

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Conferenza Territoriale  
Sociale Sanitaria



## Salute e benessere nella provincia di Ferrara

*Profilo di comunità – Sintesi –*

*Giugno 2008*



Piani per la Salute

## **Autori**

Marcello Darbo, U.O. Piani per la Salute

Aldo De Togni, Dipartimento di Sanità Pubblica, M.O. Epidemiologia

Paolo Pasetti, Dipartimento di Sanità Pubblica, M.O. Epidemiologia

Sonia Quintavalle, U.O. Piani per la Salute

Maria Caterina Sateriale, U.O. Piani per la Salute

A cura di

Maria Caterina Sateriale

Editing: Erika Borin, U.O. Piani per la Salute

Copia della pubblicazione può essere richiesta a:

Borin Erika

Tel. 0532/235286

Email: [ferrarainpiano@ausl.fe.it](mailto:ferrarainpiano@ausl.fe.it)

In copertina: Francesco del Cossa, Aprile (part.), 1469. Ferrara, Palazzo Schifanoia, Salone dei Mesi

## Indice

Quadro socio-demografico della provincia di Ferrara .....	3
Gli stili di vita e i comportamenti a rischio .....	4
Lavoro e salute .....	6
La situazione abitativa in provincia di Ferrara .....	8
Qualità della vita e disabilità .....	9
Salute e condizioni di vita della popolazione straniera .....	11
I livelli di istruzione e la dispersione scolastica .....	13
Minori e famiglie problematiche .....	15
Effetti delle disuguaglianze sulla salute e sui consumi sanitari .....	17

## Quadro socio-demografico della provincia di Ferrara

Nei vent'anni trascorsi tra il 1987 e il 2006 la provincia di Ferrara ha perso circa 17mila abitanti: un decremento pari al -4,6%. Tale decremento non è stato omogeneo per i distretti sanitari: infatti, il decremento maggiore (-8,2%) spetta al Distretto Centro-Nord, mentre il Distretto Ovest ha fatto registrare un incremento, pari al +5,8%. In alcuni comuni il decremento è stato molto forte: in particolare Jolanda di Savoia (-22%) e Berra (-20%).



La struttura per età della popolazione è molto differenziata secondo i distretti: l'indice di vecchiaia, cioè il rapporto (moltiplicato per 100) tra persone di 65 anni e più e persone di età inferiore ai 15 anni, è molto elevato nel Distretto Sud-Est (256,6) e soprattutto nel Distretto Centro-Nord (282,9), mentre è nettamente più

basso nel Distretto Ovest (188,0). La struttura per età marcatamente differenziata del Distretto Ovest è certamente dovuta alla presenza, in questo distretto, di un forte contingente di popolazione straniera immigrata (5,9%). Tale contingente, esso stesso giovane, ha anche prodotto in anni recenti una "fecondità importata", che ha certamente contribuito a spingere verso il basso l'indice di vecchiaia.

Rispetto al censimento della popolazione del 1991, è diminuita sensibilmente la dimensione media delle famiglie, che è passata dai 2,66 componenti (in media) del 1991 agli attuali 2,24 componenti. Anche la tipologia delle famiglie ha conosciuto, rispetto al censimento 1991, una notevole trasformazione: le persone sole, che costituivano il 22,3% del totale delle famiglie nel 1991, nel 2001 raccolgono il 28,2% del totale. Questo a tutto svantaggio della famiglia "tradizionale" (coppia coniugata più figli) che, se nel 1991 aggregava il 37,7% delle famiglie, nel 2001 interessa il 32,8% delle famiglie.

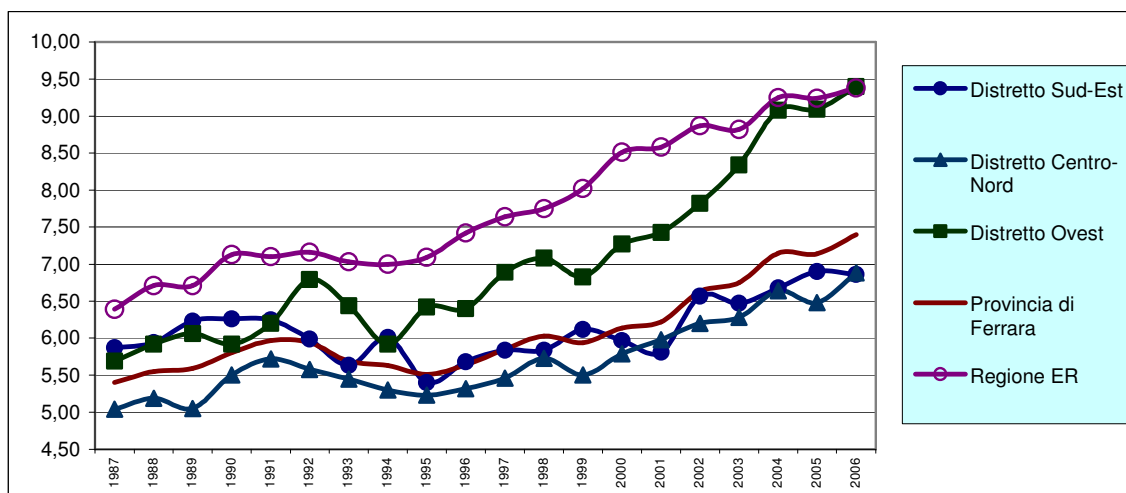
Il tasso di natalità, che ha raggiunto per la provincia di Ferrara il minimo storico nel 1995, da quell'anno è andato costantemente - seppure lentamente - aumentando, raggiungendo nel 2006 il valore di 7,4 nati per mille abitanti. È un valore ancora distante dal valore medio regionale dello stesso anno (9,4). Anche per quanto riguarda la natalità, vi sono forti differenze tra i distretti: mentre, infatti, nel 2006 i distretti Sud-Est e Centro-Nord si attestano su valori inferiori alla media provinciale, il Distretto Ovest ha conosciuto fin dal 1994 una notevole crescita del tasso di natalità, raggiungendo nel 2006 un valore di poco superiore a quello regionale. Questo fenomeno, come già accennato sopra, è dovuto in buona misura alla forte presenza in questo distretto di popolazione straniera immigrata.

La natalità particolarmente bassa - di due punti inferiore al dato medio regionale - suggerisce l'adozione di adeguate politiche di sostegno alle famiglie e specialmente alle famiglie svantaggiate (dalle agevolazioni fiscali agli asili nido) che, al di là di comportamenti di carattere "culturale" certamente presenti, potrebbero incentivare le nascite anche nella nostra provincia, come recenti esperienze europee sembrano dimostrare. È esemplare il caso della Francia, che destina il 5% del proprio PIL alle politiche di sostegno alla famiglia, e ha raggiunto

nel 2007 un valore del tasso di fecondità totale superiore a 2 figli per donna, mentre a Ferrara il rapporto è di 1,1 figli per donna.

Per quanto riguarda le principali cause di morte, la popolazione della provincia di Ferrara condivide le prime cause di morte con il mondo occidentale sviluppato: in primo luogo le malattie cardiovascolari, in secondo luogo i tumori, tra i quali quelli di gran lunga più frequenti sono il tumore del polmone (soprattutto per i maschi), della mammella (per le femmine) e del colon-retto. Merita una considerazione a parte la mortalità nelle età giovanili. Nella classe dei giovani tra 18 e 29 anni, sui 18 decessi registrati nel 2006 i primi 9 sono di origine traumatica, la cui origine è verosimilmente un incidente stradale.

#### Tassi grezzi di natalità (X 1.000) nei distretti sanitari e nella provincia di Ferrara, 1987 - 2006



Stesso discorso vale anche per i decessi tra i giovani adulti (tra 30 e 44 anni), per i quali, sui 76 decessi totali, i primi 19 (il 25%) sono di origine traumatica, e anche stavolta a seguito di un trauma quasi certamente dovuto a un incidente stradale.

I dati di mortalità per incidente stradale nei giovani, non fanno che confermare la presenza di una forte mortalità evitabile dovuta agli incidenti stradali, e suggeriscono un invito forte a continuare e dove possibile incentivare l'attuazione di politiche di contrasto al fenomeno degli incidenti stradali.

### Gli stili di vita e i comportamenti a rischio

I fattori di rischio modificabili (fumo di tabacco, obesità e sovrappeso, abuso di alcol, scarso consumo di frutta e verdura, sedentarietà, eccesso di grassi nel sangue e ipertensione arteriosa) sono chiamati i 7 big killer, per le importanti ricadute in termini di malattie croniche (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscolo-scheletrici).

La tabella riassume le più recenti conoscenze disponibili sui ferraresi per quanto riguarda i sette fattori di rischio appena elencati: a livello ferrarese tutti i sette fattori presentano prevalenze importanti, che richiedono azioni volte a guadagnare salute.

Tre fattori di rischio presentano una prevalenza più elevata rispetto alla prevalenza media regionale, pur dovendo interpretare le differenze con le cautele che rendono il confronto poco significativo per piccole differenze percentuali: sedentarietà, sovrappeso e ipertensione.

Su questi tre fattori di rischio occorrerà accentrare le azioni, peraltro con benefiche ripercussioni attese su tutti i 7 fattori di rischio.

**I sette più importanti comportamenti a rischio per la salute, per distretti e confronto con regione Emilia Romagna**

	Distretto Centro-Nord	Distretto Ovest	Distretto Sud -Est	Emilia Romagna (PASSI 2006)
	età: 18-79 anni (In linea con la salute – 2; 2008)			età: 18-69 (PASSI 2006)
Nessuna attività fisica moderata	40,5%	45,4%	47%	<b>27%</b>
Fumo di tabacco (fumatori ed ex-fumatori)	47,6%	46,2%	43,4%	51%
Sovrappeso e obesità (Indice massa corporea > 25 kg/mq)	48%	50,4%	51,1%	<b>42%</b>
Basso consumo di frutta e verdura (meno di 5 porzioni al giorno)	81%	86%	81%	87%
Abuso di alcol (bevitori fuori pasto)	7%	7%	6,7%	9%
Ipertensione	24,7%	26,2%	23,4%	<b>22%</b>
Ipercolesterolemia	28,1%	16,7%	21,3%	29,2%

Le differenze territoriali emerse con l'indagine di popolazione potranno eventualmente consentire l'articolazione di azioni mirate sui diversi territori.

