
Salute e società in provincia di Ferrara

Profilo di salute multiscopo



Ottobre 2005

Salute e società in provincia di Ferrara

profilo di salute multiscopo

A cura di:

Aldo De Togni
Paolo Pasetti
(Dipartimento Sanità Pubblica Azienda USL di Ferrara)

Hanno collaborato alla realizzazione:

Monica Faustini
Maria Rita Alfia Privitera
(Dipartimento Sanità Pubblica Azienda USL di Ferrara)

Un ringraziamento per la collaborazione ed i suggerimenti:

Maria Caterina Sateriale
Fulvia Signani
(Piani per la Salute Azienda USL di Ferrara)

Copia della pubblicazione può essere chiesta a:

Monica Faustini
Tel. 0532-250921
e-mail: m.faustini@ausl.fe.it

Stato di salute e fattori di rischio - alcuni dati in estrema sintesi

OCSE (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico) confronta lo stato di salute dei vari Paesi utilizzando quattro indicatori principali. Si riporta la situazione di Ferrara rispetto ai quattro indicatori guida.

La maggior parte dei Paesi ad alto reddito ha visto crescere di molto la **speranza di vita** dei propri cittadini negli ultimi 40 anni.

Nel 2003, Ferrara ha raggiunto una speranza di vita di 80 anni (valore stimato) alla pari con l'Italia (79,9 anni).

Il **tasso di mortalità infantile** in Italia è diminuito moltissimo negli ultimi decenni.

Ferrara ha avuto un tasso pari a 3,6 per mille come valore medio del periodo 2000-2003, mentre il valore italiano è stato pari a 4,3 per mille. Nel 2004 a Ferrara la mortalità infantile è risalita a 4,86 per mille; manca il valore nazionale di confronto per il 2004.

La proporzione di **fumatori** si è ridotta negli ultimi due decenni.

Attualmente Ferrara presenta il 24,7% di fumatori. In Italia nel 2003 la prevalenza è stata stimata al 24,2%.

La proporzione di **persone obese** è in aumento nei paesi ad alto reddito.

Attualmente Ferrara presenta una prevalenza di obesità pari al 12,6%. In Italia nel 2002 l'obesità è stata stimata attorno all'8,5%.

Indice

Presentazione	4
Premessa	6
1. Il profilo di salute multiscopo: uno strumento per i Piani	8
2. Scelte metodologiche	9
3. Dati di sfondo sulla provincia di Ferrara	10
3.1 La popolazione: quanti siamo e con quali caratteristiche	10
3.2 Capitale sociale	17
3.3 Stato di salute e qualità di vita collegata alla salute.....	18
4. Temi di Ferrara in Piano 2003-5	23
4.1 Anziani.....	23
4.2 Salute mentale.....	32
4.3 Famiglie e minori	34
4.4 Tumore del polmone.....	39
4.5 Incidenti stradali.....	43
5. Problemi di salute da sottoporre a valutazione di priorità	47
5.1 Malattie del sistema circolatorio e stili di vita	47
5.2 Attività fisica.....	59
5.3 Alimentazione: quali sono le nostre abitudini alimentari?	61
5.4 Stili di vita dei giovani, consumo di alcol, dipendenze	62
5.5 Salute degli immigrati stranieri.....	65
5.6 Le “nuove povertà”	68
5.7 Malattie trasmesse sessualmente	75
5.8 La depressione e la depressione femminile.....	78
6. Esistono altri problemi di salute che possono essere valutati importanti per dimensione o per gravità?	80
6.1 Un’occhiata alla cartella clinica dei ferraresi	80
6.2 Disabilità	83
6.3 Tumori e screening	85
6.5 Malattie respiratorie	90
6.6 Incidenti domestici	93
Avvertenze e cautele nella lettura dei dati	95

Presentazione

Il profilo dello stato di salute della popolazione ferrarese rappresenta uno strumento di estremo interesse per le Istituzioni della provincia di Ferrara.

E' significativo il titolo dell'indagine: "salute e società in provincia di Ferrara", condotta dai professionisti del Dipartimento di Sanità Pubblica della Azienda USL in stretta collaborazione con i responsabili del Piano per la Salute, che indica lo stato di benessere dei cittadini, reale e percepito, come sintesi di condizioni economiche, culturali, ambientali, sociali, ma anche di stili di vita e di abitudini individuali e collettive.

In quest'ottica, l'indagine diventa uno strumento significativo di conoscenza a supporto del ruolo di indirizzo e di governo che le Istituzioni sono chiamate a svolgere nella pianificazione sociale e sanitaria dei propri territori.

L'indagine è altresì uno strumento che sostiene la costruzione di una rete di alleanze istituzionali, sociali e professionali su un'idea di salute globale, che chiama in causa la integrazione delle strategie di intervento sui bisogni prioritari, ma anche il ruolo attivo che i cittadini possono svolgere nel mantenere e migliorare lo stato di benessere proprio e della comunità a cui appartengono.

È significativo che, nella descrizione delle caratteristiche della popolazione ferrarese, vi sia un capitolo dedicato all'analisi del capitale sociale, a sottolineare l'importanza dell'associazionismo e del volontariato, delle reti di vicinato, delle varie forme di mutuo aiuto, nella qualificazione delle relazioni sociali e nel sostegno ai bisogni delle persone. In un clima generale, purtroppo, di individualismo crescente e di crisi della solidarietà, sottolineare il ruolo del capitale sociale nella tutela del benessere collettivo è un indicatore di estrema importanza.

Tutta l'indagine, sia negli aspetti descrittivi che nella consegna delle priorità su cui lavorare, è caratterizzata da una forte integrazione sociale e sanitaria, particolarmente evidente nella analisi dei temi di lavoro del Piano per la Salute "Ferrara in Piano". Le priorità del Piano per la Salute, confermate dall'indagine, sono incentrate sul sostegno alla cura per anziani disabili, per persone affette da malattie mentali, sul sostegno alle famiglie nella cura dei figli, sulla prevenzione dei tumori al polmone e sulla prevenzione degli incidenti stradali. Bisogni estesi tra la popolazione per rispondere ai quali è essenziale il lavoro integrato tra Istituzioni, Aziende Sanitarie, Terzo Settore. L'indagine sullo stato di salute della popolazione ferrarese aiuta ad aumentare la competenza nelle pianificazioni sociali e sanitarie, ma anche ad orientare le politiche generali dei territori rispetto agli aspetti più critici e alle risorse messe in campo dai propri cittadini.

Il profilo di salute, anche per i problemi che consegna alla riflessione, è uno strumento di lavoro per le Istituzioni presenti nella Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, per tutti gli attori sociali presenti e vitali nelle nostre comunità e per gli operatori interessati ad accrescere l'efficacia e la qualità dei servizi, il loro accesso e la fruibilità da parte della popolazione.

Questo prezioso documento consegna alla responsabilità istituzionale, professionale e sociale, le conoscenze per investire nella salute e nel benessere dei cittadini, quali condizioni e risorse primarie per lo sviluppo dei territori.

Ringrazio gli autori e tutti i collaboratori che hanno impegnato la propria professionalità per accrescere nuove conoscenze sulla popolazione ferrarese.

Il Presidente della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria
Cav.Uff. Pier Giorgio Dall'Acqua

Premessa

Questa pubblicazione rappresenta l'evoluzione logica di un percorso di ricerca avviato già nel 1998 dal Dipartimento di Sanità Pubblica – Area di Epidemiologia – e che ha prodotto due relazioni epidemiologiche. Un'approfondita analisi sulle condizioni di salute della comunità ferrarese ha consentito di redigere nel 2000 il primo “Profilo di salute della popolazione della provincia di Ferrara”. La lettura successiva del profilo, disaggregata per singolo comune, ha permesso di mettere in luce alcuni fattori di rischio e situazioni di criticità anche in riferimento alle specifiche aree geografiche.

Nel 2001 il profilo di salute è stato oggetto di implementazione proponendo la descrizione dello stato e dei bisogni di salute della popolazione orientata agli obiettivi di salute derivati dal Piano Sanitario Regionale ed un riassunto degli indicatori disponibili – geografici, socio-demografici, mobilità sanitaria, mortalità e morbosità – per i Distretti aziendali e per l'intera provincia .

Nell'attuale ricerca sono contenuti elementi, dati, valutazioni e prospettive sullo stato di salute della popolazione costituenti un ulteriore segmento del processo dinamico e di integrazione con il contesto socio-ambientale che inevitabilmente devono caratterizzare un profilo di salute.

Lo studio delle condizioni di salute di una comunità infatti difficilmente può essere esauriente se non pone come premessa basilare la stretta ed inscindibile connessione esistente fra fattori socio-ambientali, condizioni economiche, caratteristiche strutturali della popolazione ed il risultato di salute derivante dalla loro interazione.

Questi presupposti trovano riscontro nella nostra provincia. Infatti alcuni risultati del lavoro “Salute e società in provincia di Ferrara” evidenziano la correlazione fra i fenomeni essenziali della salute descritti, la struttura della popolazione ed i contesti socio-economici che influenzano gli stili e le condizioni di vita. Appare quindi evidente la necessità di orientare sempre più le politiche territoriali per la salute verso ambiti caratterizzati da una marcata integrazione fra i diversi livelli di programmazione, fino a sviluppare spazi di progettazione a forte valenza intersettoriale ed interistituzionale.

La ricerca di strategie coerenti ed efficaci, volte a contrastare l'insorgenza delle malattie, a ridurre l'intensità e a modificarne gli esiti, deve essere tesa a considerare la centralità dell'individuo ed a porre sempre maggior attenzione all'impatto che l'ambiente fisico, culturale e sociale ha sulla salute sia individuale che collettiva.

Tuttavia va sottolineato che il risultato atteso da questo modello di intervento che riconosce e assegna alla persona e alla comunità un ruolo centrale, è strettamente legato all'attivazione di processi di coinvolgimento e partecipazione dei cittadini alle fasi di individuazione dei bisogni e delle criticità, alla programmazione degli interventi e alla valutazione dei risultati.

La legge regionale n. 29/2004, oltre a contemplare fra i valori fondanti la partecipazione dei cittadini, individua la responsabilità pubblica nel governo del diritto alla salute per le persone e le

comunità, attribuendo agli Enti Locali un ruolo determinante di “titolarità” della programmazione e della verifica degli esiti di salute.

Le indicazioni conclusive del profilo sostengono l’opportunità di affrontare le criticità e i bisogni di salute della popolazione ferrarese secondo l’approccio metodologico sopra delineato. I presupposti vincolanti e i risultati attesi saranno osservati se, fra tutti gli attori istituzionali e sociali, si potenzieranno processi di riprogettazione e coordinamento guidati da una visione di governo che integri, da un lato, le politiche sociali, sanitarie e territoriali e, dall’altro lato, sostenga la “presa in carico” della persona e stimoli percorsi tali da permettere all’individuo e alla comunità di sviluppare il potenziale della salute.

Lo studio riepilogato in questa pubblicazione, per le peculiarità dinamiche ed evolutive proprie del profilo, costituisce altresì un valido supporto per innescare l’attivazione di strumenti specifici, sia di approfondimento che di intervento, tali da affrontare le problematiche emergenti – rischio cardiovascolare, obesità, diagnosi precoce dei tumori, nuove povertà, immigrazione –, tuttora aperte e che richiederanno un forte impegno e cambiamenti significativi nell’attuale programmazione.

Orazio Buriani
Direttore Dipartimento Sanità Pubblica

1. Il profilo di salute multiscope: uno strumento per i Piani

Ferrara in Piano nasce nel 2002, frutto di un anno di indagini e del contributo del Forum e dei Gruppi di Progetto. Si concretizza in una progettazione triennale che identifica cinque "priorità di salute", trasversali ai target di popolazione, che vogliono orientare le scelte delle politiche e dei servizi.

A distanza di tre anni di attività, è legittimo porsi le seguenti domande:

- quanto sono ancora attuali le priorità individuate?
- quali nuove criticità hanno determinato i cambiamenti demografici, culturali, sociali degli ultimi anni?
- quali strumenti di indagine sono più idonei per misurarle?

Ci sono diversi modi per rispondere al bisogno di informazioni utili per i decisori, che orientino nella individuazione delle politiche, delle strategie, per promuovere salute, benessere e sviluppo sociale.

Il profilo di salute della popolazione della provincia, è uno strumento tecnico, indispensabile nel fornire elementi oggettivi, utili nella fase diagnostica sui bisogni di salute, e nell'orientare in modo coerente la pianificazione delle azioni di contrasto alle problematiche presenti sul territorio provinciale o su aree geografiche più circoscritte (distretti)

Oggi, sempre più è difficile orientarsi nella complessità e diversificazione dei bisogni, nel sistema di determinanti di salute-benessere in dinamico e precario equilibrio, per cui un unico strumento di osservazione non è in grado di rappresentare tutte le facce della realtà.

I brain-storming attivati nei Comitati di Distretto, nei Gruppi di Monitoraggio, e nel Nucleo Competente, hanno consentito di fare emergere le riflessioni sulla validità delle scelte precedenti e sui nuovi bisogni. Questo contributo ha orientato tutte le indagini che si sono in seguito sviluppate (cfr capitoli 4 e 5 del Profilo).

L'attenzione alla complessità ha indotto a disegnare un'analisi che affianca e integra strumenti di tipo formale e informale, tra loro complementari.

Il risultato che ci si propone è di fornire elementi che orientino nella lettura dei bisogni, fruibili per tutti i livelli decisionali e di programmazione, per consentire una maggiore trasparenza ed efficienza, un miglioramento nella comunicazione tra diversi soggetti istituzionali o non del territorio.

Strumenti di indagine

- **Profilo di salute multiscope**

dati sociali e sanitari, della provincia e dei Distretti, confrontati con RER

- **In linea con la salute**

interviste ad un campione della popolazione della provincia, stratificato per sesso, età e area geografica, sugli stili di vita più a rischio.

- **Indagine on-line**

Presentazione del progetto per il nuovo triennio ed invito a rispondere attraverso un questionari on-line a tutte le persone che hanno collaborato o mostrato interesse per il Piano per la salute, sulla attualità delle scelte già effettuate e sulla possibile individuazione di altre priorità

- **Spazio Itinerante**

interviste ai cittadini sulle principali piazze della provincia, in occasione di eventi, mercati, aggregazioni, in merito ai principali bisogni di salute.

- **Intervista ad interlocutori privilegiati**

interviste strutturate a persone che, per il loro ruolo e la loro esperienza, si identificano come punti di osservazione strategici, sulla attualità delle scelte già effettuate e sulla possibile individuazione di altre priorità.

M.C. Sateriale

2. Scelte metodologiche

E' ormai accettato dalla comunità scientifica che lo stato di salute di una popolazione rappresenta il risultato di una relazione di tipo ecologico con tutte le altre realtà ambientali naturali determinate dall'uomo.

Una conseguenza di questo processo a cascata è l'impossibilità di suddividere in modo netto i problemi di salute operando suddivisioni sulla base di singole malattie o fattori di rischio. Per esempio, le persone con un importante problema di salute sono esposte a ulteriori rischi di svilupparne altri ancora. E ancora, minore è l'età nella quale si contrae una malattia, maggiore è la possibilità che lo stato di salute peggiori nel tempo.

Per queste ragioni la descrizione dello stato di salute di una popolazione, operazione sempre difficile in termini quantitativi, trae vantaggio da un approccio che consideri insieme i vari aspetti sociali e sanitari.

Il profilo qui proposto ha seguito questo approccio e propone dunque un'analisi critica ad ampio raggio dello stato di salute dei ferraresi con una visione allargata al contesto sociale. Lo scopo è fornire uno strumento per l'approfondimento della ricerca sui bisogni della collettività ferrarese.

Gli indicatori utilizzati nel profilo sono, ove possibile, armonizzati da un punto di vista concettuale e metodologico con le indicazioni dell'ECHI¹. E' chiaro che gli indicatori descritti nel profilo non esauriscono la descrizione del ferrarese, sia per la complessità propria di ogni realtà sia per la mancanza di altri punti di vista. E' utile unire più punti di vista sia per completare la mappa delle informazioni esistenti sia per conoscere le potenzialità esistenti per le azioni di contrasto.

Questo lavoro rimane affidato alla programmazione territoriale ai vari livelli.

¹ Sicard F. Strategy on European Community health indicators - luglio 2004. consultabile in: www.europa.eu.int

3. Dati di sfondo sulla provincia di Ferrara

3.1 La popolazione: quanti siamo e con quali caratteristiche

La popolazione residente in provincia di Ferrara al 31 dicembre 2004 assomma a 349.777 persone. La tabella riporta i principali indicatori sul popolamento della provincia di Ferrara, aggiornati al 2004.

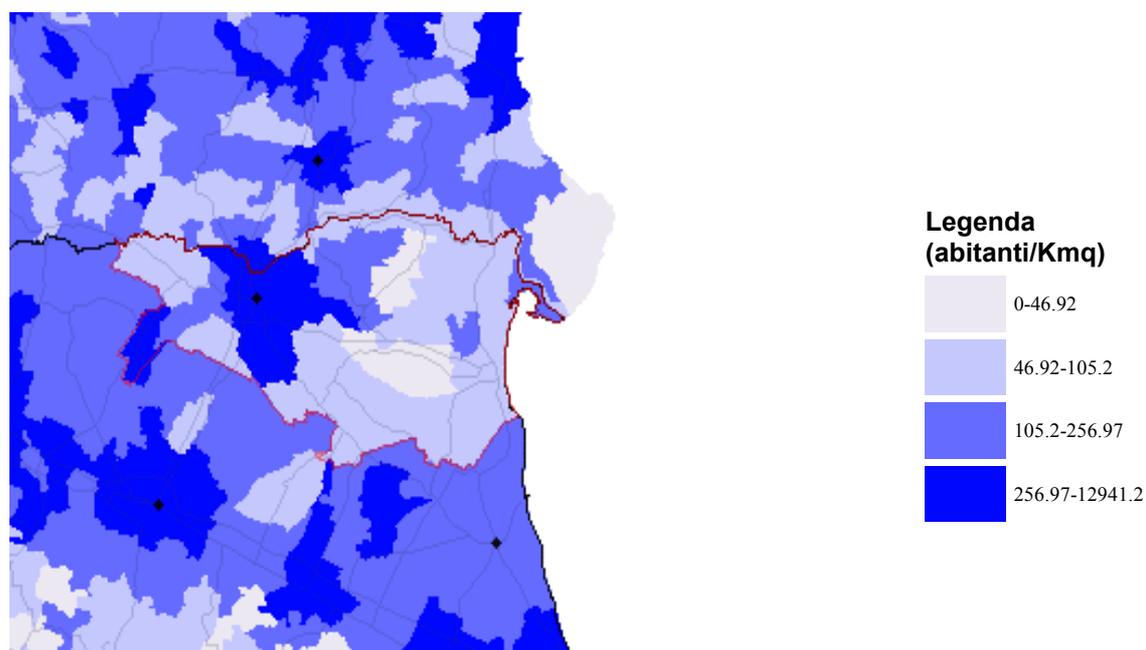
Tabella 1 - popolamento della provincia di Ferrara

	Distretto Centro-Nord	% su ASL	Distretto Sud-Est	% su ASL	Distretto Ovest	% su ASL	Azienda USL	% su regione	Emilia Romagna
abitanti	176.307	50,4	101.868	29,1	71.602	20,5	349.777	8,5	4.101.324
Superficie (kmq)	887	33,7	1330	50,6	413	15,7	2630	11,9	22.123
Densità (abitanti/kmq)	198,8	-	76,6	-	173,4	-	133	-	185,4

Fonte: dati reperiti dal sito www.regione.emilia-romagna.it [statistica self service]

La provincia di Ferrara è caratterizzata da un popolamento disperso con pochi insediamenti urbani a forte concentrazione di popolazione. Solo quattro Comuni hanno una popolazione superiore a 20.000 abitanti (Ferrara, Cento, Comacchio ed Argenta) e raccolgono il 41% degli abitanti della provincia. La figura consente di cogliere la diversa distribuzione della popolazione sul territorio, rispetto alle province vicine.

Figura 1 – densità di popolazione



Fonte: ISTAT

La distanza notevole fra i quattro centri e la carenza di infrastrutture rendono difficili i collegamenti. La situazione della rete stradale è critica: l'indice di dotazione stradale colloca la nostra provincia al terz'ultimo posto del Nord-Est e i lavori di potenziamento della rete si fermano (dati 2004²) a 65 contro una media regionale di 121,8 (a fronte di un valore nazionale di riferimento posto pari a 100).

² fonte: CCIAA – Rapporto Ferrara 2005 – Terza giornata dell'economia. 9 maggio 2005

Tabella 2 - situazione territoriale provinciale

	Azienda USL	Emilia Romagna
% popolazione residente nei Comuni con popolazione > 20.000 ab.	41%	45%
% popolazione residente nel capoluogo di provincia	38%	36%
Densità edilizia (n. edifici/kmq) – dati censimento 2001	32	38
% di popolazione residente in Comuni con disagio insediativo (2002) (tra parentesi il n. di comuni)	3,8% (3)	2,3% (50)
Indice di dotazione infrastrutturale (2000)*	70,5	113,3

Fonti: ISTAT - censimento 2001; *Atlante della competitività delle province italiane (Unioncamere e Istituto G. Tagliacarne)

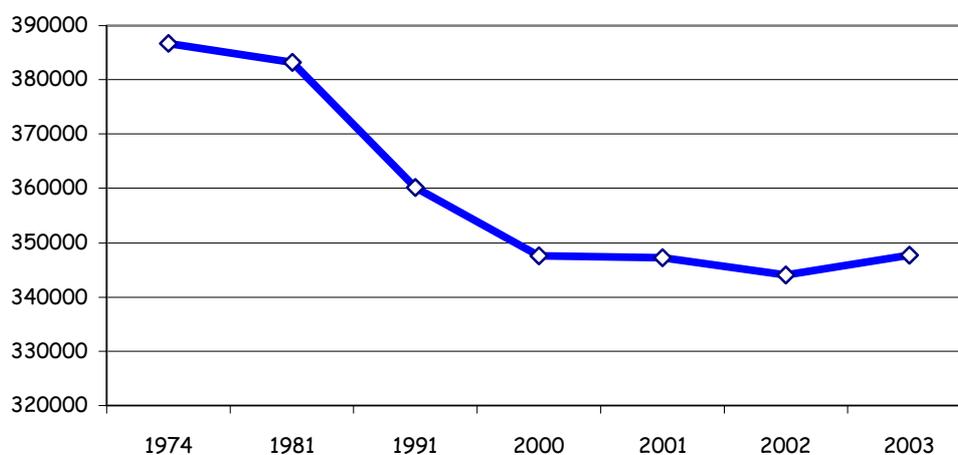
La scarsità di collegamenti stradali, di linee ferroviarie e di trasporto pubblico rispetto alla dispersione della popolazione sul territorio limita un'equa accessibilità alle strutture sanitarie con riflessi sulla qualità di vita delle persone, sull'appropriatezza dell'assistenza da loro ricevuta e sul grado di performance complessiva del sistema sanitario costretto a erogare prestazioni in aree periferiche, con bassi volumi produttivi.

L'abitazione è uno dei bisogni primari: dal censimento del 2001 si rileva una densità di 32 edifici per kmq contro una media regionale di 38. Solo tre Comuni secondo il Censimento rientrano però in quelli classificabili ad alto disagio abitativo (3,8% della popolazione contro una media regionale di 2,3%).

La variazione intercensuaria 1991-2001 nel numero delle abitazioni evidenzia una scarsa attività edilizia complessiva nell'arco del decennio trascorso: solo +6% di incremento nel numero di edifici contro una media regionale dell'11%.

Com'è variata la popolazione negli ultimi 25 anni

popolazione residente a fine anno



Fonte: elaborazione di dati reperiti dal sito www.regione.emilia-romagna.it [statistica self service]

La popolazione ferrarese ha registrato fin dagli anni '80 una serie importante di cambiamenti, che proseguono tuttora e determinano non solo una progressiva diminuzione della numerosità della popolazione ma anche trasformazioni rilevanti nella sua composizione con importanti conseguenze in termini sociali e assistenziali.

Si possono indicare schematicamente alcuni elementi di rilievo:

1. si mantengono basse la fecondità e la natalità (=non c'è più crescita endogena), pur con un lieve accenno di ripresa (di gran lunga inferiore a quanto si osserva nel resto della regione);
2. diminuiscono le donne in età feconda;
3. la mortalità sta discendendo;
4. aumenta l'età media della popolazione in età lavorativa (=invecchia);
5. aumenta la popolazione in età post-lavorativa;
6. aumentano gli anziani e in particolare aumentano le famiglie composte da anziani senza figli (con la necessità di aiuto esterno quando compaiano problemi di autonomia);

7. aumenta il numero delle famiglie (=aumenta il numero di famiglie problematiche "con scarsa capacità di prendersi cura dei propri membri": unipersonali composte da un anziano solo; monogenitoriali; coppie senza figli);
8. aumenta la popolazione immigrata, proveniente in parte dal Mezzogiorno ed in parte maggiore dall'estero.

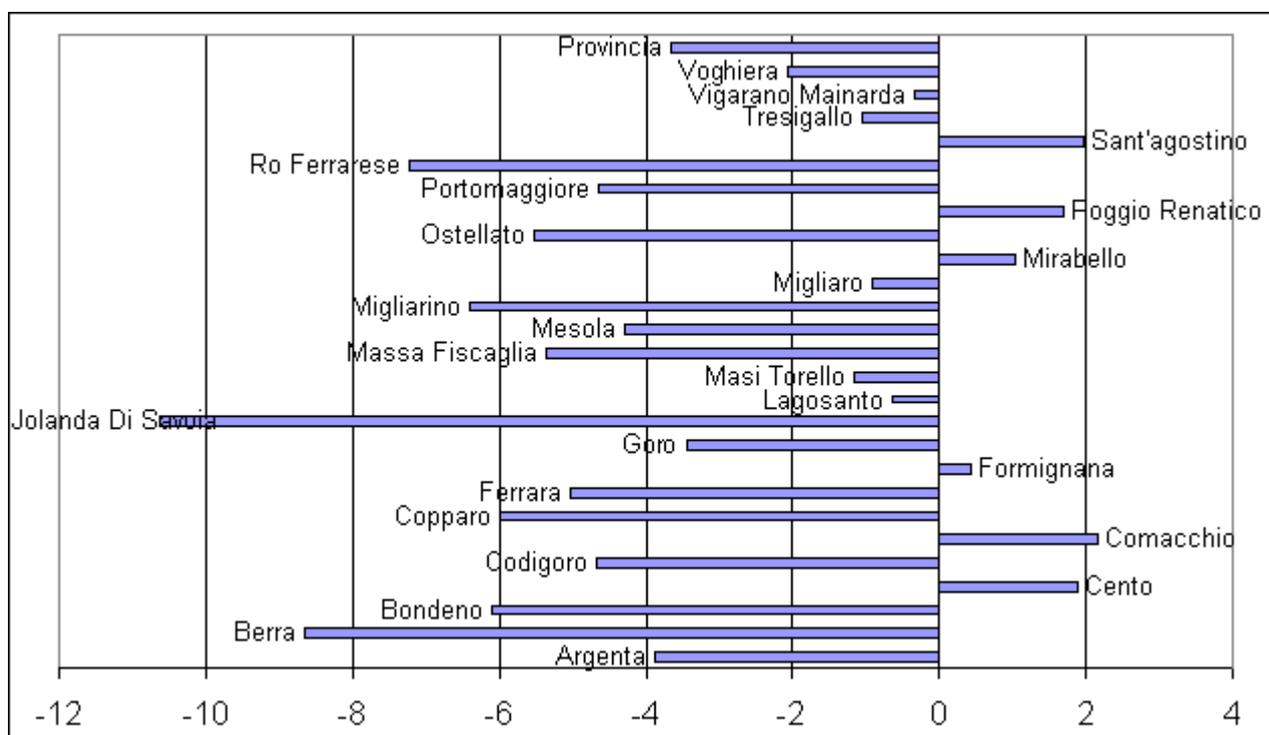
▣ diminuzione della popolazione

Nel corso degli ultimi 25 anni (dal 1981 al 2004), la popolazione ferrarese è diminuita di 33.000 unità circa (pari all'8%), con una variazione media annua a saldo negativo (-0,37%).

La variazione demografica segue però andamenti differenziati nei 26 comuni della provincia, come illustra la tabella successiva. I dati sono calcolati sui dati del 2004 rispetto al censimento 1981.

L'alto ferrarese presenta una dinamica demografica in crescita: Cento, Sant'Agostino, Mirabello e Poggio Renatico mostrano una variazione positiva. Solo altri due comuni mostrano un segno positivo: Comacchio e Formignana.

Figura 3 - variazione media annua totale (per mille) della popolazione residente 1981-2004 nei 26 comuni ferraresi



Fonte: elaborazione di dati reperiti dal sito www.regione.emilia-romagna.it [statistica self service]

▣ persistenza di una bassa natalità, seppure in lieve crescita nell'ultimo periodo

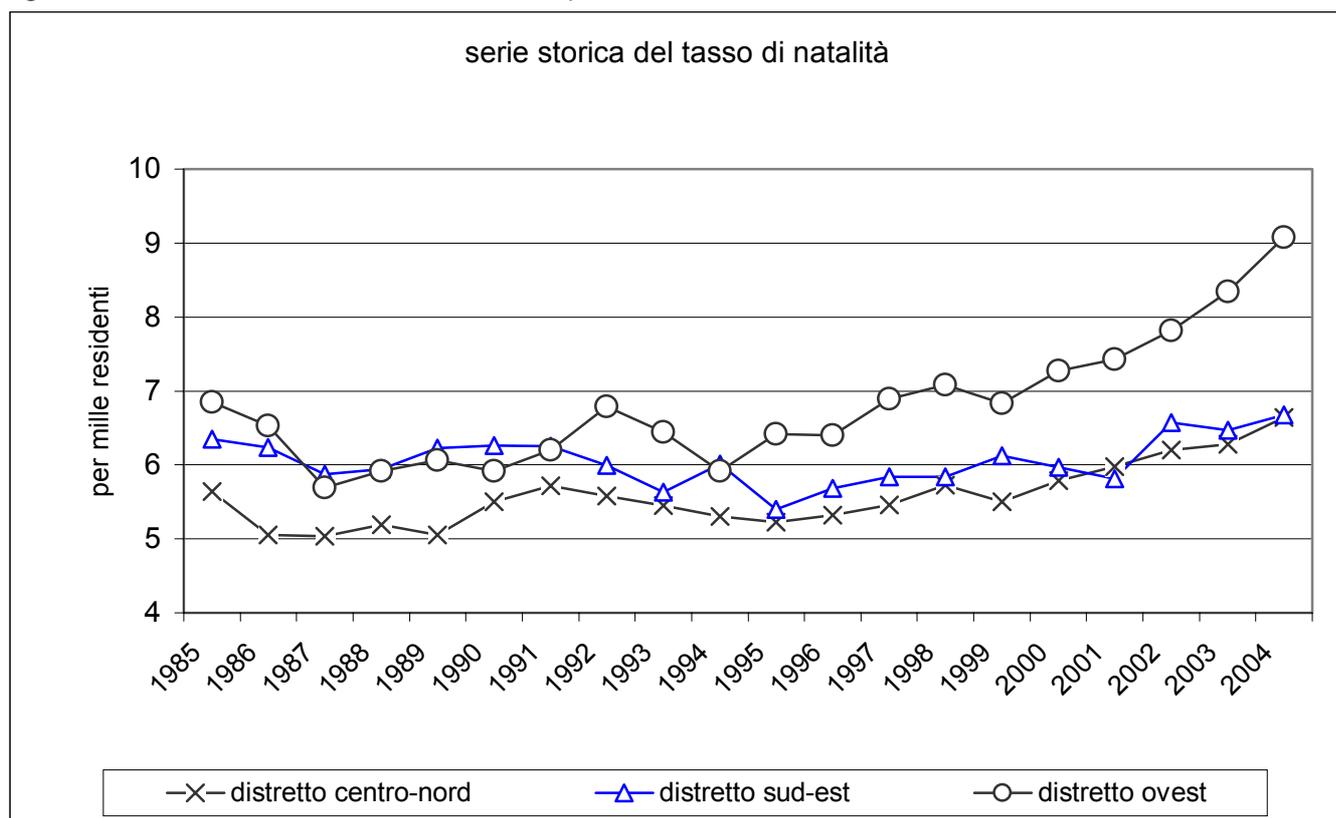
Il progressivo calo demografico provinciale è riconducibile soprattutto a un saldo naturale (differenza tra nati e morti) fortemente negativo (-2.200 persone/anno pari ad 1/4 dell'intero deficit del saldo naturale regionale).

A Ferrara si è registrato nel 2004 un tasso di natalità pari al 7,15 per mille, con un indice di fecondità pari a 1,05 (le donne in età feconda sono il 42% delle donne) contro valori regionali di natalità dell'8,9 per mille e di indice di fecondità pari a 1,24 (donne in età feconda: 44%).

Il grafico (figura 4) riporta le serie storiche del tasso di natalità nei tre distretti sanitari, contraddistinte da tre andamenti diversi nell'ultimo periodo.

All'interno del territorio provinciale si accentuano comportamenti riproduttivi molto diversificati (per esempio, nel Centese la fecondità si avvicina ai valori registrati nel Bolognese), con la conseguente necessità di adottare politiche assistenziali adatte a bisogni estremamente diversi.

Figura 4 – andamento del tasso di natalità, per distretto sanitario



Fonte: dati reperiti dal sito www.regione.emilia-romagna.it [statistica self service]

Tabella 3 – la natalità del ferrarese

	Distretto Centro-Nord	Distretto Sud-Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia Romagna
Tasso grezzo di Natalità 2004	6,64	6,68	9,08	7,15	8,8
Tasso di fecondità 2003 (numero medio di figli per donna in età feconda)	n.d.	n.d.	n.d.	1,05	1,24
Quoziente di fecondità ³					

Fonti: dati reperiti dal sito www.regione.emilia-romagna.it [statistica self service] * Emilia Romagna Le previsioni demografiche - documento online

■ aumento dell'età media

La diminuzione della natalità e l'aumento della sopravvivenza degli anziani hanno determinato una radicale modifica della struttura della popolazione con un aumento dell'età media in tutti i contingenti di popolazione ed un conseguente invecchiamento generale, che solo ora mostra qualche piccolo segno di inversione di tendenza. Ferrara si ritrova con una popolazione mediamente più vecchia sia per quanto riguarda la popolazione in età lavorativa che post-lavorativa.

La popolazione della provincia appare accentuatamente anziana con una percentuale di over 65 decisamente elevata (25%), e di under 15 (appena il 10%) che è la più modesta Paese.

³ Tasso o quoziente di fecondità = Rapporto fra il numero dei nati vivi e la popolazione femminile in età feconda (15-49 anni). Indica la tendenza alla riproduzione di una certa generazione. Dovrebbe essere lievemente superiore a 2.

Tabella 4 - Suddivisione della popolazione per grandi classi di età (lavorativa e non)

	Distretto Centro-Nord		Distretto Sud-Est		Distretto Ovest		Azienda USL		Emilia Romagna
	(n.)	%	(n.)	%	(n.)	%	(n.)	%	%
Età media	48,1	-	46,9	-	45,4	-	47,2	-	45
giovani (0-14)	16.288	9,2	9.857	9,7	8.147	11,4	34.292	9,8	12,3
Adulti (15-64)	113.400	64,3	66.649	65,4	47.014	65,6	227.053	64,9	65,1
Anziani (65 e più)	46.619	26,4	25.362	24,9	16.641	23	88.422	25,7	22,6
di cui grandi anziani (75 e più)	22.567	12,8	11.409	11,5	8234	11,2	42.323	12,1	11,1

Fonte: dati reperiti dal sito www.regione.emilia-romagna.it [statistica self service]

E' in aumento il numero dei grandi anziani, ossia con età superiore a 75 anni. Come noto, è a partire da questa età che inizia ad aumentare progressivamente il numero di persone che presentano un aggravamento delle patologie croniche o invalidanti ed una conseguente progressivamente maggiore limitazione di autonomia e necessità di assistenza.

L'età media misura il grado di invecchiamento della popolazione: già a questo livello si coglie una diversità demografica tra i tre distretti con l'area centese con valori vicini alla media regionale.

■ struttura per età della popolazione: la piramide dell'età

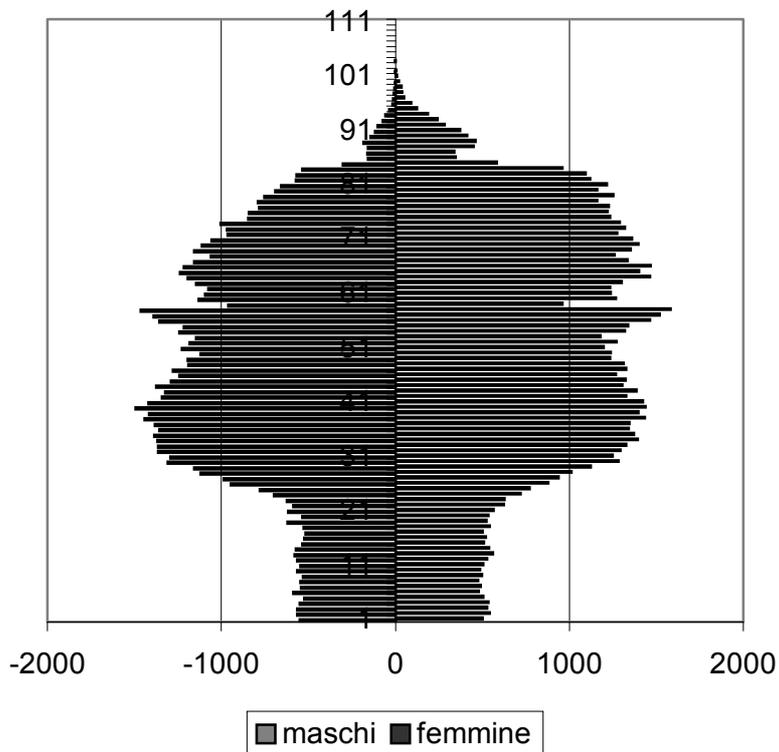
La piramide delle età rappresenta graficamente la struttura per età e sesso della popolazione, mediante istogrammi orizzontali.

Le tre piramidi riportate nella pagina seguente descrivono la struttura della popolazione dei tre distretti. Le dimensioni delle tre piramidi sono proporzionali al numero di abitanti: ogni singolo rettangolo rappresenta un singolo anno di età ed è disegnato con una lunghezza proporzionale al numero di abitanti con uguale età.

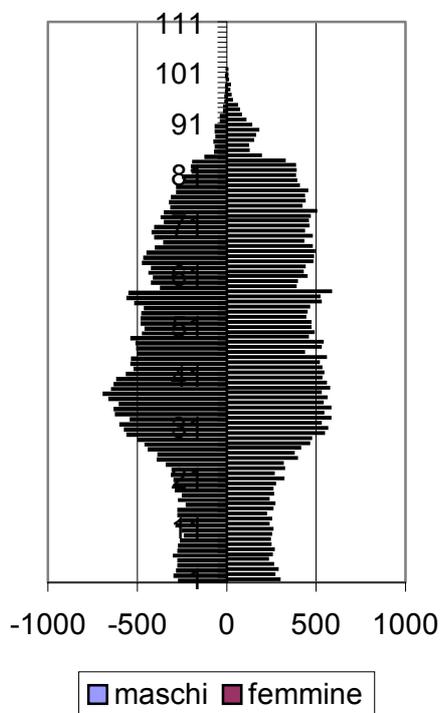
La dimensione delle piramidi è proporzionale alla dimensione complessiva della popolazione: è così possibile un apprezzamento delle peculiarità di ciascun distretto e delle somiglianze. L'osservazione della forma delle tre piramidi consente di cogliere alcuni dei fenomeni descritti nei precedenti paragrafi.

