



Provincia Autonoma di Trento
Assessorato alla Salute e politiche sociali



Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari

Profilo di salute della provincia di Trento aggiornamento 2017



Profilo di salute della provincia di Trento aggiornamento 2017

A cura dell'Osservatorio per la salute,
Dipartimento Salute e Solidarietà Sociale,
Provincia autonoma di Trento

L'Osservatorio per la salute è composto da:

Laura Battisti, Pirous Fateh-Moghadam, Anna Pedrotti, Federica Rottaris, Maria Grazia Zuccali

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

Un ringraziamento particolare per la collaborazione va a tutti i cittadini intervistati nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI.

Maggiori informazioni possono essere richieste a:

Osservatorio per la salute,
Dipartimento Salute e Solidarietà Sociale
Via Gilli 4, 38121 Trento
dip.salute@provincia.tn.it
telefono 0461.494171
<http://www.trentinosalute.net>



Introduzione

Il genere è probabilmente la *prima informazione* che registriamo quando incontriamo una persona, tutti abbiamo un fortissimo interesse e una spiccata attenzione quotidiana alle differenze che esso comporta (e spesso siamo anche condizionati da stereotipi che sarebbero meglio abbandonare), quando però si affrontano le questioni legate alla salute ed alla medicina all'improvviso questa attenzione si attenua fino quasi al punto che sembra non esistano differenze tra uomo e donna.

Tradizionalmente, il tema "genere e salute" era oggetto esclusivo della biologia, quindi legato più al sesso delle persone che al genere. Tutti gli interventi legati alla salute materno-infantile, agli screening per tumore della mammella e del collo dell'utero, vanno in questa direzione.

Le specificità di genere nella salute vanno però ben oltre la sfera riproduttiva tradizionalmente presidiata e oggi il concetto della salute di genere abbraccia diverse dimensioni che debbono essere tutte monitorate e prese in considerazione nella pianificazione degli interventi sulla salute.

Per rispondere a queste esigenze, nel luglio del 2017 il Consiglio provinciale ha approvato la Mozione 160 sulla promozione di iniziative per la medicina genere-specifica che prevede, oltre all'ufficializzazione di un gruppo di lavoro specifico su questo tema, la raccomandazione all'Assessorato alla Salute e alle Politiche sociali di prevedere la sistematica disaggregazione per genere dei dati statistici sulla salute. Benchè questo principio sia sempre stato seguito nell'ambito dell'elaborazione del profilo di salute del Trentino, da quest'anno l'Osservatorio per la salute ha deciso di fare un ulteriore passo in questa direzione e rendere queste disaggregazioni ancora più sistematiche ed evidenti, come potrete apprezzare leggendo la pubblicazione che avete in mano.

L'insieme di segnali recenti mi fa ben sperare che la questione della parità di genere anche nella salute (intesa come benessere fisico, mentale e sociale) sia ormai matura per essere affrontato con la dovuta attenzione da parte non solo del settore della sanità o da altri dipartimenti dell'amministrazione pubblica ma dalla società nel suo insieme.

Luca Zeni

*Assessore alla Salute e politiche sociali
Provincia autonoma di Trento*

Indice

1. Demografia e situazione socioeconomica

La popolazione: numeri e tendenze	7
L'allungamento e la qualità della vita	8
La presenza straniera	12
Il mondo del lavoro	13
Il reddito e il benessere economico.	15
L'istruzione.	16
Il capitale sociale e le risorse della comunità	19
L'ambiente	22

2. Comportamenti legati alla salute

I comportamenti legati alla salute.	29
Il fumo di sigaretta	29
Il consumo di alcol.	31
L'attività fisica e la sedentarietà	33
L'alimentazione, il sovrappeso e l'obesità	36
Definizioni dei fattori di rischio comportamentali	38

3. Principali problematiche di salute

La mortalità	43
Le principali cause di morte	45
I decessi evitabili.	46
Le principali malattie croniche	48
Le malattie cardiovascolari	48
I tumori	52
Il diabete	59
I traumi	63

Gli incidenti stradali	64
Gli infortuni domestici	66
Gli infortuni sul lavoro	68
La salute mentale	71
La violenza di genere	73
4. Indicatori	81
5. Riassunto Profilo 2017: un confronto di genere.....	91

1

Demografia e situazione socioeconomica

La popolazione: numeri e tendenze



Al primo gennaio 2017 erano residenti in Trentino **538.604** persone, con un leggero eccesso di presenza femminile (274.953 donne e 263.270 uomini; rapporto uomini/donne: 0,96) legata alle classi di età più anziane (figura 1.1). Se, infatti, il rapporto uomini/

donne nella popolazione fino ai 74 anni è vicino all'uno, nella popolazione ultra 74enne tale rapporto scende a 0,62, ossia ci sono 62 uomini ogni 100 donne. Ciò ad indicare che il continuo allungamento della vita media è più marcato nella parte femminile della popolazione, che risulta più anziana della controparte maschile. Dal punto di vista demografico, la provincia di Trento è principalmente caratterizzata dall'**invecchiamento della popolazione**: i giovani con meno di 15 anni rappresentano il 15% della popolazione totale, mentre le persone con più di 64 anni e quelle con più di 74 anni sono, rispettivamente, il 21% e l'11%. In confronto agli anni '80 la parte di popolazione giovane (con meno di 30 anni) si è ridotta del 16%, mentre la quota di popolazione anziana

Figura 1.1. Struttura della popolazione trentina, per genere e classi d'età. Istat 2017

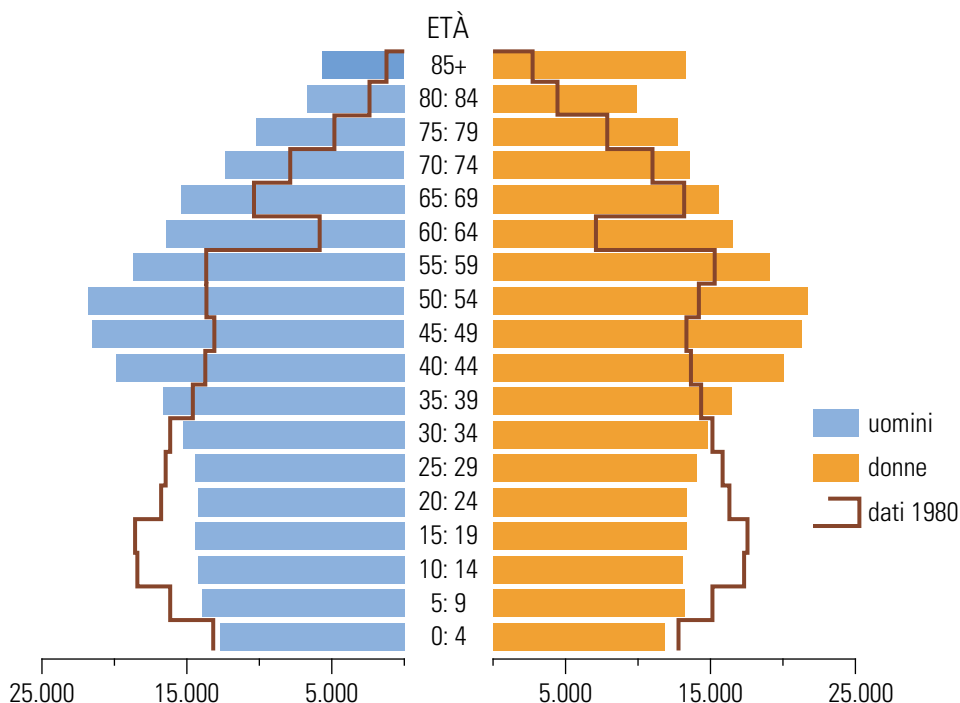


Tabella 1.1. Indicatori della struttura della popolazione trentina, per genere. Istat 2017

INDICATORE (%)	UOMINI	DONNE	TOTALE
Indice di vecchiaia	122,9	170,3	145,9
Indice di dipendenza	20,9	38,1	33,5
Indice di ricambio	87,4	81,0	84,2

L'INDICE DI VECCHIAIA, dato dal rapporto tra la popolazione con più di 64 anni e quella con meno di 15 anni, indica che vi sono 170 donne anziane ogni 100 giovani donne, rispetto ai 123 uomini anziani ogni 100 giovani.

L'INDICE DI DIPENDENZA degli anziani, cioè il rapporto tra la popolazione con più di 64 anni e quella di età tra i 15 e i 64 anni, indica che ci sono 38 donne ultra 64enni ogni 100 in età lavorativa e 21 uomini oltre i 64 anni ogni 100 in età lavorativa.

L'INDICE DI RICAMBIO della popolazione è il rapporto tra la popolazione di 15-19 anni con quella di 60-64 anni e risulta pari a 81,0% per le donne e 87,4% per gli uomini. Indica che per ogni 100 donne che usciranno dal mercato del lavoro ce ne saranno 81 che vi entreranno, così come ci saranno 87 uomini che accederanno a mercato del lavoro ogni 100 che ne usciranno.

è progressivamente incrementata: gli ultra 64enni sono aumentati del 75%, gli ultra 74enni del 150%.

L'allungamento e la qualità della vita



Le figure 1.2a e 1.2b mostrano il progressivo allungamento della vita sia alla nascita, sia in età anziana. Il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere (**speranza di vita alla nascita**) è aumentato in circa tre decenni di oltre 11 anni per gli uomini (dai 70 anni del 1982 agli **81,4** del 2016) e di circa 8 per le donne (dai 78,5 anni del 1982 agli **86,3** del 2016). Inoltre, lo spostamento sempre più in avanti del momento del decesso ha comportato un aumento della **speranza di vita anche alle età più anziane**. Ad esempio, dal 1982 a oggi le persone di 75 anni hanno guadagnato più di quattro anni di vita, passando dagli 8 ai 12,3 anni per gli uomini e dai 10 ai 14,7 anni per le donne. Ma l'aumentata longevità in che condizioni di salute avviene? L'aumento della sopravvivenza porta con sé un aumento degli anni vissuti in buona salute?

Figura 1.2a. Speranza di vita alla nascita, per genere. Ispat, 1982-2016

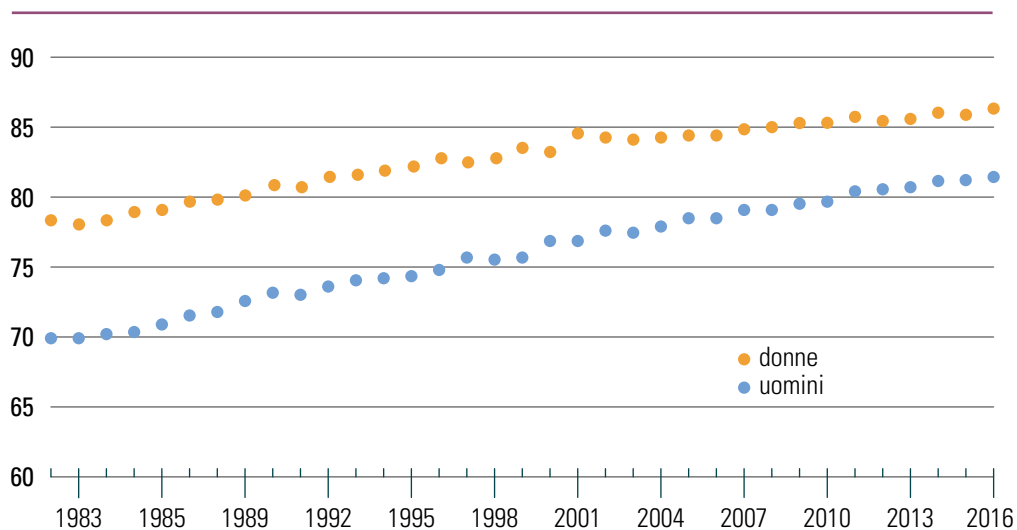
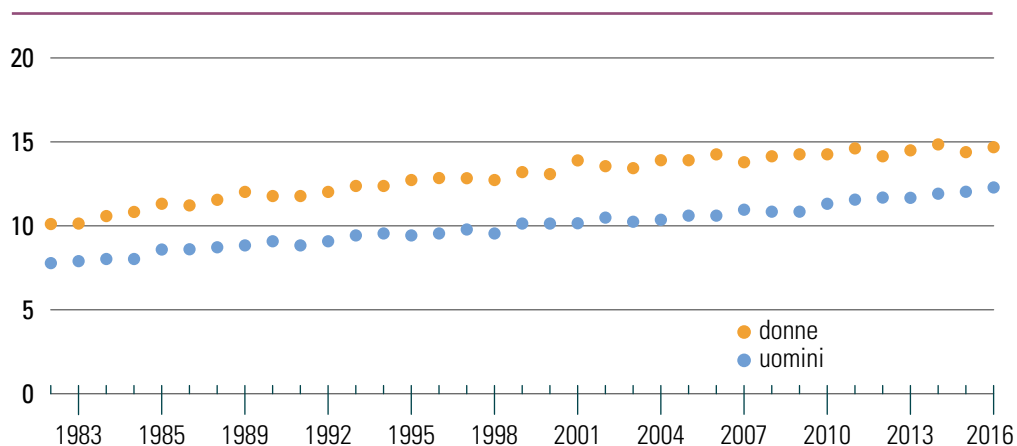


Figura 1.2b. Speranza di vita a 75 anni, per genere. Ispat, 1982-2016



In figura 1.3 sono evidenziati gli **anni vissuti in buona salute**, indicatore che combina la componente di sopravvivenza alla percezione di buona salute delle persone. Dal 2000 al 2015 in provincia di Trento la parte di vita vissuta in buona salute è cresciuta per entrambi i generi: gli uomini hanno guadagnato 16 anni di vita, mentre le donne 18.

Tuttavia risulta evidente come la dimensione qualitativa degli anni vissuti continui a essere più favorevole per il genere maschile. Sebbene le donne vivano in media più a lungo (di quasi 5 anni nel 2015) esse hanno una vita

Figura 1.3. Speranza di vita e anni vissuti in buona salute alla nascita, per genere. Ispat 2000-2015

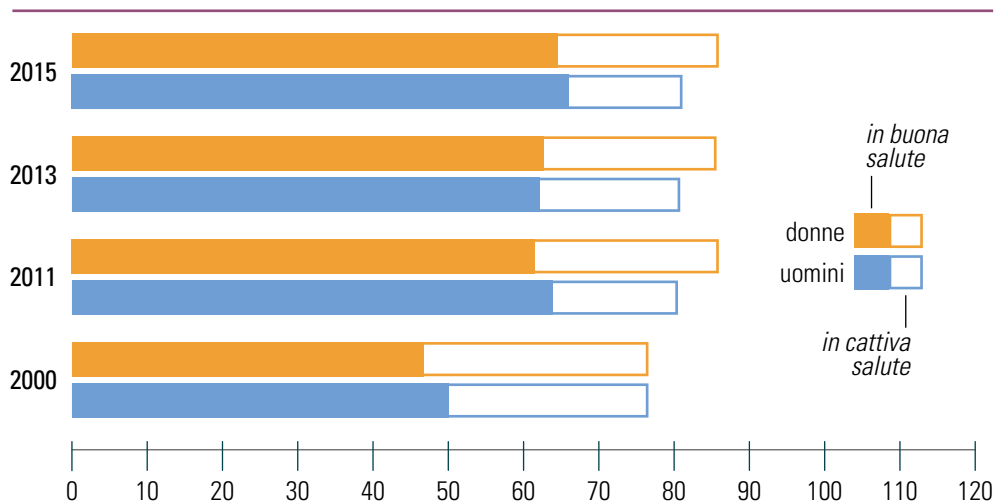
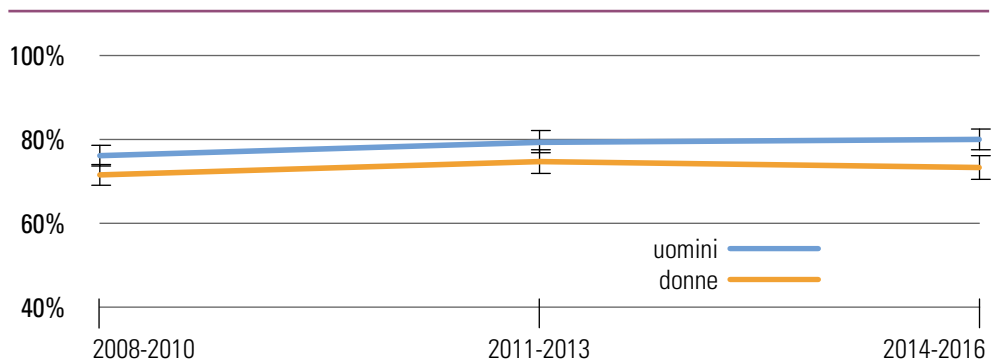


Figura 1.4. Percezione positiva della propria salute, per genere. PASSI 2008-2016



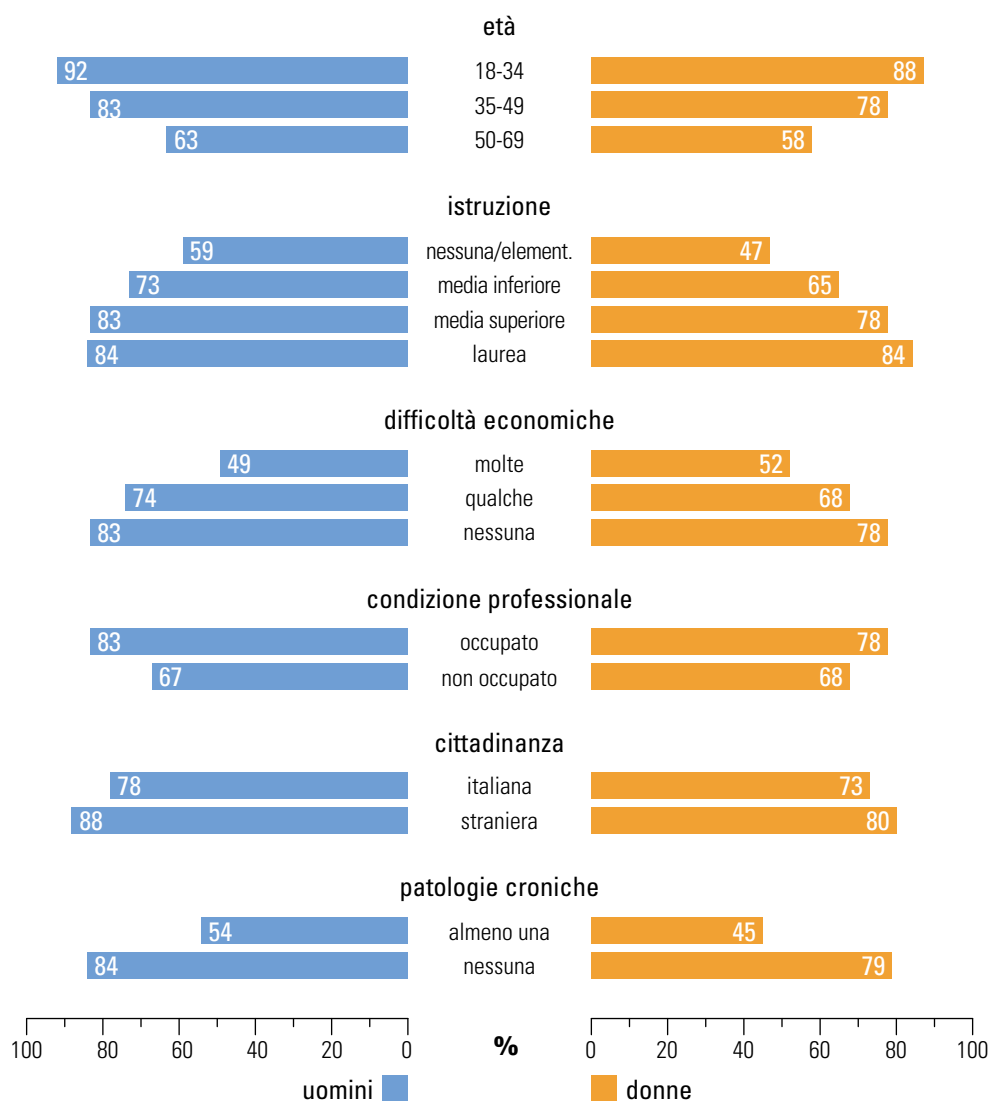
in buona salute più breve degli uomini (di circa un anno e mezzo) e trascorrono, quindi, una porzione più elevata della loro vita in cattiva salute (il 25% per le donne vs 18% per gli uomini).

La qualità della vita relativa alla salute può essere valutata anche attraverso la **percezione che le persone hanno della propria salute, fisica e mentale**, visto che la percezione soggettiva è fortemente correlata con indicatori più oggettivi, quali presenza di malattie o altri disturbi.

Nel periodo 2008-2016 in provincia di Trento il 76% della popolazione tra i 18 e i 69 anni giudica il proprio stato di salute positivamente (ritiene di stare "molto bene" o "bene"), il 22% discretamente e il rimanente 2% in modo negativo ("male" o "molto male").

Uomini e donne mostrano una percezione diversa del benessere, più positiva tra i primi. Riferisce di stare "bene" o "molto bene" il 79% degli uomini e il 73% delle donne, discretamente il 19% degli uomini e il 25% delle donne e di stare "male" o "molto male" il 2% di entrambi i generi. L'andamento temporale presentato in figura 1.4 non evidenzia variazioni rilevanti nell'intero periodo e continua a sottolineare come sia

Figura 1.5. Percezione positiva del proprio stato di salute in provincia di Trento, per genere e caratteristiche demografiche e socio-economiche. PASSI 2008-2016



no le donne a riferire uno stato di salute peggiore rispetto agli uomini. La percezione positiva del benessere non è condizionata solo dal genere delle persone, ma anche dalle loro **caratteristiche demografiche e socio-economiche** (figura 1.5).

In entrambi i generi la percentuale di persone che giudica positivamente il proprio stato di salute diminuisce all'aumentare dell'età, al crescere delle difficoltà economiche e in presenza di almeno una patologia cronica. L'istruzione diventa un fattore rilevante solo per le donne: all'aumentare del livello di istruzione aumenta la percentuale di donne che afferma di stare "bene" o "molto bene". Mentre cittadinanza e condizione lavorativa influenzano il giudizio degli uomini: tra i cittadini italiani e tra chi è in condizioni lavorative precarie troviamo percentuali più basse di giudizi positivi.

La presenza straniera



Gli stranieri residenti in Trentino al primo gennaio 2017 sono **46.456**, pari all'**8,6%** della popolazione totale. La presenza di stranieri ha raggiunto il massimo nel 2013 (9,5%) ed è in costante calo negli ultimi anni. Calo spiegabile principalmente dalla crisi economica, che ha frenato i trasferimenti dall'estero, e in parte dal trend crescente delle acquisizioni di cittadinanza, essenzialmente per residenza pluriennale.

La popolazione straniera si differenzia da quella italiana per essere molto più giovane (il 19% ha meno di quindici anni vs il 14% tra gli italiani e il 4% ne ha più di 65 vs il 23% tra gli italiani) e per avere più alti livelli di fecondità, sebbene questa sia in progressiva contrazione.

La definizione "stranieri" sintetizza una varietà di ben 142 cittadinanze presenti in provincia di Trento. La comunità più numerosa è quella romena (che conta il 22% degli stranieri totali), seguita da quella albanese (12%) e marocchina (8%).

Molte sono le caratteristiche che contraddistinguono le diverse comunità residenti sul territorio, tra queste la composizione per genere. Complessivamente le donne costituiscono il 54% degli stranieri residenti in Trentino, ma sono sovrarappresentate tra i cittadini dell'ex blocco sovietico (Ucraina – il 75% degli ucraini residenti in Trentino sono donne – Polonia 69%, Moldova 67%, Bulgaria 64%) e di alcune aree del Sud America (Brasile 72%, Colombia 61%). Gli uomini, invece, prevalgono in particolare tra i senegalesi (70%), i nigeriani (63%), i pakistani (59%) e gli indiani (58%).

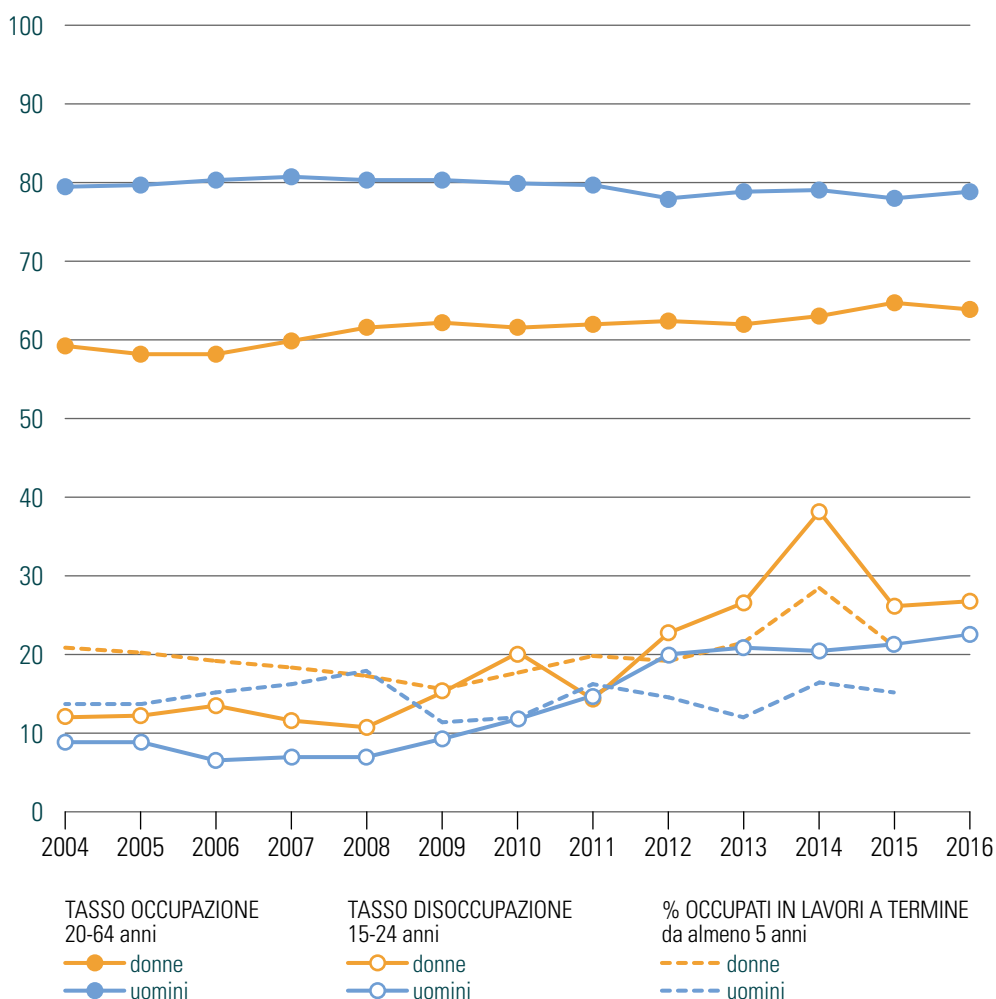
Il mondo del lavoro



Al lavoro di buona qualità è universalmente riconosciuta la potenzialità di migliorare la vita dell'individuo e della sua famiglia, in quanto fonte sia di reddito e di possibili vantaggi economici, sia di identità e realizzazione personale.

