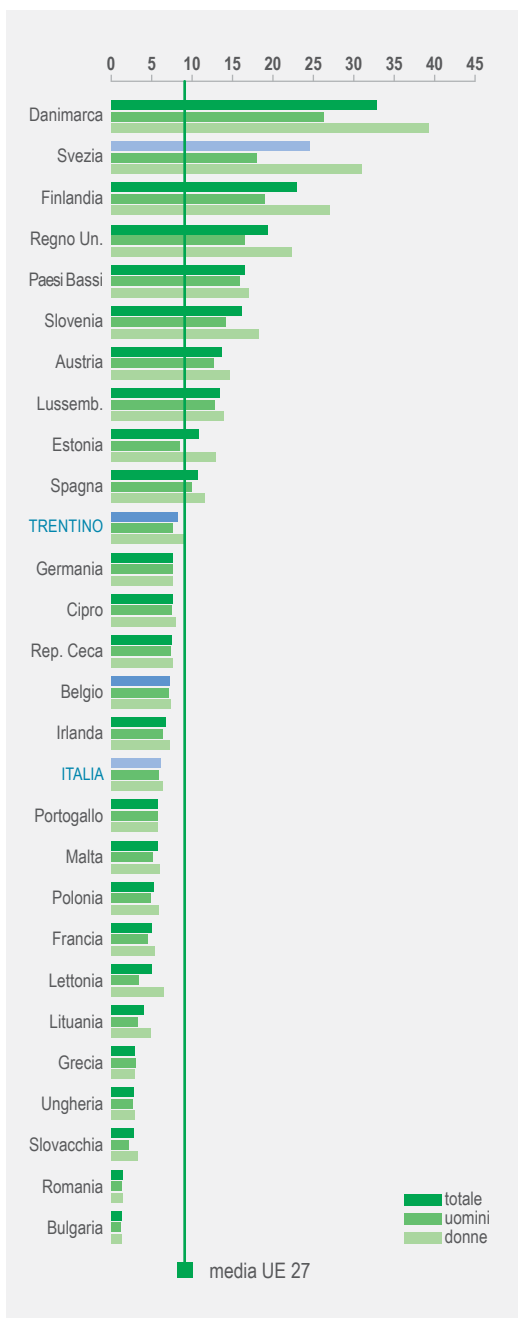
Commento

Per quanto riguarda gli indicatori di monitoraggio dell'istruzione, il Trentino risulta sistematicamente ai primi posti nella classifica italiana per spesa pubblica, livello di istruzione della popolazione, competenza degli studenti, permanenza nel sistema scolastico, passaggio all'università e formazione continua in età adulta. Tuttavia anche il Trentino è ancora lontano non solo dai livelli di eccellenza registrati in alcuni paesi europei, ma anche da molti degli obiettivi fissati dalla Commissione europea (che risultano comunque raggiungibili con qualche sforzo in più).

Attualmente anche in Trentino sono ancora troppi i giovani che abbandonano prematuramente la scuola e troppo pochi quelli che entrano all'università; anche l'adesione alla formazione continua in età adulta potrebbe essere maggiormente diffusa.

Un altro aspetto critico è rappresentato dalle differenze di genere per quanto riguarda i giovani che non studiano e non lavorano. Queste differenze, penalizzanti per le donne, sono ancora molto accentuate anche in

Figura 10
Popolazione in età 25-64 anni che partecipa all'apprendimento permanente, per genere, nei paesi UE (valori percentuali).
EUROSTAT, 2010



Trentino che, da questo punto di vista, non si discosta dal resto d'Italia.

Un commento a parte merita l'elevata competenza degli studenti trentini, che si collocano in ottima posizione anche nella classifica europea.

Per il resto degli indicatori, il Trentino occupa posizioni per lo più intermedie su scala europea, mentre l'Italia, contrassegnata da profonde diseguaglianze tra le varie regioni, si trova spesso tra i paesi con performance peggiore.

Osservando gli indicatori di istruzione a livello europeo sullo sfondo della crisi economica si nota che i paesi maggiormente in crisi, come Grecia, Spagna e Italia, si trovano anche agli ultimi posti nella classifica che riguarda investimenti e formazione culturale.

Per approfondire

- ISTAT, *Noi – Italia. 100 statistiche per capire il paese in cui viviamo*, <http://noi-italia.istat.it/>
- SISTEMA DI MONITORAGGIO PASSI, <http://www.epicentro.iss.it/passi>

Le risorse presenti nella comunità

La promozione della salute agisce attraverso una concreta ed efficace azione della comunità nel definire le priorità, assumere le decisioni, pianificare e realizzare le strategie che consentano di raggiungere un migliore livello di salute. Al cuore di tutto ciò vi è il processo che attribuisce un maggior potere alle comunità, vi è il possesso e il controllo da parte delle comunità stesse dei loro sforzi e dei loro destini. Lo sviluppo della comunità attinge alle risorse umane e materiali esistenti nella comunità stessa per aumentare l'auto-aiuto e il supporto sociale e per sviluppare sistemi flessibili che rafforzino la partecipazione e la direzione pubblica sui temi della salute. Ciò richiede un pieno e continuo accesso alle informazioni, la possibilità di conoscere le opportunità di salute e un adeguato supporto finanziario.

CARTA DI OTTAWA PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Per quanto riguarda le risorse presenti nella comunità, il Trentino si trova in una posizione di relativo privilegio rispetto alle regioni italiane e alla media nazionale. Le persone residenti in Trentino sono impe-

gnate in numerose attività sociali, partecipano a riunioni di associazioni per l'ambiente, per la pace e i diritti civili, sono attive e sostengono anche finanziariamente associazioni culturali e ricreative, asso-

Figura 1
Percentuale di popolazione di 14 anni o più, per attività sociali svolte in Trentino, nel Nord Est e in Italia.
ISTAT, 2011

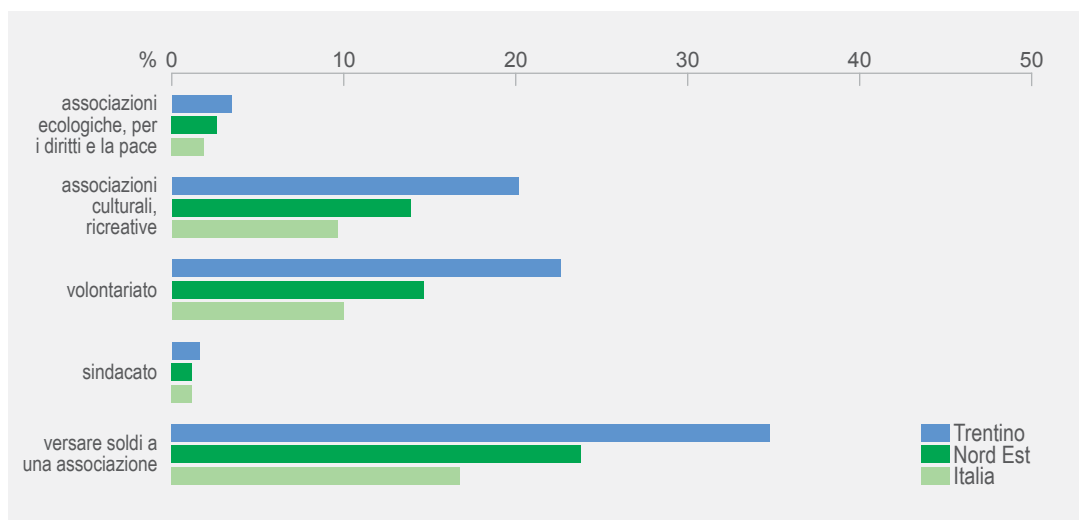
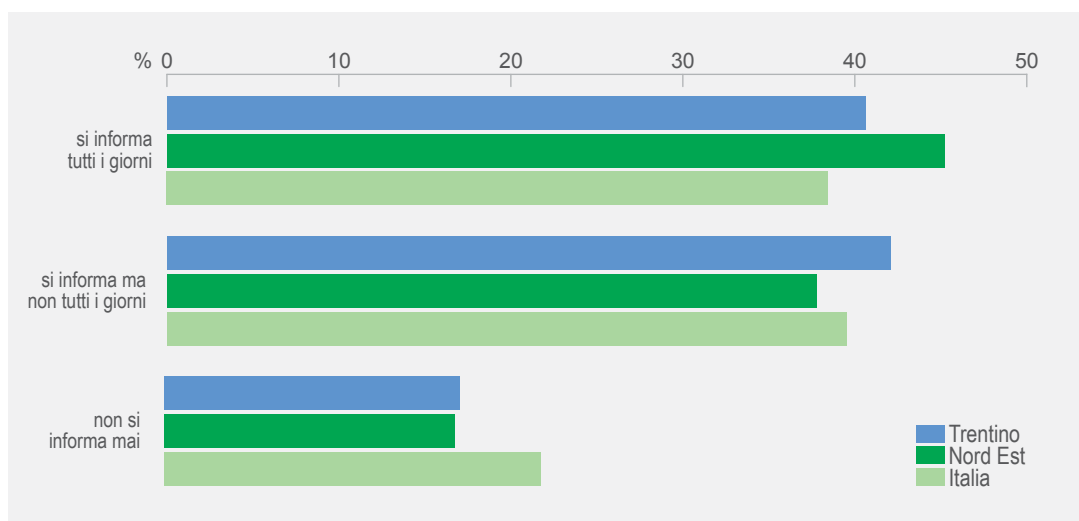


Figura 2
Percentuale di popolazione di 14 anni o più che si informa sui fatti della politica italiana in Trentino, nel Nord Est e in Italia.
ISTAT, 2011



ciazioni di volontariato e gruppi sindacali [figura 1].

Si informano dei fatti della politica italiana [figura 2] non solo attraverso la TV, ma spesso ascoltando la radio (42%, media italiana: 33%), leggendo quotidiani (63%, media italiana: 47%) e settimanali (18%, media italiana: 14%).

Temi politici sono spesso oggetto di conversazione (49% ne parla almeno qualche volta la settimana, media italiana: 43%) e molti trentini partecipano anche a dibattiti (29%, media italiana: 22%) e, più raramente, a comizi (5%) e cortei (5%).

Elevata anche la percentuale di lettori di libri (58%, media italiana: 45%). Il 59% dei residenti in Trentino al di sopra dei 6 anni usa internet (media italiana: 51%).

Rispetto alla media italiana è più elevata anche la percentuale dei cittadini che va a teatro (26%, media italiana: 22%), visita musei (43%, media italiana: 30%), assiste a concerti di musica classica (15%, media italiana: 10%) o di altro genere musicale (25%, media italiana: 21%), a eventi sportivi (32%, media italiana: 28%).

La percentuale di persone che va al cinema è inferiore in Trentino (48%, media italiana: 54%), mentre quella di chi frequenta discoteche è sovrapponibile alla media italiana (22%).

Sono relativamente poche le persone che dichiarano di avere molte difficoltà economiche (6%, media italiana: 13%). Il tasso

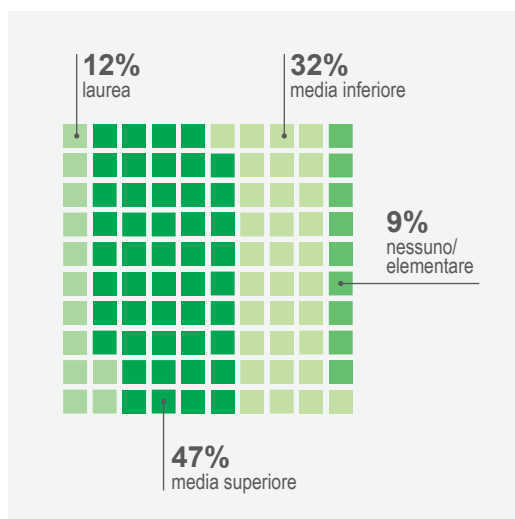


Figura 3
Popolazione del Trentino per titolo di studio (valori percentuali).
ISTAT, 2011

di occupazione è elevato (il 70% della popolazione 18-69 anni dichiara di avere un lavoro regolare, media italiana: 60% – vedi capitolo “Il lavoro”, Figura 1, pag. 28). La maggioranza (59%) della popolazione trentina ha un livello medio-alto di istruzione (scuola media superiore o laurea) [figura 3].

I trentini riescono ad andare in vacanza più frequentemente della media italiana (65%, rispetto al 49% della media italiana). L'88% della popolazione trentina mantiene regolari contatti con amici (media italiana: 87%).

Non sorprende quindi che la percezione positiva della propria salute e la soddisfazione per la situazione economica risultino nettamente superiori non solo alla media italiana, ma anche a quella del Nord Est [figura 4].

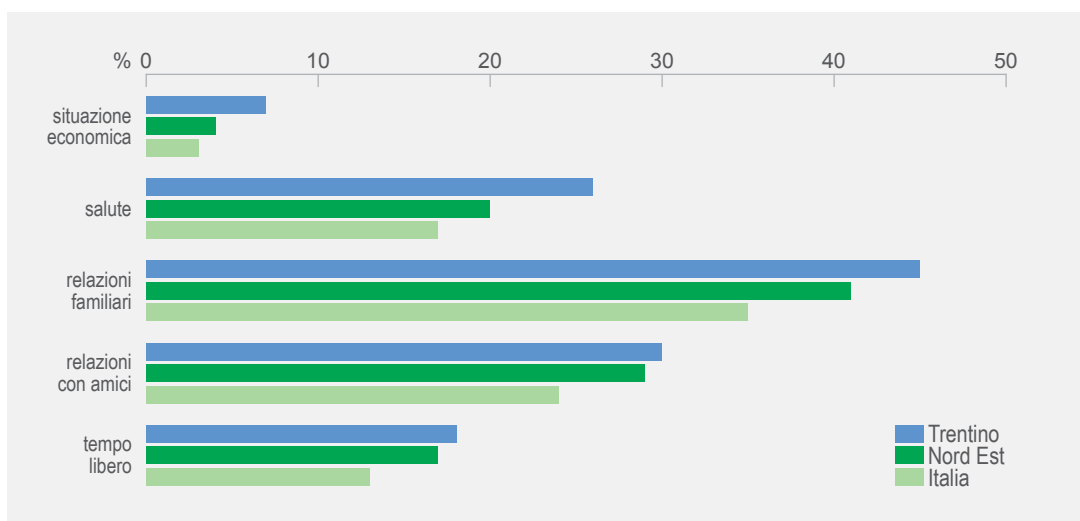



Figura 4
Percentuale di popolazione di 14 anni o più che si dichiara “molto soddisfatto” per ambito di vita in Trentino, Nord Est e in Italia.
ISTAT, 2011



Anche per quanto riguarda il giudizio sulla qualità del tempo libero e la soddisfazione nei rapporti personali con i familiari e con gli amici, le persone residenti in Trentino si dichiarano “molto soddisfatte” più frequentemente della media italiana [figura 5].

Commento

Nonostante la situazione trentina appaia sostanzialmente positiva, soprattutto se confrontata con la media italiana, una parte della popolazione, con scarse risorse economiche e culturali, rimane emarginata. Anche nell’ottica della promozione della salute, a queste persone va dato il necessario supporto perché, attraverso un efficace processo di empowerment, possano partecipare pienamente alla vita comunitaria nei suoi vari momenti, compreso quello decisionale.

Per approfondire

- ISTAT, *Noi – Italia. 100 statistiche per capire il paese in cui viviamo*, <http://noi-italia.istat.it/>

Comportamenti e condizioni legati alla salute

Uno stile di vita salutare riduce significativamente il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari e tumori nonché di morire precocemente e pone le basi per un invecchiamento attivo, cioè permette di rimanere a lungo in buona salute e autonomi anche nella vecchiaia.

Adottare una sana alimentazione, praticare attività fisica, mantenere il peso nella norma, non fumare e non bere più di due bicchieri di alcol al giorno per gli uomini e non più di un bicchiere per le donne (o non bere affatto) sono i modi migliori per combattere efficacemente le malattie cardiovascolari e i tumori.

Adottare uno stile di vita sano non significa stravolgere il proprio regime alimentare o diventare atleti. Effetti salutari si hanno già mangiando cinque porzioni di frutta e verdura tutti i giorni, riducendo il consumo di cibi troppo salati, camminando di buon passo o andando in bicicletta almeno per trenta minuti, cinque giorni la settimana.

In Trentino molte persone adottano già uno stile di vita salutare, per molte altre sarebbe sufficiente un piccolo sforzo per incrementarne ulteriormente i vantaggi. Una minoranza, invece, ha ancora difficoltà e va quindi sostenuta anche attraverso politiche e interventi di sanità pubblica per rendere più facile la scelta salutare.

In questo ambito il lavoro dei sanitari è di fondamentale importanza, sia per i loro frequenti contatti con una larga fetta di popolazione, sia per la fiducia di cui godono presso di essa. Infatti, i soli consigli (anche brevi) dati dai sanitari ai propri assistiti, si sono dimostrati efficaci nel modificare gli stili di vita in molti ambiti (fumo, attività fisica, dieta, consumo di alcol). Inoltre la capacità del medico di affrontare l'argomento degli stili di vita è apprezzata molto dai pazienti e considerata segno di una buona relazione medico-paziente.

In questa sezione verranno presi in esame i quattro comportamenti più importanti in relazione al loro effetto sulle quattro malattie cronico-degenerative più frequenti (malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie e diabete): attività fisica, abitudine al fumo, consumo di alcol, alimentazione e stato nutrizionale.

La fonte dei dati è rappresentata dal sistema di monitoraggio PASSI (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia).

PASSI è un sistema di monitoraggio della popolazione adulta al quale collaborano tutte le regioni e le province autonome. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Personale delle ASL, specificamente formato, effettua interviste telefoniche (in Trentino attualmente circa cinquanta al mese) con un questionario standardizzato a un campione rappresentativo della popolazione tra 18 e 69 anni. I dati presentati si riferiscono all'arco temporale 2008-2011 (2.800 interviste: tasso di risposta 86%, rifiuti 9%, non reperibili telefonicamente 5%).

Vengono inoltre affrontate le dipendenze da sostanze illegali e le ludopatie.

L'attività fisica

L'attività fisica praticata regolarmente induce numerosi benefici per la salute, aumenta il benessere psicologico e svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione delle malattie cronico degenerative. Per godere dei vantaggi di salute dell'attività fisica non occorre diventare atleti. Primi effetti sulla salute si osservano già a partire da poche ore settimanali di attività e crescono con l'aumento della quantità di attività fisica praticata.

Tuttavia, il livello dell'attività fisica minima raccomandato nella popolazione adulta è di trenta minuti di attività moderata al giorno per almeno cinque giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di venti minuti per almeno tre giorni alla settimana.

Sedentarietà e cattiva alimentazione contribuiscono in larga misura al carico di morbidità, disabilità e mortalità della popolazione.

Il rischio di ammalarsi a causa del proprio comportamento è maggiore nei fumatori rispetto a quello dei sedentari, tuttavia, data l'elevata prevalenza della sedentarietà, la frazione attribuibile nella popolazione (population attributable fraction, PAF), cioè la stima dei casi incidenti che non si verificherebbero in assenza di un particolare fattore di rischio, è all'incirca la stessa per il fumo e per la sedentarietà. Infatti, a livello globale, il numero annuale di morti attribuibili alla sedentarietà è all'incirca lo stesso di quello attribuibile al fumo di tabacco [figura 1].

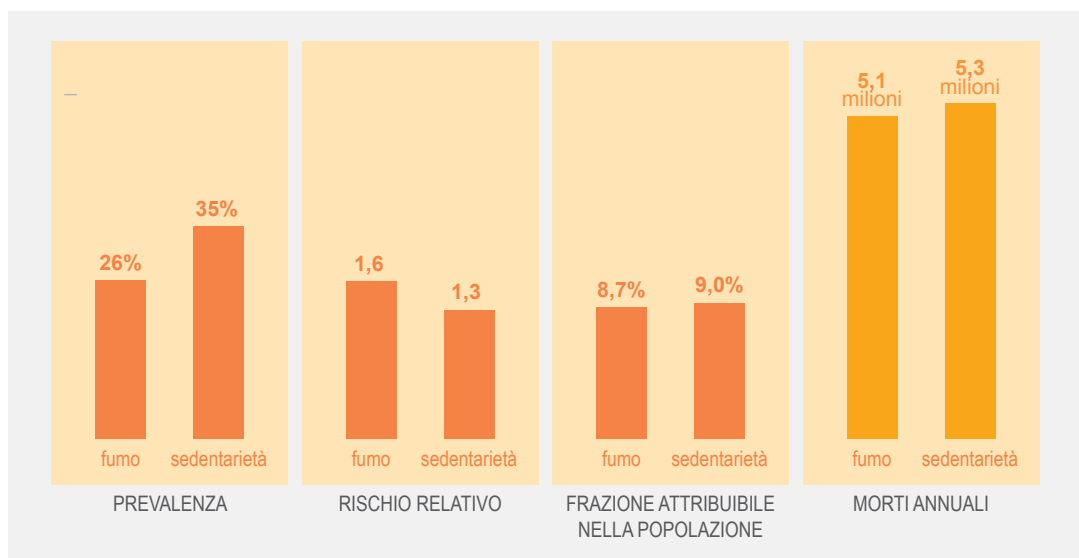


Figura 1

Confronto dell'impatto sulla salute del fumo e della sedentarietà a livello globale.

CHI PANG WEN, XIFENG WU, "Stressing harms of physical inactivity to promote exercise", *The Lancet*, Vol. 380, Issue 9838, p. 192-193, 21 luglio 2012

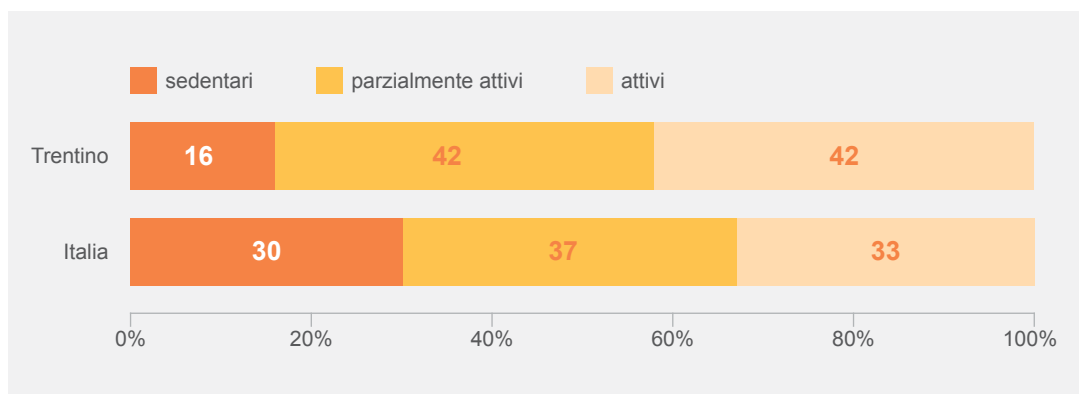


Figura 2

Livello di attività fisica in provincia di Trento.

PASSI, 2008-2011

La lotta alla sedentarietà è quindi da considerarsi una priorità di sanità pubblica almeno pari alla lotta contro il fumo di tabacco.

Le persone fisicamente attive e i sedentari: caratteristiche e andamenti temporali

Il 42% dei trentini tra i 18 e i 69 anni adotta uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; un altro 42% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 16% è completamente sedentario.

Questo significa che circa 57.000 persone in età adulta non praticano nessun tipo di attività fisica [figura 2].

ATTIVO Fa un lavoro pesante oppure aderisce alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)

PARZIALMENTE ATTIVO Non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

SEDENTARIO Non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero

La sedentarietà, in Trentino, cresce all'aumentare dell'età, è più diffusa nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche [figura 3].

Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, ciò che resta associato in maniera significativa alla sedentarietà è per gli uomini l'età anziana, l'aver difficoltà economiche e l'essere cittadino straniero, per le donne la bassa istruzione e la cittadinanza straniera.

La residenza non influisce sulla sedentarietà, infatti l'analisi territoriale non fa emergere differenze tra i distretti trentini [figura 4].

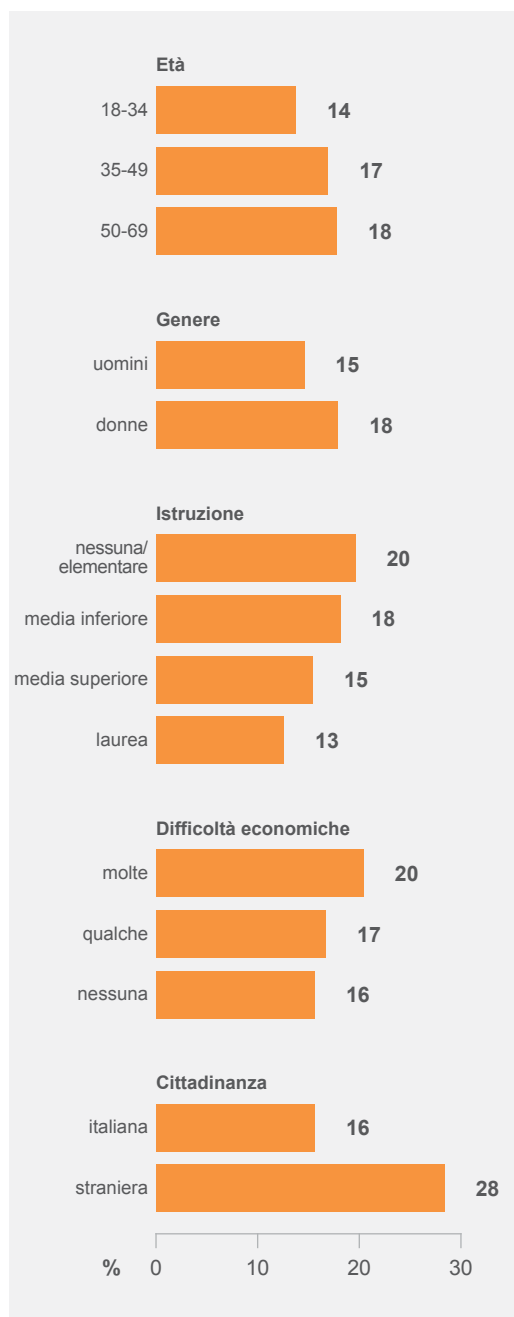


Figura 3
Sedentari in provincia di Trento: prevalenze per caratteristiche socio-demografiche.
PASSI, 2008-2011

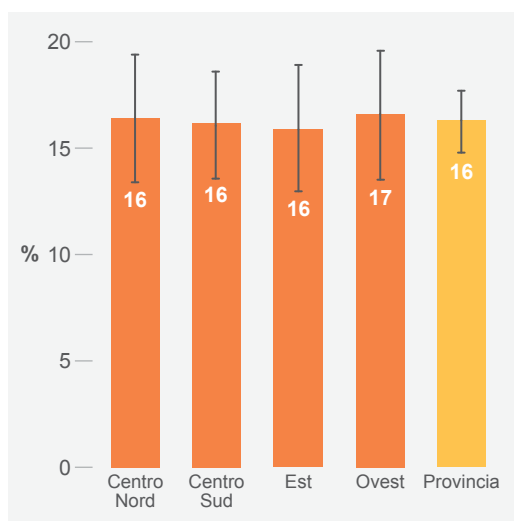


Figura 4
Sedentari in provincia di Trento: prevalenze per distretto di residenza.
PASSI, 2008-2011

L'andamento temporale della prevalenza di sedentarietà in Trentino indica una tendenza alla crescita: si passa dal 14% del 2008 al 18% del 2011.

La variazione del trend tuttavia non risulta significativa [figura 5].

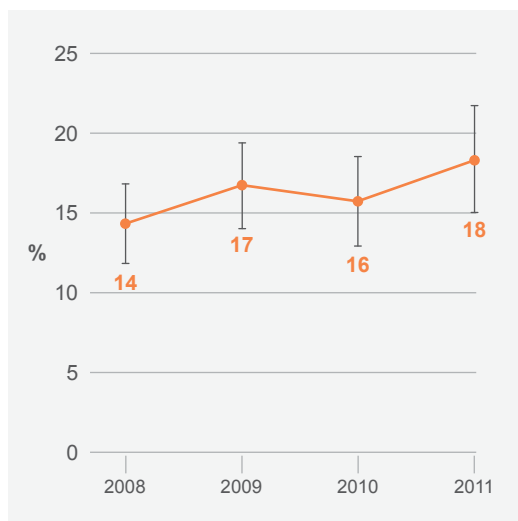


Figura 5

Sedentari in provincia di Trento, prevalenze per anno.
PASSI, 2008-2011



Figura 6

Sedentari in Italia: prevalenza per regione di residenza.
PASSI, 2008-2011

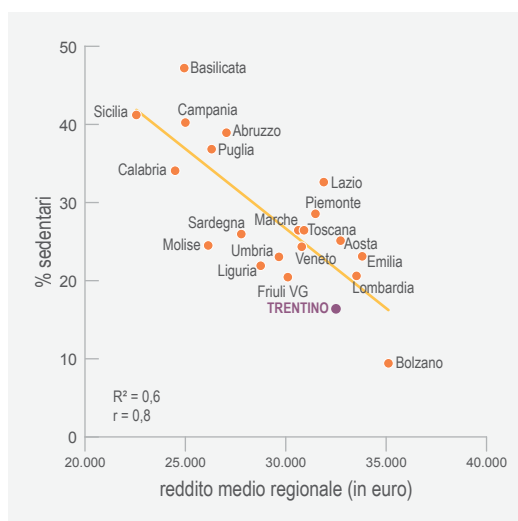


Figura 7

Sedentari in Italia: prevalenza per regione di residenza e reddito medio regionale.

Elaborazione su dati PASSI, 2011

A un confronto nazionale i trentini risultano tra i meno sedentari, sono più attivi solo gli altoatesini. Mediamente in Italia la prevalenza di sedentarietà è del 30% con un chiaro gradiente nord-sud, a favore delle regioni meridionali [figura 6]. La provincia di Bolzano presenta la percentuale di sedentari significativamente più bassa (9%), mentre in Basilicata si registra quella significativamente più alta (47%).

La sedentarietà risulta fortemente correlata anche con la disparità nella distribuzione dei redditi tra regioni: in quelle con reddito minore la sedentarietà risulta più elevata [figura 7].

La percezione del proprio livello di attività fisica

La percezione che la persona ha del livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo. Tra le persone attive, il 34% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente, mentre il 44% delle persone parzialmente attive e il 19% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente [figura 9]. In Italia la quota di persone sedentarie che percepisce erroneamente come sufficiente il proprio livello di attività fisica è pari al 20%, al 49% per le persone parzialmente attive.

La promozione dell'attività fisica

In provincia di Trento, nel periodo 2008-2011, solo al 39% di chi è stato dal medico nell'ultimo anno viene chiesto se svolge attività fisica e solo al 36% viene consigliato di farla regolarmente.

L'interesse da parte degli operatori sanitari sulla pratica dell'attività fisica è abbastanza omogeneo nei distretti trentini. Infatti la percentuale di persone a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica da parte del medico varia dal 36% del distretto Ovest al 43% di distretto Centro Nord. Mentre la percentuale di persone a cui è stato consigliato di fare attività fisica varia dal 35% dei distretti Est e Centro Sud al 39% del distretto Centro Nord [figura 10].

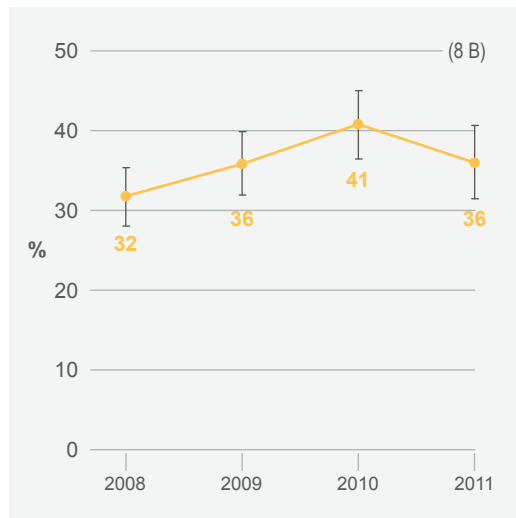
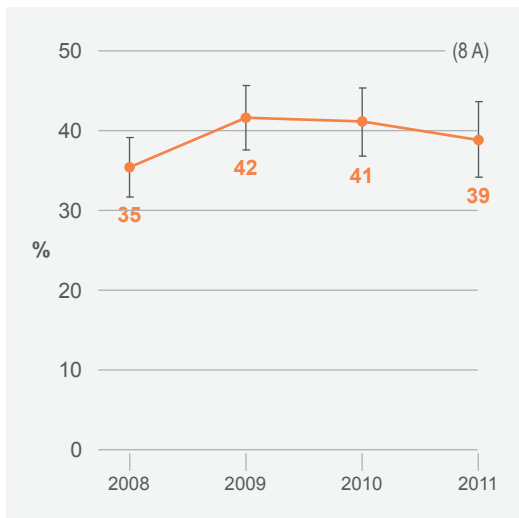


Figura 8

Persone a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica (figura 8 A) e % di persone che hanno ricevuto il consiglio di praticare attività fisica (figura 8 B). Prevalenze per anno. PASSI, 2008-2011

L'interesse da parte degli operatori sanitari sulla pratica dell'attività fisica non risulta modificato nel quadriennio 2008-2011 [figura 8].

Così come la prevalenza di sedentarietà, anche l'attenzione degli operatori sanitari si distribuisce in modo disomogeneo sul territorio italiano: la percentuale di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica è mediamente del 31%, si osservano differenze significative nel confronto tra le regioni, con una minore attenzione del medico o dell'operatore sanitario in alcune regioni meridionali. La prevalenza più bassa si registra in Basilicata (23%), quella più alta in Trentino e in Sardegna (39%) [figura 11].

Commento

La maggior parte dei trentini svolge almeno qualche tipo di attività fisica: il 42% è fisicamente attivo secondo le linee guida e il 42% parzialmente attivo, valori decisamente superiori rispetto alla media nazionale. Tuttavia nella popolazione tra 18 e 69 anni circa una persona su sei risulta completamente sedentaria (non svolge nessun tipo di attività fisica, né al lavoro, né nel tempo libero). La sedentarietà aumenta con l'aumentare dell'età e risulta più diffusa tra le persone con il livello di istruzione più basso, tra coloro che riferiscono di avere molte difficoltà economiche e tra gli stranieri. Come nel resto del paese, il numero di sedentari in Trentino non è diminuito dal 2007. Inoltre

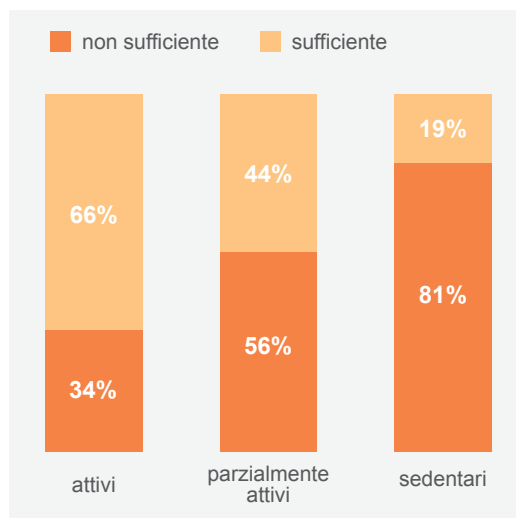


Figura 9

Autopercezione del livello di attività fisica praticata. Distribuzione della percezione per categoria di attività fisica. PASSI, 2008-2011

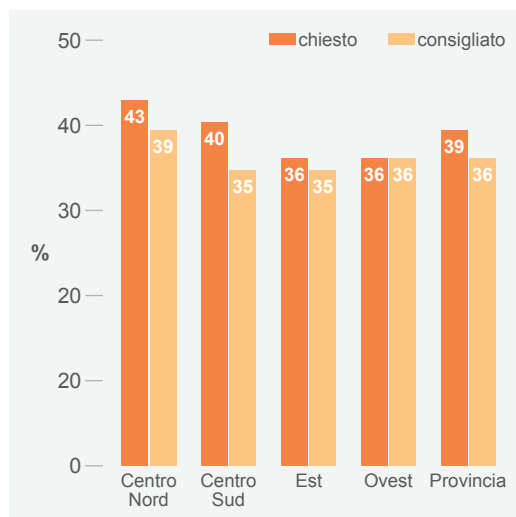


Figura 10

Persone a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica e % di persone che hanno ricevuto il consiglio di fare più attività fisica, per distretto di residenza. PASSI, 2008-2011

circa un quinto dei sedentari ritiene di praticare sufficiente attività fisica.

Occorre quindi puntare sia sulla sensibilizzazione dei sedentari, sia sull'aumento della consapevolezza della larga fetta di po-

re psicologico e sulle positive conseguenze ambientali e sociali.

Tutti i progressi dovranno infine essere misurati anche in termini di una riduzione delle disuguaglianze sociali, particolarmente accentuate nell'ambito dell'attività fisica. In questo ambito assume particolare importanza l'obiettivo del programma *Guadagnare Salute* di "rendere facile" al cittadino la scelta del movimento, a partire dalla realizzazione di un ambiente favorevole attraverso il coinvolgimento dei diversi settori della società.

A tale proposito, oltre alla promozione dell'attività fisica in ambito scolastico, il Piano Provinciale della Prevenzione 2010-2012 contiene dei progetti di diffusione e valorizzazione dei percorsi salutari realizzati in alcuni comuni del Trentino, investendo anche sull'attività, di provata efficacia, dei medici di medicina di base di "prescrivere" l'attività fisica ai loro assistiti.

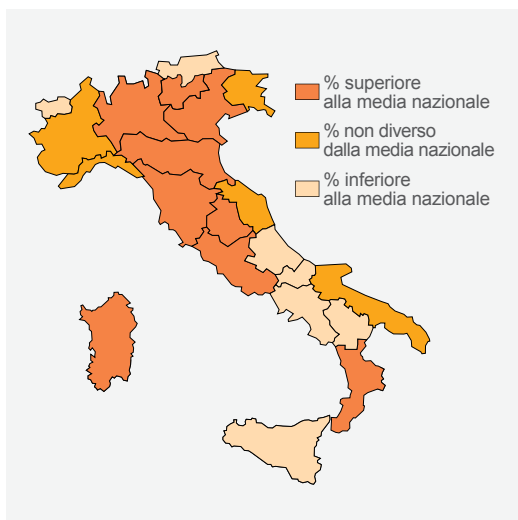


Figura 11
 Persone a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica. Prevalenze per regione di residenza. PASSI, 2008-2001

polazione parzialmente attiva, per la quale non dovrebbe essere troppo difficile incrementare il proprio livello di attività fisica per poter godere di tutti i vantaggi di salute che uno stile di vita più attivo comporta. In questo contesto appare opportuno sottolineare maggiormente i numerosi effetti "collaterali" dell'attività fisica sul benesse-

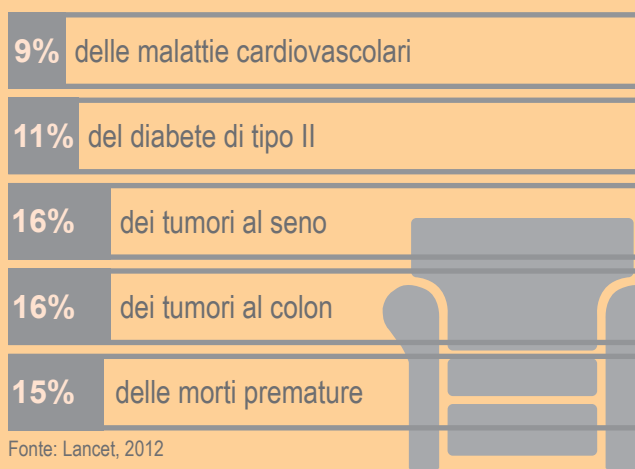
EFFETTI DELL'ATTIVITÀ FISICA SULLA SALUTE

RIDUCE

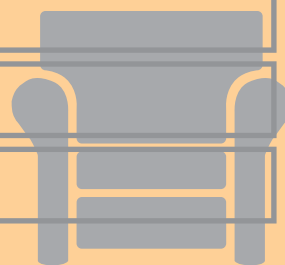
- ▶ la mortalità per tutte le cause
- ▶ le malattie cardiovascolari
- ▶ l'ipertensione
- ▶ l'ictus
- ▶ la sindrome metabolica
- ▶ il diabete di tipo II
- ▶ il cancro al seno
- ▶ il cancro al colon
- ▶ la depressione
- ▶ le cadute
- ▶ FAVORISCE il rafforzamento osseo
- ▶ MIGLIORA le funzioni cognitive
- ▶ PROVOCA perdita di peso, soprattutto se associato alla riduzione di calorie
- ▶ MIGLIORA la fitness cardiovascolare e muscolare



IN ITALIA LA SEDENTARIETÀ È CAUSA DI



Fonte: Lancet, 2012



Da settembre 2012 è inoltre attiva una collaborazione tra Assessorato alla salute e politiche sociali, Azienda per i servizi sanitari e Università della terza età e del tempo disponibile (UTETD) finalizzata a garantire l'offerta di corsi di educazione al movimento alla popolazione adulta-anziana e a quella affetta da malattie croniche (specialmente malattie reumatiche) su tutto il territorio trentino.

LIAM HASKELL, ULF EKELUND, for the Lancet Physical Activity Series Working Group, "Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects", *The Lancet*, Volume 380, Issue 9838, Pages 247 - 257, 21 July 2012

- CHI PANG WEN, XIFENG WU, "Stressing harms of physical inactivity to promote exercise", *The Lancet*, Volume 380, Issue 9838, Pages 192 - 193, 21 July 2012

Per approfondire

- *La Carta di Toronto per l'Attività Fisica: una chiamata globale all'Azione*, Toronto 2010, <http://www.globalpa.org.uk/pdf/torontocharter-italian-20may2010.pdf>
- WHO (2010), *Global Recommendations on Physical activity for Health*, http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html
- U.S.DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2008): *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report*, <http://www.health.gov/paguidelines/report/>
- I-MIN LEE, ERIC J SHIROMA, FELIPE LOBELO, PEKKA PUSKA, STEVEN N BLAIR, PETER T KATZMARZYK, for the Lancet Physical Activity Series Working Group, "Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy", *The Lancet*, Volume 380, Issue 9838, Pages 219 - 229, 21 July 2012
- KARIM M KHAN, ANGELA M THOMPSON, STEVEN N BLAIR, JAMES F SALLIS, KENNETH E POWELL, FIONA C BULL, ADRIAN E BAUMAN, "Sport and exercise as contributors to the health of nations", *The Lancet*, Vol 380, July 7, 2012
- INGER THUNE, "Cancer", in: *Physical Activity in the Prevention and Treatment of Disease*, Professional Associations for Physical Activity, Sweden, 2010
- PEDRO C HALLAL, LARS BO ANDERSEN, FIONA C BULL, REGINA GUTHOLD, WIL-

L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. L'11% dei decessi per cardiopatia ischemica, prima causa di morte a livello mondiale, ma anche provinciale, è attribuibile al fumo di tabacco, così come il 70% dei decessi per tumore dei polmoni, della trachea e dei bronchi.

Il fumo di tabacco rappresenta il primo fattore di rischio evitabile di morte prematura. Nel mondo è responsabile di un decesso ogni dieci tra gli adulti [figura 1].

In Italia si stima che fra i 70 e gli 80 mila decessi all'anno siano attribuibili all'abitudine al fumo con oltre un milione di anni di vita potenziale persi.

I costi economici sono altrettanto devastanti e non si limitano alla spesa sanitaria per curare le malattie provocate dal tabacco. Le vittime muoiono durante il periodo più produttivo della loro vita e quando sono ancora in vita i fumatori sono meno produttivi proprio a causa dell'aumento della morbilità.

L'esperienza mostra che ci sono numerose misure di lotta al fumo, le più efficaci e meno costose consistono in misure politiche

applicabili a tutta la popolazione: divieto di pubblicità diretta o indiretta, tassazioni, aumento dei prezzi, divieto di fumare in tutti i luoghi pubblici e sul posto di lavoro.

In Italia negli ultimi quaranta anni la percentuale di fumatori si è progressivamente ridotta negli uomini, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere in alcune regioni valori paragonabili nei due generi. È inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

NON FUMATORE Persona che non ha mai fumato o ha fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente non fuma.

FUMATORE Persona che ha fumato 100 o più sigarette nella sua vita e che fuma tuttora (o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi).

FUMATORE IN ASTENSIONE Fumatore che ha smesso di fumare da meno di sei mesi.

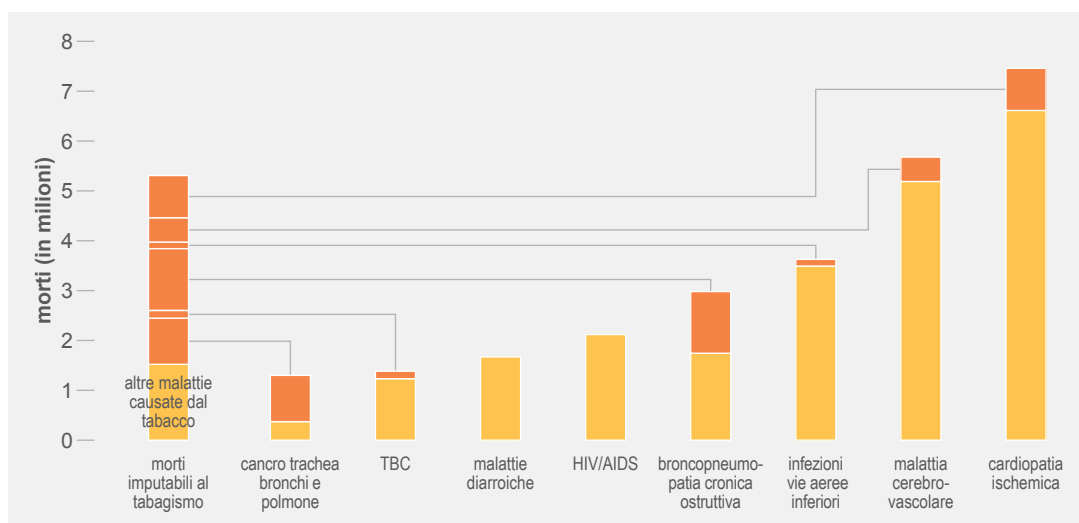
FUMATORE OCCASIONALE Fumatore che non fuma tutti i giorni.

FUMATORE QUOTIDIANO Fumatore che fuma almeno una sigaretta ogni giorno.

EX FUMATORE Persona che attualmente non fuma e che ha smesso da almeno sei mesi.

Figura 1
Le otto cause maggiori di morte e le frazioni attribuibili al fumo di tabacco.

WHO, World Health Statistics, 2008



I fumatori: caratteristiche e andamenti temporali

Nel periodo 2008-2011 in provincia di Trento, circa la metà degli adulti di 18-69 anni è non fumatore, il 24% è classificabile come ex-fumatore e il 23% è fumatore. Il restante 2% si ripartisce tra fumatori in astensione e occasionali [figura 2]. Si stima quindi che tra la popolazione adulta trentina ci siano quasi 82.000 fumatori.

I fumatori abituali fumano in media 12 sigarette al giorno. Tra questi, il 6% ne fuma più di 20 (forte fumatore).

L'abitudine al fumo risulta più alta tra i 25 e i 34 anni, mentre nelle classi di età più mature la prevalenza diminuisce in modo consistente.

Ancora persiste una forte differenza tra gli uomini (fuma uno su tre), rispetto alle donne (fuma meno di una su quattro) anche se i dati mostrano un aumento della percentuale di donne fumatrici.

La prevalenza è più elevata tra le persone con livello di istruzione intermedio, rispetto a quelle senza alcun titolo o con la licenza elementare, tra i cittadini stranieri e aumenta all'aumentare delle difficoltà economiche.

Analizzando separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, restano associate all'abitudine al fumo in maniera significativa per entrambi i generi, la giovane età e l'avere molte difficoltà economiche [figura 3].

La residenza non influisce sull'abitudine al fumo: l'analisi territoriale non fa emergere differenze di prevalenze di fumatori tra i distretti trentini [figura 4].

In Trentino non si osserva un andamento temporale della prevalenza di fumatori; tale prevalenza resta stabile attorno al 25% per tutto il quadriennio 2008-2011 [figura 5].

A livello nazionale si osserva una riduzione significativa della prevalenza di fumatori solo per le regioni del centro Italia, per le

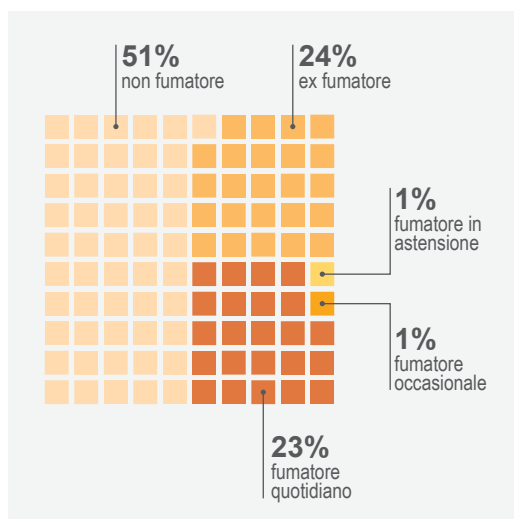


Figura 2
Abitudine a fumo di sigaretta in provincia di Trento.
PASSI, 2008-2011

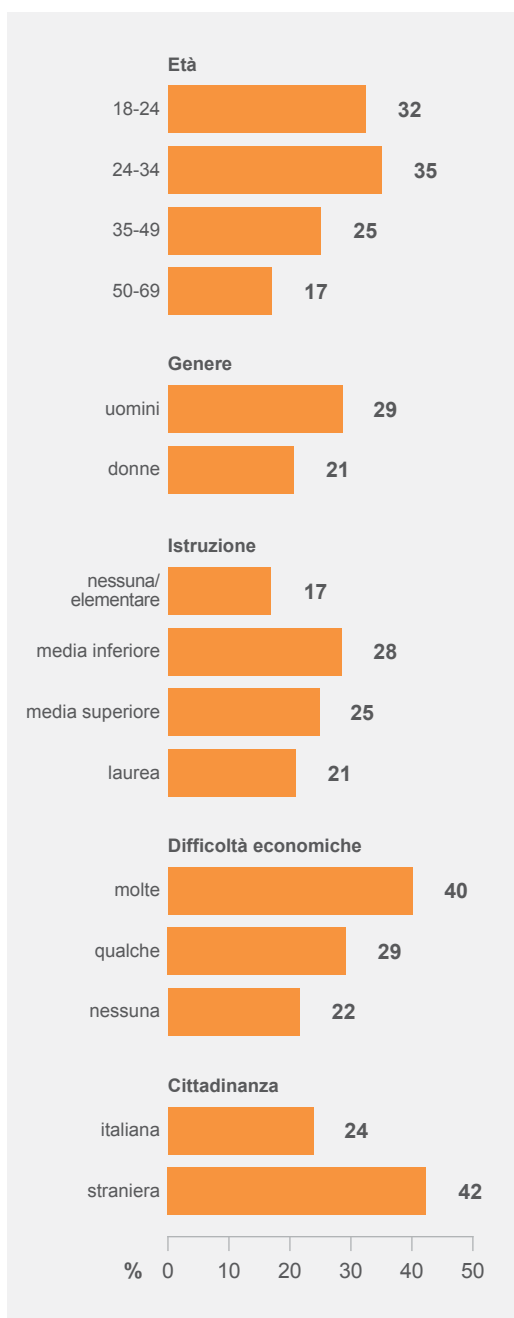


Figura 3
Fumatori in provincia di Trento: prevalenze per caratteristiche socio-demografiche.
PASSI, 2008-2011

quali il valore medio passa dal 32% al 29%. Mediamente in Italia la prevalenza di fumatori è del 28% (di cui l'1% è in astensione da meno di sei mesi), il 19% è ex fumatore e il 52% è non fumatore.

Il confronto regionale presenta un range di variazione abbastanza contenuto: si passa dal 25% di fumatori del Trentino e del Veneto (valore significativamente più basso della media) al 32% dell'Abruzzo, del Lazio e dell'Umbria [figura 6].

L'attenzione degli operatori sanitari al problema del fumo

Al 44% dei trentini che sono stati nell'ultimo anno dal medico è stato chiesto se fuma. L'interesse dei medici trentini risulta maggiore rispetto a quanto si verifica mediamente nel resto d'Italia (41%).

L'interesse dei medici sulle abitudini al fumo è distribuito disomogeneamente lungo la penisola: la percentuale più elevata è in Sardegna (57%), quella più bassa in Abruzzo (33%) [figura 7 A].

Se in Trentino l'interesse dei medici alle abitudini al fumo dei propri assistiti è più alto della media italiana, altrettanto non si può dire rispetto alle raccomandazioni date ai fumatori di smettere di fumare. Infatti questo consiglio è dato al 52% dei fumatori, percentuale significativamente più bassa di quella media nazionale pari al 57%.

Il range a livello italiano varia dal 41% della provincia di Bolzano al 67% della Sardegna [figura 7 B].

Dopo un aumento dell'interesse dei medici registrato tra il 2008 e il 2009, si osserva un trend, peraltro non ancora significativo, in diminuzione [figura 8].

I medici trentini danno il consiglio di smettere di fumare a scopo preventivo nel 22% dei casi, per motivi di salute nel 18%, per entrambi le ragioni nel 12% dei casi. Al restante 48% di fumatori non viene consigliato di smettere di fumare.

Il comportamento dei medici riguardo sia all'interessamento delle abitudini di fumo, sia al dispensare consigli sull'opportunità di smettere è omogeneo nei quattro distretti sanitari.

Figura 4
Fumatori in provincia di Trento. Prevalenza per distretto di residenza.
PASSI, 2008-2011

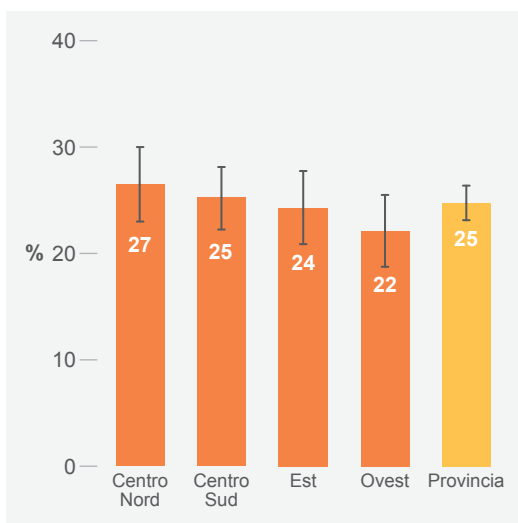


Figura 5
Fumatori in provincia di Trento. Prevalenza per anno.
PASSI, 2008-2011

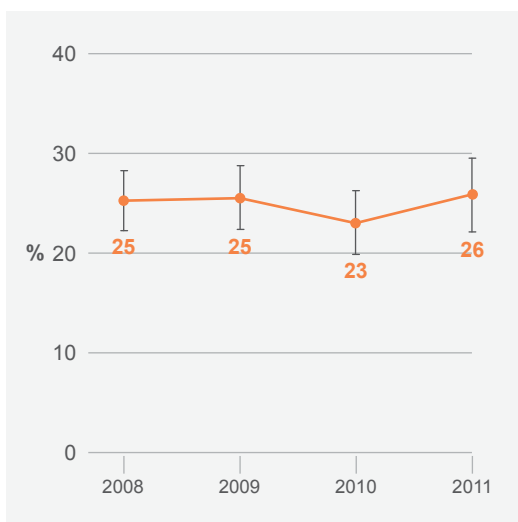
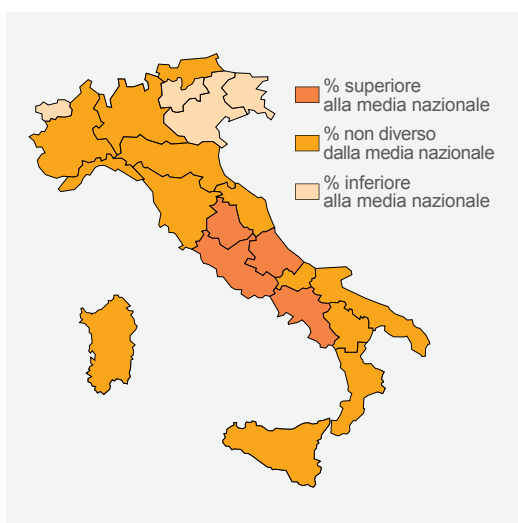


Figura 6
Fumatori in Italia. Prevalenza per regione di residenza.
PASSI, 2008-2011



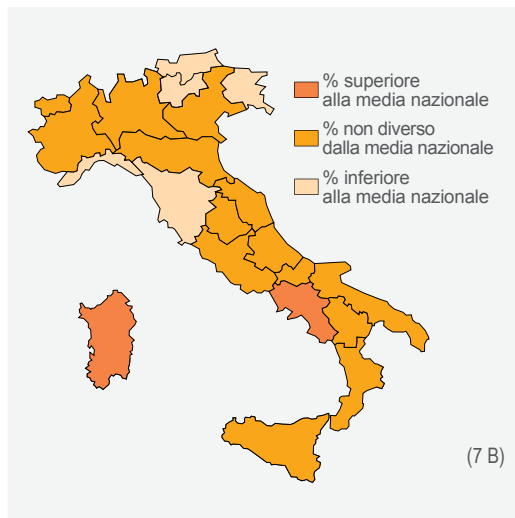


Figura 7

7 A – Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo.
7 B – Fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare.
Prevalenze per regione di residenza.
PASSI, 2008-2011

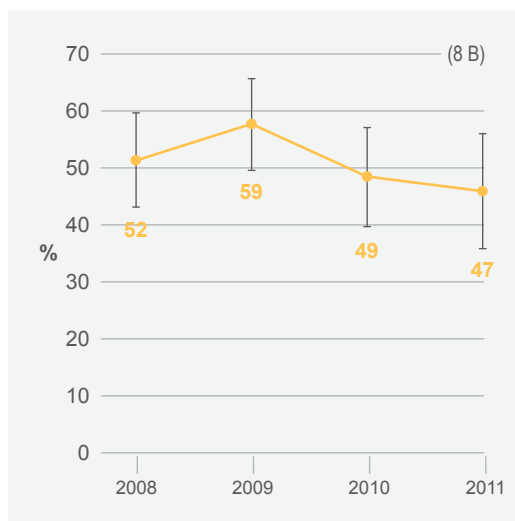
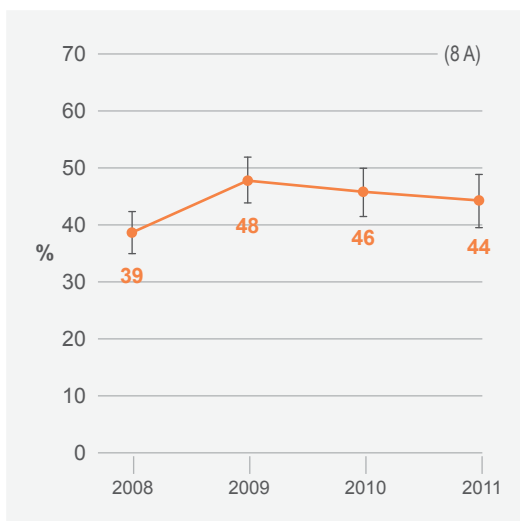


Figura 8 A/B

8 A – Persone residenti in Trentino a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo.
8 B – Fumatori residenti in Trentino che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare.
Prevalenze per anno.
PASSI, 2008-2011

Smettere di fumare

In Trentino nel periodo 2008-11 il 44% dei fumatori ha tentato di smettere. Tra essi l'80% ha fallito nel proprio tentativo, il 10% sta provando e solamente un altro 10% è riuscito a smettere (non fuma da almeno sei mesi) [figura 9].

Tra chi ha cercato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, quasi tutti l'hanno fatto da soli (95%), in percentuali minime sono ricorsi a farmaci, a corsi dell'Azienda sanitaria o altri tipi di corso.

In Italia, nello stesso periodo, il 40% dei fumatori ha cercato di smettere di fumare e tra questi l'83% ha fallito, il 9% sta ancora tentando e l'8% è riuscito nel tentativo. Il 94% dei fumatori che hanno tentato di smettere l'ha fatto da solo, il 3% ha fatto

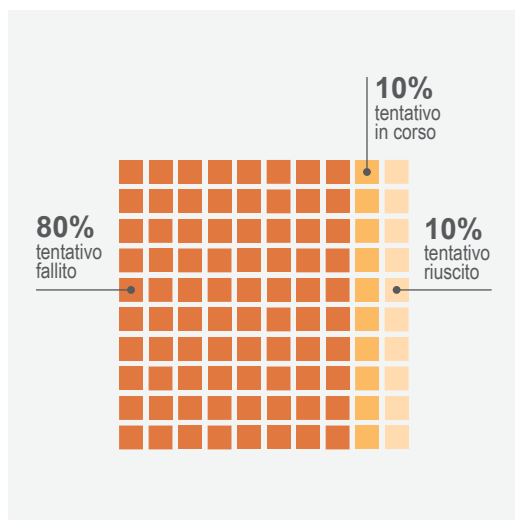


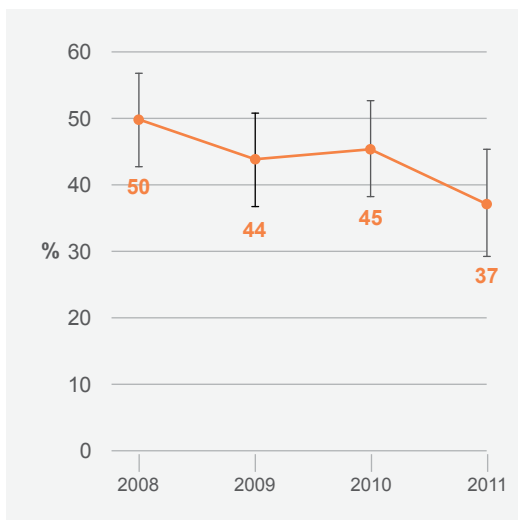
Figura 9

Percentuale dell'esito del tentativo di smettere di fumare tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi. Provincia di Trento.
PASSI, 2008-2011

uso di farmaci e meno dell'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle aziende sanitarie locali.

Osservando il trend nazionale dei tentativi di smettere di fumare nel periodo 2008-11,

Figura 10
 Percentuale di persone
 che hanno tentato di
 smettere di fumare.
 Provincia di Trento.
 Prevalenze per anno.
 PASSI, 2008-2011



si nota un decremento significativo: si passa in media dal 41% al 38%. Stratificando per macroarea, si conferma il decremento solo per il Sud per il quale il valore medio decresce dal 42% al 37%.

Anche in provincia di Trento si può osservare un andamento analogo: la diminuzio-

ne delle persone che cercano di smettere di fumare, a fronte di un permanere costante della percentuale di fumatori [figura 10].

Il fumo passivo

Essere esposti a fumo passivo aumenta il rischio di gravi patologie, come cancro e malattie cardiovascolari negli adulti e nei bambini. Dall'entrata in vigore dell'applicazione del divieto di fumo nei locali pubblici, studi condotti in ambiti territoriali diversi hanno evidenziato una riduzione del tasso di ricoveri per infarto miocardico acuto.

In Trentino il divieto di fumo nei locali pubblici è in sostanza sempre rispettato (83% sempre, 12% quasi sempre), analogamente a quanto si verifica sul posto di lavoro (82% sempre, 11% quasi sempre). Inoltre il rispetto della norma di legge si

IL RISPETTO DEL DIVIETO DI FUMARE

TREND 2008-2011



LOCALI PUBBLICI

Trentino	95%
Italia	87%

stabile →

in aumento ↗



LUOGO DI LAVORO

Trentino	93%
Italia	88%

stabile →

in aumento ↗



CASA PROPRIA

Trentino	84%
Italia	75%

stabile →

in aumento ↗



CASA PROPRIA
CON MINORI

Trentino	91%
Italia	82%

in aumento ↗

mantiene stabilmente su queste percentuali fin dal 2008.

In Italia il divieto di fumare nei locali pubblici è rispettato sempre/quasi sempre nell'87% dei casi, con un evidente gradiente territoriale nord-sud. Il range varia dal 67% della Calabria al 95% del Trentino e del Friuli Venezia Giulia [figura 11].

Il rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici risulta in aumento in modo significativo, sia nel complesso nazionale (da 87% del 2008 a 89% del 2011) sia per le tre ripartizioni geografiche (Nord da 93% a 95%, Centro da 86% a 90%, Sud da 77% a 81%) .

Anche per il divieto di fumo nei luoghi di lavoro si osservano differenze significative nel confronto tra le regioni, con un gradiente nord-sud. Il range varia dal 79% del Molise e della Calabria al 95% della provincia di Bolzano [figura 12].

Il trend temporale del fenomeno evidenzia un aumento significativo della prevalenza per il dato nazionale in tutte e tre le macroaree: il valore medio nazionale passa da 87% a 90%, il valore del Nord dal 90% al 92%, il valore del Centro dall'84% al 91% e il valore del Sud dall'84% all'87%.

Nell'84% delle case trentine non si fuma, nel 13% in certe stanze/ore/situazioni e nel 3% si fuma sempre. L'assenza di fumo in casa sale al 91% nel caso in cui in famiglia ci siano bambini con meno di 15 anni. Tuttavia, nell'8% di case si fuma in certe stanze/ore/situazioni e nell'1% sempre, anche in presenza di bambini.

È assolutamente vietato fumare nella propria abitazione per il 76% degli italiani (83% in presenza di minori di 15 anni). Anche per questo indicatore si osservano differenze significative nel confronto tra le regioni: il range varia dal 68% dell'Abruzzo, Umbria e Sicilia all'88% del Veneto [figura 13].

L'andamento temporale indica un aumento significativo della prevalenza sia a livello nazionale che per tutte e tre le macroaree: il valore medio italiano passa nel periodo 2008-2011 da 72% a 77%, per il Nord da 76% a 81%, per il Centro da 66% a 74%, per il Sud da 67% a 77%.

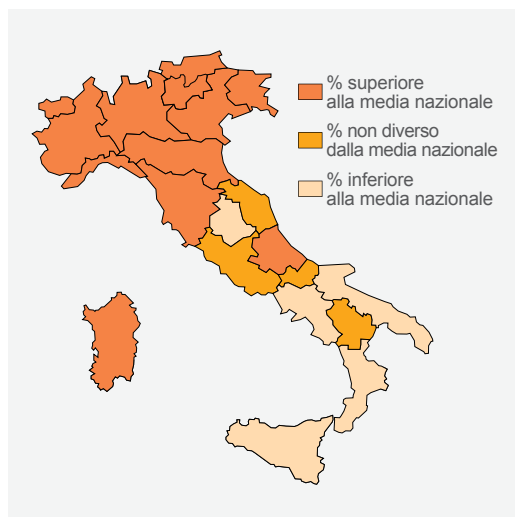


Figura 11

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici. Prevalenze per regione di residenza.

PASSI, 2008-2011

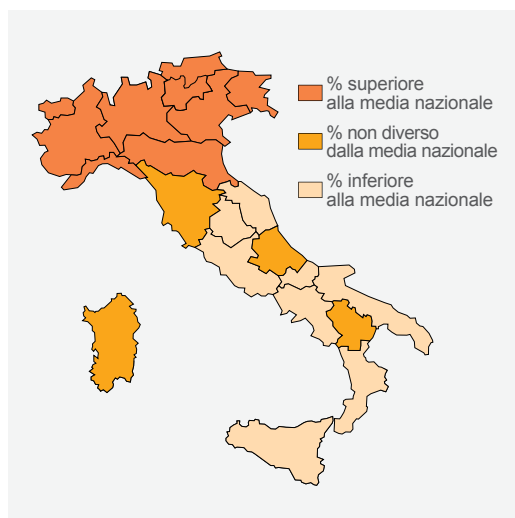


Figura 12

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro. Prevalenze per regione di residenza.

PASSI, 2008-2011

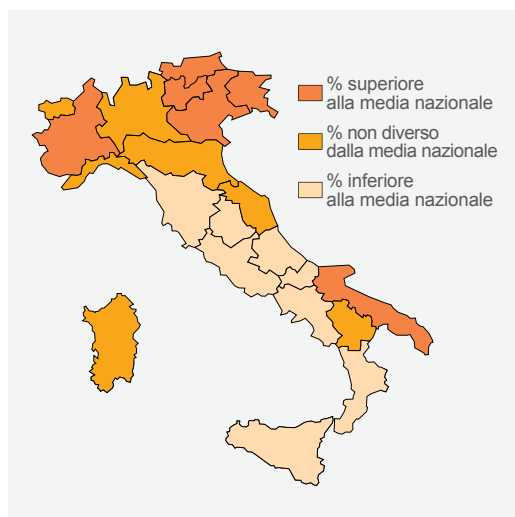


Figura 13

Divieto di fumo in casa. Prevalenze per regione di residenza.

PASSI, 2008-2011

Commento

La grande maggioranza (tre quarti) dei trentini non fuma. Tuttavia il numero di fumatori non è piccolo e inoltre non tende a diminuire nel tempo. L'elemento che desta maggio-

re preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra i giovani adulti, che riferiscono di essere fumatori in oltre 3 casi su 10.

Colpisce inoltre la forte associazione tra abitudine del fumo e difficoltà economiche, rimarcando ancora una volta l'importanza dei determinanti sociali nell'influenzare la salute della popolazione.

Circa metà dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari appena accettabile. Rimangono comunque pochissimi i fumatori che hanno smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto e corsi.

Risulta quindi opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per valorizzare l'offerta presente di opportunità di smettere di fumare.

Le prove di efficacia indicano che per la lotta al fumo sono necessarie strategie integrate come ad esempio il consiglio breve dei sanitari, le campagne informative di sensibilizzazione al problema e l'offerta di centri pubblici antifumo, recentemente istituiti in provincia.

Per approfondire

- WHO, *Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011*, http://www.who.int/tobacco/global_report/en/index.html
- WHO, 2012, *Technical resource for country implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control Article 5.3*, http://www.who.int/tobacco/publications/industry/technical_resource_article_5_3/en/index.html
- WHO, *Quitting tobacco*, <http://www.who.int/tobacco/quitting/en/>
- ISS, *Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo*, 2008, <http://www.ossfad.iss.it>
- LIBRO VERDE *Verso un'Europa senza fumo: opzioni per un'iniziativa dell'Unione euro-*

pea, http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_smoke_it.pdf

- Legge 3 del 16 gennaio 2003 “Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione”, art. 51 “Tutela della salute dei non fumatori”.

L'alimentazione e lo stato nutrizionale

La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute.

In particolare l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti, riduce la durata della vita e ne peggiora la qualità.

L'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) ha stimato che una persona gravemente obesa perde in media 8-10 anni di vita, cioè quanto un fumatore. Ogni 15 kg di peso in eccesso aumenta del 30% il rischio di morte prematura.

I bambini con almeno un genitore obeso hanno una probabilità 3-4 volte maggiore di essere a loro volta obesi: la causa è in parte genetica (rendendo gli individui ancora più vulnerabili in un contesto obesogenico) e in parte dovuta al fatto che i bambini acquisiscono gli stili di vita dei genitori (dieta poco salutare e vita sedentaria).

In Italia, come nella gran parte dei paesi a medio e alto reddito, l'eccesso ponderale è uno dei principali fattori che sostengono l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili. Per questo, si compiono molti sforzi per monitorare l'andamento dell'eccesso ponderale nei bambini, negli adulti e nella terza età.

Le persone in eccesso ponderale: caratteristiche e andamenti temporali

Nel periodo 2008-2011, il 4% dei trentini tra i 18 e i 69 anni risulta sottopeso, il 60% normopeso, il 28% sovrappeso e l'8% obeso. Si stima quindi che in Trentino ci siano circa 28.000 adulti obesi e circa 100.000 adulti in sovrappeso [figura 1].

Complessivamente il 36% della popolazione trentina presenta un eccesso ponderale, comprendendo in questa definizione sia sovrappeso che obesità.