- 1) la forma delle tre piramidi è abbastanza simile, ossia le tre popolazioni hanno identica struttura, ovviamente le differenzia la numerosità (espressa dalla lunghezza dei singoli rettangoli);
- 2) in tutti i distretti la numerosità della componente femminile, rappresentata nella metà destra di ciascuna piramide, aumenta, rispetto ai maschi, con l'età fino a raggiungere valori massimi nell'età anziana;
- 3) la base è più stretta del tronco: in tutti i distretti le nascite sono insufficienti a sostituire le classi che le precedono, quindi sono poco rappresentati i giovani fino ai 22 anni. Questo fenomeno è iniziato dunque in maniera massiccia 22 anni fa. Infatti da allora il numero medio di figli per donna è circa 1 anziché 2.
- 4) Si nota un lieve accenno ad un allargamento della base della piramide, più evidente nel distretto ovest: esprime il recente aumento delle nascite;
- 5) Il tronco della piramide ha forma romboidale: con l'aumentare dell'età si osservano due comportamenti opposti. La classe in età 22-44 anni presenta numerosità progressivamente crescente mentre la classe 44-61 anni diminuisce. Le conseguenze di questa situazione sono graficamente evidenti: nei prossimi 20 anni assisteremo ad un progressivo aumento dei contingenti di persone che usciranno dal lavoro e contemporaneamente diminuirà il numero delle persone che dovrebbero sostituirli. A questo si sommerà la forte diminuzione dei contingenti di popolazione più giovani.
- 6) La parte alta della piramide sarebbe più facilmente comprensibile disponendo del confronto di piramidi di 10 anni fa. Tuttavia si coglie come la relativa esiguità delle classi più anziane, antecedenti alla Grande Guerra (i cui effetti sono ancora visibili nella grande scissura presente nella classe 85-89 anni), stia per essere sostituita da contingenti assai numerosi di grandi anziani animati da una speranza di vita di diversi anni.

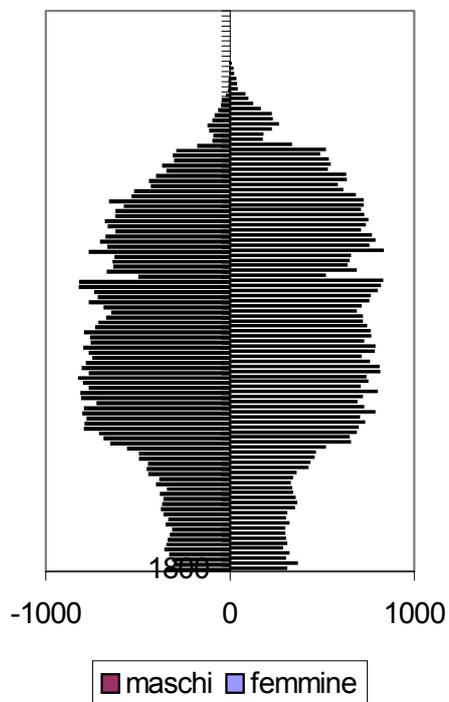
centro nord



ovest



Sud Est



Fonte: elaborazione grafica di dati reperiti dal sito www.regione.emilia-romagna.it [statistica self service]

▣ la struttura delle famiglie

Le famiglie costituiscono nella nostra società un punto di riferimento forte per fronteggiare i problemi dell'assistenza sociale e sanitaria. Si fa molto affidamento sulle famiglie: occorre dunque conoscere bene questo parametro della società.

Le informazioni sulle famiglie provengono dal censimento. L'origine dei dati comporta la sottostima di un aspetto importante: la rete familiare e la rete dei rapporti di vicinato. Dimensione e struttura delle famiglie costituiscono indicatori della permanenza e dell'affidabilità di tale rete. La riduzione del numero di parenti non conviventi, sui quali fare affidamento in caso di necessità, e la frammentazione (nuclearizzazione) delle famiglie rende fragile la rete di solidarietà. In queste condizioni si accentua la domanda verso le strutture pubbliche e private.

A Ferrara non si verifica l'aumento del numero delle famiglie osservato altrove (la variazione intercensuale regionale, dal 1991 al 2001, è risultata pari a +11,5% contro un aumento a Ferrara che si limita al 6%). Il numero medio di componenti per famiglia diminuisce comunque anche a Ferrara e raggiunge 2,38 persone per famiglia, valore sovrapponibile a quello medio regionale (2,39).

Tabella 5 – le famiglie nel ferrarese

	Distretto Centro-Nord	Distretto Sud-Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia Romagna
Numero di famiglie	75.629	40.200	27.407	143.236	1.652.425
persone per famiglia (media)	2,3	2,5	2,5	2,4	2,4
Famiglie unipersonali	20.950	9.468	6.346	36.794	457.345
% di famiglie con un solo componente, sulla popolazione residente	12	9,6	9,2	10,7	11,5
% di famiglie composte da coppie con figli	57				59

Fonte: ISTAT-Censimento 2001

La nuclearizzazione delle famiglie si è verificata in anticipo a Ferrara rispetto al resto d'Italia, con l'inevitabile corollario di aumento del numero di famiglie problematiche ossia "con scarsa capacità di prendersi cura dei propri membri": unipersonali composte da un anziano solo; monogenitoriali; coppie senza figli (i cosiddetti "nidi vuoti").

La tabella e la mappa che seguono riportano la distribuzione per comune delle persone che vivono sole. Si tratta di una situazione della quale tener conto in quanto, nel caso delle persone anziane in particolare, si tratta di situazioni "fragili".

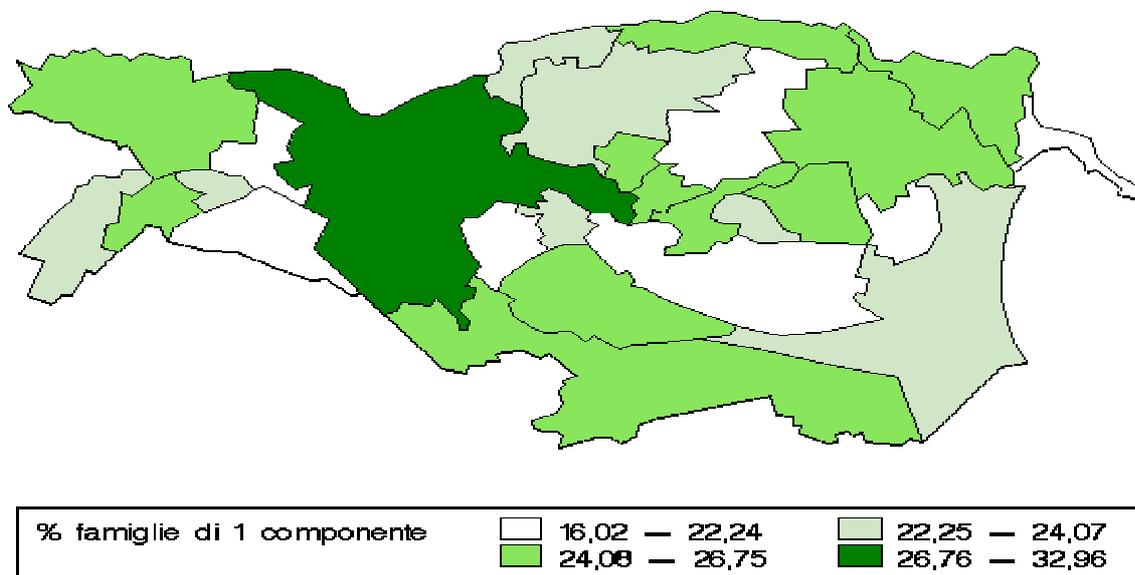
Tabella 6 - distribuzione delle famiglie composte da una sola persona per Comune (dal censimento 2001)

	Famiglie Monopersonali	% Abitanti In Famiglie Monopersonali		Famiglie Monopersonali	% Abitanti In Famiglie Monopersonali
Argenta	2.117	9,9	Mesola	763	10,2
Berra	597	10,4	Migliaro	209	9,2
Bondeno	1.575	10,1	Migliarino	377	10,3
Cento	2.632	9,0	Migliaro	209	9,2
Codigoro	1.317	10,1	Mirabello	304	9,2
Comacchio	1.855	9,2	Ostellato	573	8,3
Copparo	1.674	9,3	Poggio Renatico	666	8,7
Ferrara	16.693	12,9	Portomaggiore	1.254	10,6
Formignana	296	10,4	Ro Ferrarese	379	9,9
Goro	280	6,8	Sant'agostino	619	10,1
Jolanda Di Savoia	300	9,0	Tresigallo	498	10,6
Lagosanto	348	7,9	Vigarano Mainarda	550	8,4
Masi Torello	218	9,4	Voghiera	295	7,5
Massa Fiscaglia	405	10,7	Provincia	36.794	10,8

Fonte: ISTAT-Censimento 2001

Le famiglie con un solo componente rappresentano una parte cospicua della popolazione nelle aree caratterizzate da un intenso processo di invecchiamento ed inoltre nei comuni capoluogo di provincia

Figura 7 - percentuale di famiglie con un solo componente sul totale delle famiglie nei comuni della provincia di Ferrara al Censimento 2001



Fonte: ISTAT-Censimento 2001

La figura evidenzia la distribuzione territoriale, a livello comunale, dell'incidenza delle famiglie unipersonali sul totale delle famiglie. A livello regionale, nella classe d'età 65 anni e oltre la percentuale di residenti che vivono in famiglie unipersonali si attesta al 26,3% risultante da un valore significativamente più alto per le femmine, (34,9%) rispetto ai maschi (14,1%).

3.2 Capitale sociale

Il capitale sociale costituisce una delle chiavi di volta per leggere i bisogni sociali e di salute di un territorio e le risorse che il territorio stesso possiede per farvi fronte. Compongono il capitale sociale tutte le risorse spontanee, più o meno organizzate, che concorrono a mantenere coeso il tessuto sociale della comunità: le forme di auto aiuto e di mutuo aiuto, le espressioni di solidarietà e di socialità, i legami fra le persone, non solo quelli familiari, ma anche i rapporti di vicinato e le relazioni di amicizia, di reciprocità e di solidarietà, tradizionalmente diffuse sul nostro territorio in modo spontaneo e informale.

Oltre a questo consideriamo anche le forme organizzate e codificate in associazioni di volontariato e di promozione sociale, cooperative sociali, rappresentanze sindacali, espressioni del movimento sportivo e ricreativo. Gli aiuti che possono essere forniti dalle associazioni del volontariato e del privato sociale, rappresentano un'importante opportunità e possono essere determinanti per favorire l'uscita delle famiglie da situazioni di difficoltà.

Alcune informazioni sull'associazionismo derivano al censimento delle istituzioni no-profit che l'ISTAT ha condotto nel 1999.

Tabella 7 - Censimento 1999 ISTAT delle istituzioni non-profit

	Azienda USL	Emilia Romagna
n. totale di istituzioni non-profit	1764 (9,2 % del totale regionale)	19.160 (8,7% del totale nazionale)
Istituzioni non-profit in campo sociale e sanitario	127 (7,2% del totale provinciale)	2356 (12,3% del totale regionale)

Fonte: ISTAT

Il censimento del settore no-profit realizzato dall'ISTAT nel 1999-2000 ha registrato a Ferrara 1764 istituzioni, il 9,2% del totale regionale. L'intervento in campo sociale rappresenta un settore localmente debole con il 7,2% delle istituzioni di cui operanti nel campo della sanità 4,1%. Solo il 54% delle associazioni eroga servizi ai non iscritti. Le istituzioni sono prevalentemente di piccola dimensione e con ridotta capacità economica (entrate di bilancio toccano 169 milioni di lire), quasi il 50% in meno rispetto alla capacità finanziaria media nazionale.

Il numero di associazioni di volontariato operanti in provincia e censite presso la banca dati regionale⁴ assomma a 164.

3.3 Stato di salute e qualità di vita collegata alla salute

Sono misure globali dello stato di salute, con valore di orientamento sulla situazione globale della popolazione provinciale.

▣ sopravvivenza: speranza di vita alla nascita o vita media o durata media della vita

Questo indicatore è ampiamente utilizzato come indicatore di massima per valutare le condizioni di salute di una popolazione. Risente di tutti i fattori che influenzano la salute: caratteristiche genetiche, condizioni ambientali e lavorative, strutture sanitarie disponibili.

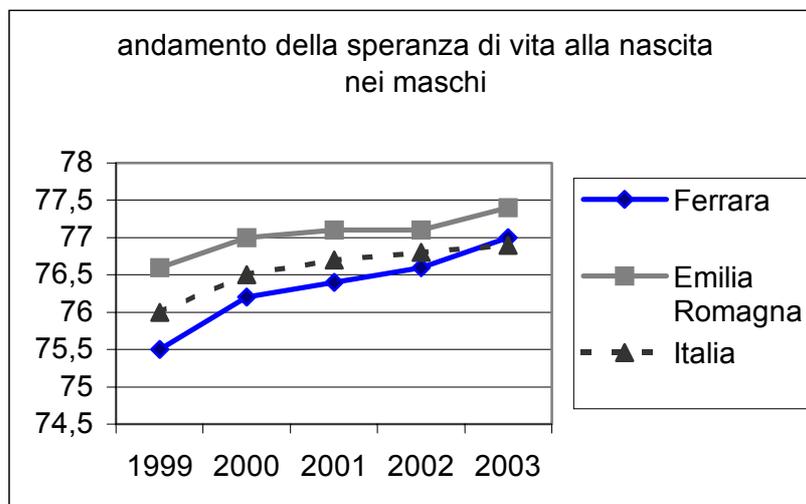
Tabella 8 - Speranza di vita alla nascita (2003)

Azienda USL			Emilia Romagna			Italia		
Maschi	Femmine	Rapporto M/F	Maschi	Femmine	Rapporto M/F	Maschi	Femmine	Rapporto M/F
77	83,1	92,6	77,2	83,4	92,5	76,9	82,5	93,2

Fonte: ISTAT

La durata media della vita è oggi in Italia tra le più lunghe del mondo, con un'evoluzione particolarmente favorevole. Ferrara presenta valori superiori rispetto alla media nazionale ed appena inferiori alla media regionale. Il livello medio regionale nasconde, infatti, al suo interno una eterogeneità. Ferrara condivide con Rovigo un livello di speranza di vita leggermente inferiore rispetto alla regione di appartenenza. Entrambe contribuiscono a disegnare una zona contigua di minore sopravvivenza, sia per gli uomini che per le donne, che li distingue dalle medie regionali di Emilia e Veneto. Tuttavia le cose sono molto cambiate nel corso degli anni, come mostra la prossima tabella.

Figura 8 - Aumento della speranza di vita alla nascita, nei maschi



fonte: ISTAT

⁴ (www.emiliaromagnasociale.it)

Anche a Ferrara si è assistito in questi anni ad un diverso ritmo di crescita della sopravvivenza degli uomini e delle donne: il grafico per chiarezza espositiva riporta solo i valori riferiti ai maschi, ma il trend è il medesimo anche per le donne.

Un'informazione aggiuntiva è data dalla relazione esistente tra speranza di vita nei maschi e nelle femmine, piuttosto che il valore assunto dall'indicatore a sé stante. Il valore di questo rapporto è uguale per Ferrara e per la regione, come si vede nella tabella n.8 all'inizio del paragrafo.

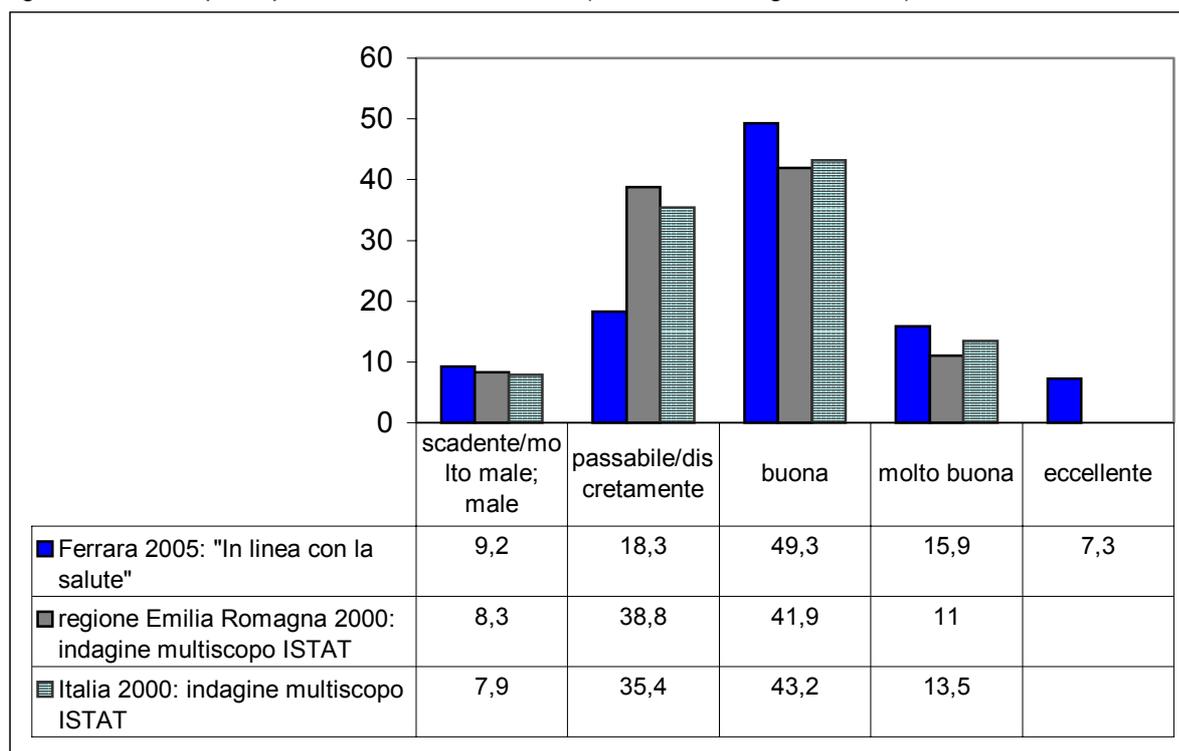
■ stato di salute percepita

La salute percepita dall'individuo è una componente primaria della salute: la salute è infatti, innanzitutto, uno stato di benessere psico-fisico.

Molte oggettive condizioni di salute es. disabilità sono descritte meglio dallo stato di salute autopercepito rispetto a mortalità e morbosità. Le persone che percepiscono il loro stato di salute come "cattivo" presentano un rischio aumentato di declino complessivo delle funzioni fisiche, indipendentemente dalla severità di altre malattie presenti.

Complessivamente la popolazione ferrarese giudica abbastanza buona la propria salute. Oltre due terzi dei ferraresi (72,5%) definisce la propria salute in modo favorevole (buona, molto buona, eccellente), il 18,3% definisce la salute con una modalità intermedia (passabile) ed il 9,2% riferisce uno stato di salute in modo sfavorevole (scadente).

Figura 9 – salute percepita - confronto territoriale (attraverso indagini diverse)



fonte: indagine "In linea con la salute"

Le persone che giudicano negativamente il proprio stato di salute sono soprattutto le donne (11,4% rispetto al 6,9% degli uomini).

La differenza aumenta con l'aumentare dell'età, anche per effetto della maggiore prevalenza di malattie croniche fra le donne anziane.

La valutazione della propria salute è infatti strettamente associata al deterioramento delle condizioni fisiche e peggiora quindi con l'età: gli anziani che riferiscono cattive condizioni di salute sono pari al 21,3%.

tabella 10 - percentuale di persone secondo lo stato di salute dichiarato per classe di età e sesso

Classi di età	Stato di salute dichiarato					
	percezione sfavorevole (scadente e passabile)			percezione favorevole (buona, molto buona e eccellente)		
	femmine	Maschi	maschi e femmine	femmine	maschi	maschi e femmine
18-29	3,7	1,7	2,9	17,3	17,6	17,5
30-44	10,3	14	11,7	34,6	33,1	33,8
45-64	40,2	36,3	38,8	32,3	35,2	33,8
65-79	45,8	48	46,7	15,8	14,1	14,9
Totale	100	100	100	100	100	100

▣ qualità di vita percepita

Qualità della vita è un termine ormai popolare per indicare un senso di pieno benessere.

A livello individuale, la qualità della vita è un concetto ampio che include, oltre alla percezione dello stato di salute sia fisico che psicologico, anche i rischi per la salute, il sostegno sociale e lo stato socio economico.

La qualità della vita correlata alla salute è stata misurata mediante l'indice dei giorni in cattiva salute⁵. L'indice dei giorni in cattiva salute è stato pari a zero (la persona è stata sempre bene nell'ultimo mese) solo per il 28,3% delle donne, contro il 51,1% dei maschi.

L'indice dei giorni in cattiva salute è stato pari a trenta (la persona ha avuto problemi di salute per l'intero mese precedente l'intervista) per il 17,5% delle donne contro l'8,1% dei maschi.

Tabella 11 - Distribuzione del numero medio di giorni in cattiva salute, per sesso ed età

classi di età	maschi	femmine	Totale
18-29	4,3	6,6	5,4
30-44	3,7	6,7	5,2
45-64	5,4	11,8	8,7
65-79	6,9	12,7	10,2
Totale	5,1	10	7,6

fonte: indagine "In linea con la salute"

L'indice dei giorni in cattiva salute presenta un valore medio pari a 7,6 giorni. La sua distribuzione presenta, come ovvio forti differenze in ragione dell'età ma anche del sesso. Nelle donne anziane sia arriva ad una media di 12,7 giorni in cattiva salute. La tabella successiva riporta una sintesi di alcuni indicatori della salute e della qualità di vita percepita, che confermano le tendenze appena descritte.

Tabella 12 - percentuali di persone che hanno riferito una buona salute (buona, molto buona, eccellente) ed il corrispondente numero medio di giorni in cattiva salute e di giorni con limitazione dell'attività, per sesso e per età

Caratteristica	% che riferisce salute da buona a eccellente	Media di giorni in cattiva salute	Media di giorni di inattività
Totale	72,5	7,6	1,9
Sesso			
Maschi	78,8	5,1	1,4
Femmine	66,6	10,0	2,3
Età			
18-29	94,0	5,4	1,1
30-44	88,4	5,2	1,0
45-64	69,7	8,7	1,5
65-79	45,8	10,2	3,9

⁵ sintetizza, per ciascuna persona, il numero di giorni trascorsi con problemi di salute, siano essi fisici che psicologici, nel mese precedente.

mortalità

La mortalità, concetto speculare della sopravvivenza, non può essere assunta come misura diretta dello stato di salute, in ragione della sua parzialità. Si tratta comunque di una misura nella quale si verifica un buon bilanciamento tra approssimazione e disponibilità e specificità territoriale. Per questo è universalmente usata come *proxy* delle condizioni di salute. In provincia di Ferrara si osserva un eccesso di mortalità rispetto alla Regione, come riporta la tabella sottostante.

Tabella 12 - Rapporto standardizzato di mortalità⁶ anno 2004

	Azienda USL Ferrara	Emilia Romagna
Mortalità generale ⁷ tutte le età	Maschi 112 (I.C.: 107-117) differenza significativa Femmine 109 (I.C.: 105-114) differenza significativa	100
Mortalità generale età <75 anni	Maschi 117 (I.C.: 109-125) differenza significativa Femmine 110 (I.C.: 100-120) differenza non significativa	100

Fonte: registro mortalità regionale (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)

La standardizzazione è per età: la differenza di mortalità rispetto alla regione non è dunque da addebitare al maggior numero di anziani presente a Ferrara. La mortalità prima dei 75 anni costituisce un'informazione di migliore qualità. Si osserva, negli uomini con età inferiore a 75 anni, la persistenza di una maggiore mortalità in misura statisticamente significativa rispetto alla regione. Va sottolineato che l'età è solo uno dei fattori confondenti: per un migliore confronto occorrerebbe standardizzare il dato di mortalità anche per lo stato socio-economico.

le principali cause di morte a Ferrara per sesso e classi di età

La conoscenza delle malattie che provocano mortalità aiuta a individuare possibili aree di intervento per migliorare la salute.

Sono state analizzate le cause di morte più frequenti per ciascun gruppo di età, nel triennio (2002-2004). In questo modo è possibile esaminare dati con minori oscillazioni.

Un limite del metodo utilizzato è ascrivibile al fatto che la classificazione così ottenuta è meramente quantitativa: possono esservi cause di morte meno frequenti ma con maggiore impatto sociale o sanitario.

Nel primo anno di vita la maggior parte dei decessi è legata a condizioni perinatali. Da sottolineare i due decessi registrati per asfissia da corpo estraneo, causa esterna evitabile.

Nell'età 1-14 anni i decessi sono in numero molto ridotto. Si nota che accanto ai tumori (leucemie, e un tumore renale), un ruolo importante è ricoperto dalle cause esterne (soprattutto incidenti stradali). Inopinatamente in questa classe di età compare un decesso per broncopolmonite.

Dai 15 ai 34 anni gli incidenti stradali sono la causa di gran lunga più frequente, con percentuali maggiori nei maschi.

Nella classe di età successiva (35-44 anni) si modifica la frequenza delle cause; tra le più frequenti adesso compaiono AIDS e cirrosi epatica. Si tratta di cause evitabili, legate ad abitudini di vita e comportamenti modificabili.

Tra le donne compaiono già ai primi posti i tumori: tumore della mammella (6 decessi/anno) ma anche un decesso per tumore del polmone.

A partire dai 45 anni e fino ai 74 anni, tumori e malattie cardiovascolari sono i gruppi di cause che primeggiano nella mortalità.

Nelle donne il tumore della mammella rimane al primo posto fra le cause di morte dai 45 anni fino ai 74anni. Nei maschi il tumore del polmone diventa la prima causa di morte a partire dai 55 anni e lo rimane fino agli 84 anni.

⁶ confronta la mortalità della azienda USL di Ferrara con la mortalità dell'Emilia Romagna

⁷ mortalità generale = mortalità per tutte le cause

Nei maschi all'età di 45 anni la prima causa di morte è l'infarto acuto del miocardio, rimanendo nelle età successive comunque tra le prime cause.

Nelle donne, le malattie cardiovascolari diventano predominanti nella vecchiaia, dopo i 75 anni.

Fino ai 65 anni si tratta in larga parte, dunque, di cause di morte evitabili; sulla cui riduzione puntare mediante interventi di prevenzione primaria.

4. Temi di Ferrara in Piano 2003-5

4.1 Anziani

Il tema di Ferrara in Piano 2003-5 è stato: **“dare sostegno ai portatori di cura di anziani non autosufficienti”**.

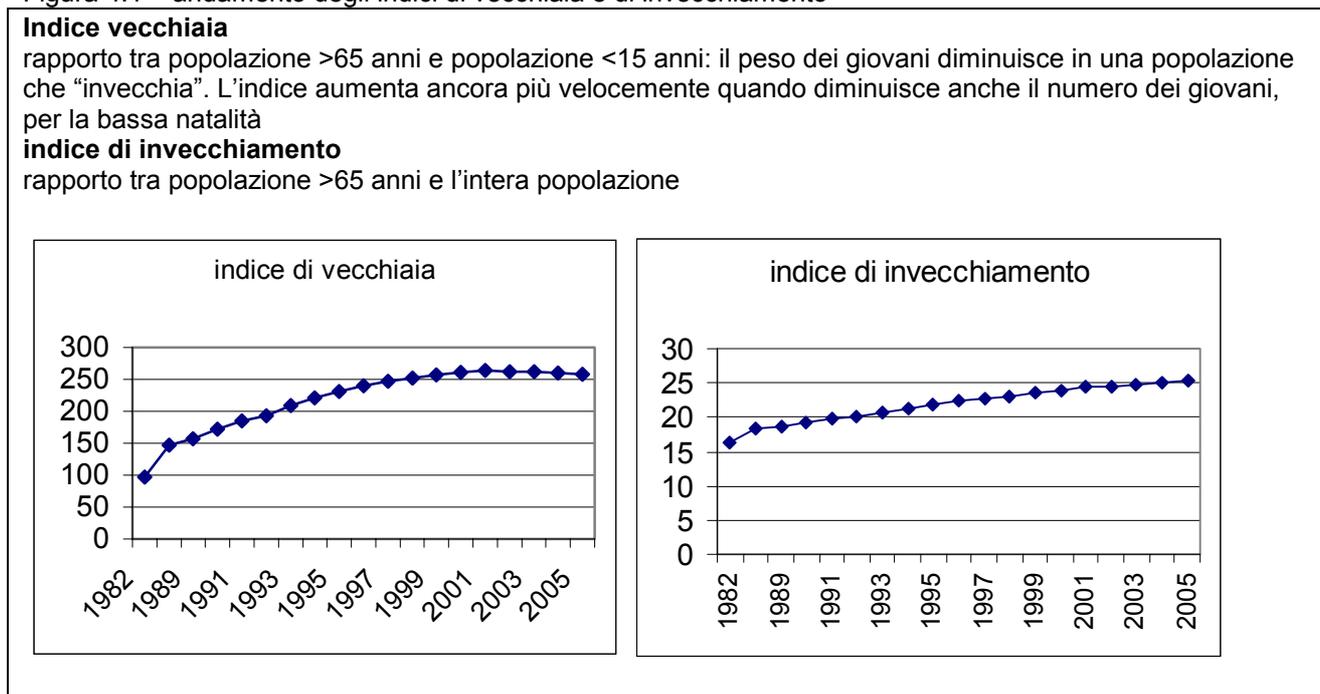
La 2^a Conferenza Mondiale dell'ONU sull'invecchiamento (Madrid, Aprile 2002) ha parlato di 'rivoluzione della longevità', tale è la trasformazione sociale, economica e culturale imposta da tale processo. Il fenomeno dell'invecchiamento demografico e dell'aumento del numero degli anziani è comune a tutte le moderne società a sviluppo avanzato, ma è particolarmente accentuato in Italia.

Va sottolineato con forza fin da subito che l'invecchiamento non comporta necessariamente modificazioni di performance tali da configurare la vecchiaia come malattia. E' possibile invecchiare in buona salute, in un contesto sociale idoneo.

Quanti sono gli anziani

Le persone ultrasessantacinquenni residenti nel territorio ferrarese sono, al 31 dicembre 2004, 88.422 pari al 26% della popolazione. La distribuzione non è uniforme nel territorio: sono il 23% nel distretto ovest e arrivano al 27% nel distretto centro-nord.

Figura 4.1 – andamento degli indici di vecchiaia e di invecchiamento



Fra la popolazione anziana è maggiormente rappresentata la componente femminile (60% contro 40%); questo in ragione della maggior attesa di vita delle donne, tuttora in crescita. In tutte le società sviluppate le donne vivono in media più a lungo degli uomini: nel 1990-95 la durata media della vita femminile supera quella maschile di 6-7 anni in quasi tutti i Paesi europei (inclusa l'Italia). Conseguentemente, le donne anziane si trovano a vivere gli ultimi anni di vita in condizioni di solitudine e di scarsa salute.

Figura 4.2 - Composizione della popolazione per classi di età

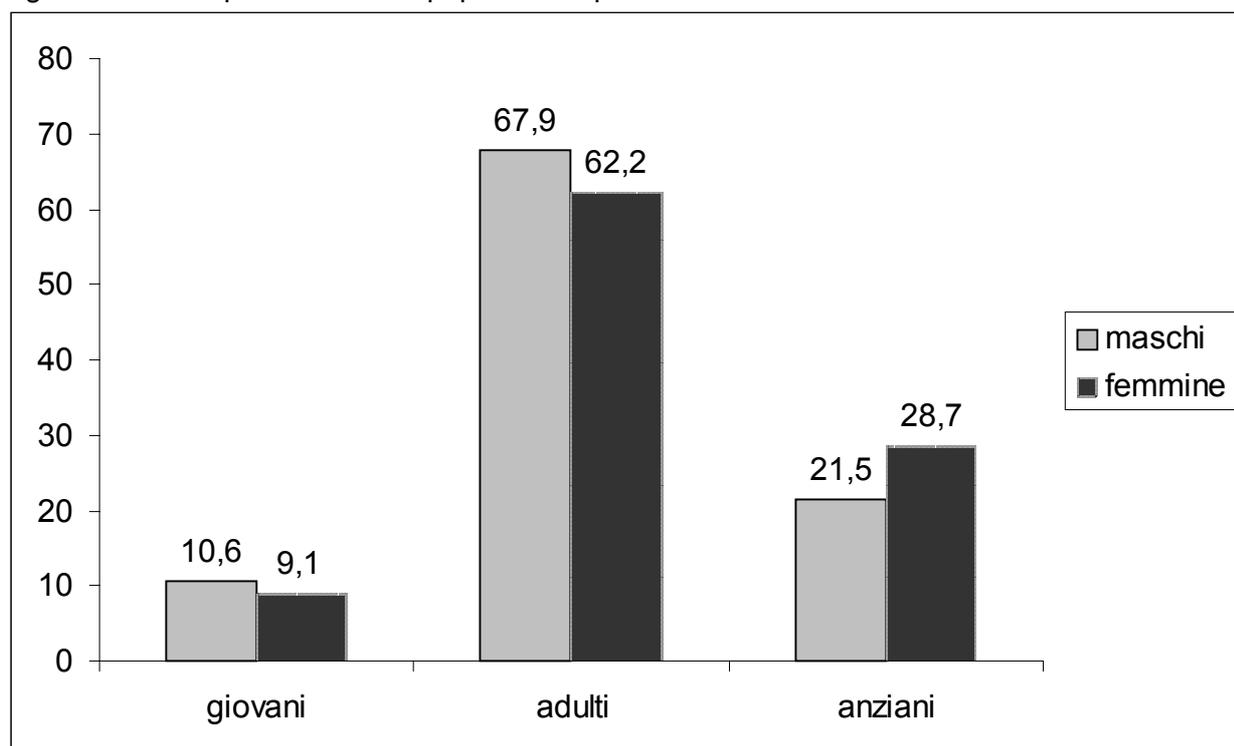


tabella 4.1 - Indicatori della situazione degli anziani

	Azienda USL	% popolazione	Emilia Romagna	% popolazione	Fonte [anno]
n. persone >65 anni	87.290	25		22	ISTAT 2003
% di donne >65 anni		59,5		58,6	ISTAT [2003]
Pensioni erogate dall'INPS - maschi (importo medio euro)	56.659 (12.897)	34	616.578	30	ISTAT(SITIS) [2003]
Pensioni erogate dall'INPS - femmine (importo medio euro)	69.930 10.186	38	719.806	34	ISTAT(SITIS) [2003]

Tabella 4.2 - Effetti demografici dell'incremento di anziani

(anno 2005)	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia Romagna
Indice demografico di dipendenza totale ³	55,5	52,8	52,3	54	52,3
Indice di struttura della popolazione attiva ⁵	131,2	121,4	110,6	123,8	106,2
Indice di vecchiaia	286,2	257,4	201,8	257,8	189

Fonte: statistica self service www.regione.emilia-romagna.it

L'indice demografico di dipendenza totale ⁸ è sostenuto in modo preponderante dagli anziani, piuttosto che dai giovani: senza possibilità dunque di una modifica futura, almeno nel breve-medio periodo. Questo elemento contribuisce ad assottigliare l'entità della popolazione pregiudicandone lo sviluppo futuro (quando ci sono meno giovani, ci saranno poi ancora meno figli nella prossima generazione), e costituisce una diminuzione in prospettiva della capacità di prendersi cura degli anziani.

⁸ Indice demografico di dipendenza totale = rapporto tra la somma della popolazione > 65 anni e popolazione <15 anni rispetto alla popolazione attiva (15-64 anni). È un indicatore economico e sociale: rapporta chi è dipendente per ragione di età a chi si presume debba mantenerli.

L'indice di struttura della popolazione attiva⁹ conferma il processo di invecchiamento della popolazione attiva ferrarese con un decremento progressivo della natalità. Solo nel centese la situazione è migliore e si avvicina ai valori regionali (106,2 in regione contro 110 del distretto Ovest), indicatore di una popolazione stazionaria e tendenzialmente crescente.

Questa situazione non è peraltro omogenea in provincia con un indice di vecchiaia che varia da 202 nel distretto ovest a 286 nel distretto centro-nord. Un elemento di novità è rappresentato dalla persistente, seppure lenta, tendenza alla diminuzione dell'indice di vecchiaia provinciale dal valore più alto pari a 263, raggiunto nel 2000.

A livello comunale la presenza anziana è molto più articolata: alcuni comuni presentano indici di vecchiaia superiori a 300, fino al 345 di Berra. All'estremità opposta quattro comuni presentano un indice di vecchiaia inferiore a 200, fino al 165 di Cento.

Tabella 4.3 - Indice di vecchiaia per comune

comune	Indice di vecchiaia	comune	Indice di vecchiaia
Argenta	276,9	Massa Fiscaglia	303,67
Berra	345,93	Mesola	302,95
Bondeno	298,61	Migliarino	320,34
Cento	165,11	Migliaro	265,33
Codigoro	300,62	Mirabello	238,78
Comacchio	173,34	Ostellato	284,05
Copparo	321,73	Poggio Renatico	196,43
Ferrara	278,18	Portomaggiore	324,81
Formignana	261,92	Ro Ferrarese	316,08
Goro	200,49	Sant'agostino	172,18
Jolanda Di Savoia	305,52	Tresigallo	279,86
Lagosanto	227,19	Vigarano Mainarda	232,4
Masi Torello	326,98	Voghiera	296,98
		Provincia	257,85

Fonte: dati reperiti dal sito www.regione.emilia-romagna.it [statistica self service]

Gli anziani: persone attive e l'obiettivo di un buon invecchiamento

Le persone con 65 anni di età sono in gran parte persone in buona salute. La condizione anziana è legata alla percezione soggettiva del proprio stato di salute e alla qualità della vita.

Nell'indagine "In linea con la salute", il 45,8% degli anziani ferraresi definisce il proprio stato di salute "buono, molto buono, eccellente"; il 36,2% lo ritiene "buono".

La qualità di vita è buona: il 52% è stato sempre bene nell'ultimo mese fisicamente; il 71,3% è sempre stato bene dal punto di vista psicologico. Il 40,3% non ha avuto nessun giorno in cattiva salute. Il primo obiettivo di qualunque politica di salute non può che essere il mantenimento di questo stato di buona salute. Il raggiungimento di questo obiettivo comporta attività diverse tra loro complementari. "Invecchiare in salute" è il titolo di una ricerca pubblicata dal Censis nel 2004, che fotografa anziani in salute, vitali e pieni di energie e mostra come gli anziani di oggi sembrano meno disponibili a subire la vecchiaia rispetto ai loro predecessori.

Un primo aspetto di questa ricerca: il 17% degli anziani definisce il proprio stato di salute come "ottimo", valore paragonabile con il risultato di Ferrara.

Un ulteriore aspetto: alla consueta disponibilità ad offrire tempo ai familiari, alla sensibilità a svolgere opera di volontariato, gli anziani hanno ora aggiunto la consapevolezza del diritto a vivere il proprio tempo. Qui si inseriscono tante iniziative a carattere diverso, dall'impegno civile alle reti informali di solidarietà.