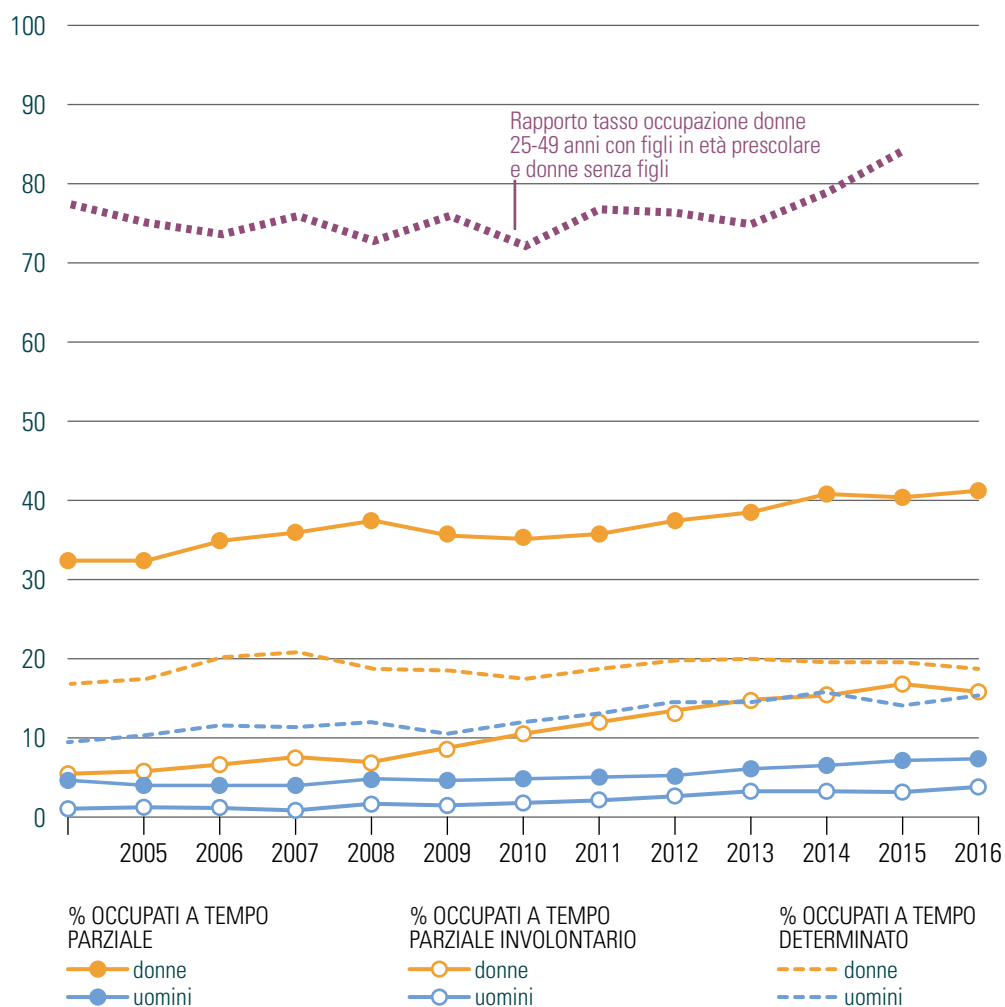
Per contro la disoccupazione, anche di breve periodo, e l'occupazione precaria hanno effetti negativi sulla vita e sul benessere dell'individuo, non solo in termini di povertà materiale, ma anche di forte stress psicologico derivante appunto dall'instabilità economico-lavorativa e

Figura 1.6a. Indicatori di monitoraggio del mercato del lavoro, per genere. Ispat 2004-2016



dal limitato grado di realizzazione e soddisfazione personale e professionale. I dati dell'occupazione trentina mostrano chiaroscuri: da un lato la situazione in Trentino è decisamente più favorevole rispetto al contesto nazionale, dall'altro sono presenti diseguità in base al genere, all'età, al livello di istruzione e alla cittadinanza. I principali indicatori di monitoraggio del mercato del lavoro e della conciliazione dei tempi di vita mostrano condizioni sfavorevoli per le donne. Il **tasso di occupazione generale in età 20-64 anni** (pari al 71% nel 2016) è solo di poco inferiore all'obiettivo del 75% fissato per il 2020 dall'Unione europea, ma presenta un differenziale di 15 punti percentuali tra uomini e donne a discapito delle donne: il tasso di

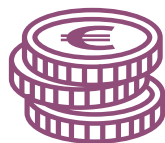
Figura 1.6b. Indicatori di monitoraggio del mercato del lavoro, per genere. Ispat 2004-2016



occupazione maschile (20-64 anni) è pari al 79%, quello femminile al 64%. Lo **svantaggio occupazionale delle donne** emerge anche dalla tipologia del contratto di lavoro, più spesso atipico se si tratta di occupazione femminile. Nell'ultimo decennio le lavoratrici occupate a tempo determinato sono oscillate tra il 17 e il 20%, mentre tra gli uomini tale percentuale è inferiore mediamente di 5-6 punti. In più le donne sono colpite maggiormente anche dal precariato di lunga durata. Sempre nell'ultimo decennio circa il 20% delle lavoratrici sono state occupate in lavori a termine per almeno 5 anni rispetto al 15% dei colleghi uomini.

Una menzione particolare merita il part-time, modalità di lavoro prettamente femminile, viste le percentuali molto diverse a seconda se si considerano lavoratrici (41% occupate part-time nel 2016) o lavoratori (7%). Sebbene il lavoro a tempo parziale possa essere uno strumento per facilitare la conciliazione tra tempi di lavoro e altri ambiti di vita (e quindi l'aumento della partecipazione femminile al mercato del lavoro), va attentamente presa in considerazione la progressiva crescita del part-time involontario passato dal 5% dei primi anni 2000 al 16% del 2016 (a fronte del 4% per gli uomini).

Il reddito e il benessere economico



L'insufficienza di risorse economiche individuali e collettive mette a rischio la possibilità di soddisfare i bisogni fondamentali di ognuno ed è insieme causa ed effetto di problemi nel campo dell'istruzione, dell'occupazione e della coesione sociale. Tutto ciò si traduce in una limitata capacità

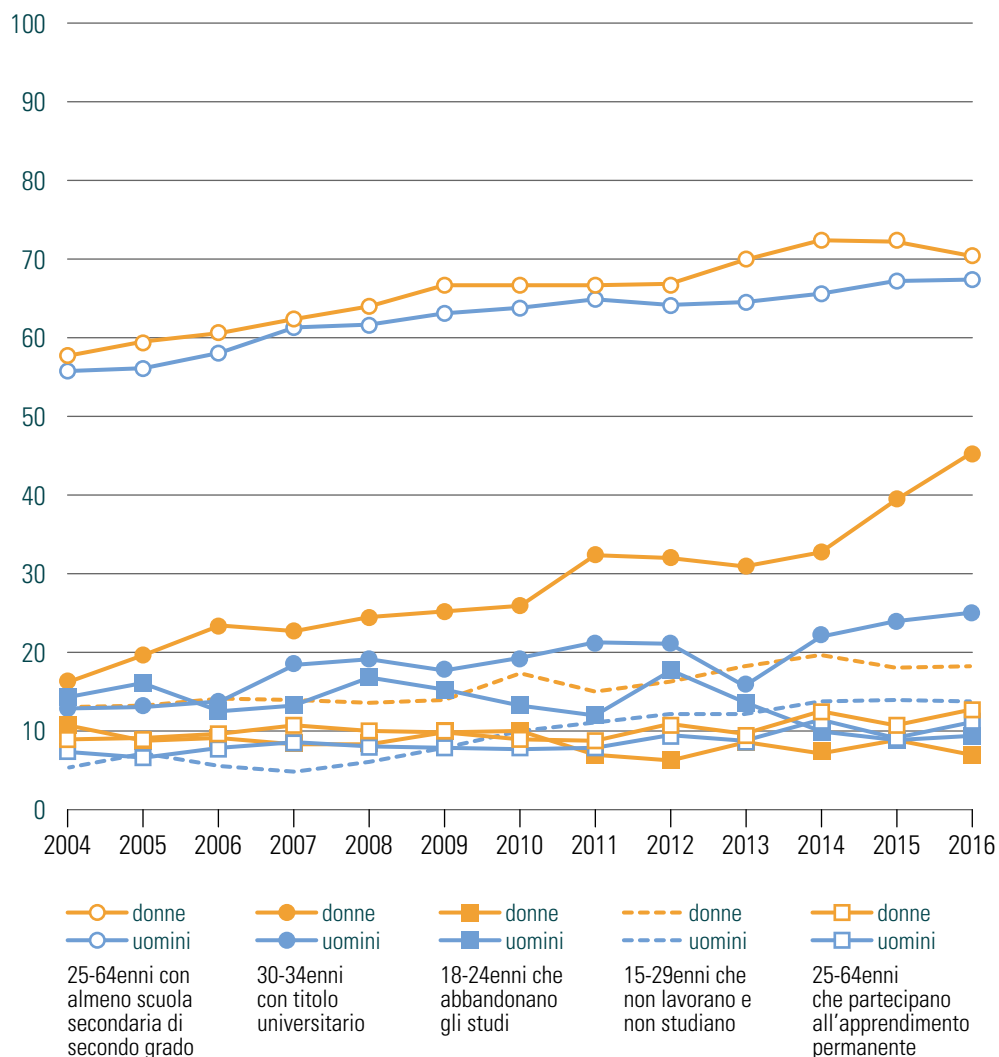
delle persone di avere controllo sulle proprie scelte di salute e di benessere. Il 50% delle famiglie residenti in Trentino ha percepito nel 2014 un reddito non superiore a 26.859 euro, pari a 2.238 euro al mese (reddito mediano; ultimi dati Istat). È il reddito più basso dal 2005 ad oggi, sebbene ancora una volta più alto di quello medio nazionale (24.190 euro).

La **povertà relativa**⁽¹⁾ coinvolge il 6,5% delle famiglie (il 10% in Italia), mentre il 3% delle persone vive in famiglie in condizioni di **grave deprivazione materiale**⁽²⁾ (12% in Italia).

⁽¹⁾ 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 sulle spese per consumi delle famiglie. Nel 2015, per esempio per una famiglia di due componenti è risultata di 1.051 euro mensili.

⁽²⁾ L'indicatore, definito come una situazione di involontaria incapacità di sostenere spese per determinati beni o servizi, corrisponde alla percentuale di persone in famiglie che registrano almeno quattro segnali di deprivazione su una lista di nove: non riuscire a sostenere spese

Figura 1.7. Indicatori di monitoraggio di istruzione e formazione, per genere. Ispat 2004-2016



Gli indicatori di istruzione e formazione confermano la posizione di eccellenza del sistema scolastico locale relativamente al quadro nazionale. Mostrano valori in linea con la situazione media dell'Unione europea e, sebbene non si siano ancora raggiunti alcuni traguardi fissati a livello europeo, l'andamento temporale è in progressivo miglioramento. Tuttavia, come già visto per il lavoro, la sintesi del dato medio nasconde disuguaglianze legate a fattori sociali e demografici, tra cui il genere (figura 1.7). Gli indicatori di successo scolastico descrivono una situazione

favorevole per le donne: esse, infatti, si diplomano con maggior frequenza degli uomini (70% vs 67% nel 2016), hanno percentuali di abbandono scolastico più basse (7% vs 9% nel 2016) e, soprattutto, si laureano in percentuali nettamente maggiori e con uno scarto che si amplia nel tempo (negli ultimi anni la percentuale di laureate è oltre una volta e mezza quella dei laureati).

Come abbiamo visto nel paragrafo precedente, questo vantaggio formativo però non si traduce in altrettanto vantaggio lavorativo, comportando così uno “spreco” di capitale sociale. In linea, almeno in parte, con questa realtà è la percentuale di NEET (giovani non più impegnati in un percorso scolastico o formativo ma nemmeno inseriti nel mondo del lavoro) che, tendenzialmente in crescita per entrambi i generi, è più elevata tra le ragazze (18% vs 14% nel 2016).

Anche i risultati scolastici e le competenze degli studenti sono caratterizzati da disparità di genere, oltre che di cittadinanza e di contesto socio-economico di provenienza.

Fermo restando che in Trentino le performance degli studenti nelle tre discipline sono più che brillanti (con punteggi medi migliori sia di quelli nazionali che di quelli della media dei paesi OCSE) e che le percentuali di studenti sotto il livello base di competenza sono sensibilmente più contenute di quelle italiane e della media dei paesi OCSE, l'analisi per genere mostra un divario accentuato, in particolare per quanto riguarda la prestazione media (tabella 1.2).

Rispetto ai loro compagni maschi, le studentesse hanno maggiori problemi in ambito matematico e scientifico, mentre raggiungono risultati migliori nell'ambito della lettura, effetti da ricondurre in parte a un'educazione distorta da pregiudizi di genere.

Tabella 1.2. Livelli di competenza degli studenti 15enni trentini in scienze, matematica e lettura, per genere. PISA 2015

	Punteggi medi		% studenti che non raggiungono i livelli minimi di competenza	
	Ragazzi	Ragazze	Ragazzi	Ragazze
Scienze	520	501	11	14
Matematica	527	506	11	15
Lettura	506	517	13	10

Il capitale sociale e le risorse della comunità



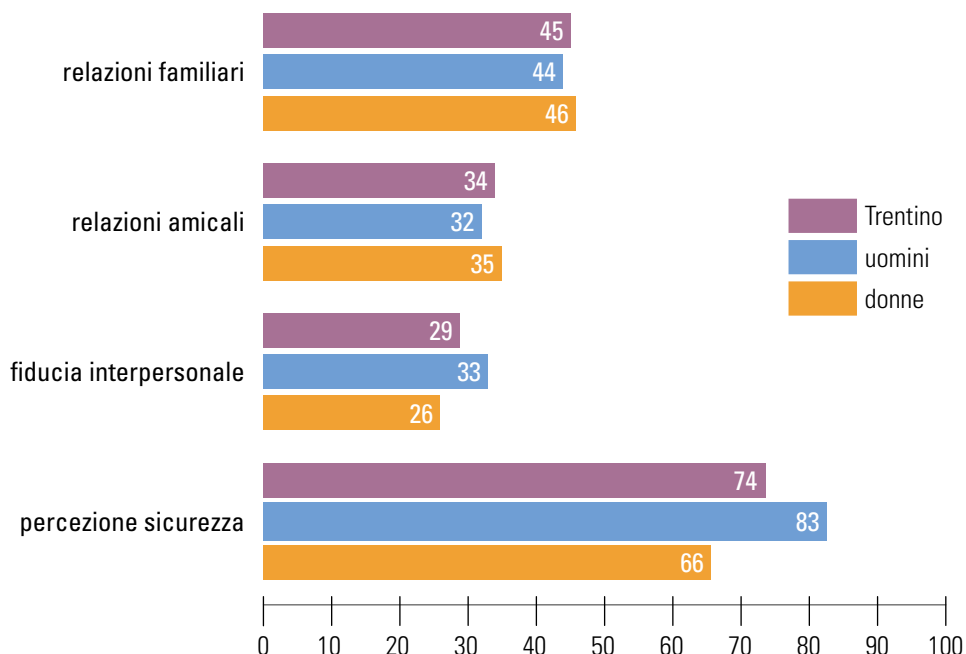
Risorse finanziarie, infrastrutture, presenza di servizi pubblici efficienti da sole non bastano; le relazioni sono indispensabili affinché un insieme di individui isolati sia una società. Le più recenti ricerche internazionali

hanno dimostrato l'esistenza di correlazione tra la dotazione di capitale sociale di una comunità e il livello di sviluppo economico, di capitale umano, di salute e di criminalità.

In provincia di Trento i legami familiari e amicali sono solidi e le persone si dichiarano molto soddisfatte delle proprie relazioni in misura decisamente più consistente di quanto mediamente accade in Italia (figura 1.8): il 34% dei trentini è molto soddisfatto dei legami con gli amici (24% in Italia) e il 45% di quelli con i parenti (33% in Italia).

I trentini rientrano tra le persone in Italia che hanno maggior fiducia nel prossimo (il 29% delle persone ritiene che gran parte della gente sia degna di fiducia vs il 20% in Italia) e hanno una percezione della sicurezza della zona in cui vivono tra le più elevate (il 74% delle persone si sente sicuro camminando al buio da solo nella zona in cui vive vs 56% in Italia).

Figura 1.8. Aspetti relazionali in persone di 14 anni e più in provincia di Trento, per genere. Ispat 2016



La soddisfazione delle relazioni non è molto diversa tra uomini e donne, a differenza della fiducia interpersonale e della percezione di sicurezza, che vedono le donne più insoddisfatte degli uomini (figura 1.8). Infatti, il 33% degli uomini reputa che gran parte della gente sia degna di fiducia a fronte del 26% delle donne e l'83% degli uomini si sente sicuro nella zona in cui vive rispetto al 66% delle donne.

Lo spirito di partecipazione sociale, di associazionismo e di volontariato, crea capitale sociale utile a livello sia individuale che comunitario e questo è ben presente nella popolazione trentina, soprattutto nella componente maschile (figura 1.9).

I consumi e le attività di carattere culturale contribuiscono a determinare il capitale sociale di un paese e i trentini dimostrano esserne attivi protagonisti (figura 1.10). Si sottolinea la propensione e la diffusione della lettura di libri che interessa il 55% dei residenti (41% in media in Italia), così come la lettura di quotidiani con il 57% dei trentini che legge un quotidiano almeno una volta alla settimana (in Italia il 44%) e il 37% che li legge con continuità nell'arco di tutta la settimana (in Italia il 35%). Inoltre, il 41% delle persone fa un uso di internet per leggere news, riviste e giornali (il 34% in Italia).

Figura 1.9. Partecipazione civica, politica e sociale in persone di 14 anni e più in provincia di Trento, per genere. Ispat 2016

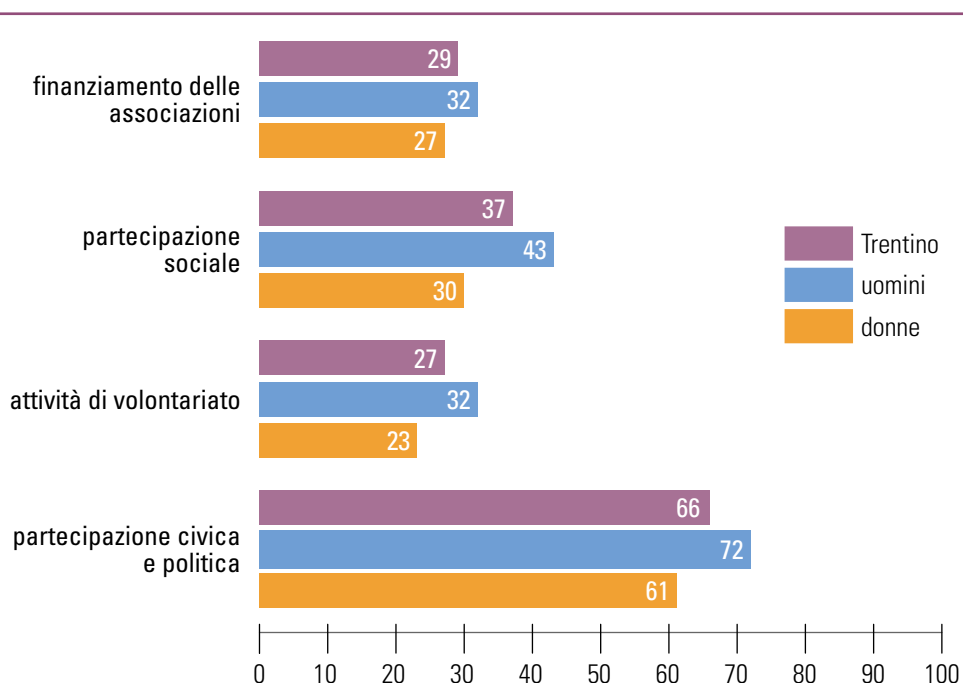
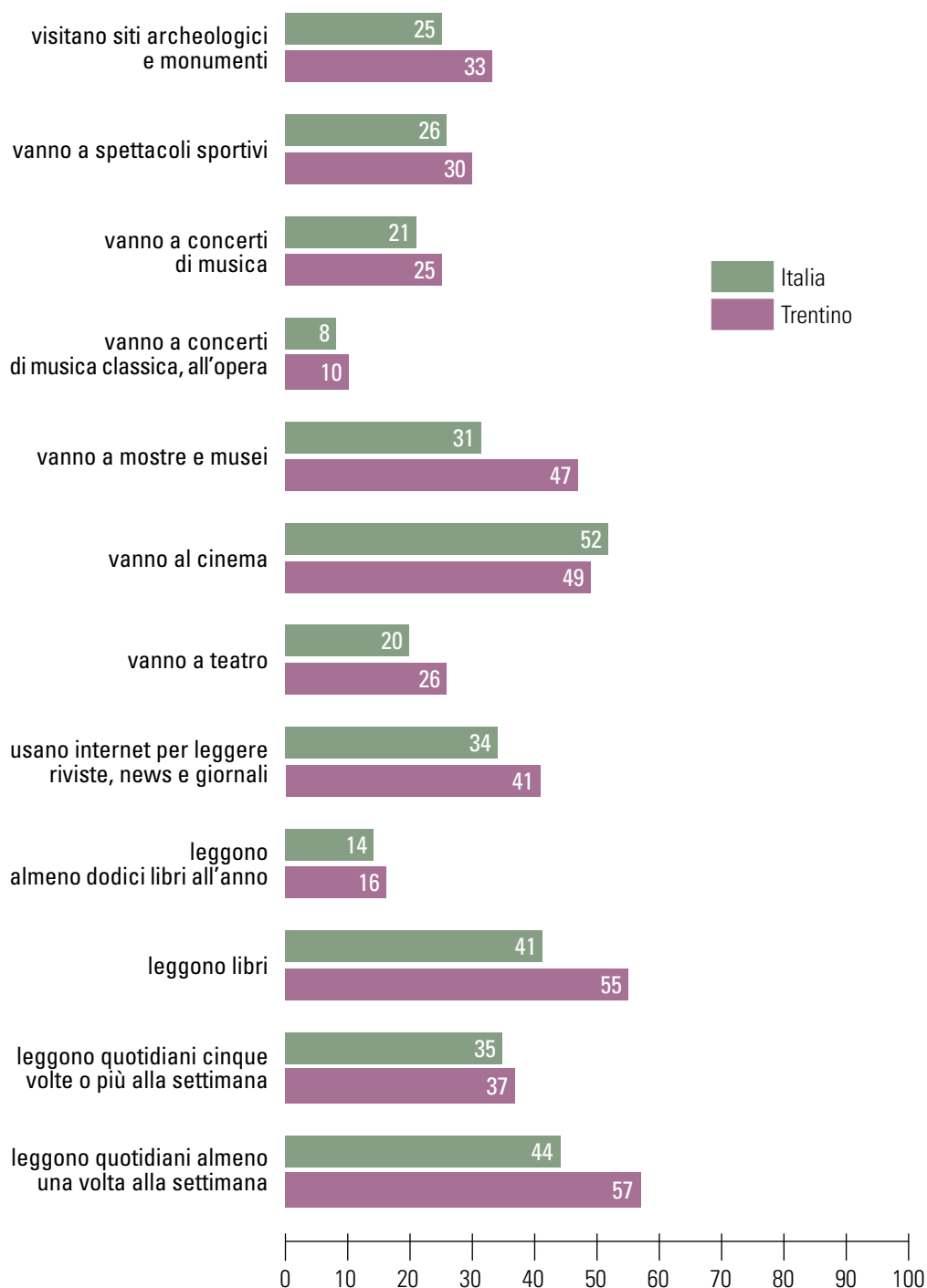


Figura 1.10. Attività svolte nel tempo libero da persone di 6 anni e più, per residenza. Istat 2016



Anche per ciò che concerne la partecipazione a spettacoli ed eventi, i dati evidenziano l'alto tasso di risposta dei trentini all'offerta e alle proposte culturali: vanno a teatro più che nel resto d'Italia (26% vs 20%), visitano più mostre e musei (47% vs 31%), sono più interessati ai siti archeologici e ai monumenti (33% vs 25%) e sono buoni frequentatori di concerti di musica leggera (25% vs 21%). I trentini non si mostrano particolarmente interessati alla musica classica e all'opera (10%) e vanno al cinema meno frequentemente rispetto alla media italiana (49% vs 52%).

L'ambiente



Il benessere di una società è strettamente collegato al contesto territoriale e ambientale in cui le persone vivono e alla stabilità e alla consistenza delle risorse disponibili.

Ogni società dovrebbe rispettare i criteri di uno sviluppo sostenibile, cioè soddisfare i bisogni attuali senza compromettere la possibilità delle future generazioni di soddisfare i propri. Questo principio implica un forte impegno da parte di istituzioni e cittadini all'utilizzo responsabile delle risorse naturali e alla realizzazione di politiche che tengano conto dell'interconnessione di aspetti sociali, ambientali, economici e sanitari, nello spirito degli obiettivi delle Nazioni Unite per lo sviluppo sostenibile.

Spesa per la tutela dell'ambiente

L'attenzione istituzionale alla tutela dell'ambiente può essere valutata dalla quantità di risorse economiche investite per la salvaguardia dell'ambiente da fenomeni di inquinamento e di degrado e dall'esaurimento delle risorse naturali.

L'8° Rapporto sullo stato dell'ambiente della provincia di Trento curato da APPA riporta i dati del 2012 (ultimi disponibili), i quali attribuiscono al Trentino una spesa media pro capite pari a 317 euro contro una spesa media italiana sensibilmente inferiore (64 euro)⁽⁴⁾.

Rifiuti urbani

Nel corso del 2015 la produzione pro capite di rifiuti in Trentino è scesa a 463 kg, confermando il calo significativo già in atto dal 2010 (dati ISPAT).

⁽⁴⁾ APPA, 2016. Capitolo 20: Spesa ambientale, 8° Rapporto sullo stato dell'ambiente della provincia di Trento.

Allo stesso modo, si continua a registrare un trend in costante diminuzione anche per la parte di rifiuti smaltiti in discarica che nello stesso anno ammontava al 26% del totale dei rifiuti urbani raccolti. Infine, il Trentino si conferma una realtà virtuosa a livello nazionale per la raccolta differenziata, la quale, sempre nel 2015, era pari al 72% del totale raccolto.

Prodotti fitosanitari⁽⁵⁾

Da un punto di vista normativo, i prodotti fitosanitari sono un tipo di pesticida utilizzato per la protezione delle piante e per la conservazione dei prodotti vegetali.

La presenza in provincia di Trento di coltivazioni intensive (per esempio melo e vite) fa sì che il consumo di fitofarmaci per unità di superficie coltivata risulti più elevato (10,5 Kg per ettaro) rispetto alla media nazionale (4,6 Kg per ettaro). Sopra alla media nazionale si collocano anche Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia Romagna, Campania, Puglia e Sicilia (ISPRA 2016).

L'impiego di fertilizzanti chimici risulta invece più contenuto: rispetto ad un valore nazionale pari a 71,5 kg di unità fertilizzanti per ettaro, in Trentino il consumo è di 29,7 kg per ettaro (ISTAT – elaborazione Servizio agricoltura).

L'utilizzo di prodotti fitosanitari e fertilizzanti in agricoltura comporta importanti risvolti ambientali come anche rischi per l'uomo e per questo motivo le politiche agricole comunitarie e nazionali ne prevedono un costante monitoraggio⁽⁶⁾. A questo fine, l'Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS) e l'Agenzia provinciale per la protezione dell'ambiente (APPA) attuano specifici piani di controllo, eseguono ispezioni sulle aziende agricole ed effettuano analisi sugli alimenti e sulle acque.

