

CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

Allegato A del “Documento di Programmazione e Coordinamento dei Servizi Sanitari e Sociosanitari per l’anno 2015 dell’ASL di Cremona”

Approvato con Delibera n° 55 del 29.01.2015

INDICE

1.	Analisi del contesto territoriale ed epidemiologico.....	2
1.1	Dati socio-demografici ed epidemiologici della provincia di Cremona.....	2
1.1.1	Il profilo demografico.....	2
1.1.2	Il contesto sociale ed economico.....	9
1.1.3	L'ambiente.....	13
1.1.4	Analisi della mortalità nella provincia di Cremona.....	16
1.1.5	La mortalità evitabile.....	28
1.1.6	Analisi delle patologie croniche nella provincia di Cremona.....	38
1.1.7	La patologia oncologica nella provincia di Cremona.....	42
1.2	Analisi dei comportamenti a rischio.....	64
1.2.1	Fumo.....	64
1.2.2	Alcol e sostanze stupefacenti.....	68
1.2.3	Incidenti stradali.....	71
1.2.4	Gioco d'azzardo patologico.....	74
1.2.5	Sedentarietà e alimentazione scorretta.....	76
1.2.6	HIV+ e AIDS.....	80
1.3	Altri temi di interesse per interventi di prevenzione.....	82
1.3.1	Adesione agli screening e patologie tumorali.....	82
1.3.2	Altre malattie infettive di interesse particolare.....	89
1.3.3	Infortuni sul lavoro.....	91
1.3.4	Incidenti domestici.....	93
1.3.5	Famiglie e adolescenti oggi.....	95
1.3.6	I comportamenti a rischio per morsi e aggressioni da parte di animali	97
2.	Analisi dei consumi.....	100
2.1	Indicatori di offerta	100
2.2	Indicatori di consumo	106
2.2.1	Consumo sanitario.....	106
2.2.2	Consumo socio-sanitario.....	116

1. ANALISI DEL CONTESTO TERRITORIALE ED EPIDEMIOLOGICO

PREMESSA

Abitudini e stili di vita costituiscono fattori di rischio nell'insorgenza di numerose malattie. I dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, negli ultimi 50 anni hanno registrato un miglioramento delle condizioni sanitarie nella popolazione mondiale, mai conseguito in tutta la precedente storia dell'umanità, grazie soprattutto all'evoluzione scientifica, all'innovazione dei servizi sanitari e al miglioramento delle condizioni economiche. Ciò risulta ancor più evidente nei paesi industrializzati, in cui il rapporto tra fattori di rischio, intesi sia come qualità dell'ambiente di vita e di lavoro collettivo che come stile di vita individuale, e lo stato di salute e qualità di vita della popolazione, rappresenta a tutt'oggi un criterio per orientare le scelte di politica sanitaria, sempre più focalizzate su strategie di prevenzione (ad esempio, programmi di screening) e modifica di fattori comportamentali (ad es., campagne di informazione e sensibilizzazione).

Proprio in relazione a questi ultimi, l'OMS ha rilevato che il 50% delle malattie negli uomini e il 25% nelle donne nei paesi occidentali siano legati a fattori comportamentali.

La sfida che gli attori chiamati oggi ad operare nell'ambito della prevenzione nella comunità di riferimento consiste proprio nella capacità di programmare azioni ed interventi che sappiano determinare negli individui quei cambiamenti culturali che rappresentano il presupposto per l'adozione di comportamenti funzionali alla tutela della salute.

Appare dunque evidente l'importanza di condurre in modo accurato i processi di analisi e diagnosi di contesto che, basandosi sulla raccolta e l'interpretazione dei dati epidemiologici e sociali di un territorio, sappiano far emergere i bisogni espressi ed inespressi di un gruppo di soggetti al fine di individuare le possibili risposte ai problemi di salute rilevati, attuabili attraverso un approccio sempre più partecipato, intersettoriale e multidisciplinare.

1.1 DATI SOCIO-DEMOGRAFICI ED EPIDEMIOLOGICI DELLA PROVINCIA DI CREMONA

1.1.1 IL PROFILO DEMOGRAFICO

La provincia di Cremona è articolata in 3 distretti, ha una superficie di Km² 1.770 con una densità di 205 abitanti/km², e comprende 115 Comuni per un bacino di utenza (popolazione residente) al 31.12.2013 pari a 362.141 unità, di cui 184.684 femmine (51,0%) e 177.467 maschi (49,0%).



Distretto di Casalmaggiore

Estensione 364.45 Km².
20 Comuni 39.677 abitanti

Distretto di Crema

Estensione 572.55 Km².
48 Comuni 163.935 abitanti

Distretto di Cremona

Estensione 832.98 Km².
47 Comuni 158.529 abitanti

In ambito regionale, Cremona registra circa il 4% dei residenti lombardi, al pari di Mantova, seguita solo da Lecco col 3% degli abitanti e da Lodi e Sondrio, entrambe col 2%

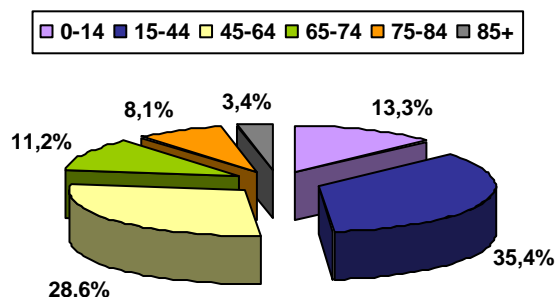
Come evidenziato dai dati del censimento del 2011, la popolazione di Cremona si caratterizza, a livello regionale, per una bassa natalità (meno di noi in Lombardia solo Sondrio e Pavia), ed una più elevata presenza di popolazione anziana.

Tra gli indici demografici, di particolare interesse è l'indice di vecchiaia (rapporto percentuale tra la popolazione con 65 anni e oltre e quella con meno di 15 anni) che nella provincia di Cremona registra, insieme alla provincia di Pavia, i valori più alti a livello regionale. La struttura della popolazione si riflette anche nel crescente carico sociale ed economico che pesa sulla popolazione in età lavorativa; questo si osserva pressoché in tutte le province, ma con profili diversi. In provincia di Cremona infatti l'indice di dipendenza totale nel 2013 è pari al 56,3%, di cui il 20,9% è giovanile.

Da rilevare infine, nel 2013, il saldo attivo della popolazione residente (n = +329), legato ad un saldo migratorio positivo (+1.333 unità) di entità superiore al saldo naturale negativo (-1.004 unità). Tale dato è tuttavia marcatamente inferiore rispetto al 2012, anno nel quale si era registrato un saldo naturale dello stesso ordine di grandezza (-1.000 unità) a fronte di un'impennata del saldo migratorio (+5.231 unità), per un complessivo saldo attivo di 4.231 residenti.

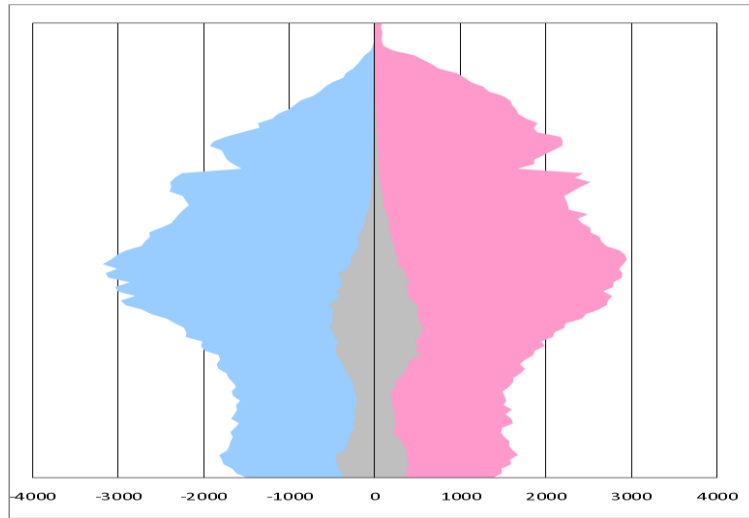
Distribuzione della popolazione residente al 31.12.2013, per età, per Distretto

	0-14 anni	15-64 anni	65+ anni	Totale Distretto
Numero abitanti				
Distretto Casalmaggiore	5.336	25.037	9.304	39.677
Distretto Cremona	20.037	99.345	39.147	158.529
Distretto Crema	22.960	107.341	33.634	163.935
Totale ASL	48.333	231.723	82.085	362.141
Distribuzione percentuale				
Distretto Casalmaggiore	13%	63%	23%	11%
Distretto Cremona	13%	63%	25%	44%
Distretto Crema	14%	65%	21%	45%
Totale ASL	13%	64%	23%	100%

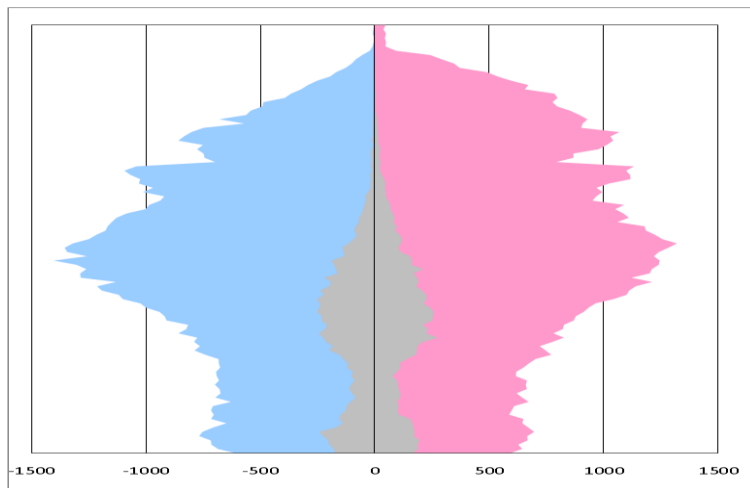


Piramidi dell'età al 31/12/2013 (in grigio i soggetti nati all'estero)

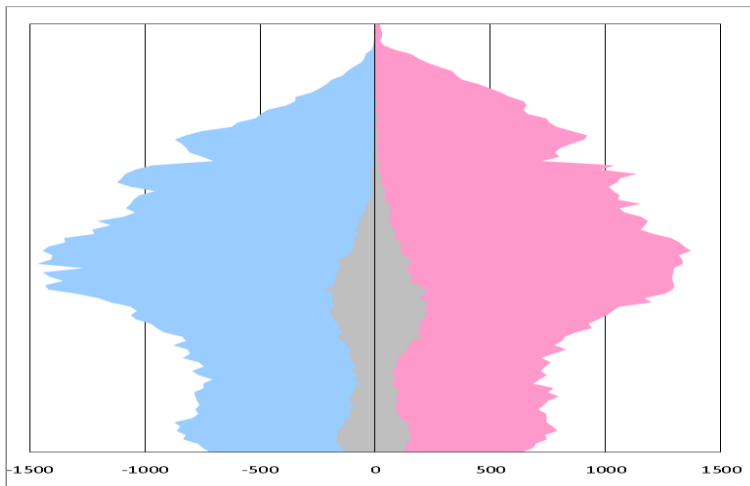
Provincia di Cremona



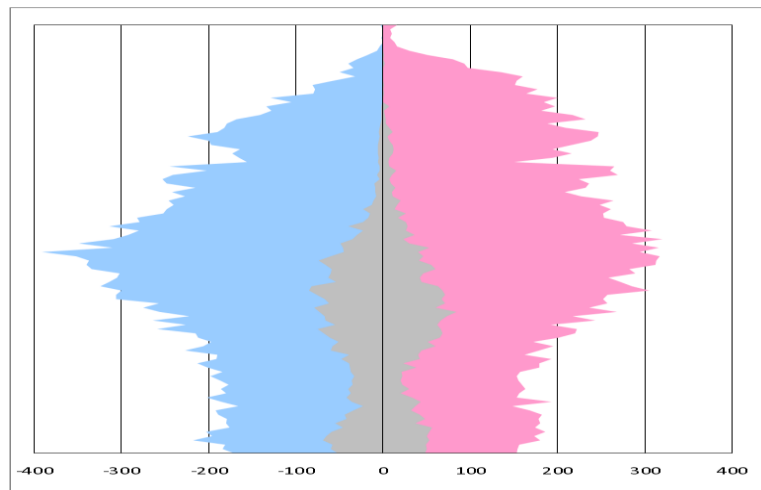
Distretto di Cremona



Distretto di Crema



Distretto di Casalmaggiore

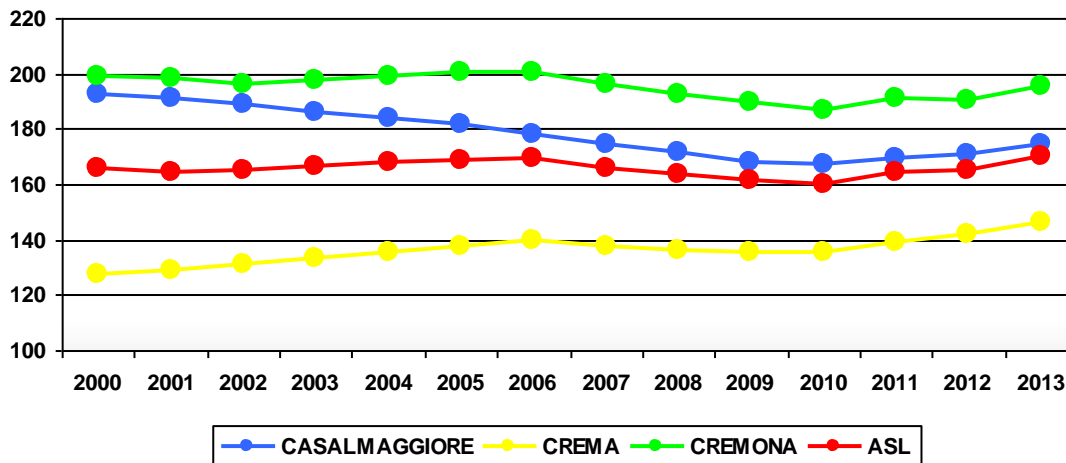


Indici demografici, per Distretto

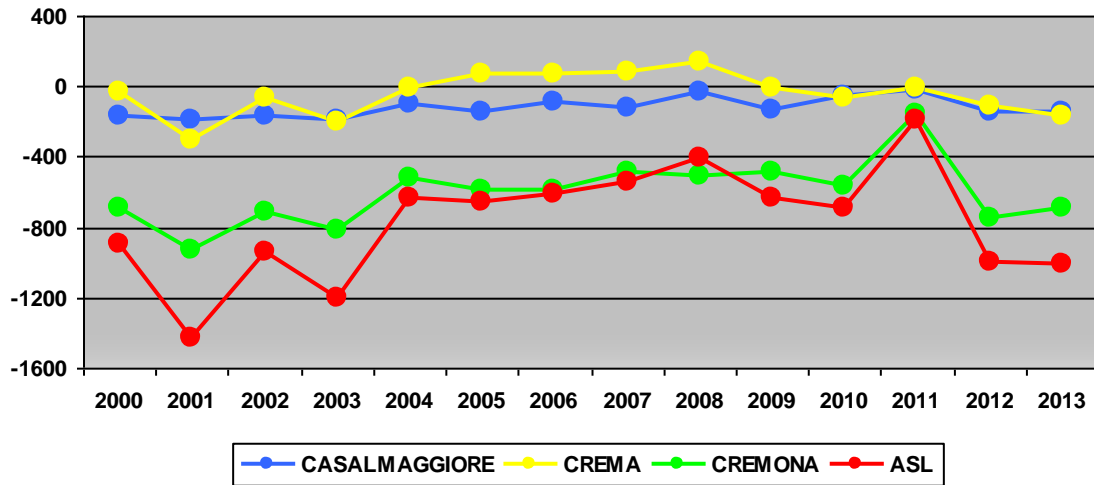
Indice	Casalmaggiore	Cremona	Crema	Totale ASL
Età media	44,8	45,8	43,5	44,6
Dipendenza (carico sociale)	58,5	59,6	52,7	56,3
Ricambio pop. attiva	134,5	150,5	141,7	144,6
Struttura pop. attiva	128,0	137,9	129,8	133,0
Dipendenza giovanile	21,3	20,2	21,4	20,9
Natalità	8,3	7,6	8,4	8,0
Fecondità	40,4	36,7	38,0	37,7
Saldo naturale	-147	-687	-170	-1.004
Saldo migratorio	85	-446	1.694	1.333

Andamento dei principali indici demografici

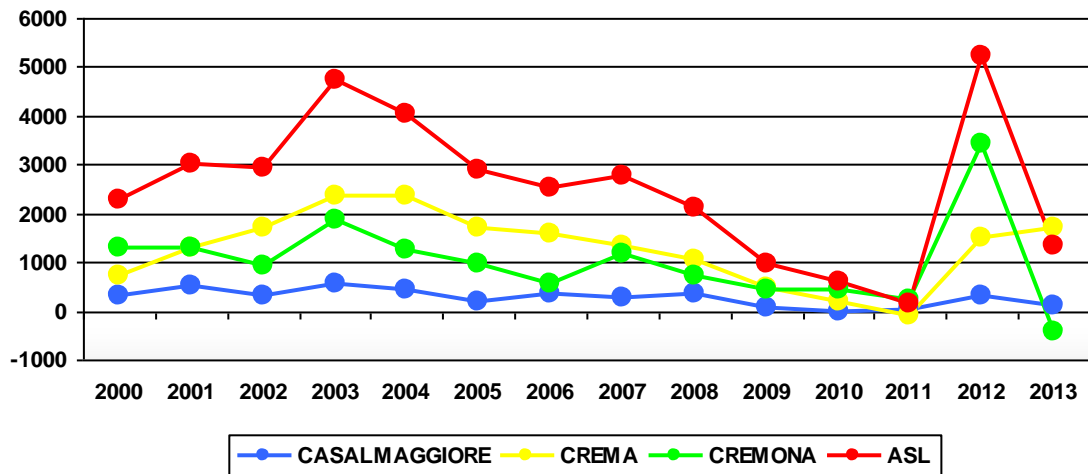
Indice di vecchiaia



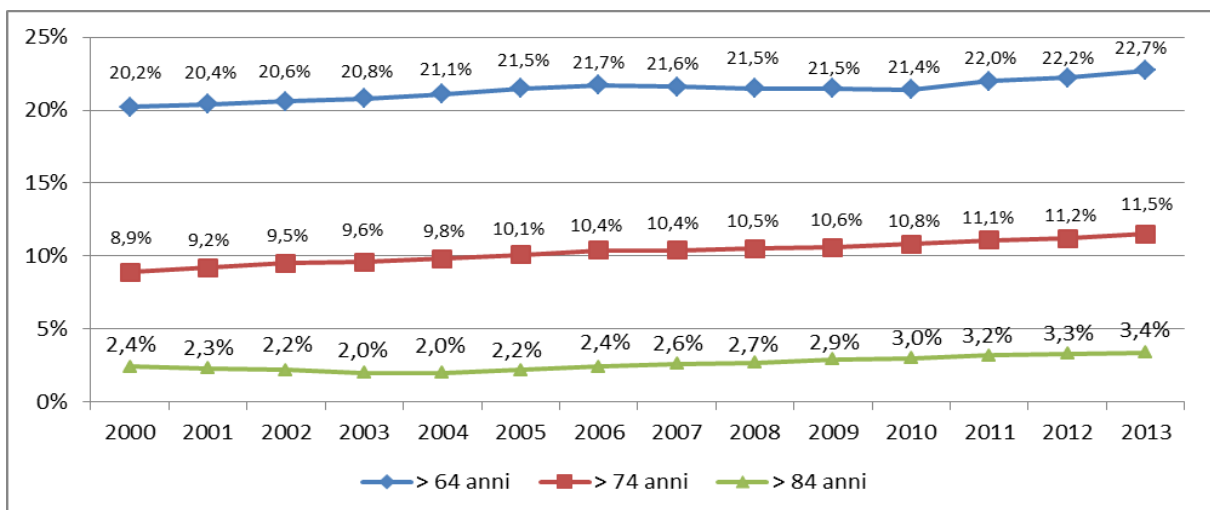
Saldo naturale



Saldo migratorio



Andamento della popolazione nelle fasce di età avanzate



Stranieri

Secondo l'ISTAT, al 1 gennaio 2013 la popolazione straniera residente in Lombardia era di 1.028.663 unità (+8% rispetto al 2012), corrispondente al 10,5% di tutti i residenti; in Italia la popolazione straniera è pari al 7,4% di tutti i residenti, mentre il dato incrementale di tendenza è sensibilmente superiore a quello lombardo (+8,2%).