Quanti sono gli anziani soli

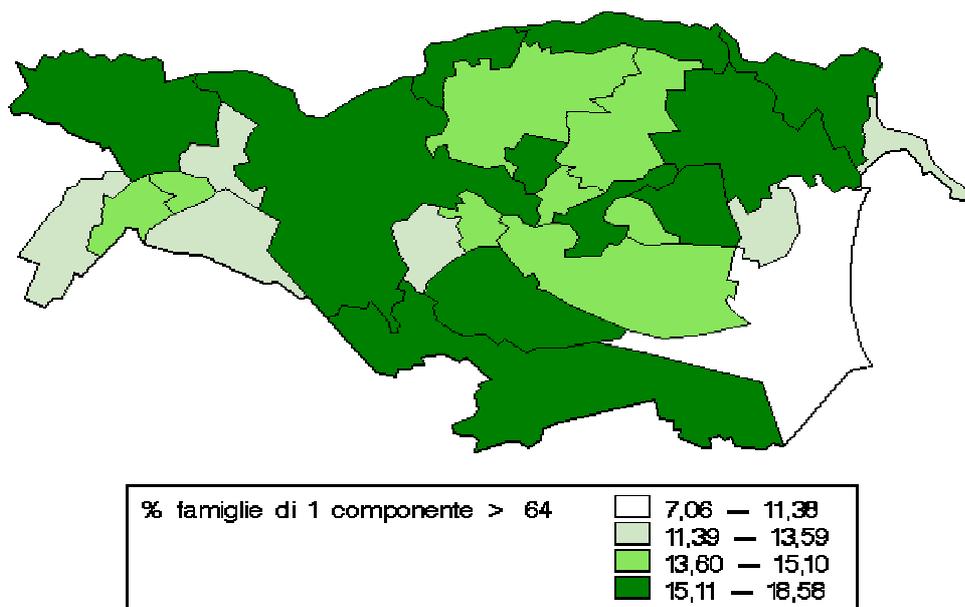
Il numero di anziani che vivono soli costituisce un elemento importante nella valutazione dei bisogni di questa fascia di popolazione.

⁹ Indice di struttura della popolazione attiva = $[P(40-64) / P(15-39) * 100]$ indica il grado di invecchiamento della popolazione attiva. Tanto più è basso l'indice, tanto più la popolazione attiva è giovane. In una popolazione stazionaria o crescente l'indice è inferiore a 100.

In Emilia Romagna si stima che viva da solo poco meno di un anziano su quattro (23% secondo l'indagine Argento¹⁰): in proiezione comporta una stima pari a circa 20.000 persone in provincia di Ferrara.

Inoltre si stima che il 44% degli ultrasessantacinquenni (dati della regione Emilia Romagna) viva in nuclei familiari composti da soli anziani, pari a circa 38.400 anziani nel territorio ferrarese. Nell'indagine ferrarese "In linea con la salute" ha dichiarato di vivere da solo il 16,7% degli anziani con età 65-80 anni.

Figura 4.3 - percentuale di famiglie con 1 componente con età > 64 anni sul totale delle famiglie nei comuni della provincia di Ferrara al Censimento 2001



fonte: censimento 2001

La frequenza di malattia negli anziani

La presenza di alcune malattie negli anziani è considerata dalla letteratura scientifica predittiva di non autosufficienza: malattie cardiovascolari, disturbi della vista, disturbi cognitivi, depressione, artrosi del ginocchio.

Attualmente, dopo i 75 anni si fa elevata la probabilità di comparsa di malattie cronicodegenerative.

Alcune malattie sono particolarmente frequenti fra gli anziani, come si vede dai risultati dell'indagine conoscitiva Argento, alla quale ha partecipato anche l'Azienda USL di Ferrara.

Frequenza di alcune malattie tra gli anziani

Patologie	Percentuale
Osteoartrosi	67%
Iperensione arteriosa	52%
Malattie cardiovascolari	30%
Osteoporosi	18% (donne 26%)
Broncopneumopatia cronica ostruttiva	15%
Diabete	10%
Disturbi cognitivi (test di screening positivo)	18%

Fonte: Indagine Argento, 2003.

¹⁰ Studio Argento – Indagine sulla salute nella terza età in Emilia Romagna – marzo 2003

Fra gli anziani vi è un'alta prevalenza di persone affette da ipertensione arteriosa (52%), uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di malattie cardiovascolari che rappresentano la prima causa di morte e fra le più importanti cause di disabilità gravi quali *l'ictus cerebri* e la demenza vascolare.

Anche un'altra affezione è abbastanza comune nell'anziano, la sindrome plurimetabolica (sovrappeso, diabete mellito, iperlipidemia, ipertensione arteriosa), sebbene sovente non venga trattata con sufficiente decisione in quanto ascritta a meccanismi età-dipendenti.

Con questo stesso atteggiamento spesso vengono affrontate anche le affezioni osteoartrosiche (67%), così frequenti in questo periodo della vita e ritenute, a torto, non suscettibili di recupero funzionale anche parziale, in quanto ritenute dipendenti dall'età.

L'evento 'caduta' è particolarmente rilevante nella vita dell'anziano sia per le conseguenze spesso invalidanti sia per le ripercussioni di tipo psicologico.

Nell'indagine Argento, condotta nel 2003, in Emilia Romagna il 26% degli anziani intervistati riferisce di aver subito una caduta nell'ultimo anno: il 31% delle donne e il 17% degli uomini, con un aumento al crescere dell'età in entrambi i sessi. Il 35% è caduto più di una volta.

Il 59% delle persone riferisce di essere caduto in casa.

Il 41% è caduto fuori casa: nel 4% dei casi la caduta è stata causata da investimento.

Tra le persone cadute in età anziana, il 22% è stato ricoverato per le conseguenze riportate.

Tabella 4.4 - tassi di ospedalizzazione per artroprotesi nel 2004*

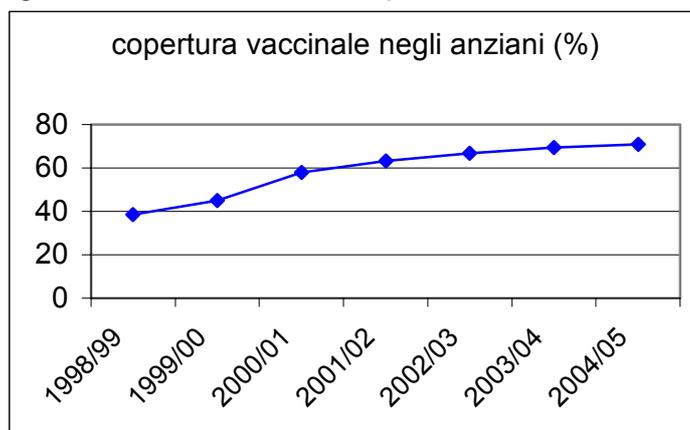
	Distretto Centro-Nord	Distretto Sud-Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia Romagna
Tasso di dimissione per intervento per protesi d'anca e protesi di ginocchio >65 anni	8,4	8,8	8,1	8,4	8,9

*i tassi sono grezzi, riferiti ai ricoveri totali compresi D.H. ed espressi per mille). I dati sono stati estratti usando come chiave il tipo di intervento (MPR) MPR 815

Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)

I ricoveri compresi nella tabella sono riferiti all'insieme degli interventi; solo una parte delle protesi d'anca (non quantificabile con questo tipo di elaborazione) viene applicata come terapia chirurgica a fronte di fratture di femore, conseguenti a caduta.

Figura 4.4 – aumento della copertura antinfluenzale



La perdita dell'autonomia negli anziani

Per la persona anziana l'autonomia e l'indipendenza nella vita quotidiana assumono un valore altissimo. Per questo, patologie croniche non invalidanti, sono considerate "normali" al punto che soggetti di età compresa fra i 65 e i 75 anni di età dichiarano uno stato di salute soddisfacente anche se affetti da malattie croniche; lo si è visto, per esempio, nella indagine multiscopo dell'ISTAT 1999-2000.

Proprio in ragione di questa considerazione l'anziano non è una persona da assistere, ma una persona con caratteristiche specifiche, legate all'età, che ne possono limitare l'efficienza, ma non l'autonomia. In tal senso ogni intervento sulle persone anziane deve tenere conto della necessità di mantenere e salvaguardare ogni abilità residua che garantisca il mantenimento dei livelli più alti ottenibili di autonomia e indipendenza.

- **salute e disabilità**

Il numero di giorni con limitazioni cresce, come atteso, al crescere dell'età: gli anziani riferiscono di aver dovuto limitare la propria attività per una media pari a 3,9 giorni nell'ultimo mese, contro una media pari a 1,9 giorni.

Emerge una forte differenza di genere: nelle donne anziane sono presenti 5,2 giorni con limitazioni mentre per i maschi pari età sono riferiti 2,3 giorni con limitazione.

- **quale disabilità?**

Per considerazioni più esaurienti si rimanda al capitolo sulla disabilità. In questa sede ci si limiterà a illustrare un indicatore utile per chiarire lo stato di salute degli anziani: la speranza di vita libera da disabilità.

La speranza di vita libera da disabilità esprime il numero di anni che una persona di una certa età può aspettarsi di vivere senza essere colpita da disabilità.

Permette di valutare se una vita più lunga significhi anche una vita migliore, ovvero se un incremento della speranza di vita si realizza in condizioni di cattiva salute.

In mancanza di dati locali, si è fatto riferimento alle informazioni fornite da ISTAT.

Emerge che il numero di anni con disabilità è inferiore nella regione rispetto all'Italia (ad esempio, nei maschi: 2,2 anni contro 2,5).

Tabella 4.5 - Speranza di vita libera da disabilità a 65 anni e 75 anni

	65 anni		75 anni	
	maschi	femmine	maschi	femmine
Emilia Romagna	14,5	16,2	8,1	8,3
Italia	13,7	15,2	7,3	7,7

Fonte: indagine multiscopo ISTAT 1999-2000

Nell'interpretazione di questi dati va tenuto conto del fatto che il valore raggiunto dall'Italia in questo indicatore è di gran lunga migliore rispetto a quello degli altri Paesi ad alto reddito. Questo indica che non necessariamente una popolazione anziana è anche una popolazione che versa in cattive condizioni di salute.

- **le disabilità negli anziani che portano alla perdita di autonomia**

La prima causa di disabilità negli anziani sono **le difficoltà motorie**.

Un ruolo di primo piano è da attribuire ai postumi di malattie cerebrovascolari con emiplegie e disartrie.

Il 9% degli anziani risultava colpito da ictus nell'indagine Argento¹⁹.

Spesso disabilità meno marcate ma ugualmente con importanti limitazioni derivano da mancato trattamento tempestivo di patologie osteoarticolari, talvolta da abitudini di vita che escludono una regolare attività fisica e comportano un declino accelerato delle capacità motorie.

Le difficoltà di masticazione sono spesso causa nella persona anziana di dieta inadeguata; possono avere inoltre un impatto significativo sul benessere funzionale, sociale e psicologico.

Nell'indagine Argento, il 23% degli intervistati riferisce difficoltà alla masticazione: sopra i 74 anni si sale al 31%.

Tra le persone con difficoltà alla masticazione, l'83% riferisce di portare una protesi dentaria e il 62% di non recarsi dal dentista.

Le **menomazioni sensoriali** sono assai frequenti negli anziani, possono condizionare la qualità di vita percepita ed il livello di integrazione sociale dell'anziano, incidendo sulle sue capacità di comunicazione.

Nell'indagine Argento, il 10% degli intervistati riferisce problemi di vista, nonostante l'eventuale utilizzo di occhiali. Il 76% degli intervistati ha bisogno di occhiali per vedere bene.

Il 9% del campione presenta difficoltà uditive: tra questi solo il 16% porta una protesi acustica. La degenerazione maculare della retina correlata all'età colpisce l'1% circa della popolazione anziana.

La cataratta è una malattia presente, secondo i dati della Clinica Oculistica dell'Università di Ferrara, nel 6.4% della popolazione con età maggiore di 50 anni.

I disturbi cognitivi (demenze) sono l'altro grande gruppo di cause con grave limitazione dell'autonomia personale negli anziani.

Nell'indagine Argento, il 18% degli intervistati è risultato positivo al test di screening per disturbi cognitivi. La presenza di disturbi cognitivi aumenta col crescere dell'età: nella fascia 65-74 anni è risultato positivo al test l'11% degli intervistati, mentre sopra i 74 anni il 25%.

Al crescere degli anni medi di istruzione, diminuisce la percentuale di anziani con disturbi cognitivi in base al test di screening utilizzato.

In questa indagine, il 21% delle persone intervistate riferisce difficoltà nel controllo della minzione, con una maggior frequenza nel sesso femminile: il 5% è incontinente, mentre il 16% ha problemi solo occasionalmente.

La non autosufficienza e la necessità di assistenza

La perdita di autosufficienza dell'anziano comporta un notevole carico assistenziale sia per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana sia per l'assistenza infermieristica e medica.

Non sono disponibili dati sul numero esatto di anziani non autosufficienti residenti nel ferrarese, ma è possibile ipotizzare alcune stime sulla base di due indagini campionarie.

Il 16%-20% degli anziani intervistati nell'indagine Argento non è autosufficiente; l'1-2% presenta una dipendenza grave (incapacità di compiere tutte le ADL¹¹).

Sulla base di questa indagine, nel territorio ferrarese è possibile stimare una presenza di persone non autosufficienti variabile tra 14.000 e 17.500; con circa 850-1750 persone totalmente dipendenti.

La mancanza di autosufficienza cresce con l'età: sopra i 74 anni sono dipendenti il 32% delle donne ed il 17% degli uomini. Tra questi, il 60% non è autosufficiente nella cura della propria persona, mentre il 40% ha sia difficoltà alla cura di sé sia al movimento.

Tutte le persone intervistate nel corso dell'indagine Argento, residenti in regione e con disabilità sia moderata (94%) sia grave (6%), ricevono un aiuto nelle attività che non sono in grado di svolgere da soli, prevalentemente in ambito familiare.

Secondo i risultati dell'indagine "in linea con la salute", il 3,9% dei ferraresi adulti presenta una limitazione talmente grave da non consentirgli alcuna attività, concentrata soprattutto nella fascia di età anziana.

Chi cura gli anziani non autosufficienti?

La regione Emilia Romagna ha promosso una ricerca con questo titolo, condotta dall'Istituto di ricerche sociali di Milano.

Tra i risultati dell'indagine, emerge che in generale fruisce dell'assistenza privata a pagamento:

- Un anziano su cinque sopra i 74 anni di età
- Il 30% degli anziani sopra i 74 anni non autosufficienti
- Più della metà degli anziani (56%) beneficiari di assegno di cura
- Circa la metà (47%) degli anziani beneficiari di assegno di accompagnamento.

¹¹ ADL = Activities Daily Living, attività di base della vita quotidiana. Scala utilizzata per valutare il livello di autonomia di una persona. Le aree funzionali considerate nelle ADL riguardano l'autonomia nel lavarsi, vestirsi, mangiare, muoversi in casa, usare il bagno).

Tabella 4.6 - Alcuni dati sull'assistenza pubblica agli anziani nel 2004

	Distretto Centro-Nord	%	Distretto Sud-Est	%	Distretto Ovest	%
Assegni di cura	n = 560	45	n = 505	42	n = 166	13
ADI ¹²	n = 4719	37% TAD ¹³ MMG* *(sul totale distrettuale)	N=2132	48% (TAD MMG)	N=1577	43% (TAD MMG)

Fonte: servizio assistenza anziani Az. USL (dott.ssa Buldrini)

L'assegno di cura è uno strumento strategico di supporto alla domiciliarità e di sostegno alle famiglie che si fanno carico dell'assistenza all'anziano congiunto.

Nel 2004 i beneficiari dell'assegno di cura risultano 1231, pari al 3% degli anziani con più di 75 anni.

L'assistenza domiciliare è un tipo di servizio erogato direttamente a casa dell'utente, che comprende, a seconda dei casi, prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali. Essa è caratterizzata da vari gradi, che dipendono dalle specifiche necessità della persona che la richiede. L'intervento può essere socio - assistenziale (I° livello), sanitario (II° livello), o integrante entrambi i livelli (III° livello). L'assistenza domiciliare integrata (III° livello) a Ferrara si è occupata nel 2004 di 8428 persone, in gran parte anziani.

▪ le famiglie e i portatori di cura

L'anziano può trovarsi in condizioni di fragilità non soltanto per problemi di salute, ma anche per altri fattori di natura socio-economica quali scarsa istruzione, mancanza di legami familiari e di relazioni sociali, mancanza di assistenza, risorse economiche inadeguate.

La famiglia e le altre forme di aggregazione e sostegno sociale costituiscono elementi fondamentali per garantire una qualità della vita adeguata alle persone anziane. È nel proprio sistema di relazioni, familiare e allargato, che gli anziani possono esercitare un ruolo attivo ricevendo in cambio sostegno e, se necessario, risposta ai bisogni di assistenza.

Le profonde trasformazioni in atto delle strutture familiari comportano anche la crescente rarefazione della coabitazione tra genitori e figli coniugati; questo è particolarmente accentuato a Ferrara ed alimenta una domanda crescente di prestazioni dei servizi sociali e sanitari, oltre che del fenomeno delle badanti.

In Emilia-Romagna il 49% degli intervistati nell'indagine Argento¹⁴, condotta nel 2003, presenta una buona integrazione dal punto di vista dei rapporti sociali, il 49% è 'parzialmente integrato' ed il 2% 'isolato'.

L'isolamento sociale cresce con l'aumentare dell'età: nella fascia 65-74 anni una persona su tre presenta problemi di integrazione, mentre sopra i 74 anni si sale a due su tre. In particolare in questa fascia d'età il 67% delle donne è isolata rispetto al 57% degli uomini. Tra le persone non autosufficienti l'85% presenta problemi di integrazione sociale.

Tabella 4.7 - la capacità di assistenza e cura

	Azienda USL	Emilia Romagna
Capacità di cura "reale"	732	735

Elaborazione sui dati demografici dell'anno 2003

La capacità di erogare lavoro di cura da parte delle famiglie può essere stimata approssimativamente dal rapporto fra la classe di età 45-69 anni della popolazione femminile sulla popolazione totale (metodo Eurostat).

¹² ADI = assistenza domiciliare integrata

¹³ TAD = tipologia di assistenza domiciliare. Sono previste cinque tipologie, in base alla figura professionale che prevalentemente assiste il paziente. La TAD MMG corrisponde ai contratti con i medici di medicina generale.

¹⁴ Studio Argento – Indagine sulla salute nella terza età in Emilia Romagna – marzo 2003

Attualmente la capacità di cura a Ferrara è pari al 181 per mille contro una media regionale pari al 165 per mille. A questo risultato paradossale concorrono, a Ferrara, l'alto numero di donne tra i 49 e i 65 anni e la bassa percentuale di giovani, ma se si rapporta il numero di potenziali caregiver con la popolazione anziana (reale destinatario dell'azione di cura): la capacità di erogare lavoro di cura a Ferrara risulta in questo modo pari a 732 per mille, sovrapponibile all'indice regionale pari a 735 per mille.

I familiari di malati di Alzheimer

Una ricerca condotta dal Censis nel 1999 sui caregiver (persone che si prendono cura) di malati di Alzheimer diagnosticata e non istituzionalizzati conferma il peso familiare di questa patologia:

- i familiari dedicano mediamente sette ore al giorno all'assistenza diretta e quasi undici ore alla sorveglianza del parente malato;
- i caregiver sono in prevalenza donne con famiglia e figli: soprattutto le figlie sono i soggetti più attivi nell'assistenza;
- il sovraccarico assistenziale si somma all'impegno legato allo svolgimento degli altri ruoli;
- il 66% dei caregiver ha dovuto lasciare il lavoro, il 10% ha chiesto il part-time; il 10% ha dovuto cambiare mansione.

Un elemento molto carente è risultato l'informazione sulla malattia, sui servizi offerti dalla struttura pubblica e dal volontariato sociale.

La popolazione anziana: da problema a risorsa?

Una risposta positiva è possibile spostando l'attenzione dal piano dei servizi alla qualità della vita nel suo insieme.

E' quanto ribadiscono le linee di indirizzo regionali, significativamente titolate "Una società per tutte le età: invecchiamento della popolazione e prospettive di sviluppo".

Anziché integrare le politiche sanitarie con le politiche sociali, integrare tutte le politiche per rispondere in modo unitario ai bisogni degli anziani, nella prospettiva di garantire le condizioni di una vita indipendente (mobilità, abitazioni, sicurezza, cultura, tempo libero).

Questo in una prospettiva non già della tutela di una fascia di età protetta, quanto della realizzazione di una società nella quale i diritti di cittadinanza e di libertà di scelta siano garantiti per tutte le età. Tutte le scelte programmatiche sono dunque chiamate in causa.

4.2 Salute mentale

Il tema di Ferrara in Piano 2003-5 è stato “**sostegno ai portatori di cura alle persone con malattie mentali**”.

In ogni individuo sono strettamente intrecciati e profondamente interdipendenti gli aspetti fisici, sociali e mentali della salute.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha trasmesso, nel 2001, un messaggio semplice e tuttavia ricco di implicazioni: la salute mentale - ignorata per troppo tempo - è cruciale per il benessere di tutti gli individui, le società e i paesi e deve essere universalmente messa in nuova luce.

Il concetto di salute mentale include un benessere soggettivo, la percezione di una propria efficienza, l'autonomia, la competenza, la dipendenza intergenerazionale, la realizzazione del potenziale intellettuale ed emotivo di ciascuno e molto altro.

La malattia mentale impone un prezzo terribile in termini di sofferenza umana, evidente nel disagio e nella disperazione degli individui malati e nell'angoscia delle loro famiglie, ed in termini di costi sociali ed economici dovuti a perdita di produttività e maggior uso di servizi medici e sociali. { XE "SALUTE MENTALE" }

Nonostante sia ampiamente diffusa, la sofferenza mentale tradizionalmente è stata fortemente sottostimata, essenzialmente in quanto il sistema dispone soprattutto di dati sulla mortalità e non sulla disabilità.

Se consideriamo invece il carico globale di malattia, cioè gli anni di salute perduti in disabilità (*years lost to disability, YLD*) emerge, secondo le ultime stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che nei paesi occidentali ad elevato tasso di sviluppo i disturbi psichiatrici e neurologici sono la causa del 28% degli anni di vita vissuti con una disabilità, mentre rappresentano solo l'1,4% delle cause di morte e l'1,1% degli anni di vita perduti.

In un'epoca in cui la salute delle persone non viene più giudicata esclusivamente in termini di statistiche di mortalità, la disabilità gioca un ruolo centrale nel determinare lo stato di salute della popolazione.

La frequenza dei disturbi mentali in Italia.

La tabella riporta i principali risultati dell'indagine ESEMED¹⁵, condotta in sei paesi europei, tra i quali l'Italia, allo scopo di misurare la prevalenza dei disturbi mentali nella popolazione generale: il campione è stato selezionato al fine di essere rappresentativo di una popolazione di circa 47.000.000 di adulti residenti in Italia.

Questo è il primo studio che consente di 'mappare' l'estensione e le caratteristiche dei disturbi mentali presenti nella popolazione generale italiana, sia pure con una rappresentazione unica a livello nazionale.

Tabella 4.8 - Prevalenza di disturbi mentali in Italia (sulla popolazione totale)

	Prevalenza a 12 mesi	Prevalenza nel corso della vita
Ogni disturbo mentale	7,3%	18,3%
Depressione maggiore	3%	10,7%
Distimia	1%	3,4%
Fobia specifica	2,7%	5,7%

fonte: rielaborato da: De Girolamo G. e al. La prevalenza dei disturbi mentali in Italia. Il progetto ESEMED-WMH - una sintesi. Istituto Superiore di Sanità

I risultati confermano che i disturbi mentali sono frequenti anche in Italia, al pari di quanto le ricerche internazionali condotte in questi anni hanno messo in luce (de Girolamo & Bassi, 2003): tra i soggetti intervistati, circa una persona su cinque ha soddisfatto i criteri diagnostici per almeno un disturbo mentale nel corso della vita, mentre uno su quindici ha sofferto di un disturbo mentale nei 12 mesi precedenti.

La depressione maggiore, le fobie specifiche e la distimia sono risultati i disturbi più comuni, con percentuali di prevalenza nel corso della vita rispettivamente pari al 10,1%, al 5,7% ed al 3,4%.

¹⁵ progetto europeo [European Study on the Epidemiology of Mental Disorders](#) (ESEMED)

I disturbi mentali sono più frequenti nei disoccupati, nei disabili, nelle casalinghe e nelle persone con livello di istruzione solo elementare.

La ricerca ESEMED consente di concludere che, benché la prevalenza dei disturbi psichiatrici sia relativamente bassa, ci sono in Italia almeno 3 milioni e mezzo di persone che soffrono ogni anno di un disagio psichico di gravità tale da poter essere classificato come disturbo mentale secondo il DSM-IV. Soltanto il 30% si rivolge però ad un professionista per questo disturbo e la terapia farmacologica, almeno nel 2000-2001, era marcatamente inappropriata.

Tabella 4.9 - Alcuni dati sulla salute mentale a Ferrara

	Distretto centro nord	Distretto sud est	Distretto ovest	Provincia
Tasso di incidenza (nuovi accessi al DSM)	5,54	8,4	5,62	6,41
Tasso di prevalenza (pazienti seguiti dal DSM)	19,33	19,89	13,88	17,38
Ricoveri in TSO	30,63	43,53	26,24	30,59
Tasso di ricovero ospedaliero	43,89	40,18	57,39	45,32

Fonte: sistema informativo DSM

I dati sull'attività del Dipartimento Salute Mentale offrono una finestra, parziale e con molti limiti, sulla situazione della salute mentale.

In assenza di dati di confronto regionali, si possono solo cogliere dalla tabella due disomogeneità territoriali: un maggior tasso di incidenza, cioè nuovi accessi, nel distretto Sud-Est ed un maggior tasso di ricovero ospedaliero (in case di cura, sostanzialmente) nel distretto Ovest.

I dati sui suicidi esplorano un versante ancora più ristretto della salute mentale, sebbene si tratti di uno dei versanti più drammatici: l'autosoppressione.

Ferrara mostra un tasso di suicidio più alto della media regionale, sebbene la figura sottostante mostri valori medi inferiori a Ferrara nel secondo periodo considerato rispetto al precedente periodo.

Le variazioni osservate non possono essere interpretate come un trend in diminuzione, sia per la brevità del periodo osservato, sia per la nota oscillazione negli anni dei suicidi.

Sono state calcolate medie su periodi triennali proprio per ovviare in parte alla forte oscillazione annuale dei valori. I dati nelle due tabelle (4.10 e 4.11) provengono da fonti informative diverse, non confrontabili tra loro.

Tabella 4.10 - dati sui suicidi di fonte ISTAT

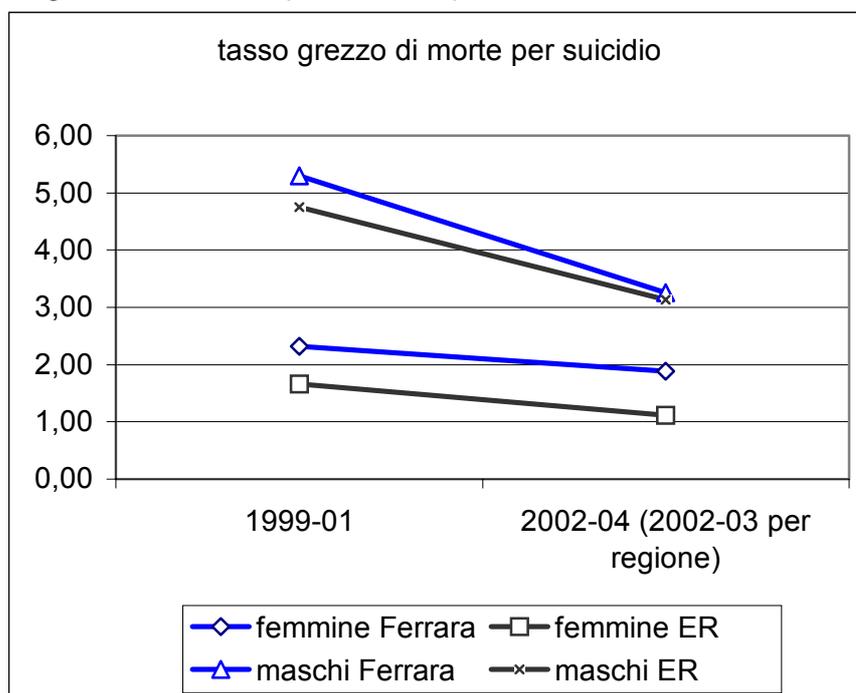
	Azienda USL	Emilia Romagna	Fonte
Tasso di suicidi (2001)	12,7 per 100.000	9,4 per 100.000	ISTAT (SITIS)
Tentativi di suicidio (2001)	10,4 per 100.000	12,5 per 100.000	ISTAT (SITIS)

Tabella 4.11 - dati sui suicidi di fonte Azienda USL (2004)

	Distretto centro nord	Distretto sud est	Distretto ovest	Provincia
Tasso* di mortalità per suicidio - maschi	9,66	35,56	5,85	16,8
Tasso* di mortalità per suicidio - femmine	7,52	3,82	8,3	6,6

* tasso grezzo (non standardizzato = non confrontabile con altri territori)

figura 4.5 mortalità per suicidio, per sesso



* tassi standardizzati per 100.000 (pop. Standard Emilia Romagna 1998).
 fonte: elaborazione dal registro regionale di mortalità

4.3 Famiglie e minori

Il tema di Ferrara in Piano 2003-5 è stato **“sostegno ai genitori nella cura dei figli”**

Le famiglie

Per una descrizione di contesto sulle famiglie si rimanda al capitolo 3.

In questa sede verranno approfonditi alcuni aspetti. I dati sui matrimoni risentono della mancanza di dati attendibili sulle unioni di fatto che, da evento marginale e ininfluenza sulle statistiche, stanno diventando, sia nella percezione comune sia per i demografi, una realtà numericamente assai consistente. Tuttavia appare chiara una marcata riduzione nel numero delle famiglie.

Figura 4.6 numero di matrimoni ogni mille abitanti nel ferrarese



fonte: statistica self-sevice regione Emilia Romagna

tabella 4.12 - distribuzione di coniugati, separati e divorziati

	Coniugati/e	- di cui separati/e di fatto	Separati/e legalmente	Divorziati/e
distretto ovest	51,3	0,54	1,82	1,54
distretto centro-nord	50,6	0,53	2,05	1,95
distretto sud-est	51,9	0,60	1,67	1,53
Provincia	51,1	0,55	1,89	1,75

Fonte: ISTAT - censimento 2001

Famiglie composte da un solo genitore con figli minori

Costituiscono la categoria familiare a maggior rischio di povertà e conseguentemente di disuguaglianze. Le famiglie composte da madri sole con figli costituiscono il 2,8% della popolazione. I padri con figli sono lo 0,5% della popolazione. In particolare, le famiglie giovani con figli piccoli rappresentano una realtà in cui possono concentrarsi differenti fattori di fragilità, specialmente in presenza di dimensioni familiari abbastanza sostenute con un ridotto numero di percettori di reddito. In questo contesto, quando la figura del lavoratore principale si indebolisce (ad esempio in seguito ad una separazione familiare), il nucleo familiare entra immediatamente nell'area del disagio economico.

Occupazione femminile

A Ferrara nel 2004 risultano occupate, secondo la nuova rilevazione continua ISTAT, 70.000 donne residenti su una forza lavoro femminile che conta circa 74.000 persone.

Salute riproduttiva

La tabella illustra, per distretto sanitario, i principali indicatori riguardanti la natalità e le interruzioni di gravidanza.

Tabella 4.13 - natalità nel 2004

Anno 2004	Distretto Centro-Nord	Distretto Sud-Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia Romagna
Donne in età fertile (15-49 anni)	37.887	22.266	15.767	75.920	928.473
% donne in età fertile	49,9	29,3	20,8	100	-
Nati	1079	603	579	2261	34.988
% nati sul totale provinciale	47,7	26,7	25,6	100	-
Tasso di natalità per mille	6,3	6,5	8,3	6,7	8,82
Indice di fecondità	28,5	27,1	36,7	29,8	37,7

Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione) Nati = DRG 370-375;

La natalità conosce un andamento nettamente differenziato all'interno della provincia, con un andamento nettamente in crescita nel distretto Ovest; questo modifica di conseguenza tutti gli indici correlati.

Tabella 4.14 - interruzioni di gravidanza nel 2004

Anno 2004	Distretto Centro-Nord	Distretto Sud-Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia Romagna
Donne in età fertile (15-49 anni)	37.887	22.266	15.767	75.920	928.473
% donne in età fertile	49,9	29,3	20,8	100	-
n. IVG	527	289	233	1049	14.574
tasso di abortività ¹⁶ per 1000	13,9	13,0	14,8	13,8	15,7
Rapporto di abortività ¹⁷ per 100	32,8	32,4	28,7	31,7	29,4

Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione) Nati = DRG 370-375; IVG = DRG 381

¹⁶ tasso di abortività = IVG/donne in età fertile (15-49anni)

¹⁷ Rapporto di abortività = IVG/nati+IVG

Tabella 4.15 - Altri indicatori sulla salute riproduttiva femminile nel 2004

	Azienda USL	Emilia Romagna
% parti cesarei sul totale	31,6 %	30,7 %
Aborti spontanei/1000 donne in età fertile	2,9	3,4

Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio delle SDO

Nota: parto cesareo = DRG 370,371; aborto spontaneo = codice patologia principale 634

Il PSN 2003-2005 indica per il parto cesareo una proporzione ottimale pari al 20%: le ferraresi superano di un punto percentuale il valore regionale e di ben 12 punti percentuali il traguardo indicato dal Ministero.

Salute dei bambini

Le maggiori organizzazioni internazionali sottolineano l'importanza di investire risorse essenziali sui primi anni di vita indicati, con crescente evidenza, come un'epoca cruciale per la salute nelle decadi successive.

Le disuguaglianze socio-economiche pesano sulla salute dei bambini in modo particolare, sebbene spesso questa circostanza sia inavvertita presso i pubblici amministratori e presso la pubblica opinione. Due studi saranno citati a documentazione dell'importanza delle condizioni socio-economiche per la salute dei bambini.

Uno studio longitudinale effettuato nella città di Torino nei primi anni '90 misurò una mortalità più alta nei bambini appartenenti a famiglie di lavoratori manuali rispetto alla popolazione generale (SMR 173 con IC 102-274, perciò significativo).

Il sovrappeso nei bambini presenta un gradiente da Nord a Sud ed è associato non solo alla familiarità e agli stili di vita ma anche alle risorse economiche della famiglia e al titolo di studio della madre¹⁸.

Aspetti demografici

Tabella 4.16 - Distribuzione percentuale della popolazione infantile e giovanile

	0-2 anni	3-5 anni	6-10 anni	11-13 anni	14-18 anni	19-23 anni
Distretto Ferrara Centro-Nord	1,89	1,84	2,99	1,88	3,03	3,40
Distretto Ferrara Ovest	2,53	2,33	3,69	2,14	3,57	4,19
Distretto Ferrara- Sud Est	1,95	1,88	3,14	1,99	3,51	4,20
Provincia	2,04	1,95	3,18	1,97	3,28	3,79

Fonte: statistica self-service regione Emilia Romagna

I contingenti di bambini alle varie età sono percentualmente più numerosi nel distretto Ovest. Il distretto Centro-Nord mostra le percentuali inferiori della provincia.

Tabella 4.17 - Mortalità nei bambini

	Azienda USL	Emilia Romagna	Italia(2001)	UE(2001)
Mortalità neonatale (per mille nati vivi) (media 2000-2003)	2,86	2,51	3,42	3,15
Mortalità infantile [0-1 anno] (per mille nati vivi) (media 2000-2003)	3,59	3,56	4,4	4,2
Mortalità infantile 2004	4,86	dati non disponibili		
Mortalità 0-14 anni (2003) maschi	23,04	39,64		
Mortalità 0-14 anni (2003) femmine	61,76	37,94		

Fonte: registro regionale mortalità, registro aziendale mortalità Ferrara, rapporto sulla salute del bambino

¹⁸ fonte: Rapporto sullo stato di salute dei bambini - 2004

La mortalità nel primo anno di vita mostra numeri così contenuti che un esame sui dettagli distrettuale sarebbe privo di significato statistico.

Questo non toglie che su ogni morte in età infantile, ma a maggior ragione nel primo anno di vita, vada condotta un'inchiesta per precisare in modo approfondito le cause e i possibili spazi d'intervento preventivo.

A Ferrara è possibile osservare un tasso di mortalità infantile inferiore al tasso medio regionale. Non sono ancora disponibili i dati regionali per confrontare il tasso calcolato per il 2004.

Tabella 4.18 - Indicatori di salute dei bambini

	Azienda USL	Emilia Romagna	Italia ²¹ (2002)	UE ²¹ (2001)
% basso peso alla nascita (2003) ¹⁹	3,8	6,6	6,5	-
% Allattamento al seno esclusivo alla dimissione ²⁰	76,5 (2004)	Non disp.	89	-
% Allattamento al seno esclusivo ai 6 mesi ²³	5,5 (2004)	Non disp.	4,7	-
% di bambini sovrappeso/obesi (5-6 anni) ²¹	24	25,4	36 (in età scolare)	24 (in età scolare)
% di bambini sovrappeso/obesi (8-9 anni) ²⁴	29,7	-		

Basso peso alla nascita

Il trend temporale favorevole, dovuto al miglioramento generale delle cure perinatali, delle condizioni educative e socio-economiche, permane ancora a Ferrara, mentre invece è compensato a livello nazionale e regionale dall'aumento del numero delle famiglie povere e dall'aumento delle nascite in donne di età più avanzata. Un effetto ipotizzato ma non ancora documentato è un'alterazione della crescita e dello sviluppo fetale attribuita all'inquinamento da sostanze chimiche presenti sia nell'aria che nell'acqua che nel cibo (Piano d'azione europeo per la salute ambientale del bambino – Budapest giugno 2004).

Allattamento al seno

Un numero sempre crescente di indagini, mostrano che l'allattamento materno è particolarmente adatto per soddisfare i bisogni alimentari ed emotivo-psicologici del bambino. Oltre alle proprietà nutritive e protettive del latte, l'allattamento al seno permette infatti di stabilire un contatto importante fra madre e figlio. A questo si uniscono crescenti evidenze di vantaggi in termini di salute anche per la madre che allatta al seno il proprio bambino. Le raccomandazioni dell'OMS vanno nella direzione di un allattamento esclusivo per i primi sei mesi di vita del bambino: almeno il 50 per cento dei bambini con tale alimentazione fino a sei mesi.

Un'indagine nell'Azienda USL ha evidenziato un bassissimo tasso di conservazione dell'allattamento esclusivo fino a 6 mesi.

Patologie croniche e condizioni di rischio: asma, obesità, tumori

Anche nel campo della salute dei bambini stanno acquisendo importanza i problemi legati alla cronicità (asma, obesità, salute mentale).

Per quanto riguarda l'asma. lo studio SIDRIA-2, condotto a livello nazionale, ha potuto misurare un arresto della crescita della prevalenza di asma in età scolare. Lo studio "La salute del bambino e l'ambiente" realizzato in provincia di Ferrara ha rilevato nei bambini con età 6/7 e 13 anni una prevalenza di asma diagnosticata da un medico pari al 5,6% (simile alla prevalenza rilevata nella provincia di Rovigo).