Emissioni di gas serra⁽⁷⁾

Le emissioni di gas serra sono dovute principalmente alla produzione di energia elettrica da fonti non rinnovabili, al trasporto automobilistico e aereo, al riscaldamento delle abitazioni e alle attività industriali e di allevamento di bestiame.

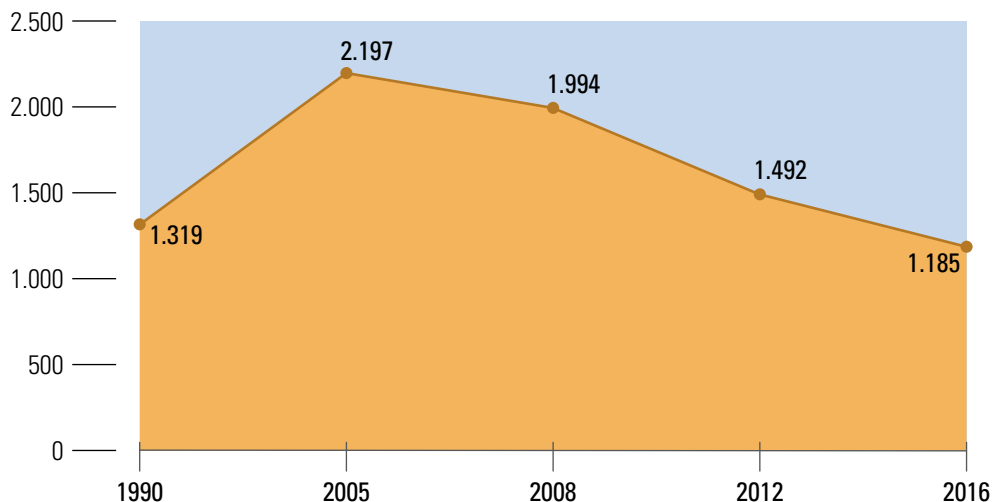
Fra i gas climalteranti, l'anidride carbonica è il principale responsabile del surriscaldamento climatico e nel rispetto degli obiettivi fissati dal

⁽⁵⁾ Paragrafo a cura di Renato Martinelli, Servizio Agricoltura, Dipartimento Territorio, agricoltura, ambiente e foreste.

⁽⁶⁾ ISPRA, 2016. Capitolo 13: Dati di vendita dei prodotti fitosanitari, *Rapporto nazionale pesticidi nelle acque dati 2013-2014*.

⁽⁷⁾ Paragrafo a cura di Roberto Brunelli, APRIE, Dipartimento Territorio, agricoltura, ambiente e foreste.

Figura 1.11. Andamento delle emissioni di CO₂ (in ktonn) prodotte dalla combustione di fonti energetiche fossili in Trentino. Elaborazioni APRIE su dati MISE



protocollo di Kyoto, il Piano energetico provinciale stabilisce la necessità di ridurre le emissioni del 2% rispetto al 1990. L'andamento delle emissioni di CO₂ prodotte in Trentino dalla combustione di fonti energetiche fossili ha iniziato a decrescere dal 2005, anno in cui si è registrato un picco pari a 2197 kilotonnellate (fig.1).

Anche riguardo alla produzione pro-capite di CO₂ dovuta all'utilizzo di combustibili di fossili c'è stato un miglioramento, valore che è passato da 0,28 ktonn nel 2012 a 0,22 ktonn nel 2016.

Energia da fonti rinnovabili

Una possibile strategia per attenuare gli effetti legati all'esaurimento delle risorse e all'emissione di gas climalteranti deve essere incentrata sul risparmio energetico, ovvero sulla riduzione dei consumi di energia e sull'impiego di fonti energetiche rinnovabili.

Gli ultimi dati disponibili (relativi al 2014) evidenziano come l'87% dell'energia elettrica prodotta in Trentino provenga da fonti rinnovabili (soprattutto idroelettrico) contro un 13% di energia prodotta invece in impianti che utilizzano fonti fossili. Per quanto riguarda il solare termico, nel 2014 il numero di pannelli solari in funzione sul territorio provinciale era pari al 6% del totale nazionale, con una media di 284 m² di solare termico installato per 1000 abitanti contro una media nazionale di soli 33 m²/1000 abitanti.

La percezione della popolazione

Da una lettura dei dati elaborati dall'ISPAT emerge che nel 2015 quasi il 92% della popolazione con più di 14 anni si è dichiarato molto soddisfatto della situazione ambientale della zona in cui vive.

Tuttavia, nel 2016 il 23% delle famiglie trentine si è lamentato dell'inquinamento dell'aria, percentuale aumentata di quasi quattro punti rispetto al 2015 ma ancora di molto inferiore rispetto al valore italiano (38%). Per quanto riguarda invece la percentuale di famiglie che si lamentano per la sporcizia in strada, il valore registrato nello stesso anno era pari all'11%, di tre volte inferiore rispetto al 33% rilevato a livello nazionale.

2

Comportamenti legati alla salute

I comportamenti legati alla salute

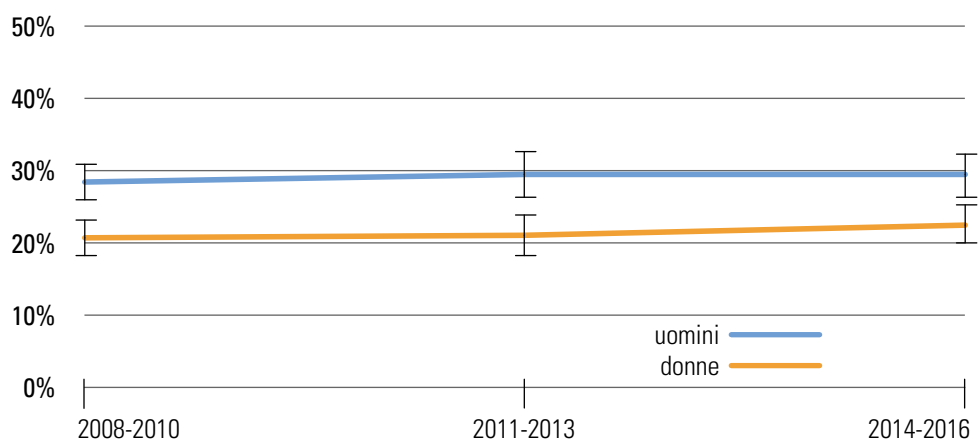
L'Organizzazione mondiale della sanità stima che in Europa l'86% dei decessi e il 77% del carico di malattia sono riconducibili a un ristretto gruppo di patologie croniche: malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie, diabete e problemi di salute mentale. Queste malattie hanno in comune quattro principali fattori di rischio modificabili: fumo di tabacco, abuso di alcol, sedentarietà e cattiva alimentazione. Essi si distribuiscono nella popolazione secondo un gradiente sociale e tendenzialmente sono più diffusi nelle classi sociali più svantaggiate, le quali hanno una morbosità e una mortalità maggiori rispetto a chi si trova in una posizione socialmente ed economicamente più avvantaggiata.

Il fumo di sigaretta



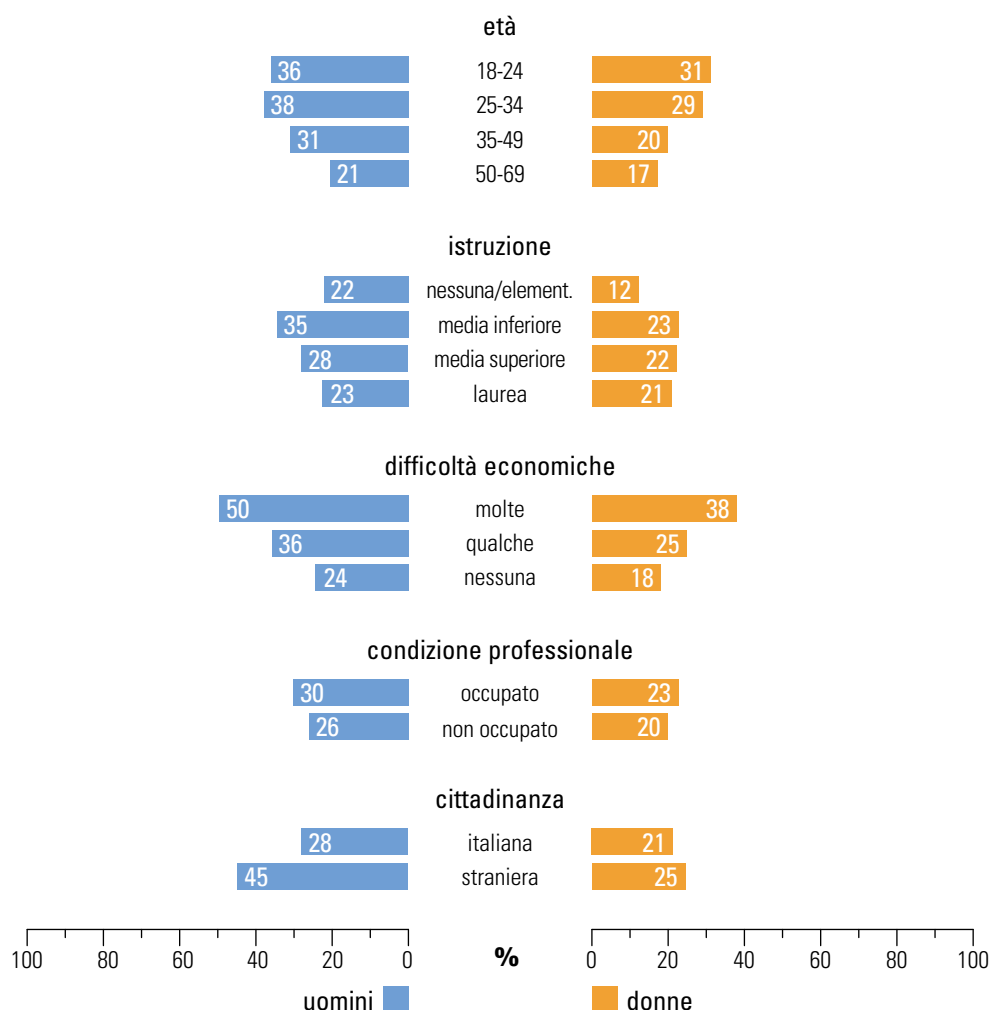
L'impatto del fumo sulla salute delle persone è notevole: metà dei fumatori muore a causa di questa abitudine/dipendenza. In Trentino la metà (51% – dati PASSI 2013-2016) degli adulti non fuma, l'altra metà è suddivisa tra ex fumatori (23%) e fumatori (26%; di cui 1% occasionali e 1% in astensione). Si tratta di un'abitudine più diffusa tra gli uomini, tra i quali il 28% è un fumatore (22% tra le donne) e il 29% un ex-fumatore (18% tra le donne). Questi valori sono rimasti pressoché immutati nell'ultimo decennio (figura 2.1).

Figura 2.1. Fumatori in provincia di Trento, per genere. PASSI 2008-2016



Sia per le donne che per gli uomini l'abitudine al fumo è meno frequente all'aumentare dell'età e al diminuire delle difficoltà economiche, mentre è più diffusa tra chi ha un lavoro regolare. Inoltre, gli uomini stranieri fumano di più degli italiani, differenza che invece non c'è per le donne (figura 2.2). A circa la metà (49%) dei fumatori, a prescindere dal genere, è stato **consigliato da un medico** o da un operatore sanitario di smettere. Poco meno della metà (44%) sia dei fumatori che delle fumatrici ha fatto nell'ultimo anno almeno un tentativo di smettere, che però, nella maggior parte dei casi (80%) è fallito (indipendentemente che il fumatore sia uomo o donna).

Figura 2.2. Fumatori in provincia di Trento, per genere e caratteristiche demografiche e socio-economiche. PASSI 2008-2016



Il consumo di alcol



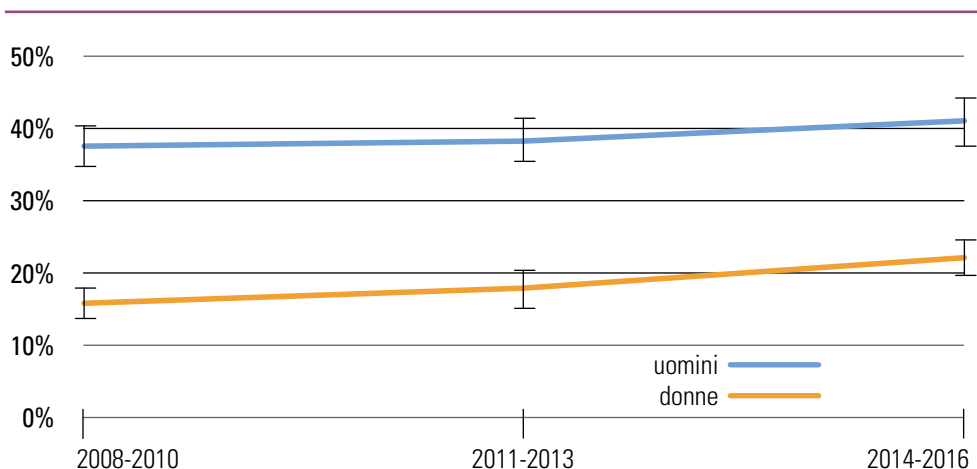
Per l'organismo umano l'alcol è una sostanza tossica per la quale non è possibile individuare livelli di consumo sicuri, sotto i quali non si registri un pericolo per la salute. Oltre a essere causa e/o fattore di rischio per molte malattie (in particolare cirrosi del fegato, malattie cardiovascolari, tumori), l'alcol è associato ai danni dovuti a comportamenti assunti in stato di intossicazione acuta: incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza.

La provincia di Trento, con le altre regioni del Nord Est, è il territorio con le percentuali di consumo di alcol più elevate in Italia. Infatti, il 31% di adulti trentini consuma alcol a maggior rischio, o perché consuma alcol abitualmente in modo elevato (5%), o prevalentemente fuori pasto (22%), o perché è un bevitore binge (14%), oppure per una combinazione delle tre modalità; il 34% consuma alcol in maniera moderata e solo il 35% non consuma affatto alcol (dati PASSI 2013-2016).

Il consumo di alcol è ancora un comportamento soprattutto maschile, solo un uomo su 5 non consuma alcol (21%), rispetto alla metà delle donne (49%), e ben il 40% degli uomini ne fa un consumo a maggior rischio, rispetto al 22% delle donne. Le donne però mostrano nell'ultimo decennio percentuali di consumo in crescita (figura 2.3), a differenza degli uomini che invece mantengono un comportamento costante nel tempo.

Oltre ad essere una consuetudine più diffusa tra gli uomini il consumo di alcol a maggior rischio è particolarmente diffuso tra i giovani.

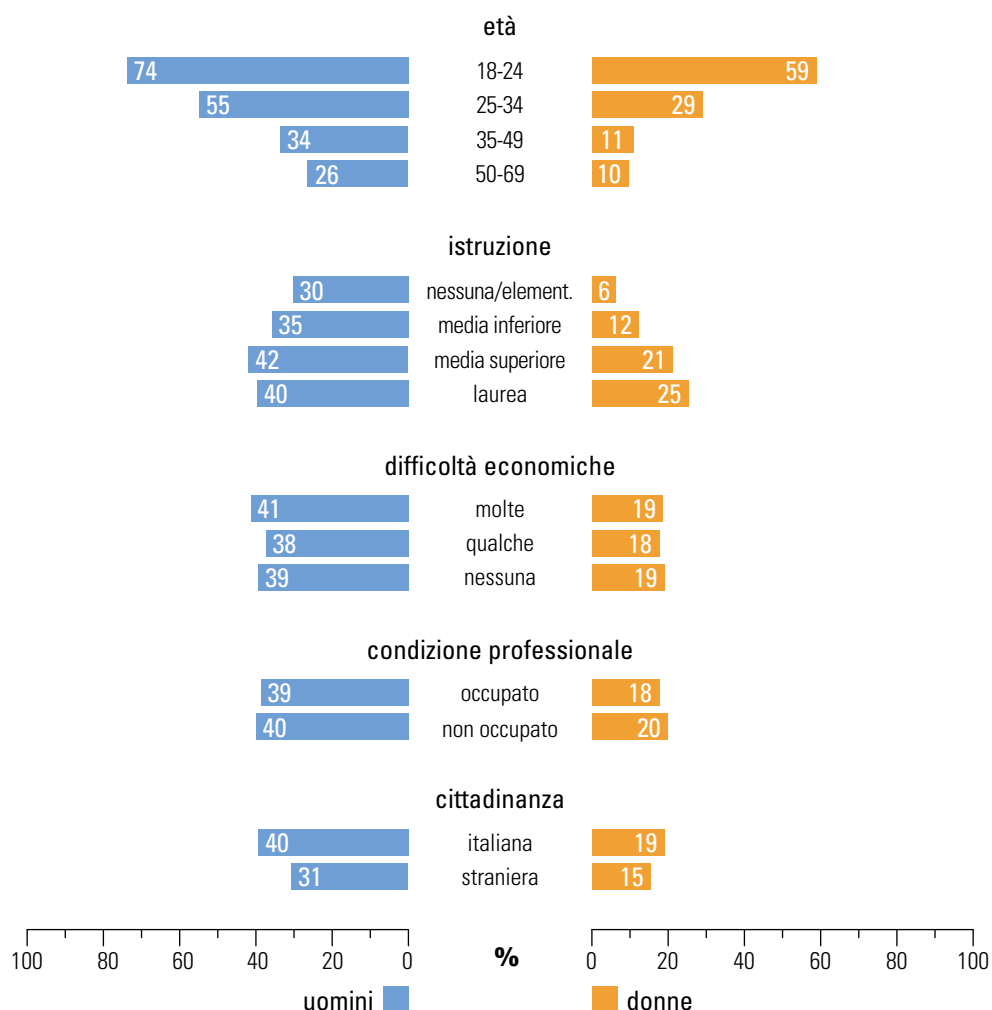
Figura 2.3. Consumatori di alcol a maggior rischio in provincia di Trento, per genere. PASSI 2008-2016



Tra i ragazzi e le ragazze in età 18-24 anni si rilevano percentuali di consumatori di alcol a maggior rischio elevatissime (74% per i ragazzi e 59% per le ragazze), percentuali che scendono progressivamente all'aumentare dell'età.

Sia per gli uomini che per le donne, anche la cittadinanza influenza il consumo di alcol, più diffuso tra i cittadini italiani. Infine, l'istruzione risulta essere un fattore favorente il consumo di alcol a maggior rischio per le donne tra le quali si osservano percentuali di consumatrici che aumentano al crescere del titolo di studio (figura 2.4).

Figura 2.4. Consumatori di alcol a maggior rischio in provincia di Trento, per genere e caratteristiche demografiche e socio-economiche. PASSI 2008-2016



I **consigli dei medici** possono contribuire a raggiungere gli obiettivi principali di sanità pubblica, ovvero la riduzione delle quantità di alcol consumate e l'eliminazione del consumo in determinate situazioni (guida, lavoro, presenza di patologie, gravidanza, adolescenza). Tuttavia, solamente una piccola minoranza dei consumatori a maggior rischio (il 9% degli uomini e il 2% delle donne) riceve dal proprio medico il consiglio di ridurre il consumo di alcol, a sottolineare la difficoltà degli operatori sanitari a inquadrare correttamente questo comportamento come un problema di salute.

Una delle cause di mortalità prematura sono gli incidenti sulla strada, spesso causati da guida in stato d'ebbrezza: il 14% degli uomini e il 3% delle donne dichiara di avere guidato sotto l'effetto dell'alcol e il 6% (sia per gli uomini che per le donne) di avere viaggiato con persone che stavano guidando sotto l'effetto dell'alcol.

Le Forze dell'ordine controllano più frequentemente gli uomini: annualmente è sottoposto a controlli circa la metà degli uomini e circa un terzo delle donne. L'etilotest, strumento di provata efficacia nella riduzione della mortalità da incidente stradale, viene fatto ad una minoranza di casi e anche in questo caso con una maggiore propensione a controllare gli uomini (16% vs 6% delle donne), in particolare i più giovani.

L'attività fisica e la sedentarietà



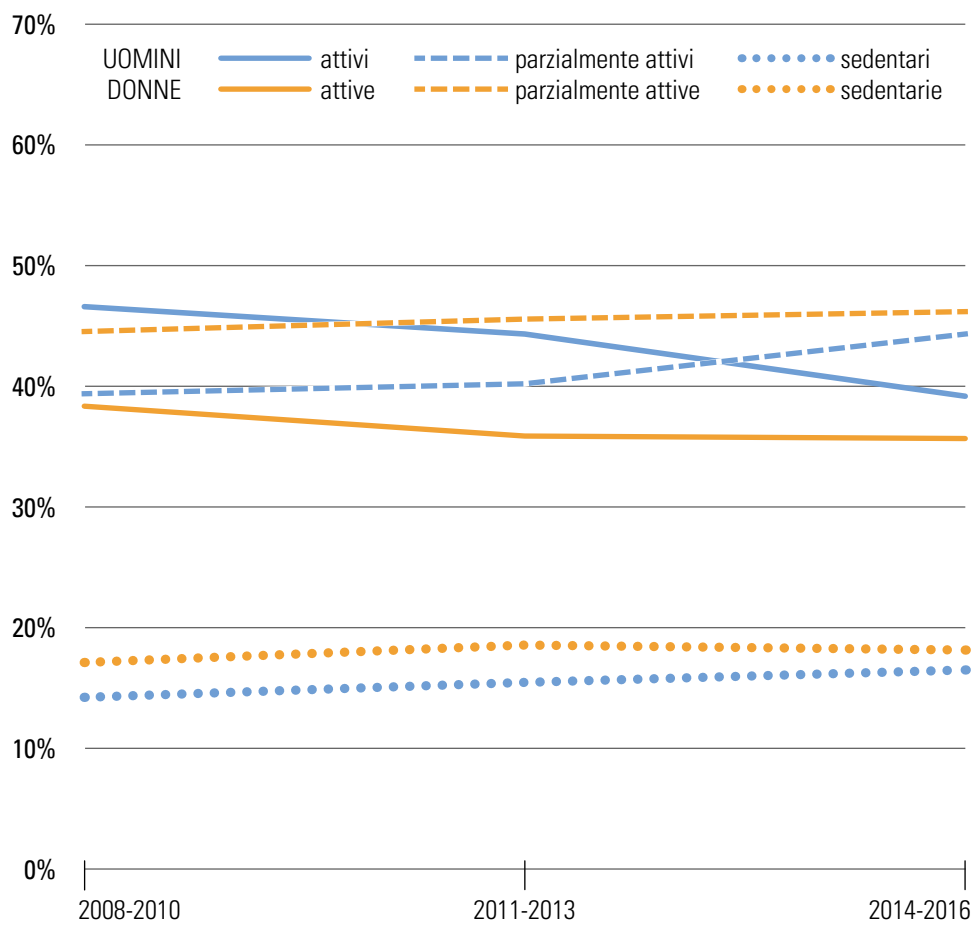
La regolare pratica di attività fisica comporta una vasta gamma di benefici per la salute: riduce il rischio di sviluppo di malattie cardiache, di diversi tipi di tumori (mammella, colon-retto) e di diabete di tipo 2, inoltre previene l'ipertensione e l'ipercolesterolemia, il rischio di fratture e di disturbi muscolo-

scheletrici, diminuisce lo stress e i sintomi di ansia e di depressione.

La maggior parte degli adulti trentini è fisicamente attivo o lo è almeno parzialmente (39% e 44% rispettivamente), mentre il 17% è completamente sedentario (dati PASSI 2013-2016).

Si osservano differenze di genere, non tanto rispetto al praticare attività fisica (le percentuali di sedentarietà sono sovrapponibili) quanto piuttosto al raggiungimento dei livelli raccomandati (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni a settimana o attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni a settimana oppure fare un lavoro pesante). Le donne praticano attività fisica come gli uomini, ma più difficilmente raggiungono i livelli raccomandati (attivi: uomini 41% vs donne 36%; parzialmente attivi: 43% uomini vs 46% donne). Tuttavia questa differenza va progressivamente assottigliandosi a causa, purtroppo, di un

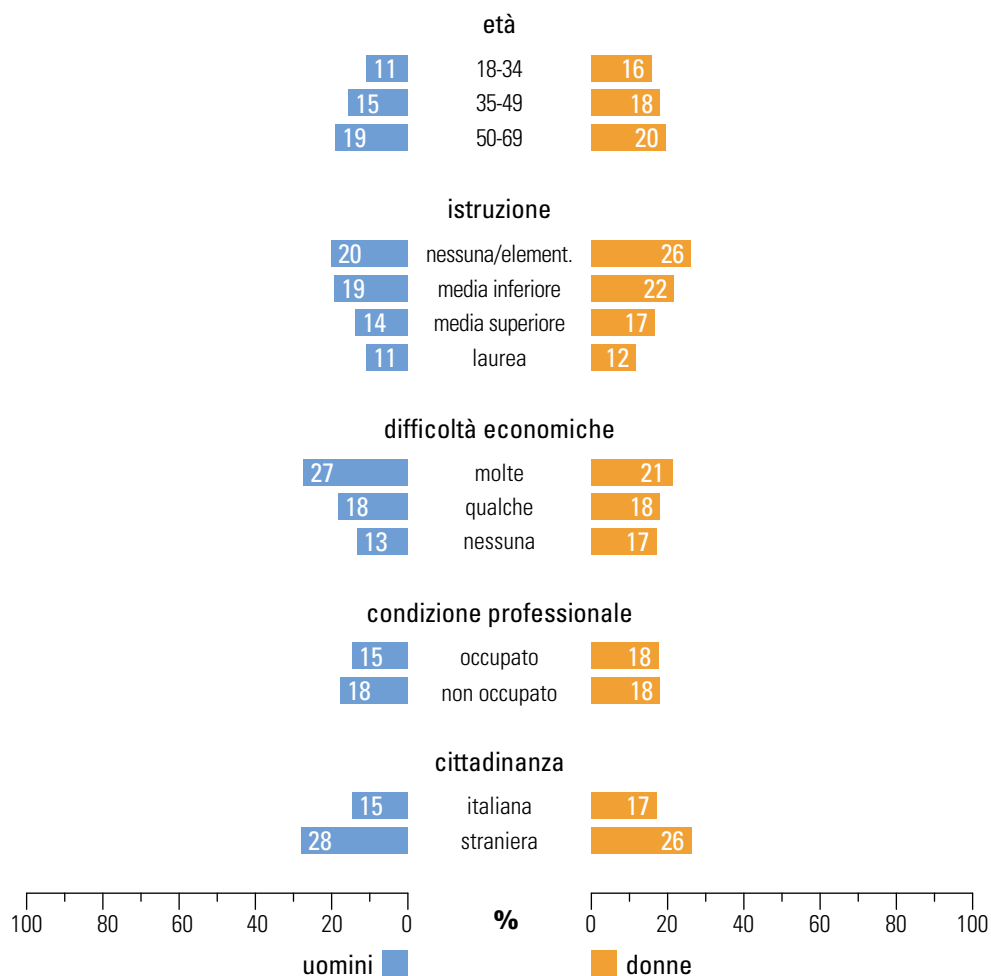
Figura 2.5. Sedentari e fisicamente attivi in provincia di Trento, per genere. PASSI 2008-2016



peggioramento della situazione maschile (figura 2.5). Le caratteristiche che contraddistinguono i sedentari sono diverse per uomini e donne: a eccezione della cittadinanza che caratterizza entrambi i generi a favore degli italiani (gli stranieri sono più sedentari), per gli uomini sono età e situazione economica a identificare i sedentari (aumenta al crescere dell'età e delle difficoltà economiche), mentre per le donne risulta significativo il titolo di studio (la sedentarietà aumenta al diminuire del titolo di studio) (figura 2.6).

