



CAPITOLO

1

Il contesto di riferimento

La salute in tutte le politiche

“La salute in tutte le politiche” è una fondamentale dichiarazione approvata dai Ministri della Salute dei 27 Paesi dell’Unione Europea nel dicembre 2007; invita a considerare gli impatti sulla salute di tutte le politiche non sanitarie, che tradizionalmente si considera che abbiano altri obiettivi: commercio, educazione, industria, lavoro e trasporti, alimentazione, ambiente.

Le politiche economiche e quelle per l’istruzione, ad esempio, hanno grandi ricadute sulla salute: le persone più istruite tendono a restare più sane, fumano meno delle persone meno istruite, sono meno sedentarie e si alimentano meglio e in questo modo sono meno obese.

Le politiche del territorio e quelle del lavoro influiscono grandemente sullo stato di salute. Per restare in buona salute è necessario che i cittadini vivano e lavorino in ambienti salubri. D’altro canto, l’ambiente e il territorio urbano condizionano fortemente la propensione verso uno stile di vita sedentario, il più diffuso fattore di rischio.

Le influenze sociali modificano gli stili di vita individuali e questi sono i principali alleati della salute quando sono salubri: un bambino che non può giocare liberamente, perché l’organizzazione del quartiere glielo impedisce è costretto a guardare la TV molte ore al giorno, oppure a giocare con i videogiochi e sognare di essere attivo; intanto la gran parte della pubblicità lo sollecita verso alimenti calorici e zuccherini: il bambino ingrassa e riesce sempre meno ad essere attivo e felice.

Questo capitolo fornisce illustra alcuni elementi del panorama aperto dalla dichiarazione su “La salute in tutte le politiche”, ispirandosi agli indicatori contenuti nel rapporto OCSE⁽¹⁾ sulla salute 2008 e privilegiando aspetti poco sviluppati nei bilanci di missione degli anni precedenti.

(1) OECD Health observatory report 2008 Health and population needs - list of core indicators

La situazione demografica

La demografia sarà il fattore di cambiamento più importante dei prossimi decenni.

La decrescita demografica in atto a Ferrara da circa un trentennio ha significativi impatti sulle necessità assistenziali presenti e future.

La popolazione della provincia ha una struttura per età particolarmente anziana: ad un'incidenza di over 65 decisamente elevata (25,5%) fa da contrappeso la più modesta concentrazione del Paese di under 15 (appena il 10,6%): sono presenti 241 anziani ogni 100 abitanti con età inferiore ai 15 anni.

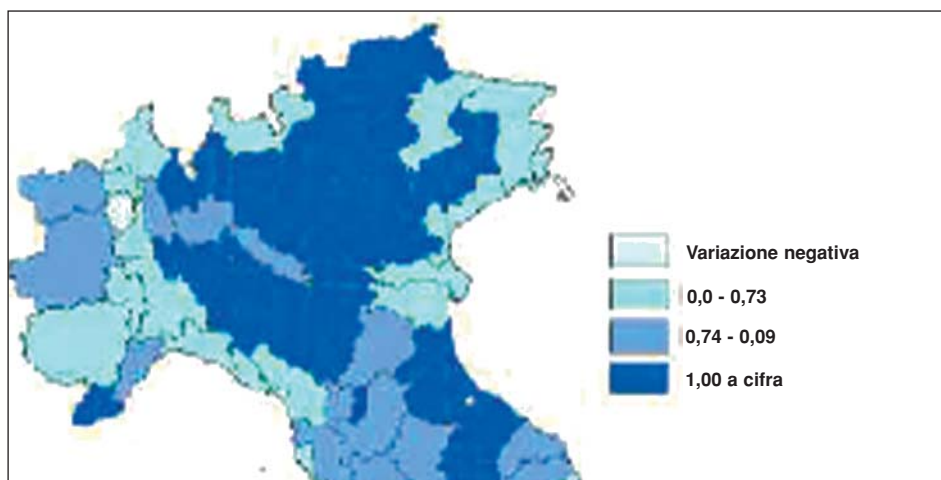
La composizione per sesso è squilibrata in favore delle donne (52,1%), soprattutto in ragione dell'elevata percentuale di donne anziane (che vivono per la gran parte sole).

Ferrara occupa la penultima posizione nel Nord-Est (seguita solo da Rovigo) in quanto a presenza di cittadini stranieri sul totale della popolazione, per questo l'alto tasso di natalità degli stranieri ha influenza minima.

LA DECRESCITA DEMOGRAFICA FERRARESE

Tasso di variazione medio annuo della popolazione residente per provincia - Anno 2006 (Valori percentuali)

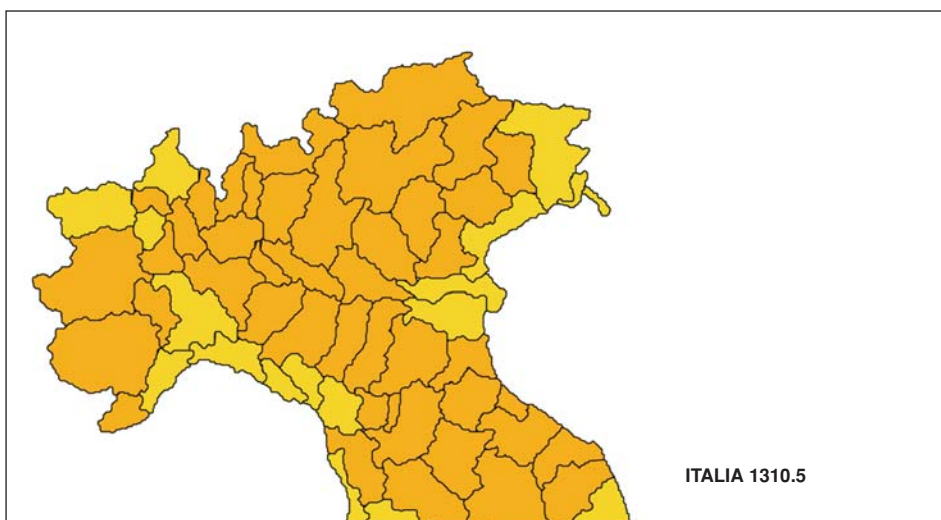
Fonte : ISTAT, 2008



TASSO DI FECONDITÀ TOTALE (TFT)

Ferrara, 1081 (per mille donne)

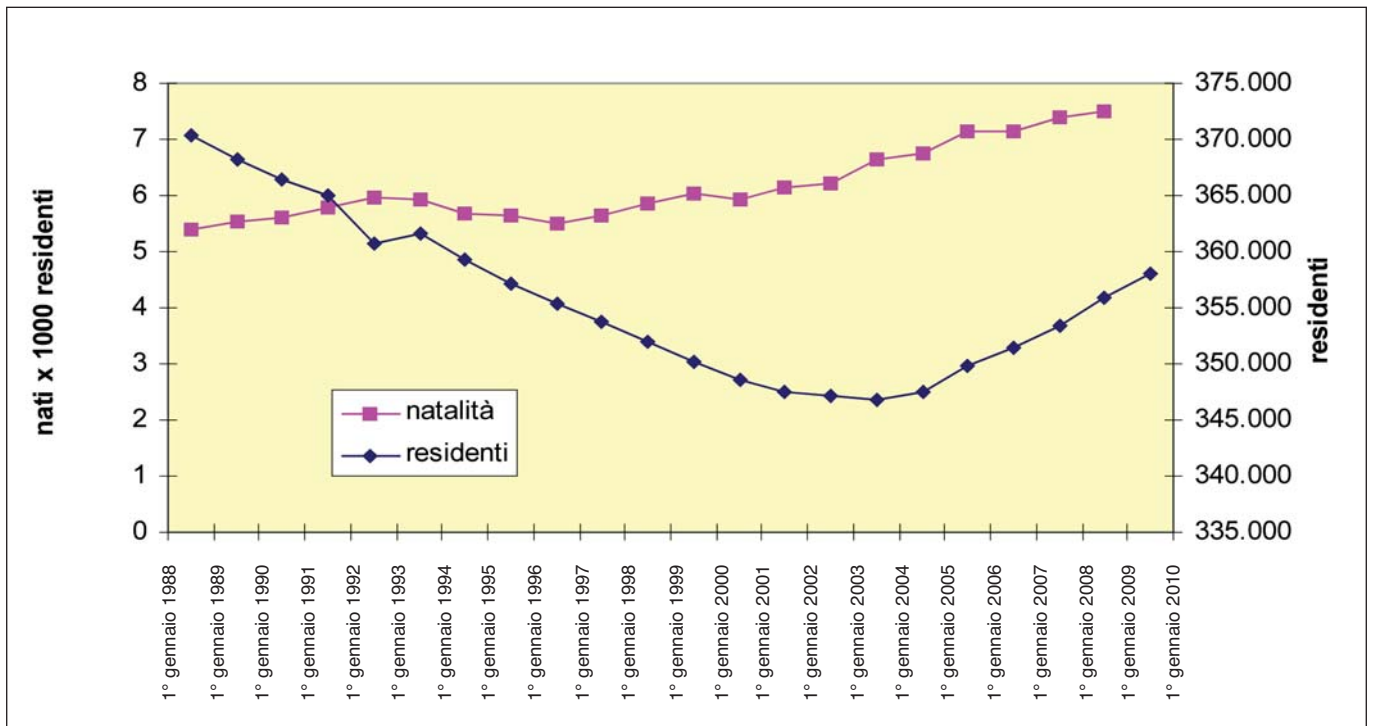
Fonte : HFA (ultimo anno disponibile: 2005).



Il tasso di fecondità a Ferrara è, da almeno tre decenni, non solo inferiore al valore soglia di 2,1 figli per donna (cosiddetto indice di sostituzione) ma inferiore al valore di 1,3. Quest'ultimo valore determina che entro 45 anni la popolazione si ridurrà della metà.

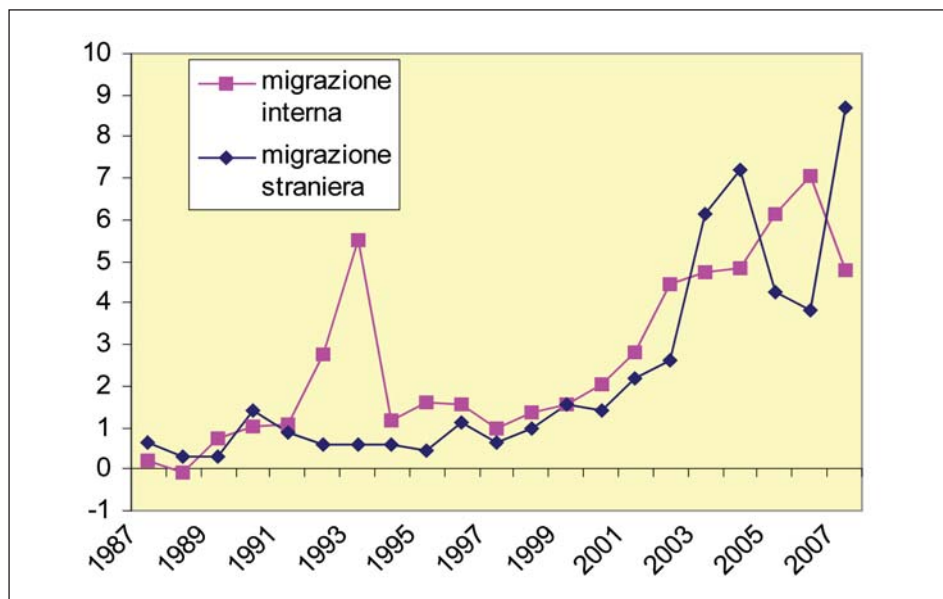
Il contingente di ferraresi con età compresa fra 15 e 39 anni si è ridotto del 14% negli ultimi 15 anni.

Il calo demografico in atto dagli anni '80 ha mostrato il primo timido accenno a un'inversione di tendenza solo nel 2004. Tale crescita è comunque molto modesta: dal 1999 al 2009 si attesta ad appena +2,2%; nel 2008, ad esempio, è stata di appena + 0,6%.



Fonte: elaborazione dati SISEPS - Regione Emilia-Romagna.





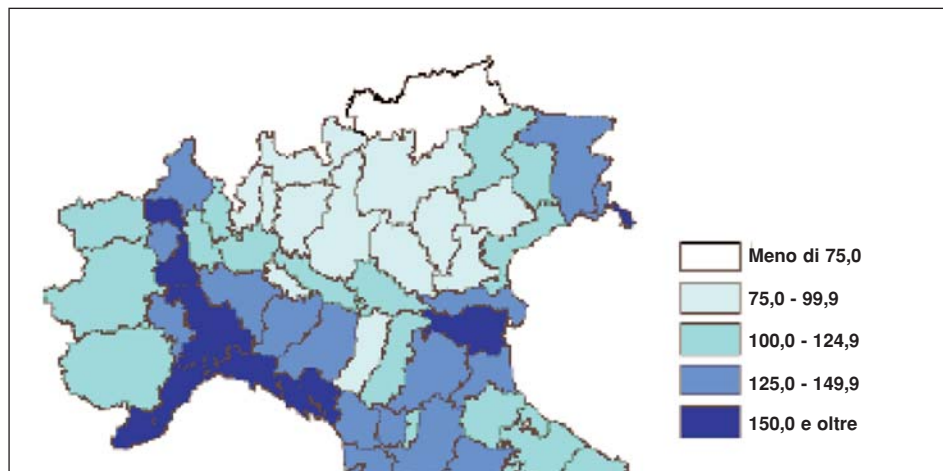
Fonte: elaborazione dati SISEPS Regione Emilia-Romagna

L'analisi dei tassi migratori mostra che, in realtà, solo una quota delle "immigrazioni" sono arrivate dall'estero. Il tasso migratorio totale, soprattutto nel 2005 e 2006 è dovuto per meno della metà all'apporto degli stranieri, e per la rimanente metà o più è imputabile a migrazioni di italiani. È verosimile che tali movimenti migratori "di italiani" siano di due tipi: da un lato, il rinascente fenomeno dell'immigrazione interna italiana, dalle regioni del Sud, che raggiunge soprattutto il distretto Ovest, "vivace" dal punto di vista economico e capace di attrarre immigrazione non solo straniera; dall'altro, un movimento migratorio di tipo "residenziale", dovuto al trasferimento delle famiglie in comuni limitrofi al capoluogo, più convenienti sotto il profilo dei costi dell'abitazione.

INDICE DI VECCHIAIA PER PROVINCIA - Anno 2006

Numero di persone con 65 anni e più
 Numero di giovani con meno di 15 anni

Indice di vecchiaia 2008
 Ferrara = 240,7
 Emilia Romagna = 172,9

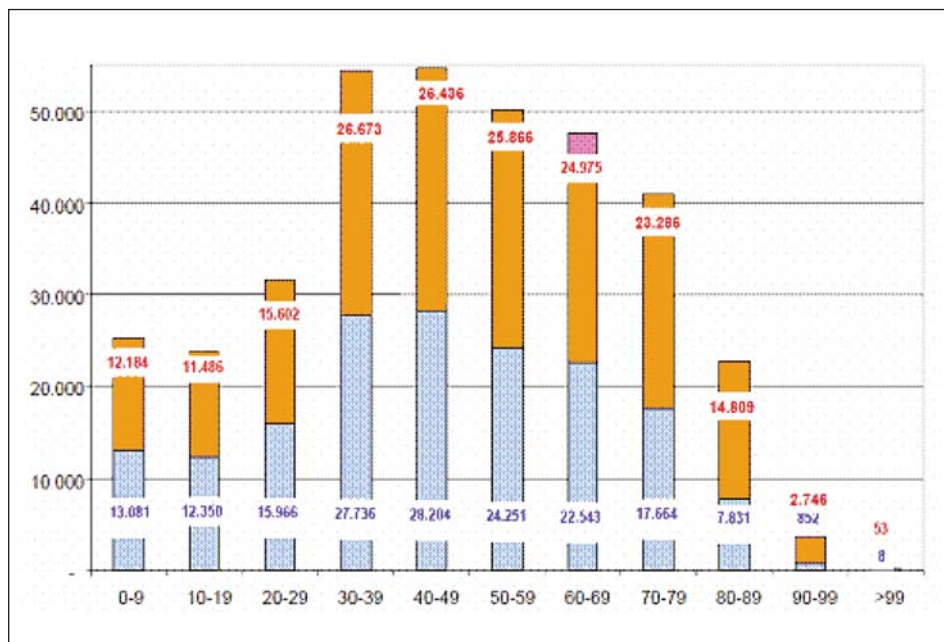


Fonte: ISTAT, 2008

La situazione demografica è riassumibile in pochi termini:

- Ferrara è la provincia più invecchiata in regione (2,4 anziani per ogni giovane);
- l'età media è molto alta (47,4 anni a fronte del 44,9 regionale: +2,5 anni);
- aumentano le famiglie composte da anziani senza figli o soli (con la necessità di aiuto esterno quando compaiano problemi di autonomia);
- aumentano gli over 80 (7,5% della popolazione).

La piramide delle età mostra una popolazione che sta progressivamente invecchiando (aumentano le dimensioni dell'apice della piramide, fino a qualche anno fa rappresentato da pochi ottuagenari e adesso presidiato fino a 90 anni da circa 2000 individui per anno di età).



PIRAMIDE DELLE ETÀ DEI FERRARESI
- azzurro: maschi
- rosa: femmine

La situazione demografica presenta peraltro alcune differenze nei tre distretti sanitari.

Struttura per età nei distretti sanitari

	0-14	15-39	40-64	>65	TOTALE	0-14	15-39	40-64	>65	Indice di vecchiaia
	Valori assoluti					(%)				(%)
Distretto Centro-Nord	16.786	47.431	65.247	47.483	176.947	9,5	26,8	36,9	26,8	282,9
Distretto Ovest	8.982	22.391	25.766	16.883	74.022	12,1	30,2	34,8	22,8	188,0
Distretto Sud-Est	10.154	29.025	37.104	26.052	102.335	9,9	28,4	36,3	25,5	256,6
Provincia	35.922	98.847	128.117	90.418	353.304	10,2	28,0	36,3	25,6	251,7

Nel Distretto Centro Nord sono scarsamente rappresentate le età giovani, fino a 25 anni, mentre sono molto forti tutte le età più avanzate, soprattutto tra i 40 e i 65 anni. Va notata la maggiore rappresentanza femminile alle età più anziane (oltre i 65 anni).

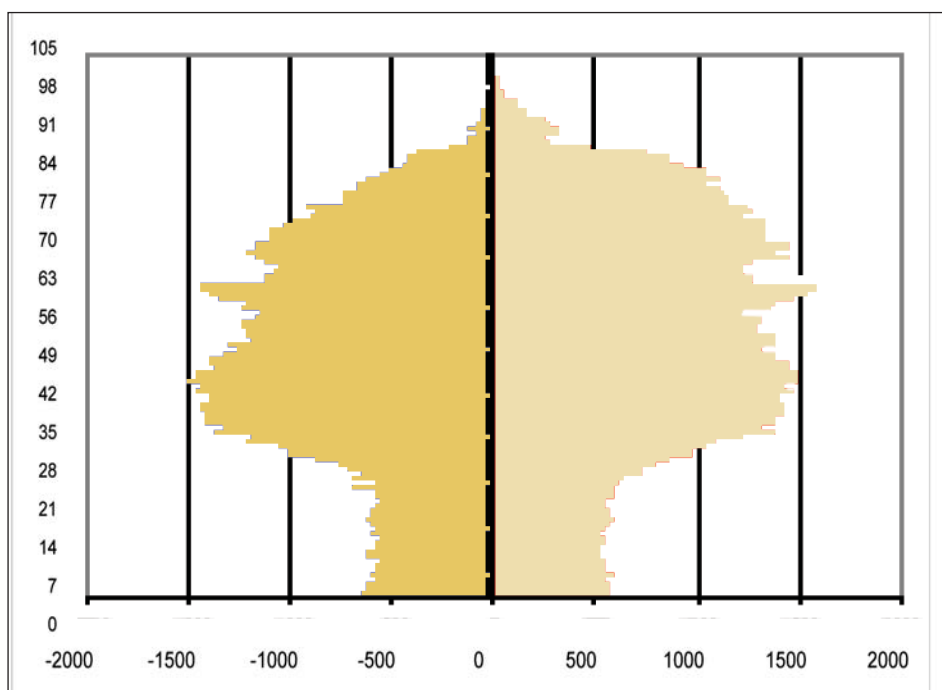
Il Distretto Ovest presenta caratteristiche diverse: sono molto più rappresentate le età giovanili (tra i 20 e i 40 anni), in special modo per i maschi. Questo aspetto, come vedremo successivamente, è in gran parte dovuto alla recente immigrazione straniera. Il comune più "giovane" della provincia è Cento, con un indice di vecchiaia di 153,6. La distribuzione degli anziani nell'area centese con 22,8% presenta valori sovrapponibili alla media regionale (22,7%).

Per il Distretto Sud Est, la piramide delle età è pressoché identica a quella del Distretto Centro Nord, con una forte presenza di anziani, soprattutto di sesso femminile. L'unica differenza, abbastanza importante, riguarda le classi di età più giovani le quali, pur non presentando nella piramide un allargamento della base (i nuovi nati), sono comunque presenti in misura maggiore rispetto al Centro Nord (soprattutto dopo i 20 anni). Ciò è senz'altro il frutto di un calo della natalità che, per quanto forte, è avvenuto in questo distretto in anni più recenti rispetto al Distretto Centro Nord.

Piramide delle età nei tre distretti sanitari

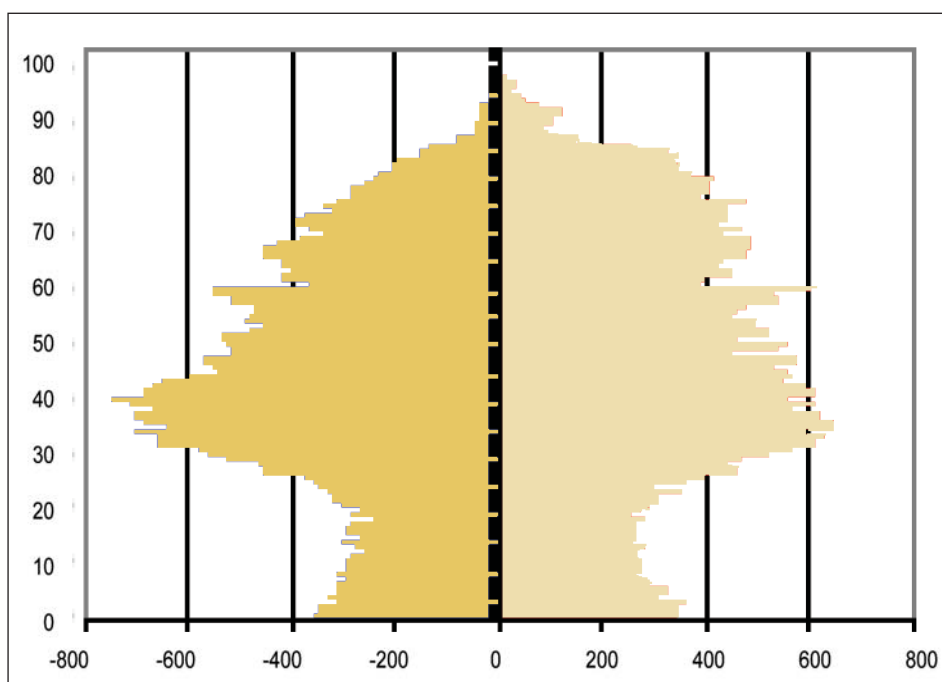
**PIRAMIDE DELLE ETÀ
DISTRETTO CENTRO-NORD**

- Maschi
- Femmine



**PIRAMIDE DELLE ETÀ
DISTRETTO OVEST**

- Maschi
- Femmine



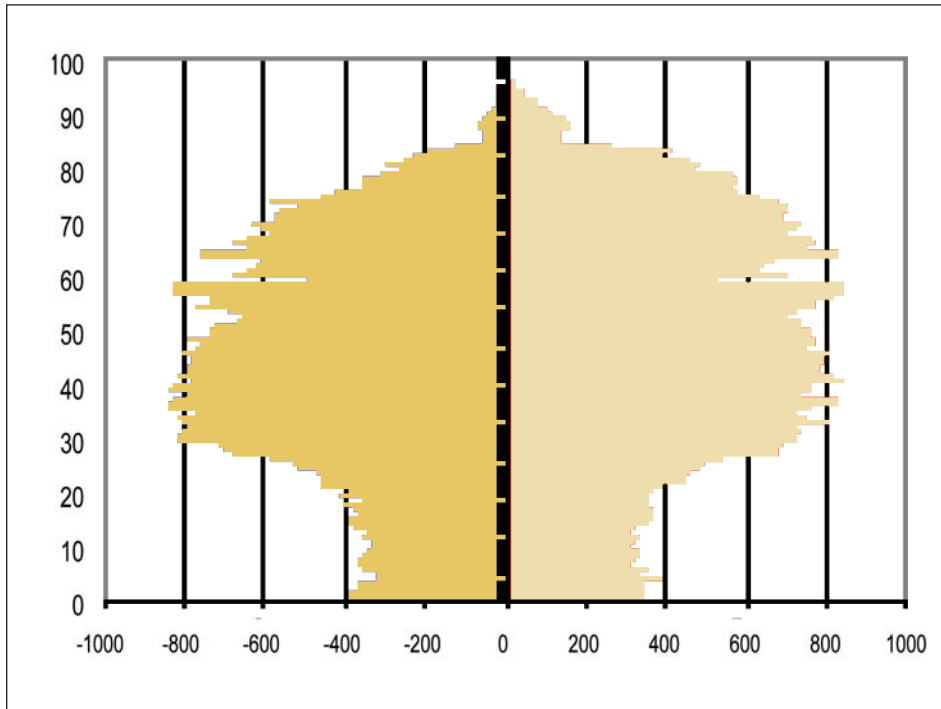


Grafico 1.5:
PIRAMIDE DELLE ETÀ
DISTRETTO SUD-EST

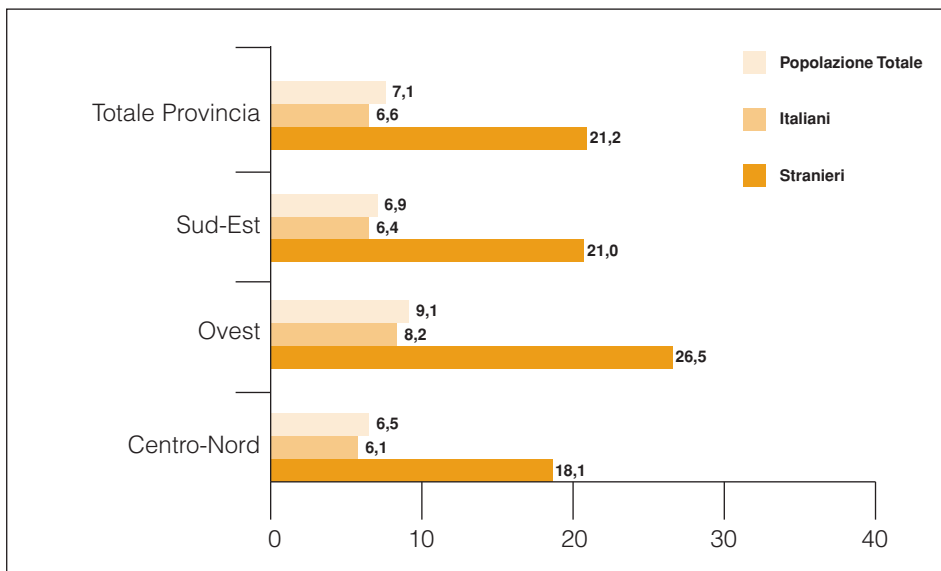
Maschi
Femmine

►► **NATALITÀ TRA I FERRARESI E TRA GLI STRANIERI**

A Ferrara si è registrato nel 2007 un tasso di natalità pari al 7,5 per mille a fronte di un andamento regionale sistematicamente più elevato di circa 2 nati per mille in più.

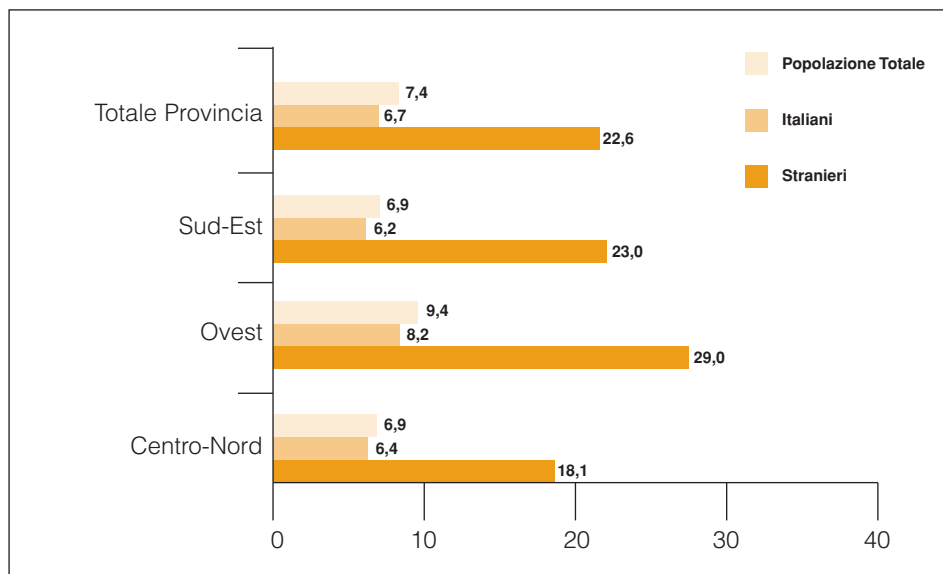
All'interno del territorio provinciale si accentuano comportamenti riproduttivi diversificati (nel Centese la natalità si avvicina ai valori registrati nel Bolognese), con la conseguente necessità di adottare politiche assistenziali adatte a bisogni diversi. La limitata numerosità della popolazione straniera residente, caratterizzata da tassi di natalità tre volte superiori, comporta un effetto aggiuntivo limitato sulla natalità complessiva.

I tre grafici illustrano il diverso apporto dei nuovi nati di origine italiana e straniera nel 2005, 2007, 2007.

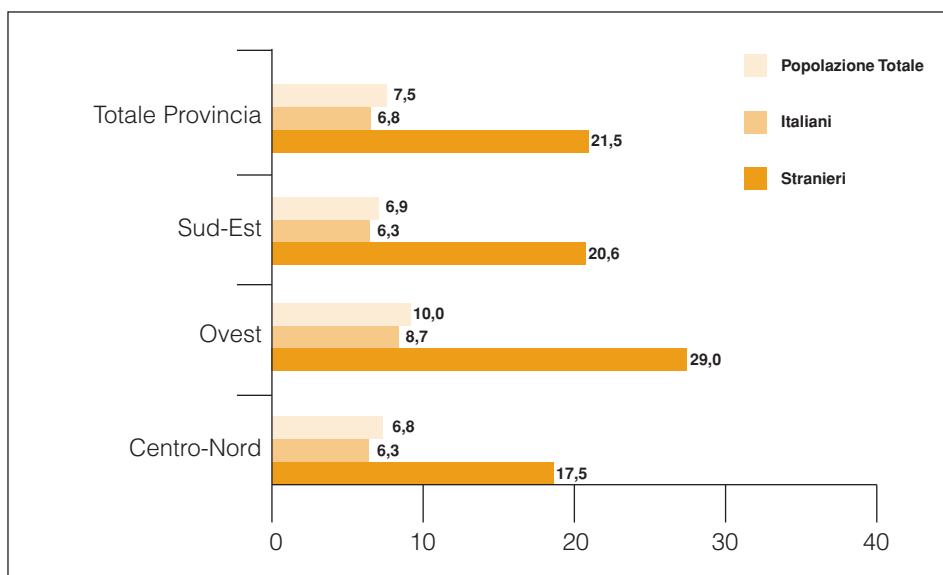


TASSI GREZZI DI NATALITÀ (X1000),
2005, PER DISTRETTO SANITARIO,
ITALIANI, STRANIERI
E POPOLAZIONE GENERALE

**TASSI GREZZI DI NATALITÀ (X1000),
2006, PER DISTRETTO SANITARIO,
ITALIANI, STRANIERI
E POPOLAZIONE GENERALE**



**TASSI GREZZI DI NATALITÀ (X1000),
2007, PER DISTRETTO SANITARIO,
ITALIANI, STRANIERI
E POPOLAZIONE GENERALE**

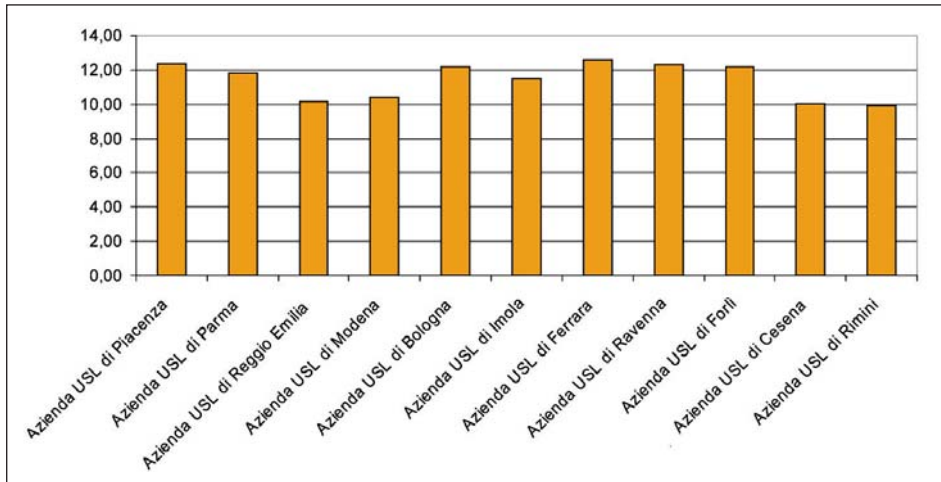


Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

»» POPOLAZIONE ANZIANA > 75 ANNI

L'età di 75 anni viene considerata un'età spartiacque, in quanto, nell'attuale quadro epidemiologico, la proporzione di persone affette da malattie croniche incrementa esponenzialmente a partire dall'età di 75 anni.