Il consumo di alcol non presenta una prevalenza maggiore in provincia e parallelamente nemmeno l'abuso di alcol. Si tratta tuttavia di uno stile di vita che occorre affrontare con grande decisione per le pesanti conseguenze sanitarie e sociali. La necessità di un approccio più efficace in questo ambito è sottolineata dai risultati dell'indagine PASSI: nel 2006 nella regione Emilia-Romagna, il 20% degli intervistati dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nel mese precedente l'indagine; questa abitudine è più diffusa tra i giovani.

Nel campo degli stili di vita e dei comportamenti a rischio un ruolo importante va assegnato innanzitutto all'informazione. Va perseguita con decisione una maggiore consapevolezza dell'importanza dei fattori di rischio, della loro individuazione e della loro prevenzione. Ad esempio, sorprende quanta poca gente conosca l'indicazione di consumare 5 porzioni al giorno di frutta e verdura oppure di camminare per 30 minuti al giorno. O ancora, scoprire quanta poca gente conosca la quantità di bevande alcoliche che è sufficiente bere per superare la soglia dell'alcolemia ammessa per la guida.

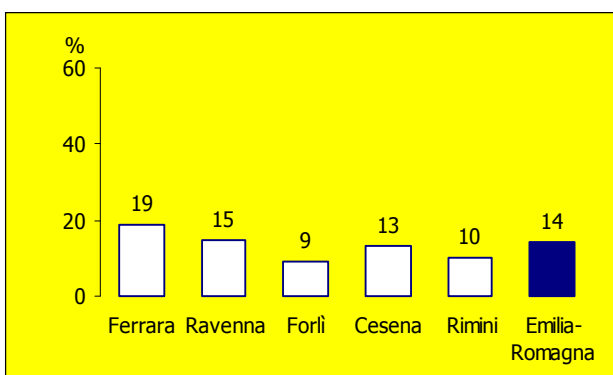
All'informazione occorre accompagnare anche una adeguata controinformazione, ossia un'informazione mirata a correggere i messaggi distorti che arrivano dalla pubblicità, sul consumo di alcol, sull'attività fisica, sulle diete.

Per contrastare la cardiopatia ischemica oltre all'informazione della popolazione, è indispensabile affiancare interventi che orientino verso stili di vita più sani (training all'attività fisica moderata per tutte le età). E' dimostrato che tale scelta strategica, aumenta l'efficacia dell'intervento educativo.

Dall'indagine regionale PASSI 2007 (dati preliminari), si apprende che il 15% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nel mese precedente l'indagine (range dal 12% di Forlì al 20% di Ferrara).

### Guida sotto l'effetto dell'alcol\* (PASSI, 2007; dati preliminari)

(\*entro 1 ora dopo aver bevuto almeno 2 unità alcoliche)



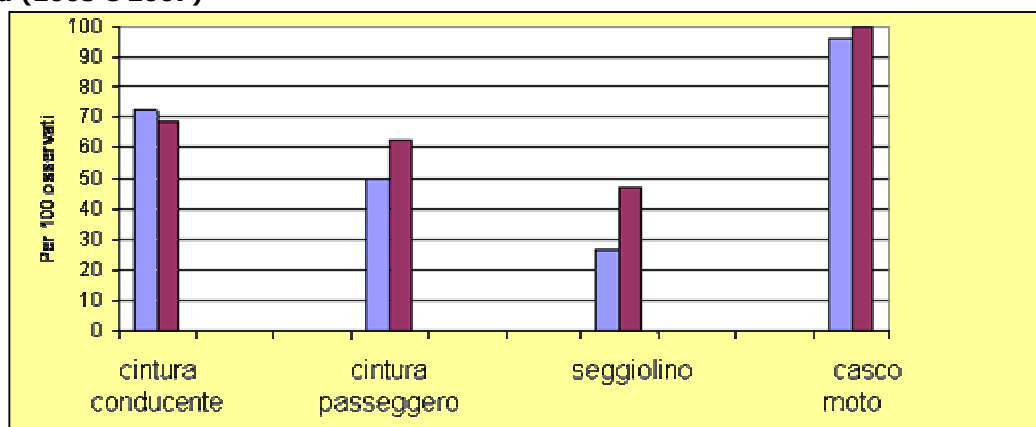
Tutti i conducenti coinvolti in incidente stradale dovrebbero essere sottoposti a controllo obbligatorio dell'alcolemia; questo comporta la necessità di attrezzare con etilometri tutte le pattuglie di vigilanza stradale. Una limitazione di questi controlli si traduce di fatto in una mancata dissuasione dalla guida per le persone che hanno consumato alcol prima di mettersi alla guida.

Per la prevenzione degli incidenti stradali è stato necessario analizzare i comportamenti "preventivi", vale a dire l'utilizzo dei sistemi di ritenuta, che contribuiscono a limitare i danni da incidente.

Il grafico illustra i risultati di due importanti indagini nella provincia di Ferrara, sull'utilizzo delle cinture di sicurezza, dei seggiolini per bambini e del casco.

Emerge che ancora ci sono molti comportamenti a rischio nello scarso utilizzo del seggiolino di sicurezza, e nell'applicazione delle cinture.

### Utilizzo delle cinture di sicurezza, seggiolini per bambini e casco: risultati di due campagne di misura (2005 e 2007)



Dovrebbe essere svolta una intensa campagna per l'uso delle cinture, con l'obiettivo di rendere quotidiano l'uso delle cinture di sicurezza e dei sistemi di ritenuta per bambini, arricchita da azioni simultanee e concordate di controllo, così da produrre un cambiamento del comportamento attraverso azioni ripetute.

### Lavoro e salute

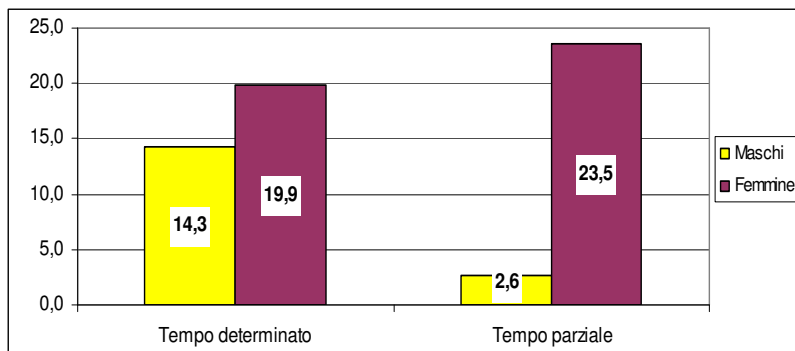
Il tasso di disoccupazione nella provincia di Ferrara risulta più basso di quello nazionale ma allo stesso tempo è superiore a quello regionale.

Nella nostra provincia dal 1995 al 2006 abbiamo assistito ad un incremento importante dell'occupazione femminile, mentre quella maschile è lievemente diminuita.

L'incremento dell'occupazione femminile si registra soprattutto nel "settore del precariato", in particolare si tratta soprattutto di impieghi a tempo parziale e mal retribuiti. Questo riguarda, in misura diversa, anche gli uomini. Ad oggi un lavoratore su sei nella provincia di Ferrara è precario, uno su cinque se si considerano le sole donne.



### Quota % occupati a tempo determinato e a tempo parziale, per sesso, 2006



Fonte: Istat, RER

Le scarse possibilità d'impiego nella provincia, soprattutto a tempo indeterminato, si riflettono sul reddito pro capite che per il 2004 risulta più basso di 2.500 Euro rispetto a quello medio registrato in regione. Nel corso del 2005 si assiste ad una diminuzione del

numero degli infortuni sul lavoro accaduti in provincia di Ferrara, rispetto al 2004, pari a -2,8%, parallelamente al dato medio regionale (-2,4%). Anche il tasso provinciale di infortuni sul lavoro (8,8/100 addetti) nel 2005 è situato sulla media regionale (8,7%). Nei tre distretti si riflette lo stesso andamento, nel periodo considerato, con una riduzione più consistente in valori assoluti nei Distretti Sud Est ed Ovest.

Una percentuale importante di infortuni (23,8%) coinvolgono la fascia d'età 18-29 anni.

Gli esiti mortali da infortunio presentano un andamento stabile, nel corso del periodo 2001-2005 mentre risultano diminuiti gli infortuni con esiti di invalidità permanente.

Queste tipologie di infortuni (morte e invalidità permanente) nel periodo 2001-2005 sono rappresentati per il 23,8% da infortuni in itinere, in quanto solitamente sono gli incidenti stradali che comportano i rischi maggiori per la salute.

Gli infortuni in itinere al 2005 risultano sostanzialmente invariati in percentuale rispetto al 2001.

#### Rischi per la salute

Un rischio importante per la salute è rappresentato dagli infortuni con esito permanente, infatti possono portare a lunghi periodi di disabilità ed ancora più preoccupante è il fatto che una quota importante degli infortuni colpisce giovani di età compresa tra 18 e 29 anni.

La disoccupazione costituisce una condizione che mina profondamente la salute delle persone colpite e il futuro delle famiglie. Studi italiani hanno rilevato condizioni di salute più sfavorevoli per i disoccupati e un conseguente maggior consumo di risorse sanitarie da parte di questi ultimi.

La disoccupazione di lunga durata e periodi ricorrenti di disoccupazione esprimono carriere lavorative molto diverse fra loro.

Uno studio epidemiologico<sup>1</sup> sulla mortalità fra i disoccupati torinesi concludeva :

*"I suicidi, le morti associate a comportamenti dettati da un profondo stato di disagio e da percorsi esistenziali avversi, sottolineano la profonda consapevolezza per una consistente quota di disoccupati di essere abbandonati a sé stessi, con le proprie carenti risorse personali, di fronte alle dinamiche del mercato".*

Gli effetti della disoccupazione sulla salute sono legati in primo luogo sia alle conseguenze psicologiche da essa indotte, sia ai problemi finanziari che ne conseguono, in particolare i debiti contratti, che ricadono sull'individuo e sul suo nucleo familiare.