La presa di coscienza del proprio stato è il primo passo verso il cambiamento e una percezione corretta del proprio livello di attività fisica può portare a eventuali modifiche di comportamento. Le donne tendono ad avere una migliore consapevolezza del proprio livello di attività fisica

Figura 2.6. Sedentari in provincia di Trento, per genere e caratteristiche demografiche e socio-economiche. PASSI 2008-2016



rispetto agli uomini: l'84% delle sedentarie sa che dovrebbe muoversi di più vs l'80% dei sedentari, così come il 56% delle parzialmente attive vs il 50% degli uomini).

Oltre alla consapevolezza sono importanti i **consigli forniti dagli operatori sanitari** ai propri assistiti in quanto rappresentano un intervento di sanità pubblica di provata efficacia. La sensibilità degli operatori, però, non è ancora abbastanza sviluppata: la loro attenzione e i loro consigli sono rivolti a circa un terzo della popolazione, con una leggera preferenza per le donne (35% vs 31% uomini).

L'alimentazione, il sovrappeso e l'obesità



Un'alimentazione varia ed equilibrata è alla base di una vita in salute. Alimentarsi con cibi molto calorici e poveri di nutrienti, ricchi di grassi saturi e idrogenati, sale e zuccheri rappresenta, assieme all'essere in sovrappeso o obeso, un fattore di rischio per gran parte delle malattie croniche. Un adeguato consumo di frutta e verdura (quantità minima consigliata: 400 grammi al giorno pari a 5 porzioni; *five a day*) protegge dall'insorgenza di malattie cardiovascolari, malattie respiratorie e tumori, principali killer dei paesi a sviluppo avanzato.

Sebbene tutti i trentini adulti consumino qualche porzione di frutta e/o verdura al giorno, la quota di persone che ne mangia la quantità minima consigliata è limitata al 13% (dati 2013-2016) della popolazione, con una sensibile differenza tra uomini (9%) e donne (17%).

La buona abitudine a consumare le cinque porzioni quotidiane di vegetali in entrambi i generi è più diffusa al crescere dell'età, in particolare a partire dai 50 anni, età in cui si rilevano percentuali doppie rispetto alle età più giovani. Si osserva, inoltre, una differenza di cittadinanza a sfavore degli stranieri, più marcata per le donne (figura 2.8).

L'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) riguarda il 36% degli adulti trentini (28% sovrappeso e 8% obeso). La differenza dello stato ponderale tra uomini e donne è legata alla condizione di sovrappeso quasi il doppio negli uomini rispetto alle donne (36% vs 20%) (figura 2.9). No-

Figura 2.7. Consumo di frutta e verdura (almeno 5 porzioni al giorno) in provincia di Trento, per genere. PASSI 2008-2016

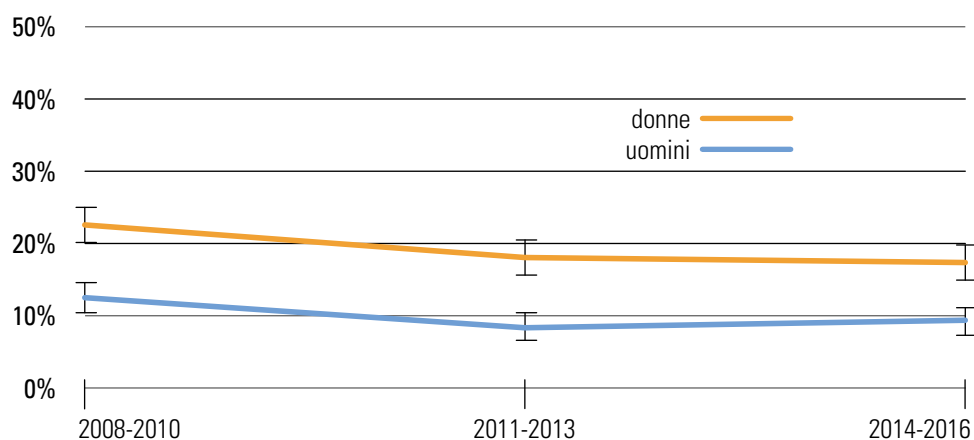
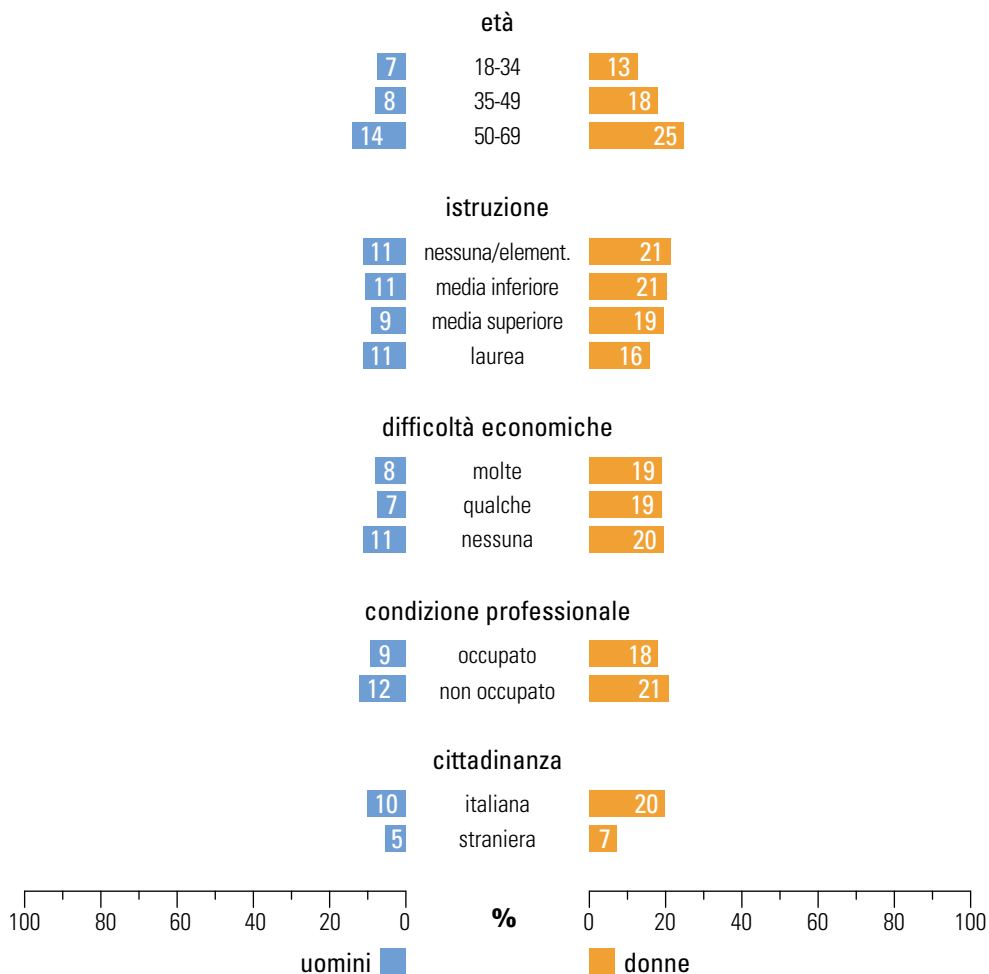


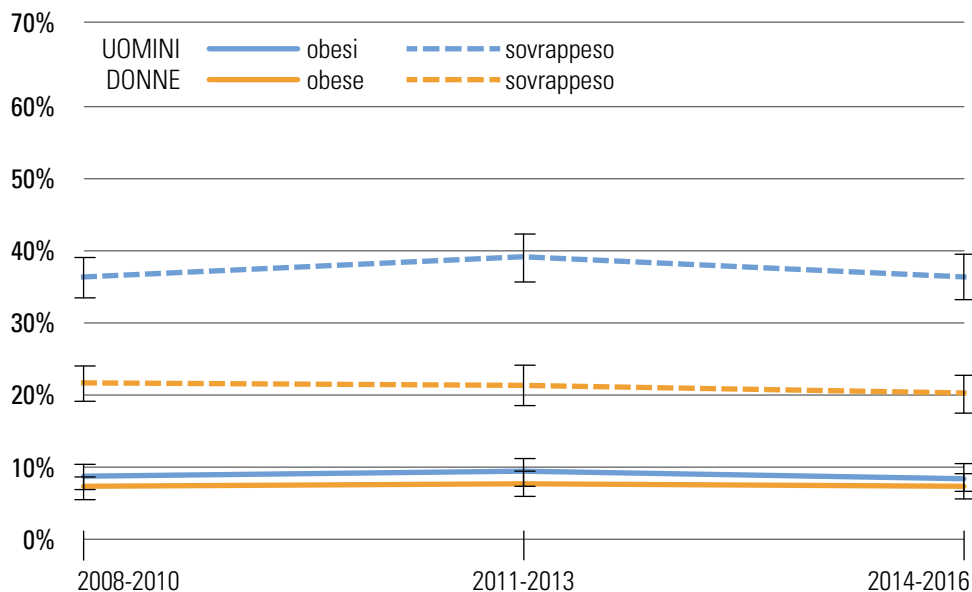
Figura 2.8. Consumo di frutta e verdura (almeno 5 porzioni al giorno) in provincia di Trento, per genere e caratteristiche demografiche e socio-economiche. PASSI 2008-2016



tevole anche la differenza nelle percentuali di persone sottopeso: pressoché nulla negli uomini, pari all'8% nelle donne. L'eccesso ponderale è spiegato dalle caratteristiche socio-demografiche delle persone in maniera del tutto analoga nei due generi: cresce all'aumentare dell'età, delle difficoltà economiche e al diminuire del titolo di studio ed è più diffuso tra i cittadini stranieri (figura 2.10).

Per favorire cambiamenti migliorativi nello stile di vita delle persone risultano efficaci i **consigli degli operatori sanitari**. Le donne dimostrano di essere più attente nel seguire i consigli ricevuti. Fa una

Figura 2.9. Eccesso ponderale in provincia di Trento, per genere. PASSI 2008-2016

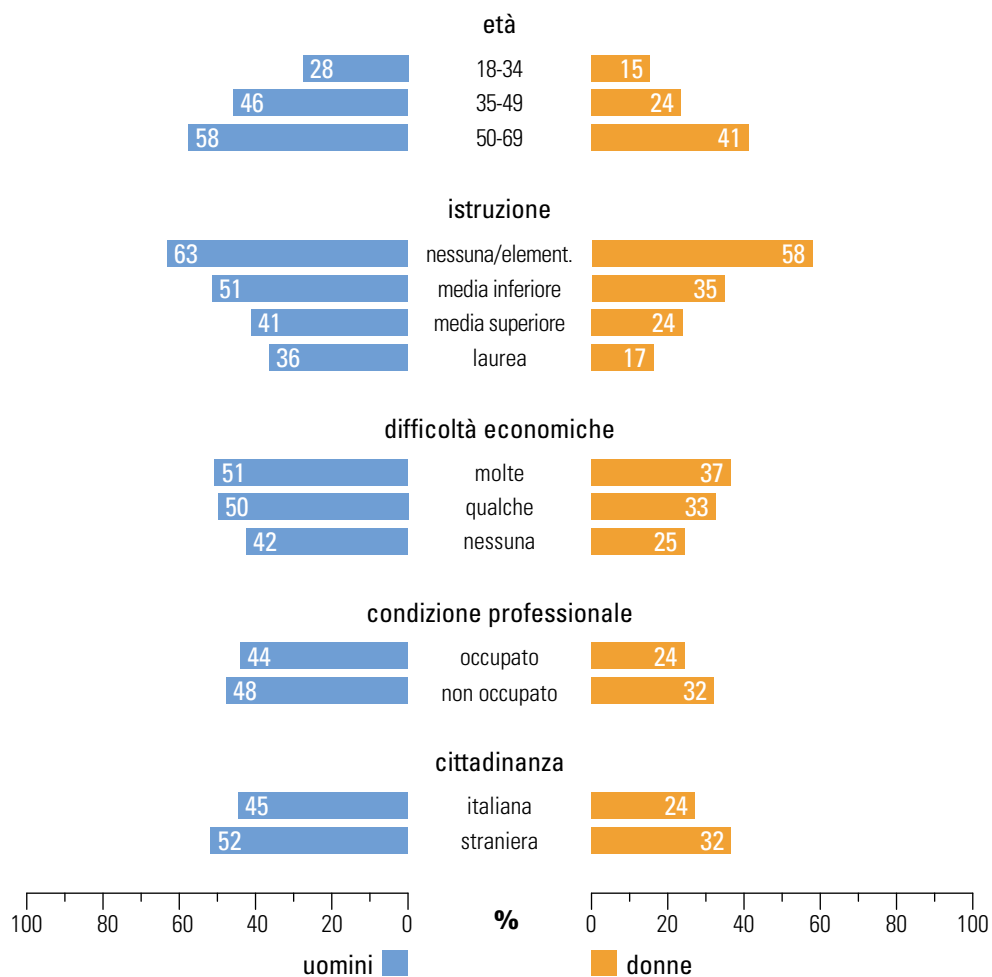


dieta per perdere peso il 47% delle donne in eccesso ponderale che ha ricevuto dal medico il consiglio di farlo, rispetto al 29% degli uomini. Le donne sono generalmente più disposte a seguire una dieta: il 28% di quelle in eccesso ponderale ne fa una anche senza il consiglio del medico, a fronte del 12% degli uomini.

In parte questo può essere spiegato da una maggiore consapevolezza che le donne hanno del proprio stato ponderale. Infatti, solo un quarto delle donne in sovrappeso e l'8% di quelle obese ritiene di pesare il giusto, mentre ben la metà degli uomini in sovrappeso e il 12% obesi ritiene di non avere problemi di peso.

Inoltre, gli operatori sanitari sono più propensi a dare consigli alle donne: tra le donne in sovrappeso il 55% riceve il consiglio dal proprio medico di perdere peso e il 47% di praticare attività fisica (vs il 39 e 34% degli uomini) e ancora, all'84% delle donne obese è stato consigliato di perdere peso e al 62% di fare attività fisica (vs 76 e 51% degli uomini). Questi dati riflettono uno stereotipo di genere per cui la forma fisica conta maggiormente per le donne.

Figura 2.10. Eccesso ponderale in provincia di Trento, per genere e caratteristiche demografiche e socio-economiche. PASSI 2008-2016



Definizioni dei fattori di rischio comportamentali

Fumatore: persona che ha fumato oltre 100 sigarette nella sua vita e fuma tuttora (o ha smesso di fumare da meno di 6 mesi).

Consumatore di alcol a maggior rischio: persona che consuma alcol abitualmente in modo elevato (consumo medio giornaliero maggiore di 2 unità di bevanda alcolica per gli uomini e di 1 unità per le donne) o prevalentemente fuori pasto o che è un bevitore binge (consumo in una singola occasione di 5 o più unità di bevanda alcolica per gli uomini e di 4 o più unità per le donne), oppure una combinazione delle tre modalità.

Per *unità di bevanda alcolica* si intende: una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di superalcolico.

Persona fisicamente attiva: persona che svolge un lavoro pesante, cioè un lavoro che richiede un notevole sforzo fisico (ad esempio il manovale, il muratore, l'agricoltore) e/o aderisce alle linee guida sulla attività fisica (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, e/o attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni settimanali).

Per *attività fisica intensa* si intende quella attività fisica che per quantità, durata e intensità provoca grande aumento della respirazione e del battito cardiaco o abbondante sudorazione, come per esempio correre, pedalare velocemente, fare ginnastica aerobica o sport agonistici. Per *attività fisica moderata* si intende quella attività fisica che per quantità, durata e intensità comporti un leggero aumento della respirazione e del battito cardiaco o un po' di sudorazione, come per esempio camminare a passo sostenuto, andare in bicicletta, fare ginnastica dolce, ballare, fare giardinaggio o svolgere lavori in casa come lavare finestre o pavimenti.

Persona parzialmente attiva: persona che non svolge un lavoro pesante dal punto di vista fisico, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati dalle linee guida.

Persona sedentaria: persona che non fa un lavoro pesante e che, nel tempo libero, non svolge attività fisica moderata o intensa.

Persona sovrappeso: persona con un Indice di massa corporea compreso tra 25,0 e 29,9.

Persona obesa: persona con un Indice di massa corporea maggiore o uguale a 30,0.

Indice di massa corporea = peso (in kg) / altezza² (in m).

Consumatore di poca frutta e verdura: persona che consuma meno di 5 porzioni di frutta e/o verdura la giorno.

Per *porzione di frutta e verdura* si intende: un quantitativo di frutta o verdura cruda che può essere contenuto sul palmo di una mano, oppure mezzo piatto di verdura cotta. Questa quantità corrisponde all'incirca a 80 grammi di questi alimenti.

3

Principali problematiche di salute

La mortalità

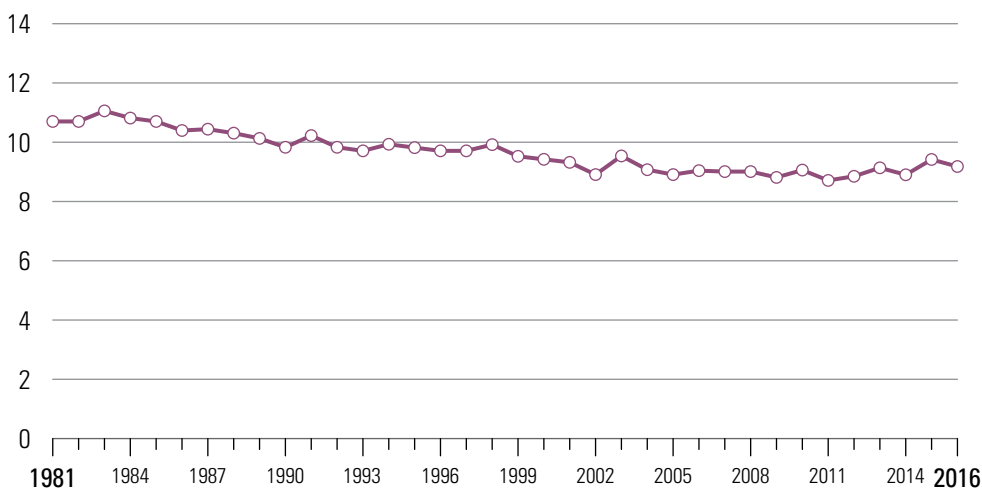


Nel 2016 sono decedute 4.959 persone residenti in provincia di Trento, con un tasso di mortalità del 9,2 per mille abitanti, uno tra i più bassi in Italia che, a sua volta, presenta un tasso di mortalità medio pari al 10,1‰.

L'andamento nel tempo della mortalità in figura 3.1 mostra una continua decrescita fino ai primi anni 2000 e, dopo l'assestamento sui livelli particolarmente bassi del decennio 2005-2014, una crescita, seppur contenuta, negli ultimi due anni.

Interpretare quest'ultimo biennio e ipotizzare un andamento del prossimo futuro non è semplice. Le oscillazioni della mortalità rischiano di diventare sempre più forti, a mano a mano che aumenta il numero dei grandi anziani il cui rischio di morte è molto suscettibile al cosiddetto *harvesting effect*. Effetto per cui fatti eccezionali o episodici come inverni particolarmente freddi, influenze virulente, ondate di calore estive, oscillazioni rapide della temperatura (spesso non prevedibili) generano picchi inattesi di decessi "anticipati" interessanti persone fragili e dalla salute compromessa che probabilmente sarebbero comunque morte nel breve periodo ⁽¹⁾. Generalmente, quindi, a un anno di alta mortalità segue un anno di mortalità più contenuta, poiché gli individui più deboli sono deceduti in anticipo.

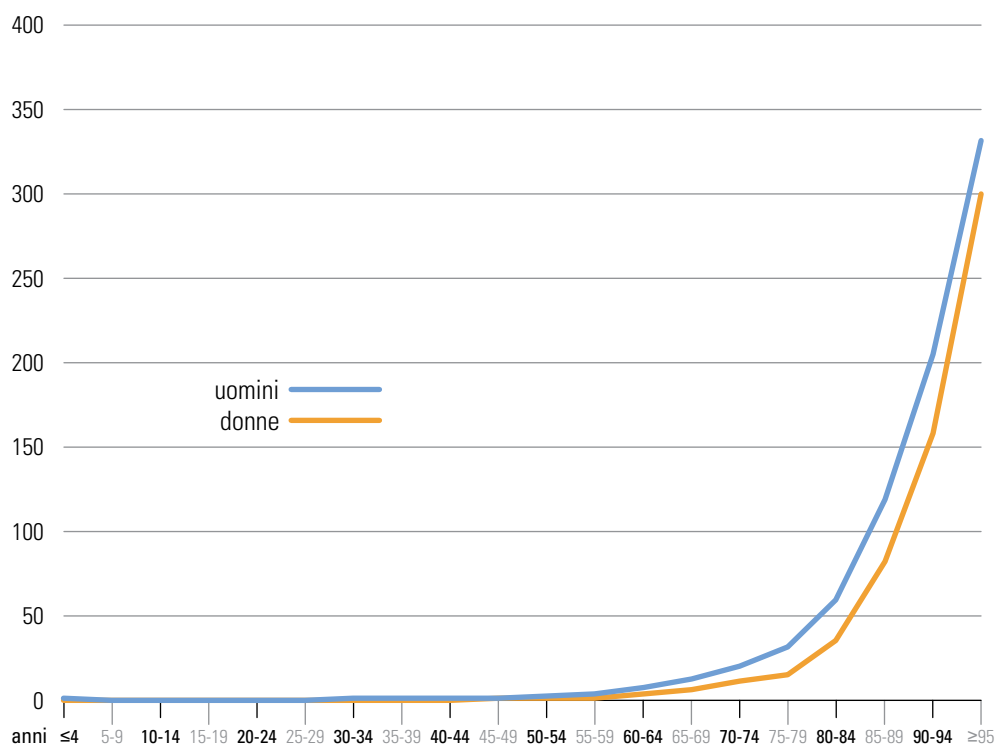
Figura 3.1. Tasso grezzo di mortalità in provincia di Trento. Ispat 1981-2016



⁽¹⁾ <http://www.neodemos.info/articoli/sempr-piu-decessi-invecchiamento-longevita-e-fragilita/#more-8110>

I decessi del 2016 si suddividono in 2.337 morti maschili e 2.622 femminili, con tassi di mortalità rispettivamente pari a 8,9 e 9,5‰. Come è spiegabile questo eccesso di mortalità femminile? Grazie alla differente composizione per età delle due popolazioni. Le donne, infatti, sono leggermente meno numerose degli uomini nelle età più giovani (fino ai 25-30 anni); al contrario eccedono dai 70-75 anni, in modo sempre più importante, per arrivare alle età superiori agli 85 anni in cui le donne sono due volte e mezza gli uomini (si veda anche cap. 1 §1). Essendo una popolazione più anziana ed essendo la mortalità un evento che si concentra ad un'età avanzata, è naturale che nell'età avanzata il numero di morti donne sia maggiore di quello degli uomini (da qui un tasso grezzo di mortalità più alto). Se invece si considera il rapporto dei morti sul numero di persone presenti ad ogni singola età (tasso età specifico, figura 3.2) risulta che la mortalità maschile eccede quella femminile in ogni età. Al punto tale che, se le donne trentine avessero la stessa struttura per età degli uomini, mantenendo i loro livelli di mortalità, avrebbero un tasso pari al 5,5‰, ben più basso di quello degli uomini (8,9‰).

Figura 3.2. Tasso età specifico di mortalità in provincia di Trento, per genere. Istat 2016



Le principali cause di morte

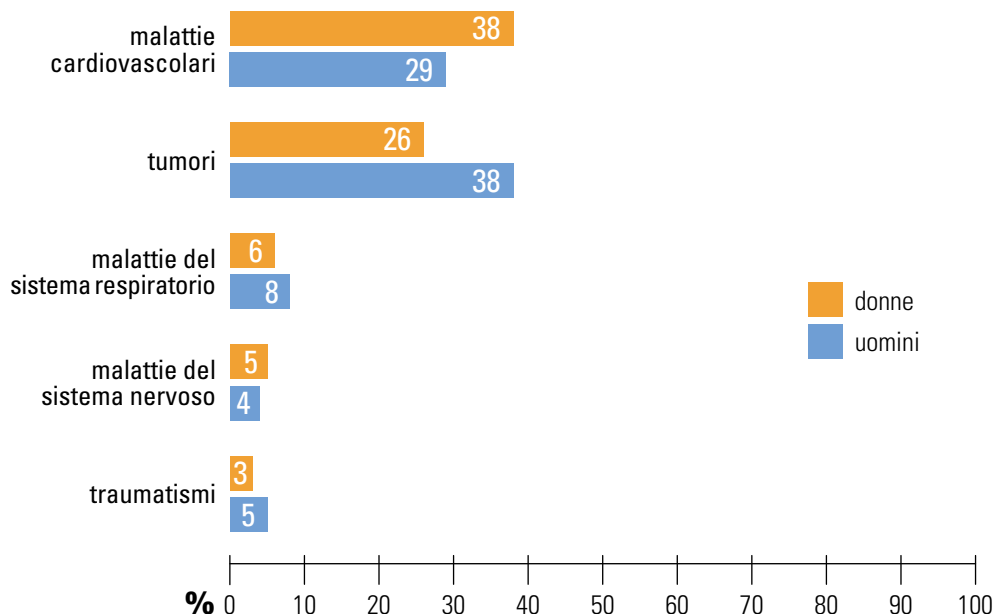


Le principali cause di morte della popolazione generale sono le malattie cardiovascolari (34%), in particolare cardiopatie ischemiche e infarti miocardici acuti, e i tumori (32%), soprattutto del polmone, del colon-retto, del fegato e della mammella. Seguono in misura assai più ridotta le malattie del sistema respiratorio (7%), tra cui BPCO e polmoniti, le malattie del sistema nervoso (5%), in particolare malattia di Alzheimer e di Parkinson e i traumatismi (4%) con le fratture del femore per gli ultra 64enni e i traumi da incidente stradale.

Considerando la distribuzione delle cause di morte per genere, la graduatoria vede un'inversione di posizione delle prime due cause tra uomini e donne: le malattie cardiovascolari restano la prima causa di morte tra le donne, mentre i tumori lo diventano per gli uomini (figura 3.3).

I traumi sono la quarta causa di mortalità per gli uomini, mentre scendono in nona posizione nella classifica femminile. Un'importante causa di mortalità femminile sono i disturbi psichici e comportamentali che provocano il 5% della mortalità delle donne.