Gli stranieri residenti a Cremona ammontavano a 40.901 unità, l'11,3% di tutti i residenti (la nona tra le province italiane) con un incremento del 10,5% rispetto al 2012 (il più elevato in Lombardia); il tasso migratorio si assesta su valori inferiori alla media lombarda e italiana. Il 44,6% degli stranieri viene dal continente europeo (25,3% dalla Romania e 9,4% dall'Albania), il 27,2% dall'Africa (per lo più dal Marocco con il 12% del totale) ed il 23,3% dal continente asiatico (in testa l'India, primo tra i paesi di provenienza extraeuropei, con il 17,7%).

Le tabelle ed i grafici successivi descrivono riportano in modo più articolato questi ed altri indicatori demografici per Cremona e le altre province lombarde.

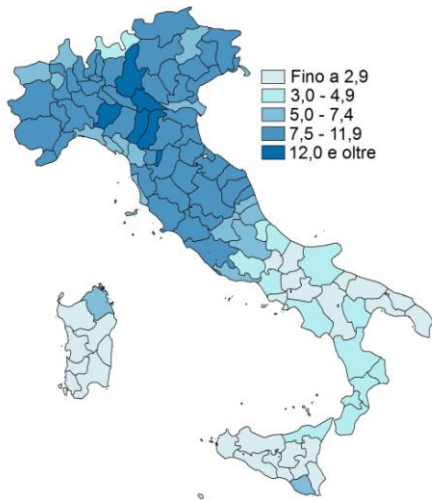
Stranieri residenti per sesso, provincia e regione al 1° gennaio 2013

Provincia	M		F		Totale	Var.2103/ 2012
	N	%	N	%	N	%
Cremona	20.397	49,9	20.504	50,1	40.901	10,5
Milano	170.825	47,7	187.496	52,3	358.321	10,3
Monza e della Brianza	31.175	47,4	34.617	52,6	65.792	10,2
Pavia	24.236	47,5	26.782	52,5	51.018	9,0
Como	21.981	47,2	24.592	52,8	46.573	8,8
Sondrio	3.757	44,6	4.660	55,4	8.417	7,3
Lodi	11.999	49,3	12.336	50,7	24.335	7,2
Lecco	13.569	49,9	13.636	50,1	27.205	7,1
Mantova	26.570	50,2	26.324	49,8	52.894	6,4
Varese	33.215	47,1	37.351	52,9	70.566	6,1
Bergamo	61.096	51,1	58.516	48,9	119.612	5,7
Brescia	82.270	50,5	80.759	49,5	163.029	4,6
Lombardia	501.090	48,7	527.573	51,3	1.028.663	8,0
Italia	2.059.753	46,9	2.327.968	53,1	4.387.721	8,2

Stranieri residenti in Italia al 1° gennaio 2013: prevalenza e tasso di crescita naturale e migratorio

PROVINCE	% sulla popolazione residente	% sul totale stranieri residenti in Italia	% di nati stranieri sul totale dei nati	Tasso di crescita naturale	Tasso migratorio interno	Tasso migratorio estero	Tasso migratorio
Brescia	13,1	3,7	29,4	21,5	-3,3	38,0	34,7
Mantova	12,9	1,2	29,9	20,0	0,5	55,7	56,1
Milano	11,7	8,2	22,7	18,2	3,2	74,9	78,1
Cremona	11,3	0,9	25,3	18,8	4,5	43,7	48,2
Bergamo	10,9	2,7	24,8	22,2	1,9	40,9	42,8
Lodi	10,8	0,6	24,4	21,0	7,3	53,3	60,6
Pavia	9,5	1,2	22,7	19,7	3,8	56,1	59,9
Varese	8,0	1,6	17,2	18,4	7,6	47,3	54,9
Lecco	8,0	0,6	18,7	21,1	-0,5	50,0	49,5
Como	7,9	1,1	16,8	19,4	-2,2	48,5	46,3
Monza e Brianza	7,7	1,5	16,0	19,6	8,2	61,2	69,4
Sondrio	4,6	0,2	10,4	18,5	7,6	64,5	72,1
Lombardia	10,5	23,4	22,5	19,7	2,3	56,6	58,9
Italia	7,4		15,0	17,6	2,3	67,1	69,3

Stranieri residenti al 1° gennaio 2013 per provincia (per 100 residenti)

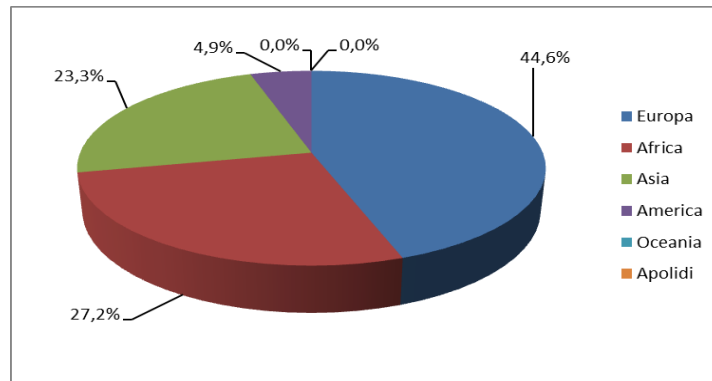


Rank province in Italia	% Stranieri residenti
1. Prato	14,7
2. Piacenza	13,5
3. Brescia	13,1
4. Mantova	12,9
5. Reggio Emilia	12,6
6. Modena	12,4
7. Parma	11,7
8. Milano	11,7
9. Cremona	11,3
10. Treviso	11,2

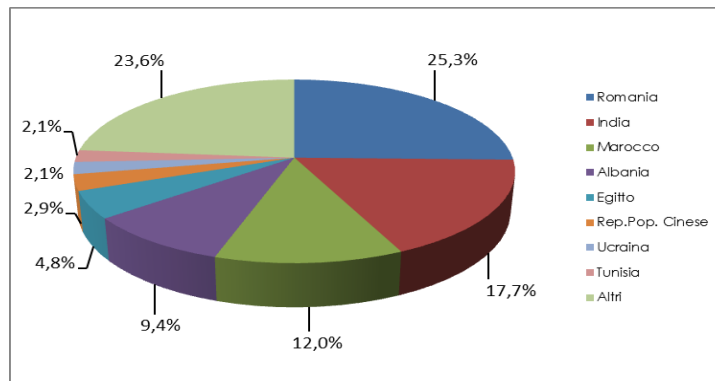
Andamento degli stranieri residenti nella provincia di Cremona - 2013



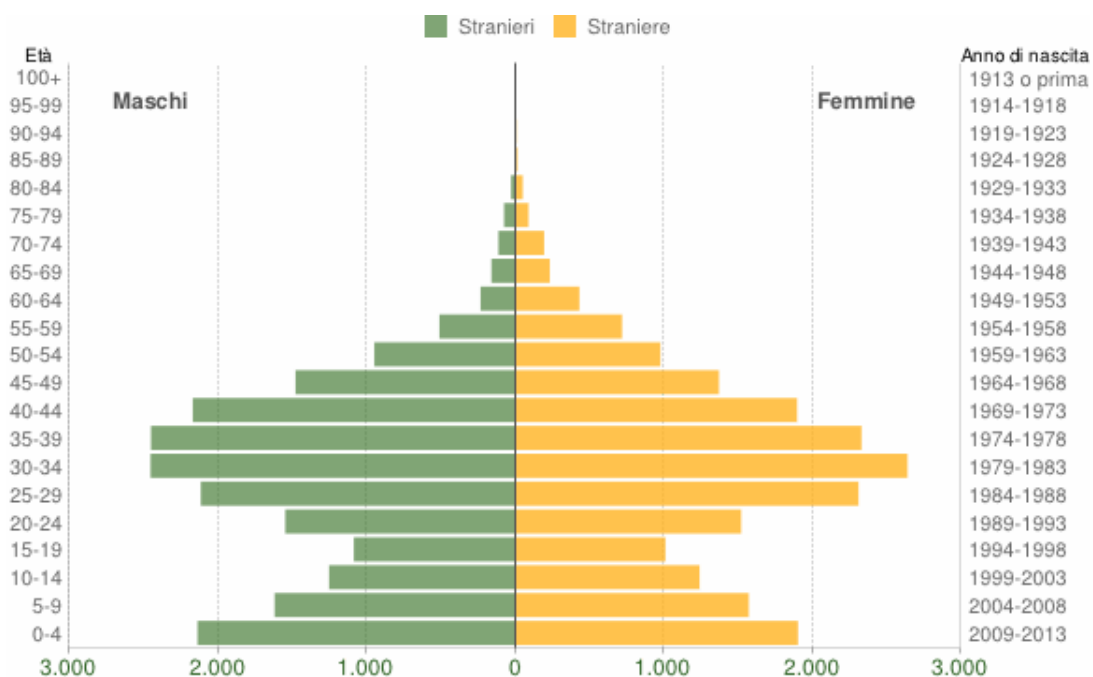
Distribuzione degli stranieri residenti nella provincia di Cremona per continente di provenienza - 2013



Distribuzione degli stranieri residenti nella provincia di Cremona per nazione di provenienza - 2013



Piramide dell'età della popolazione straniera residente in provincia di Cremona al 1° gennaio 2013



La provincia di Cremona è caratterizzata da:

- indice di vecchiaia molto elevato
- elevata incidenza percentuale di residenti stranieri
- popolazione più giovane nel cremasco rispetto al cremonese ed al casalasco

1.1.2 IL CONTESTO SOCIALE ED ECONOMICO

Le forze di lavoro cremonesi stimate per il 2013 ammontano a 166.500 individui; la percentuale di forze lavoro sul totale della popolazione in età lavorativa è pari al 69%, sensibilmente inferiore al dato lombardo (70,7%). Il tasso di occupazione (gli occupati nella popolazione tra 15 e 64 anni) è nella provincia di Cremona al 62,8%, al quart'ultimo posto tra le province lombarde.

Il tasso di disoccupazione è stato stimato dell'ISTAT all'8,8% (la media regionale è 8,1%), in crescita rispetto al 6,8% del 2012 e tra i più alti dopo Mantova e Lodi, con un totale di 14.700 disoccupati (circa metà dei quali stranieri), 3.400 in più del 2012.

La struttura occupazionale cremonese riflette la vocazione agricola, con una quota del 3,8% sul totale degli occupati contro l'1,5% medio regionale. Il comparto manifatturiero mantiene una quota occupazionale di rilievo (28%), mentre resta inferiore al dato regionale l'occupazione nelle attività del terziario (61% contro il 66% lombardo).

Nel contesto lombardo, se si analizza il numero di occupati per settore (Fonte: Annuario Statistico Regionale), Cremona è al:

- 4° posto in questo settore, dopo Brescia, Mantova e Bergamo (al 5° posto nel 2011) con un reddito (in valore assoluto) generato da agricoltura e zootecnia pari a 454 milioni di euro a prezzi correnti (il 15% del valore aggiunto agricolo regionale)

- 10° posto nel settore dell'industria, seguita solo da Lodi e Sondrio; (8° posto nel 2011)
- 9° posto nel settore dei servizi, seguita da Lecco, Lodi e Sondrio (7° posto nel 2011)
- 8° posto nel settore costruzioni, a pari merito con Mantova e seguita da Lecco, Sondrio e Lodi (al penultimo posto nel 2011).

Nei confronti con le altre province lombarde e con il dato globale regionale, la provincia di Cremona conferma pertanto ancora una volta la sua tradizionale vocazione agro-zootecnica; le altre "specializzazioni" cremonesi sono molto deboli e riguardano settori cosiddetti tradizionali come le costruzioni, il commercio al dettaglio e i pubblici esercizi.

Al 31 dicembre 2013 le imprese attive registrate presso la Camera di commercio di Cremona erano 27.450 - quasi 500 in meno rispetto al 2012 (-1,8%) e oltre 800 in meno rispetto al 2010 (-2,9%). In generale, negli ultimi anni si osserva una riduzione costante delle aziende agricole, delle imprese manifatturiere e del commercio, mentre crescono i servizi alle persone ed alle imprese; è particolarmente colpito il comparto dell'edilizia, che nel 2013 registra una flessione del 3,4% (vedi tabella seguente).

Imprese attive e tassi demografici stimati nel 2013

Sezione di attività economica ATECO 2007	Attive	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Tasso di crescita
Agricoltura, silvicoltura pesca	4.258	3,7	5,3	-1,7
Estrazione di minerali da cave e miniere	11	1,7	0,2	+1,5
Attività manifatturiere	3.118	4,2	5,4	-1,2
Fornitura di energia elettrica e gas	59	1,7	3,5	-1,8
Fornitura di acqua; gestione dei rifiuti	34	1,7	5,6	-3,9
Costruzioni	4.949	5,9	9,2	-3,4
Commercio; riparazione autoveicoli	6.406	6,7	7,1	-0,4
Trasporto e magazzinaggio	762	3,2	5,1	-2,0
Attività dei servizi alloggio e ristorazione	1.789	8,3	8,1	+0,2
Servizi di informazione e comunicazione	464	6,8	5,9	+0,9
Attività finanziarie e assicurative	648	9,4	7,0	+2,4
Attività immobiliari	1.484	3,1	4,0	-0,9
Attività professionali, scientifiche, tecniche	761	6,7	8,5	-1,9
Servizi di supporto alle imprese	669	11,1	7,3	+3,8
Istruzione	106	6,0	6,2	-0,2
Sanità e assistenza sociale	193	2,7	2,6	+0,1
Attività artistiche e d'intrattenimento	356	8,3	5,8	+2,5
Altre attività di servizi	1.377	6,3	5,2	+1,1
Totale	27.450	5,5	6,5	-1,0

Fonte: InfoCamere - Imprese attive al 31 dicembre.

In particolare, per quanto riguarda il comparto agro-zootecnico provinciale e le attività correlate di pertinenza dell'ASL in ambito veterinario, nell'anno 2014 risultavano:

- 1.524 allevamenti bovini e bufalini per 292.182 capi allevati,
- 415 allevamenti suini per 887.143 capi (esclusi allevamenti per autoconsumo),
- 292 allevamenti ovicaprini per 10.110 capi,
- 195 allevamenti avicoli per 4.214.436 capi,
- 142 apicoltori per 3.199 alveari
- 31 allevamenti cunicoli per 16.861 capi,
- 767 allevamenti equidi per 2.521 capi

Per quanto riguarda l'industria di macellazione nell'anno 2013 sono stati macellati:

- 20.952 bovini adulti
- 465 vitelli
- 11 equidi
- 67.673 suini < 25 Kg
- 1.546.427 suini > 25 Kg
- 1492 ovicaprini
- 4.449 conigli
- 11.699.139 avicoli

Il latte prodotto annualmente negli allevamenti della provincia ammonta a 11.229.800 quintali (campagna 2013/2014; +0,14% rispetto all'anno precedente) e corrisponde al 10% della produzione nazionale. I quantitativi di prodotti a base di latte lavorati negli stabilimenti del territorio e sottoposti a vigilanza veterinaria permanente sono 9.509.565 quintali.

Le strutture sotto controllo del servizio Veterinario ASL inerenti la filiera alimentare (industriali e non) sono 913, mentre quelle non alimentari sono 548.

Industrie del settore alimentare

Le imprese del settore alimentare (alimenti non di origine animale) presenti nel territorio dell'ASL di Cremona sono oltre 4000; la ristorazione pubblica è molto rappresentata con più di 2.000 attività registrate.

La realtà produttiva del territorio è caratterizzata dalla presenza di imprese alimentari di piccole/medie dimensioni che commercializzano i prodotti principalmente a livello locale e regionale. Solo una parte di queste estende l'attività anche a livello nazionale, comunitario ed extracomunitario: trattasi di imprese di grosse dimensioni che operano nell'ambito della produzione di oli e grassi vegetali (oli di semi, margarine, etc.), pasta, prodotti da forno, pomodori in scatola e sughi, cioccolato e prodotti dolciari, importazione e tostatura frutta secca ed altro ancora.

Impianti a biogas

Caratteristica emergente del territorio delle province dell'area sud della Lombardia sono gli impianti a biogas. Al giugno 2010 sul territorio cremonese erano attivi 36 impianti alimentati da fonti rinnovabili, contro i 29 alla stessa data del 2009 ed i 17 del 2008. A settembre 2013 se ne contavano 140 più 27 in costruzione, con produzione oltre 313 GWh di potenza e record nazionale di impianti autorizzati. Queste realtà produttive richiedono costante attenzione, vista la loro recente introduzione.

Il recente capitolo REACH-CLP pone di nuovo, sia pure limitatamente all'aspetto della commercializzazione delle sostanze chimiche, il focus sui rischi delle nuove sostanze che impattano anche sulla vita quotidiana dei cittadini, anche al di fuori dello status di lavoratore e consumatore, aprendo una ulteriore fronte d'attenzione.

Edilizia

L'edilizia residenziale non rappresenta nella nostra Provincia, ancora dotata di ampi spazi (densità abitativa di 205 abitanti/Km²), una criticità relativamente a problematiche di sovraffollamento o igienico-sanitarie.

Qualità di vita

La classifica delle città italiane per qualità di vita (Il Sole 24 Ore) rappresenta un buon indice di valutazione, riferendosi ad indici quali smog, motorizzazione, rifiuti, raccolta differenziata, depurazione, trasporti pubblici, energia pulita, ovvero un pattern indicativo

delle condizioni ambientali che hanno impatto sulla salute ed a cui la sanità pubblica è chiamata a guardare per orientare le attività.