BMI

Le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al loro valore di **indice di massa corporea (Body Mass Index - BMI)**, calcolato dividendo il peso (in kg) per la statura (in m) al quadrato



Il BMI è rappresentato in 4 categorie:

SOTTOPESO (BMI < 18,5)

NORMOPESO (BMI 18,5-24,9)

SOVRAPPESO (BMI 25-29,9)

OBESO (BMI ≥ 30)

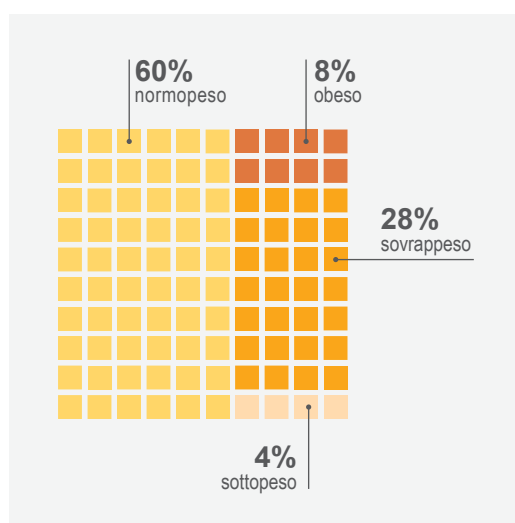


Figura 1
Stato nutrizionale in provincia di Trento.
PASSI, 2008-2011

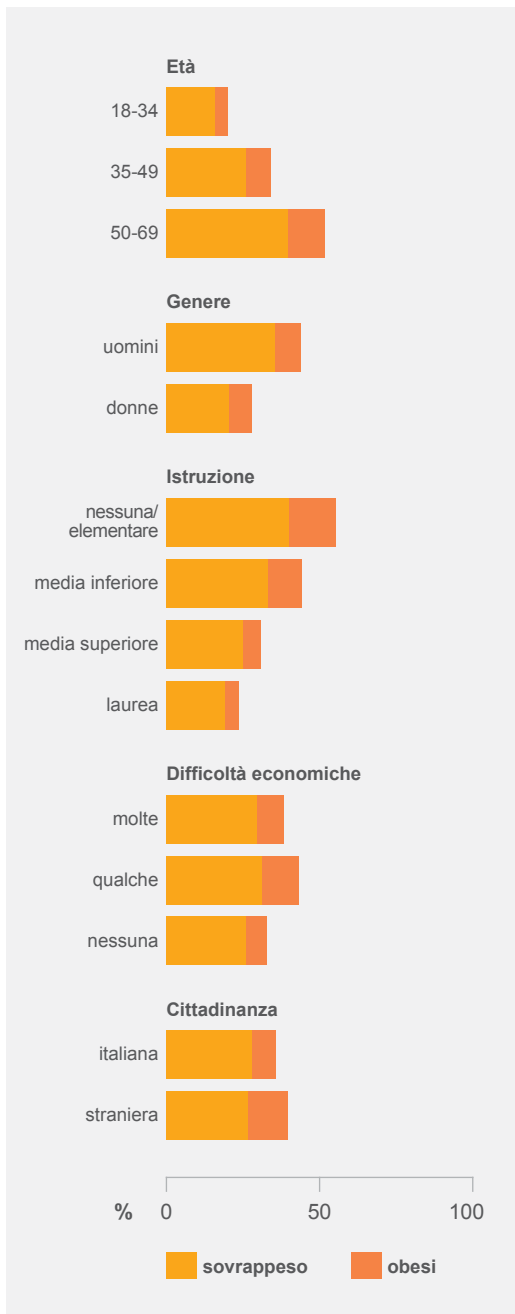


Figura 2
Eccesso ponderale in provincia di Trento: prevalenze per caratteristiche socio-demografiche. PASSI, 2008-2011

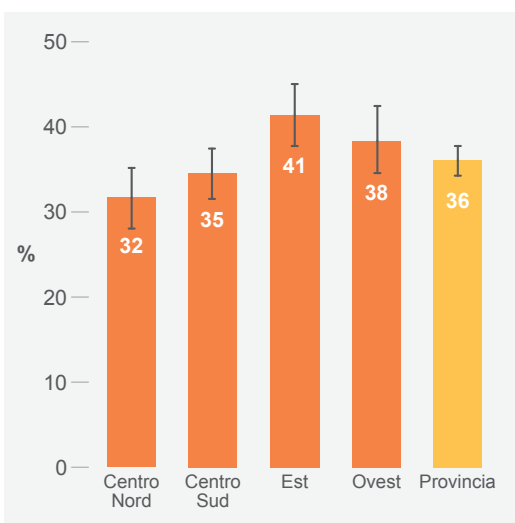
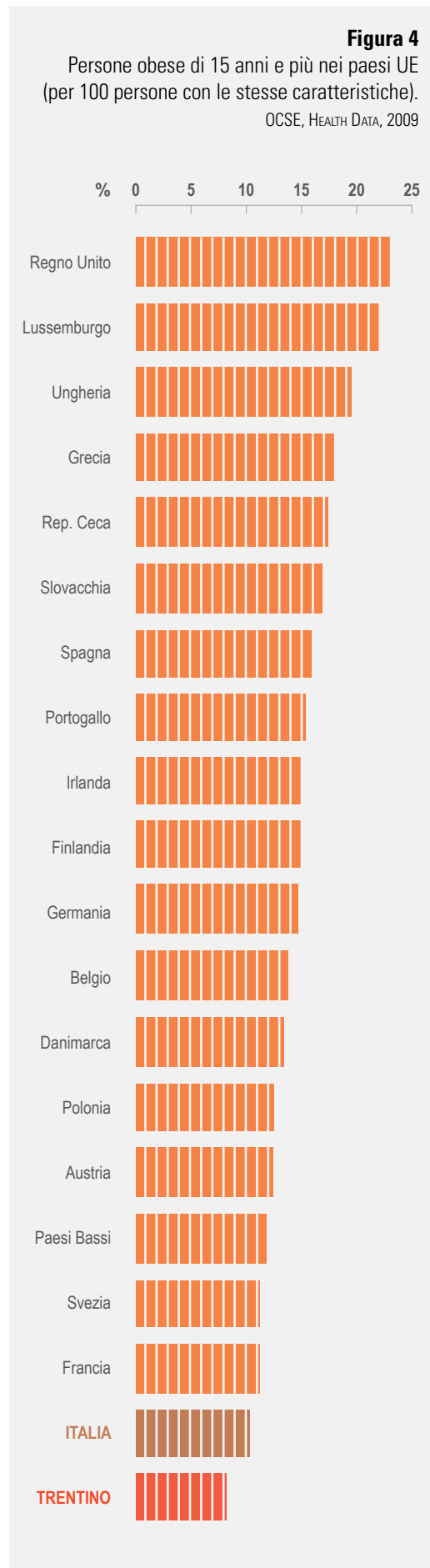


Figura 3
Eccesso ponderale in provincia di Trento: prevalenza per distretto di residenza. PASSI, 2008-2011



L'eccesso ponderale è significativamente più frequente con il crescere dell'età, negli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione [figura 2].

Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, ciò che resta associato in maniera significativa all'eccesso ponderale è: per gli uomini, l'età anziana; per le donne, l'età anziana, la bassa istruzione e la cittadinanza straniera.

La prevalenza di eccesso ponderale appare più elevata lungo l'asse est-ovest della provincia, con il distretto Est che presenta una prevalenza significativamente più elevata rispetto ai distretti Centro Nord e Centro Sud (la differenza rispetto alla media provinciale è al limite della significatività) [figura 3].

La prevalenza di persone in eccesso ponderale in Trentino pare stabile per il periodo 2008-2011, analogamente a quanto si registra anche a livello nazionale [figura 5].

Rispetto alle regioni italiane, il Trentino ha la prevalenza di persone in eccesso ponderale tra le più basse. Mediamente in Italia tale prevalenza è del 42% (32% persone in sovrappeso, 10% obese).

Si osservano differenze significative nel confronto tra regioni, con un chiaro gradiente nord-sud, a sfavore delle regioni meridionali. La Lombardia presenta la percentuale significativamente più bassa di persone in eccesso ponderale (35%), mentre in Molise si registra quella significativamente più alta (49%) [figura 6].

L'eccesso ponderale risulta correlato fortemente con il reddito medio regionale: più elevato è il reddito, più bassa è la percentuale di persone in eccesso ponderale [figura 7].

La percezione del proprio peso

La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita.

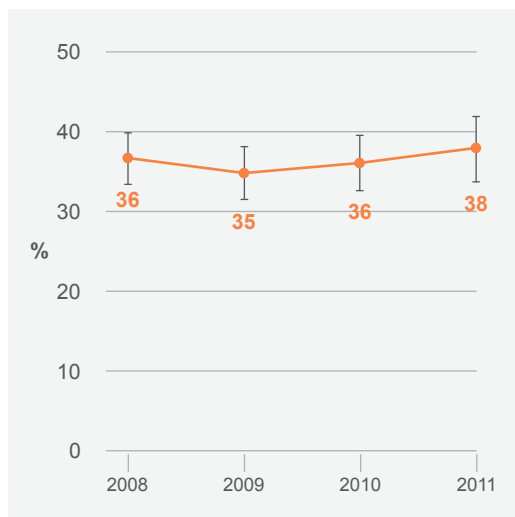


Figura 5

Prevalenza di persone in eccesso ponderale in provincia di Trento. PASSI, 2008-2011



Figura 6

Persone in eccesso ponderale in Italia: prevalenza per regione di residenza. PASSI, 2008-2011

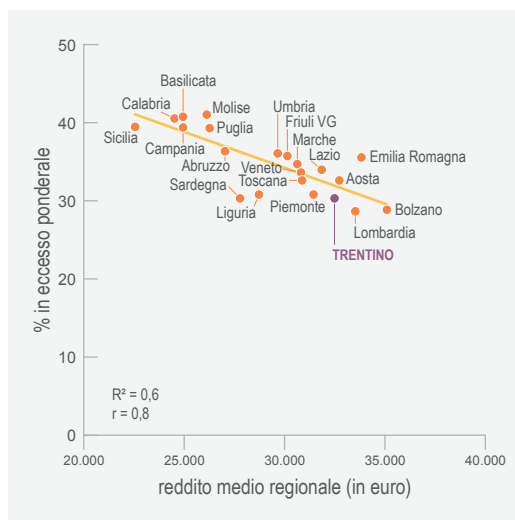


Figura 7

Persone in eccesso ponderale in Italia: prevalenza per regione di residenza e reddito medio regionale.

Elaborazione su dati PASSI, 2011

Tale percezione non sempre coincide con l'indice di massa corporea (IMC) delle persone stesse: in Trentino si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e IMC negli obesi (90%) e nei normopeso (85%).

Invece tra le persone in sovrappeso il 43% ritiene il proprio peso giusto [figura 8].

Emerge una diversa percezione del proprio peso per genere: tra le donne in sovrappeso il 28% considera il proprio peso più o

meno giusto rispetto al 52% degli uomini, tra quelle obese il 7% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 13% degli uomini.

In Italia, tra le persone in sovrappeso, il 48% ritiene il proprio peso giusto e tra quelle obese il 10%.

Il consumo di frutta e verdura

Secondo l'Atlante delle malattie cardiache e dell'ictus cerebrale dell'Organizzazione mondiale della sanità, lo scarso consumo di frutta e verdura è responsabile, in tutto il mondo, di circa il 31% della malattia coronarica e di circa l'11% dell'ictus cerebrale. Se ogni cittadino dell'Unione europea consumasse 600 grammi di frutta e verdura al giorno, si eviterebbero più di 135.000 morti all'anno per malattie cardiovascolari. La soglia di 400 grammi al giorno, corrispondente a circa cinque porzioni (five-a-day), è la quantità minima consigliata.

Anche le linee guida italiane per una sana alimentazione sottolineano che adeguate quantità di frutta e verdura, oltre a proteggere da malattie cardiovascolari, neoplastiche, respiratorie (asma e bronchiti), cataratta e stipsi, assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici), sostanze protettive antiossidanti e consentono di ridurre la densità energetica della dieta, grazie al fatto che questi alimenti danno una sensazione di sazietà.

Il 98% dei trentini tra i 18 e i 69 anni mangia frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 43% tre-quattro porzioni al giorno e solo il 16% le cinque porzioni raccomandate (valore comunque nettamente superiore alla media nazionale del 10%) [figura 9].

L'analisi territoriale non fa emergere differenze di comportamento rispetto all'adesione al five-a-day tra i residenti dei quattro distretti trentini [figura 10].

L'abitudine a consumare cinque o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa nelle persone sopra ai 50 anni, nelle

Figura 8
Autopercezione del proprio peso corporeo: prevalenza per stato nutrizionale.
PASSI, 2008-2011

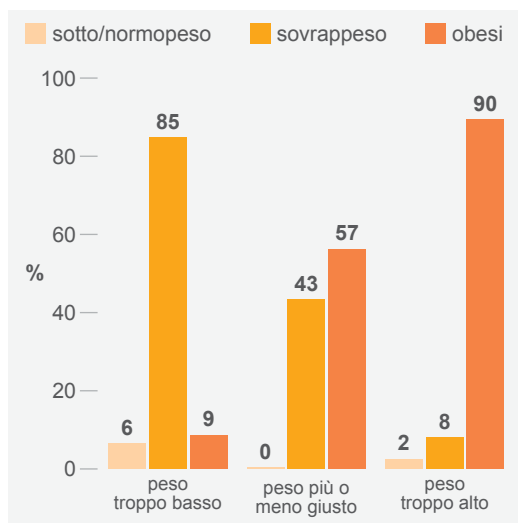


Figura 9
Consumo di frutta e verdura. Prevalenze per porzioni consumate.
PASSI, 2008-2011

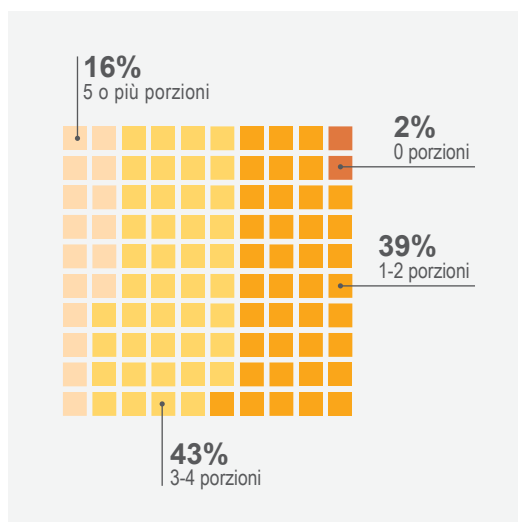
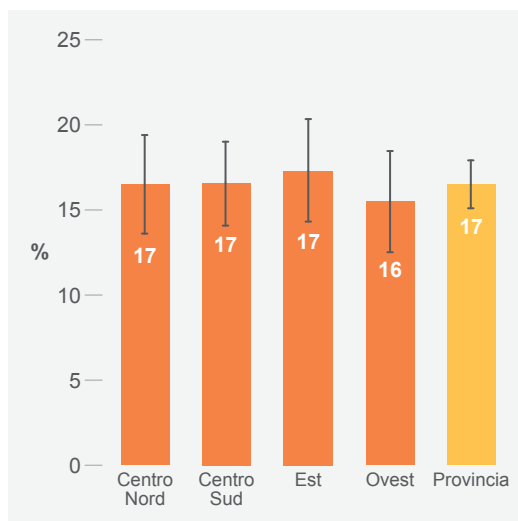


Figura 10
Adesione al five-a-day: prevalenza per distretto di residenza.
PASSI, 2008-2011



donne e nelle persone con cittadinanza italiana [figura 11].

Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, rimangono associati in maniera significativa all'adesione al five-a-day: per gli uomini, l'età anziana; per le donne, l'età anziana e la cittadinanza italiana.

Le abitudini dei trentini nel consumo di frutta e verdura secondo le dosi raccomandate non si modifica significativamente nel corso degli anni (15-20%) [figura 12].

Analogamente, in Italia l'analisi dei trend conferma l'assenza di variazioni significative nell'adesione al five a day, in tutte le tre ripartizioni geografiche.

I consigli degli operatori sanitari

Il 55% dei trentini in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare ha ricevuto questo consiglio il 47% delle persone in sovrappeso e l'80% delle persone obese.

Il comportamento degli operatori sanitari è omogeneo su tutto il territorio provinciale [figura 13] e permane stabile nell'intero quadriennio 2008-2011 [figura 14].

Rispetto ai consigli di perdere peso la situazione trentina è analoga a quella registrata a livello nazionale. Mediamente, in Italia, la percentuale di persone in eccesso ponderale che ha ricevuto il consiglio di fare una dieta è del 54%.

La figura 15 riporta la frequenza, per regione di residenza, di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta per perdere peso. I dati non mostrano un chiaro gradiente territoriale e il valore significativamente più basso rispetto al dato medio nazionale si registra in Basilicata (33%) mentre quello significativamente più alto in Sardegna (63%).

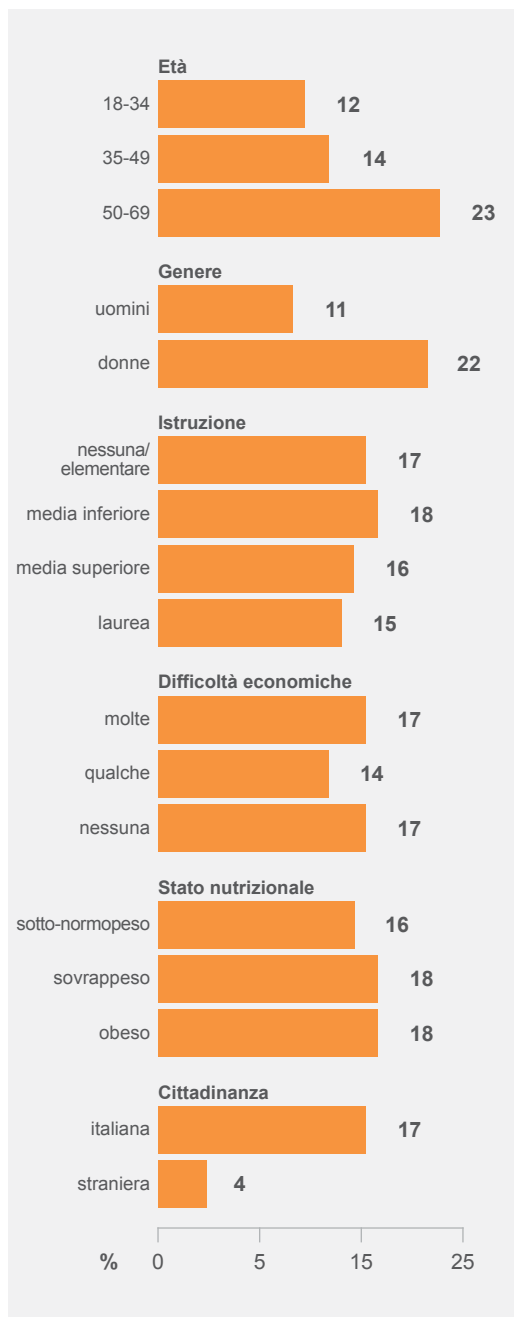


Figura 11
Adesione al five-a-day: prevalenze per caratteristiche socio-demografiche.
PASSI, 2008-2011

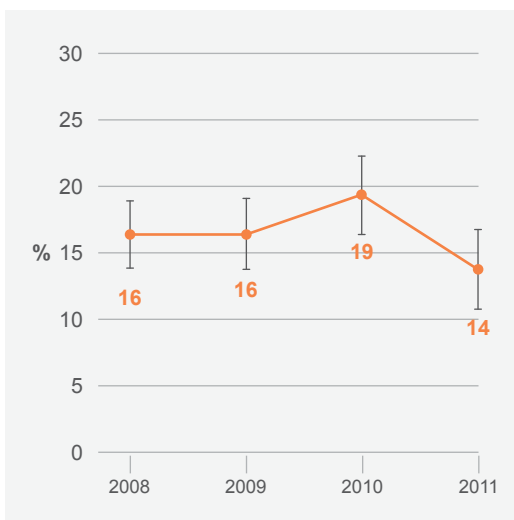


Figura 12
Adesione al five-a-day in provincia di Trento. Prevalenze per anno.
PASSI, 2008-2011

Il 26% dei trentini in eccesso ponderale sta seguendo una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (media nazionale: 25%). La proporzione di persone in eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta nelle donne (38% vs 18%

negli uomini), negli obesi (37% vs 23% nei sovrappeso), nelle persone in sovrappeso (inclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso “troppo alto” (30%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso “più o meno giusto” (13%), in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (39% vs 15%) [figura 16].

In Trentino il 18% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (17% dei sovrappeso e 78% degli obesi; 16% della popolazione generale). Al 46% delle persone in eccesso ponderale è stato consigliato di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare ha ricevuto questo consiglio il 42% delle persone in sovrappeso e il 60% di quelle obese, contro il 36% della popolazione generale.

In Italia nel periodo 2008-2011 il 39% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica con regolarità.

I dati sul counselling sottolineano come i suggerimenti degli operatori sanitari non siano tanto preventivi, quanto piuttosto conseguenti all'evidenza del problema di salute: rispetto alla popolazione generale i consigli sui vantaggi di praticare regolarmente attività fisica e/o di seguire una dieta corretta sono maggiori nelle persone in sovrappeso e ancor più negli obesi.

Andrebbe quindi incrementata l'attività di counselling poiché la percentuale di persone che segue stili di vita “corretti” è più elevata proprio tra quelle persone che ricevono il consiglio dall'operatore sanitario.

In effetti, tra le persone in eccesso ponderale, chi ha ricevuto il consiglio del medico segue maggiormente una dieta (39% rispetto al 15% di chi non l'ha ricevuto) e pratica maggiormente attività fisica (83% rispetto al 79% di chi non ha ricevuto il consiglio).

Commento

In Trentino l'eccesso ponderale è abbastanza diffuso e costituisce un problema di salute pubblica rilevante, anche se meno pronunciato rispetto ad altre realtà italiane e senza significativi cambiamenti nel tempo

Figura 13

Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta. Prevalenze per distretto di residenza. PASSI, 2008-2011

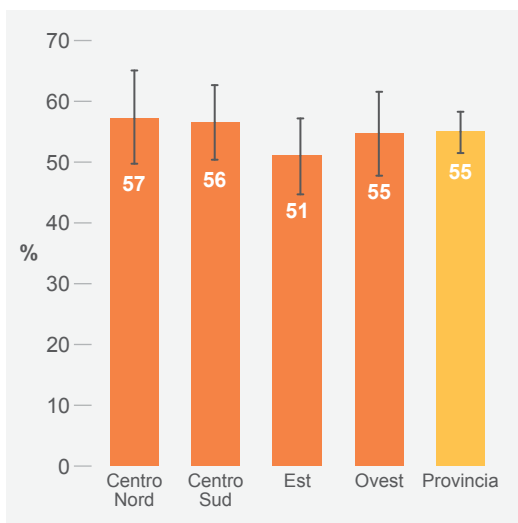


Figura 14

Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta. Prevalenze per anno. PASSI, 2008-2011

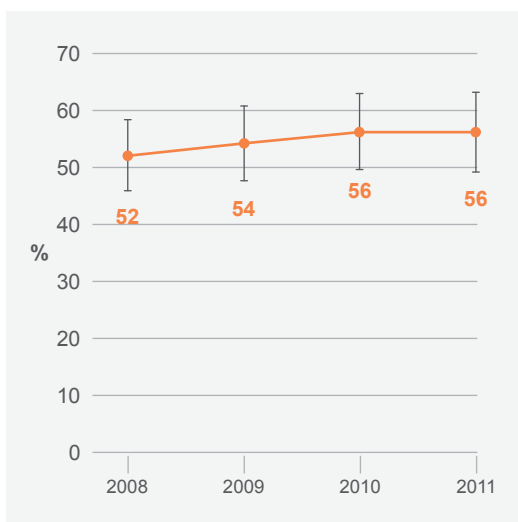
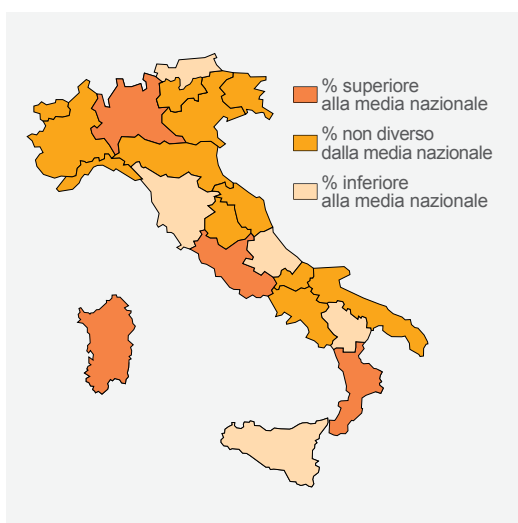


Figura 15

Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta. Prevalenze per regione di residenza. PASSI, 2008-2011



(né a livello nazionale né a quello provinciale). La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa la metà ne assume oltre tre porzioni, ma solo il 16% mangia le cinque porzioni al giorno raccomandate.

Secondo gli esperti del centro OMS per la prevenzione dell'obesità "l'obesità risulta dalla reazione normale delle persone agli stimoli derivanti dall'ambiente obesogenico nel quale si trovano a vivere". Ambiente obesogenico che risulta dalla "fornitura progressivamente crescente di alimenti gustosi, ipercalorici e a basso costo; sistemi di distribuzione commerciale efficienti che rendono questi alimenti più accessibili e metodi di marketing convincenti e sempre più pervasivi".

Per contrastare il fenomeno risulta quindi fondamentale non solo continuare a monitorare il fenomeno e condurre interventi finalizzati alla modifica dei comportamenti individuali, ma anche considerare le strategie di marketing aziendali come una parte dei determinanti sociali della salute da affrontare con interventi specifici.

Efficaci e costo-efficaci in questo ambito risultano interventi come l'introduzione di tasse su cibi e bevande insalubri, le etichette a semaforo da applicare sulle confezioni dei prodotti alimentari, la riduzione della pubblicità di cibi e bevande spazzatura rivolta ai bambini, programmi scolastici finalizzati alla riduzione del consumo di bevande zuccherate, il bando di distributori automatici di cibi e bevande spazzatura dai luoghi pubblici (a cominciare dalle strutture sanitarie).

Per quanto riguarda le campagne rivolte alla modifiche di comportamenti individuali, oltre agli interventi di prevenzione secondaria nei confronti delle persone obese, va posta particolare attenzione alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge, infatti, una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso e una netta tendenza al progressivo ulteriore aumento di peso (tra chi è in sovrappeso il 17% dichiara di aver perso almeno 2 kg rispetto all'anno precedente di fronte al 25% di chi dichiara di essere aumentato di almeno 2 kg).

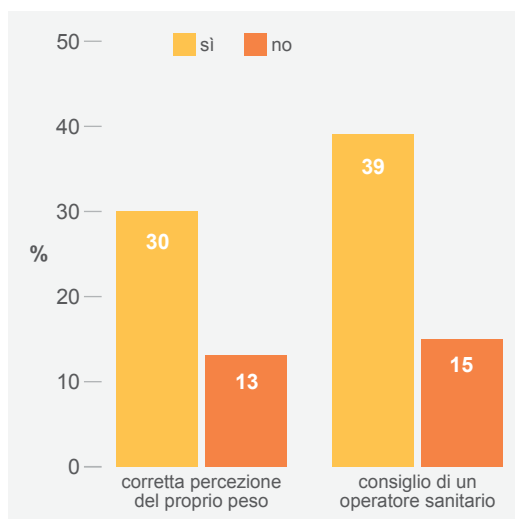


Figura 16

Attuazione di una dieta da parte di persone obese/sovrappeso: prevalenza per autopercezione del proprio peso e per consiglio di un operatore sanitario. PASSI, 2008-2011

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo da circa una persona in eccesso ponderale su cinque, mentre è molto più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata, che però, notoriamente, non risulta efficace nel compensare una dieta ipercalorica. Per dimagrire rimane prioritaria la riduzione delle calorie assunte con il cibo. Per la decisione di seguire una dieta risultano fondamentali il consiglio del medico (ricevuto solo dalla metà delle persone che ne avrebbero bisogno) e la corretta autopercezione del proprio peso.

Una sana alimentazione è nel contempo più rispettosa dell'ambiente, avendo gli alimenti salutari, come frutta, verdura, pasta, riso, pane e legumi, un impatto ambientale molto minore rispetto ai prodotti animali, che risultano anche più problematici per la salute.

Per approfondire

- ISTITUTO NAZIONALE DI RICERCA PER GLI ALIMENTI E LA NUTRIZIONE, <http://www.inran.it/>
- SEZIONE ALIMENTAZIONE E SALUTE di *Epicentro*, portale internet del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, <http://www.epicentro.iss.it/temi/alimentazione/aggiornamento.asp>
- WHO EUROPEAN MINISTERIAL CONFERENCE ON COUNTERACTING OBESITY, *Conference report*, <http://www.euro.who>

- ACTION PLAN OMS 2008-2013 sulle malattie non trasmissibili, http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area2/GS_Action_plan_2008-2013.pdf
- WHO EUROPEAN ACTION PLAN FOR FOOD AND NUTRITION POLICY 2007-2010, <http://www.euro.who.int/document/E91153>
- BOYD A SWINBURN ET AL., “The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments”, *The Lancet*, Vol 378, August 27, 2011
- CDC - CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, *Fruit and vegetable benefits*, <http://www.fruitsandveggiesmatter.gov/benefits/index.html#>
- GERARD HASTINGS, “Why corporate power is a public health priority”, *BMJ*, 2012;345:e5124 doi: 10.1136/bmj.e5124 (Published 21 August 2012)
- STEVEN L GORTMAKER, BOYD A SWINBURN, DAVID LEVY, ROB CARTER, PATRICIA L MABRY, DIANE T FINEGOOD, TERRY HUANG, TIM MARSH, MARJORY L MOODIE, “Changing the future of obesity: science, policy, and action”, *The Lancet*, 2011; 378: 838–47
- MARION NESTLÉ, MALDEN NESHEIM, *Why Calories Count*, Università of California Press, Berkley, 2012
- STUCKLER D, MCKEE M, EBRAHIM S, BASU S (2012) “Manufacturing Epidemics: The Role of Global Producers in Increased Consumption of Unhealthy Commodities Including Processed Foods, Alcohol, and Tobacco”, *PLoS Med* 9(6): e1001235. doi:10.1371/journal.pmed.1001235

Il consumo di alcol

Nell'ambito della promozione di stili di vita sani, il consumo di alcol ha assunto un'importanza sempre maggiore, perché l'alcol è associato a numerose malattie: cirrosi del fegato, malattie cardiovascolari, tumori, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, ecc.

Il consumo di alcol può creare dipendenza e, come effetto immediato, provoca alterazioni psicomotorie che espongono a un aumentato rischio di incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza. Il danno causato dall'alcol, oltre che al diretto consumatore, si estende anche alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società. Il consumo di alcol in giovane età viene inoltre considerato un fattore di rischio per il successivo consumo di droghe illegali. Si stima che nel mondo ogni anno l'alcol sia la causa di due milioni di morti.

Anche l'impatto economico è notevole: si stima che i costi indotti dal consumo di alcol, nei paesi ad alto e medio reddito, ammontino a oltre l'1% del PIL.

Obiettivo principale di sanità pubblica per quanto riguarda il consumo di alcol della popolazione è la riduzione delle quantità consumate e l'eliminazione del consumo in determinate situazioni o condizioni (guida,

lavoro, gravidanza, adolescenza, obesità, presenza di patologie, ecc). In nessun caso il consumo di alcol dovrebbe essere raccomandato per motivi di salute.

Interventi (anche brevi) da parte dei medici risultano efficaci nella riduzione delle quantità di alcol consumate, della mortalità, della morbosità e dei traumatismi legati all'alcol.

L'accettabilità del consumo di alcol è determinata in gran parte da fattori sociali e culturali che sono alla base di un vissuto generalmente e storicamente favorevole all'assunzione di bevande alcoliche e che influenzano non solo la quantità ma anche le modalità e il contesto dell'assunzione.

L'evidenza scientifica pone oggi numerosi elementi di giudizio che sollecitano cautela nel bere, in funzione dell'impossibilità di identificazione di una quantità di alcol al di sotto della quale non si registri un rischio per una condizione problematica alcol correlata. Per definire il *consumo moderato*, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno individuato livelli e modalità di consumo che comportano rischi per la salute modesti, tali da poter essere considerati accettabili. Il consumo di alcol è definito *a maggior rischio*, se vengono superati tali limiti.

il consumo di alcol e la salute

L'ALCOL È ASSOCIATO A MOLTE **MALATTIE**

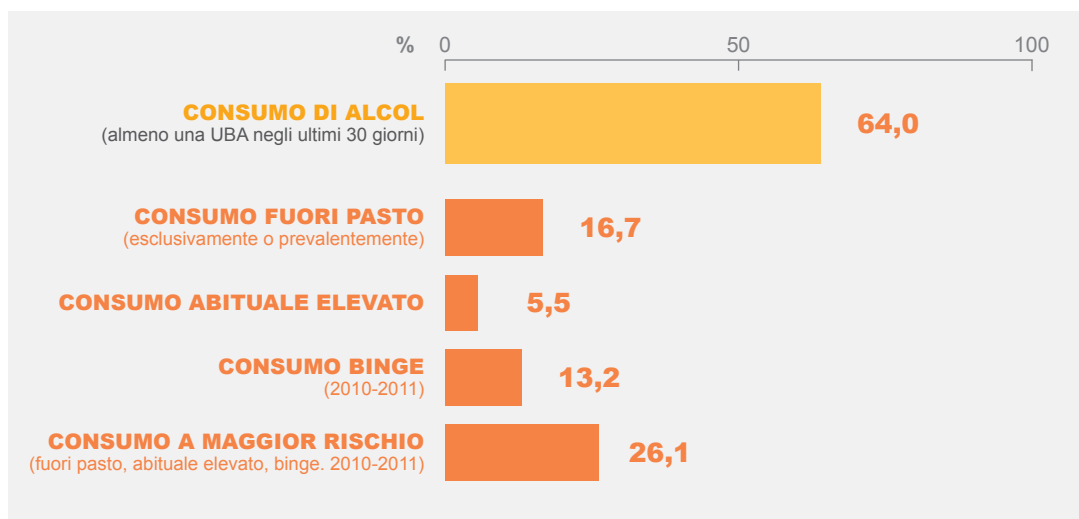
- ✚ Malattie cardiovascolari
- ✚ Tumori
- ✚ Cirrosi del fegato
- ✚ Diabete mellito
- ✚ Malattie neuropsichiatriche
- ✚ Problemi di salute materno-infantile
- ✚ Malattie sessualmente trasmesse
- ✚ Dipendenze

L'ALCOL È UN IMPORTANTE CAUSA DI **TRAUMI**

- ✚ Violenza
- ✚ Incidenti stradali
- ✚ Infortuni sul lavoro
- ✚ Suicidio

Il danno causato dall'alcol si estende alle FAMIGLIE e alla COLLETTIVITÀ

Figura 1
Consumo di alcol in
provincia di Trento.
PASSI, 2008-2011



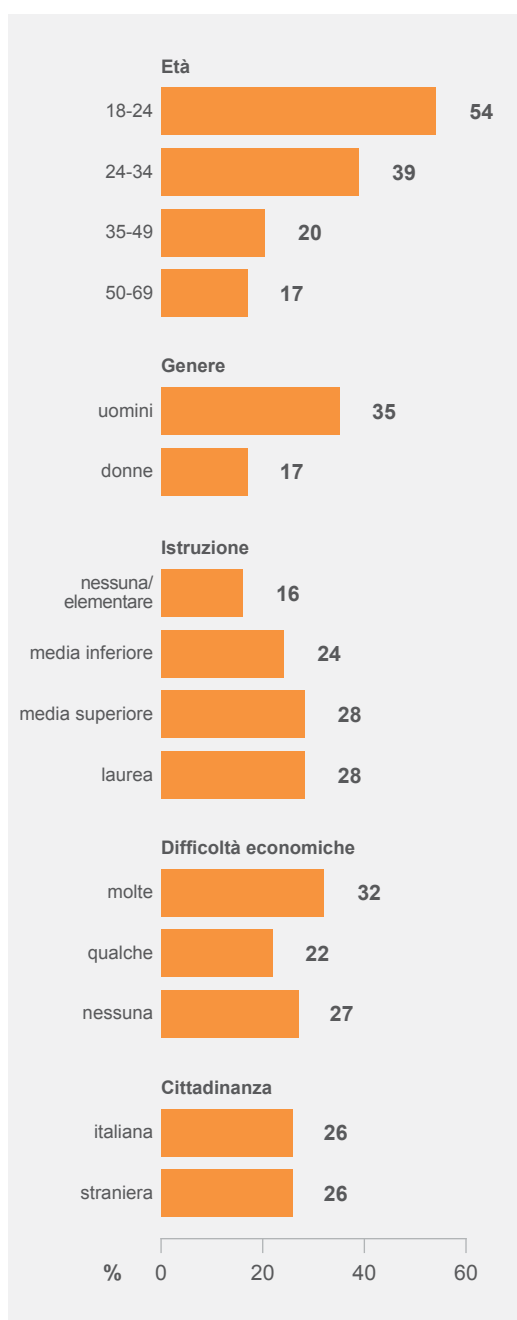
Le persone che bevono alcolici: caratteristiche e andamenti temporali

Nel periodo 2008-2011 in provincia di Trento, oltre un terzo (36%) degli adulti di 18-69 anni non beve alcolici e il 38% consuma alcol in maniera moderata.

Il 17% della popolazione adulta beve alcol fuori pasto, il 5,5% consuma abitualmente quantità elevate di alcol e il 13% è un bevitore binge. Per il 26% il consumo si può definire a maggior rischio, data la presenza di almeno uno delle modalità a rischio (quantità elevata o binge o fuori pasto) [figura 1].



Figura 2
Consumo a maggior
rischio in provincia di
Trento: prevalenze per
caratteristiche socio-
demografiche.
PASSI, 2010-2011



Si stima quindi che circa 20.000 trentini adulti consumino abitualmente alcol in modo elevato, circa 47.000 siano bevitori binge, circa 60.000 bevano prevalentemente fuori pasto e circa 93.000 siano consumatori a maggior rischio (il numero e la percentuale dei consumatori a maggior rischio non corrispondono alla somma dei singoli comportamenti a rischio perché una persona può avere più di un comportamento a rischio). Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani dai 18 ai 34 anni (in modo particolare tra i 18-24enni) e tra gli uomini [figura 2].

Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata tutte le caratteristiche insieme, ciò che risulta associato (in maniera significativa e per entrambi i generi) al consumo a maggior rischio è l'età giovane.

In Trentino non sembra esserci variazione nell'andamento temporale della prevalenza di consumo di alcol a maggior rischio. In particolare, per tutto il quadriennio 2008-2011, il consumo abituale elevato risulta stabile attorno al 5-6%, il consumo fuori pasto risulta stabile attorno al 17% [figura 3]. La prevalenza di consumatori di alcol a maggior rischio è pressoché identica nei quattro distretti sanitari [figura 4].

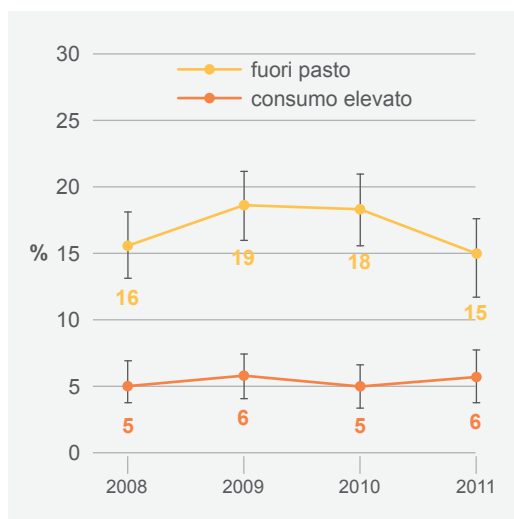


Figura 3

Consumo di alcol in provincia di Trento. Prevalenza per anno. PASSI, 2008-2011

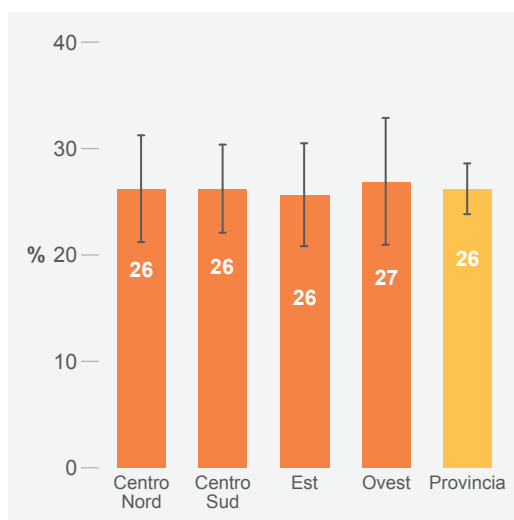


Figura 4

Consumo di alcol a maggior rischio in provincia di Trento: prevalenza per distretto di residenza. PASSI, 2010-2011

CONSUMO ABITUALE ELEVATO

Consumo medio giornaliero maggiore di 2 UBA negli uomini e di 1 UBA nelle donne

BINGE DRINKING

Consumo in una singola occasione di 5 o più UBA negli uomini e di 4 o più UBA nelle donne

Figura 5
Consumo di alcol a maggior rischio in Italia: prevalenza per regione di residenza. PASSI, 2010-2011



In Italia la percentuale di bevitori a maggior rischio è risultata del 17%. A un confronto nazionale la prevalenza registrata in Trentino è tra le più elevate, come del resto succede per tutte le regioni del Nord Est.

Si osserva, inoltre, un gradiente nord-sud, con il range che varia dal 9% della Campania al 39% della provincia di Bolzano [figura 5].

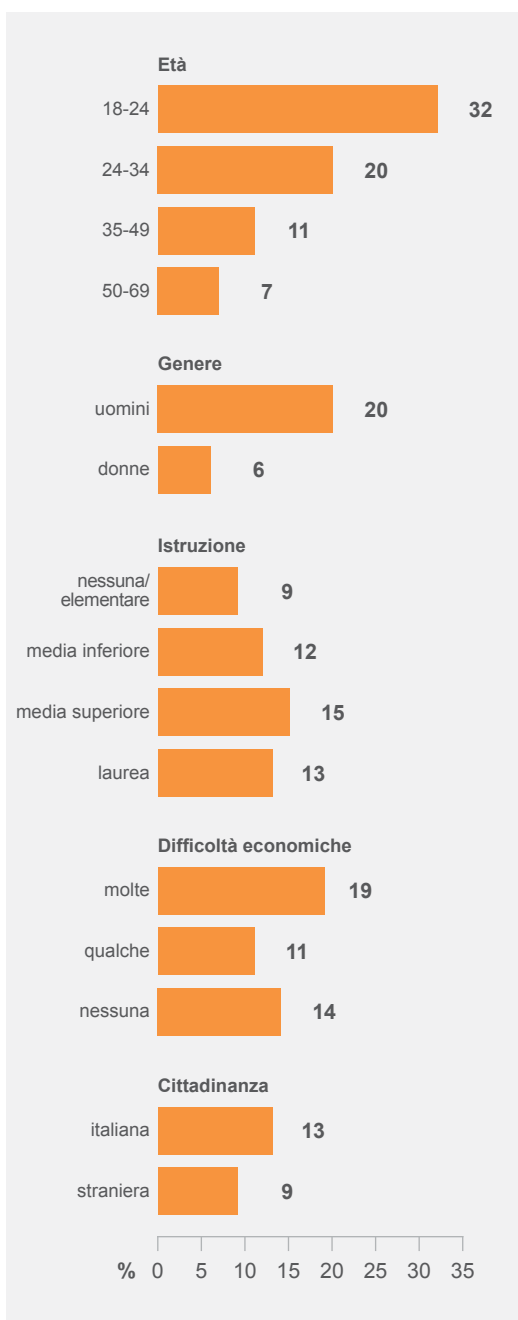
In Trentino, il consumo binge è più frequente tra le persone dai 18 ai 34 anni (in modo particolare tra i 18-24enni) e tra gli uomini [figura 6].

Dall'analisi multivariata che valuta tutte le caratteristiche, ciò che risulta associato (in maniera significativa) al consumo binge è l'età giovane e il genere maschile.

La prevalenza di consumatori binge è distribuita omogeneamente nei quattro distretti sanitari [figura 7].

In Italia la percentuale di bevitori binge è risultata del 9%. Come per i consumatori a maggior rischio, anche per quelli binge la prevalenza registrata in Trentino è tra le più elevate in Italia, assieme a tutto il Nord Est. Si osservano differenze significative nel confronto tra le regioni. Il range varia dal 3% della Sicilia al 18% della provincia di Bolzano [figura 8].

Figura 6
Consumo binge in provincia di Trento: prevalenze per caratteristiche socio-demografiche. PASSI, 2010-2011



L'attenzione degli operatori sanitari al problema dell'alcol

Solamente a un trentino su cinque (21%) che è stato nell'ultimo anno dal medico, è stato chiesto se consuma alcol. Seppur bassa, l'attenzione dei medici trentini è tuttavia maggiore rispetto a quanto si verifica mediamente nel resto d'Italia (15%).

L'attenzione dei medici sulle abitudini al consumo di alcol è distribuito disomogeneamente tra le regioni italiane: la percentuale più elevata è in Sardegna (25%), quella più bassa in Basilicata (10%) [figura 9].

Se l'attenzione dei medici trentini verso le abitudini di consumo di alcol dei propri assistiti è limitata, ancor più contenuti sono i consigli di bere meno alcol, dati solamente al 13% di consumatori abituali di quantità ele-

vate di alcol, al 6% di consumatori binge e al 4% di consumatori fuori pasto [figura 10]. I dati trentini risultano sovrapponibili al dato medio nazionale.

Il comportamento dei medici riguardo sia all'interessamento delle abitudini di consumo di alcol, sia al dispensare consigli sull'opportunità di bere meno è omogeneo nei quattro distretti sanitari trentini.

Sia l'interesse degli operatori, sia i consigli dati non mostrano nessuna variazione nel periodo 2008-2011.

Commento

I livelli di consumo di alcol in Trentino sono superiori a quelli rilevati in media nelle ASL italiane: circa un terzo della popolazione trentina ha abitudini di consumo considerabili a maggiore rischio.

Tuttavia è importante sottolineare che la maggioranza dei trentini non beve (36%) o beve moderatamente (38%). I gruppi di popolazione che più frequentemente hanno un comportamento ad alto rischio sono gli uomini e i giovani, ma, a differenza di altri comportamenti a rischio, il consumo di alcol non risulta associato a fattori socio-economici. Una minoranza (10%) della popolazione, piccola ma consistente nel tempo, continua inoltre a mettere a repentaglio la propria vita e quella degli altri guidando sotto l'effetto dell'alcol (per i dati su questo fenomeno si rimanda al capitolo *I traumi: fratture e ferite*, "La sicurezza stradale: La guida sotto l'effetto dell'alcol").

L'interesse dei medici al fenomeno del consumo di alcol rimane modesto: solo una persona su cinque riferisce l'interesse del proprio medico relativo a questo argomento. Per converso, è importante notare che la capacità del medico di affrontare il discorso sull'alcol è vissuta dagli assistiti come segno di una buona relazione medico-paziente.

Il fatto che solo pochi dei bevitori ad alto rischio ricevano dal proprio medico il consiglio di bere meno alcol evidenzia le difficoltà degli operatori sanitari a inquadrare correttamente questo tipo di consumo. Occorre

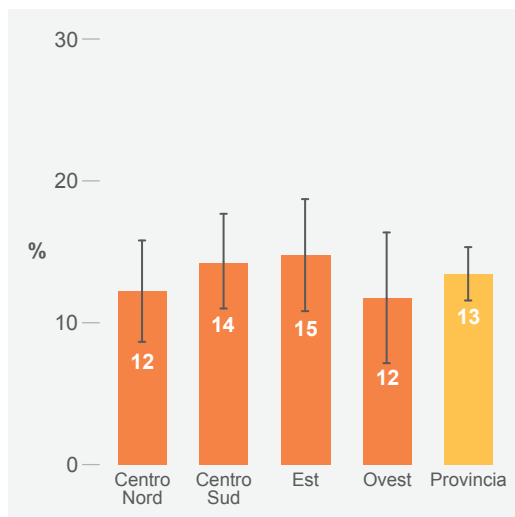


Figura 7
Prevalenza di consumatori binge in provincia di Trento: prevalenza per distretto di residenza. PASSI, 2010-2011



Figura 8
Consumo binge in Italia: prevalenza per regione di residenza. PASSI, 2010-2011

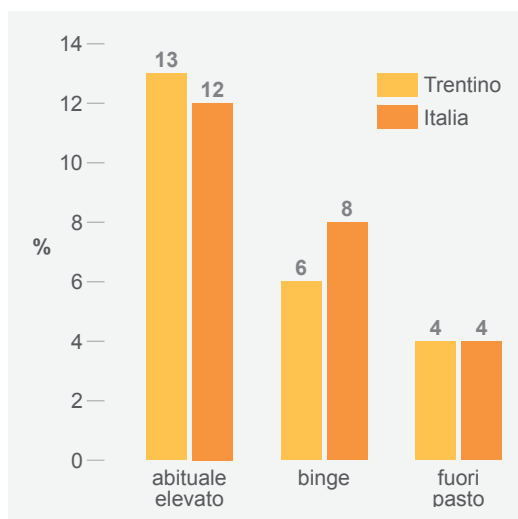


Figura 9
Persone a cui è stata posta la domanda sul consumo di alcol. Prevalenze per regione di residenza. PASSI, 2008-2011

quindi trovare le modalità adeguate per supportare l'attività di counselling.

Rispetto agli anni precedenti non si registrano sostanziali differenze rispetto alle quantità e modalità di consumo alcolico.

Figura 10
 Categorie di persone con un consumo di alcol a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario.
 PASSI, 2010-2011



Per quanto riguarda gli interventi finalizzati a ridurre il danno causato dall'alcol, una recente revisione sull'argomento (*Lancet*, 2009) dimostra l'efficacia di politiche e normative che intervengono sulle caratteristiche della commercializzazione dell'alcol (in particolare il prezzo e la reperibilità del prodotto). Risultano inoltre efficaci il rinforzo dei controlli della guida sotto l'effetto dell'alcol e gli interventi individuali su bevitori a rischio particolare.

L'educazione sanitaria in ambito scolastico non è in grado di ridurre i danni da alcol, tuttavia le campagne di informazione e i programmi di educazione alla salute giocano un ruolo importante nella diffusione di informazioni e nell'aumento dell'attenzione sull'argomento e favoriscono il consenso alle politiche e alle normative rivolte alla riduzione del consumo.

Nell'ottica del programma *Guadagnare Salute* è inoltre fondamentale intervenire sul contesto per rendere facili le scelte salutari: da questo punto di vista, far diventare l'alcol più caro e meno facilmente reperibile e proibire la pubblicità di bevande alcoliche rappresentano interventi altamente costo-efficaci nella riduzione dei danni provocati dall'alcol.

Risulta in linea con queste raccomandazioni l'introduzione della legge provinciale su alcol e minori (Legge 19/2010), che estende il divieto di somministrazione e vendita di alcol ai minori di 18 anni (invece dei 16 anni fissati dalla normativa precedente), sul rispetto della quale occorre tuttavia investire maggiori risorse.

Per approfondire:

- WHO, *Global strategy to reduce harmful use of alcohol*, http://www.who.int/substance_abuse/activities/globalstrategy/en/index.html
- EUROPEAN COMMISSION, *Communication setting out strategy to support Member States in reducing alcohol related harm*, 2006, http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/alcohol_com_en.htm
- EUROPEAN COMMISSION, *Alcohol in Europe. A public health perspective*, 2006, http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm
- MINISTERO DELLA SALUTE, *Piano nazionale alcol 2007-2009*, <http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/pnas.asp>
- ISTITUTO NAZIONALE DI RICERCA PER GLI ALIMENTI E LA NUTRIZIONE, *Linee guida per il consumo di alcol*, http://www.inran.it/656/Bevande_alcoliche__se_si_solo_in_quantit__aggrave__controllata.html
- WHO, *Handbook for action to reduce alcohol-related harm*, 2009, <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/handbook-for-action-to-reduce-alcohol-related-harm>
- *The Lancet Series on Alcohol and Global Health*, June 26, 2009, <http://www.thelancet.com/series/alcohol-and-global-health>
- WHO, *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*, 2009, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf
- PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO, *Legge provinciale 3 agosto 2010, n. 19, Tutela dei minori dalle conseguenze legate al consumo di bevande alcoliche*, http://www.consiglio.provincia.tn.it/documenti_pdf/clex_21842.pdf.

Il consumo di sostanze stupefacenti illegali

Il consumo di sostanze stupefacenti rappresenta un problema di sanità pubblica non solo per gli effetti diretti sulla salute del consumatore, ma anche perché tali effetti si estendono alle famiglie e alla società nel suo insieme.

I rischi per la salute associati al consumo di sostanze stupefacenti illegali aumentano con l'aumentare della frequenza del consumo e della quantità della sostanza consumata.

L'uso problematico viene suddiviso dalla *International Classification of Diseases (10th revision)* in uso dannoso (*harmful use*) e dipendenza.

Per essere definito *dannoso* l'uso deve essere alla base di danni fisici (per esempio danni a qualche organo) oppure causa di danni psicologici (per esempio la psicosi indotta dalla sostanza).

La *dipendenza* è definita in presenza di almeno tre indicatori per almeno un mese nell'ultimo anno. Tali indicatori comprendono: forte desiderio di assumere la sostanza; mancanza di controllo dell'uso; sindrome di astinenza seguita da cessazione dell'assunzione/in seguito alla riduzione del dosaggio; bisogno di assumere quantità crescenti per avere l'effetto psicologico desiderato; quantità di tempo importante trascorsa nel tentativo di procurarsi e consumare la sostanza e riprendersi dai suoi effetti; persistenza nell'assunzione della sostanza nonostante i problemi provocati dal consumo.

La dipendenza e l'uso dannoso possono instaurarsi nell'ambito delle quattro maggiori classi di sostanze stupefacenti (stimolanti tipo anfetamine, cannabis, cocaina, oppiacei). Tuttavia l'European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction (EMCDDA), limita la definizione di uso problematico all'uso per via endovenosa oppure di lunga durata/con assunzione regolare di oppiacei, cocaina e/o anfetamine.

Gli effetti sulla salute

Gli effetti sulla salute possono essere raggruppati in quattro categorie:

- effetti tossici acuti (overdose)
- effetti acuti dovuti allo stato di intossicazione (incidenti e violenza)
- sviluppo della dipendenza
- effetti dovuti al consumo cronico (malattie cardiovascolari, cirrosi, infezioni batteriche e virali parenterali e problemi di salute mentale).

Il consumo di cannabis è associato a problemi di dipendenza e di salute mentale (comprese le psicosi) ma non sembra avere un effetto apprezzabile sulla mortalità.

Il consumo di oppiacei rappresenta una delle cause principali per morte per overdose e dipendenza; infezioni con HIV, epatite C e B rappresentano un importante rischio collegato all'assunzione per via endovenosa di eroina, cocaina e amfetamine.

Problemi di salute mentale, incidenti stradali, suicidio e violenza sono più frequenti nelle persone che consumano sostanze stupefacenti.

I fattori di rischio

I modelli prevalenti dell'iniziazione del consumo di sostanze (per esempio la successione temporale del consumo in cui si inizia con il consumo di alcol e tabacco seguito da cannabis e altre sostanze) varia tra paesi e culture diversi. Ciò confermerebbe l'influenza dei fattori sociali, della disponibilità delle sostanze nonché di altri fattori di contesto ambientale, nel favorire o nell'ostacolare l'iniziazione del consumo e la sua evoluzione in consumo problematico e dipendenza.

Il consumo di sostanze può quindi essere considerato il risultato di complesse in-

terazioni multifattoriali tra l'esposizione ripetuta alle sostanze, fattori biologici e ambientali (modello bio-psico-sociale così definito dall'Organizzazione mondiale della sanità).

Ciò premesso, i fattori di rischio si possono suddividere in:

– *fattori sociali e di contesto*: disponibilità delle sostanze, consumo di alcol e tabacco in giovane età, accettazione sociale del consumo di alcol e di altre sostanze, difficoltà economiche, basso livello di istruzione

– *fattori familiari*: scarsa qualità della relazione con i genitori, violenza intra-familiare, conflitti tra i genitori, uso di sostanze da parte di genitori e/o fratelli

– *fattori individuali*: sesso maschile, tratti particolari del carattere di propensione alla continua ricerca di novità, problemi comportamentali nell'infanzia, scarsi successi scolastici e abbandono scolastico

– *pressione del gruppo*: rappresenta uno dei fattori predittivi l'iniziazione del consumo di alcol/sostanze più forte in adolescenza, anche indipendentemente da altri fattori individuali o familiari.

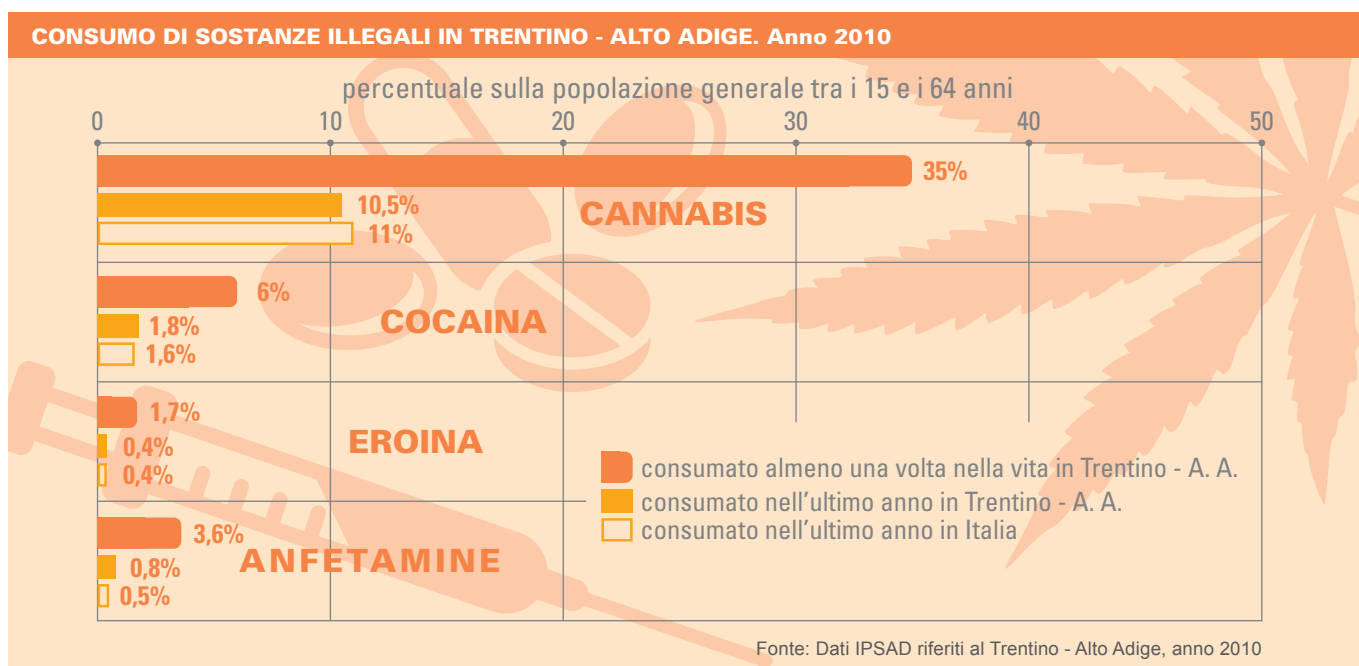
Spesso più di uno di questi fattori coesistono nello stesso individuo.

Il consumo di sostanze provoca a sua volta disregolazioni del sistema dei mediatori cerebrali, prevalentemente della dopamina, responsabili della sensazione di gratificazione e di una forte spinta (*craving*) al consumo ulteriore della sostanza. La resistenza a tale spinta è inversamente proporzionale al numero/intensità dei fattori di rischio sopraelencati.

La prevalenza

In Trentino-Alto Adige la sostanza stupefacente illegale maggiormente consumata risulta essere la cannabis (si stima che circa l'11% della popolazione tra i 15 e i 64 anni abbia consumato cannabis nell'anno precedente l'inchiesta IPSAD).

La prevalenza di *uso problematico* di sostanze stupefacenti per la provincia di Trento viene stimata essere di 6,5 persone ogni mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni, corrispondenti a circa 2.400 persone, di cui 1.600 consumatori problematici di oppiacei e 800 consumatori problematici di stimolanti (principalmente cocaina). Mentre i valori di consumo stimati in Trentino-Alto Adige si sovrappongono sostanzialmente alla media di consumo nazionale, i valori stimati di uso problematico risultano inferiori alla media nazionale (8,5 persone ogni 1.000 abitanti).



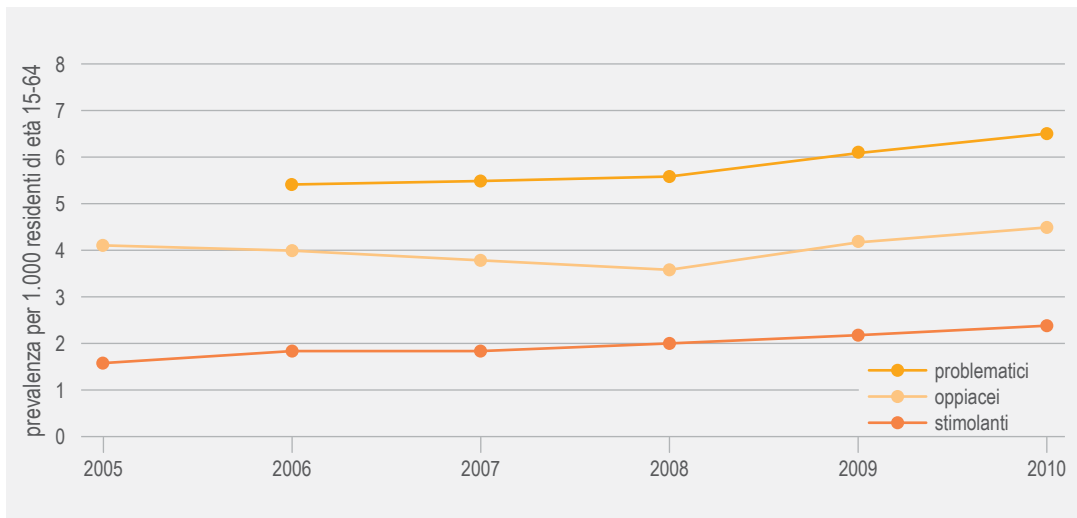


Figura 1

Utilizzo problematico di sostanze, di oppiacei, di stimolanti. Prevalenza per mille residenti in Trentino di età 15-64.

SERVIZIO DIPENDENZE (SERD), APSS, 2008-2011

L'andamento nel tempo (2005-2010) è sostanzialmente stabile (il lieve incremento non è significativo) [figura 1].

La prevenzione

Il target maggiore delle azioni di prevenzione è rappresentato dai giovani, visto che l'esposizione alle sostanze e la probabilità di iniziare a consumarle è maggiore in quella fascia di età.

Le misure di prevenzione dovrebbero servire a impedire l'iniziazione del consumo ma possono servire a spostare in età maggiore l'iniziazione o a impedire che i consumatori occasionali diventino consumatori regolari e dipendenti.

I programmi di prevenzione possono essere classificati rispetto all'ambito in cui vengono realizzati (scuola, media, comunità, medicina di base, ecc.) o ad altre modalità: interventi sul contesto ambientale finalizzati alla riduzione della disponibilità delle sostanze; interventi psico-sociali; interventi di educazione sanitaria finalizzati ad aumentare la consapevolezza dei rischi; interventi di screening e di counselling breve in ambito sanitario.

Secondo le revisioni sistematiche della Cochrane collaboration gli interventi sullo sviluppo psico-sociale possono essere efficaci; gli interventi di educazione sanitaria finalizzati ad aumentare conoscenze e consapevolezza (come quelli solitamente veicolati dai mass-media) sono spesso di scarsa efficacia.

Gli interventi psico-sociali più promettenti, sia a livello di contesto familiare che scolastico, risultano essere quelli improntati sullo sviluppo delle abilità vitali in generale (life skills) e non specificatamente sul consumo di alcol o droga. Una tattica efficace sembra essere inoltre la correzione di alcune percezioni errate sulla presunta grande diffusione del consumo di sostanze tra i giovani.

Nel campo della prevenzione secondaria risultano efficaci interventi basati su screening e counselling motivazionale breve, in ambito sanitario.

Gli interventi rivolti ai consumatori di stupefacenti

Gli interventi rivolti ai consumatori di sostanze coprono una grande varietà di bisogni, dal trattamento farmacologico della dipendenza a sostegno dell'astinenza, ai servizi finalizzati alla riduzione della frequenza/quantità di consumo e altri danni/comportamenti ad alto rischio.

Gli interventi devono seguire un approccio olistico mettendo l'individuo al centro e non dimenticando che il recupero completo è possibile. Le diverse opzioni a disposizione e la loro efficacia sono riassunti nella Tabella 1.

L'efficacia e i benefici dei singoli interventi dipendono molto dal contesto in cui vengono realizzati, la scelta delle strategie e degli interventi deve essere calibrata alle caratteristiche del contesto locale.

Interventi rivolti ai consumatori di sostanze stupefacenti illegali

Interventi	Efficacia	Forza delle prove	Commenti
Terapia sostitutiva	Buona evidenza per l'efficacia nella riduzione della mortalità, consumo di eroina, criminalità, infezioni da HIV e epatiti virali.	Numerosi studi in molti paesi.	<i>Solo per consumatori di oppiacei. La combinazione con interventi psicosociali aumenta l'efficacia. Buon rapporto costo-efficacia.</i>
Programmi di scambio di siringhe	Riduzione delle infezioni da HIV e avvicinamento al trattamento.	Ricerche condotte in Canada, Regno Unito, Australia e USA.	<i>Solo per chi usa droghe per via endovenosa. Nessun effetto sull'epatite C. Nessun trial randomizzato controllato disponibile.</i>
Trattamento psicosociale	Buona evidenza per l'efficacia nella riduzione del consumo, dei problemi legati al consumo e delle attività criminali.	Molti studi in molti paesi diversi.	<i>Appropriato per tutti i tipi di consumo e di sostanze. Possono essere combinati a interventi farmacologici e somministrati in ambito sia ambulatoriale, che residenziale, sotto forma sia individuale che di gruppo.</i>
Trattamento comportamentale familiare o di coppia	Alcuni studi randomizzati evidenziano l'efficacia nell'astinenza durante il trattamento per consumo di eroina e cocaina.	Studi condotti quasi esclusivamente in USA.	<i>Non molto diffuso in USA, non testato in altri paesi/culture.</i>
Comunità residenziali	Sono stati realizzati pochi trial randomizzati. Una durata maggiore del soggiorno è associato a outcome migliori, benché queste osservazioni non vengano confermate dai trial randomizzati che evidenziano benefici identici con durate inferiori del soggiorno e successivo follow-up oppure con interventi ambulatoriali.	Disponibilità di poche evidenze di buona qualità scientifica nonostante la diffusione molto ampia di tale approccio.	<i>Molto diffuso in tutto il mondo con approcci diversi.</i>
Organizzazioni di auto-mutuo-aiuto	Buona evidenza per l'efficacia nella riduzione del consumo e della criminalità.	Evidenze disponibili da molti paesi anche molto diversi tra di loro (USA, Regno Unito, Iran, Cina).	<i>Buon rapporto costo-efficacia. Probabilmente l'approccio più diffuso a livello mondiale.</i>
Interventi brevi nell'ambito sanitario	Buona evidenza sull'efficacia nella riduzione del consumo tra i consumatori ad alto rischio.	Evidenze disponibili da Regno Unito, USA, Sudafrica, India, Australia e Brasile.	<i>Le evidenze riguardano molte sostanze diverse.</i>

Tabella 1

Interventi rivolti ai consumatori di sostanze stupefacenti.

Adattata da: JOHN STRANG, THOMAS BABOR, JONATHAN CAULKINS, ET AL., "Drug Policy and the public good: evidence for effective interventions", *The Lancet*, Vol. 379, pp. 71-83, JANUARY 7, 2012, 2008-2011

Risulta infine fondamentale suddividere la tipologia di intervento a seconda dei bisogni specifici, dei potenziali beneficiari (per esempio interventi differenziati per persone con co-morbidità psichiatrica o di altra natura, con poli-dipendenze, giovani, non autosufficienti, oppure con figli piccoli, ecc.).

Gli interventi attualmente praticati in Trentino sono la terapia sostitutiva, i trattamenti psico-sociali e le comunità residenziali.

Il Servizio per le Dipendenze – SER.D

All'interno di un modello aziendale di tipo dipartimentale, dove forte è l'integrazione con i diversi soggetti pubblici e privati parte della rete assistenziale, il Ser.D ha un ruolo centrale nella prevenzione, cura e riabilitazione delle persone a rischio o che fanno uso di sostanze stupefacenti, psicotrope o che soffrono di altri tipi di dipendenze (per esempio, il gioco d'azzardo).

L'equipe multidisciplinare del Ser.D costituisce il contesto all'interno del quale sono elaborati e attuati i diversi interventi che si strutturano in tre fasi strettamente correlate: l'accoglienza, la valutazione, la presa in carico.

Commento

Il consumo di sostanze stupefacenti viene praticato solo da una piccola minoranza di persone, ma rappresenta comunque un problema di sanità pubblica.

L'uso problematico delle sostanze è meno frequente in Trentino (6,5 persone ogni mille residenti, circa 2.400 persone in provincia) rispetto alla media nazionale (8,5 persone ogni mille abitanti).

Gli interventi di prevenzione e controllo in essere in provincia rispondono agli standard internazionali del settore, ma esistono alcuni ambiti in cui un ulteriore sviluppo è auspicabile e che quindi sono stati inseriti nelle linee guida provinciali per la programmazione dell'offerta nell'area delle tossicodipendenze (deliberazione G.P. 2191/2012):

1. maggiore enfasi alla prevenzione
2. avvio di gruppi di auto-mutuo aiuto
3. maggiori collaborazioni nell'assistenza e recupero, da promuovere anche attraverso lo strumento delle unità di valutazione multidimensionale.

Per approfondire

- WHO, *World Drug Report, 2010*, <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2010.html>
- LOUISA DEGENHARDT, WAYNE HALL, "Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease", *The Lancet*, Vol 379, pp. 55-70, January 7, 2012
- JOHN STRANG, THOMAS BABOR, JONATHAN CAULKINS, ET AL., "Drug Policy and the public good: evidence for effective interventions", *The Lancet*, Vol 379, pp. 71-83, January 7, 2012
- ROBIN ROOM, PETER REUTER, "How well do international drug conventions protect public health?", *The Lancet*, Vol 379, pp. 84-91, January 7, 2012
- VIRGINIA BERRIDGE, "The rise, fall, and revival of recovery in drug policy", *The Lancet*, Vol 379, pp. 22-23, January 7, 2012
- DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA, *Stockholm Statement 2012: Dichiarazione internazionale congiunta per una politica umana bilanciata contro le droghe*, <http://www.politicheantidroga.it/media/561617/brochure%20svezia.pdf>
- GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY, *Report June 2011*, http://www.global-commissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_English.pdf
- PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO, *Il fenomeno delle dipendenze in provincia di Trento, Anno 2010*, infosalute 23, Provincia Autonoma di Trento, 2012, <http://www.trentinosalute.net/Contenuti/Pubblicazioni/InfoSalute/023-Il-fenomeno-delle-dipendenze-in-provincia-di-Trento.-Anno-2010>
- IPSAD (ITALIAN POPULATION SURVEY ON ALCOHOL AND OTHER DRUGS), Dati 2010, in *Il fenomeno delle dipendenze in provincia di Trento, Anno 2010*, infosalute 23, Provincia Autonoma di Trento, 2012
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE), "Drug misuse, Psychosocial interventions", *NICE clinical guideline*, 51, July 2007
- HM GOVERNMENT, *Drug Strategy 2010 Reducing Demand, Restricting Supply, Building recovery: Supporting People to Live a Drug Free Life*, <http://mhfe.org.uk/sites/default/files/shared/drug-strategy-2010.pdf>

Il gioco d'azzardo

Il gioco d'azzardo è un'attività presente in tutte le culture e tempi e comprende molte forme diverse, dalle scommesse informali ad attività offerte nei casinò. Recentemente la liberalizzazione del gioco d'azzardo ha portato a un aumento della diffusione dei giochi (e conseguentemente del numero di giocatori) senza precedenti in Italia.

Per una parte dei giocatori il gioco può diventare problematico fino ad assumere le forme di una vera e propria dipendenza. La percentuale di popolazione con problemi legati al gioco è variabile (0,2% in Norvegia – 5,3% a Hong Kong) e dipende anche dall'accessibilità dei giochi; quindi l'aumento della diffusione dei giochi comporta invariabilmente anche un aumento delle persone con problemi ponendo all'ordine del giorno la necessità della prevenzione e della cura.

Anche in Trentino-Alto Adige le somme giocate e perse sono ingenti ed esiste un

trend in aumento del fenomeno, nonostante la crisi economica. Complessivamente, infatti, le giocate in Trentino-Alto Adige da gennaio a ottobre 2011 sono state pari a 1.077 milioni di euro (1 miliardo e 77 milioni; la spesa pubblica per finanziare il sistema sanitario trentino è di poco più di 1 miliardo di euro).

Anche per la regione si è registrato un aumento degli importi giocati sia nel corso dell'anno (a gennaio erano 98 i milioni di euro giocati, mentre a ottobre 119, il 21% in più), sia rispetto allo scorso anno.

Dai dati IPSAD del 2010 emerge che circa il 42% della popolazione residente in Trentino-Alto Adige tra 15 e 64 anni abbia giocato puntando soldi. Il gioco è più diffuso tra gli uomini (52%) rispetto alle donne (33%), inoltre l'11% degli uomini e il 6% delle donne riferisce di avere l'impulso a giocare somme di denaro sempre più consistenti, mentre l'11% degli uomini e il 4% delle donne cerca di tenere nascosta l'entità

Per essere definito **GIOCATORE PATOLOGICO** una persona deve presentare almeno 5 delle seguenti 10 caratteristiche

1. È preoccupato in relazione al suo giocare
2. Sente il bisogno di giocare con somme crescenti di denaro
3. Ha cercato invano di controllare/limitare il gioco o di smettere di giocare
4. Diventa nervoso o irritabile appena tenta di controllare/limitare il gioco
5. Usa il gioco per sfuggire a problemi o per superare il cattivo umore
6. Dopo aver perso al gioco tenta di rivincere le somme perdute anche a distanza di qualche giorno
7. Non è sincero rispetto all'entità del suo coinvolgimento nel gioco
8. Ha commesso azioni illegali per finanziare il gioco
9. A causa del gioco ha messo a repentaglio/perso una relazione importante, il lavoro o opportunità di formazione/di carriera
10. Si affida ad altri per avere soldi nel tentativo di risolvere una situazione finanziaria disperata provocata dal gioco

Fonte: DSM-IV-TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision

Schema di intervento sul gioco d'azzardo

PREVENZIONE PRIMARIA	PREVENZIONE SECONDARIA	PREVENZIONE TERZIARIA
target ⊗ Popolazione generale	target ⊗ Popolazione a rischio	target ⊗ Popolazione con problemi
obiettivi ▶ Aumentare conoscenza, consapevolezza del rischio ▶ Spostare in avanti l'età di inizio gioco ▶ Ridurre l'accessibilità ai giochi con particolare tutela dei minori	obiettivi ▶ Aumentare la diagnosi precoce dei giocatori problematici ▶ Evitare che i problemi evolvano verso una vera e propria dipendenza	obiettivi ▶ Ridurre il danno alle persone, alle famiglie e alla comunità ▶ Aumentare l'accessibilità ai programmi terapeutici
interventi <input type="checkbox"/> Monitoraggio <input type="checkbox"/> Campagna informativa <input type="checkbox"/> Incontri di informazione rivolti alla popolazione <input type="checkbox"/> Norme provinciali (vincoli alla diffusione dei giochi)	interventi <input type="checkbox"/> Campagna informativa <input type="checkbox"/> Corso di formazione rivolto a medici di medicina generale <input type="checkbox"/> Numero verde	interventi <input type="checkbox"/> Convenzione APSS-AMA <input type="checkbox"/> Diffusione gruppi di auto-mutuo aiuto <input type="checkbox"/> Programmi terapeutici <input type="checkbox"/> Numero verde

del proprio coinvolgimento nel gioco.

I giochi più giocati sono Gratta e vinci/lotto istantaneo e Superenalotto, tra i giovani maschi anche scommesse, poker texano, video poker e slot machine.

I luoghi prediletti per giocare sono i bar, tabacchi e pub, mentre tra i giovani si gioca molto anche in casa, su internet e nelle sale giochi.

Negli ultimi 12 mesi tra gli studenti trentini il 64% dei ragazzi e il 50% delle ragazze ha praticato giochi in cui si puntano soldi. Tra chi gioca: il 12% dei ragazzi e il 7% delle ragazze gioca frequentemente (20 volte e più), il 26% risulta essere a rischio, il 18% a rischio minimo, l'8% a rischio moderato.

Alla luce di questi dati si può desumere che una parte dei giocatori, soprattutto maschi, può essere considerato a rischio per lo sviluppo di problemi legati al gioco.

Gli interventi di contrasto

Il fenomeno viene affrontato dall'Amministrazione provinciale, di concerto con l'Azienda provinciale per i Servizi sanitari e altri enti istituzionali, da un lato con misure

di informazione, formazione, prevenzione e cura, dall'altro lato con un nuovo quadro normativo di riferimento, recentemente introdotto con la legge Finanziaria per il 2012, volto a preservare determinati contesti sociali e territoriali dalla presenza di tali tipologie di attrazioni, favorendone la collocazione in zone distanti da luoghi sensibili quali ad esempio gli istituti scolastici.