Il rischio di suicidio è da sempre descritto come più elevato tra i disoccupati.

<sup>1</sup> Costa e al., Disuguaglianze di salute in Italia, Epidemiologia&Prevenzione, Supplemento 2004

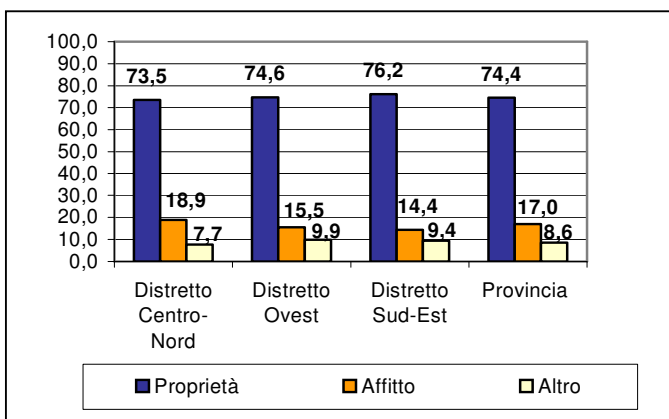


E' inoltre documentato (Studio ESEMeD) che i danni per la salute mentale conseguenti allo stato di disoccupazione sono molteplici, e che la loro entità è direttamente proporzionale alla durata del periodo di disoccupazione.

## La situazione abitativa in provincia di Ferrara

L'abitazione rappresenta una risorsa fondamentale per la vita, il benessere e la salute della famiglia, ma rappresenta anche una delle cause principali di impoverimento e di emarginazione sociale.

### Titolo di godimento dell'abitazione in provincia, per distretto, %



Fonte: Censimento 2001

Secondo una recente indagine nel Comune di Ferrara, nel 2006 il 18,3% delle famiglie vive in case in affitto (il 22,5% delle case in affitto è di proprietà dell'ACER).

Negli anni tra il 1994 e il 2006 il canone medio mensile di affitto è aumentato in maniera molto maggiore di quanto è aumentato secondo l'Istat il costo della vita (+30%), e nel comune capoluogo ha raggiunto addirittura un incremento del 230%.

Nell'indagine citata, il 4,7% delle famiglie intervistate dichiara di avere l'abitazione in cattive condizioni, il 3,2% denuncia l'assenza di servizi igienici idonei e di un riscaldamento adeguato. Queste quote corrispondono a circa 2.900 famiglie residenti nell'ambito comunale.

Le famiglie in affitto nella provincia sono 24.223 (17,0%), mentre le famiglie che possiedono la casa in cui vivono sono 105.153 (74,4%).

Una parte considerevole (circa il 17% del totale) delle famiglie proprietarie di casa, sta pagando un mutuo immobiliare. Anche l'indebitamento per mutuo rappresenta un elemento di rischio di impoverimento per le famiglie ferraresi.

Per quanto riguarda gli alloggi di edilizia popolare, nel panorama regionale Ferrara ha, al pari di Bologna, la maggior quota di alloggi assegnati (3,83 per 100 famiglie residenti, anno 2003). Nel 2004 si assiste ad un ulteriore incremento: 5.934 sono le famiglie che godono di un'abitazione di edilizia popolare in provincia (4,38%). Nel 32,7% di tali nuclei familiari sono presenti persone anziane.

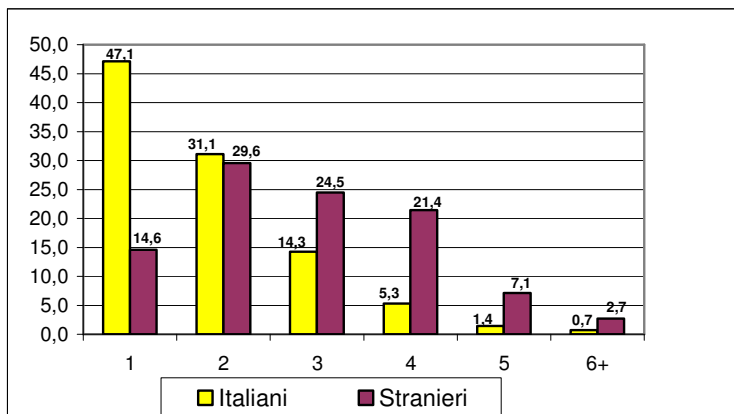
Ma, a quanto ammonta il fabbisogno?

Nel Comune di Ferrara, le famiglie che già occupano alloggi ERP sono 2.995, pari al 5,55%. Per valutare il bisogno abitativo, consultiamo le richieste inoltrate: le famiglie richiedenti nel solo capoluogo nell'anno 2007 sono 1.268, di queste il 18,9% ha nazionalità straniera.

Circa un terzo delle famiglie ha tre o più figli, mentre il 15,9% ha un congiunto invalido o non autosufficiente.

Ben il 55,7% delle famiglie dei richiedenti denuncia di essere gravata da un canone di affitto superiore a un terzo del reddito familiare.

## Richieste di alloggi, per cittadinanza e numero dei figli, 2007, Comune di Ferrara



### Rischi per la salute

La situazione abitativa di una popolazione, di una famiglia, di un individuo, è un determinante importante di salute e di benessere.

L'abitazione adeguata alle necessità delle persone che compongono la famiglia, viene individuata come "un prerequisito della salute" e quindi una bassa qualità della abitazione è associata a basse qualità di salute<sup>2</sup>. L'insalubrità dell'abitazione rappresenta un rischio di patologia respiratoria ricorrente soprattutto per la prima infanzia, con possibilità di cronicizzazione e instaurarsi di danni permanenti<sup>3</sup>. Secondo un'indagine nazionale<sup>4</sup> sul consumo delle famiglie, i minori sono segnati dall'esperienza della povertà in misura superiore alla media della popolazione totale, con livelli pressoché identici a quelli raggiunti dagli anziani. Nelle prime età della vita la salubrità dell'abitazione è uno degli elementi che influisce sugli esiti di salute non solo dell'infanzia, ma di tutta la vita e sulla costruzione del "capitale di salute", anche a parità di alcuni importanti fattori di rischio quali il fumo di sigaretta, la familiarità e l'esposizione professionale<sup>4</sup>.

Si auspica che si possa costruire un sistema informativo per i richiedenti alloggio, che consenta la lettura dei bisogni dei soggetti deboli, in tutti i Comuni della provincia, evidenziando soprattutto la presenza di minori, anziani e disabili e confinati in casa.

## Qualità della vita e disabilità

Per definire la "disabilità" l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha approvato nel 2001 la nuova Classificazione Internazionale del Funzionamento (ICF); secondo la nuova classificazione, "disabilità" è una condizione di salute in un ambiente sfavorevole, senza separazione tra "sani" e "disabili". Non sono disponibili statistiche secondo le definizioni ICF dell'OMS ma neppure secondo le precedenti classificazioni; le "certificazioni", rilasciate per motivi di assistenza, che fanno da riferimento ai dati sulla riabilitazione, la scuola e il lavoro, non offrono dati completi.

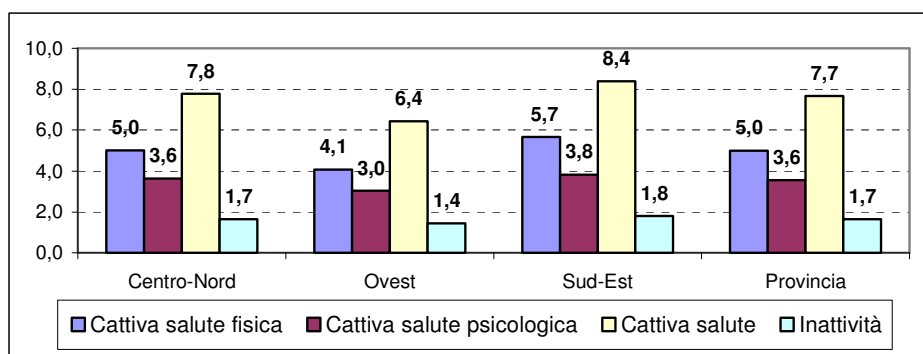
La misura della qualità della vita collegata alla salute consente di misurare il peso delle malattie e delle disabilità. Uno dei metodi più utilizzati a livello internazionale è quello dei "giorni in cattiva salute". La qualità della vita valutata con questo metodo è risultata fortemente correlata allo stile di vita in generale, nonché alla presenza di alcune malattie croniche.

<sup>2</sup> E.Fee, T.M.Brown "The Past and future of public Health Practice"; American Journal of Public Health, May 2000.

<sup>3</sup> Sdea T., Cois E. "I primi anni di vita", "Disuguaglianze di salute in Italia, Epidemiologia & Prevenzione, 2004

<sup>4</sup> Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale, 2005. Commissione d'indagine sull'esclusione sociale. Ministero della solidarietà

**Numero di giorni in cattiva salute fisica, psicologica e complessiva, e numero di giorni di inattività, nei distretti (2007)**



La figura riporta il numero medio di giorni in cattiva salute, distinguendo per motivi fisici e per motivi psicologici, e il numero medio di giorni con completa inattività (difficoltà nello svolgere le normali attività quotidiane). All'interno della provincia si osserva una certa disomogeneità, con un maggior numero di giorni in cattiva salute nel Distretto Sud-Est.

La tabella riassume alcuni dati sulla situazione della disabilità in provincia di Ferrara per l'anno 2007. I dati sulle esenzioni ticket e sulle invalidità civili riconosciute ci mostrano un quadro complessivo sulla disabilità nel quale i "risultati" più critici riguardano il Distretto Sud-Est.