La provincia di Cremona è passata dal 51° posto del 2012 al 34°. L'analisi annuale basata su 36 indicatori vede al primo posto Trento, al secondo Bolzano, al terzo Bologna, all'ultimo Napoli. Meglio di Cremona, tra le province limitrofe, c'è Piacenza (17° posto) e Bergamo (33°); a seguire Mantova (38°), Brescia (53°) e Lodi (65°).

Indice di deprivazione

Esistono differenti indici per una definizione sintetica dello stato socioeconomico; tra questi è comunemente adottato in epidemiologia l'indice di deprivazione nazionale italiano derivato dai dati del censimento 2001, che è un indicatore sintetico derivato dalla combinazione di indicatori demografici e sociali disponibile su base censuaria.

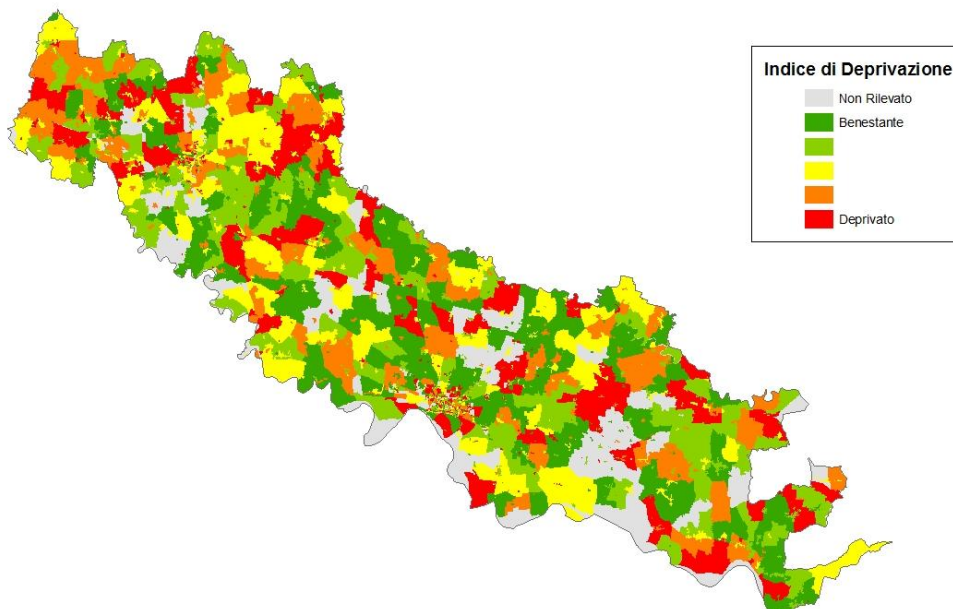
In particolare, vengono considerati i seguenti elementi:

- % di popolazione con istruzione pari o inferiore alla licenza elementare;
- % di popolazione attiva disoccupata o in cerca di prima occupazione;
- % di abitazioni occupate in affitto;
- % di famiglie monogenitoriali con figli dipendenti conviventi;
- % densità abitativa (numero di occupanti per 100 m²).

Utilizzando i dati del censimento 2001 è stato calcolato l'indice di deprivazione nella provincia di Cremona, ottenendo una variabile ordinale con 5 livelli, da "benestante", corrispondente al primo quintile, a "deprivato", corrispondente all'ultimo quintile della distribuzione; i risultati relativi alla distribuzione dei quintili sono riportati nella mappa seguente.

Il dato, pur se non disponibile per alcuni comuni, offre un quadro a macchia di leopardo dello stato socio-economico dei residenti sul territorio provinciale, evidenziando qualche area di criticità nella parte alta del cremasco.

Distribuzione dell'indice di deprivazione nella provincia di Cremona



La provincia di Cremona è caratterizzata da:

- forte connotazione agricolo-zootecnica
- distribuzione a macchia di leopardo delle aree "deprivate", con una sensibile concentrazione nella parte alta del cremasco

1.1.3 L'AMBIENTE

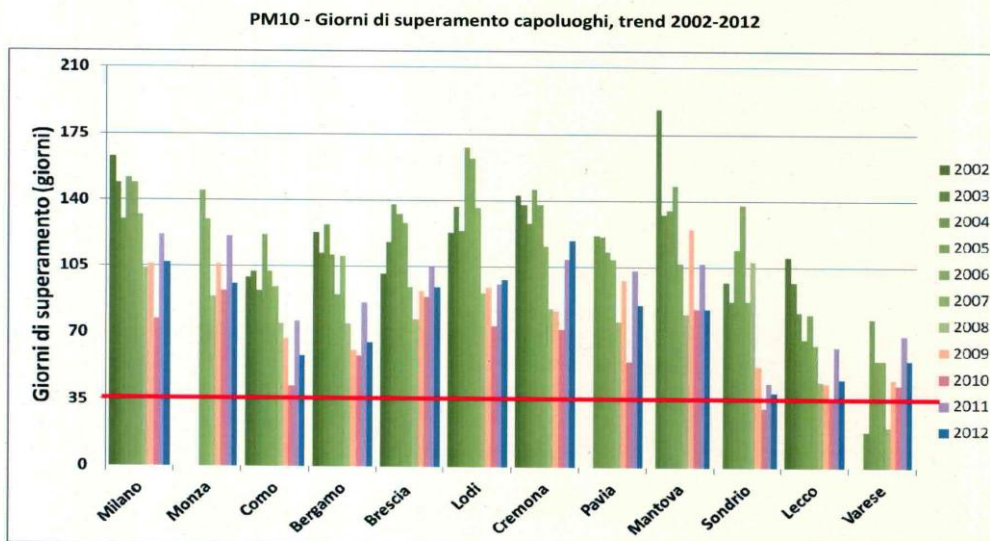
Abbiamo visto nella sezione precedente come la classifica delle città italiane per qualità di vita rappresenti un buon indice di valutazione, riferendosi ad indici quali smog, motorizzazione, rifiuti, raccolta differenziata, depurazione, trasporti pubblici, energia pulita, ovvero un pattern indicativo delle condizioni ambientali. Nell'ultimo rapporto edito da Legambiente Cremona figura, tra le piccole città, al 16° posto (all'11° posto sulle 44 piccole città capoluogo di provincia nel 2011), preceduta in Lombardia da Mantova, Sondrio e Lodi.

Scendendo nel dettaglio:

Inquinamento atmosferico

Evidenze crescenti mostrano che all'esposizione a inquinanti presenti nell'ambiente di vita si possono attribuire quote non trascurabili della morbosità e mortalità per neoplasie, malattie cardiovascolari e respiratorie.

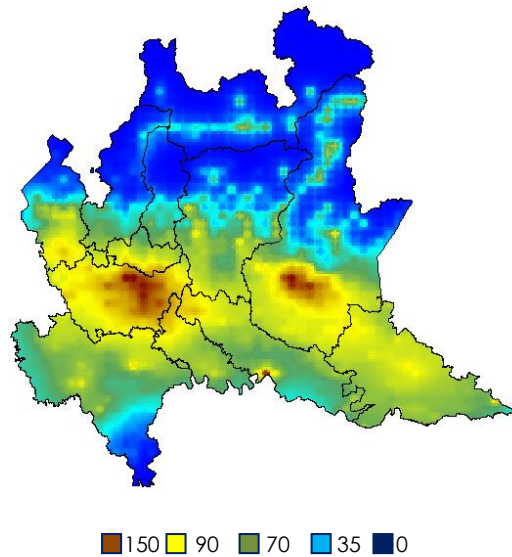
Uno degli indici più usati per valutare la qualità dell'aria è la concentrazione di PM10, la cui fonte è da ricercare nel traffico veicolare e nei processi di combustione: la tendenza nel corso degli anni è in netta riduzione, anche se la concentrazione media annua si mantiene, nel confronto con le altre province, a livelli medio-alti, in particolare nei contesti cittadini. Il D.Lgs. 155/2010 stabilisce come valore limite sulla media annua 40 µg/m3 e come valore limite giornaliero 50µg/m3 da non superarsi per più di 35 volte per anno civile



ARPA Lombardia – Settore Monitoraggi Ambientali, U.O Qualità dell'aria – Trend del PM10

Cremona capoluogo spicca negativamente per la numerosità dei giorni in cui la concentrazione supera il valore di soglia: nel 2012 quasi un giorno su tre. Ed infatti la città e pochi comuni limitrofi sono definiti, ai sensi della D.G.R 2605/11, come "pianura ad elevata urbanizzazione". Ma anche la parte nord della provincia soffre una qualità dell'aria scadente.

Distribuzione spaziale dei giorni di superamento della soglia di 50 µg/m³ sul territorio lombardo ~ 2011
 Fonte: ARPA Lombardia



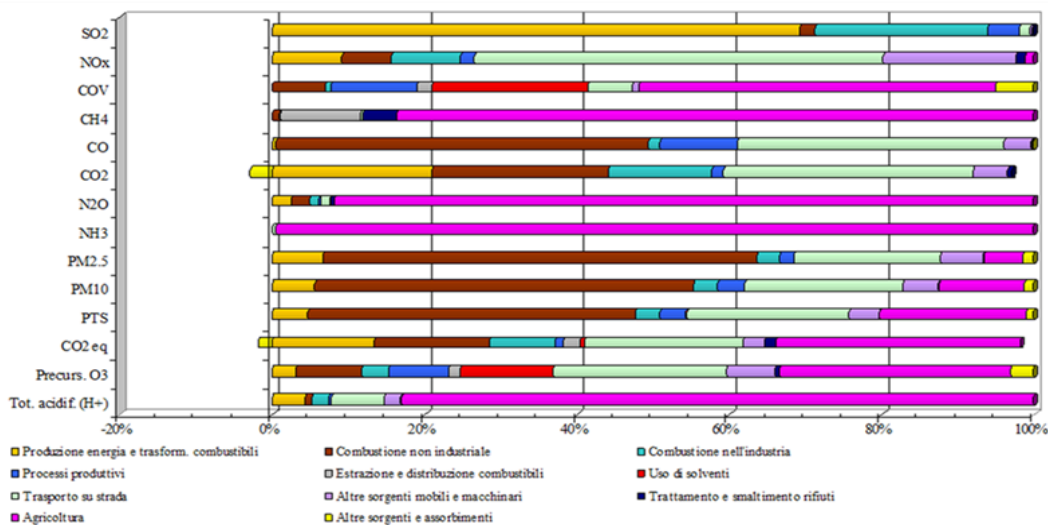
D'interesse la tipologia qualitativa delle emissioni, benchè gli ultimi dati disponibili siano del 2008 e da allora è possibile che siano intervenute variazioni di tipo quali-quantitativo:

Emissioni dei valori dei principali inquinanti nell'aria.														
Lombardia e province lombarde. Anno 2010														
	SO2	NOx	COV	CH4	CO	CO2	N2O	NH3	PM2.5	PM10	PTS	CO2 eq	Prekurs. O3	Tot. acidif. (H+)
	t/anno	t/anno	t/anno	t/anno	t/anno	kt/anno	t/anno	t/anno	t/anno	t/anno	t/anno	kt/anno	t/anno	kt/anno
Varese	1.314	14.765	16.672	25.338	24.071	5.903	314	881	1.989	2.186	2.449	6.639	37.688	414
Como	534	7.733	15.137	11.978	14.984	2.822	266	991	1.466	1.648	1.855	3.227	26.388	243
Sondrio	200	2.074	17.560	4.961	6.882	105	342	1.486	691	740	814	337	20.917	139
Milano	2.112	32.300	39.496	58.206	30.260	16.273	1.135	5.813	2.288	2.760	3.266	18.240	83.046	1.110
Bergamo	1.863	17.127	31.034	34.295	37.329	7.388	1.277	8.639	2.743	3.103	3.540	8.636	56.515	939
Brescia	3.433	24.361	51.323	104.492	41.058	8.821	3.250	28.322	2.866	3.522	4.303	12.173	87.022	2.303
Pavia	5.081	14.031	28.144	48.120	16.509	8.924	1.043	5.247	1.622	1.819	2.151	10.323	47.752	772
Cremona	1.135	8.225	18.882	44.752	13.790	2.886	2.164	19.680	1.280	1.510	1.845	4.540	31.060	1.372
Mantova	2.257	11.373	21.902	49.744	12.176	7.912	2.354	21.095	1.336	1.584	1.977	9.736	37.813	1.559
Lecco	174	3.921	9.205	5.439	7.441	1.639	130	517	694	773	868	1.834	14.882	121
Lodi	219	5.975	8.426	20.148	6.904	3.014	732	6.976	567	670	819	3.691	16.757	547
Monza e Brianza	342	8.176	12.200	11.177	9.164	3.665	167	414	827	955	1.114	4.067	23.340	213
Lombardia	18.664	150.061	269.982	418.652	220.566	69.351	13.175	100.060	18.369	21.269	25.000	83.444	483.180	9.731

Fonte: INEMAR - ARPA Lombardia(2011), INEMAR, Inventario Emissioni in Atmosfera: emissioni in Regione Lombardia nell'anno 2008 - versione finale. ARPA Lombardia Settore Aria e Agenti Fisici

Emerge il dato dell'ammoniaca (NH₃), peraltro collegato alla diffusione della zootecnia, che caratterizza la nostra provincia.

Emissioni in provincia di Cremona nel 2008 - dati finali (Fonte: INEMAR ARPA LOMBARDIA)

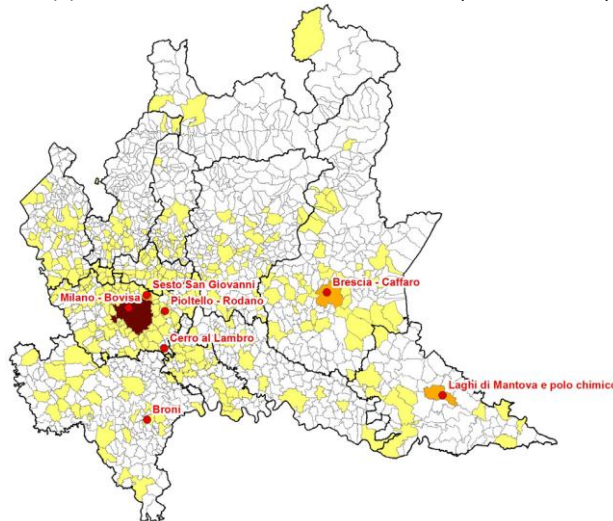


Sempre in tale contesto è da porre la presenza di 231 industrie soggette ad AIA (autorizzazione integrata ambientale) Cremona è al 4° posto per numerosità, dopo Milano, Brescia e Mantova.

Siti contaminati

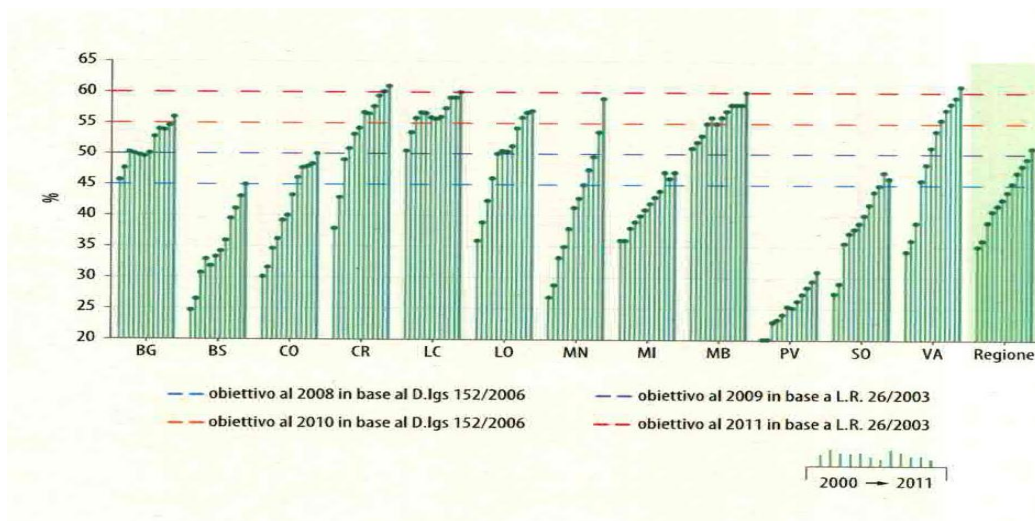
Il "Rapporto sulla qualità dell'ambiente-ARPA Lombardia -2011-2012" non ci pone in un quadro di particolare criticità nel confronto lombardo, pur essendo un problema degno di grande attenzione ed ancora sottovalutato.

Mappa siti contaminati in Lombardia (fonte. ARPA)



L'attenzione all'ambiente nel contesto cremonese è sempre molto elevata, come attestato anche sia dalla produzione giornaliera pro-capite di rifiuti urbani pari a 1,25 Kg/die, valore sotto la media lombarda, che dalla frazione di raccolta differenziata dei rifiuti urbani, pari al 60,5.

Percentuali di raccolta differenziata della province lombarde ~ 2000-2011 (Fonte: ARPA Lombardia)



Da rilevare infine lo sviluppo della produzione di bioenergia, per cui Cremona occupa il 3° posto in regione dopo Brescia e Pavia.

La provincia di Cremona è caratterizzata da:

- inquinamento dell'aria legato alla componente produttiva preminente, con picco nella città capoluogo per inquinamento da tutte le fonti
- crescente attenzione all'ambiente da parte della popolazione

1.1.4 ANALISI DELLA MORTALITÀ NELLA PROVINCIA DI CREMONA

L'analisi dei dati di mortalità 2013 mostra, come negli anni passati, un quadro della mortalità in linea con quello dei paesi industrializzati. La maggior parte dei 3.906 decessi (tasso grezzo pari a 1.079 per 100.000 abitanti) è dovuta a malattie cardiovascolari o tumori. Prima dei 45 anni prevalgono le cause di morte non naturali (traumatismi ed avvelenamenti), dai 45 ai 74 anni diventano più rilevanti i tumori mentre dai 75 anni in su le cause di morte più frequenti sono quelle cardiovascolari.

Le tabelle presentate nelle pagine successive permettono di confrontare sia i Distretti della provincia di Cremona, che quest'ultima con la Lombardia e l'Italia, relativamente alle principali cause di morte e alle principali sedi tumorali. L'analisi è stata condotta utilizzando i dati del registro di mortalità ReNCaM dell'ASL nel periodo 1998-2013.

L'esame dei tassi standardizzati (TS), che tiene conto della diversa struttura della popolazione, evidenzia nel 2013:

- mortalità generale maggiore nel distretto di Casalmaggiore (TS = 857) rispetto ai distretti di Crema (TS = 825) e Cremona (TS = 847);
- mortalità oncologica e per traumatismi ed avvelenamenti maggiore nel Distretto di Crema rispetto al resto della provincia;
- mortalità per patologie cardiovascolari più elevata nel casalasco;
- mortalità per malattie respiratorie, dell'apparato digerente e per disturbi psichici più elevata nel Distretto di Cremona.

Per quanto riguarda la mortalità oncologica, il Distretto di Crema registra tassi più elevati per i tumori del polmone e dell'apparato emolinfopoietico nei maschi e del colon-retto nelle femmine; nel casalasco si osserva un eccesso di mortalità i tumori del colon-retto nei maschi e di mammella, polmone, pancreas ed apparato emolinfopoietico nelle femmine; nel Distretto di Cremona l'incremento dei tassi riguarda i tumori dello stomaco nei maschi.