Si sta inoltre valutando come promuovere un'azione coordinata tra forze di polizia statale e comunale al fine di contrastare il gioco illecito e i possibili impatti in termini di sicurezza urbana.

Commento

Il gioco d'azzardo è molto diffuso nella popolazione della nostra regione e della nostra provincia, e le somme di denaro giocate e perse sono ingenti.

Esiste un trend in aumento del fenomeno e la crisi economica non rallenta l'espansione del settore, al contrario.

Una parte dei giocatori, soprattutto maschi, può essere considerato a rischio per lo sviluppo di problemi legati al gioco.



La provincia in concerto con l'Azienda sanitaria e l'Associazione di auto-mutuo aiuto si sta attrezzando per affrontare la problematica in tutte le sue dimensioni.

Per approfondire

- AGENZIA DELLE DOGANE E DEI MONOPOLI, Amministrazione autonoma monopolio di stato, Entità giocate: Dati ufficiali, <http://www.aams.gov.it>
- DAVID C HODGKINS ET AL.: “Gambling disorders”, *The Lancet*, Vol 378, November 26, 2011
- UFFICIO STAMPA PAT, *Contrastare il gioco d'azzardo in provincia di Trento*, http://www.uffstampa.provincia.tn.it/CSW/c_stampa.nsf/0/035b7aface020bc2c1257967004d0d7a?OpenDocument#.URkO-1fL4bxV

Le principali problematiche di salute

La speranza di vita

Nel secolo scorso l'Italia, come gli altri paesi occidentali, è stata caratterizzata da una progressiva riduzione dei rischi di mortalità e dal conseguente aumento della speranza di vita.

A metà del '900 gli italiani avevano una speranza di vita alla nascita (la *speranza di vita* è il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere a partire da una certa età - in questo caso, alla nascita) pari a 63 anni per gli uomini e 67 anni per le donne.

Negli anni successivi, grazie ai progressi medici, scientifici e tecnologici, ma soprattutto alle migliorate condizioni di vita della popolazione, la speranza di vita è progressivamente aumentata per entrambi i generi, sebbene in maniera diversificata, con un divario che inizialmente è aumentato a favore delle donne. A partire dagli anni '80 la distanza è andata diminuendo, grazie alla riduzione della mortalità più marcata negli uomini che nelle donne. Nel 2011 in Italia gli uomini sono arrivati a vivere in media 79,4 anni, le donne 84,5.

Il divario tra i due generi resta elevato, con una differenza di oltre 5 anni a vantaggio delle donne, spiegata da una maggiore mortalità maschile a tutte le età. Tuttavia i miglioramenti della sopravvivenza femminile hanno mostrato un rallentamento negli anni più recenti. Ciò a cui si sta assistendo è una progressiva omogeneizzazione negli stili di vita: da un lato gli uomini sembrano avere adottato abitudini e comportamenti più salutari, dall'altro lo stile di vita delle donne non sembra progredire negli anni, suggerendo la necessità di individuare possibili comportamenti a rischio su cui intervenire. In provincia di Trento nel 2011 risulta una speranza di vita alla nascita pari a 85,5 anni per le donne e 80,0 anni per gli uomini. Ma mentre per le donne trentine il profilo di mortalità è nettamente migliore di quello medio nazionale, per gli uomini la situazione è più simile alla media italiana [figura 1].

Va comunque evidenziato il miglioramento dell'aspettativa di vita degli uomini trentini (quasi 7 anni recuperati dal 1992 a oggi),

miglioramento che ha portato gli indicatori provinciali da livelli inferiori a quelli medi nazionali a livelli superiori. Per quanto riguarda le donne, seppure partendo da livelli di eccellenza, il miglioramento è stato più contenuto, con meno di 4 anni di aspettativa di vita recuperati [figura 2].

La speranza di vita libera da disabilità

Il progressivo allungamento della vita media e il conseguente progressivo invecchiamento della popolazione obbligano a interrogarsi sulle condizioni di salute in cui si realizzano i guadagni di sopravvivenza osservati.

La qualità della vita è fortemente connessa con lo stato di salute, che assume un ruolo sempre più rilevante con il progredire dell'età, diventando tra le persone anziane l'elemento prioritario.

È fondamentale quindi capire se, oltre all'aumento della sopravvivenza, ci sia stato anche un aumento degli anni vissuti in buona salute o se, invece, l'aumento della longevità sia il risultato di miglioramenti terapeutici che avrebbero consentito una maggiore sopravvivenza, ma prevalentemente in cattive condizioni di salute.

Il concetto di salute può essere interpretato secondo diverse accezioni: più oggettive, che identificano la buona salute con l'assenza di una specifica malattia o di una limitazione funzionale che ostacola o impedisce lo svolgimento delle attività della vita quotidiana, oppure più soggettive, basate sulla percezione individuale del proprio stato di salute.

Tra gli indicatori che cercano di coniugare aspettativa di vita e qualità della vita uno dei più ricorrenti a livello internazionale è la *speranza di vita libera da disabilità* (Healthy Life Years, HLY). L'indicatore si basa sulla definizione di salute che fa riferimento alla disabilità intesa come limitazioni severe o moderate che un individuo ha nel compiere le attività della vita quotidiana.

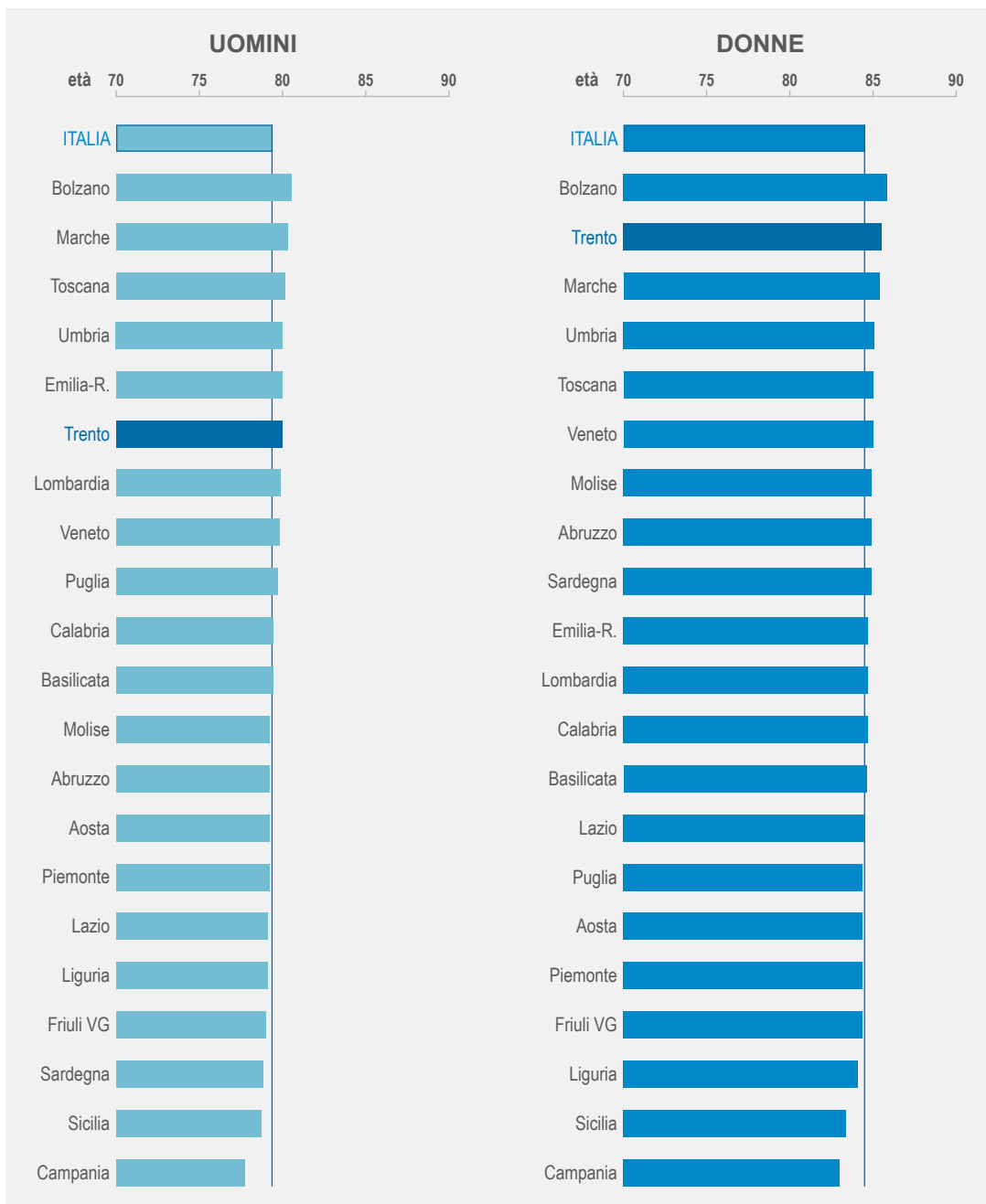


Figura 1
Speranza di vita alla nascita per regione di residenza e genere.
ISTAT, 2011

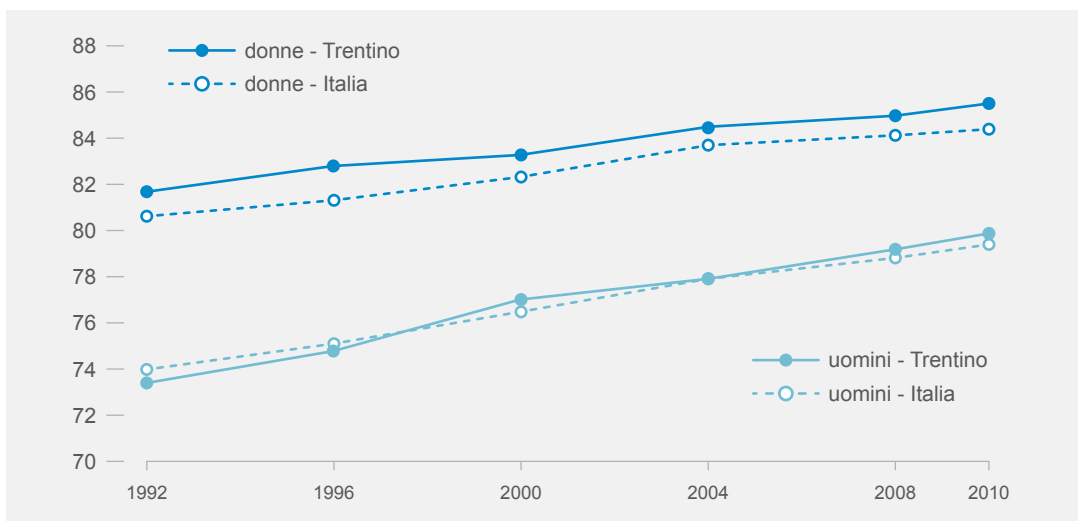


Figura 2
Speranza di vita alla nascita per residenza e genere.
ISTAT, 1992-2010

Nell'Unione europea (Ue) la speranza di vita alla nascita per il triennio 2008-10 era mediamente di 75,3 anni per gli uomini e di 81,7 anni per le donne. L'Italia si colloca tre le prime posizioni sia con gli uomini (79,3 anni) che con le donne (84,6 anni).

La media degli anni di vita liberi da disabilità alla nascita per i paesi dell'Unione europea era, per lo stesso periodo, di 62,2 anni per le donne e di 61,0 anni per gli uomini.

Il divario tra i generi è molto più ridotto di quello della speranza di vita, il che rispecchia il fatto che le donne trascorrono una proporzione più elevata della loro vita affette da qualche limitazione d'attività. In particolare, in Italia, sebbene le donne abbiano una vita media di 5,3 anni più elevata degli uomini (84,6 anni rispetto ai 79,3 degli uomini), hanno mediamente 6,3 anni in più da vivere con disabilità (22,4 anni rispetto ai 16,1 degli uomini) cosicché il vantaggio femminile viene completamente assorbito e la speranza di vita alla nascita senza disabilità risulta più elevata negli uomini (63,2 anni rispetto ai 62,2 delle donne).

La qualità della vita

In generale gli italiani, uomini e donne, si caratterizzano nel quadro europeo per avere un'elevata longevità, ma questo forte vantaggio in termini di sopravvivenza si ridimensiona, in maniera più marcata per le donne, quando si considera anche una dimensione qualitativa degli anni vissuti (HLY).

Stesse indicazioni emergono anche dall'analisi dello stato di salute autoriferito. Se infatti, si considera la percezione che le persone hanno della propria salute, sia fisica che psicologica, l'Italia si colloca nella seconda parte della classifica dei paesi dell'Unione europea per proporzione di persone adulte che definiscono il proprio stato di salute buono o molto buono (67%) [figura 3].

Il dettaglio locale dello stato di salute autoriferito, assieme al numero di giorni in cui la persona non si è sentita bene per motivi fisici o per motivi mentali e/o psicologici e al numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali, è fornito dal sistema di

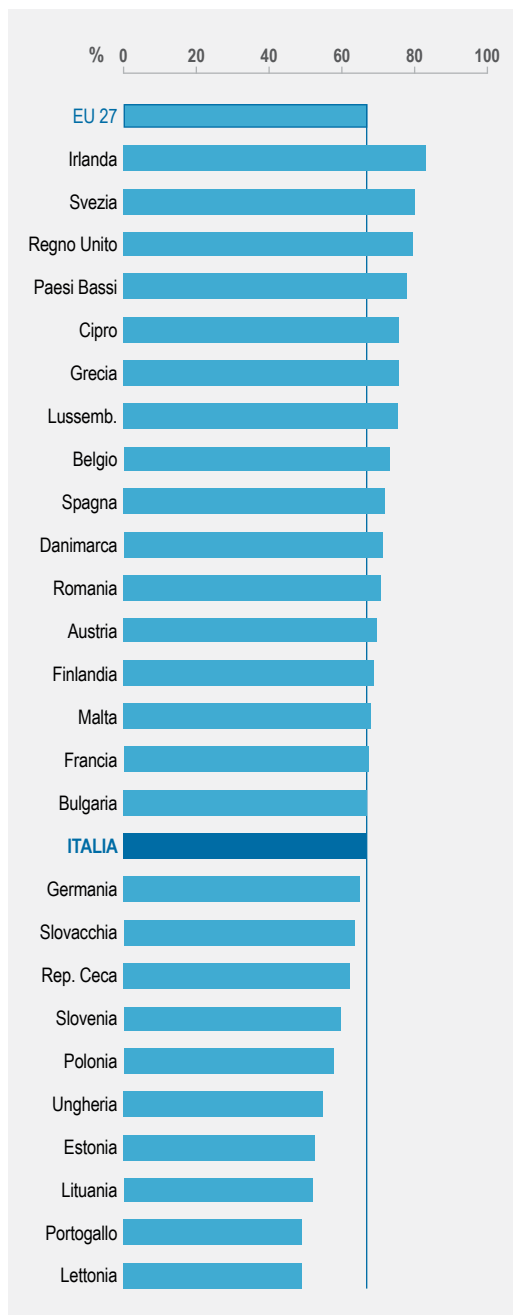


Figura 3

Proporzione di persone adulte che definiscono il proprio stato di salute buono o molto buono, per paese di residenza. Anno 2010.

EU-SILC, OECDHealthData2012



Figura 4

Percezione positiva della propria salute. Prevalenza per regione di residenza.

PASSI, 2008-2011

Figura 5
Percezione positiva della propria salute in Italia. Prevalenze per anno. PASSI, 2008-2011

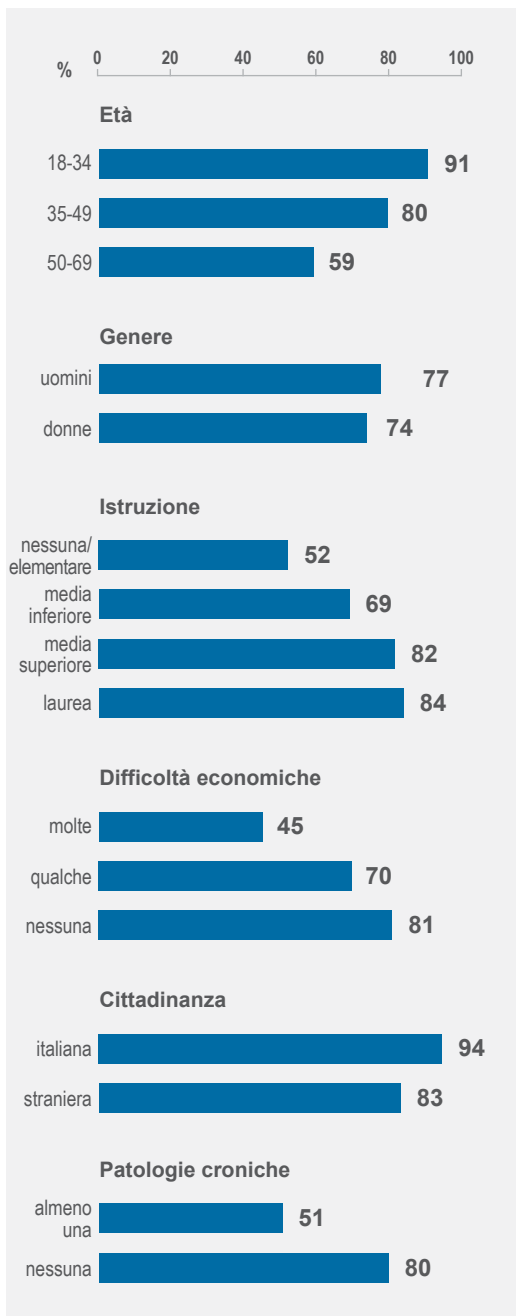
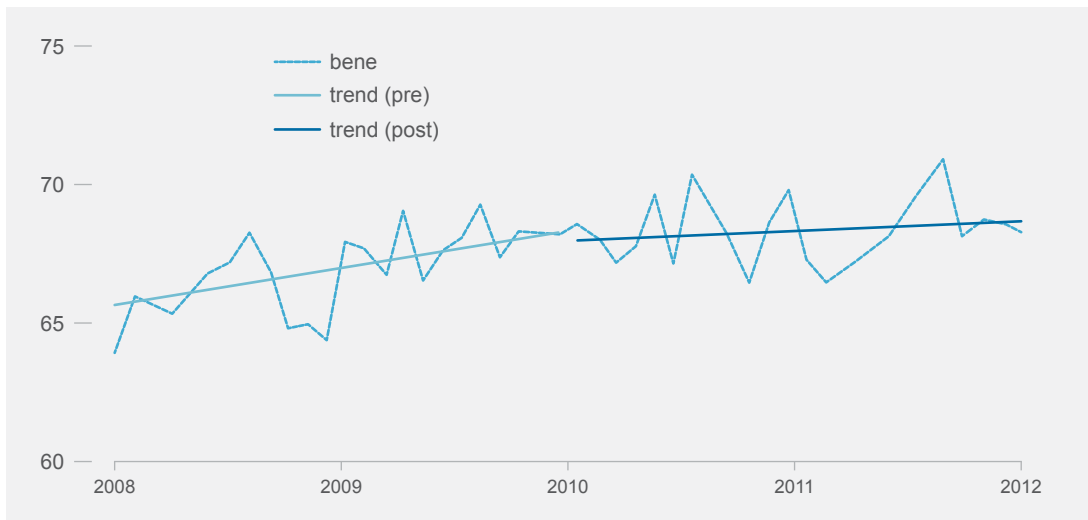


Figura 6
Percezione positiva della propria salute in Trentino, per caratteristiche socio-demografiche. PASSI, 2008-2011

sorveglianza PASSI, secondo cui il 67% degli italiani giudica positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene (valore analogo a quello registrato da dall'OCSE). Il 29% riferisce di sentirsi discretamente e solo il 4% di sentirsi male o molto male. Si osservano differenze significative nel confronto tra le regioni. Il range varia dal 57% della Calabria all'82% della provincia di Bolzano [figura 4].

Il trend della prevalenza di persone che percepiscono positivamente la propria salute, tendenzialmente in aumento fino al 2009, registra una battuta d'arresto negli anni successivi [figura 5].

La provincia di Trento, con il 76% delle persone che percepiscono positivamente il proprio stato di salute, è una delle realtà migliori d'Italia, seconda solo alla provincia di Bolzano. Il 22% dei trentini ritiene di stare, in termini di salute, discretamente e il 2% male o molto male.

La prevalenza di persone che giudica positivamente il proprio stato di salute diminuisce con l'aumentare dell'età, tra le donne, tra le persone con bassi livelli d'istruzione, con difficoltà economiche, tra i cittadini stranieri e tra le persone con presentano almeno una patologia cronica [figura 6].

Le associazioni restano valide anche analizzando tutte queste caratteristiche assieme attraverso un'analisi multivariata.

Non emergono differenze sulla percezione del proprio stato di salute legate alla residenza delle persone: le prevalenze di chi

percepisce positivamente la propria salute sono infatti del tutto simili nei distretti della provincia [figura 7].

Il trend temporale dei dati trentini suggerisce una stabilità della prevalenza di persone che percepiscono in maniera positiva la propria salute, con un aumento registrato nell'ultimo anno [figura 8], a differenza di quanto rilevato a livello nazionale dove, invece, si è visto un assestamento di tale prevalenza a partire dal 2010.

La maggior parte dei trentini ha riferito di essersi sentita bene per tutti i 30 giorni precedenti a quando è stata intervistata: 61% in buona salute fisica (60% in Italia), 66% in buona salute psicologica (61% in Italia) e 84% senza alcuna limitazione delle attività abituali (75% in Italia).

Una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (6%; 5% in Italia), per motivi psicologici (7%; 6% in Italia) e con limitazioni alle attività abituali (3%; 2% in Italia) [figura 9].

Commento

La popolazione trentina è una delle popolazioni più longeve d'Italia, in particolare le donne.

Non esistono, però, informazioni aggiornate con dettaglio provinciale che permettano di valutare se l'incremento della sopravvivenza sia stato accompagnato da un aumento degli anni vissuti in buona salute. A livello nazionale, ad esempio, l'elevata longevità della popolazione risulta ridimensionata (soprattutto per le donne) proprio se si passa a considerare gli anni di vita vissuti senza disabilità.

In ambito provinciale è possibile stimare, almeno per la popolazione adulta, la percezione che le persone hanno del proprio stato di salute e del proprio stato funzionale: la maggior parte dei trentini adulti (due su tre) ritiene di essere in buona salute.

Tuttavia la qualità della salute, e della vita, peggiora nelle donne, nelle persone in età

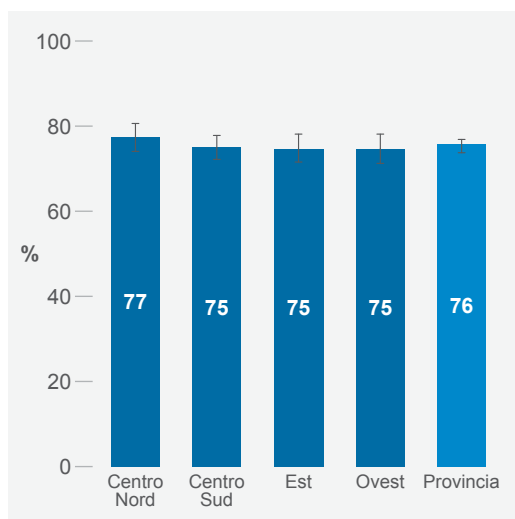


Figura 7

Percezione positiva della propria salute per distretto di residenza. PASSI, 2008-2011

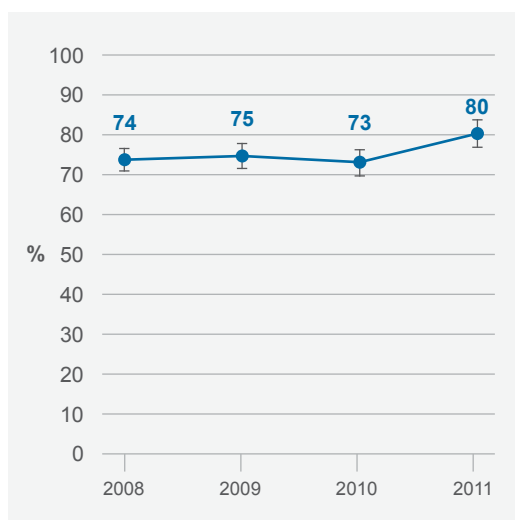


Figura 8

Percezione positiva della propria salute. Prevalenza per anno. PASSI, 2008-2011

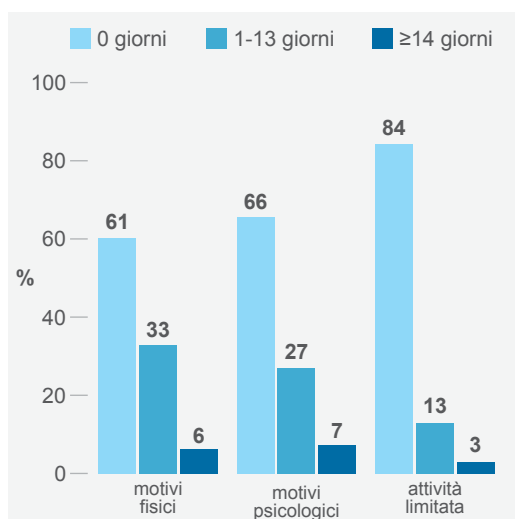


Figura 9

Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività. PASSI, 2008-2011

più avanzata, in quelle meno istruite e raggiunge i livelli più bassi nelle persone che hanno patologie croniche gravi e ancor più in quelle con molte difficoltà economiche. A parità di gravità, una determinata patologia può ripercuotersi diversamente sulla

funzionalità fisica, psicologica e sociale della persona. Per questo la misura dello stato di salute percepito e in particolare il suo monitoraggio nel tempo, possono fornire indicazioni alla programmazione dei servizi socio-sanitari; è infatti, il “sentirsi male” più che lo “star male” l’elemento che spesso determina il contatto tra individuo e sistema sanitario.

Per approfondire

- COMMISSIONE EUROPEA – EUROSTAT, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home>
- EUROHEX - ADVANCED RESEARCH ON EUROPEAN HEALTH EXPECTANCIES, <http://www.eurohex.eu/index.php>
- OCSE, *Health at a Glance Europe 2012*, <http://www.oecd.org/els/health-systems/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf>
- MINISTERO DELLA SALUTE, *Relazione sullo stato sanitario del Paese. 2009-2010* (pagine 8-23), http://www.rssp.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1655_allegato.pdf

La mortalità

La mortalità generale e le principali cause di morte

Nel 2011 sono decedute 4.543 persone residenti in provincia di Trento (di cui 2.402 donne, pari al 53%), con un tasso di mortalità dell'8,5‰, uno dei più bassi d'Italia (il valore medio nazionale è 9,7‰) [figura 1]. Il basso valore del tasso grezzo del Trentino

si può in parte spiegare con la struttura per età della popolazione, più giovane di quella italiana.

Il trend temporale del tasso grezzo per l'insieme delle cause di morte si mantiene stabilmente su livelli molto bassi, mai superiore al 9‰ [figura 2].

Non emergono differenze nella distribuzione territoriale della mortalità [figura 3].

L'andamento del grafico per età mostra due momenti di mortalità relativamente elevata in giovane età: nella classe 0-4 anni (più spe-

Figura 1

Tasso grezzo di mortalità per regione
ISTAT, 2011

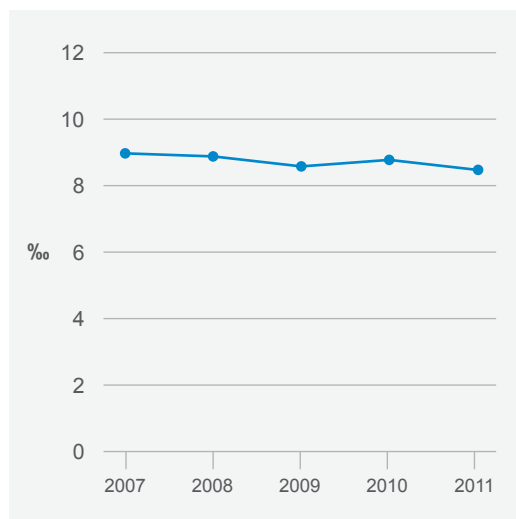
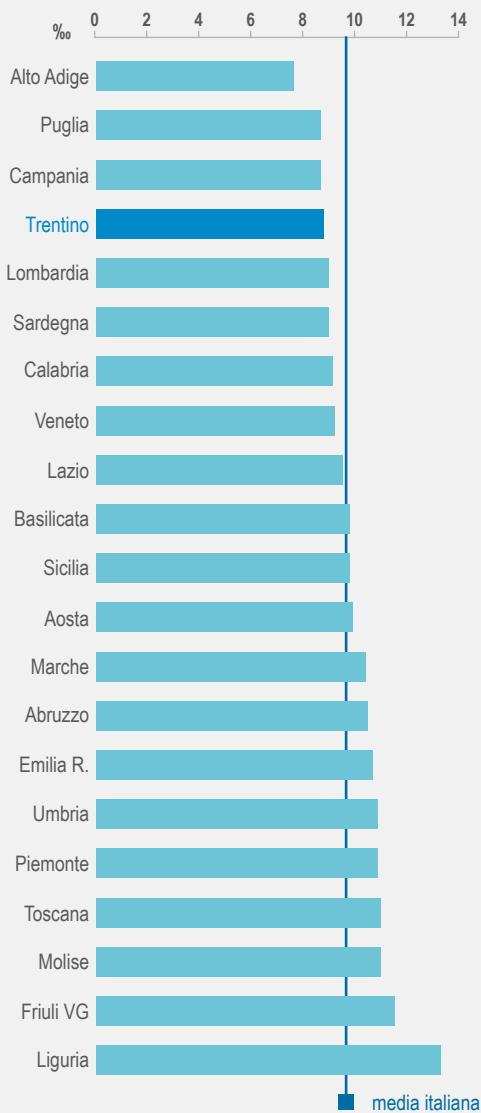


Figura 2

Tasso grezzo di mortalità in provincia di Trento.

REGISTRO DELLE CAUSE DI MORTE, 2007-2011

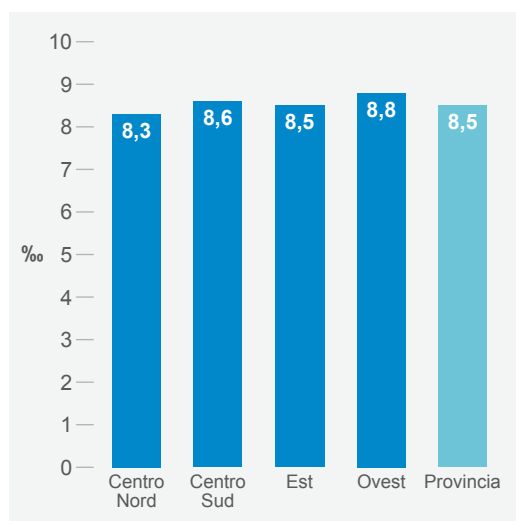


Figura 3

Tasso grezzo di mortalità in provincia di Trento per distretto.

REGISTRO DELLE CAUSE DI MORTE, 2011

cificamente nel primo anno di vita, dove in quasi la metà dei casi i decessi sono dovuti a malformazioni congenite) e nella classe 20-24 anni caratterizzata dai casi di mortalità dovuti agli incidenti stradali. Dai 25 anni fino alla soglia dei 40 la mortalità è molto bassa. Da lì in poi la crescita diventa esponenziale, fino ad assumere nelle età più anziane valori particolarmente elevati; i quasi $\frac{3}{4}$ dei decessi si concentra negli ultra 74enni [figura 4].

Per tutte le età le principali cause di morte sono le *malattie cardiovascolari* (1.656; 36,5%) e i *tumori* (1.487; 32,7%) che assieme rappresentano quasi il 70% dei decessi. Tre le malattie cardiovascolari primeggiano le malattie ischemiche del cuore, le cardiopatie ischemiche croniche e gli infarti miocardici acuti. Tra i tumori prevalgono in generale quelli polmonari, del colon-retto e del pancreas; per le donne è il tumore della mammella a provocare più morti.

Le altre cause di morte seguono in misura sostanzialmente minore: tra esse ci sono *malattie del sistema respiratorio* (319; 7,0% – principalmente broncopneumopatia cronica ostruttiva e polmoniti), *traumatismi* (200; 4,4% – tra cui fratture del femore tra gli ultra 65enni e traumatismi multipli dovuti a incidenti stradali) e *malattie del sistema nervoso* (168; 3,7% – in particolare malattia di Alzheimer e morbo di Parkinson).

Per le donne la prima causa di morte sono le malattie cardiovascolari (965; 40,2%), seguono i tumori (680; 28,7%), le malattie del sistema respiratorio (146; 6,1%) e quelle del sistema nervoso (107; 4,5%).

Per gli uomini la prima causa di morte sono i tumori (807; 37,7%), seguono le malattie cardiovascolari (691; 32,3%), quelle del sistema respiratorio (173; 8,1%) e i traumatismi (128; 6,0%) [figura 5].

Figura 4
Tassi di mortalità età specifici in provincia di Trento (trasformata logaritmica).

REGISTRO DELLE CAUSE DI MORTE, 2011

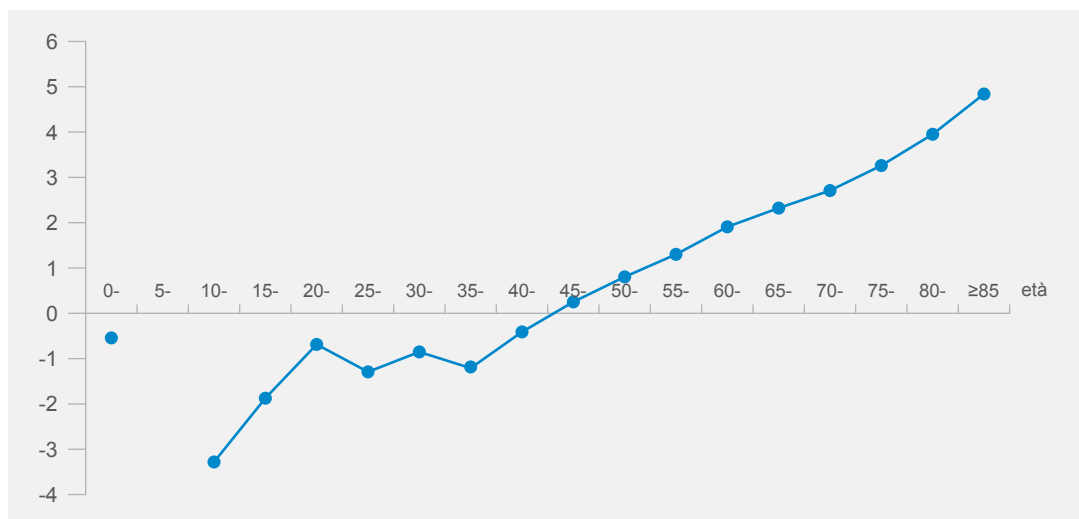
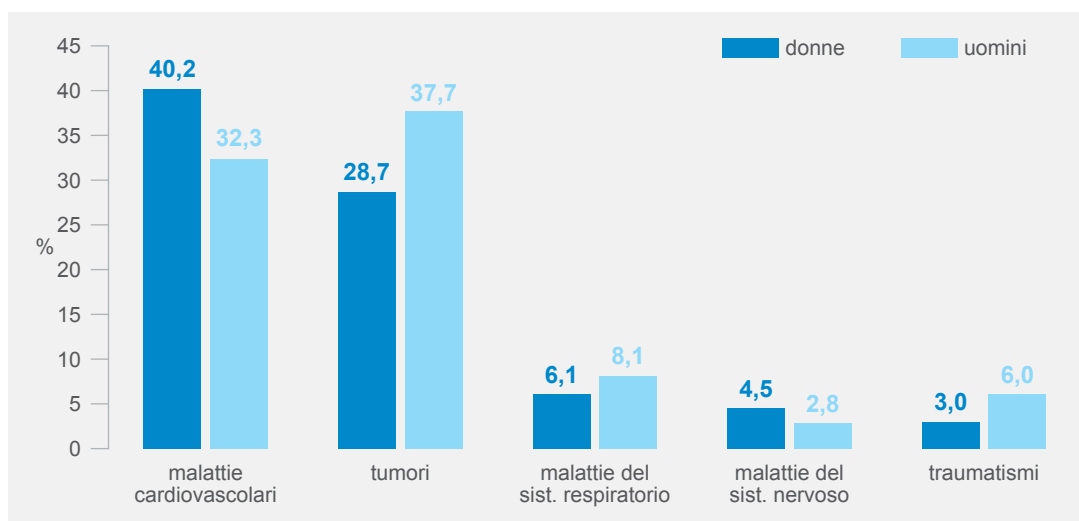


Figura 5
Prime cinque cause di morte per genere in provincia di Trento.

REGISTRO DELLE CAUSE DI MORTE, 2011



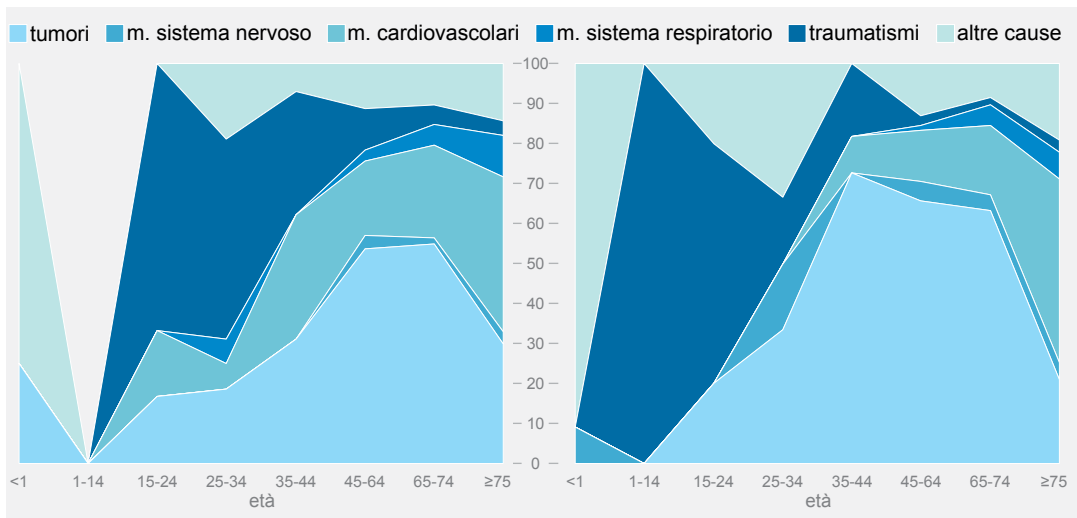


Figura 6
Mortalità per causa, per età e genere (uomini a sinistra) in provincia di Trento. Distribuzione percentuale.

REGISTRO DELLE CAUSE DI MORTE, 2011

Considerando le diverse *classi d'età* questa classifica subisce cambiamenti, in particolare per le età più giovani: l'età pediatrica (0-14 anni) è segnata dai decessi per malformazioni congenite e anomalie cromosomiche (7; 44%), più nello specifico questi decessi sono avvenuti tutti entro il primo anno di vita. I decessi dei giovani tra i 15 e i 24 anni sono attribuibili quasi esclusivamente ai traumi (11; 65%), così come per i 25-34enni (9; 41%). I tumori sono la principale causa di morte per le persone di età compresa tra i 35 e 74 anni (656; 57%) e le malattie cardiovascolari quella per gli ultra 74enni (1.431; 43%) [figura 6].

I principali raggruppamenti di cause di morte sono molto simili nei quattro *distretti sanitari* provinciali.

Nel *Distretto Centro Nord* sono decedute 1.091 persone secondo la seguente suddivisione per le principali cause di morte: malattie cardiovascolari (397; 36,4%), tumori (354; 32,4%), malattie del sistema respiratorio (90; 8,2%), del sistema nervoso (49; 4,5%), traumi (41; 3,8%).

Nel *Distretto Centro Sud* sono decedute 1.552 persone secondo la seguente suddivisione per le principali cause di morte: tumori (518; 33,4%), malattie cardiovascolari (517; 33,3%), del sistema respiratorio (118; 7,6%), traumi (75; 4,8%), malattie endocrine e metaboliche (62; 4,0% - tra cui 55 casi di diabete).

Nel *Distretto Est* sono decedute 1.020 persone secondo la seguente suddivisione per le principali cause di morte: malattie cardiovascolari (410; 40,2%), tumori (318;

31,2%), malattie del sistema respiratorio (56; 5,5%), traumi (41; 4,0%), malattie dell'apparato digerente (40; 3,9%).

Nel *Distretto Ovest* sono decedute 880 persone secondo la seguente suddivisione per le principali cause di morte: malattie cardiovascolari (332; 37,7%), tumori (297; 33,8%), malattie del sistema respiratorio (55; 6,3%), traumi (43; 4,9%), malattie del sistema nervoso (29; 3,3%).

La mortalità evitabile e le principali cause di morte precoce

I dati sulla mortalità generale evidenziano una situazione particolarmente buona: da un lato, ormai da tempo sono stati raggiunti valori dei tassi di mortalità molto bassi, con il conseguente allungamento della vita media, dall'altro la mortalità risulta essere un fenomeno che riguarda principalmente le persone più anziane. In questo contesto gli obiettivi che il sistema sanitario deve porsi vanno ricercati nella parte di mortalità così detta evitabile, ossia in quella fetta di mortalità per cause efficacemente contrastabili e prevenibili con opportuni interventi sociali, ambientali e sanitari. Una causa di morte è considerata evitabile quando il rischio di morte per quella causa può essere ridotto, o addirittura azzerato, raggiungendo buoni livelli quali-quantitativi di intervento pubblico sulla salute, dalla prevenzione alla cura e riabilitazione. Per la definizione di mortalità evitabile sono stati seguiti i criteri applicati dallo

studio *ERA – Epidemiologia e Ricerca Applicata* che si è appunto proposto di descrivere la mortalità evitabile a livello nazionale e di ASL. La mortalità è considerata evitabile in quanto dovuta a fattori modificabili: stili di

vita, adesione a interventi di prevenzione come screening e vaccinazioni, qualità ed efficacia dell'assistenza sanitaria.

La soglia d'età entro cui considerare evitabile la mortalità è posta a 74 anni in accordo con la letteratura internazionale e il progressivo allungamento della vita media. Per la selezione delle cause di morte si veda il riferimento al link riportato in fondo al capitolo.

Nel 2011 i decessi evitabili nei residenti in provincia di Trento sono stati 721, che rappresentano il 16% dei decessi per tutte le cause e il 60% dei decessi per tutte le cause entro i 75 anni [figura 7].

Come per la mortalità generale, si osservano due picchi relativi nelle classi d'età 0-4 e 20-24 anni e la crescita pressoché esponenziale a partire dai 40 anni per arrivare ai va-

Figura 7
Morti per tutte le cause
in provincia di Trento.
Distribuzione percentuale.

REGISTRO DELLE CAUSE DI MORTE, 2011

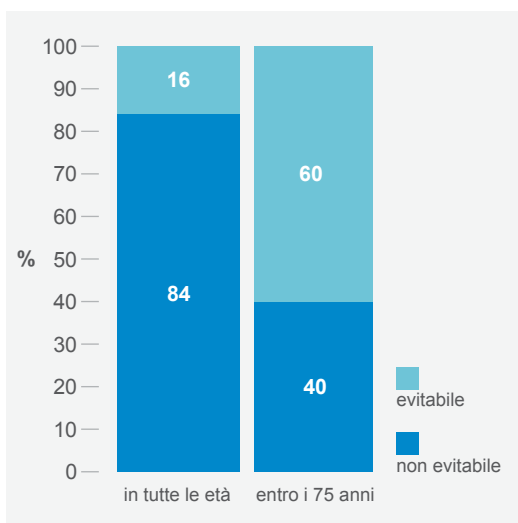


Figura 8
Morti evitabili per età
in provincia di Trento.
Numeri assoluti.

REGISTRO DELLE CAUSE DI MORTE, 2011

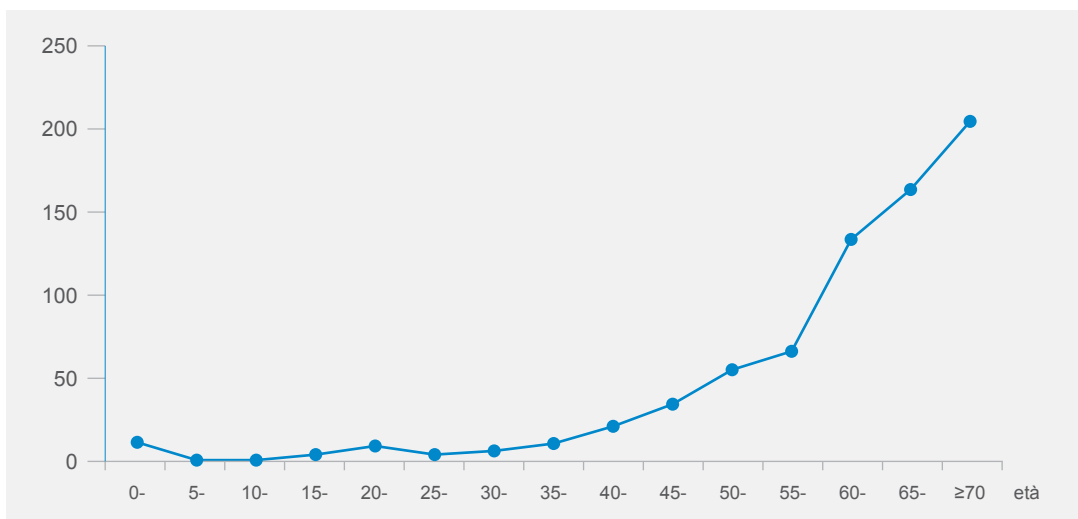
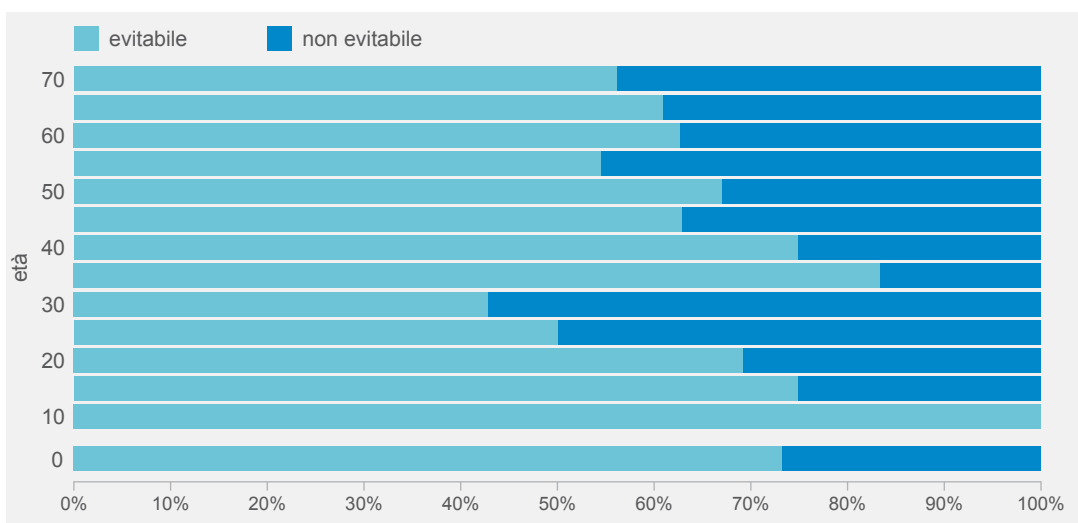


Figura 9
Morti evitabili per età
in provincia di Trento.
Distribuzione percentuale.

REGISTRO DELLE CAUSE DI MORTE, 2011



Mortalità evitabile in provincia di Trento per genere e grandi gruppi di cause. Anno 2011

cause di morte	uomini		donne	
	valori assoluti	%	valori assoluti	%
Tumori	241	49,9	159	66,8
Trachea, bronchi, polmoni	106	22,9	49	20,6
Colon, retto	38	7,9	34	14,3
Fegato	38	7,9	8	3,4
Cavità orale, faringe, esofago	25	5,2	3	1,3
Mammella	—	—	46	19,3
M. cardiovascolari	115	23,8	42	17,6
Malattie ischemiche del cuore	86	17,8	19	8,0
Malattie cerebrovascolari	16	3,3	14	5,9
Traumatismi	75	15,5	15	6,3
Incidenti stradali	21	4,3	4	1,7
Suicidi	27	5,6	6	2,5
Altre cause	52	10,8	22	9,2
TOTALE	483	100,0	238	100,0

lori più elevati delle classi d'età più anziane [figura 8 e figura 9].

La mortalità evitabile riguarda prevalentemente gli uomini per i quali i decessi evitabili sono il doppio di quelli delle donne (483 vs. 238). Per le età tra i 20 e i 39 anni, dove la morte evitabile è spesso legata a un incidente, il rapporto è ancora più sfavorevole per gli uomini, arrivando anche a 4-5 uomini morti per ogni decesso di una donna.

Pare quindi evidente che uomini e donne presentino delle differenze per cause di morte evitabile.

Gli uomini sono soprattutto colpiti dai tumori maligni dell'apparato respiratorio e dalle malattie ischemiche del cuore. Seguono i decessi per tumori dell'apparato digerente e per incidente traumatico.

Nelle donne sono i tumori la principale causa di morte evitabile, in particolare tumori dell'apparato respiratorio (a conferma dell'aumento di lungo periodo del tumore del polmone nelle donne) e della mammella, a cui seguono quelli del colon-retto.

Nettamente inferiori sono i decessi per malattie cardiovascolari e per traumatismi,

rispettivamente un terzo e un quinto dei decessi maschili dovuti a queste cause.

La mortalità evitabile per genere mostra differenze significative non solo in termini epidemiologici, ma anche dal punto di vista delle politiche di prevenzione da adottare e delle scelte di priorità da impostare.

Proprio nell'ottica delle scelte di priorità pare opportuno analizzare i casi di mortalità evitabile raggruppati per tipologia di intervento prevalente: *prevenzione primaria* (prima dell'insorgere della malattia o del verificarsi dell'incidente), *diagnosi precoce e relativa terapia* (ai primi sintomi della malattia) e *assistenza propriamente detta* (anche in termini di organizzazione e rapidità di intervento, comprese le campagne di vaccinazione). Tale classificazione è basata su un criterio di *prevalenza*: ogni causa è associata a uno dei tre gruppi in funzione degli interventi che contribuiscono maggiormente a contrastare il fenomeno, ma che ovviamente non esauriscono le possibili azioni in sanità pubblica.

Ancora una volta le differenze per genere sono marcate. Mentre per le donne le tre tipologie di intervento sono più o meno equilibrate (anche se la tipologia igiene e assistenza sanitaria è più ridotta rispetto

Figura 10
Mortalità evitabile in provincia di Trento per genere e tipologia prevalente di intervento. Distribuzione percentuale.

REGISTRO DELLE CAUSE DI MORTE, 2011

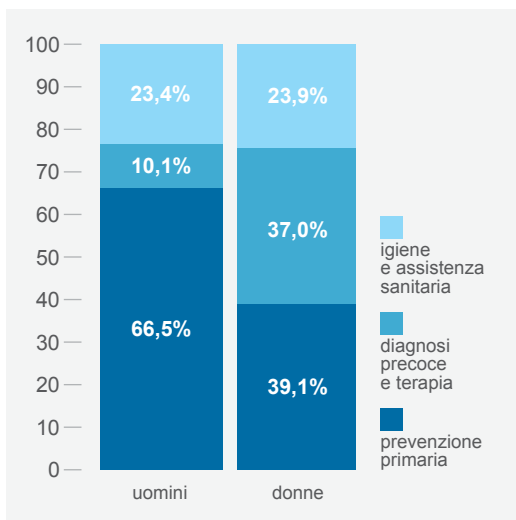
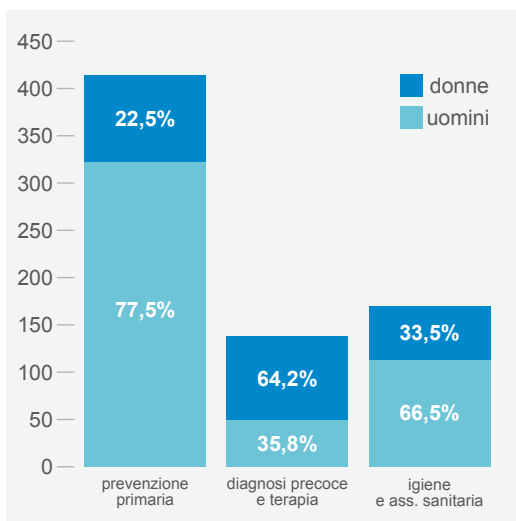


Figura 11
Mortalità evitabile in provincia di Trento per tipologia prevalente di intervento e genere. Numeri assoluti e percentuale.

REGISTRO DELLE CAUSE DI MORTE, 2011



alle altre due), per gli uomini le priorità vanno nettamente indirizzate nella prevenzione primaria [figura 10 e figura 11].

La prevenzione primaria, infatti, è la misura di intervento con a carico il maggior numero di decessi evitabili (414 pari al 57,4% del totale), oltre i $\frac{3}{4}$ dei quali sono di uomini. Rientrano in questa categoria i tumori maligni di bronchi e polmoni, le malattie ischemiche del cuore e i traumatismi (in particolare incidenti stradali e suicidi).

I tumori maligni della mammella e del colon-retto rappresentano la quota principale del gruppo di cause associabili a diagnosi precoce e terapia, cause che interessano per i $\frac{2}{3}$ donne.

Infine, il gruppo di cause evitabili riconducibili a igiene e assistenza sanitaria è per $\frac{2}{3}$ caratterizzato da decessi maschili: tumori

del fegato, malattie cerebrovascolari e ipertensione individuano oltre la metà dei decessi di questo gruppo.

Gli anni di vita persi

Gli anni di vita persi sono efficaci per l'analisi della mortalità prematura in quanto tengono in considerazione non solo il numero di decessi, ma anche l'età in cui questi avvengono. In particolare permettono di misurare il peso rispettivo delle differenti cause di morte nell'ambito della mortalità precoce.

L'indicatore è tanto più elevato quanto più la patologia è diffusa, si manifesta in età giovane e porta rapidamente alla morte.

Anche per il calcolo degli anni di vita persi è stata seguita la metodologia dello studio ERA: gli anni persi sono stati misurati per ciascun genere e classe d'età direttamente con la relativa speranza di vita residua e non con la differenza tra l'età alla morte e un'età fissa (ad esempio 65 anni) o tra l'età alla morte e un'età alla morte dell'intera popolazione uguale per tutti.

In questo modo sono conteggiati tutti gli anni di vita persi, non solamente fino a una età scelta arbitrariamente. È possibile così tener conto delle diverse speranze di vita per genere (le donne sono più longeve) e che classi d'età diverse sono caratterizzate da speranze di vita residue diverse.

Anche le età più anziane hanno ancora degli anni di vita che devono essere conteggiati nella somma degli anni persi a causa di una morte precoce.

Nel corso del 2011 a causa di morti evitabili, sono andati perduti quasi 17.000 anni di vita, 23,5 anni a decesso.

Il 62% di questi anni sono andati persi per decessi di uomini, il 38% di donne.

Rifacendosi alla popolazione generale, significa che mediamente sono andati perduti per cause di morte evitabili quasi 15 giorni di vita per abitante per gli uomini e 9 per le donne [figura 12].

Negli ultimi quindici anni la perdita di giornate di vita è andata riducendosi, in particolare per gli uomini, che tuttavia, par-

tendo da valori più che doppi rispetto alle donne, continuano ad avere una mortalità evitabile più elevata.

Ben oltre la metà di anni persi per questi decessi (55%) sono dovuti a cause ritenute evitabili grazie a interventi di prevenzione primaria, il 20% sono dovuti a cause evitabili con la diagnosi precoce e la terapia e il restante 25% sono dovuti a cause riconducibili all'area dell'igiene e dell'assistenza sanitaria [figura 13].

Tra le cause di morte evitabile quella che ruba il maggior numero di anni tra gli uomini sono i traumatismi (23% degli anni persi totali; 32,5 anni per decesso), di questi un terzo sono incidenti stradali (8%; 37,2 anni persi). Seguono i tumori maligni al polmone (18%; 18,0 anni per decesso) e le malattie ischemiche del cuore (16%; 19,5 anni per decesso).

Per le donne sono i tumori maligni della mammella a togliere il maggior numero di anni di vita (22%; 28,3 anni per decesso), poi i tumori del polmone (17%; 22,4 anni per decesso) e quelli del colon-retto (14%; 25,7 anni per decesso). I traumatismi per le donne sommano il 9% degli anni persi, però per ogni decesso vengono persi oltre 40 anni di vita [figura 14].

Pare opportuno riflettere sugli anni di vita persi per suicidio che rappresentano, nei 2 generi, il 7% del totale degli anni persi (più, ad esempio, degli incidenti stradali) con quasi 35 anni persi per decesso.

Commento

La mortalità generale in provincia di Trento è tra le più basse d'Italia (e del mondo) e occorre nelle età più anziane (il 74% dei decessi avviene oltre i 74 anni). L'epide-

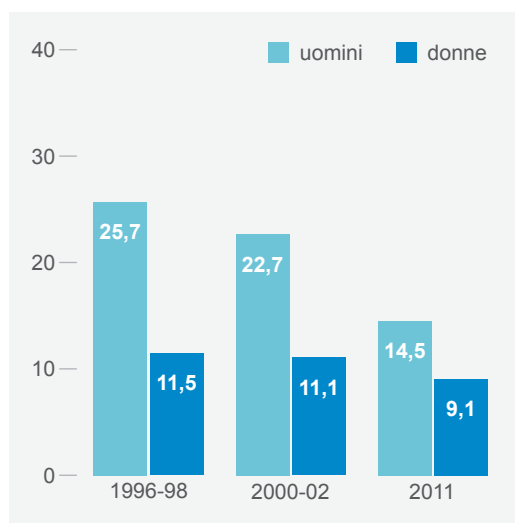


Figura 12

Giorni di vita persi per mortalità evitabile pro capite in provincia di Trento.

DATI
1996-98 e 2000-02: STUDIO ERA
2011: REGISTRO DELLE CAUSE DI MORTE

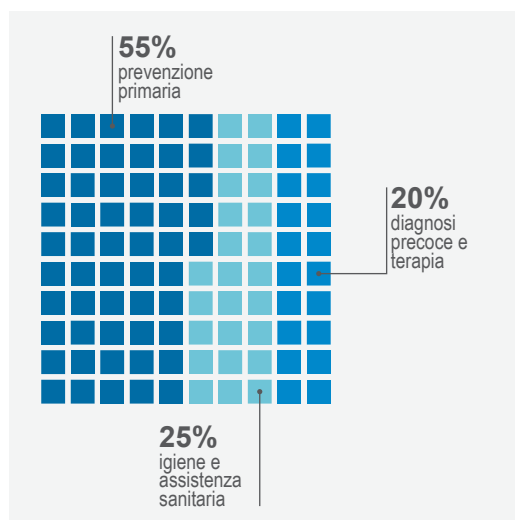


Figura 13

Anni di vita persi per mortalità evitabile per area di intervento prevalente in provincia di Trento. Distribuzione percentuale.

REGISTRO DELLE CAUSE DI MORTE, 2011

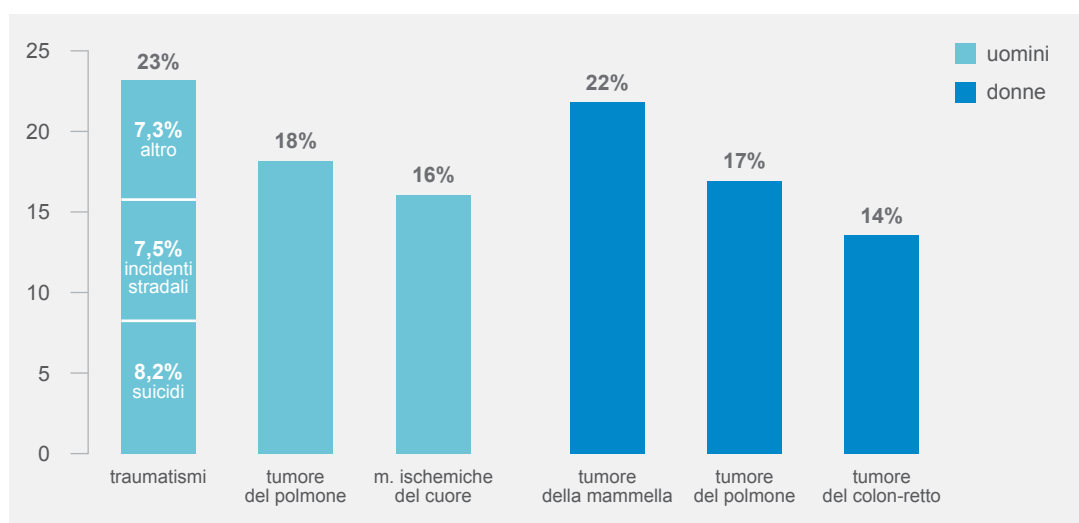


Figura 14

Anni di vita persi per le principali cause di mortalità evitabile in provincia di Trento. Distribuzione percentuale.

REGISTRO DELLE CAUSE DI MORTE, 2011

miologia dei decessi è caratterizzata dalle malattie cardiovascolari e dai tumori, che assieme raccolgono circa il 70% dei casi. Tra le malattie cardiovascolari, su tutte si trovano le malattie ischemiche del cuore e le malattie cerebrovascolari; tra i tumori prevalgono le neoplasie polmonari, del colon-retto e della mammella per le donne.

Circa un decesso ogni sei (circa 700 decessi ogni anno) avviene per cause che possono essere contrastate con interventi di sanità pubblica. La mortalità evitabile è doppia negli uomini rispetto alle donne. Nel 2011 per cause evitabili sono stati persi quasi 17.000 anni di vita (23,5 anni a decesso). Più della metà dei decessi evitabili sono dovuti a cause contrastabili con interventi di prevenzione primaria volti alla promozione di stili di vita sani e al miglioramento dell'ambiente di vita (sia fisico che socio-economico) e di lavoro.

Dalla natura delle patologie più frequentemente causa di morte evitabile si conferma l'importanza dei fattori di rischio trattati nella sezione precedente: il *fumo di tabacco* (tumori dell'apparato respiratorio, della mammella, del pancreas, malattie cardiovascolari), il *consumo di alcol* (tumore della mammella, dell'apparato digerente, del fegato, malattie cardiovascolari, incidenti e suicidi), la *sedentarietà* (tumore del colon retto, della mammella, depressione, malattie cardiovascolari), lo *scarso consumo di frutta e verdura* (tumore del colon retto, del polmone, della cavità orale, malattie cardiovascolari), il *sovrappeso e l'obesità* (tumore dell'esofago, del pancreas, della colecisti, del colon-retto, della mammella, dell'utero, malattie cardiovascolari).

Ulteriori interventi di sicuro impatto sulla mortalità evitabile e precoce sono quelli finalizzati a prevenire le *morti violente*. Prevenzione degli incidenti stradali (riduzione della velocità sulle strade, controlli per alcol e guida, incremento del trasporto pubblico, utilizzo dei dispositivi di sicurezza), degli infortuni sul lavoro (controlli sul rispetto della normativa in termini di sicurezza, riduzione della precarietà), dei suicidi (riduzione dello stigma legato ai problemi di salute mentale, diagnosi preco-

ce della depressione, riduzione dell'emarginazione sociale).

L'analisi e il monitoraggio della mortalità evitabile (e non di quella generale) sono fondamentali per la programmazione e la valutazione degli interventi di sanità pubblica; anche perché è sul terreno della riduzione della mortalità evitabile (possibile in primo luogo attraverso la prevenzione e la promozione della salute) che occorre impegnarsi per cercare di realizzare il sogno della sanità pubblica di una vita lunga, attiva e sana, seguita, inevitabilmente, da una morte rapida e lieve.

Per approfondire

- ERA - EPIDEMIOLOGIA E RICERCA APPLICATA, <http://new.atlantesanitario.it/> (per la selezione delle cause di morte evitabile: *Atlante 2007 Mortalità evitabile per genere e USL* pag 278-279 Tavola 4.4, http://new.atlantesanitario.it/index.php?option=com_content&view=article&id=65&Itemid=79)
- ISTAT, *Demografia in cifre*, <http://demo.istat.it/>
- OMS, *Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione (ICD-10)*, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, 2001, http://www.ser-veneto.it/public/File/documents/documentazione_tecnica/classificazionevol12008.pdf

Le malattie cardiovascolari costituiscono uno dei problemi più importanti di salute pubblica a livello globale e nel nostro paese; comprendono patologie gravi e diffuse (le più frequenti sono l'infarto miocardico e l'ictus cerebrale) che rappresentano nel mondo occidentale la prima causa di morte: in Italia, sono responsabili del 38% di tutti i decessi (ISTAT, 2009) e secondo il GBD 2010 (Global Burden of Diseases) sono anche ai primi posti nelle cause di morte prematura (primo posto infarto, seguito da ictus), costando agli italiani 1.174.000 anni di vita (infarto) e 708.000 anni di vita (ictus).

Anche in Trentino rappresentano, insieme ai tumori, la prima causa di morte: nel 2011 1.656 trentini sono morti per malattie cardiovascolari (pari al 37% di tutti i decessi; 40% negli uomini e 32% nelle donne). Tra essi il 26% è deceduto per cardiopatia ischemica cronica e il 15% per infarto miocardico acuto. Sebbene le malattie cardiovascolari si manifestino negli uomini tra i 40 e i 50 anni e nelle donne a partire dai 50-60 anni, rappresentano non solo una delle principali cause di mortalità generale, ma anche una tra le più significative cause di mortalità precoce evitabile (22% di tutti i decessi evitabili; 24% negli uomini, 18% nelle donne) e sono responsabili del 19% del totale di anni di vita persi prematuramente con circa 20 anni persi per ogni decesso. La parte più importante di questa mortalità evitabile è dovuta alle malattie ischemiche del cuore che appartengono all'insieme delle patologie che sono sensibilmente condizionate dagli stili di vita e che quindi possono essere consistentemente ridotte attraverso la prevenzione primaria.

Gli studi epidemiologici hanno dimostrato la reversibilità del rischio di sviluppare malattie cardiovascolari: modificando cioè i livelli dei fattori di rischio nei singoli indivi-

dui e nella comunità si ottiene una diminuzione degli eventi cardiovascolari.

I principali fattori di rischio modificabili dipendono dagli stili di vita: adottare uno stile di vita salutare riduce quindi significativamente la morbosità cronica, cerebrovascolare e di molte altre patologie cronicodegenerative, riduce il rischio di morire precocemente, permette di rimanere a lungo in buona salute e autonomi anche nella vecchiaia, abbassando il costo dell'assistenza sanitaria. Risultano, inoltre, associati alle malattie cardiovascolari altri fattori come la depressione, un basso livello socioeconomico e lo stress psico-sociale legato a marginalità e isolamento sociale.

È dunque fondamentale nella programmazione sanitaria promuovere strategie in tutte le politiche volte a ridurre le disuguaglianze sociali nella salute e a mantenere basso il livello dei fattori di rischio: scoraggiare l'abitudine al fumo, promuovere una sana alimentazione (riducendo il consumo di grassi e di sale e incrementando il consumo di frutta e verdura), promuovere la pratica di attività fisica, promuovere il mantenimento di livelli ottimali di pressione arteriosa, di colesterolemia e di indice di massa corporea.

Le malattie cardiovascolari non sono solamente una delle principali cause di morte, ma sono anche il primo motivo di ricovero in ospedale. Nel 2011 hanno, infatti, causato ai trentini 13.005 ricoveri (pari al 15% di tutti i ricoveri) per complessivamente 124.000 giorni di ricovero e poco più di 3.000 accessi in day hospital (tasso grezzo di ospedalizzazione^[1] per malattie cardiovascolari: 24 per 1.000 abitanti). Anche considerando solo i ricoveri per acuti (86%), escludendo quindi i ricoveri in lungodegenza e riabilitazione, le giornate di degenza sono state comunque più di 82.000 (20% del totale) e gli accessi in day hospital circa

^[1] Il *tasso grezzo di ospedalizzazione* si ottiene come rapporto tra i ricoveri annui di persone residenti e la popolazione annua media residente.

Figura 1
Tasso età specifico di ospedalizzazione per malattie cardiovascolari (per 1.000 abitanti) in provincia di Trento. Anno 2011.

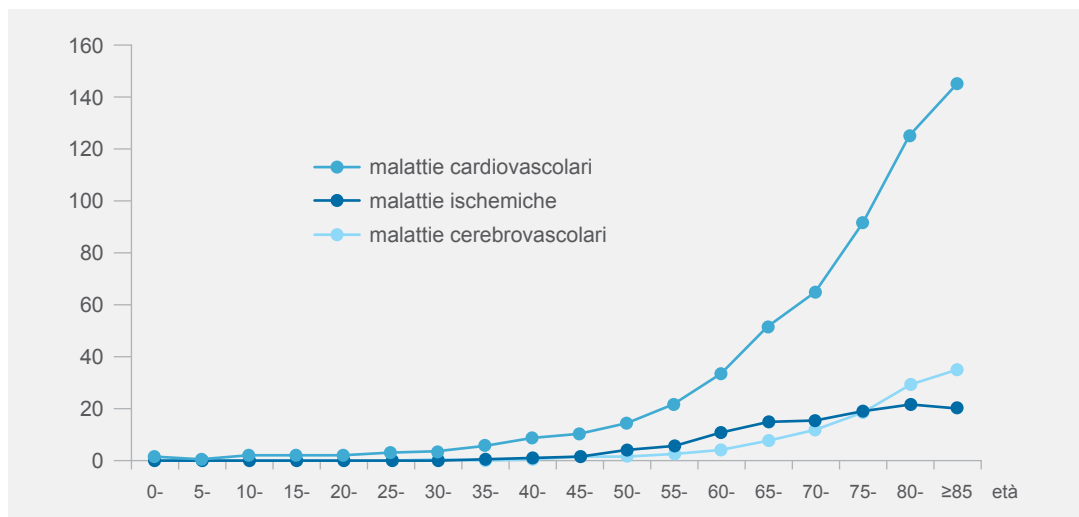
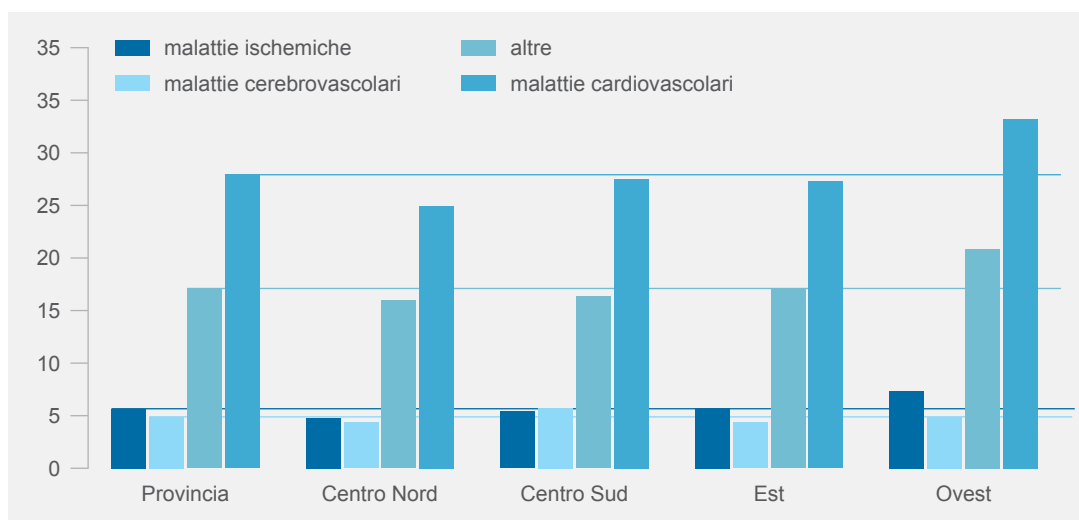


Figura 2
Tasso grezzo di ospedalizzazione per malattie cardiovascolari (per 1.000 abitanti) in provincia di Trento per distretto. Anno 2011.



2.600 (4% del totale). Le malattie cardiovascolari rappresentano dunque la patologia che di gran lunga assorbe il maggior numero di giorni trascorsi in ospedale dai residenti trentini. I ricoveri riguardano maggiormente gli uomini (54%) e le persone anziane (il 48% dei ricoveri è stato di persone di almeno 75 anni) [figura 1]. Negli uomini un ricovero ogni 4 per malattie cardiovascolari è per una malattia ischemica del cuore (24,6%), nelle donne un ricovero ogni cinque per malattie cerebrovascolari (20,1%).

I tassi grezzi di ospedalizzazione per malattie cardiovascolari sono abbastanza omogenei nei quattro distretti provinciali, con livelli un po' più elevati nel distretto Ovest [figura 2]. Questa differenza può essere dovuta oltre a una maggiore o minore frequenza della malattia nella popolazione anche da altri fattori come per esempio la struttura per età nei singoli distretti (un distretto in cui abitano

più anziani avrà più ricoveri per malattie cardiovascolari che un distretto con una popolazione più giovane). Tuttavia il tasso grezzo riflette lo stato reale delle cose, indipendentemente dalle possibili spiegazioni quindi è quello più importante dal punto di vista della pianificazione degli interventi e dei servizi.

I ricoveri evitabili e prevenibili

I livelli di ospedalizzazione descritti rappresentano una delle possibili modalità di risposta del servizio sanitario allo specifico bisogno di salute espresso dalla popolazione. Ma questa risposta è appropriata e dimensionalmente corretta? È ipotizzabile che una parte di ospedalizzazione possa essere "evitata" attraverso un migliore ricorso a differenti alternative sanitarie come ad esempio l'assistenza territoriale e di base? E di più, è ipotizzabile

che una parte di ospedalizzazione sia “prevenibile” contrastando alla radice le cause che danno luogo al ricovero, ad esempio migliorando gli stili di vita della popolazione?

Per rispondere a tali quesiti sono stati analizzati i dati dei ricoveri secondo i criteri applicati dallo studio ERA – Epidemiologia e Ricerca Applicata che si è proposto di analizzare l’ospedalizzazione “evitabile”.

La metodologia descritta in questo capitolo è la stessa che è stata seguita anche per l’analisi dell’ospedalizzazione per le altre malattie selezionate.

Sono stati considerati i soli ricoveri per acuti, escludendo quindi i ricoveri effettuati nei reparti di riabilitazione o lungodegenza. Sono esclusi, inoltre, i ricoveri di neoanti sani (DRG=391) e i parti vaginali senza diagnosi complicanti (DRG=373). Per la selezione e classificazione delle diagnosi di dimissione si faccia riferimento al link riportato in fondo al capitolo. Le giornate trascorse in ospedale sono calcolate come somma delle giornate di degenza in regime ordinario e di un terzo degli accessi in day hospital. Per i ricoveri evitabili sono stati considerati solo quelli relativi a persone di età compresa tra 0 e 74 anni.