Figura 3.3. Prime 5 cause di morte in provincia di Trento, per genere. Istat 2014 (ultimi dati disponibili mortalità per causa)



Volendo confrontare la mortalità per causa specifica di uomini e donne è necessario, come visto nel paragrafo precedente, tenere conto che le due popolazioni sono una più "vecchia" dell'altra. In questo modo la mortalità per tumore degli uomini (pari a 3,2‰) va confrontata con la mortalità che si troverebbe nelle donne se queste avessero la stessa struttura per età degli uomini, mortalità che, sotto questa ipotesi, scende da 2,4‰ a 1,7‰. Analogamente, la mortalità per malattie cardiovascolari nelle donne diminuisce, passando da 3,4‰ a 1,8‰ e arrivando a un valore più basso anche di quello maschile (pari a 2,5‰).

I decessi evitabili



La mortalità precoce (entro i 74 anni) è da considerarsi evitabile quando dovuta a fattori modificabili: stili di vita, adesione a interventi di prevenzione come vaccinazioni e screening, qualità ed efficacia dell'assistenza sanitaria. È quindi evitabile la mortalità per quelle cause alle quali è associato un rischio di mortalità che può essere ridotto, o addirittura azzerato, con l'adozione di stili di vita sani e raggiungendo buoni livelli quali-quantitativi di intervento pubblico sulla salute, dalla prevenzione alla cura e riabilitazione.

Ogni anno, in Trentino, circa un decesso ogni 6 potrebbe essere evitato con miglioramenti nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione. In particolare nel 2014 i decessi potenzialmente evitabili sono stati 680 e rappresentano il 15% dei decessi totali e il 59% di quelli avvenuti entro i 75 anni di età. Il 55% di questa mortalità è riconducibile all'area della prevenzione primaria (con interventi su stili di vita e condizioni socio-economiche), il 17% alla diagnosi precoce e il restante 28% all'assistenza propriamente detta.

È un fenomeno che riguarda prevalentemente gli uomini: il 20% della loro mortalità totale è potenzialmente evitabile (442 decessi), il 10% per le donne (238 decessi). Gli uomini sono soprattutto colpiti da tumori dell'apparato respiratorio, traumi e malattie ischemiche del cuore. Le donne da tumori della mammella, dell'apparato respiratorio e del colon-retto.

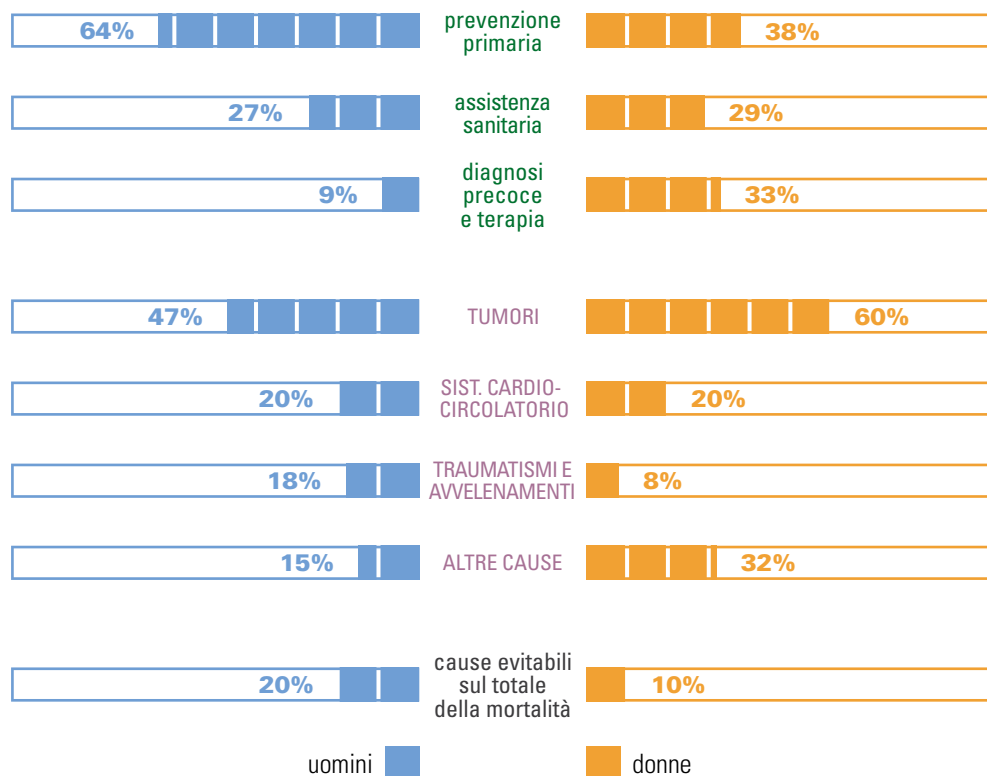
A causa dei decessi evitabili occorsi in Trentino nel 2014 sono andati perduti 17.352 anni di vita, 25,5 anni per ogni singolo decesso. Il 65% di questa perdita è a carico della mortalità maschile. Un quarto della perdita di anni di vita degli uomini è causato da traumi (che provocano circa 35 anni di vita persi a decesso), il 15% da tumori dell'apparato

respiratorio (con 21 anni persi a decesso), il 13% da malattie ischemiche del cuore (con 23 anni persi a decesso). Tra le donne a causare il maggior numero di anni di vita persi sono i tumori della mammella, che sommano il 18% del totale con circa 28 anni persi ad ogni decesso, seguiti dai tumori dell'apparato respiratorio (14% e 25 anni persi a decesso) e dai traumi (12% e 41 anni persi a decesso).

Il Piano per la salute del Trentino 2015-2025, in linea con quanto fissato dall'Organizzazione mondiale della sanità, si è posto come obiettivo da raggiungere entro il 2025 la riduzione del 25% della mortalità prematura. Ciò significa passare dai circa 700 decessi precoci annui attuali a circa 500-550.

Tale obiettivo, considerando la natura delle patologie più frequentemente causa di mortalità evitabile, è raggiungibile soprattutto con interventi di prevenzione primaria a contrasto dei principali fattori di rischio per le malattie croniche (fumo di tabacco, sedentarietà, consumo eccessivo

Figura 3.4. Mortalità evitabile in provincia di Trento, per genere, area di intervento principale e causa. Elaborazioni proprie su dati Istat 2014



di alcol e scarso consumo di frutta e verdura) e finalizzati a prevenire le morti violente (incidenti stradali, infortuni sul lavoro, suicidi) con un particolare riguardo alla riduzione delle disuguaglianze sociali.

Le principali malattie croniche

Come si è visto, le *malattie cardiovascolari* e i *tumori* sono le più importanti cause di mortalità generale e di mortalità precoce ed evitabile. Allo stesso tempo sono anche tra i principali motivi di ricovero in ospedale.

Le malattie cardiovascolari



Nel 2016 i ricoveri totali (acuti e lungodegenti) di trentini per malattie cardiovascolari sono stati 12.640 (pari al 16% dei ricoveri) per complessivamente 120.000 giorni di ricovero e di 3.000 accessi in day hospital (tasso grezzo di ospedalizzazione⁽²⁾ per malattie cardiovascolari: 23,5 per 1.000 abitanti). Anche considerando solo i ricoveri per acuti (85% dei ricoveri totali), escludendo quindi i ricoveri in lungodegenza e riabilitazione, le giornate di degenza sono state comunque 80.000 (22% del totale) e gli accessi in day hospital 2.000 (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 (57%) e le persone anziane (il 52% dei ricoveri è stato di persone di almeno 75 anni). Negli uomini un ricovero ogni 4 per malattie cardiovascolari è per una malattia ischemica del cuore (24%), nelle donne un ricovero ogni cinque per malattie cerebrovascolari (22%).

L'ospedalizzazione rappresenta una delle possibili modalità di risposta del servizio sanitario allo specifico bisogno di salute espresso dalla popolazione. È però 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 che una parte sia "prevenibile" contrastando alla radice le cause che danno luogo al ricovero, ad esempio migliorando gli stili di vita della popolazione.

⁽²⁾ *Numeratore*: ricoveri di persone residenti nell'anno; *denominatore*: popolazione residente ad inizio anno.

Tabella 3.1. Ospedalizzazione per malattie cardiovascolari. Ricoveri e giornate di degenza totali, potenzialmente inappropriati, potenzialmente prevenibili di residenti in provincia di Trento, per genere. Anno 2016

	UOMINI		DONNE	
	ricoveri	giornate di degenza	ricoveri	giornate di degenza
OSPEDALIZZAZIONE TOTALE	6.063	43.145	4.641	36.932
di cui potenz. inappropriata	1.272	11.995	1.184	12.027
%	21,0	27,8	25,5	32,6
di cui potenz. prevenibile	913	5.245	246	1.528
%	15,1	12,2	5,3	4,1

L'analisi dell'ospedalizzazione evitabile (potenzialmente inappropriata e prevenibile)⁽³⁾ si pone l'obiettivo di valutare se questi livelli di ospedalizzazione siano la risposta adeguata e dimensionalmente corretta.

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. 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.

I ricoveri (per acuti) di trentini a causa di malattie cardiovascolari sono stati nel 2016 quasi 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, la maggior parte dei ricoveri potenzialmente prevenibili avviene per ischemie cardiache.

Agli 11.000 ricoveri per malattie cardiovascolari corrispondono circa 80.000 giornate trascorse in ospedale. Di queste, 24.000 (pari al 30% del totale) possono essere efficacemente contrastate migliorando l'as-

⁽³⁾ Analisi dei ricoveri secondo i criteri applicati dallo studio *ERA - Epidemiologia e Ricerca Applicata*.

sistenza 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 ad impedire complicanze. Analogamente sono circa 6.800 (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.

L'inappropriatezza dei ricoveri di residenti trentini per malattie cardiovascolari penalizza un po' di più le donne: il 26% dei ricoveri femminili e il 33% delle relative giornate di degenza sono da considerare inappropriati a fronte del 21% dei ricoveri maschili e del 28% delle corrispondenti giornate di degenza.

Al contrario, la potenziale prevenibilità dei ricoveri per malattie cardiovascolari mostra una situazione fortemente sfavorevole per gli uomini che hanno il 15% dei loro ricoveri (e il 12% delle giornate di degenza) evitabili grazie ad azioni di prevenzione primaria più incisive. Per le donne i ricoveri prevenibili sono il 5% del totale (4% delle giornate di degenza).

Fattori di rischio cardiovascolari

Dal punto di vista della prevenzione delle malattie cardiovascolari è importante, da un lato, ridurre i fattori che espongono maggiormente le persone al rischio di ammalarsi e, dall'altro, rafforzare i fattori che hanno un ruolo protettivo, come: scoraggiare l'abitudine al fumo, promuovere una sana alimentazione (riducendo il consumo di grassi e di sale e aumentando il consumo di frutta e verdura), incoraggiare il mantenimento dei livelli ottimali della pressione arteriosa, della colesterolemia e del peso corporeo, facilitare la pratica dell'attività fisica.

La presenza nella popolazione dei singoli fattori di rischio è molto eterogenea, si passa dall'87% di persone che non consuma sufficiente frutta o verdura al 3% di persone con diabete (figura 3.5).

Certamente i fattori di rischio incidono diversamente nel contribuire all'insorgere delle malattie cardiovascolari. Spesso più fattori coesistono, determinando un potenziamento reciproco e dunque un impatto particolarmente grave sulla salute della persona. In circa 2/3 della popolazione trentina adulta sono presenti almeno due fattori (figura 3.6).

È fondamentale quindi intervenire anche su un unico fattore, proprio perché con un unico intervento è possibile ridurre contemporaneamente più fattori di rischio.

Figura 3.5. Fattori di rischio per malattie cardiovascolari in provincia di Trento, per genere. PASSI 2013-2016

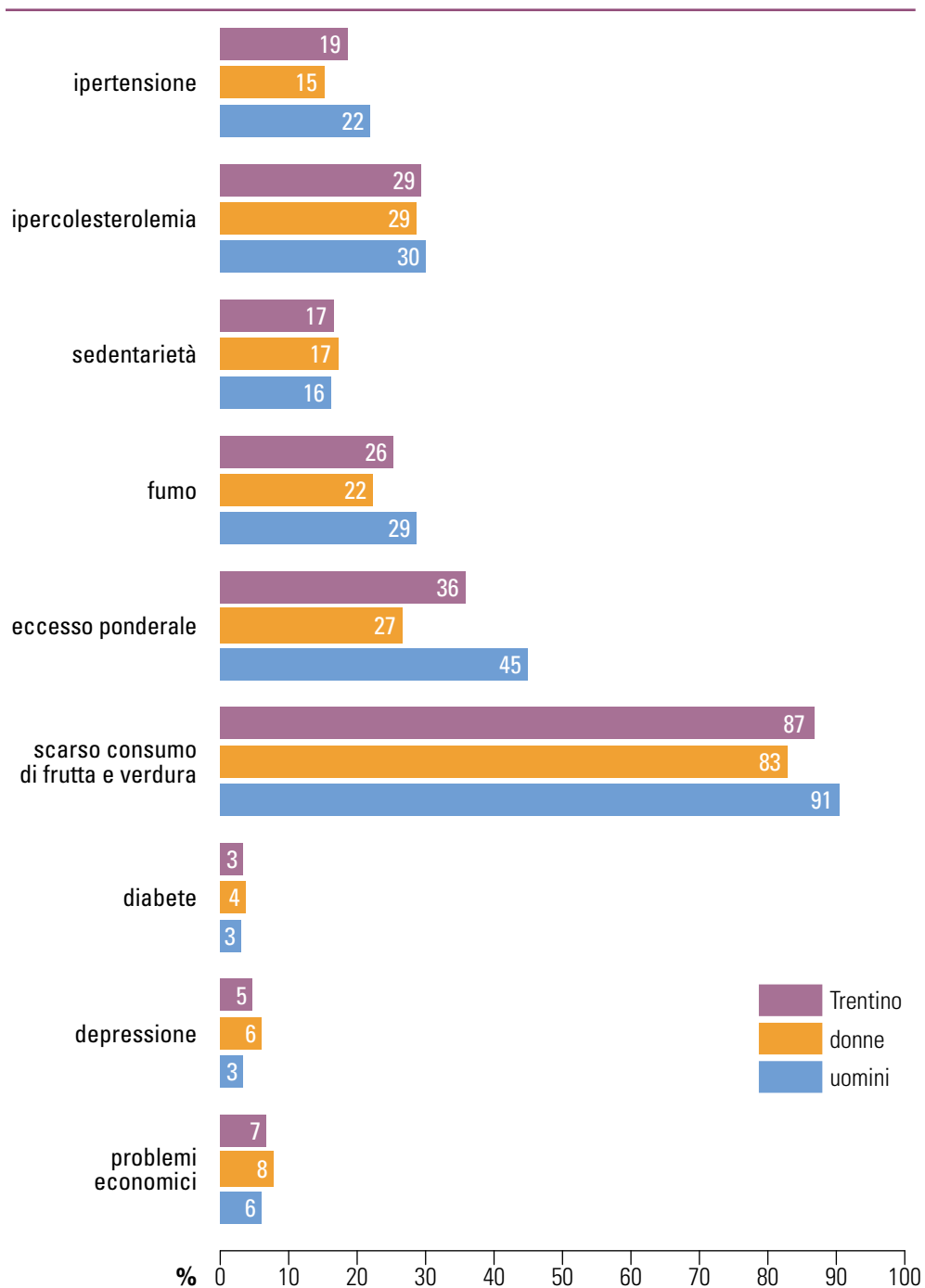
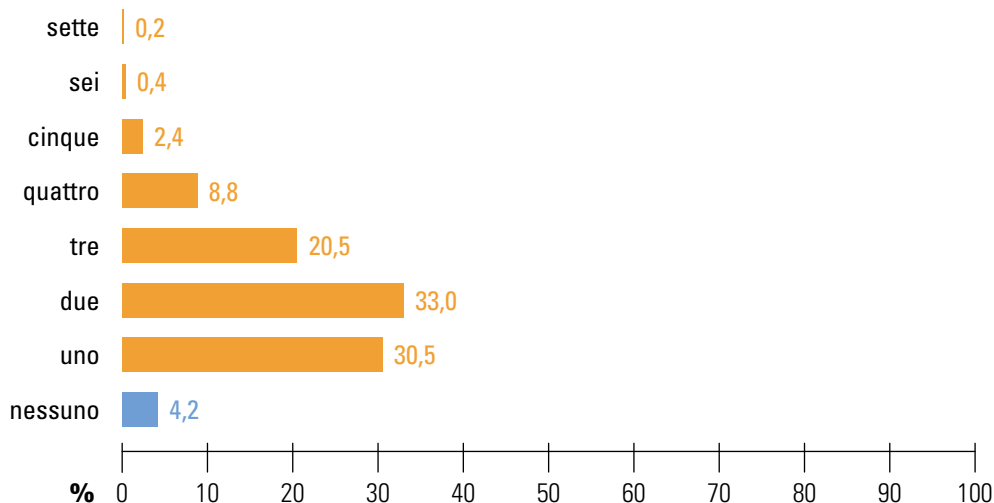


Figura 3.6. Profili di rischio multifattoriali per malattie cardiovascolari in provincia di Trento. PASSI 2013-2016



I tumori



Incidenza e rischio di avere un tumore

Ogni anno in Trentino si ammalano di tumore circa 2.800 persone (3.500 considerando anche i tumori della pelle non melanoma): 1.500 uomini (52%) e 1.300 donne (48%).

Il numero assoluto annuo di nuovi casi registrati in provincia di Trento è aumentato negli anni (dal 1995 al 2010 - ultimi dati disponibili) in entrambi i generi. Questo fenomeno, osservato anche a livello nazionale, è in parte spiegabile con l'invecchiamento della popolazione che è un fattore determinante nello sviluppo del cancro poiché con l'avanzare dell'età si accumulano nel nostro organismo i fattori cancerogeni e contemporaneamente diminuiscono le capacità di difesa e dei meccanismi di riparazione dell'organismo stesso. Quindi, per eseguire correttamente confronti temporali e poter, ad esempio, valutare l'esito (positivo o negativo) che hanno avuto negli anni gli interventi effettuati in campo sanitario è necessario ipotizzare che la struttura per età della popolazione in esame non abbia subito variazioni, va cioè analizzato l'andamento temporale del tasso di incidenza standardizzato. In tal caso si osserva addirittura una diminuzione di incidenza maschile e una sostanzialmente stabilità nelle donne (figura 3.7). I tumori più frequentemente diagnosticati nella popolazione trentina, al pari di quella italiana, sono il carcinoma del colon-retto (che rappresenta il

Figura 3.7. Tasso standardizzato di incidenza in provincia di Trento, per genere (per 100.000 residenti; popolazione standard mondiale; esclusi i carcinomi della cute). Registro tumori di popolazione 1995-2010

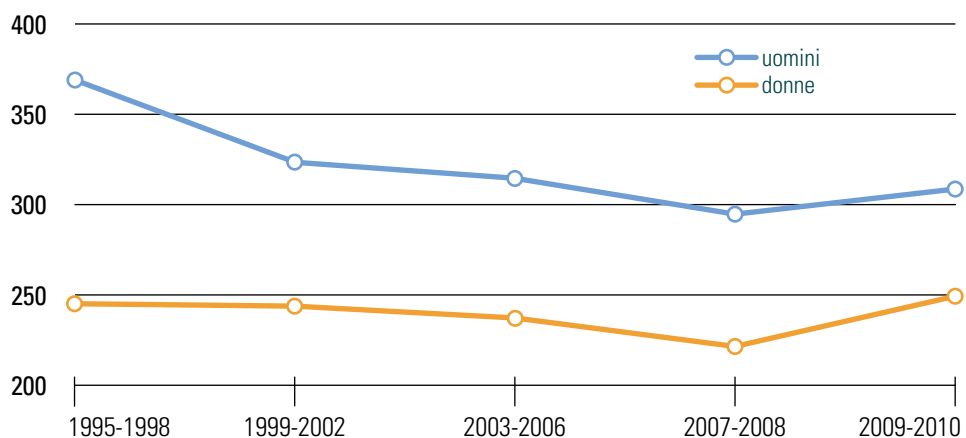
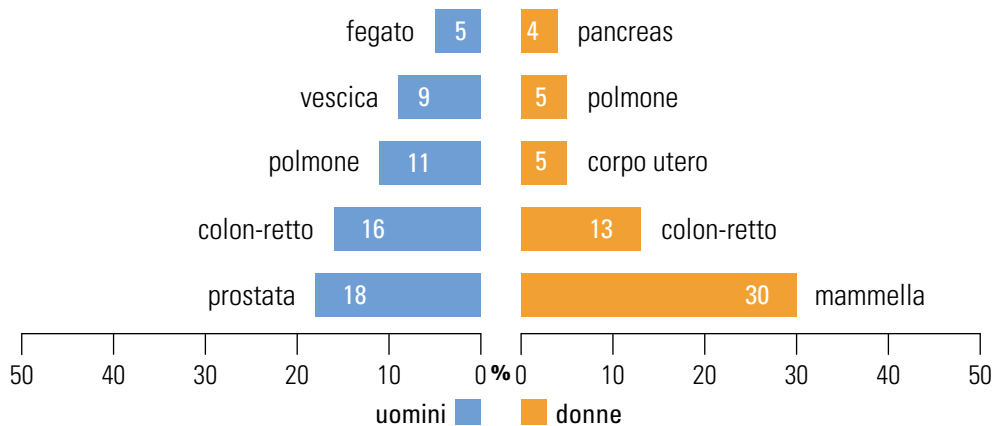


Figura 3.8. Primi cinque tumori più frequentemente diagnosticati in provincia di Trento, per genere. Registro tumori di popolazione 2009-2010 (proporzione sul totale dei tumori, esclusi i carcinomi della cute)



14% di tutti i tumori) e della mammella (14%), seguiti dal carcinoma della prostata (10%) e del polmone (8%). Nella popolazione maschile i tumori più frequenti sono il carcinoma della prostata (18%), del colon-retto (16%) e del polmone (11%), in quella femminile sono il carcinoma della mammella (30%) e del colon-retto (13%) (figura 3.8).

Il *rischio cumulato* di avere una diagnosi di tumore nel corso della vita (per convenzione nell'intervallo di tempo che va dalla nascita ai 74 anni)

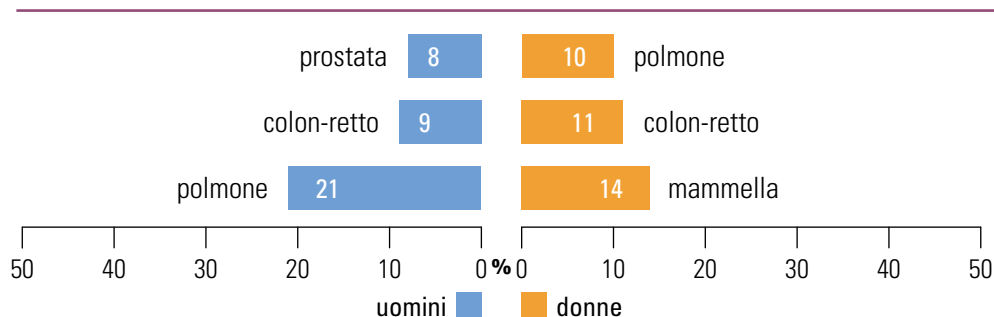
è una misura ipotetica che esprime la frequenza del tumore sottoforma di numero di persone che è necessario seguire perché una di queste, durante la sua vita, ne riceva la diagnosi. Considerando il rischio cumulato di avere una diagnosi di tumore, questa probabilità riguarda un uomo ogni 2 e una donna ogni 3 nel corso della loro vita, in Trentino come in Italia. Considerando genere e tipologia di tumore, si osserva come probabilmente in provincia di Trento ogni 11 donne una si ammalerà di tumore della mammella, così come un uomo ogni 13 di tumore della prostata e un uomo ogni 17 e una donna ogni 29 di tumore del colon-retto.

Mortalità e sopravvivenza

In provincia di Trento il cancro rappresenta la seconda causa di morte (nel 2014 1.486 decessi, pari al 32% di tutti i decessi) e la principale causa di mortalità precoce ed evitabile (384 decessi, 51% di tutta la mortalità evitabile). Per gli uomini il tumore del polmone è la prima causa di morte oncologica (1 decesso ogni 5 per tumore avviene per tumore del polmone) ed anche la prima causa di morte evitabile (il 18% di tutti i decessi evitabili sono causati da tumori del polmone). Per le donne, invece, è il tumore della mammella a rappresentare la prima causa sia di morte oncologica (1 decesso ogni 6 per tumore avviene per tumore della mammella), sia di morte evitabile (17%).

La sopravvivenza è il principale indicatore di esito in campo oncologico perché permette, misurando il tempo trascorso dalla diagnosi, di valutare l'efficacia del sistema sanitario nel suo complesso nei confronti della malattia oncologica. La sopravvivenza è condizionata da due aspetti: la fase

Figura 3.9. Prime tre cause di morte oncologica (proporzione sul totale dei tumori) in provincia di Trento, per genere. ISTAT 2014



⁽⁴⁾ Indicatore entrato nell'uso comune sebbene non rappresenti un valore soglia per la guarigione, che può essere raggiunta in tempi diversi a seconda del tipo tumorale, del sesso e dell'età alla quale è stata posta la diagnosi di tumore.

in cui viene diagnosticato il tumore (la sopravvivenza è migliore quanto più precocemente viene diagnosticato) e l'efficacia delle terapie intraprese. La sopravvivenza dei malati a 5 anni dalla diagnosi⁽⁴⁾ in provincia di Trento è pari al 60% nelle donne e al 48% negli uomini (in Italia: 63% nelle donne e 54% negli uomini).

Si è registrato un aumento della sopravvivenza sia negli uomini, passando dal 40% degli anni 1995-96 al 53% degli anni 2005-2006, che nelle donne, per le quali si è passati dal 56% al 62%.

Sull'incremento complessivo della sopravvivenza hanno influito gli aumenti di sopravvivenza verificatisi per alcune sedi tumorali molto frequenti: il carcinoma del colon-retto in entrambi i generi, il carcinoma della mammella nelle donne ed il carcinoma della prostata negli uomini. Nell'interpretare questi risultati, che suggeriscono un miglioramento della capacità di diagnosi e dell'efficacia delle terapie, va tenuto conto che l'allungamento della sopravvivenza è in parte anche spiegabile da un'anticipazione diagnostica che però, non necessariamente, sposta in avanti il momento del decesso (come avviene, ad esempio, con il test del PSA per il tumore della prostata).

Ricoveri

Nel corso del 2016 i ricoveri per tumore sono stati per i trentini 6.819 (pari al 9% di tutti i ricoveri) per un totale di circa 41.000 giorni di ricovero e quasi 4.800 accessi in day hospital (tasso grezzo di ospedalizzazione⁽⁵⁾ per tumori: 13 per 1.000 abitanti). Si tratta quasi esclusivamente di ricoveri per acuti. I ricoveri riguardano un po' di più le donne (53%) e, sebbene siano ricoverate di più 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. Secondo i criteri metodologici applicati⁽⁶⁾, tutti i ricoveri per tumore sono considerati per definizione appropriati. Alcuni, invece, sono classificati come prevenibili attraverso interventi di prevenzione primaria, essi sono: i tumori maligni delle labbra, della cavità orale, della faringe e dell'esofago, i tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni e i tumori maligni della vescica. Nel 2016 i ricoveri (per acuti) di trentini potenzialmente prevenibili sono stati circa 650 (pari al 10% del totale), corrispondenti a oltre 4.000 giornate di degenza (pari al 10%). I 3/4 di questi ricoveri sono di uomini (per i quali il 15% dei ricoveri per tumore è potenzialmente prevenibile, a fronte del 5% per le donne), causati in particolare da tumore della vescica. Dallo squilibrio del numero di ricoveri a sfavore degli uomini deriva che anche le

⁽⁵⁾ Numeratore: ricoveri di persone residenti nell'anno; denominatore: popolazione residente ad inizio anno.