Anche la popolazione ultrasettantacinquenne sta progressivamente aumentando e costituisce ora il 12% della popolazione, ai massimi regionali.



% POPOLAZIONE >75 ANNI

Fonte: elaborazione dati SISEPS - Regione Emilia-Romagna

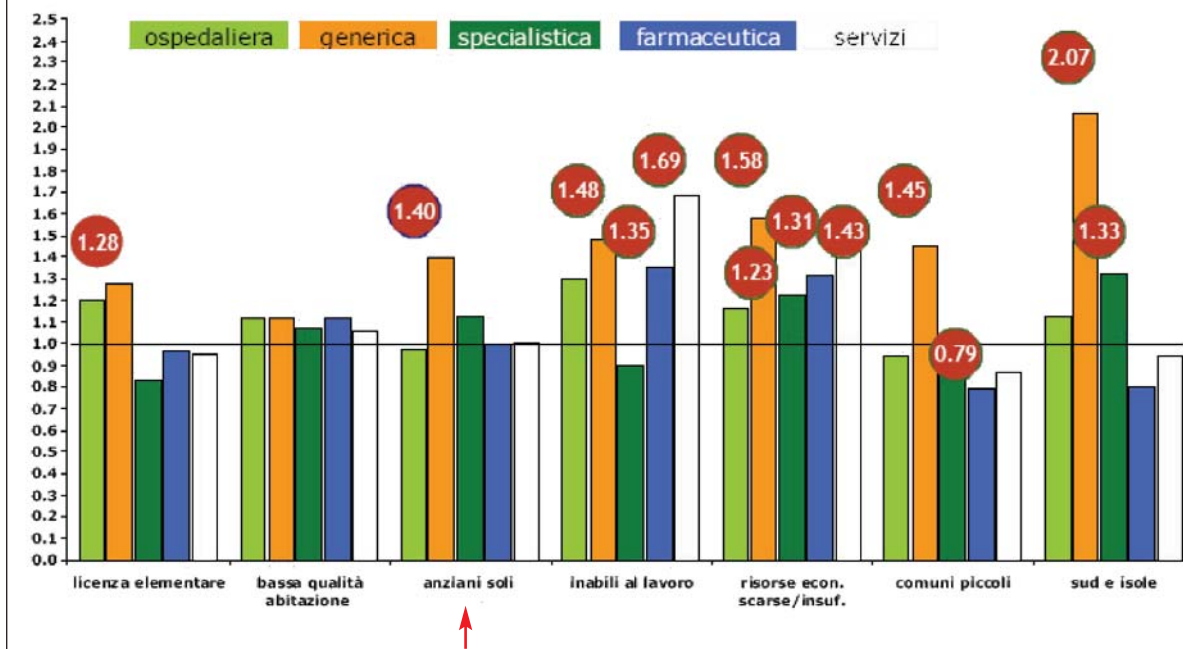
Il grafico seguente riporta una analisi del consumo dei servizi sanitari fra i maschi ultrasettantenni italiani, in base ai dati dell'indagine multiscopo ISTAT del 2004-5 e mette in evidenza gli anziani soli (categoria contrassegnata nel grafico con una freccia rossa) come consumatori di risorse sanitarie. Se ci si può attendere che anziani dichiarati inabili oppure anziani con risorse economiche scarse siano tra i maggiori consumatori di qualsiasi tipo di risorsa sanitaria, la condizione di anziani soli, a prescindere da qualunque altra caratteristica, è infatti associata ad un aumento del 40% di ricorso al medico di base e a un aumento di circa il 10% di ricorso allo specialista (quest'ultimo dato, però, risulta non significativo).

Probabilità di ricorso all'assistenza sanitaria per anziani ultrasettantenni, in funzione di alcune caratteristiche demografiche e sanitarie (dati ISTAT multiscopo 2004-5).

I numeri evidenziati con un bollino rosso rappresentano la probabilità statisticamente significativa di ricorrere a una prestazione sanitaria rispetto a un anziano che si trova nella condizione opposta

p > 0,5

Fonte: Costa



» LE FAMIGLIE

La famiglia continua a costituire uno dei pilastri della rete di sostegno e di solidarietà sociale.

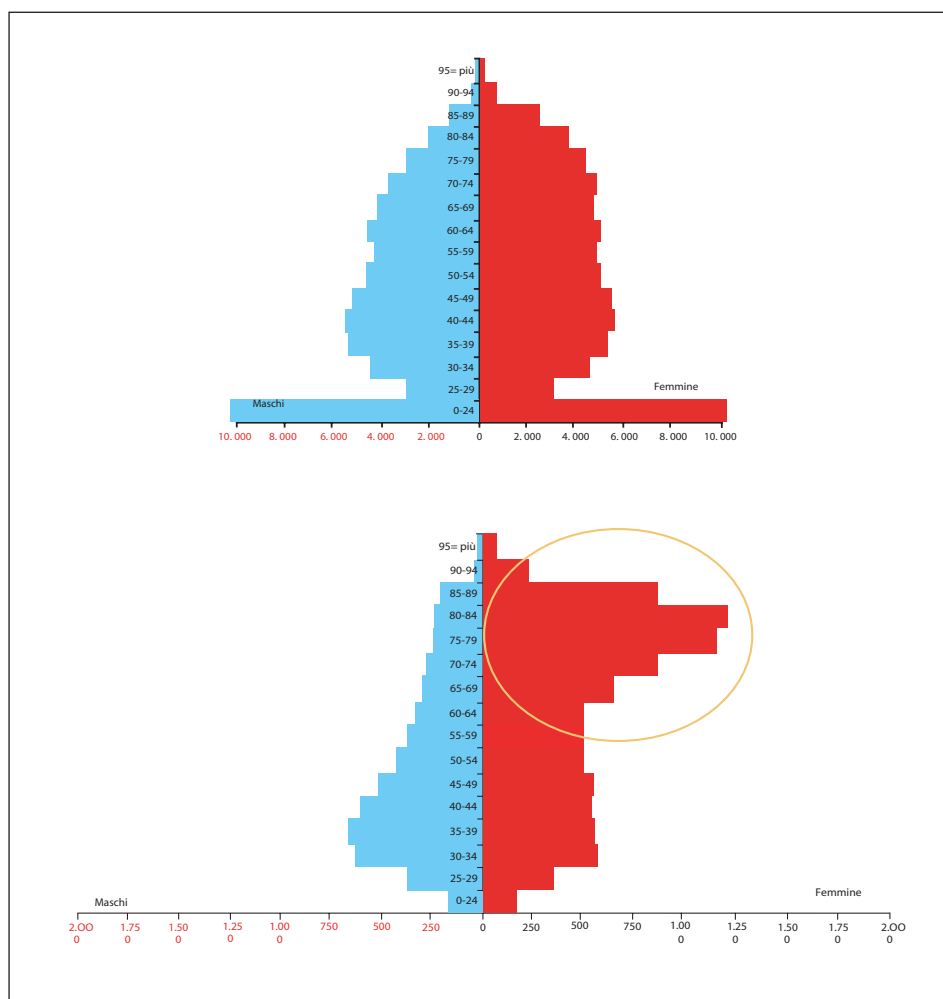
La diminuzione progressiva della dimensione delle famiglie costituisce il segnale prodromico del progressivo indebolimento di questa rete.

Secondo i dati provenienti dal censimento 2001 delle oltre 143 mila famiglie residenti in provincia di Ferrara, più di un quarto è composto di famiglie formate da una sola persona e meno di un terzo (32,8%) del totale delle famiglie ricade nel modello della famiglia "normale", cioè della coppia coniugata con almeno un figlio. Solo per il 17% del totale si tratta di famiglie numerose, con almeno 4 componenti.

Questa distribuzione è pressoché identica a quella che si calcola per l'intera regione, con, rispetto a quest'ultima, una quota leggermente inferiore di persone sole (a livello regionale tale quota raggiunge il 30,5%). È molto rilevante la quota della tipologia "madre più figli", che costituisce da sola il 6,6% del totale. Il dato è in linea con quello regionale.

La situazione del capoluogo per quanto riguarda le famiglie unipersonali, analizzata dal Servizio Statistica del Comune di Ferrara, è rappresentata nella figura che segue ed esemplifica la delicatissima situazione nella quale si trova un numero elevato di anziani (soprattutto donne) soli.

STRUTTURA PER ETÀ DELLA POPOLAZIONE COMPLESSIVA E DELLA POPOLAZIONE CHE VIVE IN FAMIGLIE UNIPERSONALI



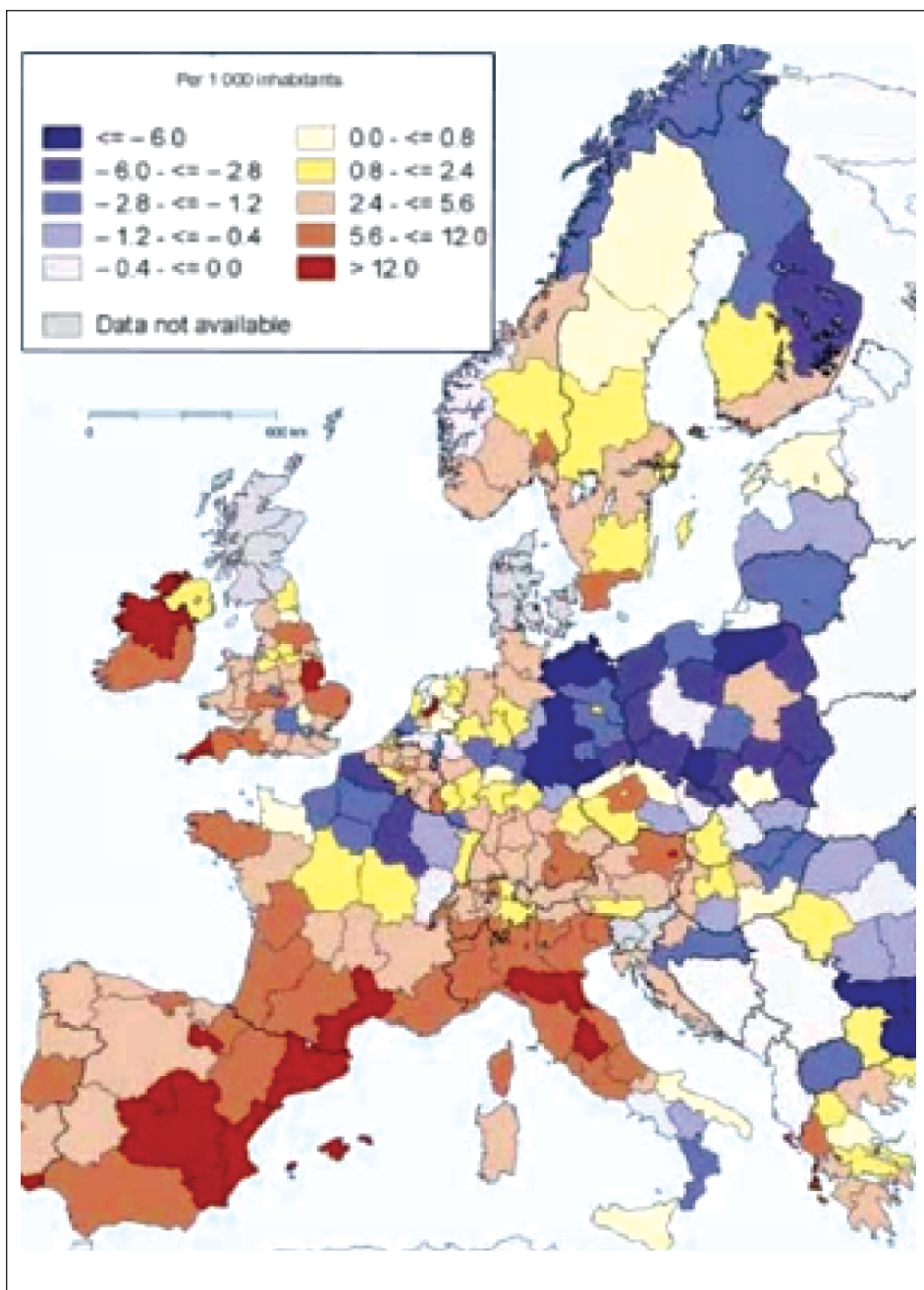
Fonte: SISTAN, Servizio Statistica del Comune di Ferrara Le famiglie a Ferrara.

►► PRESENZA DI STRANIERI

Come illustra il cartogramma dell'Unione Europea a fianco, la regione **Emilia-Romagna** si caratterizza come una delle aree europee a più alto tasso di immigrazione, con un trend di crescita dei residenti stranieri molto consistente: dalle 52.397 unità del 1995 è passata alle 318.076 unità del 2006 (+507,1%), con un'incidenza sul totale della popolazione regionale che è salita dall'1,33% al 7,53%.

Soprattutto per effetto dell'incremento delle presenze straniere, infatti, i residenti complessivi in regione sono passati da 3.924.952 a 4.223.585, con un incremento pari a 7,6%.

Anche a **Ferrara** gli stranieri sono diventati una presenza numericamente rilevante, sebbene percentualmente inferiore alla media regionale.

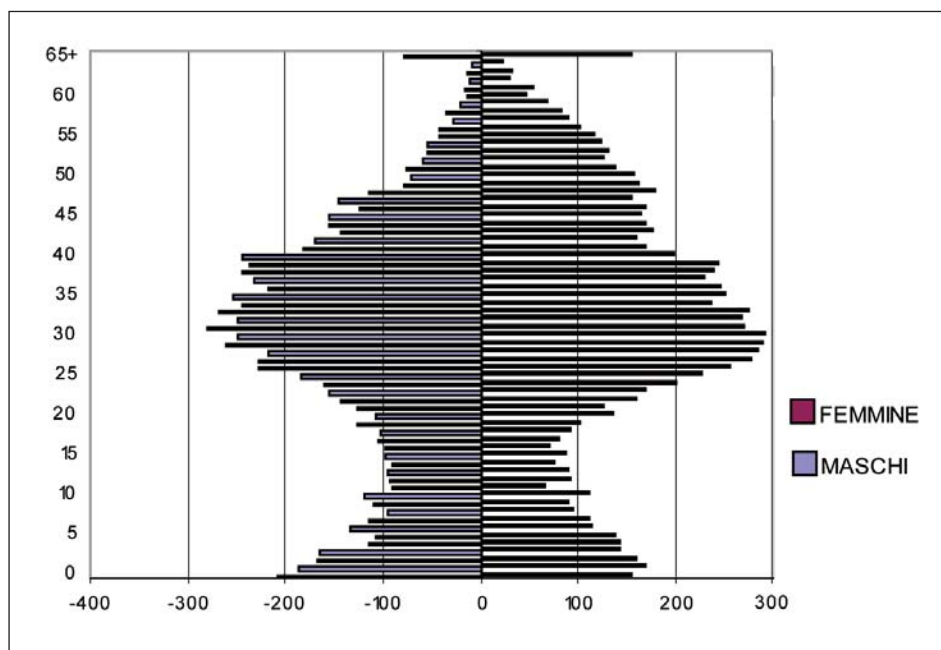


TASSO DI MIGRAZIONE

Dalle 1.841 unità contate nel 1995 si è arrivati alle 15.548 unità del 2006 (+744,5%), con un'incidenza sul totale della popolazione provinciale che è salita dallo 0,52% al 4,4%.

È interessante notare il fatto che, nonostante il consistente apporto migratorio degli stranieri, nel corso dei dodici anni considerati, la provincia di Ferrara – unica nel contesto regionale – ha comunque visto un calo della propria popolazione (-0,6%).

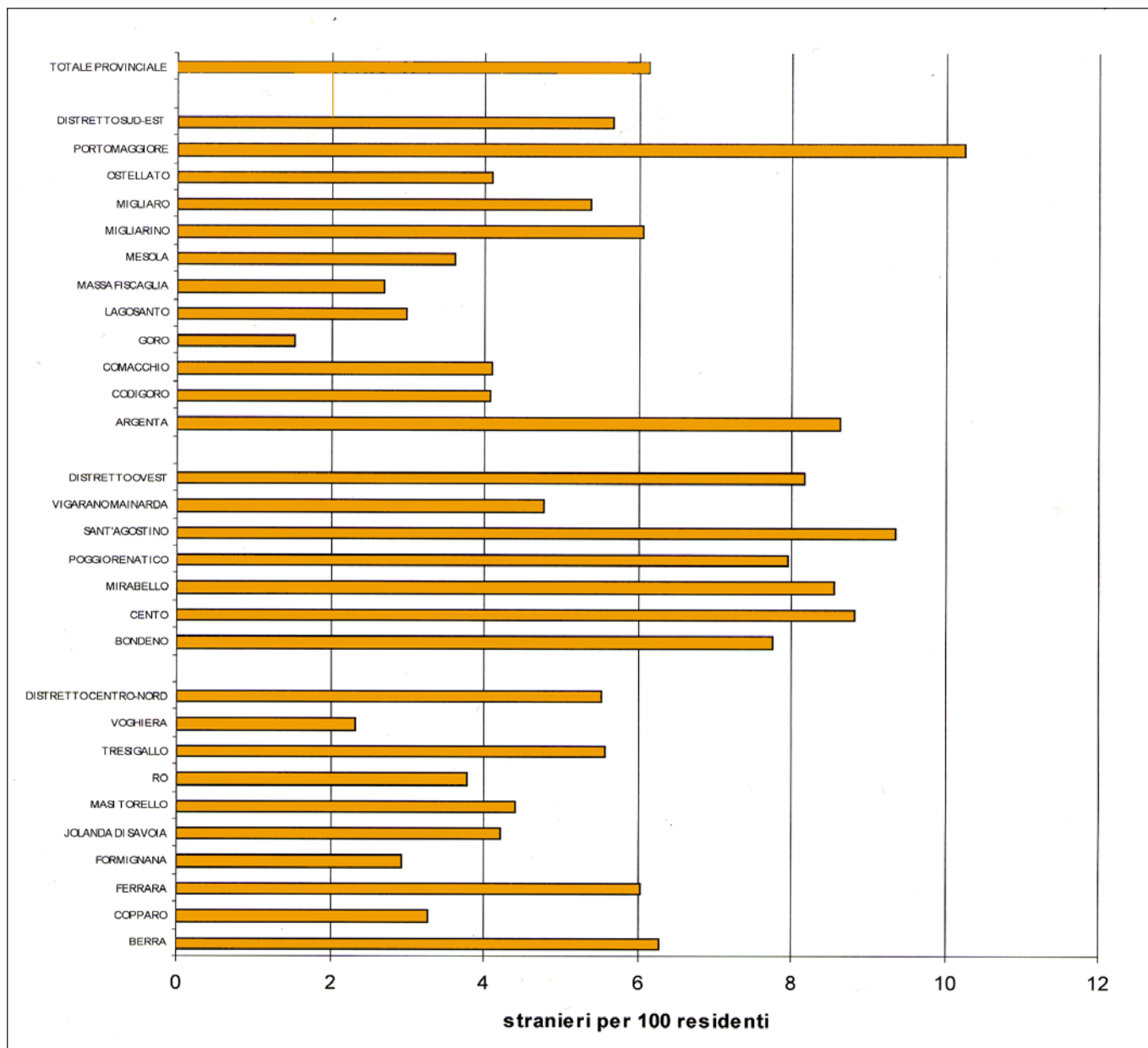
Una sintesi grafica efficace delle caratteristiche demografiche della presenza straniera è fornita dalla piramide delle età della popolazione straniera. Si può notare una forte presenza delle classi di età tra 20 e 45 anni, unitamente alla notevole presenza delle classi dei bambini tra zero e 5 anni (probabile conferma che i ricongiungimenti familiari sono recenti). È facile osservare che la base della piramide tende ad allargarsi: questo significa che nei prossimi anni le classi di età "giovannissime" (primi anni di vita) aumenteranno. È visibile, infine, il curioso fenomeno delle straniere provenienti dall'Est Europa: prevalentemente rappresentate da donne in età compresa tra 45 anni e oltre (nelle stesse età i maschi tendono a diminuire molto).



Fonte: Profilo di Comunità della Provincia di Ferrara

La distribuzione sul territorio è fortemente disomogenea: accanto a Comuni con percentuali di presenze di stranieri uguali ai valori regionali (Portomaggiore conta 10 stranieri ogni 100 residenti) si osservano Comuni con presenze ancora molto limitate (Goro, Voghiera, Massafiscaglia).

Nel 2008 il 45% degli stranieri residenti era concentrato nel distretto Centro-Nord, per la massima parte nel capoluogo, con una presenza pari al 6% dei residenti.

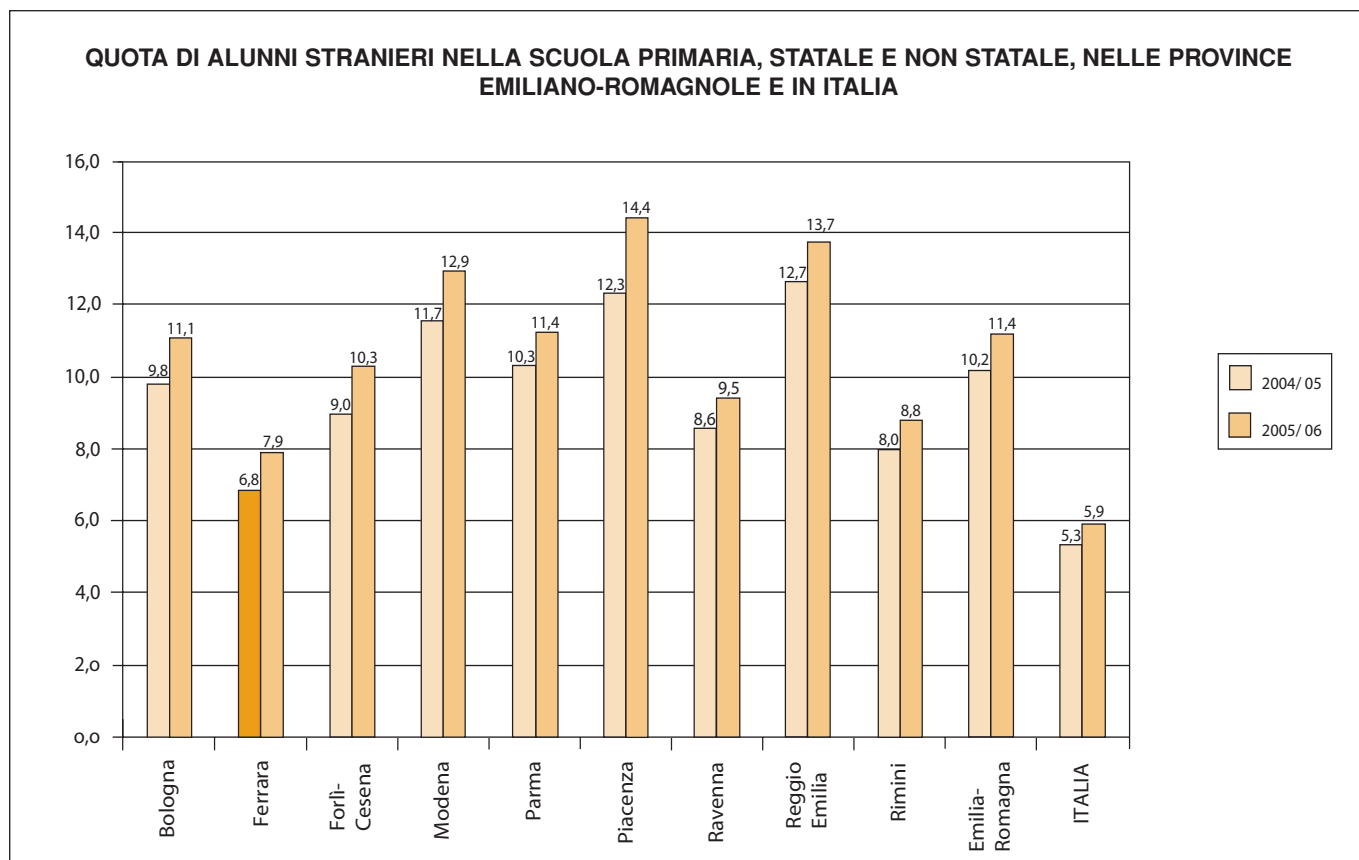


L'età degli stranieri residenti a Ferrara

(per 100 stranieri)				(per 100 stranieri)			
DISTETTI SANITARI				DISTETTI SANITARI			
Classe di età	Centro Nord	Centro Nord	Centro Nord	Classe di età	Centro Nord	Centro Nord	Centro Nord
0-17	19	26,4	25,3	0-17	6,7	10,8	8,4
18-39	50,5	50,9	40,9	18-39	8,2	10,6	7,1
40-64	29,1	21,7	26,6	40-64	3,2	3,7	2,9
65 e +	1,4	1	1,2	65 e +	0,2	0,3	0,2
Totale	100	100	100	Totale	4,0	5,9	4,0

Non va comunque dimenticato che l'aumento della popolazione straniera, oggi, non è verosimilmente più dovuto al solo movimento migratorio (o lo è molto meno che in passato) ma ad esso si aggiunge il movimento naturale: le nascite di bambini stranieri nel nostro territorio.

Ne conseguiranno ripercussioni sul sistema scolastico, ancora poco coinvolto rispetto al resto della regione, come si rileva dal grafico con le percentuali di alunni stranieri.



►► **LA DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE SUL TERRITORIO**

Ferrara non trae apparentemente alcun vantaggio dal fatto di essere interamente pianeggiante, (l'Emilia-Romagna è pianura per il 47%). Vincoli storici, economici e anche geografici (circa 8.000 km di canali) hanno comportato un popolamento scarso e fortemente disperso sul territorio, per di più ostacolato da collegamenti viari carenti.

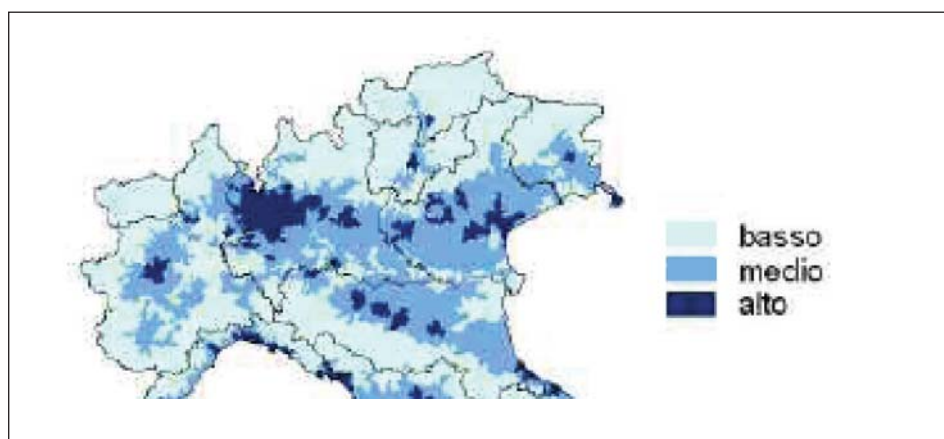
Per esempio, gli interventi volti a garantire l'accessibilità alle strutture sanitarie sono costretti a misurarsi con questi fattori strutturali.

L'area ferrarese è poco popolata: 133 abitanti/kmq contro una media regionale di 189 e una media nazionale di 198. La densità ferrarese è superiore, in regione, solo alle province di Piacenza e Parma, caratterizzate da ampie zone montane disabitate.

Densità di popolazione in Emilia-Romagna

	Numero di comuni	Superficie in kmq	Densità di popolazione
Piacenza	48	2.589,47	106,53
Parma	47	3.449,32	120,84
Reggio Emilia	45	2.292,89	215,54
Modena	47	2.688,65	247,47
Bologna	60	3.702,44	256,54
Ferrara	26	2.631,07	133,58
Ravenna	18	1.858,49	198,78
Forlì-Cesena	30	2.376,80	157,64
Rimini	20	533,72	543,23
Emilia-Romagna	341	22.122,85	189,29

Fonte: ISTAT 2008



GRADO DI URBANIZZAZIONE DEI COMUNI ITALIANI ANNO 2001

Fonte: ISTAT, 2008.

La bassa densità di popolazione è dovuta alla presenza di pochi insediamenti urbani con forte concentrazione di popolazione. Infatti, sono presenti in provincia 4 Comuni con più di 20.000 abitanti (Ferrara, Cento, Comacchio e Argenta), nei quali si raccoglie il 60% degli abitanti della provincia.

Il restante territorio è caratterizzato da bassissime densità, pur con spiccate differenze: da 521 abitanti/kmq (Cento, trend in aumento) a 29 abitanti/kmq (Jolanda di Savoia, trend in diminuzione).

Popolamento della provincia di Ferrara

	Distretto Centro-Nord	% su ASI	Distretto Sud-Est	% su ASL	Distretto Ovest	% su ASL	Azienda USL	% su regione	Emilia-Romagna
Abitanti	176.947	50,1	102.335	29	74.022	21	353.304	8,4	4.223,585
Superficie (kmq)	887	33,7	1.330	50,6	413	15,7	2.630	11,9	22.123
Densità (ab/kmq)	199,5	-	76,9	-	179,2	-	134,3	-	190,9

Fonte: sito www.regione.emilia-romagna.it [SISEPS: statistica self service - Popolazione al 1° gennaio 2007]

L'ambiente

A Ferrara la presenza di infrastrutture ancora deboli coesiste con pressioni ambientali consistenti. La provincia condivide con l'intera Pianura padano-veneta una situazione di forte inquinamento atmosferico.

►► SITUAZIONE INFRASTRUTTURALE DEL TERRITORIO

(2) CDS - Annuario 2005 - Ferrara, Unioncamere - Atlante della competitività delle Province italiane. Dicembre 2007.

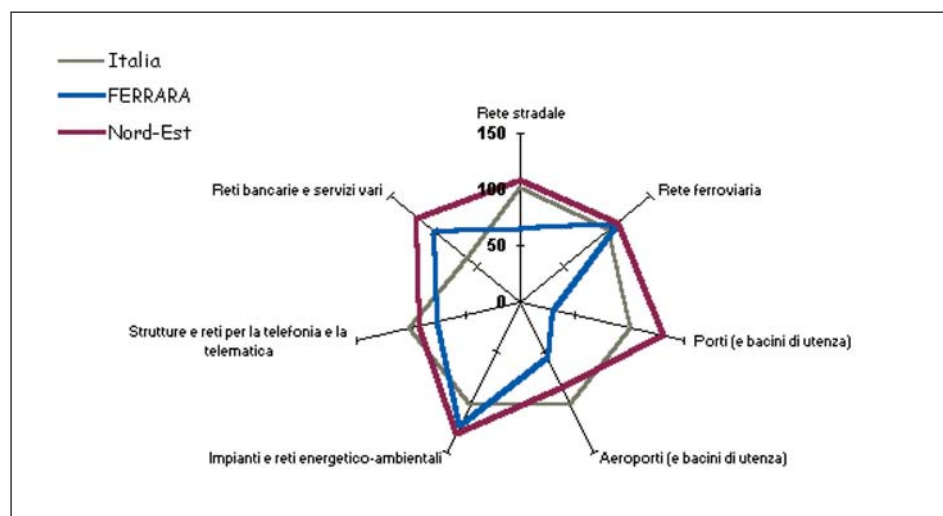
La dispersione degli insediamenti abitativi e la collocazione molto lontana fra loro dei quattro centri con più di 20.000 abitanti, imporrebbe una grande quantità di collegamenti stradali; invece la provincia di Ferrara presenta storicamente importanti carenze infrastrutturali, solo in parte in via di superamento⁽¹⁾.

Il territorio ferrarese è caratterizzato, ad esempio, da una complessa idrografia, con oltre 8000 km di corpi idrici, che continuano a causare anche un ostacolo notevole alle comunicazioni.

Le caratteristiche della rete stradale, con un indice al secondo valore più basso del Nord Est, assumono importanza anche in ambito sanitario: le carenze infrastrutturali si riverberano sulla necessità di una distribuzione diffusa dei servizi sanitari e sociali al fine di consentire un'equa accessibilità, con conseguente difficoltà al contenimento dei costi e impossibilità al conseguimento di una maggiore efficienza del sistema.

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.