Non essendo possibile individuare i ricoveri ripetuti, ossia quelli a carico dello stesso paziente, il limite dell’analisi è rappresentato dalla tendenza a sovrastimare il fenomeno dell’ospedalizzazione: vengono infatti considerati i ricoveri registrati nell’anno e non le persone che hanno effettuato il ricovero (una o più volte nello stesso anno).

Oltre all’ospedalizzazione generale è stata quindi analizzata l’ospedalizzazione potenzialmente inappropriata e l’ospedalizzazione potenzialmente prevenibile. Per *ospedalizzazione potenzialmente inappropriata*

si intende la parte di ospedalizzazione che può essere identificata e quindi contrastata ponendo sotto osservazione quelle cause di ricovero per le quali la letteratura scientifica valuta generalmente più opportune risposte sanitarie diverse dall’ospedale in senso stretto, vale a dire che se l’assistenza extraospedaliera fosse condotta in modo appropriato, in una serie di situazioni cliniche non si dovrebbe arrivare all’ospedale se non in casi eccezionali. Mentre per *ospedalizzazione potenzialmente prevenibile* si intende la parte di ospedalizzazione che può essere identificata e ridotta attraverso la prevenzione primaria.

Rispetto al sistema di classificazione sopra descritto, nel 2011 i ricoveri (per acuti) di trentini a causa di malattie cardiovascolari sono stati oltre 11.000. In oltre un caso su 5 si è trattato di un ricovero potenzialmente inappropriato e in oltre un caso su 10 di un ricovero potenzialmente prevenibile. La maggior parte dei ricoveri potenzialmente inappropriati avviene per scompenso cardiaco e ipertensione, la maggior parte dei ricoveri potenzialmente prevenibili, invece, avviene per ischemie cardiache.

Mentre le percentuali di ricoveri inappropriati sono simili per uomini e donne (21% vs 22%), i ricoveri prevenibili degli uomini sono oltre 3 volte quelli delle donne (17% vs 5%) [tabella 1]. I ricoveri inappropriati riguardano soprattutto le età più anziane: il 30% dei ricoveri per malattie cardiovascolari negli ultra 74enni può essere considerato potenzialmente inappropriato, contro il 14% di quelli delle persone tra 15 e 74 anni e il 5% dei ricoveri in età pediatrica (0-14 anni).

Le giornate trascorse in ospedale dai residenti trentini per malattie cardiovascolari

Ospedalizzazione per malattie cardiovascolari, per genere. Anno 2011				
	uomini		donne	
	ricoveri totali	giorni di degenza	ricoveri totali	giorni di degenza
Ospedalizzazione totale	6.002	41.900	5.173	40.649
di cui potenzialmente inappropriata	1.267	11.290	1.128	12.083
%	21,1	26,9	21,8	29,7
di cui potenzialmente prevenibile	997	5.791	277	1.517
%	16,6	13,8	5,4	3,7

Tabella 1
Ospedalizzazione per malattie cardiovascolari. Ricoveri e giornate di degenza totali, potenzialmente inappropriati, potenzialmente prevenibili di residenti in provincia di Trento, per genere.

Ospedalizzazione per malattie cardiovascolari, per classi d'età. Anno 2011

	fino a 14 anni	15-74 anni	75 anni e oltre	totale
Ospedalizzazione totale	401	31.418	50.728	82.547
di cui potenzialmente inappropriata	11	6.097	17.267	23.375
%	2,7	19,4	34,0	28,3
di cui potenzialmente prevenibile	25	7.281	—	7.306
%	6,2	23,2	—	8,9

Tabella 2

Ospedalizzazione per malattie cardiovascolari. Giornate di degenza totali, potenzialmente inappropriate, potenzialmente prevenibili di residenti in provincia di Trento, per classi d'età.

sono oltre 82.000: sono più di 23.000 (pari al 28% del totale) le giornate che possono essere efficacemente contrastate migliorando l'assistenza fuori dall'ospedale, cioè attraverso un miglior controllo dei casi acuti con un più efficace uso della medicina di base e di quella specialistica, e una corretta gestione delle cronicità a impedire complicanze.

Analogamente sono circa 7.300 (pari al 9% del totale) le giornate di degenza che avrebbero potuto essere evitate per mezzo di una migliore e più attenta prevenzione primaria volta a contrastare il rischio di insorgenza di specifiche patologie sensibilmente condizionate da errati stili di vita come scorretta alimentazione, uso di tabacco, consumo eccessivo di alcol [tabella 2].

Dall'analisi per età emerge che la popolazione più anziana, peraltro in continuo aumento a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, non solo assorbe la quota di giornate contrastabili con una più efficace assistenza extra-ospedaliera, ma è relativamente più penalizzata in termini di giornate inappropriate (oltre un terzo) rispetto alle giornate totali trascorse in ospedale per malattie cardiovascolari.

Nella fascia d'età 15-74 anni, che racchiude i $\frac{3}{4}$ della popolazione generale, circa una giornata di degenza ogni cinque è trascorsa in ospedale in modo inappropriato e, ben più importante, una giornata di degenza ogni cinque risulta potenzialmente prevenibile e quindi almeno riducibile, se non eliminabile, attraverso la prevenzione e la promozione della salute [tabella 2].

Dal punto di vista della prevenzione, risulta evidente l'importanza, da un lato, di ridurre tutti quei fattori che espongono maggiormente le persone al rischio di ammalarsi e, dall'altro, di rafforzare quelli che hanno un ruolo protettivo.

I fattori di rischio cardiovascolari

La prevalenza dei singoli fattori di rischio per le malattie cardiovascolari è abbastanza variegata: si passa dall'84% della popolazione con uno scarso consumo di frutta e verdura al 5% della popolazione con sintomi di depressione.

Certamente l'impatto dei diversi fattori di rischio è differente nel contributo apportato all'insorgere della malattia, tuttavia, come sarà evidenziato più avanti, la coesistenza di più fattori di rischio non è affatto rara.

Tendenzialmente le prevalenze dei principali fattori di rischio registrate tra la popolazione trentina sono più basse di quelle italiane, in particolare per quanto riguarda i sedentari che sono circa la metà rispetto alla media nazionale (16% vs. 30%).

Sono invece più alte le prevalenze dell'ipercolesterolemia (27% vs. 24%) e soprattutto del consumo a maggior rischio di alcol (26% vs. 17%).

Il confronto territoriale indica un'omogeneità di comportamento della popolazione trentina [tabella 3].

La presenza di più fattori modificabili di rischio cardiovascolare in una persona può determinare un impatto sulla salute particolarmente grave. È perciò importante valutare nella popolazione non solo la diffusione dei singoli fattori, ma anche i diversi profili di rischio multifattoriali [figura 3].

La frequente compresenza di queste condizioni (ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, sedentarietà, fumo, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura), vista la larga diffusione nella popolazione, è in parte dovuta a un'associazione casuale,

Indicatore (%)	Italia	Trentino	distretti			
			Centro Nord	Centro Sud	Est	Ovest
Fumatori	28,9	24,8	26,5	25,2	24,4	22,1
Scarso consumo frutta/verdura	90,2	83,5	83,5	83,4	82,7	84,5
Eccesso ponderale	42,0	36,1	31,6	34,5	41,4	38,4
Consumo di alcol	17,0	26,1	26,1	26,1	25,5	26,8
Sedentarietà	30,1	16,3	16,4	16,2	15,9	16,6
Iperensione arteriosa	20,3	18,0	17,6	17,8	19,7	16,8
Ipercolesterolemia	23,7	27,4	28,9	26,9	25,0	29,2
Depressione	6,9	4,6	4,8	5,2	5,0	2,9
Problemi economici	13,0	5,8	4,3	7,7	5,9	4,2

Tabella 3

Fattori di rischio per sviluppare una malattia cardiovascolare, per residenza.

PASSI, 2008-2011

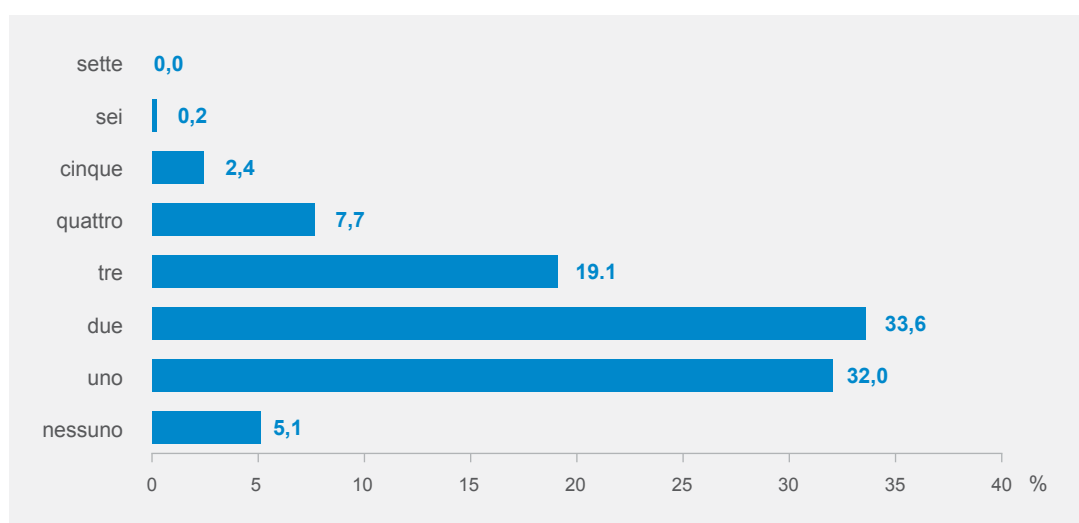


Figura 3

Prevalenza dei profili di rischio multifattoriali in provincia di Trento.

PASSI, 2008-2011

ma soprattutto è dovuta all'interazione di queste condizioni e al loro potenziamento reciproco.

Ecco perché è fondamentale intervenire anche su un solo fattore di rischio; con un unico intervento è infatti possibile ridurre più fattori contemporaneamente.

Ad esempio l'incremento/introduzione dell'attività fisica riduce la sedentarietà, mantiene bassa la pressione arteriosa, abbassa il livello di colesterolo, riduce il rischio di insorgenza del diabete, contribuisce a ridurre l'eccesso di peso.

Nell'ambito della promozione all'adozione di stili di vita sani, il lavoro dei medici e degli altri operatori sanitari è di fondamentale importanza. Sia per via dei frequenti contatti con una larga fetta di popolazione, sia per la fiducia di cui gode solitamente la figura del medico presso la popolazione.

Infatti, già i soli consigli (anche brevi) dati dai medici ai propri assistiti, si sono dimo-

strati efficaci nella modifica degli stili di vita in molti ambiti (fumo, attività fisica, dieta, consumo di alcol).

Inoltre, la capacità del medico di affrontare il discorso degli stili di vita è molto apprezzata dai pazienti come segno di una buona relazione medico-paziente.

A meno della metà dei trentini viene chiesto, da parte di un operatore sanitario, se è un fumatore, così come se è attivo fisicamente (rispettivamente 44% e 39%).

Ancora a meno persone sono fatte domande sul consumo di alcolici (23%).

Gli operatori sanitari trentini consigliano a circa la metà dei fumatori di smettere, a solamente il 6% dei consumatori di alcol a maggior rischio di ridurre il consumo e al 36% dei trentini di fare attività fisica.

La situazione provinciale, seppur certamente perfezionabile, è migliore di quella della media nazionale.

I comportamenti degli operatori sanitari sono pressoché identici nei quattro distretti della provincia.

Decisamente più alto è l'interesse degli operatori sanitari, sia in Trentino che in Italia, nei confronti di fattori di rischio come ipertensio-

ne e ipcolesterolemia: negli ultimi due anni all'81% dei trentini è stata misurata la pressione e al 68% il colesterolo. Inoltre alla maggioranza degli ipertesi (circa 8 su 10) è consigliato di ridurre il sale nella propria dieta e di perdere o mantenere il proprio peso corporeo. An-

Figura 4
Chiesto se fuma e consigliato di smettere (%)
Distribuzione territoriale.
ISTAT, 2008-2011

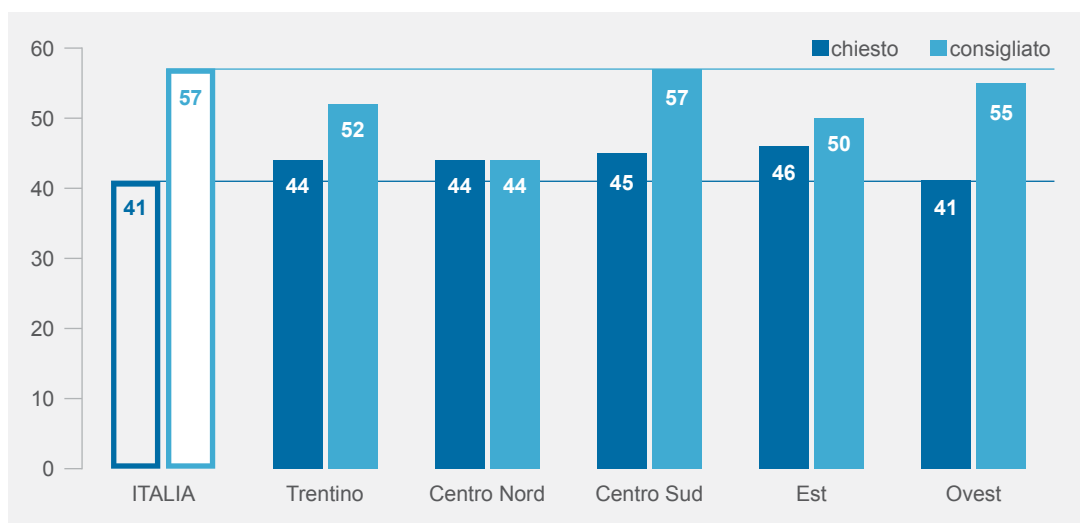


Figura 5
Chiesto se beve e consigliato di bere meno (%)
Distribuzione territoriale.
ISTAT, 2008-2011

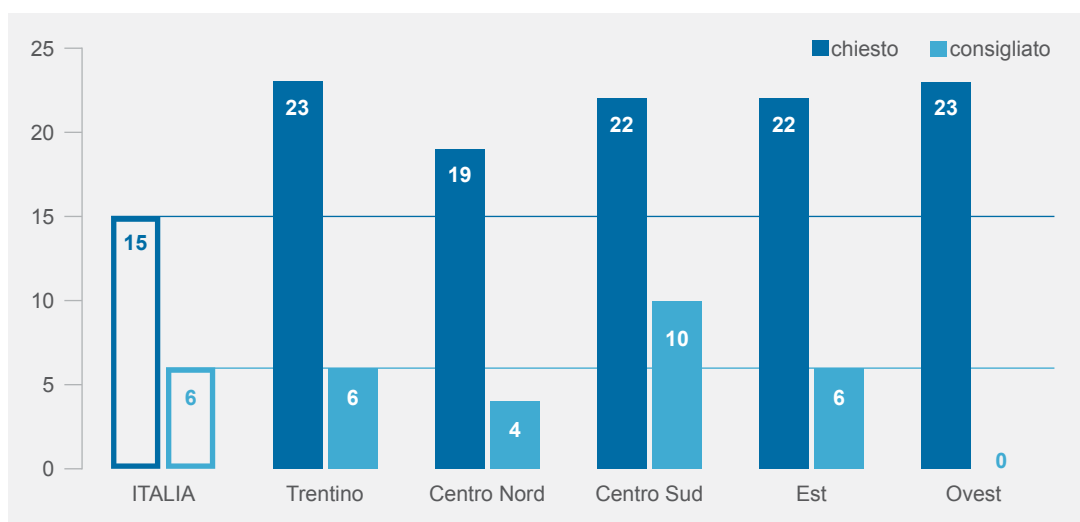
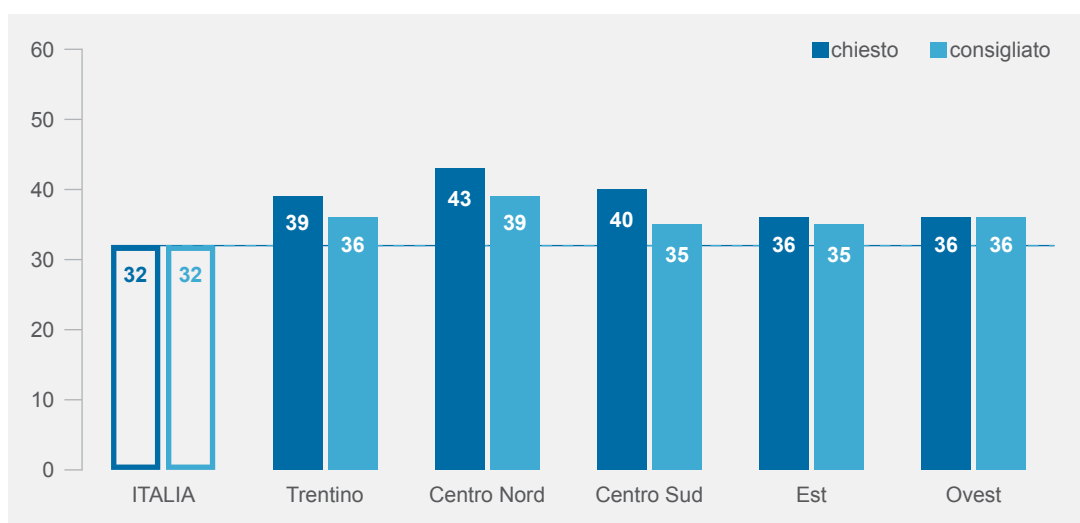


Figura 6
Chiesto se fa attività fisica e consigliato di fare attività fisica (%)
Distribuzione territoriale.
ISTAT, 2008-2011



che a gran parte degli ipercolesterolemici vengono dispensati consigli per la dieta: al 73% di aumentare il consumo di frutta e verdura e a quasi tutti (88%) di ridurre il consumo di carne e formaggi; al 73% è consigliato di perdere o mantenere il proprio peso corporeo.

Commento

Le malattie cardiovascolari sono *la prima causa di morte* (37% dei decessi totali), *la prima causa di ricovero* (15%) e contano il *maggior numero di giornate di degenza* (23%).

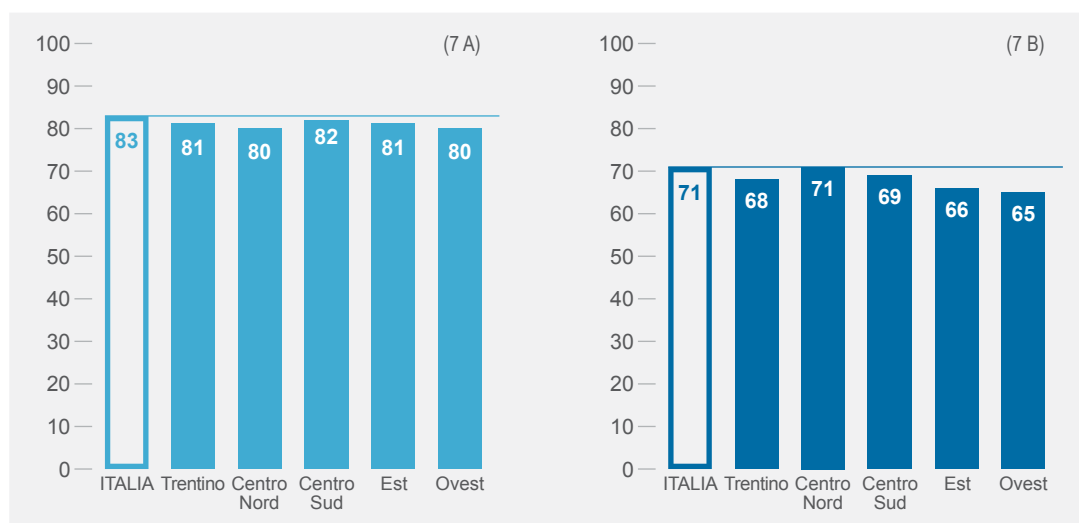


Figura 7

Misurata la pressione (figura 7 A) e il colesterolo (figura 7 B) negli ultimi 2 anni (%). Distribuzione territoriale.

PASSI, 2008-2011

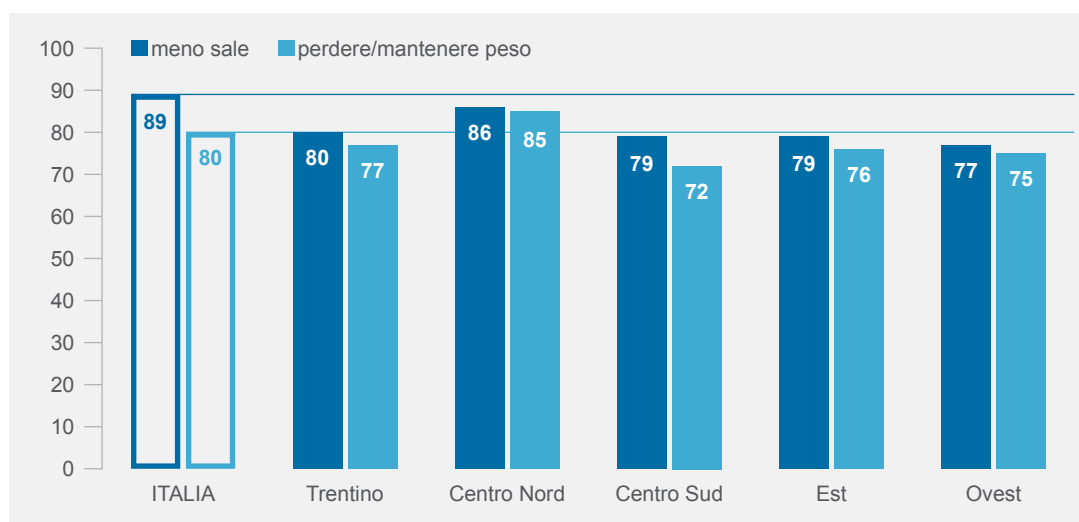


Figura 8

Iperlesi consigliati di mangiare meno sale e di perdere/mantenere il peso corporeo (%). Distribuzione territoriale.

PASSI, 2008-2011

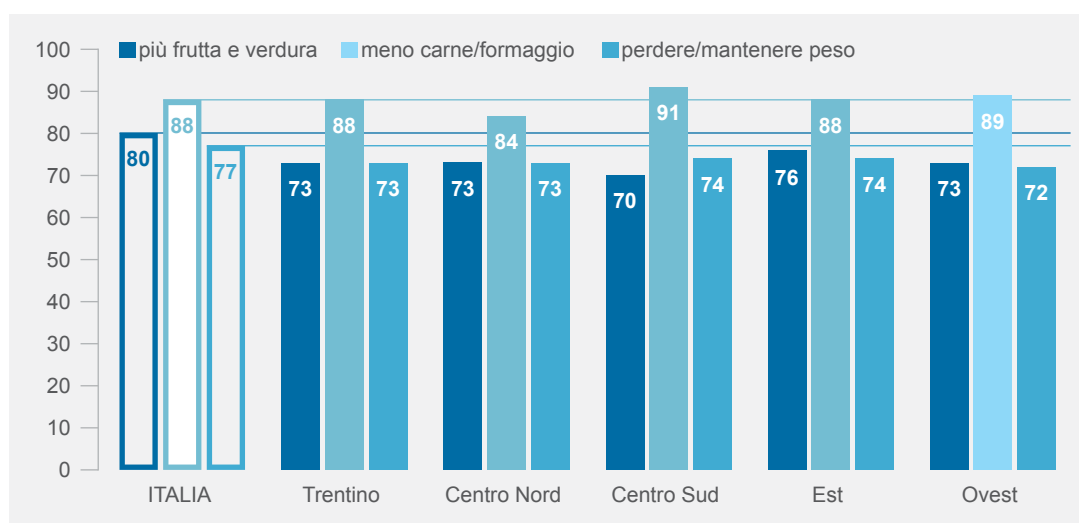


Figura 9

Ipercolesterolemici consigliati di mangiare più frutta e verdura, di mangiare meno carne/formaggi e di perdere/mantenere il peso corporeo (%). Distribuzione territoriale.

PASSI, 2008-2011

Il 9% dei decessi per malattie cardiovascolari sono evitabili, di questi il 67% grazie alla prevenzione primaria, il restante 33% grazie all'assistenza propriamente detta.

L'11% dei ricoveri e il 9% delle giornate di degenza per malattie cardiovascolari sono potenzialmente evitabili attraverso la prevenzione primaria.

Visti in termini assoluti e non percentuali, questi stessi numeri dicono ancora che, a causa di malattie cardiovascolari, ogni anno circa 100 decessi, 1.300 ricoveri e 7.300 giornate di degenza di persone potenzialmente sane possono essere sensibilmente ridotti/azzerati da interventi preventivi di sanità pubblica volti a contrastare i principali fattori di rischio.

Altri 50 decessi, 2.400 ricoveri e 23.400 giorni di degenza di persone che presentano già la malattia o sintomi di essa sono potenzialmente evitabili con una migliore organizzazione dell'assistenza, in particolare quella extra-ospedaliera.

Intervenendo sugli stili di vita è quindi possibile ridurre, ritardare o alleviare una parte significativa delle malattie cardiovascolari e molte altre malattie croniche degenerative (tumori, diabete). Risulta pertanto fondamentale intervenire sui fattori di rischio modificabili come l'ipertensione, il fumo di tabacco, l'eccessivo consumo di alcol, l'ipercolesterolemia, la cattiva alimentazione, l'eccesso ponderale e la sedentarietà. Questi interventi preventivi contribuiscono inoltre a ridurre sia l'ospedalizzazione (in particolare quella prevenibile e quella inappropriata), sia i costi per la cura e la riabilitazione.

Nella programmazione delle attività di contrasto ai fattori di rischio è importante adottare un approccio integrato:

- di tipo *strutturale*, con modifiche del contesto ambientale indirizzate all'intera popolazione (e quindi con maggiore potenziale di ridurre le disuguaglianze sociali) al fine di rendere facili le scelte salutari
- di tipo *specifico*, che fa affidamento alle capacità degli individui di adottare stili di vita sani o di aderire a programmi specifici di prevenzione.

Come dimostrano i dati del sistema di monitoraggio PASSI, molte persone in Trentino adottano già uno stile di vita salutare, per molte altre sarebbe sufficiente un piccolo sforzo in più per incrementare ulteriormente i vantaggi. Una minoranza, invece, ha ancora difficoltà e va quindi sostenuta, anche attraverso politiche e interventi per rendere più facile la scelta salutare, come delineato dal programma *Guadagnare Salute*.

In questo ambito i consigli, anche brevi, dei medici e di altri operatori sanitari risultano di provata efficacia nell'indurre modifiche positive nello stile di vita dei propri assistiti.

L'interesse degli operatori sanitari verso i diversi fattori di rischio mostra una dicotomia: da un lato un interesse relativamente contenuto verso i fattori di tipo comportamentale (fumo, sedentarietà, abitudini alimentari, consumo di alcol), dall'altro un elevato interesse verso i fattori di tipo più "clinico/terapeutico" (ipertensione, ipercolesterolemia, diabete). Come se i primi non siano, o lo siano solamente in parte, di competenza del medico, a differenza invece dei secondi. Inoltre, i consigli per l'adozione di uno stile di vita sano vengono rivolti più frequentemente alle persone che già presentano qualche fattore di rischio (ad esempio: ipertensione, elevati livelli di colesterolo, eccesso ponderale), mentre sarebbe opportuno rivolgere l'attenzione anche alle persone in buona salute e senza apparenti fattori di rischio per sostenerle nel mantenimento/rafforzamento del proprio stile di vita, senza aspettare che i problemi di salute si manifestino.

Per approfondire

- ERA - EPIDEMIOLOGIA E RICERCA APPLICATA, <http://www.atlantesanitario.it/>
- GUADAGNARE SALUTE, <http://www.guadagnaresalute.it/>
- INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, Global Burden of Diseases (2010), <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd>

I tumori

Con i termini “cancro”, “neoplasia” o il più generico “tumore” ci si riferisce a un insieme molto eterogeneo di circa duecento malattie caratterizzate da fattori eziopatogenetici, periodi di latenza e sopravvivenze anche molto diversi tra loro.

Il cancro ha tra le sue cause fattori interni propri delle cellule dell’organismo e, in alcuni casi, trasmissibili geneticamente (ad esempio mutazioni genetiche, ormoni, funzionalità dell’apparato immunitario) e fattori esterni, legati sia all’ambiente (ad esempio agenti infettivi, prodotti chimici, radiazioni) sia allo stile di vita del soggetto (ad esempio alimentazione, livello di attività fisica, fumo).

Per le diverse lesioni che compongono il variegato quadro della patologia neoplastica, la medicina ha via via individuato armi e percorsi sempre più efficaci e mirati alla specificità dei diversi casi. Tali percorsi vanno dalla prevenzione, alla diagnosi precoce, alla terapia, con lo scopo di migliorare la prognosi di ogni paziente in termini di durata e qualità della vita.

L’incidenza

Si stima che nel 2012, in Italia, si siano verificati circa 364.000 nuove diagnosi per

tumore maligno (dati che escludono i carcinomi della cute, stimati separatamente in circa 67.000 casi), con un’incidenza maggiore tra la popolazione maschile (56%) rispetto a quella femminile (44%).

In provincia di Trento ogni anno si ammalano di tumore maligno (esclusi i carcinomi della cute) circa 2.600 persone, più di sette persone al giorno. Per oltre la metà si tratta di casi maschili (54%).

Sia in Italia che in Trentino, escludendo i carcinomi della cute, i tumori più frequenti sono quelli del polmone, della mammella, del colon-retto e della prostata [figura 1].

La frequenza con cui ogni anno in Italia vengono diagnosticati i tumori (escludendo i carcinomi della cute) è in media di 7 nuovi casi ogni 1.000 uomini (690 casi ogni 100.000 abitanti/anno) e di circa 6 casi ogni 1.000 donne (554 casi ogni 100.000 abitanti /anno); leggermente più bassi sono i dati trentini: meno di 6 nuovi casi ogni 1.000 uomini (585 casi ogni 100.000 abitanti/anno) e meno di 5 nuovi casi ogni 1.000 donne (479 casi ogni 100.000 abitanti/anno).

I tassi di incidenza, in entrambi i generi, non evidenziano differenze territoriali [figura 2].

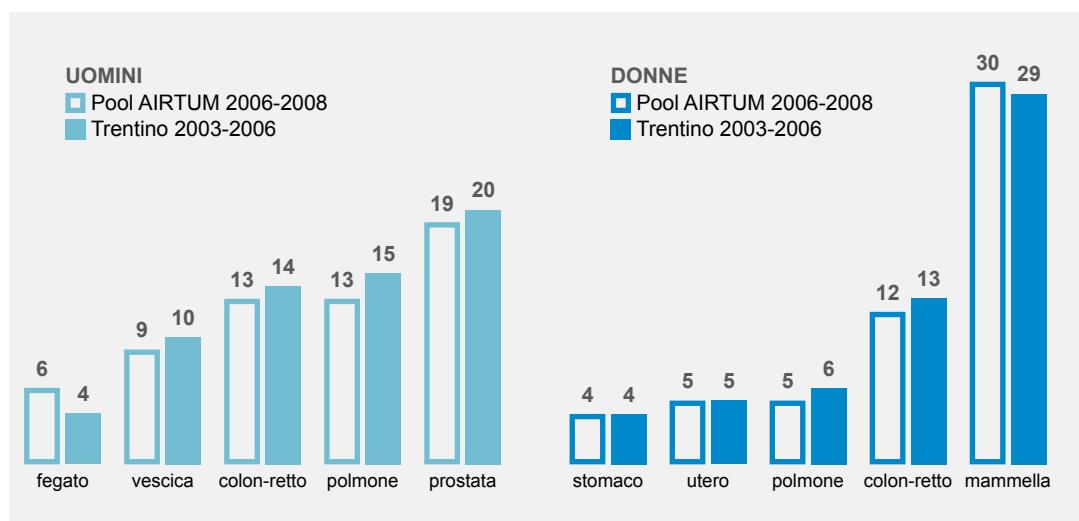
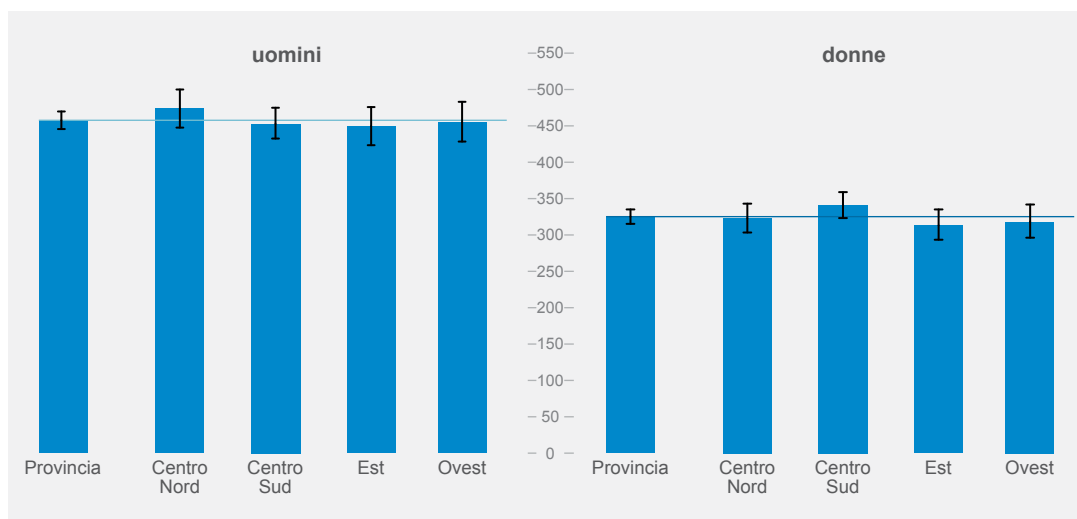


Figura 1
Primi cinque tumori più frequentemente diagnosticati (proporzione sul totale dei tumori, esclusi i carcinomi della cute) per genere e residenza.

ASSOCIAZIONE ITALIANA REGISTRI TUMORE (AIRTUM)

Figura 2
Tasso standardizzato (pop. europea, per 100.000 abitanti) di incidenza per tutti i tumori, esclusi i tumori della cute, per genere e distretto.

REGISTRO TUMORI DI POPOLAZIONE DELLA PROVINCIA DI TRENTO, 2003-2006



Il *rischio cumulato* di avere una diagnosi di tumore nel corso della vita (per convenzione nell'intervallo di tempo che va dalla nascita agli 84 anni) è una misura ipotetica che esprime la frequenza del tumore sotto forma di numero di persone che è necessario seguire perché una di queste, durante la sua vita, ne riceva la diagnosi.

Considerando il rischio cumulato di avere una diagnosi di qualunque tumore, questa probabilità riguarda 1 uomo ogni 2 e 1 donna ogni 3 nel corso della loro vita, in Italia e in Trentino.

Stratificando per genere e per tipologia di tumore, si osserva come probabilmente nella nostra provincia ogni 9 donne una si ammalerà di un tumore della mammella e un uomo ogni 8 di un tumore della prostata, un uomo ogni 12 e una donna ogni 48 svilupperanno un tumore del polmone, un uomo ogni 11 e una donna ogni 20 un tumore del colon-retto.

L'andamento temporale dell'incidenza dei tumori osservato negli ultimi anni presenta importanti differenze rispetto al genere.

Nella popolazione maschile il tasso di incidenza generale appare in diminuzione, per effetto della riduzione dell'incidenza di alcune delle patologie tumorali più letali degli scorsi decenni come il tumore del polmone e il tumore dello stomaco.

Per le donne l'incidenza del complesso dei tumori è ancora in crescita, sebbene per specifiche sedi tumorali come lo stomaco e la mammella si registrino tassi rispettivamente in diminuzione e in via di stabilizzazione.

La mortalità e la sopravvivenza

Il cancro rappresenta la seconda causa di morte in Italia (30%) dopo le patologie cardiovascolari (38% – dati ISTAT 2009). Anche in provincia di Trento i tumori sono la seconda causa di morte (nel 2011 rappresentano il 33% di tutti i decessi) considerando la popolazione generale, ma diventano la prima per gli uomini (38%) e per le persone di età compresa tra i 35 e i 74 anni, età in cui oltre una persona su due muore per tumore (57%).

La prima causa di morte oncologica è il tumore del polmone per gli uomini e quello della mammella per le donne.

I tumori rappresentano anche la parte più consistente della mortalità evitabile.

A livello nazionale, il tumore polmonare e quello del colon-retto risultano rispettivamente al terzo e al quarto posto nella classifica delle cause di morte precoce, costando agli italiani 553.000 anni di vita (tumore del polmone) e 339.000 anni di vita (tumore del colon-retto). Il tumore della mammella è al sesto posto, con 237.000 anni di vita persi.

Nel 2011 in provincia di Trento di tutti i decessi evitabili, il 50% di quelli maschili e ben il 67% di quelli femminili sono dovuti a cause tumorali, per un totale di 8.652 anni di vita persi: 19 anni a decesso per gli uomini, 25 anni per le donne.

I dati relativi agli ultimi anni hanno mostrato una riduzione della mortalità per tu-

more in tutte le aree del paese, sebbene più marcata nel Centro Nord rispetto al Sud. Questa tendenza è il risultato del miglioramento della sopravvivenza dei malati, che in Italia ha raggiunto, a 5 anni dalla diagnosi, per le donne il 61% e per gli uomini il 52%. Percentuali analoghe sono state stimate anche per la provincia di Trento con una sopravvivenza a 5 anni pari al 60% per le donne e al 50% per gli uomini.

Sono risultati importanti, che dipendono dal miglioramento della diagnostica e dell'efficacia delle terapie a disposizione, come anche dalla maggiore precocità delle diagnosi grazie ad attività di screening organizzate o spontanee.

Un ruolo importante va riconosciuto anche alla maggiore attenzione culturale alla salute, diffusasi nella popolazione. Si stima, infatti, che sulla base delle conoscenze attuali, circa l'80% dei tumori possa essere prevenuto.

La maggior parte dei tumori causati dal fumo di sigarette, da errata alimentazione, dal consumo di alcool, dall'obesità e dall'inattività fisica, potrebbero essere prevenuti. Altri tumori correlati ad agenti infettivi,

quali il virus dell'epatite B (HBV), il virus dell'epatite C (HCV), il virus del papilloma umano (HPV), il virus dell'immunodeficienza (HIV), il batterio *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), potrebbero essere prevenuti cambiando stile di vita e debellando l'agente infettivo tramite vaccini o antibiotici.

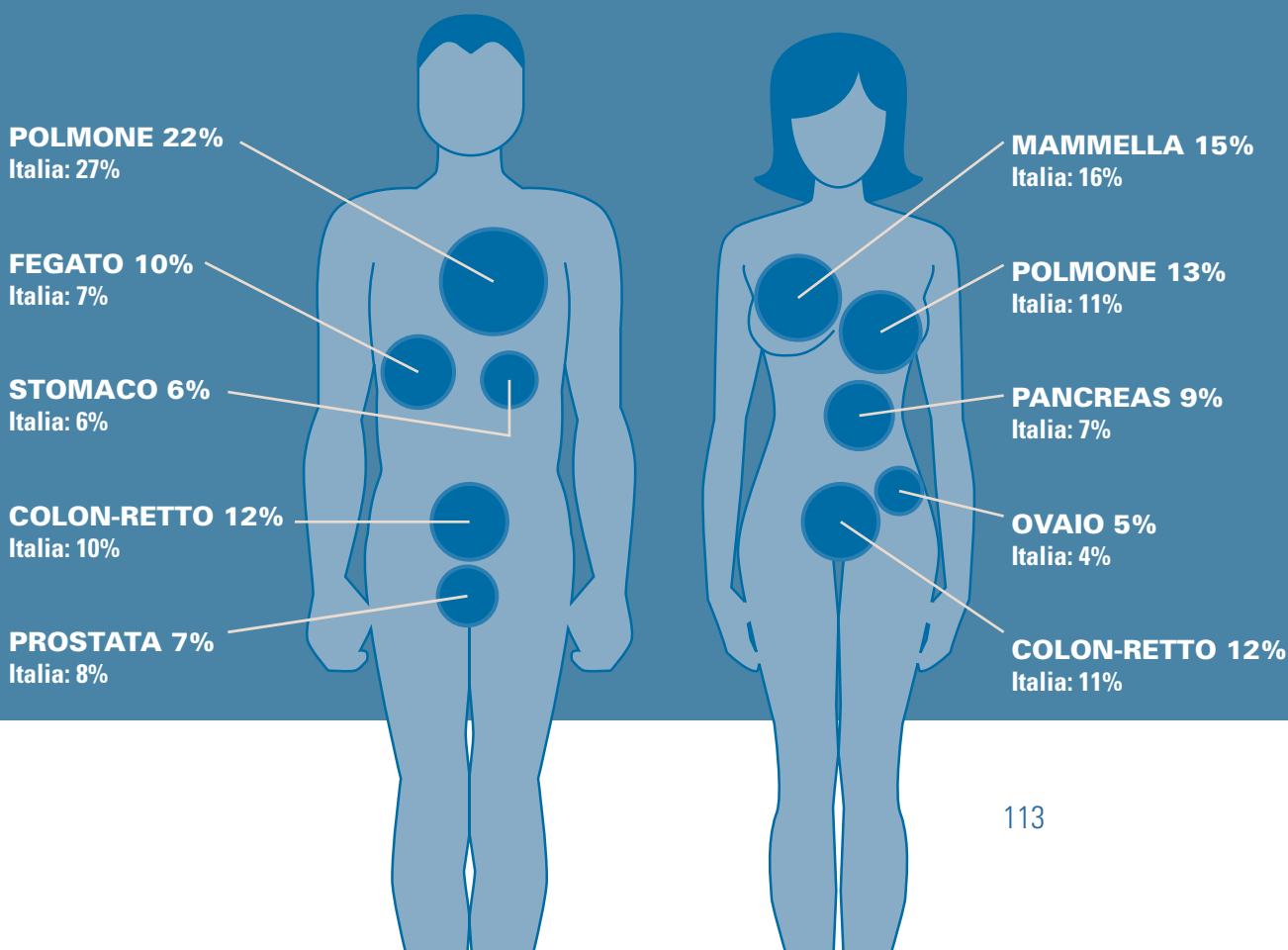
Inoltre, per alcuni tumori la partecipazione ai programmi di screening di riconosciuta efficacia rende possibile la diagnosi e la rimozione di lesioni invasive in stadio precoce o in fase premaligna.

I ricoveri

Nel corso del 2011 i ricoveri per tumore sono stati per i trentini 8.449 (pari al 9% di tutti i ricoveri) per un totale di circa 58.000 giorni di ricovero e quasi 9.300 accessi in day hospital (tasso grezzo di ospedalizzazione per tumori: 16 per 1.000 abitanti). Si tratta quasi esclusivamente di ricoveri per acuti (97%).

I ricoveri riguardano maggiormente le donne (54%) e, sebbene siano ricoverate di più

LE PRIME CINQUE CAUSE DI MORTE PER TUMORE IN TRENTO



le persone anziane (a partire dai 65 anni), il fenomeno è presente in una certa misura anche nelle età più giovani, in particolare a partire dai 40-45 anni [figura 3].

Negli uomini i ricoveri più frequenti, tra quelli per tumore, sono dovuti ai cosiddetti “tumori maschili”, prostata e vescica (19,2%), nelle donne un ricovero ogni 5 è dovuto a tumori della mammella (20,8%). I tassi grezzi di ospedalizzazione, sia per l'insieme dei tumori sia per le principali sedi, sono simili nei quattro distretti della provincia [figura 4].

Secondo i criteri metodologici applicati dallo studio ERA - Epidemiologia e Ricerca Applicata, che si è proposto di analizzare l'appropriatezza dell'ospedalizzazione, tutti i ricoveri per tumore sono considerati per definizione appropriati tranne quelli per tumore maligno delle labbra, della cavità orale,

della faringe e dell'esofago, per tumore maligno della trachea, dei bronchi e dei polmoni e per tumore maligno della vescica, che sono classificati come “evitabili” attraverso interventi di prevenzione primaria.

Nel 2011 i ricoveri (per acuti) di trentini a causa di tumori sono stati più di 8.000, di questi circa 700 (8,6%) sono potenzialmente prevenibili. Così come avviene per le malattie cardiovascolari, si tratta prevalentemente (76%) di ricoveri di uomini. La maggior parte dei ricoveri potenzialmente prevenibili avviene per tumore della vescica [tabella 1].

Le giornate trascorse in ospedale (ricoveri per acuti) dai residenti trentini per tumori sono oltre 54.000: sono poco meno di 6.000 (pari all'11% del totale) le giornate di degenza che avrebbero potuto essere evitate per mezzo di una migliore e più attenta prevenzione primaria [tabella 2].

Figura 3
Tasso età specifico di ospedalizzazione per tumori (per 1.000 abitanti) in provincia di Trento. Anno 2011.

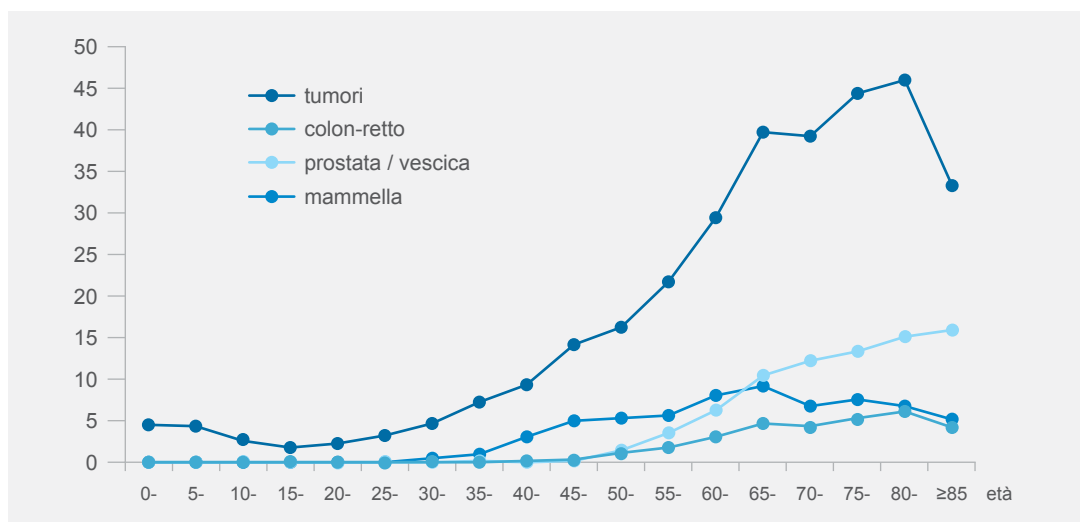
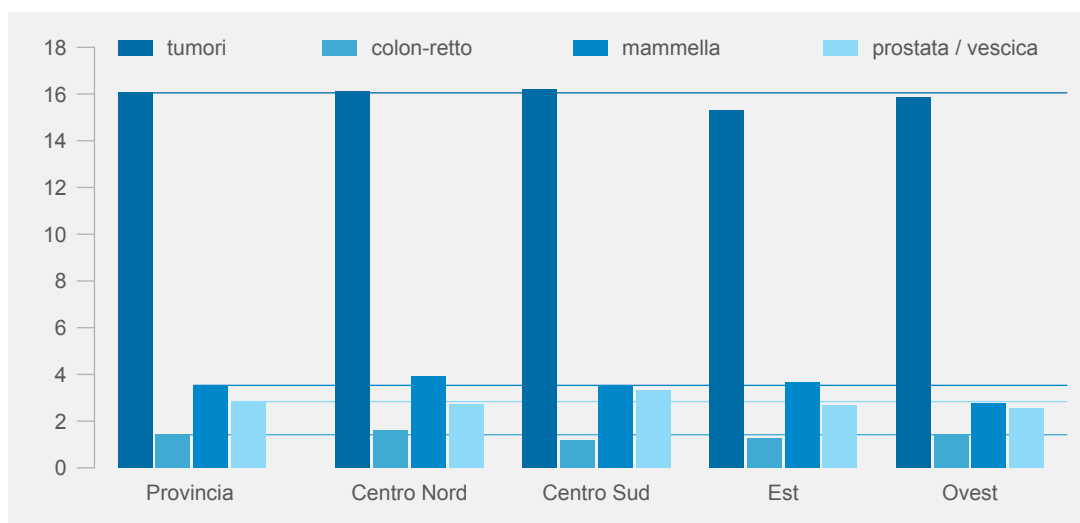


Figura 4
Tasso grezzo di ospedalizzazione per tumori (per 1.000 abitanti) in provincia di Trento per distretto. Anno 2011.



Ospedalizzazione per tumori, per genere. Anno 2011				
	uomini		donne	
	ricoveri totali	giorni di degenza	ricoveri totali	giorni di degenza
Ospedalizzazione totale	3.753	29.328	4.450	25.113
di cui potenzialmente inappropriata	—	—	—	—
%	—	—	—	—
di cui potenzialmente prevenibile	537	4.235	169	1.633
%	14,3	14,4	3,8	6,5

Ospedalizzazione per tumori, per classi d'età. Anno 2011				
	fino a 14 anni	15-74 anni	75 anni e oltre	totale
	Ospedalizzazione totale	1.051	34.566	18.824
di cui potenzialmente inappropriata	—	—	—	—
%	—	—	—	—
di cui potenzialmente prevenibile	8	5.859	—	5.867
%	0,8	17,0	—	10,8

Tabella 1

Ospedalizzazione per tumori. Ricoveri e giornate di degenza totali e potenzialmente prevenibili di residenti in provincia di Trento, per genere. Anno 2011.

Tabella 2

Ospedalizzazione per tumori. Giornate di degenza totali e potenzialmente prevenibili di residenti in provincia di Trento, per classi d'età. Anno 2011.

Come il numero di ricoveri anche le giornate di degenza sono prevalentemente a carico degli uomini (72%), tuttavia la durata media del ricovero potenzialmente prevenibile è sfavorevole per le donne (10 giorni vs. 8 giorni per gli uomini).

La pressoché totalità dei ricoveri prevenibili è concentrata nell'età adulta; per quest'età risulta che una giornata di degenza ogni 6 è potenzialmente prevenibile con adeguati programmi di prevenzione e di sanità pubblica [tabella 2].

Riassumendo, si riscontra che tra la popolazione trentina:

- i tumori sono la seconda causa di morte (33% dei decessi totali) e tra le principali cause di ricovero (9%) che contano un consistente numero sia di giornate di degenza (10%) che di accessi in day hospital (10%)
- il 27% dei decessi per tumori sono evitabili; di questi, il 49% grazie alla prevenzione primaria, il 34% con la diagnosi precoce e il restante 17% grazie all'assistenza propriamente detta
- il 9% dei ricoveri e l'11% delle giornate di degenza per tumori sono potenzialmente evitabili attraverso la prevenzione primaria. In termini assoluti questi numeri dicono che, a causa dei tumori, ogni anno circa 200 decessi, 700 ricoveri e 6.000 giornate di degen-

za di persone potenzialmente sane potrebbero essere sensibilmente ridotti da interventi preventivi di sanità pubblica volti a contrastare i principali fattori di rischio.

Altri 140 decessi potrebbero essere evitati grazie a interventi di diagnosi precoce.

È dunque fondamentale ridurre i fattori che espongono maggiormente le persone al rischio di ammalarsi e rafforzare quelli che hanno un ruolo protettivo. È altresì fondamentale garantire l'accessibilità ai programmi organizzati di screening per la diagnosi precoce.

I programmi di screening

Lo screening è un esame sistematico della popolazione generale o di un suo sottogruppo, condotto con mezzi clinici, strumentali o di laboratorio per individuare una malattia in una fase preclinica oppure precursori o indicatori della malattia.

Si tratta di un processo complesso che normalmente prevede un test che suddivide i soggetti esaminati in positivi e negativi e una serie di esami successivi di approfondimento per chi è risultato positivo al primo livello. Nel programma di screening *organizzato* si agisce su una popolazione che non presenta sintomi e che viene invitata attivamente a

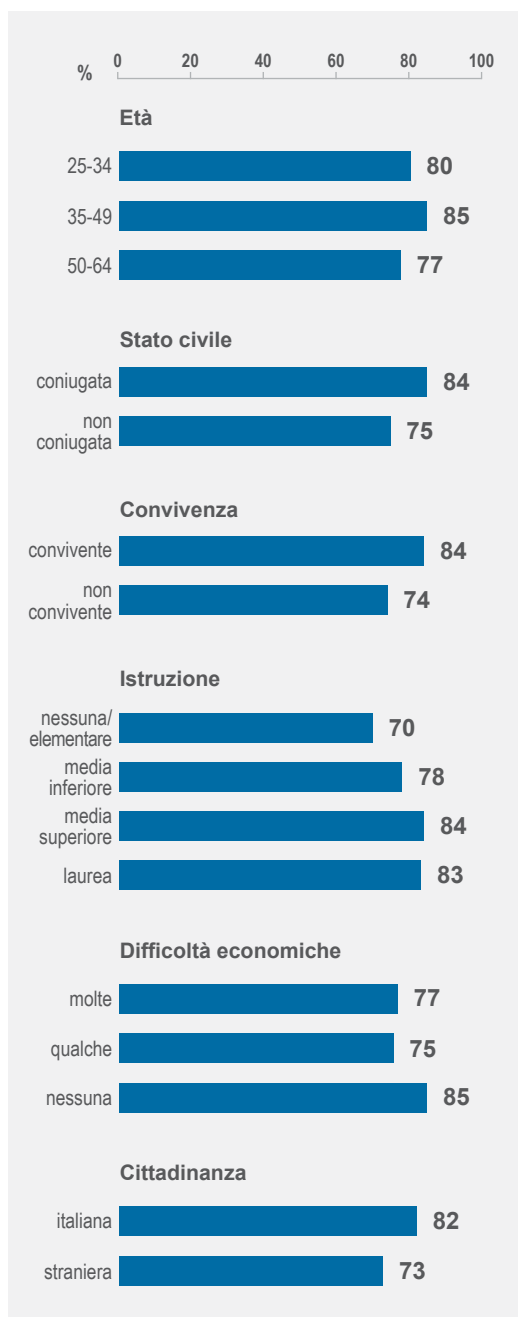


Figura 5

Pap-test eseguito negli ultimi tre anni in provincia di Trento: copertura per caratteristiche socio-demografiche. PASSI, 2008-2011

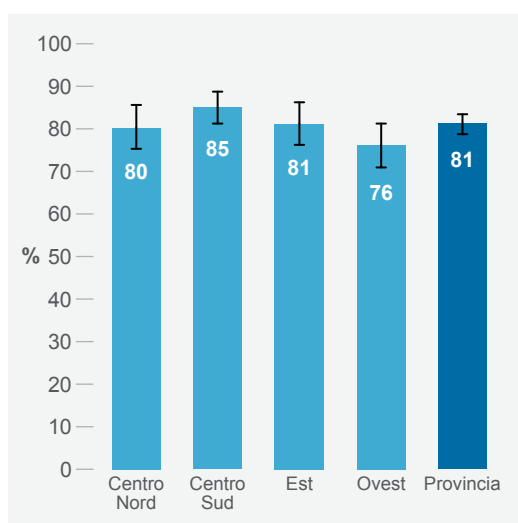


Figura 6

Pap-test eseguito negli ultimi tre anni in provincia di Trento: copertura per distretto di residenza. PASSI, 2008-2011

sottoporsi al test, a differenza della diagnosi precoce su presentazione *spontanea* dove si agisce sul singolo individuo asintomatico che si sottopone a un esame preventivo. Il programma di screening deve quindi prevedere un'organizzazione dotata di regole e comportamenti standardizzati.

Lo screening si propone di ridurre la mortalità e, in alcuni casi, l'incidenza della patologia oggetto di intervento: in questo modo si può ridurre l'impatto della malattia sulla popolazione che si sottopone regolarmente a controlli per la diagnosi precoce di neoplasie o di lesioni precancerose.

L'efficacia dello screening deve essere bilanciata con i possibili effetti negativi. Come ogni esame diagnostico, i test di screening possono dare risultati falsi negativi in soggetti che invece sono affetti dalla malattia; in questo caso l'utente è danneggiato in quanto riceve una rassicurazione ingiustificata riguardo al proprio stato di salute e perché il referto negativo potrebbe ritardare l'effettiva diagnosi della malattia. Inoltre, lo screening determina una diagnosi anticipata di malattia in fase asintomatica: questo può tradursi in un prolungamento della fase clinica della malattia senza che vi corrispondano cambiamenti significativi della sua storia naturale.

I test di screening possono anche portare a risultati falsi positivi che provocano interventi non necessari, quindi preoccupazioni e costi inutili, sia individuali, sia sociali. Infine, in ogni processo di diagnosi precoce è insito il rischio di individuare e trattare lesioni che non si sarebbero mai manifestate clinicamente, determinando sovradiagnosi e sovratrattamento. Molti degli effetti negativi dello screening non sono eliminabili completamente: è necessario mettere in atto tutti i controlli di qualità disponibili per ridurre al minimo gli effetti indesiderati ed è doveroso chiarirli, insieme ai vantaggi, all'utente.

Lo screening del tumore del collo dell'utero

Lo screening cervicale si è dimostrato uno strumento in grado di ridurre sia la mortalità per carcinoma, favorendone la diagnosi in cui il trattamento può essere efficace, sia l'incidenza della neoplasia, grazie alla capacità di identificare le lesioni pretumorali.

In provincia di Trento sono diagnosticati ogni anno circa 14 nuovi casi di tumore del-

la cervice uterina (tasso grezzo: 5,7 casi ogni 100.000 donne). L'incidenza in provincia di Trento è inferiore rispetto al dato medio nazionale. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è del 66%, in linea con i valori medi italiani.

In Trentino il programma di screening, che è stato attivato nel 1993, risulta efficiente e consolidato sul territorio. Lo screening è rivolto a tutte le donne di età compresa tra i 25 e i 65 anni residenti in provincia, che sono invitate con lettera personalizzata. Lo screening si articola in due livelli diagnostici. Il primo livello prevede l'esecuzione del Pap-test ogni tre anni in presenza di test negativo (per alcune donne a rischio possono essere previsti intervalli più ravvicinati), il secondo livello, da attuarsi in caso di Pap-test positivo, è costituito dalla biopsia del collo dell'utero sotto guida colposcopia.

Nel triennio (round di screening) 2008-2010 sono state invitate a eseguire il Pap-test circa 96.000 donne trentine, per un'estensione dell'67%. L'adesione all'invito è risultata piuttosto contenuta: circa una donna su due (55%) esegue il Pap-test all'interno del programma di screening dopo aver ricevuto l'invito. Questa percentuale però sale notevolmente se si considera la *copertura* (cioè le donne che eseguono almeno un Pap-test entro l'intervallo raccomandato di tre anni, indipendentemente se all'interno o al di fuori del programma di screening) che raggiunge l'81%, a conferma di una consistente attività spontanea da parte delle donne trentine.

Il sottoporsi al test di screening, secondo quanto raccomandato dalle linee guida, è più frequente nelle donne di 35-49 anni, in quelle coniugate o conviventi, con un livello di istruzione elevato e senza difficoltà economiche. La copertura è, inoltre, più elevata nelle italiane rispetto alle straniere [figura 5]. Analizzando, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche assieme, ciò che resta associato in maniera significativa al fatto di eseguire il test di screening è l'istruzione: l'esecuzione del Pap-test è maggiore in donne con alti livelli di istruzione rispetto a donne senza o con scarsa istruzione.

La partecipazione allo screening appare più contenuta per le donne residenti nel distret-

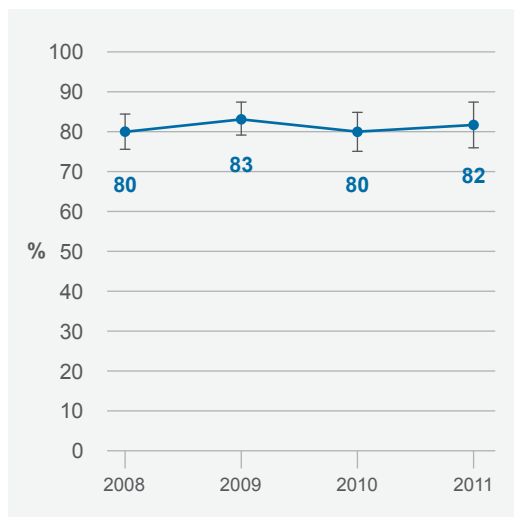


Figura 7

Copertura del Pap-test eseguito negli ultimi tre anni in provincia di Trento.

PASSI, 2008-2011

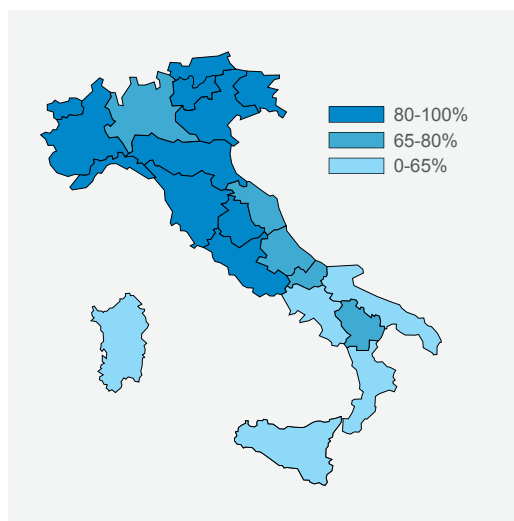


Figura 8

Pap-test eseguito negli ultimi tre anni in Italia: copertura per regione di residenza.

PASSI, 2008-2011

to Ovest, anche se non significativamente diversa rispetto alla media provinciale. Tuttavia si osserva una significativa differenza di comportamento tra le donne del distretto Ovest e le donne residenti nel distretto Centro Sud che più numerose eseguono il test di screening [figura 6].

Nel periodo 2008-2011 non ci sono differenze temporali nella percentuale di donne che eseguono il test di screening [figura 7].

A livello nazionale, il 75% delle donne di 25-64 anni ha effettuato il test di screening negli ultimi 3 anni, con un'evidente variabilità regionale e con un chiaro gradiente nord-sud, a sfavore delle regioni meridionali [figura 8]. La provincia di Bolzano presenta la percentuale significativamente più alta (89%), mentre in Calabria e Sardegna si registra la percentuale significativamente più bassa (56%).

Figura 9
Pap-test eseguito negli ultimi tre anni: copertura per tipologia di adesione e residenza.
PASSI, 2008-2011

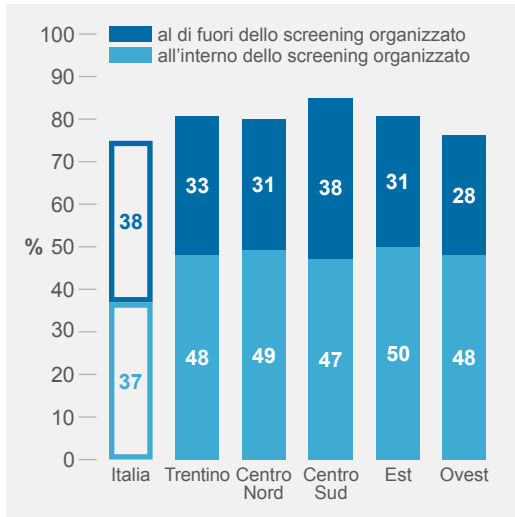


Figura 10
Mammografia eseguita negli ultimi due anni in provincia di Trento: copertura per caratteristiche socio-demografiche.
PASSI, 2008-2011



La copertura dello screening è fortemente caratterizzata dall'adesione spontanea delle donne: a livello nazionale si stima che quasi quattro donne su dieci (38%) abbiano eseguito il test di screening al di fuori del programma organizzato e altrettante (37%) abbiano deciso di aderire agli screening offerti dalle ASL.

In provincia di Trento la situazione è leggermente a favore dello screening organizzato: circa una donna su due risponde all'offerta dell'azienda sanitaria provinciale, mentre tre donne su dieci richiedono attivamente il test di screening.

Interessante notare come le differenze di copertura sul territorio provinciale non siano tanto da attribuirsi alla quota di screening organizzato, quanto piuttosto a quella dell'adesione spontanea [figura 9].

Confrontando le caratteristiche socio-demografiche delle donne che aderiscono al programma provinciale organizzato con quelle delle donne che si sottopongono al test di screening come iniziativa individuale preventiva, si nota che:

- la percentuale di donne che fanno il test all'interno della campagne di screening organizzate è maggiore nella classe d'età 50-64 anni e nelle donne coniugate
- gli screening organizzati riducono le differenze di adesione per quanto riguarda l'istruzione
- le donne italiane privilegiano lo screening organizzato, mentre per le straniere non sembra esserci una scelta preferenziale.

Riassumendo, lo screening provinciale del tumore della cervice uterina è da considerarsi nel complesso buono.

Si dovrebbe però cercare di migliorare i livelli di adesione, da un lato spostando all'interno del programma provinciale organizzato (in grado di garantire percorsi validati e standardizzati) quel 30% di donne che scelgono percorsi di prevenzione individuale, dall'altro cercando di "catturare", attraverso interventi mirati, quel 20% di donne che non scelgono nessun tipo di percorso preventivo.

Lo screening del tumore della mammella

L'obiettivo principale dei programmi di screening mammografico è diminuire la mortalità specifica per cancro della mammella nella

popolazione invitata a effettuare controlli periodici. Grazie all'anticipazione diagnostica non solo si possono ridurre i tassi di malattia diagnosticata in stadio avanzato, ma si può decisamente migliorare la qualità di vita delle pazienti, favorendo la diffusione di trattamenti di tipo conservativo.

Come nelle altre parti d'Italia, anche in Trentino il cancro della mammella è la neoplasia più frequente, rappresentando circa un quarto dei tumori femminili.

In provincia di Trento sono diagnosticati ogni anno circa 370 nuovi casi di tumore della mammella (tasso grezzo: 146 casi ogni 100.000 donne).

La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è dell'87% circa, valore che non si discosta dal dato medio italiano.

In Trentino il programma di screening è attivo dal 2001.

È indirizzato alle residenti di età tra i 50 e i 69 anni che, tramite lettera, sono invitate ogni due anni a sottoporsi a mammografia.

Nel caso in cui si rendano necessari esami di approfondimento, la donna è avvisata telefonicamente ed è concordato l'appuntamento per ulteriori accertamenti nel centro di secondo livello.

Nel biennio (round di screening) 2009-2010 sono state invitate a eseguire una mammografia di screening circa 60.700 trentine, per un'estensione pari al 96%, vale a dire che praticamente tutta la popolazione target ha ricevuto una lettera d'invito.

La rispondenza all'invito è molto buona poiché ogni 100 donne invitate 79 si sono presentate a fare la mammografia. La copertura è di poco superiore e pari all'80%, a indicare come poche donne prediligano il percorso preventivo individuale e privato.

L'effettuazione di una mammografia preventiva è più frequente nelle donne di 50-59 anni, nelle donne coniugate o conviventi, nelle donne senza difficoltà economiche e nelle donne straniere. Tuttavia, analizzando attraverso un'analisi multivariata tutte queste caratteristiche assieme, le differenze emerse non risultano significative [figura 10].

La partecipazione allo screening mammografico è simile nei distretti della provincia [figura 11].

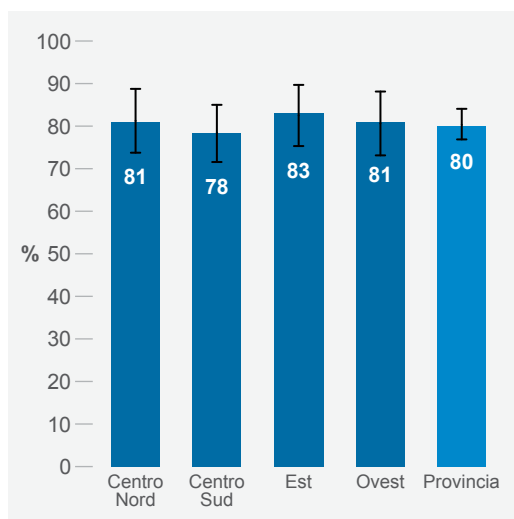


Figura 11
Mammografia eseguita negli ultimi due anni in provincia di Trento: copertura per distretto di residenza.
PASSI, 2008-2011

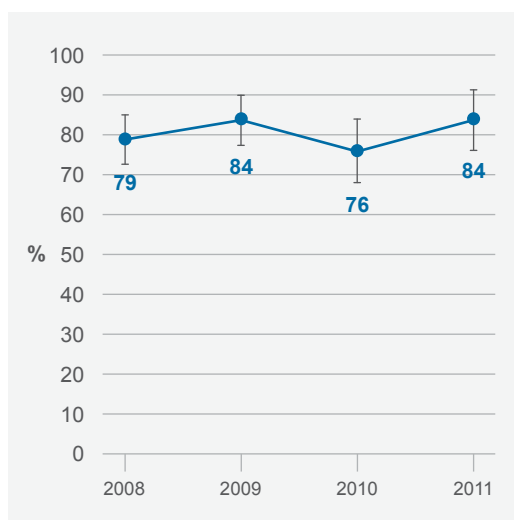


Figura 12
Copertura della mammografia eseguita negli ultimi due anni in provincia di Trento.
PASSI, 2008-2011

Nel periodo 2008-2011 non ci sono differenze temporali nella percentuale di donne che eseguono il test di screening [figura 12].

Significativa risulta la variabilità regionale nella prevalenza di donne 50-69enni che effettua il test di screening mammografico nei tempi raccomandati (nell'ambito di programmi organizzati o su iniziativa personale) con un chiaro gradiente nord-sud, a sfavore delle regioni meridionali. L'Emilia-Romagna presenta la percentuale significativamente più alta di donne che si sottopongono a una mammografia preventiva (85%), mentre in Campania si registra la percentuale più bassa (44%) [figura 13].

A differenza di quanto succede per lo screening della cervice uterina, l'attività spontanea nello screening mammografico in provincia di Trento è molto ridotta: sette donne

su dieci rispondono all'offerta dell'azienda sanitaria provinciale, mentre una donna su dieci richiede attivamente la mammografia. La situazione territoriale appare abbastanza omogenea, con una propensione un po' più

elevata per l'attività spontanea nel distretto Centro Sud [figura 14].

Riassumendo, l'attività svolta in provincia di Trento nell'ambito dello screening organizzato si può considerare molto buona. Il programma è esteso alla quasi totalità delle donne candidate e ottiene un'ottima adesione, questo fa sì che gli esami mammografici siano quasi interamente all'interno del programma di screening organizzato. Resta da capire chi sono le donne che sembra abbiano deciso di non fare attività preventiva (né organizzata, né spontanea) poiché non appaiono caratterizzate da particolari aspetti socio-demografici.

Lo screening del tumore del colon-retto

Il programma di screening organizzato rappresenta un efficace strumento per ridurre incidenza e mortalità delle neoplasie coloretali.

Obiettivo dello screening coloretale è, infatti, identificare precocemente le forme invasive di tumore del colon-retto, ma anche individuare e rimuovere eventuali precursori, interrompendo la storia naturale della malattia e la possibile progressione verso forme cancerose.

In Trentino, come in Italia, i tumori del colon-retto si collocano al terzo posto per incidenza negli uomini e al secondo nelle donne. In provincia di Trento sono diagnosticati ogni anno, complessivamente per uomini e donne, circa 330 nuovi casi di tumore del colon-retto (tasso grezzo: 78 casi ogni 100.000 uomini e 56 casi ogni 100.000 donne). La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è circa del 60% sia per gli uomini che per le donne, valori del tutto analoghi a quelli italiani.

In Trentino il programma di screening è di recente avvio. Partito come fase pilota alla fine del 2007, si rivolge a donne e uomini di età compresa tra i 50 e i 69 anni, e prevede una lettera d'invito a eseguire, con periodicità biennale, il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF). In caso di positività del test, il secondo livello di approfondimento prevede l'effettuazione di una colonscopia, previo appuntamento di

Figura 13

Mammografia eseguita negli ultimi due anni in Italia: copertura per regione di residenza.

PASSI, 2008-2011

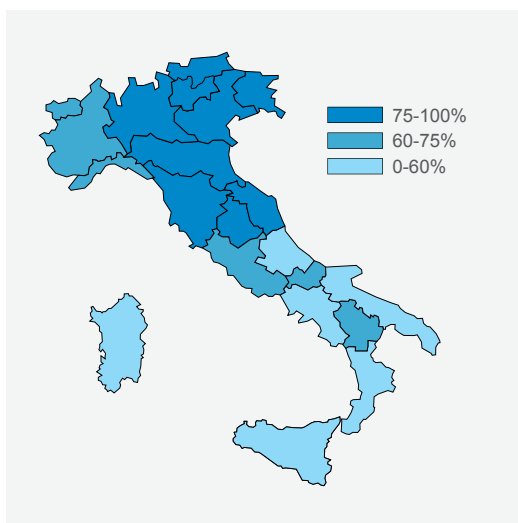


Figura 14

Mammografia eseguita negli ultimi due anni: copertura per tipologia di adesione e residenza.

PASSI, 2008-2011

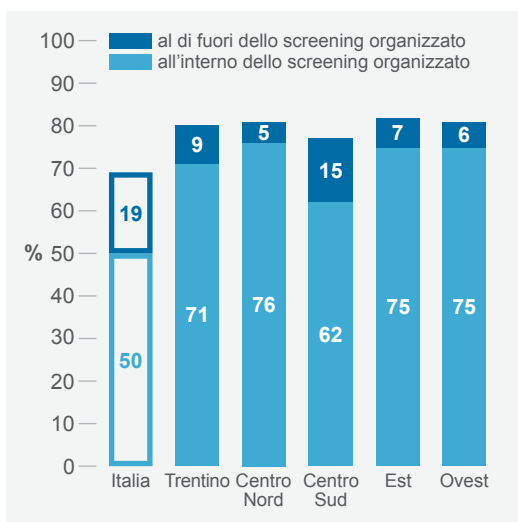
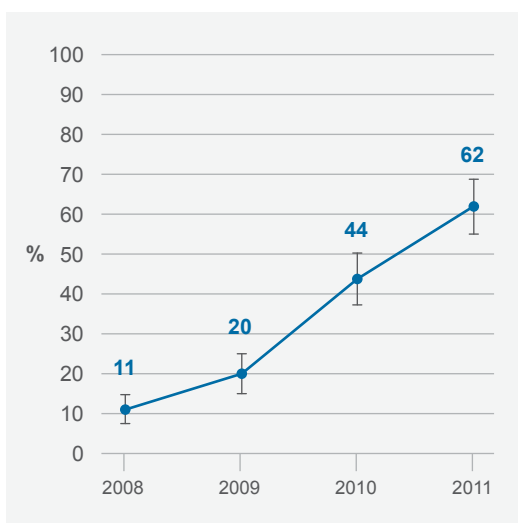


Figura 15

Copertura del SOF eseguito negli ultimi due anni in provincia di Trento.

PASSI, 2008-2011



counselling su chiamata telefonica da parte di un operatore sanitario.

Per completare l'estensione degli inviti su tutta la popolazione sono state necessarie tempistiche più lunghe rispetto al classico round biennale previsto per questo tipo di screening. I primi inviti alla popolazione sono partiti a novembre del 2007 e solo nel corso del 2011 sono stati completati gli ultimi invii. Questa dilatazione temporale però ha garantito la massima estensione dello screening: è stata infatti invitata tutta la popolazione provinciale target.