Rispetto all'andamento della mortalità nel tempo, si registra un progressivo decremento della mortalità generale e per i più importanti gruppi di cause, sostanzialmente omogeneo nei tre distretti. Fanno eccezione la mortalità per malattie del sistema nervoso - che registra un incremento in tutti i distretti - e per disturbi psichici (quest'ultima, con qualche riserva interpretativa per la variabilità e qualità dei dati ed un andamento eterogeneo tra distretti).

Per confrontare il dato provinciale con la media nazionale sono stati utilizzati i dati Istat più recenti (relativi al quadriennio 2009-2011) ed è stato calcolato il Rapporto Standardizzato di Mortalità (SMR, Standardized Mortality Ratio) tra la provincia di Cremona e l'Italia (un valore superiore a 1 identifica un eccesso di mortalità; ad esempio, un SMR pari a 1,20 individua una mortalità superiore del 20% rispetto all'Italia).

Nel triennio analizzato si è registrato, rispetto al dato nazionale, un eccesso di mortalità per tutte le cause del 5% per le femmine e del 6% per i maschi, con un eccesso in particolare della mortalità per tumore sia tra gli uomini (SMR = 1,17) che tra le donne (SMR = 1,14), imputabile soprattutto ai tumori all'apparato digerente (esofago, stomaco, fegato e pancreas). L'altra principale causa di morte, le malattie del sistema circolatorio, è più in linea

con il dato nazionale, pur registrando un eccesso di mortalità del 6% nei maschi e dell'8% nelle femmine.

Per l'analisi di confronto dell'andamento nel tempo con Lombardia e Italia, sono stati utilizzati i dati Istat relativi al periodo 1998 – 2011. In questo periodo, la mortalità è diminuita tra gli uomini più velocemente che nel resto della Lombardia e dell'Italia. Lo stesso pattern (calo più rapido tra gli uomini, in linea con la media nazionale tra le donne) lo si osserva per la mortalità cardiovascolare mentre, per quanto riguarda la mortalità oncologica, anche la mortalità tra le donne decresce più rapidamente che nel resto del paese (fa eccezione la mortalità per tumore al polmone che è in calo tra gli uomini e in aumento tra le donne).

Va infine sottolineato che i dati di mortalità devono essere valutati con cautela, soprattutto nel confronto tra Distretti, anche per alcuni limiti interpretativi relativi alle modalità di codifica e quindi all'attribuzione delle specifiche cause di morte, non sempre omogenee. In ASL è stata di recente centralizzata l'attività di codifica, che - attraverso l'utilizzo di un software dedicato e l'adozione di procedure automatizzate - dovrebbero ridurre tali disomogeneità e migliorare la qualità dei dati, che tuttavia è primariamente determinata dalla qualità della compilazione delle schede di morte.

Decessi per gruppi di cause e Distretto in provincia di Cremona, anno 2013

Causa	Cremona		Crema		Casalmaggiore		ASL	
	decessi	%	decessi	%	decessi	%	decessi	%
Malattie del sistema circolatorio	631	33	491	32	171	36	1,293	33
Tumori	615	32	522	34	143	30	1,280	33
Malattie dell'apparato respiratorio	119	6	105	7	31	7	255	7
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	121	6	92	6	21	4	234	6
Malattie dell'apparato digerente	99	5	78	5	23	5	200	5
Traumatismi e avvelenamenti	52	3	55	4	13	3	120	3
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	69	4	37	2	11	2	117	3
Disturbi psichici	55	3	35	2	7	1	97	2
Malattie infettive e parassitarie	40	2	39	3	16	3	95	2
Malattie del sistema genitourinario	42	2	19	1	24	5	85	2
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	43	2	27	2	12	3	82	2
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	11	1	5	0	2	0	18	0
Malattie del sangue, degli organi ematopoietici e dist. immunitari	3	0	8	1	0	0	11	0
Malformazioni congenite	3	0	5	0	1	0	9	0
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	3	0	3	0	0	0	6	0
Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	2	0	2	0	0	0	4	0
Totale	1,908	100	1,523	100	475	100	3,906	100

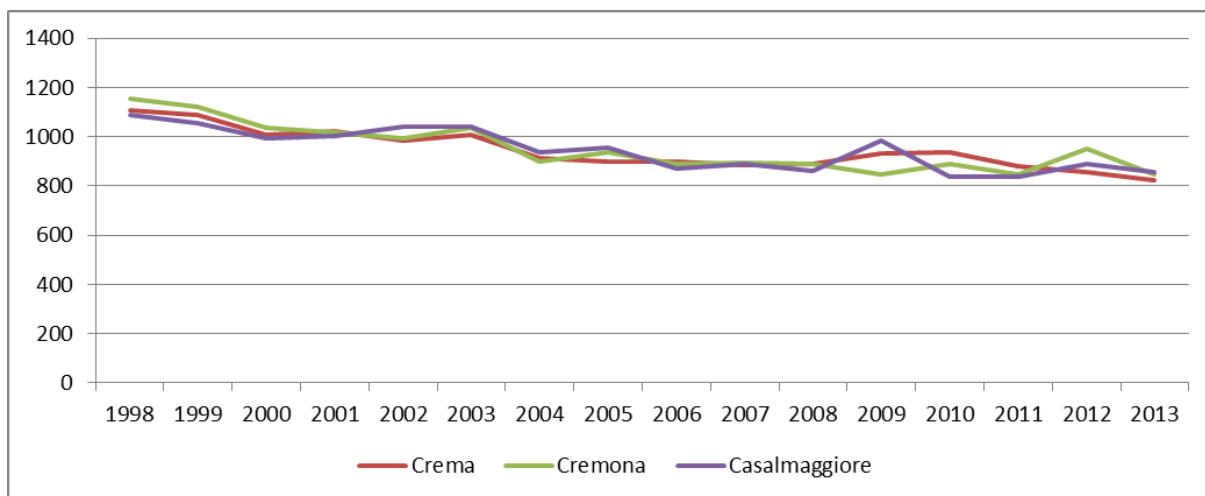
Mortalità per gruppi di cause e Distretto in provincia di Cremona, anno 2013

Causa di Morte	Cremona		Crema		Casalmaggiore		TOTALE
	TG *	TS ^	TG *	TS ^	TG *	TS ^	TG *
Malattie del sistema circolatorio	397	270	301	262	431	293	357
Tumori	387	284	320	287	360	276	354
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	75	52,6	64	56,2	78	56,9	70
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	76	51,1	56	49,2	53	35,9	65
Malattie dell'apparato respiratorio	62	43,3	48	41,5	58	38,4	55
Traumatismi e avvelenamenti	33	26,4	34	31,8	33	28,2	33
Disturbi psichici	43	28,5	23	19,5	28	18,0	32
Malattie dell'apparato digerente	35	24,3	21	19,0	18	13,9	27
Malattie infettive e parassitarie	25	17,9	24	21,0	40	28,3	26
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	26	19,1	12	10,7	60	41,4	23
Malattie del sistema genitourinario	27	18,6	17	14,5	30	20,4	23
Malattie del sistema osteomusc. e del tessuto conn.	6,9	4,8	3,1	2,7	5	3,8	5
Malattie del sangue, degli organi em. e disturbi imm.	1,9	1,3	4,9	4,3			3
Malformazioni congenite	1,9	1,9	3,1	2,9	2,5	1,6	2,5
Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	1,9	2,1	1,8	1,9			1,7
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	1,3	0,8	1,2	1,1			1,1
TOTALE	1199	847	933	825	1196	857	1079

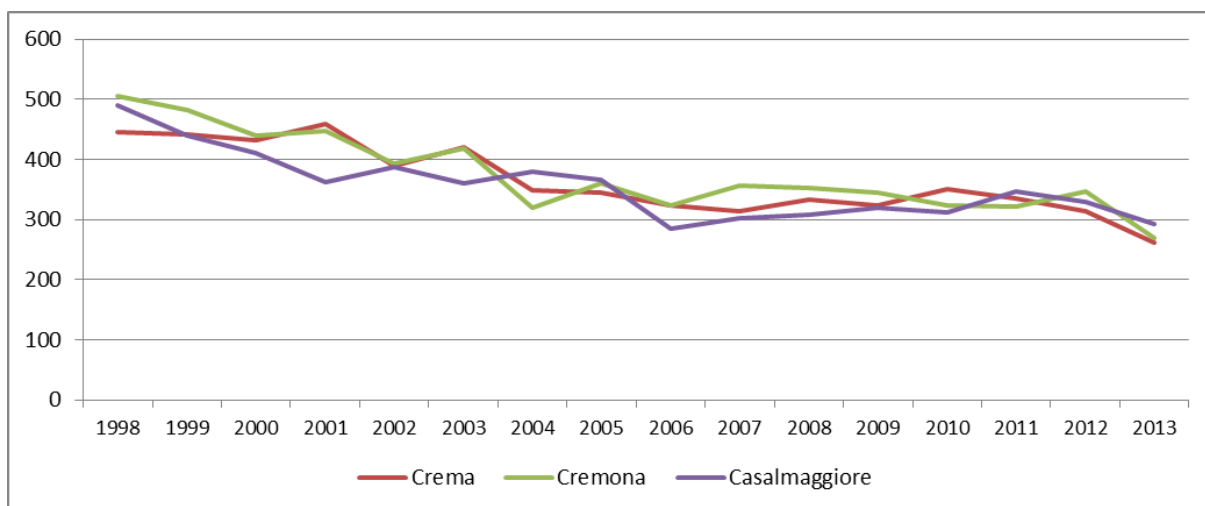
* Tasso Grezzo per 100.000 residenti

^ Tasso Standardizzato per 100.000 residenti (standard: popolazione italiana 2001)

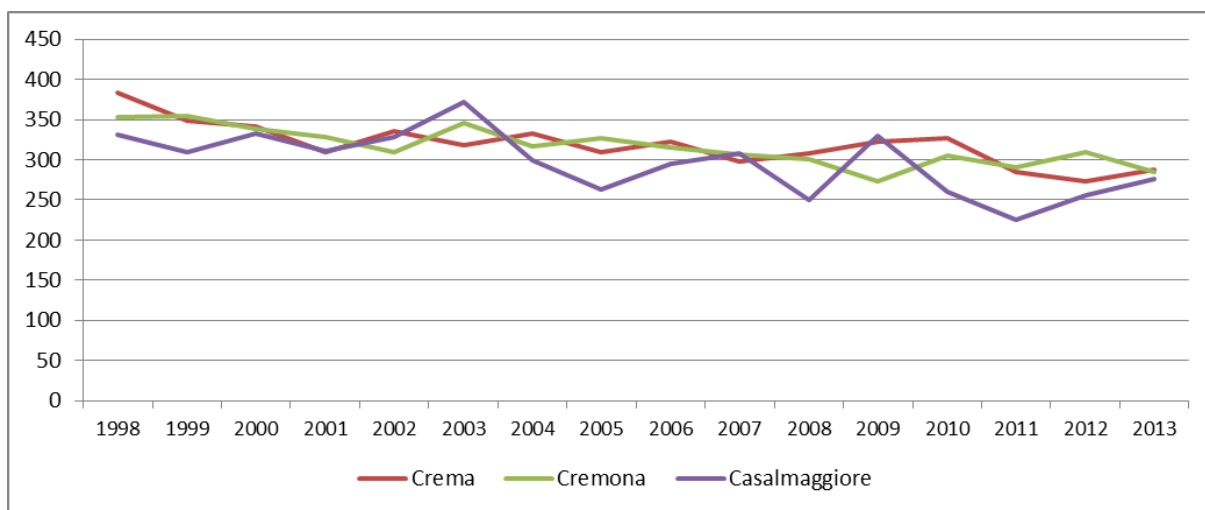
Andamento della mortalità generale 1998-2013, per Distretto



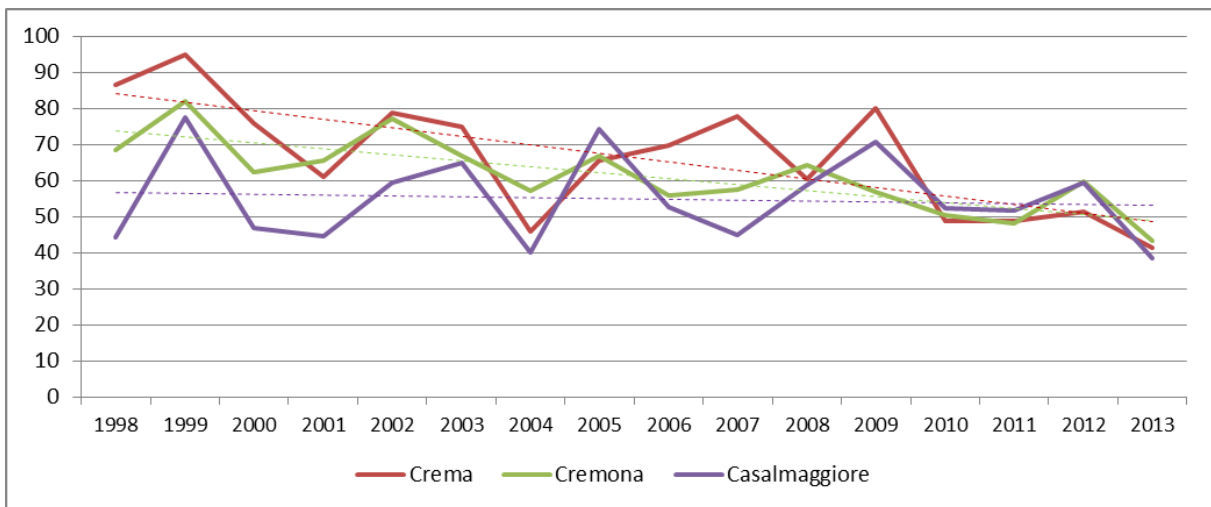
Andamento della mortalità cardiovascolare 1998-2013, per Distretto



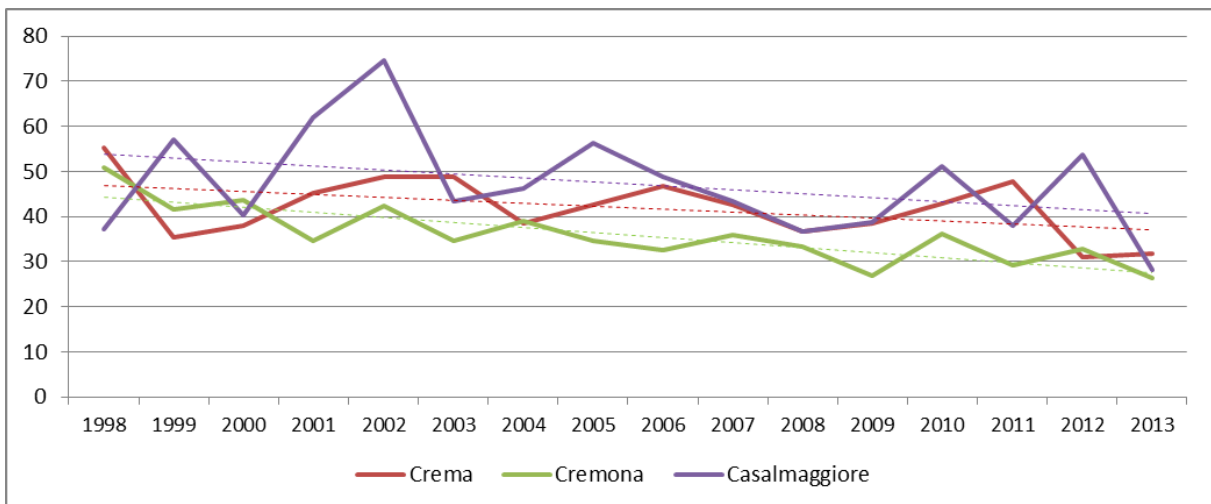
Andamento della mortalità oncologica 1998-2013, per Distretto



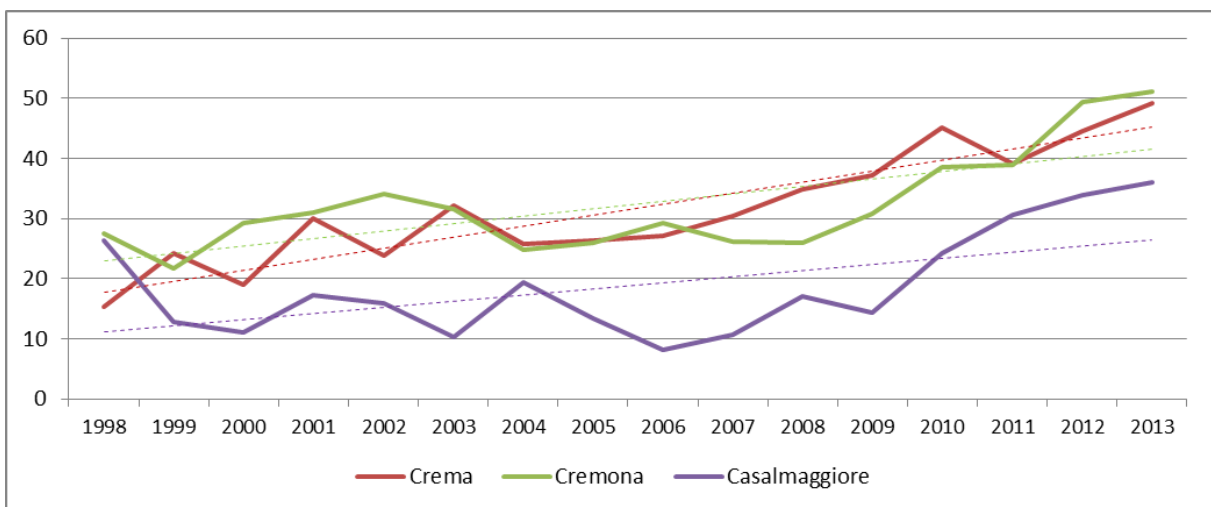
Andamento della mortalità respiratoria 1998-2013, per Distretto



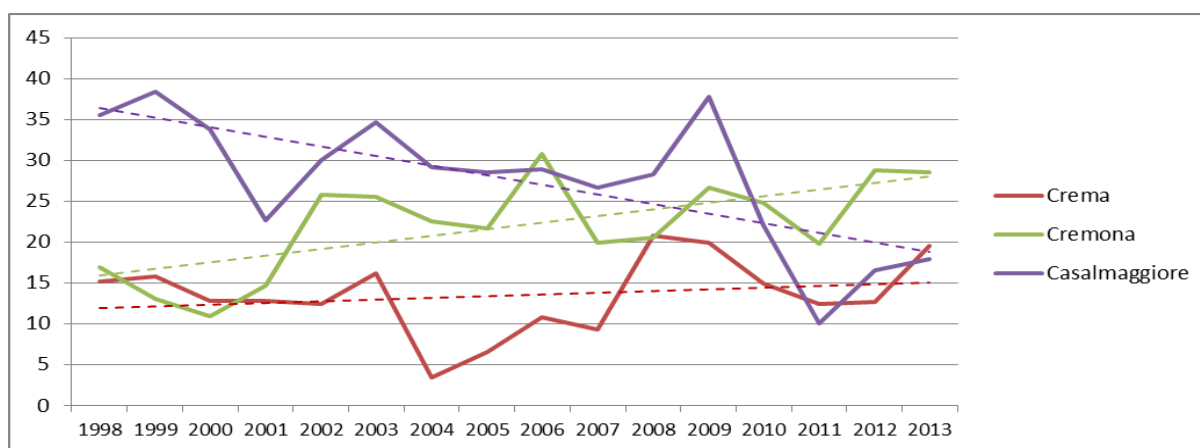
Andamento della mortalità per traumatismi e avvelenamenti 1998-2013, per Distretto