L'incidenza di tumori in età pediatrica è in aumento in Italia dell'1% circa l'anno. I tumori infantili rappresentano una patologia particolare con categorie diagnostiche differenziate rispetto agli adulti. L'esito per le leucemie linfatiche acute, che rappresentano la categoria maggioritaria, è buono e ha visto miglioramenti molto forti negli anni '90 raggiungendo il livello di 78% di sopravvissuti a 5 anni della diagnosi. La sopravvivenza dei tumori infantili complessiva per tutti i tumori è del 72%, molto migliore di quella per gli adulti (55%).

¹⁹ fonte: Banca dati CEDAP Emilia Romagna 2003

²⁰ Cuoghi - Azienda USL Ferrara - studio sull'allattamento

²¹ fonte: studio So.N.I.A. sorveglianza nutrizionale infanzia adolescenza 2003/4 a cura del SSR – Emilia Romagna

Tabella 4.19 - Bambini con malattie croniche seguiti presso Servizio Salute Infanzia (2004)

malattia	n. bambini	Prevalenza (per mille)
Tumori oncoematologici	28	1,5
obesità grave	116	6,1
epilessia	56	2,9
celiachia	89	4,7
diabete tipo1	49	2,6
tireopatie	10	0,5
fibrosi cistica	8	0,4

Fonte: elaborazione da dati attività Pediatria di Comunità

Tabella 4.20 - Vaccinazioni

Copertura vaccinazioni obbligatorie 2003	Azienda USL	Emilia Romagna
antipolio 12° mese	98,8	98,3
antipolio 4° anno	98,2	96,8
antidiftotetanea 12° mese	98,9	98,4
antidiftotetanea 7° anno	98	96,8
antiepatite B 12° mese	98,7	98,1
antiepatite B 13° anno	97,4	95,4
Copertura vaccinazioni facoltative		
MPR (antimorbillo, rosolia, parotite) 24° mese	96,1	92
MPR (antimorbillo, rosolia, parotite) 13° anno	97	84

Fonte: report regionale 2004

La copertura vaccinale è soddisfacente. L'unico problema sono i ritardi vaccinali.

Promozione della lettura ad alta voce

Recenti ricerche scientifiche hanno dimostrato come il leggere ad alta voce con una certa continuità ai bambini in età prescolare abbia una profonda influenza sia sul lato relazionale (diventa più stretto il legame tra bambino e genitori) che cognitivo (diventa più precoce l'abilità alla lettura e più raffinata la comprensione del linguaggio²²).

Salute psico-sociale

Rappresenta l'area dell'infanzia dove la prevalenza dei problemi è più alta in assoluto: secondo gli estensori del Rapporto sulla salute del bambino (dell'Istituto Garofalo di Trieste) un ragazzo su sei ha qualche problema di salute mentale. La prima tabella tratteggia un quadro globale della situazione italiana sulla base di alcuni studi locali. La successiva tabella riporta la situazione ferrarese desumibile dai dati di attività di Neuropsichiatria infantile.

Tabella 4.21 - Salute mentale in Italia in età pediatrica

disturbo	prevalenza
Disturbi apprendimento	5%
Disturbi severi del comportamento	1,6%
Depressione	8%
Anoressia	0,6%
Bulimia	1-2%

Fonte: SINPIA,2002

Tabella 4.22 - Minori seguiti per disturbi neuropsichiatrici gravi in provincia di Ferrara (2003)

disturbo	n. totale	Prevalenza (per mille)
Dist. Person. F60-69	22	1,2
Autismo F84	73	3,8
Dist. Condotta F91	79	4,1
Miopatie G70-73	7	0,4
P.C.I. G80-83	94	4,9
Ipovisione H54	22	1,2
Ipoacusia H90	24	1,3
Malfor. Cong. Q00-79	63	3,3
Anom. Cromos. Q90-99	55	2,9
ritardo mentale	340	17,8

²² Causa - Quaderni ACP 2003

4.4 Tumore del polmone

Il tumore del polmone è la prima causa di morte per tumore nel sesso maschile. Questo è dovuto ad una sopravvivenza ancora bassa: dopo 5 anni sopravvive solo il 10% circa dei malati. Non esistono evidenze scientifiche chiare sulla efficacia di misure di diagnosi precoce.

La diagnosi precoce in realtà non cambia la storia naturale del tumore, ma semplicemente anticipa il momento della scoperta della malattia, e quindi ne offre la piena consapevolezza a chi nella guerra contro di essa potrà solo vincere a caro prezzo qualche battaglia iniziale, ma non ottenere la vittoria finale.

Unico intervento sicuramente efficace è la prevenzione primaria. Il primo obiettivo di questa è chiaramente il fumo: evitando sia l'esposizione attiva che l'esposizione involontaria, anch'essa fattore che aumenta il rischio di tumore del polmone. Il principale fattore di rischio associato al tumore è il fumo di sigaretta: il rischio relativo nei fumatori è da 8 a 40 volte superiore ai non fumatori. Al fumo di tabacco è attribuibile l'85-90% dei casi di carcinoma polmonare. Il 15% dei fumatori svilupperà un tumore del polmone. Sono necessari 15 anni dalla cessazione dell'esposizione al fumo per osservare una riduzione del rischio al livello dei non fumatori. I dati sull'esposizione al fumo nei ferraresi sono presentati nel capitolo sulle malattie cardiovascolari.

Altri fattori di rischio per il tumore del polmone sono: l'esposizione professionale a diverse sostanze cancerogene, l'esposizione a radon o ad amianto, il fumo passivo e l'inquinamento atmosferico. A questo gruppo è attribuibile circa il 10-15% dei casi.

La comparsa dei nuovi casi di tumore del polmone (incidenza)

Il tumore del polmone costituisce il tumore con incidenza maggiore (più diagnosticato) nei maschi ed il secondo nelle femmine (dopo il tumore della mammella).

Tabella 4.23 - incidenza²³ del tumore del polmone* negli anni '90*

	Registro Tumori Ferrara		Registro Tumori Romagna		Registro Tumori Modena	
	tasso	Errore standard	tasso	Errore standard	tasso	Errore standard
Incidenza di tumore del polmone – uomini 1993-97	96,1	2,55	85,7	1,49	90,7	1,96
Incidenza di tumore del polmone – uomini 1999-2001	89,3 [24]	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Incidenza di tumore del polmone – donne 1993-97	20	1,12	19	0,69	18,2	0,86
Incidenza di tumore del polmone – donne 1999-2001	22,4 [nota 14]	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

* Tassi standardizzati (sulla popolazione italiana 1981)

Fonte: *Il cancro in Italia - III ed. 2001 (ultimi dati pubblicati finora)*

Nei dati in tabella si osserva un'incidenza significativamente maggiore di tumore del polmone a Ferrara rispetto alla Romagna, presa come area di confronto. Nessuna differenza invece rispetto a Modena.

Trend incidenza

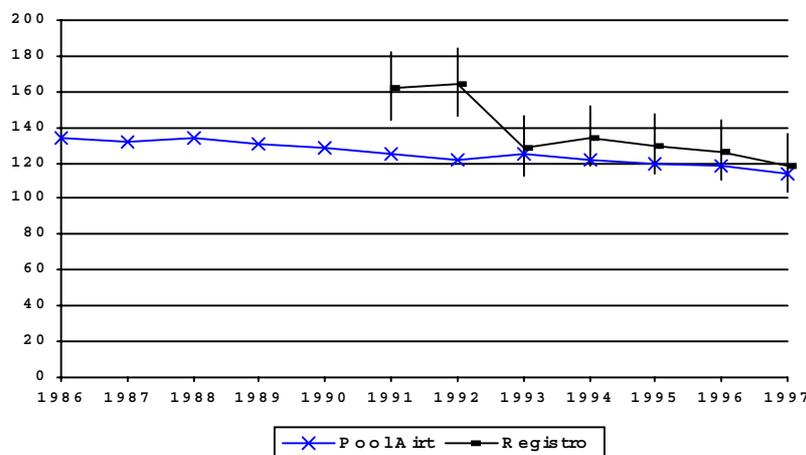
La prossima figura 4.7 riporta il confronto dell'incidenza di tumore del polmone a Ferrara con l'incidenza registrata in tutti i Registri tumori italiani. Le linee verticali rappresentano gli intervalli di confidenza. Tranne i primi due anni, nei quali si vede l'effetto prevalenza (sono stati

²³ Incidenza = nuovi casi che vengono diagnosticati

²⁴ Ferretti S. I tumori polmonari in provincia di Ferrara: epidemiologia descrittiva 1995-2001 ed analisi dei profili assistenziali. Differenze fra area urbana e rurale. Ferrara, dicembre 2004

registrati anche tumori diagnosticati in anni precedenti), l'incidenza mostra valori statisticamente sovrapponibili.

Figura 4.7 confronto dell'incidenza del tumore del polmone registrata a Ferrara e nel pool dei Registri Tumori



Fonte: Crocetti e al. - Gli andamenti temporali della patologia oncologica in Italia (1986-1997) – Epidemiologia & Prev. Supplemento marzo-aprile 2004

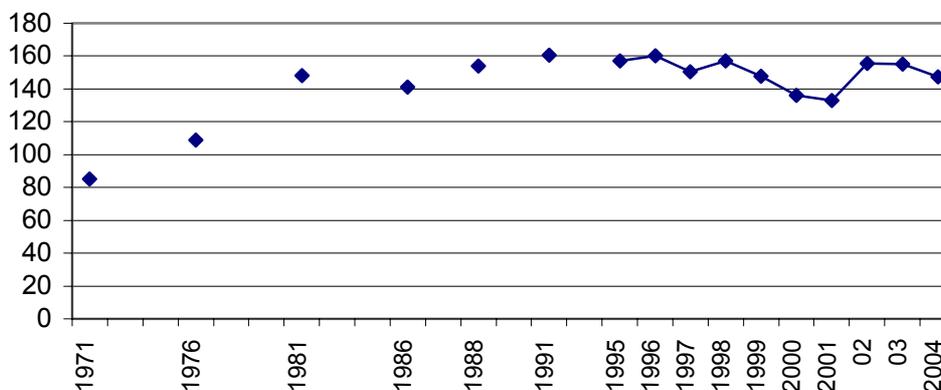
Sostanzialmente stabile l'incidenza nei maschi e in lieve aumento nelle femmine, probabilmente per l'effetto della crescente esposizione al fumo di tabacco negli ultimi decenni da parte delle persone di sesso femminile. La variazione media annua del tasso di incidenza di tumore del polmone dal 1991 al 1997 a Ferrara risulta pari a $-2,6\%$ nei maschi e $-0,4\%$ nelle femmine.

La mortalità per tumore del polmone

La figura riporta una possibile ricostruzione del trend della mortalità per tumore del polmone dal 1971 al 2003, ottenuta sulla base dei dati di mortalità ISTAT, pubblicati in varie fonti. Preme precisare che, trattandosi di dati grezzi, esprimono il reale carico di malattia presenta a Ferrara, ma non consentono confronto con la mortalità registrata in altri territori.

Figura 4.8 andamento della mortalità per tumore del polmone dal 1971 al 2004 a Ferrara

ricostruzione dell'andamento dei tassi grezzi di mortalità per tumore del polmone nei maschi residenti in provincia di Ferrara



fonte: elaborazione da vari dati pubblicati

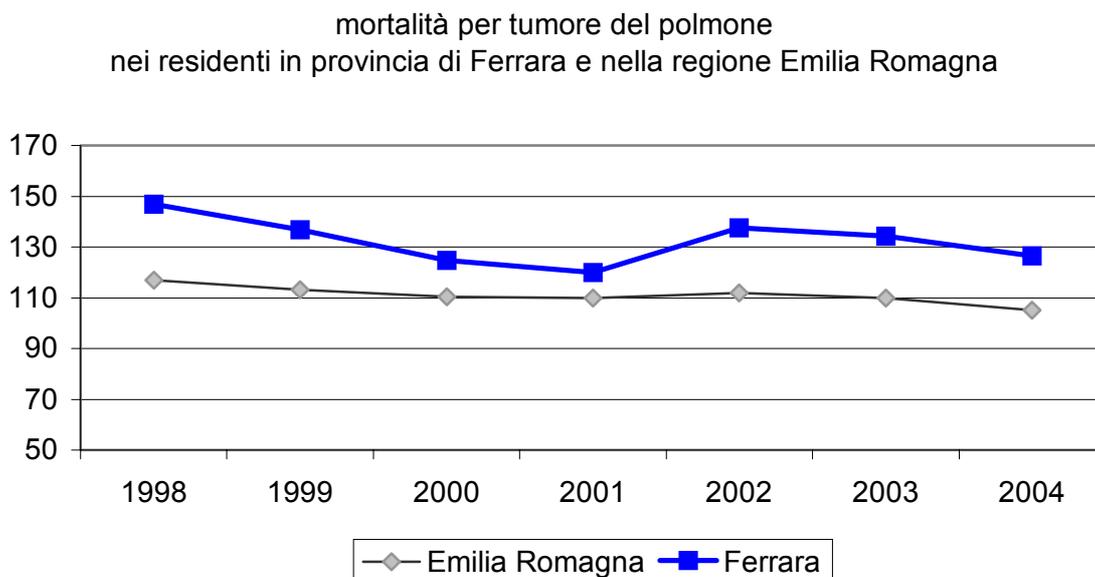
Fino all'inizio degli anni '80 la crescita è proseguita, per poi assestarsi su tassi di mortalità sostanzialmente invariati fino ad oggi. L'accento ad una diminuzione del tumore, osservato nei primi anni del 2000 non ha purtroppo trovato conferme negli anni successivi. La situazione, per quanto riguarda i maschi, mostra un gap rispetto alla media regionale, che la tabella sottostante illustra.

Tabella 4.24 - tassi standardizzati di mortalità per tumore del polmone nei maschi

anni	Ferrara		Emilia Romagna	
	t. stand.	e. stand.	t. stand.	e. stand.
1996*	143,36	8,74	115,53	2,40
1997*	135,13	8,52	110,58	2,34
1998	146,9	9,06	116,86	2,46
1999	136,87	8,73	113,24	2,41
2000	124,57	8,29	110,44	2,37
2001	120,05	8,08	110,00	2,34
2002	137,58	8,58	111,98	2,35
2003	134,23	8,40	109,9	2,31
2004	126,62	8,14	105	2,24

Fonte: registro regionale mortalità

Figura 4.8 confronto della mortalità per tumore del polmone nei maschi a Ferrara con il tasso medio regionale



* tassi standardizzati per 100.000 (pop. Standard Emilia Romagna 1998).
fonte: elaborazione dal registro regionale di mortalità

Trend mortalità

La maggiore mortalità per tumore del polmone è condivisa con un'ampia area costiera del nord-est che si estende da Trieste a Ravenna: le cause non sono state individuate con certezza. Esistono varie ipotesi e in alcune indagini è stata dimostrata la presenza di un'associazione tra esposizione a qualche fattore indagato e mortalità per tumore polmonare (per es. a Trieste l'associazione è risultata positiva con la residenza nel centro cittadino; nel basso ferrarese l'associazione è risultata positiva con l'esposizione al fumo e la povertà).

La variazione media annuale del tasso di mortalità per tumore del polmone, sotto l'ipotesi di normalità e di invarianza degli altri fattori, risulta pari a -2,3% nei maschi nel periodo 1996-2003.

Profilo assistenziale dei malati di tumore del polmone nell'area ovest della provincia (definita "urbana") e nell'area est (definita "rurale"). – sintesi-

Nell'ambito del Piano per la salute, il Registro Tumori di Ferrara ha condotto un'analisi dei profili assistenziali su una coorte di malati per tumore del polmone²⁵ con l'obiettivo di studiare le differenze di accesso ai servizi sanitari ospedalieri misurate attraverso i tassi di ospedalizzazione. L'analisi è stata condotta dividendo la provincia in due aree: un'area "urbana" nella parte Ovest (ex distretti di Cento e di Ferrara) e un'area "rurale" denominata Est (ex distretti di Copparo, Portomaggiore e Codigoro). Lo studio ha riguardato i malati diagnosticati dal 1999 al 2001, seguiti fino al 2003.

Si sintetizzano qui alcuni risultati dello studio. Si rinvia alla pubblicazione originale per un quadro completo.

Tabella 4.24 - Confronto delle caratteristiche dei malati di tumore del polmone

	Area Ovest (ex distretti di Cento e Ferrara)	Area Est (ex distretti di Copparo, Codigoro e Argenta)	Totale (provincia)
pazienti	527	398	925
maschi	415 (78,8%)	331 (83,2%)	749 (80,6%)
Incidenza (tasso standardizzato) - maschi	85,7 (I.C. ²⁶ . 70,9 – 100,5)	93,0 (I.C. 75,0 – 111,0)	[Differenza non significativa]
Incidenza (tasso standardizzato) - femmine	23,4	21	[Differenza non significativa]
Conferme diagnostiche cito-istopatologiche	81,5	75,3	[differenza significativa p=0,024]
Forme a stadio avanzato o sconosciuto	47,1	54,8	[differenza significativa p=0,021]

Fonte: vedi nota 31 a piè di pagina

Trova qui conferma l'osservazione, peraltro già nota, che "la residenza in aree rurali rispetto agli insediamenti urbani è associata a diagnosi più tardive e stadio più avanzato o non definito".

Anche i livelli assistenziali hanno mostrato una certa discontinuità tra le due aree. I malati diagnosticati nel 1999 registrano tassi di ospedalizzazione inferiori ed un minor uso del day hospital. La differenza è stata colmata negli anni più recenti. Come riportato nella discussione conclusiva dello studio, "i pazienti residenti nell'area Est con neoplasia incidente (cioè diagnosticata) nel 2001, hanno infatti usufruito, sul piano qualitativo e quantitativo, degli stessi livelli di assistenza ospedaliera dell'area Ovest, per tutte le classi di età e indipendentemente dalle situazioni concomitanti, con un significativo incremento nel periodo.

²⁵ Ferretti S. I tumori polmonari in provincia di Ferrara: epidemiologia descrittiva 1995-2001 ed analisi dei profili assistenziali. Differenze fra area urbana e rurale. Ferrara, dicembre 2004

²⁶ I.C. = intervallo di confidenza (è una misura della significatività statistica del dato)

4.5 Incidenti stradali

Gli incidenti stradali sono un problema di sanità pubblica per l'intera regione Emilia Romagna, a causa della loro elevata frequenza, e Ferrara è la provincia con i maggiori tassi di mortalità da incidente stradale in regione.

- **Dati sugli incidenti stradali (quanti sono, dove avvengono, chi sono le vittime)**

	Ferrara	Ravenna	Forlì-Cesena	Rimini	AVR	Em.-Rom.	Italia
Tot. incidenti stradali	1.613	2.229	2.541	2.891	7.661	24.712	225.141
Persone morte	77	64	62	46	172	700	6.015
Persone ferite	2.154	3.217	3.442	3.845	10.504	34.158	318.961

Fonte: elaborazione da rapporti annuali Istat

Tabella 4.26 - Incidenti nei capoluoghi di provincia (confronto 2002-2003).

	% incidenti		Differenza 2002 - 2003
	2002	2003	
Ferrara	48,5	44,0	- 4%
Ravenna	46,1	51,4	+ 3%
Forlì- Cesena	69,7	72,2	+ 2%
Rimini	71,4	67,5	- 4%
Emilia-Romagna	54,4	56,2	+ 2%

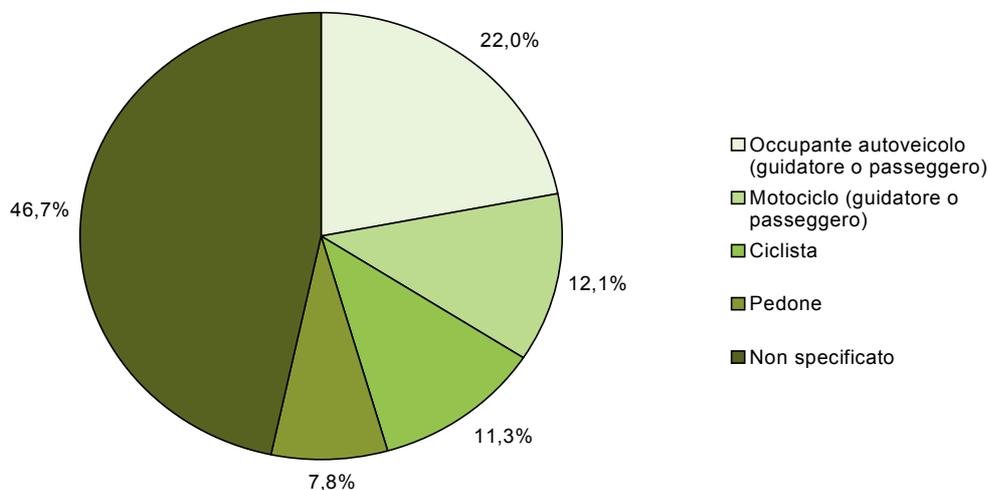
Fonte: elaborazione da rapporti annuali Istat

Tabella 4.27 - Numero di morti ogni 100 incidenti, per categoria di strada

	Rapporto di mortalità					
	Strade statali		Strade provinciali		Strade urbane	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Ferrara	10,3	6,7	10,3	6,7	3,3	3,5
Ravenna	5,8	3,7	9,2	6,8	2,6	1,0
Forlì- Cesena	9,3	7,0	4,7	4,0	1,8	1,8
Rimini	1,3	4,5	9,3	3,8	1,1	1,2
Emilia-Romagna	5,3	6,0	7,1	7,1	2,0	1,7

Fonte: elaborazione da rapporti annuali Istat

Figura 4.9 Distribuzione dei deceduti in incidente stradale, per categoria



fonte: Incidenti stradali nelle province della costa emiliano-romagnola

tabella 4.28 - Statistica sugli incidenti stradali in alcune strade statali della provincia di Ferrara, per rapporto di pericolosità²⁷ (2003)

strada	n. di incidenti/km	Rapporto di pericolosità
S.S. 309 Romea tratto ferrarese	2,4	3,1
SS 16 Adriatica tratto ferrarese	1,6	3,5
SS 495 Codigoro	0,3	0

Fonte: ACI Localizzazione degli incidenti stradali

▪ la mortalità per incidenti stradali

Il rischio di morte per incidente è superiore del 29% a Ferrara rispetto alla media regionale, considerando globalmente la mortalità senza distinzione di sesso.

La mortalità è nettamente superiore tra i maschi ferraresi rispetto alla media regionale, come mostra la successiva tabella.

Tabella 4.30 - mortalità per incidente stradale nell'intero periodo 1994-2002 *

	Azienda USL Ferrara		Emilia Romagna	
	Tasso standardizzato	I.C. ²⁸ 95%	Tasso standardizzato	I.C. 95%
Mortalità per incidente stradale - uomini	39,2	36,1 – 42,4	29,6	28,8 – 30,4
Mortalità per incidente stradale - donne	11,1	9,5 – 12,7	9,3	8,8 – 9,7

*(tasso per 100.000) (standard sulla popolazione di Italia 2001) mortalità cumulativa dal 1994 al 2002

fonte: Incidenti stradali nelle province della costa emiliano-romagnola

I maschi giovani e adulti sono le vittime principali della mortalità per incidente stradale, con un significativo divario tra Ferrara e la media regionale.

Tabella 4.31 - mortalità per incidente stradale - tassi specifici età 20-24 anni (x 100.000)

	1994-96	1997-99	2000-2002
Ferrara	75,2	66,2	60,8
Emilia Romagna	39,5	43,2	34,1

fonte: Incidenti stradali nelle province della costa emiliano-romagnola

tabella 4.32 - Anni di vita potenzialmente perduti per incidente stradale nei maschi *

	1994-96	1997-99	2000-2002
Ferrara	1.194	1.134	1.261
Emilia Romagna	845	777	730

*tasso degli anni di vita perduti, standardizzato, per 100.000 abitanti

fonte: Incidenti stradali nelle province della costa emiliano-romagnola

▪ i ricoveri da incidente stradale

Le pesanti conseguenze in termini di salute non si limitano alla mortalità, come illustrano alcuni indicatori tratti dai dati dell'assistenza ospedaliera.

Tabella 4.33 - Ricoveri in ospedale per trauma da incidente stradale (1999-2003)

²⁷ rapporto di pericolosità: numero di morti ogni 100 morti + feriti per incidente stradale

²⁸ I.C. = intervallo di confidenza: è una misura della significatività statistica

	Ferrara	Area Vasta	Emilia-Romagna
1999	1.159	3.703	11.475
2000	969	3.067	9.375
2001	958	2.745	8.316
2002	839	2.411	7.594
2003	788	1.917	6.698

fonte: Incidenti stradali nelle province della costa emiliano-romagnola

tabella 4.34 - diminuzione del tasso di ricovero per incidente stradale, dal 1999 al 2003*

	Ferrara	Emilia Romagna
1999 - maschi	3,8 (3,5-4,1)	3,4 (3,4-3,5)
1999 - femmine	2,2 (2,0-2,4)	1,9 (1,8-1,9)
2003 - maschi	2,7 (2,4-2,9)	2,1 (2,0-2,1)
2003 - femmine	1,2 (1,0-1,3)	0,9 (0,9-1,0)

* standardizzato su Italia 2001

fonte: Incidenti stradali nelle province della costa emiliano-romagnola

tabella 4.35 - Tasso di ricovero per trauma cranico *

	Ferrara	Romagna
1999-2003 maschi	265,8 (ES: 13,47)	316,21 (ES: 8,23)
1999-2003 femmine	161,6 (ES: 10,42)	163,29 (ES: 5,77)

* calcolato sul periodo 1999-2003; il tasso è standardizzato su Italia 2001

fonte: i traumi cranici in Romagna

I traumi cranici considerati nella tabella sono di varia origine, la maggior parte sono dovuti a incidente stradale. Ferrara presenta un tasso di ricovero per trauma cranico significativamente inferiore rispetto alla Romagna considerata nel suo insieme.

La tabella che segue riporta alcuni dati sui ricoveri di ferraresi nel 2004, registrati come dovuti a traumi ed in particolare alle conseguenze di incidenti stradali.

Tabella 4.36 - tassi di ospedalizzazione in conseguenza di traumi nel 2004*

	Distretto Centro-Nord	Distretto Sud-Est	Distretto Ovest	A. USL	Emilia Romagna
Ricoveri con campo trauma compilato	1.520	921	576	3.017	21.663
Tasso grezzo di ospedalizzazione per trauma	8,64	9,08	8,20	8,68	5,3
Tasso grezzo di ospedalizzazione per trauma da incidente stradale	1,70	1,60	1,80	1,70	1,13

*(i tassi sono grezzi, riferiti ai ricoveri totali compresi D.H. ed espressi per mille). I dati sono stati estratti usando come chiave il codice del campo trauma nella scheda di dimissione ospedaliera.,

Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)

Le schede SDO, che registrano tutti i ricoveri, non sono omogenee per quanto riguarda le informazioni sui traumi. In occasione dello studio "Incidenti stradali nel territorio delle Aziende USL di Ferrara, Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini" è stato valutato il rapporto fra schede SDO con campo trauma compilato e schede con il campo non compilato ma contenenti diagnosi altamente compatibili con una origine traumatica della patologia.

Pur con questi limiti, e con le consuete cautele dettate dall'utilizzo di dati grezzi, non si evidenziano differenze territoriali nel ferrarese per quanto riguarda il ricovero di residenti in conseguenza di incidenti stradali. I dati regionali hanno valore indicativo e non possono essere interpretati in questo contesto in quanto risentono di forti elementi di differenziazione nelle modalità di registrazione.

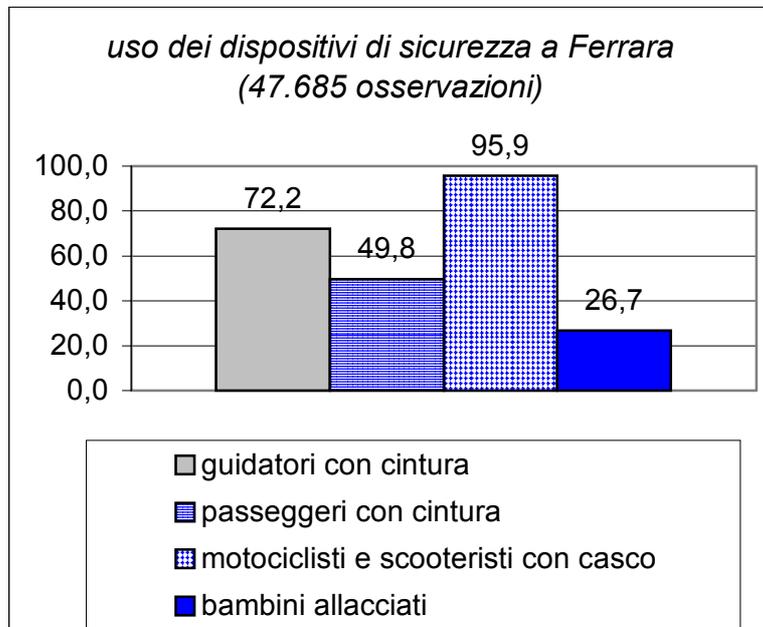
L'uso delle cinture e degli altri dispositivi di sicurezza in provincia di Ferrara

Uno studio sull'uso dei dispositivi di sicurezza è stato condotto nel periodo inverno-primavera 2005. I risultati sono pubblicati sul sito web dell'Azienda USL Ferrara.

La prevalenza d'uso sul totale dei veicoli controllati (dunque: cinture+casco+seggolino) è risultata pari al 69%, nettamente inferiore all'atteso (con la patente a punti sembrava che la prevalenza d'uso potesse avvicinarsi al 100%).

Il grafico evidenzia le percentuali di persone che indossavano il dispositivo di sicurezza al momento del controllo.

Figura 4.10 frequenze d'uso misurate a Ferrara (2005)



Il quadro sulla prevalenza d'uso dei seggiolini per bambini è drammatico: in media solo un bambino su tre è allacciato a mezzi di protezione! Su questo punto specifico va tenuto conto che il numero di osservazioni è modesto (circa 750 osservazioni) rispetto al totale e potrebbe non rappresentare in modo completo il fenomeno.

Il proseguimento delle osservazioni consentirà di tener conto di una possibile variabilità stagionale, che non sembra motivare la mancata protezione dei bambini.

Il risultato conferma una percezione comune, che i bambini vengano trasportati in condizioni di totale insicurezza: liberi sul sedile posteriore o addirittura tra le braccia del passeggero anteriore, soprattutto in occasione di tragitti brevi, come casa-scuola (che non sono comunque esenti da rischi: è sufficiente una brusca frenata per procurare danni irreparabili al bambino).

5. Problemi di salute da sottoporre a valutazione di priorità

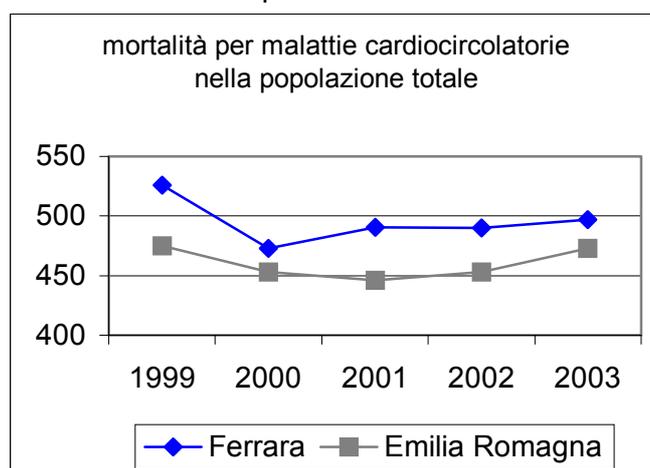
5.1 Malattie del sistema circolatorio e stili di vita

Le malattie cardiocircolatorie sono rappresentate essenzialmente, citando le loro manifestazioni cliniche più frequenti, dall'infarto del miocardio e dall'ictus cerebrale. Considerate nel loro insieme, queste malattie costituiscono un notevole carico di sofferenza e malattia per la popolazione, la prima causa di ricovero in ospedale e la prima causa di morte.

La loro caratteristica principale è data dal fatto che si tratta di tipiche malattie croniche degenerative, che compaiono dopo un lungo periodo di esposizione ai fattori di rischio e salvo i casi ad esordio fatale, accompagnano per un certo numero di anni la persona che ne è colpita. Per questi motivi, i dati di mortalità non sono in grado di rappresentare fedelmente la prevalenza di queste malattie nella popolazione.

Si tratta però di un'indicazione utile per comprendere la forza della presenza di queste malattie nella popolazione ed anche per operare confronti tra popolazioni diverse. Confrontando la mortalità dovuta a tutte le malattie cardiocircolatorie nell'intera popolazione si può notare una differenza significativa tra Ferrara e la media della regione Emilia Romagna in tutti gli anni esaminati, tranne il 2000. C'è un gap da colmare, con interventi di prevenzione primaria, rivolti alle abitudini di vita.

Figura 5.1 andamento della mortalità totale per malattie cardiocircolatorie, confronto con la regione



tasso standardizzato per 100.000 (popolazione standard Emilia Romagna 1998)
 fonte: registro regionale di mortalità

Il confronto è esteso anche ai due sottogruppi comprendenti le malattie ischemiche del miocardio (fra le quali è compreso l'infarto miocardio) e le malattie cerebrovascolari (compreso l'ictus).

Tabella 5.1 - Tassi standardizzati di mortalità per alcune malattie del sistema circolatorio nel 2003*

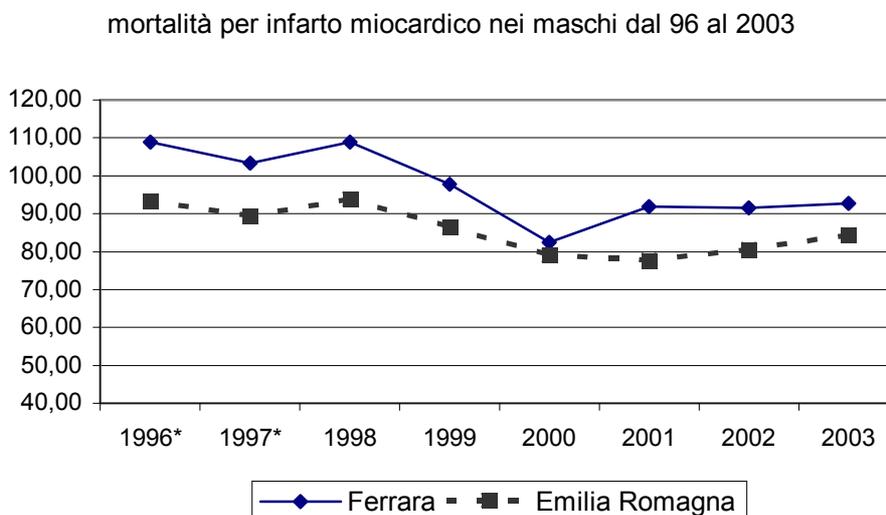
Riferito alla popolazione totale (maschi e femmine)	Azienda USL Ferrara		Emilia Romagna	
	Tasso standardizzato	Errore standard	Tasso standardizzato	Errore standard
Tutte le malattie cardiovascolari (390-459)	497,2	11,66	472,7	3,38
Infarto acuto del miocardio (410)	77,23	4,53	74,14	1,33
Altre malattie ischemiche del cuore (411-414)	101,8	5,27	96,2	1,53
Malattie cerebrovascolari (430-438)	135,90	6,07	117,90	1,69

*(tasso per 100.000) (standard sulla popolazione dell'Emilia Romagna al 1998)

Fonte: registro mortalità regionale (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)

Il trend della mortalità per infarto del miocardio nei maschi (nei maschi la mortalità per infarto è di gran lunga maggiore) mostra un andamento parallelo tra Ferrara e Emilia Romagna, senza differenze statisticamente significative nell'ultimo periodo.

Figura 5.2 andamento delle morti per infarto miocardico, confronto con la regione



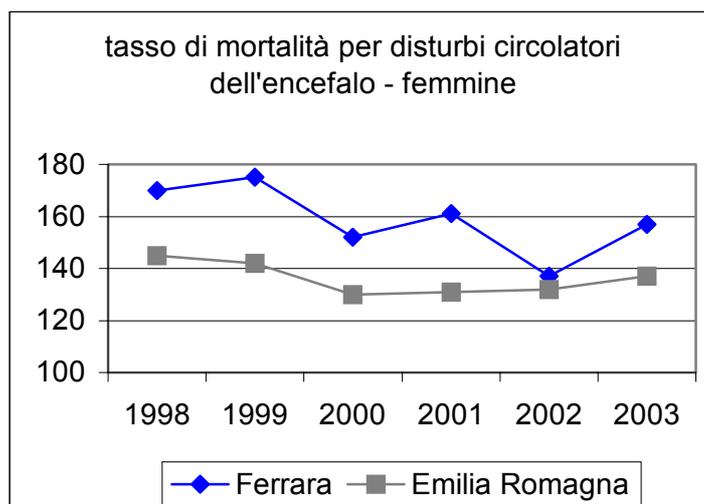
tasso standardizzato per 100.000 (popolazione standard Emilia Romagna 1998)
 fonte: registro regionale di mortalità

Disturbi circolatori dell'encefalo

Un sottogruppo particolarmente importante, per l'alto numero di persone colpite, è quello che comprende i **disturbi del circolo cerebrale** (es. ictus), responsabili di circa un quarto di tutti i decessi per cause derivate da malattie cardio-circolatorie.

Nel sesso femminile si osserva la più alta mortalità per disturbi circolatori cerebrali (dall'ictus alla demenza vascolare). La differenza rispetto alla regione si sta riducendo nell'ultimo periodo.

Figura 5.3 andamento delle morti per disturbi circolatori, confronto con la regione



tasso standardizzato per 100.000 (popolazione standard Emilia Romagna 1998)
 fonte: registro regionale di mortalità

tabella 5.2 - Anni di vita potenzialmente perduti per malattie del sistema circolatorio *

	1997-99		2000-2002	
	maschi	femmine	maschi	Femmine
Ferrara	9,17	8,28	9,24	8,35
Emilia Romagna	10,01	8,57	10,25	8,59

*tasso degli anni di vita perduti, standardizzato, per 100.000 abitanti - fonte: registro regionale di mortalità

L'indicatore denominato "anni di vita perduti" consente di valutare quanto "pesa" una malattia o un gruppo di malattie sulla popolazione. Le malattie cardiovascolari non determinano una cospicua perdita di anni di vita, se paragonate ad esempio con gli incidenti stradali, in quanto colpiscono per la maggior parte persone anziane. Nella tabella n.5.2 si apprezza la stazionarietà della situazione: nell'arco di 6 anni la mortalità è rimasta imm modificata. Si tratta di un ulteriore elemento che sottolinea la necessità di interventi di prevenzione.

Quante persone sono malate di malattie cardiovascolari?

Poiché le malattie del sistema cardiocircolatorio sono patologie a carattere degenerativo con decorso cronico, ogni anno un numero consistente di persone ammalata di malattie cardiocircolatorie e aumenta il numero globale (detto "prevalenza") di persone malate.

L'indagine multiscopo sulle famiglie dal titolo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" effettuata nel 1999-2000 dall'Istat su un campione di popolazione, ha stimato la prevalenza delle principali malattie croniche nel territorio nazionale.

Dall'indagine emerge che una persona su cinque (181,5 ogni 1.000 abitanti in Italia e 189,3 ogni 1.000 abitanti in Emilia-Romagna) presenta una patologia a carico del sistema cardiocircolatorio.