Data anche la recente introduzione di questo screening, la rispondenza all'invito è soddisfacente ed è pari, per l'intero periodo, al 58% delle persone invitate.

Come atteso, sia per la novità dello screening, sia per l'ampiezza non ordinaria del round, la copertura mostra una notevole crescita nel quadriennio 2008-2011, fino ad arrivare al 62% dei trentini che hanno eseguito il test di screening nell'intervallo raccomandato [figura 15].

La partecipazione allo screening coloretale è simile nei distretti della provincia [figura 16].

In Italia, nel biennio 2010-2011, le differenze territoriali nella copertura dello screening coloretale risultano significative, con un chiaro gradiente nord-sud a netto sfavore delle regioni meridionali [figura 17]. L'Emilia-Romagna presenta la percentuale significativamente più alta di persone 50-69enni che effettuano il SOF a scopo preventivo e nei tempi raccomandati (pari al 64% della popolazione target), mentre in Sicilia si registra la prevalenza significativamente più bassa (pari al 6%).

Nell'analisi per caratteristiche socio-demografiche la copertura presa in considerazione è data dal valore registrato sull'intero quadriennio 2008-2011. Risente quindi dei bassi valori di inizio periodo, cresciuti successivamente grazie alla progressiva implementazione del programma di screening.

L'effettuazione del test del sangue occulto nelle feci, eseguito a scopo preventivo e

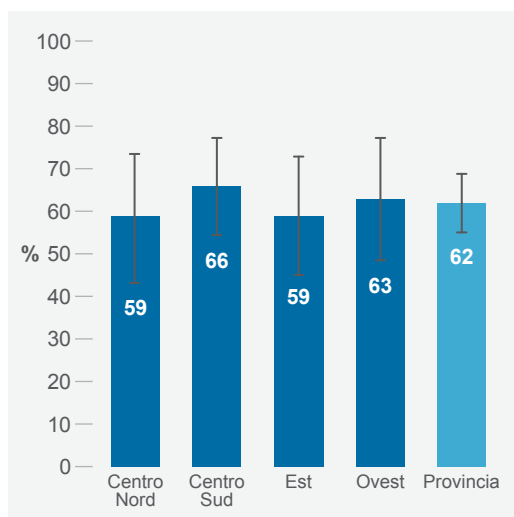


Figura 16

SOF eseguito negli ultimi due anni in provincia di Trento: copertura per distretto di residenza.

PASSI, 2011

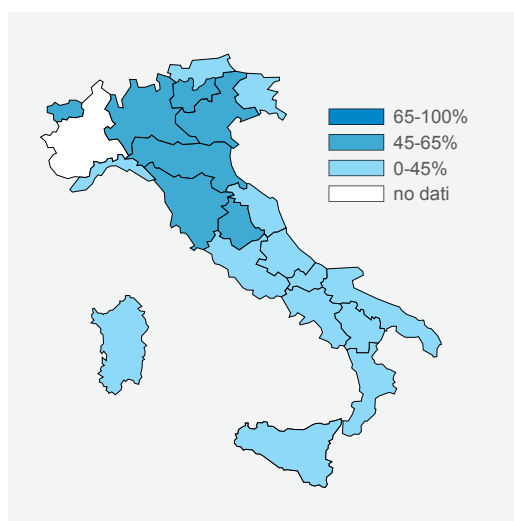


Figura 17

SOF eseguito negli ultimi due anni in Italia: copertura per regione di residenza.

PASSI, 2010-2011

secondo quanto raccomandato dalle linee guida, è più alta nelle persone 60-69enni, in quelle con poche difficoltà economiche e in quelle con titoli di studio intermedi. Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, mentre per gli uomini vengono confermate queste associazioni, per le donne resta valida solo l'associazione con l'età anziana [figura 18].

Riassumendo (e considerando che in provincia di Trento lo screening del colon-retto ha una storia molto recente), l'attività svolta si può considerare buona. Il programma è stato esteso a tutta la popolazione e ha raggiunto in poco tempo adesioni soddisfacenti. Particolare attenzione ora deve essere posta al rispetto dei tempi raccomandati per il round dello screening, cercando di contrarre progressivamente i ritardi accumulati nel corso di questo primo round.

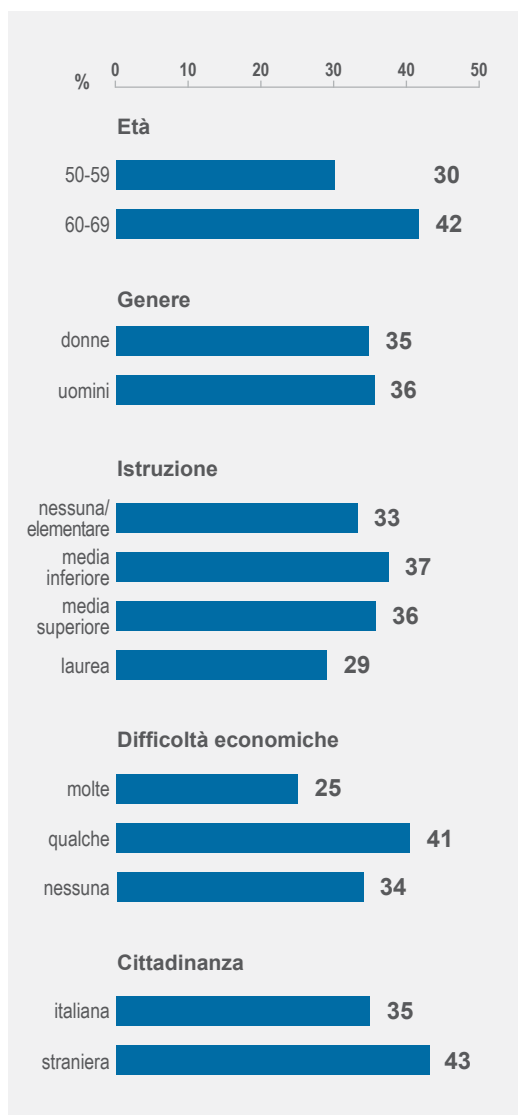


Figura 18
SOF eseguito negli ultimi due anni in provincia di Trento: copertura per caratteristiche socio-demografiche. PASSI, 2008-2011

Commento

La lotta contro il cancro ha l'obiettivo di ridurre l'incidenza della malattia e di conseguenza morbosità e mortalità che le sono associate, così come di migliorare la qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari.

L'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC) ritiene che, a livello globale, nel prossimo futuro la metà della riduzione potenziale dei decessi dovuti ai tumori è legata alla prevenzione, una proporzione assai minore agli screening e a trattamenti più efficaci. Quindi è indispensabile dare la priorità alla prevenzione se si vuole ottenere una consistente riduzione dell'incidenza dei tumori. La IARC suggerisce inoltre, di integrare la prevenzione del cancro a quella dell'insieme delle malattie non trasmissibili con cui i fattori di rischio sono in comune. La prevenzione primaria del cancro ha lo

scopo d'impedirne lo sviluppo evitando o riducendo l'esposizione a fattori di rischio, come cancerogeni ambientali e stili di vita.

A livello provinciale, polmone, mammella e colon-retto sono le sedi anatomiche in cui si verifica il maggior numero di casi incidenti e di decessi.

La principale causa del *tumore del polmone* è il fumo di tabacco: per un fumatore il rischio di sviluppare un tumore del polmone è oltre 20 volte quello di un non fumatore. L'entità di tale rischio dipende dalla quantità quotidiana di tabacco fumato, dall'intensità dell'inalazione e da quanto tempo una persona fuma. Il fumo di tabacco è responsabile anche del tumore della laringe, del pancreas, dei reni e della vescica; associato al consumo di alcol aumenta il rischio di sviluppare un tumore della cavità orale e dell'esofago (il consumo di alcol, tra l'altro, può aumentare il rischio di sviluppare un tumore della faringe, della laringe e del fegato).

I fattori di rischio del *tumore della mammella* sono specificamente legati alla vita riproduttiva (precoce età al menarca, menopausa tardiva, età avanzata al primo parto, fattori ormonali, ecc.). Altri fattori di rischio sono l'eccesso ponderale, la sedentarietà e un'alimentazione caratterizzata da apporto calorico elevato, consumo elevato di grassi animali, dieta povera di frutta e verdura e ricca di carne e di alcol (il rischio aumenta anche con piccole quantità di alcol, non è quindi possibile individuare una soglia di sicurezza).

Il *tumore coloretale* è fortemente associato al tipo di alimentazione: si stima che circa il 70% dei tumori del colon-retto possano essere prevenuti attraverso una corretta alimentazione. Un regime alimentare povero di verdure e di fibre, molto calorico e ricco di grassi animali è associato a un aumento del rischio di cancro coloretale: un consumo di 80 gr al giorno di carne rossa aumenta il rischio di cancro del colon-retto del 25%, un consumo di 80 gr al giorno di insaccati lo aumenta del 67%. Anche alcol e fumo aumentano questo rischio. Al contrario, una dieta con pochi grassi, molta

verdura e ricca di fibre ha un effetto protettivo. Anche l'attività fisica risulta avere un ruolo protettivo.

All'alimentazione sono legati molti tipi di tumori. I regimi alimentari occidentali (altamente calorici, ricchi di grassi e di proteine animali) spesso combinati a vita sedentaria, e quindi a disequilibrio energetico, aumentano il rischio di cancro, non solo del colon-retto e della mammella, ma anche della prostata, dell'endometrio, dell'apparato genitale maschile. Elevati consumi di frutta e verdura hanno un ruolo protettivo, oltre che per il tumore del colon-retto, anche per i tumore della faringe, laringe, polmoni, esofago, stomaco e collo dell'utero.

È evidente che la prevenzione al cancro si deve basare su politiche di lotta al fumo, di contrasto al consumo di alcol, di incoraggiamento a una corretta alimentazione e di promozione dell'attività fisica.

Allo stesso tempo, nello stabilire azioni di prevenzione e di promozione non si può prescindere dai determinanti sociali e dall'importanza che essi hanno nell'influenzare la salute della popolazione. Esistono sia caratteristiche socio-demografiche specifiche correlate con i diversi comportamenti a rischio (ad esempio sono più sedentarie le donne, hanno un consumo eccessivo di alcol i più i giovani), sia caratteristiche comuni (bassa istruzione e difficoltà economiche).

Interventi efficaci e costo-efficaci sono quelli volti a modificare l'influenza sociale. Per limitare il consumo di fumo, alcol e cibo spazzatura: riduzione della disponibilità, limiti di vendita per età, orario, luoghi, aumenti del costo (tassazione), strumenti normativi che intervengono sulla commercializzazione, regolamentazione di pubblicità/media, ecc.

Per contrastare la sedentarietà si dovrebbe incoraggiare il trasporto attivo, disincentivando l'uso della macchina (car sharing, agevolazioni per lavoratori che vanno in bici o con mezzi pubblici al lavoro, piste ciclabili, ecc.), sensibilizzare maggiormente sull'efficacia dell'attività fisica sia la popolazione, sia il mondo clinico.

Per approfondire

- AIRTUM, <http://www.registri-tumori.it/cms/>
- ONS, <http://www.osservatorionazionale-screening.it/>
- ITACAN, <http://itacan.ispo.toscana.it/italian/itacan.htm>
- ERA - EPIDEMIOLOGIA E RICERCA APPLICATA, <http://www.atlantesanitario.it>
- SERVIZIO EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, *L'incidenza dei tumori in provincia di Trento. Dati del Registro tumori di popolazione. Anni 2003-2006.* http://www.apss.tn.it/Public/allegati/DOC_651667_0.pdf
- AIOM, CCM, AIRTUM, *I numeri del cancro in Italia 2012*, http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2012/I_numeri_del_cancro_2012.pdf
- Supplemento n. 3 del n. 3 di *APSS notizie* / Anno 2011. Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa, *Gli screening oncologici in provincia di Trento*, <http://www.asl.tn.it/public/allegati/GLI%20SCREENING%20ONCOLOGICI%20supplemento%20del%20periodico%20di%20informazione%20APSS%20NOTIZIE%20numero%2003-2012.pdf>
- SERVIZIO EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, *Relazioni di attività dei programmi di screening oncologici della provincia di Trento*, http://www.apss.tn.it/Public/allegati/DOC_656599_0.pdf, http://www.apss.tn.it/Public/allegati/DOC_648795_0.pdf, http://www.apss.tn.it/Public/allegati/DOC_655250_0.pdf
- B.W. STEWART, P. KLEIHUS, *Le cancer dans le monde*, IARC Press, 2005
- INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, *Global Burden of Diseases (2010)*, <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd>

Le malattie respiratorie

Le principali malattie respiratorie croniche, di cui le più frequenti sono l'asma e la bronchite cronica, pur avendo differenti meccanismi fisiopatologici, possono associarsi e provocare uno stato funzionale di ostruzione cronica delle vie respiratorie, non pienamente reversibile e generalmente evolutivo, denominato broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).

Le malattie respiratorie croniche riconoscono fattori di rischio e di aggravamento comuni, tra cui hanno grande rilevanza quelli eliminabili come il fumo di tabacco, diversi tipi di esposizioni occupazionali, inquinamento indoor e outdoor, basso peso alla nascita. Per il controllo di queste patologie sono raccomandati la cessazione del fumo, la terapia farmacologica specifica, l'esercizio fisico e la vaccinazione antinfluenzale.

Al fine di ridurre il peso delle sofferenze causate dalle malattie respiratorie croniche, nel 2004 è stata creata la Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases (GARD), un'alleanza internazionale affiliata all'OMS e comprendente vari partner istituzionali e non, che ha sviluppato una strategia integrata, tesa a migliorare la salute respiratoria globale: l'obiettivo prioritario è prevenire e contrastare precocemente le malattie respiratorie croniche, riducendo l'esposizione ai fattori di rischio, rendendo la diagnosi più tempestiva e utilizzando i trattamenti più efficaci.

Le malattie respiratorie rappresentano in Italia la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e neoplastiche, con circa 40.000 decessi all'anno pari al 7% della mortalità generale (dati ISTAT 2009).

Anche in Trentino le malattie del sistema respiratorio si trovano al terzo posto come causa di morte (nel 2011 si sono verificati 319 decessi per malattie respiratorie, il 7% della mortalità generale, principalmente per BPCO e polmoniti).

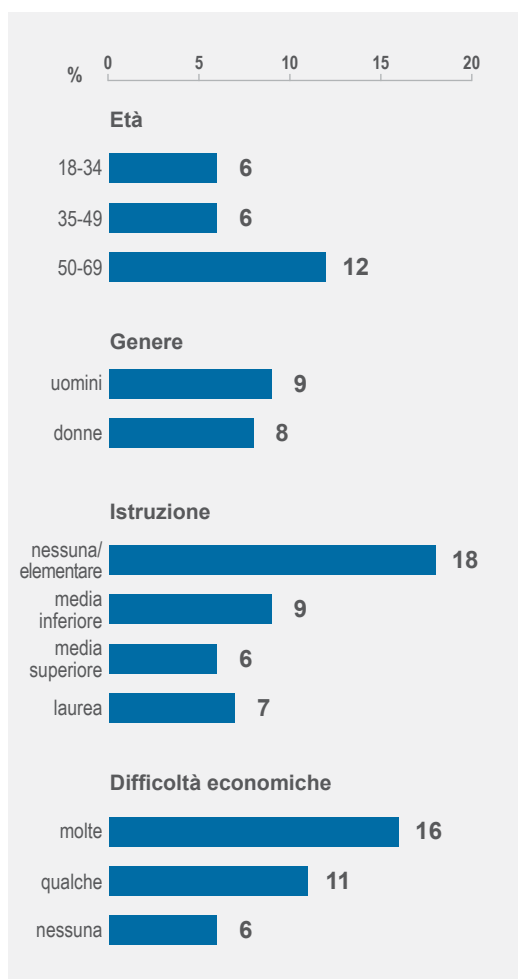


Figura 1
Prevalenza di malattie respiratorie croniche in provincia di Trento per caratteristiche socio-demografiche.
PASSI, 2008-2011

La prevalenza

Nel periodo 2008-11 il sistema di sorveglianza della popolazione adulta PASSI ha intervistato 2.800 residenti in provincia di Trento di età compresa tra i 18 e i 69 anni. Tra questi, l'8% ha riferito di aver avuto una diagnosi di bronchite cronica, asma bronchiale, enfisema o insufficienza respiratoria; prevalenza identica a quella stimata a livello nazionale. Si può dunque stimare che in provincia di Trento ci siano poco più di 28.000 adulti con diagnosi di malattia respiratoria cronica.

La prevalenza è quasi uguale negli uomini (9%) e nelle donne (8%), mentre aumenta con l'età, dal 6% dei giovani tra 18 e 34

anni, fino al 12% delle persone di 50 anni e più. La prevalenza è risultata relativamente bassa tra le persone con istruzione superiore (6% tra i diplomati/laureati) e tra le persone senza difficoltà economiche (6%), mentre è più elevata tra le persone con minore istruzione (18% tra coloro che hanno la licenza elementare o nessun titolo di studio) e con grandi difficoltà economiche (16%) [figura 1].

L'8% delle persone con malattie croniche del sistema respiratorio ha dichiarato che la propria salute va male o molto male e, tra loro, è stata stimata una media di 10 giorni (sugli ultimi 30) in cattiva salute per problemi fisici e/o psicologici.

Entrambi questi valori sono significativamente più elevati di quelli stimati per le persone senza malattie del sistema respiratorio: 2% di prevalenza e 5 giorni in cattiva salute.

Le persone con una condizione respiratoria morbosa cronica hanno riferito sintomi depressivi nel 10% dei casi, contro il 4% delle persone che non hanno malattie del sistema respiratorio.

Nel periodo 2008-11 quasi un terzo delle persone con malattie croniche del sistema respiratorio ha dichiarato di continuare a fumare, il 21% che nella propria casa è consentito fumare, mentre il 13% di coloro che lavorano in ambienti chiusi ha riferito che sul posto di lavoro si fuma sempre o quasi sempre.

Il 20% delle persone con patologie respiratorie croniche è sedentario e il 45% riferisce di essere in eccesso ponderale [figura 2].

Tra le persone affette da malattie respiratorie croniche di età 18-64 anni (età in cui è attiva l'offerta vaccinale) solo il 13% ha effettuato la vaccinazione contro l'influenza stagionale, in occasione delle campagne autunnali di immunizzazione.

Alla metà delle persone con malattie respiratorie croniche che si sono rivolte al medico è stato chiesto se sono fumatori e al 72% è stato consigliato di smettere di fumare. Nel 51% dei casi il fumatore con malattia respiratoria ha tentato di smettere [figura 3].

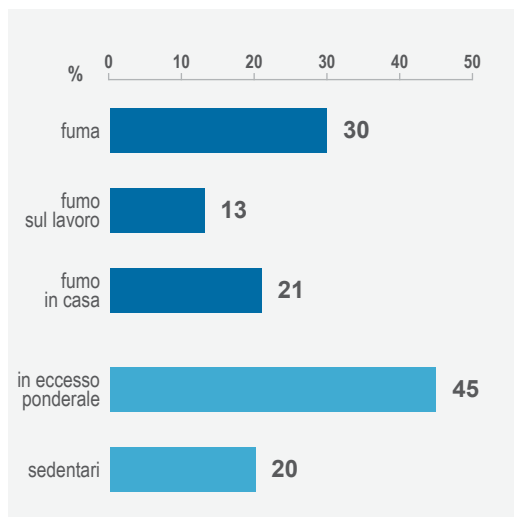


Figura 2

Prevalenza dei fattori di aggravamento nelle persone con malattie respiratorie croniche in provincia di Trento. PASSI, 2008-2011

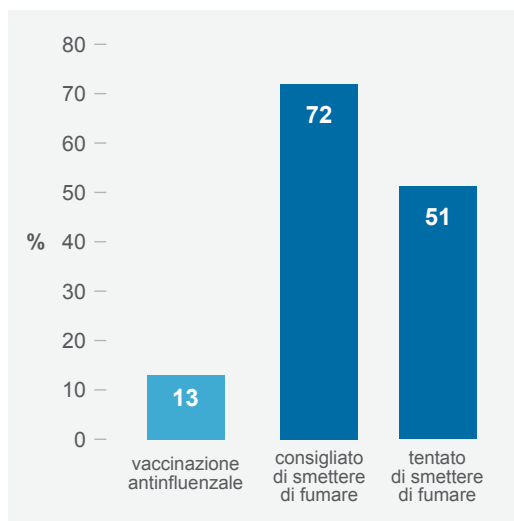


Figura 3

Prevenzione e consigli per le persone con malattie respiratorie croniche in provincia di Trento. PASSI, 2008-2011

I ricoveri

Nel 2011 le malattie respiratorie sono state causa di 5.583 ricoveri (pari al 6% di tutti i ricoveri) di residenti in provincia di Trento, per un totale di quasi 47.000 giornate di ricovero e di poco più di 2.000 accessi in day hospital (tasso grezzo di ospedalizzazione per malattie respiratorie: 11 per 1.000 abitanti). La quasi totalità dei ricoveri è per acuti (97%).

Il 23% dei ricoveri è dovuto a polmoniti (circa 1.300 ricoveri), il 12% a malattie croniche di tonsille e adenoidi (circa 700 ricoveri) e il 7% a BPCO (circa 400 ricoveri). I ricoveri riguardano di più gli uomini (56%) e le età estreme [figura 4].

Il 17% dei ricoveri è di bambini con meno di 10 anni e il 49% di persone con 65 anni e più. In particolare, la metà dei ricoveri per asma (49%) riguarda bambini con meno

Figura 4
Tasso età specifico di ospedalizzazione per malattie respiratorie (per 1.000 abitanti) in provincia di Trento. Anno 2011.

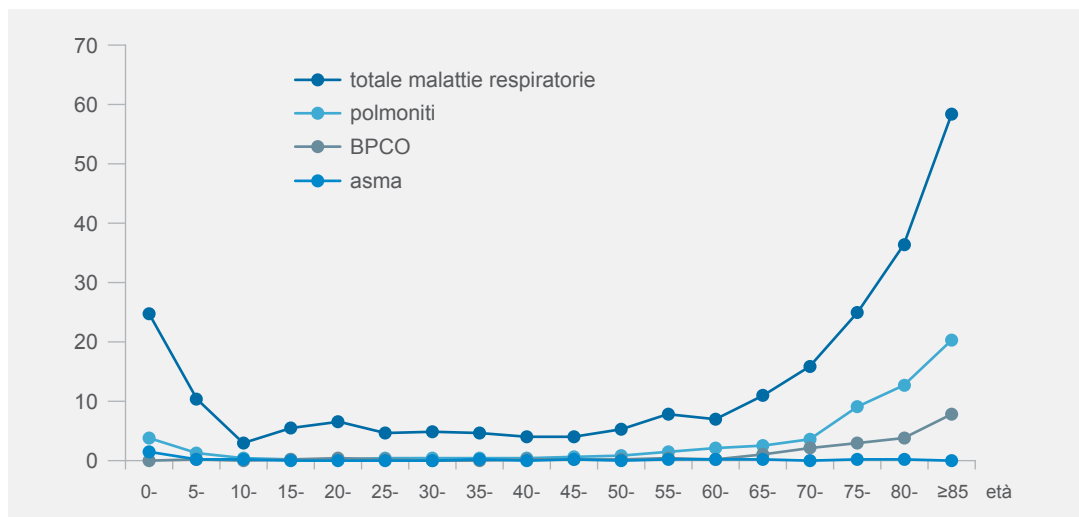
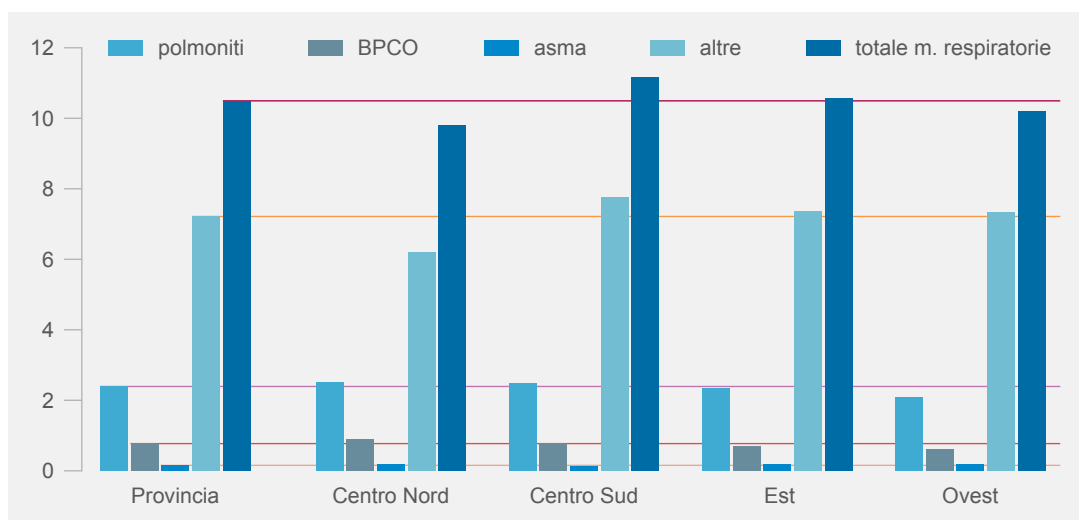


Figura 5
Tasso grezzo di ospedalizzazione per malattie respiratorie (per 1.000 abitanti) in provincia di Trento per distretto. Anno 2011.



di 10 anni, mentre il 68% dei ricoveri per polmoniti e l'82% di quelli per bronchite cronica è di persone di almeno 65 anni.

La distribuzione dell'ospedalizzazione è molto simile nei distretti della provincia [figura 5].

Come già per le malattie cardiovascolari e per i tumori, anche per le malattie respiratorie è stato valutato se il ricorso all'ospedalizzazione in provincia di Trento avviene in maniera appropriata, considerando che il sistema sanitario dispone di possibili alternative quali l'assistenza di base e territoriale. È stata dunque analizzata l'ospedalizzazione seguendo i criteri dello studio ERA - Epidemiologia e Ricerca Applicata che si è proposto, appunto, di valutare l'appropriatezza dell'ospedalizzazione (per maggior dettaglio si veda il capitolo *Malattie cardiovascolari*). Rispetto al sistema di classificazione ERA,

nel 2011 i ricoveri (per acuti) di trentini a causa di malattie respiratorie sono stati quasi 5.400 e in poco meno di un caso ogni 2 si è trattato di un ricovero potenzialmente inappropriato. La maggior parte dei ricoveri potenzialmente inappropriati avviene per polmoniti e per BPCO.

Le percentuali di ricoveri inappropriati sono molto simili per uomini e donne (38% vs 41%) [tabella 1] e riguardano soprattutto le età più anziane: oltre il 60% dei ricoveri per malattie respiratorie negli ultra 74enni può essere considerato potenzialmente inappropriato, a fronte del 30% di quelli delle persone tra 15 e 74 anni e del 20% dei ricoveri in età pediatrica (0-14 anni).

Le giornate trascorse in ospedale dai residenti trentini per malattie respiratorie sono circa 43.000: sono più di 23.000 (pari al 54% del totale) le giornate che possono essere efficacemente contrastate migliorando l'assistenza

Ospedalizzazione per malattie respiratorie, per genere. Anno 2011				
	uomini		donne	
	ricoveri totali	giorni di degenza	ricoveri totali	giorni di degenza
Ospedalizzazione totale	3.054	23.317	2.334	19.627
di cui potenzialmente inappropriata	1.159	12.337	945	10.837
%	38,0	52,9	40,5	55,2
di cui potenzialmente prevenibile	—	—	—	—
%	—	—	—	—

Ospedalizzazione per malattie respiratorie, per classi d'età. Anno 2011				
	fino a 14 anni	15-74 anni	75 anni e oltre	totale
Ospedalizzazione totale	2.764	15.904	24.276	42.944
di cui potenzialmente inappropriata	777	7.856	14.540	23.173
%	28,1	49,4	59,9	54,0
di cui potenzialmente prevenibile	—	—	—	—
%	—	—	—	—

Tabella 1

Ospedalizzazione per malattie respiratorie. Ricoveri e giornate di degenza totali, potenzialmente inappropriate di residenti in provincia di Trento, per genere. Anno 2011.

Tabella 2

Ospedalizzazione per malattie respiratorie. Giornate di degenza totali, potenzialmente inappropriate di residenti in provincia di Trento, per classi d'età. Anno 2011.

fuori dall'ospedale, cioè attraverso un miglior controllo dei casi acuti con un più efficace uso della medicina di base e di quella specialistica, e una corretta gestione delle cronicità per impedire complicanze [tabella 2].

Secondo la metodologia dello studio ERA tutti i ricoveri per malattie respiratorie sono considerati per definizione non prevenibili [tabella 1 e tabella 2].

Analogamente a quanto già riscontrato per i ricoveri per malattie cardiovascolari, anche per quelli per malattie respiratorie la popolazione più anziana assorbe la quota più importante di giornate di ricovero ed è inoltre relativamente più penalizzata in termini di giornate inappropriate (quasi 2 giornate ogni 3) rispetto alle giornate totali trascorse in ospedale per malattie respiratorie.

Anche nella fascia d'età 15-74 anni la parte di giornate di degenza trascorse in ospedale in modo inappropriato è considerevole, circa una giornata di degenza ogni 2.

Infine, sono quasi 1/3 le giornate di degenza inappropriate che riguardano l'età pediatrica [tabella 1].

Commento

Le malattie respiratorie croniche rappresentano un rilevante problema di salute e

di sanità pubblica in Trentino, destinato ad aumentare, considerati l'elevata prevalenza nelle età anziane e l'invecchiamento della popolazione.

Dai dati di mortalità e di ospedalizzazione risulta che in Trentino:

- le malattie respiratorie sono la terza causa di morte (7% dei decessi totali)

- sebbene le malattie respiratorie siano solamente la settima causa di ricovero per acuti (7% dei ricoveri per acuti totali), rappresentano la terza causa per numero di giornate di degenza (10%) precedute solamente dalle malattie cardiovascolari e dalle neoplasie;

- il 39% dei ricoveri e il 54% delle giornate di degenza per malattie respiratorie possono essere ritenuti inappropriati e evitati con una migliore assistenza extra-ospedaliera.

Inoltre la prevalenza dei fattori di aggravamento nelle persone con malattie respiratorie croniche è elevata, sia per quanto riguarda gli stili di vita (fumo, eccesso di peso, sedentarietà) sia per l'esposizione al fumo passivo sul luogo di lavoro e in casa.

I medici pongono attenzione all'abitudine al fumo delle persone con malattie respiratorie croniche, che frequentemente ricevono il consiglio di smettere di fumare; la

copertura della vaccinazione antinfluenzale è invece ancora inadeguata e dovrebbe essere migliorata.

Le persone affette da malattie respiratorie croniche hanno una qualità della vita connessa alla salute decisamente peggiore rispetto alle persone senza malattie respiratorie croniche.

In conclusione, la vita delle persone affette da malattie respiratorie croniche è suscettibile di grandi miglioramenti, agendo sui fattori presi in considerazione. I programmi di prevenzione, come quelli proposti dalla GARD, dovrebbero perciò essere fortemente sostenuti. A tal fine il Dipartimento di Prevenzione dell'APSS avvierà nel corso del 2013 una sperimentazione nel distretto Centro Sud.

Per approfondire

- PAOLO D'ARGENIO, GIOVANNA LAUREN-
DI, VALENTINA MINARDI, ELISA QUAR-
CHIONI, STEFANIA VASSELLI E SANDRO
BALDISSERA, “Fattori di rischio compor-
tamentali nelle malattie respiratorie cro-
niche, Italia (2007-09)”, *Ben Notiziario*
ISS, Volume 24, numero 5, <http://www.epicentro.iss.it/ben/2012/maggio/1.asp>
- Global strategy for the diagnosis, ma-
nagement and prevention of COPD.
Global initiative for chronic obstructive
lung disease (GOLD) 2011, <http://www.goldcopd.org/>
- BOUSQUET J, KHALTAEV N. (ED.). World
Health Organization. *Global surveillance,
prevention and control of chronic respira-
tory diseases: a comprehensive approach*,
[http://www.who.int/gard/publications/
GARD_Manual/en/index.html](http://www.who.int/gard/publications/GARD_Manual/en/index.html)
- ERA – EPIDEMIOLOGIA E RICERCA AVAN-
ZATA, <http://www.atlantesanitario.it/>

Il diabete

Il diabete è una malattia cronica caratterizzata dalla presenza di elevati livelli di glucosio nel sangue (iperglicemia) e dovuta a un'alterata quantità o funzione dell'insulina. L'insulina è l'ormone, prodotto dal pancreas, che consente al glucosio l'ingresso nelle cellule e il suo conseguente utilizzo come fonte energetica. Quando questo meccanismo è alterato, il glucosio si accumula nel circolo sanguigno.

Il diabete è tra le malattie metaboliche quella che riveste il maggior interesse per la sanità pubblica, in rapporto alla frequenza e al correlato carico di malattia, complicanze e disabilità. Si tratta, infatti, di una patologia cronica a larghissima diffusione in tutto il mondo e destinata ad aumentare con il progressivo invecchiamento della popolazione e la sempre maggiore occorrenza delle condizioni di rischio che ne precedono l'insorgenza.

Si distinguono un *diabete di tipo 1* (in passato chiamato anche giovanile o insulino-dipendente) e un *diabete di tipo 2* (diabete non insulino-dipendente o dell'adulto): si tratta fondamentalmente di due patologie distinte, in quanto si differenziano, oltre che per la diversa eziopatogenesi, anche per le differenti età di insorgenza, sintomatologia di esordio, strategie terapeutiche e, soprattutto, possibilità di prevenzione primaria.

Il diabete tipo 1

Riguarda circa il 10% delle persone con diabete e in genere insorge nell'infanzia o nell'adolescenza. Il pancreas non produce insulina, è quindi necessario che essa venga iniettata ogni giorno e per tutta la vita. L'insorgenza della malattia può avvenire rapidamente, solitamente nei bambini e negli adolescenti, e più lentamente negli adulti.

La causa del diabete tipo 1 è sconosciuta, ma caratteristica è la presenza nel sangue di anticorpi diretti contro antigeni presenti a livello delle cellule che producono insulina. Per questo motivo, il diabete di tipo 1

è classificato tra le malattie cosiddette "autoimmuni", cioè dovute a una reazione immunitaria diretta contro l'organismo stesso. Tra i possibili agenti scatenanti la risposta immunitaria, sono stati proposti i virus della parotite (i cosiddetti "orecchioni"), il citomegalovirus, i virus Coxackie B, i virus dell'encefalomiocardite.

Il diabete tipo 2

È la forma più comune di diabete e rappresenta circa il 90% dei casi di questa malattia. La causa è ancora ignota, anche se è certo che il pancreas è in grado di produrre insulina, ma le cellule dell'organismo non riescono poi a utilizzarla. Il diabete tipo 2 in genere non viene diagnosticato per molti anni in quanto l'iperglicemia si sviluppa gradualmente e inizialmente non è di grado severo al punto da dare i classici sintomi del diabete. Solitamente la diagnosi avviene casualmente o in concomitanza con una situazione di stress fisico, quale infezioni o interventi chirurgici.

Numerosi fattori di rischio sono stati riconosciuti associarsi alla sua insorgenza. Tra questi: la familiarità, l'appartenenza ad alcune etnie, lo scarso esercizio fisico, il sovrappeso. È più frequente con l'aumentare dell'età (in genere la malattia si manifesta dopo i 30-40 anni), tra le persone meno istruite e appartenenti a fasce sociali deboli (ponendo un problema di disuguaglianza sociale nella salute). Il diabete di tipo 2 è quindi in parte prevenibile modificando gli stili di vita dei soggetti a rischio, particolarmente per quel che riguarda la nutrizione e l'attività fisica.

Le complicanze del diabete

Il diabete può determinare complicanze acute o croniche. Le complicanze acute sono più frequenti nel diabete tipo 1 e sono

in relazione alla carenza pressoché totale di insulina. In questi casi il paziente può andare incontro a coma diabetico.

Nel diabete tipo 2 le complicanze acute sono piuttosto rare, mentre sono molto frequenti le complicanze croniche che riguardano diversi organi e tessuti, tra cui gli occhi, i reni, il cuore, i vasi sanguigni e i nervi periferici.

– *Malattie cardiovascolari*: il rischio di malattie cardiovascolari è da 2 a 4 volte più alto nelle persone con diabete che nel resto della popolazione causando, nei paesi industrializzati, oltre il 50% delle morti per diabete. Questo induce a considerare il rischio cardiovascolare nel paziente diabetico pari a quello assegnato a un paziente che ha avuto un evento cardiovascolare.

– *Neuropatia diabetica*: è una delle complicanze più frequenti e secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità si manifesta a livelli diversi nel 50% dei diabetici. Può causare perdita di sensibilità, dolore di diversa intensità e danni agli arti, con necessità di amputazione nei casi più gravi. Può comportare disfunzioni del cuore, degli occhi, dello stomaco ed è una delle principali cause di impotenza maschile.

– *Nefropatia diabetica*: si tratta di una riduzione progressiva della funzione di filtro del rene che, se non trattata, può condurre all'insufficienza renale fino alla necessità di dialisi e/o trapianto del rene.

– *Retinopatia diabetica*: è un danno a cari-

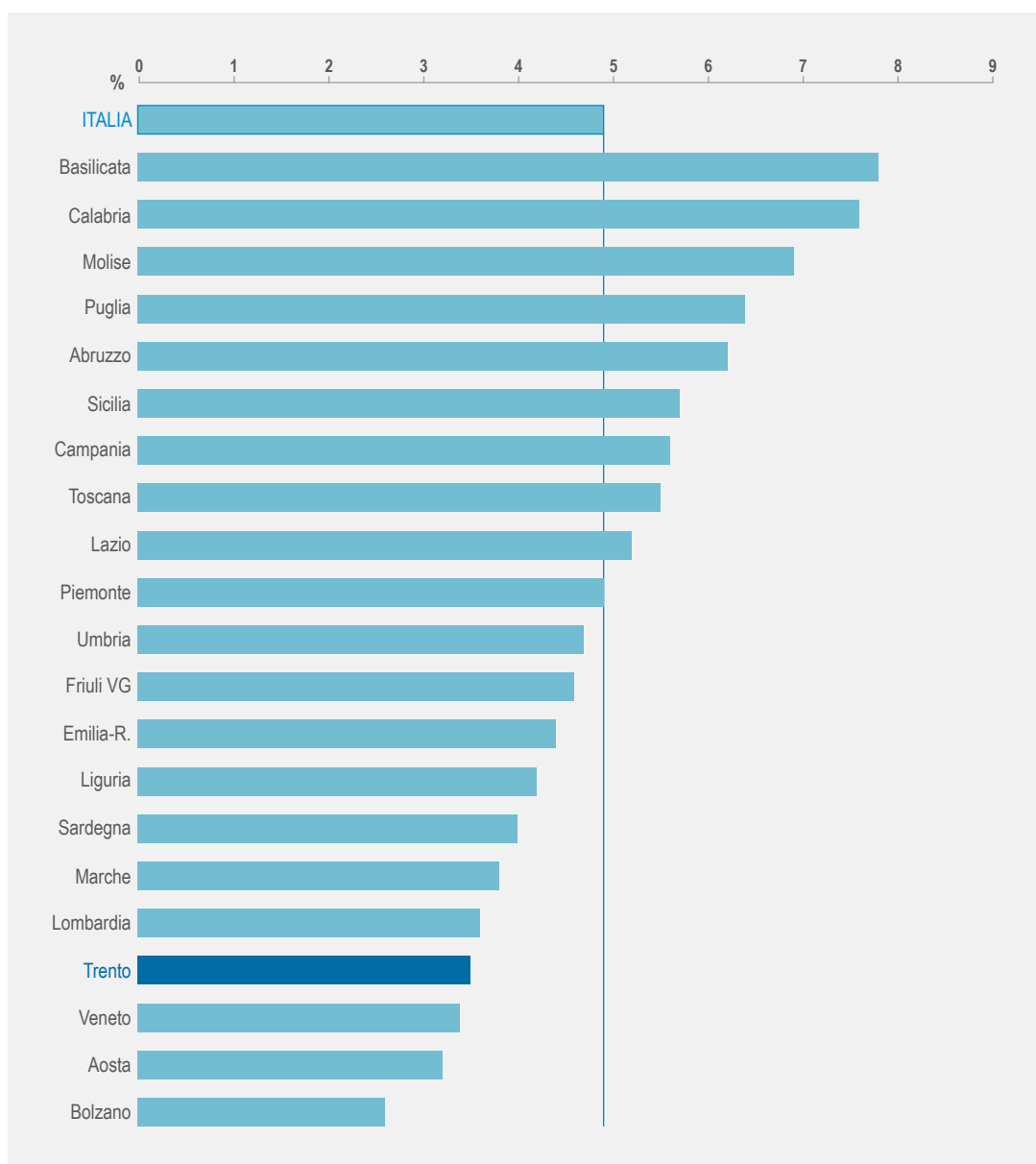


Figura 1
Prevalenza di diabete
per regione di residenza.
ISTAT, 2011

co dei piccoli vasi sanguigni che irrorano la retina, con perdita delle facoltà visive. Inoltre, le persone diabetiche hanno maggiori probabilità di sviluppare malattie oculari come glaucoma e cataratta.

– *Piede diabetico*: le modificazioni della struttura dei vasi sanguigni e dei nervi possono causare ulcerazioni e problemi a livello degli arti inferiori, soprattutto del piede, a causa dei carichi che sopporta. Questo può rendere necessaria l'amputazione degli arti e rappresenta la prima causa di amputazione degli arti inferiori di origine non traumatica.

– *Complicanze in gravidanza*: nelle donne in gravidanza, il diabete può determinare conseguenze avverse sul feto, da malformazioni congenite a un elevato peso alla nascita, fino a un alto rischio di mortalità perinatale.

I fattori di rischio

Le complicanze croniche del diabete possono essere prevenute o se ne può rallentare la progressione attraverso uno stretto controllo di tutti i fattori correlati:

- Dieta/controllo del peso corporeo
- Attività fisica
- Astensione dal fumo
- Controlli periodici:
 - Glicemia ed emoglobina glicata (HbA1c)
 - Pressione sanguigna
 - Controllo dei lipidi nel sangue

L'elevata frequenza di complicanze vascolari impone uno stretto monitoraggio degli organi bersaglio (occhi, reni e arti inferiori). Per questo, è necessario che le persone con diabete si sottopongano a periodiche visite di controllo, anche in assenza di sintomi.

I diabetici tipo 1 hanno necessità di regolare in maniera più stretta la terapia insulinica all'apporto dietetico e all'attività fisica, mentre per i diabetici tipo 2, che in genere sono anche sovrappeso o francamente obesi, assume maggior importanza un adeguato stile di vita che comprenda la riduzione dell'apporto calorico, del consumo di zucchero e grassi e l'aumento dell'attività fisica per migliorare glicemia, dislipidemia e livelli della pressione arteriosa.

La prevalenza e incidenza

La prevalenza del diabete in provincia di Trento è stimata di poco superiore al 3%, per un totale, nel 2011, di circa 19.000 persone malate di diabete (3,5% stime ISTAT sull'intera popolazione; 3,3% stime del sistema di monitoraggio PASSI sulla popolazione in età 18-69 anni; 3,5% analisi delle esenzioni ticket per diabete in provincia di Trento).

Il dato medio nazionale di prevalenza del diabete è di circa il 5%, superiore in modo significativo al dato trentino [figura 1].

La popolazione adulta

A livello nazionale, nel periodo 2007-2010 la prevalenza di diabete non mostra variazioni significative negli anni, come si osserva nella figura 2.

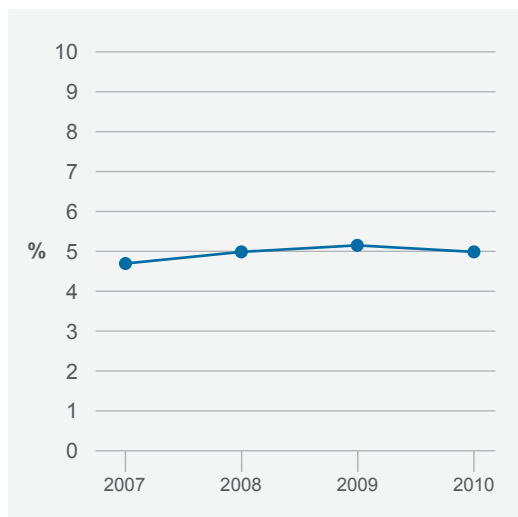
I dati PASSI 2007-2010 indicano come, nelle persone adulte con diabete, pressione arteriosa e colesterolemia siano molto controllate (il 96% dei diabetici controlla la pressione arteriosa e l'87% la colesterolemia). Tra i diabetici ipertesi 9 su 10 sono in trattamento farmacologico per controllare la pressione arteriosa e tra quelli ipercolesterolemici 6 su 10 assumono farmaci per il controllo del colesterolo.

Sia i dati PASSI che i dati ISTAT sono concordi nell'affermare che la prevalenza del diabete aumenta con il crescere dell'età: fattore più fortemente associato al ricevere una diagnosi di diabete. Inoltre, in entrambi i generi, si conferma l'associazione del diabete con uno stato di svantaggio socioeco-



Figura 2
Prevalenza di diabete nella popolazione adulta per regione di residenza. PASSI, 2007-2010

Figura 3
Prevalenza di persone
cui è stata fatta diagnosi
di diabete. Italia.
PASSI, 2007-2010



nomico (basso livello di istruzione e molte difficoltà economiche), laddove i fattori di rischio, quali obesità e inattività fisica, sono più comuni. Questa associazione risulta particolarmente forte nelle donne. A parità di tutti gli altri fattori, si conferma, sia negli uomini sia nelle donne, un'associazione con l'area geografica di residenza, con un gradiente nord-sud, nonché con l'obesità e la sedentarietà [figura 2].

La popolazione giovane

L'ISTAT stima a livello italiano nel 2011 circa 20.000 casi di diabete tra i bambini e i ragazzi di 0-14 anni per una prevalenza pari allo 0,2%.

Il Registro provinciale del diabete mellito infantile-giovanile insulinodipendente ha rilevato nel periodo 2008-2010 40 nuovi casi di diabete di tipo 1 (circa 13 casi all'anno) in persone in età pediatrica (0-14 anni) per un tasso di incidenza pari al 16 per 100.000 abitanti. Estendendo la fascia di età a 29 anni si aggiungono, nello stesso periodo, altri 14 nuovi casi per un totale di circa 18 casi all'anno.

I ricoveri

In un'ottica di adeguata gestione della patologia e quindi di prevenirne l'evoluzione e le possibili complicanze l'attenzione va posta sulla continuità assistenziale ottenibile attraverso modelli di gestione integrata, ossia sistemi organizzati, proattivi, orientati alla

popolazione atti a costruire percorsi assistenziali condivisi da tutti i soggetti interessati (paziente, medico di medicina generale, team diabetologico). Allo sviluppo di questi modelli ha concorso l'attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2005-2007 (e quello successivo del 2010-2012 che ne rinnova gli obiettivi) che prevedeva appunto, nel caso del diabete, la realizzazione di progetti regionali finalizzati a migliorare l'assistenza e a prevenire le complicanze tramite l'adozione di programmi di gestione integrata della patologia.

Gli indicatori derivati dai dati sui ricoveri per diabete (in prima diagnosi) sono da interpretare come una misura della qualità della prevenzione e dell'assistenza alla persona affetta da diabete. L'indicatore dipende infatti dalla capacità dei servizi territoriali di promozione della salute e di presa in carico dei pazienti diabetici, tramite attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici appropriati per la gestione della patologia diabetica e delle sue complicanze.

Nell'analisi sull'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri del gruppo ERA i ricoveri per diabete sono considerati inappropriati, indipendentemente se con o senza complicanze, in accordo quindi con quanto auspicato dai PNP: migliorando l'assistenza e riducendo le complicanze, il ricorso al ricovero di pazienti con diabete dovrebbe essere limitato. La metodologia di classificazione dei ricoveri ERA considera quindi, per definizione, tutti i ricoveri per diabete inappropriati.

Nel 2011 i ricoveri (per acuti) di trentini a causa del diabete sono stati quasi 700 e rappresentano il 38% di tutti i ricoveri per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche. Come già detto si tratta di ricoveri inappropriati che sommano 3.500 giornate di degenza contrastabili con un più efficace uso della medicina di base e di quella specialistica e una corretta gestione della patologia a impedire complicanze.

Le percentuali di ricovero per diabete sono leggermente più elevate per gli uomini che per le donne (52% vs 48%) e riguardano soprattutto l'età adulta: il 57% dei ricoveri per diabete sono di persone di età compresa

tra i 15 e i 74 anni, il 19% di persone in età pediatrica (0-14 anni) e il restante 24% di anziani ultra 74enni.

I ricoveri per diabete senza complicanze sono stati quasi 400, praticamente 6 ricoveri ogni 10, per un totale di 1.300 giornate di degenza, pari al 38% delle giornate di degenza per diabete [tabella 1].

Per un confronto nazionale è stato considerato il tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato senza complicanze ritenuto un indicatore della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali che possono trattare le patologie indicate, sia in termini di prevenzione che cura. Generalmente bassi valori indicano buona qualità dei servizi territoriali, valori elevati ricorso improprio alle strutture ospedaliere e scarsa efficacia delle strutture specialistiche territoriali. In Trentino tale tasso (anno 2010, calcolato dal Dipartimento Qualità del Ministero della salute) è di 21,9 ricoveri per 100.000 abitanti vicino al dato medio nazionale (22,3). In Trentino si è osservato un costante miglioramento di questo indicatore dal 2001 (anno in cui il tasso era di 47,3 ricoveri per 100.000 residenti).

Un altro indicatore considerato "sentinella" di percorsi diagnostico-terapeutici inefficaci sono le amputazioni maggiori degli arti nei diabetici. Nel 2010 tale indicatore era di un'amputazione ogni milione di residenti, sovrapponibile al dato medio nazionale (1,3).

I decessi

Nell'ultimo decennio i decessi per diabete di residenti trentini sono circa 100-120 all'anno (circa il 2-3% di tutti i decessi) con un

lieve incremento a partire dal 2005 imputabile più al cambio del sistema di codifica che a un effettivo mutamento della mortalità per diabete.

Sono principalmente decessi femminili, data l'elevata età media al decesso per diabete e la maggiore aspettativa di vita delle donne rispetto agli uomini.

Nel 2011 i decessi per diabete sono stati 121, in 18 casi (il 15% dei decessi per diabete) si tratta di decessi evitabili, ossia occorsi prima dei 75 anni ed evitabili grazie a misure efficaci in termini di assistenza sanitaria propriamente detta. Gli anni persi dovuti ai 18 decessi precoci sono 320 (il 2% di tutti gli anni persi per mortalità evitabile) con circa 18 anni persi a decesso.

Commento

Il diabete mellito è una patologia che ha un forte impatto sulle condizioni di salute della popolazione e un costo socioeconomico molto elevato. Il diabete di tipo 1 insorge prevalentemente durante l'infanzia e l'adolescenza, mentre quello di tipo 2 (che rappresenta circa il 90% di tutti i casi di malattia) compare prevalentemente in età adulta. Il diabete di tipo 2 è correlato sia a fattori socioeconomici sia a fattori comportamentali individuali: la sua insorgenza può perciò essere prevenuta con uno stile di vita adeguato. Il decorso del diabete è contrassegnato da numerose complicanze croniche, tra queste quelle particolarmente frequenti e gravi sono quelle cardiovascolari.

In Europa si stima che, per patologie legate al diabete, ogni anno, muoiano circa 750.000 persone e si perdano oltre 7 milioni di anni di vita in buona salute (DALYs).

Secondo lo studio del Global Burden of Diseases 2010 (GBD 2010), il diabete è la

Ricoveri per diabete. Anno 2011		
	ricoveri totali	giornate di degenza
Ricoveri per diabete	676	3.499
di cui senza complicanze	391	1.318
%	57,8	37,7
di cui con complicanze	285	2.181
%	42,2	62,3

Tabella 1

Ospedalizzazione per diabete con e senza complicanze. Ricoveri e giornate di degenza totali di residenti in provincia di Trento. Anno 2011.

quinta causa di morte prematura in Italia (dopo infarto, ictus, cancro del polmone e cancro del colon-retto), costando agli italiani 245.000 anni di vita.

L'OMS ha inserito il diabete tra le patologie croniche su cui maggiormente investire per la prevenzione, dato il crescente peso assunto da questa patologia anche nei paesi in via di sviluppo e vista la possibilità di attuare misure preventive efficaci e di basso costo.

Per quanto riguarda la prevenzione occorre puntare sulla promozione dell'attività fisica e della sana alimentazione, oltre che sulla prevenzione dell'eccesso ponderale con interventi sui determinanti sociali, economici e ambientali degli stili di vita che prevedano il coinvolgimento attivo di settori della società esterni al sistema sanitario.

Tali azioni devono quindi essere:

- espressione di uno specifico impegno di tutte le istituzioni
- finalizzate a un cambiamento socioculturale
- utili a rendere le scelte salutari personali più salutari (attraverso modifiche del contesto di vita e di lavoro)
- favorevoli a chiudere la forbice sociale e a promuovere una maggiore equità.

Per migliorare la qualità delle cure per le persone con diabete, si è dimostrato appropriato un approccio integrato alla gestione dei percorsi diagnostici e terapeutici (disease management). In Trentino è stato inserito nel Piano provinciale di prevenzione un progetto specifico in tale ambito.

Per approfondire

- *Il diabete*, scheda informativa di EPICENTRO, <http://www.epicentro.iss.it/problemi/diabete/diabete.asp>
- ISTAT, *Il diabete in Italia. Anni 2000-2011*, <http://www.istat.it/it/archivio/71090>
- ISTAT, *Annuario statistico italiano 2011*. Capitolo terzo: Sanità e salute, http://www3.istat.it/dati/catalogo/20111216_00/PDF/cap3.pdf

- MINISTERO DELLA SALUTE, *Rapporto SDO 2010*, <http://www.salute.gov.it/ricoveriOspedalieri/archivioDocumentiRicoveriOspedalieri.jsp?lingua>
- MINISTERO DELLA SALUTE, *Relazione sullo stato sanitario del Paese. 2009-2010* (pagine 58-65), http://www.rssp.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1655_allegato.pdf
- SERVIZIO EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, *L'incidenza del diabete mellito di tipo 1 (insulino-dipendente) in Provincia di Trento, trend 2008-2010*, http://www.apss.tn.it/Public/allegati/DOC_654971_0.pdf
- ERA – EPIDEMIOLOGIA E RICERCA AVANZATA, <http://www.atlantesanitario.it/>
- INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, *Global Burden of Diseases (2010)*, <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd>

I traumi: fratture e ferite

I traumi sono stati tradizionalmente considerati come eventi accidentali, casuali e inevitabili, per cui non prevedibili né prevenibili. Negli ultimi decenni una migliore comprensione del fenomeno ha portato a superare questa vecchia attitudine e oggi i traumatismi sono visti come eventi largamente prevenibili.

Con questo cambiamento di prospettiva, il problema dei traumatismi e del loro carico sociale e sanitario ha guadagnato la giusta attenzione, portando allo sviluppo di strategie di prevenzione.

I traumi restano, comunque, una causa rilevante sia di ospedalizzazione che di mortalità. Infatti, i ricoveri annui negli ospedali italiani dovuti a traumatismi, ustioni e avvelenamenti sono circa 100.000 (Ministero salute, 2010). I traumatismi rappresentano, inoltre, la quarta causa di decesso con quasi 25.000 morti all'anno (ISTAT, 2009).

La mortalità

Anche in provincia di Trento i traumatismi sono una delle prime cause di morte. Nel 2011 hanno provocato 200 decessi, pari al 4,4% del totale.

Sono la quarta causa di morte per la popolazione generale, ma diventano la terza

considerando solo gli uomini. Rappresentano la principale, se non l'unica, causa di decesso per i giovani tra i 15 e i 34 anni.

Tra la popolazione giovane il decesso per traumatismo è in particolare dovuto a *traumatismi multipli* (in seguito a incidente stradale), mentre per la popolazione più anziana (oltre i 64 anni) il decesso è legato alla frattura del femore in seguito a caduta.

Nel corso del 2011 gli eventi traumatici hanno "rubato" in media 18-19 anni a decesso per un totale di 3.702 anni di vita persi.

Va sottolineato che una buona parte di questi eventi traumatici sono evitabili attraverso interventi di prevenzione primaria. In particolare, nel 2011 sono stati 90 i decessi potenzialmente prevenibili, principalmente di uomini (83% dei decessi prevenibili) e dovuti soprattutto a incidenti stradali (28% dei decessi prevenibili) e a suicidi (37% dei decessi prevenibili).

Gli accessi al pronto soccorso

Nel corso del 2011 gli accessi in pronto soccorso per trauma sono stati 69.943 (37% degli accessi totali) da parte dei re-

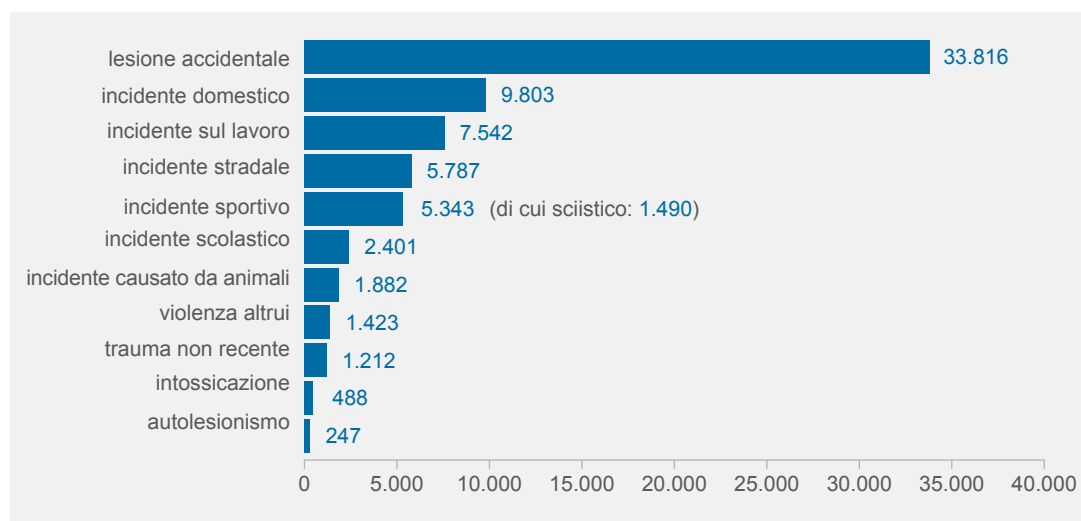


Figura 1

Accessi in pronto soccorso per trauma di residenti in provincia di Trento. Anno 2011.

sidenti trentini. Degli accessi per trauma [figura 1]:

- 9.803 (il 14,0%) sono dovuti a incidenti domestici
- 7.541 accessi (il 10,8%) sono dovuti a infortuni sul lavoro
- 5.787 (l'8,3%) sono dovuti a incidenti stradali
- 5.343 (il 7,6%) sono dovuti a incidenti sportivi di cui 1.490 (il 2,1%) sono incidenti sciistici
- 1.423 (il 2,0%) sono dovuti a violenze altrui.

L'elevata percentuale di accessi classificati come "lesione accidentale" non meglio specificata è un indicatore di bassa qualità della codifica da parte dei punti di pronto soccorso.

Per la maggior parte si tratta di accessi dovuti a traumi non particolarmente gravi: al 70% degli accessi è stato assegnato al triage

un codice verde, al 21% un codice bianco. I codici di triage che identificano gli eventi più gravi sono stati assegnati al 9% degli accessi (di questi solo lo 0,3% sono codici rossi).

Con le sole eccezioni degli incidenti domestici e delle autolesioni, che ricorrono in modo leggermente superiore nelle donne, per tutti gli altri tipi di incidente si tratta di eventi che colpiscono soprattutto gli uomini, in particolare gli incidenti sportivi, gli incidenti sul lavoro e gli episodi dovuti a violenza [figura 2].

I ricoveri

I traumatismi e gli avvelenamenti hanno causato ai trentini 7.199 ricoveri (pari all'8% di tutti i ricoveri) per un totale di ol-

Figura 2
Accessi in pronto soccorso per trauma di residenti in provincia di Trento, per tipo di incidente e genere (valori percentuali). Anno 2011.

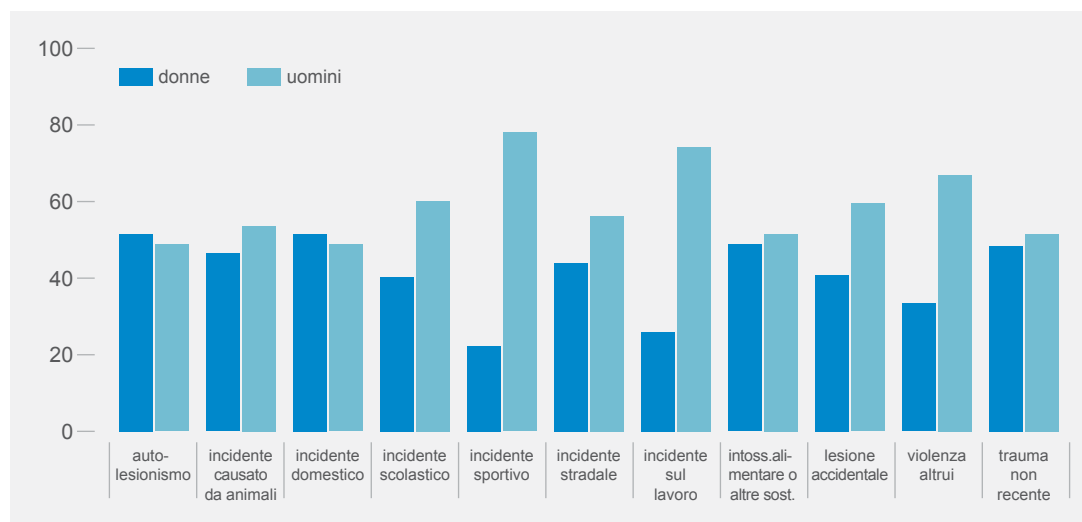
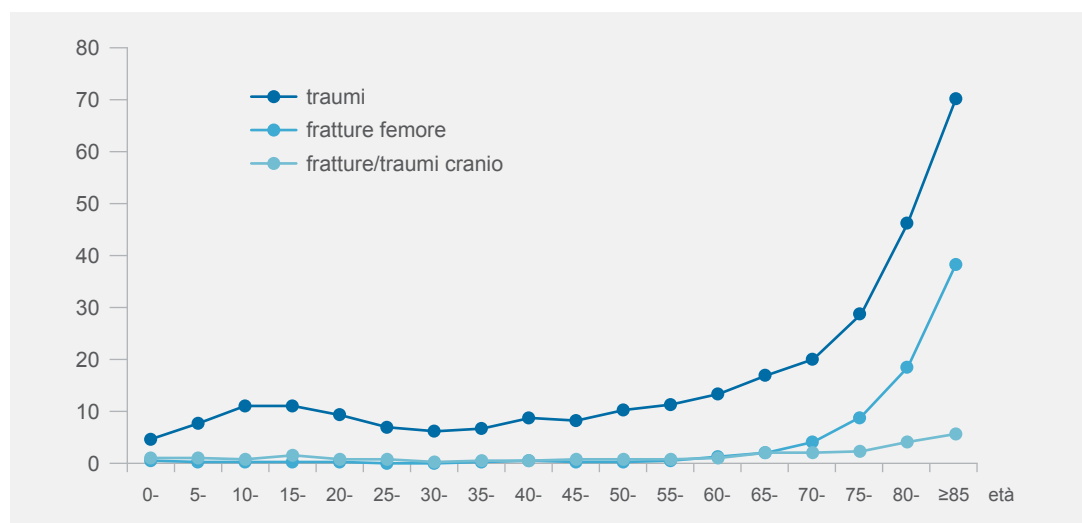


Figura 3
Tasso età specifico di ospedalizzazione per traumatismi e avvelenamenti (per 1.000 abitanti) in provincia di Trento. Anno 2011.



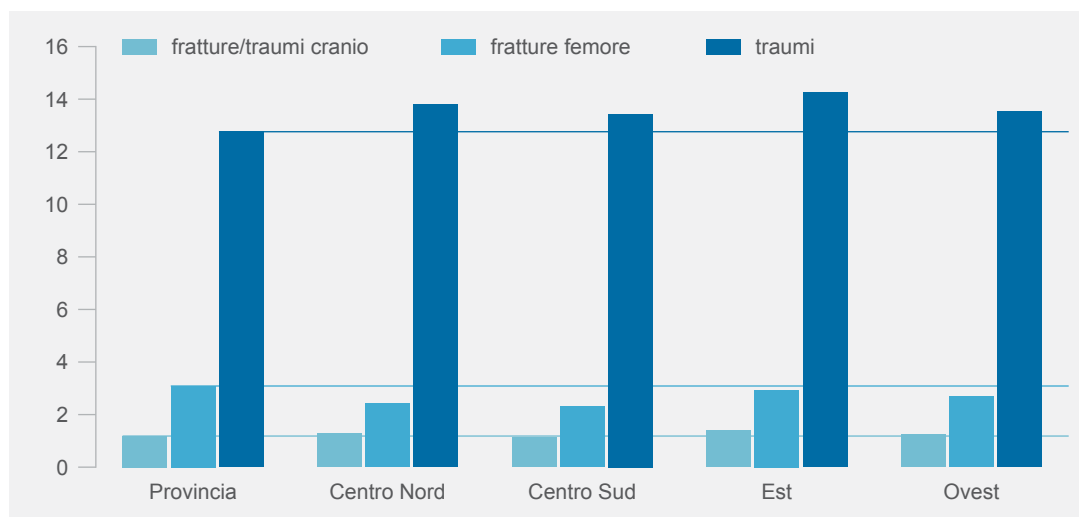


Figura 4
Tasso grezzo di ospedalizzazione per traumi e avvelenamenti (per 1.000 abitanti) in provincia di Trento, per distretto. Anno 2011.

Ricoveri per trauma, per tipologia di traumatismo e genere. Anno 2011				
tipologia di traumatismo	uomini		donne	
	Ricoveri	%	Ricoveri	%
Infortuni sul lavoro	211	81,5	48	18,5
Incidente domestico	255	31,4	558	68,6
Incidente stradale	298	68,5	137	31,5
Violenza altrui	27	77,1	8	22,9
Autolesione o tentativo di suicidio	11	57,9	8	42,1
Altro tipo di incidente/intossicazione	1.716	54,3	1.443	45,7
Non indicato	1.138	45,9	1.341	49,2
Ricoveri totali	3.656	50,8	3.543	49,2

Tabella 1
Ospedalizzazione per trauma. Ricoveri di residenti in provincia di Trento, per tipologia di traumatismo e genere. Anno 2011.

tre 70.000 giorni di ricovero e 2.000 accessi in day hospital (tasso grezzo di ospedalizzazione per evento traumatico: 14 per 1.000 abitanti). Si tratta principalmente di ricoveri per acuti (86%).

I ricoveri riguardano soprattutto le persone più anziane (a partire dai 60-65 anni), tuttavia il fenomeno è presente in una certa misura anche nelle età più giovani, in particolare tra i 10 e i 19 anni [figura 3].

La distribuzione territoriale dell'ospedalizzazione è sostanzialmente omogenea [figura 4].

Non ci sono differenze di genere nella frequenza dei ricoveri per traumatismo (51% uomini vs. 49% donne), tuttavia l'evento che causa il ricovero è assai diverso tra uomini e donne. Gli infortuni sul lavoro, gli incidenti stradali e le violenze di altre persone sono cause di ricovero per trauma tipicamente maschili; gli incidenti domestici,

invece, sono causa di ricovero soprattutto nelle donne. L'autolesionismo è sostanzialmente ripartito tra i due generi [tabella 1]. Come atteso, i dati di ospedalizzazione ricalcano quanto anticipato dai dati di accesso in pronto soccorso.

Il ricovero a causa di un incidente domestico è tipico dei bambini, soprattutto dei più piccoli, e degli anziani (oltre i 70 anni).

I ricoveri per infortunio sul lavoro sono distribuiti in quasi tutte le età lavorative (20-60 anni), con frequenze maggiori a partire dai 40 anni.

I ricoveri per incidente stradale riguardano soprattutto le persone tra i 15 e i 24 anni, ma restano comunque un fenomeno significativo fino ai 60 anni.

Di seguito verranno analizzate le tre principali cause di lesioni accidentali nella popolazione trentina: incidenti stradali, infortuni domestici e infortuni sul lavoro.

La sicurezza stradale

Nel 2011, in Italia, si sono registrati 205.638 incidenti stradali con lesioni a persone (-2,7% rispetto al 2010). I morti entro il 30° giorno dall'incidente sono stati 3.860 (- 5,6% rispetto al 2010), i feriti ammontano a 292.019 (-3,6% rispetto al 2010). Con queste ulteriori riduzioni l'Italia ha confermato un trend costante del numero di decessi da incidenti stradali, che si è ridotto del 45,6%, rispetto al 2001, in linea con la media europea, anzi leggermente migliore. Nonostante questi miglioramenti, nel 2008 gli incidenti stradali rappresentavano ancora la prima causa di morte per le persone al di sotto dei 40 anni.

Secondo i dati ISTAT, in Trentino nel 2011 si sono verificati 1.514 incidenti che hanno provocato 23 morti e 2.098 feriti.

Dei 23 morti, 17 erano di sesso maschile e

6 di sesso femminile, 18 erano conducenti, 3 trasportati e 2 pedoni. Un caso mortale si è verificato sull'autostrada, 15 sulle strade provinciali e 7 sulle strade urbane. Dei 2.098 feriti, 1.253 erano provocati da incidenti su strade urbane, 726 su strade provinciali, 71 sull'autostrada e 48 su strada extra-urbana. Nell'anno 2011 in provincia di Trento, in seguito a incidenti stradali, si sono registrati 5.787 accessi al pronto soccorso (l'8,3% di tutti gli accessi per traumi) e 435 ricoveri ospedalieri, di cui due terzi a carico di uomini.

Mentre l'andamento degli incidenti e del numero di feriti mostra una riduzione solo a partire dal 2007 [figura 5], il numero di morti ha un trend in diminuzione dal 1978 [figura 6].

Dall'analisi del database provinciale MI-TRIS risultano tre picchi nella distribu-

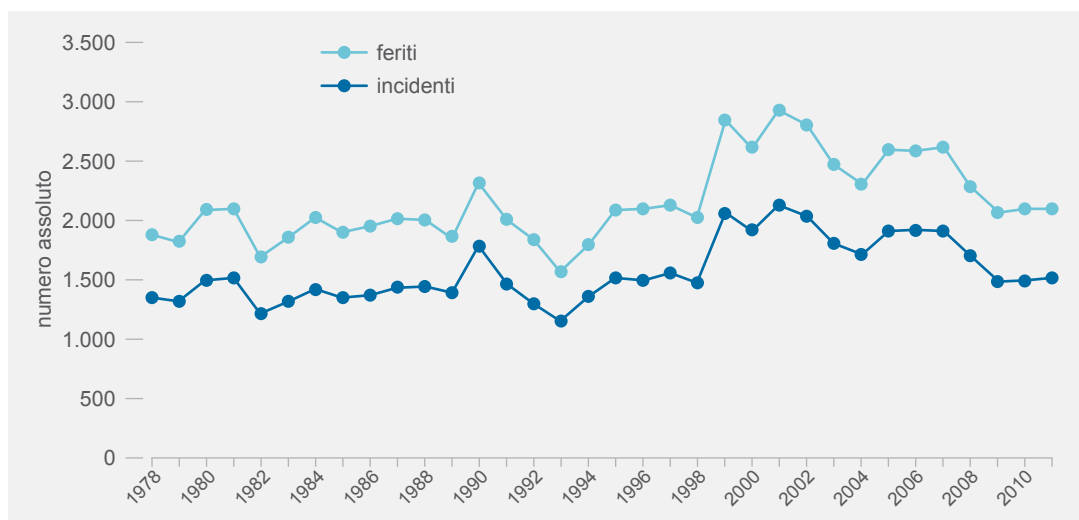


Figura 5
Numero di incidenti e feriti in Trentino.
ISTAT, 1978-2011

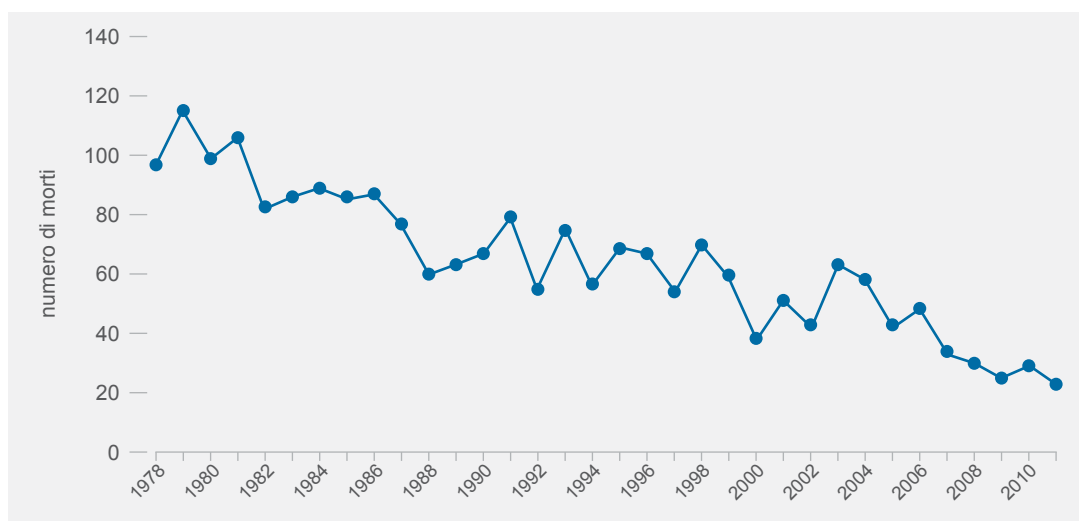


Figura 6
Numero di morti in incidenti stradali in Trentino.
ISTAT, 1978-2011

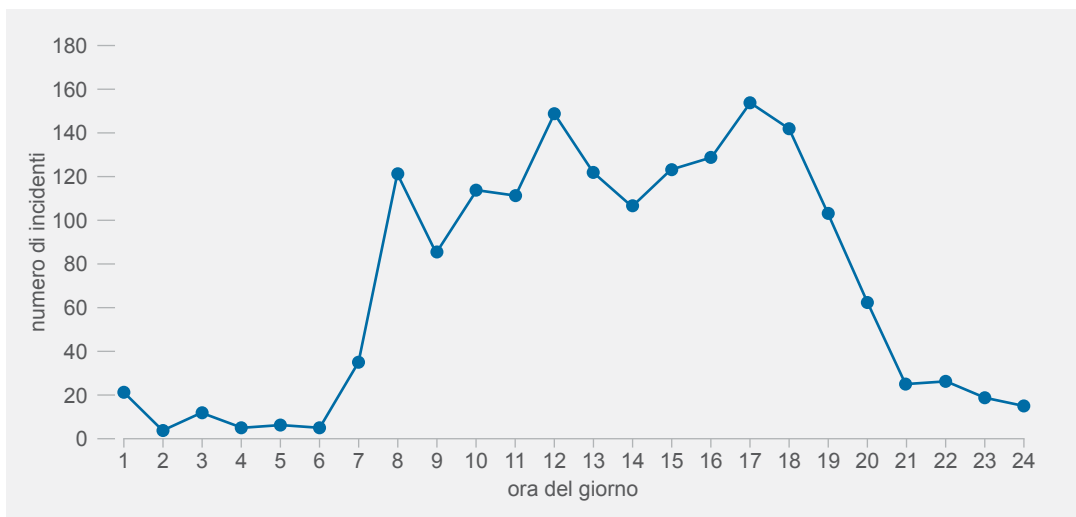


Figura 7
Numero degli incidenti per ora del giorno/notte in Trentino.
Database MITRIS, 2011

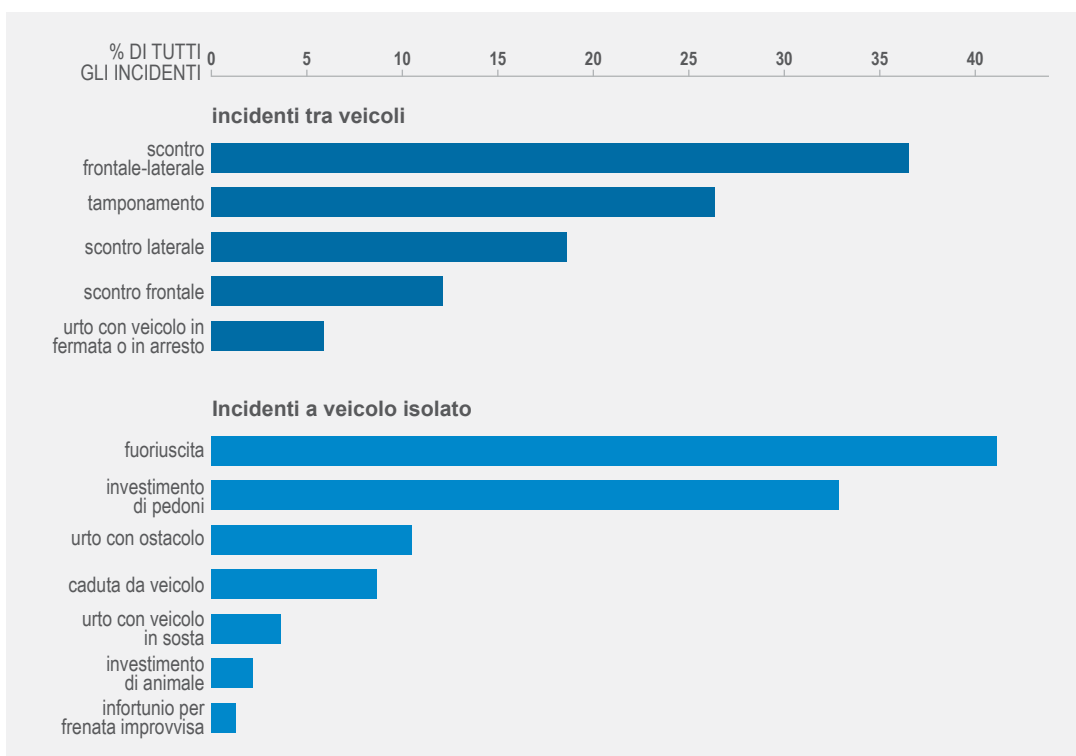


Figura 8
Incidenti e persone infortunate, per tipologia di incidente.
Database MITRIS, 2011

zione degli incidenti stradali in relazione all'ora in cui si verificano: la mattina, in corrispondenza del traffico diretto da casa verso il luogo di lavoro, il mezzogiorno e il tardo pomeriggio, in corrispondenza del traffico dal luogo di lavoro verso casa [figura 7].