	Distretto Centro-Nord	Distretto Ovest	Distretto Sud -Est	Provincia	Emilia Romagna
Numero persone con esenzione ticket	57.806	20.558	35.270	113.634	-
Proporzione di persone con esenzione ticket (per 1.000)	326,7	277,7	344,7	321,6	211,7
Numero anziani con indennità di accompagnamento (I.D.A.)	5.662	1.949	3.117	10.728	-
Proporzione di anziani con I.D.A. (per 100 anziani)	11,9	11,5	12	11,9	-
Numero adulti con invalidità civile 100%	1.335	408	676	2.419	-
Proporzione di adulti con invalidità civile 100% (per 100 adulti)	1,22	0,88	1,06	1,1	-

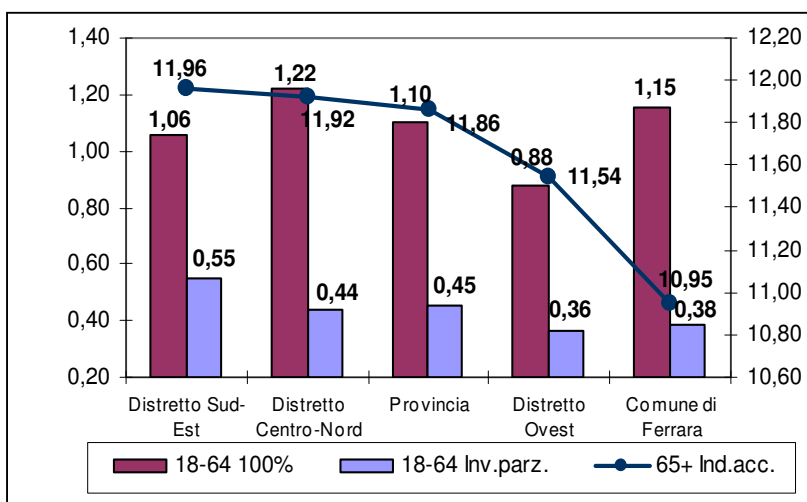
Nel Distretto Centro-Nord si registra un quadro complessivo simile in cui il contributo del comune capoluogo è evidenziato dal grafico che segue.

L'analisi dei dati sulle disabilità mostra incompletezza per la mancanza di uno strumento informativo finalizzato ad identificare e quantificare il valore sociale e il carico assistenziale.

Il problema della disabilità va affrontato anche (vedi altri domini) con la valutazione delle "disabilità evitabili", come gli esiti di incidenti stradali, sul lavoro e stili di vita.

Ci sentiamo di sottolineare inoltre che migliorare l'integrazione sociale delle persone con disabilità, produce un effetto benefico sul capitale sociale di una comunità.

**Quota % di adulti invalidi al 100%, di adulti invalidi parziali, di anziani con assegno di accompagnamento, nei distretti sanitari, nella provincia e nel comune capoluogo, 2007**



## Salute e condizioni di vita della popolazione straniera

### Aspetti demografici

Al 31 dicembre 1999, erano residenti in provincia di Ferrara 3.432 stranieri; alla stessa data del 2006, risultano residenti in provincia 15.548 stranieri (numero provvisorio stranieri al 31.12.2007: 18.858 unità). Si valuta che il numero di residenti stranieri in un certo territorio sottostimi le presenze reali di circa il 20%.

Nel contesto regionale, nel quale la popolazione straniera è pari al 7,5% del totale, la provincia di Ferrara è quella in cui la quota di stranieri è la più bassa (4,4%).

Dal punto di vista dell'immigrazione straniera, il Distretto Ovest presenta una quota di popolazione straniera pari al 5,9% della popolazione, mentre nei rimanenti distretti questa quota si attesta sul 4%.

Le tre nazionalità più rappresentate in provincia sono, nell'ordine: Marocco, Albania e Ucraina. Mentre per le prime due nazionalità i maschi sono, seppure di poco, più rappresentati delle femmine, la nazionalità ucraina è rappresentata per la stragrande maggioranza da donne: sono le "badanti", la cui presenza si concentra soprattutto nel capoluogo e nel Distretto Centro-Nord.

Per quanto riguarda la struttura per età, la popolazione straniera residente in provincia di Ferrara presenta i tratti tipici delle popolazioni straniere immigrate: una quota rilevante di giovani (nel Distretto Ovest, soprattutto maschi), una quota trascurabile di anziani sopra i 65 anni e un sensibile allargamento della "base" della piramide delle età, dovuto alla presenza dei nuovi nati. A questi usuali elementi si aggiunge una peculiare caratteristica della provincia di Ferrara, dovuta al fenomeno delle "badanti" provenienti dall'Est Europa: la forte presenza di donne in età compresa tra 40 e 64 anni, in modo particolare nel Distretto Centro-Nord.

### La salute degli immigrati

La letteratura è concorde nell'affermare che l'immigrato arriva generalmente nel nostro Paese con un "patrimonio" di salute pressoché integro: proprio la forza-lavoro, su cui l'immigrato gioca le possibilità di successo del proprio progetto migratorio, risulta legata all'integrità fisica; questa considerazione è sintetizzata nell'espressione "effetto migrante sano".

Nel periodo 2001-2005 si è notato un incremento della percentuale degli infortuni sul lavoro degli immigrati (vedi grafico) con differenze nelle diverse aree della provincia che risentono probabilmente anche della disomogenea distribuzione di tale popolazione.

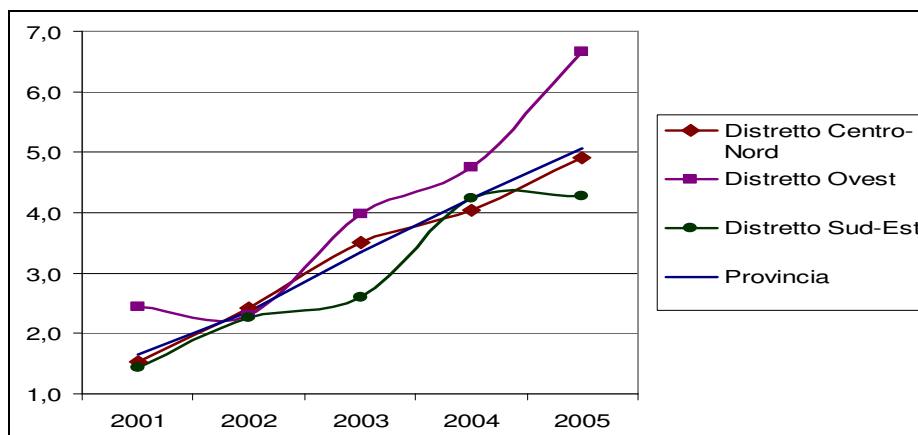
L'anagrafe sanitaria in provincia di Ferrara ha registrato variazioni anomale e discontinue della quota di stranieri iscritta, non legate al corrispondente andamento delle residenze. Nel 2006, a fronte di 9.606 iscritti, si rilevano 15.548 residenti, con un rapporto pari al 61,8%, riducendo il potenziale delle normali pratiche di assistenza di base e di prevenzione previste per i residenti. Da dati aggiornati al 31.12.2007, risulta che, a seguito di interventi correttivi che hanno migliorato l'informazione ai cittadini stranieri, su 18.858 residenti stranieri, la quota di stranieri iscritti all'anagrafe sanitaria si è innalzata fino all'87,8% (dato in attesa di conferma). L'aumento dei ricoveri ospedalieri degli stranieri, è un fenomeno che ha interessato tutte le strutture sanitarie della provincia. La popolazione straniera ha caratteristiche di composizione interna (classi d'età e genere) differente, e la distribuzione dei ricoveri lo testimonia.

Il 58% dei ricoveri di donne si concentra prevalentemente in reparti di ostetricia e ginecologia. La frequenza maggiore di ricoveri tra gli uomini riguarda eventi traumatici (incidenti sul lavoro). Pur con tutte le cautele interpretative del caso, per alcuni gruppi di patologie esiste un differenziale tra popolazione italiana e popolazione straniera: sono più elevate le malattie infettive, le patologie del periodo neonatale e infantile.

Nel periodo tra il 2001 e il 2005 è aumentata la percentuale di casi di tubercolosi in cittadini stranieri. Nel 2005 sono stati 17 casi su 32 totali, mentre nel 2006 sono stati 10 gli stranieri con tb, su un totale di 30 casi. I tassi corrispondono a quelli registrati a livello regionale.

La malattia tubercolare rappresenta il risultato di lunghi periodi in ambienti di vita malsani e affollati e della precarietà abitativa.

#### Percentuale di infortuni di stranieri sul totale degli infortuni, 2001 - 2005



Nell'anno 2006 i parti di donne straniere nel territorio ferrarese sono in media il 16,9% del totale, con differenze significative nei territori dei tre distretti.

L'età delle donne è distribuita in modo differente tra italiane e straniere. Tra le donne straniere è relativamente più frequente la gravidanza in età anche molto precoce e nelle minorenni.

In gravidanza le donne straniere si sottopongono ad un numero minore di visite di controllo e di indagini prenatali.

Benché i dati non mostrino una situazione di rischio maggiore per il neonato di madre straniera (basso peso neonatale, prematurità, natimortalità), il numero degli aborti spontanei sembra essere un esito più frequente nelle gravidanze delle straniere.

Gli aborti volontari da parte di donne straniere sono in aumento e, nel 2006, sono stati il 34,9% del totale (la media regionale nello stesso periodo è del 40,3%).

### Cittadinanza delle donne che hanno partorito negli ospedali della provincia, con confronto RER

Luogo del parto	Totale parti	Cittadinanza della madre		
		Italiane	Straniere	% Straniere
<b>Ospedale del Delta</b>	515	434	81	<b>15,7</b>
<b>Ospedale di Cento</b>	716	500	216	<b>30,2</b>
<b>Azienda Ospedaliera Ferrara</b>	1.311	1.178	133	<b>10,1</b>
<b>Totale provincia di Ferrara</b>	<b>2.542</b>	<b>2.112</b>	<b>430</b>	<b>16,9</b>
<b>Totale RER</b>	<b>38.967</b>	<b>29.977</b>	<b>8.990</b>	<b>23,1</b>

Fonte: Banca dati CEDAP Emilia-Romagna, 2006

Le nazionalità più rappresentate sono quelle del Marocco e dell'Europa dell'Est. Nel territorio ferrarese e soprattutto nel capoluogo, queste ultime, sono donne che in gran parte lavorano come "badanti", quasi sempre sole nell'esperienza migratoria, e quindi in una precarietà più accentuata di tipo lavorativo e abitativo.