Andamento della mortalità per malattie del sistema nervoso 1998-2013, per Distretto



Andamento della mortalità per disturbi psichici 1998-2013, per Distretto



Distribuzione delle cause di morte più frequenti per fasce di età, anno 2013

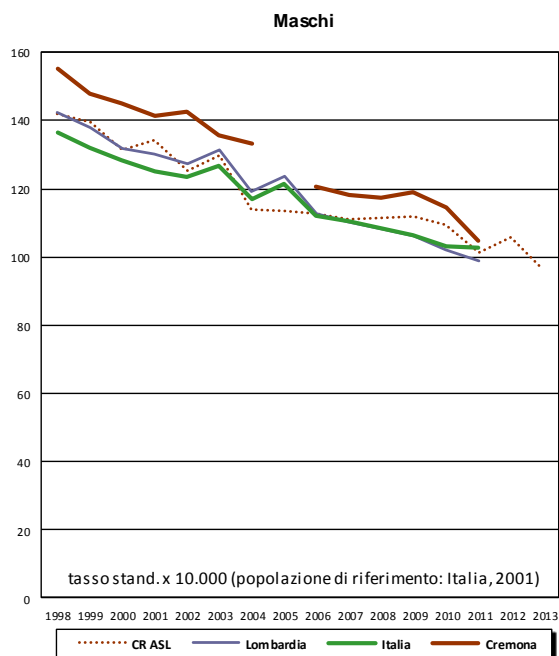
Età	Causa	Maschi		Femmine		Tutti	
		Decessi	Tasso*	Decessi	Tasso*	Decessi	Tasso*
0-14	Malformazioni congenite	2	7,9	4	17,2	6	12,4
	Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	1	4,0	1	4,3	2	4,1
	Malattie dell'apparato digerente	1	4,0	0	0,0	1	2,1
	Traumatismi ed avvelenamenti	1	4,0	0	0,0	1	2,1
	Malattie del sistema circolatorio	0	0,0	1	4,3	1	2,1
	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	0	0,0	1	4,3	1	2,1
15-44	Traumatismi ed avvelenamenti	24	36,2	4	6,4	28	21,7
	Tumori maligni	7	10,6	11	17,5	18	13,9
	Malattie del sistema circolatorio	6	9,0	0	0,0	6	4,6
45-64	Tumori maligni	123	237	79	154	202	196
	Malattie del sistema circolatorio	50	96,4	17	33,2	67	65,1
	Traumatismi ed avvelenamenti	18	34,7	6	11,7	24	23,3
65-74	Tumori maligni	186	974	116	551	302	752
	Malattie del sistema circolatorio	64	335	47	223	111	276
	Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	19	99,5	14	66,5	33	82,2
≥ 75	Malattie del sistema circolatorio	393	2650	715	2722	1.108	2696
	Tumori maligni	363	2448	395	1504	758	1844
	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	67	452	136	518	203	494

* Tasso per 100.000 residenti

SMR della provincia di Cremona rispetto all'Italia (anni 2009–2011)

Causa	Maschi		Femmine	
	decessi	SMR	decessi	SMR
Malattie infettive e parassitarie	107	1,20	102	1,03
Tumori maligni	2.043	1,17	1.623	1,14
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	148	0,74	201	0,66
Malattie del sangue, degli organi ematop. e dist. imm.	20	1,00	36	1,08
Disturbi psichici	75	0,84	200	0,98
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	167	0,97	346	1,31
Malattie del sistema circolatorio	1.850	1,06	2.731	1,08
Malattie dell'apparato respiratorio	384	0,96	354	1,00
Malattie dell'apparato digerente	213	1,01	228	0,96
Malattie del sistema genitourinario	68	0,74	93	0,85
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	10	1,87	10	0,81
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	20	1,23	54	1,18
Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	9	0,86	8	0,97
Sintomi, segni e stati morbosì mal definiti	48	0,72	93	0,81
Traumatismi e avvelenamenti	280	1,12	156	0,80
Tutte le cause	5.533	1,06	6.304	1,05

Mortalità per tutte le cause

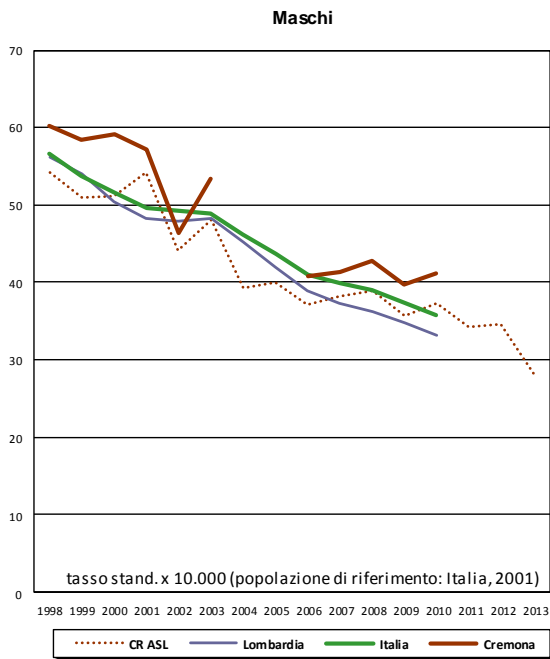


	SMR
Cremona	1,06
Lombardia	0,96
Italia	

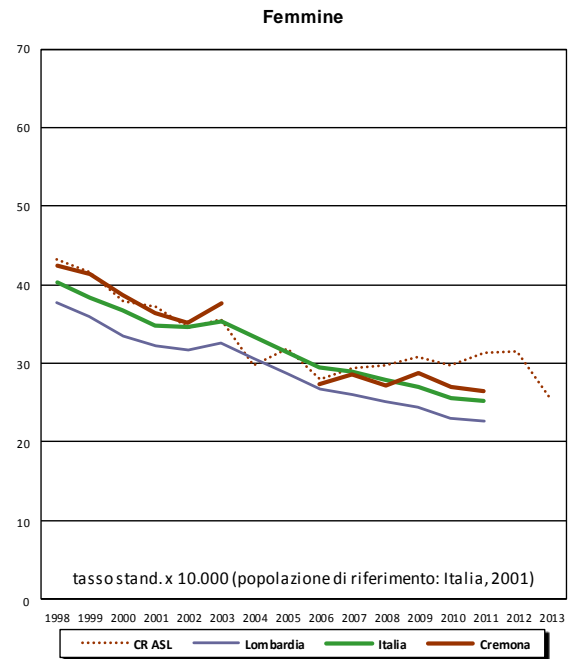


	SMR
Cremona	1,05
Lombardia	0,96
Italia	

Mortalità per malattie del sistema circolatorio

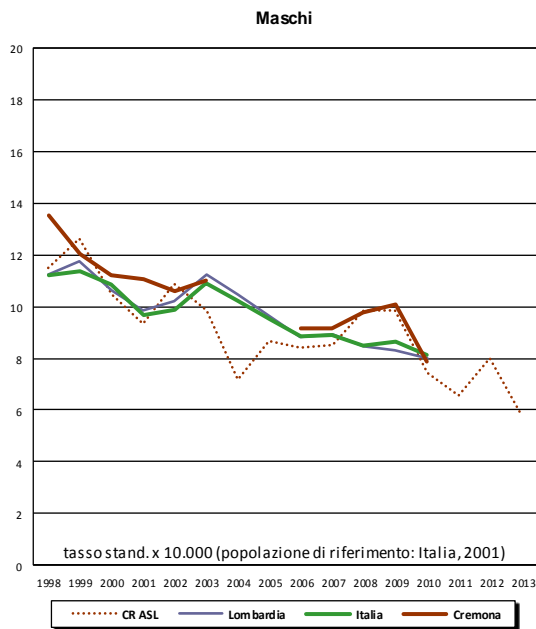


	SMR
Cremona	1,06
Lombardia	0,88
Italia	

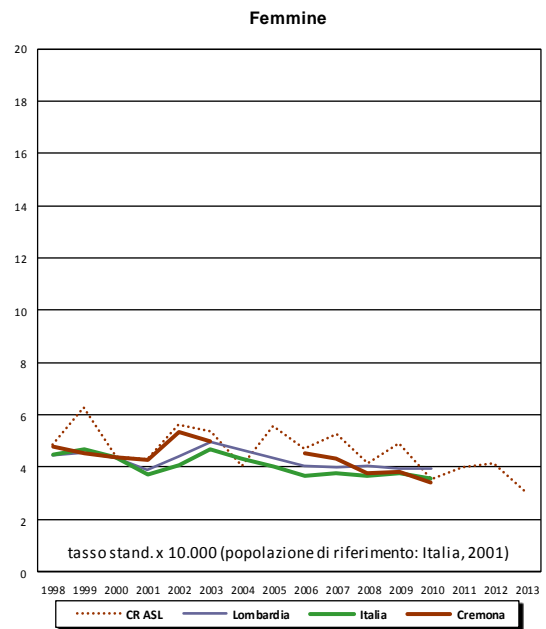


	SMR
Cremona	1,08
Lombardia	0,89
Italia	

Mortalità per malattie del sistema respiratorio



	SMR
Cremona	0,96
Lombardia	0,91
Italia	



	SMR
Cremona	1,00
Lombardia	1,06
Italia	

Mortalità oncologica per gruppi di cause specifiche e Distretto nella provincia di Cremona, anno 2013

Maschi

Sede tumorale	Cremona		Crema		Casalmaggiore		ASL	
	Decessi	TS*	Decessi	TS*	Decessi	TS*	Decessi	TS*
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	76	54,0	77	61,3	17	55,9	170	57,3
Tumori maligni dell'apparato emolinfopoietico	26	18,8	29	24,0	5	16,1	60	20,8
Tumori maligni dello stomaco	33	22,2	20	16,7	4	11,0	57	19,0
Tumori maligni del colon-retto	29	17,3	19	15,6	8	25,7	56	17,8
Tumori maligni del fegato e delle vie biliari	27	19,1	22	18,7	3	8,1	52	17,8
Tumori maligni del pancreas	29	21,2	17	12,9	6	22,5	52	17,7
Tumori maligni della prostata	19	11,5	12	9,3	2	5,4	33	9,8
Tumori maligni della vescica	11	8,1	10	7,0	2	7,2	23	7,4
Tumori maligni dell'esofago	3	2,4	7	6,0	1	2,4	11	3,9
Tumori maligni della cute	4	2,7	6	5,1	1	3,1	11	3,7

* Tasso Standardizzato per 100.000 residenti (standard popolazione europea AIRTUM)

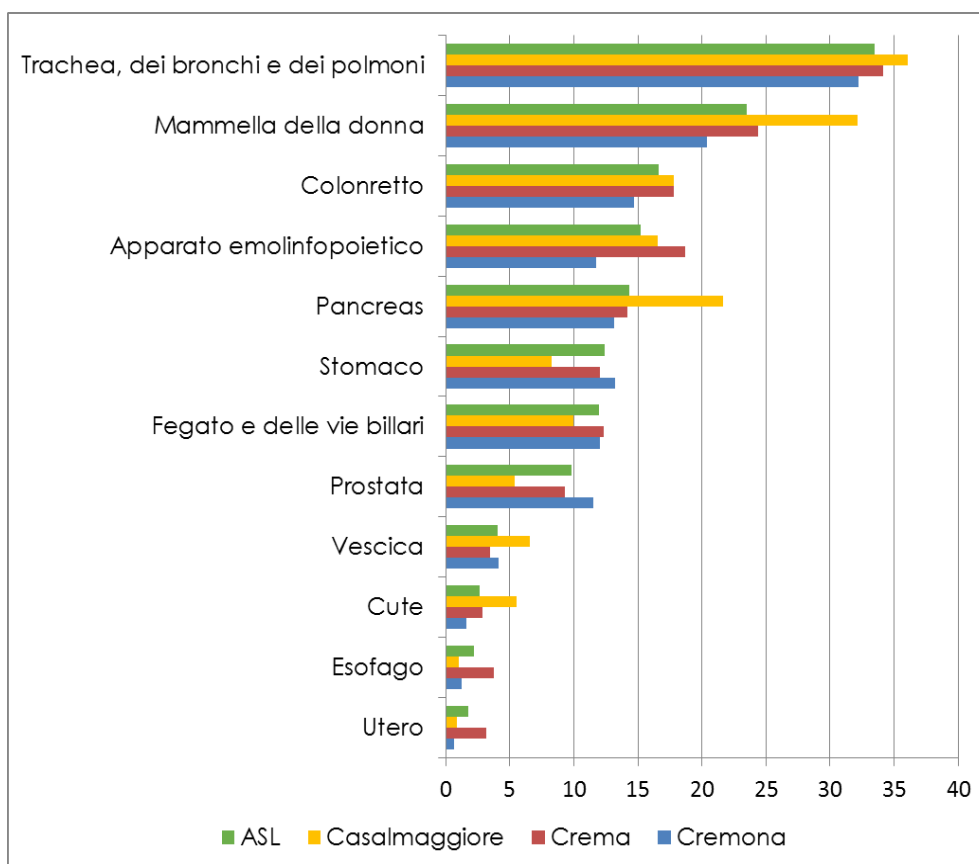
Mortalità oncologica per gruppi di cause specifiche e Distretto nella provincia di Cremona, anno 2013

Femmine

Sede tumorale	Cremona		Crema		Casalmaggiore		ASL	
	Decessi	TS*	Decessi	TS*	Decessi	TS*	Decessi	TS*
Tumori maligni della mammella della donna	48	20,4	39	24,4	13	32,1	100	23,5
Tumori maligni del colon-retto	32	13,5	31	19,2	6	12,9	69	16,0
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	33	15,9	18	11,7	9	20,0	60	14,6
Tumori maligni del pancreas	15	7,0	28	15,9	8	21,4	51	12,1
Tumori maligni dell'apparato emolinfopoietico	16	6,9	23	14,9	8	17,4	47	11,4
Tumori maligni dello stomaco	21	7,0	14	7,8	6	6,9	41	7,5
Tumori maligni del fegato e delle vie biliari	16	6,9	14	6,7	6	12,0	36	7,3
Tumori maligni della cute	3	0,7	2	1,4	3	7,8	8	1,8
Tumori maligni dell'utero	3	0,7	5	3,2	1	0,8	9	1,8
Tumori maligni della vescica	4	0,9	2	1,0	3	5,4	9	1,5
Tumori maligni dell'esofago	1	0,4	5	2,0			6	1,0

* Tasso Standardizzato per 100.000 residenti (standard popolazione europea AIRTUM)

Tasso standardizzato di mortalità oncologica per gruppi di cause specifiche e Distretto nella provincia di Cremona, anno 2013 *

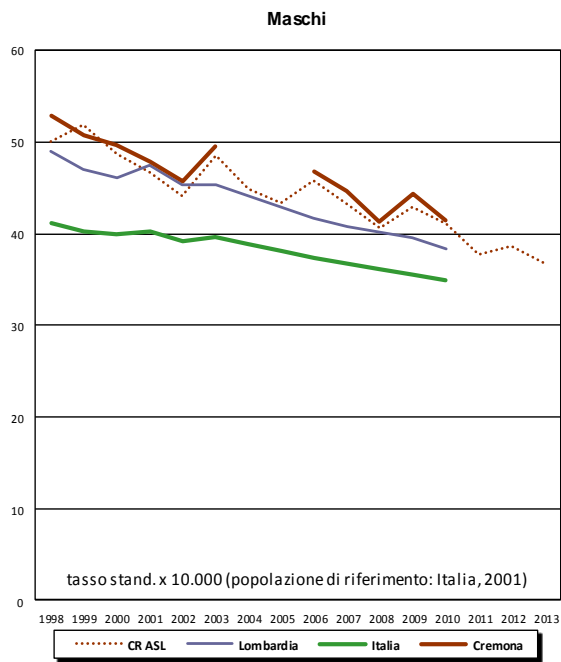


* Tasso Standardizzato per 100.000 residenti (standard popolazione europea AIRTUM)

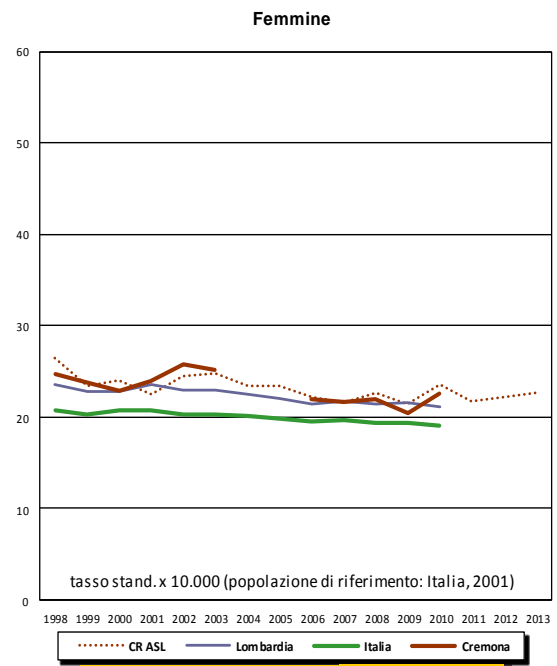
SMR della provincia di Cremona rispetto all'Italia (anni 2009 – 2011)

Sede tumorale	Maschi		Femmine	
	Decessi	SMR	Decessi	SMR
Tumori maligni dell'esofago	51	1,99	17	1,97
Tumori maligni dello stomaco	184	1,71	133	1,59
Tumori maligni del colon-retto	174	0,93	149	0,87
Tumori maligni del fegato e delle vie biliari	202	1,73	88	1,31
Tumori maligni del pancreas	106	1,13	144	1,37
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	559	1,13	187	1,14
Tumori maligni della cute	19	0,98	13	0,90
Tumori maligni della mammella della donna			277	1,19
Tumori maligni dell'utero			53	0,95
Tumori maligni della prostata	106	0,78		
Tumori maligni della vescica	82	1,02	23	1,44
Tumori maligni dell'apparato emolinfopoietico	70	1,05	75	1,16