I trend dei morti e dei feriti mostrano un andamento analogo, ma l'indice di mortalità (numero di morti diviso per numero di incidenti moltiplicato per cento: un indicatore di pericolosità degli incidenti) è più elevato nelle ore notturne. In altre parole, i pochi incidenti che si verificano di notte sono particolarmente gravi, anche se la

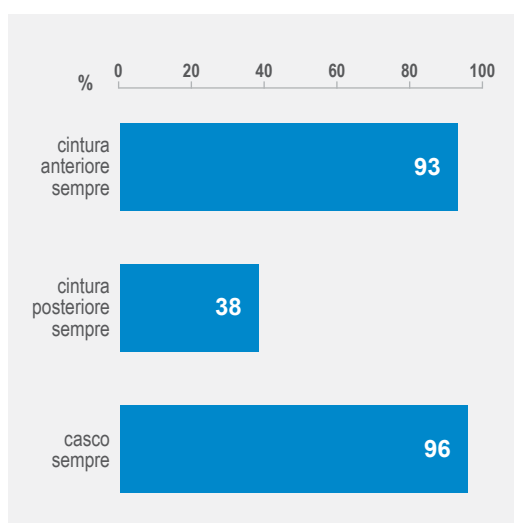


Figura 9
Prevalenza dell'uso dei dispositivi di sicurezza, in Trentino.
PASSI, 2008-2011

Figura 10
 Uso della cintura anteriore sempre. Prevalenze per regione di residenza.
 PASSI, 2008-2011



Figura 11
 Uso della cintura posteriore sempre. Prevalenze per regione di residenza.
 PASSI, 2008-2011

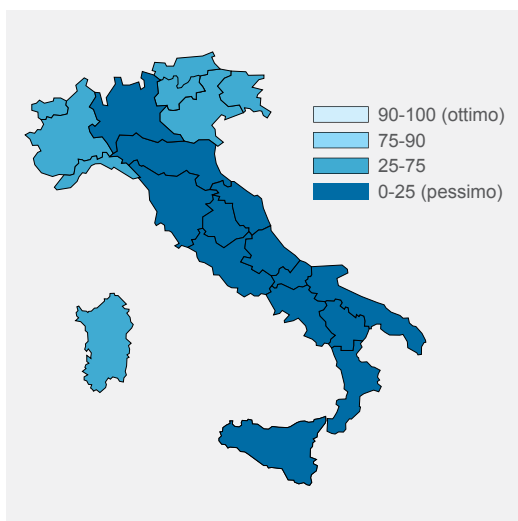


Figura 12
 Uso del casco sempre. Prevalenze per regione di residenza.
 PASSI, 2008-2011



maggioranza dei morti e dei feriti si verificano in incidenti che occorrono di giorno in corrispondenza dei picchi di traffico.

Due terzi degli incidenti (67%) si verificano tra veicoli. Nell'ambito di tale tipologia

di incidente la maggioranza è rappresentata da scontri frontali-laterali, seguiti dai tamponamenti. La forma di incidente più letale è lo scontro frontale (ha provocato 17 dei 23 morti complessivi) [figura 8].

Per quanto riguarda gli incidenti a veicoli isolati (33% di tutti gli incidenti), la modalità più frequente è rappresentata dalla fuoriuscita dalla carreggiata, seguita dall'investimento di pedoni [figura 8].

L'uso dei dispositivi di sicurezza

In Trentino, quasi tutte le persone che si spostano in macchina usano la cintura di sicurezza nei sedili anteriori (93%), l'uso della cintura è invece meno diffuso tra chi viaggia sul sedile posteriore (38%) [figura 9].

In Trentino, tra le persone che vanno in moto o in motorino, il 96% riferisce di usare sempre il casco.

Non si registrano modifiche nel tempo o differenze significative tra i distretti fatta eccezione per l'uso della cintura anteriore più diffuso nel Distretto Centro Nord (97%) rispetto agli altri distretti (91%-92%) e alla media provinciale (93%).

A livello nazionale la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza è inferiore al dato provinciale: 83% per la cintura anteriore, 19% per quella posteriore e 94% per l'uso del casco [figura 10, 11 e 12]. Si osservano differenze con un gradiente nord-sud per cintura anteriore e casco. Per l'uso della cintura posteriore quasi l'intera penisola si trova a livelli molto scarsi.

La guida sotto l'effetto dell'alcol

Considerando la popolazione che guida ed escludendo gli astemi, la percentuale di residenti in Trentino che dichiarano di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 10%. Questa abitudine è più diffusa tra i maschi, tra le persone della fascia di età 50-69 anni, tra chi ha un basso livello di istruzione e tra chi ha la cittadinanza italiana [figura 13]. Analizzando con un modello logistico tutte le caratteristiche socio-demografiche insieme, ciò che rimane associato in maniera significativa alla guida sotto l'effetto dell'alcol

è l'essere maschio e l'avere un'età più anziana (50-69 anni).

Il 7% riferisce di essere stato trasportato da un guidatore sotto l'effetto dell'alcol.

A livello nazionale la percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 10%.

La percentuale di persone che guidano sotto l'effetto dell'alcol è simile nei 4 distretti sanitari [figura 14].

Mediamente in Italia, come nella provincia di Trento, il 10% dei consumatori di bevande alcoliche guida sotto l'effetto dell'alcol. Si osservano differenze significative nel confronto interregionale, con percentuali che variano dal 6% della Campania al 14% del Friuli Venezia Giulia [figura 15].

Osservando il fenomeno analizzato per mese nel periodo 2008-11, a livello nazionale, si nota un decremento significativo (dal 12% al 9%) in tutte e tre la macro-aree: Nord (passando in media dal 13% al 10%), Centro (dal 13% al 9%) e Sud (dal 9% al 7%). A partire dal 2009 anche in Trentino si osserva una certa riduzione della guida sotto l'effetto dell'alcol (si passa dal 13% del 2009 all'8% del 2011) che, alla luce del trend nazionale, assume una certa significatività [figura 16].

Con particolare attenzione vanno monitorati i comportamenti di:

- persone di 18-25 anni, poiché, a parità di alcolemia (anche se non supera la soglia legale), sono esposti a un rischio maggiore di incidenti;
- persone di 18-21 anni, poiché per questa fascia d'età la soglia legale di alcolemia consentita in Italia è pari a zero; ogni livello di consumo va perciò considerato inappropriato. Il 6% dei trentini fino ai 25 anni e il 5% dei giovani fino ai 21 anni che consuma bevande alcoliche guida sotto l'effetto dell'alcol; anche se il valore è più basso rispetto alla media relativa a tutte le età, il rischio di incidenti associato a questo comportamento è più alto e per i più giovani è legalmente sanzionabile.

Poco meno della metà dei trentini (42%) è controllato alla guida dalle Forze dell'ordine,

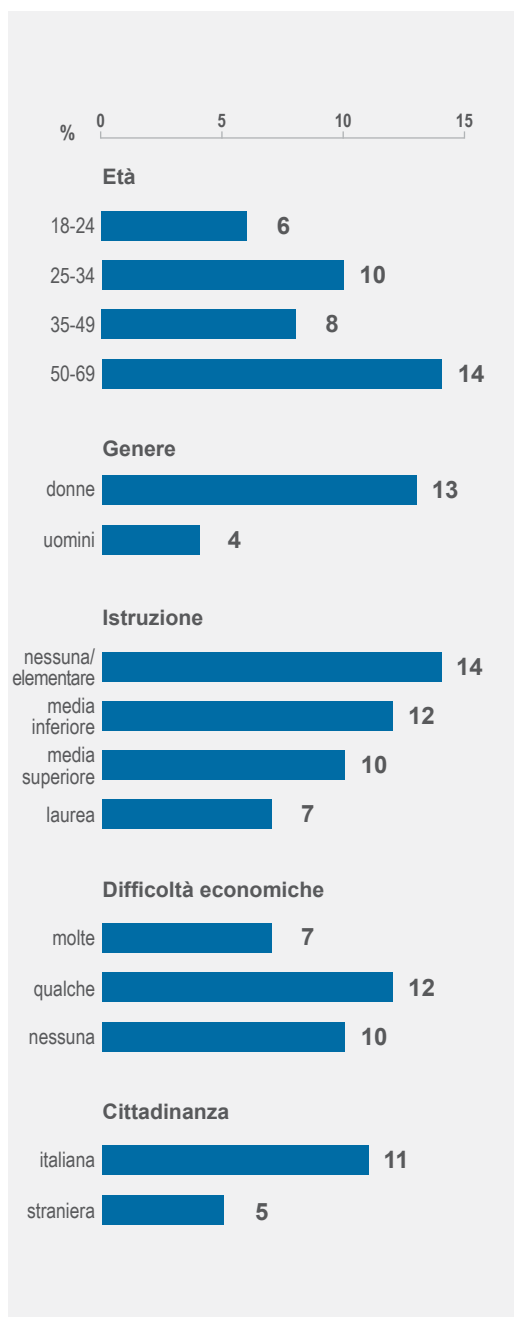


Figura 13
Guida sotto l'effetto dell'alcol in provincia di Trento. Prevalenza per caratteristiche socio-demografiche.
PASSI, 2008-2011

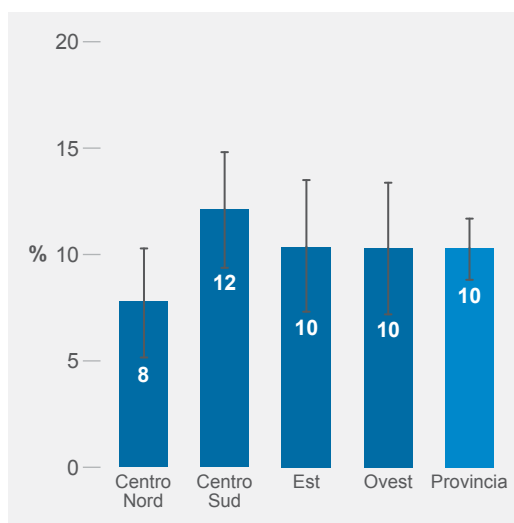


Figura 14
Guida sotto l'effetto dell'alcol in provincia di Trento: prevalenza per distretto di residenza.
PASSI, 2008-2011

Figura 15
Guida sotto l'effetto dell'alcol. Prevalenze per regione di residenza. PASSI, 2008-2011

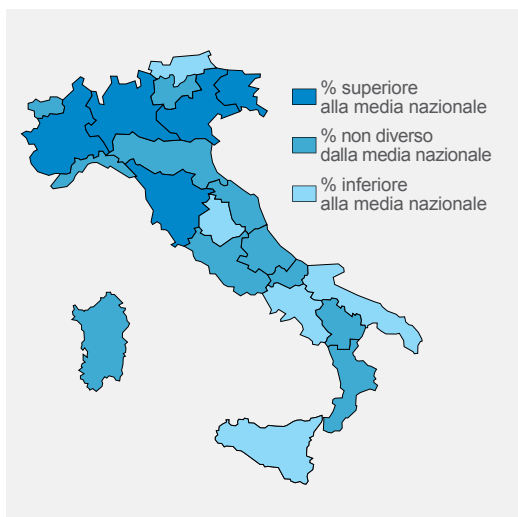


Figura 16
Guida sotto l'effetto dell'alcol in provincia di Trento. Prevalenze per anno. PASSI, 2008-2011

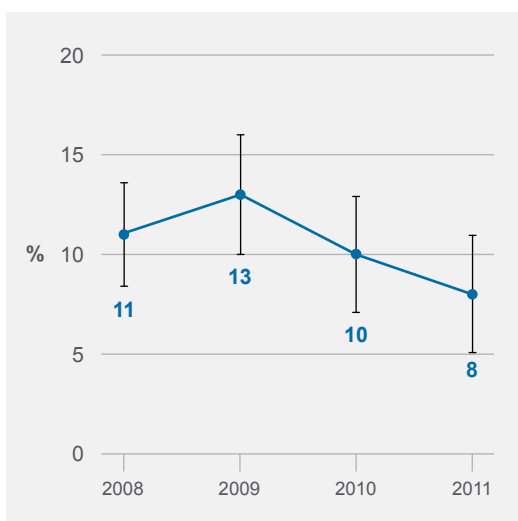
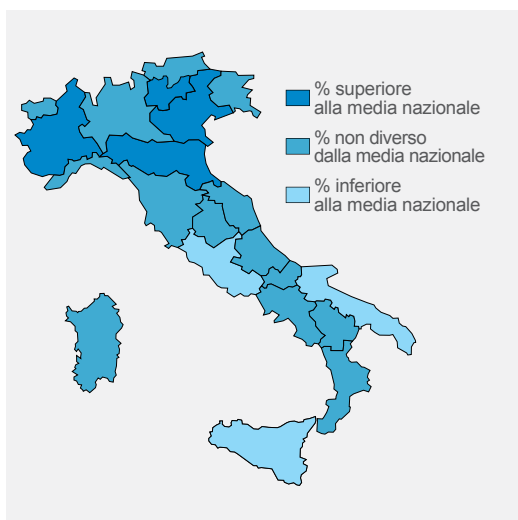


Figura 17
Etilotest effettuato al guidatore. Prevalenze per regione di residenza. PASSI, 2008-2011



in media circa 2 volte all'anno. Al 13% di loro viene effettuato l'etilotest. In Trentino i controlli sono più frequenti rispetto alla media italiana (35%) ed è leggermente maggiore la percentuale di persone sottoposte a etilotest (Italia 11%) [figura 17].

Commento

La grande maggioranza dei trentini ha un comportamento responsabile alla guida di automobili e moto, non bevendo più di due bicchieri di bevanda alcolica nell'ora prima di mettersi alla guida (90%) e mettendosi sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori (93%) e il casco (96%). L'uso della cintura posteriore è meno frequente, tuttavia oltre un terzo dei trentini la usa sempre (38%).

I giovani risultano generalmente prudenti per quanto riguarda alcol e guida ma sono anche più esposti al rischio di incidente.

Occorre inoltre ricordare che una minoranza (10% dei guidatori), piccola ma consistente mette ancora a rischio la propria vita (e quella degli altri) guidando anche quando è sotto effetto dell'alcol. Tuttavia il trend in diminuzione e la frequenza minore tra i più giovani documenta la crescente consapevolezza nella popolazione trentina e italiana rispetto alla pericolosità e irresponsabilità di questo comportamento.

I controlli con l'etilotest in tutte le classi di età sono uno strumento di provata efficacia nella riduzione della mortalità da incidente stradale. Questi controlli risultano incrementati rispetto al passato, ma rimane comunque un ulteriore margine di miglioramento nella diffusione delle pratiche di prevenzione e di contrasto efficaci. Fondamentale a tale proposito è lo sforzo di allargare l'attenzione e i controlli con etilotest anche all'orario diurno e alle fasce di età maggiori.

Occorre infine sottolineare come, anche nell'ambito della sicurezza stradale, si registra una sinergia tra le esigenze della promozione della salute e quelle della sostenibilità ambientale. L'incremento del trasporto pubblico, del car sharing e di forme di trasporto attivo (andare a piedi o in bicicletta – in condizioni che promuovano la sicurezza con piste ciclabili, limiti di velocità a 30km/h nelle strade urbane, ecc.) determinano una riduzione del traffico privato e quindi non solo un miglioramento della qualità dell'aria e una riduzione delle emissioni di gas serra (con effetti positivi sul fenomeno del riscaldamento globale), ma anche una diminuzione del ri-

schio di incidente e un aumento del livello di attività fisica della popolazione.

Per approfondire

- WHO, *Global status report on road safety: time for action*, http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563840_eng.pdf
- EUROSAFE, *Child Safety Report Card 2009*, <http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwVwContent/l2europeanchildsafetyalliance.htm>
- ISTAT, *Incidenti stradali, Statistiche in breve, Periodo di riferimento: Anno 2008*, Dif-fuso il: 13 novembre 2009, http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20091113_01/
- *Public health benefits of strategies to reduce greenhouse-gas emissions: urban land transport*, <http://www.thelancet.com/series/health-and-climate-change>
- CENTROPROVINCIALEPERLASICUREZZASTRA-DALE, <http://www.mitris.provincia.tn.it/>
- ISTAT, *Incidenti stradali – anno 2011*, <http://www.istat.it/it/archivio/73732>

Gli incidenti domestici

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la sanità pubblica, sia dal punto di vista della mor-

talità e della morbosità, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione, in quanto la casa è ritenuta generalmente il luogo più sicuro per eccellenza. Al contrario, gli incidenti domestici costituiscono un problema di salute di grandi dimensioni che interessa prevalentemente l'infanzia, il lavoro domestico e l'età avanzata come conseguenza di fattori di rischio specifici, sia intrinseci (relativi alla persona) sia estrinseci (relativi all'ambiente domestico).

Gli accessi al pronto soccorso

Nel corso del 2011 gli accessi al pronto soccorso per incedente domestico da parte di residenti trentini sono stati quasi 10.000 e hanno rappresentato il principale motivo di accesso legato agli eventi traumatici. Non esistono particolari differenze di genere nel numero complessivo di accessi in pronto soccorso (51% donne vs. 49% uomini), differenze che invece si possono apprezzare osservando le distribuzioni per genere ed età. È evidente come i numeri più elevati di accessi riguardino le età estreme, ma mentre per l'età prescolare gli accessi di bambini e bambine sono simili, nelle età più anziane la forbice tra uomini e donne è molto grande, tanto che, a partire dai 75 anni, gli accessi delle donne in pronto soccorso per incidente domestico sono il triplo di quelli degli uomini [figura 18].

Il luogo e la dinamica dell'incidente

Per gli uomini gli infortuni accadono più frequentemente in garage, cantina e cortile

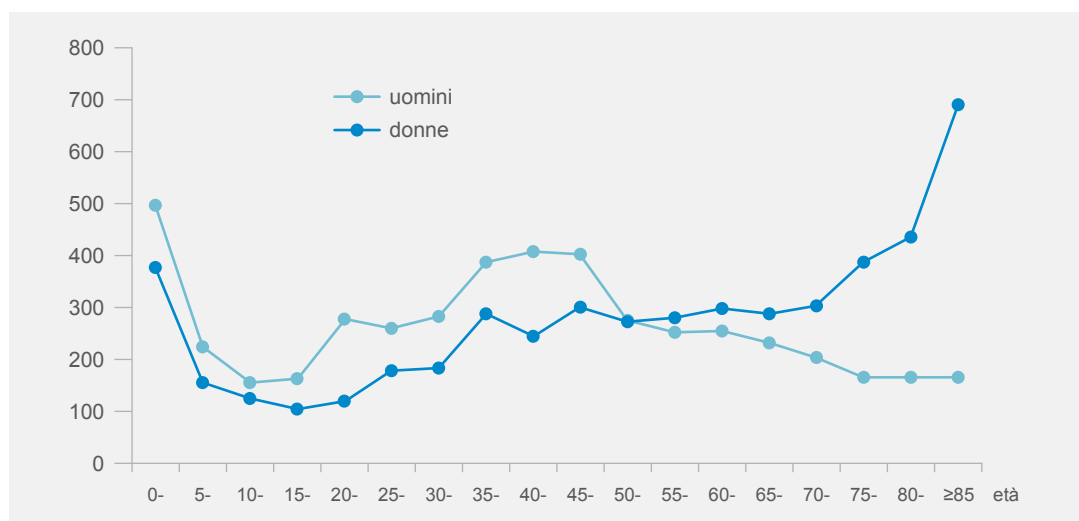


Figura 18
Accessi in pronto soccorso per incidente domestico di residenti in provincia di Trento, per genere ed età. Anno 2011.



Figura 19
Bassa percezione del rischio di infortunio domestico in provincia di Trento. Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche. PASSI, 2008-2011

(27% degli infortuni) mentre stanno facendo il così detto *fai da te* (24%) o attività domestiche (14%). Sono causati principalmente da cadute (25%), urti o schiacciamenti (18%) e ferite da taglio e punta (8%).

Per le donne gli infortuni accadono soprattutto in casa (in locali vari nel 22% dei casi, in cucina nel 15% e in bagno nel 5%), facendo attività domestiche (28%) e attività della vita quotidiana, come igiene personale, mangiare, camminare, ecc. (12%). Tra le dinamiche d'incidente maggiormente osservate ci sono le cadute (40%) e gli urti o schiacciamenti (10%).

La prevalenza del fenomeno nella popolazione 18-69 anni

Secondo i dati 2010-2011 del sistema PASSI, circa il 5% della popolazione trentina tra i 18 e i 69 anni (pari a circa 18.000 persone), ha subito un incidente in casa che ha richiesto il ricorso alle cure del medico di medicina generale, o l'accesso al pronto soccorso o all'ospedale. Non si registrano differenze tra i distretti e tra un anno e l'altro.

Questi dati fanno riferimento alla sola popolazione adulta, che, come documentato dagli accessi in pronto soccorso e dai ricoveri in ospedale, rappresenta la parte di popolazione meno esposta al rischio di infortunio domestico. I gruppi di popolazione maggiormente a rischio sono, infatti, le cosiddette fasce deboli: bambini in età pre-scolare e anziani.

La percezione del rischio

Sebbene gli incidenti domestici siano un fenomeno molto ampio che, in termini di esposizione, riguarda tutta la popolazione, la percezione del rischio di subire un infortunio in ambito domestico non è affatto diffusa, essendo la casa ritenuta generalmente un luogo sicuro. I dati PASSI rilevano, infatti, per il periodo 2008-2011 che ben il 96% della popolazione adulta (18-69 anni) ritiene bassa o addirittura nulla la probabilità di subire un incidente domestico. La scarsa consapevolezza di questo tipo di rischio è significativamente più alta tra i trentini rispetto alla media italiana (93%) [figura 21].

In particolare hanno più frequentemente una bassa percezione del rischio gli uomini (97% vs. 94% delle donne) e le persone meno istruite (98% vs. 94% di chi è laureato). Queste associazioni sono confermate anche dall'analisi multivariata.

Contrariamente all'atteso, la presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) nel nucleo familiare non è un fattore discriminante nella percezione del rischio di infortunio domestico [figura 19].

Non si registrano differenze significative della percezione del rischio di infortunio domestico tra i diversi distretti [figura 20].

In Italia nel periodo 2008-2011 la percentuale di persone con una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è pari al 93%

con differenze significative che emergono nel confronto tra regioni [figura 21].

A livello nazionale, nel periodo 2008-2011 si osserva un leggero aumento della percentuale di persone che hanno una bassa percezione del rischio di infortunio domestico (dal 92% al 94%). Tale aumento non si registra in Trentino [figura 22].

Commento

Un buon livello di consapevolezza del rischio è la condizione necessaria per mettere efficacemente in atto misure volte alla riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali. Ma la consapevolezza del rischio infortunistico in ambiente domestico non è affatto diffusa tra la popolazione, anche quando in famiglia ci sono bambini e/o anziani (situazione in cui il rischio tende ad aumentare e in cui bisognerebbe agire in modo preventivo).

Gli approcci più produttivi in termini di limitazione e riduzione del fenomeno sono quelli di tipo integrato, comprendenti sia attività di informazione ed educazione sanitaria, sia interventi su ambienti e strutture, attraverso azioni modulate sui singoli gruppi di popolazione in quanto aventi rischi e modalità di accadimento dell'incidente differenti.

Esistono programmi efficaci per la prevenzione degli infortuni dei bambini e di quelli legati al lavoro domestico, così come per la prevenzione delle cadute degli anziani, individuati dal Sistema nazionale linee guida (SNLG). Ad esempio, sono di provata efficacia le azioni volte al mantenimento dell'autonomia e delle capacità psicomotorie dell'anziano, in particolare le capacità di coordinamento motorio e mantenimento dell'equilibrio.

Regioni e aziende sanitarie sono impegnate nel Piano nazionale di prevenzione degli incidenti domestici. In Trentino è stato inserito nel Piano provinciale della prevenzione il progetto "Prevenzione delle cadute degli anziani nelle civili abitazioni".

Per approfondire

– MINISTERO DELLA SALUTE, <http://www.salute.gov.it/incidentiDomestici>

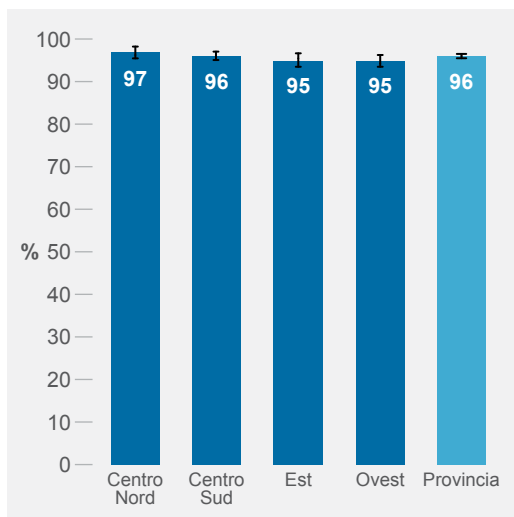


Figura 20

Bassa percezione del rischio di infortunio domestico in provincia di Trento. Prevalenze per distretto di residenza. PASSI, 2008-2011.

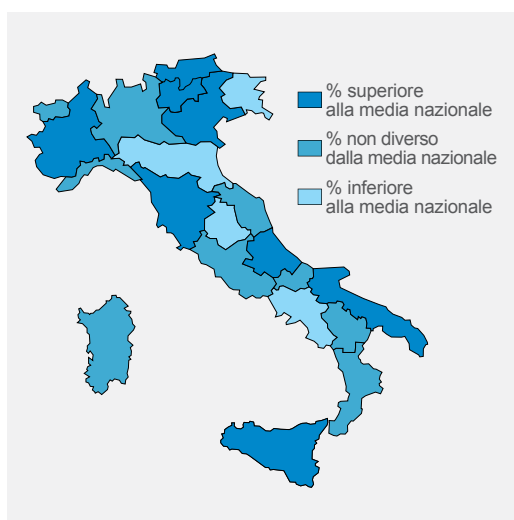


Figura 21

Bassa percezione del rischio di infortunio domestico. Prevalenze per regione di residenza. PASSI, 2008-2011

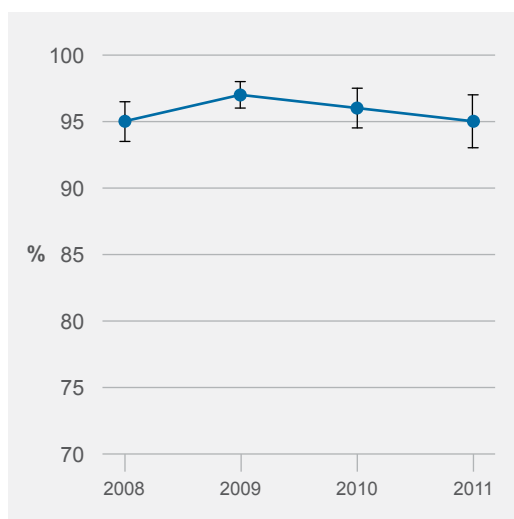


Figura 22

Bassa percezione del rischio di infortunio domestico in provincia di Trento. Prevalenze per anno. PASSI, 2008-2011

[ci/paginaMenuIncidentiDomestici.jsp?menu=incidenti](http://www.salute.gov.it/paginaMenuIncidentiDomestici.jsp?menu=incidenti)

– ISTAT, *Indagine multiscopo annuale sulle famiglie. Aspetti della vita quotidiana. Anno 2010*, <http://www.istat.it/it/archivio/66990>

Figura 23
Infortuni denunciati in
provincia di Trento. Di-
stribuzione percentuale.
INAIL, 2011

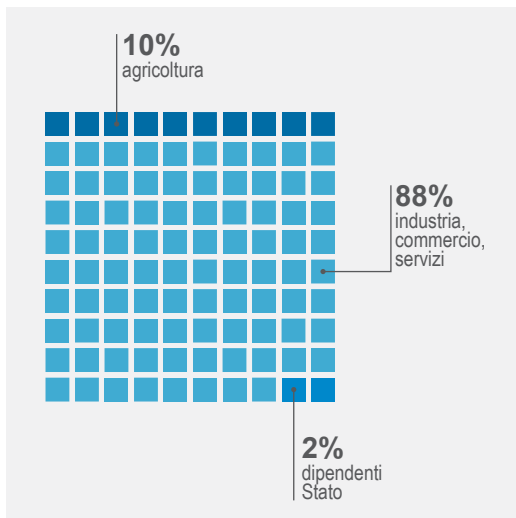
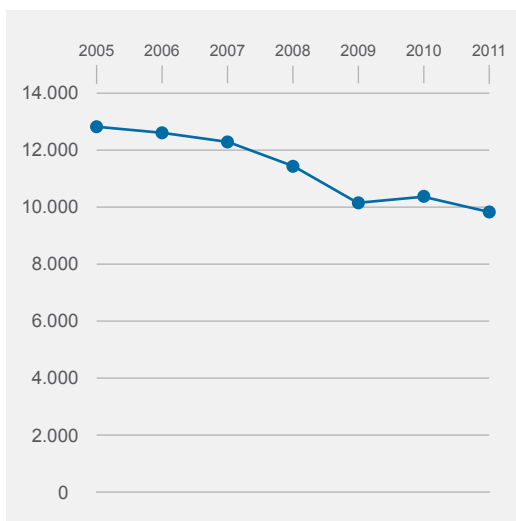


Figura 24
Infortuni denunciati in
provincia di Trento.
INAIL, 2005-2011



- MINISTERO DELLA SALUTE, *Relazione sullo stato sanitario del paese. 2009-2010* (pg. 147-152), http://www.rssp.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1655_allegato.pdf
- LINEE GUIDA NAZIONALI SNLG-ISS, *Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani*, http://www.snlg-iss.it/lgn_cadute_da_incidente_domestico_negli_anziani

Gli infortuni sul lavoro

«Il lavoro e il tempo libero dovrebbero essere una fonte di salute per le persone. Il modo in cui la società organizza il lavoro dovrebbe contribuire a creare una società sana. La promozione della salute genera condizioni di vita e di lavoro che sono sicure, stimolanti, soddisfacenti e piacevoli.» (OMS, *Carta di Ottawa*)

Gli infortuni sul lavoro sono eventi prevenibili che possono e devono essere evitati rendendo più sicuri gli ambienti lavorativi e le attrezzature utilizzate, garantendo una valida formazione sui rischi e adottando efficaci misure di prevenzione.

Risulta doveroso investire in sicurezza, e non solo nei settori a elevato rischio di infortunio grave o mortale, per abbattere efficacemente il numero di eventi dannosi e i relativi costi umani, sociali ed economici, in termini di morti e di disabilità dovuti al fenomeno infortunistico.

In Italia gli infortuni sul lavoro denunciati all'INAIL nel 2011 sono stati 725.339 di cui 866 mortali. Gli infortuni denunciati sono in flessione da circa un decennio, più accentuata dopo il 2008.

Non va dimenticato, però, che proprio a partire dalla seconda parte del 2008, il periodo è caratterizzato dal condizionamento della crisi economica internazionale che in Italia ha portato a un calo degli occupati e a una diminuzione del numero di ore complessivamente lavorate (tagli al lavoro straordinario e ricorso alla cassa integrazione) sia pure con forte variabilità a livello di settore lavorativo, di ambito territoriale e di dimensione dell'azienda.

Nel 2011 gli infortuni denunciati in Trentino sono 9.883 di cui 8.730 riguardanti il settore industria, commercio e servizi, 957 il settore agricoltura, mentre 196 sono le denunce di dipendenti statali [figura 23].

In 8 casi su 10 si tratta di infortuni di uomini e in oltre 2 casi su 10 di infortuni di cittadini stranieri.

Analogamente a quanto verificatosi in Italia anche in provincia di Trento le denunce per infortunio sul lavoro vedono un trend in diminuzione, in particolare dal 2005. Nel 2011, per la prima volta, le denunce sono state meno di 10.000 [figura 24].

Mentre in agricoltura il calo si manifesta già dal 2001 e prosegue successivamente in maniera costante, nel settore industria, commercio e servizi il numero delle denunce si mantiene pressoché invariato fino al 2007 per poi subire una riduzione marcata negli anni successivi. Anche per l'andamento in-

fortunistico registrato in Trentino valgono le considerazioni fatte, rispetto ai dati nazionali, in merito alla crisi economica.

Nell'ultimo decennio i dati ufficiali (INAIL e flussi correnti) riportano 98 infortuni mortali in occasione di lavoro e 24 in itinere. Non è però compresa la quota di infortuni mortali che avvengono in condizioni di lavoro non tutelate INAIL, in particolare nel settore agricolo. Nel solo 2011 gli eventi mortali in situazioni lavorative non tutelate INAIL, ma raccolte dall'Unità operativa prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro, sono stati 6. È da osservare che, oltre alla valenza prevenzionistica delle conoscenze relative a questi casi, in alcuni di essi trovano comunque applicazione specifiche norme di tutela.

Mentre il numero dei decessi in itinere è pressoché uguale nei due quinquenni suc-

cessivi (2002-2006 e 2007-2011), si osserva una sensibile riduzione nel secondo quinquennio dei decessi avvenuti in occasione di lavoro [figura 25].

I settori con maggior numero di infortuni mortali sono costruzioni (37, pari al 38% del totale), agricoltura (18, pari al 18% del totale) e trasporti (12, pari al 12%).

La perdita di controllo di un mezzo di trasporto o di un'attrezzatura di movimentazione rappresenta la modalità più frequente (36%), seguita dalla caduta di persona dall'alto (17%).

È occorso sulla strada il 29% degli infortuni. 14 casi sono riferiti a lavoratori stranieri, di cui 4 avvenuti in itinere.

Da sottolineare la rilevante quota di cittadini stranieri che caratterizza gli infortuni mortali: nel periodo 2007-2011 circa un quarto dei decessi sono di stranieri, mentre nella popolazione generale, nello stesso periodo, gli stranieri sono meno del 10%.

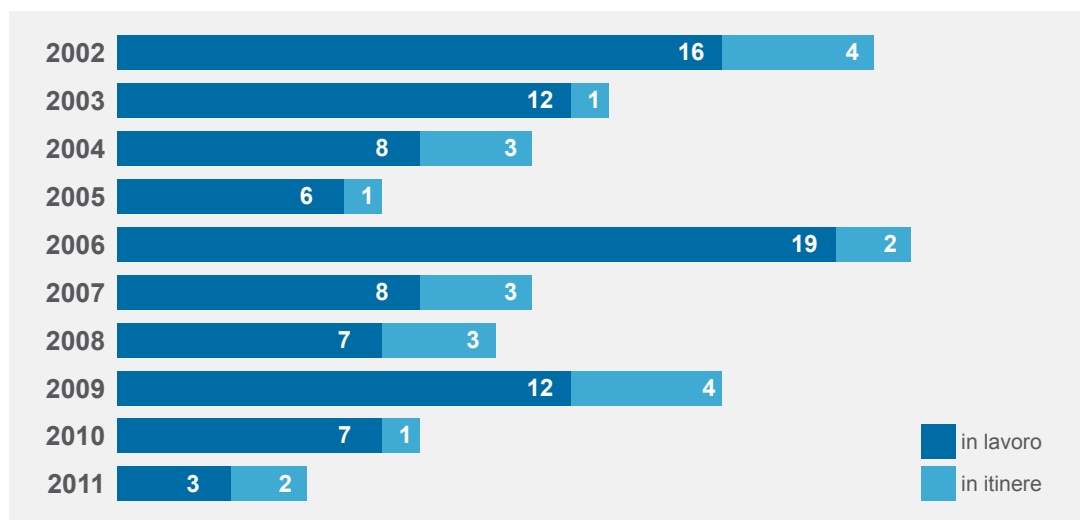


Figura 25
Infortuni mortali sul lavoro in provincia di Trento.
INAIL, 2002-2011

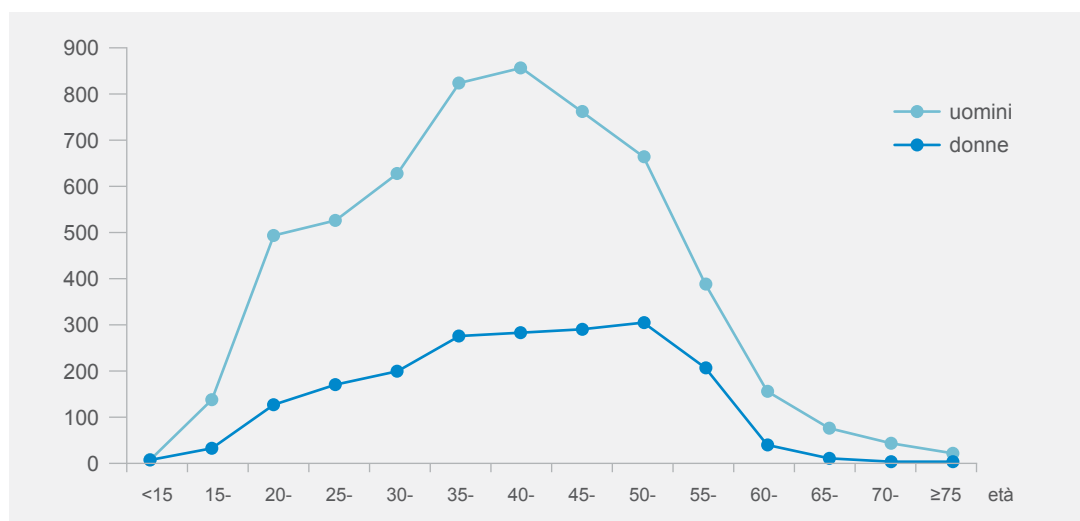


Figura 26
Accessi in pronto soccorso per incidente sul lavoro di residenti in provincia di Trento, per genere ed età. Anno 2011.

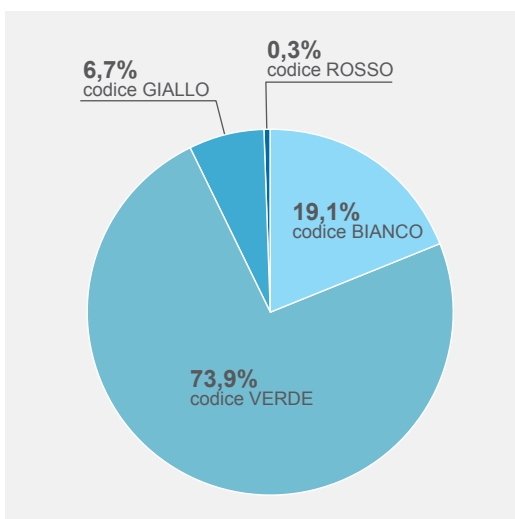
Tabella 2

Accessi in pronto soccorso per incidente sul lavoro di residenti in provincia di Trento, per genere e cittadinanza. Anno 2011.

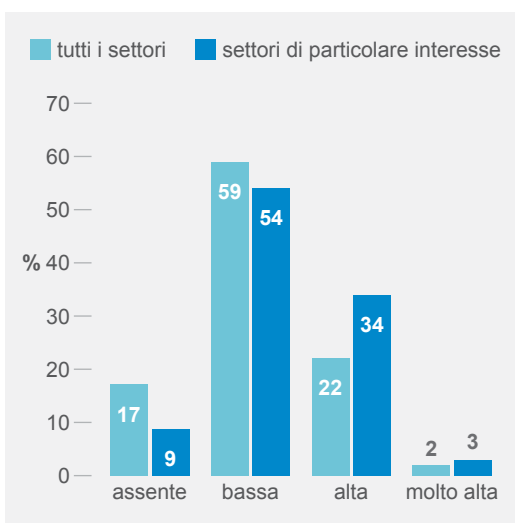
Accessi in pronto soccorso per infortuni sul lavoro, per genere e cittadinanza. Anno 2011			
cittadinanza	uomini	donne	totale
italiana	4.548	1.705	6.253
% sul totale	81,5	87,1	82,9
straniera	1.035	253	1.288
% sul totale	18,5	12,9	17,1
totale	5.583	1.958	7.541

Figura 27

Accessi in pronto soccorso per incidente sul lavoro di residenti in provincia di Trento, per codice di triage. Anno 2011.

**Figura 28**

Percezione del rischio di subire un infortunio sul lavoro in provincia di Trento, per settore lavorativo. Anno 2011.



Nel corso del 2011 gli accessi in pronto soccorso per incidente sul lavoro da parte di residenti trentini sono stati oltre 7.500 e sono il secondo motivo di accesso legato agli eventi traumatici. Si tratta soprattutto di uomini (74% vs. 26% donne) di età compresa tra i 35 e i 50 anni [figura 26].

Anche i dati di accesso in pronto soccorso per infortunio sul lavoro mostrano una sproporzione a sfavore dei cittadini stranieri,

rilevabile per entrambi i generi e particolarmente marcata per gli uomini. Infatti, gli accessi di stranieri per infortunio sul lavoro rappresentano il 17% della casistica totale, a fronte del 10% di presenza straniera nella popolazione trentina residente [tabella 2].

In generale, gli infortuni che comportano un accesso in pronto soccorso non sono particolarmente gravi: la quasi totalità dei casi è, infatti, classificata al triage come codice bianco (19%) o verde (74%) [figura 27].

Requisiti fondamentali per la responsabilizzazione di tutti i soggetti interessati al fine di ridurre sempre più il numero di infortuni sul lavoro sono il raggiungimento di livelli adeguati di gestione del rischio e dei comportamenti e un'ampia consapevolezza dei rischi.

I dati PASSI stimano che per gli anni 2010-2011, il 17% dei lavoratori trentini considera assente la possibilità di subire un infortunio, il 59% bassa, il 22% alta e il 2% molto alta [figura 28].

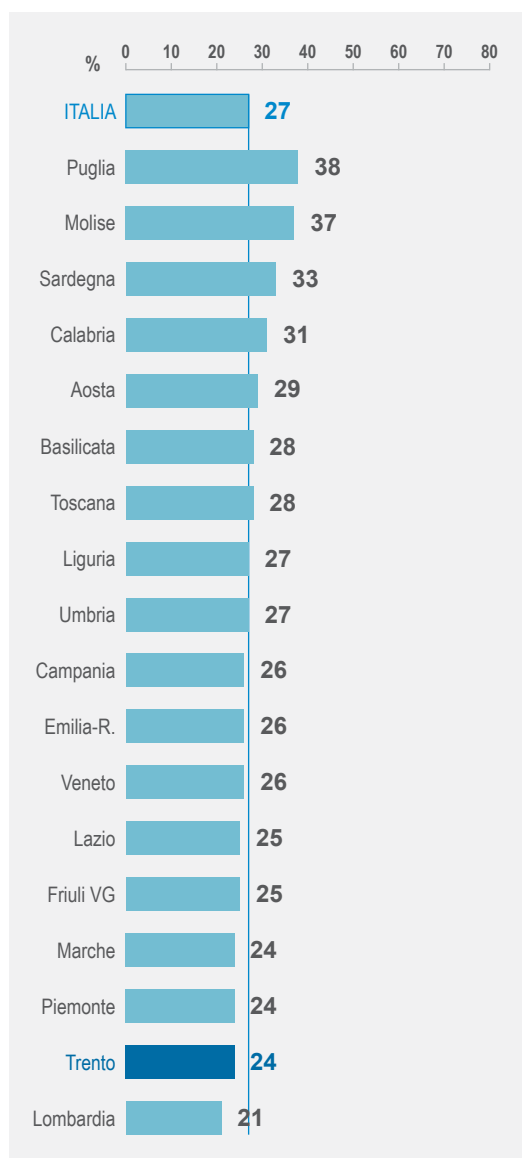
La *percezione del rischio* di subire un infortunio è più alta nei lavoratori occupati nei settori "di interesse" (ossia più a rischio di infortuni: edilizia, metalmeccanica, lavorazione del legno, agricoltura, sanità e trasporti).

In Italia si stima che il 27% dei lavoratori considera la possibilità di subire un infortunio sul lavoro alta o molto alta. Questa percezione è significativamente maggiore tra le regioni del Sud (31%) rispetto a quelle del Nord (25%) e del Centro (26%) [figura 29]. Tali differenze territoriali si mantengono anche restringendo l'analisi ai soli settori di interesse.

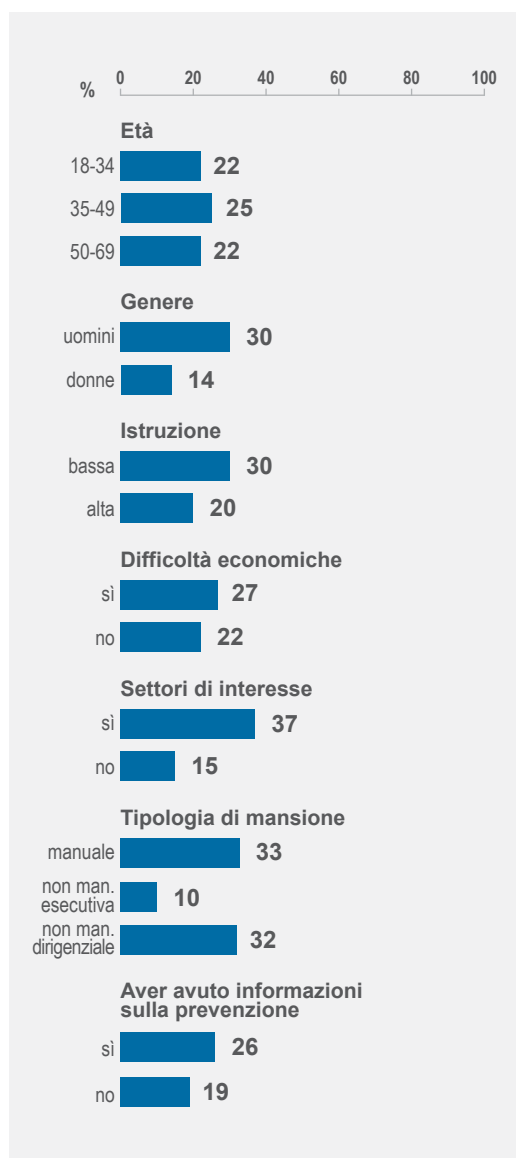
La percezione del rischio di subire un infortunio è più alta tra i lavoratori uomini, tra

Figura 29

Percezione del rischio di subire un infortunio sul lavoro alta/molto alta. Prevalenza per regione di residenza. PASSI, 2010-2011

**Figura 30**

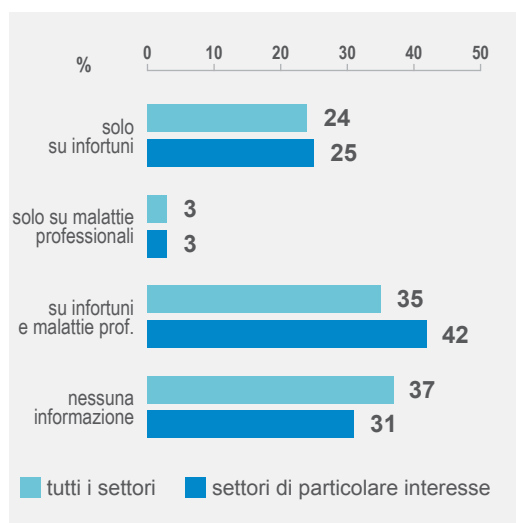
Percezione del rischio di subire un infortunio sul lavoro alta/molto alta in provincia di Trento. Prevalenza per caratteristiche socio-demografiche. PASSI, 2010-2011



quelli che hanno bassi livelli d'istruzione, con difficoltà economiche, tra coloro che sono occupati nei settori d'interesse, che svolgono mansioni manuali o dirigenziali e tra coloro che hanno ricevuto informazioni sui rischi lavorativi [figura 30].

Analizzando le variabili considerate tutte insieme per verificare la presenza di possibili fattori confondenti (tramite un modello di regressione logistica), resta confermata la maggior percezione del rischio tra gli uomini, tra chi lavora in uno dei settori d'interesse e tra chi svolge un lavoro manuale.

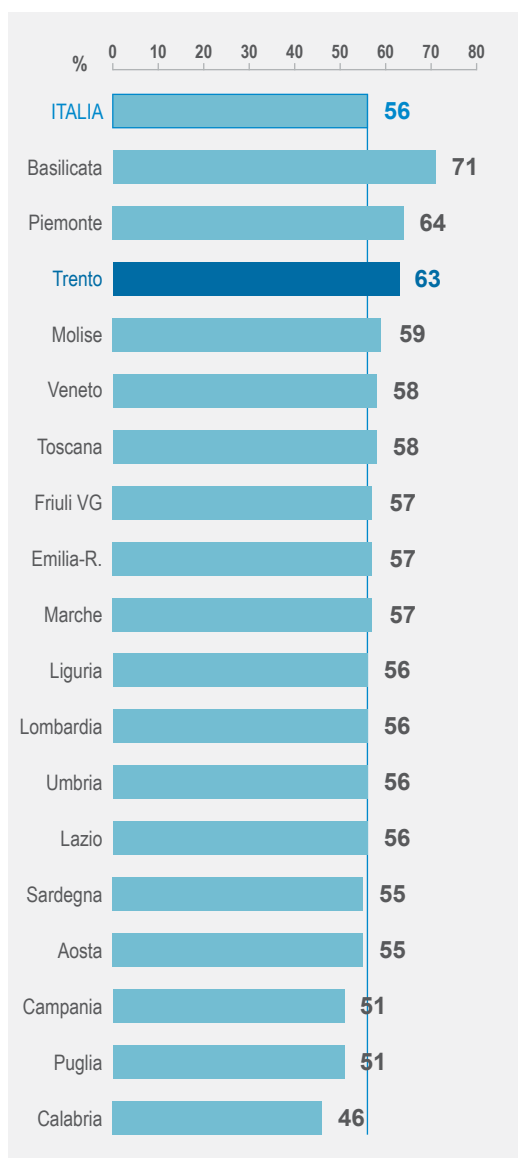
A livello nazionale si è osservata una forte associazione tra tale percezione del rischio e

**Figura 31**

Aver ricevuto informazioni su come prevenire gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali in provincia di Trento. PASSI, 2010-2011

Figura 32

Aver ricevuto informazioni su come prevenire gli infortuni sul lavoro e/o le malattie professionali. Prevalenza per regione di residenza. PASSI, 2010-2011



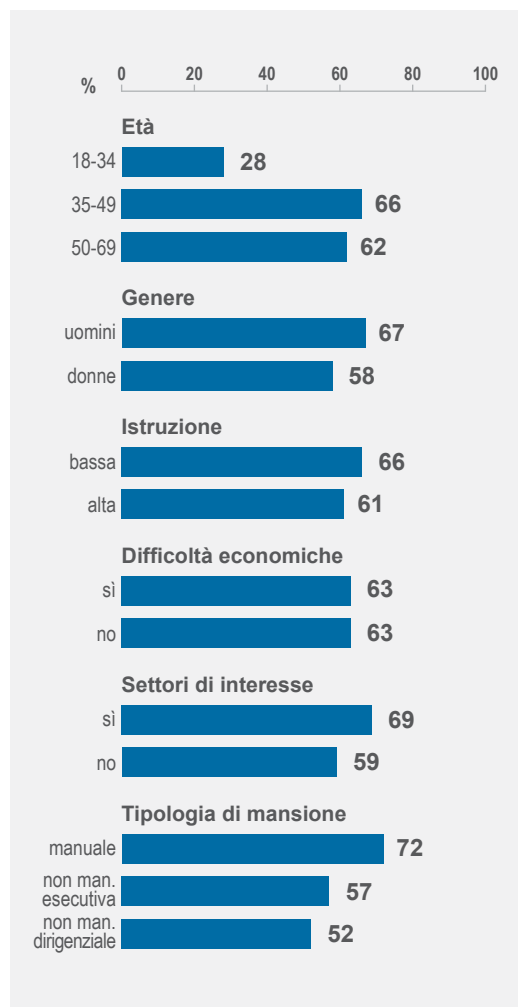
aver avuto un infortunio sul lavoro (58% rispetto al 25% di chi non ne ha avuto).

Quasi i due terzi (63%) dei lavoratori trentini riceve informazioni sulla prevenzione degli infortuni sul lavoro e/o delle malattie professionali. Il 37%, invece, non riceve alcuna informazione. Questa percentuale si riduce al 31% tra gli occupati nei settori d'interesse [figura 31].

La situazione trentina è tra le migliori d'Italia, dove, mediamente il 56% dei lavoratori riceve informazioni su come prevenire infortuni e/o malattie professionali. A livello

Figura 33

Aver ricevuto informazioni su come prevenire gli infortuni sul lavoro e/o le malattie professionali in provincia di Trento. Prevalenza per caratteristiche socio-demografiche. PASSI, 2010-2011



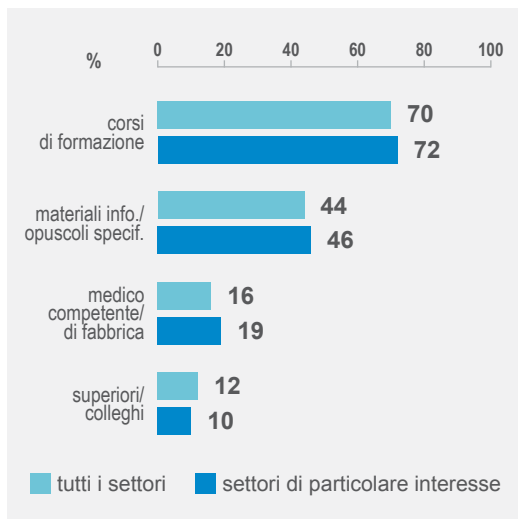
nazionale si osservano differenze territoriali significative: la percentuale di lavoratori informati è più alta nelle regioni del Nord (58%) e del Centro (57%) rispetto a quelle del Sud (52%) [figura 32]. Le differenze territoriali si mantengono anche restringendo l'analisi ai soli settori di interesse (69% al Nord, 67% al Centro e 62% al Sud).

La percentuale di lavoratori che ricevono informazioni sulla prevenzione degli infortuni e/o delle malattie professionali è più alta tra chi ha più di 34 anni, tra gli uomini, tra chi lavora nei settori di interesse e tra chi svolge un lavoro manuale [figura 33]. Queste associazioni sono confermate dall'analisi multivariata.

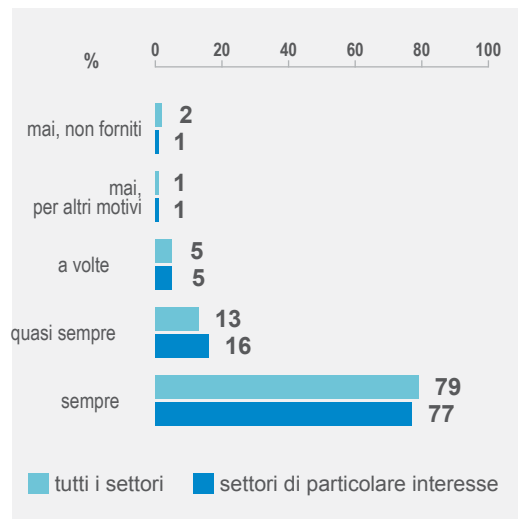
Le informazioni sono state fornite soprattutto mediante corsi di formazione e materiali informativi o opuscoli specifici [figura 34].

Figura 34

Come e da chi sono state date le informazioni su come prevenire gli infortuni sul lavoro e/o le malattie professionali in provincia di Trento. PASSI, 2010-2011

**Figura 35**

Uso dei dispositivi di protezione individuale in provincia di Trento. PASSI, 2010-2011



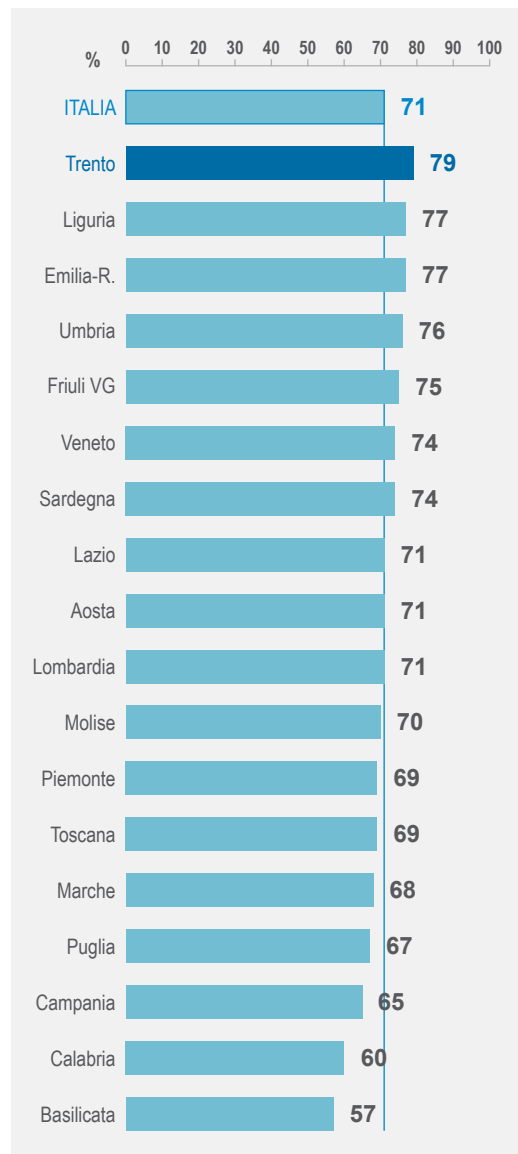
Tra i lavoratori le cui mansioni richiedono l'uso di dispositivi di protezione individuale, il 79% li usa sempre quando necessario, il 13% quasi sempre e il 5% a volte. Il 3% non li usa mai: il 2% perché non gli sono stati forniti e l'altro 1% per altri motivi. Nei settori di interesse la distribuzione della frequenza dell'uso dei dispositivi di protezione individuale non si differenzia rispetto a tutti i settori [figura 35].

Dal confronto territoriale il Trentino emerge tra le realtà migliori su scala nazionale. A livello nazionale, mediamente, sette lavoratori ogni 10 usano dispositivi di protezione, nel caso la loro mansione lo richieda. Tale percentuale mostra un significativo gradiente territoriale (74% Nord, 70% Centro e 66% Sud) [figura 36], che si mantiene anche se si limita l'analisi ai soli settori di interesse (69% Nord, 67% Centro e 62% Sud).

Commento

La situazione del Trentino in merito agli infortuni sul lavoro presenta segni di progressivo miglioramento, in linea con quella nazionale, con la progressiva contrazione sia degli infortuni denunciati che di quelli mortali.

I dati di pronto soccorso evidenziano una casistica di infortuni di non particolare gra-

**Figura 36**

Uso dei dispositivi di protezione individuale per regione. PASSI, 2010-2011

vità riguardo all'urgenza clinica. Tuttavia anche un infortunio senza caratteristiche di urgenza tali da essere classificato con codice giallo o rosso può risultare grave dal punto di vista infortunistico e sociale (visto che in tale ambito la gravità viene classificata in base ai giorni di prognosi e della conseguente assenza al lavoro: sono classificati come infortuni gravi quelli con prognosi superiore ai 40 giorni) o con esiti che non necessariamente sono codici rossi al pronto soccorso.

Meno di 3 lavoratori su 10 considerano alta la probabilità di subire un infortunio. Quindi, se da un lato persistono condizioni di pericolosità, dall'altro la maggior parte dei lavoratori trentini reputa soddisfacente la sicurezza nel proprio luogo di lavoro.

I lavoratori trentini sono mediamente ben informati su come prevenire gli infortuni sul lavoro, anche se 3 lavoratori su dieci riferiscono di non ricevere alcuna informazione.

Infine, quasi tutti i lavoratori fanno ricorso, qualora necessario, ai dispositivi di protezione individuale.

Vanno tuttavia sottolineati due aspetti critici e da indagare maggiormente:

- la rilevante presenza di eventi mortali in condizioni di attività lavorative per cui non è prevista la tutela INAIL. Eventi per cui spesso la soglia che li divide dai casi che rientrano nelle statistiche INAIL è labile e/o soggetta a interpretazione
- la posizione di forte svantaggio dei cittadini stranieri in termini di infortuni denunciati, di accessi in pronto soccorso e di infortuni mortali.

Infine, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, occorre intraprendere azioni più forti per promuovere ambienti di lavoro più sani attraverso una migliore legislazione, standard e meccanismi di sostegno. Le aziende dovrebbero adottare il concetto di "imprese sane" perseguendo i seguenti obiettivi: promuovere la salute del proprio personale, rendere i prodotti della propria azienda più favorevoli possibile alla salute e, infine, assumere responsabilità sociali, sostenendo i programmi sanitari delle comunità locali o nazionali (OMS – Europa, Salute 21, Introduzione alla politica

della salute per tutti nella Regione Europea dell'OMS).

Per approfondire

- BANCA DATI INAIL, <http://bancadaticsa.inail.it/bancadaticsa/login.asp>
- INAIL, *Rapporto Annuale Provinciale 2011 Trentino*, <http://www.inail.it/repository/ContentManagement/information/P2014028164/RappTrentino2011.pdf>
- AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI, OSSERVATORIO PROVINCIALE INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI, *Infortuni sul lavoro e malattie professionali in Trentino. Dati 2011*, http://www.apss.tn.it/public/Allegati/DOC_653127_0.pdf
- MINISTERO DELLA SALUTE, *Relazione sullo stato sanitario del Paese. 2009-2010* (pagine 147-152), http://www.rssp.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1655_allegato.pdf

La salute mentale

La salute mentale è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come uno stato di benessere per cui il singolo è consapevole delle proprie capacità, è in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, come anche lavorare in modo utile e produttivo e apportare un contributo alla propria comunità. Sono le società prospere, con ridotte disuguaglianze sociali e alti livelli di sicurezza che meglio promuovono il benessere mentale e psicologico.

Il sistema PASSI monitorizza i sintomi depressivi fondamentali (umore depresso e perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività) utilizzando un test validato, il Patient Health Questionnaire-2 (Phq-2).

La prevalenza dei sintomi di depressione

In Trentino la prevalenza di persone adulte con sintomi che definiscono lo stato di depressione è circa il 5% ossia 17.000 persone. In Italia questa prevalenza è del 7%. [figura 1].

A livello nazionale emergono differenze significative nel confronto tra le regioni; il Trentino risulta tra le realtà con prevalenza minore di sintomi di depressione.

La prevalenza delle persone con sintomi riferiti di depressione non mostra differenze territoriali tra i distretti provinciali, né cambiamenti nel periodo 2008-2011.

I sintomi di depressione non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione. Analizzando attraverso un'analisi multivariata, separatamente per genere, le caratteristiche socio-demografiche e sanitarie, la presenza di sintomi di depressione risulta associata in maniera statisticamente significativa, per entrambi i sessi, all'avere difficoltà economiche [figura 2].

Inoltre, per gli uomini risulta associata all'avere almeno una patologia cronica e per le donne al fatto di vivere da sole.



Figura 1
Prevalenza dei sintomi di depressione in Italia. PASSI, 2008-2011

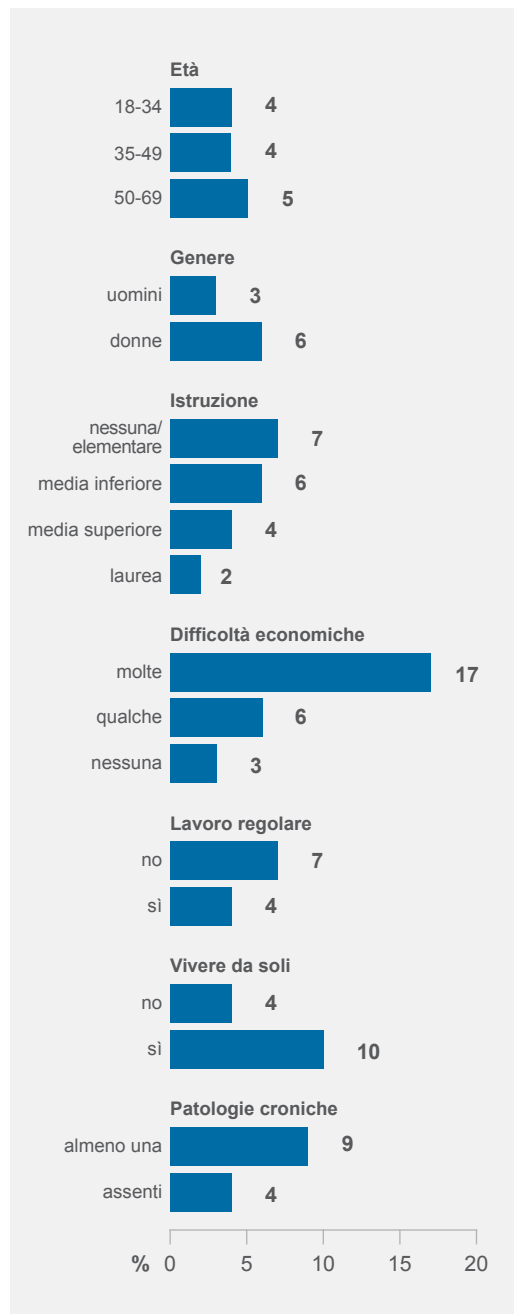


Figura 2
Sintomi di depressione in provincia di Trento. Prevalenza per caratteristiche socio-demografiche. PASSI, 2008-2011

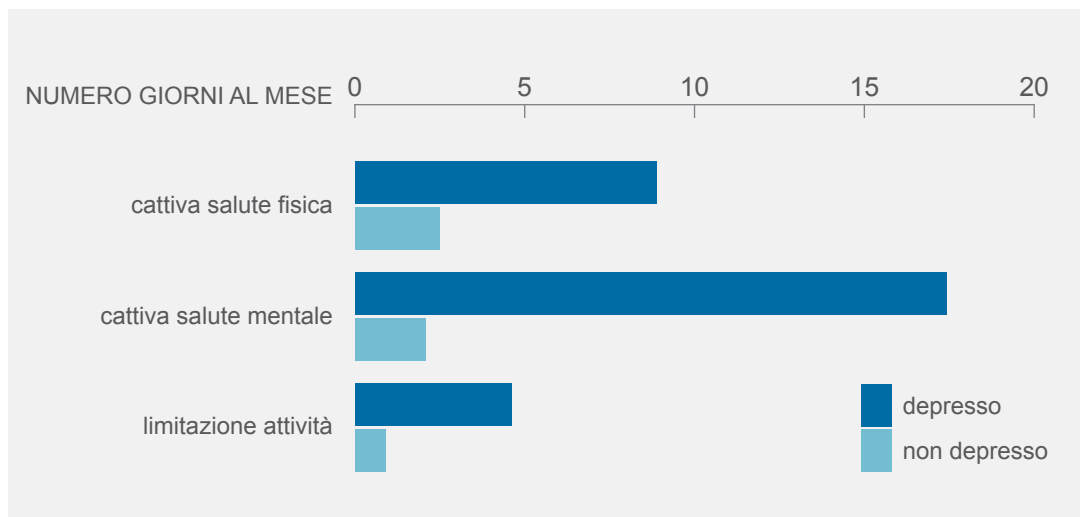


Figura 3
Depressione e giorni in cattiva salute.
PASSI, 2008-2011

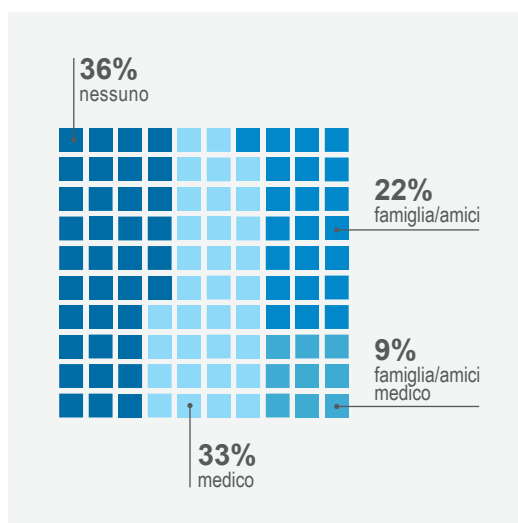


Figura 4
Figure di riferimento per le persone con sintomi di depressione.
PASSI, 2008-2011

33% si rivolge a un medico o a un altro operatore sanitario e il 9% parla con entrambi (medici/operatori sanitari e amici/familiari). Il 36% di persone con sintomi di depressione non ne parla con nessuno [figura 4].

I ricoveri

Il tasso di ricovero per patologie psichiatriche è un indicatore di risultato, atto a valutare l'efficacia dei servizi territoriali di assistenza al paziente psichiatrico in termini di prevenzione di emergenze ed episodi di acuzie della patologia.

L'ospedalizzazione di soggetti con malattie mentali dovrebbe essere limitata ai soli casi più gravi, garantendo, al contempo, al malato una rete capillare e integrata di servizi di territorio, che permetta ai centri di salute mentale la migliore gestione del paziente, incentivando gli interventi preventivi e curativi.

Dal sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali risulta che il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni in provincia di Trento era nel 2011 di 396 ricoveri per 100.000 residenti, senza variazioni degni di nota rispetto all'anno precedente (395/100.000). Per residenti minorenni il tasso era di 84/100.000 nel 2011, mentre nel 2010 era del 120/100.000.

Questi valori collocano la provincia di Trento in una posizione intermedia rispetto alle altre regioni aderenti al network (Basilicata, Liguria, Marche, provincia di Bolzano, Toscana, Umbria).

Le conseguenze dei sintomi di depressione

Poco più di un terzo (39%) delle persone con sintomi di depressione ritiene buono il proprio stato di salute, a fronte del 77% delle persone non depresse.

Inoltre il numero medio mensile di giorni trascorsi in cattiva salute fisica e mentale e il numero medio di giornate con limitazioni di attività è significativamente più alto tra le persone con i sintomi della depressione [figura 3]. Tra le persone con sintomi di depressione circa un terzo soffre anche di qualche altro problema cronico di salute.

Le figure di riferimento

In Trentino il 64% delle persone che presentano sintomi di depressione si rivolge a qualcuno: il 22% parla con amici o familiari, il

Un indicatore di qualità dell'assistenza e dell'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali è rappresentato dalla percentuale di ricoveri ripetuti, entro 7 giorni, entro 30 giorni ed entro l'anno. In Trentino tali indicatori risultano migliori rispetto alle al-

tre regioni aderenti al network [figure 5-7]. Il re-ricovero di un paziente che ritorna in ospedale entro 7 giorni dal ricovero precedente, evidenziano una dimissione troppo precoce e, quindi, un problema da attribuirsi alla struttura ospedaliera [figura 5].