Le difficoltà che mettono a rischio la salute della donna e del bambino sono rappresentate dalla necessità di lavorare, dalla mancanza di rete familiare e sociale, dalla precarietà abitativa, dalla scarsa conoscenza dei servizi disponibili, dei costumi e delle usanze, che possono rendere la donna socialmente accettata o rifiutata.

Nel caso della maternità troppo precoce il rischio aumenta ed è maggiore per il neonato, che in un momento della vita di grande fragilità, assomma ai rischi di una scarsa integrazione sociale del proprio nucleo familiare, quello di una madre molto giovane, inesperta e quasi sempre sola. L'aumento (a fine 2006) del 50% dei residenti stranieri rispetto al 2002 comporta un incremento notevole della domanda sanitaria e dei bisogni reali di salute, e la necessità di fornire risposte articolate in funzione delle diverse nazionalità, età, appartenenti a mondi culturalmente diversi, a volte separati da pregiudizi culturali e razziali.

### I livelli di istruzione e la dispersione scolastica

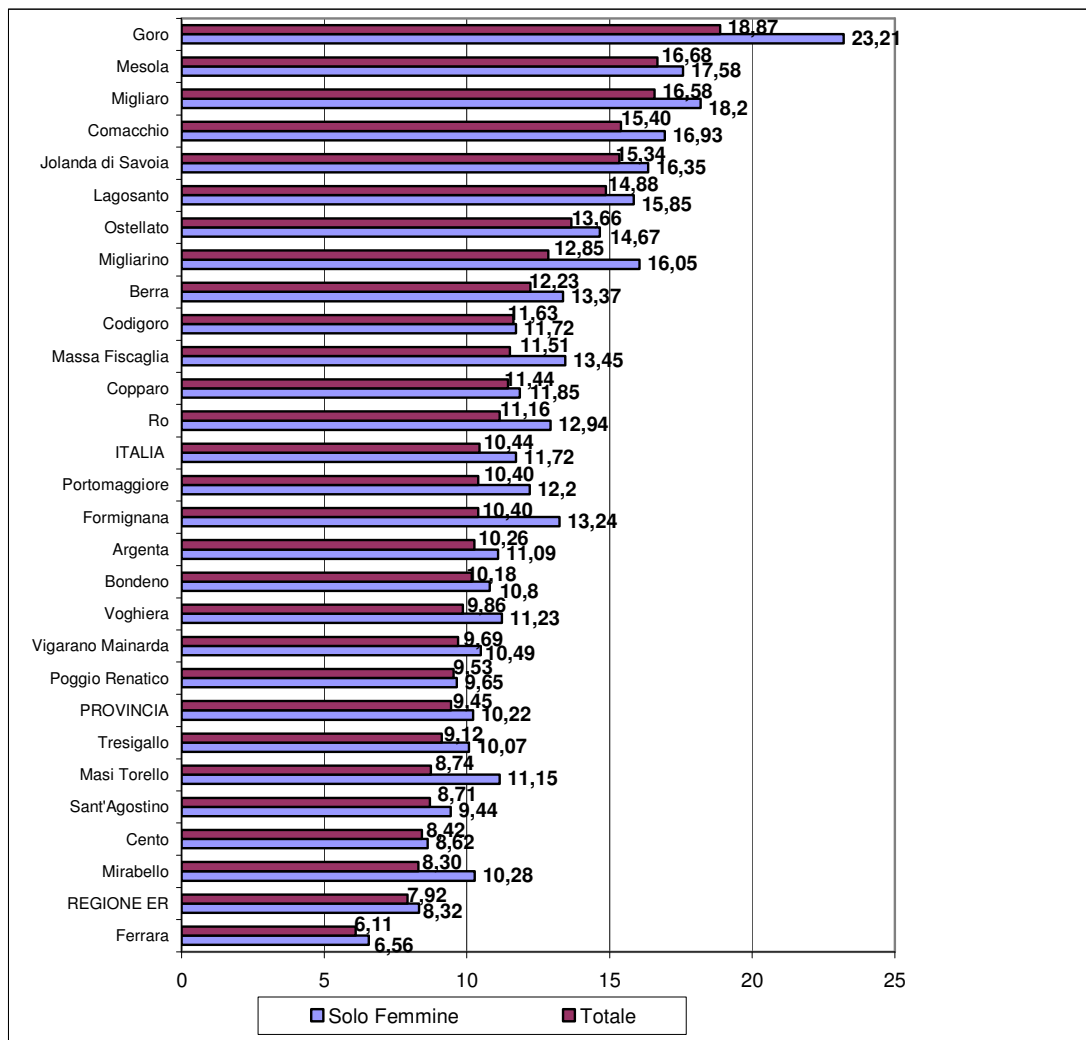
Dal Censimento del 2001, in provincia di Ferrara, 12 persone su mille erano analfabete, tasso molto superiore al regionale, pari al 7,4 per mille. L'analfabetismo colpisce le generazioni più anziane e soprattutto le donne delle aree più svantaggiate economicamente (Sud-Est).

Il mancato conseguimento del diploma della scuola dell'obbligo è un importante indicatore (censimento 2001) del livello di istruzione della popolazione tra i 15 e i 52 anni di età. Il dato medio provinciale (9,45%) è superiore alla media regionale, che è 7,92%. In tutti i comuni della provincia, si registra come il genere femminile sia stato sistematicamente discriminato nella conclusione dell'iter scolastico. I dati testimoniano come il tasso riferito ai maschi registri un valore di 8,70%, a fronte di un 10,22% per le femmine, con un differenziale che si accresce nelle aree più svantaggiate.

Si sottolinea come nella famiglia tradizionale la penalizzazione del genere femminile nel campo dell'istruzione abbia effetto non solo sulla salute della persona ma anche sullo stile di vita del nucleo familiare (alimentazione, fumo, ecc), e soprattutto sui suoi componenti più dipendenti dal "caring", come i minori, i disabili e gli anziani.

L'indicatore più significativo per rappresentare l'abbandono scolastico, è "l'indice di partecipazione al sistema scolastico", tale indicatore descrive una riduzione al crescere delle classi superiori, fino ad arrivare al quinto anno a cui accedono 77 ragazzi su 100 che si erano inizialmente iscritti al primo anno. Il rimanente 23% è uscito dal sistema senza diploma. Un dato che, seppure in linea con quello regionale e leggermente più elevato di quello nazionale, non è certamente positivo. Inoltre l'uscita dalla scuola è precoce: in seconda superiore (cioè all'età di 15 anni), già il 6% dei ragazzi in età scolastica non va più a scuola.

## Tassi di non conseguimento scuola dell'obbligo (15-52 anni), totale e solo femmine, 2001



### Rischi per la salute

La letteratura indica l'istruzione come uno dei fattori più importanti per la salute. Le persone con un più alto capitale culturale sono più determinate nel difendere la loro salute, sono più consapevoli dei propri diritti e hanno una buona autostima. Inoltre, grazie al titolo di studio, hanno la possibilità di accedere a posti di lavoro più gratificanti e remunerativi. Ciò comporta anche una più elevata integrazione sociale, altro fattore importante per la salute. Al contrario la scarsa istruzione, spesso vissuta come allontanamento punitivo, è causa di bassa autostima, e porta a scelte di lavoro poco gratificanti e con minore disponibilità di reddito, variabile non poco importante per garantire a sé e alla famiglia condizioni di vita che proteggano la salute. Una scarsa integrazione sociale può inoltre portare i giovani a comportamenti devianti e stili di vita a rischio.

Vi sono aree della provincia particolarmente penalizzate, dove si registrano, parallelamente agli svantaggi culturali, uno scarso utilizzo dei servizi di screening dei tumori femminili.<sup>5</sup>

Un tasso di istruzione più elevato è un patrimonio per una comunità, ne favorisce sia la crescita della salute, che quella economica e sociale.

<sup>5</sup> Sateriale MC, De Togni A "Condizioni socio-culturali e accesso ai servizi di prevenzione. Screening del tumore alla cervice uterina nell'Az. USL di Ferrara". Dossier N°138-2006, Agenzia Sanitaria Regionale, RER



## Minori e famiglie problematiche

Gli episodi di violenza rappresentano una drammatica realtà che molto spesso si consuma in silenzio tra le mura domestiche, e colpisce soprattutto donne e minori.

Sono di seguito presentati i casi che sono emersi da questo silenzio, ma siamo consapevoli del fatto che è solo una piccola parte del problema.

### Minori.

#### Violenze e maltrattamenti sui minori in carico ai Servizi Sociali al 31/12/2006

	Violenza sessuale	Maltrattamento fisico	Maltrattamento psicologico	Violenza assistita
Distretto Centro Nord	14	10	1	25
Distretto Ovest	12	5	0	5
Distretto Sud Est	10	1	0	0
<b>Totale</b>	<b>36</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>30</b>

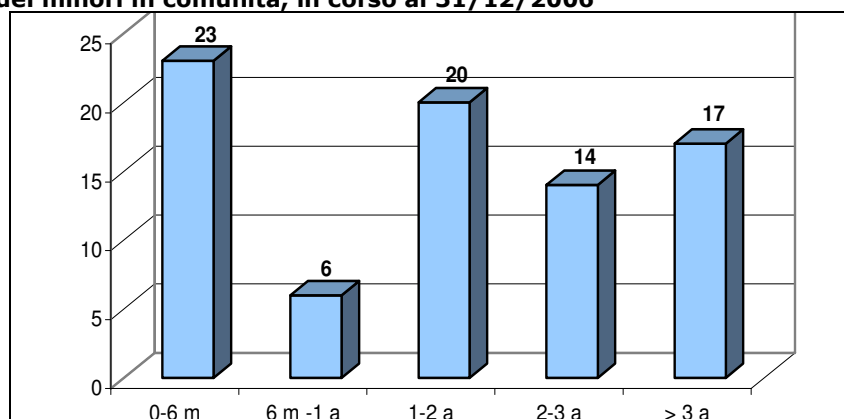
Fonte: dati resi disponibili dai Servizi minori di territorio: Ferrara, Copparo, Cento, Bondeno, Portomaggiore, Codigoro

I dati presentati testimoniano come le problematiche relative ai minori siano una drammatica realtà che, per essere affrontata necessita di risorse importanti.