INDICATORI DELLE INFRASTRUTTURE ECONOMICHE (2007)



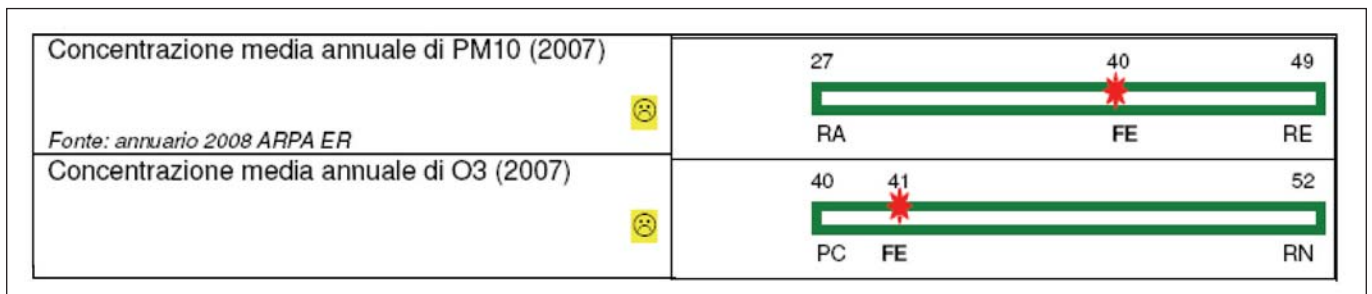
Fonte: Unioncamere. Atlante della competitività delle Province italiane, aggiornamento settembre 2008

►► ESPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE AGLI INQUINANTI ATMOSFERICI

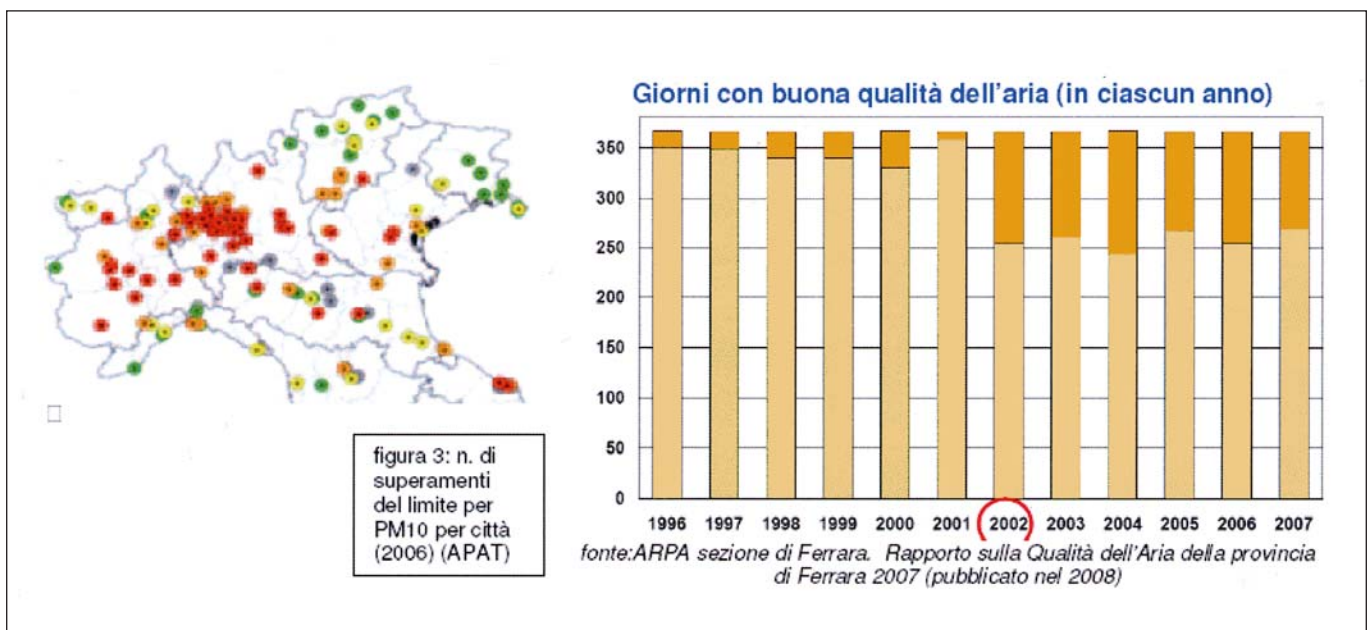
Tra le diverse matrici ambientali (aria, acqua, suolo, alimenti), la maggiore attenzione per quanto riguarda gli effetti sulla salute si concentra sull'aria.

L'inquinamento atmosferico rappresenta un problema ambientale e di salute pubblica di grande rilevanza. Il controllo delle emissioni inquinanti è una delle grandi sfide dei prossimi anni: a fronte della diminuzione registratasi negli ultimi decenni delle concentrazioni di alcuni inquinanti come il monossido di carbonio, il biossido di zolfo, il benzene e il piombo, livelli elevati permangono per altri inquinanti come gli ossidi di azoto, l'ozono e le polveri fini che rappresentano una forte criticità per la salute. I grafici che seguono espongono una sintesi della situazione ferrarese nel quadro regionale, per questi due inquinanti: il punto rosso sulla barra indica la posizione di Ferrara rispetto ai valori minimo e massimo misurati in regione (il dato di Ravenna per il PM10 è da considerare provvisorio in quanto in corso di verifica).

Qualità dell'aria



Le due pagine successive riportano una lettura epidemiologica dei dati ambientali riportati da ARPA Emilia Romagna, riferiti in particolare a Ferrara.

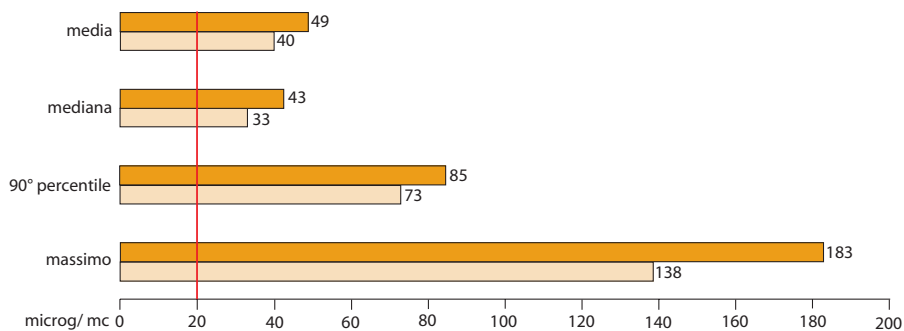


Aree urbane

- Nel 2007, si può stimare che circa 180.00 ferraresi (ossia quel 60% di popolazione che risiede in centri con almeno 20.000 abitanti) siano stati esposti a 40 µg/m³ di PM₁₀; (corrispondente al limite UE).
- Il 50% delle giornate ha avuto una concentrazione fino a 33 µg/m³ di PM₁₀; ben superiore al valore guida annuale OMS (20 µg/m³).
- Gli abitanti sono stati esposti per 97 giorni a concentrazioni superiori al limite di 50 µg/mc; (si va da 15 giorni a Ravenna a 140 a Reggio Emilia).
- Il 10% delle giornate ha sofferto, a Ferrara, una concentrazione superiore a 73 µg/m³ di PM₁₀.
- La punta massima è stata di 138 µg/m³.

Fonte: ARPA Emilia-Romagna, annuario 2007.

Concentrazioni di PM10 in provincia di Ferrara (2006)



Valore guida annuale OMS: PM₁₀ = 20µg/m³ PM_{2,5} = 10µg/m³ valore guida giornaliero OMS: PM₁₀ = 50µg/m³ PM_{2,5} = 25µg/m³.

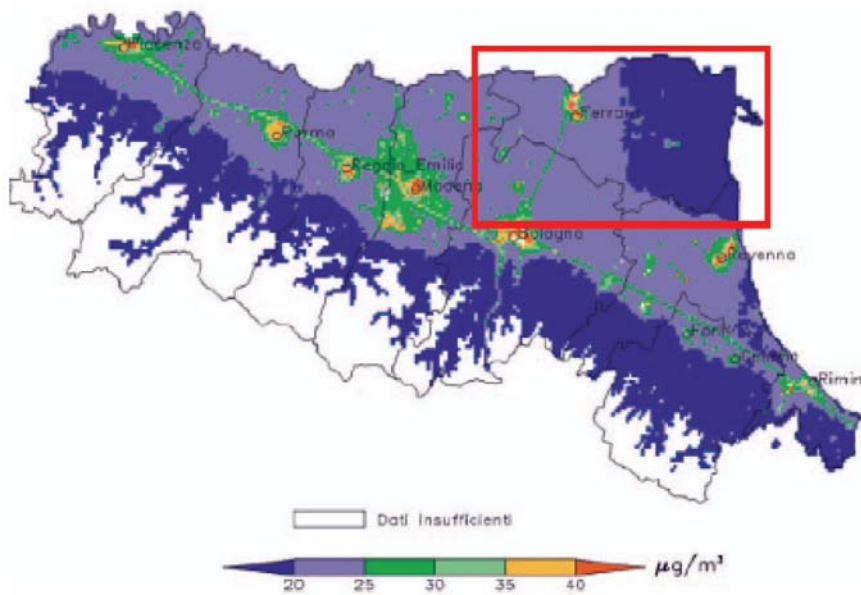
La linea rossa indica il valore guida OMS: 20µg/m³.

Le barre **arancio scuro** riportano il valore più alto osservato in regione per quel parametro (media e mediana a Reggio Emilia; gli altri a Modena)

PM₁₀ fuori città

- Nel 2007, si può stimare che circa 170.00 ferraresi (ossia la popolazione residente nei piccoli centri e in campagna) sia stata esposta a concentrazioni comprese tra 25 e 35 µg/m³ di PM₁₀.
- L'indicatore è una stima della concentrazione media annuale di PM₁₀ di fondo, cioè lontano da sorgenti dirette.
- A questi livelli si aggiungono poi le criticità locali in prossimità di emissioni industriali e stradali.
- La media annuale di PM₁₀ presso la stazione di fondo regionale di Gherardi nel 2007 è stata pari a 22 µg/m³ (però è stata inattiva per i 6 mesi estivi).

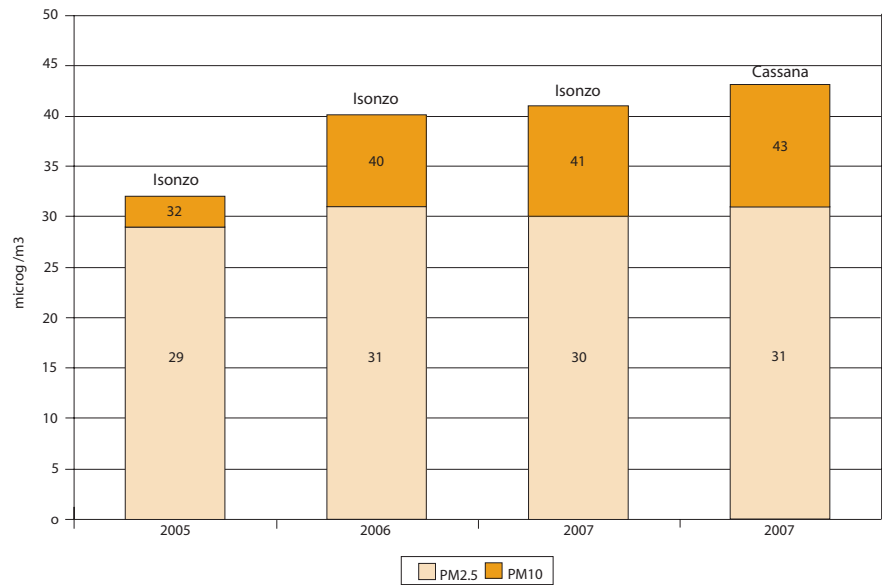
Fonte: Annuario ARPA Emilia-Romagna, 2008.



Fonte: Arpa Emilia-Romagna
Figura 1.21: PM₁₀ di fondo - Stima della concentrazione media nel 2007
 Nota: in bianco le aree in cui la stima ha un'incertezza eccessiva

PM10 e PM2,5

- Dai primi rilievi, sia in una zona fortemente urbanizzata e caratterizzata da traffico intenso quale è C.so Isonzo, che nella zona peri-industriale di Cassana, si osserva che la frazione "fine" del PM10 (cioè quella inferiore a 2,5 micron) contribuisce, in termini di massa, ad oltre il 75% della massa, totale del PM10, in linea con quanto riportato in letteratura per questo inquinante.

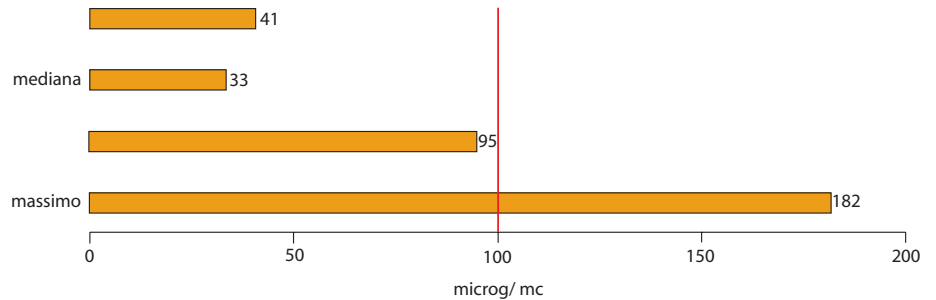


Esposizione della popolazione a inquinanti aerei: Ozono

- Nel 2007, si può stimare che la maggior parte della popolazione ferrarese sia stata esposta in media a 41 µg/mc di Ozono.
- A Ferrara sono stati contati solo 16 superamenti del limite di protezione della salute (media mobile 8 ore > 120 µg/mc); il range va da 16 superamenti a Ferrara a 80 Reggio Emilia).

Il valore medio annuale risulta molto influenzato e appiattito dai valori estremamente bassi rilevati nel periodo invernale: infatti il 50% dei giorni ha una media di 33 µg/mc ma il 10% delle giornate ha avuto una media giornaliera di 95 µg/mc di Ozono, prossima al valore guida OMS.

Concentrazioni di Ozono al suolo in provincia di Ferrara (2007)



Valore guida giornaliero OMS (media 8 ore): 100µg/m³.
La linea rossa indica il valore guida OMS: 100µg/m³.

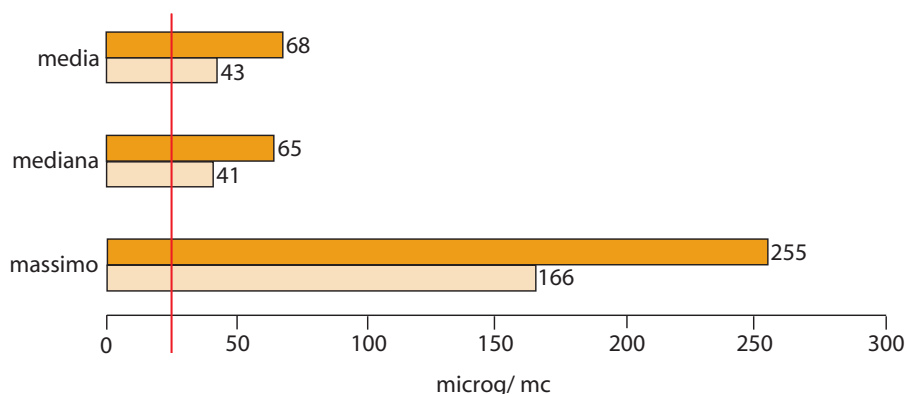
Fonte: ARPA Emilia-Romagna, annuario 2007.

Esposizione della popolazione a biossido di azoto e anidride solforosa

- La popolazione non è stata esposta a concentrazioni pericolose (media oraria: 240 microg/mc).
- tuttavia per metà dell'anno l'esposizione è stata appena superiore al valore guida OMS (mediana = 41), anche la media annuale è superiore a 40 µg/mc.

Fonte: ARPA Emilia-Romagna, annuario 2008.

Concentrazioni di biossido di azoto in provincia di Ferrara (2007)



Valore guida annuale OMS: 40 µg/m³ (linea rossa).

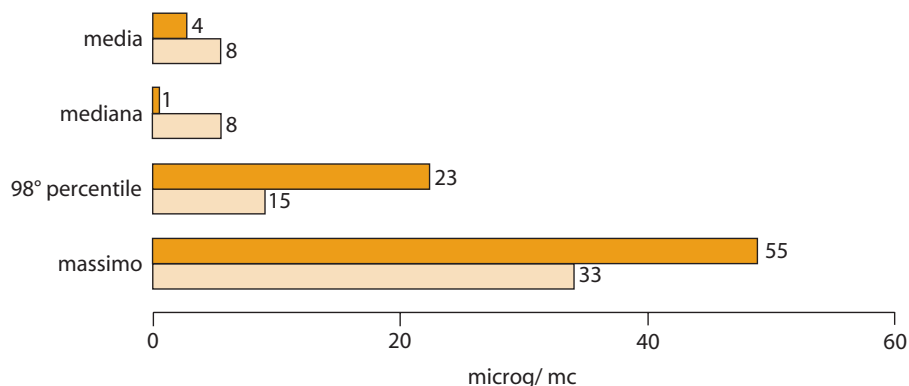
Valore guida giornaliero OMS: 200 µg/m³.

Le barre arancio scuro riportano il valore più alto osservato in regione per quel parametro (media e mediana a Rimini; max a Ravenna).

- I livelli misurati sono al limite di rilevanza degli strumenti di misura tradizionali.
- La popolazione non è stata esposta a concentrazioni pericolose se si considera il limite di protezione giornaliero legale (125 microg/mc).
- Esistono sporadici superamenti (2% dei giorni) del valore guida OMS (20 µg/m³).

Fonte: ARPA Emilia-Romagna, annuario 2008.

Concentrazioni di anidride solforosa in provincia di Ferrara (2007)



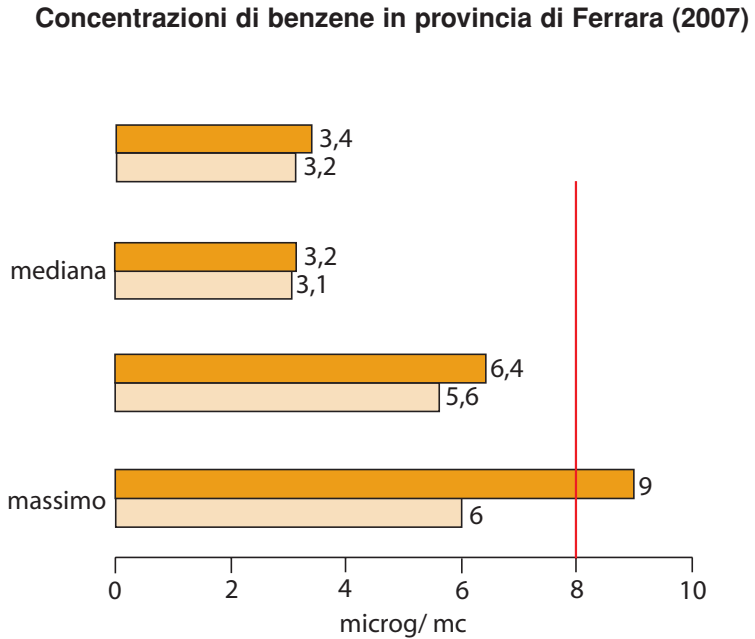
Valore guida per esposizioni di 10' OMS: 500 µg/m³.

Valore guida giornaliero OMS: 20 µg/m³.

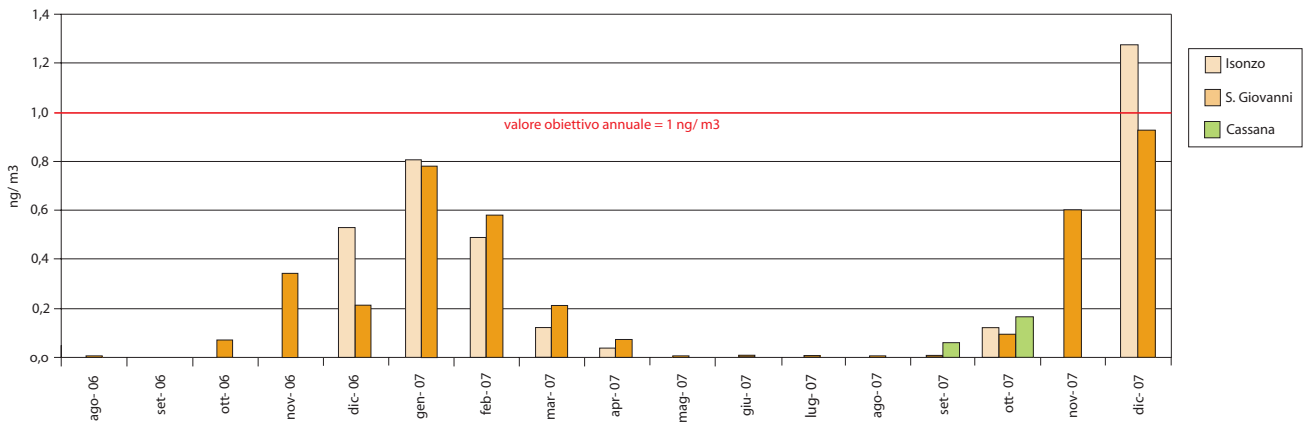
Esposizione della popolazione a benzene e idrocarburi policiclici aromatici

- Il numero di misure effettuato a Ferrara è stato inferiore ai criteri di qualità.
- Inoltre il benzene ha un'elevata variabilità spaziale.
- Quindi i risultati sono valutati in via illustrativa.
- Mediamente la popolazione non è stata esposta a concentrazioni eccedenti il limite UE (per il 2007 = 8 µg/m³: **linea rossa**), ma un'esposizione a 3 µg/m³ non è trascurabile.
- L'OMS non ha indicato un valore guida a tutela della salute per il benzene (il rischio lifetime con un'esposizione a 1,7 µg/m³ è indicato pari a 1/100.000).
- Le **barre arancio scuro** riportano il valore più alto osservato in regione.

Fonte: ARPA Emilia-Romagna, annuario 2008.



Benzo(a)pirene nel 2006 e 2007 a Ferrara



- Si tratta di dati preliminari, che mostrano la stagionalità dell'inquinante, le singole concentrazioni misurate di benzo (a) pirene sono state inferiori al limite di legge annuale in tutti i casi ad eccezione del valore rilevato a C. Isonzo nel dicembre 2007.
- L'OMS non ha indicato un valore guida tutela della salute per il benzo(a)pirene (il rischio lifetime con un'esposizione a 0,1 ng/m³ è indicato pari a 1/100.000 circa).
- Obiettivo di qualità annuale = 1 ng/m³.

Fonte: ARPA sezione di Ferrara, Rapporto 2007..

Le condizioni socio-economiche

La popolazione della provincia di Ferrara mediamente presenta livelli di istruzione più bassi della media regionale.

La struttura produttiva ferrarese è limitata e non si è finora dimostrata in grado di erodere il tasso di disoccupazione, che sebbene sia più basso rispetto al dato nazionale, rimane costantemente più alto (mediamente di due punti percentuali) rispetto al dato regionale.

L'imponibile pro capite medio provinciale (espresso in Euro) è pari a circa 15 mila euro, mentre il valore medio regionale è pari a 17.567 euro.

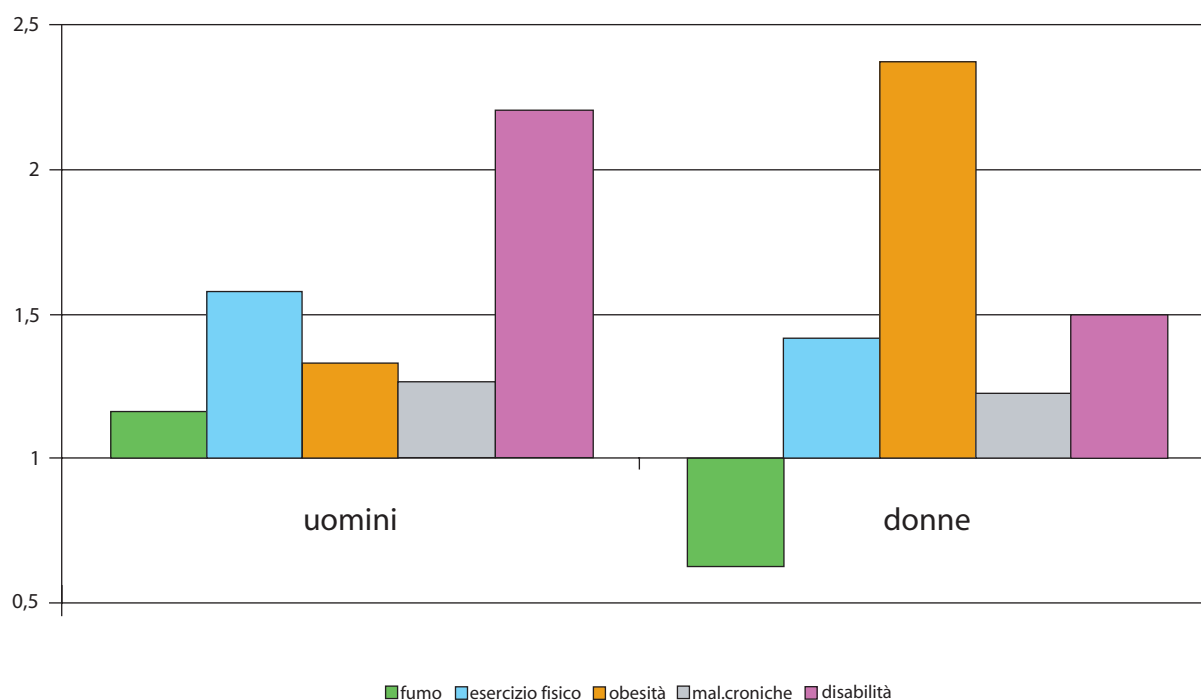
All'interno del territorio provinciale esistono disparità notevoli nelle condizioni socio-economiche, fra territori e fra individui.

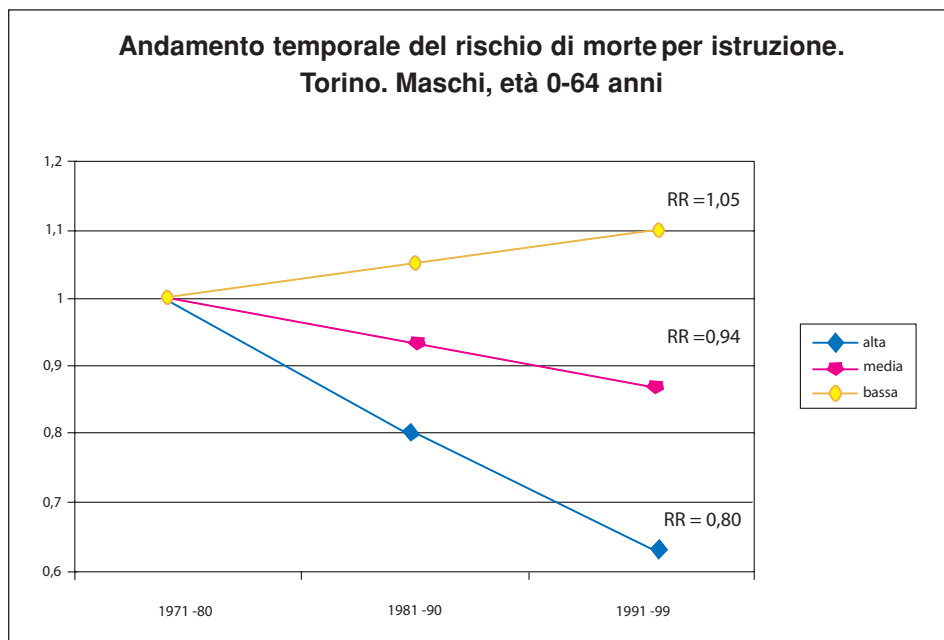
►► ISTRUZIONE E TITOLO DI STUDIO

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.

Indagine Istat su condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, anni 1999-2000, età ≥ 25 aa

RR bassa vs. alta istruzione, aggiustati per età





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.

Le due figure riportano i risultati di un'analisi dei dati Multiscopo ISTAT 2004-5 ed esemplificano l'aumento della probabilità di presentare un fattore di rischio per la salute e di morire per coloro che hanno un basso livello di istruzione.

I dati analitici più recenti sui livelli di istruzione sono quelli ricavati dal Censimento della popolazione del 2001.

Tasso di scolarizzazione

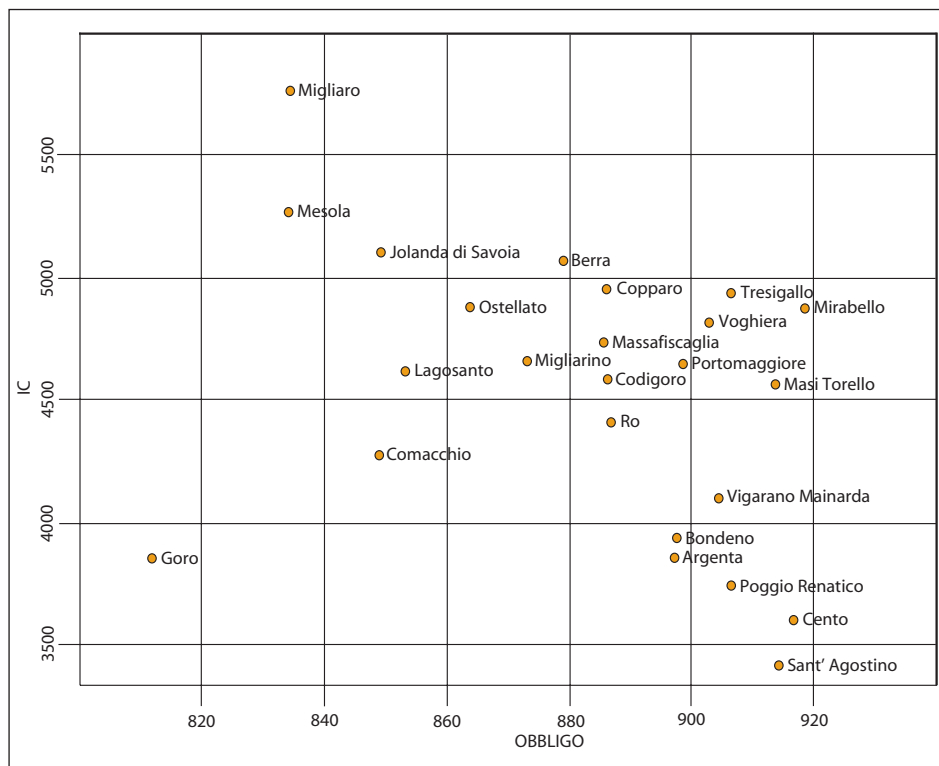
	Provincia di Ferrara	Emilia-Romagna	Italia
Senza titolo oppure con licenza elementare	40,9	36,2	36,4
Licenza media	27,3	27,9	30,1
(% senza licenza media in età 15-52 anni)	9,4	7,9	10,4
Diploma di scuola media sup.	24,5	26,7	25,8
Laurea o titolo sup.	7,1	8	7,5

Fonte: ISTAT Censimento 2001

Esiste una relazione diretta tra livello di istruzione e consumo di prestazioni sanitarie. Persone più istruite consumano meno risorse sanitarie, in ragione di migliori livelli di salute, stili di vita e orientamento più corretto verso l'utilizzo dell'offerta sanitaria. Il grafico sottostante è stato ottenuto mettendo in relazione il livello di istruzione medio di ciascun comune (quante persone hanno conseguito la licenza di scuola media) con un indice di consumo complessivo delle prestazioni specialistiche, riferite al 2006.

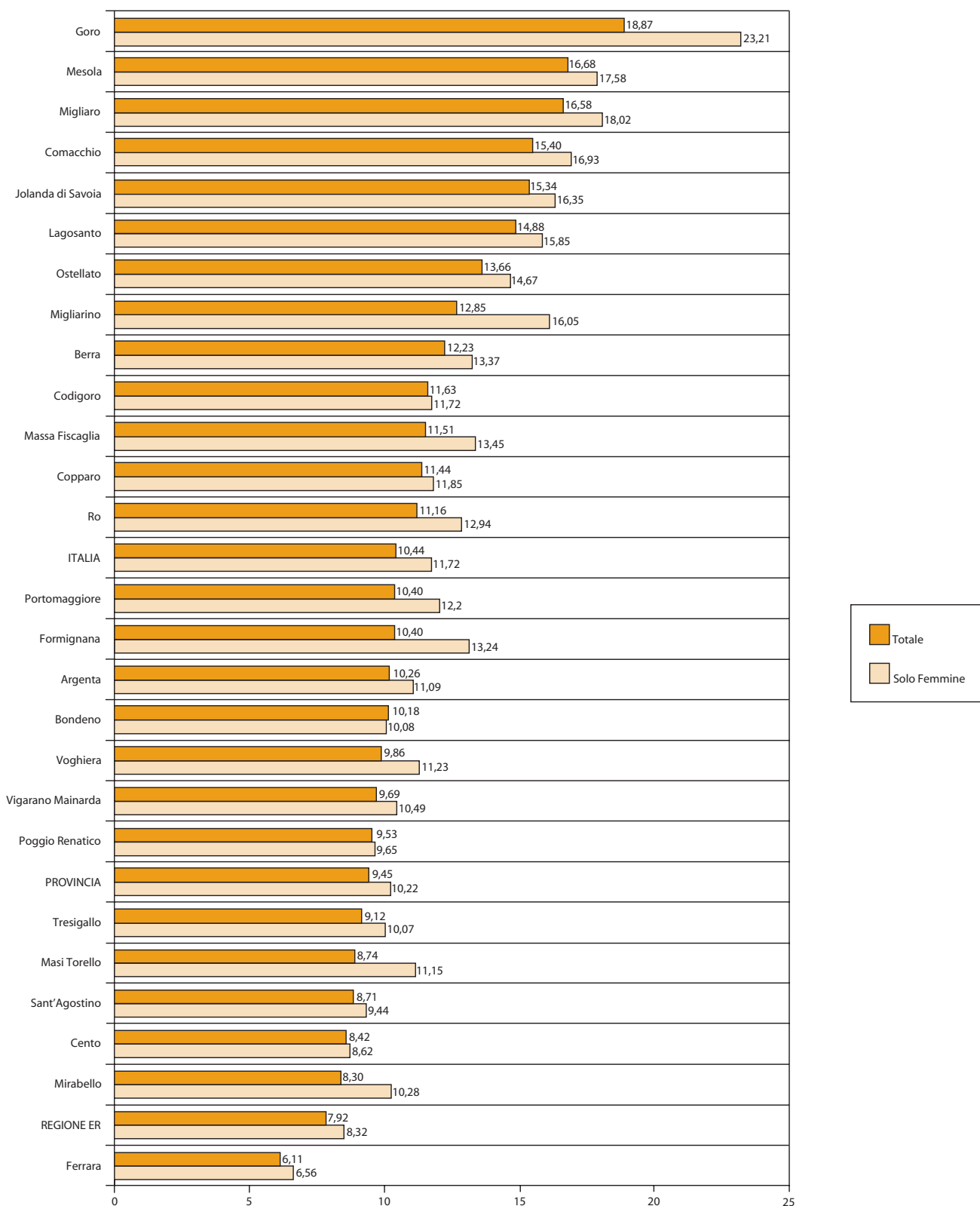
Trova conferma la relazione negativa tra i due fenomeni, sebbene non sia di forte intensità.