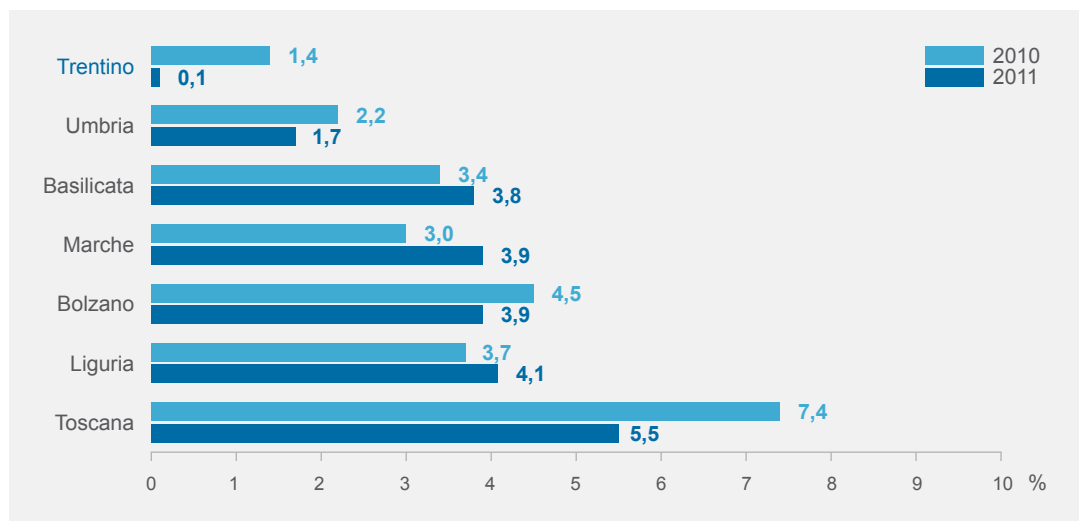


Figura 5

Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni.

SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI, 2010-2011

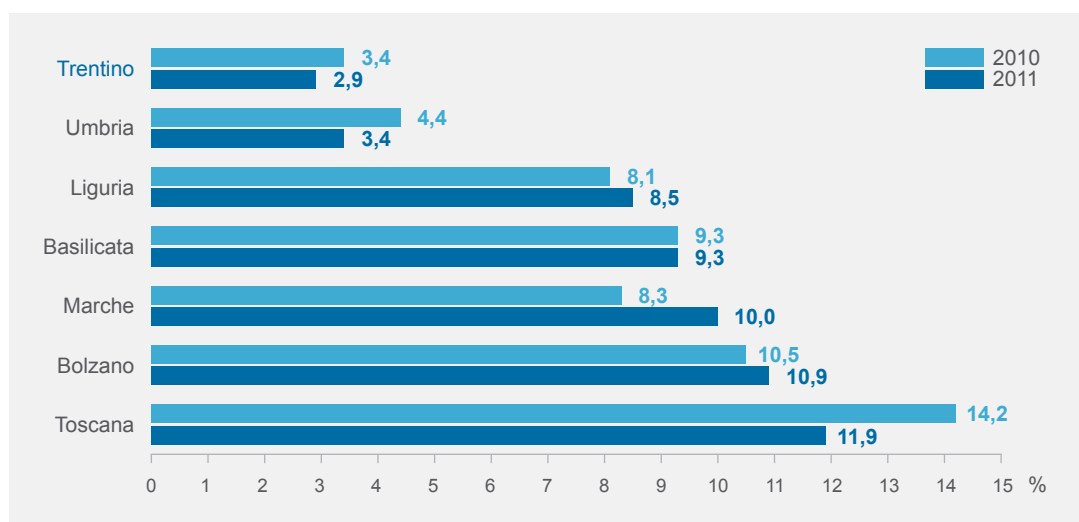


Figura 6

Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni.

SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI, 2010-2011

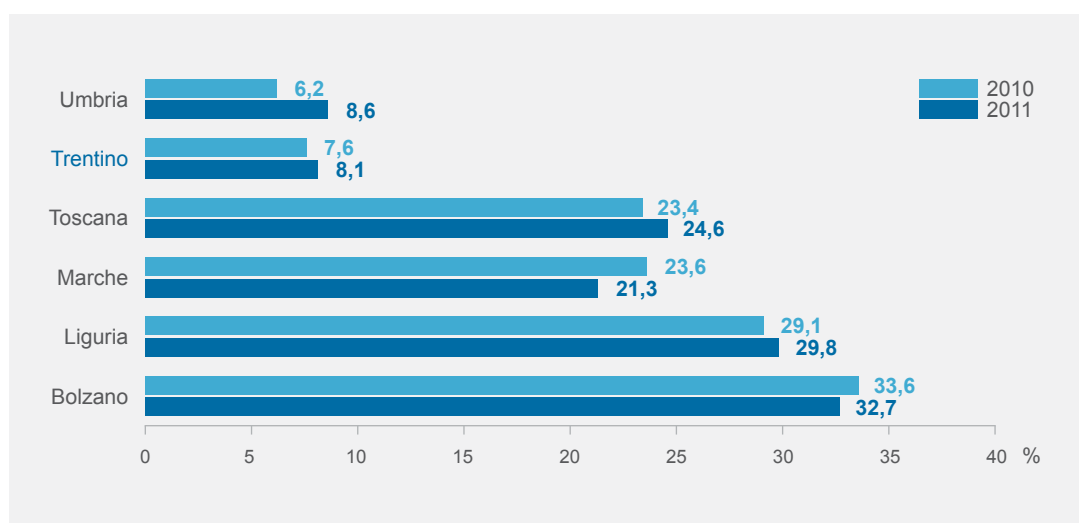


Figura 7

Percentuale di ricoveri ripetuti entro 1 anno di pazienti psichiatrici maggiorenni.

SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI, 2010-2011

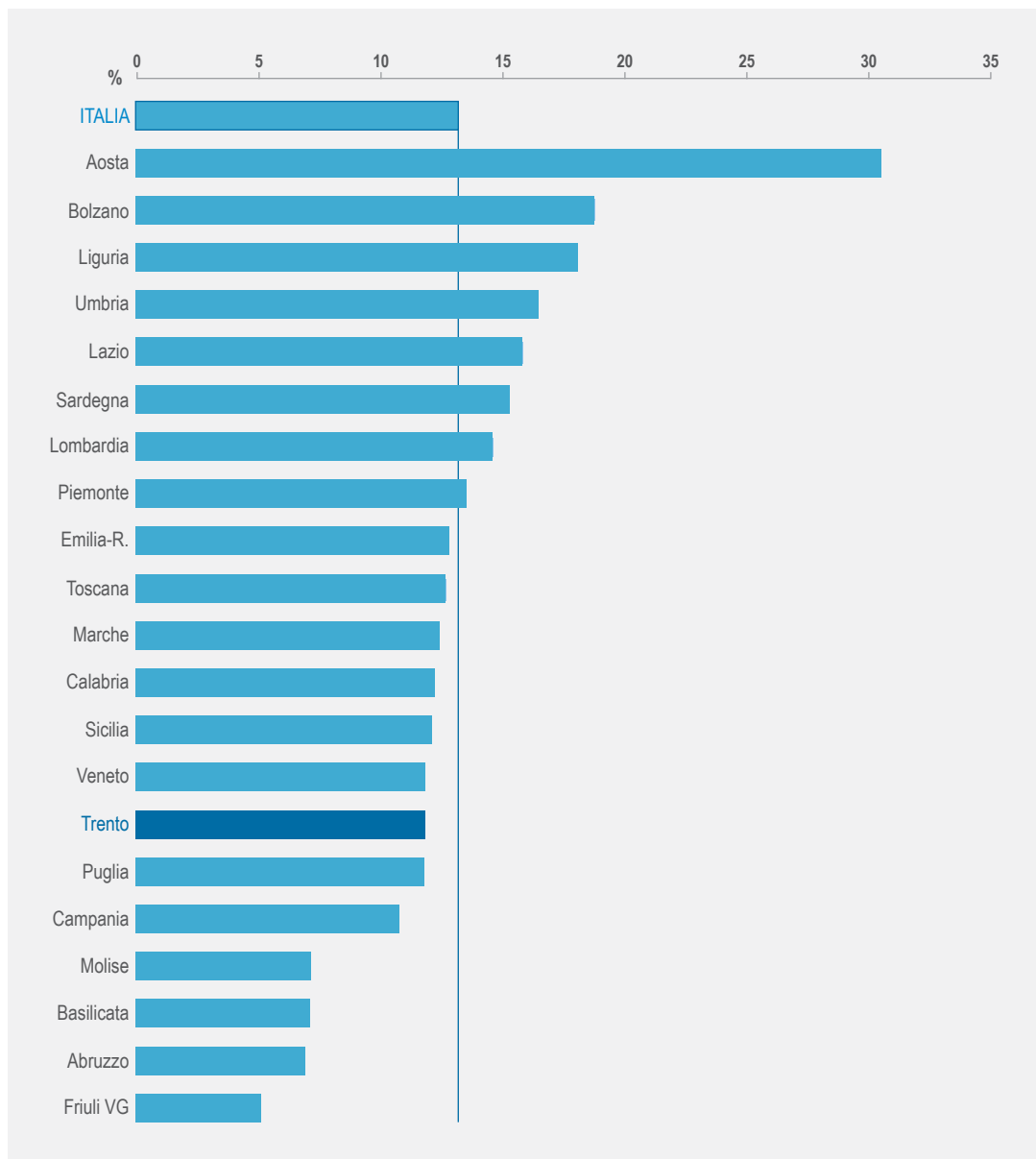


Figura 8
Percentuale di riammissioni non programmate per schizofrenia sul totale delle dimissioni per schizofrenia.

MINISTERO DELLA SALUTE, 2010

Il ricovero ripetuto di pazienti con patologie mentali nel corso del mese successivo alla dimissione, è indice di una scarsa integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali ed evidenzia problematiche di presa in carico dei pazienti da parte dei centri di salute mentale territoriali [figura 6].

A seguito del ricovero ospedaliero è necessario tracciare percorsi assistenziali integrati, che permettano la presa in carico del soggetto da parte del suo territorio e la modulazione ad personam delle opportunità terapeutiche e riabilitative.

Una forte integrazione permette di garantire alla persona, una volta dimessa, il mantenimento di un rapporto di cura con lo stesso medico che l'ha curata durante il

ricovero e, contemporaneamente, con gli altri operatori dell'equipe territoriale coinvolta.

Un altro indicatore di qualità dell'assistenza è rappresentato dalla percentuale di riammissioni non programmate per schizofrenia sul totale delle dimissioni per schizofrenia.

Si tratta di un indicatore raccolto dalla Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute che permette il confronto con tutte le altre regioni e la media nazionale [figura 8].

Anche rispetto questo indicatore il Trentino si colloca con 11,8% di re-ricoveri per schizofrenia tra le regioni con valori migliori della media (13,2%).

I suicidi

Il suicidio è un atto complesso in cui sono coinvolti molteplici fattori: psicologici, sociali, biologici, culturali e ambientali. Risultano più a rischio le persone con storia pregressa di tentato suicidio (il fattore predittivo più potente del suicidio portato a termine); le persone che soffrono di un disturbo psichiatrico (come schizofrenia, disturbo bipolare, depressione maggiore, distimia, anoressia mentale, abuso di alcol o droghe o altre dipendenze); le persone che sperimentano un evento di vita molto stressante (come ad esempio perdita del lavoro o lutto familiare).

Presentano un rischio aumentato di suicidio anche le persone che svolgono un lavoro che comporta essere soggetti a condizioni di

stress elevato e persistente come per esempio i militari, gli agenti delle forze dell'ordine, i detenuti.

Sono più a rischio anche le persone con gravi malattie fisiche e quelle con una storia familiare di suicidio.

I decessi per suicidio

Secondo i dati ISTAT riassunti dall'Ufficio di Statistica del Cnesps-Iss, in Italia, nel biennio 2008-2009, si sono verificati 7,4 decessi per suicidio ogni 100 mila residenti con 15 anni e più d'età (corrispondente a un tasso standardizzato di 7,2). Nel 77% dei casi il suicida è un uomo.

Il tasso grezzo di mortalità è stato pari a 12,0 per 100.000 abitanti per gli uomini

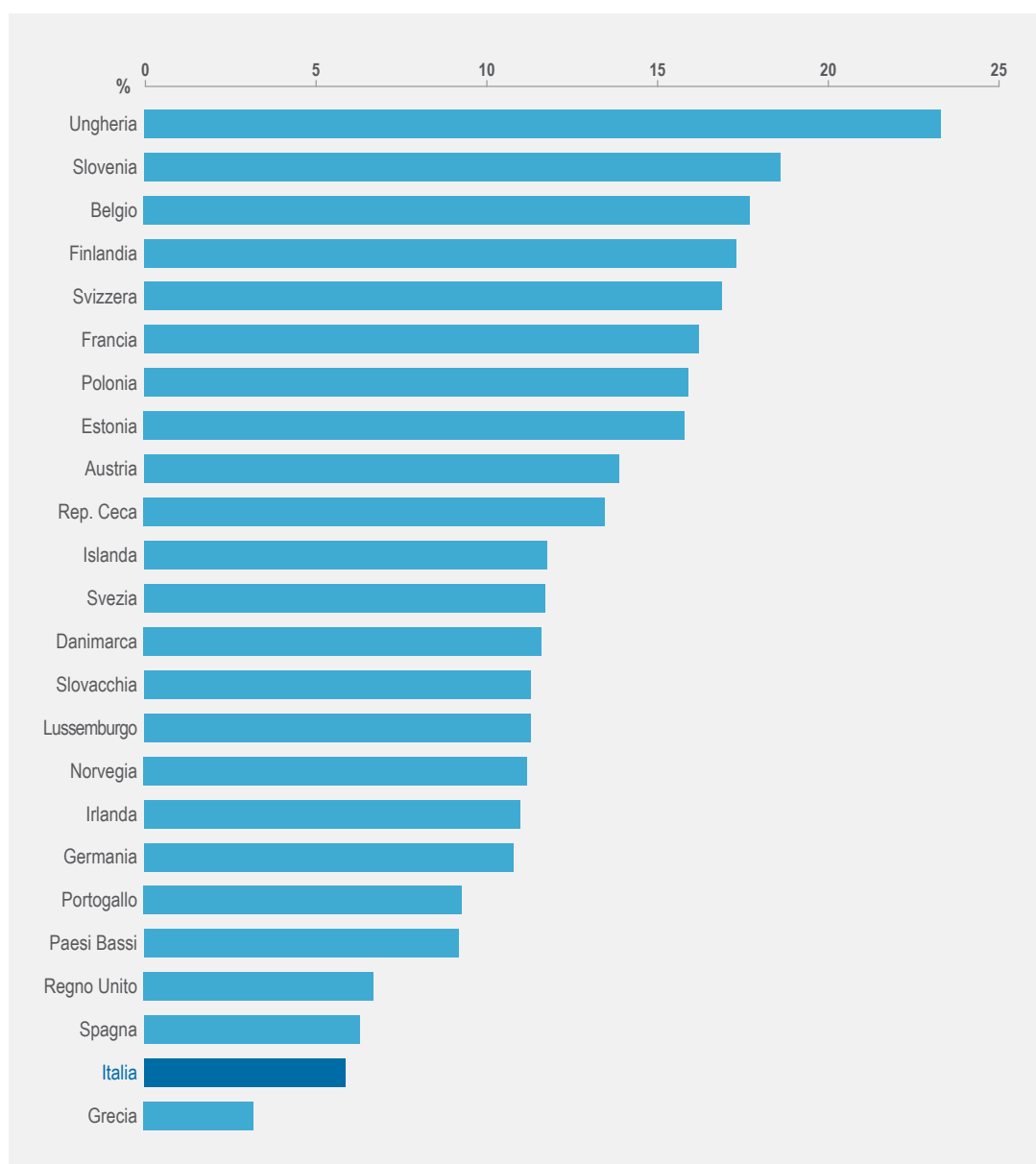


Figura 9

Tasso standardizzato di mortalità per suicidio (per 100.000 abitanti). Anno 2010 (o ultimo disponibile).

OECD, HEALTH DATA 2012

Figura 10
Tassi di mortalità per
suicidio per 100.000
abitanti, per ripartizione
geografica.

ISTAT, INDAGINE DECESSI E CAUSE
DI MORTE (I DATI 2004 E 2005 NON
SONO DISPONIBILI)

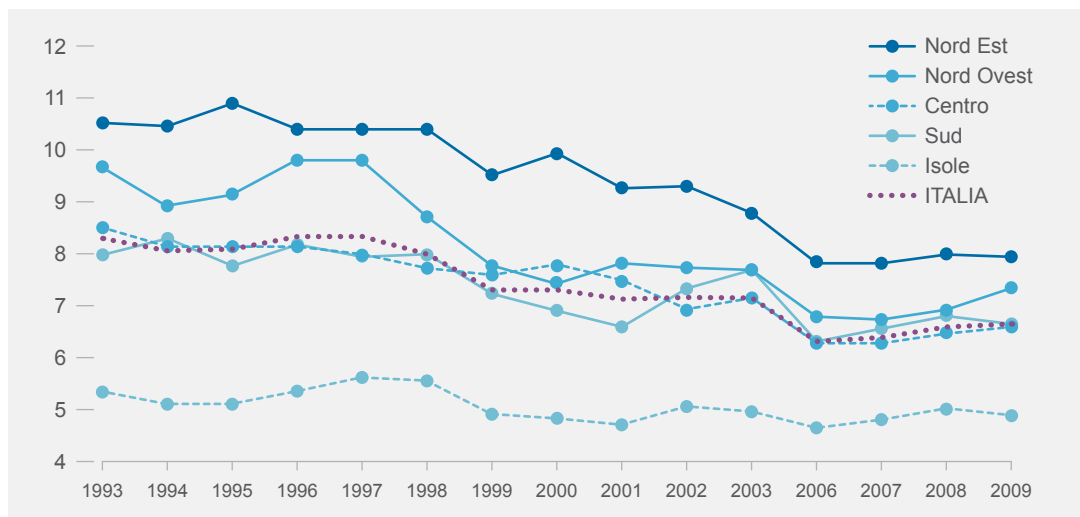


Tabella 1
Decessi per suicidio in
provincia di Trento, per
età e genere.

REGISTRO CAUSE DI MORTE,
2007-2011

Decessi per suicidio, per età e genere. Anni 2007-2011

età	uomini		donne		totale	
	decessi	%	decessi	%	decessi	%
0-14	1	0,7	1	2,8	2	1,1
15-24	6	4,0	2	5,6	8	4,3
25-44	44	29,5	7	19,4	51	27,6
45-64	49	32,9	14	38,9	63	34,1
65-74	19	12,8	7	19,4	26	14,1
75 e oltre	30	20,1	5	13,9	35	18,9
Totale	149	100,0	36	100,0	185	100,0

e a 3,3 per 100.000 abitanti per le donne, con un rapporto maschi/femmine pari a 3,7.

La propensione al suicidio è dunque maggiore tra la popolazione maschile, oltre tre volte quella femminile, e cresce all'aumentare dell'età.

L'analisi per livello di istruzione evidenzia una maggiore propensione al suicidio tra le persone con titoli di studio medio-bassi.

Per tutti i titoli di studio la classe di età più anziana presenta sempre livelli più alti e la maggiore propensione al suicidio si ha fra le persone con un basso livello di istruzione e un'età superiore ai 45 anni.

L'Italia, tra i paesi europei, si colloca tra quelli a basso rischio di suicidio [figura 9], ma con ampie differenze sia a livello di sottogruppi di popolazione, sia a livello territoriale. Nord Est e Nord Ovest sono le ripartizioni con i livelli di mortalità per suicidio più alti, il Centro e le Isole oscillano su valori prossimi alla media nazionale,

mentre il Sud presenta valori nettamente inferiori [figura 10].

Il trend storico a livello nazionale mostra una riduzione del tasso a partire dalla metà degli anni '80, che si accentua soprattutto per gli uomini a partire dal 1997.

Tuttavia, dopo il minimo storico raggiunto nel 2006 questo trend si è arrestato e si registra un lieve aumento non statisticamente significativo dei suicidi esclusivamente tra gli uomini di età 25-69 anni.

Anche in provincia di Trento a compiere il suicidio è tipicamente un uomo (i decessi per suicidio di uomini sono oltre 4 volte quelli di donne) e una persona anziana (un suicidio ogni tre è di persone oltre i 65 anni, uno ogni cinque di ultra 74enni) [tabella 1]. Nell'ultimo quinquennio si sono registrati 185 suicidi di residenti in provincia di Trento, mediamente un po' meno di 40 all'anno con differenze annuali non significative dal punto di vista statistico [figura 11].

Sebbene il fenomeno del suicidio, in termini assoluti, assuma dimensioni più rilevanti in età anziana, è nei giovani che esso rappresenta una delle più frequenti cause di morte.

Tra i giovani di 15-44 anni i suicidi (12% di tutti i decessi per gli anni 2007-2011) sono preceduti per frequenza solamente dai tumori e dagli incidenti stradali, collocandosi al terzo posto insieme alle malattie cardiovascolari.

Proprio perché causa tra quelle frequenti in età giovane, i decessi per suicidio tolgono un consistente numero di anni di vita potenziali ancora da vivere, oltre 1.000 all'anno, con una perdita media per decesso di circa 30 anni. Gli anni di vita persi per singolo suicidio, escludendo le cause di morte perinatale, sono tra i più alti, equiparabili a quanto si verifica per gli incidenti stradali per i quali si perdono circa 34 anni a decesso.

I tentativi di suicidio

Nel corso del biennio 2010-2011 467 trentini sono ricorsi al pronto soccorso per motivi di "autolesionismo". A differenza di quanto succede per il suicidio, negli eventi di autolesionismo non si riscontrano grandi differenze di genere, anche se si rileva una maggiore propensione da parte delle donne (54% donne vs. 46% uomini).

Inoltre, se i suicidi occorrono in età più anziane, gli eventi di autolesionismo sono piuttosto tipici delle età più giovani: il 90% degli accessi in pronto soccorso per autolesionismo sono di persone con meno di 65 anni [figura 12].

I codici di triage degli accessi in pronto soccorso per autolesionismo sottolineano la particolare gravità degli episodi. Si tratta, infatti, in quasi due casi su tre di eventi critici o molto critici con possibile pericolo di vita (codice rosso e giallo) [figura 13], a differenza di ciò che si verifica per l'insieme degli accessi in pronto soccorso dove i codici rossi sono meno dell'1% del totale, i codici gialli circa il 14% e i codici bianchi ben il 20% degli accessi totali.

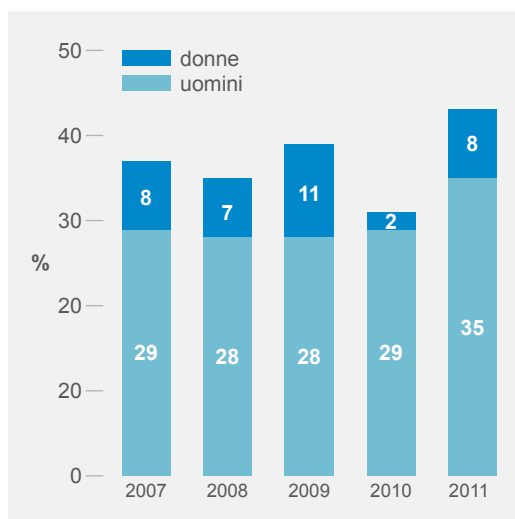


Figura 11
Suicidi di residenti in provincia di Trento, per genere e anno.

REGISTRO CAUSE DI MORTE, 2007-2011

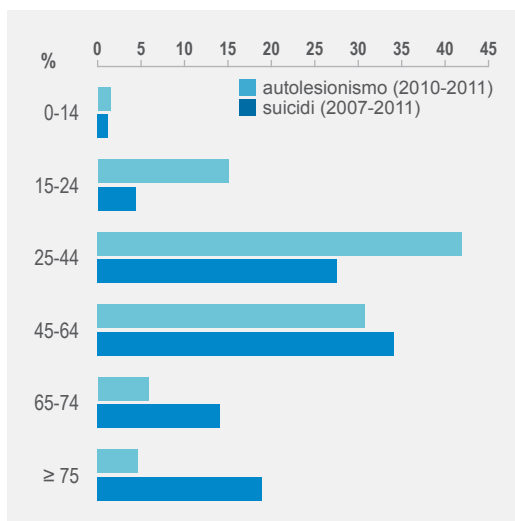


Figura 12
Accessi al pronto soccorso per autolesionismo e decessi per suicidio di residenti in provincia di Trento, per età. Distribuzione percentuale. Anni 2007-2011.

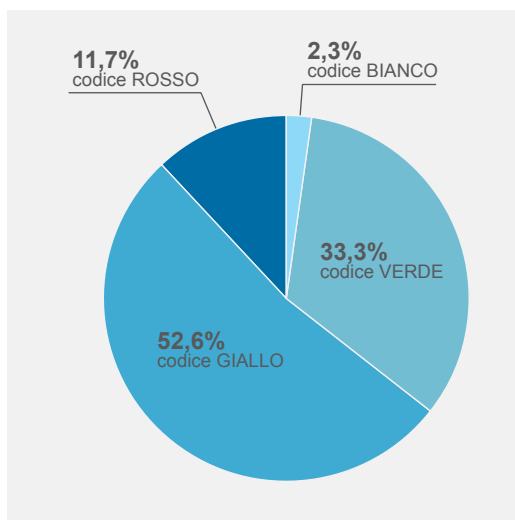


Figura 13
Accessi al pronto soccorso per autolesionismo di residenti in provincia di Trento, per codice di triage. Anni 2010-2011.

Poco meno della metà delle persone che accedono al pronto soccorso per autolesionismo vengono ricoverate (o tenute in osservazione) circa 4 persone ogni 10 sono invece rinviate a domicilio.

Commento

Dai dati raccolti dal sistema di monitoraggio PASSI risulta che il 5% della popolazione residente in Trentino, circa 17.000 persone, accusa sintomi riferibili allo stato di depressione. Tale prevalenza è leggermente più bassa della media nazionale (7%).

I sintomi di depressione riguardano più frequentemente le persone con malattie (uomini), che vivono sole (donne) e con difficoltà economiche (entrambi i sessi).

Non si osservano differenze tra i quattro distretti sanitari e non emergono cambiamenti nel tempo dal 2008 al 2011.

Occorre sottolineare che avere sintomi di depressione non equivale alla diagnosi di depressione vera e propria, che verrà posta solo a una parte dei sintomatici.

Tuttavia una parte importante (36%) di persone con sintomi di depressione non comunica a nessuno il proprio disagio e, di conseguenza, non riceve le dovute attenzioni specialistiche per confermare o confutare la presenza di depressione.

È quindi necessario affrontare e ridurre lo stigma sociale che ancora accompagna chi soffre di problemi di salute mentale e migliorarne la presa in carico precoce da parte dei servizi distribuiti sull'intero territorio provinciale.

A tal fine è stato inserito nel Piano provinciale della prevenzione 2010-2012 un progetto che vuole sensibilizzare operatori sanitari e cittadini a non sottovalutare un episodio depressivo, invitando questi ultimi a rivolgersi con fiducia a un professionista della salute mentale, anche se l'episodio in questione sembra essere superato.

I dati sull'ospedalizzazione per problemi di salute mentale indicano il buon funzionamento di una rete capillare di servizi di territorio integrata con i servizi ospedalieri. In Trentino, come nel resto d'Europa, il numero di morti per suicidio supera quello per incidenti stradali. I suicidi rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica che va attentamente monitorato e analizzato al fine di identificare potenziali gruppi a rischio sui quali concentrare gli interventi di prevenzione.

Nell'ambito della prevenzione del suicidio, in Trentino è attivo un gruppo di lavoro specifico dell'APSS che gestisce il progetto "Invito alla vita", che si articola in una strategia d'intervento a vari livelli, con l'intento di potenziare i fattori protettivi e intervenire sui fattori di rischio attraverso un'azione collettiva che possa favorire il rafforzamento del tessuto sociale.

Gli obiettivi si identificano nell'aumentare la consapevolezza del fenomeno, nel ridurre lo stigma che rimane uno dei principali problemi nell'attuare degli interventi e nel fornire indicazioni sulle possibilità e modalità di aiuto.

Per approfondire

- EPICENTRO, *Approfondimento monotematico sulla depressione*, <http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/GM2012.asp>
- OMS, http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/index.html
- OMS, filmato di contrasto allo stigma: *I had a black dog his name was depression*, <http://www.youtube.com/watch?v=XiCnriLQGYc>
- SCUOLA SUPERIORE S.ANNA, *Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali*, <http://performance.ss-sup.it/network/lib/index.php>
- MINISTERO DELLA SALUTE, Dipartimento della qualità: Programma operativo appropriatezza - Studio e sperimentazione di indicatori per determinare il grado di appropriatezza delle prestazioni di ricovero dovute a carenze delle altre forme di assistenza - febbraio 2011 - (pagina 40-46), http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1492_allegato.pdf
- MINISTERO DELLA SALUTE, *Relazione sullo stato sanitario del Paese. 2009-2010* (pagine 152-157), http://www.rssp.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1655_allegato.pdf
- ISTAT, *I suicidi in Italia: tendenze e confronti, come usare le statistiche - ago-*

sto 2012, <http://www.istat.it/it/archivio/68812>

- MONICA VICHI, Ufficio di Statistica del Cnesps-Iss, *Mortalità per suicidio: i dati italiani*, <http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/WSPD2012Vichi.asp>
- ANTONELLA GIGANTESCO, *Il suicidio. Considerazioni in un'ottica di prevenzione*, <http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/WSPD2012Gigantesco.asp>
- Progetto APSS – *Invito alla vita*, <http://www.apss.tn.it/public/ddw.aspx?n=49082>
- SERVIZIO EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, APSS, *Il fenomeno del suicidio nei residenti, in Provincia di Trento Anni 2008-2010*, http://www.apss.tn.it/Public/allegati/DOC_655986_0.pdf
- OCSE, *Health policies and data - Causes of mortality, Suicides*, <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>
- OMS, *Salute mentale – Prevenzione del suicidio*, http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/index.html

Le malattie infettive

Le malattie infettive continuano a rappresentare un rilevante problema sanitario, nonostante la disponibilità, per molte di esse, di efficaci interventi di prevenzione e di cura. Il mutamento degli assetti sociali ed epidemiologici e il grande aumento dei viaggi internazionali in zone tropicali favoriscono la comparsa di nuovi rischi e di diversi fattori determinanti che mettono alla prova la capacità dei servizi sanitari di riconoscere e combattere le nuove malattie e il riaccendersi di malattie ritenute sconfitte. Gli obiettivi e le attività necessarie per la lotta alle malattie infettive sono quindi orientati sia alla prevenzione e al controllo di singole patologie infettive sia allo sviluppo e al miglioramento delle azioni di sorveglianza epidemiologica in grado di evidenziare l'emergere di nuovi problemi e di verificare l'efficacia delle azioni di controllo.

La sorveglianza delle malattie infettive consente non solo di conoscere, ma anche di prevederne l'andamento epidemiologico e di programmare sia interventi preventivi, quali le vaccinazioni, sia interventi di controllo, in grado di interrompere la catena di contagio.

Il quadro d'insieme

Il sistema nazionale di notifica delle malattie infettive è allineato alle reti di sor-

veglianza europea e si basa su una segnalazione passiva in quanto prevede la registrazione dal livello periferico (Servizi di igiene pubblica territoriale) a quello centrale (Dipartimento di Prevenzione) dei casi di malattia infettiva osservati dai singoli medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici ospedalieri. A esso sono stati affiancati alcuni sistemi di sorveglianza speciale che raccolgono informazioni più approfondite per specifiche malattie di particolare importanza quali legionellosi, epatiti virali, meningiti batteriche, morbillo. Insieme rappresentano uno strumento fondamentale della sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffuse che consente di conoscere la distribuzione e l'andamento dell'incidenza di singoli eventi morbosi nella popolazione e di valutare l'efficacia degli interventi di prevenzione messi in atto per eliminare o ridurre la diffusione d'alcune malattie.

A livello provinciale il numero di notifiche, in valore assoluto, nel 2011 è stato pari a 3.204 (+12% rispetto al 2010), con un tasso di notifica corrispondente a 599 casi per 100.000 abitanti.

Nel 2011 le patologie più frequenti notificate sono le *malattie esantematiche infantili*, in particolare la varicella, la scarlattina e il morbillo [tabella 1].

Le notifiche di *varicella* nella nostra provincia continuano a rimanere su livelli ele-

Tabella 1

Numero casi e tasso di notifica (casi/100.000 abitanti) delle malattie infettive dell'infanzia.

ELABORAZIONE SU DATI DELL'U.O. IGIENE E SANITÀ PUBBLICA - APSS

	Provincia di Trento			Italia 2009
	2009	2010	2011	
	casi [tasso]	casi [tasso]	casi [tasso]	tasso
Morbillo	14	402 [76,3]	161 [30,3]	1,3
Parotite	5	14	29	
Pertosse	27	28	6	
Rosolia	2	4	4	
Scarlattina	219 [41,9]	221 [41,9]	171 [32,2]	25,7
Varicella	1.083 [207,3]	1.433 [271,8]	2.071 [389,7]	99,9

Malattie infettive gastrointestinali, numero dei casi e tasso di notifica. Anni 2009-2011

	Provincia di Trento			Italia
	2009	2010	2011	2009
	casi [tasso]	casi [tasso]	casi [tasso]	tasso
Enteriti batteriche specifiche	16	10	21	
Epatite A	14	9	4	
Giardiasi	1	4	1	
Listeriosi	2	1	2	
Salmonellosi non tifoidea	76 [14,6]	66 [12,5]	68 [12,8]	9,5

Tabella 2

Numero casi e tasso di notifica (casi/100.000 abitanti) delle malattie infettive gastrointestinali.

ELABORAZIONE SU DATI DELL'U.O. IGIENE E SANITÀ PUBBLICA - APSS

vati. Considerate le caratteristiche epidemiologiche della malattia che, a differenza del morbillo, si manifesta con epidemie annuali e il fatto che solo poche regioni hanno attivato un programma di vaccinazione, è del tutto verosimile che i più alti tassi di notifica registrati costantemente a livello provinciale rispetto ai dati nazionali siano dovuti a una maggiore sensibilità e attenzione di medici e pediatri operanti in Trentino a segnalare i casi.

Per quanto riguarda il *morbillo*, come risulta dall'esame della tabella 1, si è verificata un'epidemia nel biennio 2010-2011 con 563 casi segnalati.

Tra le altre malattie infantili, sono ricordate quelle prevenibili con la vaccinazione, parotite, rosolia, e pertosse che hanno fatto registrare valori simili agli anni precedenti.

Seguono, in termini di frequenza, le *patologie gastrointestinali*, tra cui le salmonellosi e le enteriti batteriche [tabella 2].

Un cenno meritano i casi di *salmonellosi non tifoidea* che si manifestano in modo sporadico o sottoforma di focolaio epidemico sia a trasmissione alimentare sia da persona a persona.

Le salmonellosi costituiscono un importante problema di sanità pubblica nei paesi industrializzati, essendo le salmonelle tra i microrganismi patogeni più frequentemente responsabili di epidemie di origine alimentare. La salmonella vive nell'intestino degli uomini e degli animali e può essere trasmessa attraverso cibi contaminati da feci animali che non presentano peraltro alcuna alterazione alla vista o all'olfatto. Tra i cibi più pericolosi si ricordano la carne cruda o poco cotta, il pollame, le uova

e le preparazioni gastronomiche contenenti uova (maionese, tiramisù).

Le *patologie significative in termini di gravità clinica*, quali la malattia tubercolare, l'HIV/AIDS, la legionellosi, le epatiti virali B e C, le meningiti e le malattie invasive batteriche sono illustrate nella Tabella 3.

L'andamento delle nuove *infezioni da HIV* è stazionario e la modalità di trasmissione prevalente (45,7%) è quella eterosessuale (dati del Servizio Immunoematologia e trasfusione Ospedale Santa Chiara di Trento). Anche l'andamento dei casi di *AIDS* è stazionario negli ultimi tre anni.

Il numero di nuovi casi di *epatite B* segnalati è costante e rispetto al tasso di notifica osservato a livello nazionale, il tasso provinciale si colloca sempre a livelli inferiori.

La *tubercolosi* costituisce tuttora un rilevante problema di sanità pubblica se si considera che si verificano nel mondo 8,7 milioni di nuovi casi di malattia per anno (OMS, *Report 2012*) e si registrano 1,4 milioni di decessi.

Il Trentino è un'area a bassa endemia per malattia tubercolare, con tassi di morbosità sovrapponibili a quelli delle altre regioni del nord Italia. Nella nostra provincia, come nel resto d'Italia, il numero dei casi di tubercolosi polmonare nelle persone immigrate tende ad aumentare fino ad avvicinarsi al 50% dei casi notificati.

Nel 2011 sono stati registrati 6 casi di *meningite batterica*, di cui 1 da emofilo (che ha interessato la fascia d'età 25-64 anni), 4 da pneumococco (che hanno interessato la fascia d'età 25-64 anni) e 1 da menin-

Malattie infettive significative, numero dei casi e tasso di notifica. Anni 2009-2011

	Provincia di Trento			Italia
	2009	2010	2011	2009
	casi [tasso]	casi [tasso]	casi [tasso]	tasso
AIDS	4	1	3	1,9
Infezioni da HIV	31 [5,9]	33 [6,3]	35 [6,7]	6,0
Epatite B	5	2	5	1,3
Epatite C	0	0	1	
Legionellosi	43 [8,2]	51 [9,7]	48 [9,0]	1,9
Meningite/sepsi da emofilo	0	1	1	0,1
Meningite/sepsi da meningococco	2	0	1	0,3
Meningite/sepsi da pneumococco	3	6	4	0,8
TBE (encefalite da zecche)	1	1	2	nd
Tubercolosi polmonare	41 [7,8]	34 [6,5]	24 [4,5]	4,9

Tabella 3

Numero casi e tasso di notifica (casi/100.000 abitanti) di malattie infettive significative.

ELABORAZIONE SU DATI DELL'U.O. IGIENE E SANITÀ PUBBLICA - APSS

gococco (che ha interessato la fascia d'età 15-24 anni).

Per l'*infezione invasiva da emofilo* si osserva un decremento progressivo dei casi che riguarda soprattutto la fascia d'età 0-4 anni che era quella maggiormente colpita prima dell'inizio della vaccinazione (che risale al 1997). Gli ultimi casi di meningite da emofilo in età pediatrica risalgono al 2001 e al 2002 e hanno interessato bambini non vaccinati.

Anche per le *infezioni invasive da pneumococco* si osserva un andamento analogo: il numero dei casi nella fascia d'età 0-4 anni cala a partire dal 2005, dopo l'inserimento della vaccinazione nel calendario vaccinale dell'età evolutiva (D.P.G. 1096/2005). Nel triennio 2009-2011 non si sono registrati casi di meningite/infezioni invasive da pneumococco in età pediatrica.

Un accurato monitoraggio meritano anche le *infezioni invasive da meningococco*, soprattutto a seguito dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione ai bambini nel corso del tredicesimo mese di vita e agli adolescenti nel corso del quindicesimo anno di età. Nel 2011 è stato segnalato un caso di meningite meningococcica in un soggetto di 17 anni non vaccinato.

L'*encefalite da zecche* (TBE, Tick-Borne Encephalitis) è un'infezione causata da un virus trasmesso dal morso di una zecca del genere *Ixodes ricinus*. L'incidenza della malattia

è elevata nei paesi dell'ex-Unione Sovietica (5-47 casi/100.000 abitanti), nell'ex Cecoslovacchia (2-16 casi/100.000 abitanti) e in Austria (18-30 casi/100.000 abitanti).

L'encefalite da zecche è stata diagnosticata in Trentino per la prima volta nel 1992; complessivamente i casi notificati nella nostra provincia sono 51 con una media di circa un caso l'anno nell'ultimo triennio.

L'andamento temporale del numero di casi di malattia è sostanzialmente costante con oscillazioni annuali che probabilmente dipendono dall'andamento climatico (stagioni invernali poco rigide e piovose favoriscono la sopravvivenza delle zecche). I casi segnalati riguardano principalmente soggetti di età superiore a 50 anni, spesso dediti all'agricoltura, allo sfalcio di prati, alla raccolta della legna e dei funghi.

La prevenzione comportamentale promossa da un'informazione corretta è il più importante e il più efficace mezzo preventivo. È disponibile anche un vaccino efficace contro la TBE, raccomandato alle persone che frequentano assiduamente zone boschive e altre zone a forte presenza di zecche (forestali, guardiacaccia, taglialegna, raccoglitori di funghi, ecc.) o che si recano all'estero in zone endemiche.

Nel 2011 sono stati riportati, inoltre, 6 casi di *malaria*, 16 casi di *blenorragia* e 22 di *sifilide*.

Sono stati segnalati 24 focolai di malattie infettive e, come negli anni precedenti, i più

frequenti sono quelli di *scabbia* (19 in cui sono state coinvolte 53 persone); seguono quelli da *malattia trasmessa con gli alimenti* (4 in cui sono state coinvolte 14 persone), 3 dei quali si sono verificati in ambiente familiare.

Di seguito vengono brevemente presentati i dati relativi alle più significative *malattie infettive prevenibili con la vaccinazione*, mettendone in evidenza l'andamento storico e la correlazione con le coperture vaccinali.

Pertosse

È una malattia infettiva molto contagiosa, causata dal batterio *Bordetella pertussis*, che si trasmette per via aerea attraverso le goccioline di saliva diffuse nell'aria quando il malato tossisce.

La pertosse esordisce con starnuti, secrezioni dal naso, tosse lieve accompagnata da qualche linea di febbre. Progressivamente la tosse si accentua, diventa parossistica (nella fase detta convulsiva) e si associa a difficoltà respiratoria. Questa fase dura circa quattro settimane ed è seguita dalla fase di convalescenza in cui gli attacchi di tosse sono meno intensi e meno frequenti.

La malattia è particolarmente grave nei bambini entro il primo anno di vita, nei quali si manifesta con crisi di soffocamento che costringono al ricovero in ospedale. Negli adulti la malattia è più lieve, ma di lunga durata; spesso non è riconosciuta, ma può essere trasmessa. Per queste ragioni è molto importante vaccinare i bambini nei confronti della pertosse.

Nel 2011 si conferma una situazione di contenimento della pertosse con 6 casi segnalati (22 in meno rispetto al 2010), conseguenza della buona copertura vaccinale dei bambini vaccinati entro il secondo anno di vita. La

percentuale di bambini presenti nell'anagrafe provinciale che hanno compiuto 24 mesi (e perciò nati nell'anno 2010) vaccinati nei confronti della pertosse è pari al 95,5%.

Nel 2011, la maggior parte dei casi di pertosse si è manifestata, come negli anni precedenti, nella fascia d'età 7-14 anni [tabella 4].

Dall'analisi dei dati si evincono alcune importanti indicazioni di strategia vaccinale per ridurre ulteriormente l'incidenza della pertosse nella nostra provincia:

- mantenere e migliorare i livelli di copertura vaccinale (> 95%) per il ciclo primario di vaccinazione
- somministrare le dosi di vaccino rispettando le scadenze previste dal calendario vaccinale, per evitare i casi di pertosse nei soggetti che non hanno completato il ciclo primario a causa di ritardi non giustificati da motivazioni mediche
- eseguire un richiamo di vaccino DTP (difterite, tetano, pertosse) a 5-6 anni e un ulteriore richiamo di vaccino con formulazione dTp per adulti, a minor contenuto antigenico, all'età di 14-15 anni. Tale richiamo ha il duplice scopo di proteggere direttamente gli adolescenti (nei quali, peraltro, la pertosse si manifesta generalmente in forma non grave) e di ridurre la circolazione del batterio nella popolazione, proteggendo in tal modo i bambini nei primi mesi di vita in quanto viene ridotta la fonte di contagio costituita da familiari adolescenti e adulti.

Morbillo

Il morbillo è una malattia infettiva molto contagiosa, causata da un virus che si trasmette per via aerea tramite le goccioline respiratorie che si diffondono nell'aria quando il malato tossisce o starnutisce. I primi sin-

Casi di pertosse, per fascia d'età. Anni 1998-2011					
	1998-2008	2009	2010	2011	totale
> 1 anno	45	2	2	0	49
1-3 anni	79	0	2	0	81
4-6 anni	127	2	4	1	134
7-14 anni	358	20	18	3	399
> 14 anni	37	3	2	2	44

Tabella 4

Casi di pertosse in provincia di Trento, per fascia d'età. Anni 1998-2011.

ELABORAZIONE SU DATI DELL'U.O. IGIENE E SANITÀ PUBBLICA - APSS

tomi sono simili a quelli di un raffreddore (naso che cola, tosse secca, congiuntivite) con una febbre che diventa sempre più alta. Successivamente appaiono dei puntini bianchi all'interno della bocca e dopo qualche giorno compare l'eruzione cutanea caratteristica (esantema) composta da piccole macchioline puntiformi di colore rosso, prima dietro le orecchie e sul viso e poi su tutto il corpo. L'esantema dura 4-7 giorni.

Le complicanze, più frequenti e gravi nel bambino piccolo e nell'età adulta, interessano soprattutto l'apparato respiratorio (laringiti, broncopolmoniti), l'orecchio medio (otiti) e il sistema nervoso centrale (un caso di encefalite ogni 1.000 casi di morbillo).

È molto importante vaccinare i bambini nei confronti del morbillo, tanto che tutti i paesi hanno tra i propri obiettivi prioritari la protezione dei bambini nei confronti di questa malattia.

Analizzando l'andamento storico del tasso di notifica del morbillo [figura 1], si nota che l'epidemiologia del morbillo nella provincia di Trento è quella tipica delle comunità che hanno raggiunto importanti livelli di copertura vaccinale (89,1% per la coorte dei nati nel 2009), senza per altro aver conseguito l'obiettivo ottimale (>95%) necessario per ottenere l'eliminazione della malattia. Infatti, l'attuale situazione epidemiologica è caratterizzata da focolai epidemici ridotti per numero di casi, allungamento dei periodi interepidemici e spostamento in avanti dell'età media dei casi.

A partire da settembre 2010 si è verificata un'epidemia di morbillo in provincia di Tren-

to. Il caso indice si è verificato nella Comunità della Vallagarina ed è stato confermato con identificazione del virus da parte dell'Istituto Superiore di Sanità. Le segnalazioni sono continuate nel corso del 2011 e all'inizio del 2012, seppure con andamento altalenante, e hanno interessato l'intera provincia. In totale, da settembre 2010 a marzo 2012 sono stati segnalati 628 casi di morbillo.

Nel corso dell'epidemia che ha interessato la nostra provincia, si è verificata una concentrazione di casi tra gli adolescenti e i giovani adulti. Nonostante oltre la metà dei casi si sia verificato tra 15 e 34 anni, il 35% dei casi si è verificato nella fascia d'età 5-14 anni e il 5% nella fascia d'età 0-4 anni, a conferma di una copertura vaccinale insufficiente non solo negli adolescenti.

Infine, in 570 casi segnalati (91,3%) sono risultati non vaccinati contro il morbillo, 45 (7,2%) vaccinati con una sola dose e 2 (0,3%) vaccinati con due dosi e 7 casi non ricordano di aver eseguito la vaccinazione. In totale pertanto i casi non vaccinati o vaccinati con una sola dose sono stati 615 pari al 98%.

Sono stati ricoverati in totale 24 casi (0,8%); anche se in molti casi si è trattato di ricovero per motivi precauzionali, tra i pazienti ricoverati 2 persone, rispettivamente di 11 e 29 anni, non vaccinate, hanno presentato complicanze riconducibili a polmonite in un caso associata a diarrea, e 4 persone, anch'esse non vaccinate, hanno presentato come complicanza la diarrea.

Tra i soggetti non ricoverati si segnalano, quali complicanze di rilievo, 11 casi di otite,

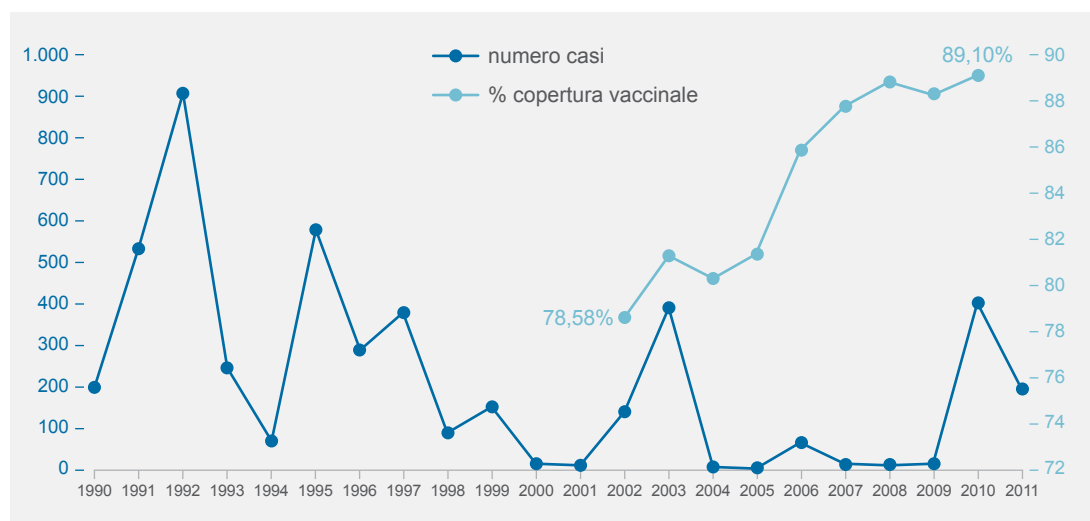


Figura 1
Casi di morbillo e coperture vaccinali in provincia di Trento. Anni 1990-2011.

ELABORAZIONE SU DATI DELL'U.O. IGIENE E SANITÀ PUBBLICA - APSS

2 casi di cheratocongiuntivite e 18 casi di diarrea.

Da ottobre 2010 a marzo 2011 altre 17 regioni italiane sono state interessate da epidemie di morbillo e sono stati segnalati complessivamente 1.994 casi.

Le regioni che hanno riportato il maggior numero di casi sono state la Lombardia, il Veneto e il Piemonte, le province autonome di Trento e di Bolzano (cfr. www.epicentro.iss.it/focus/morbillo).

Nello stesso periodo anche in Europa il morbillo è riemerso con oltre 40 mila casi segnalati nel biennio 2010-2011: l'epidemia ha interessato con un'elevata incidenza di segnalazioni oltre che l'Italia, la Francia, la Spagna e il Belgio (cfr. ECDC. Surveillance report. Measles and rubella monitoring. July 2012).

Le azioni intraprese

Durante l'epidemia di morbillo che ha interessato il Trentino sono state messe in atto le misure di controllo previste dalle raccomandazioni nazionali. In particolare è stata condotta un'indagine epidemiologica sui casi segnalati, sono stati informati i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, i reparti di pediatria e i pronto soccorso, in modo da ottenere piena collaborazione al controllo dell'epidemia rinnovando la richiesta di segnalare immediatamente, per le vie brevi, tutti i casi sospetti di morbillo ed è stata offerta la vaccinazione a tutti i contatti suscettibili nelle famiglie e nelle scuole.

È fondamentale sorvegliare in modo accurato eventuali nuovi focolai con le indagini epidemiologiche di tutti i casi sospetti attenendosi alle procedure definite e aggiornare sull'andamento dell'epidemia tutti gli operatori sanitari coinvolti.

La necessità di un ulteriore impegno per migliorare le coperture vaccinali per MPR (morbillo-parotite-rosolia) nei bambini e per rosolia nelle donne in età fertile è stata sottolineata sia nel Piano provinciale della prevenzione 2010-12 sia nella Deliberazione della Giunta provinciale (DGP 2969/2012) che approva il "Piano di eliminazione del morbillo e rosolia congenita 2013-15" (in attuazione dell'Intesa del 23 marzo 2011 tra il Governo, le regioni e le province auto-

me di Trento e Bolzano sul "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010- 2015").

Rosolia

La rosolia è una malattia infettiva causata da un virus che si trasmette per via aerea tramite le goccioline respiratorie diffuse nell'aria dal malato. La rosolia è più comune nell'età infantile e si manifesta con febbre non elevata, ingrossamento dei linfonodi alla base della nuca, sul retro del collo e dietro le orecchie e con un esantema caratterizzato dalla comparsa di piccole macchie rosa che compaiono prima dietro le orecchie, poi sulla fronte e poi su tutto il corpo della durata di un paio di giorni.

È una malattia benigna e passa spesso in forma inosservata, ma diventa pericolosa durante la gravidanza, soprattutto nel primo trimestre, perché può determinare l'aborto, la morte intrauterina del feto o comportare gravi malformazioni fetali (sindrome da rosolia congenita). Le più comuni e gravi manifestazioni della rosolia congenita sono i difetti della vista, la sordità, le malformazioni cardiache e il ritardo mentale nel neonato.

Di conseguenza è fondamentale che tutte le donne che desiderano iniziare una gravidanza eseguano il test per verificare se hanno gli anticorpi contro la rosolia e, in caso di negatività, si sottopongano alla vaccinazione.

L'andamento della rosolia nel 2011 mostra un calo complessivo dell'incidenza e del numero dei casi, frutto delle strategie contro la rosolia congenita messe in atto in Trentino negli ultimi anni. Nel 2011 sono stati segnalati 4 casi di rosolia, tutti in soggetti di sesso femminile.

Dal 1 gennaio 2005 la notifica obbligatoria è prevista anche per l'infezione da rosolia in gravidanza e per la sindrome da rosolia congenita, come raccomandato dal Piano di eliminazione di morbillo e rosolia congenita sopra ricordato. Il Piano ha proposto strategie di vaccinazione specifiche per la prevenzione della rosolia nelle donne in età fertile e ha fissato, oltre all'obiettivo di eliminare il morbillo, quello di ridurre entro il 2015 l'incidenza di rosolia congenita a valori infe-

riori a 1 caso ogni 100.000 nati vivi e la percentuale delle donne in età fertile suscettibili alla rosolia a meno del 5%.

La distribuzione dei casi di rosolia in Trentino, nel triennio 2009-2011 evidenzia che il 70% dei casi notificati interessano l'età pediatrica (0-5 anni), il 20% soggetti con più di quindici anni e un caso l'età adolescenziale. Dei 10 casi notificati, due riguardano donne in età fertile (di 19 e 30 anni) non vaccinate.

Oltre a raggiungere e mantenere elevate coperture vaccinali con MPR entro i 24 mesi di vita, è fondamentale:

- verificare la suscettibilità alla rosolia delle donne in età fertile e vaccinarle prima di un'eventuale gravidanza

- promuovere la vaccinazione delle donne con rubeo test negativo dopo il parto e l'interruzione di gravidanza prima della dimissione per impedire una possibile infezione rubeolica durante un'eventuale nuova gravidanza ed eliminare la rosolia congenita.

Inoltre, particolare attenzione va posta alla situazione immunitaria delle giovani donne immigrate, spesso vaccinate soltanto contro il morbillo nei paesi d'origine, e quindi più facilmente suscettibili alla malattia.

Le azioni intraprese

È stato attivato, come previsto da un progetto contenuto nel Piano provinciale della prevenzione 2010-12, un programma di vaccinazione antirosolia delle puerpere non immuni, presso i punti nascita. Su 4.097 donne che hanno partorito nel 2011 presso i punti nascita provinciali, 276 (pari al 5,7%) sono risultate non immuni nei confronti della rosolia (rubeo test negative).

Di queste 111 sono state vaccinate presso il punto nascita prima della dimissione, con una copertura pari al 39,8%.

Le vaccinazioni

Le vaccinazioni sono uno degli interventi di maggiore efficacia per la prevenzione primaria delle malattie infettive e devono essere considerate prioritarie per la salute dei bambini. Ogni anno, nel mondo, esse salvano la vita a più di tre milioni di persone (di cui 1

milione e mezzo di bambini di età inferiore ai cinque anni) e ne preservano molte di più dalle malattie e da disabilità permanenti.

Le vaccinazioni dell'infanzia

In accordo con il programma di vaccinazione nazionale, i vaccini inseriti nel calendario vaccinale e offerti attivamente e gratuitamente ai bambini in provincia di Trento sono undici. I vaccini contro difterite, tetano, poliomielite, epatite B (obbligatori per legge), pertosse ed emofilo b sono disponibili in una formulazione combinata, nota come *vaccino esavalente*, e sono somministrati nel corso del primo anno di vita insieme al *vaccino antipneumococcico* che protegge il bambino dalla meningite e da altre forme invasive causate da questo microrganismo. I vaccini contro morbillo, parotite e rosolia sono disponibili in una formulazione combinata nota come *vaccino trivalente* e sono somministrati nel corso del secondo anno di vita insieme al *vaccino antimeningococco C* che protegge dalla meningite e da altre forme invasive causate da questo microrganismo.

Alle ragazze di età compresa tra gli 11 e i 12 anni, inoltre, viene offerto attivamente e gratuitamente il *vaccino contro il papillomavirus* (HPV) per la prevenzione del tumore al collo dell'utero.

Il Piano nazionale di prevenzione vaccinale 2012-2014 e il Piano provinciale di promozione delle vaccinazioni indicano tra gli obiettivi da perseguire il raggiungimento e il mantenimento di elevate coperture per ridurre l'incidenza di alcune malattie prevenibili con la vaccinazione, possibilmente fino all'eradicazione della malattia. La percentuale di bambini vaccinati deve essere tanto più elevata quanto più è contagiosa la malattia che si vuole prevenire. La vaccinazione agisce per effetto diretto sui soggetti vaccinati, ma anche in modo indiretto, attraverso un'azione protettiva nei confronti dei soggetti non vaccinati (*herd immunity*). È stato stimato che quando il 95% dei bambini nati nel corso di un anno solare (coorte di nascita) è vaccinato per vari anni di seguito, la circolazione della ma-

lattia prevenibile è fortemente ridotta e si può, in certi casi, programmare la sua completa eradicazione. È quindi obiettivo dei programmi vaccinali raggiungere e mantenere una copertura vaccinale pari almeno al 95% entro i 24 mesi di vita per tutte le vaccinazioni raccomandate dal calendario delle vaccinazioni per l'infanzia. Le coperture vaccinali vengono espresse come "percentuali di bambini che risultano regolarmente vaccinati al compimento del secondo anno di vita (24 mesi)".

L'adesione alle vaccinazioni nella nostra provincia continua a essere in linea con la media nazionale, conseguenza di un lavoro costante da parte degli operatori coinvolti nei programmi vaccinali, della collaborazione dei pediatri di famiglia e dell'elevata consapevolezza della popolazione.

Di seguito sono illustrati i tassi di copertura per le vaccinazioni previste dal calendario vaccinale dell'infanzia raggiunti nel 2011.

I tassi di copertura vaccinale nella nostra provincia anche nel 2011 sono sovrapponibili alla media nazionale [tabella 5].

In provincia di Trento viene raccomandata la somministrazione del vaccino esavalente (polio, difterite, tetano, pertosse, epatite B, emofilo b). Tuttavia i tassi di copertura per le sei componenti del vaccino non risul-

tano essere esattamente sovrapponibili sia perché alcuni genitori chiedono di eseguire alcune vaccinazioni in modo separato, sia perché qualche bambino straniero residente può avere effettuato solo alcune vaccinazioni nel paese di origine.

Confrontando i tassi di copertura a 24 mesi delle *vaccinazioni antipolio, antidifterica, antitetanica, anti-epatite B* eseguite nel 2011 con quelli degli anni precedenti, si nota un lieve calo pur mantenendo livelli superiori al 95% [figura 2].

Le coperture vaccinali calcolate per singolo distretto della provincia sono elevate e presentano modeste variazioni oscillando, per esempio per la vaccinazione antipoliomielite, tra il 95% del Distretto Centro Nord e il 96,8% del Distretto Ovest.

Variazioni del tutto sovrapponibili presentano le coperture vaccinali per le altre vaccinazioni somministrate nel primo anno di vita.

La *copertura vaccinale contro il morbillo* a 24 mesi (con vaccino antimorbillo-parotite-rosolia) è aumentata nel corso degli anni raggiungendo, per i bambini nati nel 2009, un valore pari all'89,1% [figura 3].

Ma, per l'eliminazione del morbillo occorre, a questa età, raggiungere l'obiettivo di copertura del 95% come previsto dal Piano nazionale di eliminazione del morbillo e del-

Copertura vaccinale a 24 mesi di vita. Coorte di nascita 2009.

	poliomielite	difterite tetano	pertosse	epatite B	emofilo b	morbillo
Italia	96,1	96,3	95,8	96,0	95,6	89,9
Trento	95,9	95,9	95,8	95,5	95,2	89,1

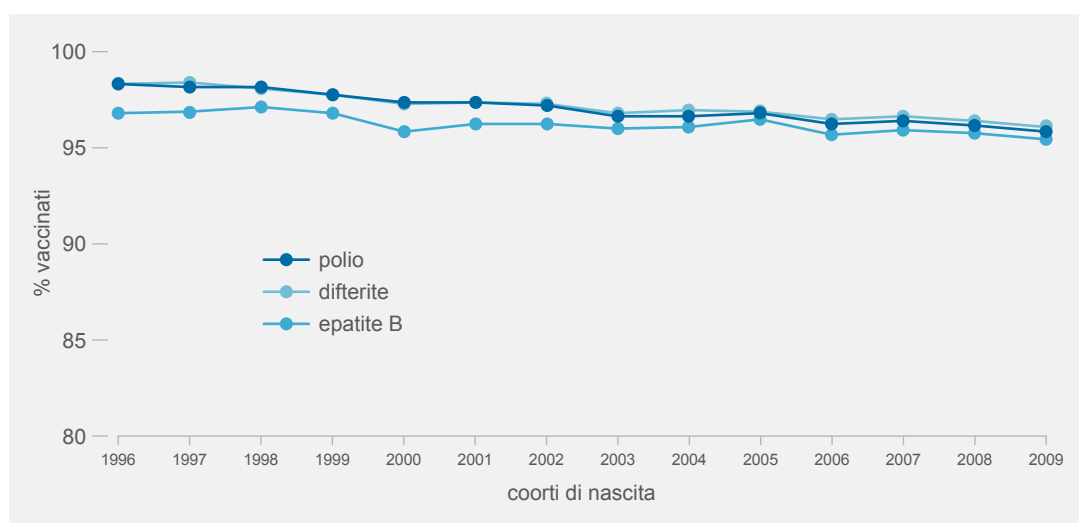


Tabella 5

Copertura vaccinale a 24 mesi di vita in Italia e in provincia di Trento. Coorte di nascita 2009.

ELABORAZIONE MINISTERO DELLA SALUTE SU DATI DELLE ANAGRAFI VACCINALI DEI DISTRETTI

Figura 2

Andamento delle coperture vaccinali a 24 mesi per polio, difterite ed epatite B, in provincia di Trento. Anni 1996-2009.

ELABORAZIONE SU DATI DELL'U.O. IGIENE E SANITÀ PUBBLICA - APSS

Figura 3
Andamento delle coperture vaccinali per morbillo a 24 mesi, in provincia di Trento. Anni 1996-2011.

ELABORAZIONE SU DATI DELL'U.O. IGIENE E SANITÀ PUBBLICA - APSS

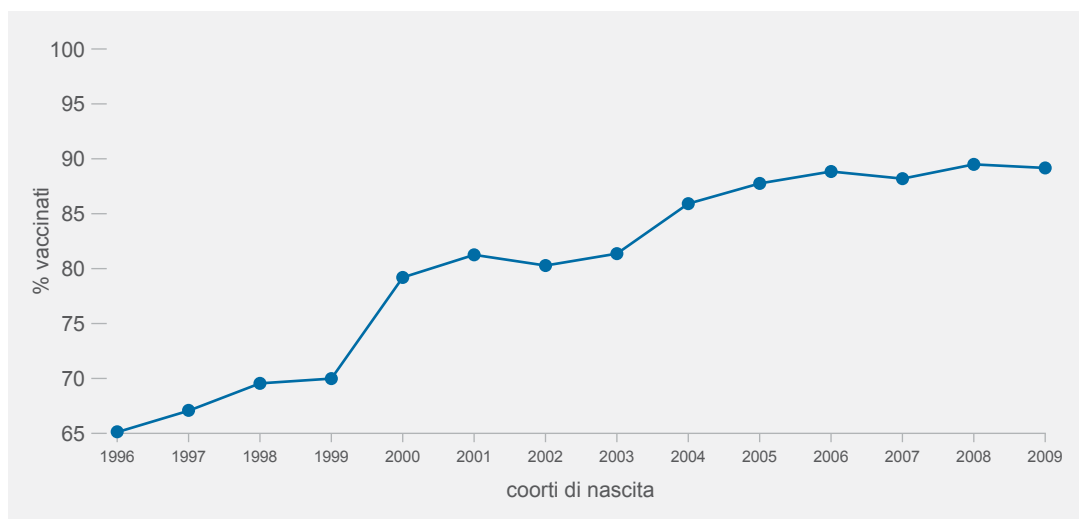
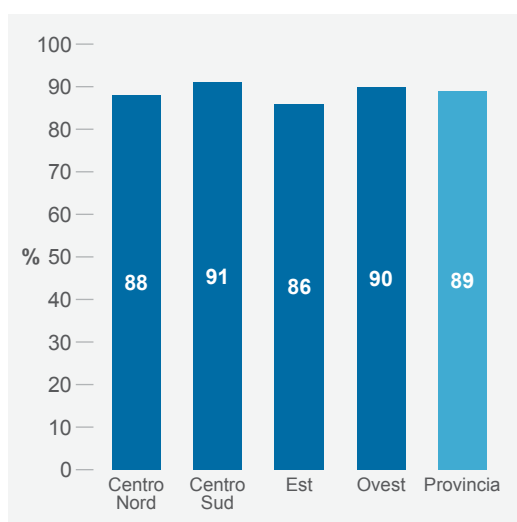


Figura 4
Coperture vaccinali per morbillo in provincia di Trento, per distretto. Coorte di nascita 2009.

ELABORAZIONE SU DATI DELL'U.O. IGIENE E SANITÀ PUBBLICA - APSS



la rosolia congenita per gli anni 2010-2015. Esaminando le stesse coperture vaccinali suddivise per distretto [figura 4] si evidenzia una discreta eterogeneità con valori variabili, per i nati nel 2009, da un minimo di 86% (Distretto Est) a un massimo di 91% (Distretto Ovest).

Le differenze sono imputabili, verosimilmente, al diverso grado di collaborazione tra le figure professionali coinvolte nel processo vaccinale (operatori dei servizi vaccinali, pediatri di famiglia, ostetriche) da cui originano le azioni necessarie per ottenere l'adesione consapevole della vaccinazione da parte delle famiglie.

Per raggiungere l'obiettivo di eliminazione del morbillo sono state promosse molte azioni finalizzate a migliorare non solo la capacità di comunicazione degli operatori sanitari nei confronti delle famiglie, ma anche la qualità dell'informazione relativa-

mente ai contenuti scientifici, al tempo dedicato e al rispetto delle differenze culturali, per garantire un'adesione consapevole alla vaccinazione.

In Trentino si registra una buona adesione delle famiglie alle *nuove vaccinazioni* incluse nel calendario provinciale (*pneumococco e meningococco C*), il cui tasso di copertura, nel 2011, raggiunge rispettivamente l'85% e il 75% [figura 5].

La *vaccinazione contro il papilloma virus* (HPV – Human Papilloma Virus) ha l'obiettivo di prevenire il tumore del collo dell'utero. Si tratta quindi di un risultato che non può essere verificato in tempi brevi, dal momento che possono passare anche 20 anni fra l'infezione e la comparsa del tumore.

In provincia di Trento la vaccinazione viene offerta dal 2008 gratuitamente e attivamente alle dodicenni; è prevista inoltre la possibilità di accedere agli ambulatori vaccinali pagando un prezzo agevolato per tutte le giovani donne fino all'età di 25 anni.

Dopo quattro anni dall'avvio del programma di vaccinazione contro il papillomavirus, le coperture vaccinali nella nostra provincia non mostrano l'incremento atteso: per la coorte delle nate nel 1997, la prima a essere stata invitata, la copertura raggiunta risulta pari al 55% e per quella delle nate nel 2000, la più recente a essere chiamata, la copertura risulta pari al 59%.

Si nota, inoltre, una discreta variabilità tra i distretti come risulta dalla figura 6. Si può ipotizzare che essa sia influenzata dalla diversa accettazione di questa vaccinazione

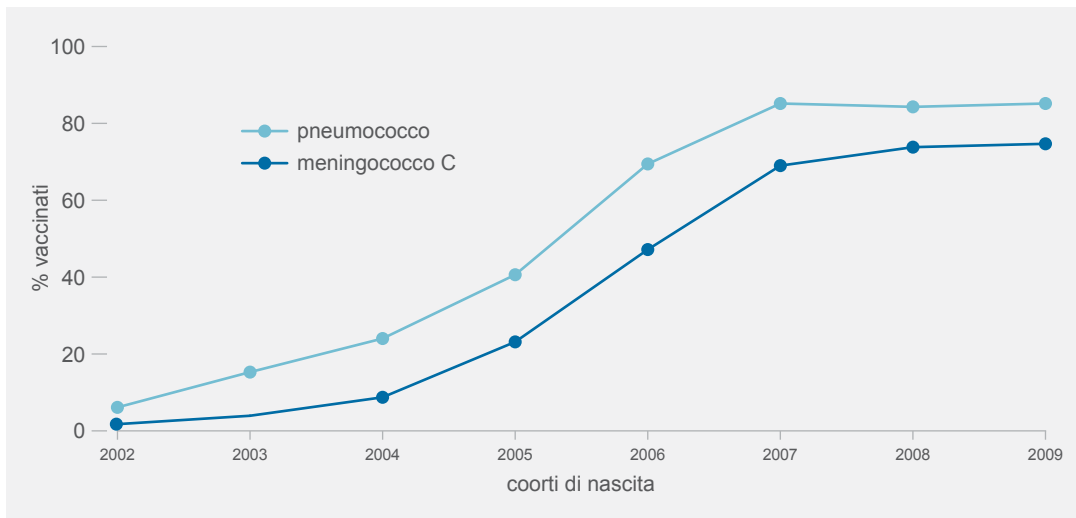


Figura 5
Andamento delle coperture vaccinali per pneumococco e meningococco C a 24 mesi, in provincia di Trento. Anni 2002-2009.

ELABORAZIONE SU DATI DELL'U.O. IGIENE E SANITÀ PUBBLICA - APSS

soprattutto da parte dei professionisti, che sono tenuti a fornire informazioni precise e pertinenti alle famiglie perché possano prendere decisioni consapevoli.

Commento

L'esame dei dati sull'andamento dei tassi di copertura vaccinale degli ultimi anni in provincia di Trento e l'esame della situazione epidemiologica locale, hanno consentito di avviare un percorso che consentirà di passare gradualmente dall'obbligatorietà all'adesione consapevole alle vaccinazioni. Con l'approvazione del Piano provinciale di promozione delle vaccinazioni è stata sospesa, a partire da gennaio 2012, l'applicazione della sanzione pecuniaria e l'obbligo di presentare il certificato di avvenuta vaccinazione ai fini scolastici nei confronti di coloro il cui rifiuto del vaccino è motivato da insuperabile convincimento personale.

In seguito a questo provvedimento è stata rafforzata l'attività di sorveglianza relativa all'adesione alle vaccinazioni attraverso il monitoraggio delle coperture vaccinali e dell'incidenza delle malattie prevenibili con la vaccinazione. In particolare l'andamento delle coperture vaccinali sarà tenuto sotto controllo sia tramite una rilevazione semestrale (anziché annuale), che è in grado di evidenziare tempestivamente eventuali cali di copertura vaccinale, sia tramite un'osservazione attenta dei genitori che rifiutano le vaccinazioni, attraverso la registrazione dei dissensi cioè di quella quota di genitori che hanno espresso in maniera esplicita l'intenzione di non aderire alla vaccinazione offerta al proprio bambino.

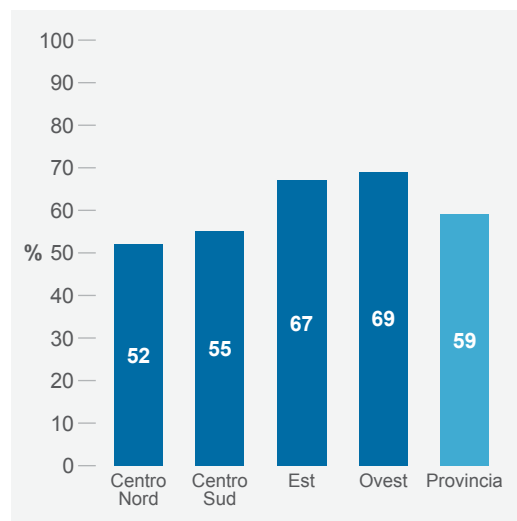


Figura 6
Coperture vaccinali per HPV in provincia di Trento, per distretto. Coorte di nascita 2000.

ELABORAZIONE SU DATI DELL'U.O. IGIENE E SANITÀ PUBBLICA - APSS

Le vaccinazioni rivolte alla popolazione adulta

Influenza

L'influenza costituisce un importante problema di sanità pubblica a causa del numero di casi che si verificano in ogni stagione e che può essere più o meno elevato a seconda della contagiosità del virus circolante e delle possibili gravi complicanze.

La malattia può avere un decorso asintomatico, ma nella maggior parte dei casi si manifesta con febbre, tosse, mal di gola, dolori muscolari e delle articolazioni, cefalea e malessere generale che si risolvono in una settimana.

Le complicanze dell'influenza sono più frequenti nei soggetti al di sopra dei 65 anni di età e in determinate categorie di rischio, quali il diabete, le malattie immunitarie, cardiovascolari e respiratorie.

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta un mezzo efficace e sicuro per prevenire la malattia e le sue complicanze. I principali destinatari della vaccinazione sono le persone di età pari o superiore a 65 anni e le persone di tutte le età affette da malattie che aumentano il rischio di complicazioni a seguito di influenza.

In Trentino la copertura vaccinale antinfluenzale negli ultrasessantatrenni è aumentata fino a stabilizzarsi negli ultimi anni, raggiungendo nel 2011 un valore pari al 62,1% in linea con quella nazionale (62,7%) [figura 7].

Malgrado il piccolo incremento della copertura vaccinale nella popolazione anziana rispetto all'anno precedente (61,6%), si è confermato un calo di adesione alla vaccinazione nella popolazione generale già registrato a seguito delle polemiche che avevano accompagnato il vaccino pandemico.

Nel 2011 sono state somministrate oltre 1.000 dosi in meno di vaccino rispetto all'anno precedente, calo che peraltro è stato registrato anche nelle altre regioni.

Infezione pneumococcica

È dovuta a un germe, lo pneumococco, responsabile di gravi malattie, tra cui polmoniti, meningiti e batteriemie (infezioni del sangue).

Gli anziani e le persone che soffrono di malattie croniche (in particolare a carico dei reni, apparato respiratorio, cuore e diabete) sono più a rischio di contrarre la malattia.

L'infezione pneumococcica può essere prevenuta con la vaccinazione, che non prevede nessuna dose di richiamo.

Il progetto di vaccinazione antipneumococcica nell'anziano è stato avviato in provincia di Trento nel 2003. Prevede l'offerta della vaccinazione ai sessantacinquenni e alle per-

Figura 7
Andamento delle coperture vaccinali per influenza negli ultrasessantatrenni in provincia di Trento. Anni 1997-2011.