Mortalità per tumore

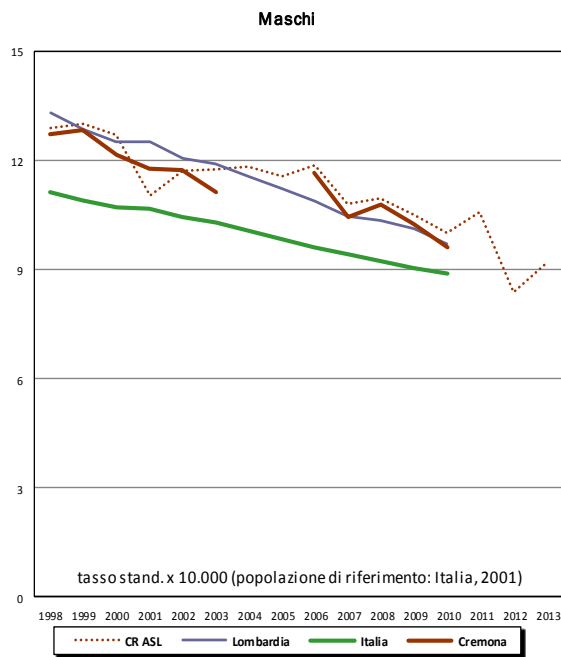


	SMR
Cremona	1,17
Lombardia	1,08
Italia	

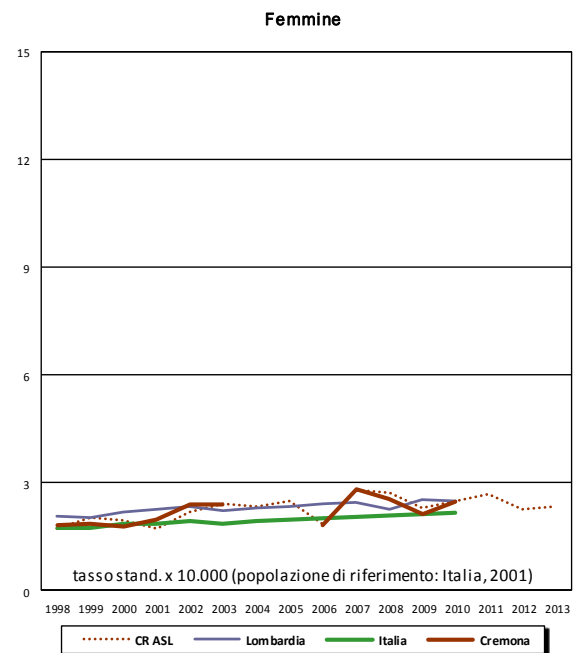


	SMR
Cremona	1,14
Lombardia	1,11
Italia	

Mortalità per tumore al polmone

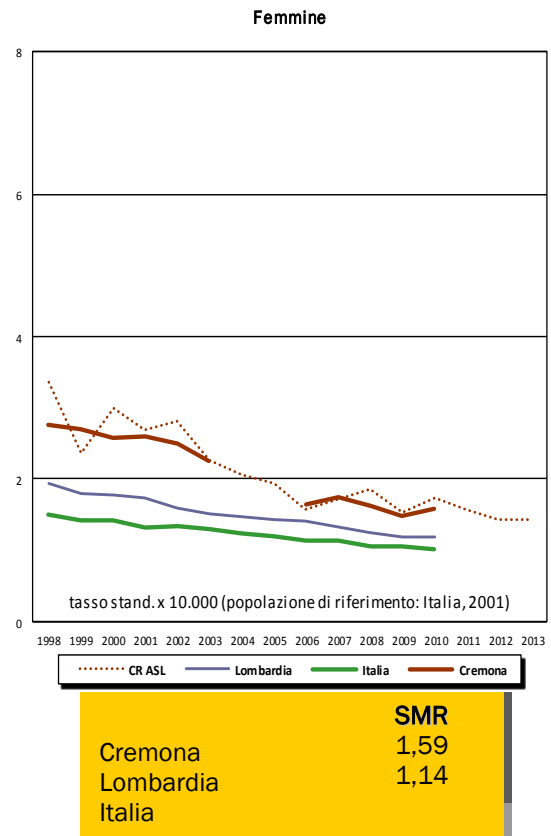
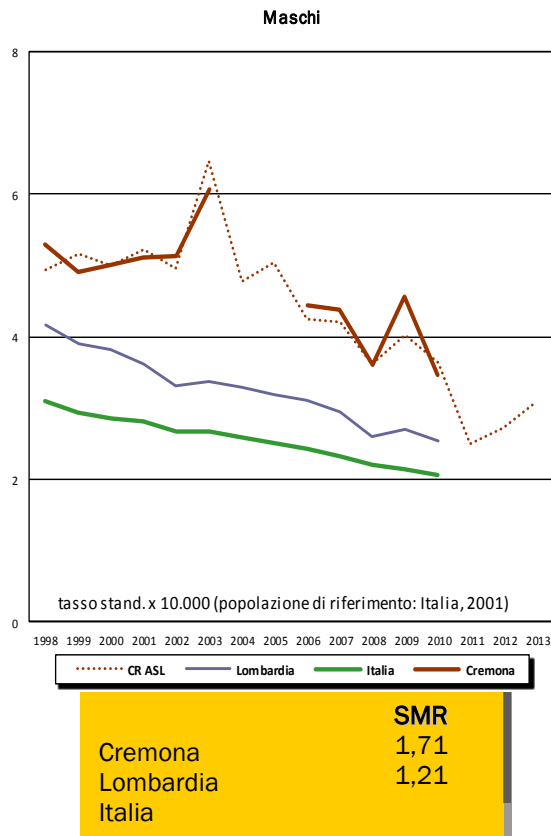


	SMR
Cremona	1,13
Lombardia	1,08
Italia	

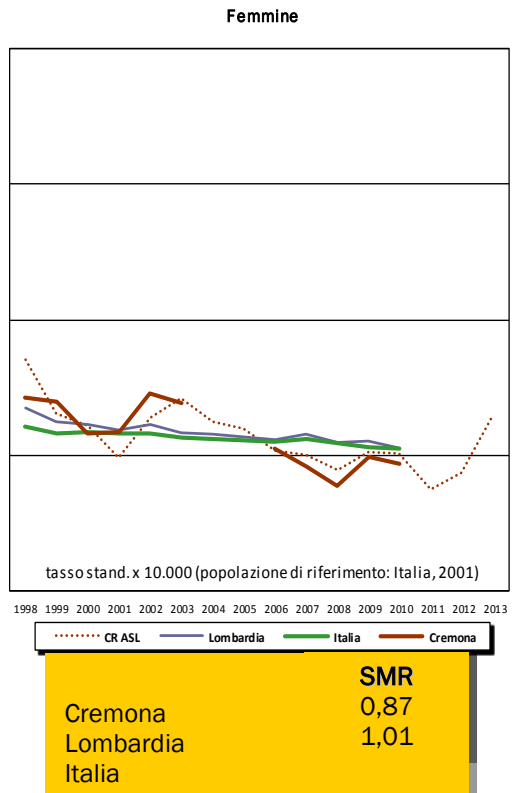


	SMR
Cremona	1,14
Lombardia	1,15
Italia	

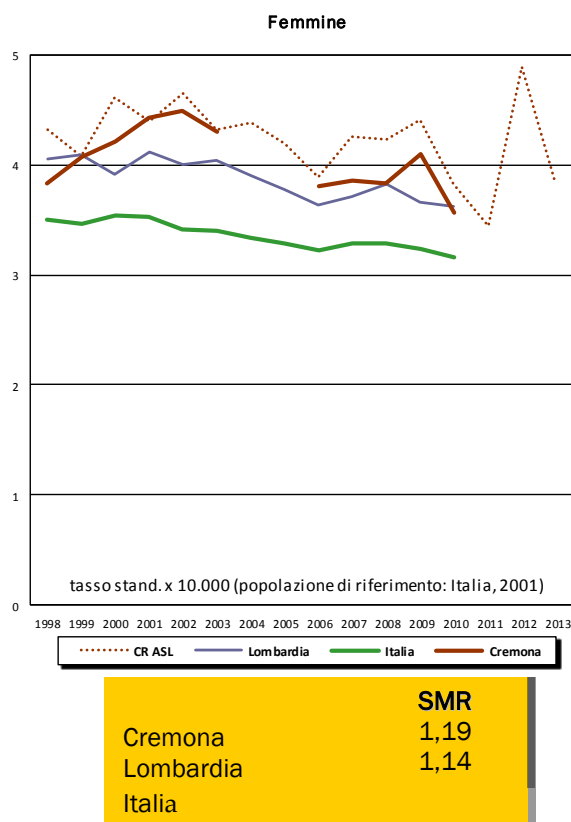
Mortalità per tumore dello stomaco



Mortalità per tumore del colon-retto



Mortalità per tumore della mammella



1.1.5 LA MORTALITÀ EVITABILE

Si definisce mortalità evitabile quella quota di decessi che colpiscono soggetti in determinate fasce d'età ed avvengono per cause che potrebbero essere attivamente contrastate con opportune azioni di prevenzione, di diagnosi precoce e terapia, oppure di igiene e assistenza sanitaria. Ciò non significa che tale mortalità possa essere facilmente evitata, ma il suo andamento fornisce utili indicazioni sulle strategie attuate e sulle priorità delle azioni da intraprendere.

Tra le cause di morte evitabile ci sono:

- alcuni tumori dell'apparato respiratorio (in gran parte dovuti al fumo), dell'apparato digerente (correlati all'alimentazione e con la possibilità di essere rilevati attraverso lo screening), della mammella e degli organi genitali per la donna (con la possibilità di diagnosi precoce attraverso lo screening);
- le malattie del sistema cardiocircolatorio (per l'evitabilità con corretti stili di vita, cura dell'ipertensione e disponibilità di strutture per il trattamento di casi acuti);
- traumatismi ed avvelenamenti (riconducibili essenzialmente agli incidenti stradali).

Nelle sezioni successive sono presentati i risultati relativi a due diverse prospettive della mortalità evitabile nella nostra provincia:

- Analisi del triennio 2010-2012 sui dati del ReNCaM dell'ASL della provincia di Cremona (elaborazioni ASL Cremona), con dettaglio delle singole cause;
- Analisi del triennio 2009-2011 dei dati di mortalità ISTAT, con un confronto tra Cremona, la Lombardia e l'Italia (elaborazioni NEBO) limitatamente ai gruppi di

tipologia di intervento (prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene e assistenza sanitaria) ed ai principali gruppi diagnostici.

I risultati ISTAT e ReNCaM non sono direttamente confrontabili tra loro in quanto le analisi hanno adottato metodologie lievemente diverse. Inoltre, i dati vanno interpretati con grande cautela anche dal momento che, soprattutto per alcune cause di morte, la numerosità è molto bassa e la variabilità delle stime molto elevata (per questo motivo in entrambe le elaborazioni vengono analizzati dati relativi ad un triennio).

I risultati dell'analisi dei dati ReNCaM offrono un quadro molto diverso tra maschi e femmine:

- maschi: il 62,4% dei decessi "evitabili" è riconducibile ad interventi di prevenzione primaria, il 30% di igiene e assistenza sanitaria ed il 7,6% di diagnosi precoce e terapia.
- Femmine: il 36,9% dei decessi "evitabili" è riconducibile ad interventi di prevenzione primaria, seguito dal 35,6% di morti evitabili con diagnosi precoce e terapia e dal 27,5% con interventi di igiene e assistenza sanitaria.

Come prevedibile, in entrambi i generi la maggior parte dei decessi è attribuibile a tumori, malattie del sistema circolatorio, traumatismi ed avvelenamenti.

Le elaborazioni comparative dei dati ISTAT relativi al triennio 2009-2011 offrono anch'esse un quadro differenziato per maschi e femmine:

- Maschi - Nella provincia di Cremona c'è un eccesso di mortalità evitabile del 14% rispetto alla Lombardia e del 9% rispetto all'Italia, dovuto soprattutto ad interventi di prevenzione primaria (+11% e +12% rispettivamente vs. Lombardia ed Italia) e di igiene ed assistenza sanitaria (+24% e +9%). La mortalità per diagnosi precoce e terapia è invece in linea con la Lombardia e inferiore del 6% rispetto all'Italia.

Per quanto riguarda i gruppi di cause, l'eccesso di mortalità evitabile rispetto alla Lombardia è piuttosto trasversale: +27% traumatismi e avvelenamenti, +22% malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche, +18% malattie del sistema circolatorio, +18% malattie dell'apparato digerente, +10% tumori.

Rispetto all'Italia, spicca il +18% sia per tumori che per traumatismi e avvelenamenti, a fronte del -16% per malattie respiratorie e -14% per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche.

- Femmine - I tassi di mortalità evitabile nella provincia sono in linea con quelli italiani e sensibilmente superiori (+5%) a quelli lombardi. Le differenze rispetto alle aree di intervento sono sfumate, con la sola eccezione degli interventi di igiene e assistenza sanitaria (+15% vs. Lombardia, -5% vs. Italia).

Per quanto riguarda le analisi per gruppi di cause, le differenze sono sfumate o basate su casistiche molto limitate (e pertanto non adeguatamente interpretabili), fatta eccezione per le malattie del sistema circolatorio (+15% vs. Lombardia e -5% vs. Italia).

È interessante rilevare che, sia per i maschi che per le femmine, l'analisi della mortalità tra 0 e 74 anni per cause "non evitabili" dia, per Cremona, risultati con scostamenti più sfumati rispetto a Lombardia e Italia. Viceversa, l'analisi della mortalità degli over 75 conferma eccessi di mortalità rispetto a Lombardia e Italia sia nei maschi che nelle femmine.

Come effetto degli eccessi di mortalità evitabile stimati, i giorni di vita perduti per cause evitabili pro-capite nella provincia di Cremona stimati nel 2011 ammontavano nei maschi a 23,5 gg. (a fronte dei 19,6 gg. della Lombardia e dei 20,9 gg. dell'Italia); nelle femmine a 11,5 gg., stima perfettamente in linea con Lombardia e Italia.

Questi risultati pongono Cremona al 91° posto tra le province italiane per i maschi e al 55° per le femmine: la Lombardia al 7° posto tra le regioni in entrambi i generi.

Mortalità evitabile 2010-2012 per area di intervento prevalente, ASL Cremona (dati ReNCaM)

AREA DI INTERVENTO PREVALENTE Gruppo Sottogruppo	Età	Morti			
		Femmine		Maschi	
		N	%	N	%
PREVENZIONE PRIMARIA		232	36,9%	751	62,4%
Tumori		103	16,4%	352	29,3%
Tumori maligni delle labbra, della cavità orale, della faringe; dell'esofago	0-74	14	2,2%	58	4,8%
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	0-74	86	13,7%	264	21,9%
Tumori maligni della vescica	0-74	3	0,5%	30	2,5%
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari		1	0,2%	2	0,2%
Deficienze nutrizionali	0-74	1	0,2%	2	0,2%
Malattie del sistema circolatorio		72	11,4%	202	16,8%
Malattie ischemiche del cuore	0-74	72	11,4%	202	16,8%
Cardiomiopatia alcolica	0-74	0	0,0%	0	0,0%
Malattie dell'apparato digerente		4	0,6%	16	1,3%
Gastrite alcolica	0-74	0	0,0%	0	0,0%
Malattia epatica cronica e cirrosi	0-74	4	0,6%	16	1,3%
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti		0	0,0%	0	0,0%
Sindrome della morte improvvisa del lattante	0-74	0	0,0%	0	0,0%
Traumatismi e avvelenamenti		52	8,3%	179	14,9%
Traumatismi e avvelenamenti	0-74	52	8,3%	179	14,9%

AREA DI INTERVENTO PREVALENTE Gruppo Sottogruppo	Età	Morti			
		Femmine		Maschi	
		N	%	N	%
DIAGNOSI PRECOCE E TERAPIA		224	35,6%	91	7,6%
Tumori		224	35,6%	91	7,6%
Tumori maligni del colon, del retto, della giunzione rettosigmoidea e dell'ano	0-74	43	6,8%	72	6,0%
Tumori maligni della cute e tumori maligni della mammella della donna	0-74	153	24,3%	16	1,3%
Tumori maligni dell'utero (esclusa placenta)	0-74	27	4,3%	-	-
Tumori maligni del testicolo	0-74	-	-	1	0,1%
Malattia di Hodgkin	0-74	1	0,2%	2	0,2%

AREA DI INTERVENTO PREVALENTE Gruppo Sottogruppo	Età	Morti			
		Femmine		Maschi	
		N	%	N	%
IGIENE ED ASSISTENZA SANITARIA		173	27,5%	361	30,0%
Malattie infettive e parassitarie		19	3,0%	31	2,6%
Malattie infettive intestinali	0-14	0	0,0%	0	0,0%
Tubercolosi e postumi della tubercolosi	0-74	0	0,0%	4	0,3%
Altre malattie batteriche	0-74	18	2,9%	26	2,2%
Malattie virali con esantema - Morbillo	1-14	0	0,0%	0	0,0%
Malattie virali con esantema (escluso Morbillo)	0-74	1	0,2%	0	0,0%
Altre malattie da virus e clamidia	0-74	0	0,0%	1	0,1%
Tumori		26	4,1%	117	9,7%
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	0-74	25	4,0%	117	9,7%
Leucemia	0-14	1	0,2%	0	0,0%
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari		1	0,2%	2	0,2%
Disturbi della ghiandola tiroidea	0-74	0	0,0%	1	0,1%
Diabete mellito	0-49	1	0,2%	1	0,1%
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici		0	0,0%	0	0,0%
Anemie da carenze di ferro; altre anemie da carenza	0-74	0	0,0%	0	0,0%
Altre e non specificate anemie	0-74	0	0,0%	0	0,0%
Disturbi psichici		6	1,0%	8	0,7%
Disturbi psichici (esclusi Stati psicotici organici senili e presenili)	0-74	6	1,0%	8	0,7%
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi		5	0,8%	7	0,6%
Meningite	0-74	1	0,2%	0	0,0%
Epilessie	0-74	4	0,6%	7	0,6%
Malattie del sistema circolatorio		80	12,7%	135	11,2%
Cardiopatie reumatiche croniche	0-44	0	0,0%	1	0,1%
Iperensione arteriosa	0-74	14	2,2%	35	2,9%
Malattie cerebrovascolari	0-74	66	10,5%	99	8,2%
Malattie dell'apparato respiratorio		27	4,3%	43	3,6%
Polmoniti e influenza	1-14	0	0,0%	0	0,0%
Malattie dell'apparato respiratorio (esclusi Polmonite e Influenza)	0-74	27	4,3%	43	3,6%
Malattie dell'apparato digerente		2	0,3%	9	0,7%
Ulcera gastrica; duodenale; peptica sito n.s.	0-74	0	0,0%	3	0,2%
Appendicite	0-74	0	0,0%	0	0,0%
Ernie della cavità addominale	0-74	0	0,0%	5	0,4%
Colelitiasi; Colecistite; Colangite	0-74	2	0,3%	1	0,1%
Malattie del sistema genitourinario		0	0,0%	0	0,0%
Nefrite, sindrome nefrosica, e nefrosi	0-74	0	0,0%	0	0,0%
Iperplasia della prostata	0-74	0	0,0%	0	0,0%
Complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio		0	0,0%	0	0,0%
Complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio	0-74	0	0,0%	0	0,0%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo		0	0,0%	0	0,0%
Osteomielite, periostite e altre infezioni ossee	0-74	0	0,0%	0	0,0%
Malformazioni congenite		0	0,0%	1	0,1%
Anomalie congenite del sistema nervoso; Spina bifida	0-74	0	0,0%	1	0,1%
Anomalie congenite cardiache e del sistema circolatorio	1-14	0	0,0%	0	0,0%
Alcune condizioni morbose di origine perinatale		7	1,1%	8	0,7%
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	0-74	7	1,1%	8	0,7%
TOTALE DECESSI PER CAUSE EVITABILI		629	100,0%	1203	100,0%