⁽⁶⁾ Studio ERA - *Epidemiologia e Ricerca Applicata*.

giornate di degenza sono prevalentemente a carico degli uomini (71%), tuttavia la durata media del ricovero potenzialmente prevenibile è sfavorevole per le donne (7 giorni vs 6 giorni per gli uomini).

I programmi di screening organizzati

Lo screening è un esame sistematico, condotto con mezzi clinici, strumentali o di laboratorio, della popolazione generale o di un suo sottogruppo, per individuare la malattia in una fase preclinica oppure precursori o indicatori della malattia. Lo screening si propone di ridurre l'incidenza e/o la mortalità 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. Nel programma di screening organizzato si agisce su una popolazione che non presenta sintomi e che viene invitata attivamente a sottoporsi al test. Il programma di screening deve quindi prevedere un'organizzazione dotata di regole e comportamenti standardizzati.

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.

Tabella 3.2. Ospedalizzazione per tumori. Ricoveri e giornate di degenza totali e potenzialmente prevenibili di residenti in provincia di Trento, per genere. Anno 2016

	UOMINI		DONNE	
	ricoveri	giornate di degenza	ricoveri	giornate di degenza
OSPEDALIZZAZIONE TOTALE	3.172	20.600	3.556	19.739
di cui potenz. prevenibile	477	2.913	167	1.172
%	15,0	14,1	4,7	5,9

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.

In provincia di Trento sono attivi gli screening del *tumore del collo dell'utero*, del *tumore della mammella* e del *tumore del colon-retto*.

Screening del tumore del collo dell'utero

Il programma di screening è stato attivato nel 1993. È gratuito e rivolto a tutte le donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni residenti in provincia, invitate con lettera personalizzata. Lo screening si articola in due livelli diagnostici. Fino al 2017 il primo livello prevedeva l'esecuzione del Pap-test ogni tre anni in presenza di test negativo; a partire da marzo 2018 il Pap-test è mantenuto per le donne in età 25-30 anni, mentre per le donne in età 31-64 anni il Pap-

Tabella 3.3. Indicatori di monitoraggio degli screening oncologici in provincia di Trento. Anni 2013-2016

	Collo dell'utero	Mammella	Colon-retto
Estensione ⁽¹⁾	70%	97%	79%
Adesione ⁽²⁾	40%	76%	61%
Copertura ⁽³⁾	84%	88%	72%
Entro screening	62%	78%	65%
Fuori screening	22%	10%	7%

⁽¹⁾ Proporzione della popolazione in età da screening che ha ricevuto l'invito ad aderire allo screening sul totale della popolazione (in età da screening) residente nel periodo. È calcolata sul round di screening che, in tabella, per lo screening del collo dell'utero è il periodo 2013-2015, per gli screening della mammella e del colon-retto è il biennio 2014-2015. Dati pubblicati dal Servizio epidemiologia clinica e valutativa - APSS

⁽²⁾ Proporzione di persone rispondenti sul totale della popolazione invitata (escludendo gli inviti inesitati). In tabella è riferita al 2015. Dati pubblicati dal Servizio epidemiologia clinica e valutativa - APSS

⁽³⁾ Proporzione di persone che eseguono l'esame di screening entro l'intervallo raccomandato, indipendentemente se entro o fuori dal programma di screening organizzato. La stima della copertura dentro e fuori dai programmi di screening organizzati è effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame. Per pagamento si intende sia quello relativo al costo completo dell'esame che quello del solo ticket. Stime calcolate sui dati PASSI riferiti al periodo 2013-2016.

Mentre per screening della mammella e del colon-retto lo scarto tra i due indicatori di rispondenza all'invito (adesione e copertura entro screening) è trascurabile (considerando che derivano da fonti diverse e che è diversa anche l'ampiezza del periodo temporale analizzato), per lo screening del collo dell'utero diventa ampio. Questa differenza si può spiegare con la tendenza dell'indicatore PASSI a sovrastimare la copertura effettuata all'interno dei programmi per tre motivi: alcune donne effettuano l'esame gratuitamente anche al di fuori dei programmi di screening organizzati (per esempio in base all'articolo 85 della legge 338/2000 - finanziaria 2001); alcune donne non ricordano esattamente la data di esecuzione e tendono ad avvicinarla alla data dell'intervista PASSI (effetto telescopico); le rispondenti all'intervista effettuano probabilmente il Pap-test in percentuale maggiore rispetto alle non rispondenti.

test è sostituito dal test HPV per la ricerca del Papillomavirus, da ripetere ogni cinque anni in caso di test negativo. Il secondo livello, da attuarsi in caso di Pap-test o HPV positivo (con anche successivo Pap-test positivo), è costituito dalla biopsia del collo dell'utero sotto guida colposcopica.

Nel triennio 2013-2015 sono state invitate a eseguire il Pap-test circa 103.000 donne trentine, per un'estensione pari al 70%. La rispondenza però è bassa: solo il 40% delle donne ha eseguito il Pap-test dopo aver ricevuto l'invito ed entro il programma di screening. Questa percentuale praticamente raddoppia se si considerano le donne che hanno fatto almeno un Pap-test entro l'intervallo raccomandato (3 anni), indipendentemente se entro o fuori dal programma di screening (copertura), fino a raggiungere l'84%, a conferma di una consistente attività spontanea da parte delle donne trentine.

Screening del tumore della mammella

Il programma di screening è attivo dal 2001. È gratuito ed è indirizzato alle donne residenti di età tra i 50 e i 69 anni che, tramite lettera, sono invitate ogni due anni a sottoporsi a mammografia. Recentemente la mammografia è stata integrata con la tomosintesi che consente di aumentare la riconoscibilità dei tumori e contemporaneamente di risolvere parte dei dubbi diagnostici che avrebbero richiesto un successivo richiamo di approfondimento. Nel caso in cui, comunque, 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 2014-2015 la quasi totalità delle donne trentine in età 50-69 anni ha ricevuto una lettera d'invito a eseguire una mammografia di screening: sono state invitate circa 71.000 donne, per un'estensione pari al 97%. La rispondenza all'invito è molto buona poiché ogni 100 donne invitate 76 si sono presentate a fare la mammografia. A queste va aggiunto un ulteriore 10% di donne in età di screening che hanno scelto il percorso preventivo privato.

Screening del tumore del colon-retto

Il programma di screening è attivo dal 2007. È gratuito e si rivolge a donne e uomini di età compresa tra i 50 e i 69 anni. 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 consiste nell'effettuazione di una colonscopia, previo appuntamento di *counselling*⁽⁷⁾ su chiamata telefonica da parte di un operatore sanitario.

⁽⁷⁾ Attività relazionale, svolta da personale specializzato, finalizzata a orientare, sostenere e sviluppare le capacità di scelta della persona.

Nel biennio 2014-2015 sono stati invitati a eseguire il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci circa 110.000 trentini in età 50-69 anni, quindi circa 8 persone ogni 10. Di queste il 61% ha risposto all'invito. Non considerando se l'esecuzione è avvenuta in seguito a invito o su iniziativa spontanea, la percentuale di persone che hanno fatto il test sale al 72%.

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.

Si distinguono due tipi di diabete:

- *Diabete di tipo 1*: riguarda circa il 10% delle persone con diabete e in genere insorge nell'infanzia o nell'adolescenza
- *Diabete di tipo 2*: è la forma più comune di diabete e rappresenta circa il 90% dei casi di questa malattia. Si presenta in genere in età adulta (i 2/3 dei casi di diabete interessano persone di oltre 64 anni), anche se negli ultimi anni, un numero crescente di casi viene diagnosticato in età adolescenziale, fatto questo correlabile all'aumento dell'obesità infantile.

Le diverse fonti informative provinciali ⁽⁸⁾ concordano nell'indicare che circa il 3-4% della popolazione trentina è affetta da diabete, quindi circa 20.000 persone. Questa percentuale è simile tra la popolazione maschile e femminile, invece la probabilità di ricevere una diagnosi di diabete aumenta, sia per gli uomini che per le donne, con il crescere dell'età e tra le persone in situazioni di svantaggio socio-economico (molte difficoltà economiche e/o bassi titoli di studio).

Tra i fattori di rischio favorenti l'insorgenza del diabete ce ne sono di non modificabili come età ed ereditarietà. La maggior parte di essi, però, si possono controllare e sono:

- dieta/eccesso di peso
- sedentarietà
- abitudine al fumo
- ipertensione
- ipercolesterolemia

Questi fattori, non solo aumentano il rischio insorgenza di diabete, ma

⁽⁸⁾ PASSI, esenzioni ticket anagrafe provinciale, ISTAT

Figura 3.10. Fattori di rischio associati al diabete in persone diabetiche e non diabetiche, in provincia di Trento. PASSI 2008-2016

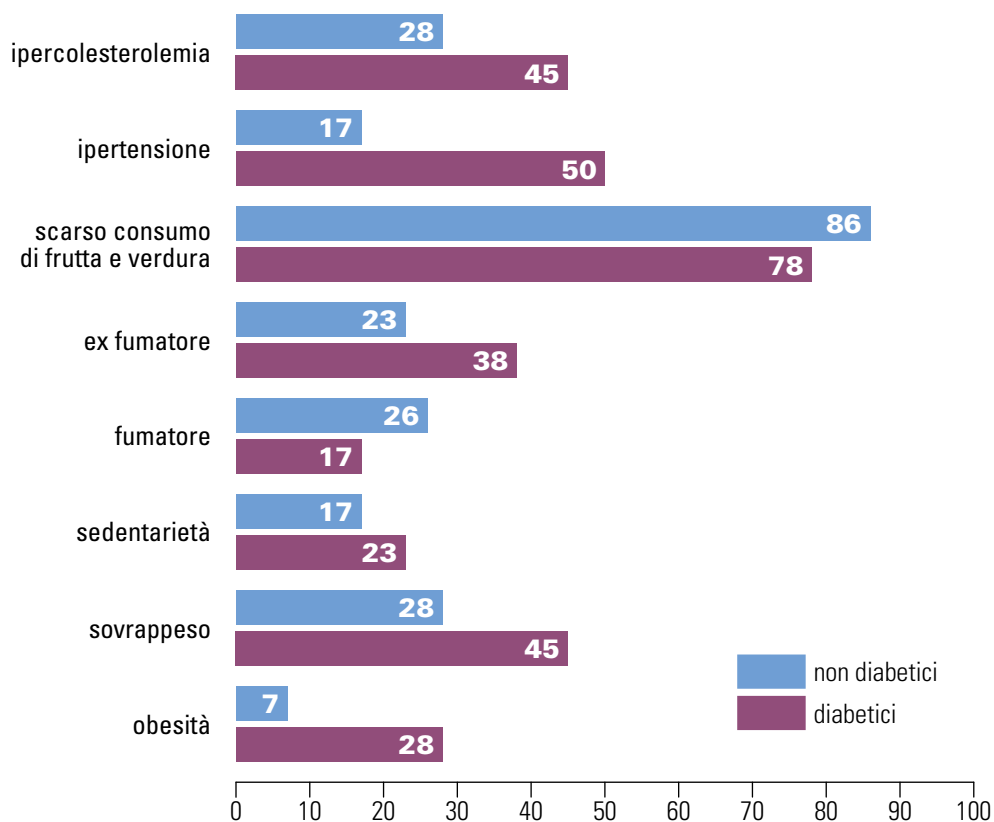


Figura 3.11. I consigli degli operatori sanitari e il contrasto a eccesso ponderale e sedentarietà in persone diabetiche, in provincia di Trento. PASSI 2008-2016

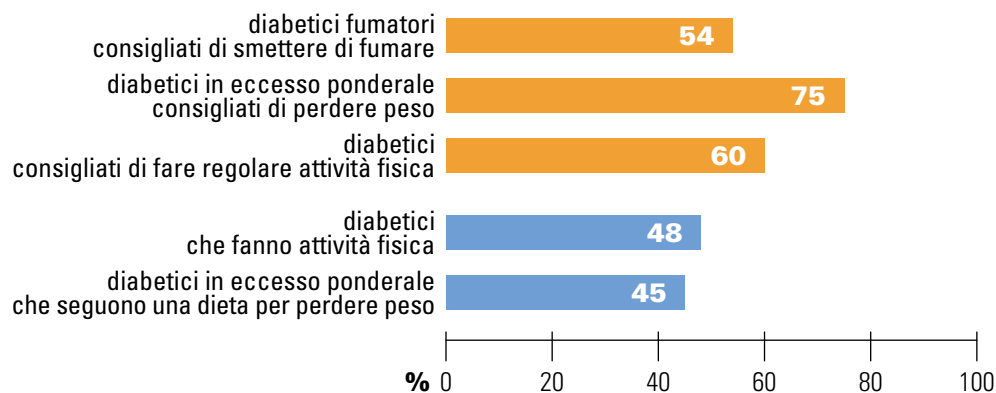
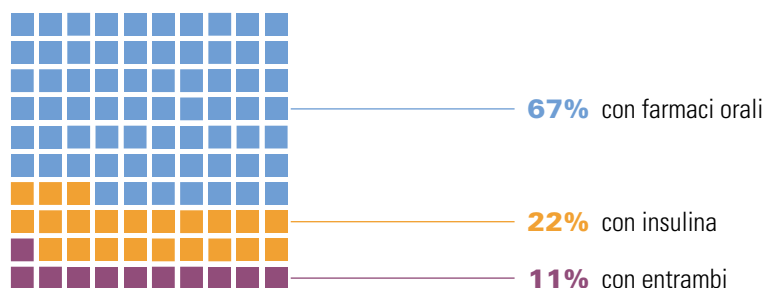


Figura 3.12. Il trattamento farmacologico in persone diabetiche, in provincia di Trento. PASSI 2008-2016



aumentano significativamente anche la possibilità di complicanze, tra cui: malattie cardiovascolari, neuropatia diabetica, nefropatia diabetica, retinopatia diabetica, piede diabetico e complicanze in gravidanza. Nel trattamento del diabete, in particolare dieta e regolare attività fisica assumono un ruolo fondamentale. Di conseguenza, diventano importanti le raccomandazioni degli operatori sanitari (figura 3.11).

Quando la correzione degli stili di vita non basta, è necessario ricorrere alle terapie farmacologiche che hanno lo scopo di tenere sotto controllo la glicemia per prevenire la comparsa o la progressione delle complicanze.

L'85% dei diabetici della provincia di Trento è sotto trattamento farmacologico; di questi il 67% con farmaci orali, il 22% con insulina e l'11% sia con farmaci orali, sia con insulina (figura 3.12).

La presa in carico

In un'ottica di adeguata gestione della patologia l'attenzione va posta sulla continuità assistenziale ottenibile con percorsi integrati e condivisi da tutti i soggetti coinvolti (paziente, medico di medicina generale, team diabetologico) e che hanno il fine di prevenire l'evoluzione della malattia e le sue possibili complicanze.

In Trentino la maggior parte dei malati di diabete sono presi in carico dal centro diabetologico: in maniera esclusiva per il 40%, in combinazione con il medico di famiglia per il 22%. Circa un quarto si affida unicamente al medico di famiglia, il 10% allo specialista. Una piccola minoranza di diabetici (2%) non è seguita da nessuno (figura 3.13).

La qualità della prevenzione e dell'assistenza rivolta alla persona affetta da diabete si può desumere dai dati dei ricoveri ospedalieri che sono una misura indiretta della capacità dei servizi territoriali di promozione della salute e di presa in carico dei pazienti diabetici.

Figura 3.13. La presa in carico delle persone diabetiche, in provincia di Trento. PASSI 2008-2016

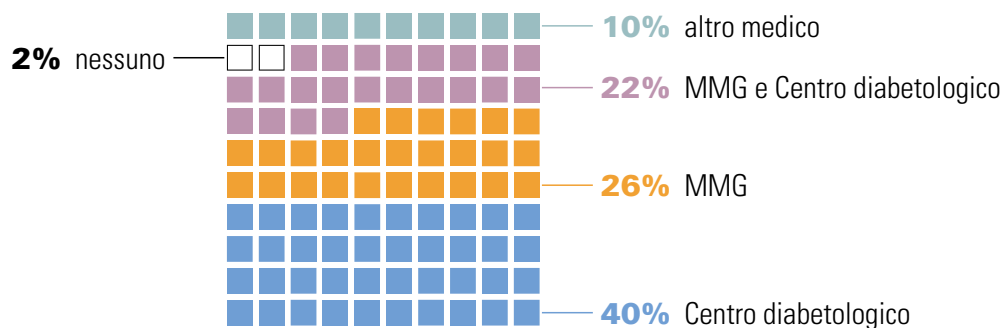


Tabella 3.4. Ospedalizzazione per diabete con e senza complicanze. Ricoveri e giornate di degenza di residenti in provincia di Trento, per genere. Anno 2016

	UOMINI		DONNE	
	ricoveri	giornate di degenza	ricoveri	giornate di degenza
OSPEDALIZZAZIONE TOTALE	255	1.314	227	1.489
di cui senza complicanze	136	393	121	642
%	53,3	29,9	53,3	43,1
di cui con complicanze	119	921	106	847
%	46,7	70,1	46,7	56,9

La metodologia ERA di analisi dei ricoveri definisce inappropriati tutti i ricoveri per diabete (con o senza complicanze) secondo l'ipotesi per cui migliorando l'assistenza e riducendo le complicanze il ricorso al ricovero di pazienti con diabete dovrebbe essere un evento raro (tabella 3.4).

Nel corso del 2016 i ricoveri di trentini causati dal diabete sono stati 482; si tratta di ricoveri inappropriati che sommano 2.800 giornate di degenza contrastabili con un uso più efficace della prevenzione, della medicina territoriale e di quella specialistica. I ricoveri per diabete riguardano di più gli uomini (53% vs 47% per le donne) e interessano soprattutto le età estreme: circa 4 ricoveri per diabete ogni 10 avvengono entro i 20 anni e circa 3 ogni 10 oltre i 74 anni.

I ricoveri con complicanze sono stati 225, poco meno della metà dei ricoveri totali, per un totale di quasi 1.800 giornate di degenza, pari al 63% dei giorni di degenza per diabete (in media 8 giornate di degenza a ricovero). Il Ministero della salute propone quale indicatore proxy di ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali per il diabete⁽⁹⁾ il tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato che, nel 2016, per la provincia di Trento è pari a 14,7 per 100.000 abitanti e per l'Italia 12,9 (valore minimo: Valle d'Aosta 0,9 – valore massimo: provincia di Bolzano: 27,6).

Generalmente, valori bassi indicano buona qualità dei servizi territoriali, valori elevati ricorso improprio alle strutture ospedaliere e scarsa efficacia delle strutture specialistiche territoriali. Il trend decennale mostra per il Trentino un costante miglioramento di questo indicatore che è passato dal 40,5 per 100.000 abitanti del 2007, al 22,2 del 2011, fino al 14,7 attuale.

Un altro indicatore “sentinella” di percorsi diagnostico-terapeutici inefficaci sono le amputazioni degli arti inferiori nei diabetici. Nel 2016, in provincia di Trento ci sono state 8,5 amputazioni per 100.000 abitanti, il valore più basso registrato in Italia dove mediamente sono state eseguite 13,9 amputazioni ogni 100.000 abitanti.

I traumi

Sebbene i traumi siano nella maggior parte dei casi prevenibili, ancora oggi sono una delle principali cause della mortalità generale e di quella precoce (entro i 75 anni).

Rientrano, inoltre, tra i primi motivi di ricovero in ospedale: nel 2016 hanno causato ai trentini 7.627 ricoveri (circa il 10% del totale dei ricoveri; 3.829 ricoveri maschili e 3.798 femminili) per quasi 74.000 giornate di degenza e 2.100 accessi in day hospital. Nell'84% dei casi sono ricoveri per acuti. I 2/3 di questi ricoveri sono potenzialmente prevenibili, con una marcata differenza di genere: è prevenibile il 79% dei ricoveri maschili rispetto al 51% di quelli femminili (tabella 3.5). Conseguentemente circa la metà delle giornate di degenza avrebbero potuto essere evitate grazie ad una maggiore incisività degli interventi di prevenzione primaria (65% delle giornate trascorse in ospedale dagli uomini e il 34% di quelle delle donne).

I traumi rappresentano anche una delle più importanti cause di accesso in pronto soccorso. Nel 2016 il 33% del totale degli accessi in pronto

⁽⁹⁾ http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=28

Tabella 3.5. Ospedalizzazione per acuti per traumi. Ricoveri e giornate di degenza totali e potenzialmente prevenibili di residenti in provincia di Trento, per genere. Anno 2016

	UOMINI		DONNE	
	ricoveri totali	giornate di degenza	ricoveri totali	giornate di degenza
OSPEDALIZZAZIONE TOTALE	3.404	19.753	3.043	21.476
di cui potenz. prevenibile	2.699	12.923	1.559	7.351
%	79,3	65,4	51,2	34,2

soccorso è causato da traumi e spesso sono conseguenza di incidenti stradali, domestici e sul lavoro.

L'evento traumatico colpisce di più gli uomini, per i quali il 40% degli accessi in PS avviene in seguito a trauma, rispetto al 27% delle donne.

Nella maggior parte dei casi si tratta di accessi per traumi non gravi: al 19% è assegnato un codice di triage bianco, al 70% verde e al restante 11% degli accessi un codice di triage grave (10,4% giallo e 0,4% rosso).

Gli incidenti stradali



Nel 2016 si sono verificati sulle strade trentine 1.361 incidenti stradali, causando 1.926 feriti e 32 morti e comportando 3.731 accessi di trentini in pronto soccorso.

Gli incidenti avvengono nel 2/3 dei casi su strade urbane e maggiormente in concomitanza del traffico casa-lavoro/scuola. Gli incidenti più gravi avvengono nelle strade a più alta velocità: ogni 100 incidenti sono mortali 6 di quelli accaduti in autostrada, 4 di quelli in strade extra-urbane e 1 in strade urbane.

Gli incidenti interessano in primo luogo il conducente (nell'80% dei casi in caso di decesso, nel 69% dei casi in caso di feriti) e coinvolgono soprattutto gli uomini, che sono il 61% dei feriti e l'80% dei morti (figura 3.16). Considerando i passeggeri il rapporto si inverte: le donne sono coinvolte in circa i 2/3 degli incidenti, sia con feriti che mortali.

I dispositivi di sicurezza sono strumenti efficaci nel mitigare le conseguenze degli incidenti. Quasi tutti i trentini si spostano in macchina usando la cintura di sicurezza anteriore (94%; 92% uomini e 96% don-

Figura 3.14. Incidenti stradali in provincia di Trento: numero di morti. ISTAT 1978-2016

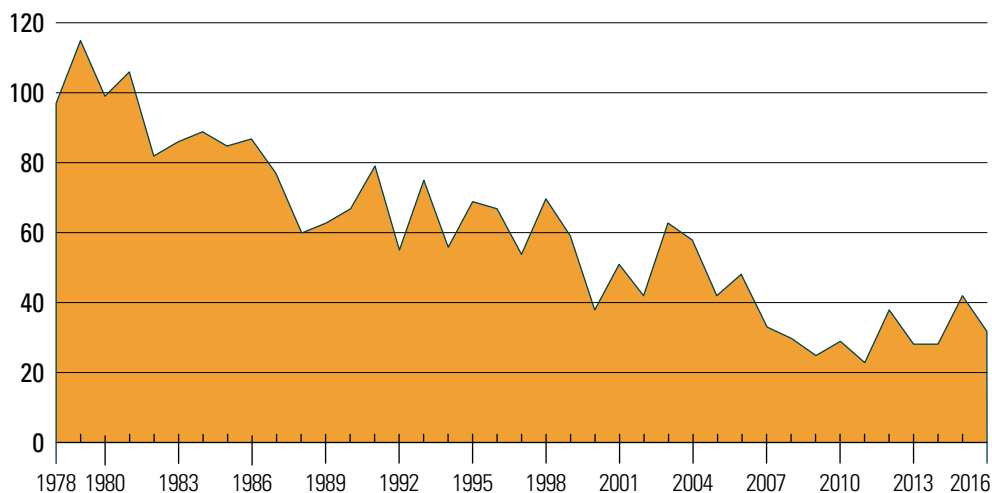
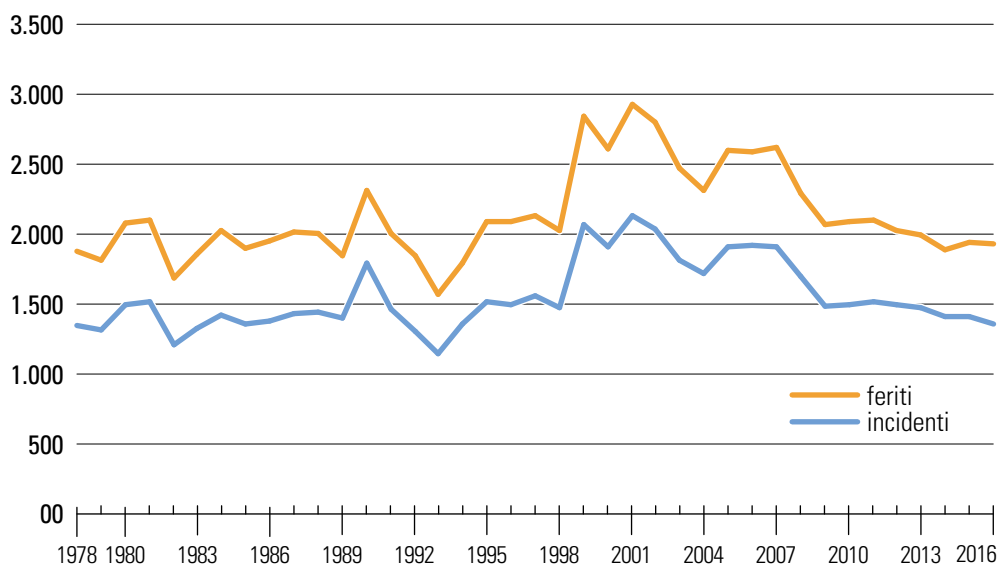
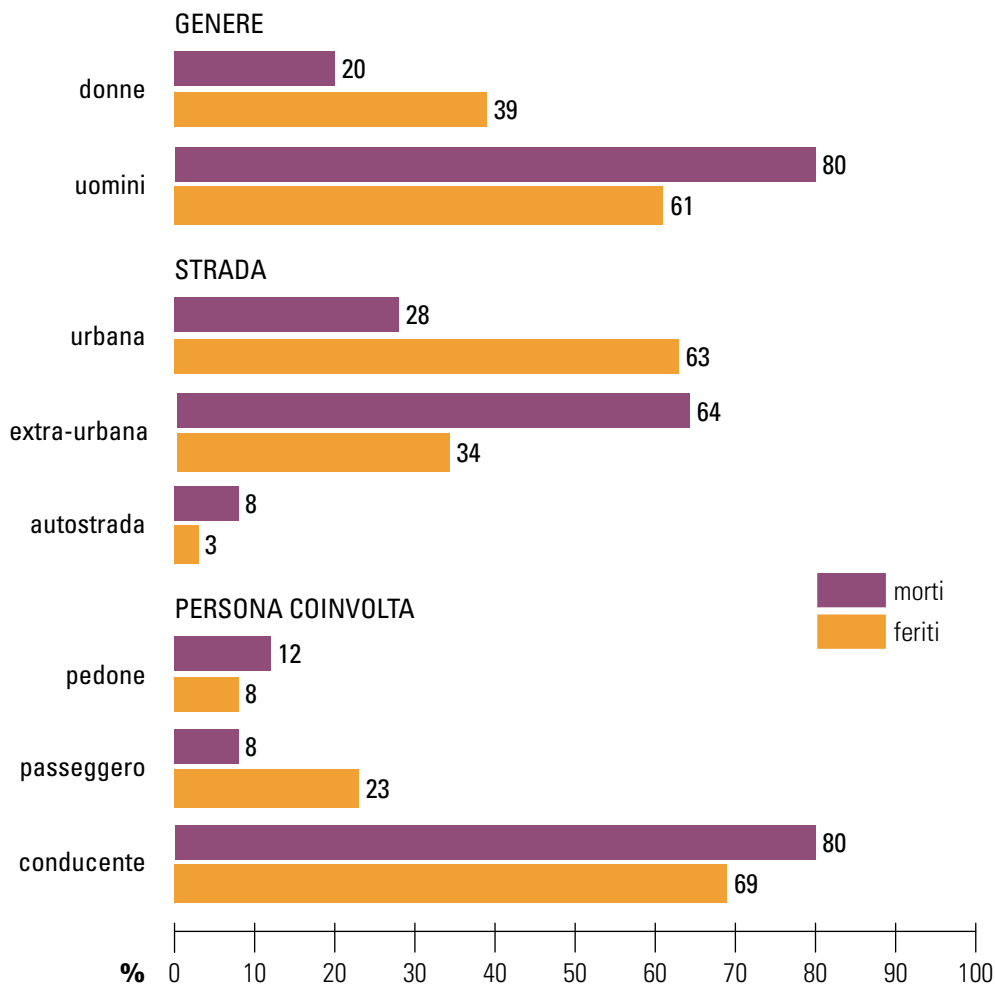


Figura 3.15. Incidenti stradali in provincia di Trento: numero di incidenti e di feriti. ISTAT 1978-2016



ne); meno frequentemente usano quella posteriore (39%; 37% uomini e 41% donne). L'80% assicura sempre i bambini al seggiolino o all'adattatore alzacchiro (82% uomini e 78% donne) e tra i motociclisti il 97% usa sempre il casco (98% uomini e 96% donne).