ELABORAZIONE SU DATI DELL'U.O. IGIENE E SANITÀ PUBBLICA - APSS

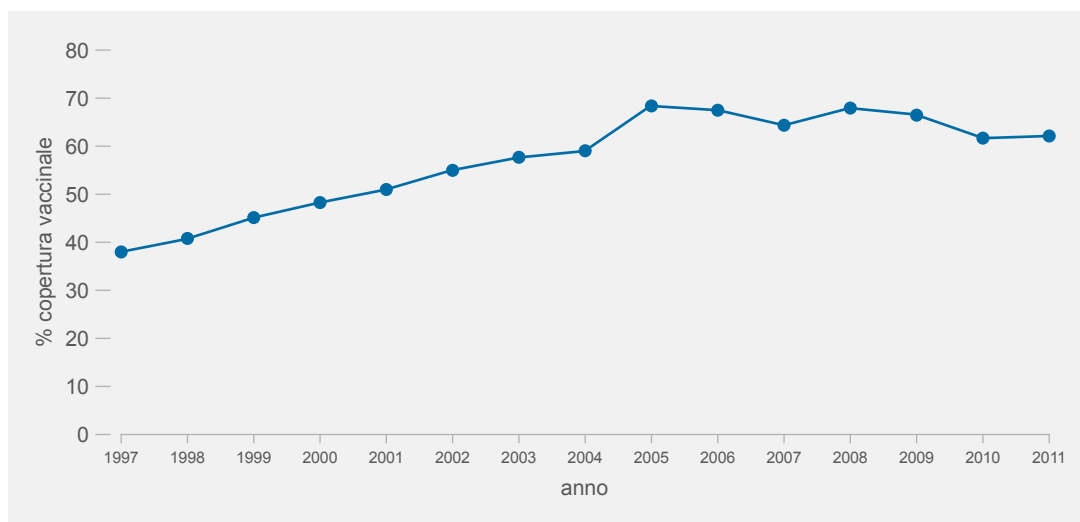
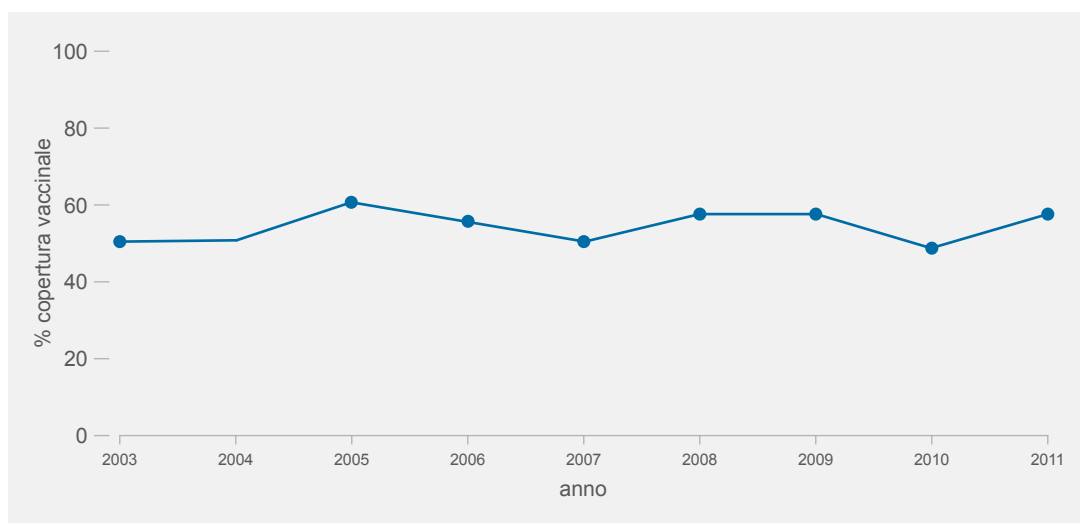


Figura 8
Andamento delle coperture vaccinali per pneumococco nei sessantacinquenni in provincia di Trento. Anni 2003-2011.

ELABORAZIONE SU DATI DELL'U.O. IGIENE E SANITÀ PUBBLICA - APSS



sono di qualsiasi età che presentano fattori di rischio per la malattia pneumococcica: la somministrazione del vaccino avviene in occasione della vaccinazione antinfluenzale allo scopo di raggiungere in una sola volta la popolazione bersaglio che è la stessa per i due interventi.

Nel 2011 sono state invitate attivamente le persone nate nel 1946; sono state vaccinate 3.882 persone, pari al 57,6% di quelle appartenenti a questa coorte di nascita.

Nella figura 8 è rappresentato l'andamento delle coperture vaccinali dall'inizio del programma di vaccinazione.

La sorveglianza delle reazioni avverse ai vaccini

La sorveglianza degli eventi avversi alle vaccinazioni fa parte del più generale sistema di sorveglianza delle reazioni avverse da farmaci e svolge l'importante funzione di monitorare la sicurezza dei vaccini e di mantenere alta la fiducia dei cittadini nei confronti delle vaccinazioni. Tutti i medici, gli operatori sanitari e i farmacisti sono tenuti a segnalare reazioni avverse legate alla somministrazione di qualsiasi farmaco, compresi i vaccini. Inoltre, la segnalazione può essere effettuata anche dal privato cittadino.

Nel 2011 sono state somministrate 159.695 dosi di vaccino e sono state notificate 40 schede di eventi avversi, vale a dire che sono stati segnalati 2,5 eventi avversi ogni 10.000 dosi di vaccinazioni somministrate.

La frequenza maggiore di segnalazioni riguarda in termini assoluti i bambini di età inferiore o pari a un anno (12 segnalazioni su 30.000 dosi di vaccino somministrate), conseguenza di una particolare attenzione delle famiglie e dei pediatri alla salute dei più piccoli, e gli adulti di età superiore a 18 anni (12 segnalazioni).

Tra gli eventi avversi segnalati prevalgono le reazioni locali (21), caratterizzate da dolore, indurimento e rossore nella sede di iniezione, tutte lievi e risoltesi completamente nel corso di qualche giorno. Solo in un caso il dolore locale alla coscia ha comportato impotenza funzionale dell'arto inferiore per qualche ora.

Tra le reazioni generali prevalgono le alterazioni delle condizioni generali (febbre e malessere in 5 casi) sulle manifestazioni del sistema nervoso centrale e periferico (cefalea, lipotimia in 4 casi), seguite dalle alterazioni cutanee (eruzione cutanea, eritema in 3 casi) e da quelle dell'apparato gastrointestinale (nausea, vomito in 2 casi).

Non si è registrato nessun caso di shock anafilattico.

Riassunto e conclusioni

Il Profilo di salute

Cosa si intende per salute?

La salute di un individuo o di una popolazione non è una condizione statica di presenza o assenza di malattia, ma deve essere concepita come un continuum *salute-malattia* in cui ciascuno può collocarsi in un dato momento della sua vita, disponendo in ogni caso di risorse e opportunità per spostarsi verso la salute, cioè verso il benessere a livello fisico, psicologico e sociale.

Al fine di rafforzare risorse e opportunità per la salute risulta fondamentale intervenire sui determinanti della salute, cioè quell'insieme dinamico e interdipendente di fattori individuali, ambientali e socio-economici dai quali risulta lo stato di salute. Essi definiscono il contesto di vita specifico nel quale il raggiungimento del più alto standard di salute possibile è considerato, dalle Nazioni Unite e dalla Costituzione italiana, un diritto universale.

Promuovere la salute

Mettere in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla è il processo che identifica la promozione della salute, che non è, e non può essere, una responsabilità esclusiva del settore sanitario. La disponibilità di informazioni sullo stato di salute di una comunità è un prerequisito di tale processo e deve dare supporto alla comunità nel definire le priorità, assumere decisioni, pianificare e realizzare le strategie che consentano di raggiungere un migliore livello di salute.

Obiettivo del Profilo di salute

L'obiettivo del Profilo di salute è quindi di informare sia sui **determinanti "distali"**, di natura socio-economica e ambientale, sia

sui **determinanti "prossimali"**, cioè i comportamenti individuali legati alla salute (in parte scelte personali, in parte condizionate dall'ambiente socioeconomico) e di descrivere le **principali cause di morte e le malattie più diffuse** in provincia di Trento, conseguenze dell'effetto combinato dei determinanti di salute distali, prossimali e di fattori imm modificabili di natura genetica.

Si è cercato di adottare un linguaggio comprensibile anche per un pubblico di non esperti al fine di rendere più accessibile, piacevole e informativo il documento, che è destinato a un pubblico molto ampio: decisori dell'amministrazione provinciale, delle comunità di valle, dei comuni e dell'azienda sanitaria, le associazioni professionali e di volontariato che operano nel settore socio-sanitario e tutti i cittadini.

Metodo

Per la descrizione dei singoli ambiti sono stati utilizzati in maniera integrata i diversi flussi e fonti di dati disponibili, fornendo informazioni sia a livello provinciale sia a livello di distretto sanitario (per gli indicatori più importanti).

In altre parole, il punto di partenza non è l'analisi di una singola fonte informativa, ma è sempre un ambito di interesse per la descrizione del quale vengono raccolte informazioni derivanti da fonti diverse.

Particolare attenzione è stata posta all'inserimento di informazioni relative all'andamento nel tempo dei fenomeni e al confronto con i dati regionali (Nord Est), nazionali e internazionali, e, laddove esistono, con standard e obiettivi specifici. Il risultato finale è un ritratto, non troppo dettagliato e senza pretese di esaustività, dello stato di salute della popolazione residente in Trentino.

L'esigenza di costruire un profilo snello e facilmente consultabile ha comportato la

necessità di limitare gli ambiti di indagine a quelli più importanti per la promozione della salute, inserendo solo qualche accenno alla qualità dei servizi sanitari e tralasciando l'ambito della loro organizzazione, un aspetto rilevante (oggetto di pubblicazioni specifiche), ma di minore impatto sulla salute della popolazione rispetto agli altri determinanti di salute esaminati in questa relazione.

Dall'analisi del contesto alla pianificazione partecipata

Rispetto alle tematiche socio-sanitarie prese in esame, il Trentino si trova senz'altro in una posizione privilegiata nel panorama italiano. Questo non significa che non siano possibili o necessari ulteriori miglioramenti. Alcuni ambiti problematici emersi sono riassunti in una tabella finale che deve essere intesa solo come elenco provvisorio, parziale e da integrare attraverso un processo partecipato a livello territoriale di discussione e condivisione con la cittadinanza, con gli esperti dei singoli settori e con tutti i portatori di interesse. Attraverso lo stesso processo è possibile anche individuare i criteri per poter ordinare i problemi per priorità, le risorse disponibili e i possibili interventi per affrontarli.

Idealmente il risultato finale di tale processo è la stesura di un piano per la salute provinciale (e di singolo distretto). Un piano basato quindi sull'esame del contesto epidemiologico, che dia un indirizzo per una mobilitazione comunitaria di promozione della salute e che veda impegnata l'intera società, applicando il principio della salute in tutte le politiche.

Il riassunto dei risultati principali

Popolazione

La popolazione trentina cresce sia per l'apporto del saldo naturale, sia per l'entità del saldo migratorio o sociale. Dal punto di vista demografico in Trentino, come nel resto d'Italia, si registrano sostanzialmente due aspetti centrali: l'aumento della presenza di immigrati e il progressivo invecchiamento della popolazione. Entrambi i fenomeni comportano opportunità e sfide di cui tenere conto in maniera trasversale in tutte le attività di programmazione e pianificazione di politiche e interventi di sanità pubblica.

Ambiente naturale

Il Trentino è caratterizzato da un ambiente naturale favorevole alla salute, per la sua bellezza e le numerose possibilità di entrare in contatto con la natura e di esercitarvi delle attività fisiche alla portata di tutti.

Tuttavia la particolare conformità orografica comporta anche fenomeni problematici, come la concentrazione delle attività lavorative in pochi centri urbani a fondovalle, la maggiore difficoltà nell'organizzazione di trasporti pubblici capillari e altre forme di trasporto attivo e il conseguente traffico autoveicolare relativamente intenso, con un impatto negativo, seppur molto minore rispetto a molte altre realtà italiane, in termini di inquinamento, incidenti, sedentarietà e spreco di risorse.

Riscaldamento globale

Si stima che in Trentino nel 2009 siano state emesse 3,9 milioni di tonnellate di CO₂ equivalenti, quindi circa 7,5 tonnellate pro capite (media italiana = 8,2 tonnellate pro capite).

Dal punto di vista dei parametri ambientali legati ai fenomeni del riscaldamento globa-

le, in Trentino vengono registrati stabilmente valori di CO₂ equivalenti pro capite inferiori rispetto alla media nazionale e nel 2009 si è osservata una riduzione delle emissioni di gas serra di -6,7% rispetto al 2005 (anche se non si è ancora raggiunto il valore del 1990). Il Protocollo di Kyoto prevede invece la riduzione delle emissioni del 6,5% rispetto al 1990.

Questa situazione relativamente migliore è dovuto anche alla mancanza di grandi industrie, che rappresentano importanti fonti di emissione e alle quali è da imputare, insieme alla crisi economica, la riduzione registrata in Italia nel 2009 rispetto al 1990 (del 5,4%).

Rifiuti

Nel 2009 sono 534 i kg di rifiuti urbani raccolti in Trentino per ogni abitante (valore identico alla media italiana). Rispetto al 2001 la quantità di rifiuti è stata notevolmente ridotta. Rispetto agli altri paesi europei (UE 27) questo valore si colloca leggermente al di sopra della media (512 kg/capite).

La provincia di Trento risulta essere in cima alla classifica italiana della raccolta differenziata, con 59% nel 2008 e 61% nel 2009 (sul totale dei rifiuti urbani).

Impiego di fitosanitari

Nel 2010 in Trentino sono state distribuite 2.158 tonnellate di prodotti fitosanitari e in media 8,3 kg di principio attivo per ettaro di superficie agricola utilizzata (SAU). Nel Nord Est vengono utilizzati in media 8,9 kg/SAU, ma in provincia di Bolzano soltanto 4,2 kg/SAU. Mentre in Italia si registra una riduzione dell'impiego di pesticidi a partire dal 2005, in Trentino si osserva una riduzione solo dal 2007.

Al fine di ridurre la quantità di fitosanitari occorre espandere maggiormente la superficie agricola utilizzata nell'agricoltura biologica (come previsto anche dal Patto per lo sviluppo sostenibile).

Occupazione

Secondo i dati del sistema PASSI, in Trentino il 70% della popolazione tra 18 e 65 anni ha un lavoro regolare. L'obiettivo fissato dall'Unione europea prevede nel 2020 una quota di popolazione tra i 20 e i 64 anni occupata al 75%.

Nel 2010 il valore dell'indicatore in Italia (61%, secondo ISTAT) è di 14 punti percentuali inferiore a questo traguardo. In Trentino, dove il tasso di occupazione registrato dall'ISTAT (71%) conferma il dato PASSI, lo scostamento dal traguardo è di solo 4 punti percentuali.

Tuttavia, in Italia e anche in Trentino, il dato medio sintetizza uno squilibrio di genere molto forte (73% per gli uomini e 50% per le donne in Italia, 80% per gli uomini e 62% per le donne in Trentino).

Come a livello nazionale anche in Trentino nel 2010 si registra un calo del tasso di occupazione 20-64 anni: -0,6 punti complessivamente, -0,4 punti per gli uomini e -0,6 punti per le donne rispetto all'anno precedente.

Disoccupazione giovanile

In Italia, e anche in Trentino, nel mercato del lavoro continua a peggiorare la condizione dei giovani, da sempre una delle categorie più vulnerabili.

Nel 2010 il tasso di disoccupazione giovanile in Italia è pari al 27,8%, in aumento di 2,4 punti percentuali rispetto all'anno precedente. In Trentino nel 2010 il tasso di disoccupazione giovanile è del 15,1%, in aumento di 3,6 punti percentuali rispetto all'anno precedente. Si tratta, sia per l'Italia che per il Trentino, del valore più alto dell'ultimo decennio. In Trentino il problema della disoccupazione giovanile è minore rispetto alla media italiana, ma sta crescendo e colpisce soprattutto (e sempre di più) le donne.

Lavoro a tempo determinato

Il lavoro a tempo determinato rappresenta la principale forma di lavoro atipico. Dopo il calo osservato nel 2009 in Italia e in Trentino, il lavoro a termine torna a crescere, con un incremento medio annuo dell'1,4%. Nel 2010 l'incremento del lavoro a termine interessa soprattutto gli uomini; tuttavia questa forma di lavoro resta più diffusa tra le donne (in Italia 14,5% vs 11,4% degli uomini; in Trentino 17,5% vs 12,1% degli uomini). Il ricorso ai contratti a tempo determinato è più frequente in Trentino sia rispetto alla media nazionale che a quella del Nord Est.

Povertà

Nel 2010, secondo ISTAT, le famiglie trentine in condizioni di povertà relativa sono il 5,9% delle famiglie residenti (5,2% nel Nord Est e l'11,0% in Italia) e il 9,2% delle famiglie presenta almeno tre delle difficoltà considerate nella definizione di deprivazione sociale (il 10% nel Nord Est e il 15,7% in Italia). In linea con il dato ISTAT, il sistema di monitoraggio PASSI riporta un 6% della popolazione adulta (18-69 anni) trentina con molte difficoltà economiche, il 29% con qualche difficoltà e il 65% con nessuna difficoltà. In Italia non ha difficoltà economiche il 46% della popolazione adulta, il 41% ha qualche difficoltà, il 13% molte. La prevalenza di difficoltà economiche mostra un rilevante gradiente nord-sud.

Disuguaglianza nella distribuzione del reddito

La distribuzione della ricchezza è un indicatore socio-sanitario importante perché è stato dimostrato che società con minori discrepanze sociali al loro interno hanno una maggiore coesione sociale e significativamente meno problemi socio-sanitari.

In Trentino le persone guadagnano mediamente di più e tale ricchezza è distribuita più equamente rispetto all'Italia. In Trentino il valore dell'indice di Gini (l'indicatore internazionale di riferimento per la misura della distri-

buzione del reddito) è pari a 0,255, risultando quello più basso registrato in Italia e inferiore anche alla maggioranza dei paesi europei.

Impatto sulla salute delle disuguaglianze sociali

Dal sistema PASSI del Trentino risulta che gli strati sociali con più difficoltà economiche o basso livello di istruzione sono più a rischio di:

- percepire di avere una cattiva salute
- avere sintomi di depressione
- essere fumatori
- essere sedentari
- essere in eccesso ponderale (per le donne)
- essere ipertesi (per le donne)

Non si registrano invece differenze per:

- consumo di alcol
- consumo di frutta e verdura
- misurazione di pressione e colesterolo
- alta colesterolemia
- carta del rischio
- screening mammografico (il programma di screening organizzato riduce disuguaglianze).

25-64enni con livello di istruzione non elevato

In Trentino, nel 2010, il 34,6% (il 45,2% a livello nazionale) della popolazione tra i 25 e i 64 anni di età ha conseguito come titolo di studio più elevato la licenza di scuola media inferiore.

Il valore registrato in Trentino risulta tra quelli più bassi in Italia, ma ancora superiore alla media UE 27 (27,3%).

Valori più elevati di persone con basso livello di istruzione rispetto a quelli del Trentino e dell'Italia vengono registrati solo in Grecia, Spagna, Portogallo e Malta.

Livelli di competenza degli studenti 15enni

Per quanto riguarda la lettura, in Trentino il 14,5% degli studenti 15enni risulta

incompetente (il 21% a livello nazionale). Tale percentuale pone il Trentino al quarto posto in Italia e anche in Europa (l'Italia si colloca al 16° posto nell'UE 27).

In matematica il 14,4% degli studenti trentini 15enni risulta incompetente (il 25% in Italia). Tale percentuale pone il Trentino al secondo posto in Italia e al quarto posto in Europa (l'Italia invece si colloca al 23° posto; solo Lituania, Grecia, Romania, Bulgaria sono peggiori).

Nelle scienze il 12% degli studenti trentini 15enni risulta incompetente, (il 20,6% in Italia) ponendo il Trentino al 5° posto nella classifica italiana.

Prevalenza dell'istruzione universitaria tra i 30-34enni

In Trentino, nel 2010, il 22,7% dei giovani 30-34enni è in possesso di un titolo di studio universitario (il 19,4% degli uomini e il 26% delle donne), con un incremento in confronto al 2004 di 8,1 punti percentuali, superando la media nazionale e anche quella del Nord Est (entrambi al 19,8%), ma con risultati ancora lontani dal target fissato dalla Commissione europea nella Strategia Europa 2020 (che si pone come obiettivo un titolo di studio universitario o equivalente per almeno il 40% dei giovani tra i 30 e i 34 anni).

Giovani che abbandonano prematuramente gli studi

La Strategia Europa 2020 prevede, come obiettivo da raggiungere nel campo dell'istruzione e della formazione, la riduzione al 10% della quota di giovani che lasciano la scuola senza essere in possesso di un adeguato titolo di studio.

In Trentino, nel 2010, l'11,8% dei giovani ha abbandonato prematuramente gli studi, il 13,7% dei ragazzi e il 9,9% delle ragazze. Valori migliori rispetto alla media nazionale (18,8%, il 22% dei ragazzi e il 15,4% delle ragazze) e anche rispetto alla media europea (14,1%; il 16% dei ragazzi e il 12,2% delle ragazze).

Giovani che non lavorano e non studiano

In Trentino, nel 2010, il 13,8% della popolazione tra i 15 e i 29 anni risulta fuori dal circuito formativo e lavorativo (in Italia il 22,1%).

Il fenomeno è più diffuso tra le donne (17,5%; uomini 10,1%, per una differenza di 7,4 punti percentuali). La differenza tra i generi risulta più marcata in Trentino rispetto alla media italiana.

Dopo un periodo in cui il fenomeno aveva mostrato una leggera regressione (tra il 2005 e il 2007) l'incidenza torna a crescere durante la recente crisi economica, segnalando l'incremento più sostenuto tra il 2009 e il 2010.

Apprendimento permanente

La strategia di Lisbona aveva posto, tra i cinque benchmark da raggiungere entro il 2010 nel campo dell'istruzione e della formazione, quello di una quota di adulti impegnati in attività formative pari al 12,5%.

In Trentino l'8,3% degli adulti (il 7,7% degli uomini e l'8,9% delle donne) è impegnato in corsi di formazione. Si tratta della percentuale più elevata in tutta l'Italia (media 6,2%). Sia in Trentino sia in Italia la situazione risulta pressoché invariata dal 2004. Su scala europea il Trentino si colloca in posizione intermedia, con valori comunque inferiori alla media UE 27 (9,1%; 8,3% per gli uomini e 10% per le donne).

Attività fisica

Il 42% dei trentini tra i 18 e i 69 anni adotta uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; un altro 42% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 16% è completamente sedentario.

Questo significa che in Trentino circa 57.000 persone in età adulta non praticano nessun tipo di attività fisica. Mediamente in Italia la prevalenza di sedentarietà è del 30%

con un chiaro gradiente nord-sud, a sfavore delle regioni meridionali.

In Trentino, nel periodo 2008-2011, il 19% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

Solo al 39% di chi è stato dal medico nell'ultimo anno è stato chiesto se svolge attività fisica e solo al 36% viene consigliato di farla regolarmente.

Fumo di sigaretta

In provincia di Trento, circa la metà degli adulti di 18-69 anni è non fumatore, il 24% è classificabile come ex-fumatore e il 23% è fumatore. Il restante 2% è rappresentato da fumatori in astensione (hanno smesso da meno di sei mesi). Si stima quindi che tra la popolazione adulta trentina ci siano quasi 82.000 fumatori di cui il 44% tenta di smettere. Mediamente in Italia la prevalenza di fumatori è del 28%. In Trentino il fenomeno è stabile nel tempo e non si registrano differenze tra distretti.

Al 44% dei trentini che sono stati nell'ultimo anno dal medico è stato chiesto se fuma e al 52% dei fumatori viene consigliato di smettere.

In Trentino il divieto di fumo nei locali pubblici è in sostanza sempre rispettato (83% sempre, 12% quasi sempre), analogamente a quanto si verifica sul posto di lavoro (82% sempre, 11% quasi sempre).

Nell'84% delle case trentine non si fuma, nel 13% in certe stanze/ore/situazioni e nel 3% si fuma sempre. L'assenza di fumo in casa sale al 91% nel caso in cui in famiglia ci siano bambini con meno di 15 anni. Tuttavia, nell'8% di case si fuma in certe stanze/ore/situazioni e nell'1% sempre, anche in presenza di bambini.

Alimentazione e stato nutrizionale

Il 4% dei trentini tra i 18 e i 69 anni risulta sottopeso, il 60% normopeso, il 28% sovrappeso e l'8% obeso. Complessivamente il 36% della popolazione trentina presenta un eccesso ponderale, comprendendo in questa definizione sia sovrappeso che obesità. Si

stima quindi che in Trentino ci siano circa 28.000 adulti obesi e circa 100.000 adulti in soprappeso (di cui il 43% ritiene di pesare “più o meno il giusto”).

La prevalenza di eccesso ponderale appare più elevata lungo l'asse est-ovest della provincia, con il distretto Est che presenta una prevalenza significativamente più elevata rispetto ai distretti Centro Nord e Centro Sud (la differenza rispetto alla media provinciale è al limite della significatività).

La prevalenza di persone in eccesso ponderale in Trentino pare stabile per il periodo 2008-2011, analogamente a quanto si registra anche a livello nazionale.

Rispetto alle regioni italiane, il Trentino ha la prevalenza di persone in eccesso ponderale tra le più basse. Mediamente in Italia tale prevalenza è del 42%.

Il 55% dei trentini in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare ha ricevuto questo consiglio il 47% delle persone in soprappeso e l'80% delle persone obese.

Il 98% dei trentini tra i 18 e i 69 anni mangia frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 43% tre-quattro porzioni al giorno e solo il 16% le cinque porzioni raccomandate (valore comunque nettamente superiore alla media nazionale del 10%). Non si registrano differenze nel tempo o tra distretti.

Consumo di alcol

Nel periodo 2008-2011, in provincia di Trento, oltre un terzo (36%) degli adulti di 18-69 anni non beve alcolici e il 38% consuma alcol in maniera moderata. Il 17% della popolazione adulta beve alcol fuori pasto, il 5,5% consuma abitualmente quantità elevate di alcol e il 13% è un bevitore binge. Per il 26% il consumo è a maggior rischio, definito dalla presenza di almeno uno delle modalità a rischio (quantità elevata o binge o fuori pasto).

Si stima quindi che circa 20.000 trentini adulti consumano abitualmente alcol in modo elevato, circa 47.000 siano bevitori binge e circa 93.000 siano consumatori a maggior rischio.

La prevalenza di consumatori di alcol a maggior rischio è pressoché identica nei quattro distretti sanitari e rimane stabile nel tempo. In Italia la percentuale di bevitori a maggior rischio è risultata del 17%. A un confronto nazionale la prevalenza registrata in Trentino è tra le più elevate, come succede per tutte le regioni del Nord Est.

Solamente a un trentino su cinque (21%) che è stato nell'ultimo anno dal medico, è stato chiesto se consuma alcol.

Consumo di sostanze stupefacenti illegali

In Trentino-Alto Adige la sostanza stupefacente illegale maggiormente consumata risulta essere la cannabis (si stima che circa l'11% della popolazione tra i 15 e i 64 anni abbia consumato cannabis nell'anno precedente l'inchiesta).

La prevalenza di uso problematico di sostanze stupefacenti in Trentino viene stimata essere di 6,5 persone ogni mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni, corrispondenti a circa 2.400 persone, di cui 1.600 consumatori problematici di oppiacei e 800 consumatori problematici di stimolanti (principalmente cocaina).

Mentre i valori di consumo stimati in Trentino-Alto Adige si sovrappongono sostanzialmente alla media nazionale, i valori stimati di uso problematico risultano inferiori alla media nazionale (8,5 persone ogni 1.000 abitanti).

Gioco d'azzardo

Dai dati IPSAD del 2010 emerge che circa il 42% della popolazione residente in Trentino-Alto Adige tra 15 e 64 anni abbia giocato puntando soldi. Il gioco è più diffuso tra gli uomini (52%) rispetto alle donne (33%), inoltre l'11% degli uomini e il 6% delle donne riferisce di avere l'impulso a giocare somme di denaro sempre più consistenti, mentre l'11% degli uomini e il 4% delle donne cerca di tenere nascosta l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco.

Negli ultimi 12 mesi tra gli studenti trentini il 64% dei ragazzi e il 50% delle ragazze ha

praticato giochi in cui si puntano soldi. Tra chi gioca, il 12% dei ragazzi e il 7% delle ragazze gioca frequentemente (20 volte e più), e il 26% risulta essere a rischio di diventare un giocatore problematico (il 18% a rischio minimo, l'8% a rischio moderato). Alla luce di questi dati si può desumere che una parte dei giocatori, soprattutto maschi, può essere considerato a rischio per lo sviluppo di problemi legati al gioco.

Mortalità generale e principali cause di morte

Nel 2011 sono decedute 4.543 persone residenti in provincia di Trento (di cui 2.402 donne, pari al 53%), con un tasso di mortalità dell'8,5‰, uno dei più bassi d'Italia (il valore medio nazionale è 9,7‰). Il trend temporale del tasso grezzo per l'insieme delle cause di morte si mantiene stabilmente su livelli molto bassi, mai superiore al 9‰. Non emergono differenze nella distribuzione territoriale della mortalità.

Le principali cause di morte per tutte le età sono le malattie cardiovascolari (1.656; 36,5%) e i tumori (1.487; 32,7%) che assieme rappresentano quasi il 70% dei decessi. Tra le malattie cardiovascolari primeggiano le malattie ischemiche del cuore, le cardiopatie ischemiche croniche e gli infarti miocardici acuti. Tra i tumori prevalgono in generale quelli polmonari, del colon-retto e del pancreas; per le donne è il tumore della mammella a provocare più morti. Le altre cause di morte seguono in misura sostanzialmente minore: tra esse ci sono le malattie del sistema respiratorio (319; 7,0% – principalmente broncopneumopatia cronica ostruttiva e polmoniti) e i traumatismi (200; 4,4% – tra cui fratture del femore tra gli ultra 65enni e traumatismi multipli dovuti a incidenti stradali).

Mortalità evitabile e principali cause di morte precoce

Applicando la metodologia ERA dell'Istituto Superiore di sanità, nel 2011 i decessi evitabili con miglioramenti nell'ambito del-

la prevenzione, cura e riabilitazione, nei residenti in provincia di Trento sono stati 721, che rappresentano il 16% dei decessi per tutte le cause e il 60% dei decessi per tutte le cause entro i 75 anni. La mortalità evitabile riguarda prevalentemente gli uomini per i quali i decessi evitabili sono il doppio di quelli delle donne (483 vs. 238). Per le età tra i 20 e i 39 anni, dove l'evento morte evitabile è spesso legato a un incidente, il rapporto è ancora più sfavorevole per gli uomini, arrivando anche a 4-5 uomini morti per ogni decesso di una donna.

Gli uomini sono soprattutto colpiti dai tumori maligni dell'apparato respiratorio e dalle malattie ischemiche del cuore. Seguono i decessi per tumori dell'apparato digerente e per incidente traumatico. Nelle donne sono i tumori la principale causa di morte evitabile, in particolare i tumori dell'apparato respiratorio (a conferma dell'aumento di lungo periodo del tumore del polmone nelle donne) e della mammella, a cui seguono quelli del colon-retto.

La prevenzione primaria è la misura di intervento con maggiore impatto potenziale sul numero di decessi evitabili (414 pari al 57,4% del totale).

Anni di vita persi

Nel corso del 2011 a causa di morti evitabili, sono andati perduti quasi 17.000 anni di vita, 23,5 anni a decesso. Il 62% di questi anni sono andati persi per decessi di uomini, il 38% di donne.

Tra le cause di morte evitabile quella che toglie il maggior numero di anni tra gli uomini sono i traumatismi (23% degli anni persi totali; 32,5 anni per decesso), di questi un terzo sono incidenti stradali (8%; 37,2 anni persi). Seguono i tumori maligni al polmone (18%; 18,0 anni per decesso) e le malattie ischemiche del cuore (16%; 19,5 anni per decesso). Per le donne sono i tumori maligni della mammella a togliere il maggior numero di anni di vita (22%; 28,3 anni per decesso), poi i tumori del polmone (17%; 22,4 anni per decesso) e quelli del colon-retto (14%; 25,7 anni per decesso). I traumatismi per le donne rappresentano il 9% degli anni persi, però per ogni decesso vengono persi oltre 40

anni di vita. Gli anni di vita persi per suicidio rappresentano, nei due generi, il 7% del totale degli anni persi (più degli incidenti stradali) con quasi 35 anni persi per decesso.

Malattie cardiovascolari

In Trentino le malattie cardiovascolari rappresentano, insieme ai tumori, la prima causa di morte: nel 2011, 1.656 trentini sono morti per malattie cardiovascolari (pari al 37% di tutti i decessi; 40% negli uomini e 32% nelle donne). Importante sottolineare che le malattie cardiovascolari sono anche una tra le più significative cause di mortalità precoce evitabile (22% di tutti i decessi evitabili; 24% negli uomini, 18% nelle donne) e sono responsabili del 19% del totale di anni di vita persi prematuramente con circa 20 anni persi per ogni decesso.

La parte più importante di questa mortalità evitabile è dovuta alle malattie ischemiche del cuore che appartengono all'insieme delle patologie che sono sensibilmente condizionate dagli stili di vita e che quindi possono essere consistentemente ridotte attraverso la prevenzione primaria.

Le malattie cardiovascolari non sono solamente una delle principali cause di morte, ma sono anche il primo motivo di ricovero in ospedale. Nel 2011 hanno, infatti, causato 13.005 ricoveri (pari al 15% di tutti i ricoveri) per complessivamente 124.000 giorni di ricovero e poco più di 3.000 accessi in day hospital (tasso grezzo di ospedalizzazione per malattie cardiovascolari: 24 per 1.000 abitanti). Anche considerando solo i ricoveri per acuti (86%), escludendo quindi i ricoveri in lungodegenza e riabilitazione, le giornate di degenza sono state comunque più di 82.000 (20% del totale) e gli accessi in day hospital circa 2.600 (4% del totale).

Le malattie cardiovascolari rappresentano dunque la patologia che di gran lunga assorbe il maggior numero di giorni trascorsi in ospedale dai residenti trentini. Applicando la metodologia ERA risulta che circa un ricovero su 5 è da considerarsi potenzialmente inappropriato e circa un ricovero su 10 potenzialmente prevenibile. A causa di malattie cardiovascolari, ogni anno circa 100 decessi, 1.300 ricoveri e 7.300 giornate di degenza di persone potenzialmente sane potrebbero

essere sensibilmente ridotti/azzerati da interventi preventivi di sanità pubblica volti a contrastare i principali fattori di rischio.

Tumori

In provincia di Trento ogni anno si ammalano di tumore maligno (esclusi i carcinomi della cute) circa 2.600 persone, più di sette persone al giorno. Per oltre la metà si tratta di casi maschili (54%). Sia in Italia che in Trentino, escludendo i carcinomi della cute, i tumori più frequenti sono quelli del polmone, della mammella, del colon-retto e della prostata.

La frequenza con cui ogni anno in Italia vengono diagnosticati i tumori (escludendo i carcinomi della cute) è in media di 7 nuovi casi ogni 1.000 uomini (690 casi ogni 100.000 abitanti/anno) e di circa 6 casi ogni 1.000 donne (554 casi ogni 100.000 abitanti/anno); leggermente più bassi sono i dati trentini: meno di 6 nuovi casi ogni 1.000 uomini (585 casi ogni 100.000 abitanti/anno) e meno di 5 nuovi casi ogni 1.000 donne (479 casi ogni 100.000 abitanti/anno).

I tassi di incidenza, in entrambi i generi, non evidenziano differenze tra i distretti sanitari. Come in Italia, anche in provincia di Trento i tumori sono la seconda causa di morte (nel 2011 rappresentano il 33% di tutti i decessi) considerando la popolazione generale, ma diventano la prima per gli uomini (38%) e per le persone di età compresa tra i 35 e i 74 anni, età in cui oltre una persona su due muore per tumore (57%). La prima causa di morte oncologica è il tumore del polmone per gli uomini e quello della mammella per le donne. I tumori rappresentano anche la parte più consistente della mortalità evitabile. Nel 2011 in provincia di Trento di tutti i decessi evitabili, il 50% di quelli maschili e ben il 67% di quelli femminili sono dovuti a cause tumorali, per un totale di 8.652 anni di vita persi: 19 anni a decesso per gli uomini, 25 anni per le donne.

Screening del tumore del collo dell'utero

In Trentino vengono diagnosticati ogni anno circa 14 nuovi casi di tumore della cervice

uterina (tasso grezzo: 5,7 casi ogni 100.000 donne). L'incidenza in provincia di Trento è inferiore rispetto al dato medio nazionale. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è del 66%, in linea con i valori medi italiani. Nel triennio (round di screening) 2008-2010 sono state invitate a eseguire il Pap-test circa 96.000 donne trentine, per un'estensione dell'67%. L'adesione all'invito è risultata piuttosto contenuta: circa una donna su due (55%) esegue il Pap-test all'interno del programma di screening dopo aver ricevuto l'invito. Questa percentuale però sale notevolmente se si considera la copertura (cioè le donne che eseguono almeno un Pap-test entro l'intervallo raccomandato di tre anni, indipendentemente se all'interno o al di fuori del programma di screening) che raggiunge l'81%, a conferma di una consistente attività spontanea da parte delle donne trentine.

Screening del tumore della mammella

Come nelle altre parti d'Italia, anche in Trentino il cancro della mammella è la neoplasia più frequente, rappresentando circa un quarto dei tumori femminili. In provincia di Trento sono diagnosticati ogni anno circa 370 nuovi casi di tumore della mammella (tasso grezzo: 146 casi ogni 100.000 donne). La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è dell'87% circa, valore che non si discosta dal dato medio italiano. Nel biennio (round di screening) 2009-2010 sono state invitate a eseguire una mammografia di screening circa 60.700 trentine, per un'estensione pari al 96%, vale a dire che praticamente tutta la popolazione target ha ricevuto una lettera d'invito. La rispondenza all'invito è molto buona poiché ogni 100 donne invitate 79 si sono presentate a fare la mammografia. La copertura è di poco superiore e pari all'80%, a indicare come poche donne prediligano il percorso preventivo individuale e privato.

Screening del tumore del colon-retto

In Trentino, come in Italia, i tumori del colon-retto si collocano al terzo posto per inci-

denza negli uomini e al secondo nelle donne. In provincia di Trento sono diagnosticati ogni anno, complessivamente per uomini e donne, circa 330 nuovi casi di tumore del colon-retto (tasso grezzo: 78 casi ogni 100.000 uomini e 56 casi ogni 100.000 donne). La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è circa del 60% sia per gli uomini che per le donne, valori del tutto analoghi a quelli italiani. Come atteso, sia per la novità dello screening (avviato alla fine del 2007), sia per l'ampiezza non ordinaria del round, la copertura mostra una notevole crescita nel quadriennio 2008-2011, fino ad arrivare al 62% dei trentini che hanno eseguito il test di screening nell'intervallo raccomandato.

Malattie respiratorie

Le malattie respiratorie rappresentano in Italia la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e neoplastiche, con circa 40.000 decessi all'anno pari al 7% della mortalità generale (dati ISTAT 2009). Anche in Trentino le malattie del sistema respiratorio si trovano al terzo posto come causa di morte (nel 2011 si sono verificati 319 decessi per malattie respiratorie, il 7% della mortalità generale, principalmente per BPCO e polmoniti). L'8% degli adulti tra 18 e 69 anni di età e residenti in Trentino riferisce di aver avuto una diagnosi di bronchite cronica, asma bronchiale, enfisema o insufficienza respiratoria (questa prevalenza è identica a quella stimata a livello nazionale). Si può dunque stimare che in provincia di Trento ci siano poco più di 28.000 adulti con diagnosi di malattia respiratoria cronica. Nel 2011 le malattie respiratorie sono state causa di 5.583 ricoveri (pari al 6% di tutti i ricoveri) di residenti in provincia di Trento, per un totale di quasi 47.000 giornate di ricovero e di poco più di 2.000 accessi in day hospital (tasso grezzo di ospedalizzazione per malattie respiratorie: 11 per 1.000 abitanti). La quasi totalità dei ricoveri è per acuti (97%). Sono più di 23.000 (pari al 54% del totale) le giornate di ricovero che possono essere efficacemente contrastate migliorando l'assistenza fuori dall'ospedale, cioè attraverso un miglior controllo dei casi acuti con un più

efficace uso della medicina di base e di quella specialistica, e una corretta gestione delle cronicità per impedire complicanze.

Diabete

La prevalenza del diabete in provincia di Trento è stimata di poco superiore al 3%, per un totale, nel 2011, di circa 19.000 persone malate di diabete (3,5% stime ISTAT sull'intera popolazione; 3,3% stime del sistema di monitoraggio PASSI sulla popolazione in età 18-69 anni; 3,5% analisi delle esenzioni ticket per diabete in provincia di Trento). Il dato medio nazionale di prevalenza del diabete è di circa il 5%, superiore in modo significativo al dato trentino. Nel 2011 i ricoveri (per acuti) di trentini a causa del diabete sono stati quasi 700 e rappresentano il 38% di tutti i ricoveri per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche. Si tratta di ricoveri da considerarsi inappropriati che sommano 3.500 giornate di degenza contrastabili con un più efficace uso della medicina di base e di quella specialistica e una corretta gestione della patologia a impedire complicanze. Nel 2011 i decessi per diabete sono stati 121, in 18 casi (il 15% dei decessi per diabete) si tratta di decessi evitabili, ossia occorsi prima dei 75 anni ed evitabili grazie a misure efficaci in termini di assistenza sanitaria propriamente detta. Gli anni persi dovuti ai 18 decessi precoci sono 320 (il 2% di tutti gli anni persi per mortalità evitabile) con circa 18 anni persi a decesso.

Incidenti stradali

Secondo i dati ISTAT, in Trentino nel 2011 si sono verificati 1.514 incidenti che hanno provocato 23 morti e 2.098 feriti. Dei 23 morti, 17 erano di sesso maschile e 6 di sesso femminile, 18 erano conducenti, 3 trasportati e 2 pedoni. Un caso mortale si è verificato sull'autostrada, 15 sulle strade provinciali e 7 sulle strade urbane. Dei 2.098 feriti, 1.253 erano provocati da incidenti su strade urbane, 726 su strade provinciali, 71 sull'autostrada e 48 su strade extra-urbane. Nel 2011 si sono registrati 5.787 accessi al

pronto soccorso (l'8,3% di tutti gli accessi per traumi) e 435 ricoveri ospedalieri, di cui due terzi a carico di uomini.

La grande maggioranza dei trentini ha un comportamento responsabile alla guida di automobili e moto, non bevendo più di due bicchieri nell'ora prima di mettersi alla guida (90%) e mettendosi sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori (93%) e il casco (96%). L'uso della cintura posteriore è meno frequente, tuttavia oltre un terzo dei trentini la usa sempre (38%). I giovani risultano generalmente prudenti per quanto riguarda alcol e guida ma sono anche più esposti al rischio di incidente. Una minoranza (10% dei guidatori) mette ancora a rischio la propria vita (e quella degli altri) guidando anche quando è sotto effetto dell'alcol. Il trend in diminuzione di questo fenomeno e la frequenza minore tra i più giovani documenta la crescente consapevolezza nella popolazione trentina (e italiana) rispetto alla pericolosità e irresponsabilità di questo comportamento. I controlli con etilotest risultano incrementati rispetto al passato, rimane comunque un ulteriore margine di miglioramento nella diffusione delle pratiche di prevenzione e di contrasto efficaci.

Incidenti domestici

Nel corso del 2011 gli accessi al pronto soccorso per incidente domestico da parte di residenti trentini sono stati quasi 10.000 interessando maggiormente bambini (di entrambi i generi) e anziani (soprattutto donne). Per gli uomini gli infortuni accadono più frequentemente in garage, cantina e cortile (27% degli infortuni) mentre stanno praticando il "fai da te" (24%) o attività domestiche (14%). Sono causati principalmente da cadute (25%), urti o schiacciamenti (18%) e ferite da taglio e punta (8%).

Per le donne gli infortuni accadono soprattutto in casa (in locali vari nel 22% dei casi, in cucina nel 15% e in bagno nel 5%) facendo attività domestiche (28%) e attività della vita quotidiana come igiene personale, mangiare, camminare ecc. (12%). Tra le dinamiche d'incidente maggiormente osservate ci sono le cadute (40%) e gli urti o schiacciamenti (10%).

Sebbene gli incidenti domestici siano un fenomeno molto ampio che, in termini di esposizione, riguarda tutta la popolazione, la percezione del rischio di subire un infortunio in ambito domestico non è affatto diffusa, essendo la casa ritenuta generalmente un luogo sicuro.

Il 96% della popolazione adulta (18-69 anni) ritiene bassa o addirittura nulla la probabilità di subire un incidente domestico. La scarsa consapevolezza di questo tipo di rischio è più alta tra i trentini rispetto alla popolazione media italiana (93%).

Infortunati sul lavoro

Nel 2011 gli infortuni denunciati in Trentino sono 9.883 di cui 8.730 riguardanti il settore industria, commercio e servizi, 957 il settore agricoltura, mentre 196 sono le denunce di dipendenti statali. In 8 casi su 10 si tratta di infortuni di uomini e in oltre 2 casi su 10 di infortuni di cittadini stranieri. Analogamente a quanto verificatosi in Italia anche in provincia di Trento le denunce per infortunio sul lavoro vedono un trend in diminuzione, in particolare dal 2005. Nel 2011, per la prima volta, le denunce sono state meno di 10.000.

Nell'ultimo decennio i dati ufficiali (INAIL e flussi correnti) riportano 98 infortuni mortali in occasione di lavoro e 24 in itinere. I settori con maggior numero di infortuni mortali sono costruzioni (37%), agricoltura (18%) e trasporti (12%). La perdita di controllo di un mezzo di trasporto o di un'attrezzatura di movimentazione rappresenta la modalità più frequente (36%) seguita dalla caduta di persona dall'alto (17%). È occorso sulla strada il 29% degli infortuni. Complessivamente 14 infortuni mortali sono riferiti a lavoratori stranieri, di cui 4 avvenuti in itinere. In altre parole circa un quarto dei decessi sono di stranieri, a fronte del 10% di stranieri presenti nella popolazione residente in Trentino.

I dati PASSI stimano che per gli anni 2010-2011, il 17% dei lavoratori trentini considera assente la possibilità di subire un infortunio, il 59% bassa, il 22% alta e il 2% molto alta. La percezione del rischio di subire un infortunio è più alta nei lavoratori occupati nei settori "di interesse" (ossia più a rischio di

infortuni: edilizia, metalmeccanica, lavorazione del legno, agricoltura, sanità e trasporti). Quasi due terzi (63%) dei lavoratori trentini riceve informazioni sulla prevenzione degli infortuni sul lavoro e/o delle malattie professionali (media italiana 56%).

Salute mentale

Circa il 5% della popolazione residente in Trentino, circa 17.000 persone, accusa sintomi riferibili allo stato di depressione. Tale prevalenza è leggermente più bassa della media nazionale (7%). I sintomi di depressione riguardano più frequentemente le persone con malattie (uomini) che vivono sole (donne) e con difficoltà economiche (entrambi i sessi). Non si osservano differenze tra i quattro distretti sanitari e non emergono cambiamenti nel tempo dal 2008 al 2011. Una parte importante (36%) di persone con sintomi di depressione non comunica a nessuno il proprio disagio. Un indicatore di qualità dell'assistenza e dell'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali di salute mentale è rappresentato dalla percentuale di ricoveri ripetuti, entro 7 giorni, entro 30 giorni ed entro l'anno. In Trentino tali indicatori risultano migliori rispetto alle altre regioni aderenti al network del sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali (Basilicata, Liguria, Marche, provincia di Bolzano, Toscana, Umbria).

Nell'ultimo quinquennio si sono registrati 185 suicidi di residenti in provincia di Trento, mediamente un po' meno di 40 all'anno (più degli incidenti stradali mortali) con differenze annuali non significative dal punto di vista statistico. A commettere suicidio sono tipicamente gli uomini (i decessi per suicidio di uomini sono oltre 4 volte quelli di donne) e le persone anziane (un suicidio ogni tre è di persone oltre i 65 anni, uno ogni cinque di ultra 74enni).

Malattie infettive

Nel 2011 in Trentino, il numero di notifiche di malattie infettive, in valore assoluto, è stato pari a 3.204 (+12% rispetto al 2010),

con un tasso di notifica corrispondente a 599 casi per 100.000 abitanti. Le patologie più frequenti notificate sono le malattie esantematiche infantili, in particolare la varicella, la scarlattina e il morbillo. Nel biennio 2010-2011 un'epidemia di morbillo ha interessato l'Europa con 40.000 casi segnalati, di cui 1.994 sono stati registrati in Italia. In Trentino sono stati notificati 563 casi di morbillo: oltre la metà di essi ha colpito persone adulte (di età compresa tra 15 e 34 anni), il 35% dei casi si è verificato nella fascia d'età 5-14 anni e il 5% nella fascia d'età 0-4 anni, a conferma della necessità di promuovere azioni finalizzate al miglioramento delle coperture vaccinali non solo negli adolescenti. In Trentino sono stati raggiunti importanti livelli di copertura vaccinale per morbillo (89,1% per la coorte dei nati nel 2009) senza però raggiungere l'obiettivo ottimale (>95%) necessario per ottenere l'eliminazione della malattia.

Seguono, in termini di frequenza, le patologie gastrointestinali tra cui meritano attenzione le salmonellosi non tifoidee, importante problema di sanità pubblica, essendo le salmonelle tra i microrganismi patogeni più frequentemente responsabili di epidemie di origine alimentare.

Tra le patologie significative in termini di gravità clinica sono state segnalate la tubercolosi, l'HIV/AIDS, le meningiti e le malattie invasive batteriche. In Trentino l'andamento delle nuove infezioni da HIV è stazionario (circa 30 casi/anno) e la modalità di trasmissione prevalente è quella eterosessuale (45,7%), come nel resto d'Italia. L'andamento dei casi di AIDS (1-4 casi/anno) è stazionario negli ultimi 3 anni.

Il Trentino è un'area a bassa endemia per malattia tubercolare: il numero dei casi di malattia segnalati (24 casi nel 2011) è sovrapponibile a quelli delle altre regioni del nord Italia.

Nel 2011 sono stati registrati 6 casi di meningite batterica, di cui 1 da emofilo (che ha interessato la fascia d'età 25-64 anni), 4 da pneumococco (che hanno interessato la fascia d'età 25-64 anni) e 1 da meningococco (che ha interessato la fascia d'età 15-24 anni).

Tra le malattie prevenibili con la vaccinazione si conferma nel 2011 una situazione di contenimento sia della pertosse che della

rosolia. Sono stati segnalati 6 casi di pertosse (22 in meno rispetto al 2010), conseguenza della buona copertura vaccinale dei bambini vaccinati entro il 24° mese di vita (>95%) e 4 casi di rosolia frutto delle strategie contro la rosolia congenita messe in atto nella nostra provincia negli ultimi anni. La rosolia rappresenta una patologia temibile se contratta durante la gravidanza in quanto può determinare, oltre alla morte del feto, la comparsa di gravi malformazioni.

In Trentino è stato attivato nel biennio 2010-2011 un programma di vaccinazione antirosolia nei confronti delle puerpere non immuni, presso i Punti nascita. Su 4.097 donne che hanno partorito nel 2011 presso i punti nascita provinciali, 276 (pari al 5,7%) sono risultate non immuni nei confronti della rosolia e 111 di esse sono state vaccinate prima della dimissione.

Il Trentino e le sue caratteristiche generali

Tabella riassuntiva dei problemi emersi dal profilo

Ambito	Problematica	Argomento
Territorio e popolazione residente	Invecchiamento della popolazione	Sostegno a sottogruppi di popolazioni con bisogni particolari
	Diritto alla salute della popolazione immigrata	Sostegno a sottogruppi di popolazioni con bisogni particolari
Ambiente	Livello di emissioni di CO2	Riscaldamento globale
	Traffico autoveicolare	Inquinamento atmosferico - sedentarietà
	Utilizzo pesticidi	Agricoltura
Lavoro	Disoccupazione (giovanile) in aumento	Occupazione
	Disuguaglianza di genere nell'occupazione	Diritti delle donne
	Incremento del lavoro a termine e di contratti atipici	Diritti dei lavoratori
Povertà	Presenza di famiglie con molte difficoltà economiche	Disuguaglianza sociale
	Maggiori problemi di salute tra la popolazione meno abbiente	Disuguaglianza sociale nella salute
Istruzione	Persone con basso grado di istruzione	Sostegno a sottogruppi di popolazioni con bisogni particolari
	Prevalenza di giovani con diploma universitario lontana dagli obiettivi europei	Promozione dell'istruzione superiore
	Prevalenza più elevata di donne tra chi non lavora e non studia	Diritti delle donne

Comportamenti e condizioni legati alla salute

Ambito	Problematica	Argomento
Attività fisica	Sedentarietà in leggero aumento	Stili di vita
	Scarsa consapevolezza del rischio e scarsa qualità dell'autopercezione del livello di attività fisica	Stili di vita
	Consigli dei medici poco frequenti	Qualità dell'assistenza
	Disuguaglianza sociale nella sedentarietà	Disuguaglianza sociale nella salute
Fumo di sigaretta	Percentuale di fumatori stabile nel tempo	Stili di vita
	Consigli dei medici poco frequenti	Qualità dell'assistenza
	Disuguaglianza sociale nello stato di fumatore	Disuguaglianza sociale nella salute
	Fumatori volenterosi di smettere non ricevono adeguato sostegno	Stili di vita
Stato nutrizionale e alimentazione	Scarsa qualità dell'autopercezione del sovrappeso	Stili di vita
	Consigli dei medici poco frequenti prima dell'istaurarsi dell'obesità	Qualità dell'assistenza
	Disuguaglianza sociale nell'eccesso ponderale	Disuguaglianza sociale nella salute
	Scarso consumo delle 5 porzioni giornaliere di frutta e verdura	Stili di vita
	Scarsità di interventi di sanità pubblica sul contesto di vita e di lavoro obesogenico	Stili di vita

Consumo di alcol	Elevata percentuale di bevitori a rischio	Stili di vita
	Consigli dei medici molto rari	Stili di vita
Consumo di sostanze illegali	Scarso/assente presenza di gruppi di auto-mutuo aiuto	Qualità dell'assistenza
Gioco d'azzardo	Aumento dei giocatori problematici	Dipendenze

Le principali problematiche di salute

Ambito	Problematica	Argomento
Mortalità	Mortalità evitabile da interventi di prevenzione e di maggiore qualità assistenziale	Prevenzione e qualità dell'assistenza
Malattie cardiovascolari	Mortalità evitabile e ricoveri inappropriati e evitabili	Prevenzione e qualità dell'assistenza
	Scarsa applicazione della carta del rischio	Prevenzione e qualità dell'assistenza
	Fattori di rischio comportamentali	Stili di vita
Tumori	Mortalità evitabile e ricoveri evitabili	Prevenzione e qualità dell'assistenza
	Fattori di rischio comportamentali	Stili di vita
	Non rispetto dell'intervallo temporale tra un PAP test e l'altro (tutti gli anni invece di ogni 3 anni)	Qualità dell'assistenza
	Inviti non tempestivi al secondo round dello screening colon retto	Organizzazione screening
Malattie respiratorie	Elevata presenza di fattori di aggravamento nei pazienti con BPCO	Stili di vita
	Ricoveri inappropriati	Qualità dell'assistenza
Diabete	Disuguaglianza sociale nella prevalenza di diabete	Disuguaglianza sociale nella salute
	Mortalità evitabile e ricoveri inappropriati	Prevenzione e qualità dell'assistenza
Salute mentale	Persone con sintomi di depressione non si rivolgono a nessuno per aiuto	Stigma sociale
	Disuguaglianza sociale nella prevalenza di depressione	Disuguaglianza sociale nella salute
Sicurezza stradale	Scarso uso della cinture posteriori	Prevenzione traumi e ferite
	Pochi controlli con etilotest	Prevenzione traumi e ferite
Infortuni domestici	Scarso percezione del rischio	Prevenzione traumi e ferite
Infortuni sul lavoro	Lavoratori immigrati spesso vittime di infortuni	Prevenzione traumi e ferite Disuguaglianza sociale nella salute
	Infortuni mortali in occasione di lavoro non tutelato da INAIL	Prevenzione traumi e ferite
Malattie infettive	Insufficiente copertura vaccinale per il morbillo	Profilassi vaccinale
	Insufficiente copertura vaccinale per l'influenza negli anziani e nei soggetti a rischio	Profilassi vaccinale
	Coperture vaccinali in calo	Profilassi vaccinale
	Bassa copertura con vaccino HPV	Profilassi vaccinale

Principali indicatori descritti nel profilo

Determinanti distali

Indicatore	Numero assoluto Trentino	Valore Trentino	Valore Centro Nord	Valore Centro Sud	Valore Est	Valore Ovest	Valore Italia
Popolazione							
Popolazione residente (01.01.2012)	—	533.394	131.811	180.512	120.421	100.650	60.626.442 (2011)
% popolazione ≥65 anni (01.01.2012)	104.834	20%	20%	20%	19%	19%	20% (2011)
% popolazione ≤14 anni (01.01.2012)	81.685	15%	15%	16%	16%	16%	14% (2011)
Indice di vecchiaia (01.01.2012)	-	128	137	129	121	125	144 (2011)
% popolazione maschile (01.01.2012)	260.696	49%	48%	49%	49%	50%	49% (2011)
% popolazione femminile (01.01.2012)	272.698	51%	52%	51%	51%	50%	51% (2011)
Rapporto di mascolinità (01.01.2012)	-	0,96	0,92	0,96	0,97	0,99	0,94 (2011)
% stranieri residenti (01.01.2012)	50.674	9,5%	11,0%	9,8%	7,0%	10,0%	7,5%
Tasso natalità (2011)	5.295 nati vivi	10,0‰	9,4‰	10,3‰	9,8‰	10,2‰	9,1‰

Ambiente

Spesa tutela ambiente (2009)	—	371 € pro capite	—	—	—	—	85 € pro capite
Emissioni CO2 equivalenti (2009)	—	7,5 tonnellate pro capite	—	—	—	—	8,2 tonnellate pro capite
% famiglie che dichiarano problemi di inquinamento aria (2011)	—	29%	—	—	—	—	37%
Rifiuti urbani raccolti (2009)	—	534 kg per abitante	—	—	—	—	534 kg per abitante
% raccolta differenziata di rifiuti urbani (2009)	—	61%	—	—	—	—	34%
% rifiuti urbani smaltiti in discarica (2009)	172 kg per abitante	32%	—	—	—	—	49%

Pesticidi: principio attivo per ettaro di superficie agricola utilizzata (2010)	—	—	—	—	—	5,6 kg
Aree verdi (Trento, 2010)	—	—	—	—	—	106 m ² per abitante
Aree verdi: % superficie urbana (Trento, 2010)	—	—	—	—	—	9%

Lavoro e situazione economica

Tasso di occupazione negli uomini 20-64 anni (2010)	—	—	—	—	—	73%
Tasso di occupazione nelle donne 20-64 anni (2010)	—	—	—	—	—	50%
Tasso di disoccupazione giovanile (2010)	—	—	—	—	—	28%
% dipendenti a tempo determinato (2010)	—	—	—	—	—	13%
Reddito medio (2009)	—	—	—	—	—	29.766€
% famiglie in condizioni di povertà relativa (2010)	—	—	—	—	—	11%
% popolazione 18-69 anni in gravi difficoltà economiche (2008-2011)	—	—	—	—	—	13%

Istruzione

% spesa pubblica per istruzione sul PIL (2007)	—	—	—	—	—	4,0%
% popolazione di 25-64 anni con titolo di studio ≤ scuola secondaria di secondo grado (2010)	—	—	—	—	—	45%
% giovani che abbandonano gli studi (2010)	—	—	—	—	—	19%
% ragazzi che non lavorano e non studiano (2010)	—	—	—	—	—	19%
% ragazze che non lavorano e non studiano (2010)	—	—	—	—	—	25%

Determinanti prossimali

Indicatore	Numero assoluto Trentino	Valore Trentino	Valore Centro Nord	Valore Centro Sud	Valore Est	Valore Ovest	Valore Italia
Attività fisica							
% popolazione 18-69 anni sedentaria (2008-2011)	—	16%	16%	16%	16%	17%	30%
% popolazione 18-69 anni consigliata di fare attività fisica (2008-2011)	—	36%	39%	35%	35%	36%	32%
Fumo							
% popolazione 18-69 fumatrice (2008-2011)	—	25%	27%	25%	24%	22%	28%
% popolazione 18-69 anni fumatrice consigliata di smettere (2008-2011)	—	52%	44%	57%	50%	54%	57%
% case in cui si fuma alla presenza di bambini (2008-2011)	—	9%	—	—	—	—	17%
Stato nutrizionale							
% popolazione 18-69 anni in eccesso ponderale (2008-2011)	—	36%	32%	35%	41%	38%	42%
% popolazione 18-69 anni che consuma almeno 5 porzioni di frutta e/o verdura (2008-2011)	—	16%	17%	17%	17%	16%	10%
% popolazione 18-69 anni in eccesso ponderale consigliata di perdere peso (2008-2011)	—	55%	57%	56%	51%	55%	54%
% popolazione 18-69 anni in eccesso ponderale consigliata di fare attività fisica (2008-2011)	—	46%	50%	50%	43%	40%	39%
Alcol							
% popolazione 18-69 anni consumatrice a maggior rischio di alcol (2008-2011)	—	26%	26%	26%	26%	27%	17%
% popolazione 18-69 anni consumatrice binge di alcol (2008-2011)	—	13%	12%	14%	15%	12%	9%
% popolazione 18-69 anni con consumo elevato di alcol consigliata di bere meno (2008-2011)	—	13%	—	—	—	—	12%
% popolazione 18-69 anni con consumo binge di alcol consigliata di bere meno (2008-2011)	—	6%	—	—	—	—	8%

Principali problematiche di salute

Indicatore	Numero assoluto Trentino	Valore Trentino	Valore Centro Nord	Valore Centro Sud	Valore Est	Valore Ovest	Valore Italia
Aspettativa e qualità della vita							
Speranza di vita alla nascita (uomini, 2011)	—	80,0 anni					79,4 anni
Speranza di vita alla nascita (donne, 2011)	—	85,5 anni					84,4 anni
Speranza di vita a 65 anni (uomini, 2011)	—	18,6 anni					18,4 anni
Speranza di vita a 65 anni (donne, 2011)	—	22,7 anni					21,9 anni
% persone 18-69 anni che giudica buono il proprio stato di salute (2008-2011)	266.018	75%	77%	75%	75%	75%	67%
% persone 18-69 anni in buona salute fisica (2008-2011)	216.361	61%	62%	59%	61%	61%	60%
% persone 18-69 anni in buona salute psicologica (2008-2011)	234.095	66%	67%	67%	66%	61%	61%
% persone 18-69 anni senza limitazioni delle attività abituali (2008-2011)	297.940	84%	84%	85%	83%	85%	75%

Mortalità

Tasso mortalità (2011)	4.543 morti	8,5‰	8,3‰	8,6‰	8,5‰	8,8‰	9,7‰
% decessi per cause evitabili (2011)	721	16%	16%	16%	17%	16%	—
% decessi maschili per cause evitabili (2011)	483	23%	22%	22%	25%	22%	—
% decessi femminili per cause evitabili (2011)	238	10%	10%	10%	10%	10%	—
% dei decessi evitabili con prevenzione primaria (2011)	414	57%	61%	53%	56%	59%	—
% dei decessi evitabili con diagnosi precoce e terapia (2011)	137	19%	18%	19%	20%	18%	—
% dei decessi evitabili con igiene e assistenza sanitaria (2011)	170	24%	21%	28%	24%	23%	—
Annidi vita per mortalità evitabile (2011)	16.974	23,5 a decesso	23,4 a decesso	23,3 a decesso	22,3 a decesso	24,5 a decesso	—
% anni di vita persi per mortalità evitabile con prevenzione primaria (2011)	9.419	55%	59%	51%	52%	61%	—
Anni di vita persi per mortalità evitabile con diagnosi precoce e terapia (2011)	3.328	20%	19%	20%	23%	16%	—
Anni di vita persi per mortalità evitabile con igiene e assistenza sanitaria (2011)	4.227	25%	21%	29%	25%	23%	—

Principali problematiche di salute

Indicatore	Numero assoluto Trentino	Valore Trentino	Valore Centro Nord	Valore Centro Sud	Valore Est	Valore Ovest	Valore Italia
Malattie cardiovascolari							
% decessi per m. cardiovascolari (2011)	1.656	37%	36%	33%	40%	38%	38% (2009)
% decessi per m. cardiovascolari evitabili (2011)	157	9%	—	—	—	—	—
Tasso grezzo di ricovero per malattie cardiovascolari (2011)	13.005	24,4‰	21,8‰	24,0‰	23,9‰	29,0‰	—
Tasso grezzo di ricovero per malattie ischemiche (2011)	2.657	5,0‰	4,1‰	4,8‰	5,1‰	6,4‰	—
Tasso grezzo di ricovero per malattie cerebrovascolari (2011)	2.302	4,3‰	3,8‰	5,0‰	3,9‰	4,3‰	—
% ricoveri per malattie cardiovascolari inappropriati (2011)	2.395	21%	20%	22%	21%	23%	—
% ricoveri per malattie cardiovascolari prevenibili (2011)	1.274	11%	11%	11%	12%	12%	—
% persone 18-69 anni con almeno un fattore di rischio cardiovascolare (2008-2011)	—	95%	—	—	—	—	97%
Tumori							
% decessi per tumori (2011)	1.487	33%	32%	33%	31%	34%	30% (2009)
% decessi per tumori evitabili (2011)	400	27%	—	—	—	—	—
Tasso grezzo di incidenza (per 100.000 abitanti, tutti i tumori escluso la cute, uomini, 2003-2006)	1.420 casi/anno	585	614	589	556	575	690 (2008)
Tasso standardizzato di incidenza (per 100.000 abitanti, tutti i tumori escluso la cute, donne, 2003-2006)	1.218 casi/anno	479	483	501	464	456	554 (2008)
Tasso standardizzato di incidenza (pop. europea, per 100.000 abitanti, tutti i tumori escluso la cute, uomini, 2003-2006)	1.420 casi/anno	547	473	453	449	455	480 (2008)
Tasso standardizzato di incidenza (pop. europea, per 100.000 abitanti, tutti i tumori escluso la cute, donne, 2003-2006)	1.218 casi/anno	326	322	341	314	318	364 (2008)
Tasso grezzo di ricovero per tumori (2011)	8.449	15,9‰	16,1‰	16,2‰	15,3‰	15,8‰	—

Tasso grezzo di ricovero per tumore della mammella (2011)	959	3,5‰	3,9‰	3,5‰	3,7‰	2,8‰	—
Tasso grezzo di ricovero per tumore della prostata/vescica (2011)	743	2,9‰	2,7‰	3,3‰	2,7‰	2,5‰	—
Tasso grezzo di ricovero per tumore del colon-retto (2011)	724	1,4‰	1,6‰	1,2‰	1,3‰	1,4‰	—
% ricoveri per tumori prevenibili (2011)	706	9%	8%	9%	9%	7%	—
Screening della cervice: estensione (2008-2010)	—	67%	71%	63%	69%	66%	61% (2010)
Screening della cervice: adesione (2010)	—	55%	55%	53%	57%	56%	40%
Screening della cervice: copertura (2008-11)	—	81%	80%	85%	81%	76%	75%
Screening della cervice: % presentazione spontanea (2008-2011)	—	33%	31%	38%	31%	28%	38%
Screening della mammella: estensione (2009-2010)	—	96%	—	—	—	—	69% (2010)
Screening della mammella: adesione (2010)	—	79%	—	—	—	—	61%
Screening della mammella: copertura (2008-2011)	—	80%	81%	79%	83%	81%	69%
Screening del colon-retto: estensione (2007-2010)	—	100%	100%	100%	100%	100%	47% (2010)
Screening del colon-retto: adesione (2007-2010)	—	58%	57%	57%	58%	62%	48% (2010)
Screening del colon-retto: copertura (2011)	—	62%	59%	66%	59%	63%	31% (2010-2011)

Malattie respiratorie

% decessi per malattie respiratorie (2011)	319	7%	8%	8%	6%	6%	7% (2009)
Prevalenza di malattie respiratorie nella popolazione 18-69 anni (2008-2011)	28.375	8%	9%	8%	8%	7%	8% (2007-2009)
Tasso grezzo di ricovero per malattie respiratorie (2011)	5.583	10,5‰	9,8‰	11,1‰	10,6‰	10,2‰	—
Tasso grezzo ricovero per polmoniti (2011)	1.267	2,4‰	2,5‰	2,5‰	2,4‰	2,1‰	—
Tasso grezzo di ricovero per BPCO (2011)	402	0,8‰	0,9‰	0,8‰	0,7‰	0,6‰	—
Tasso grezzo di ricovero per asma (2011)	89	0,2‰	0,2‰	0,1‰	0,2‰	0,2‰	—
% ricoveri per malattie respiratorie inappropriati (2011)	2.104	39%	41%	40%	36%	38%	—

Principali problematiche di salute

Indicatore	Numero assoluto Trentino	Valore Trentino	Valore Centro Nord	Valore Centro Sud	Valore Est	Valore Ovest	Valore Italia
Diabete							
% decessi per diabete (2011)	121	2,7%	—	—	—	—	3,5%
% decessi per diabete evitabili (2011)	18	15%	—	—	—	—	—
Prevalenza di diabete (2011)	18.669	3,5%	—	—	—	—	5%
Tasso grezzo di incidenza di diabete tipo 1 (per 100.000 abitanti, 0-14 anni, 2008-2010)	13 casi/anno	16	—	—	—	—	—
Tasso grezzo di ricovero per diabete (2011)	676	1,3‰	1,0‰	1,2‰	1,4‰	1,7‰	—
% ricoveri per diabete senza complicanze (2011)	391	58%	—	—	—	—	—
Tasso grezzo di ricovero per diabete non controllato senza complicanze (per 100.000 abitanti, 2010)	—	21,9	—	—	—	—	22,3

Traumi

% decessi per traumi (2011)	200	4,4%	3,8%	4,8%	4,0%	4,9%	4,2% (2009)
% decessi per traumi evitabili (2011)	90	45%	—	—	—	—	—
% accessi in PS per traumi (2011)	69.943	37%	33%	39%	39%	41%	—
Tasso grezzo di ricovero per trauma (2011)	7.199	13,5‰	12,7‰	13,8‰	13,4‰	14,3‰	—
Tasso grezzo di ricovero per frattura femore	1.409	2,7‰	3,1‰	2,4‰	2,3‰	2,9‰	—
Tasso grezzo di ricovero per frattura/trauma cranio (2011)	657	1,2‰	1,2‰	1,3‰	1,1‰	1,4‰	—

Incidenti stradali

n° incidenti stradali (2011)	—	1.514	—	—	—	—	205.638
n° morti per incidente stradale (2011)	—	23	—	—	—	—	3.860
n° feriti per incidente stradale (2011)	—	2.098	—	—	—	—	292.019
% accessi in PS per incidente stradale (2011)	5.787	8%	10%	9%	8%	6%	—
Tasso grezzo di ricovero per incidente stradale (2011)	435	0,8‰	0,8‰	0,9‰	0,7‰	0,9‰	—
% uso della cintura anteriore (2008-2011)	—	93%	97%	91%	91%	92%	83%
% uso della cintura posteriore (2008-2011)	—	38%	40%	37%	40%	36%	19%
% uso del casco (2008-2011)	—	96%	95%	98%	96%	94%	94%

% guida sotto l'effetto dell'alcol (2008-2011)	—	10%	8%	12%	10%	10%	10%
% effettuazione etiltest (2008-2011)	—	13%	14%	14%	12%	12%	11%

Incidenti domestici

Prevalenza di incidenti domestici nella popolazione 18-69 anni (2010-2011)	17.735	5%	—	—	—	—	4%
% percezione di alto rischio di incidente domestico (2010-2011)	—	4%	3%	4%	5%	5%	7%
% accessi in PS per incid. domestico (2011)	9.803	14%	16%	7%	24%	14%	—
Tasso grezzo di ricovero per incidente domestico (2011)	813	1,5‰	1,6‰	1,1‰	1,8‰	2,0‰	—

Infortunati sul lavoro

n° infortunati sul lavoro (2011)	—	9.883	—	—	—	—	725.339
n° infortunati sul lavoro mortali (2011)	—	5 (+ 6 non tutelati INAIL)	—	—	—	—	866
% percezione di alto rischio di infortuni sul lavoro (2010-2011)	—	23%	19%	24%	28%	22%	27%
% lavoratori informati su prevenzione infortuni sul lavoro (2010-2011)	—	63%	61%	63%	62%	67%	56%
% lavoratori che usano sempre dispositivi di sicurezza quando richiesti (2010-2011)	—	76%	81%	79%	82%	74%	71%
% accessi in PS per di infortuni sul lavoro (2011)	7.541	11%	10%	10%	10%	13%	—
Tasso grezzo di ricovero per infortunio sul lavoro (2011)	259	0,5‰	0,3‰	0,6‰	0,4‰	0,7‰	—

Salute mentale

Prevalenza di persone con sintomi di depressione (2008-2011)	17.735	5%	—	—	—	—	7%
% di persone con sintomi di depressione che non ne parla con nessuno (2008-2011)	—	36%	—	—	—	—	42%
Tasso di ricovero per patologie psichiche di maggiorenni (per 100.000, 2011)	—	396	—	—	—	—	—
Tasso di ricovero per patologie psichiche di minorenni (per 100.000 abitanti, 2011)	—	84	—	—	—	—	—

Principali problematiche di salute

Indicatore	Numero assoluto Trentino	Valore Trentino	Valore Centro Nord	Valore Centro Sud	Valore Est	Valore Ovest	Valore Italia
Salute mentale							
% ricoveri ripetuti entro 30 gg di pazienti psichiatrici maggiorenni (2011)	—	3,4%	—	—	—	—	—
% ricoveri ripetuti entro 1 anno di pazienti psichiatrici maggiorenni (2011)	—	7,6%	—	—	—	—	—
% riammissioni ospedaliere non programmate per schizofrenia (2010)	—	12%	—	—	—	—	13%
Tasso grezzo di mortalità per suicidio (per 100.000 abitanti, uomini, 2007-2011) (2008-2009)	37 decessi/anno	11,6	—	—	—	—	12,0 (2008-2009)
Tasso grezzo di mortalità per suicidio (per 100.000 abitanti, donne, 2007-2011)	7 decessi/anno	2,7	—	—	—	—	3,3 (2008-2009)
Anni di vita persi per suicidio (2007-2011)	1.102 all'anno	30 a decesso	—	—	—	—	—
% accessi in PS per autolesionismo (2011)	247	0,4%	0,6%	0,3%	0,3%	0,3%	—
Vaccinazioni							
% coperture vaccinali morbillo (coorte di nascita 2009)	—	89%	88%	91%	86%	90%	—
% coperture vaccinali HPV (coorte di nascita 2000)	—	59%	52%	55%	67%	69%	—

Stampato per conto della Casa editrice Provincia autonoma di Trento
da Litografia Editrice Saturnia Snc – Trento

www.trentinosalute.net