Mortalità evitabile per area di intervento prevalente, ASL Cremona (dati ReNCaM)

Tassi standardizzati per 100.000 residenti – Triennio 2010-2102

AREA DI INTERVENTO PREVALENTE Gruppo Sottogruppo	Età	Morti			
		Femmine		Maschi	
		N	Tasso St.	N	Tasso St.
PREVENZIONE PRIMARIA					
Tumori					
Tumori maligni delle labbra, della cavità orale, della faringe; dell'esofago	0-74	14	2,56	58	11,11
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	0-74	86	15,79	264	51,82
Tumori maligni della vescica	0-74	3	0,55	30	5,82
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari					
Deficienze nutrizionali	0-74	1	0,18	2	0,41
Malattie del sistema circolatorio					
Malattie ischemiche del cuore	0-74	72	13,12	202	39,15
Cardiomiopatia alcolica	0-74	0	0,00	0	0,00
Malattie dell'apparato digerente					
Gastrite alcolica	0-74	0	0,00	0	0,00
Malattia epatica cronica e cirrosi	0-74	4	0,72	16	3,01
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti					
Sindrome della morte improvvisa del lattante	0-74	0	0,00	0	0,00
Traumatismi e avvelenamenti					
Traumatismi e avvelenamenti	0-74	52	10,90	179	36,37
DIAGNOSI PRECOCE E TERAPIA					
Tumori					
Tumori maligni del colon, del retto, della giunzione rettosigmoidea e dell'ano	0-74	43	7,82	72	14,10
Tumori maligni della cute e tumori maligni della mammella della donna	0-74	153	28,18	16	3,18
Tumori maligni dell'utero (esclusa placenta)	0-74	27	4,97	-	-
Tumori maligni del testicolo	0-74	-	-	1	0,18
Malattia di Hodgkin	0-74	1	0,18	2	0,38

AREA DI INTERVENTO PREVALENTE Gruppo Sottogruppo	Età	Morti			
		Femmine		Maschi	
		N	Tasso St.	N	Tasso St.
IGIENE ED ASSISTENZA SANITARIA					
Malattie infettive e parassitarie					
Malattie infettive intestinali	0-14	0	0,00	0	0,00
Tubercolosi e postumi della tubercolosi	0-74	0	0,00	4	0,82
Altre malattie batteriche	0-74	18	3,35	26	5,16
Malattie virali con esantema - Morbillo	1-14	0	0,00	0	0,00
Malattie virali con esantema (escluso Morbillo)	0-74	1	0,18	0	0,00
Altre malattie da virus e clamidia	0-74	0	0,00	1	0,18
Tumori					
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	0-74	25	4,54	117	22,96
Leucemia	0-14	1	0,26	0	0,00
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari					
Disturbi della ghiandola tiroidea	0-74	0	0,00	1	0,20
Diabete mellito	0-49	1	0,18	1	0,26
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici					
Anemie da carenze di ferro; altre anemie da carenza	0-74	0	0,00	0	0,00
Altre e non specificate anemie	0-74	0	0,00	0	0,00
Disturbi psichici					
Disturbi psichici (esclusi stati psicotici organici senili e presenili)	0-74	6	1,11	8	1,57
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi					
Meningite	0-74	1	0,18	0	0,00
Epilessie	0-74	4	0,74	7	1,48
Malattie del sistema circolatorio					
Cardiopatie reumatiche croniche	0-44	0	0,00	1	0,26
Iperensione arteriosa	0-74	14	2,56	35	6,78
Malattie cerebrovascolari	0-74	66	12,28	99	19,58
Malattie dell'apparato respiratorio					
Polmoniti e influenza	1-14	0	0,00	0	0,00
Malattie dell'apparato respiratorio (esclusi Polmonite e Influenza)	0-74	27	4,91	43	8,55
Malattie dell'apparato digerente					
Ulcera gastrica; duodenale; peptica sito n.s.	0-74	0	0,00	3	0,56
Appendicite	0-74	0	0,00	0	0,00
Ernie della cavità addominale	0-74	0	0,00	5	0,99
Colelitiasi; Colecistite; Colangite	0-74	2	0,36	1	0,20
Malattie del sistema genitourinario					
Nefrite, sindrome nefrosica, e nefrosi	0-74	0	0,00	0	0,00
Iperplasia della prostata	0-74	0	0,00	0	0,00
Complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio					
Complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio	0-74	0	0,00	0	0,00
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo					
Osteomielite, periostite e altre infezioni ossee	0-74	0	0,00	0	0,00
Malformazioni congenite					
Anomalie congenite del sistema nervoso; Spina bifida	0-74	0	0,00	1	0,25
Anomalie congenite cardiache e del sistema circolatorio	1-14	0	0,00	0	0,00
Alcune condizioni morbose di origine perinatale					
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	0-74	7	1,82	8	1,96

Mortalità evitabile (0-74) per genere e tipologia di intervento (dati NEBO- ISTAT)

Tassi standardizzati per 100.000 residenti - Triennio 2009-2011

Maschi

	Tutte le cause	Prev. primaria	Diagnosi pr. e ter.	Igiene e ass. sanitaria
Cremona	226,0	134,6	15,5	75,9
Lombardia	198,3	121,5	15,6	61,2
Italia	206,8	120,6	16,4	69,8
SMR				
CR vs. Lombardia	1,14	1,11	0,99	1,24
CR vs. Italia	1,09	1,12	0,94	1,09

Femmine

	Tutte le cause	Prev. primaria	Diagnosi pr. e ter.	Igiene e ass. sanitaria
Cremona	102,6	35,8	32,6	34,2
Lombardia	97,7	36,0	32,0	29,7
Italia	103,3	35,7	31,4	36,1
SMR				
CR vs. Lombardia	1,05	0,99	1,02	1,15
CR vs. Italia	0,99	1,00	1,04	0,95

Mortalità evitabile (0-74) per genere e principali gruppi diagnostici (dati NEBO-ISTAT)
Tassi standardizzati per 100.000 residenti - Triennio 2009-2011

Maschi

	Totale	Tumori	Sistema circolatorio	Traumat. avvelen.	Mal. app. digerente	Mal. app. respiratorio	Mal. endocr. nutriz. e metaboliche
Cremona	226,0	94,8	56,8	32,2	10,4	9,1	6,7
Lombardia	198,3	85,9	48,2	25,3	8,8	9,0	5,5
Italia	206,8	80,6	53,9	27,2	10,2	10,9	7,8
SMR							
CR vs. Lombardia	1,14	1,10	1,18	1,27	1,18	1,01	1,22
CR vs. Italia	1,09	1,18	1,05	1,18	1,01	0,84	0,86

Femmine

	Totale	Tumori	Sistema circolatorio	Traumat. avvelen.	Mal. app. digerente	Mal. app. respiratorio	Mal. endocr. nutriz. e metaboliche
Cremona	102,6	54,6	20,1	5,8	3,0	2,7	4,4
Lombardia	97,7	53,5	17,6	7,1	3,5	4,2	2,5
Italia	103,3	51,4	21,1	7,4	4,0	4,7	4,4
SMR							
CR vs. Lombardia	1,05	1,02	1,15	0,81	0,88	0,64	1,78
CR vs. Italia	0,99	1,06	0,95	0,79	0,76	0,57	1,00

Mortalità (0-74) esclusi i casi evitabili per genere e principali gruppi diagnostici (dati NEBO-ISTAT). Tassi standardizzati per 100.000 residenti - Triennio 2009-2011

<i>Maschi</i>							
	Totale	Tumori	Sistema circolatorio	Mal. app. digerente	Mal. Sist. nervoso e org. senso	Mal. endocr. nutriz. e metaboliche	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti
Cremona	91,4	54,9	14,4	4,6	7,2	2,6	2,6
Lombardia	85,8	52,7	13,1	4,1	6,9	2,5	2,4
Italia	90,2	50,5	15,4	4,6	7,3	3,2	4,7

<i>Femmine</i>							
	Totale	Tumori	Sistema circolatorio	Mal. app. digerente	Mal. Sist. nervoso e org. senso	Mal. endocr. nutriz. e metaboliche	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti
Cremona	53,9	31,1	7,0	2,1	6,3	1,6	1,1
Lombardia	53,0	33,8	5,9	2,2	5,0	1,5	0,9
Italia	55,4	32,6	7,0	2,5	5,2	2,2	1,7

Mortalità totale (75+) per genere e principali gruppi diagnostici (dati NEBO-ISTAT)
Tassi standardizzati per 100.000 residenti - Triennio 2009-2011

<i>Maschi</i>							
	Totale	Tumori	Sistema circolatorio	Mal. app. digerente	Mal. app. respiratorio	Mal. Sist. nervoso e org. senso	Mal. endocr. nutriz. e metaboliche
Cremona	9.139,0	2.708,2	3.740,9	293,3	906,3	311,0	217,4
Lombardia	8.323,1	2.544,2	3.113,8	289,3	849,2	333,8	243,6
Italia	8.275,1	2.265,8	3.330,0	283,1	834,2	297,2	318,3

<i>Femmine</i>							
	Totale	Tumori	Sistema circolatorio	Mal. app. digerente	Mal. app. respiratorio	Mal. Sist. nervoso e org. senso	Mal. endocr. nutriz. e metaboliche
Cremona	5.962,3	1.314,0	2.829,7	220,4	365,3	324,8	184,7
Lombardia	5.477,7	1.268,9	2.358,4	218,1	385,9	285,7	200,5
Italia	5.630,4	1.106,8	2.603,0	222,2	356,3	257,8	294,4

Giorni perduti per cause evitabili pro capite (0-74 anni) per tipologia di intervento e principali gruppi diagnostici - Anno 2011 (dati NEBO-ISTAT)

<i>Maschi</i>									
	Total e	Rank	Tipologia di intervento			Principali gruppi diagnostici			
			Prev. primaria	Diagnosi precoce e terapia	Igiene e ass. sanitaria	Tumori	Sistema Circolat.	Traumat. e avvel.	Altre cause
Cremona	23,5	91°	14,5	1,3	7,7	7,2	5,0	5,8	5,6
Lombardia	19,6	7°	11,9	1,4	6,3	7,3	4,1	3,8	4,5
Italia	20,9		12,3	1,5	7,1	7,0	4,7	4,1	5,1

<i>Femmine</i>									
	Total e	Rank	Tipologia di intervento			Principali gruppi diagnostici			
			Prev. primaria	Diagnosi precoce e terapia	Igiene e ass. sanitaria	Tumori	Sistema Circolat.	Traumat. e avvel.	Altre cause
Cremona	11,5	55°	4,4	3,2	3,9	5,9	1,8	1,0	2,8
Lombardia	11,0	7°	4,2	3,4	3,4	5,7	1,6	1,2	2,5
Italia	12,0		4,1	3,5	4,4	5,6	2,0	1,1	3,2

Giorni perduti per cause evitabili pro capite (0-74 anni) per tipologia di intervento e principali gruppi diagnostici - Triennio 2009-2011 (dati NEBO-ISTAT)

<i>Maschi</i>									
	Total e	Rank	Tipologia di intervento			Principali gruppi diagnostici			
			Prev. primaria	Diagnosi precoce. e terapia	Igiene e ass. sanitaria	Tumori	Sistema Circolat.	Traumat. e avvel.	Altre cause
Cremona	23,8		14,3	1,5	8,0	8,3	5,2	5,2	5,0
Lombardia	20,4		12,6	1,4	6,4	7,5	4,3	4,0	4,7
Italia	21,5		12,6	1,5	7,3	7,1	4,8	4,3	5,3

<i>Femmine</i>									
	Total e	Rank	Tipologia di intervento			Principali gruppi diagnostici			
			Prev. primaria	Diagnosi precoce. e terapia	Igiene e ass. sanitaria	Tumori	Sistema Circolat.	Traumat. e avvel.	Altre cause
Cremona	12,0		4,0	3,7	4,4	5,9	2,0	1,0	3,1
Lombardia	11,5		4,2	3,6	3,7	5,8	1,7	1,2	2,8
Italia	12,1		4,1	3,5	4,5	5,6	2,0	1,2	3,3

1.1.6 ANALISI DELLE PATOLOGIE CRONICHE NELLA PROVINCIA DI CREMONA

Utilizzando gli algoritmi della Banca Dati Assistiti (BDA) dell'ASL, è stata valutata la presenza delle maggiori patologie croniche nella popolazione.

Al 31 dicembre 2013 (ultimo dato disponibile) più di un cittadino su 5 era affetto da una patologia cardiovascolopatica; neoplastici, diabetici e gastroenteropatici rappresentavano circa il 4-5% degli abitanti, mentre broncopneumopatici e neuropatici si attestavano attorno al 3% della popolazione.

Come atteso, anche a causa dell'invecchiamento della popolazione, la prevalenza di patologie croniche è in lieve ma costante aumento, quantificabile - tra il 2008 ed il 2013 - al 15% circa. Tale tendenza è uniforme per i principali gruppi di patologia, ma più marcato (+30%) per le malattie endocrine e metaboliche - tra le quali le dislipidemie - che oggi interessano più dell'8% della popolazione.

Per quanto riguarda l'andamento spaziale, le mappe sotto riportate (smussate con tecniche bayesiane) evidenziano alcune differenze nella distribuzione territoriale della prevalenza standardizzata:

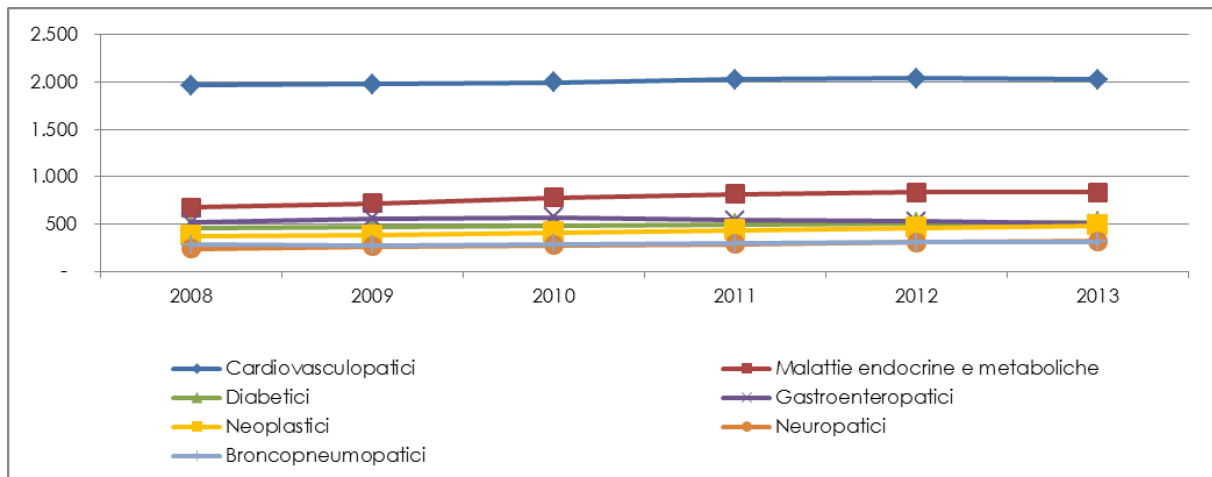
- cardiovascolopatie, gastroenteropatie, neoplasie e neuropatie nel cremasco;
- broncopneumopatie nel cremonese;
- malattie endocrine e metaboliche nel casalasco.

L'interpretazione dei dati di prevalenza merita una particolare attenzione, dal momento che questa misura di frequenza dipende sia dell'incidenza che dalla durata delle patologie; va aggiunto, peraltro, in questo caso specifico, un ulteriore elemento di cautela. Infatti il modello della Banca Dati Assistiti della regione Lombardia utilizza come traccianti di patologia i dati di consumo sanitario, e pertanto le stime di prevalenza sono il risultato non solo dell'andamento epidemiologico, ma anche delle modalità di prescrizione e consumo per le specifiche patologie.

Patologia cronica	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Casi	P	Casi	P	Casi	P	Casi	P	Casi	P	Casi	P
Cardiovascolopatici	70.159	1.968	71.009	1979	71.811	1.999	73.256	2026	73.981	2.042	73.396	2027
Malattie endocrine e metaboliche	24.151	678	25.752	718	27.931	778	29.555	818	30.343	837	30.267	836
Diabetici	16.300	457	16.936	472	17.475	487	18.001	498	18.410	508	18.789	519
Gastroenteropatici	18.317	514	19.990	557	20.559	572	19.626	543	19.206	530	18.198	503
Neoplastici	13.277	373	13.628	380	14.763	411	15.698	434	16.752	462	17.581	486
Neuropatici	8.531	239	9.357	261	9.832	274	10.311	285	11.064	305	11.435	316
Broncopneumopatici	10.039	282	9.932	277	10.297	287	10.691	296	11.127	307	11.347	313
Malattie autoimmuni	1.996	56	2.309	64	2.680	75	3.090	86	3.493	96	3.863	107
Insufficienti renali cronici	907	25	946	26	1.051	29	1.028	28	1.084	30	1.165	32
HIV positivo ed AIDS conclamato	925	26	972	27	1.049	29	1.085	30	1.101	30	1.145	32
Trapiantati	187	5	201	6	217	6	236	7	247	7	263	7

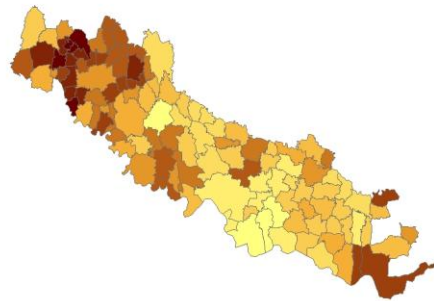
P = casi per 10.000 residenti nella provincia di Cremona

Andamento della Prevalenza per le principali patologie croniche. 2008-2013

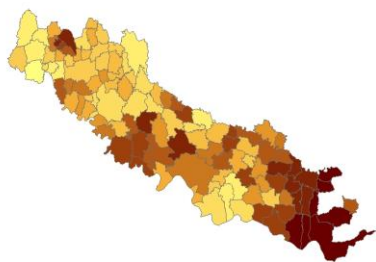


DISTRIBUZIONE TERRITORIALE DELLE PATOLOGIE CRONICHE PIÙ FREQUENTI

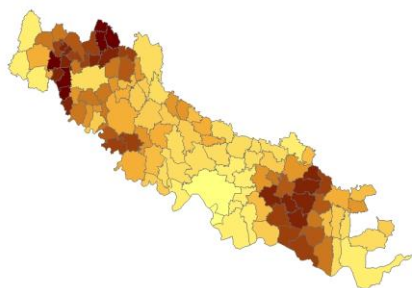
Prevalenza standardizzata delle cardiovascolapatie, 2013



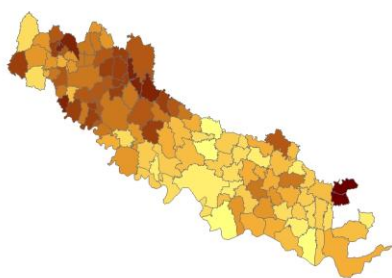
Prevalenza standardizzata delle malattie endocrine e metaboliche, 2013



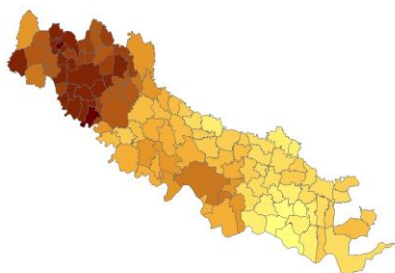
Prevalenza standardizzata del diabete, 2013



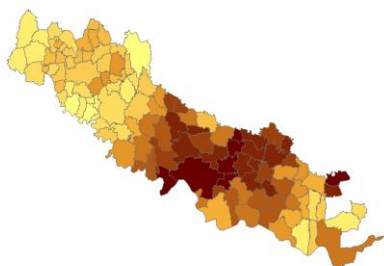
Prevalenza standardizzata delle gastroenteropatie, 2013



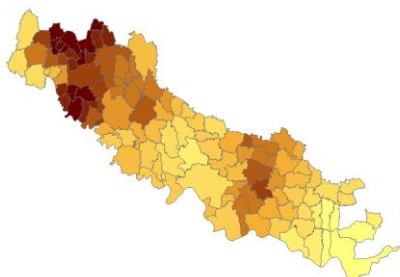
Prevalenza standardizzata delle neoplasie, 2013



Prevalenza standardizzata delle broncopneumopatie, 2013



Prevalenza standardizzata delle neuropatie, 2013



1.1.7 LA PATOLOGIA ONCOLOGICA NELLA PROVINCIA DI CREMONA

Come già evidenziato dai dati di mortalità, la provincia di Cremona è caratterizzata da una rilevante presenza di tumori, che rappresentano una delle priorità di salute pubblica del territorio; per questo motivo, il presente documento contiene una descrizione dettagliata della patologia oncologica, che si avvale, in particolare, dell'opportunità offerta dal recente completamento della prima fase di raccolta, accreditamento ed analisi dei dati di incidenza (momento della prima diagnosi) per il periodo 2005-2009 del Registro Tumori provinciale, istituito alcuni anni fa ed oggi pienamente operativo.