Relazione grezza tra Indice di conseguimento dell'istruzione obbligatoria (x 1000 residenti, Censimento 2001) e Indice di consumo di prestazioni specialistiche (x 1000 residenti, 2006), nei comuni della provincia di Ferrara (escluso comune capoluogo)



La provincia di Ferrara presenta un tasso di scolarizzazione inferiore alla media regionale che si va progressivamente riducendo con l'assottigliamento delle classi di età a minor scolarizzazione. L'analfabetismo colpisce le generazioni più anziane ed è pertanto un indicatore fortemente condizionato dall'arretratezza "storica" di un comune, e quindi di una condizione in via di esaurimento. Un indicatore più "attuale" è invece il tasso di non conseguimento dell'obbligo che si basa soltanto sul contingente di popolazione tra 15 e 52 anni di età.

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



Fonte: Profilo di Comunità della Provincia di Ferrara

» TESSUTO PRODUTTIVO E MERCATO DEL LAVORO

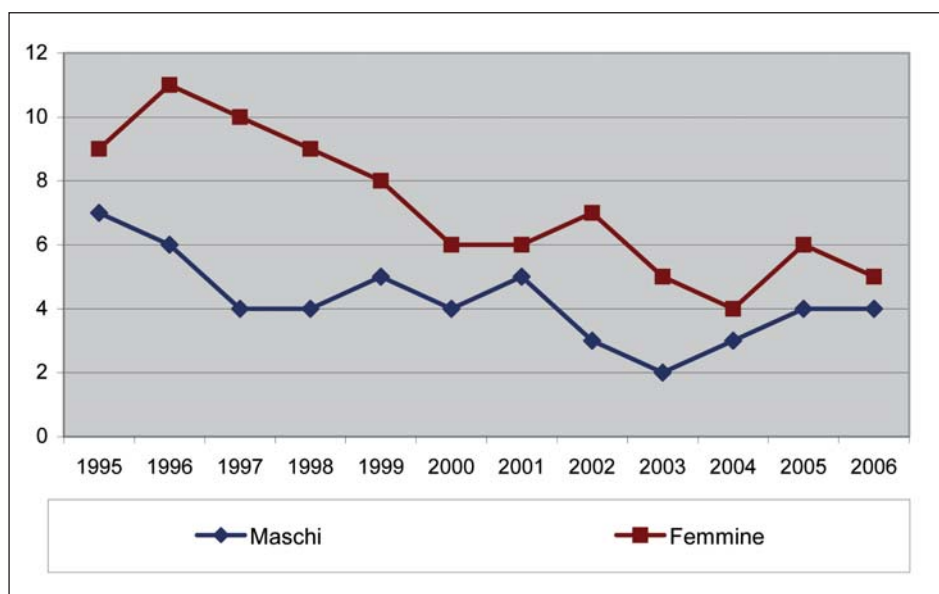
La provincia di Ferrara ha una struttura economica frammentata e strutturalmente debole: conta 35.110 imprese (una impresa ogni 10 abitanti) con il 70,7% di imprese individuali.

Nella provincia di Ferrara, dal 1995 al 2006, il numero complessivo di persone occupate⁽¹⁾ è andato lentamente aumentando, passando dalle 150.000 unità del 1995 alle 152.000 del 2006, con un periodo intermedio di aumento molto sostenuto, dal 2002 al 2004.

È rimasta pressoché costante (+0,8%) quella “fetta” di popolazione (di 15 anni e oltre) che non partecipa direttamente al mercato del lavoro: le cosiddette “non forze di lavoro”, cioè le persone ritirate dal lavoro, gli studenti e tutti coloro che non ricercano un’occupazione in quanto non sono interessati o hanno rinunciato.

(1) 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.

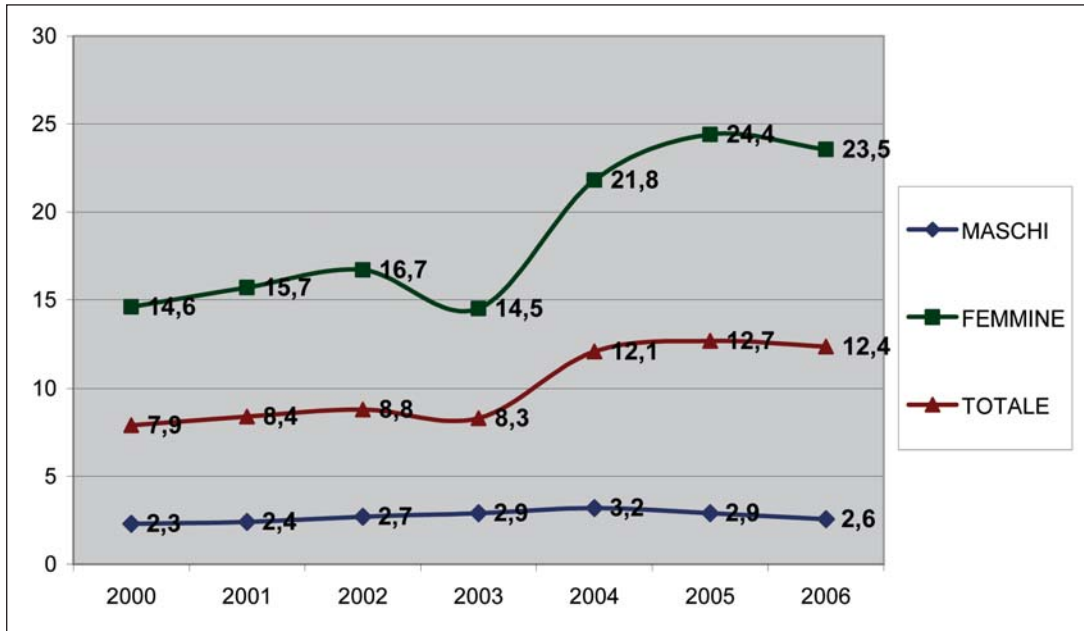
PERSONE IN CERCA DI OCCUPAZIONE - VALORI MEDI ANNUALI IN MIGLIAIA, 1995 - 2006



Il tasso di disoccupazione, ovvero la quota di persone alla ricerca attiva di un’occupazione rapportata al totale delle forze di lavoro, per la provincia di Ferrara esprime, dal 1995 in poi, un ordine di grandezza più basso rispetto al dato nazionale, ma costantemente più alto (mediamente di due punti percentuali) rispetto al dato regionale.

Il tasso di disoccupazione della provincia di Ferrara nel 2007 si è attestato al 2,7% (in discesa rispetto al 5,5% del 2006, nel 2002 era pari al 6,4%), decisamente inferiore a quello nazionale (6,1%). La scomposizione in classi di età del tasso non mette in luce significativi divari dall’andamento generale

Per quanto riguarda gli stranieri, tra il 2000 ed il 2006, l’espansione occupazionale è stata pari a +388,4% ma non ha accompagnato in modo armonico l’aumento dei residenti stranieri in provincia di Ferrara.



QUOTA % OCCUPATI A TEMPO PARZIALE IN PROVINCIA DI FERRARA, 2000-2006

Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT e RER.

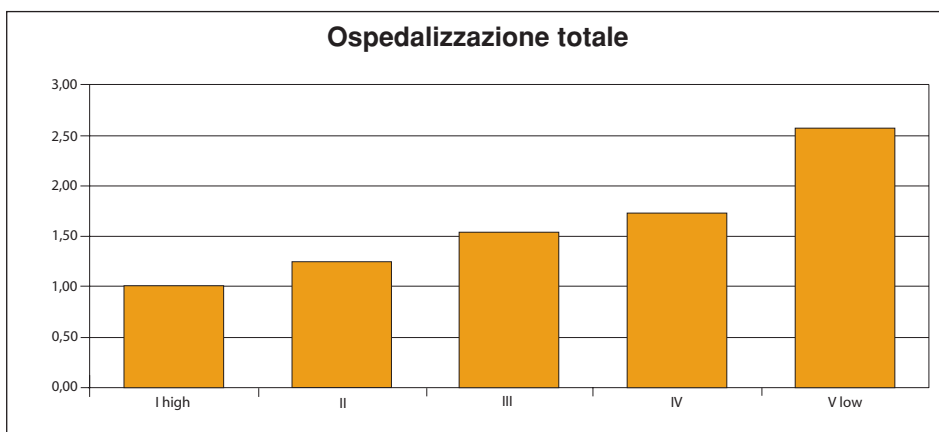
Ferrara presenta nel 2006 (ultimo dato disponibile) il minore valore aggiunto⁽²⁾ per abitante (dato medio provinciale) nell'ambito della regione con 25.637 euro per abitante, quota di poco inferiore alla media nazionale, ma che colloca Ferrara in posizione lontana dalle altre province della regione.

(2) Il valore aggiunto è un indicatore aggregato che consente di apprezzare la crescita del sistema economico in termini di nuovi beni e servizi messi a disposizione della comunità per impieghi finali. Corrisponde al prodotto interno lordo dell'ambito territoriale di riferimento.

►► **CONDIZIONI DI VITA: REDDITO E CONSUMI**

Le condizioni economiche di una popolazione rappresentano uno dei principali fondamenti del benessere complessivo e in particolare di quello relativo alla salute.

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 il ricorso a cure e indagini cliniche potenzialmente inappropriate.



OSPEDALIZZAZIONE POTENZIALMENTE EVITABILE PER REDDITO (ADULTI 20-64 ANNI RESIDENTI NELLE CITTÀ DI BOLOGNA, MILANO, ROMA E TORINO) - ANNO 2000

(in ascissa: classe socio-economica; I° + alta - V° + bassa)

Fonte: Pirani e al. E&P 2006.

Fra persone di classe sociale elevata e persone di classe sociale modesta è stato misurato una differenza di due anni di speranza di vita.

Speranze di vita a 35 anni per classe sociale

Uomini, Torino 1991-1999

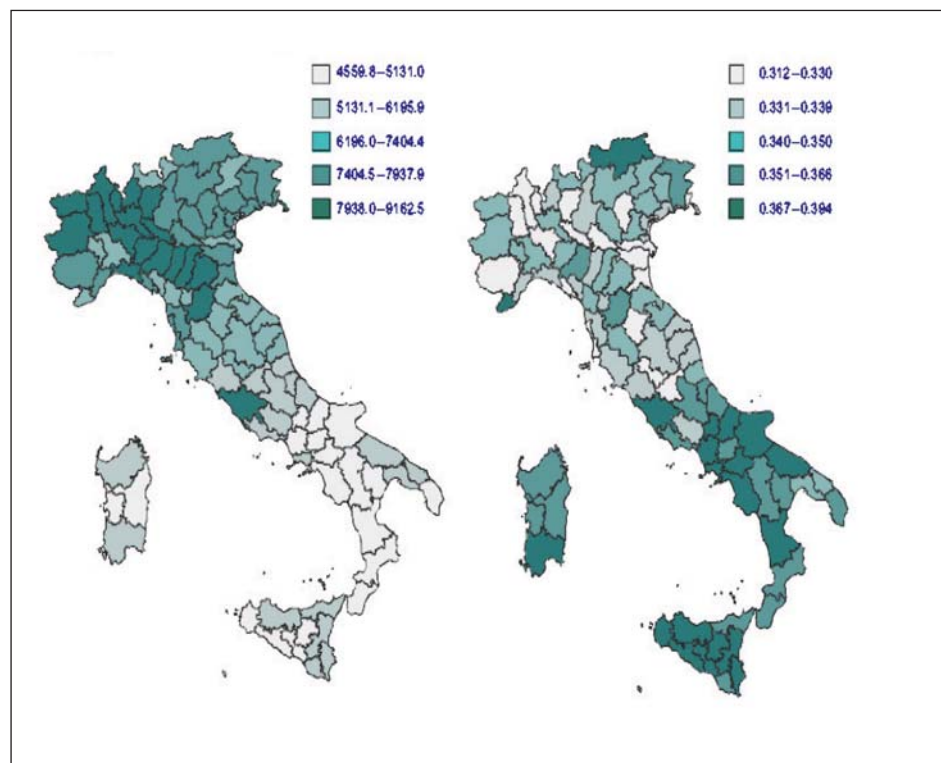
Classe sociale (classificazione Schizzerotto)	Speranza di vita
Imprenditori	37,2
Liberi professionisti	37,2
Dirigenti	37,6
Classe media impiegatizia	36,8
Piccola borghesia con dipendenti	37,2
Piccola borghesia senza dipendenti	36,2
Operai specializzati	36,3
Operai non specializzati	35,6

Fonte: Costa.

L'indice GINI è una misura della distribuzione /concentrazione del reddito: più il valore si avvicina all'unità e più ci si avvicina a una condizione di massima disuguaglianza.

La provincia di Ferrara con un indice pari 0,33 mostra, nel quadro della situazione italiana, una situazione abbastanza favorevole.

Distribuzione dell'indice GINI del reddito per provincia - Dati 1995

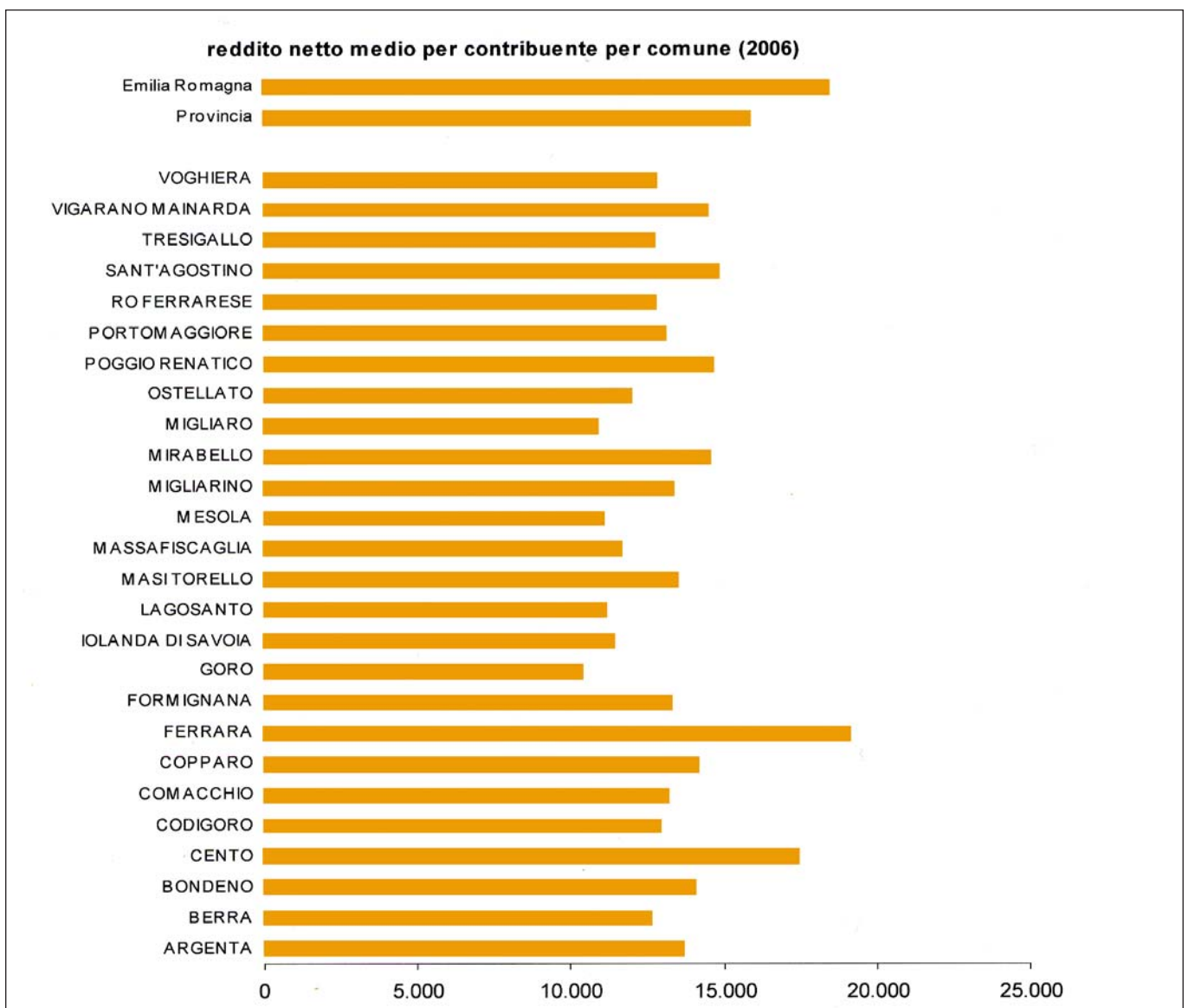


Fonte: Matera e al. Eur J Public Health 2005.

La situazione all'interno della Provincia può essere inizialmente esplorata attraverso il reddito imponibile IRPEF annuo procapite, che sebbene grossolano, rende possibile il confronto tra le diverse piccole realtà locali, cioè tra comuni e aree della provincia (distretti). Per quanto, l'imponibile IRPEF sia una sottostima del reddito realmente disponibile alle famiglie⁽¹⁾, esso è comunque utilizzabile per fare confronti locali, visto che la struttura dei prezzi e il costo della vita (pur con le note differenze tra aree urbane e non urbane, soprattutto per i costi legati alla casa) si possono considerare abbastanza omogenei sul territorio. Se osserviamo il grafico seguente, dove sono riportati i redditi pro capite di ciascun comune, notiamo che l'imponibile pro capite medio provinciale è pari a circa 15 mila euro, mentre il valore medio regionale è pari a 17.567 euro. La provincia nel suo complesso, quindi, è più povera del livello medio registrato in regione nel 2004, di circa 2.500 Euro.

(1) Sfuggono infatti all'imponibile IRPEF, oltre che ovviamente gli amplissimi fenomeni dell'evasione fiscale e dell'economia sommersa, tutti i redditi da lavoro autonomo, che sono sottoposti ad altri regimi fiscali. A ciò si aggiunge, infine, l'inevitabile presenza di un'economia non solo sommersa ma anche di origine criminale (riciclaggio, usura, traffico di stupefacenti, prostituzione, ecc.), ovviamente non rilevabile dalle fonti ufficiali.

►► **IMPONIBILE IRPEF PER CONTRIBUENTE (DATI 2006)**



Fonte: Unioncamere - Rapporto sull'economia regionale 2007- Bologna dicembre 2007

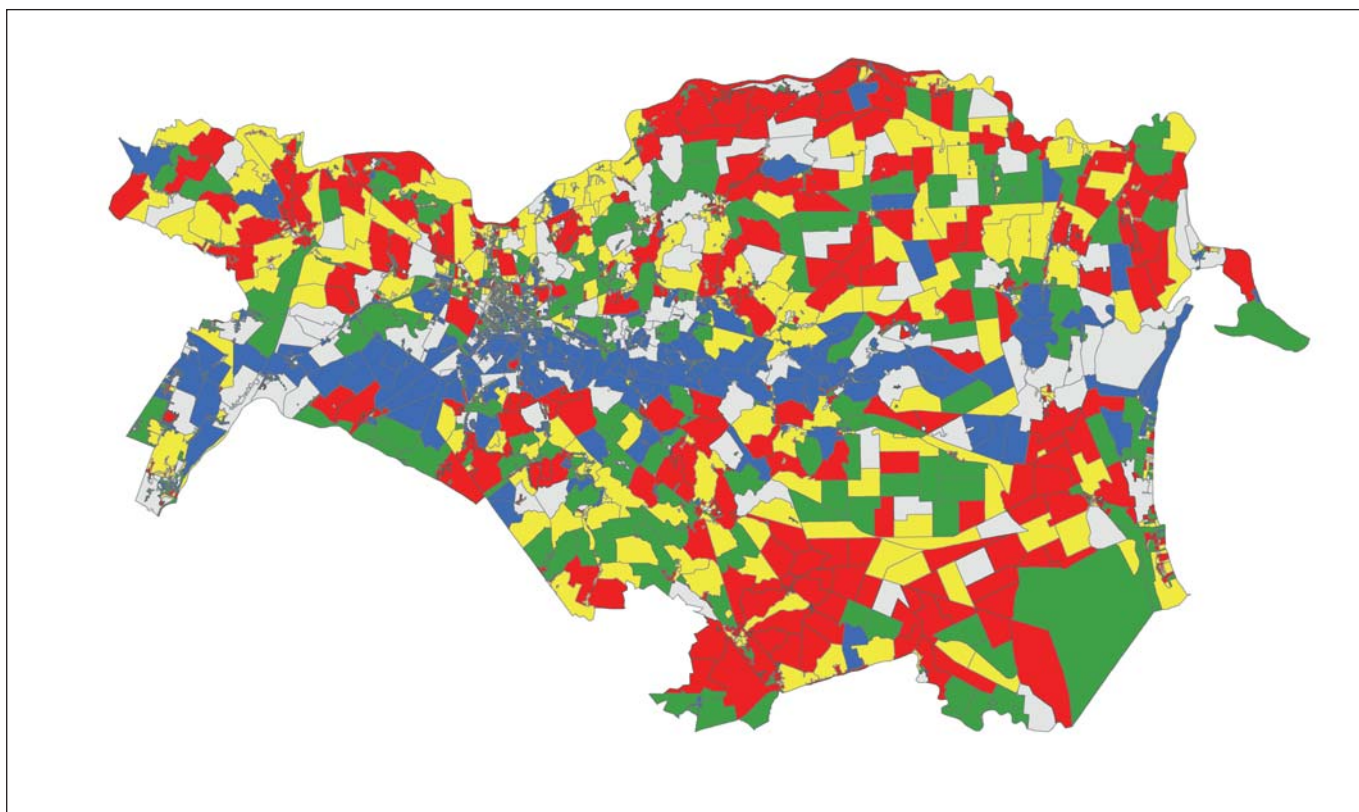
» LE DISUGUAGLIANZE SOCIO-ECONOMICHE IN PROVINCIA DI FERRARA

(1) PASETTI P., Una mappa socio-economica del comune di Ferrara, sulla base dei dati del censimento 2001. In: Unità operativa statistica del Comune di Ferrara - Occupazione e condizioni economiche nel Comune di Ferrara - marzo 2008.

Il cartogramma successivo illustra la distribuzione dell'indice di deprivazione socio-economica nelle sezioni di censimento della provincia di Ferrara. Per approfondimenti metodologici si veda la pubblicazione in nota⁽¹⁾.

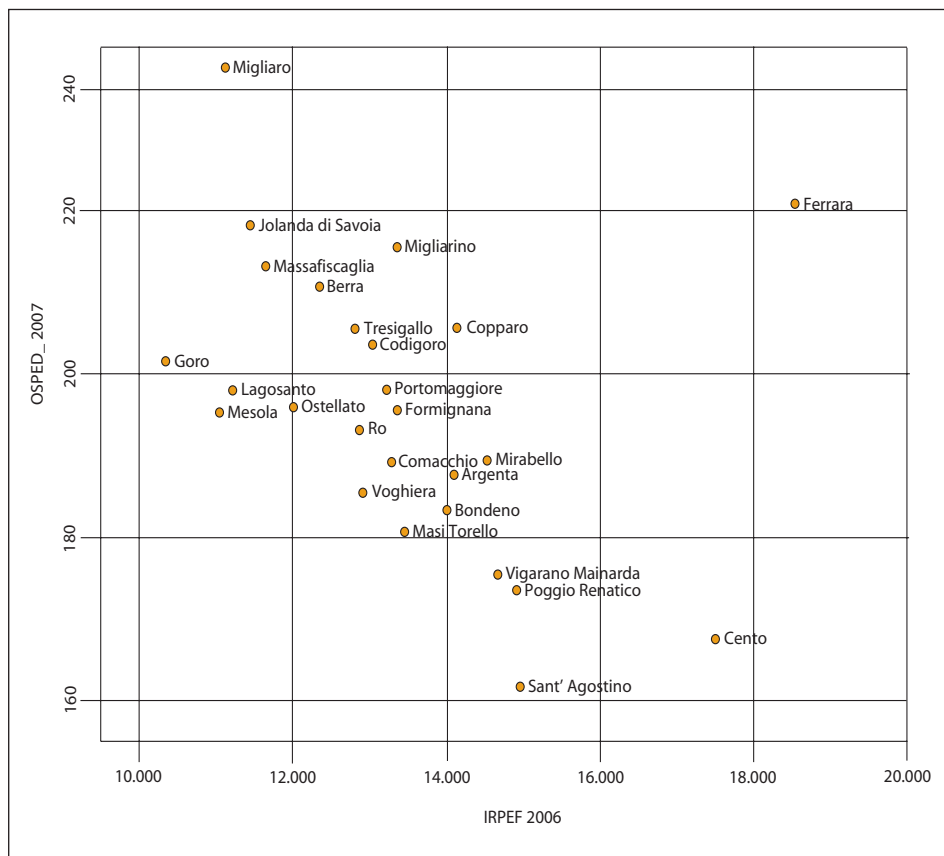
Sono stati utilizzati i dati del censimento 2001. Quattro componenti principali contribuiscono al calcolo dell'indice di deprivazione: istruzione, numerosità della famiglia, anziani soli, affollamento dell'abitazione.

Gli indici delle sezioni sono stati raggruppati in quartili, ciascuno dei quali individuato da un diverso colore (**rosso**: I° quartile, vi corrispondono le sezioni con indice più deprivato (o povere); **giallo**: II° quartile – indice medio-basso; **verde**: III° quartile – indice medio alto; **blu**: IV° quartile, le situazioni con i migliori indici; in grigio le sezioni con meno di 10 abitanti residenti, per questo motivo escluse dal calcolo).



Le sezioni più deprivate sono più frequenti soprattutto nelle zone periferiche, sia del territorio provinciale che in ciascun comune rispetto al capoluogo. Notevole eccezione è l'estensione di sezioni con indice non deprivato (blu) lungo alcuni dei maggiori assi stradali della provincia.

Relazione grezza tra reddito medio IRPEF (2006) e tasso grezzo di ricovero (X 1000 residenti, 2007), nei comuni della provincia di Ferrara



Esiste una relazione diretta tra reddito e ricoveri: persone più povere si ricoverano di più, in ragione di peggiori livelli di salute, stili di vita e orientamento meno corretto verso l'utilizzo dell'offerta sanitaria.

Il grafico è stato ottenuto mettendo in relazione il livello di reddito medio di ciascun comune (dati IRPEF 2006) con il tasso grezzo di ricovero ospedaliero, riferito al 2007.

Trova conferma la relazione negativa, di intensità significativa, tra i due fenomeni.

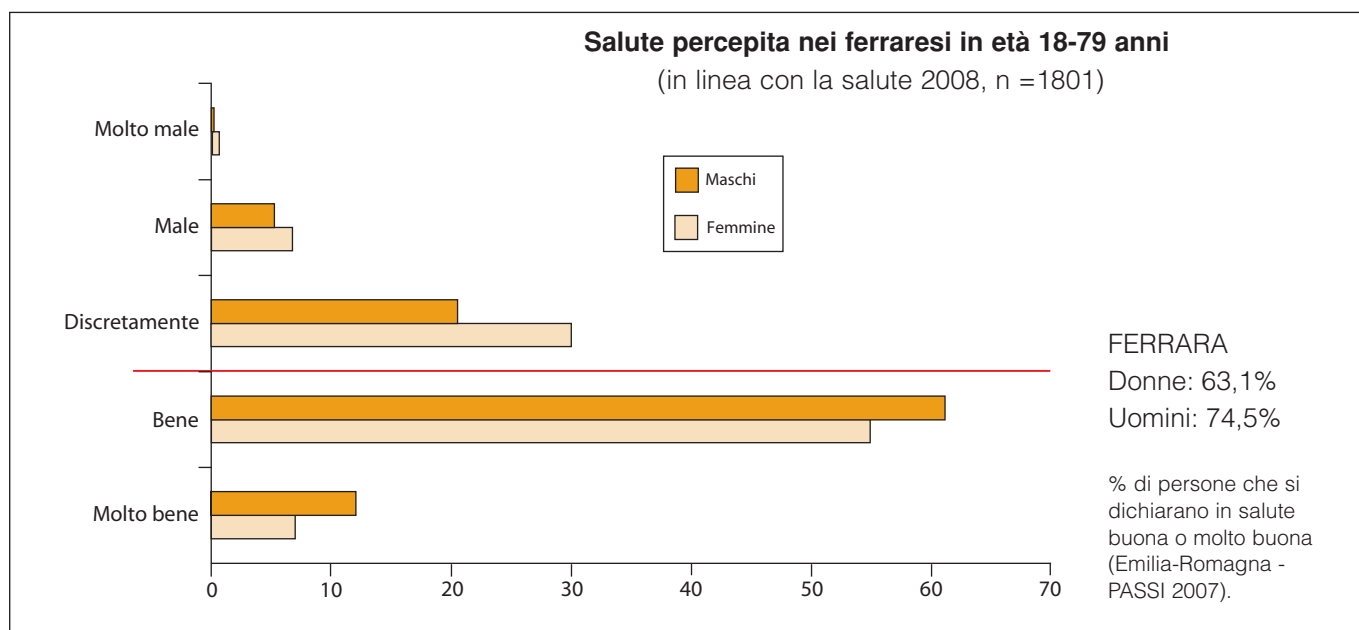
Lo stato di salute dei ferraresi

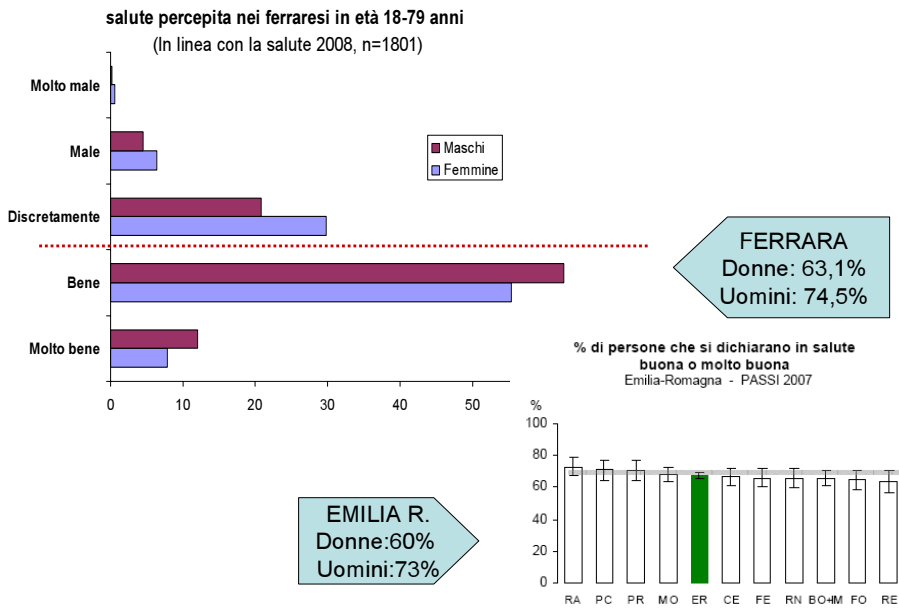
Complessivamente la popolazione ferrarese giudica abbastanza buona la propria salute; circa l'80% dei ferraresi adotta stili di vita a rischio per malattie croniche (sedentarietà, alimentazione scorretta, fumo, ecc.); la prevalenza per di malattie croniche è maggiore nel ferrarese rispetto alla regione. Ferrara presenta un eccesso di mortalità rispetto all'andamento medio regionale, sensibile tra le persone con meno di 75 anni, conseguentemente la speranza di vita alla nascita è più bassa tra i ferraresi.

►► 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 condizioni di salute (es. disabilità) sono descritte meglio dallo stato di salute percepito 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 malattie presenti.

Secondo l'indagine campionaria "In linea con la salute-2", complessivamente la popolazione ferrarese giudica abbastanza buona la propria salute. Il 69% dei ferraresi definisce la propria salute in modo positivo (comprende le categorie: bene, molto bene). Il grafico confronta lo stato di salute percepito positivamente con un'indagine recente che ha interessato la Regione Emilia-Romagna, con risultati sovrapponibili.