Persone con malattie croniche dichiarate (ogni 1000 persone)

	Emilia-Romagna	Italia
Ipertensione arteriosa	125,5	118,7
Infarto del miocardio	10,6	11,3
Angina pectoris	10,2	8,9
Altre malattie del cuore	31,5	33,9
Trombosi, embolia, emorragia cerebrale	11,5	8,7
Bronchite cronica, enfisema, insuff. respiratoria	46,7	43,6
Asma bronchiale	36,4	31
Tumore	8,6	9,4

fonte: ISTAT - indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" 1999-2000

Utilizzando la prevalenza stimata da ISTAT, una proiezione approssimativa della prevalenza fornisce una stima di malati circa 65.000 persone affette da malattia cardiocircolatoria nell'Azienda USL. I dati sui ricoveri confermano il carico che questa patologia costituisce a Ferrara.

Considerando i 40 DRG a maggior assorbimento di risorse fra i ricoveri dei residenti a Ferrara nel 2001, risulta che ben 8 DRG hanno riguardato patologie cardiovascolari per un importo pari al 25% dell'intero ammontare delle risorse ospedaliere del 2001.

Nel 2004, su 79.800 ricoveri complessivi, ben 10.692 ricoveri sono stati causati da malattie circolatorie. Da sottolineare il peso che lo scompenso cardiaco rappresenta per la popolazione: 1 ricovero su 10 è dovuto a scompenso. A questa situazione concorrono l'aumentata sopravvivenza di anziani cardiopatici e l'aumento delle cardiopatie dilatative, anche tra persone "giovani" (con età < 65 anni). I consumi di farmaci cardiocircolatori mostrano un andamento sostanzialmente sovrapponibile al consumo regionale.

Tabella 5.3 - Consumo di alcune categorie di farmaci per l'apparato cardiocircolatorio nel 2004*

	Terapia cardiaca	Calcioantagonisti
Ferrara	52,43	67,16
Emilia Romagna	47,53	61,81

Fonte: Sistema informativo regionale sanità e politiche sociali – banca dati assistenza farmaceutica territoriale

* consumo espresso come n° DDD²⁹/1000 abitanti

I dati sono stati estratti usando come chiave il gruppo terapeutico principale (ATC2).

La tabella che segue riporta i dati sui ricoveri per malattie ischemiche del miocardio nell'anno 2004.

Tabella 5.4 - Tassi di ospedalizzazione per cardiopatie ischemiche nel 2004*

Anno 2004	Distretto Centro-Nord	Distretto Sud-Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia Romagna
N° di SDO per cardiopatia ischemica	1394	767	525	2686	28.059
cardiopatia ischemica	7,9	7,6	7,5	7,7	6,8
cardiopatia ischemica età <65 anni	2,9	3,2	3,2	3,0	2,5
cardiopatia ischemica età >65 anni	22,1	21,0	21,6	21,7	21,7
Infarto miocardio acuto	3,1	4	2,2	3	2,7

Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)

*i tassi sono grezzi, riferiti ai ricoveri totali compresi D.H. ed espressi per mille). I dati sono stati estratti usando come chiave la diagnosi principale di dimissione (ICD-9 CM 410-414).

Diversi motivi rendono i dati di questa tabella, e delle successive, poco rappresentativi del carico che una malattia comporta su una popolazione. Tra questi:

1. si tratta di dati sui ricoveri e non sui malati: i ricoveri non danno un'informazione diretta sul numero di persone affette da una data malattia (una persona può essere ricoverata più volte in un anno);
2. si tratta di tassi grezzi di ospedalizzazione, sui quali può influire la diversa età media delle popolazioni di riferimento e quindi determinare differenze nel confronto fra i distretti. E' noto, ad esempio, che le malattie croniche, come le malattie circolatorie, sono molto numerose nell'età anziana.

Occorre dunque molta cautela nel trarre conclusioni dall'analisi dei tassi grezzi di ospedalizzazione. Questi forniscono un'idea sull'ordine di grandezza del problema e soprattutto sul carico assistenziale che comporta.

Pur tenendo presenti queste cautele, non si apprezzano consistenti differenze tra i tassi di ricovero dei tre distretti dell'AUSL di Ferrara. Il raffronto con la regione evidenzia invece un surplus di ricoveri in provincia. La tabella conferma l'importanza di queste patologie croniche per l'età anziana dimostrata dalla diversa presenza di cardiopatie ischemiche prima e dopo i 65 anni.

Gli interventi di rivascolarizzazione nella coronaropatia costituiscono un ulteriore indicatore utile, benché affetto da imprecisioni, del carico costituito da queste malattie.

²⁹ DDD = dosi definite al giorno: è l'unità di misura che consente confronti omogenei sul consumo di un farmaco

Tabella 5.5 - Tassi di intervento per rivascolarizzazione coronarica nel 2004*

	Distretto Centro-Nord	Distretto Sud-Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia Romagna
Numero di SDO per angioplastica	301	135	88	524	8118
Tasso di interventi per angioplastica	1,71	1,33	1,25	1,51	1,98
Numero di SDO per by-pass aorto-coronarico	94	55	46	195	1568
Tasso di interventi per by-pass aorto-coronarico	0,53	0,54	0,65	0,56	0,38

*(i tassi sono grezzi, riferiti ai ricoveri totali compresi D.H. ed espressi per mille). I dati sono stati estratti usando come chiave il DRG³⁰ (DRG 112 per PTCA e DRG 106-107 per BPCA)

Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)

Tabella 5.6 - Numero di pazienti controllati per terapia anticoagulante orale nel 2004*

	Distretto Centro-Nord	%	Distretto Sud-Est	%	Distretto Ovest	%	Azienda USL
Trattamenti anticoagulanti cronici	2311	54	1460	34	523	12	4234

Fonte: laboratorio centralizzato Azienda USL Ferrara (a cura del dott. Carandina)

*i pazienti sono conteggiati secondo il Centro specialistico per la coagulazione al quale accedono, e non in base alla residenza.

La terapia anticoagulante orale cronica (TAO) viene prescritta nell'ambito di varie malattie cardiocircolatorie. Lo scopo primario della terapia anticoagulante è di prevenire le manifestazioni tromboemboliche, attraverso la depressione della coagulabilità del sangue.

La TAO comporta un importante carico assistenziale in quanto richiede che il paziente si rechi presso un Centro specialistico per un controllo da parte di personale medico esperto in media ogni 3-4 settimane.

La conoscenza del numero di pazienti in trattamento anticoagulante consente una visione, sia pure parziale, del peso di questa condizione nella popolazione.

Un gruppo di lavoro sulla TAO ha stimato che, nel 2003, l'1,46% della popolazione regionale in Emilia Romagna effettuò una TAO contro una percentuale dell'1,39% a Ferrara.

Nel 2004 i pazienti seguiti presso i centri della provincia sono stati 4234, pari all'1,21% della popolazione. La tabella riporta la distribuzione per distretto.

Tabella 5.7 - Tassi di ospedalizzazione per cerebropatie vascolari nel 2004*

	Distretto Centro-Nord	Distretto Sud-Est	Distretto Ovest	A. USL	Emilia Romagna
N° di SDO per cerebropatie vascolari	1731	766	474	2971	25.945
cebropatie vascolari	9,8	7,5	6,7	8,5	6,3
cebropatie vascolari <65 anni	1,9	1,8	1,5	1,8	1,3
cebropatie vascolari >65 anni	32,2	24,9	24,2	28,6	23,6

*(i tassi sono grezzi, riferiti ai ricoveri totali compresi D.H. ed espressi per mille). I dati sono stati estratti usando come chiave la diagnosi principale di dimissione (430-438). Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)

In termini di ricovero, le malattie cerebrovascolari comportano un notevole carico: nel 2004 sono state ricoverate 1100 persone per malattie cerebrovascolari (ictus ed emorragie cerebrali) e

³⁰ DRG, in italiano ROD = Raggruppamenti omogenei di diagnosi. È un sistema di classificazione dei pazienti dimessi dagli ospedali, che attualmente viene utilizzato anche in Italia come base per il finanziamento delle Aziende Ospedaliere. Tale sistema si basa su alcune informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

700 per attacchi ischemici transitori. Oltre 200 gli interventi per disostruzione delle arterie carotidee.

Le malattie cerebrovascolari costituiscono una patologia che colpisce prevalentemente le persone anziane, per esempio sotto forma di *ictus cerebri*, con frequenti esiti in gravi invalidità croniche che comportano rilevanti pesi assistenziali.

I tassi grezzi di ospedalizzazione mostrano con grande evidenza l'importanza di queste malattie nelle persone ultra65enni. Confrontando i dati con le cautele indicate a proposito dei ricoveri per cardiopatie ischemiche, si apprezza una certa differenza a carico del distretto centro-nord, a prima vista non completamente giustificato dalla più elevata percentuale di persone anziane ivi residenti.

Prevalenza di alcuni fattori di rischio per le malattie del sistema cardiocircolatorio

La prevalenza dei principali fattori di rischio per malattie cardiovascolari è stata oggetto di un'apposita indagine campionaria nell'Azienda USL di Ferrara. Per la descrizione dettagliata dei risultati si rimanda alla relazione conclusiva "In linea con la salute".

Saranno richiamati, in questa sede, i principali risultati allo scopo di evidenziare la dimensione dei fattori di rischio presenti.

La tabella che segue riassume le stime del numero di persone che in provincia di Ferrara risultano esposte ai fattori di rischio per le malattie cardiovascolari. Per una maggiore chiarezza i fattori sono stati suddivisi in due categorie: una categoria a maggior rischio di sviluppo di malattia e l'altra alternativa con assenza di rischio (per quello specifico fattore).

La tabella riassume i risultati dell'indagine condotta nell'Azienda USL di Ferrara.

Nel capitolo saranno presi in esame alcuni dei fattori di rischio; l'attività fisica e il consumo di alcool saranno trattati nei prossimi capitoli 3.2 e 3.4, in quanto indicati come temi candidati per il prossimo piano per la salute.

Tabella 5.8 - Stima della prevalenza di esposizione a singoli fattori di rischio (popolazione ferrarese 18-79 a.)

		Frequenza stimata	%
Abitudine al fumo	Fumatori ed ex-fumatori	137817	48,4
	non fumatori	146360	51,4
Abitudini alimentari	Obesi/sovrappeso	138387	48,6
	Normopeso	146360	51,4
Attività fisica	Inattivi (< 5 volte)	247160	86,8
	Attivi	37586	13,2
Abitudine all'alcool	Bevitori ad alto rischio*	37301	13,1
	Bevitori a minor rischio	247445	86,9

*maschi > 14 Unità Alcoliche/settimana; femmine > 7 Unità Alcoliche/settimana

tabella 5.9 - stima della prevalenza di esposizione contemporanea a più fattori di rischio

Numero di fattori di rischio	Frequenza stimata	% ASL Ferrara	% distretto Centro Nord	% distretto Ovest	% distretto Sud Est
0	13.528	4,75	5,6	4,2	3,8
1	97.306	34,17	34,4	31,2	35,6
2	130.068	45,67	44,3	47,1	46,9
3	40.423	14,2	14,6	15,6	12,5
4	3.423	1,2	1	1,8	1,2
totale	284.747	100	100	100	100

Il primo risultato, assai importante, è dato dall'esigua proporzione di ferraresi che non sono esposti ad alcun fattore di rischio per malattie cardiovascolari: solo 13-14.000 persone su 244.000.

fumo

Il fumo rappresenta uno dei principali fattori di rischio anche per le malattie cardiovascolari. A Ferrara i fumatori sono pari al 24,7% della popolazione compresa tra i 18 e i 79 anni. La prevalenza dei fumatori è fortemente differenziata in base al sesso: i fumatori maschi sono il 28,6% contro il 21% femmine.

Proiettando la percentuale sulla popolazione in studio, si può stimare che i fumatori tra i 18 e i 79 anni siano circa 66.000: 37.00 maschi fumatori e 29.000 donne fumatrici. Per quanto riguarda il rischio per la salute è importante anche la condizione di ex-fumatore; per questo le due condizioni sono state raggruppate, nella prossima tabella.

Tabella 5.10 - Stima della prevalenza di esposizione a singoli fattori di rischio - popolazione ferrarese (18-79 a.)

		Frequenza stimata	%
Abitudine al fumo	Fumatori ed ex-fumatori	137817	48,4
	non fumatori	146360	51,4

Tabella 5.11- percentuale di abitudine al fumo nei ferraresi, per sesso e classe di età

età	fumatori			ex-fumatori			Non fumatori		
	femmine	maschi	femmine e maschi	femmine	maschi	femmine e maschi	femmine	maschi	femmine e maschi
18-29	3,5	5,2	4,4	1,2	1,7	1,4	8,0	7,3	7,7
30-44	6,0	10,9	8,4	6,0	6,6	6,3	14,5	11,5	13,1
45-64	9,2	9,4	9,3	9,0	16,8	12,8	16,7	9,2	13,1
65-79	2,3	3,1	2,7	4,8	13,4	8,9	18,8	4,9	12,1
Totale	21,0	28,6	24,7	20,9	38,5	29,4	58,0	32,9	45,9

La distribuzione per età mostra una più elevata presenza di fumatori tra i maschi nella classe 30-45 anni e tra le femmine nella classe 45-64 anni.

Il rischio di andare incontro ad una malattia cardiovascolare aumenta nei fumatori dal 20% fino al 100%, rispetto ai non fumatori; aumenta con il numero di sigarette fumate e diminuisce dopo la cessazione del fumo. Negli studi epidemiologici l'effetto del fumo non è più distinguibile dopo 15 anni dalla cessazione dell'abitudine al fumo.

Il peso del fumo nell'origine delle malattie cardiovascolari è stato misurato in indagini epidemiologiche e può essere espresso come frazione attribuibile. La frazione attribuibile risponde alla domanda: " quanti casi di una certa malattia sono attribuibili al fatto che le persone fumano?".

Tabella 5.12 - frazioni di mortalità attribuibili al fumo nelle malattie cardiovascolari (secondo Peto)

	maschi		femmine	
	35-64 anni	>65 anni	35-64 anni	> 65 anni
Malattie ischemiche del cuore	31,3	11	8,3	3,1
Malattie cerebrovascolari	36,1	13	11,4	2,5
Aneurisma aortico	56,1	56,1	20,4	24,4

Le frazioni di mortalità attribuibili al fumo mostrano percentuali diverse nei due sessi in funzione della diversa abitudine al fumo. La differenza riguardo all'età (sono maggiori nella classe 35-64 anni) mostra l'importanza del fumo in età giovane.

Il rischio di ammalare in conseguenza dell'abitudine al fumo è funzione dell'esposizione cumulativa al fumo di tabacco (quanto ha fumato una persona nella sua vita). Un modo sintetico per rappresentare l'esposizione cumulativa dei fumatori è costituito dai cosiddetti pack-year³¹ (letteralmente: "pacchetti all'anno").

20 pack-year sono considerati la soglia oltre la quale aumenta enormemente il rischio delle malattie più gravi associate al fumo.

L'esposizione media al fumo per ciascun ferrarese che oggi fuma è pari a 17 pack year.

Va da sé che questo valore va considerato scomposto nelle diverse classi di età. L'incremento maggiore di esposizione cumulativa si osserva nella classe 45-64: in questa fascia di età l'esposizione raggiunge 24,2 pack year.

³¹ il pack-year è il numero di pacchetti consumati ogni giorno moltiplicato per il numero di anni in cui il soggetto ha fumato (es. 1 pack-year può significare che una persona ha fumato per un anno un pacchetto di sigarette al giorno oppure ha fumato una sigaretta al giorno per 20 anni). Costituisce un modo semplice per misurare il rischio che ciascuna persona ha accumulato, grazie al fumo di tabacco.

Tabella 12 – distribuzione del numero di pack year nei fumatori attuali, per età

	Numero pack year
18-29	4,2
30-44	13
45-64	24,2
65-79	26
media	17

Il 35% circa dell'universo dei fumatori, compresi gli ex-fumatori, ha già raggiunto un'esposizione pari a 20 pack year. Si tratta, approssimativamente, di circa 38.000 persone ad alto rischio di sviluppare malattie associate al fumo.

Ad esempio, il 28,5% delle persone con una diagnosi di ipertensione da parte di un medico ha già un'esposizione superiore a 20 pack-year e per il 10,6 % degli ipertesi l'esposizione è compresa tra 10 e 19 pack-year.

Fumo passivo

Il fumo involontario (o passivo) manifesta gli stessi effetti negativi del fumo attivo. Le famiglie che a Ferrara devono convivere con un fumatore all'interno delle mura domestiche sono il 22,6%; questo comporta una stima di circa 60.000 persone esposte a fumo involontario tra le mura di casa. Tra questi molti bambini, quindi un'esposizione in età molto precoce.

La cessazione dell'abitudine al fumo

Il 15% ha espresso l'intenzione di smettere di fumare: possono trovare aiuto presso il medico di famiglia oppure un centro anti-fumo.

Evidenze scientifiche mostrano che la sospensione del fumo porta a un dimezzamento del rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione e dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore; si è visto inoltre che i fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono della metà il proprio rischio di morire nei successivi 15 anni rispetto a coloro che continuano a fumare.

■ obesità

I risultati dello studio "In linea con la salute" mostrano che il ferrarese medio ha un indice di massa corporea³² (IMC) pari a 25,3, vale a dire lievemente sovrappeso (il limite è un IMC=25; 25 kg per mq).

Tabella 5.13 - distribuzione dell'indice di massa corporea, per sesso

	Femmine	maschi	Maschi e femmine
sottopeso	5,3	0,4	2,9
normopeso	54,7	41,8	48,5
sovrappeso	28,6	43,2	35,9
obeso	11,4	14,6	12,6

Complessivamente le persone sovrappeso ed obese nel loro insieme sono numericamente altrettante che le persone normopeso (48,6% sovrappeso/obese e 48,4% normopeso).

Le persone con obesità/sovrappeso a Ferrara sono 138.387.

Trattandosi di un fattore di rischio, esiste un lungo intervallo di tempo fra inizio della condizione di obesità e comparsa dei problemi di salute (come diabete ed asma).

Questa silenziosità della condizione comporta due conseguenze importanti: la mancata consapevolezza della propria condizione in numerose persone e la previsione di un futuro forte incremento delle richieste di assistenza sanitaria per le malattie correlate all'obesità.

La tabella illustra il primo aspetto: una parte delle persone obese e molte in sovrappeso non percepiscono correttamente la propria condizione.

³² L'indice di massa corporea è una misura dell'obesità; si calcola dividendo il peso per l'altezza al quadrato.

Tabella 5.14 - atteggiamento verso il proprio peso corporeo e percentuale di persone che segue un regime dietetico particolare, per tipo di dieta e per condizione di sovrappeso e obesità

	Sovrappeso (*)	Obesi (**)
Vorrebbe perdere peso	66,9	88,2
Vorrebbe aumentare peso	0,5	0,5
Segue dieta ipocalorica	6,4	5,9
Segue dieta ipolipidica	1,4	4,5
Segue dieta iposodica	2,4	2,3
Segue altri tipi di dieta	3	7,3

* per 100 persone in sovrappeso ** per 100 persone obese

■ ipertensione arteriosa

Secondo i risultati di “in linea con la salute”, il 25,2% dei ferraresi ha una diagnosi di ipertensione da parte di un medico. Di questi, il 21,2% (pari all’84% di chi ha ricevuto una diagnosi di ipertensione) segue una terapia. Si tratta di un risultato coerente con quello di una ricerca³³ condotta in 5 paesi europei, tra i quali l’Italia, secondo la quale il 20% del campione assumeva farmaci anti-ipertensivi.

Esistono indizi di una maggiore prevalenza di ipertensione arteriosa a Ferrara rispetto alla prevalenza media regionale: dalle esenzioni per patologia e dal consumo di farmaci anti-ipertensivi.

Le **esenzioni ticket** per patologia ipertensiva mostrano una distribuzione territoriale disomogenea: nel 2002 il tasso di esenzione a Ferrara era di 105 esenti ogni 1.000 abitanti contro una media regionale di 79. Nel 2004 il tasso di esenzione a Ferrara è aumentato a 119 esenti ogni mille abitanti.

Le differenze possono essere in parte attribuite a diversi criteri diagnostici e di arruolamento utilizzati nei vari territori: si consideri, ad esempio, che il tasso di esenzione per altre patologie cardiache nel 2002, in provincia di Ferrara era del 12 per 1.000 mentre in regione era pari a 17 per 1.000.

La tabella evidenzia un maggior **consumo di alcuni farmaci** anti-ipertensivi attribuito a Ferrara, tra i 25 gruppi terapeutici principali a maggior consumo regionale, per l’anno 2004.

Tabella 5.15 - Indici di consumo di alcuni farmaci anti-ipertensivi nel 2004*

	Antipertensivi	Diuretici	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina
Ferrara	12,49	55,36	176,27
Emilia Romagna	9,97	34	157,82

Fonte: Sistema informativo regionale sanità e politiche sociali – banca dati assistenza farmaceutica territoriale

* consumo espresso come n° DDD³⁴/1000 abitanti

I dati sono stati estratti usando come chiave il gruppo terapeutico principale (ATC2).

■ ipercolesterolemia

Secondo i risultati di “in linea con la salute”, il 21,5% dei ferraresi ha una diagnosi di ipercolesterolemia da parte di un medico. Di questi, il 7,4% (pari al 34,3% di chi ha ricevuto una diagnosi di ipertensione) segue una terapia. Si tratta di un risultato coerente con quello di una ricerca³⁵ condotta in 5 paesi europei, tra i quali l’Italia, secondo la quale il 9% del campione seguiva una terapia medica per la diminuzione della colesterolemia.

Apparentemente pochi ferraresi assumono farmaci ipolipemizzanti. A tal proposito, va innanzitutto richiamato quanto scritto dall’Osservatorio nazionale sull’impiego dei medicinali³⁶: “...in Italia l’uso di questi farmaci [le statine, usate per diminuire il livello di colesterolo], risulta spesso inappropriato o, comunque, improprio rispetto ai tempi e alle dosi generalmente riportati nelle

³³ Erhardt & Hobbs Int J Clin Pract 2002; 56:632

³⁴ DDD = dosi definite al giorno: è l’unità di misura che consente confronti omogenei sul consumo di un farmaco

³⁵ Erhardt & Hobbs Int J Clin Pract 2002; 56:632

³⁶ L’uso dei farmaci in Italia – Rapporto nazionale anno 2003 – giugno 2004

linee-guida nazionali ed internazionali. Per facilitare l'individuazione dei soggetti da sottoporre a terapia verrà introdotta la valutazione del rischio cardiovascolare globale".

Con l'indagine "In linea con la salute" si dispone di un'informazione generica, insufficiente per stabilire l'appropriatezza di un trattamento per la diminuzione del colesterolo: mancano, ad esempio, le informazioni sul livello di colesterolo HDL e sulla familiarità. La valutazione del livello di rischio assoluto individuale (con quale probabilità la persona potrà ammalare nei prossimi dieci anni in ragione della presenza di fattori di rischio) e dell'efficacia delle misure che rientrano in modifiche delle abitudini di vita costituiscono i cardini la decisione di intraprendere la terapia farmacologica.

La tabella evidenzia il maggior **consumo di farmaci** anti-ipercolesterolemici a Ferrara nel 2004. Va ricordato che il trattamento dell'ipercolesterolemia, mirato ad abbassare il rischio di cardiopatie, offre la possibilità di scegliere approcci diversi, di tipo farmacologico ma anche di tipo non farmacologico (dieta, attività fisica, astensione dagli alcolici).

Tabella 5.16 - Indici di consumo di alcuni farmaci per il controllo del livello di colesterolo nel 2004*

Sostanze ipolipemizzanti	
Ferrara	67,73
Emilia Romagna	59,11

Fonte: Sistema informativo regionale sanità e politiche sociali – banca dati assistenza farmaceutica territoriale

* consumo espresso come n° DDD³⁷/1000 abitanti

I dati sono stati estratti usando come chiave il gruppo terapeutico principale (ATC2).

diabete mellito

Attualmente in tutti i Paesi ad alto reddito si sta assistendo ad una forte crescita del numero di persone malate di diabete e l'incremento viene associato soprattutto al benessere ed al cambiamento degli stili di vita (maggiore sedentarietà, introduzione di calorie superiore rispetto al fabbisogno).

Il diabete mellito è una grave malattia cronica del metabolismo, caratterizzata dalla presenza di iperglicemia.

L'iperglicemia cronica del diabete mellito si associa a importanti complicanze a lungo termine a carico di vari organi, in particolare rene, cuore, grossi vasi, occhio e nervi. Tanto che il diabete mellito è considerato un importante fattore di rischio per le malattie cardiocircolatorie.

I soggetti maggiormente a rischio per lo sviluppo di malattie cardiocircolatorie sono persone affette da diabete di tipo 2 (diabete dell'adulto, non insulino-dipendente) ma che non sanno di essere malate perché asintomatiche. Il diabete infatti, pur essendo frequente, può essere asintomatico per molti anni.

La forma tipo2 è inoltre strettamente intrecciata con gli altri fattori di rischio per le medesime malattie (assenza di attività fisica, obesità).

La pericolosità del diabete asintomatico dell'adulto può essere affrontata solo con azioni per l'individuazione precoce dei soggetti con diabete dell'adulto (tipo 2).

Le complicanze possono essere prevenute con un accurato controllo della glicemia e la riduzione degli altri fattori di rischio.

L'indagine QUADRI (Qualità dell'assistenza alle persone diabetiche nelle regioni italiane) ha rilevato la presenza di cardiopatia ischemica nel 15% dei diabetici dell'Emilia Romagna e di ictus nel 5%, entrambi i valori sono leggermente superiori rispetto al resto d'Italia.

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 (4 % di esenzioni contro una media regionale pari a 2,4%).

L'intenso lavoro svolto, di concerto tra medici di medicina generale e centri antidiabetici, è sfociato nella costruzione di un registro di patologia alimentato dai dati provenienti da tutti i Centri Antidiabete e dai sanitari che assistono pazienti diabetici.

³⁷ DDD = dosi definite al giorno: è l'unità di misura che consente confronti omogenei sul consumo di un farmaco

Tabella 5.17 - Prevalenza del diabete mellito e tassi di ospedalizzazione per diabete mellito nel 2004*

	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 **	4,9 %	5,2 %	4 %	4,8 %	n.d.
N° di SDO per diabete ***	234	125	79	438	4703
ricoveri totali per diabete (250)	1,3	1,2	1,1	1,3	1,1
ricoveri totali per diabete (250) <65 anni	0,9	0,7	0,8	0,8	0,6
ricoveri totali per diabete (250) >65 anni	2,5	3,0	2,2	2,6	3,0

*(i tassi sono grezzi, riferiti ai ricoveri totali compresi D.H. ed espressi per mille). I dati sono stati estratti usando come chiave la diagnosi principale di dimissione.

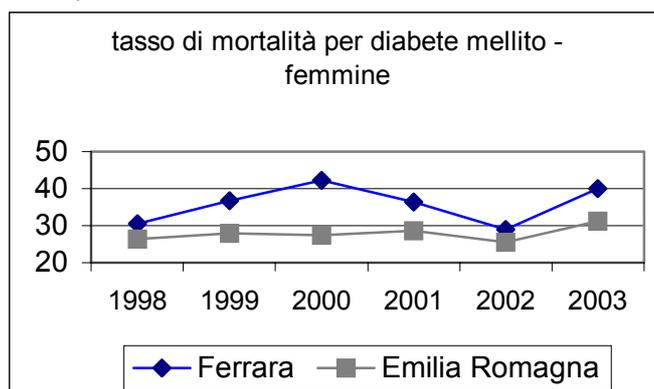
Fonti: *registro azienda USL Diabete ** Dipartimento cure primarie *** Elaborazione di dati estratti dall'archivio regionale delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)

Il dato di prevalenza³⁸ disponibile è riportato nella prima riga della tabella: il 5,5 % della popolazione ferrarese risulta diabetica, con lievi variazioni dal 5 al 6% nei tre distretti.

Trend della mortalità per diabete mellito

Viene riportato l'andamento della mortalità per diabete mellito nelle femmine, in quanto presentano i tassi di mortalità più elevati.

Figura 5.4 – mortalità per diabete nelle femmine, confronto con la regione



tasso standardizzato per 100.000 (popolazione standard Emilia Romagna 1998)
fonte: registro regionale di mortalità

Il grafico della mortalità mostra come il diabete mellito sia uno dei maggiori problemi di sanità pubblica per il forte impatto sull'aspettativa di vita di chi ne è affetto.

A questo si aggiunge il fatto che il diabete è una malattia cronica di lunga durata, con frequenti gravi complicanze (come ad esempio la cecità) con un forte impatto sulla qualità di vita dei malati.

Chiare evidenze scientifiche dimostrano che oggi il controllo ottimale della glicemia e della pressione arteriosa e la riduzione del sovrappeso e del fumo possono ritardare o prevenire l'insorgenza delle devastanti complicanze del diabete.

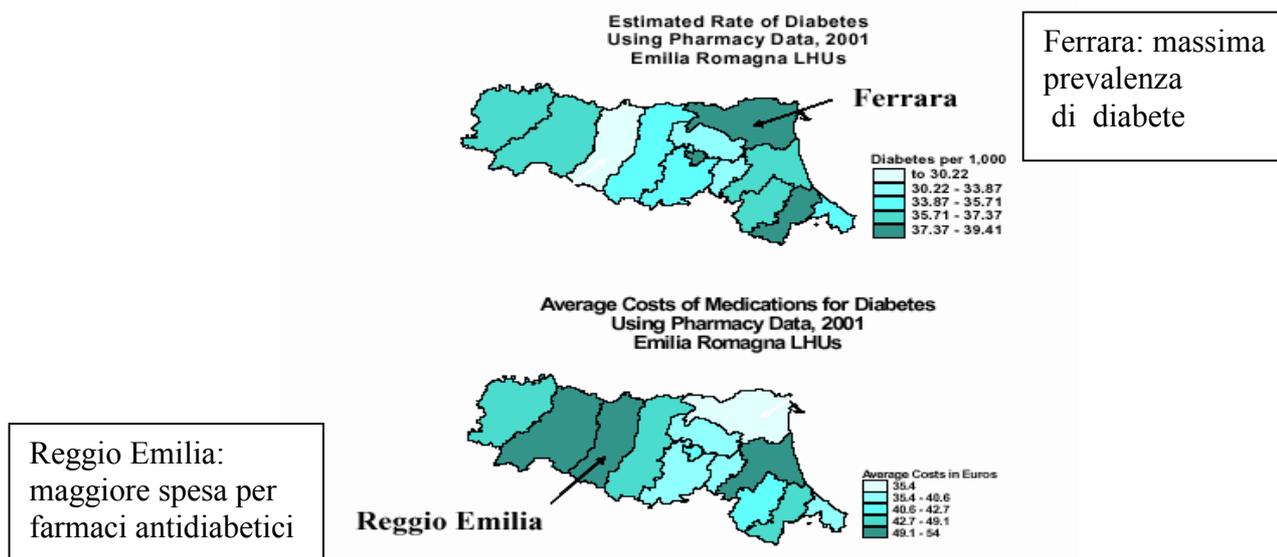
I costi sanitari del diabete

Ma c'è un altro aspetto che lo rende un problema maggiore di sanità pubblica: il costo assistenziale pro-capite dei pazienti diabetici è pari a circa tre volte quello dei soggetti non diabetici. Nonostante la prevalenza di diabete sia attesa circa uguale in tutta la regione, il consumo di farmaci per il diabete a Ferrara si presenta invece come il più basso a livello regionale, come illustra la prossima figura.

³⁸ prevalenza = numero di persone affette da una malattia

Questo fatto riconosce probabilmente il concorso di più cause. Da un lato una diagnosi effettuata in epoca precoce rispetto all'insorgenza facilita l'adozione tempestiva di provvedimenti dietetici e di stile di vita che limitano la necessità del ricorso a farmaci, dall'altro l'applicazione di linee guida condivise sul diabete e l'adozione di percorsi diagnostico-terapeutici concordati ha migliorato l'appropriatezza degli interventi.

Figura 5.5 – confronto della frequenza di malattia diabetica (stimata dai farmaci) e del costo medio pro-capite per farmaci antidiabetici - 2001



(fonte: Agenzia sanitaria regionale, dati presentati al seminario 25 febbraio 2004)

■ Inquinamento atmosferico e malattie cardiovascolari

Tra i fattori di rischio minore abbiamo l'inquinamento atmosferico da polveri fini (PM 2,5) e l'inquinamento da traffico.

Le polveri fini agiscono attraverso meccanismi che determinano l'infiammazione del tessuto polmonare e processi infiammatori sistemici, accelerazione delle aterosclerosi e alterazioni della funzione autonoma cardiaca. L'esposizione al PM 2,5 associato al fumo comporta effetti aggiuntivi che sembrano additivi se non addirittura sinergici.

L'esposizione al traffico determina peggioramento delle malattie cardiovascolari e un aumento del rischio di attacchi cardiaci. Uno studio americano ha confermato questa associazione "indicando che l'inquinamento da traffico può portare a una rottura delle placche che si sono costituite nei vasi sanguigni, e che alla fine causano l'attacco cardiaco e sottolinea l'urgenza di ridurre l'inquinamento per migliorare la salute cardiovascolare." Il rischio relativo è stato stimato pari al 2 per mille.

Conoscenza e percezione del rischio cardiovascolare

A fronte della gravità di tali dati epidemiologici, si riscontra nella popolazione una bassa percezione collettiva dell'incidenza del rischio cardiovascolare e poca informazione sui fattori che predispongono l'organismo ad ammalarsi.

5.2 Attività fisica

Nella nostra società si sono sempre più affermati stili di vita e condizioni di lavoro che riducono la necessità di sforzo fisico e di movimento. Molti lavori sono sedentari e per gli spostamenti si privilegia l'uso dell'automobile. Le conseguenze non sono solo a livello di inquinamento atmosferico con la corrispondente quota di rischio per la salute derivante dall'esposizione ma anche a livello di rischio per ciascuna persona. Non svolgere alcun esercizio fisico regolare costituisce infatti un rischio di grande rilevanza.

Quanta attività fisica praticano i ferraresi?

L'impegno richiesto dai lavori domestici³⁹ è il tipo di attività fisica con il quale si misurano la maggioranza dei ferraresi. Le donne sono impegnate in misura maggiore in attività domestiche (89,7% contro il 79,8% per gli uomini), attività che impegna un tempo notevole ma che richiede dispendi energetici solitamente modesti.

Esiste dunque un primo livello di sedentarietà assoluta che comprende il 10,3% di donne ed il 20,2% di uomini che non compiono questo tipo di lavori. Tra costoro vanno comprese le persone con limitazioni della propria attività per impedimenti legati alle condizioni di salute: l'1,7% dichiara di non essere in grado di svolgere attività fisiche di qualunque tipo; tra questi, il 4,6% degli anziani

Le persone che si dichiarano totalmente prive di esercizio fisico leggero (esempio: una passeggiata di un km) sono il 32,9% dei ferraresi. A queste persone sedentarie si aggiunge un ulteriore 25,5% che svolge una attività fisica di tipo leggero fino a 3 volte per settimana, ossia con una frequenza insufficiente secondo le attuali linee-guida nazionali e internazionali.

Le persone sedentarie, che non si muovono, sono dunque pari al 60,1% dei ferraresi e le donne sono più inattive degli uomini: il 63,4% delle donne è sedentario contro il 56,6% degli uomini.

Confronto con le abitudini sedentarie degli italiani e degli europei

I risultati del sondaggio di Eurobarometer,⁴⁰ basato sullo stesso questionario, consentono un confronto con l'Italia e con l'Unione Europea.

Un'attività fisica di livello leggero non viene praticata dal 17,1% dei cittadini europei (UE a 15 Stati) e dal 18% circa di italiani (a Ferrara dal 34,6%).

Un'attività fisica di livello moderato non viene praticata dal 40,8% dei cittadini europei e dal 50% di italiani (a Ferrara dal 51,6%).

Un'attività fisica di livello intenso non viene praticata dal 57,4% dei cittadini europei e dal 63,9% di italiani (a Ferrara dal 71,4%).

Indici di qualità della vita e stili di vita attivi

La tabella conferma anche nel caso dei ferraresi il legame tra attività fisica e senso di benessere.

Tabella 5.18 – alcuni indicatori di salute percepita, per livello di attività fisica dichiarata

Caratteristica	% che riferisce salute da buona a eccellente	Media di giorni in cattiva salute	Media di giorni di inattività
Attività fisica			
mobile	73,5	6,9	1
sedentario	71,9	8,1	2,5

³⁹ Va tenuto presente che le attività domestiche non possono essere inserite *in toto* tra le attività fisiche, in quanto solo alcuni lavori di casa comportano un sufficiente dispendio energetico. Si tratta di lavori che non vengono abitualmente praticati con regolarità più volte per settimana, come lavare i pavimenti, ad esempio).

⁴⁰ Eurobarometer Physical activity – Special Eurobarometer 183-6 / Wave 58.2 December 2003

Chi ha manifestato l'intenzione di aumentare l'attività fisica?

Il 39,8% degli intervistati ha espresso l'intenzione di aumentare la quantità di attività fisica praticata, mentre l'11,2% si è detto incerto.

Non sono presenti differenze territoriali: l'intenzione di aumentare l'attività fisica va dal 38,1% del distretto Sud Est al 40,6% degli altri due distretti.

Il reddito influenza l'intenzione di aumentare: tra chi riferisce un reddito superiore a 1500 euro l'intenzione di aumentare l'attività fisica sale al 46,5%.

Conclusione

I benefici per la salute, che si ottengono con un'attività fisico-motoria svolta con regolarità, sono ormai noti: l'esercizio fisico regolare svolge, infatti, un ruolo protettivo rispetto a numerose e malattie molto diffuse nella popolazione (cardiopatie ischemiche, ipertensione, diabete, obesità e malattie osteo-articolari). Ha inoltre una ricaduta positiva sull'umore e sui livelli di autostima individuali.

Attività fisica non va inteso come sinonimo di attività sportiva: la precisazione è indispensabile per chiarire che per fare attività fisica non è indispensabile la presenza di strutture sportive.

L'avvio all'attività sportiva (non agonistica) è utile nell'infanzia e nell'adolescenza come educazione ad una vita più sana e nella vita adulta un'attività sportiva può costituire un modo gradevole e soddisfacente di compiere attività fisica, ma non è l'unico modo per mantenere il peso corporeo compatibile con una condizione di salute⁴¹.

Il primo passo è adottare un comportamento che dia la preferenza, nell'espletamento delle proprie attività quotidiane, ai propri muscoli anziché alle macchine (esempio: fare le scale anziché usare l'ascensore, camminare a piedi anziché usare l'auto). Salire con regolarità le scale è già un ottimo inizio, per una persona sedentaria. L'esercizio ripetuto ci allenerà.

A completamento di questo esiste un'attività fisica aggiuntiva, da vivere come esigenza fondamentale al pari dell'igiene personale.

Il livello di attività fisica consigliato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per ottenere benefici per la propria salute è quello di un'attività quotidiana che consumi almeno 150 Kcal; può essere anche un'attività moderata (ad esempio una passeggiata di buon passo per 3 Km, per almeno 30 minuti), preferibilmente tutti i giorni della settimana.

La tabella fornisce qualche elemento per valutare il proprio livello di attività fisica.