Figura 3.16. Morti e feriti in incidenti stradali in provincia di Trento, per genere, tipologia della strada e della persona coinvolta. ISTAT 2012-2016



Gli infortuni domestici



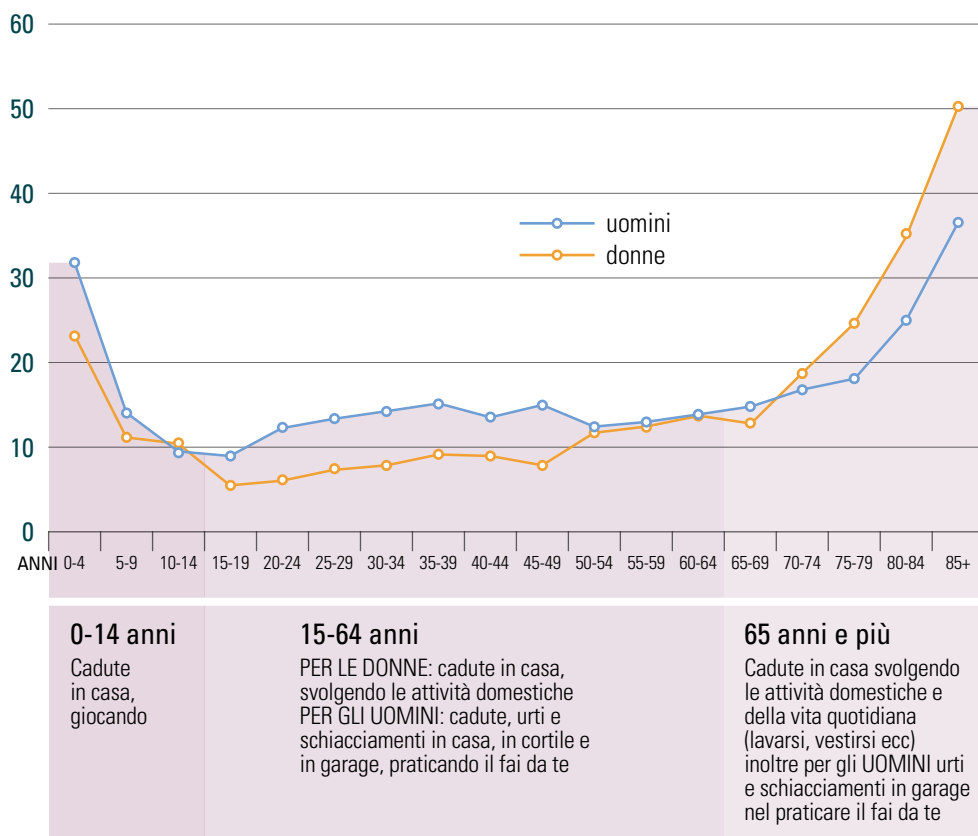
Il rischio di subire un infortunio domestico è comunemente ritenuto basso: solo il 5-6% della popolazione adulta percepisce come alto il rischio di incidente domestico, anche in famiglie con bambini e/o anziani, persone potenzialmente più esposte a tale rischio.

I dati degli accessi al pronto soccorso smentiscono questa percezione e documentano invece l'elevata frequenza e importanza degli incidenti

domestici, essendo il principale motivo di accesso al pronto soccorso per eventi traumatici. In Trentino gli accessi di residenti per incidente domestico nel 2016 sono stati 7.941 e rappresentano il 16% degli accessi femminili e l'11% di quelli maschili.

È un fenomeno che riguarda soprattutto i bambini e gli anziani (figura 3.17). Per i bambini si tratta principalmente di cadute in casa durante i giochi. Per le donne adulte gli incidenti sono cadute in casa, soprattutto in cucina, svolgendo le attività domestiche, per gli uomini alle cadute si aggiungono urti e schiacciamenti che avvengono soprattutto in garage e in cortile praticando il "fai da te". Negli anziani, gli incidenti più ricorrenti sono le cadute in casa svolgendo le normali attività quotidiane, come lavarsi e vestirsi, a cui, per gli uomini, si aggiungono gli infortuni causati dal fai da te.

Figura 3.17. Tasso età specifico di accesso in pronto soccorso per incidente domestico di residenti in provincia di Trento (per 1.000 abitanti), per genere. Pronto soccorso 2016



Gli infortuni sul lavoro



In Trentino le denunce per infortunio sul lavoro nel 2016 sono state 8.804, in 5 casi si è trattato di un infortunio mortale. Il 72% delle denunce riguardano l'industria, il commercio e i servizi, il 9% l'agricoltura e il 19% la Pubblica Amministrazione in Conto Stato.

Il 65% degli infortuni riguarda lavoratori di genere maschile e il 18% lavoratori stranieri (figure 3.18 e 3.19). Il 9% è avvenuto con un mezzo di trasporto (in itinere o in occasione di lavoro).

Nel periodo 2000-2016 in media sono avvenuti 10 infortuni all'anno di cui 1/5 in itinere (figura 3.20). La media risente dei picchi registrati nella prima decade (2000-2009) attribuibili ad una importante quota di infortuni per incidente stradale (25 di cui 10 in itinere). La contrazione del periodo successivo, invece, potrebbe risentire della crisi occupazionale particolarmente rilevante nel settore manifatturiero che ha comportato una riduzione del numero di occupati e un forte ricorso alla cassa integrazione.

Nel 2016 gli incidenti sul lavoro hanno causato ai residenti trentini 5.948 accessi in pronto soccorso, nel 71% dei casi si tratta di accessi maschili. Nella grande maggioranza l'accesso in pronto soccorso è avvenuto a causa di un incidente di gravità lieve: il 18% degli accessi ha ottenuto un codice bianco e il 73% un codice verde; nell'8% si è trattato, invece, di un codice giallo e nello 0,3% dei casi di un codice rosso.

Figura 3.18. Infortuni sul lavoro denunciati in provincia di Trento, per genere. INAIL 2012-2016

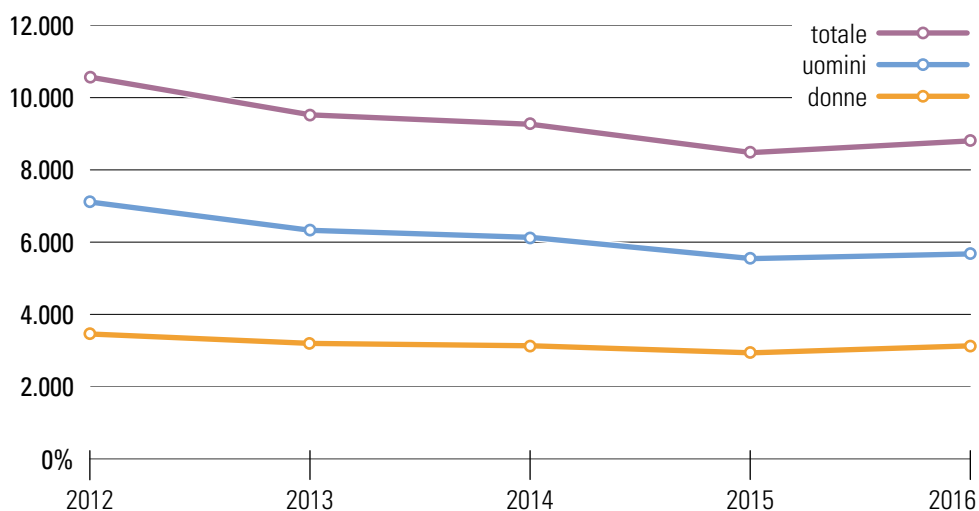


Figura 3.19. Infortuni sul lavoro denunciati in provincia di Trento, per cittadinanza. INAIL 2012-2016

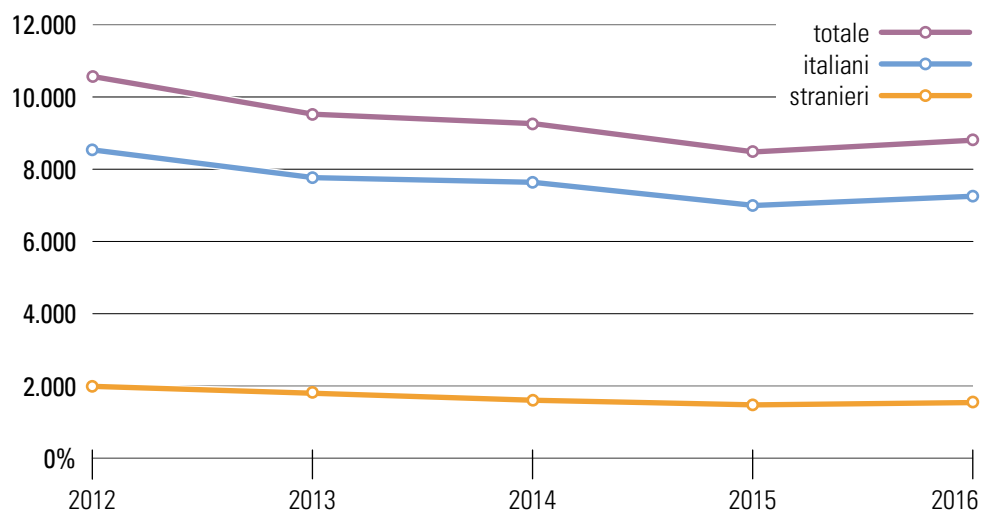


Figura 3.20. Infortuni mortali in provincia di Trento, per modalità di accadimento. Osservatorio provinciale infortuni sul lavoro e malattie professionali 2000-2016

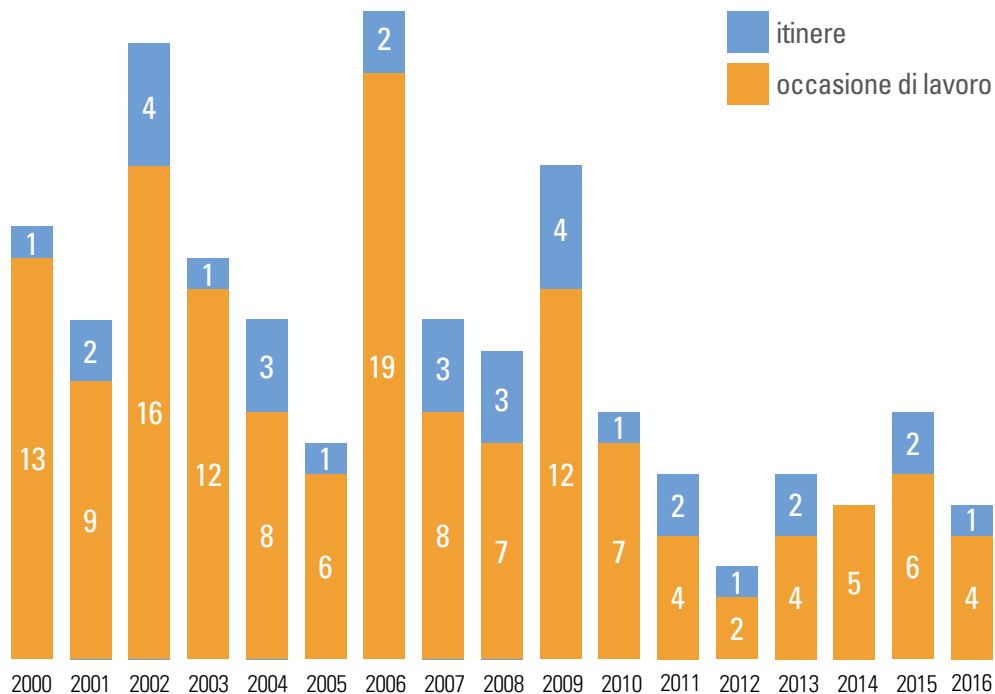
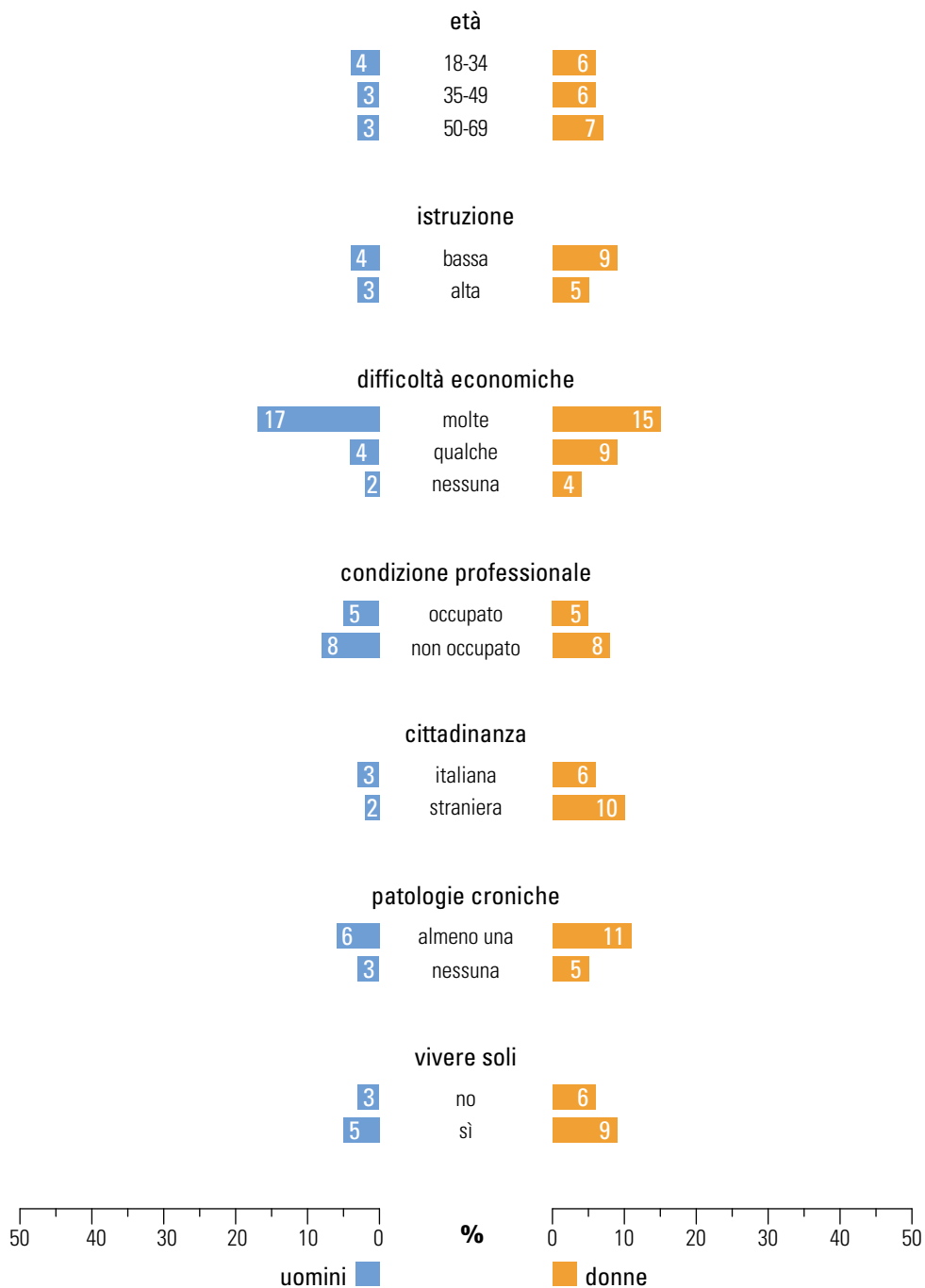


Figura 3.21. Sintomi di depressione in provincia di Trento, per genere e caratteristiche demografiche e socio-economiche. PASSI 2008-2016



La salute mentale



Una buona salute mentale consente agli individui di realizzarsi, di superare le tensioni di ogni giorno, di lavorare in maniera produttiva e di contribuire alla vita della comunità. I determinanti della salute mentale non sono solo individuali, come la capacità di gestire i propri pensieri, emozioni, comportamenti e le relazioni con gli altri, ma includono anche fattori sociali, culturali, economici, politici ed ambientali, tra cui le politiche adottate a livello nazionale, lo standard di vita, le condizioni lavorative ed il supporto sociale offerto dalla comunità.

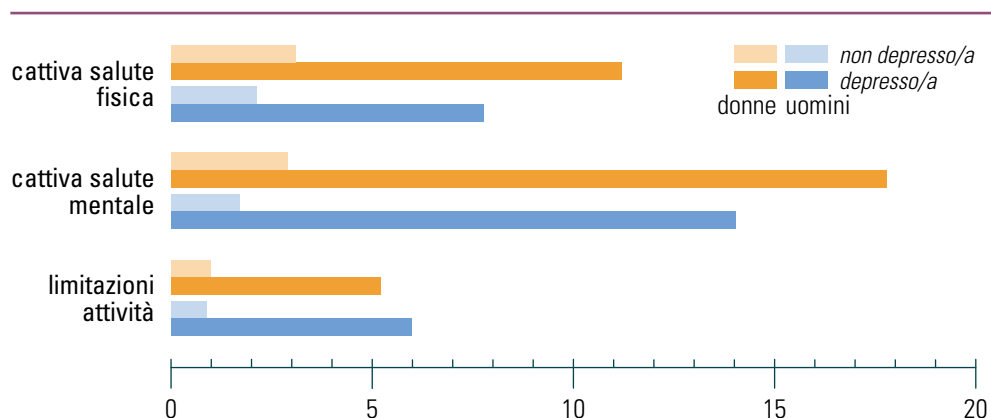
I sintomi depressivi

In Trentino la percentuale di persone adulte con sintomi depressivi è pari al 5%, media che mal sintetizza la differenza che c'è tra uomini e donne. I primi presentano una percentuale del 3%, le seconde una percentuale doppia (6%), entrambe stabili nel tempo.

La presenza di sintomi di depressione è associata, sia per gli uomini che per le donne, all'aver difficoltà economiche e all'aver almeno una patologia cronica (figura 3.21).

Qualora manifestino sintomi depressivi le donne chiedono aiuto più spesso degli uomini. Ne parla con qualcuno il 71% delle donne (35% ad un medico operatore sanitario, 24% a familiari, 13% a entrambi), rispetto al 53% degli uomini (25% ad un medico operatore sanitario, 18% a familiari, 10% a entrambi).

Figura 3.22. Giorni medi in un mese in cattiva salute in provincia di Trento, per sintomi di depressione e genere. PASSI 2008-2016



Il presentare o meno sintomi di depressione, come atteso, è associato alla qualità della salute, non solo mentale, ma anche fisica. Il numero medio mensile di giorni trascorsi in cattiva salute fisica, mentale e con limitazioni nelle attività quotidiane è significativamente più alto nelle persone (uomini e donne) con sintomi di depressione (figura 3.22).

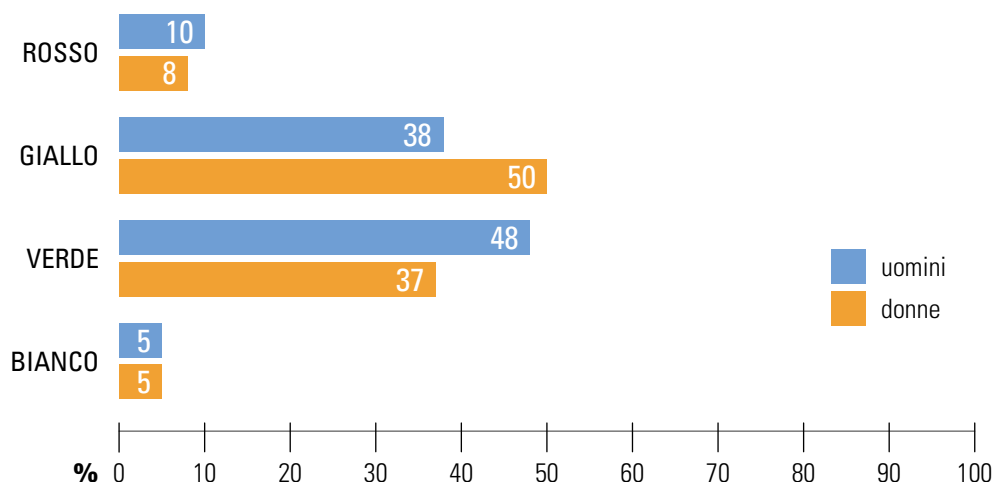
I suicidi e i tentati suicidi

Il suicidio è un fenomeno complesso influenzato da molti aspetti interconnessi: personali, sociali, psicologici, culturali, biologici e ambientali.

Esiste un legame consolidato tra suicidio e disturbi mentali, tuttavia molti suicidi accadono in modo impulsivo, in periodi di crisi e momenti d'incapacità di far fronte a situazioni stressanti come malattie e problemi finanziari. Violenze, abusi, lutti e isolamento sono fortemente associati al comportamento suicidario, sebbene il fattore di rischio di suicidio più significativo sia di gran lunga un precedente tentativo di suicidio.

Nel quinquennio 2011-2015 i suicidi in provincia di Trento sono stati 231, circa 46 all'anno. È un atto tipicamente maschile, tanto che i decessi per suicidio di uomini sono 4 volte quelli delle donne (187 vs 44). Sebbene il fenomeno del suicidio, in termini assoluti, assuma dimensioni più rilevanti in età adulta e anziana (il 70% delle persone suicide ha più di 44 anni), è nei giovani che esso rappresenta una delle più frequenti cause di morte. Nella fascia d'età 15-44 anni un decesso ogni 6 è dovuto a suicidio. Per questo motivo ogni suicidio porta con sé una notevole perdita di anni di vita; nel periodo in questione si sono persi circa 34 anni di vita a decesso.

Figura 3.23. Accessi in pronto soccorso per autolesionismo di residenti in provincia di Trento, per codice di triage e genere. Anni 2015-2016



Nel biennio 2015-2016 i trentini che sono ricorsi al pronto soccorso a causa di autolesioni sono stati 369: 201 donne (55%) e 168 uomini (45%).

I codici di triage degli accessi in pronto soccorso per autolesionismo sottolineano la particolare gravità degli episodi, sbilanciata a sfavore delle donne (figura 3.23). Per oltre la metà dei casi si tratta di eventi critici con possibile pericolo di vita (codici gialli e rossi), a differenza di ciò che accade per l'insieme degli accessi in pronto soccorso per i quali i codici rossi sono l'1% del totale, i codici gialli circa il 15% e i codici bianchi ben il 20% degli accessi totali. Il suicidio è una questione complessa che però può essere prevenuta con azioni che devono essere promosse non solo dal settore sanitario, ma anche da altri settori come istruzione, occupazione, giustizia e media. In questo senso misure efficaci che possono essere adottate sia a livello di popolazione, sia individuale sono:

- ridurre l'accesso agli strumenti di autolesione o di suicidio
- promuovere un'informazione responsabile da parte dei media
- identificare precocemente e affrontare i problemi di salute mentale, di dipendenze e i comportamenti suicidari
- ridurre lo stigma nei confronti dei problemi di salute mentale.

L'Organizzazione mondiale della sanità fissa nel Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020 l'obiettivo di ridurre il tasso di suicidio del 10%. Per il Trentino significa abbassare il tasso del 7 per 100.000 abitanti del periodo 2008-2012 a circa 6 per 100.000 abitanti. Ad oggi però il fenomeno mostra un trend sostanzialmente stabile.

La violenza di genere⁽¹⁰⁾



Secondo la **definizione** delle Nazioni unite, la violenza verso le donne comprende tutte le azioni che comportano danni alla salute fisica, sessuale e mentale: "con il termine *violenza nei confronti delle donne* si intendono tutti gli atti di violenza diretti contro il sesso

femminile che causano o possono causare alle donne sofferenze fisiche, sessuali o psicologiche, comprese le minacce di tali atti, la limitazione o la privazione arbitraria della libertà, nella vita pubblica o in quella privata" (*Dichiarazione delle Nazioni unite sull'eliminazione della violenza nei confronti delle donne*, dicembre 1993).

⁽¹⁰⁾ <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/86226/1/WHO_RHR_12.35_fre.pdf?ua=1
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/>

Secondo le **stime** dell'Organizzazione mondiale della sanità, nel mondo il 35% delle donne dichiara di aver subito violenza fisica e/o sessuale nel corso della propria vita, il 23% nei Paesi a sviluppo avanzato. Nella maggior parte dei casi, questa violenza avviene per mano del proprio partner. Si tratta di un fenomeno che, a livello familiare e sociale, è diffuso ovunque, qualunque sia la situazione socio-economica e culturale delle persone. Tuttavia tra i **fattori favorenti** situazioni di violenza esercitata dal partner e di violenza sessuale si trovano le condizioni di scarsa istruzione (per l'autore della violenza come per la vittima) e di limitata possibilità di accesso delle donne a lavori retribuiti. Altri fattori di rischio sono: esposizione a violenza familiare e a maltrattamenti durante l'infanzia (per l'autore e per la vittima), abuso di alcol, disturbi della personalità e propensione a legittimare la violenza per risolvere i conflitti in generale (per l'autore), oltre a precedenti atti violenti, incomprensione e insoddisfazione coniugale. Accanto a questi aspetti individuali esistono una serie di norme sociali e culturali che favoriscono la violenza, come gli stereotipi sessisti tradizionali (credenze riguardanti l'onore della famiglia, ideologie rispetto al diritto sessuale dell'uomo), gli status sociali, giuridici ed economici che privilegiano l'uomo e la debolezza delle sanzioni contro la violenza. Gli atti violenti hanno gravi **conseguenze**, a breve e lungo termine, sulla salute fisica, mentale e riproduttiva delle donne. Possono avere conseguenze mortali (che si tratti di omicidio o di suicidio), essere causa di traumatismi, di gravidanze indesiderate o di interruzioni di gravidanza; possono condurre alla depressione, a stati post-traumatici, ad ansia, disturbi del sonno e dell'alimentazione. Infine la violenza sessuale, soprattutto se subita durante l'infanzia, è un fattore di rischio per l'uso di droghe e l'abuso di alcol, nonché per comportamenti sessuali a rischio ed è associata a una propensione a ricorrere alla violenza (per gli uomini) o a esserne vittima (per le donne). Più in generale, bambini che crescono in famiglie violente sono a rischio di soffrire di una serie di disturbi comportamentali ed emozionali che possono condurli a commettere essi stessi atti di violenza o a esserne vittime.