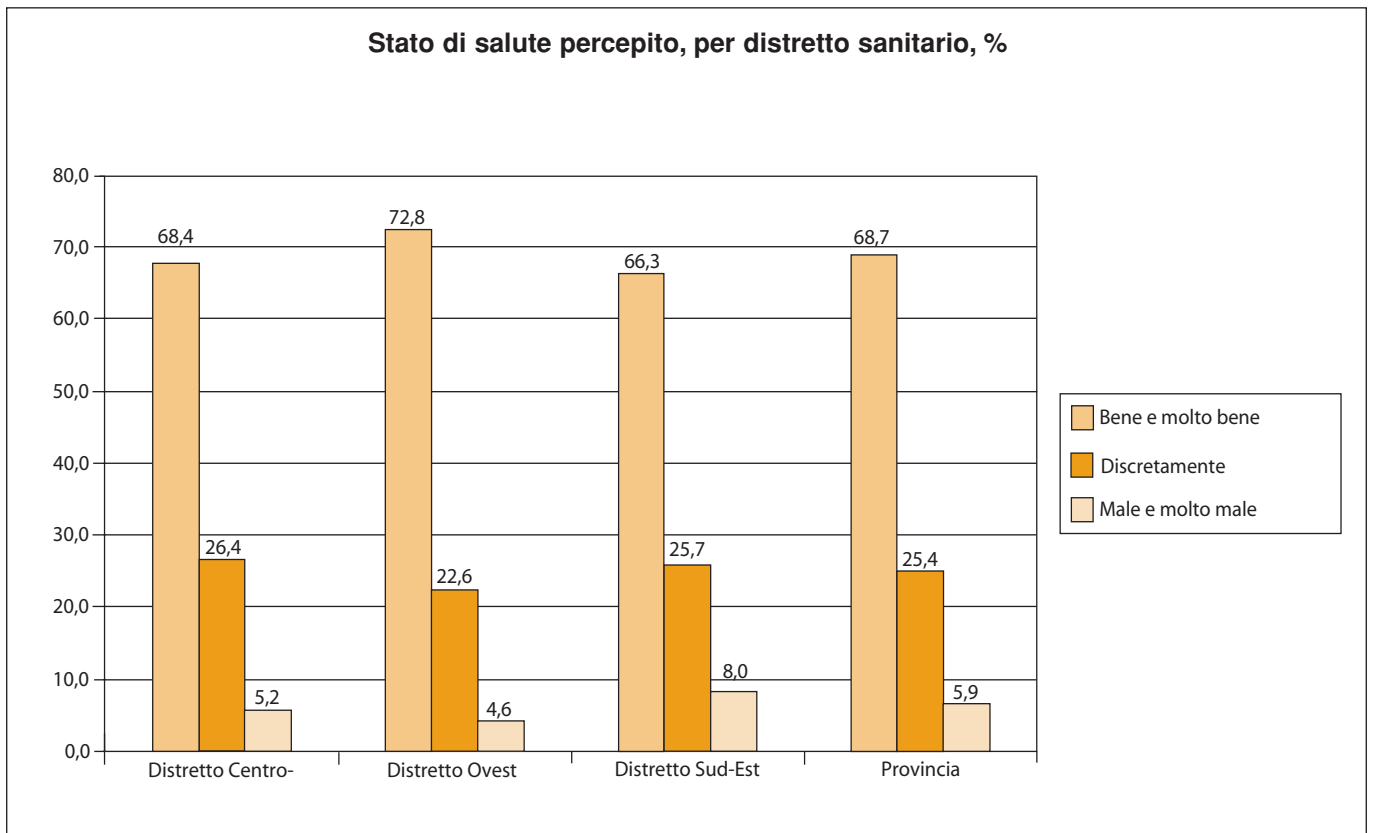




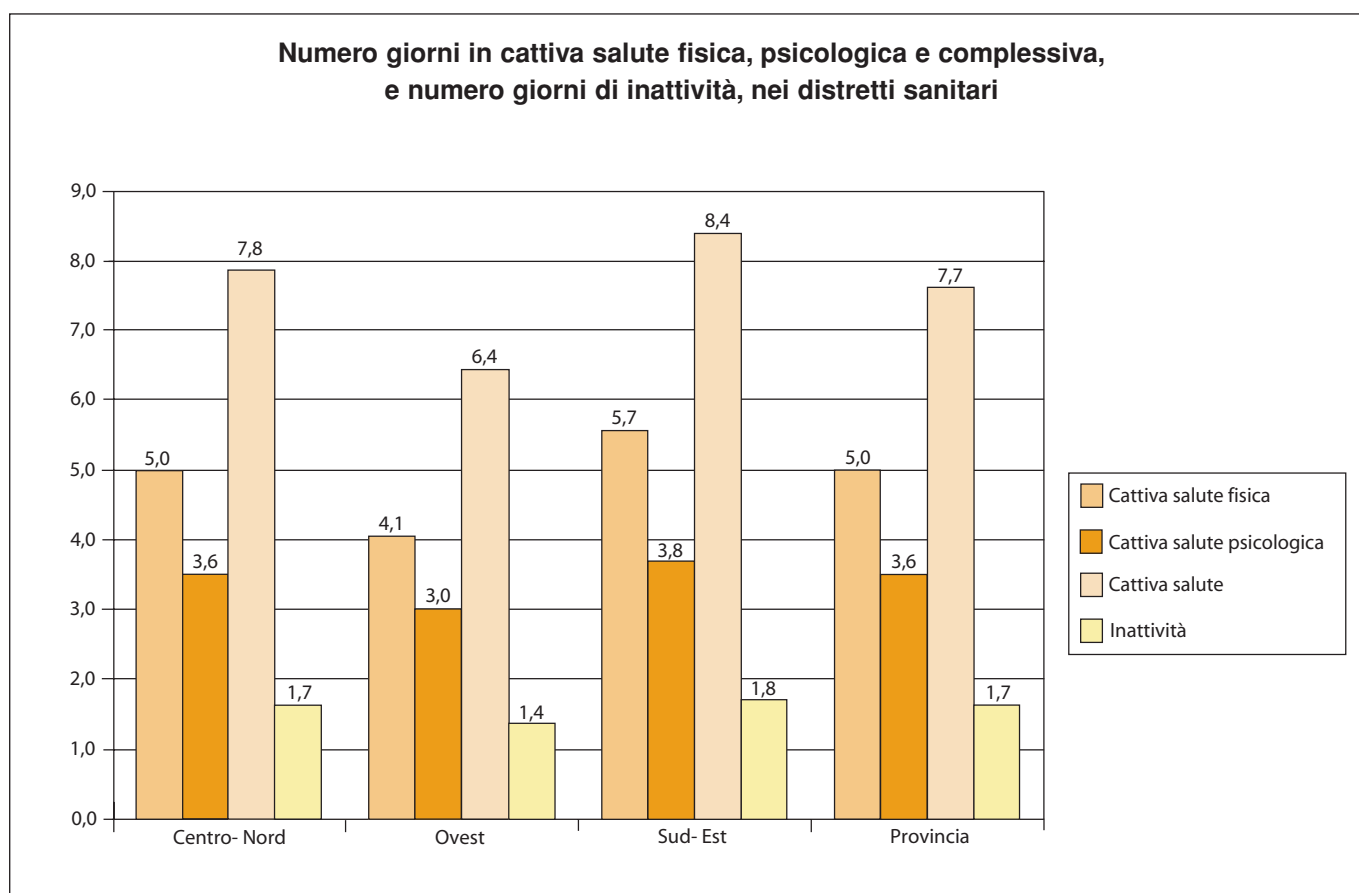
Fonte: *Profilo di Comunità della Provincia di Ferrara.*

La distribuzione di questo indicatore globale per distretto sanitario mostra una situazione migliore nel distretto Ovest.

►► **QUALITÀ DI VITA PERCEPITA**



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. Nell'indagine "In linea con la salute-2", la qualità della vita correlata alla salute è stata misurata mediante il metodo dei giorni in cattiva salute. A Ferrara le persone intervistate riferiscono una media di circa 5 giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici; di circa 3,6 giorni al mese per motivi psicologici; le attività abituali sono limitate per 1,7 giorni al mese. Si tratta di valori superiori rispetto ai risultati di una rilevazione simile compiuta a livello regionale; ma su questa misura ha notevole peso la classe di età 70-79 anni, presente solo nell'indagine ferrarese. All'interno della provincia si osserva una certa disomogeneità, con un minor numero di giorni in cattiva salute nel distretto Ovest.



Fonte: *Profilo di Comunità della Provincia di Ferrara.*

► PRESENZA NELLA POPOLAZIONE FERRARESE DI FATTORI DI RISCHIO PER LA SALUTE

Fattore di rischio è un'espressione che rappresenta la probabilità di contrarre una malattia: coloro che presentano un certo fattore di rischio, ad esempio fumo, avranno una certa probabilità di ammalarsi, per esempio di infarto. Le malattie non trasmissibili (le malattie del cuore e della circolazione, i tumori, il diabete e i disturbi respiratori cronici) rappresentano oggi la principale minaccia per la salute e lo sviluppo umano. Sono responsabili su scala mondiale della maggior parte dei decessi e provocano ogni anno circa 35 milioni di morti: il

60% dei decessi a livello globale.

L'OMS sostiene che circa l'80% di queste malattie potrebbe essere prevenuto eliminando alcuni fattori di rischio come il consumo di tabacco, un'alimentazione scorretta, l'inattività fisica e il consumo eccessivo di alcol.

Le conoscenze e le strategie per prevenire queste malattie sono già disponibili: si tratta di stabilire e rafforzare le iniziative per la sorveglianza, la prevenzione e la gestione delle malattie non trasmissibili.

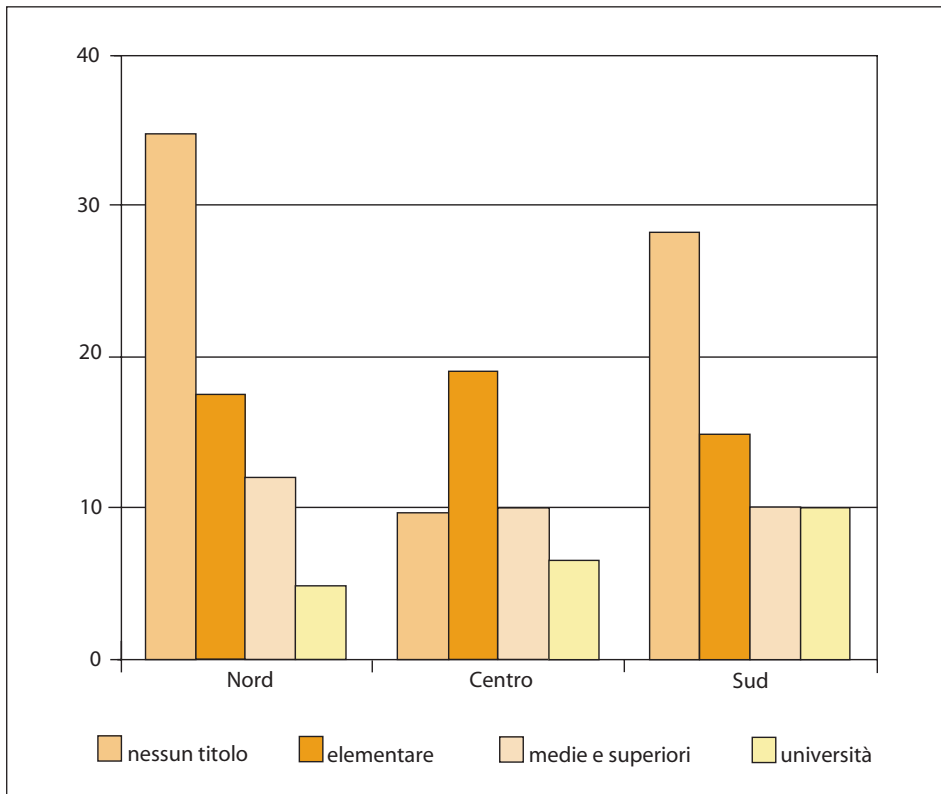
In molti Paesi l'utilizzo del tabacco si è notevolmente ridimensionato, anche se rimane comunque una delle cause più alte di mortalità prematura. Questo declino è in gran parte dovuto alle politiche, attraverso campagne pubblicitarie, mirate alla riduzione del consumo di tabacco e l'incremento delle tasse sul prodotto. In Italia ha contribuito anche la così detta Legge Sirchia, che vieta il fumo nei luoghi pubblici.

Come per il fumo, le variazioni tra Paesi nel consumo di alcol riflettono non solo un cambiamento nelle abitudini dei cittadini, ma anche il successo delle politiche adottate dai governi: le limitazioni in materia di pubblicità, i severi controlli sulle vendite e l'elevata imposizione fiscale hanno abbattuto i consumi nella maggior parte dei Paesi nordici.

Nell'area Ocse, la crescita del sovrappeso tra bambini e adulti sta rapidamente diventando una delle principali preoccupazioni di salute pubblica, interessando in modo trasversale tutti i gruppi socioeconomici, indipendentemente da sesso, età, razza, reddito o livello di istruzione.

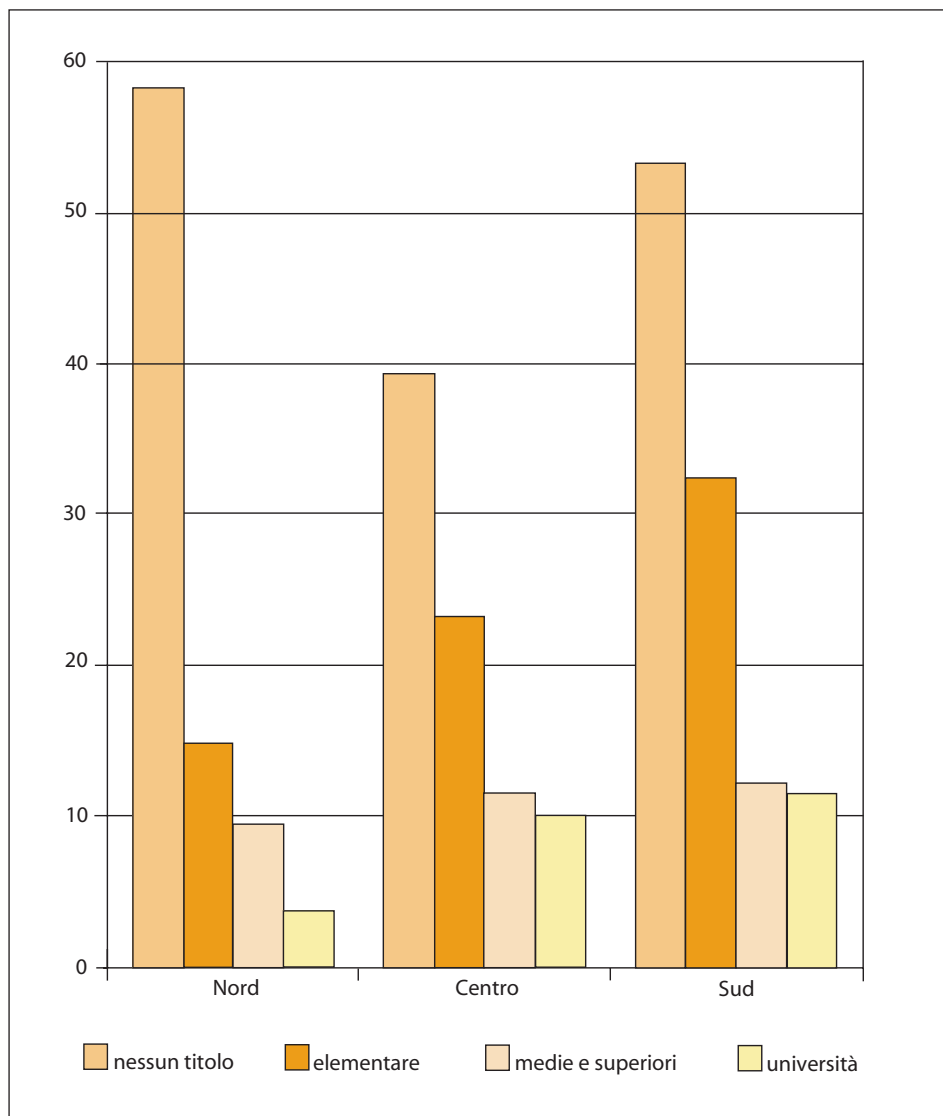
Oltre il 50% degli adulti è considerato in stato di sovrappeso o obeso in 15 Paesi OCSE. In Italia gli obesi sono il 10% della popolazione, contro una media Ocse del 14,6%.

Le indagini multiscope ISTAT hanno evidenziato l'associazione tra livello di istruzione e prevalenza di obesità.



OBESITÀ: PREVALENZA % PER LIVELLO DI ISTRUZIONE E AREA GEOGRAFICA, UOMINI

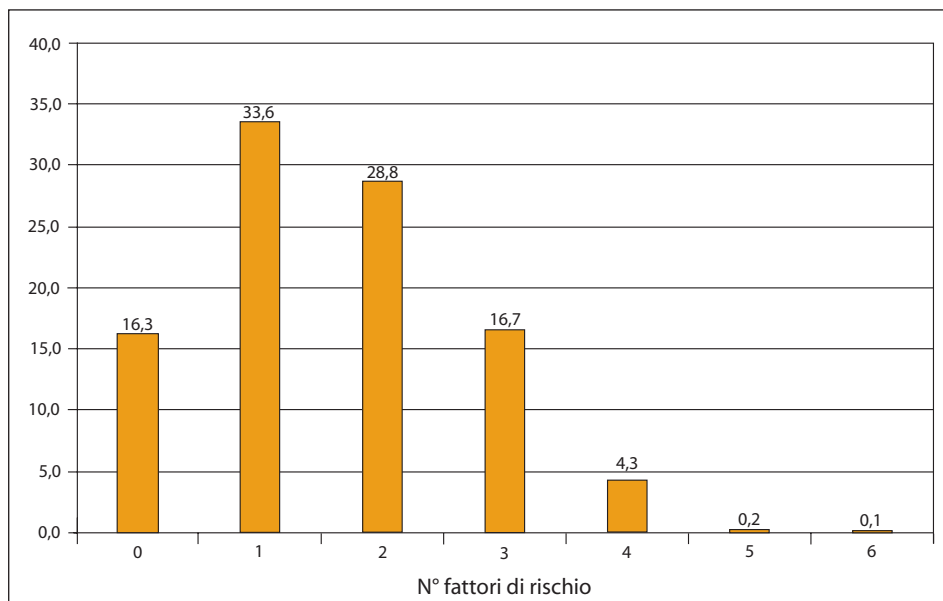
OBESITÀ: PREVALENZA % PER LIVELLO DI ISTRUZIONE E AREA GEOGRAFICA, DONNE



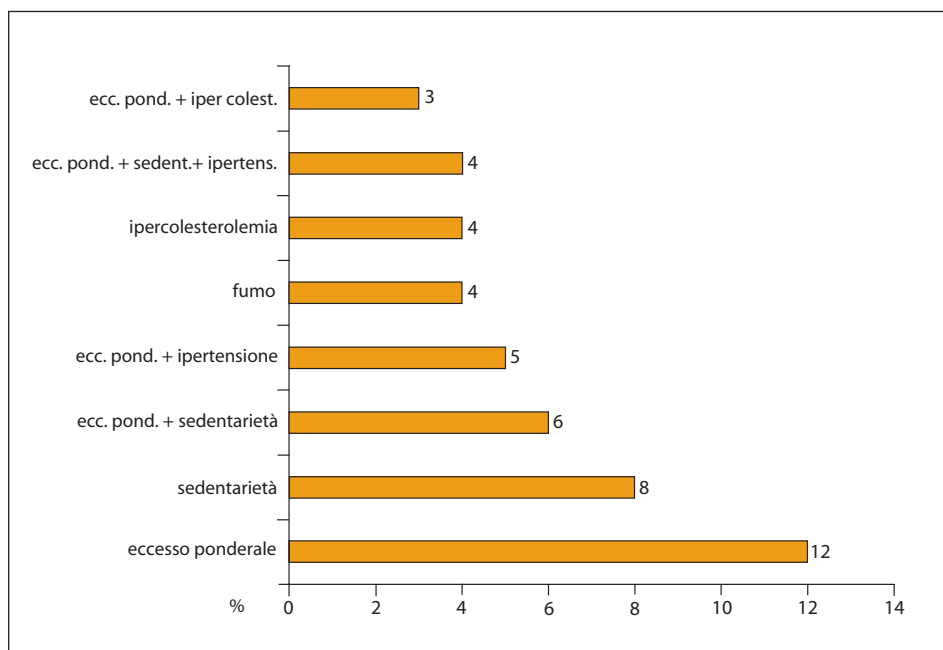
La presenza (con termine tecnico chiamata “prevalenza”) tra i ferraresi dei 6 fattori di rischio per le malattie croniche è stata oggetto di un’apposita indagine campionaria. Una parte dei risultati dell’indagine è stata pubblicata in due “Quaderni ferraresi della salute”, consultabili sul sito web dell’Azienda USL di Ferrara⁽¹⁾.

(1) De Togni A. L’abitudine al fumo: fatti e cifre - ottobre 2008; Indagine sul rischio cardiovascolare - gen naio 2009; consultabili su: www.asl.fe.it/piani_per_la_salute.

Va sottolineato come solo il 18% degli uomini e il 31% delle donne non presentino nessuno dei sei fattori di rischio considerati.



% DI PERSONE CON FATTORI DI RISCHIO IN ETÀ 18-79 ANNI



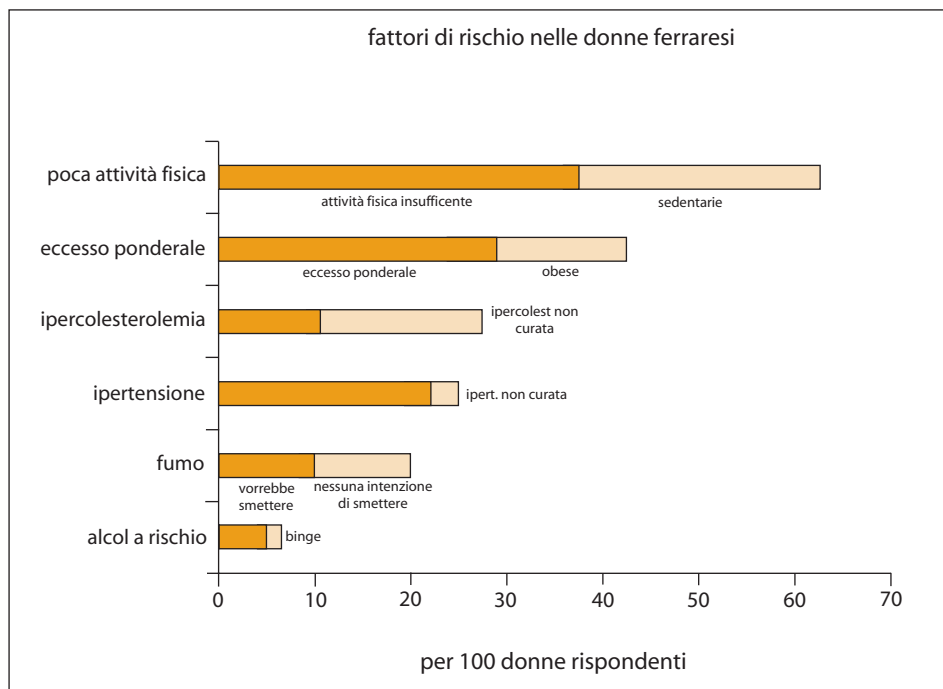
I PRIMI 8 SOTTOGRUPPI DI POPOLAZIONE, DISTINTI PER AGGREGAZIONI DI FATTORI DI RISCHIO

Sono di seguito riassunte le stime delle percentuali di persone che in provincia di Ferrara risultano esposte a questi fattori di rischio per malattie croniche.

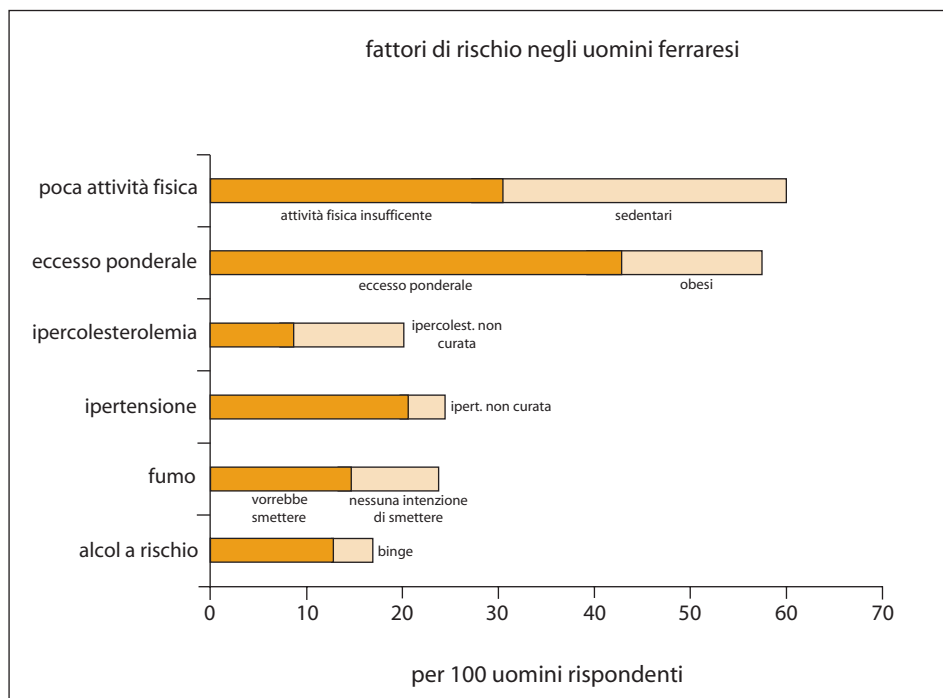
A livello ferrarese tre fattori di rischio presentano una prevalenza più elevata rispetto alla prevalenza media regionale: sedentarietà, sovrappeso e ipertensione.

I due grafici che seguono mostrano la distribuzione percentuale dei fattori di rischio, il primo nelle donne, il secondo negli uomini.

In ciascun grafico, ognuno dei 6 fattori analizzati è stato suddiviso in due categorie di diverso colore: una categoria a maggior rischio di sviluppo di malattia (di colore giallo) e l'altra categoria caratterizzata da un profilo di rischio minore (ma pur sempre presente) per quello specifico fattore (di colore azzurro).



Fonte: *In linea con la salute-2 (2008)*.



Fonte: *In linea con la salute-2 (2008)*.

Attività fisica

Il 39% dei ferraresi dichiara un livello di attività fisica corrispondente alle linee guida (almeno 30' al giorno per 5 giorni a settimana) e può quindi essere definito attivo.

Il 35% dichiara di fare attività fisica, sebbene in misura insufficiente.

Il 27% è sedentario. La classe di età più sedentaria, se non si considerano gli anziani oltre i 70 anni, è quella tra 35 e 49 anni.

Persone in sovrappeso o obese

Complessivamente, le persone sovrappeso e obese sono un po' più (49,4%) delle persone normopeso (47,7%).

La classe di età più critica è quella tra 50 e 69 anni: in questa classe il 45,5% delle persone è sovrappeso e il 19,7% è in condizioni di obesità. La quota di persone obese è più alta nel distretto Sud Est (15,5%).

Il dato ferrarese è nettamente peggiore del dato regionale: secondo lo studio "Passi" (2007), infatti, gli obesi sono l'11,2% della popolazione, mentre le persone in sovrappeso si fermano al 31,4%. Per confronto: i ferraresi in età 18-69 anni (PASSI considera questa fascia di età) in sovrappeso sono il 34,2% (maschi: 42,7% femmine: 25,9%) e obesi sono il 13% (maschi: 13,4% femmine: 12,5%).

Consumo di frutta e verdura (almeno cinque porzioni al giorno)

La quota di persone che consumano quotidianamente frutta o verdura almeno 5 volte è piuttosto elevata: il 17,5%. Il consumo di frutta o verdura è molto più diffuso tra le donne, per le quali raggiunge la quota del 20,5%, e meno diffuso tra gli uomini (14,4%).

Fumo

In provincia di Ferrara i fumatori sono pari al 22% della popolazione compresa tra i 18 e i 79 anni. Proiettando la percentuale sulla popolazione in studio, si può stimare che i fumatori tra i 18 e i 79 anni siano circa 62.500.

Tra i tre distretti sanitari della provincia, le differenze per quanto riguarda l'abitudine al fumo non sono molto rilevanti. Il distretto in cui si fuma di più è il Centro Nord (23%), mentre quello con la prevalenza di fumatori più bassa è il distretto Ovest (20,4%).


Tra gli altri, si segnalano due aspetti degni di interesse sono emersi dalla ricerca campionaria:

- 1) la responsabilità degli adulti nell'inizio al fumo dei ragazzi;
- 2) la maggiore fragilità delle donne rispetto ai danni del fumo.

SE INIZIARE A FUMARE È CONTAGIOSO...
è ancora più importante che gli adulti smettano di fumare

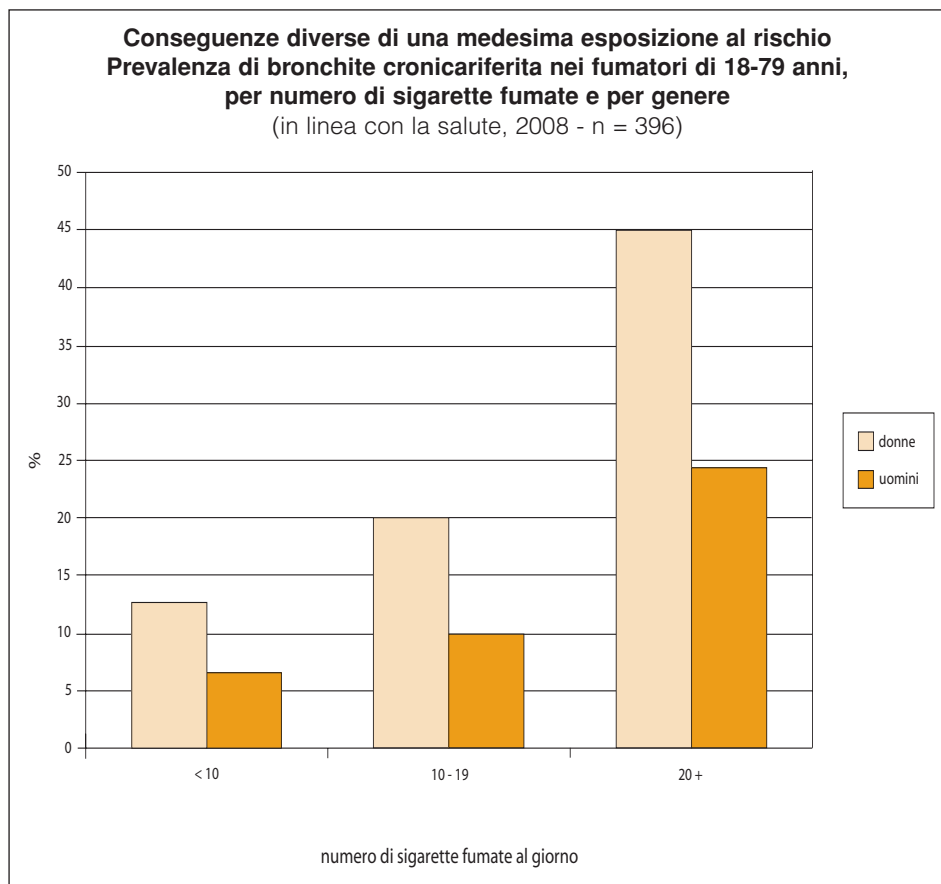
base: 118 giovani (18-24 anni), Ferrara 2008

giovani fumatori con un familiare fumatore: 45,2%
giovani non fumatori con un familiare fumatore: 14,5%
(p=0,0001)



rischio di diventare fumatore se c'è un fumatore in famiglia
OR = 4,8 (I.C. 95%: 1,99-11,98)

Questo determinante è causa dell'inizio dell'abitudine al fumo
(frazione eziologica) per il **58%** dei giovani fumatori



Uso e abuso di alcol

Sebbene l'alcol sia il terzo fattore di rischio per la salute, per importanza, dopo tabacco e ipertensione (più alcol si consuma, maggiore è il rischio), l'alcol non è percepito come fattore di rischio. Se fino a qualche anno fa l'alcolismo era considerato un problema personale di ordine etico, oggi anche l'opinione pubblica tende sempre più a considerarlo un problema di salute e sociale: infatti molti danni causati dall'alcol sono sopportati da persone diverse dai bevitori (in particolare i minori). L'alcol è causa di disordini comportamentali e mentali, a fronte di una forte sovrastima dei possibili benefici.

Il consumo di alcol dichiarato non presenta una prevalenza maggiore in provincia, rispetto alla regione, e parallelamente nemmeno l'abuso di alcol.

Il 63,7% dei ferraresi beve bevande alcoliche. Se osserviamo il dato secondo il genere, il 78,8% dei maschi e il 49,4% delle femmine consuma bevande alcoliche.

Si tratta di un dato da cogliere comunque come positivo, in quanto inferiore alle percentuali che si registrano a livello regionale⁽¹⁾ (Passi, 2007), dovuto in modo quasi esclusivo ai comportamenti più "virtuosi" delle femmine, per le quali la differenza (in meno) rispetto al dato regionale è di oltre dieci punti percentuali. A titolo di confronto con il livello nazionale, notiamo che le stime dell'Osservatorio nazionale fumo, alcol, droga⁽²⁾ riportavano, per il 2001, una prevalenza di consumo nazionale del 75%.

Si tratta tuttavia di uno stile di vita che occorre affrontare con grande decisione per le pesanti conseguenze sanitarie e sociali.

(1) Va tuttavia ricordato che la popolazione target di "Passi" è diversa, non comprendendo la classe di età 70-79 anni.

(2) E. Scafato, S. Ghirini, R. Russo I consumi alcolici in Italia. Report 2004 sui consumi e le tendenze (1998-2001). online www.iss.it/osfad.

Occorre ad esempio fare i conti con modelli di consumo in evoluzione, soprattutto tra i giovani (*binge drinking*). I bevitori *binge* sono coloro che hanno dichiarato di aver bevuto almeno una volta 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione.

Diverse indagini sull'uso di sostanze in provincia di Ferrara hanno colto un'alta prevalenza dell'abuso alcolico nei giovani.

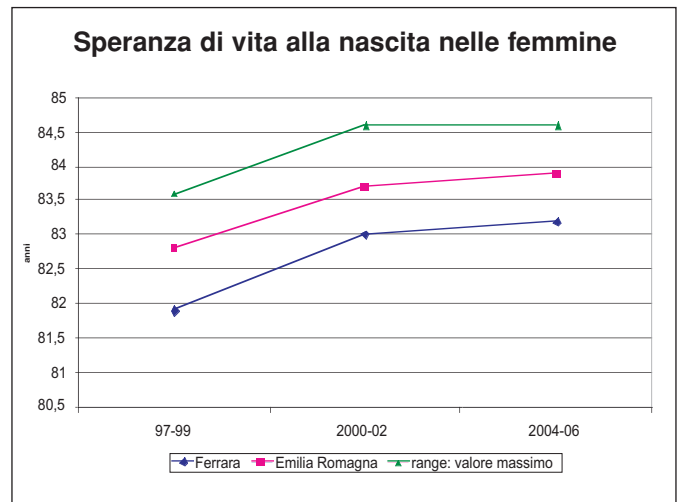
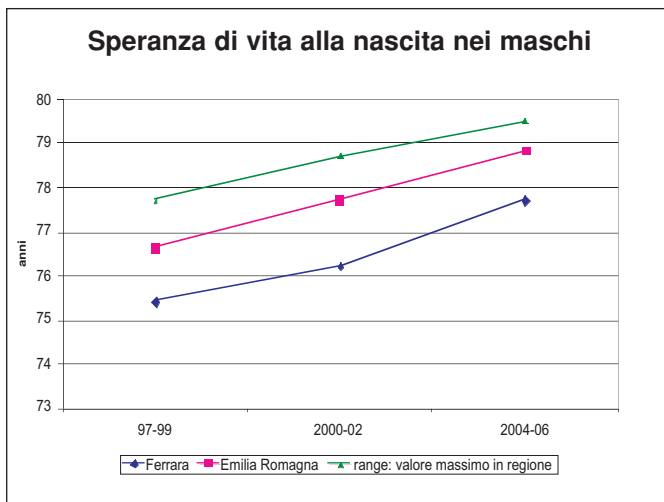
►► **SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA⁽¹⁾**

Questo indicatore è ampiamente utilizzato per valutare in modo sintetico le condizioni di salute di una popolazione⁽²⁾. Nei grafici sono riportati i risultati di calcoli su base triennale, che forniscono dati più stabili.