Tabella 5.19 - confronto di varie attività fisiche che danno uguale beneficio (misurato come consumo di 150 Kcal)⁴²

Attività fisica	Numero di minuti necessari per consumare 150 Kcal
Passeggiare di buon passo per 3 km	30 minuti
Salire le scale	15 minuti
Percorrere 6 km in bicicletta	15 minuti
Rastellare le foglie	30 minuti
Spingere un passeggino per 2,5 km	30 minuti
giardinaggio	30-45 minuti
Lavare pavimenti o auto	45-60 minuti
Giocare a calcio o a pallavolo	45-60 minuti

Per coloro che sono malati o hanno più di 40 anni o non hanno mai praticato attività fisica in precedenza è opportuna una visita medica.

Per coloro che non hanno mai praticato attività fisica in precedenza è raccomandato di iniziare con 2-3 settimane di allenamento, iniziando con impegno modesto e aumentando progressivamente.

⁴¹ OMS, 2003

⁴² modificato da US Department of health and human services, 1999)

5.3 Alimentazione: quali sono le nostre abitudini alimentari?

Le abitudini alimentari di una popolazione ne influenzano lo stato di salute; per questo occupano un posto di rilievo nelle strategie di prevenzione.

Le malattie croniche sono infatti nella maggior parte dei casi malattie prevenibili.

E' successa una "transizione nutrizionale", a fianco dello sviluppo economico dell'Italia: aumento dell'introito energetico con una quota maggiore di grassi e di zuccheri semplici; ridotto introito di verdura e frutta. A questa si sono associate modifiche dello stile di vita con riduzione dell'attività fisica.

Un'alimentazione sana è caratterizzata dal recupero di due capisaldi: varietà della dieta, che assicura un apporto equilibrato delle sostanze necessarie, e regolarità dei pasti, in particolare attraverso una valorizzazione della colazione e del pranzo. Almeno il 25% del fabbisogno quotidiano di calorie va assunto al mattino, dopo il digiuno notturno.

A Ferrara il 20% della popolazione non fa colazione, ossia segue abitudini che non consentono un'alimentazione equilibrata nell'arco della giornata.

La varietà e congruità calorica della dieta, che assicuri un apporto equilibrato delle sostanze necessarie, è l'altro caposaldo per un'alimentazione sana.

Nell'indagine ferrarese, le abitudini alimentari sono risultate le seguenti:

- Il 16,7% non consuma mai pesce, considerato un alimento protettivo per la salute.
- Il 7,2% consuma salumi tutti i giorni, abitudine che può rendere più difficile il mantenimento di una alimentazione bilanciata. Il consumo medio settimanale di salumi è pari a 2,43 volte.
- Il 9,8% di persone consuma carne tutti i giorni, mentre il 2,6% non consuma mai carne (soprattutto donne). Il 4% degli anziani non consuma mai carne.
Il consumo medio di carne da parte dei ferraresi risulta pari a 3,4 volte per settimana, senza differenze importanti tra i distretti.
- Il 12,9% consuma formaggio tutti i giorni e l'11,7% non consuma mai formaggio.
Il consumo medio di formaggi assomma a 2,9 volte per settimana.
- Una sana alimentazione, secondo le linee guida nazionali, deve contenere complessivamente, ogni giorno, cinque porzioni di frutta e verdura.
Il 9,2% non consuma mai frutta e verdura (sono soprattutto maschi: 12,9%).
I ferraresi consumano in media ogni giorno 2,8 porzioni di frutta e verdura.
Sono soprattutto i giovani che non consumano frutta e verdura (20,9%).
Sono soprattutto gli anziani che ne consumano cinque porzioni giornaliere (12,6%).
In definitiva solo il 9,8% degli intervistati riferisce un'alimentazione corretta, consistente in almeno cinque porzioni quotidiane, per quanto riguarda il consumo di frutta e verdura.
- Le bibite sono una fonte di zuccheri liberi (forniscono energia [calorie] senza un corrispettivo di nutrienti): il loro consumo conduce con estrema facilità ad un apporto calorico sbilanciato rispetto alle necessità del nostro organismo.
Il 10% della popolazione compresa tra 18 e 80 anni beve abitualmente bibite.

Conclusione su attività fisica e alimentazione

Uno slogan utile a riassumere cosa fare potrebbe essere "Muoversi un po' di più, mangiare un po' meno".

Il recente rapporto dell'OMS "Dieta, nutrizione e prevenzione delle malattie croniche" conclude con queste parole:

<< Il principale obiettivo delle linee di condotta sanitarie pubbliche è quello di dare agli individui l'opportunità di vivere molti anni in salute conducendo una vita pienamente attiva. Interventi di politica sanitaria pubblica sono, attualmente, assolutamente necessari per prevenire le conseguenze sfavorevoli di una dieta inappropriata e dell'inattività fisica.>>

5.4 Stili di vita dei giovani, consumo di alcol, dipendenze

L'uso di alcool, tabacco e droghe da parte dei giovani è fonte di notevoli preoccupazioni. I danni legati all'uso di queste sostanze sono più gravi e insorgono prima quanto più precoce è l'età d'inizio nell'uso.

In questo capitolo viene fornita una breve descrizione di alcuni indicatori riferiti all'età giovanile. E' lo stile di vita dei giovani a destare preoccupazioni: uso smodato di alcol, fumo, dieta screziata e scarsità di attività fisica.

Dati demografici

I giovani compresi tra 15 e 25 anni sono 25.500 in provincia di Ferrara.

La tabella sottostante mostra le (piccole) disomogeneità di distribuzione dei giovani in provincia, con il distretto Centro-Nord meno rappresentato percentualmente in questa fascia di popolazione.

Tabella 5.20 - Distribuzione della popolazione giovanile in provincia

	15-19 anni	20-24 anni	25-29 anni	30-34 anni	35-39 anni	40-44 anni
Distretto Ferrara Centro-Nord	3,1	3,6	5,7	7,6	7,9	7,9
Distretto Ferrara Ovest	3,6	4,4	6,3	8,3	8,6	7,8
Distretto Ferrara-Sud Est	3,5	4,4	6,5	7,4	7,7	7,7
Provincia %	3,3	4,0	6,0	7,7	8,0	7,8
Provincia n.	11.563	13.949	21.088	26.920	27.946	27.419

Fonte: statistica self-service regione Emilia Romagna

Salute autopercepita

Nell'indagine "In linea con la salute", il 94% dei giovani ferraresi (età 18-29 anni) definisce il proprio stato di salute "buono, molto buono, eccellente"; il 40% lo ritiene "buono".

Nell'indagine multiscopo ISTAT 1999-2001 il 98,3% dei giovani (età 14-44 anni) ha definito il proprio stato di salute come "discreto, bene, molto bene".

I due valori non sono confrontabili direttamente; è comunque interessante che l'ordine di grandezza è sovrapponibile.

Un risultato singolare dell'indagine ferrarese è costituito dall'elevata percentuale di giovani che lamenta qualche giorno di disturbo nel mese precedente; in questo gruppo di risposte sono rappresentati sia maschi che femmine.

Tabella 5.21 - Distribuzione percentuale della popolazione secondo il numero di giorni in cattiva salute, per età

numero di giorni in cattiva salute	18-29 anni	Popolazione totale
Nessuno = sempre bene	30,6	39,3
1-7 giorni	47,2	30,5
8-29giorni	17,4	17,2
30 = sempre male	4,7	12,9

Da notare che i giovani mostrano la più elevata percentuale di presenza di problemi sia fisici che psicologici di breve periodo (con una durata compresa tra 1 giorno e 7 giorni).

Fumo

L'abitudine al fumo dei ragazzi dipende fortemente dall'esempio fornito dai genitori.

E' dimostrato che la precoce esposizione al fumo è associata ad un maggior rischio di malattia.

L'età di iniziazione al fumo è stata man mano anticipata, nel corso degli anni '80, ai 14-17 anni con un parallelo aumento della prevalenza di fumo tra le ragazze.

Dalla metà degli anni '90 si registra un aumento dell'abitudine al fumo tra i ragazzi: nel 1999 circa il 25% degli studenti di scuola media superiore ammettono di essere fumatori abituali mentre solo il 36% riferiscono di non fumare.

Nello studio SIDRIA-2, la prevalenza di fumo attivo tra i ragazzi di 13 anni è risultata pari a 8,9%.

Nell'indagine "In linea con la salute" i giovani compresi tra 18 e 29 anni sono fumatori nel 32,3% dei casi, mentre il 10,6% si definisce ex-fumatore.

I giovani di 18-29 anni hanno già sperimentato un numero medio di anni di fumo pari a 7,6; mediamente fumano 10,5 sigarette al giorno.

L'età di inizio è precoce: il 55% dei fumatori ha iniziato a fumare prima dei 18 anni.

Abuso di sostanze, tra le quali l'alcool

La tabella riassume i risultati di diverse indagini svolte in questi ultimi anni in provincia di Ferrara rivolte all'uso di sostanze nei giovani e alcuni dati di confronto.

Tutte confermano l'importante impatto dell'abuso alcolico nei giovani, in particolare i risultati delle misure dell'alcoemia, nell'ambito del progetto Vivalanotte.

Tabella 5.22 - Consumo di alcool e di altre sostanze d'abuso tra i giovani a Ferrara

	MAC-A ⁴³ (15-18)	Promeco ⁴⁴ (13-21)	CARID ⁴⁵ (15-20)	In linea ⁴⁶ (18-29)	Viva la notte ⁴⁷ (14-29)	ESPAD ⁴⁸ (età media 16)	IPSAD ⁴⁹ (15-44)	Italia
Quanti non assumono mai alcool	15,9%	M 29,4% F 44,4%	26%	25%	-	18%	-	
Quanti assumono regolarmente alcool (parecchie volte la settimana)	81,7%	M 38,8% F 21,3%	?	75%	-	24%	-	71,8 ⁵⁰ (18-24)
Quanti sono stati ubriachi (una o più volte)	-	43,5%	42%	[28% sono forti bevitori]	-	13%	-	
Alcoemia <0,5					Inverno 26,8% estate 39,9%			
Alcoemia >0,5					Inverno 73,2% estate 60,1%			
Uso derivati cannabis		23,6%	19,2%			27%	26%	32,1% (15-19) ⁵¹
Uso di ecstasy o altre sostanze di sintesi		5,4%	5,2%			9%	3,4%	circa 2%
Uso di cocaina		5,6%	8%			-	5,4%	4,8%
Uso di eroina		3%				-	1,2%	2%
Uso di inalanti						6%		
Poli-consumo							5%	

⁴³ Bimbo A. Ricerca intervento sul consumo di alcolici tra i giovani ferraresi – Progr. dipendenze patologiche ASL FE

⁴⁴ Sorio C. Stili di vita e comportamenti di consumo tra i giovani della provincia di Ferrara – marzo 2004 Progr. dipendenze patologiche ASL FE

⁴⁵ CARID Il disagio giovanile e adolescenziale: una ricerca empirica nelle province di Bologna, Ferrara e Ravenna. 2003

⁴⁶ De Togni A. Pasetti P. In linea con la salute Ferrara, 2005 ASL FE

⁴⁷ Assessorato alla cultura della provincia di Ferrara – Progetto vivalanotte 2002

⁴⁸ www.espad.org key results Italy (2003)

⁴⁹ relazione al Parlamento sulle tossicodipendenze 2005

⁵⁰ OSSFAD Istituto Superiore di sanità

⁵¹ relazione al Parlamento sulle tossicodipendenze 2005

Va sottolineato che nei diversi studi sono state utilizzate domande diverse per indagare gli atteggiamenti dei giovani verso l'alcool: i risultati hanno dovuto essere ricondotti alle categorie predeterminate in tabella. Questa operazione ha introdotto, ovviamente, un elemento di soggettività e dunque un margine di errore aggiuntivo.

L'ordine di grandezza è comunque abbastanza in linea tra i risultati dei diversi studi.

Anche l'uso di droghe è presente con prevalenze d'uso, sia esso abituale o episodico, notevole: circa un terzo degli studenti usa *cannabis* e derivati.

Breve quadro degli effetti dell'alcool sulla salute

Il consumo di alcol in Italia è un'abitudine diffusa e socialmente accettata. Se fino a qualche anno fa l'alcolismo veniva considerato un problema di ordine etico, oggi anche l'opinione pubblica tende a considerarlo un problema di salute.

L'uso inadeguato oppure eccessivo provoca danni fisici e psichici, con insorgenza di patologie acute e croniche quali la cirrosi epatica e la psicosi alcolica e con aumento della mortalità.

Inoltre l'alcol figura tra i principali fattori di rischio per il verificarsi di incidenti stradali.

L'OMS suggerisce che nei paesi industrializzati l'alcol sia la causa del 2% della mortalità complessiva.

In Italia, la Società Italiana di Alcolologia, stima che i decessi attribuibili ai problemi e alle patologie alcol-correlati (PPAC) risultino pari al 3% delle morti per tutte le cause, andando a costituire la terza - quarta causa di morte.

Inoltre le stime sull'incidenza del fattore alcol tra le cause di ricoveri ospedalieri in Italia variano tra il 10 ed il 50%.

Quali sono i gruppi a rischio per consumo inadeguato di alcool?

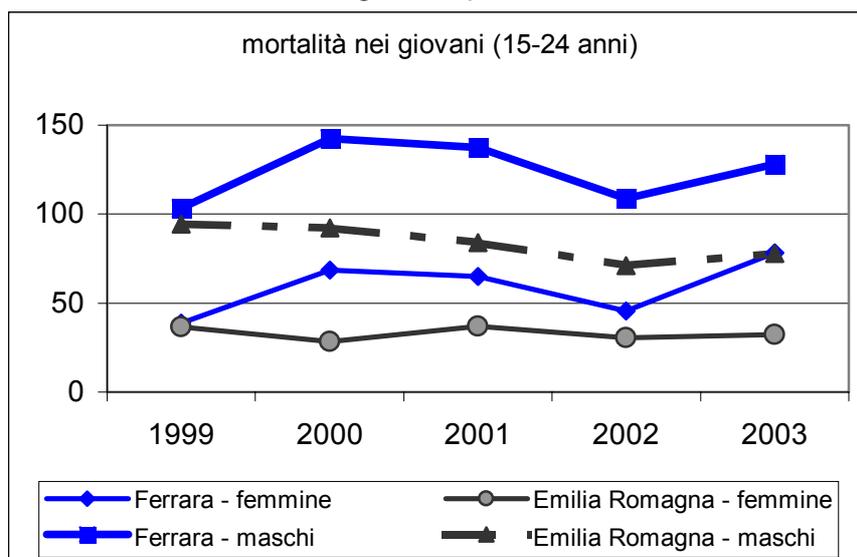
Secondo i risultati dell'indagine "in linea con la salute", i giovani sono i maggiori consumatori di bevande alcoliche, nelle categorie "bevitori intermedi e forti".

I laureati sono i più rappresentati tra i forti bevitori (11,2%).

La disponibilità economica condiziona il consumo di alcool: la percentuale di persone che dichiarano di non bere bevande alcoliche è nettamente più elevata tra chi dispone di un reddito inferiore a 1000 euro. Le percentuali di bevitori intermedi e forti raddoppiano all'aumentare del reddito, a fronte di una sostanziale stabilità della percentuale di bevitori moderati in tutti gli scaglioni di reddito.

La mortalità nei giovani (da 15 a 24 anni)

Figura 5.6 – andamento della mortalità nei giovani, per sesso; confronto con la regione



fonte: registro regionale di mortalità

La mortalità per traumatismi rappresenta la principale causa di morte in questa classe di età. Comprende gli incidenti stradali ed i suicidi (che, in questa fascia di età, sono una piccola quota). La seconda causa di morte sono i tumori. In questa classe di età esistono importanti

differenze di genere: il rischio di morte per un maschio è doppio rispetto a quello di una femmina (triplo se si considerano solo gli incidenti stradali).

5.5 Salute degli immigrati stranieri

Ferrara occupa l'ultima posizione nel Nord-Est quanto a presenza di cittadini stranieri sul totale della popolazione, eppure partecipa ormai all'intensa dinamica migratoria regionale. La presenza straniera è difficile da quantificare con esattezza in quanto si compone di vari elementi: immigrati regolari con permesso di soggiorno e iscritti all'anagrafe, stranieri che lavorano con visto turistico, stranieri presenti clandestinamente.

Tabella 5.23 - Confronto dell'informazione proveniente da fonti diverse (per l'anno 2003)

	Permessi di soggiorno	Stima dossier Caritas	ISTAT (fonti anagrafiche)	Var. % tra stima Caritas e dato anagrafico
Ferrara	10.800	12.347	8.453	46,1%
Emilia Romagna	217.756	263.414	210.397	25,2%

Un'approssimazione attendibile del numero di immigrati realmente presenti si ottiene sommando stranieri residenti regolari e stranieri temporaneamente presenti, che figurano in un apposito elenco dell'azienda USL.

Nel 2004 gli stranieri temporaneamente presenti sono stati 1579. Conseguentemente nel 2004 a Ferrara sono stati presenti almeno 12.873 stranieri.

Gli immigrati sono diventati una presenza numericamente rilevante, sebbene percentualmente siano una presenza molto inferiore alla media regionale; sono ormai un elemento strutturale della realtà ferrarese: nell'arco di due anni si è assistito ad un raddoppio delle presenze straniere in provincia.

Tabella 5.24 - Popolazione straniera residente al 31/12/2004

	Distretto Centro-Nord	Distretto Sud-Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia Romagna
n. immigrati stranieri regolari	5.117	3.168	3.009	11.294	
di cui donne				5.748	
e di cui minorenni	844	719	714	2277	
Percentuale di stranieri sulla popolazione complessiva	2,9	3,1	4,2	3,2	5,1***
Stranieri iscritti all'anagrafe sanitaria	3846	1427	1212	6485	
di cui donne	2232	732	603	3567	
Stranieri temporaneamente presenti				1579	

Fonti: CCIA - Informazioni statistiche 2005 *** ISTAT - La popolazione straniera residente in Italia al 1° gennaio 2004 - (pubblicato 23/3/05) **Osservatorio provinciale immigrazione - anticipazione del report 2004

Va notato che solo una parte degli stranieri residenti è iscritta all'anagrafe sanitaria dell'ASL: sono iscritte 6485 persone, pari al 57,4%.

I minori stranieri: quanti sono? quanti frequentano la scuola?

Anche in questo settore emergono difficoltà a quantificare la situazione.

Gli stranieri in età 0-17 anni iscritti alle anagrafi comunali sono 2277; secondo i dati in possesso della Questura risultano iscritti sui permessi di soggiorno dei genitori 3907 minori.

Gli alunni stranieri inseriti nelle scuole ferraresi ammontano, secondo il C.S.A., a 1733 persone.

Gli immigrati imprenditori

Negli ultimi anni sono cresciute le attività economiche gestite da titolari immigrati. I dati della Camera di Commercio consentono un'analisi delle cariche societarie ricoperte.

Al 31 dicembre 2004 i cittadini non comunitari che ricoprivano cariche sociali in imprese ferraresi ammontavano a 1.096. Titolari e amministratori sono 987 ed è presumibile che attraverso questi ruoli siano individuabili le attività autonome d'impresa.

In rapporto al totale degli immigrati residenti, si ottiene un quoziente dia attività per lavoro autonomo d'impresa pari al 9,8%. Per la gran parte si tratta di imprese individuali.

L'impegno più consistente è nel campo delle costruzioni (dove prevalgono gli albanesi), seguito dal commercio (dove prevalgono i marocchini); nel campo manifatturiero prevalgono i cinesi.

In alcuni settori la formazione di imprese da parte di immigrati si profila come determinante per la tenuta o la crescita dell'intero comparto (commercio, alberghi e ristoranti).

Tabella 5. 25 - Criminalità e immigrazione

Stranieri denunciati all'Autorità Giudiziaria su 100 denunciati (2001)	Provincia FE: 9%	Emilia Romagna: 25%
--	---------------------	------------------------

Fonte: ISTAT SITIS

La criminalità viene associata, da una parte dell'opinione pubblica, alla presenza degli immigrati. A Ferrara la criminalità di origine straniera non ha registrato finora, limitatamente ai dati disponibili (che risalgono al 2001), la crescita registrata altrove.

La salute degli stranieri

Due dati illustrano la complessità che occorre affrontare sul tema della salute degli immigrati.

L'aumento del 50% dei residenti stranieri rispetto al 2002 comporta un incremento notevole della domanda sanitaria, oltre che dei bisogni reali di salute, con l'esigenza di ottenere risposte articolate in funzione delle diversissime nazionalità appartenenti a mondi culturalmente diversi, a volte separati da pregiudizi culturali e razziali.

Secondo i dati dell'Osservatorio provinciale sull'immigrazione di Rimini circa il 30% degli stranieri è analfabeta.

I dati qui presentati sono riferiti ai soli residenti stranieri, non comprendono gli stranieri temporaneamente presenti oppure residenti altrove che si siano rivolti alle strutture per ottenere assistenza.

Tabella 5.26 - Ricoveri ospedalieri di stranieri residenti a Ferrara nel 2004

	Distretto Centro-Nord	Distretto Sud-Est	Distretto Ovest	Azienda USL
n. stranieri ricoverati (sono contati solo i residenti a Ferrara)	398	141	97	636
Tasso specifico di ricovero ⁵²	105	57	43	75
% di ricoveri di stranieri (sul totale dei ricoveri)	1	0,7	0,7	0,9

Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)

Tabella 5.27 - Graduatoria delle cause di ricovero tra gli stranieri residenti nel 2004

frequenza di ricovero per MDC (categorie diagnostiche maggiori)	1. -gravidanza e parto	32,7%
	2. -patologie apparato muscolo-scheletrico	9,3%
	3. -apparato riproduttivo femminile	8%
	4. -apparato cardiocircolatorio	6,4%
	5. -apparato digerente	6,4%

Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)

⁵² (stranieri ricoverati per mille stranieri residenti)

Le prime cinque categorie di cause comprendono 397 ricoveri, pari al 62% dei 636 ricoveri di stranieri registrati in totale nel 2004

La salute riproduttiva fra gli stranieri immigrati

Da sottolineare che un terzo dei ricoveri di stranieri è stato determinato da assistenza per gravidanza e parto.

Un segnale di allarme viene lanciato dai medici: aumenta il numero di donne immigrate che non chiedono assistenza durante la gravidanza, soprattutto per motivi culturali (necessità di essere accompagnate dal marito e di essere visitate da un medico donna). Inevitabile conseguenza è la ricomparsa di patologie pericolose per la salute del nascituro e della madre.

Tabella 5.28 - Natalità e interruzioni di gravidanza fra le donne straniere residenti a Ferrara nel 2004

Anno 2004	Distretto Centro-Nord	Distretto Sud-Est	Distretto Ovest	Azienda USL
Nati da donne straniere residenti (DRG 370-375)	50	23	11	84
% nati da donne straniere	4,6	3,8	1,9	3,7
n. IVG in donne straniere residenti (DRG 381)	39	19	13	71
% di IVG sul totale delle IVG (DRG 381)	7,4	6,6	5,6	6,8
Rapporto di abortività ⁵³	43,8	45,2	54,2	45,8

Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)

Per una corretta comprensione della tabella occorre notare che i dati sono riferiti alle donne straniere residenti a Ferrara, e non alle donne straniere che sono state assistite presso gli stabilimenti ospedalieri della provincia (le assistite comprendono: parte delle donne residenti, parte di donne residenti altrove, parte delle donne straniere presenti).

L'aumento numerico delle IVG osservato in Italia negli ultimi anni è stato attribuito all'aumento della presenza straniera. Infatti nel 1998, l'ISTAT ha stimato che il tasso di abortività nelle donne immigrate in età 18-49 anni era tre volte superiore a quello osservato tra le donne italiane. Non è possibile calcolare un tasso di abortività riferito alle sole donne straniere.

Tabella 5.29 - Strutture per l'interazione immigrati-residenti

Strutture presenti in provincia di Ferrara che offrono sportelli informativi per stranieri: 37
Associazioni di cittadini stranieri presenti in provincia di Ferrara: 15

Fonte: Osservatorio provinciale immigrazione: rapporto 2003

L'interazione con persone di culture diverse richiede approcci diversificati, tramite una pluralità di occasioni e strumenti e persone.

Sono stati reperiti due dati che danno un'idea del lavoro di interazione culturale.

⁵³ Rapporto di abortività = IVG/nati+IVG

5.6 Le “nuove povertà”

Il capitolo è diviso per praticità espositiva in due parti: nella prima si tratteggia una sintesi della situazione economica ferrarese, nella seconda parte si prende in esame la tematica della povertà.

Prima parte: il contesto socio-economico ferrarese

▣ istruzione

Il livello di istruzione della popolazione viene utilizzato come *proxy* di variabili più complesse come il livello culturale o la condizione di benessere.

Insieme al reddito è uno degli indicatori utilizzati per la misura del livello socio-economico.

Nel campo della salute, il grado di istruzione costituisce uno dei fattori più potenti nel discriminare, e quindi prevedere, i comportamenti. L'istruzione e la conseguente conoscenza, e consapevolezza dei fattori che incidono sullo stato di salute, sono le armi migliori contro le malattie e la morte a tutti i livelli. Le persone meno istruite usano in modo meno appropriato le strutture sanitarie.

Tabella 5.30 - Tasso di scolarizzazione

	Provincia di Ferrara	Regione Emilia Romagna	Italia
Senza titolo oppure con licenza elementare	40,9	36,2	36,4
licenza media	27,3	27,9	30,1
(% senza licenza media in età 15-52 anni)	9,4	7,9	10,4
Diploma di scuola media sup.	24,5	26,7	25,8
Laurea o titolo sup.	7,1	8	7,5

Fonte: ISTAT Censimento 2001

La provincia di Ferrara presenta ancora un lieve disallineamento del tasso di scolarizzazione della popolazione, che si va progressivamente riducendo con l'assottigliamento delle classi di età a minor scolarizzazione. La disomogeneità territoriale è ancora più evidente esaminando l'indice di conseguimento della scuola dell'obbligo nei 26 comuni: tutti i comuni con indice superiore all'11,5% sono collocati nel basso ferrarese.

Tabella 5.31 - Indice di non conseguimento della scuola dell'obbligo (15-52 anni), per comune

Argenta	10,26	Massa Fiscaglia	11,51
Berra	12,23	Mesola	16,68
Bondeno	10,18	Migliarino	12,85
Cento	8,42	Migliaro	16,58
Codigoro	11,63	Mirabello	8,3
Comacchio	15,4	Ostellato	13,66
Copparo	11,44	Poggio Renatico	9,53
Ferrara	6,11	Portomaggiore	10,4
Formignana	10,4	Ro	11,16
Goro	18,87	Sant'Agostino	8,71
Jolanda di Savoia	15,34	Tresigallo	9,12
Lagosanto	14,88	Vigarano Mainarda	9,69
Masi Torello	8,74	Voghiera	9,86

Fonte: ISTAT Censimento 2001

▣ struttura economica

n. imprese

Nonostante un ruolo crescente delle imprese di media dimensione, la provincia di Ferrara ha una struttura economica ancora abbastanza frammentata: conta infatti 34.941 imprese (una impresa ogni 10 abitanti) di cui 10.402 artigiane (pari al 30%).

Le imprese individuali sono il 70,7%.

Le Unità locali attive sono 40.823; i comparti produttivi più significativi e con il maggior numero di imprese sono l'agricoltura (9.195), le costruzioni (5002) e le attività manifatturiere (4245).

A Ferrara si assiste ad un processo di attrazione, anziché delocalizzazione: il 22,1% di tutti i dipendenti provinciali lavorano in unità locali ferraresi appartenenti ad imprese con sede fuori provincia (dati 2001). La corrispondente media regionale è pari al 12,1%.

Il ritmo di crescita delle imprese è assai modesto, con solo lo 0,5% di crescita nel 2004; interpretato dagli esperti del settore come un segnale di risveglio della movimentazione imprenditoriale.

n. addetti/impresa

tabella 5.32 – addetti/impresa:risultati del censimento 2001.

	Valori assoluti			Variazioni % 2001/1991		
	Ferrara	Emilia Romagna	Italia	Ferrara	Emilia Romagna	Italia
Imprese	27.159	360.325	4.083.966	7,1	17,6	23,7
Addetti imprese	94.269	1.468.453	15.712.908	9,0	12,9	7,8
Addetti/impresa	3,4	4,1	3,8	-	-	-

Fonte: censimento generale industria 2001

Il numero medio di addetti per impresa a Ferrara è pari a 3,4 addetti, prossima a quella italiana (3,8); per confronto la dimensione media europea è di 6 addetti per impresa.

Gli addetti per 1000 abitanti sono 417 nel Comune capoluogo e 336 negli altri Comuni (in regione sono mediamente 436). Non c'è quindi una ampia dispersione territoriale di imprese e abitanti, con i conseguenti aspetti positivi (occupazione e consumo di suolo meno accentuata) e negativi (bassa densità delle imprese).

tasso di sviluppo e PIL provinciale

Nel periodo 1995-2003 il valore aggiunto⁵⁴ pro-capite è andato aumentando a Ferrara del 31,9% (superiore alla media regionale, pari al 29%). L'aumento nazionale è stato del 32,4%. Ferrara continua ad occupare l'ultima posizione in regione per quanto riguarda il PIL, ma si sta portando verso valori prossimi alla media regionale.

Tabella 5.33 -Valore aggiunto pro-capite nel 2003 e differenza con il 1995

	Pro-capite (in euro)	Var. % 2003/1995
Ferrara	21.227	36,3
Emilia Romagna	24.998,8	32,8
Italia	20.232,4	37,3

Il valore delle esportazioni per abitante è pari a 4.829 euro, poco al di sopra della media nazionale ed inferiore ai 7.775 euro della media regionale.

Tabella 5.34 - Distribuzione della popolazione secondo le categorie lavorative ISCO⁵⁵ al 31-12-2003 (dati in percentuale)

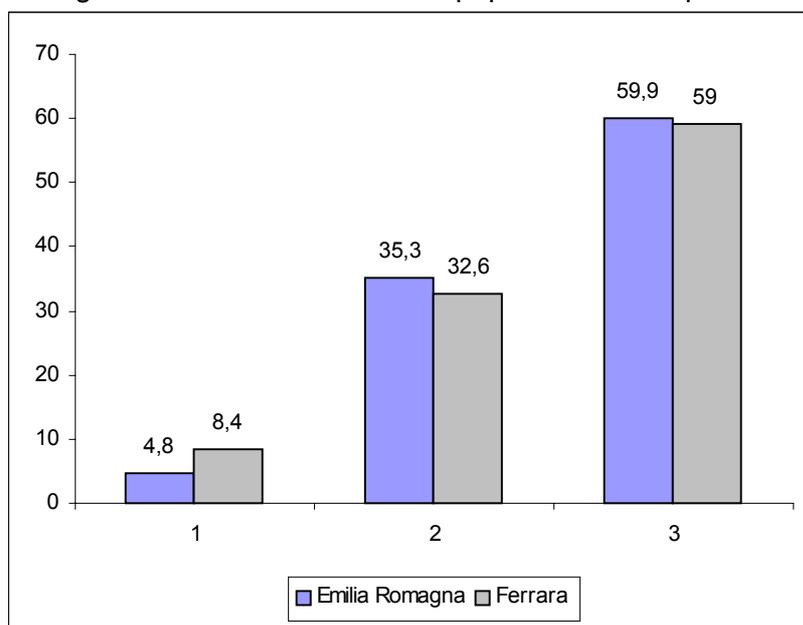
Categorie lavorative	Ferrara	Forlì-Cesena	Emilia Romagna	Italia
Dirigenti	1,2	0,2	1,1	1,3
Professioni intellettuali scientifiche e di elevata specializzazione	4,5	5,8	4,8	5,7
Professioni tecniche	15,8	19,9	22	20,7
Professioni esecutive	11,5	12,8	13,3	11,6
Professioni relative alle vendite	17,2	14,4	14,4	14,7
Operai specializzati	28,5	26,4	21,8	22,2
Conduttori impianti e operatori	15	10,6	14,6	15,3
Personale non qualificato	6,3	9,9	7,9	8,6

⁵⁴ Il valore aggiunto in genere è una differenza fra un prima e un dopo. Nella produzione è la differenza fra materia prima e prodotto finito: si ottiene sottraendo al valore della produzione i costi intermedi. Nella vendita è la differenza fra prodotto in magazzino e prodotto venduto.

⁵⁵ ISCO = International standard classification of occupations

Fonti: rapporti 2005 delle rispettive Camere di commercio

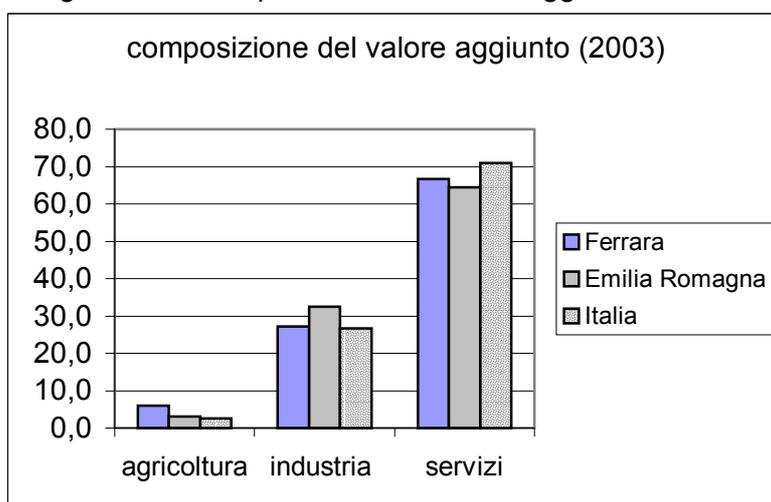
Figura 5.7 - distribuzione della popolazione occupata



L'agricoltura ha ancora un ruolo importante nell'economia ferrarese, sia per numero di addetti sia per valore aggiunto prodotto. Come dimostra la composizione percentuale del valore aggiunto del 2003 per attività economica.

A differenza di quanto si osserva nelle altre province emiliane, esistono due settori predominanti nell'economia locale: agricoltura e commercio (in totale costituiscono il 52% delle imprese, con ben il 30% di aziende agricole).

Figura 5.8 – composizione del valore aggiunto



fonte: CCIAA Ferrara – informazioni statistiche 2005

Solitamente si ritiene che l'alta incidenza del settore agricolo nella formazione del reddito complessivo sia indice di arretratezza del sistema economico, ed effettivamente il contributo globale dell'economia ferrarese alla formazione del valore aggiunto nazionale è piuttosto modesto. L'agricoltura ferrarese non è tuttavia certamente un comparto arretrato: infatti contribuisce con il 6%, ben oltre il doppio del contributo complessivo del comparto a livello nazionale.

Molto attivo anche l'artigianato che produce il 14,5% del valore aggiunto, molto al di sopra della quota nazionale e anche della quota del NordEst.

Solo il 27% del valore aggiunto è prodotto dall'industria.

occupazione

Nel 2004 risultano occupate 159.000 persone a Ferrara.

La condizione di occupazione di una persona implica non solo la sua partecipazione alla produzione della ricchezza locale e quindi alla condivisione dei frutti ma presuppone anche normalmente una condizione di salute buona o almeno compatibile con l'attività svolta.

La condizione di disoccupato specie se protratta può inoltre generare situazioni di malessere psicofisico oltre a costituire un problema sociale quando sia diffusa nella popolazione. Come è facile immaginare, quanto maggiore è stato l'investimento in formazione tanto più alta è la propensione a entrare nel mercato del lavoro. Inoltre, al crescere del livello di istruzione, si attenuano le differenze di genere che penalizzano le femmine.

L'occupazione femminile è un indicatore di sviluppo e di parità tra i sessi ma allo stesso tempo può condizionare le scelte demograficamente rilevanti (riproduzione) e potrebbe esporre la madre a maggiori rischi per la salute propria e dei figli.

Il tasso di disoccupazione provinciale si attesta al 3,9% (in miglioramento progressivo negli ultimi anni). Interessante notare come Ferrara formi con le contigue province di Rovigo e di Ravenna l'unica sacca di disoccupazione di un certo rilievo nel Nordest del Paese.

Tabella 5.35 - tasso di disoccupazione 2004

	Azienda USL	Emilia Romagna
Tasso di disoccupazione totale	4,3	3,7
Tasso di disoccupazione maschile	[3,1]*	2,7
Tasso di disoccupazione femminile	5,7	5

*errore campionario superiore al 25%-valore non utilizzabile (si riporta per memoria)

fonte: ISTAT

Il tasso di disoccupazione provinciale della provincia di Ferrara si attesta al 4,3% (in calo rispetto al 2002 in cui era pari al 6,4%).

Alcune caratteristiche dei disoccupati

- Il 39,1% dei disoccupati sono disoccupati da lungo tempo, oltre 24 mesi.
- La maggior parte dei disoccupati possiede la licenza media; tuttavia ancora il 16% presentano una bassissima scolarità.

Tabella 5.36 - Titolo di studio fra i disoccupati

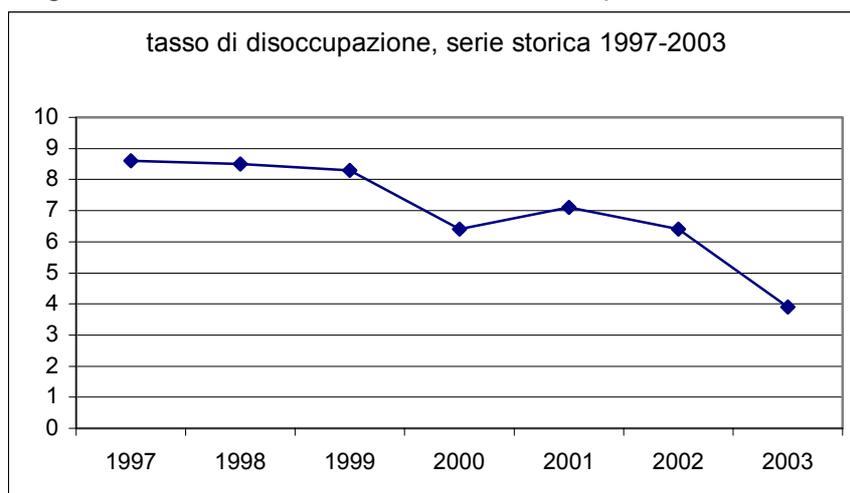
	Disoccupati In provincia	Provincia di Ferrara
Senza titolo oppure con licenza elementare	16	40,9
licenza media	41,9	27,3
Diploma di scuola media sup.	28	24,5
Laurea o titolo sup.	8,1	7,1
Non presente l'informazione	6	0

Trend temporale del tasso di disoccupazione

Il trend temporale mette in luce i continui miglioramenti del mercato del lavoro della provincia nel periodo 1997-2003: dall'8,6% al 3,9%.

Nel 2004 è stato modificato il sistema di rilevazione dell'occupazione ed i valori 2004 non sono direttamente comparabili con gli anni precedenti, per problemi di metodo (viene modificata in senso molto estensivo la precedente definizione di "occupato").