Al 31-12-2006, tra i 57 minori in affidamento, le fasce d'età più rappresentate sono 11-14 anni e 15-17 anni, che rappresentano in totale il 59,6% dei minori in affidamento. Con elevata probabilità si tratta di casi in cui i minori allontanati dalle famiglie d'origine, rimangono in affidamento fino al raggiungimento della maggiore età senza un chiaro e definitivo progetto di recupero. Ciò può essere determinato da diverse situazioni: sia dall'impossibilità di realizzare una adozione del minore per età o per la presenza di un legame significativo con la famiglia di origine, ma anche per carenza di interventi volti al recupero della famiglia d'origine.

Un altro dato preoccupante riguarda la lunga permanenza dei minori in comunità, modalità più frequente di allontanamento del minore dalla famiglia nella nostra provincia. Alla data del 31-12-2006, sono 80 i minori in comunità. Il 64% di questi registra una permanenza superiore ad 1 anno e ben 17 sono in comunità da più di 3 anni.

#### Permanenza dei minori in comunità, in corso al 31/12/2006



Fonte: Regione Emilia-Romagna. Servizio politiche familiari, infanzia e adolescenza

Un'altra condizione che determina lunghi periodi di allontanamento del minore dalla famiglia è la presenza di casi di violenza sessuale, che rappresenta la più frequente causa di violenza nei confronti dei minori. Di fronte ad episodi di violenza/maltrattamenti la durata della presa in carico varia da caso a caso; generalmente, però, l'accompagnamento del minore, nei complessi

percorsi di recupero psicologico e nell'iter giudiziario, dura diversi anni, richiedendo un'importante impegno di risorse da parte dei servizi sociali e sanitari.

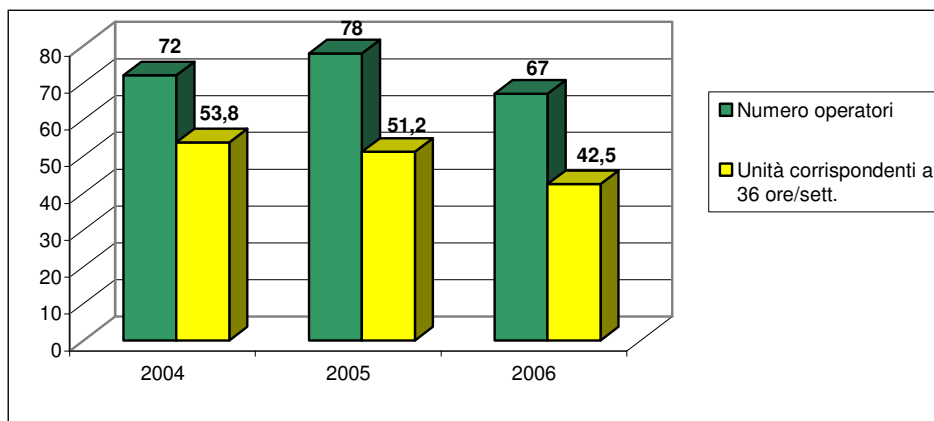
Il ruolo dei servizi sociali e della psicologia clinica dell'Azienda USL è determinante durante il periodo di allontanamento dei minori dalla famiglia sia nei confronti dei ragazzi sia nei confronti della famiglia che deve essere seguita per favorire un reintegro del minore.

Nel corso dell'ultimo triennio la "risorsa" degli operatori si è ridotta (vedi grafico).

Lo scarso numero di operatori impiegati nel settore minori determina la necessità da parte dei servizi sociali di compiere obbligatoriamente delle scelte in merito alle problematiche da affrontare. Questo si traduce nel fatto che di fronte ad un minore ed alla sua famiglia di origine in difficoltà molto spesso vi sono solo le risorse per poter intraprendere il percorso di assistenza del minore ma non quelle per il recupero della famiglia di origine, determinando in molti casi gravi difficoltà per un rientro del minore in famiglia.

Un'altra criticità nel territorio provinciale, riguarda la scarsità di famiglie affidatarie, disponibili ad accogliere minori disabili, e ad attivarsi in casi di emergenza per un minore per il quale si abbia necessità indifferibile di allontanamento dalla famiglia.

#### Numero di operatori e unità corrispondenti a 36 ore/sett. anni 2004-2005-2006



Fonti: Servizio minori di territorio: Ferrara, Copparo, Cento, Bondeno, Portomaggiore, Codigoro Regione Emilia-Romagna. Servizio politiche familiari, infanzia e adolescenza

#### Donne

Nel corso del 2007 le donne che nella nostra provincia hanno trovato il coraggio e la forza di chiedere aiuto per poter uscire da una situazione di violenza sono state 147. È necessario evidenziare come con elevata probabilità il numero di donne che hanno subito violenza è sottostimato, infatti secondo l'Istat<sup>79</sup> il 14,3% delle donne che hanno o hanno avuto un rapporto di coppia, ha subito almeno una violenza fisica o sessuale dal partner.

Le problematiche da superare per poter uscire da una situazione di violenza sono molteplici tra cui il riconoscimento e la presa di coscienza da parte della donna della violenza stessa, la forza e la capacità di interrompere il ciclo di violenza, l'uscita dall'isolamento sociale nel quale molto spesso si trovano ed il raggiungimento di un'autonomia personale.

Una problematica importante che emerge dai dati è come spesso le violenze si consumano tra le mura domestiche, infatti nel 77-83% dei casi, gli autori sono marito/partner, ex-marito/partner e parenti. Le vittime di violenza sono spesso anche madri e ciò significa che con elevata probabilità (la stima è intorno al 90% dei casi) i minori assistono alla violenza ed a volte ne sono vittime dirette. In tali situazioni quindi madri e figli si trovano a dover affrontare insieme, con l'aiuto di personale specializzato, il lungo e faticoso percorso di uscita dalla violenza. Dai dati emerge inoltre, che solo 31 donne su 94 hanno sporto regolare denuncia contro il proprio aggressore, dato sicuramente allarmante, ma lo è ancora di più se si pensa

che secondo i dati Istat<sup>6</sup> solo il 7% delle donne che ha subito violenza da parte di un partner lo denuncia.

### Rischi per la salute

Le donne e i minori che in famiglia vivono esperienze di violenza sono a rischio fisico e psicologico. Gli esperti descrivono la violenza come una "coazione", spesso inarrestabile, che porta a lesioni fisiche anche gravi, rischio di morte ed importanti traumi psicologici.

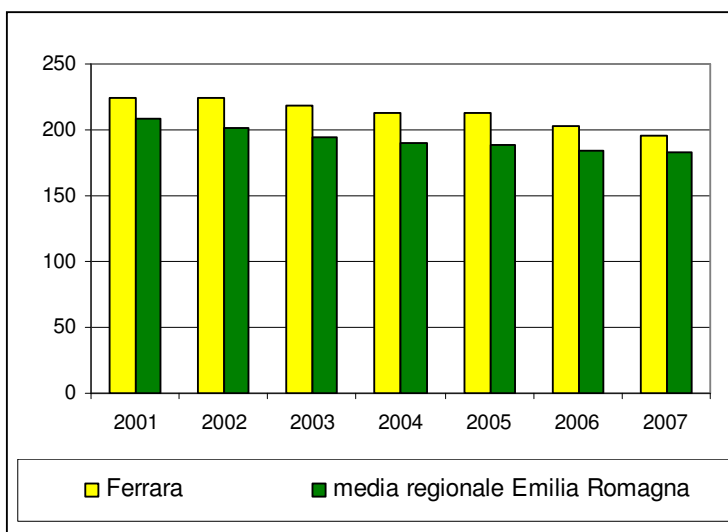
Una crescita "complicata" da difficoltà famigliari e violenze/maltrattamenti determina dei gravi danni nel minore che, se non adeguatamente e tempestivamente affrontati, possono favorire il "circolo vizioso della violenza" e cioè determinare la crescita di adulti che a loro volta, proprio perché "derubati dell'infanzia", possono essere responsabili di violenze ed atti criminali nei confronti di terzi.

Assistere e fornire l'adeguato sostegno ad un minore in difficoltà significa fornirgli gli strumenti per non commettere nel suo futuro da adulto gli sbagli che un tempo adulti hanno commesso.

## **Effetti delle disuguaglianze sulla salute e sui consumi sanitari**

### **Il carico di malattia a Ferrara**

#### **Tassi di ospedalizzazione standardizzati, 2001-2007**



Da lunghi anni Ferrara registra costantemente tassi di ricovero più elevati della media regionale. La differenza del tasso di ricovero totale è pari al 7% nel 2006, quella del ricovero ordinario è pari al 6%.

Esiste dunque una maggiore richiesta di assistenza da parte dei ferraresi, non inquadrabile in una semplice cornice di maggiore ricorso ad una particolare forma di assistenza..

Si può ragionevolmente ipotizzare che si tratti della naturale

conseguenza di una situazione epidemiologica peculiare, caratterizzata da elevati carichi per alcune malattie croniche, superiori alle prevalenze osservate nelle altre province della regione. L'ipotesi trova conferma nell'analisi di alcuni dati epidemiologici desunti da vari flussi informativi regionali.

La tabella riporta i risultati di una stima approssimativa dell'ammontare dell'eccesso di prevalenza ipotizzato per alcune malattie croniche. Al fine di eliminare la possibile distorsione legata all'elevato indice di invecchiamento della popolazione ferrarese, la stima è stata operata sulla popolazione in età inferiore a 65 anni, salvo ipertensione e ipercolesterolemia, per le quali si è operato sulla popolazione inferiore a 69 anni. il valore atteso sulla base della media regionale.