Dal 1997 al 2006, la speranza di vita alla nascita mostra a Ferrara valori costantemente inferiori rispetto alla Regione, sia per i maschi sia per le femmine. Si può ipotizzare che un fattore determinante all'origine del gap osservato possa essere costituito dall'elevato tasso di mortalità per incidenti stradali tra i residenti ferraresi.

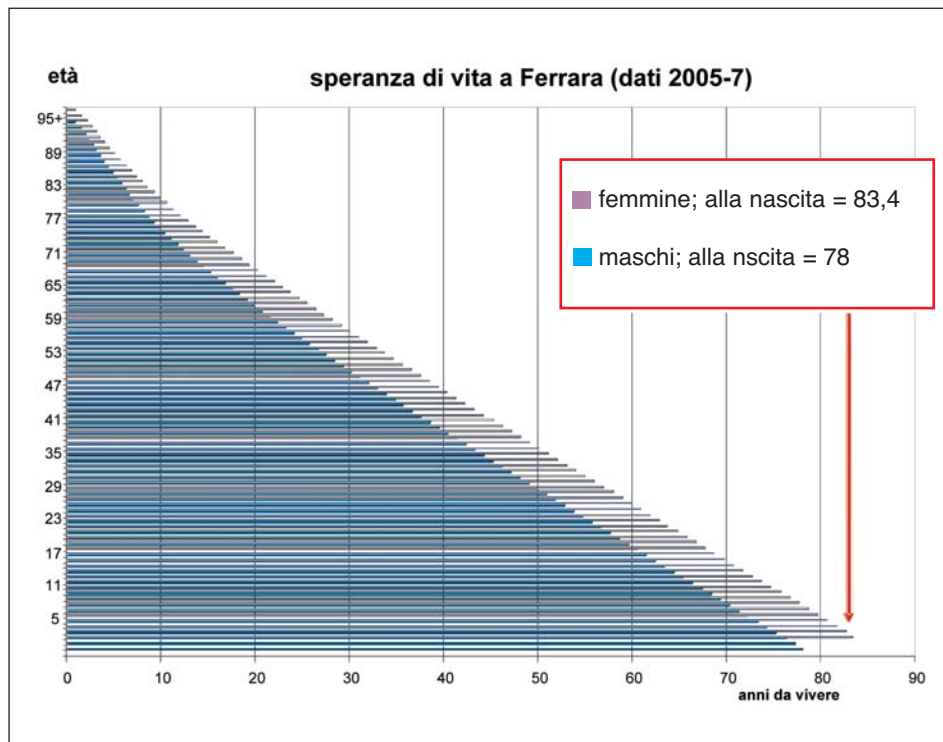
(1) Rappresenta il numero medio di anni che un soggetto può attendersi di vivere se sarà esposto nel corso della sua vita alle condizioni di mortalità definite dalla coorte utilizzata per il calcolo.

(2) Risente di tutti i fattori che influenzano la salute: caratteristiche genetiche, condizioni ambientali e lavorative, comportamenti, strutture sanitarie disponibili.

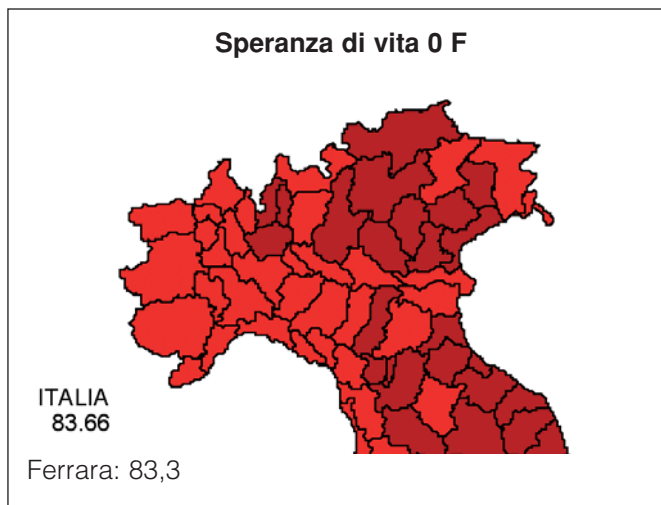
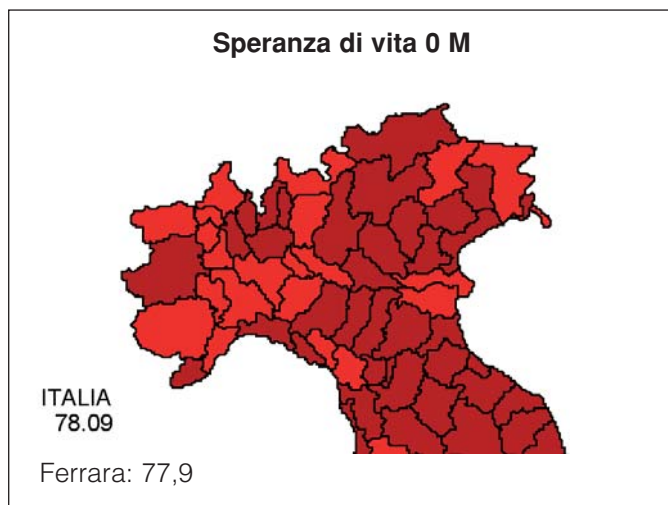


Fonte: SISEPS Regione Emilia-Romagna

Il grafico sottostante riporta dati aggiornati al 2007.



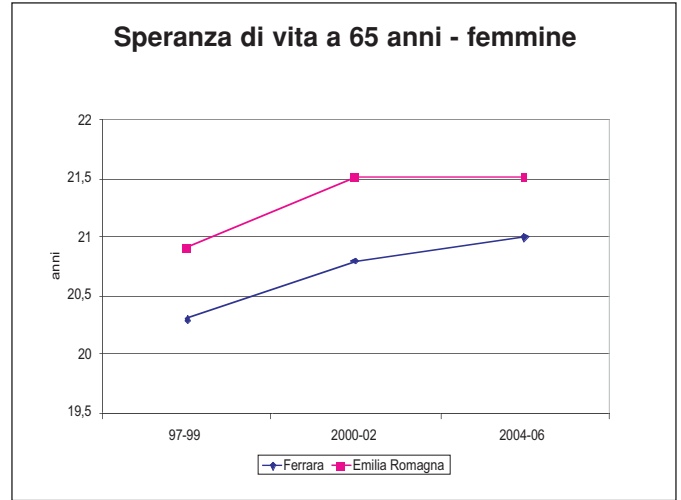
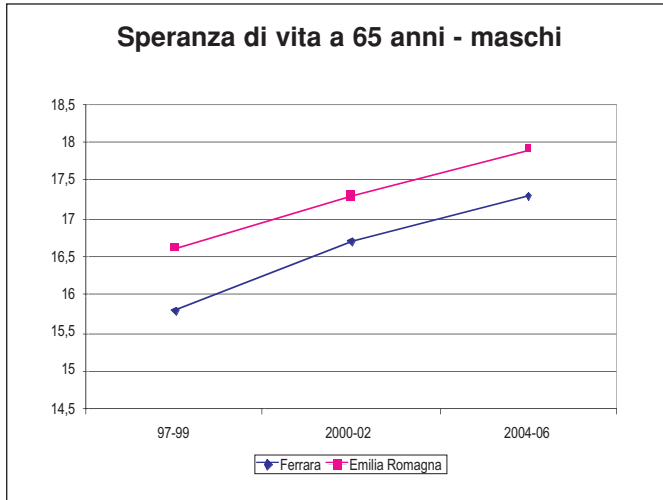
Anche nel confronto nazionale Ferrara mostra una situazione che può migliorare (le aree con colore più scuro presentano valori più elevati della speranza di vita). Si osservano due clusters territoriali: Ferrara e Rovigo, per i maschi, e Ferrara, Rovigo, Bologna e Mantova, per le femmine.



Fonte: Health for all, anno 2005.

►► SPERANZA DI VITA A 65 ANNI

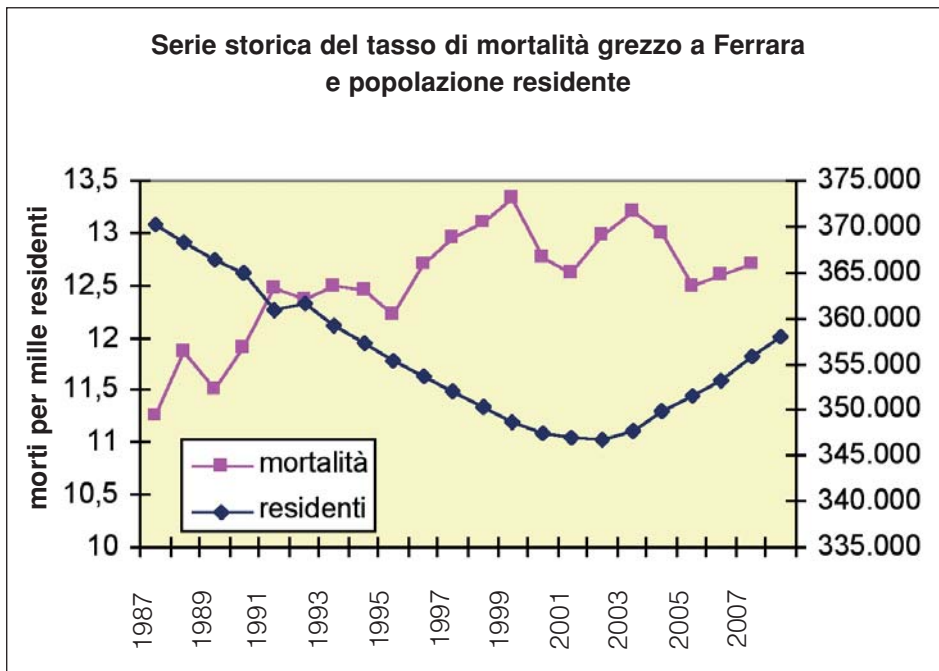
È un indicatore demografico ma è utilizzato anche come indicatore di risultato nell'ambito del monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza. Ferrara presenta un lieve gap rispetto alla media regionale, peraltro ridotto rispetto al gap osservato nella speranza di vita alla nascita.



Fonte: SISEPS Regione Emilia-Romagna.

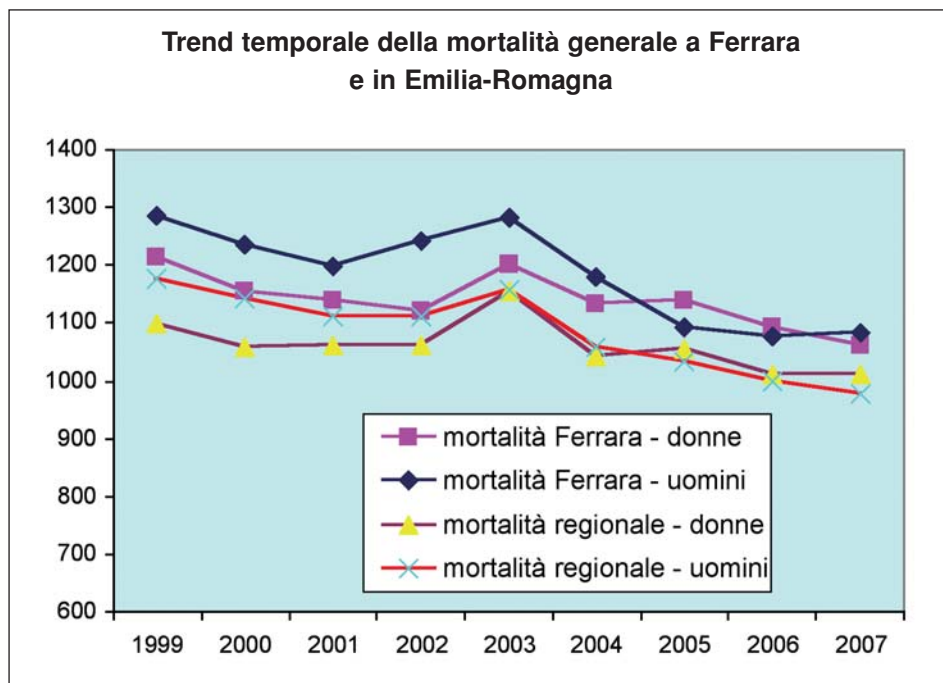
►► **LA MORTALITÀ**

La struttura demografica ferrarese è caratterizzata da un numero già elevato di popolazione anziana, tendenzialmente in crescita, naturale conseguenza è l'incremento progressivo del numero di decessi, testimoniato dall'andamento in crescita del tasso di mortalità grezzo.



Fonte: elaborazione su dati SISEPS Regione Emilia-Romagna.

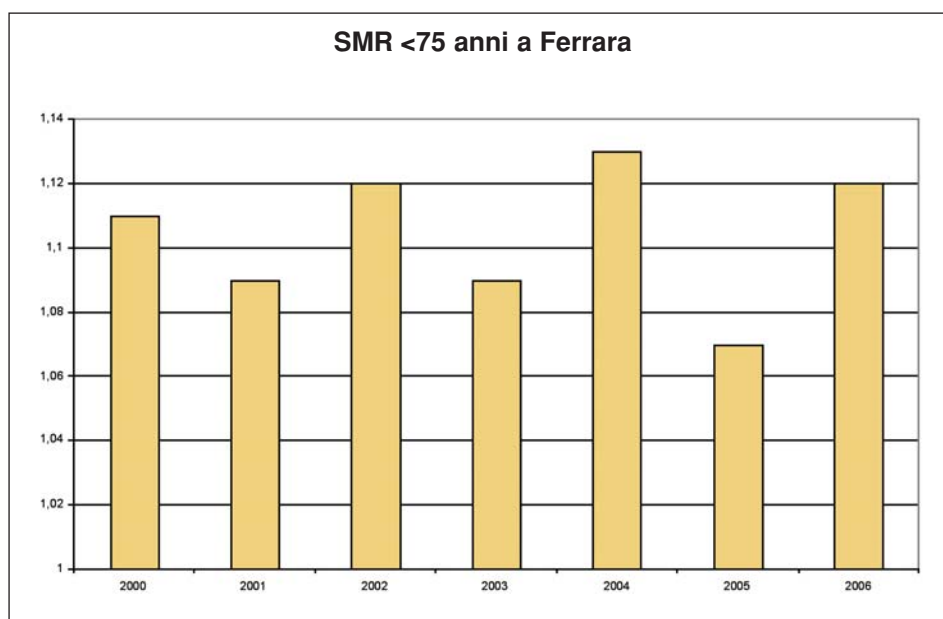
Se si tiene conto della struttura per età della popolazione, la mortalità ferrarese, per tutto il periodo 1999-2007 è leggermente in eccesso rispetto al dato regionale, sia per i maschi che per le femmine: mediamente tale differenziale rispetto alla regione è pari a circa 100 decessi su 100.000.



Fonte: elaborazione su dati SISEPS Regione Emilia-Romagna.

Gli effetti dell'ondata di calore dell'estate del 2003 ha contribuito a "perturbare" la tendenza di fondo della mortalità: si vede il picco del 2003 su una linea che tenderebbe alla lenta progressiva diminuzione.

Va sottolineato che Ferrara presenta un eccesso di mortalità rispetto all'andamento medio regionale in età inferiore a 75 anni.



Fonte: elaborazione su dati SISEPS Regione Emilia-Romagna.

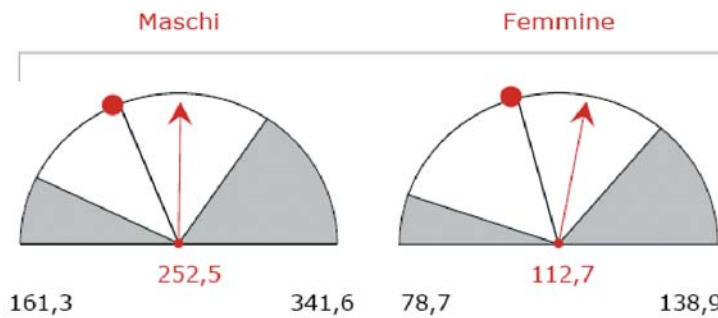
Mortalità prematura

Interesse preminente è capire a quali cause di morte si possa attribuire l'eccesso relativo di mortalità nel ferrarese. Alcuni elementi interessanti sono forniti dall'Atlante Sanitario ERA sulla mortalità evitabile pubblicato nel 2006. La figura sottostante riporta alcuni dati estratti dallo studio ERA relativi alla provincia di Ferrara: riguardano la mortalità 5-69 anni nel periodo 2000-2. I grafici a semicerchio vanno letti secondo le indicazioni riportate a fianco. In particolare la freccia indica il valore riportato da Ferrara (scritto al piede della freccia); il pallino rosso rispecchia il valore medio regionale; i valori ai due estremi sono i valori delle due ASL in Italia rispettivamente con il minimo e il massimo.

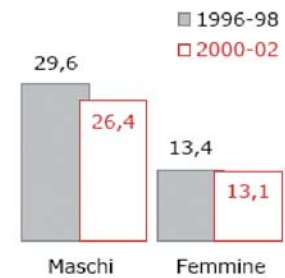
fonte: ERA - Atlante sanitario - 2006.



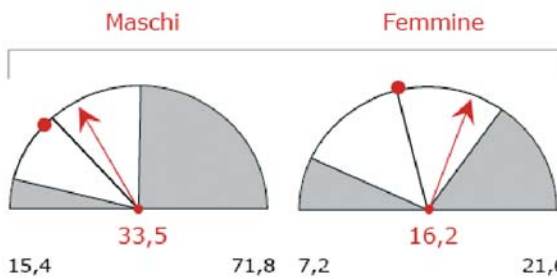
Mortalità Evitabile nel triennio 2000-2002
Tassi standardizzati per 100.000



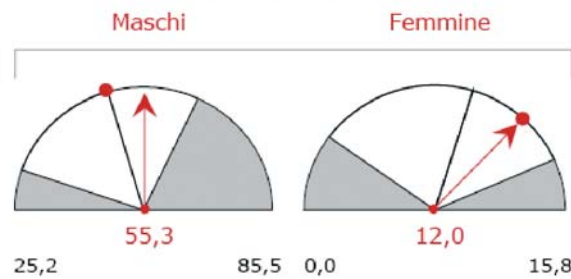
Giorni di vita perduti per mortalità evitabile pro-capite, per genere



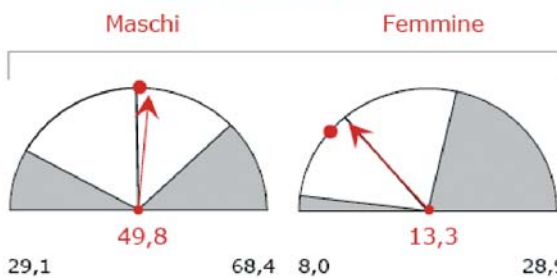
Tumori maligni app. digerente e peritoneo



Tumori mal. app. respiratorio e org. intratoracici



Malattie ischemiche del cuore



Traumatismi e avvelenamenti



Le prime dieci cause di morte a Ferrara nel 2007

Un'informazione di rilievo si può ottenere dal semplice esame delle cause di morte più frequenti.

Le prime dieci cause di morte per i residenti della provincia di Ferrara, nel 2007, assommano il 40% circa dei decessi e riflettono la tipica distribuzione di frequenza propria del mondo occidentale, sia per i maschi sia per le femmine.

UOMINI			DONNE		
causa	deceduti	%	causa	decedute	%
1 Tumore del polmone	239	10,9	1 Cardiopatia ischemica cronica	186	8,0
2 Cardiopatia ischemica cronica	165	7,5	2 Infarto del miocardio	112	4,8
3 Infarto del miocardio	131	5,9	3 Cardiopatia ipertensiva	111	4,7
4 Tumore del colon	80	3,6	4 Vasculopatia cerebrale acuta	109	4,6
5 Bronchite cronica	61	2,8	5 Tumore della mammella	76	3,3
6 Tumore del fegato	58	2,6	6 Degenerazione cerebrale	75	3,2
7 Vasculopatia cerebrale acuta	56	2,5	7 Tumore del polmone	73	3,1
8 Tumore della prostata	55	2,5	8 Diabete mellito	71	3,0
9 Diabete mellito	52	2,4	9 Stati psicotici senili	65	2,8
10 Cardiopatia ipertensiva	51	2,3	10 Cardiopatia maldefinita	64	2,7
Totale prime 10 cause		43%			42%

Fonte: Registro di mortalità Azienda USL di Ferrara.

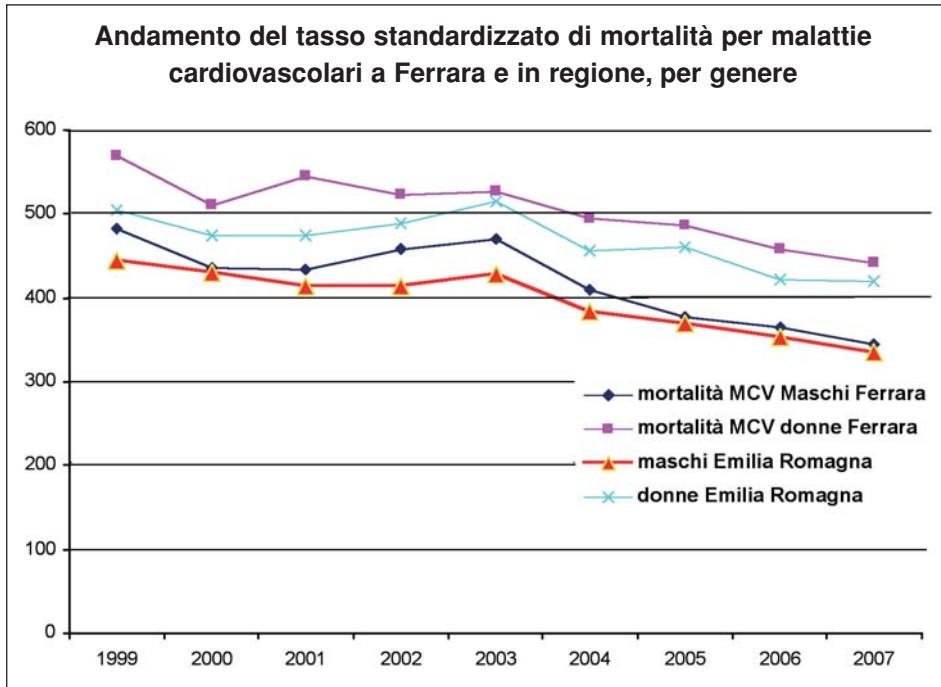
Per i maschi, come nel 2006, la causa di gran lunga più frequente è il tumore del polmone, che è prima con 239 casi, seguita a notevole distanza dalla cardiopatia ischemica cronica. Da segnalare al quarto posto il tumore del colon (80 casi), e al nono posto il diabete mellito (52 casi).

Per le femmine, le prime quattro cause di morte sono di origine cardiovascolare. Va sottolineata la forte mortalità per tumore della mammella, al quinto posto con 76 decessi.

Anche per le donne, un dato particolarmente rilevante è costituito dal tumore del polmone, che si trova al settimo posto tra le cause di morte per questo sesso (73 casi); un tempo, per le donne, era una causa di morte del tutto marginale. Si comincia a scontare insomma, anche in termini di mortalità, soprattutto il progressivo avvicinamento delle abitudini femminili a quelle maschili riguardo al fumo di sigaretta.

Mortalità per malattie cardiovascolari

La tabella con le prime dieci cause di decesso dimostra come la somma di due sole cause (cardiopatia ischemica e ictus) rappresenti un quarto di tutti i decessi nel 2007. Le malattie cardiovascolari costituiscono la prima causa di morte a Ferrara, sebbene non rilevante quanto in altre aree del Paese, come illustra il cartogramma ISTAT.



Tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema cardiocircolatorio, per provincia – Anno 2003 (per 10.000 abitanti)

Fonte: Istat, Indagine sulle cause di morte

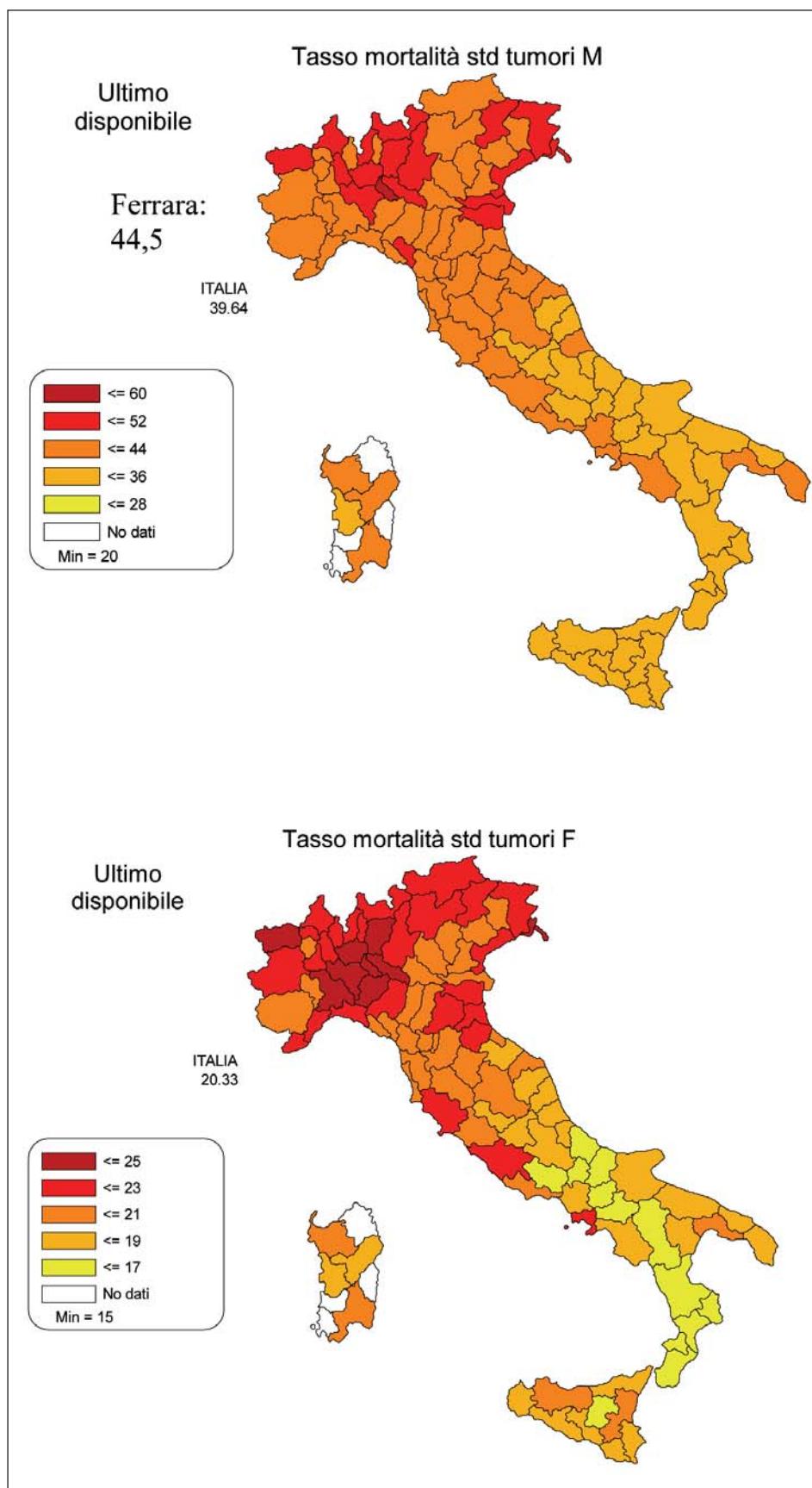
Diversa esposizione al rischio cardiovascolare: il peso del livello socio-economico

- Le persone con indice socioeconomico "basso" (indice 1 o 2) rispetto a chi ha un indice "alto" (indice 3 o 4) hanno un rischio di evento ischemico aumentato del 57% (Odds Ratio = 1,57).
- Le donne con livello socioeconomico basso hanno un rischio (OR) di evento ischemico aumentato del 98%.

Fonte: Indagine in due medicine di gruppo a Ferrara, 2008

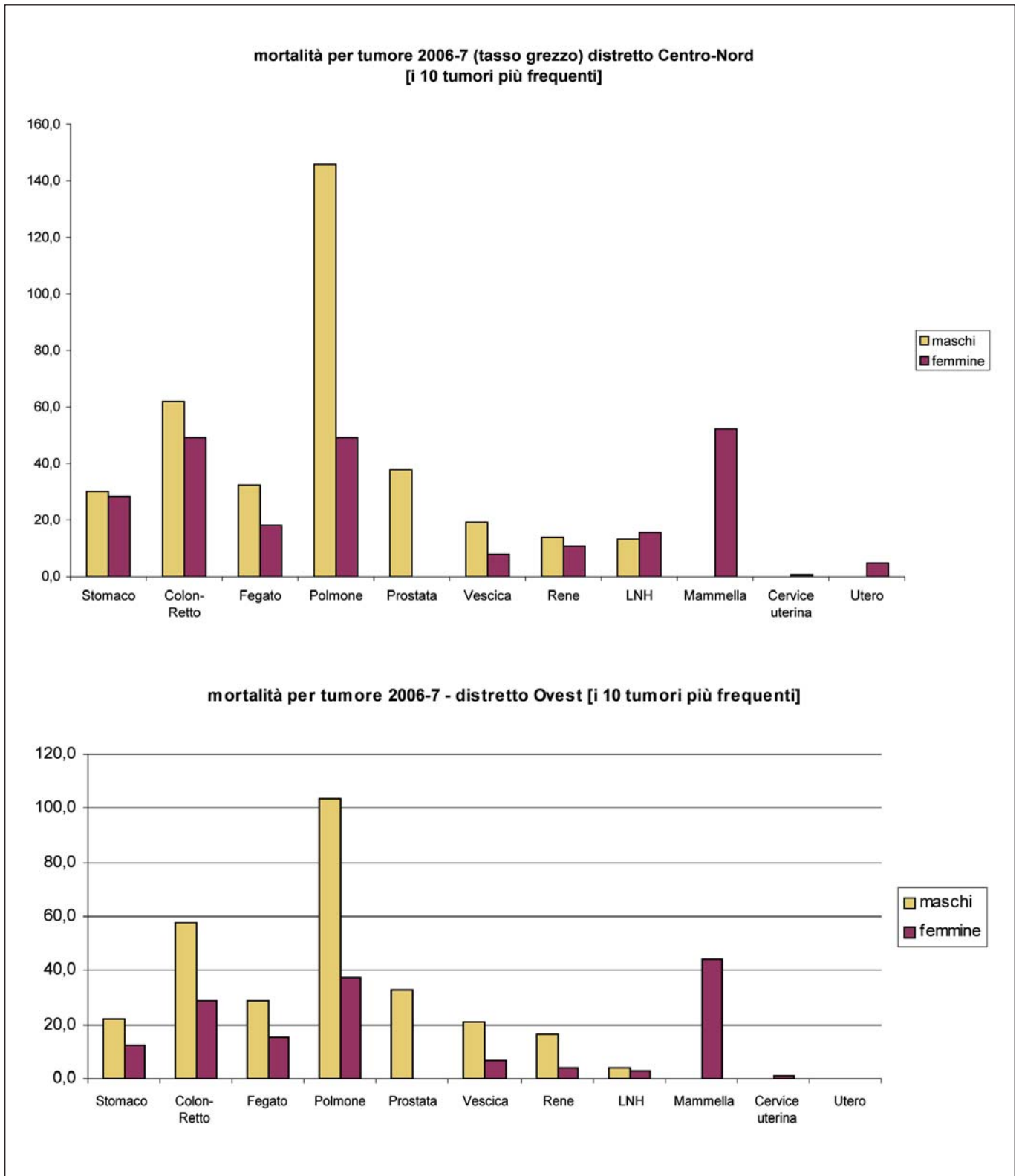
Mortalità per tutti i tumori

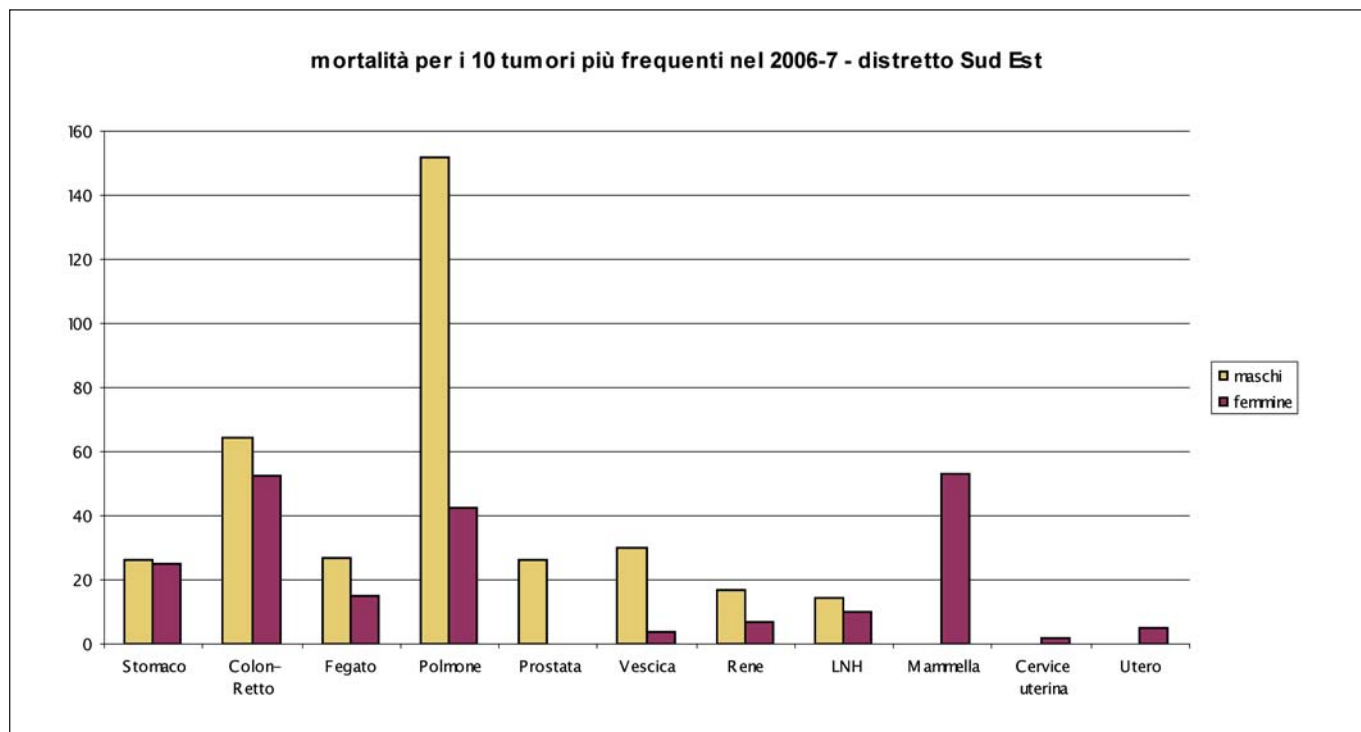
I tumori rappresentano la seconda causa di morte, dopo le malattie cardiovascolari, e la prima causa di anni di vita persi. I tassi di mortalità per tumore sono più alti per gli uomini che per le donne. Ferrara presenta una mortalità un po' più alta della media nazionale e regionale. Ogni analisi sulle possibili cause va condotta singolarmente per ciascun tipo di tumore. (Nei cartogrammi sottostanti i tassi sono riferiti per 10.000 abitanti).



fonte: Health for all, anno 2001 (Ferrara:tasso std.femmine: 21,99).