La situazione trentina ⁽¹¹⁾

In provincia di Trento è attivo dal 2012 un sistema di rilevazione delle **denunce di violenza** contro le donne, nato grazie alla collaborazione tra Osservatorio provinciale sulla violenza di genere, Commissariato del governo, Forze dell'ordine (Carabinieri, Polizia di stato, Procure di Trento e Rovereto e Polizia locale dei comuni trentini) e Università di Trento. Le informazioni raccolte si riferiscono alle denunce e ai procedimenti di

⁽¹¹⁾ https://www.ufficiostampa.provincia.tn.it/content/download/65919/986697/file/1_numeri_della_violenza_di_genere.pdf

ammonimento potenzialmente connessi a episodi di violenza di genere presentati in provincia di Trento nell'anno precedente. Sono selezionati in funzione della presenza di un reato assimilabile a violenza di genere, le cui vittime sono donne e i presunti autori sono uomini.

Nel corso del 2016 le denunce e i procedimenti presentati in Trentino sono stati 764, circa 2 al giorno. Va sottolineato che questi eventi sono una piccola parte della violenza contro le donne, in quanto rappresentano solo la parte che arriva a essere conosciuta dalle istituzioni preposte al contrasto della violenza di genere e che si traducono in provvedimenti giudiziari.

In tabella 3.6 si è cercato di raggruppare i reati secondo la tipologia di violenza prevalente. Tuttavia ogni reato può sottendere allo stesso tempo diverse tipologie di violenza, non sempre, quindi, è possibile giungere a un'attribuzione univoca. La "violenza fisica e domestica" rappresenta la tipologia più frequente (41% degli eventi) con 362 tra denunce e ammonimenti. Seguono la "violenza psicologica" (20%) e lo "stalking" (19%) che insieme raccolgono 347 eventi.

Tabella 3.6. Reati denunciati in provincia di Trento, per tipologia di violenza. Osservatorio provinciale sulla violenza di genere 2016

TIPOLOGIA DI VIOLENZA	REATI INCLUSI NEL PROVVEDIMENTO	DENUNCE / AMMONIMENTI
<i>stalking</i>	Atti persecutori (art. 612 bis)	170
<i>violenza psicologica</i>	Minaccia (art. 612) Molestia (art. 660) Violenza privata (art. 610) Ingiuria (art. 594)	177
<i>violenza economica</i>	Violazione obblighi familiari (art. 570)	136
<i>violenza fisica e domestica</i>	Maltrattamenti in famiglia (art. 572) Lesioni dolose (art. 582) Percosse e lesioni (art. 581)	362
<i>violenza sessuale</i>	Violenza sessuale (art.609 bis e segg.)	37
<i>altri reati gravi</i> ^(*)		5

(*) *altri reati gravi* includono: Riduzione in schiavitù (art. 600); sequestro di persona (art. 605 c.p.); omicidio (art. 575 c.p.); sfruttamento della prostituzione, tentato sequestro (artt. 56 e 605); tentato omicidio (artt. 56 e 575).

Il fenomeno della violenza di genere è caratterizzato da una forte connotazione domestico-familiare: i 3/4 delle denunce raccolte hanno come presunto autore un uomo proveniente dall'ambito familiare (figura 3.24). Nel 10% dei casi la donna non conosce chi perpetra la violenza.

Figura 3.24. Reati denunciati in provincia di Trento, per relazione tra vittima e presunto autore. Osservatorio provinciale sulla violenza di genere 2016

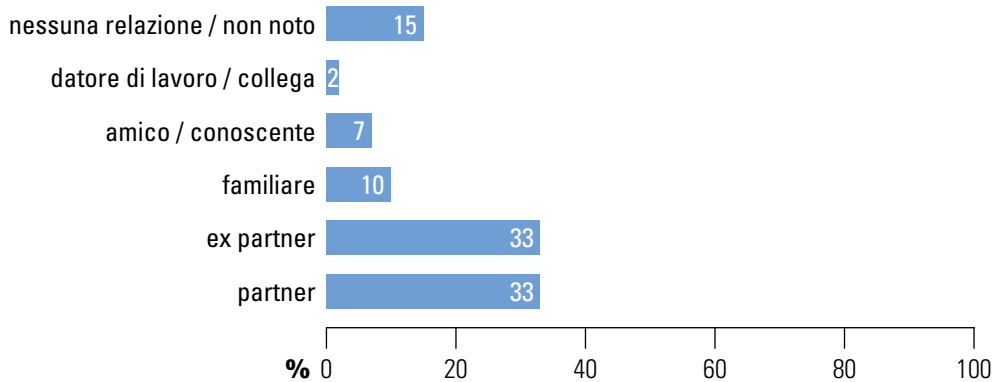
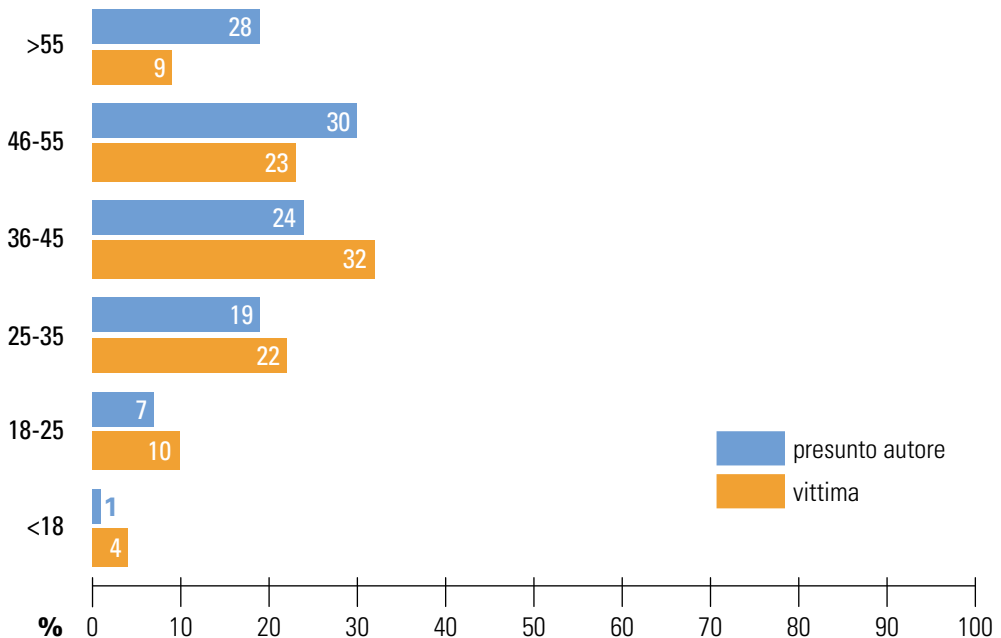


Figura 3.25. Vittime e presunti autori dei reati denunciati in provincia di Trento, per classi d'età. Osservatorio provinciale sulla violenza di genere 2016



I casi di violenza in ambito lavorativo sono stati 12 nel corso del 2016; questi numeri suggeriscono come quello lavorativo rimanga uno degli ambiti in cui l'emersione della violenza di genere è più difficile, spesso a causa dell'asimmetria che esiste nei rapporti di lavoro tra uomini e donne.

Le vittime sono generalmente più giovani degli autori della violenza: circa i 2/3 delle vittime hanno meno di 45 anni, la metà degli uomini, invece, ha più di 45 anni (figura 3.25).

Un quarto delle vittime è una donna straniera, come è straniero un terzo dei presunti autori.

Nel 2016 le donne che sono state supportate dai **servizi antiviolenza** sono state 453: 101, costrette ad abbandonare la propria casa a causa della violenza subita, sono state accolte in un servizio residenziale (44 nuovi accessi del 2016, oltre alle 57 donne già in carico al servizio) e 352 hanno chiesto sostegno e consulenza psicologica e/o legale presso un servizio non residenziale (243 nuovi accessi nel 2016). Presenti in struttura con la madre anche 100 minori.

Le donne che si rivolgono ai servizi residenziali sono generalmente giovani (il 58% ha meno di 35 anni al momento dell'ingresso), economicamente vulnerabili (solo 1/3 dichiara di avere un reddito), con un livello d'istruzione medio-basso (il 59% ha al massimo il titolo di scuola media inferiore), coniugate o conviventi (il 51%) e straniere (il 68%).

Le donne che ricorrono ai servizi non residenziali hanno caratteristiche diverse rispetto a chi accede alle residenze: sono mediamente meno giovani (il 61% ha un'età superiore ai 35 anni), con disponibilità economica (il 65% ha un reddito proprio), istruite (il 75% ha almeno il diploma di scuola media superiore) e italiane (il 73%).

Indipendentemente dal servizio a cui ricorrono, la maggior parte delle donne dichiara di essere stata vittima di più tipologie di violenza: principalmente violenza psicologica che spesso si accompagna da violenza fisica e/o sessuale. In oltre 8 casi su 10 il maltrattante è l'uomo con cui la vittima ha o ha avuto una relazione stabile.

4

Indicatori

INDICATORE	TRENTINO	UOMINI	DONNE
■ POPOLAZIONE			
Popolazione residente (01.01.2017)	538.604	263.270 (49%)	274.953 (51%)
Popolazione ≥65 anni (%) (01.01.2017)	115.370 (21%)	50.052 (19%)	65.318 (24%)
Popolazione ≤14 anni (%) (01.01.2017)	79.075 (15%)	40.730 (16%)	38.345 (14%)
Indice di vecchiaia (01.01.2017)	145,9	170,3	122,9
Stranieri residenti (%) (01.01.2017)	46.456 (8,6%)	21.393 (8,1%)	25.063 (9,1%)
Tasso natalità (2016)	8,6‰	—	—
■ ASPETTATIVA E QUALITÀ DELLA VITA			
Speranza di vita alla nascita (2016)	—	81,4 anni	86,3 anni
Speranza di vita a 75 anni (2016)	—	12,3 anni	14,7 anni
Speranza di vita in buona salute (2015)	—	66,1 anni	64,6 anni
% persone 18-69 anni che giudica buono il proprio stato di salute (2008-2016)	77%	79%	73%
■ LAVORO E SITUAZIONE ECONOMICA			
Tasso di occupazione (20-64 anni - 2016)	71%	79%	64%
Tasso di disoccupazione giovanile (15-24 anni -2016)	24%	23%	27%
Part time involontario (2016)	9%	4%	16%
Lavoro temporaneo (2016)	17%	15%	19%
% 18-69enni che pensano probabile la perdita del lavoro (2014-2016)	17%	17%	17%
Reddito familiare mediano (2014)	26.853 euro	—	—
% 18-69enni in gravi difficoltà economiche (2008-2016)	7%	6%	8%
Indice di Gini sui redditi netti familiari (2014)	0,281	—	—

■ ISTRUZIONE

% 25-64enni con titolo di studio ≤ scuola secondaria di secondo grado (2016)	31%	33%	30%
% 30-34enni con titolo di studio universitario (2016)	35%	25%	45%
% 18-24enni che abbandonano gli studi (2016)	8%	9%	7%
% 15-29enni che non lavorano e non studiano – NEET (2016)	16%	14%	18%
% 25-64enni che partecipano alla formazione permanente (2016)	12%	11%	13%

■ CAPITALE SOCIALE

% popolazione ≥14 anni che ha fiducia nel prossimo (2016)	29%	33%	26%
% popolazione ≥14 anni molto soddisfatta delle relazioni amicali (2016)	34%	32%	35%
% popolazione ≥14 anni molto soddisfatta delle relazioni familiari (2016)	45%	44%	46%
% popolazione ≥14 anni che fa attività di volontariato (2016)	27%	32%	23%
% popolazione ≥14 anni che fa attività di partecipazione sociale (2016)	37%	43%	30%
% popolazione ≥14 anni che fa attività di partecipazione civica e politica (2016)	66%	72%	61%

■ AMBIENTE

Rifiuti urbani raccolti (2015)	463 kg pro capite	—	—
% raccolta differenziata di rifiuti urbani (2016)	72%	—	—
Fitosanitari per unità di superficie coltivata (2016)	10,5 kg/ha	—	—
% persone di 14 anni e più molto soddisfatte della situazione ambientale della zona in cui vivono (2015)	92%	—	—

■ FUMO

% popolazione 18-69 anni fumatrice (2008-2016)	26%	28%	22%
% popolazione 18-69 anni fumatrice consigliata di smettere (2008-2016)	49%	49%	49%
% fumatori che hanno tentato di smettere (2008-2016)	44%	44%	44%
% case in cui si fuma in presenza di bambini (2008-2016)	7%	—	—

■ ALCOL

% popolazione 18-69 anni consumatrice a maggior rischio di alcol (2008-2016)	31%	40%	22%
% popolazione 18-24 anni consumatrice a maggior rischio di alcol (2008-2016)	66%	74%	59%
% popolazione 18-69 anni consumatrice binge di alcol (2008-2016)	14%	20%	6%
% popolazione 18-69 anni con consumo di alcol a maggior rischio consigliata di bere meno (2008-2016)	6%	9%	2%

■ ATTIVITÀ FISICA

% popolazione 18-69 anni sedentaria (2008-2016)	17%	16%	17%
% popolazione 18-69 anni consigliata di fare attività fisica (2008-2016)	33%	31%	35%
% popolazione 18-69 anni che ricorre alla mobilità attiva (in bici 2014-2016)	19%	20%	18%
% popolazione 18-69 anni che ricorre alla mobilità attiva (a piedi 2014-2016)	58%	49%	67%

■ STATO NUTRIZIONALE

% popolazione 18-69 anni in eccesso ponderale (2008-2016)	36%	45%	28%
% popolazione 18-69 anni sovrappeso (2008-2016)	28%	36%	20%
% popolazione 18-69 anni obesa (2008-2016)	8%	9%	8%

% popolazione 18-69 anni in eccesso ponderale consigliata di perdere peso (2008-2016)	53%	47%	62%
% popolazione 18-69 anni in eccesso ponderale consigliata di fare attività fisica (2008-2016)	43%	38%	51%
% popolazione 18-69 anni che consuma almeno 5 porzioni di frutta e/o verdura (2008-2016)	13%	9%	17%

■ MORTALITÀ

Decessi (2016)	4.959	2.337	2.622
Tasso mortalità (2016)	9,2‰	8,8‰	9,5‰
Decessi per cause evitabili (%) (2014)	680 (15%)	442 (20%)	238 (10%)
Anni di vita persi per mortalità evitabile (2014)	17.352	11.122	6.230

■ MALATTIE CARDIOVASCOLARI

% decessi per m.cardiovascolari (2014)	34%	29%	38%
% decessi per m.cardiovascolari evitabili (2014)	20%	20%	20%
Tasso grezzo di ricovero per m.cardiovascolari (2016)	23,5‰	—	—
% ricoveri per m.cardiovascolari inappropriati (2016)	23%	21%	26%
% giornate di degenza per m.cardiovascolari inappropriate (2016)	30%	28%	33%
% ricoveri per m.cardiovascolari prevenibili (2016)	11%	15%	5%
% giornate di degenza per m.cardiovascolari prevenibili (2016)	9%	12%	4%

■ TUMORI

% decessi per tumori (2014)	32%	38%	26%
% decessi per tumori evitabili (2014)	51%	47%	60%
Tasso grezzo di ricovero per tumori (2016)	12,7‰	—	—
% ricoveri per tumori prevenibili (2016)	10%	15%	5%
% giornate di degenza per tumori prevenibili (2016)	10%	14%	6%

Screening della cervice: estensione (2013-2015)	—	—	70%
Screening della cervice: adesione (2015)	—	—	40%
Screening della cervice: copertura (2013-2016)	—	—	84%
Screening della cervice: % presentazione spontanea (2013-2016)	—	—	22%
Screening della mammella: estensione (2014-2015)	—	—	97%
Screening della mammella: adesione (2015)	—	—	76%
Screening della mammella: copertura (2013-2016)	—	—	88%
Screening del colon-retto: estensione (2014-2015)	79%	—	—
Screening del colon-retto: adesione (2015)	61%	—	—
Screening del colon-retto: copertura (2013-2016)	72%	—	—

■ DIABETE

% popolazione 18-69 anni con diabete (2013-2016)	3,4%	—	—
% diabetici sotto trattamento farmacologico (2013-2016)	85%	—	—
% diabetici presi in carico dal centro diabetologico (2013-2016)	66%	—	—
Ricoveri per diabete con complicanze (%) (2016)	225 (47%)	—	—
Giornate di degenza per diabete con complicanze (2016)	1.768 (63%)	—	—

■ TRAUMI

% decessi per traumi (2014)	4%	5%	3%
% decessi per traumi evitabili (2014)	15%	18%	8%
Accessi in PS per traumi (%) (2016)	61.023 (33%)	35.768 (40%)	25.255 (27%)
Tasso grezzo di ricovero per trauma (2016)	14,2‰	—	—
% ricoveri per trauma prevenibili (2016)	66%	79%	51%
% giornate di degenza per trauma prevenibili (2016)	49%	65%	34%

■ INCIDENTI STRADALI

n° incidenti stradali (2016)	1.316	—	—
n° morti per incidente stradale (2016)	32	80%	20%
n° feriti per incidente stradale (2016)	1.926	61%	39%
Accessi in PS per incidente stradale (%) (2016)	3.852 (6%)	1.675 (5%)	1.426 (6%)
% uso della cintura anteriore (2008-2016)	94%	92%	96%
% uso della cintura posteriore (2008-2016)	39%	37%	41%
% uso del casco (2008-2016)	97%	98%	96%
% uso inadeguato/non uso seggiolino (2008-2015)	20%	18%	22%
% guida sotto l'effetto dell'alcol (2008-2016)	10%	14%	3%
% effettuazione etilotest (2008-2016)	13%	16%	6%

■ INCIDENTI DOMESTICI

Accessi in PS per incidente domestico (%) (2016)	7.941 (13%)	4.010 (11%)	3.931 (16%)
% percezione di alto rischio di incidente domestico (2008-2015)	6%	—	—

■ INFORTUNI SUL LAVORO

n° infortuni sul lavoro (2016)	8.804	5.681 (65%)	3.123 (35%)
n° infortuni sul lavoro mortali (2016)	5	—	—
Accessi in PS per infortuni sul lavoro (%) (2016)	5.948 (10%)	4.197 (12%)	1.745 (7%)

■ SALUTE MENTALE

% popolazione 18-69 anni con sintomi depressivi (2008-2016)	5%	3%	6%
% popolazione 18-69 anni con sintomi depressivi che non ne parla con nessuno (2008-2016)	35%	47%	29%

Decessi per suicidio/anno (2011-2015)	46	37	9
Anni di vita persi per suicidio (2011-2015)	34 anni a decesso	—	—
Accessi in PS per autolesionismo (%) (2016)	198 (0,1%)	84 (0,2%)	114 (0,5%)

5

**Riassunto
Profilo 2017:
un confronto
di genere**

Riassunto Profilo 2017: un confronto di genere

Il presente documento rappresenta un aggiornamento sintetico degli indicatori più importanti contenuti nel Profilo di salute della Provincia di Trento. Obiettivo della pubblicazione è mettere a disposizione un insieme di informazioni facilmente consultabili su alcuni degli aspetti più rilevanti dello stato di salute della popolazione residente in Trentino.

Particolare enfasi è stata data all'analisi dei dati suddivisi per genere, anche per rispondere a un mandato specifico in tal senso inserito nella mozione 160 del Consiglio provinciale del luglio 2017 sulla promozione di iniziative per la medicina genere-specifica.

Per la descrizione dei singoli ambiti sono stati utilizzati in maniera integrata i diversi flussi e fonti di dati disponibili fornendo informazioni a livello provinciale che comprendono: i determinanti di salute "distali" di natura socio-economica e ambientale; quelli "prossimali", cioè i comportamenti individuali legati alla salute, scelte in parte personali, in parte condizionate dall'ambiente socioeconomico; le principali cause di morte e le malattie più diffuse in provincia di Trento.

Il risultato è un ritratto socio-sanitario, anche se grossolano e non esaustivo degli argomenti che contraddistinguono la realtà trentina, da cui si riconosce una certa fisionomia del Trentino.

Sintesi generale

Complessivamente lo stato di salute della popolazione maschile e femminile del Trentino è buono e i determinanti socio-economici della salute rappresentano uno dei molti punti di forza: rispetto alla media italiana in Trentino ci sono meno problemi sociali, più lavoro, il reddito è maggiore e distribuito in maniera più equa, la qualità dell'istruzione è buona, così come quella del servizio sanitario e l'ambiente naturale è una preziosa risorsa per la salute.

Sarebbe comunque un errore ritenere che non ci siano problemi. Si registra anche in Trentino una crescente disoccupazione (soprattutto gio-

vanile), permane la disuguaglianza di genere nell'occupazione, il lavoro a termine e i contratti atipici stanno aumentando, il 6-10% della popolazione ha molte difficoltà economiche. Rimane una minoranza di popolazione, consistente e stabile nel tempo, che presenta uno stile di vita rischioso per la salute. Una persona su quattro fuma e una su tre consuma alcol in maniera nociva alla salute. Oltre una persona su tre è in sovrappeso, solo una su otto mangia le 5 porzioni di frutta e verdura come raccomandato e una su sei conduce uno stile di vita sedentario, non raramente in maniera inconsapevole. Per molti di questi fattori di rischio si evidenzia inoltre un gradiente socio-economico che vede penalizzati i ceti meno abbienti o meno istruiti, ponendo anche un problema di equità e di giustizia sociale. Questi fattori aumentano significativamente il rischio di ammalarsi di malattie cardiovascolari, di tumori e di altre malattie croniche o di morire per un incidente, a loro volta alla base della maggioranza dei decessi evitabili che si verificano ogni anno in Trentino (circa 700 decessi/anno entro i 75 anni di età)

Confronto di genere

Il confronto di genere fa emergere alcune peculiarità in tutti gli ambiti analizzati.

Demografia e aspettativa di vita. Le donne vivono più a lungo degli uomini, ma trascorrono anche più anni in condizioni di disabilità. A questo proposito la raccomandazione dell'OMS è di andare "oltre il vantaggio della longevità" delle donne e concentrarsi maggiormente sugli anni vissuti in buona salute, per aggiungere non solo anni alla vita ma vita agli anni, come recita anche uno degli obiettivi del Piano salute del Trentino.

Per raggiungere questo obiettivo è fondamentale impegnarsi anche per un miglioramento dei **determinanti sociali** che si ripercuotono sulla salute. Si tratta quindi, non solo di fornire assistenza sanitaria in caso di malattia, ma anche di promuovere la salute, a partire da quelli che sono i fattori principali che la condizionano come l'**istruzione**, il **lavoro**, il **reddito**, ambiti in cui nel confronto nazionale il Trentino risulta ai primi posti, ma nei quali persistono profonde disuguaglianze tra uomini e donne - anche in Trentino, per esempio, rispetto ai loro compagni maschi, le studentesse raggiungono risultati migliori nell'ambito della lettura, ma hanno maggiori problemi in ambito matematico e scientifico, un fenomeno da ricondurre a un'educazione distorta da antichi pregiudizi di genere. Di questo argomento il Piano per la salute parla chiaro: "l'equità di genere va

sostenuta fin dalla prima infanzia promuovendo iniziative di informazione e di contrasto agli stereotipi, per garantire la libera espressione delle persone e sostenere una cultura di rispetto delle individualità". In generale le donne hanno risultati migliori a scuola e accedono più frequentemente all'università, ma questo non si riflette nell'accesso al mondo del lavoro, dove le donne sono più spesso disoccupate, precarie e impiegate involontariamente in lavori part-time, guadagnando di conseguenza meno degli uomini (ragione della disparità di reddito). Una situazione di ingiustizia e di spreco di capitale sociale.

Oltre che dai determinanti sociali, la salute è condizionata fortemente anche dallo **stile di vita**, vale a dire dai comportamenti individuali legati alla salute come il **fumo di tabacco**, il **consumo di alcol**, l'**attività fisica** e l'**alimentazione**. In questo ambito le donne si trovano in una posizione privilegiata, fatto che spiega, almeno in parte, la loro maggiore longevità. Infatti, rispetto agli uomini, le donne mangiano meglio e sono più raramente in sovrappeso o obese, fumano di meno (ma quelle che fumano fanno più fatica a smettere) e bevono meno alcol (però lo stigma sociale è maggiore per le donne che hanno un problema di alcol e questo rappresenta un possibile ostacolo a una presa in carico).

Importante osservare che **oltre alle differenze tra i generi esistono anche forti disuguaglianze all'interno dei due generi in base al reddito e all'istruzione**. "Le donne" e "gli uomini" non sono gruppi omogenei, disuguaglianze di genere e gradiente sociale si incrociano: ci sono sottogruppi che meritano particolare attenzione come, per esempio, immigrate e richiedenti asilo, Sinti e Rom, lavoratrici del sesso e detenute.

Le cause di morte più frequenti sono le **malattie cardiovascolari per le donne** e i **tumori per gli uomini**, a differenza di quanto percepito della popolazione che di solito attribuisce ai tumori una rilevanza maggiore rispetto alle altre cause di mortalità femminile. Le peculiarità genere-specifiche sono particolarmente importanti a proposito dell'infarto del miocardio e ictus, dove la sintomatologia può essere diversa nelle donne, un fatto di cui sia il personale sanitario che la popolazione devono essere consapevoli per non ritardare la diagnosi. Occorre quindi realizzare corsi di formazione per il personale sanitario e campagne informative per la popolazione.

Importanti differenze di genere si osservano anche riguardo ai traumi, tra le principali cause di accesso in pronto soccorso, di ricovero in ospedale.

dale e di decesso. Gli uomini hanno un rischio maggiore delle donne di incorrere in un **infortunio di lavoro** o in un **incidente stradale** (in particolare se mortale). Per quanto riguarda la **violenza di genere**, circa due donne al giorno sporgono denuncia.

Altre differenze sono legate agli aspetti comunicativi. Generalmente le donne parlano più liberamente dei loro problemi emotivi e psicologici con il rischio che eventuali malattie organiche sottostanti vengano trascurate perché risultano in primo piano aspetti mentali, mentre negli uomini succede l'opposto: non parlano delle emozioni, quindi sindromi depressive non sono trattate appropriatamente. L'aspetto comunicativo potrebbe anche essere alla base delle differenze nella presenza dei sintomi di depressione, più frequentemente registrate nelle donne.