<sup>6</sup> Ministero della Salute, Rapporto sullo stato di salute delle donne in Italia, Comunicato n° 69, 7 marzo 2008

**Stima del numero eccedente di persone con età < 65 anni, affette da alcune patologie croniche.**

Patologie croniche	N. casi eccedenti (stima)
diabete tipo 2	2.349
ipertensione arteriosa	3.835 (età<69 anni)
Ipercolesterolemia	330 (età<69 anni)
Asma	490
Tumore: casi incidenti	130
Tumore: casi prevalenti	500
insufficienza respiratoria cronica	157
malattie autoimmuni	992
<i>Talassemia major</i>	70

L'eccesso di prevalenza atteso può sembrare modesto, in termini assoluti; in realtà il carico assistenziale (e economico) è imponente.

**Diabete mellito**

Ferrara da molti anni ha avviato programmi di ricerca dei diabetici. Logica conseguenza di queste campagne di prevenzione è una prevalenza di diabete nettamente superiore alla media regionale (5,3% di esenzioni contro una media regionale pari a 3%). L'azienda dispone ora di un registro di patologia alimentato dai dati provenienti da tutti i Centri Antidiabete e dai sanitari che assistono pazienti diabetici; la percentuale di persone con diabete fornita dal registro è riportata nella prima riga della tabella: il 5,5% della popolazione ferrarese risulta diabetica, con lievi variazioni dal 5 al 6% nei tre distretti.

**Prevalenza del diabete mellito e tassi di ospedalizzazione per diabete mellito**

	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia- Romagna
Prevalenza stimata diabete tipo1° e tipo2° *	5,6%	6%	5%	5,5%	n.d.
Esenzione ticket per diabete **	5,3%	5,9%	4,4%	5,3%	3%
n° di persone ricoverate per diabete ***	234	125	79	438	4703
Ricoveri per diabete sul totale dei ricoveri	1,3%	1,2%	1,1%	1,3%	1,1%

Fonti: \*registro azienda USL Diabete, 2004 \*\* Dipartimento cure primarie, 2005 \*\*\* Elaborazione di dati estratti dall'archivio regionale delle SDO 2004 (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione) I dati sono stati estratti usando come chiave la diagnosi principale di dimissione (cod. 250)

La mancanza di un analogo registro regionale di patologia ostacola un confronto omogeneo; tuttavia l'esistenza di una buona corrispondenza tra il dato del registro ferrarese e il dato fornito dalle esenzioni ticket (rispettivamente 5,5% contro 5,3%) lascia supporre che quest'ultimo flusso di dati rappresenti abbastanza fedelmente anche la situazione regionale per questa malattia.

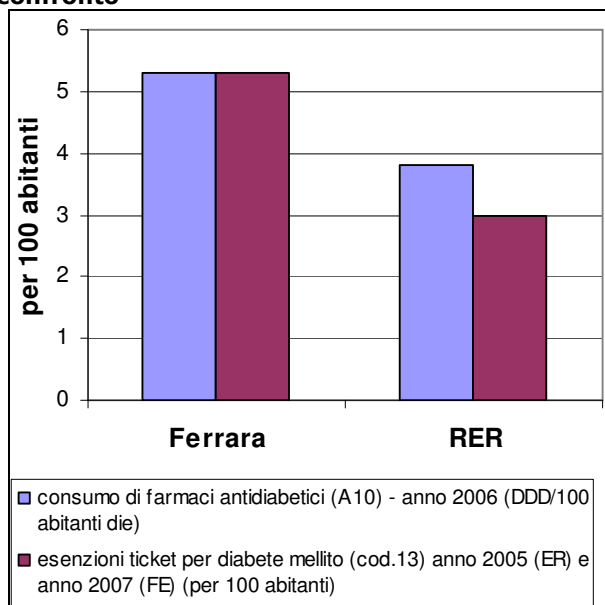
Il grafico pone a confronto la situazione ferrarese con la media regionale rispetto a due indicatori: la proporzione di persone con diabete (desunta dalle esenzioni ticket per l'Emilia Romagna e dal registro per il diabete mellito per Ferrara); il consumo di farmaci antidiabetici (espresso come DDD per 100 residenti).

Si nota una piccola discrepanza fra i due indicatori nei territori a confronto, che altera un rapporto altrimenti lineare.

Si può ipotizzare che la discrepanza sia da attribuire alle diverse performances di controllo terapeutico espresse nei territori confrontati. E ciò in quanto il consumo di farmaci antidiabetici è legato ai modelli assistenziali adottati nei diversi territori (la distribuzione degli antidiabetici

mediante le farmacie convenzionate è solo uno dei tre possibili canali e risulta utilizzato in percentuali diverse nelle diverse aziende sanitarie).

#### Diabete mellito, dati a confronto



In conclusione:

1. l'entità della coorte ferrarese di diabetici non è sovrastimata (concorda con il consumo di antidiabetici, che sono farmaci assai specifici), anzi è in linea con la prevalenza stimata in una recente pubblicazione<sup>7</sup> statunitense (diabete pari al 5,6% della popolazione);
2. l'assistenza fornita ai diabetici ferraresi delinea un profilo di costo più razionale (attraverso la distribuzione diretta, legata anche a una più stretta azione di counselling per il controllo ottimale della glicemia attraverso gli stili di vita);
3. ci si può chiedere se il divario del dato medio regionale rispetto a questa stima non esprima l'effetto di un ritardo nella diagnosi di diabete mellito per una quota della popolazione emiliano – romagnola a rischio<sup>8</sup>.

#### Di quanto si riduce l'evento "malattia", eliminando un fattore di rischio

Questo paragrafo intende illustrare brevemente i benefici conseguibili con interventi di prevenzione verso i fattori di rischio per le malattie croniche, e in particolare cardiovascolari, rivolti a tutta la popolazione.

A livello individuale, ognuno può consultare il proprio medico di medicina generale per una misura del rischio cardiovascolare basata sulle caratteristiche individuali.

#### *La percentuale di casi attribuibili*

Per rispondere alla domanda, solitamente si ricorre alla stima della proporzione (% di casi) di malattia che potrebbero essere evitati in una popolazione se si rimuovesse un determinato fattore di rischio. Per esempio, quale proporzione di infarto del miocardio può essere evitata

<sup>7</sup> American Diabetes Association - Economic costs of diabetes in the U.S. in 2007. *Diabetes Care* 31:596-615, 2008

<sup>8</sup> U.S. Preventive Services Task Force - Screening for Type 2 Diabetes Mellitus in Adults: Recommendations and Rationale. *Ann Intern Med.* 2003;138:212-214.

eliminando da una popolazione il fattore di rischio "inattività fisica"? Abbiamo visto che il 43% dei ferraresi conduce una vita caratterizzata da poca attività fisica (inferiore al limite sufficiente: 30 minuti di moto al giorno per 5 giorni a settimana). Uno studio recente<sup>9</sup> ha misurato un rischio (RR o rischio relativo) pari a 1,22, cioè una persona sedentaria ha il 22% di probabilità in più di ammalare di infarto del miocardio, o altra malattia coronarica, rispetto a una persona che si muove a sufficienza. Mediante opportuni calcoli (determinazione della frazione attribuibile di rischio), si ottiene che, convincendo tutti i ferraresi a fare il livello minimo indicato di attività fisica, si eviterebbe il 9% dei casi di infarto del miocardio.

La tabella riporta le stime della percentuale di casi di infarto del miocardio e di mortalità generale (per tutte le cause) attribuibili ai principali fattori di rischio.

Le percentuali di casi attribuibili sono da valutare con estrema cautela per più motivi; se ne citano due: l'affidabilità della misura del rischio relativo che si utilizza, ma soprattutto il fatto che i valori della tabella qui presentata sono stati stimati considerando isolatamente ciascun singolo fattore di rischio. In questo modo la stima finisce per attribuire a ciascun fattore un peso superiore a quello effettivamente esercitato nella realtà, e non è chiaro quanto sia grande la differenza tra stima e realtà. Malattie e mortalità sono infatti dovuti al contributo (concorrente o cumulativo) di molti fattori diversi, mentre queste stime sono state calcolate come se gli altri fattori non fossero presenti.

**% di casi di infarto del miocardio e di mortalità generale attribuibili a alcuni fattori di rischio per la salute**

Fattori di rischio	% popolazione con fattori di rischio (per 100 abitanti)*	% di infarto miocardico attribuibile (ogni 100 casi di infarto)**	% di mortalità generale attribuibile (ogni 100 morti)***
Fumo di tabacco (fumatori attuali)	22%	30 %	14%
Iperensione arteriosa	25%	23%	n. d.
Diabete mellito	5,5%	15%	n. d.
Nessuna attività fisica	43%	9%	9%
Obesità (IMC > 29)	14%	9%	n. d.
Abuso di alcol (bevitori fuori pasto)	7%	n. d.	2%

n. d. = dato non disponibile

\* dall'indagine "In linea con la salute, 2008". Dati sul diabete:registro di patologia ASL FE

\*\* (ogni 100 malati) stime basate sui rischi relativi pubblicati da Chiuve et al. (1); Yusuf<sup>10</sup> et al.; Teo Koon<sup>11</sup> et al.

\*\*\* (ogni 100 morti) stime basate sui rischi relativi pubblicati da Khaw<sup>12</sup> et al.

Questo lo si vede in particolare quando la somma delle percentuali dei diversi fattori di rischio per una malattia risulta vicina al 100; non è un errore: sulle stesse persone possono agire più fattori di rischio. Inoltre parlare di eventi attribuibili non significa considerarli evitabili, in quanto al loro verificarsi possono concorrere molti fattori di rischio non considerati nella stima.