Figura 5.9 – andamento del tasso di disoccupazione a Ferrara

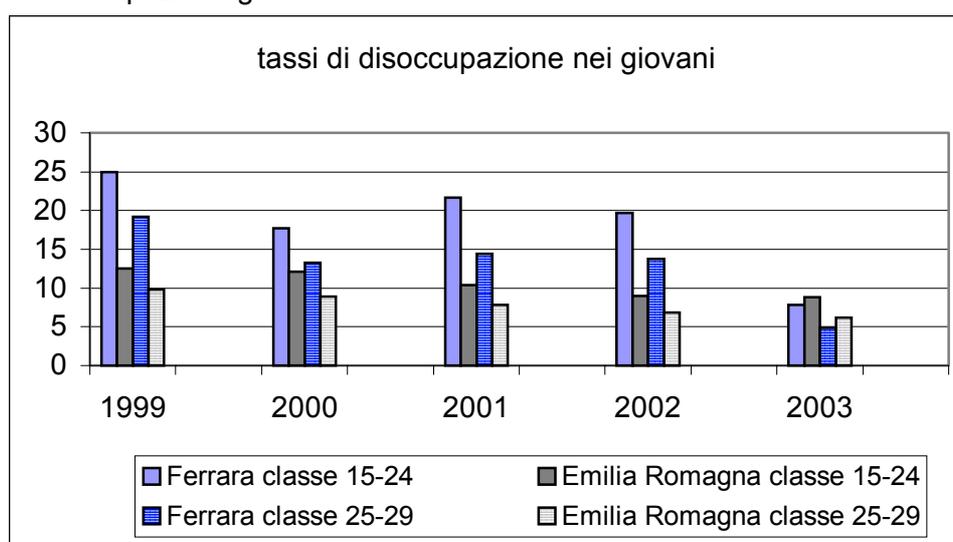


fonte: ISTAT

Tasso di disoccupazione nei giovani

Si osserva una diminuzione nel corso degli anni, sebbene il brusco abbassamento registrato nel 2003 non sia facilmente interpretabile, mancando anche un valido riferimento nell'anno successivo.

Figura 5.10 – disoccupazione giovanile



fonte: CCIAA Ferrara – informazioni statistiche 2005

reddito

La favorevole evoluzione del quadro economico ha indotto un miglioramento anche nell'evoluzione del reddito pro-capite.

La crescita dal 1995 al 2003 è stata pari al 36,3%, superiore alla crescita regionale (32,8%) ma inferiore a quella nazionale (37,3%).

Tabella 5.37 - Distribuzione del reddito disponibile pro-capite

	2000	2001	2002
Ferrara	15.692	16.492	17.300
Emilia Romagna	16.512	17.966	18.547
Italia	13.984	14.465	15.031

Fonte: CCIAA Informazioni statistiche 2005

Gli abitanti della provincia di Ferrara possono godere di un reddito disponibile pro-capite che è di circa 17.300 euro, superiore a quello nazionale, anche se rimane il più basso tra tutte le province dell'Emilia Romagna.

- **livello di vita, ricchezza e consumi**

L'aumento del reddito disponibile ha modificato il tenore di vita dei ferraresi?

Le condizioni economiche di una popolazione rappresentano uno dei principali fondamenti del benessere complessivo. Anche se la quasi totalità della popolazione ha superato i problemi della sopravvivenza, le disponibilità economiche medie e la loro distribuzione tra gli abitanti determinano il livello di vita complessivo e quindi, da un punto di vista sanitario e assistenziale, il ricorso a cure e indagini cliniche potenzialmente inappropriate.

I consumi non fanno registrare risultati rilevanti.

Nel periodo 1999-2002 i consumi finali interni delle famiglie ferraresi sono aumentati del 13%, in linea con la tendenza nazionale (13,2%) e meno della media regionale (14,6%).

La composizione percentuale della spesa vede un sostanziale allineamento con la media regionale: 14,9% è dedicato alla spesa per alimentari e 85,1% alla spesa non alimentare (a livello italiano la ripartizione vede il 17% per alimentari e l'83% per il comparto non alimentare).

Parte seconda: povertà e "nuove povertà"

Solitamente con il termine "povertà" si intende rimarcare l'assenza o l'accentuata carenza di risorse, primariamente economiche, monetarie e di reddito, necessarie per vivere; e, talvolta, per sopravvivere.

Una citazione da Amartya Sen aiuta a inquadrare meglio il tema della povertà.

<< Esseri poveri in una società ricca è già di per sé un handicap in termini di capacità. In un paese che in generale è ricco, può essere necessario un reddito maggiore per comprare merci sufficienti ad acquisire le stesse funzioni sociali, come "apparire in pubblico senza vergogna". Lo stesso può dirsi per la "capacità di prendere parte alla vita della comunità">>.

La definizione di povertà non si esaurisce nella carenza di risorse monetarie, ma riguarda una pluralità di dimensioni di natura sociale e culturale che, peraltro, non si associano necessariamente alla deprivazione in termini strettamente monetari.

Questo comporta disagi delle famiglie indipendente dal livello di consumo. Con riflessi di portata anche molto ampia nel campo della salute, sia diretti per quanto riguarda lo stato di salute che indiretti sull'utilizzo dei servizi.

Attualmente si sono delineate due situazioni sul fronte della povertà: la povertà nel senso "classico" e le "nuove povertà".

La povertà nel senso "classico" comprende le situazioni di povertà endemica, che fanno riferimento a catene causali come la numerosità del nucleo familiare, una scarsa qualificazione culturale, oppure la perdita del lavoro da parte del capofamiglia, la presenza di anziani con problemi di autosufficienza, l'erosione del potere d'acquisto dei redditi.

Le stime annuali sul fenomeno della povertà in Italia sono rivolte alla quantificazione di questo aspetto e sono effettuate in base a due misure distinte.

La prima misura fa riferimento alla povertà relativa e si basa sul confronto tra le spese medie mensili per consumi delle famiglie.

L'incidenza della povertà si misura in base al numero di famiglie (e relativi componenti) che presentano spese per consumi delle famiglie inferiori alla spesa media pro-capite. Se una famiglia di due persone spende mensilmente per consumi un importo pari o inferiore a questa cifra, viene considerata relativamente povera: analogamente per le famiglie formate da un numero diverso di componenti, una volta che sia stata determinata la corrispondente linea di povertà attraverso una "scala di equivalenza".

L'ultima indagine sulla povertà effettuata nel 2003 dal Servizio Statistica del Comune di Ferrara segnala la presenza del 5,7% di famiglie al di sotto della soglia di povertà relativa⁵⁶ (in

⁵⁶ La soglia di povertà relativa fa riferimento alla spesa media procapite in Italia. L'incidenza di povertà è data dal numero di famiglie con consumi al di sotto della soglia di povertà sul totale delle famiglie residenti.

Emilia Romagna sono il 4,3% e in Italia il 10,6%, secondo l'indagine nazionale sulla povertà ISTAT 2003).

Eurispes, nel suo recente rapporto, calcola che oltre 4milioni700mila famiglie italiane (circa il 22% delle famiglie totali) e oltre 14 milioni di individui siano sicuramente poveri o quasi poveri.

I dati dell'indagine campionaria sulla povertà condotta sul solo comune di Ferrara sono estendibili alla provincia? Ammettendo che abbia validità una stima basata sulla proiezione provinciale delle prevalenze misurate nel capoluogo, in numeri assoluti si tratterebbe di circa 8.000 famiglie che vivono sotto la soglia della povertà relativa, nel ferrarese.

La seconda misura fa riferimento alla povertà assoluta valutata in relazione al valore monetario di un paniere di beni e servizi mensili.

La povertà assoluta è l'incapacità di acquistare un paniere di beni e servizi considerati essenziali per la famiglia italiana, appena sufficienti a conseguire uno standard socialmente accettabile. Esso comprende una componente alimentare, una per abitazione ed una rappresentata dalla spesa per soddisfare le altre necessità familiari. L'incidenza della povertà assoluta a livello nazionale è del 4,2% delle famiglie, nel comune di Ferrara risulta pari all'1,6% delle famiglie.

L'altro volto della povertà (le nuove povertà) nasce dal moltiplicarsi dei fattori di rischio economico e di incertezza che rendono sempre più pesante la situazione di disagio sociale ed economico di una quota consistente di nuclei familiari.

Si sta affermando una nuova situazione di povertà caratterizzata da una precaria condizione socio-economica culturale esistenziale (non "relativa" o "assoluta" come nelle definizioni più in uso ma variabile, temporanea) che mantiene le famiglie in una condizione di instabilità e di rischio di entrata nel circolo vizioso della povertà senza uscita. Vengono a mancare aiuti e reti di solidarietà.

Eurispes usa il termine "povertà fluttuante".

La Caritas segnala come sempre più spesso i suoi utenti appartengano a classi sociali tradizionalmente lontane dalla fruizione dei servizi di assistenza dell'associazione.

La Commissione di indagine sull'esclusione sociale, nel rapporto pubblicato nel novembre 2003, evidenzia la rilevanza di un'area grigia, pari grosso modo al 20-25% delle famiglie, costituita da nuclei familiari che, pur non rientrando tutte tra i poveri, presentano forme di fragilità strutturale o congiunturale che potrebbero convogliare, in assenza di interventi, a realtà di bisogno economico più marcato.

La misura di questo fenomeno utilizza indicatori non facilmente reperibili⁵⁷ e comunque assenti, per la gran parte, dalle fonti informative correntemente impiegate.

Esiste peraltro una terza misura della povertà, costituita dalla povertà soggettiva. La povertà soggettiva è un concetto che considera la percezione dello stato di disagio.

E' anch'esso un indicatore monetario, perché è considerata povera una persona o una famiglia al di sotto di una certa soglia. Tuttavia tale soglia è stabilita non in base a criteri oggettivi (reddito o consumi), ma in base a indicazioni soggettive. Sono gli stessi soggetti a stabilire l'ammontare delle risorse monetarie necessarie per condurre una vita senza preoccupazioni economiche, al di sotto della quale si può parlare di povertà (in questo caso soggettiva).

Questo indicatore potrebbe aiutare a comprendere una parte del disagio economico espresso con le nuove forme di povertà.

A Ferrara la povertà soggettiva risulta pari al 61,2%, contro una media italiana del 60,7%.

⁵⁷ Unione Europea – Comitato per la protezione sociale. Relazione sugli indicatori nel campo della povertà e dell'esclusione sociale. www.europa.eu.int

5.7 Malattie trasmesse sessualmente

Le malattie trasmesse sessualmente (MTS) sono la prima causa di *infezione* nei paesi occidentali e sono sempre più in aumento. Questo può essere spiegato dal fatto che i costumi sessuali delle popolazioni occidentali sono cambiate negli anni: l'innalzamento dell'età da matrimonio e i frequenti cambiamenti di partner espongono, adesso più che negli anni precedenti, la popolazione al contatto di microrganismi e, quindi, all'insorgenza di queste malattie. Le MTS colpiscono uomini e donne di ogni etnia ed età, ma di preferenza aggrediscono i giovani, più esposti al contatto con molteplici e diversi partner sessuali.

L'unico modo certo per non contrarre queste malattie è evitare i rapporti a rischio.

Si possono distinguere le MTS in tre categorie fondamentali:

le malattie a **trasmissione sessuale quasi esclusiva** (infezione da Chlamydia, la sifilide, la gonorrea, la tricomoniasi, l'herpes genitale, il papilloma virus),

quelle a **trasmissione sessuale non esclusiva** (HIV, l'epatite B, il *citomegalovirus*) ed infine quelle a **trasmissione sessuale poco frequente** (la candidosi e l'epatite C).

Presso l'archivio malattie infettive del servizio igiene Sanità Pubblica risultano notificate, per gli ultimi anni, le malattie riportate nelle tabelle che corredano le varie voci, di seguito brevemente descritte.

I giovani e le malattie sessualmente trasmesse

Un'indagine svolta in Italia su ragazzi e ragazze fra 14 e 16 anni ha portato alla luce una scarsa conoscenza della fisiologia della riproduzione, come testimoniato dalla non conoscenza del periodo fertile del ciclo (oltre il 60%).

Riguardo all'esposizione ai rapporti sessuali, il 18% ha dichiarato di averne avuti completi e il 46% incompleti. In caso di rapporti completi, l'11% non aveva adottato alcun metodo contraccettivo e il 65% il preservativo.

Mentre la totalità del campione (98%) riconosceva l'AIDS come malattia a trasmissione sessuale, solo il 58% riconosceva l'Epatite e il 9% la Gonorrea. Sulle modalità di trasmissione non è risultata una buona consapevolezza, con la persistenza di stereotipi.

Nell'indagine svolta da CARID (nota 50), a fronte di una percentuale di ragazzi che dichiara di aver fatto esperienza di rapporti sessuali completi che sale dal 23% (a 16 anni) fino al 98% (a 20 anni), la prevalenza d'uso del preservativo rimane al 65% circa. Una minoranza degli adolescenti mostra una scarsa conoscenza dei metodi contraccettivi.

Blenorragia e sifilide

Sono le due infezioni sessualmente trasmesse più note (ma non fra i giovani, come si è visto).

La sifilide è causata dal **Treponema pallidum**, il quale si introduce nell'organismo attraverso una ulcerazione ai genitali, che è il primo *sintomo* della malattia. La lesione è però spesso troppo piccola per essere scoperta ed altri sintomi potrebbero comparire molto tardi, dando così il tempo al batterio di diffondersi nell'organismo e di trasmettersi ad altri partner sessuali.

La blenorragia è un'infezione provocata da un batterio Gram negativo chiamato **Neisseria gonorrhoeae**. Il batterio si sconfigge facilmente con la somministrazione di antibiotici. Se non trattata, la blenorragia può allargarsi verso l'utero e le tube e condurre alla *sindrome* infiammatoria pelvica, provocando sterilità o gravidanze extrauterine.

Tabella 5.38 - incidenza di Blenorragia e sifilide

	Nuovi casi 2001	Nuovi casi 2002	Nuovi casi 2003	Nuovi casi 2004
Blenorragia	2	0	3	0
Sifilide	4	6	7	2

Infezione da Clamidia

La Clamidia è una malattia sessualmente trasmissibile tra le più comuni, causata da un batterio, *Chlamydia trachomatis*.

Anche se le manifestazioni sintomatiche sono molto leggere, tanto da non essere spesso riconosciute dalle persone che ne sono colpite, può essere comunque causa di seri danni

all'apparato riproduttivo femminile, fino a dare infertilità. Nella maggior parte dei casi l'infezione interessa le donne, soprattutto le adolescenti e le giovani donne sessualmente attive. Se non trattata, l'infezione può progredire causando conseguenze sia a breve che a lungo termine, che possono, come i sintomi, rimanere 'silenti'. Nelle donne, la manifestazione più tipica dell'infezione è l'infiammazione pelvica (*pelvic inflammatory disease*, PID) che interessa quasi la metà delle donne che non hanno seguito alcun trattamento. La PID può causare danno permanente alle tube, all'utero e ai tessuti circostanti, con conseguente dolore cronico, infertilità e possibilità di gravidanze extrauterine.

Le donne affette da Clamidia hanno una probabilità di rischio di contrarre il virus dell'AIDS cinque volte più alta.

La sottonotifica per questa malattia è una realtà molto frequente: a Ferrara non compaiono notifiche di malattie da Clamidia.

AIDS

La trasmissione sessuale è nel mondo la modalità di trasmissione più diffusa dell'infezione da HIV.

AIDS o "Sindrome da Immunodeficienza Acquisita" costituisce lo stadio clinico terminale dell'infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV).

Quando una persona entra in contatto con l'HIV può diventare sieropositiva, vale a dire che presenta la positività alla ricerca di anticorpi dell'HIV nel siero. Ciò significa che l'infezione è in atto e che è possibile trasmettere il virus ad altre persone.

Il tempo che intercorre dal momento del contagio all'effettiva comparsa degli anticorpi contro l'HIV nel sangue viene chiamato "periodo finestra". Questo periodo dura mediamente 4-6 settimane, ma può estendersi anche fino a 6/8 mesi. Durante questo periodo anche se la persona risulta sieronegativa è in grado di trasmettere l'infezione.

L'infezione da HIV è caratterizzata da un tempo di incubazione molto lungo e molto variabile da persona a persona (anni).

Mentre la sieropositività è quella condizione in cui viene riscontrata la presenza di anticorpi anti-HIV, ma non sono ancora comparse le infezioni opportunistiche, la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) al contrario è quella situazione in cui si presentano infezioni opportunistiche, cioè quando le difese immunitarie sono così deboli da non proteggere l'organismo da microrganismi che potrebbero essere innocui.

L'aspetto più preoccupante dell'epidemiologia dell'AIDS a Ferrara, e in tutto il mondo occidentale, è la perdita di attenzione a questa malattia.

La popolazione assume, senza averne coscienza, degli atteggiamenti a rischio in campo sessuale. La conseguenza è la comparsa sempre più frequente di casi di AIDS diagnosticati in persone fino a quel momento ignare della loro positività per l'infezione da HIV (tra l'infezione da HIV e la comparsa dei sintomi di AIDS trascorrono alcuni anni).

Tabella 5.39 - incidenza di AIDS

	Totale casi 1984-2003	Nuovi casi 2002	Nuovi casi 2003	Tasso di incidenza (*100.000) 2002-3	Nuovi casi 2004 (dati non ufficiali)
Ferrara	420	12	10	3,2	15
Emilia R	5129	154	144	3,7	136

Fonte: rapporto della Regione Emilia Romagna

Epatite virale B

L'epatite virale B (HBV) è un virus molto diffuso in tutto il mondo, con una prevalenza maggiore in Cina e nell'Asia del Sud (8-20%). In Italia la prevalenza media è del 3% circa.

Recenti studi epidemiologici hanno evidenziato che circa il 60% delle infezioni da HBV acquisite negli Stati Uniti sono state contratte per via sessuale.

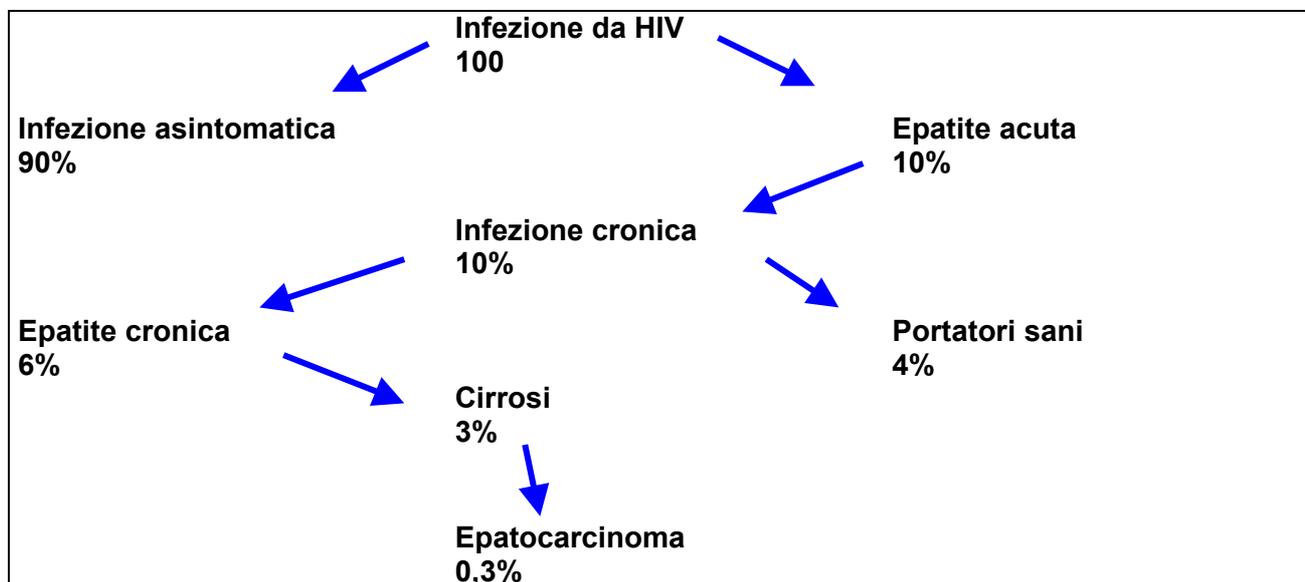
Una via di trasmissione importante è la via parenterale in apparente (per esempio: tatuaggi, piercing, effettuati in condizioni di imperfetta sterilizzazione degli strumenti).

Dal 1992 in Italia è obbligatoria la vaccinazione contro l'epatite B per i neonati; fino al 2004 è stata obbligatoria anche per i dodicenni. In questo modo oggi tutte le coorti di età fino ai 24 anni sono vaccinate contro l'epatite B.

I casi di epatite b diagnosticati a Ferrara e notificati sono un numero molto limitato: si va dagli 8 casi nel 2001 ai 12 casi nel 2004.

La gravità dell'epatite B è legata alla sua possibile evoluzione in cirrosi epatica, con prognosi molto grave: come illustra la successiva figura, il 3% delle infezioni da HBV evolve in cirrosi epatica.

Figura 5.11 - Evoluzione dell'epatite virale B



La cirrosi epatica è una malattia che trae origine da molte cause diverse; l'infezione da HBV è solo una delle possibili cause.

La prossima tabella riporta i dati sui ricoveri con diagnosi di cirrosi registrati fra i residenti di Ferrara nel 2004.

Tabella 5.40 - tassi di ospedalizzazione per cirrosi*

Anno 2004	Distretto Centro-Nord	Distretto Sud-Est	Distretto Ovest	A. USL	Emilia Romagna
Ricoveri per cirrosi (571)	2,1	1,6	1,5	1,8	1,4
ricoveri per cirrosi (571) età <65anni	1,4	1,1	0,9	1,2	0,9
ricoveri per cirrosi (571) età >65 anni	4,1	3,2	3,5	3,7	3,2

*(i tassi sono grezzi, riferiti ai ricoveri totali compresi D.H. ed espressi per mille). I dati sono stati estratti usando come chiave la diagnosi principale di dimissione 571

Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)

L'ospedalizzazione per cirrosi rileva una netta prevalenza delle persone anziane, sebbene tassi non trascurabili siano presenti anche in età più giovane. Con questo tipo di informazioni non sono possibili confronti territoriali validi.

5.8 La depressione e la depressione femminile⁵⁸

Le malattie mentali sono l'unico gruppo di malattie che non mostra alcuna tendenza alla diminuzione in tutto il pianeta ed anzi ormai la depressione è diventata la prima causa di malattia nella donna a livello mondiale e, se le previsioni sono corrette, nei prossimi 20 anni la depressione diventerà la seconda causa di disturbo.

La sola malattia depressiva è di per sé la principale causa di assenza dal lavoro per le persone attive. Un paragone utile per confrontare i costi è costituito dal fatto che il costo economico della depressione negli Stati Uniti è circa lo stesso di tutte le malattie cardiache.

La qualità della vita da un punto di vista psicologico

Il disagio psicologico non è sempre correlato ad un disturbo psichiatrico, tuttavia ha il pregio di offrire una visione sulla condizione di salute psicologica percepita della popolazione.

Secondo l'indagine ESEMED, in Italia ad una bassa prevalenza di disturbi psichiatrici corrisponde un'elevata segnalazione di disagio psicologico, misurato mediante domande del tipo "nelle ultime 4 settimane per quanto tempo si è sentito giù?".

Una misura del disagio psichico è disponibile anche per Ferrara, sulla base dell'indagine "In linea con la salute".

Il 69,2% dei ferraresi è sempre stato bene dal punto di vista psicologico nell'ultimo mese, mentre il 5,7% ha dichiarato di aver trascorso l'intero mese precedente con problemi psicologici.

Le donne presentano una qualità di vita con maggior numero di giorni con problemi psicologici: l'8,2% sta sempre male psicologicamente (maschi:3,1%) mentre solo il 59,4% sta sempre bene se rapportato al 79,7% tra i maschi.

Il numero di giorni con problemi psicologici cresce, come atteso, al crescere dell'età: il 10,5% degli anziani è stato male psicologicamente tutti i 30 giorni precedenti.

La salute mentale al femminile

I gruppi di lavoro sul Piano per la salute hanno indicato il tema della depressione femminile tra i problemi di salute sui quali lavorare.

La salute mentale ha da sempre costituito un terreno fertile per sviluppare differenze pregiudiziali tra uomini e donne.

La presenza delle donne nell'area della patologia psichica va riequilibrata, rimarcando la maggiore prevalenza di depressione fra le donne ma attribuendola a cause appropriate ed evitando una psichiatrizzazione della fisiologia femminile.

Fino a pochi anni fa, la considerazione generale dei problemi psichici delle donne si limitava ad alcuni tentativi volti alla promozione della salute mentale, senza che però venissero predisposti adeguati interventi terapeutici. Gli sforzi si concentravano per lo più sui problemi legati alla sfera riproduttiva, come la gravidanza e la pianificazione della famiglia. Quel che riguardava la sfera psicologica, invece, era piuttosto trascurato.

I molteplici ruoli che oggi le donne ricoprono nel contesto sociale le espongono a un rischio più alto della media di soffrire di disagi psichici. Le donne, infatti, sono costrette a sopportare il peso delle responsabilità legate al loro essere allo stesso tempo mogli e mamme. Inoltre rappresentano sempre più una parte essenziale della forza lavoro e nel 29% circa dei casi sono la prima fonte di guadagno per la famiglia (Oms, 1995).

Esistono differenze di genere nei disturbi psichiatrici: i disturbi psicotici (schizofrenia e disturbi bipolari), presentano tassi di prevalenza del tutto simili nei due sessi, al contrario i disturbi di personalità antisociale mostrano tradizionalmente tassi molto più elevati nel sesso maschile (de Girolamo, 2003).

Se si considerano le principali cause di carico di malattia, nei paesi ad alto reddito e nella fascia di età compresa tra i 15 e i 44 anni, la depressione maggiore è al 1° posto per le donne e al 3° posto per gli uomini. Se non si tiene conto delle fasce di età, per le donne la depressione occupa sempre il 1° posto mentre per gli uomini occupa il 5° posto.

Per quanto riguarda il suicidio, tra le donne si registra un maggior numero di tentativi e tra gli uomini un maggior numero di suicidi realizzati. Questo comporta un aumento dei tassi di

⁵⁸ Si veda anche il capitolo 4.2 (salute mentale)

mortalità tra gli uomini mentre per le donne si converte in un aumento del carico di malattia. Infatti il tentativo di suicidio è la 4° causa di disabilità per le donne e solo l'8° per gli uomini.

Nell'indagine ESEMED, quasi tutti i disturbi indagati sono apparsi significativamente più frequenti nel sesso femminile, e questo è un risultato riscontrato pressoché universalmente nelle ricerche epidemiologiche di comunità: Bebbington (1988) ha scritto che *“Forse, il risultato più omogeneo conseguito nell'ambito dell'epidemiologia psichiatrica è che le donne soffrono di depressione con maggiore frequenza degli uomini”*.

Le donne hanno una probabilità quasi tre volte maggiore rispetto agli uomini di aver sofferto di un disturbo mentale nei 12 mesi precedenti.

La probabilità è anche più elevata nel caso dei disturbi d'ansia (OR=3,8).

Per quanto riguarda le classi d'età, la scolarità, l'area e la zona geografica di residenza, i valori di OR non raggiungono la significatività, il che sta a segnalare che non vi sono differenze di rilievo, tra le variabili considerate, rispetto alla probabilità di soffrire di uno dei disturbi indagati.

La frequenza della depressione nell'indagine ESEMED

Una misura della frequenza della depressione in Italia è fornita dalla recente indagine ESEMED.

In questa indagine, la depressione maggiore è risultata il disturbo più comune: circa il 10% del campione nazionale ha sofferto, nel corso della propria vita, di depressione maggiore, ed il 3% ne ha sofferto nei 12 mesi precedenti all'intervista. Le donne sono maggiormente afflitte da depressione, come mostrano i risultati di ESEMED distinti per sesso, nella prossima tabella.

Tabella 5.41 – la depressione nell'indagine ESEMED

	Prevalenza a 12 mesi		Prevalenza nel corso della vita	
	maschi	Femmine	maschi	femmine
Depressione maggiore	1,7 (1,1-2,2)	4,2 (3,4-5)	6,5 (5,5-7,5)	13,4 (11 – 15)

fonte: rielaborato da: De Girolamo G. e al. La prevalenza dei disturbi mentali in Italia. Il progetto ESEMED-WMH - una sintesi. Istituto Superiore di Sanità

Lo status di casalinga è risultato associato ad una probabilità più elevata di avere sofferto di un qualsiasi disturbo mentale (OR=1,9). Infine, la presenza di disabilità è correlata ad un OR pari a circa otto per la presenza di un qualsiasi disturbo mentale nel corso dell'anno precedente (OR=7,9).

6. Esistono altri problemi di salute che possono essere valutati importanti per dimensione o per gravità?

6.1 Un'occhiata alla cartella clinica dei ferraresi

- informazioni generali sullo stato di salute desumibili dalla mortalità 2004**

tabella 6.1 - Le prime dieci cause di morte nel 2004, per sesso

Ordine	Maschi (%)	Cause	Femmine (%)	Ordine
1	11,1	Tumore del polmone	3,1	8
2	7,9	Malattie ischemiche croniche	9,1	1
3	6,9	Infarto acuto del miocardio	5,6	2
4	3,2	Ictus	5,3	3
	-	Tumore della mammella	4,7	4
5	3	Broncopolmonite	-	
6	2,9	Tumore del colon	2,7	10
7	2,8	Tumore della prostata	n.v.	
8	2,7	Tumore dello stomaco	-	
8	2,6	Tumore del fegato	-	
9	2,2	Diabete mellito	-	
		Psicosi organica	4,2	5
		Cardiopatía ipertensiva	3,4	6
		Cardiopatía maldefinita	3,5	7
		Disturbi circolatori cerebrali maldef.	2,8	9

Fonte: elaborazione dal registro aziendale di mortalità

Le prime quattro cause comprendono, in entrambi i sessi, tre malattie cardiovascolari e una malattia tumorale. Le differenze sono legate al sesso: nei maschi la prima causa di morte è il tumore del polmone; nelle donna la quarta causa di morte è il tumore della mammella.

L'esame della mortalità effettuato considerando i grandi gruppi di cause (che raggruppano molte singole cause di morte insieme), come si può vedere nella prossima tabella 6.2, conferma le differenze appena citate.

Nei maschi i tumori sono ormai diventati la prima causa di morte, mentre nelle femmine le malattie circolatorie rimangono la prima causa. Le malattie respiratorie sono la terza causa di morte in entrambi i sessi.

Il quarto posto vede un'ulteriore differenziazione nelle cause di morte: i traumatismi nei maschi e le malattie dell'apparato digerente (cirrosi) nelle femmine.

Tabella 6.2 - Le più frequenti cause di morte, per grandi gruppi di cause e per sesso (2004)

Maschi	Cause	femmine
38%	Tumori	27,5%
34,6%	Malattie cardiocircolatorie	43,5%
7%	Malattie respiratorie	5,2%
5,4%	traumatismi	3,7%
4,3%	Malattie apparato digerente	4,4%

Fonte: elaborazione dal registro aziendale di mortalità

- informazioni generali sullo stato di salute desumibili dai ricoveri 2004**

L'andamento del tasso di ospedalizzazione provinciale è in calo come quello regionale, ma mantiene costante negli anni un gradiente di circa 15-20 ricoveri in più per mille abitanti.

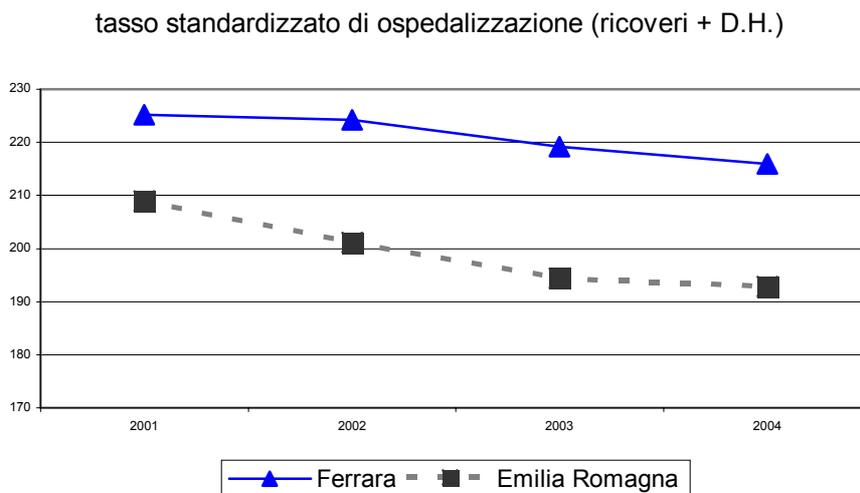
Tabella 6.3 - distribuzione percentuale dei ricoveri (ordinari e day hospital) a Ferrara

Anno 2004	Distretto Centro-Nord	Distretto Sud-Est	Distretto Ovest	Azienda USL
% popolazione, per confronto	(51)	(29)	(20)	(100)
% di ricoveri sul totale	53	28	19	100

Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio regionale delle SDO⁵⁹ (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)

⁵⁹ SDO = schede di dimissione ospedaliera

Figura 6.1 – i ricoveri a Ferrara, confronto con la regione



fonte: Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione

La domanda di ricoveri nel 2004 si presenta omogeneamente distribuita nell'Azienda USL di Ferrara.

Tabella 6.4 - Tassi di ospedalizzazione * nel 2004

Anno 2004	Distretto Centro-Nord	Distretto Sud-Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia Romagna
Tasso grezzo di ospedalizzazione (ricoveri e d.h.)	226,3	206,8	198	214,9	195,6
Tasso standardizzato di ospedalizzazione	n.d.	n.d.	n.d.	215,9	192,8

*i tassi sono calcolati sul totale dei ricoveri avvenuti in regime ordinario e in day hospital; i tassi standardizzati utilizzano come standard la popolazione E.R. 31-12-97. Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio regionale delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)

Il distretto ovest mostra un certo allineamento del tasso (tasso grezzo) di ospedalizzazione con i valori medi regionali, mentre il centro-nord presenta un tasso di ospedalizzazione molto maggiore. Pur con le cautele dettate dal confronto tra tassi grezzi, si coglie un diverso andamento della domanda di ricovero nei tre distretti. La successiva tabella ordina i ricoveri secondo le prime 10 MDC (categoria diagnostica maggiore, che raggruppano le cause di ricovero), nel 2004

Tabella 6.5 - graduatoria delle cause di ricovero (ordinario ed in day hospital)

Azienda USL		Emilia Romagna	
1. malattie cardiovascolari	15%	1. malattie cardiovascolari	14%
2. app. muscoloscheletrico	12%	2. app. muscoloscheletrico	12%
3. app. digerente	10%	3. app. digerente	9%
4. sistema nervoso	8%	4. sistema nervoso	7%
5. malattie respiratorie	7%	5. malattie respiratorie	7%
6. gravidanza e parto	6%	6. gravidanza e parto	7%
7. malattie mieloproliferative	6%	7. malattie mieloproliferative	6%
8. app. riproduttivo femminile	5%	8. assistenza neonatale	5%
9. rene	5%	9. rene	4%
10. pelle	4%	10. occhio	4%
totale=78% dei ricoveri		totale=75% dei ricoveri	

Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio regionale delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)

L'analisi delle cause di ricovero è stata condotta su grandi gruppi denominati categorie diagnostiche maggiori o MDC, da cui si riscontra una sostanziale uniformità con la distribuzione in regione, tranne per l'ottava e la decima posizione.

Al secondo posto per numero di ricoveri complessivo compaiono le malattie muscolo-scheletriche: malattie che colpiscono la popolazione in forme per lo più croniche e con effetti variamente marcati sulla qualità di vita, e dunque impongono un carico assistenziale (limitazione dell'attività, farmaci, trattamenti riabilitativi, ricoveri) che diventa rilevante.

Al fine di illustrare le principali cause di ricovero che compongono i gruppi chiamati MDC è stata costruita la tabella che segue.

Disturbi anche "banali" (varici venose, ernie) contribuiscono in percentuale considerevole.

Tabella 6.6 - Graduatoria dei primi cinque DRG nel 2004 per le prime cinque categorie diagnostiche maggiori (MDC)

Categorie diagnostiche maggiori (MDC)	Azienda USL
"malattie cardiovascolari"	<p>1. DRG 127 insufficienza cardiaca 19%</p> <p>2. DRG 119 legatura stripping vene 11%</p> <p>3. DRG 112 angioplastica coronarica 6%</p> <p>4. DRG 139 aritmie cardiache 6%</p> <p>5. DRG 140 angina pectoris 4%</p> <p>totale spiegato dai primi 5 DRG = 47% dei ricoveri per malattie cardiovascolari (5063 ricoveri su 10.692)</p>
"malattie apparato muscolo-scheletrico"	<p>1. DRG 209 interventi su articolazioni maggiori 11%</p> <p>2. DRG 222 interventi ginocchio 11%</p> <p>3. DRG 229 interventi mano e polso 9%</p> <p>4. DRG 231 rimozione mezzi intramidollari 7%</p> <p>5. DRG 215 interventi dorso e collo 6%</p> <p>totale spiegato dai primi 5 DRG =44% dei ricoveri (3705 ricoveri su 8485)</p>
"malattie sistema nervoso"	<p>1. DRG 14 malattie cerebrovascolari specifiche 19%</p> <p>2. DRG 12 disturbi degenerativi 15%</p> <p>3. DRG 15 TIA 12%</p> <p>4. DRG 17 malattie cerebrovascolari aspecifiche 6%</p> <p>5. DRG 05 interventi su vasi extracranici 4%</p> <p>totale spiegato dai primi 5 DRG =56% (3157 ricoveri su 5597)</p>
"malattie apparato digerente"	<p>1. DRG 162 ernia inguinale e femorale 14%</p> <p>2. DRG 183 miscellanea malattie digerente 12%</p> <p>3. DRG 158 intervento su ano e stoma 9%</p> <p>4. DRG 172 neoplasie del digerente 6%</p> <p>5. DRG 148 interventi maggiori su intestino 5%</p> <p>totale spiegato dai primi 5 DRG =45% dei ricoveri (3180 ricoveri su 6995)</p>
"malattie apparato respiratorio"	<p>1. DRG 82 neoplasia polmone 19%</p> <p>2. DRG 89 e 90 polmonite 19%</p> <p>3. DRG 87 insufficienza respiratoria 14%</p> <p>4. DRG 88 COPD 11%</p> <p>5. DRG 78 embolia polmonare 4%</p> <p>totale spiegato dai primi 5 DRG = 66% dei ricoveri (3248 ricoveri su 4885)</p>

Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio regionale delle SDO (*Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione*)

Questa tabella fornisce un'indicazione approssimativa sul carico di alcune malattie importanti, che possono rappresentare altrettante criticità; fra queste si citano a titolo esemplificativo:

1. lo scompenso cardiaco;
2. l'ictus cerebri;
3. gli interventi chirurgici sulle articolazioni;
4. la polmonite.

6.2 Disabilità

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha adottato nel 2001 la nuova classificazione internazionale del funzionamento della disabilità e della salute (ICF).

Il cuore concettuale della ICF è rappresentato dal modo di funzionare della persona in interazione con il proprio ambiente. Disabilità è quindi ogni riduzione o perdita di capacità funzionale.

I termini usati per classificare e descrivere la disabilità non sono ancora uniformati e si incontrano molte difficoltà a tratteggiare un quadro conoscitivo.

Mancano inoltre basi di dati adatte per questa operazione conoscitiva, in quanto prive di omogeneità classificatoria.

Un esempio è fornito dalla prossima tabella, che fornisce un esempio delle disomogeneità da fronteggiare e insieme un quadro delle conoscenze disponibili sulla disabilità in età pediatrica.