Fra i distretti sanitari dell'Azienda USL di Ferrara, la mortalità per i 10 tipi di tumore più frequenti presenta differenze solo marginali. Le differenze sembrerebbero apparentemente maggiori, come nel caso dei linfomi non Hodgkin nel distretto Centro Nord, comprendente il capoluogo, ma l'esigua numerosità impedisce ulteriori valutazioni.

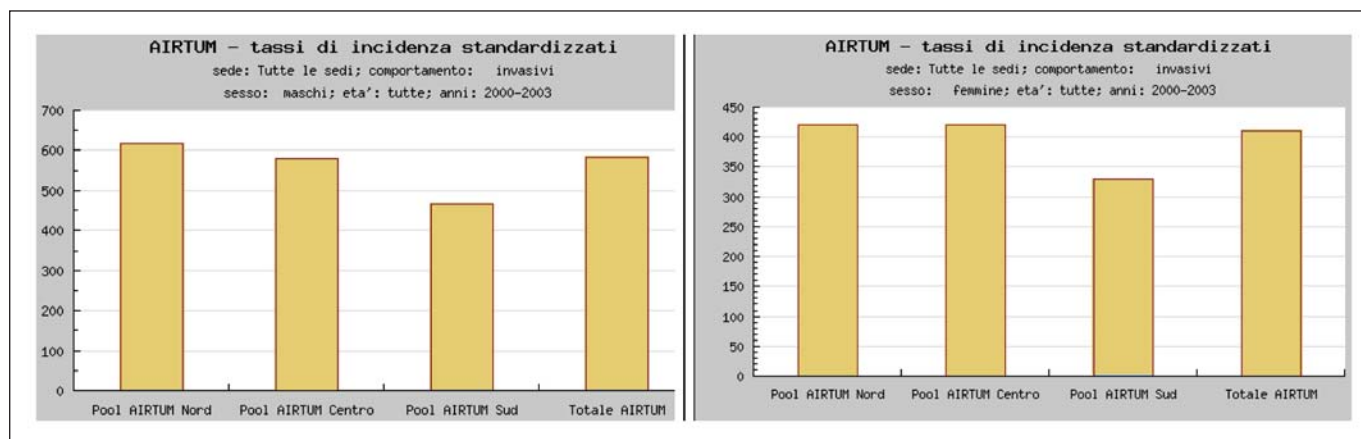




I tre grafici per distretto consentono di apprezzare bene la differenza di genere particolarmente evidente per il tumore polmonare: i tassi più elevati sono dovuti in primo luogo al fatto che il numero di fumatori tra gli uomini è stato storicamente di gran lunga maggiore.

Nel caso dei tumori un indicatore importante per capire la situazione di salute è costituito dall'incidenza (il numero di nuovi casi che vengono diagnosticati in un anno).

I tassi di incidenza per tutti i tumori, secondo i più recenti dati dell'associazione dei registri tumori, sono riportati nei due grafici; (Ferrara è inserita nel Pool AIRTUM Centro).

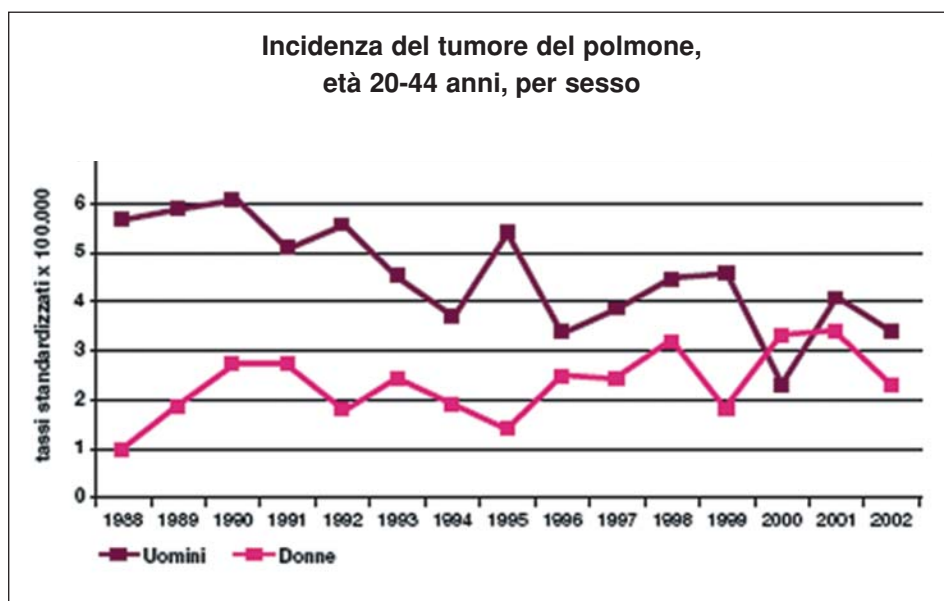


Fonte: banca dati AIRTUM.

Il numero di fumatrici sta notevolmente aumentando, ciò fa presupporre che si assisterà a una crescita del tumore del polmone tra le donne, nei prossimi decenni.

Il successivo grafico, basato sui dati AIRTUM degli anni 1988-2002, mostra l'andamento dell'incidenza di tumore del polmone nei soggetti di età compresa fra i 20 e i 44 anni in entrambi i sessi. "I trend sono differenti nei giovani uomini rispetto alle giovani donne, con un andamento in riduzione nei primi e in crescita nelle seconde. Dai valori 3-5 volte superiori rilevati nei maschi fino a metà degli anni novanta, si è passati a valori sovrapponibili nei due sessi a partire dal 2000.

Il trend di incidenza del tumore del polmone riflette l'effetto della costante diminuzione dei fumatori (35,1% nel 1993, 31,5% nel 2000), e l'aumento delle fumatrici (16,4% nel 1993, 17,2% nel 2000)". (AIRTUM Associazione registri tumori).



Fonte: I numeri dell'AIRTUM - a cura di Emanuele Crocetti e AIRTUM Working Group (www.registri-tumori.it).

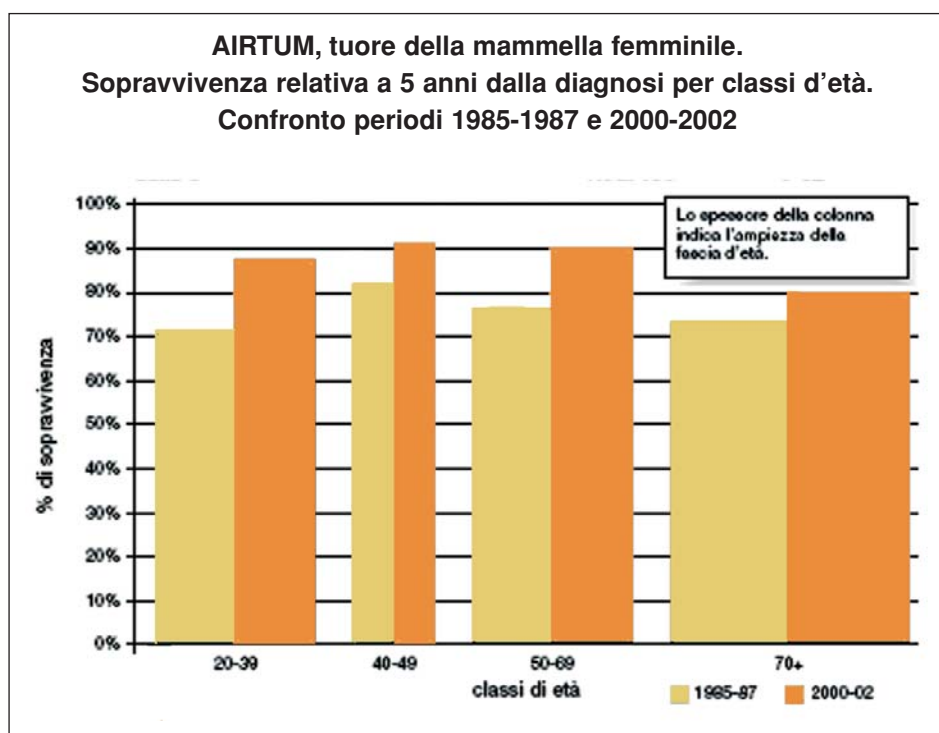
Gli screening

	Persone di 50-69 anni che hanno eseguito una ricerca di sangue occulto negli ultimi 2 anni	Donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi 3 anni	Donne di 50-69 anni che hanno effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni
Ferrara	55%	85%	92%
Emilia Romagna	48%	85%	82%
ASL partecipanti a PASSI	19%	73%	68%

Fonte: sistema PASSI, 2007.

La sopravvivenza è elevata tra le donne colpite da tumore della cervice uterina: la diagnosi precoce e i programmi di screening hanno aumentato i tassi di sopravvivenza; anche per i pazienti colpiti da tumore del colon retto si attende un aumento della sopravvivenza. La neoplasia mammaria è un tumore in cui la combinazione di interventi di sanità pubblica e il miglioramento della tecnologia medica ha contribuito a sostanziali miglioramenti in termini di sopravvivenza. Una maggiore consapevolezza della malattia e la promozione degli screening mammografici hanno portato all'individuazione della malattia a stadi precoci, mentre i progressi tecnologici e chirurgici hanno elevato il tasso di sopravvivenza delle donne colpite da tumore al seno. "Lo studio IMPATTO, che valuta l'effetto dello screening mammografico nel nostro Paese, ha mostrato che tra i casi identificati dallo screening circa il 33% ha dimensioni inferiori al centimetro e in oltre l'80% dei casi è stato possibile applicare un intervento chirurgico conservativo.

La sopravvivenza delle donne italiane affette da tumore della mammella è migliorata sensibilmente nel tempo, passando da un dato di sopravvivenza relativa a cinque anni del 76,3%, per i casi diagnosticati nel 1985-1987, all'89,1% per quelli diagnosticati nel 2000-2002."(AIRTUM Associazione registri tumori)



Fonte: I numeri dell'AIRTUM - a cura di Emanuele Crocetti e AIRTUM Working Group (www.registri-tumori.it).

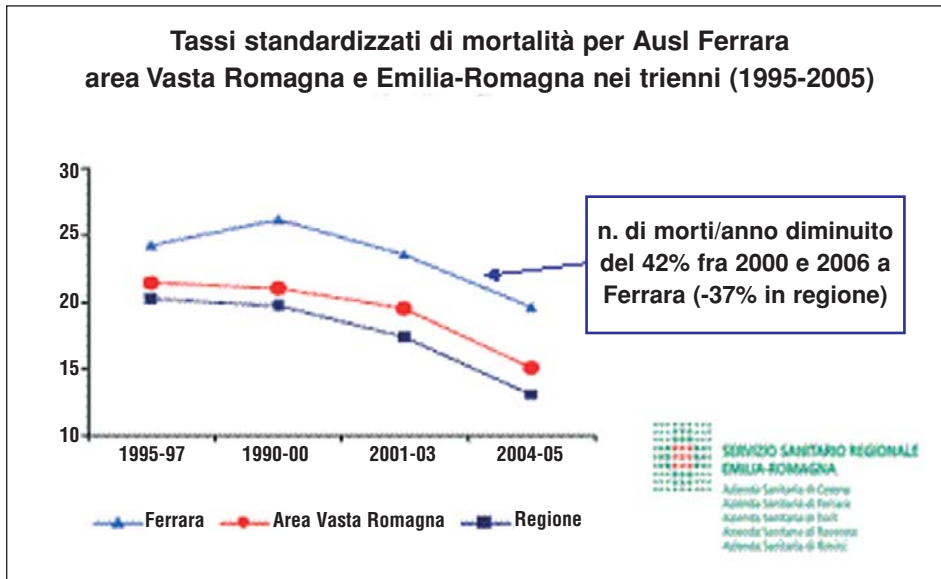
Mortalità per incidenti stradali

Un solo dato illustra la gravità del fenomeno a livello ferrarese: nel periodo 1995-2006 in provincia di Ferrara i morti sono stati 1000, con circa 4 morti ogni 100 incidenti.

Fortunatamente a Ferrara, come su tutta la Costa emiliano-romagnola, sono in diminuzione la gravità degli incidenti stradali, il numero di ricoveri e la mortalità da incidente stradale (dal -5% al -10% all'anno). Il numero di morti sta diminuendo.

do: tra il 2000 e il 2006 il numero dei morti ogni anno è diminuito del 42%, per effetto di norme sempre più severe e anche grazie ad una serie di azioni coordinate nell'ambito dei Piani per la salute.

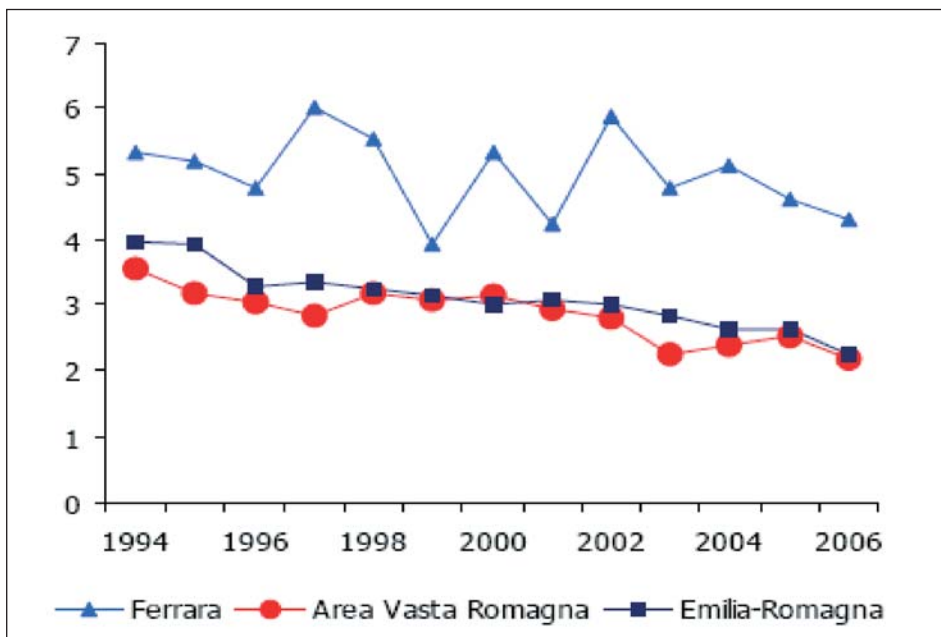
La situazione ferrarese rimane comunque tra le più gravi in quanto gli incidenti che avvengono sulle strade ferraresi, nonostante siano in numero minore, sono mediamente più gravi.



Fonte: Registro di Mortalità Emilia-Romagna.

Il rapporto di mortalità esprime una misura della gravità degli incidenti: numero di persone decedute ogni 100 incidenti rilevati. Ferrara continua a registrare una mortalità elevata sulle proprie strade, con circa 4 morti ogni 100 incidenti, circa il doppio del resto della regione.

Rapporto di mortalità (numero di morti ogni 100 incidenti) dal 1994 al 2006



Due aspetti dell'infortunistica stradale poco evidenziati meritano un breve cenno di approfondimento:

a) l'uso dei dispositivi di sicurezza per il trasporto dei bambini

Gli incidenti sono la prima causa di morte nella classe di età 0-14 anni;

Italia, anno 2007, per incidente stradale:

>>> 63 morti e 10.385 feriti, con età < 14 anni

di questi:

>>> (43) 68% trasportati

>>> (12) 20% pedoni

>>> (8) 12% bicicletta

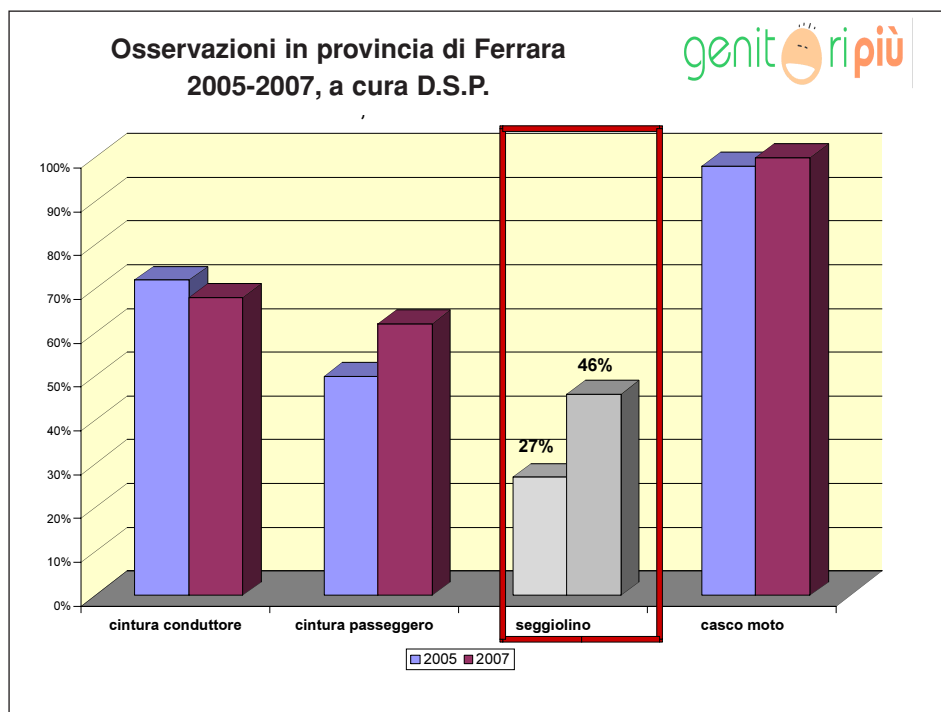
Indice di gravità degli incidenti ai trasportati:

0-13 anni = 5,6 morti su 100 feriti

14-99 anni = 1,1 morti su 100 feriti

Fonte: ACI-ISTAT, Statistica degli incidenti stradali 2007.

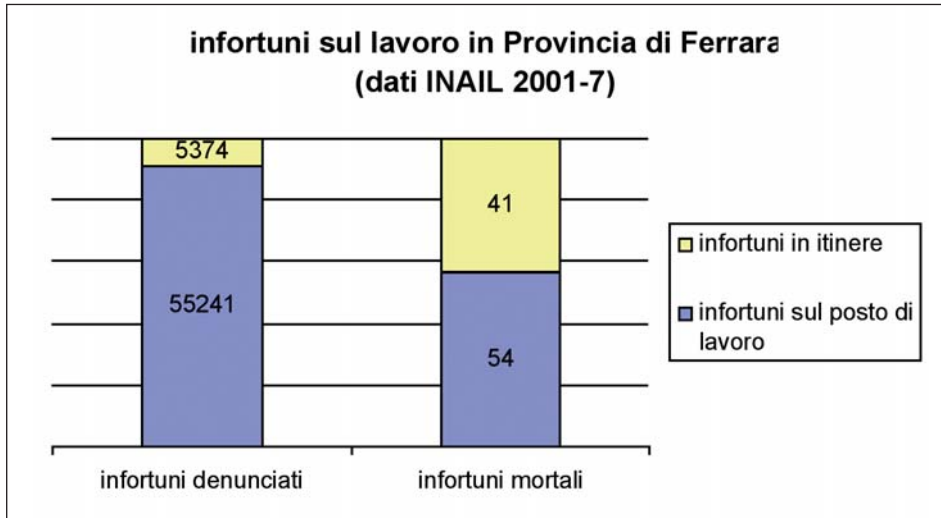
E' dimostrato da rilevazioni sulla strada che l'uso costante dei dispositivi di sicurezza comporterebbe notevoli guadagni di salute per i piccoli viaggiatori. Tuttavia l'obbligo viene frequentemente eluso dai conducenti di veicoli con bambini a bordo, come è stato rilevato nel corso di due successive campagne di rilevazione sull'uso delle cinture e seggiolini nel ferrarese.



b) gli infortuni *in itinere*

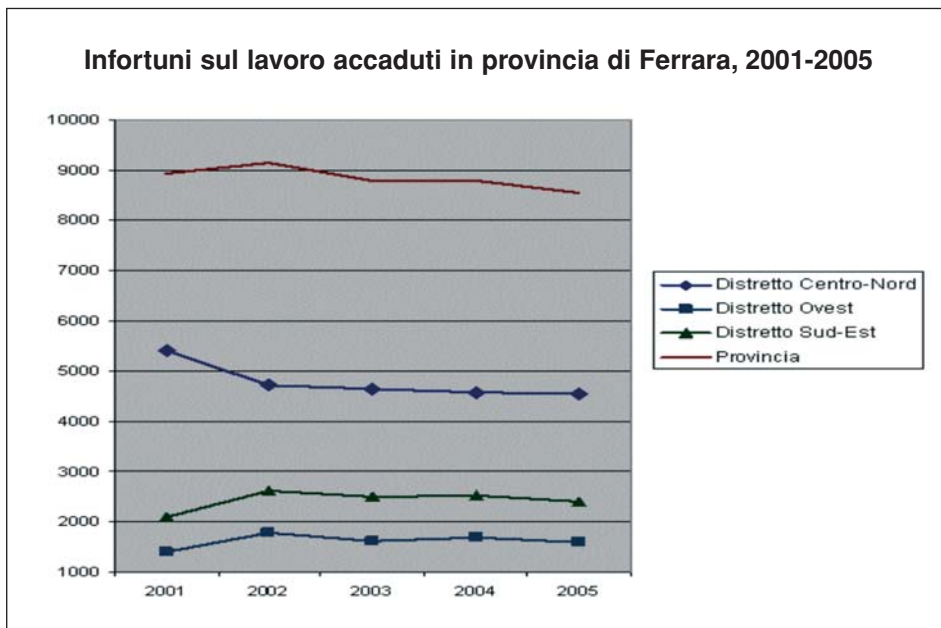
Circa l'8% degli infortuni sul lavoro denunciati sono costituiti da infortuni avvenuti durante il tragitto casa-lavoro, i cosiddetti "infortuni *in itinere*".

Caratteristica di questi eventi è la loro drammatica gravità: sono 7 volte più gravi degli infortuni sul luogo di lavoro vero e proprio. Gli infortuni *in itinere* contribuiscono per quasi il 50% al totale delle morti sul lavoro.



» **INFORTUNI SUL LAVORO**

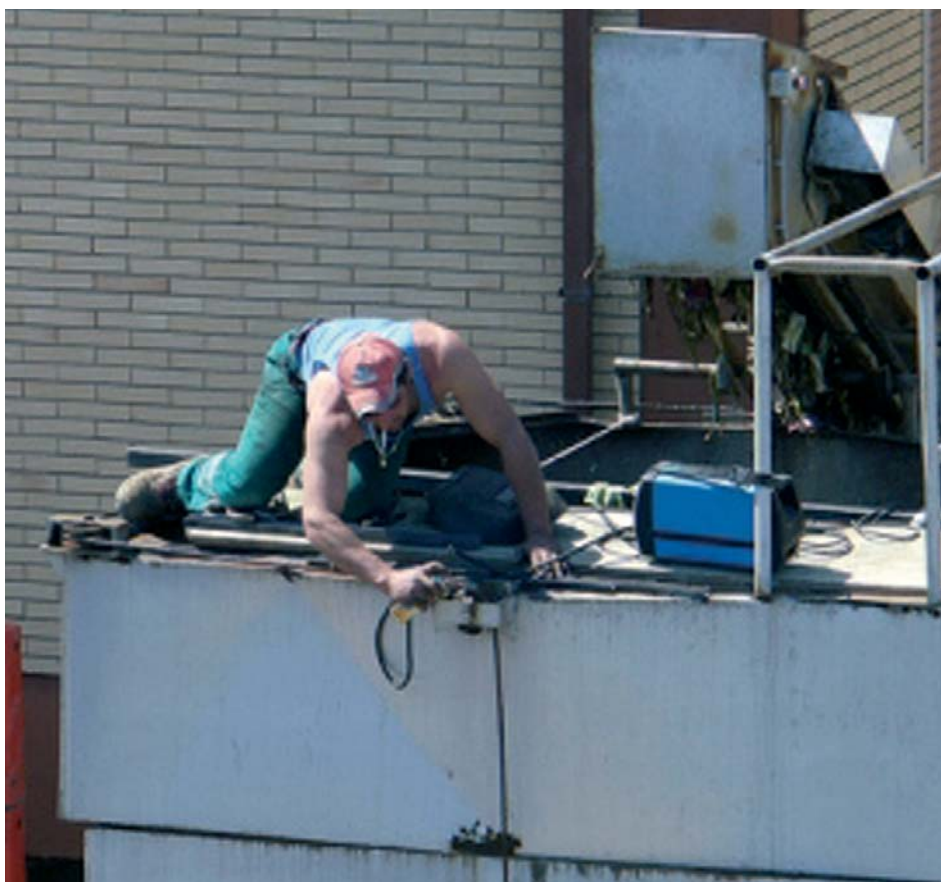
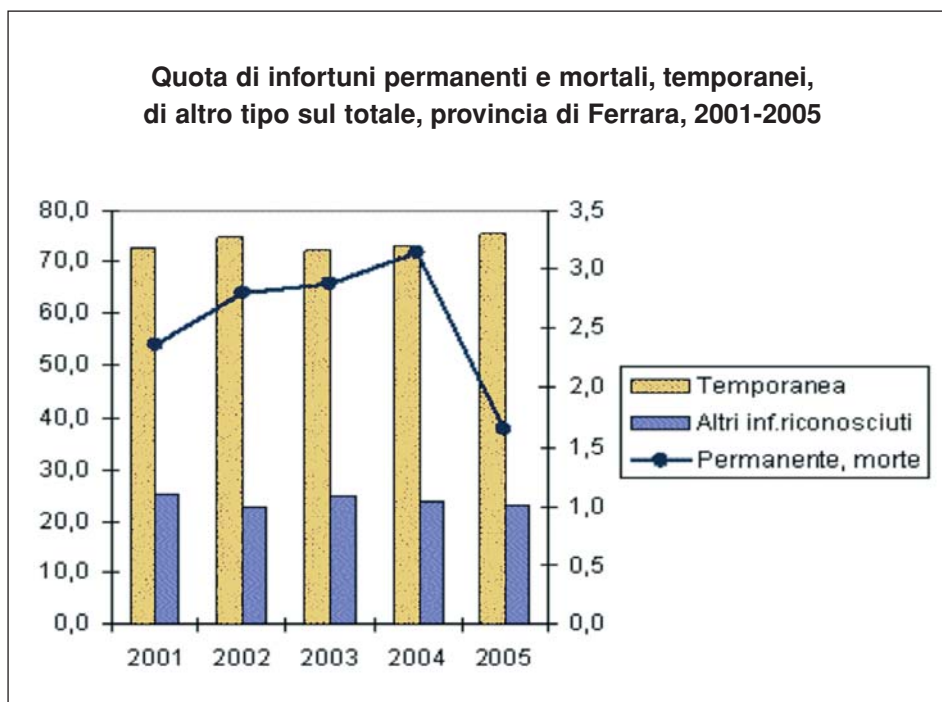
Gli infortuni sul lavoro mostrano un andamento sostanzialmente stabile, rispetto ai valori inferiori del *range* regionale.



Fonte: *Profilo di Comunità della Provincia di Ferrara*.

Il numero di infortuni mortali è stato abbastanza contenuto nel corso del quinquennio 2001-2005: in totale, sono stati 81. Il picco dei morti sul lavoro è stato raggiunto nel 2004, con 24 decessi.

Gli infortuni con conseguenze permanenti sono stati, nel quadriennio considerato, 908 pari al 2,4% del totale degli infortuni.



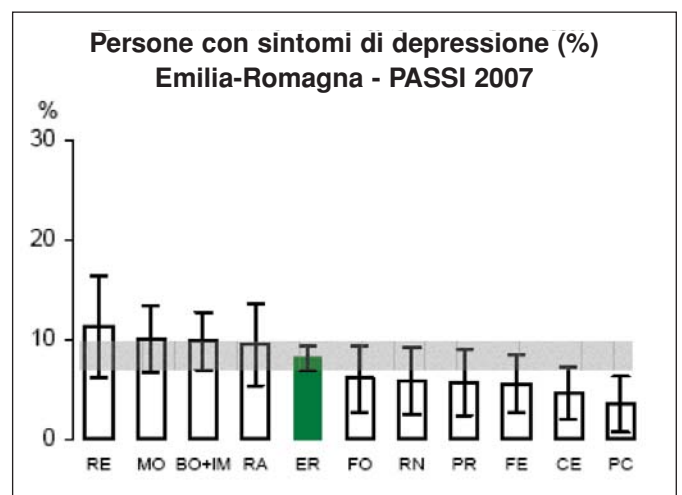
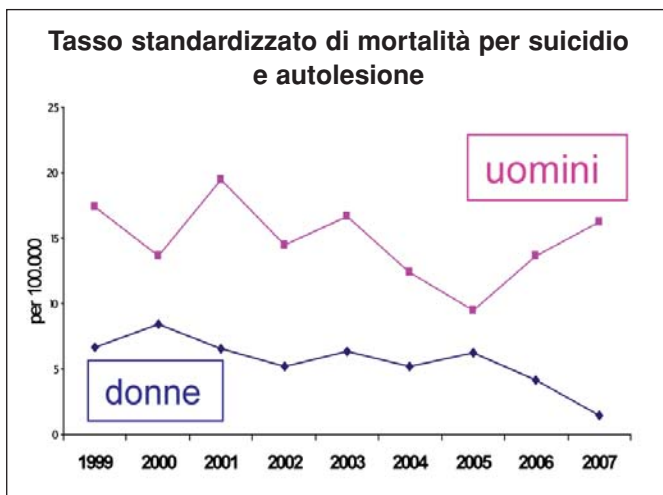
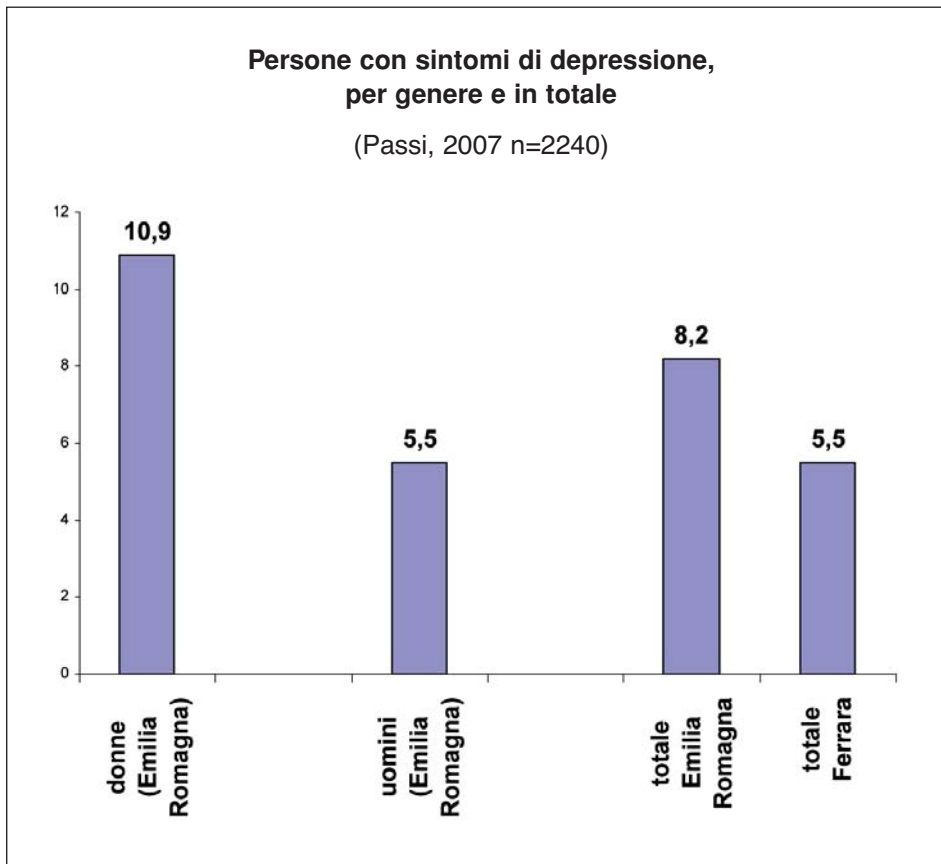
►► **SUICIDIO**

Il suicidio è una causa di morte piuttosto rilevante a Ferrara, come nel resto dei Paesi sviluppati.