<sup>9</sup> Chiuve et al. Lifestyle factors and primary prevention of CHD Circulation, 2006;

<sup>10</sup> Yusuf et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study The Lancet 2004; 364:937 [sono stati utilizzati i RR attribuite alla regione West Europe]

<sup>11</sup> Teo Koon et al. Tabacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study Lancet 2006; 368:647

<sup>12</sup> Khaw et al. Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study PLOS Medicine 2008; 5(1): e12

L'utilità di queste percentuali consiste soprattutto nell'assegnare un peso in termini di importanza a ciascun singolo fattore, sebbene la trasferibilità del rischio relativo da uno studio pubblicato a una popolazione locale (diversa da quella studiata) comporti la possibilità di errori anche notevoli.

### *Il numero di casi attribuibili*

Questo indicatore è un po' più preciso del precedente in quanto tiene conto di quante persone ammalano (o muoiono) nella situazione ferrarese.

Inoltre ha il pregio di rendere più comprensibile l'impatto che un fattore di rischio può avere sulla popolazione: viene stimato il numero potenziale di casi di malattia (o di morti) che può essere prevenuto eliminando il fattore di rischio.

La tabella riporta alcune stime del numero di ricoveri e di morti, prevenibili attraverso l'eliminazione di ciascun singolo fattore di rischio nella popolazione, per un periodo ipotizzato di 10 anni.

Va considerato che anche la precisione di questo indicatore è comunque limitata e dunque va utilizzato con cautela. In primo luogo un limite non trascurabile di questo indicatore deriva dall'affidabilità del rischio relativo che si utilizza per il calcolo e dal fatto che si ipotizza che per i prossimi 10 anni la situazione rimanga cristallizzata al 2007, con l'unica eccezione di eliminare il fattore di rischio considerato.

Un secondo elemento che aumenta il margine di errore è dovuto al fatto che i fattori di rischio interagiscono quasi sempre nel dare origine a malattie: sulla stessa persona simultaneamente possono agire anche altri fattori di rischio. Si deve pertanto tener conto del fatto che la quota effettivamente prevenibile è sicuramente inferiore al massimo teorico riportato in tabella.

L'utilità deriva dalla possibilità di avere un'indicazione sui benefici attesi da interventi di prevenzione.

### **Stima del numero di casi prevenibili di ricovero per infarto del miocardio e del numero di morti prevenibili, ogni anno, eliminando un fattore di rischio (calcolati sull'arco di 10 anni)**

<b>Fattori di rischio</b>	<b>Numero di ricoveri per infarto miocardico prevenibile* (per anno)</b>	<b>Numero di morti (per tutte le cause) prevenibile** (per anno)</b>
Fumo di tabacco (fumatori attuali)	220 (198 - 242)	638 (478 - 814)
Iperensione arteriosa	169 (97 - 243)	n.d.
Diabete mellito	112 (58 - 182)	n.d.
Nessuna attività fisica	68 (13 - 125)	412 (229 - 595)
Obesità (IMC>29)	64 (42 - 87)	n.d.
Abuso di alcol (bevitori fuori pasto)	n.d.	238 (65 - 429)

\* riferimento: in provincia di Ferrara si ricoverano per infarto circa 730 persone ogni anno

\*\* riferimento: in provincia di Ferrara muoiono circa 4.500 persone ogni anno

L'esperienza della Finlandia<sup>13</sup> risale a diversi anni fa ma rimane esemplare: un intervento articolato di prevenzione rivolto a tutta la popolazione della regione Carelia ottenne nei primi 5 anni una riduzione del 15% della mortalità per infarto del miocardio, mentre nel resto della Finlandia la riduzione era del 5%.

<sup>13</sup> Puska P, et al. Changes in premature deaths in Finland: successful long-term prevention of cardiovascular diseases. *Bull World Health Organ* 1998; 76: 419-25.

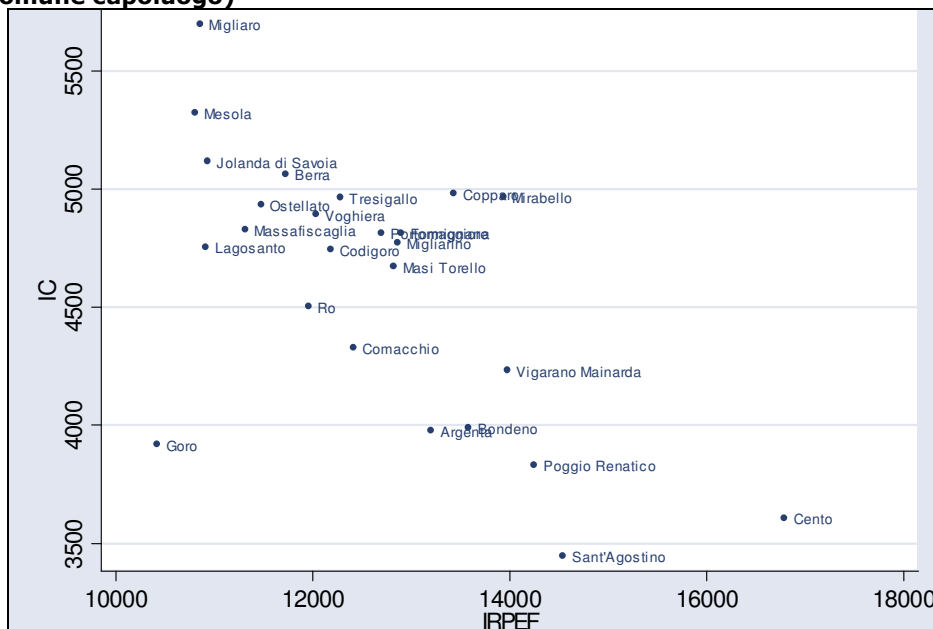


L'intervento articolato previsto dal progetto sull'attività fisica dell'Azienda USL di Ferrara si propone di incidere sensibilmente sulla percentuale di popolazione che vince la sedentarietà con ricadute importanti in termini di salute guadagnata dagli individui e di malattie guarite (per i malati) o malattie prevenute (per i sani).

### Quanto incide sulla spesa sanitaria la differenza di reddito

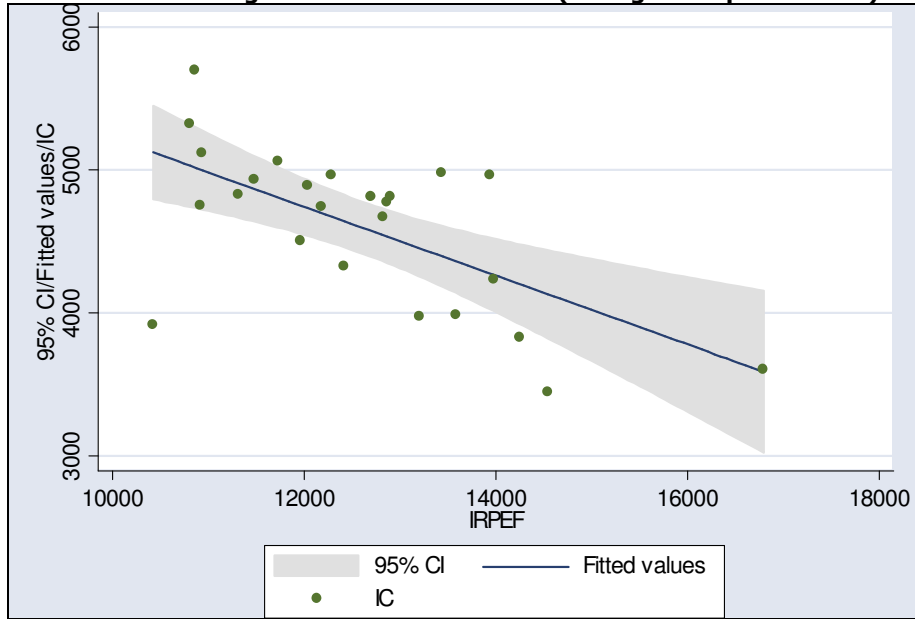
È nota dalla letteratura l'esistenza di una relazione diretta, a livello di piccole aggregazioni territoriali (come i comuni), tra condizioni socio-economiche e consumo delle prestazioni sanitarie. In generale, al crescere del livello sociale (espresso, quale indicatore *proxy*, ad esempio dal reddito imponibile pro capite) tende a diminuire nettamente il consumo di prestazioni sanitarie, e di conseguenza la spesa sanitaria complessiva. Quale indicatore dei consumi sanitari, abbiamo utilizzato il cosiddetto *Indice di consumo complessivo delle prestazioni specialistiche*, che conta quante prestazioni specialistiche sono state effettuate, nel corso di un anno, per mille residenti (al netto del laboratorio e del pronto soccorso). Nel nostro caso l'indice è relativo al 2006. Il reddito imponibile pro capite fa invece riferimento all'ultimo dato reso disponibile dal Ministero dell'Economia a livello comunale, quello relativo alle dichiarazioni dei redditi 2004. Dai calcoli è stato escluso il comune di Ferrara, le cui dimensioni demografiche non consentono l'accostamento con i rimanenti comuni della provincia.

### Relazione tra reddito imponibile IRPEF pro capite (espresso in Euro, 2004) e indice di consumo di prestazioni specialistiche (X 1000 residenti, 2006), nei comuni della provincia di Ferrara (escluso comune capoluogo)



Come è facile notare osservando il grafico, la relazione negativa tra i due fenomeni è evidente. Per fare alcuni esempi, tra loro contrapposti: il comune di Cento ha il reddito pro capite più elevato e un bassissimo IC mentre, all'opposto, il comune di Migliaro presenta un bassissimo reddito e il valore più alto in assoluto dell'IC. A seguito di questa prima analisi empirica, abbiamo cercato di adattare una retta di regressione lineare ai dati.

**Adattamento di una retta di regressione lineare ai dati (vedi grafico precedente)**



Come appare evidente anche dal grafico la relazione lineare esistente tra i due fenomeni è piuttosto forte<sup>14</sup>.

Allo stesso modo si è trovata una corrispondenza tra basso livello di istruzione e consumi sanitari.

<sup>14</sup> I dati presentano un discreto adattamento al modello lineare ( $R^2 = 0,40$  Il coefficiente di regressione lineare è pari a  $-0,241$ , mentre il coefficiente di correlazione tra i due fenomeni è pari a  $-0,63$  (statisticamente significativo).