Tabella 6.7 - Disabilità in Italia in età pediatrica

	caratteristiche	Principali limiti	Valore
ISTAT, indagine multiscopo	Disabilità=difficoltà gravi nell'espletare almeno una delle attività della vita quotidiana	Non viene rilevata la disabilità sotto i 6 anni; sottostimata la disabilità mentale; ignorati gli istituzionalizzati	15,6 per mille (6-14 anni)
Rilevazione SINPIA	Rilevazione ad hoc	Dato solo per regione Lazio	16-20 per mille
Certificazioni finalizzate alla richiesta di insegnanti di sostegno	Rilevazione annuale in tre categorie (disabili della vista, dell'udito e psico-fisici)	Soglia di sensibilità difforme tra aree diverse Importanti patologie croniche sono escluse (fibrosi cistica, ecc)	23 per mille (6-14 anni)

Fonte: Rapporto sullo stato di salute del bambino, 2005

Qualità della vita e limitazioni dell'attività

L'84,9% dei ferraresi non presenta limitazioni nelle attività quotidiane, mentre il 3,6% ha riferito di aver trascorso l'intero mese precedente con limitazione della propria attività.

Il numero di giorni con limitazioni cresce, come atteso, al crescere dell'età: 3,9 giorni negli anziani contro una media pari a 1,9 giorni.

Emerge una forte differenza di genere: nelle donne anziane sono presenti 5,2 giorni con limitazioni mentre per i maschi pari età sono riferiti 2,3 giorni con limitazione.

Tabella 6.8 - Distribuzione del numero medio di giorni con limitazione dell'attività

classi di età	maschi	femmine	maschi e femmine
18-29	0,7	1,4	1,1
30-44	1	1	1
45-64	1,4	1,6	1,5
65-79	2,3	5,2	3,9
Totale	1,4	2,3	1,9

Fonte: *In linea con la salute - 2005*

Persone con disabilità di 6 anni e più che vivono in famiglia

E' un indicatore costruito con le risposte raccolte nell'indagine multiscopo ISTAT che individuano le persone che hanno riferito di avere l'incapacità di svolgere almeno una delle funzioni essenziali della vita quotidiana.

Data la definizione utilizzata, che indaga soprattutto la disabilità motoria e funzionale, gran parte delle persone disabili è costituita da anziani.

Tabella 6.9 – tassi di disabilità alle diverse età

	Tasso per 100 persone 6-64 anni	Tasso per 100 persone 65 anni e più	Tasso per 100 persone 75 anni e più
Emilia Romagna	1,32	17,01	29,06
Italia	1,52	19,28	32,97

Fonte: indagine multiscopo ISTAT 1999-2000

Stima del numero di persone con disabilità

Una proiezione di questo dato sulla provincia di Ferrara porta ad una stima di circa 3.000 persone con disabilità nella fascia di età compresa tra 6 e 64 anni.

Tra gli anziani sono invece attesi circa 17.000 persone con disabilità.

Le persone con disabilità effettuano un numero di visite mediche due volte superiore a quello delle persone non disabili e presentano un tasso di ricovero quattro volte superiore a quello delle persone non disabili.

6.3 Tumori e screening

Sulla base dei dati attuali di incidenza⁶⁰ e mortalità per tumori, ogni anno a Ferrara sono attesi circa 2.100 nuovi casi di tumore e circa 1400 decessi.

I tumori sono diventati, nel 2003, la prima causa di morte per i maschi a Ferrara, mentre costituiscono per le femmine la seconda causa di morte; in Italia sono la seconda causa di morte per entrambi i generi.

Inoltre l'incidenza di queste patologie è in costante aumento. Questo aumento è dovuto soprattutto all'aumento della quota di popolazione anziana: i tumori sono infatti malattie tipiche dell'età avanzata.

Aumenta anche la sopravvivenza: se all'inizio del 1900 solo il 5% di chi si ammalava di cancro riusciva a guarire, oggi la percentuale (sopravvivenza a 5 anni relativa al periodo 1994-1999, dati AIRT⁶¹) è salita fino al 37% per gli uomini e 56% per le donne, registrando un +6% rispetto alle rilevazioni precedenti.

I valori di sopravvivenza osservati a Ferrara sono in linea con i valori medi osservati nei Registri Tumori italiani.

I tumori sono un gruppo di malattie dal comportamento biologico e clinico eterogeneo. La sopravvivenza dopo la diagnosi di tumore varia, in funzione di numerose caratteristiche del tumore stesso (tipo istologico, comportamento biologico, diffusione, possibilità terapeutiche). Per alcune forme tumorali la sopravvivenza dopo cinque anni dalla diagnosi è molto bassa, per altre forme è viceversa alta.

In linea generale possono essere distinti quattro gruppi di tumori:

Tumori in aumento per una possibile maggior presenza dei fattori di rischio: in questo ambito troviamo, con intensità diverse, i linfomi, i tumori del pancreas, del fegato, della tiroide (quest'ultimo accompagnato però da un calo della mortalità), insieme al mesotelioma collegato all'esposizione ad asbesto dei decenni scorsi ed al melanoma cutaneo. Costituiscono una sollecitazione per l'approfondimento epidemiologico sulla diffusione dei fattori di rischio e per interventi di controllo e prevenzione.

Tumori in modesta diminuzione per effetto di fenomeni incidentali: è tipicamente il caso dei tumori polmonari nei maschi, in modesto calo per fenomeni demografici e per la cessazione dell'abitudine al fumo – fenomeno sporadico e probabilmente già terminato - osservata negli scorsi anni tra i giovani fumatori. Si tratta di un calo non ascrivibile a sostanziali provvedimenti di prevenzione e molto al di sotto delle possibilità di intervento su fattori di rischio noti.

Tumori in significativa diminuzione per effetto della prevenzione: si annoverano in questo scenario i tumori dell'esofago e dello stomaco, per l'effetto nel tempo di una sempre più diffusa prevenzione primaria e secondaria, e la mortalità per tumori della cervice uterina, in relazione allo screening che ha permesso di intervenire efficacemente già sulle lesioni a rischio.

Tumori con incidenza e mortalità sostanzialmente stabile: sono i tumori di colecisti e vie biliari, tumori del polmone nel sesso femminile (di cui però è possibile un aumento nel futuro), tumori del corpo dell'utero e dell'ovaio, tumori renali e leucemie.

Il progressivo aumento dell'età media, è noto che i tumori sono soprattutto una malattia dell'età avanzata, indipendentemente dal controllo dei fattori di rischio prevenibili, fa ragionevolmente prevedere che i carichi sociali ed assistenziali nei confronti dei tumori maligni siano destinati ad aumentare nei prossimi anni.

Quattro sono le possibili aree d'azione verso i tumori:

1. Prevenzione⁶²

Confronti temporali e geografici delle incidenze tumorali hanno suggerito che almeno tre quarti dei tumori maligni sono attribuibili a fattori esogeni.

La prevenzione consiste nelle azioni per la riduzione dell'esposizione ai fattori di rischio noti e soprattutto: alcool, fumo, cancerogeni professionali, componenti della dieta, inquinamento atmosferico.

⁶⁰ incidenza = comparsa di nuovi casi

⁶¹ AIRT = associazione italiana dei registri tumori

⁶² UICC - Strategie di prevenzione dei tumori e prove di efficacia – Un manuale dell'UICC per l'Europa

Si riporta una tabella che evidenzia l'impatto teorico atteso da politiche e interventi di prevenzione primaria.

Tabella 6.10 - Stima delle morti per tumore evitabili (sulla base dei dati italiani di mortalità del 1995)

Intervento	Percentuale delle morti per tumore evitabili
Abolizione del tabacco	28% - 32%
Abolizione dell'alcol	5%-6%
Riduzione dell'obesità	1%-3%
Abolizione dell'esposizione occupazionale a cancerogeni noti e riduzione dell'inquinamento ambientale	1%-4%
Riduzione dell'esposizione ai raggi solari e altre radiazioni UV	0,5%-1%
Razionalizzazione dello screening cervicale	circa 1%
Altre procedure di screening (mammografia)	circa 1%
Razionalizzazione degli interventi terapeutici	circa 1%
totale	circa 40%

(fonte: La Vecchia C. Come evitare la malattia - Caleidoscopio; 140, 2000)

2. Diagnosi precoce

Il rationale degli screening oncologici è basato sulle seguenti considerazioni:

- la malattia che si vuole identificare è un problema di salute pubblica che coinvolge un grande numero di persone;
- esistono lesioni precancerose o stadi precoci della malattia che è possibile diagnosticare;
- esiste un test diagnostico sicuro e di facile effettuazione;
- il trattamento terapeutico effettuato durante lo stadio precoce della malattia comporta una riduzione della mortalità e/o dell'incidenza rispetto ad un trattamento in uno stadio più tardivo;
- esistono strutture qualificate in grado di effettuare diagnosi e terapie adeguate.

Attualmente sono in corso nella nostra Azienda tutti gli screening oncologici con efficacia accreditata: gli screening per i tumori femminili (collo dell'utero e mammella) e lo screening per il carcinoma del colon-retto.

3. Diagnosi e terapia

Per il paziente che si presenta alla struttura sanitaria con un sintomo sospetto per presenza di tumore, vi è necessità di un'identificazione tempestiva dell'eventuale malattia tumorale e di un avvio sollecito delle migliori e più appropriate terapie, una volta precisata la diagnosi.

A Ferrara sono attesi circa 2100 nuovi malati di tumore ogni anno, per i quali sono necessari idonei percorsi diagnostico-terapeutici. Da questa stima sono escluse le diagnosi di tumore della cute non melanotici, a prognosi generalmente favorevole in quanto caratterizzati da precocità di diagnosi e bassa malignità, che ammontano a circa 2000 persone ogni anno.

Una descrizione completa del carico assistenziale di queste malattie deve tener conto del fatto che alle persone riscontrate malate di tumore per la prima volta, si aggiungono i malati di tumore diagnosticati negli anni precedenti ed ancora in vita, che necessitano di follow up e di terapie.

Applicando una stima⁶³ di prevalenza⁶⁴ regionale, i malati di tumore presenti oggi a Ferrara sono circa 11.000.

4. Cure palliative

L'assistenza al paziente terminale è un elemento importante per la qualità di vita di tutte le persone malate, in particolare per i pazienti con tumore. Le cure palliative sono un compito affidato

⁶³ Ferretti S., Finarelli A.C., Repetto F. - I tumori in Emilia Romagna – 2 Ferrara, 2002

⁶⁴ prevalenza = numero delle persone malate

a tutte le persone coinvolte nell'assistenza ai pazienti, ma esiste una struttura specificamente deputata a questo tipo di cure: l'hospice. Da tempo opera a Ferrara il servizio di hospice: si riportano i dati dell'attività di hospice erogata nel 2004.

Tabella 6.11 - Indicatori dell'assistenza palliativa nell'anno 2004

	Distretto Centro- Nord	% sull'Az. USL	Distretto Sud-Est	% sull'Az. USL	Distretto Ovest	% sull'Az. USL	Azienda USL FE	% FE sulla regione	Regione Emilia Romagna
N° assistiti:	188	78	23	10	28	12	239	12	1999
Volume assistenza (giornate di degenza)	3100 giornate	78	390 giornate	10	473 giornate	12	3963 giornate	12	33.691 giornate

Fonte: Elaborazione di dati estratti da: Sistema informativo sanità e politiche sociali - Banca dati HOSPICE, Regione Emilia-Romagna.

Malattie tumorali per le quali è disponibile una diagnosi precoce di popolazione (screening)

▪ Tumore della mammella femminile

Il cancro della mammella è il tumore maligno più frequente nelle donne dei paesi occidentali, le quali hanno un rischio cumulativo di ammalarsi nel corso della vita che va dal 7 al 10 per cento.

E'anche il tumore che provoca la maggiore mortalità.

L'aumento dei tumori della mammella nel nostro paese si è accompagnato ad imponenti cambiamenti delle condizioni di vita e di lavoro delle donne, in particolare alla riduzione del numero di figli nella prima metà del secolo, all'aumento della scolarità e più recentemente alla disponibilità di mezzi contraccettivi efficaci e all'assunzione di sempre maggiori responsabilità nella vita sociale extrafamiliare. Contemporaneamente è radicalmente aumentata la disponibilità di alimenti ad alta densità calorica ed è diminuito il consumo di alimenti vegetali poco raffinati.

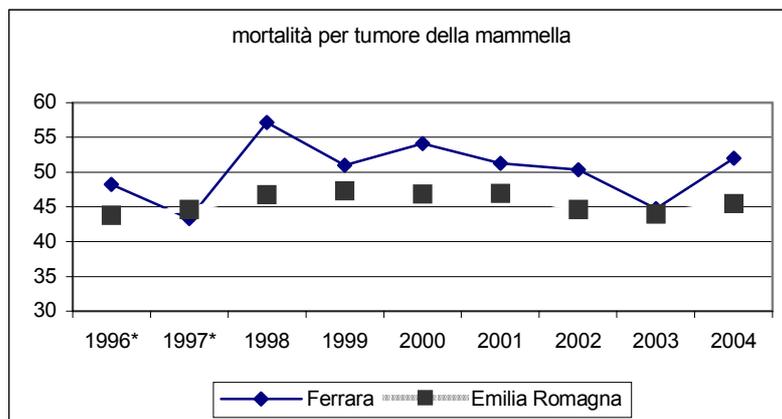
L'incidenza risulta in crescita significativa a livello nazionale, con un aumento medio che a Ferrara è stato dal 1991 al 2001 dell'ordine del 2,8% all'anno. L'aumento è in parte cospicua determinato dall'avvio del programma organizzato di screening.

La mortalità a Ferrara dopo un lungo periodo di crescita sta mostrando una situazione sostanzialmente stazionaria, senza differenze statisticamente significative rispetto al valore medio regionale. La variazione media annua dal 1996 al 2003 risulta pari a -1%.

Il programma di screening a Ferrara è attualmente al IV° round (sta effettuando le chiamate per la quarta volta: ogni donna viene chiamata una volta ogni tre anni).

Nei primi tre round sono state eseguite oltre 98.000 mammografie e diagnosticati 674 tumori. Si può perciò stimare che il programma ha salvato 1815 anni di vita.

Figura 6.2 andamento della mortalità per tumore della mammella, confronto con la regione



tasso standardizzato per 100.000 (popolazione standard Emilia Romagna 1998)
fonte: registro regionale di mortalità

▪ **Tumore del collo dell'utero**

Il carcinoma del collo dell'utero inizia con una serie di lesioni pre-cancerose, che evolvono molto lentamente verso il tumore vero e proprio in un arco di tempo molto lungo (decenni). Queste lesioni che non sono ancora tumorali possono essere diagnosticate con il Pap-test. Uno screening regolare riesce dunque a individuare queste lesioni, che possono essere curate radicalmente. Si calcola che fino ad oggi lo screening con Pap test abbia evitato l'insorgenza di 122 carcinomi infiltranti, salvando 920 anni di vita.

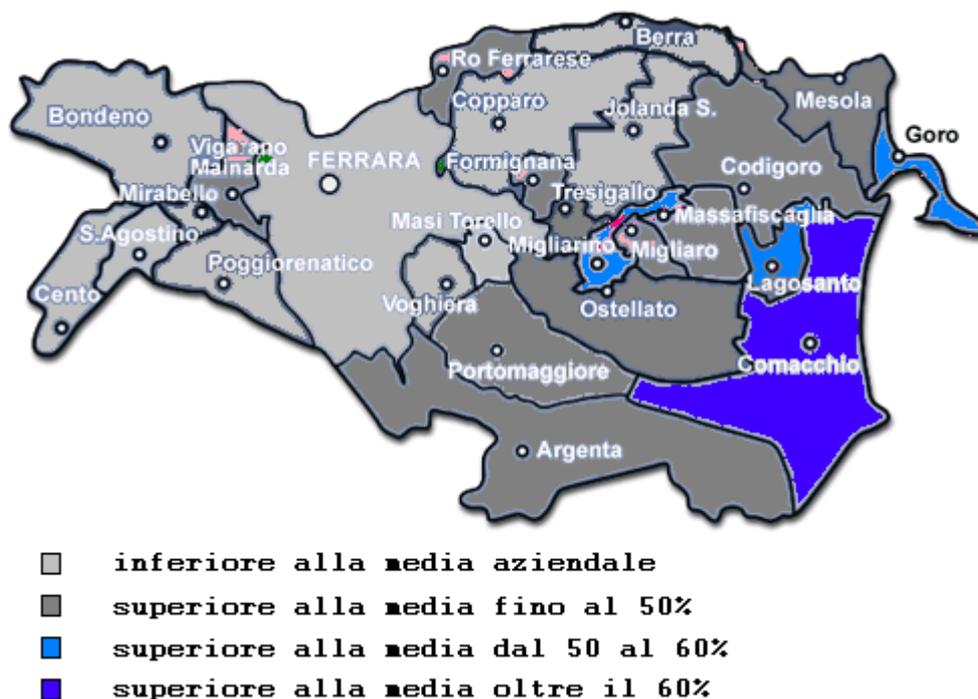
Tabella 6.11 - Adesione agli screening per i tumori femminili

	Azienda USL	Emilia Romagna
Adesione screening citologico (III° round)	60,5	60,6
Adesione screening mammografico (IV° round)	68,4	62,4

Fonte: Report regionale 2004 sugli screening

A Ferrara l'adesione agli screening per i tumori femminili mostra in genere valori alti; compaiono però differenze nella percentuale di adesione a seconda dell'età e del Comune di residenza.

Figura 6.3 - Percentuale di **non adesione** allo screening citologico nelle donne con età > 60 anni (II° round)



Fonte: studio sulle disuguaglianze di salute, a cura del modulo di Epidemiologia e della Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina preventiva - Università di Ferrara

La mappa riporta con colori diversi le differenti frequenze di non adesione allo screening citologico nella popolazione con età superiore ai 60 anni. Una prima analisi ha escluso un'associazione tra percentuale di adesione e distanza dal consultorio più vicino al comune di residenza delle donne invitate.

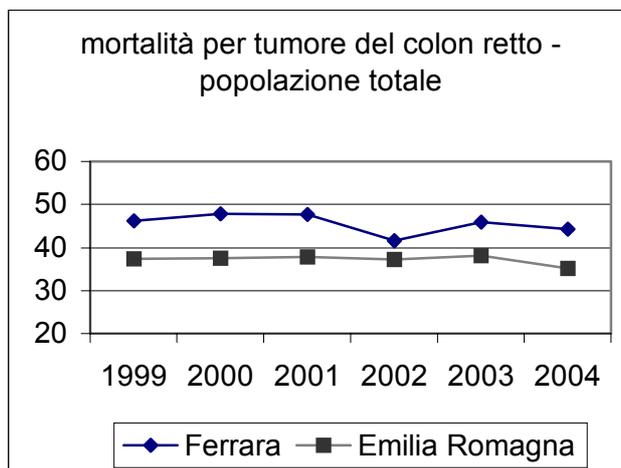
▪ **Tumore del colon-retto o CCR**

Il cancro del colon retto (CCR) è una delle neoplasie a più elevata morbosità e mortalità nei Paesi occidentali; in Italia rappresenta la seconda causa di morte per tumore, dopo il cancro al polmone tra gli uomini e il cancro al seno tra le donne.

Nel periodo 1986-1997 uno studio dell'AIRT⁶⁵ ha mostrato un incremento significativo dei tassi di incidenza sia nei maschi (con un aumento annuo medio del +1,7%) che nelle femmine (+0,6%). La mortalità mostra una riduzione significativa in entrambi i sessi (-0,7% annuo fra i maschi e -0,9% fra le femmine).

Attualmente a Ferrara il tumore del colon retto figura tra le prime dieci cause di morte sia per i maschi che per le femmine.

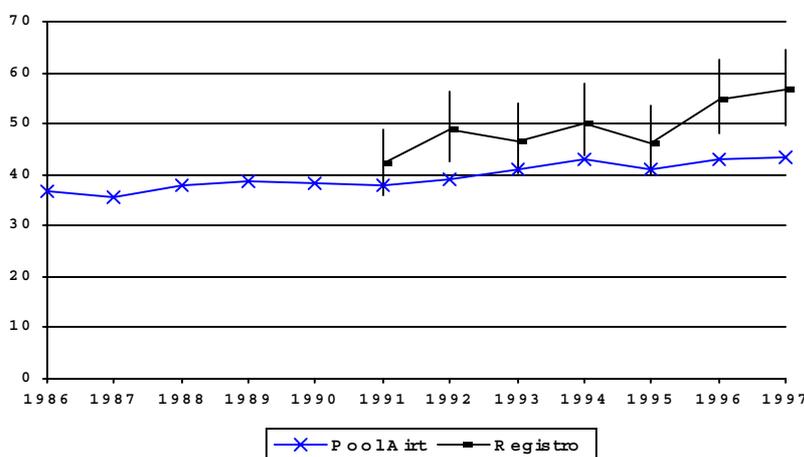
Figura 6.4 Confronto dell'andamento della mortalità per cancro del colon retto a Ferrara e in regione



tasso standardizzato per 100.000 (popolazione standard Emilia Romagna 1998)
 fonte: registro regionale di mortalità

L'incidenza media nel periodo 1998-2001 è stata del 119,8 per 100.000 nei maschi e del 95,2 per 100.000 nelle femmine. Il rischio è praticamente uguale nei due sessi.

Figura 6.5 - Confronto dell'incidenza di CCR a Ferrara e in tutti i Registri tumori italiani



Fonte: Crocetti e al. - Gli andamenti temporali della patologia oncologica in Italia (1986-1997) – Epidemiologia & Prev. Supplemento marzo-aprile 2004

In circa l'80% di nuovi casi, il cancro colon-rettale si riscontra in soggetti asintomatici ed in assenza di conosciuti fattori di rischio.

Pertanto non sempre la diagnosi del CCR è fatta in stadio precoce quando cioè l'intervento chirurgico può portare a guarigione. E' dimostrato che i metodi di screening attualmente disponibili sono in grado di diagnosticare più del 50 % di CCR negli stadi più precoci e quindi maggiormente

⁶⁵ AIRT=Associazione italiana dei Registri Tumori

suscettibili di guarigione, tramite asportazione chirurgica che aumenta le chances di eradicazione totale senza diffusione metastatici.

L'incidenza di cancro colon-rettale è molto bassa per soggetti di età inferiore ai 50 anni. Oltre questa età il rischio aumenta progressivamente in entrambi i sessi. Pertanto, da quest'anno, l'Azienda USL propone lo screening ai soggetti con età superiore ai 50 anni, con l'obiettivo di identificare precocemente individui con carcinoma o adenomi.

Alimentazione e CCR

Il fattore di rischio per il tumore del colon-retto, correlato alla dieta, meglio conosciuto è l'eccesso ponderale (sovrappeso/obesità). E' documentata poi un'associazione fra consumo pro-capite di carne (soprattutto carne rossa conservata) e mortalità per CCR.

Le evidenze oggi disponibili suggeriscono che il consumo di frutta e verdura probabilmente riduce il rischio di CCR.

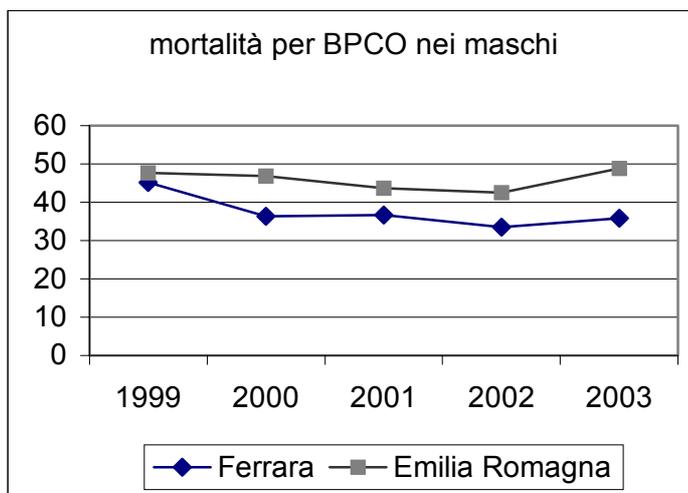
6.5 Malattie respiratorie

Le malattie respiratorie costituiscono la terza causa di morte e la quinta causa di ricovero, a Ferrara. Il fumo di tabacco è il principale (sebbene non sia l'unico) fattore di rischio per le malattie considerate in questo paragrafo.

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO o in inglese COPD) è rappresentativa delle malattie respiratorie croniche più gravi, che portano all'insufficienza respiratoria grave.

La provincia di Ferrara mostra una situazione particolare: ad una maggiore incidenza e mortalità per tumore del polmone non corrisponde una maggiore mortalità per malattie respiratorie.

Figura 6.6 – andamento della mortalità per broncopneumopatia cronica, confronto con la regione



tasso standardizzato per 100.000 (popolazione standard Emilia Romagna 1998)
 fonte: registro regionale di mortalità

tabella 6.12 - Tassi standardizzati di mortalità per malattie polmonari croniche ostruttive e affini nel 2003*

	Azienda USL Ferrara		Emilia Romagna		Az. USL Modena	
	Tasso standardizzato	Errore standard	Tasso standardizzato	Errore standard	Tasso standardizzato	Errore standard
malattie polmonari croniche ostruttive e affini - uomini (490-496)	35,90	4,52	48,88	1,56	45,66	3,97
malattie polmonari croniche ostruttive e affini - donne (490-496)	24,19	3,52	32,73	1,24	28,26	3,02

*(tasso per 100.000) (standard sulla popolazione di Emilia Romagna al 1998)

Fonte: registro mortalità regionale (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)

L'importanza di questo gruppo di malattie croniche può essere colta con estrema difficoltà dalle statistiche ospedaliere, in quanto in gran parte si tratta di malattie che possono essere assistite in ambulatorio e/o al domicilio.

Nel 2004 sono stati registrati circa 1250 ricoveri di ferraresi con COPD e/o insufficienza respiratoria.

Pur con le consuete riserve derivanti dall'uso dei tassi grezzi, si osserva una distribuzione abbastanza omogenea nel territorio delle ospedalizzazioni, con un lieve eccesso negli anziani del distretto Sud-Est.

In quest'area il tabagismo ha raggiunto nei decenni trascorsi proporzioni elevatissime tra la popolazione maschile (80% nel secondo dopoguerra), come ha rilevato uno studio caso-controllo condotto nel delta del Po⁶⁶.

Tabella 6.13 - tassi di ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva nel 2004*

	Distretto Centro-Nord	Distretto Sud-Est	Distretto Ovest	A. USL	Emilia Romagna
N° di SDO per BPCO	302	236	126	664	9.124
Ricoveri per BPCO (490-496)	1,7	2,3	1,8	1,9	2,2
Ricoveri per BPCO (490-496) <65 anni	0,5	0,5	0,5	0,5	0,7
Ricoveri per BPCO (490-496) >65 anni	5,1	7,8	6,2	6,1	7,6

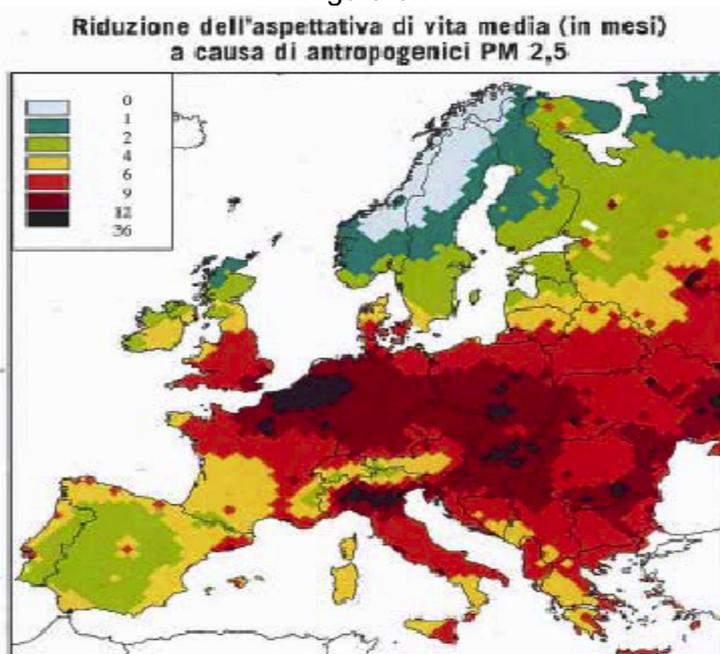
*(i tassi sono grezzi, riferiti ai ricoveri totali compresi D.H. ed espressi per mille). I dati sono stati estratti usando come chiave la diagnosi principale di dimissione

Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio regionale delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)

Qualità dell'aria

I dati scientifici indicano che le polveri inalabili (PM10) aumentano il tasso di mortalità legato ai disturbi cardiovascolari e respiratori. Una crescita delle concentrazioni di PM, anche se registrata su un breve arco di tempo, innalza il rischio di ricoveri d'emergenza legati a cause cardiovascolari e respiratorie.

Figura 6.7



fonte: Unione Europea – Direzione Generale Ambiente

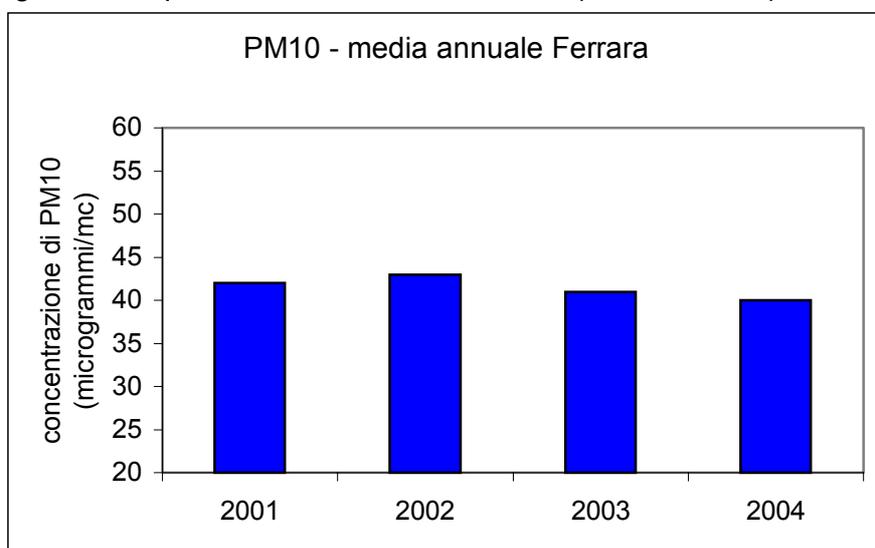
⁶⁶ Goldoni e al. Studio caso-controllo in un'area della provincia di Ferrara a elevata mortalità per tumore del polmone. *Epid&Prev.* 2001; 25:21

Il metodo epidemiologico migliore per pesare gli effetti sulla salute dell'inquinamento atmosferico è la misura della riduzione dell'aspettativa di vita. La figura riporta le stime fatte dagli esperti dell'Unione Europea, sulla base dei livelli di inquinamento di polveri sottili (PM_{2,5}) misurati e/o stimati.

L'inquinamento atmosferico da polveri inalabili accorcia in media la vita di ogni persona all'interno dell'Unione Europea di 8,6 mesi. Per l'Italia i valori salgono: 9 mesi di vita con i valori di inquinamento del 2000 (nel 2000 l'Italia ha contribuito per l'11% del totale delle emissioni primarie di polveri inalabili).

Posto che una esposizione protratta nel tempo al PM risulta particolarmente dannosa per la salute umana e accorcia l'attesa di vita, la riduzione delle concentrazioni e delle esposizioni al PM a lungo termine diventa una priorità. In provincia di Ferrara è in corso la consultazione sul prossimo Piano provinciale di risanamento della qualità dell'aria. La natura transfrontaliera dell'inquinamento da polveri inalabili richiede uno sforzo comune da parte di tutti, comuni, province, regioni, per il benessere della popolazione italiana.

Figura 6.8 inquinamento da PM₁₀ a Ferrara (medie annuali)



fonte: ARPA sezione di Ferrara – documenti preliminari per il piano di risanamento dell'aria

Le medie annuali di concentrazione di PM₁₀, misurate in città dalla rete MAIA, dal 2001 in poi sono attestate intorno al limite stabilito dall'Unione Europea per la protezione della salute, che è pari a 40 microgrammi per metro cubo.

Mobilità

La combustione di combustibili fossili costituisce la principale fonte di inquinamento atmosferico. Tra questi un ruolo preminente è stato man mano assunto dai trasporti, che salvo situazioni locali molto particolari sono una delle fonti principali.

Il tasso di motorizzazione è una misura (indiretta) del peso di questa fonte.

In provincia di Ferrara risultavano circolanti nel 2003 n. 211.752 autovetture e n. 23.564 autocarri.

Il quoziente è pari a 0,68 veicoli per residente, di qualunque età. In regione il quoziente è 0,69.

Il valore del quoziente regionale è circa uguale.

Le scelte individuali e le politiche dei trasporti condizionano gli spostamenti quotidiani e l'uso dei veicoli a combustione interna.

La tabella riassume alcuni risultati rilevati da una recente indagine nel Comune di Ferrara⁶⁷ sulla mobilità. Si può osservare l'elevata percentuale di spostamenti effettuati con l'automobile e, viceversa, la bassissima percentuale d'uso dei mezzi pubblici.

⁶⁷ Assessorato all'ambiente - Progetto Agenda21 locale – Indagine campionaria sulla mobilità locale nel comune di Ferrara – ottobre 2002

Tabella 6.14 – la mobilità nel capoluogo

	Ferrara (2002)	Italia (2002)
Numero spostamenti giorno/pro capite	2,22	2,99
Tempo impiegato in spostamenti (minuti)	43,7	56
In bicicletta	27,4	27,6 (piedi + bicicletta)
In auto	50,9	57,2
In trasporti collettivi	3,2	10,5

Fonte: nota a piè pagina

6.6 Incidenti domestici

Gli infortuni domestici rappresentano un fenomeno di interesse sociale e sanitario, paragonabile da un punto di vista quantitativo a quello degli incidenti stradali.

Si stima che in Europa circa 45 persone su 1.000 abbiano ogni anno almeno un infortunio domestico o nel tempo libero, ossia una quota circa 10 volte maggiore rispetto agli infortuni stradali (OMS, 1999).

Secondo stime dell'Istituto superiore di sanità, in Italia si hanno 1.800.000 eventi/anno (circa 3.200 ogni 100.000 residenti) che richiedono il ricorso al Pronto soccorso, di cui 270.000 necessitano di ricovero ospedaliero (480 per 100.000 residenti).

Nel 1999 l'Istat, nell'ambito dell'indagine multiscope "Aspetti della vita quotidiana", ha raccolto informazioni sugli infortuni domestici intervistando circa 60.000 italiani; i dati di seguito riportati fanno riferimento ai risultati di quell'indagine (Istat-2001: Gli incidenti domestici - Anno 1999, Statistiche in breve. Disponibile in rete: www.istat.it).

Si stima che nel 1999 si siano verificati 3.672.000 incidenti (53 per mille abitanti), che hanno coinvolto 3.048.000 persone, con una media di 1,2 incidenti per persona coinvolta.

Il fenomeno riguarda, come ovvio, coloro che trascorrono la maggior parte del tempo all'interno o nelle vicinanze dell'abitazione, quindi le casalinghe, i lavoratori e le lavoratrici che svolgono la loro attività a casa o lavori a domicilio, i bambini, gli anziani, i portatori di gravi malattie croniche.

Le cadute sono gli incidenti con le conseguenze più gravi. Si tratta degli infortuni che più frequentemente provocano una ospedalizzazione (14,9%), limitazioni nelle attività quotidiane (64,4%), permanenza a letto (29,6%) e che producono periodi mediamente più lunghi per il recupero: quando la caduta comporta una limitazione nelle attività quotidiane, questa dura mediamente 22,9 giorni e, se è necessario trascorrere dei giorni letto, questi sono mediamente 14,4.

La tabella riporta una stima dei ricoveri attribuibili alle conseguenze di un incidente domestico. Complessivamente questa tipologia di ricovero assomma a circa il 65% di tutti i ricoveri per trauma dei ferraresi.

Tabella 6-15 - Tassi di ricovero per trauma

	Distretto Centro-Nord	Distretto Sud-Est	Distretto Ovest	A. USL	Emilia Romagna
Ricoveri con campo trauma compilato	1.520	921	576	3.017	21.663
Tasso grezzo di ospedalizzazione per trauma	8,64	9,08	8,20	8,68	5,3
Tasso grezzo di ospedalizzazione per trauma da incidente domestico (somma del campo "incidente domestico" + campo "altro")	5,73	5,83	5,48	5,7	3,33

*(i tassi sono grezzi, riferiti ai ricoveri totali compresi D.H. ed espressi per mille). I dati sono stati estratti usando come chiave il codice del campo trauma nella scheda di dimissione ospedaliera.,
Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)

Gli accessi al pronto soccorso confermano la rilevanza degli incidenti domestici.

Tabella 6.16 - Dati sugli accessi al Pronto Soccorso-anno 2003

	P.S. Azienda Ospedaliera S. Anna Ferrara	P.S. Ospedali Azienda USL	P.S. tutti gli ospedali della regione
n. accessi	70.214	80.345	1.645.376
Percentuale di persone ricoverate sul totale degli accessi	23%	14%	16%

Fonte: flusso ministeriale sui P.S

Presso i centri di Pronto Soccorso dell'Azienda USL di Ferrara la proporzione degli accessi per trauma è stata del 33% sul totale degli accessi.

Gli accessi per incidente domestico sono stati complessivamente 21.818, pari al 78% del totale degli accessi per trauma.

Le malattie dell'apparato muscolo-scheletrico costituiscono una parte importante del vissuto di malattia della popolazione. Pur trattandosi spesso di malattie croniche, costituiscono il 12% dei ricoveri. Gli interventi su articolazioni maggiori e ginocchio hanno interessato circa 1800 persone nel 2004.

Tabella 6.17 - Numero di ricoveri e tassi di ospedalizzazione per artroprotesi nel 2004*

	Distretto Centro-Nord	Distretto Sud-Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia Romagna
N° di ricoveri per artroprotesi MPR 815	452	285	170	917	10.347
Tasso di dimissione per intervento per protesi d'anca e protesi di ginocchio MPR 815	2,6	2,8	2,4	2,6	2,5
N° di ricoveri per artroprotesi > 65 anni	385	220	132	737	8.221
Tasso di dimissione per intervento per protesi d'anca e protesi di ginocchio >65 anni MPR 815	8,4	8,8	8,1	8,4	8,9

*i tassi sono grezzi, riferiti ai ricoveri totali compresi D.H. ed espressi per mille). I dati sono stati estratti usando come chiave il tipo di intervento (MPR⁶⁸)

Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)

Si tratta di malattie croniche che determinano situazioni anche fortemente invalidanti, soprattutto nelle età più avanzate; come anche il tasso di intervento per artroprotesi illustra. Sul numero di protesi d'anca interviene anche l'elevato numero di cadute accidentali sofferto dalle persone anziane. Molte cadute provocano frattura di femore, per il trattamento della quale si deve con frequenza ricorrere alla protesizzazione.

⁶⁸ MPR = codice dell'intervento effettuato durante il ricovero che è stato utilizzato nel calcolo del DRG

Avvertenze e cautele nella lettura dei dati

Le interpretazioni riportate in questo profilo sono esclusivamente descrittive. Vanno lette tenendo a mente alcuni importanti limiti di metodo.

- 1) i dati utilizzati provengono in genere da statistiche correnti costruite con obiettivi diversi dalla definizione di un indicatore per la misura di uno specifico fenomeno;
- 2) la qualità dei dati può essere diversa in funzione della tipologia del fenomeno in esame;
- 3) gli indicatori sono presentati in genere, in senso assoluto. Ossia non si è tenuto conto del possibile effetto di altre caratteristiche della popolazione ferrarese né delle altre popolazioni confrontate né di possibili interazioni.