La figura riassume alcune informazioni su questo fenomeno e il suo principale determinante: la depressione.

Secondo i dati del sistema PASSI, i ferraresi non dichiarano una frequenza particolarmente elevata di sintomi depressivi.

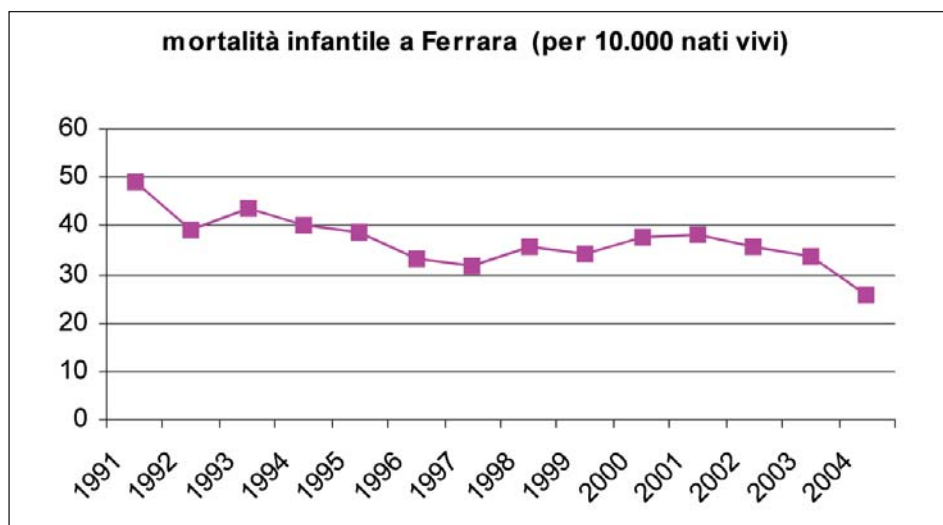
I tassi di mortalità per suicidio nel ferrarese riproducono la classica distinzione tra maschi (con più elevata mortalità) e femmine.



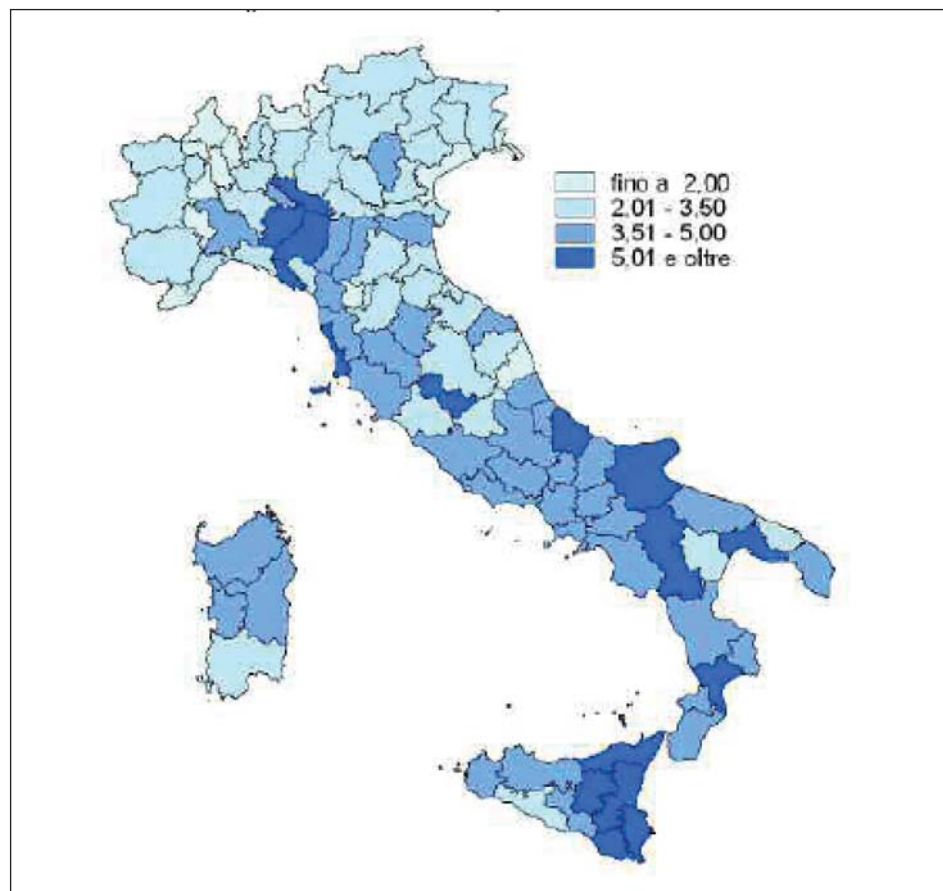
►► **MORTALITÀ INFANTILE**

Il tasso di mortalità infantile, data la correlazione negativa che lo lega alle condizioni sanitarie, ambientali e socioeconomiche, si può interpretare come espressione del livello di sviluppo e di benessere di un Paese.

In Italia, i più rilevanti progressi si sono avuti proprio riguardo a questo indicatore che negli ultimi dieci anni si è ridotto addirittura del 50 per cento attestandosi, nel 2004, sul 3,7 per 1.000.



Fonte: Istat, indagine sulle cause di morte.



Fonte: Istat, indagine sulle cause di morte.

►► **INCIDENZA DELL'INFEZIONE DA HIV/AIDS⁽¹⁾**

(1) Massimiliani e al. Lo stato dell'infezione da HIV/AIDS al 31/12/2007 in Regione Emilia-Romagna - Servizio Sanità Pubblica - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali - Bologna.

I dati aggiornati del rapporto 2007 sull'epidemia di AIDS, presentati dal programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV-AIDS (UNAIDS) e dell'OMS, stimano che nel 2007 siano circa 33,2 milioni (30,6 - 36,1) le persone che vivono nel mondo con una infezione da HIV o con AIDS conclamato, 2,5 milioni (1,8 - 4,1) le persone con nuova diagnosi di HIV nel 2007 e 2,1 milioni i deceduti nel solo ultimo anno.

Secondo il Centro Operativo AIDS (C.O. A) dell'Istituto Superiore di Sanità, dal 1982 (anno a cui risale la prima diagnosi AIDS in Italia) al 31 dicembre 2007 i casi di AIDS in Italia sono 59.106, di cui 35.358 (59,8%) deceduti: il 77,4% dei casi notificati sono di genere maschile, l'1,3% in età pediatrica e il 7,2% stranieri.

In Emilia-Romagna nel periodo 1984-2007 sono 6.281 i casi di AIDS notificati da parte delle strutture sanitarie regionali, mentre i malati di AIDS residenti in regione sono 5.714.

Secondo le ultime statistiche, 470 ferraresi sono stati colpiti da AIDS dal 1982 al 2007; 106 di loro sono vivi (dati riferiti al 31/12/2007).

Si stima che le persone residenti con infezione da HIV siano, nell'intera regione, tra 7.000 e 10.000, con un aumento di circa 500 casi ogni anno.

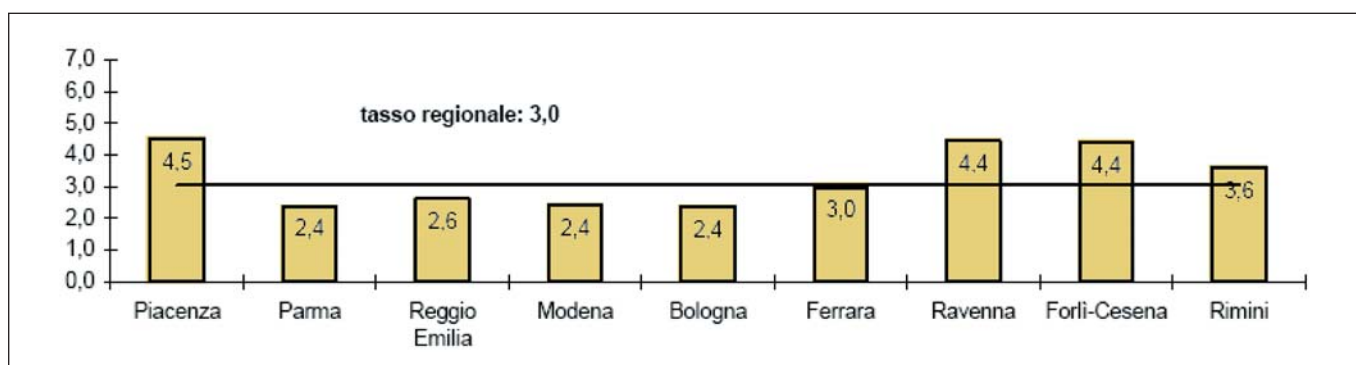
In Emilia-Romagna, nel biennio 2006-2007, sono stati 256 i nuovi casi di AIDS diagnosticati tra i residenti (fra questi, 21 ferraresi).

Incidenza di AIDS

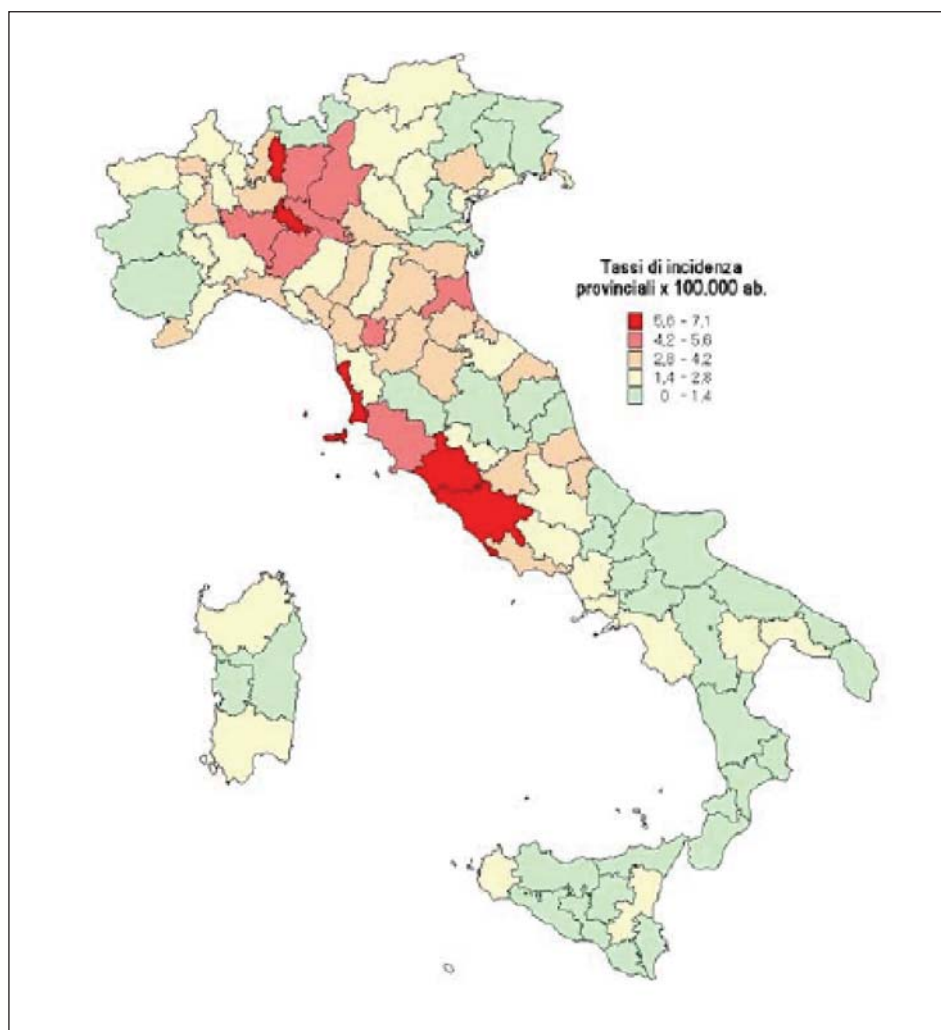
	N. totale persone residenti con diagnosi di AIDS dal 1984 al 2006	Nuovi casi diagnosticati nel 2006	Tasso di incidenza calcolato sul 2006-7 (*100.000 abitanti)
Ferrara	470	21	3,0
Emilia-Romagna	5714	256	3,0

Fonte: Rapporto della Regione Emilia-Romagna.

Tasso di incidenza annuale di AIDS, per provincia di residenza (biennio 2006-2007)



Tassi di incidenza stimati per 100.000 abitanti dei casi di AIDS notificati nell'anno 2007 per provincia di residenza (Fonte: COA-ISS)

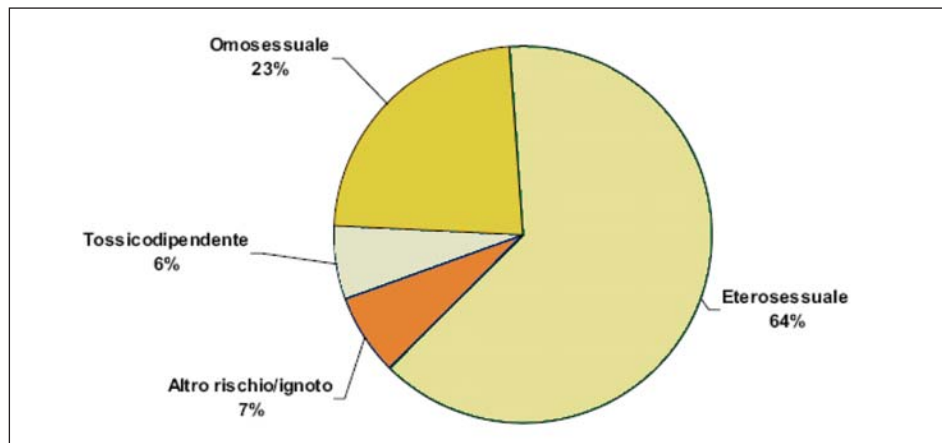


L'aspetto più preoccupante dell'epidemiologia dell'AIDS a Ferrara, come in tutto il mondo occidentale, è la perdita di attenzione a questa malattia. La popolazione assume, senza averne piena coscienza, atteggiamenti a rischio in campo sessuale, dimenticando che la trasmissione sessuale è la modalità di trasmissione dell'infezione da HIV più diffusa nel mondo.

Secondo i dati dell'Osservatorio epidemiologico per l'HIV dell'Azienda Sanitaria di Modena⁽¹⁾, che focalizza l'attenzione sulla sieropositività, quindi su una fase precoce di malattia, nel triennio 2005-2007 la modalità di trasmissione è stata di tipo eterosessuale nel 64% dei nuovi casi di sieropositività. In Emilia-Romagna, nel periodo 1999-2007, il 44% delle persone ha scoperto di essere ammalato di AIDS non sapendo ancora di essere sieropositivo HIV (circa il 66,3% per i malati di nazionalità straniera).

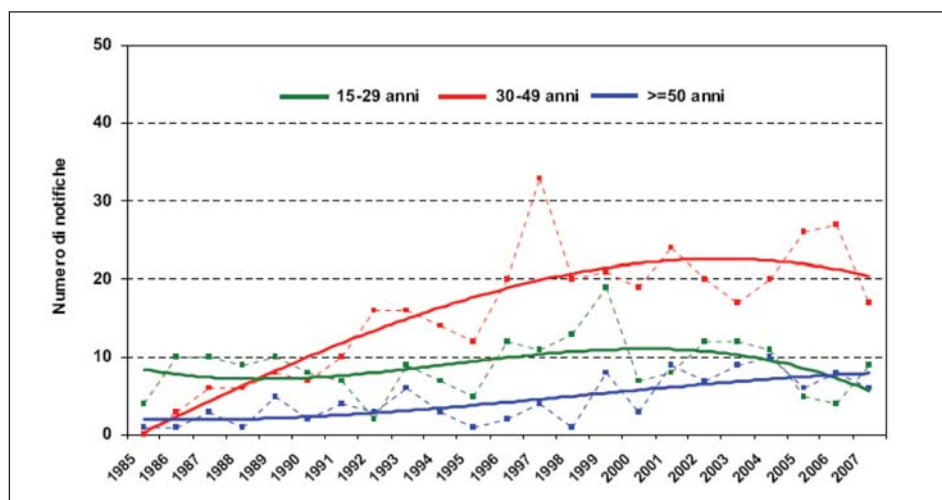
(1) Borghi V., Coordinamento AIDS Provincia di Modena - Osservatorio Provinciale sull'infezione da HIV. Edizione 2008.

Distribuzione percentuale per fattore di rischio delle notifiche da infezione HIV - Residenti in provincia di Modena - Triennio 2005-2007

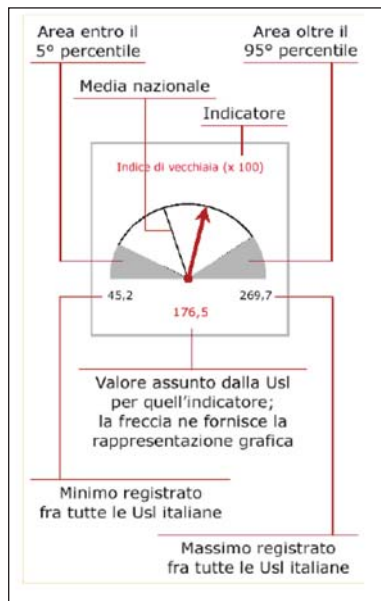


Negli ultimi anni (2005-2007) più del 50% dei malati è nella fascia di età tra i 30 e i 49 anni.

Andamento delle notifiche di infezione da HIV per rapporti eterosessuali per classi di età - Residenti in provincia di Modena - Anni 1985-2007



Si riportano le conclusioni dell'Osservatorio di Modena: "Le analisi sul ritardo di diagnosi indicano come ancora oggi circa il 50% delle persone con nuova diagnosi di infezione da HIV presenti un livello di CD4+ <350; ciò limita di fatto la possibilità delle scelte terapeutiche, in particolare delle interruzioni della terapia CD4+ guidate, che consentono una riduzione del carico farmacologico e di conseguenza una riduzione degli effetti tossici dei farmaci antiretrovirali come la lipodistrofia. Emerge quindi come sia urgente individuare in modo sempre più precoce le persone che hanno contratto l'infezione da HIV. Come suggerito dalle nuove linee guida dei CDC, il test per la diagnosi di infezione da HIV dovrebbe essere offerto gratuitamente a tutte le persone, oltre che alle donne in gravidanza. Inoltre è utile che le persone con comportamenti a rischio di infezione eseguano questo test almeno una volta all'anno". Una diagnosi tempestiva di infezione da HIV è uno strumento assai utile in quanto consente l'avvio di una terapia e quindi di ritardare la progressione della malattia e nel contempo l'adozione di precauzioni per evitare la trasmissione dell'infezione.



►► **QUALITÀ DELL'ASSISTENZA E MALATTIE CRONICHE**

Il carico assistenziale

Secondo l'OCSE, la salute della popolazione dei Paesi Ocse è determinata principalmente da fattori socioeconomici e dallo stile di vita, più che dalla fornitura delle cure sanitarie e, tuttavia, la qualità dell'assistenza sanitaria, misurata in base all'offerta di interventi appropriati o in base agli effetti sulla salute della popolazione, deve essere oggetto di continua valutazione.

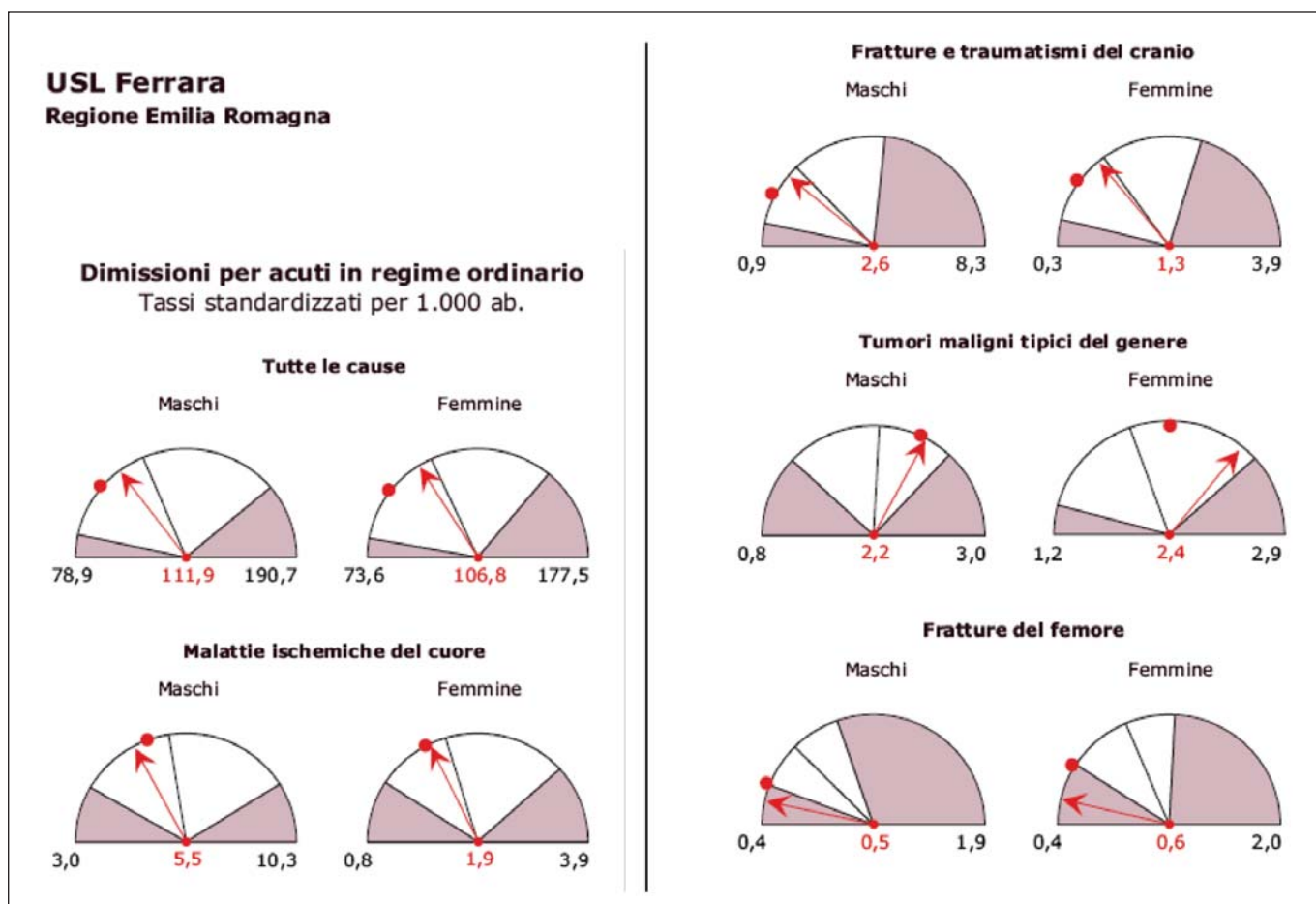
Il progresso nelle cure e nello sviluppo di nuove medicine ha contribuito al continuo miglioramento dello stato di salute dei cittadini. Allo stesso tempo, però, la spesa sanitaria non è mai stata così alta.

Secondo lo studio periodico dell'Istituto G. Tagliacarte, l'Azienda USL di Ferrara presenta nel 2007 un'ottima performance delle strutture sanitarie (98,1) laddove nel 2001 presentava valori critici (34,9). Alcuni elementi interessanti sono forniti dall'Atlante Sanitario ERA sui ricoveri ospedalieri pubblicato nel 2008.

La figura sottostante riporta alcuni dati estratti dallo studio ERA relativi alla provincia di Ferrara: riguardano i ricoveri ospedalieri nel 2005.

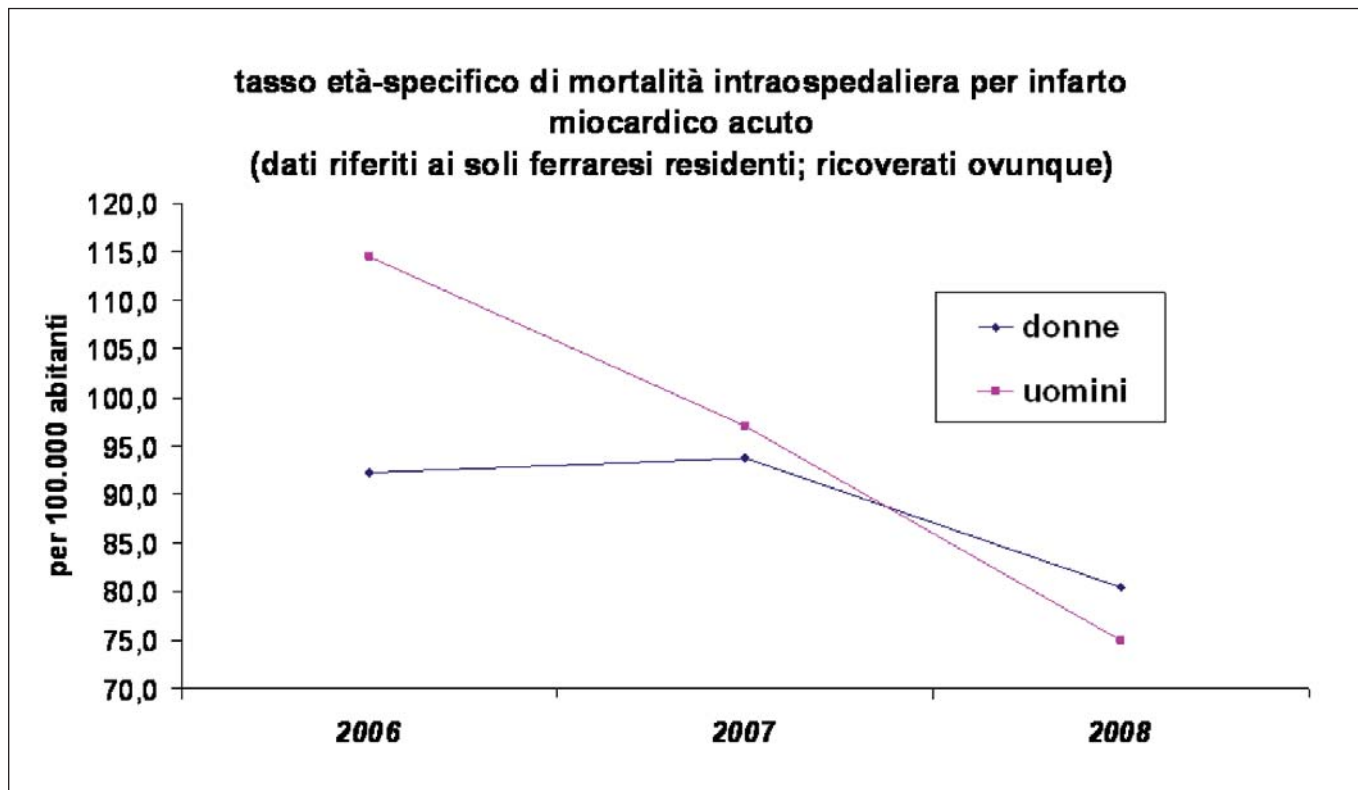
Si coglie una situazione di maggiore ricorso dei ferraresi ai ricoveri ospedalieri, considerati nel loro complesso, rispetto alla media regionale (inferiore peraltro alla media nazionale).

Per quanto riguarda le singole cause di ricovero qui riportate si può notare una situazione abbastanza favorevole in generale per i ferraresi, salvo i ricoveri delle donne per tumori (il tasso è prossimo al 95° percentile nazionale).



Un settore nel quale è possibile verificare la qualità delle cure è tradizionalmente l'infarto del miocardio acuto.

I dati dei ricoveri di ferraresi negli ultimi 3 anni mostrano un andamento temporale in progressiva diminuzione, per entrambi i generi. Almeno in questo ambito si può affermare che non si rilevano differenze di genere.



Secondo l'Ocse, i sistemi sanitari nell'organizzazione attuale si dimostrano poco capaci di rispondere alle esigenze di tutti quei malati, che necessitano di assistenza prolungata ed educazione sanitaria. Una carenza che il rapporto OCSE mette in luce attraverso l'analisi del trattamento delle due patologie croniche più comuni: asma e diabete.

Sul diabete e sull'assistenza ai diabetici sono disponibili interessanti dati riguardanti la situazione ferrarese.

La gestione della malattia diabetica nel ferrarese

Nel mondo oltre 150 milioni di adulti ne sono affetti e il numero dovrebbe raddoppiare nei prossimi 25 anni, alimentato in gran parte dalla crescita dell'obesità. Il diabete è anche la principale causa di cecità nei Paesi industrializzati e la causa più comune di malattie renali all'ultimo stadio negli Stati Uniti, in Europa e in Giappone.

Mentre i recenti progressi della medicina hanno portato a una riduzione della mortalità da malattie cardiovascolari nei paesi Ocse, una tendenza altrettanto positiva non è stata riscontrata per i pazienti diabetici. Questa patologia necessita di stili di vita salutari, di periodici controlli della glicemia e della vista. Esami a cui però ci si sottopone molto poco: per esempio, soltanto poco più della metà dei pazienti malati di diabete effettua visite oculistiche annuali, per evitare complicanze agli occhi. Anche nel Regno Unito, il Paese Ocse più attento al controllo del diabete, quasi un sesto dei diabetici non effettua alcun controllo.

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

Prevalenza del diabete mellito e tassi di ospedalizzazione per diabete mellito

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

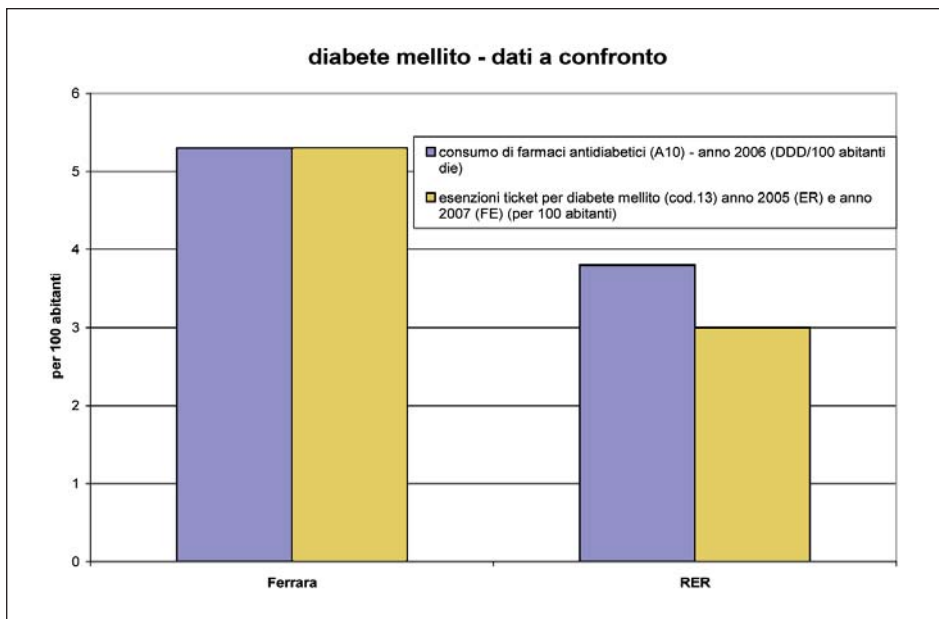
Fonti: *Registro diabete Azienda USL di Ferrara e indagine PASSI 2007.

** Dipartimento Cure Primarie e Regione Emilia-Romagna.

*** Elaborazione di dati estratti dall'archivio regionale delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione) I dati sono stati estratti usando come chiave la diagnosi principale di dimissione (cod. 250).

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

1. proporzione di persone con diabete (desunta dalle esenzioni ticket per l'Emilia-Romagna e dal registro per il diabete mellito per Ferrara);
2. consumo di farmaci antidiabetici (espresso come DDD –Defined Daily Dose– per 100 residenti).



Fonte: Profilo di Comunità della Provincia di Ferrara.

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

Si può ipotizzare che la discrepanza sia da attribuire alle diverse performances di controllo terapeutico espresse nei territori confrontati. Ciò in quanto il consumo di farmaci antidiabetici è legato ai modelli assistenziali adottati nei diversi territori (la distribuzione degli antidiabetici mediante le farmacie convenzionate è solo uno dei tre possibili canali e risulta utilizzato in percentuali diverse nelle diverse aziende sanitarie).

In conclusione:

l'entità della coorte ferrarese di diabetici non è sovrastimata (concorda con il consumo di farmaci antidiabetici, che sono assai specifici), anzi è in linea con la prevalenza stimata in una recente pubblicazione⁽¹⁾ statunitense (diabete pari al 5,6% della popolazione);

l'assistenza fornita ai diabetici ferraresi delinea un profilo di costo più razionale (attraverso la distribuzione diretta, legata anche a una più stretta azione di counselling per il controllo ottimale della glicemia attraverso gli stili di vita).

(1) American Diabetes Association - Economic costs of diabetes in the U.S. in 2007. Diabetes Care 31: 596-615, 2008.

Il programma “L’esercizio fisico è medicina”

L’elevata percentuale di diabetici presente in provincia di Ferrara nonché l’aumento delle persone in sovrappeso e obesità dichiarate riflettono un cambiamento nelle abitudini nutrizionali e uno stile di vita più sedentario, che programmi sanitari pubblici ben organizzati possono prevenire e tenere sotto controllo nel lungo periodo.

Aderendo a obiettivi di questo tipo, l’Azienda USL di Ferrara ha attivato nel 2008 il programma “L’esercizio fisico è medicina” che prevede la prescrizione di attività fisica a persone con malattie sensibili all’esercizio fisico e la misura dell’attività fisica effettivamente svolta mediante l’uso del contapassi.