Il Registro Tumori (RT) è una struttura deputata a costituire e gestire nel tempo un archivio di tutti i casi di tumore diagnosticati in una popolazione ed è utile specialmente per l'epidemiologia descrittiva, la valutazione di rischi ambientali, la sorveglianza e la pianificazione del territorio.

Il RT della provincia di Cremona è un registro della popolazione residente, la cui costruzione e gestione nel tempo ha comportato la ricerca delle informazioni, la loro validazione e il loro aggiornamento, eseguiti in modo sistematico e continuativo.

La collezione della casistica del RT è di tipo informatizzato ed è stata ottenuta incrociando flussi sanitari correnti (Schede di Dimissione Ospedaliera) con referti clinici informatizzati (istologici e citologici forniti dalle anatomie patologiche del territorio) e con i dati del Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM), ed è stata poi integrata con documentazione clinica cartacea (cartelle cliniche). Altri flussi utilizzati dal RT di Cremona sono: prestazioni ambulatoriali, prescrizioni farmaceutiche territoriali, prescrizioni farmaceutiche ospedaliere, esenzioni ticket.

Questo, insieme all'anagrafica regionale, consente l'identificazione univoca del paziente e della sua residenza, la verifica della sussistenza del caso e la valutazione degli esiti (morte o stato in vita).

Nel 2013 il RT di Cremona ha accreditato l'incidenza 2005-2009 rispondendo agli standard di qualità richiesti dall'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM), quali completezza (dati non affetti da perdita di casistica); confrontabilità (dati generati secondo standard e regole comuni AIRTUM-ENCR-IACR); accuratezza (dati non affetti da imprecisioni o inesattezze).

I risultati relativi all'incidenza dei tumori diagnosticati tra il 2005 ed il 2009 ai residenti nella provincia di Cremona sono descritti nelle tabelle e nei grafici di seguito riportati che evidenziano, oltre al numero dei casi ed al tasso grezzo e standardizzato, per ciascun tumore:

- tasso standardizzato di incidenza a Cremona vs. Nord Italia e Italia (dati da registri tumori AIRTUM);
- differenza in termini assoluti e percentuali vs. Nord Italia e Italia;
- rapporto standardizzato di mortalità (ovvero differenza % di mortalità Cremona vs. Nord e Italia, come spiegato nella sezione precedente dedicata alla mortalità 2006-2009);
- distribuzione territoriale dell'incidenza;
- andamento dell'incidenza per anno (tra il 2005 ed il 2009) e classi d'età;
- andamento della mortalità dal 1998 al 2013;
- sopravvivenza assoluta e relativa (quest'ultima tiene conto anche della mortalità dei pazienti oncologici per altre cause, indipendentemente dal tumore) a 5 anni.

Tutti i risultati sono riportati separatamente per maschi e femmine e confermano un eccesso di incidenza nel cremonese rispetto al Nord e al resto d'Italia per tutte le sedi, ed in particolare:

- Maschi: apparato gastroenterico (es. stomaco, fegato, pancreas), prostata, rene;
- Femmine: mammella, polmone, stomaco, pancreas, rene.

Incidenza e mortalità hanno, per lo più, un andamento in decremento.

Stime di incidenza 2005-2009 dei tumori maligni nella provincia di Cremona, in Nord-Italia e in Italia

Fonte: Registri Tumori AIRTUM
(Tassi standardizzati per 100.000 residenti)

Maschi

SEDE	N. CASI	TASSO GREZZO	T.S. CREMONA	T.S. NORD ITALIA	T.S. ITALIA
Prostata	1405	162.40	112.33	103.81	88.18
Polmone	996	115.13	77.99	79.92	76.86
Vescica	581	67.16	45.91	49.2	49.1
Colon	580	67.04	46.17	45.75	41.36
Stomaco	495	57.22	37.95	26.40	23.94
Fegato	486	56.18	32.54	21.26	21.73
Rene e vie urinarie	281	32.48	23.42	20.73	18.23
Retto	252	29.13	20.20	21.38	20.65
Pancreas	232	26.82	18.42	14.00	12.59
Linfoma non Hodgkin	203	23.46	18.16	19.69	18.01
Laringe	132	15.26	10.89	12.33	11.67
Mieloma	88	10.17	6.78	6.15	5.84
Encefalo e SNC	82	9.48	14.85	12.91	12.90
Tessuti molli *	33	7.35	2.55	2.53	2.38
LLC	50	5.78	4.08	4.55	4.15
LMA	40	4.62	4.53	3.86	3.73
Malattia di Hodgkin	36	4.16	3.87	3.73	3.59
LMC	21	2.43	1.77	1.63	1.68
LLA	14	1.62	1.46	1.83	1.79
TUTTI I TUMORI MALIGNI*	6.577	760	532	520	489

* Escluso cute non melanoma

Femmine

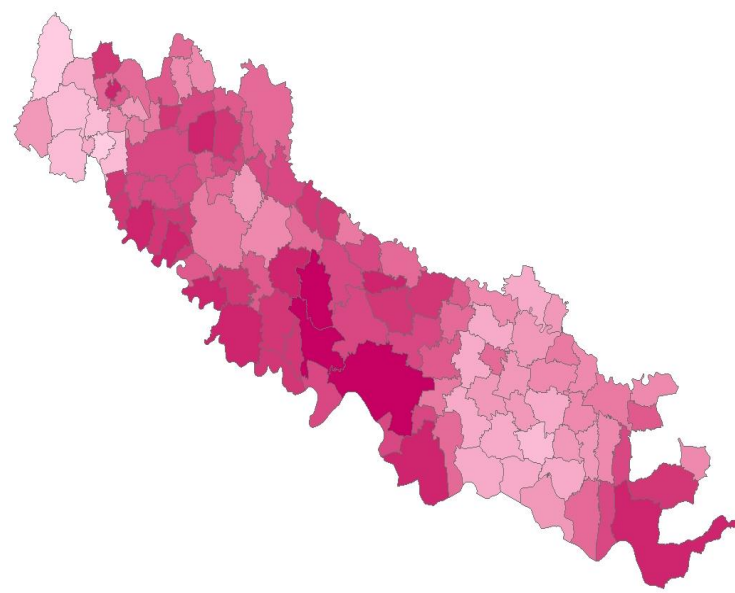
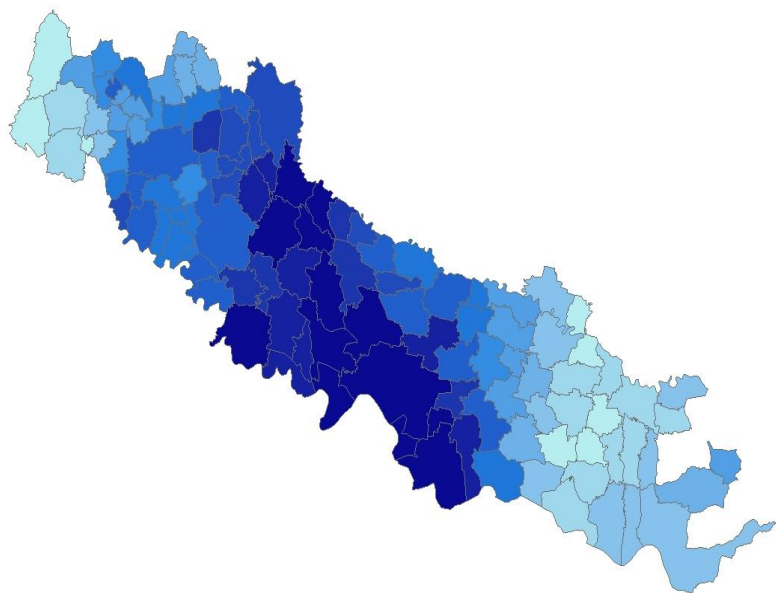
SEDE	N. CASI	TASSO GREZZO	T.S. CREMONA	T.S. NORD ITALIA	T.S. ITALIA
Mammella	1611	178.23	124.83	122.73	112.16
Colon	479	52.99	28.35	29.31	27.38
Polmone	339	37.50	21.03	18.64	16.61
Stomaco	306	33.85	15.36	12.83	11.92
Fegato	256	28.32	8.52	6.22	6.90
Pancreas	231	25.56	12.18	10.17	9.11
Linfoma non Hodgkin	211	23.34	14.85	13.70	12.77
Retto	180	19.91	11.74	12.70	12.40
Rene e vie urinarie	178	19.69	11.75	8.71	7.79
Ovaio	167	18.48	11.94	12.51	12.11
Vescica	159	17.59	9.2	9.2	9.2
Mieloma	73	8.08	3.91	4.76	4.62
Tessuti molli *	32	7.35	2.55	2.53	2.38
Encefalo e SNC	62	6.86	15.52	13.95	13.75
LMA	34	3.76	2.17	2.89	2.79
Malattia di Hodgkin	28	3.10	2.92	3.45	3.32
LLC	27	2.99	1.53	2.13	2.09
Laringe	22	2.43	1.27	1.18	1.09
LMC	12	1.33	0.75	0.99	1.00
LLA	5	0.55	0.79	1.33	1.38
TUTTI I TUMORI MALIGNI*	5.364	593	365	357	351

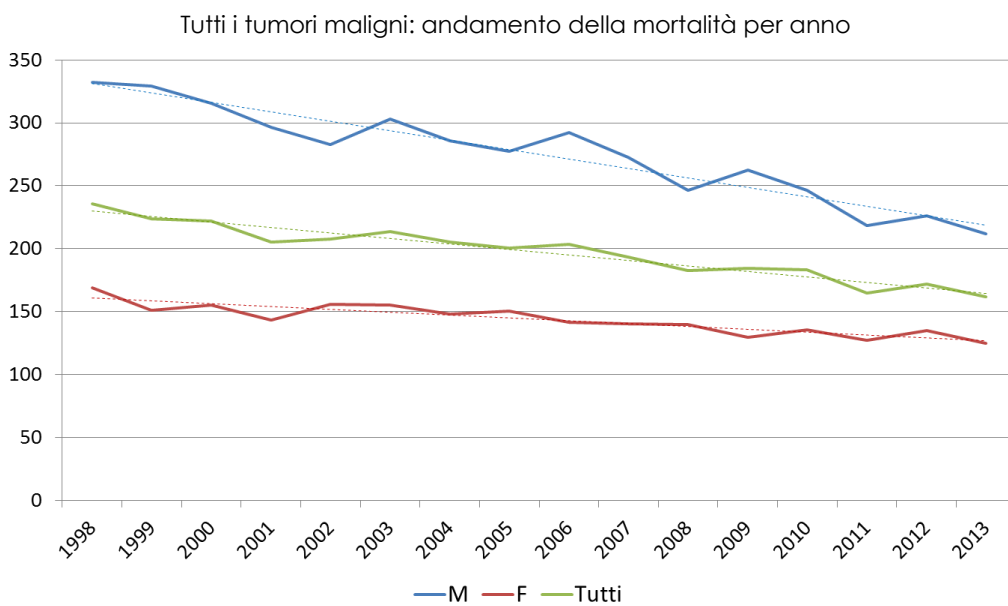
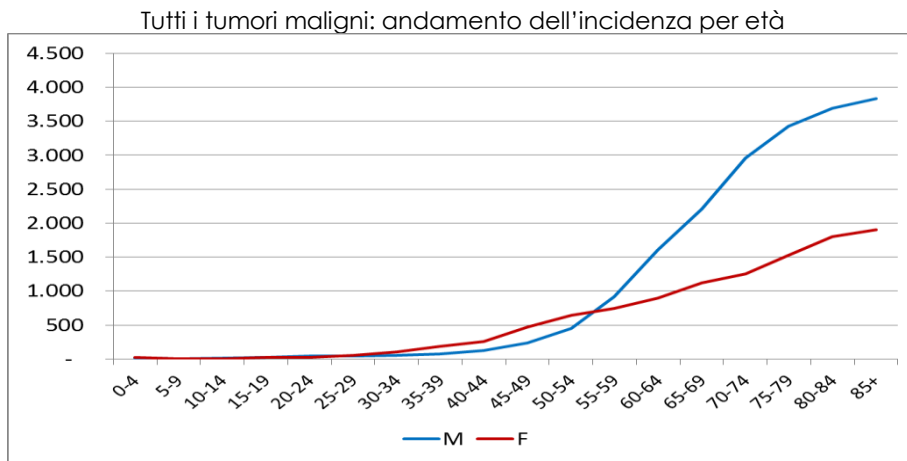
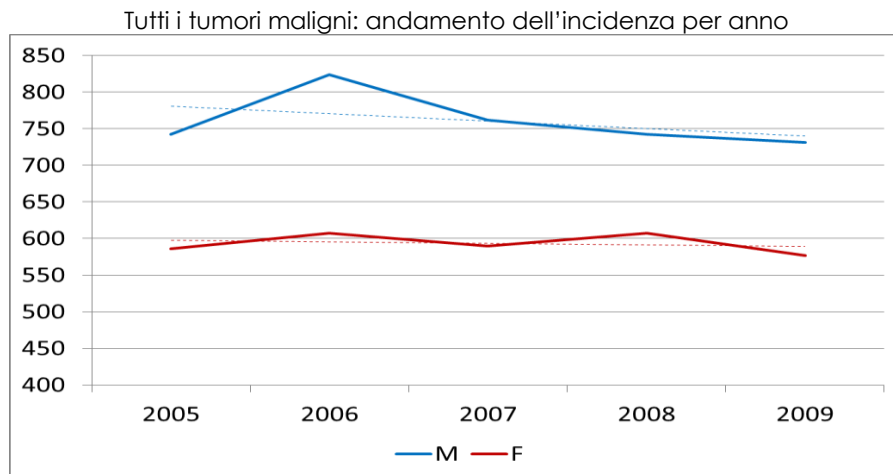
* Escluso cute non melanoma

TUTTI I TUMORI MALIGNI

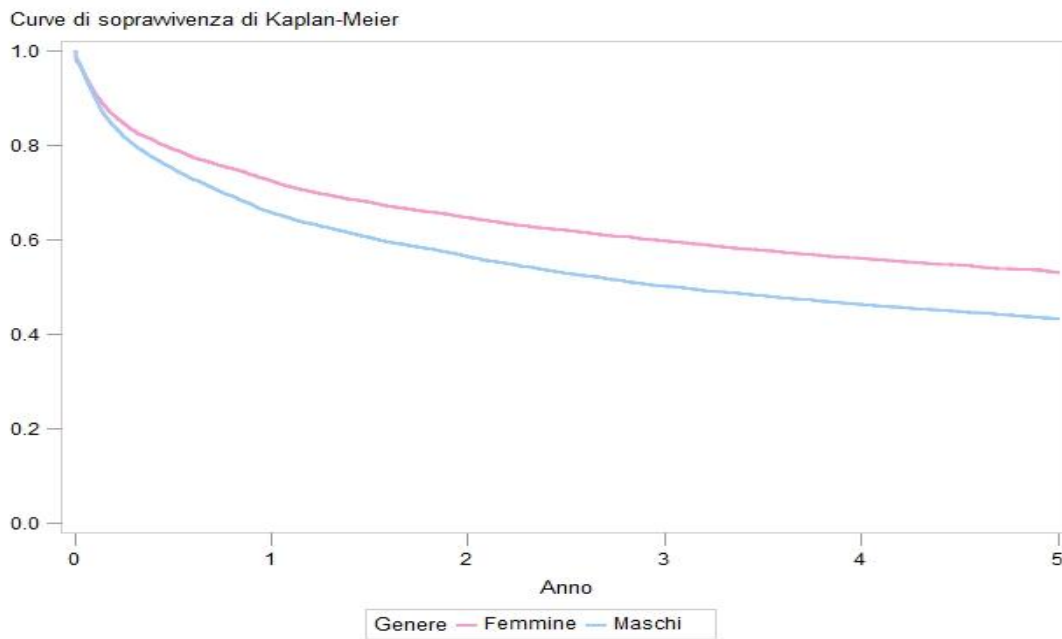
Tasso Standardizzato di incidenza (TS) e rapporto standardizzato di mortalità (SMR): provincia di Cremona vs. Nord Ovest e Italia, 2005-2009

TUTTI I TUMORI MALIGNI	Maschi		Femmine	
	CR vs. Nord-Ovest	CR vs. Italia	CR vs. Nord-Ovest	CR vs. Italia
Differenza TS (per 100.000 res.)	+12,0	+42,5	+8,5	+13,8
Differenza TS %	+2,3	+8,7	+2,4	+3,9
SMR		1,22		1,12





Tutti i tumori maligni: andamento della sopravvivenza (coorte 2005-2009)

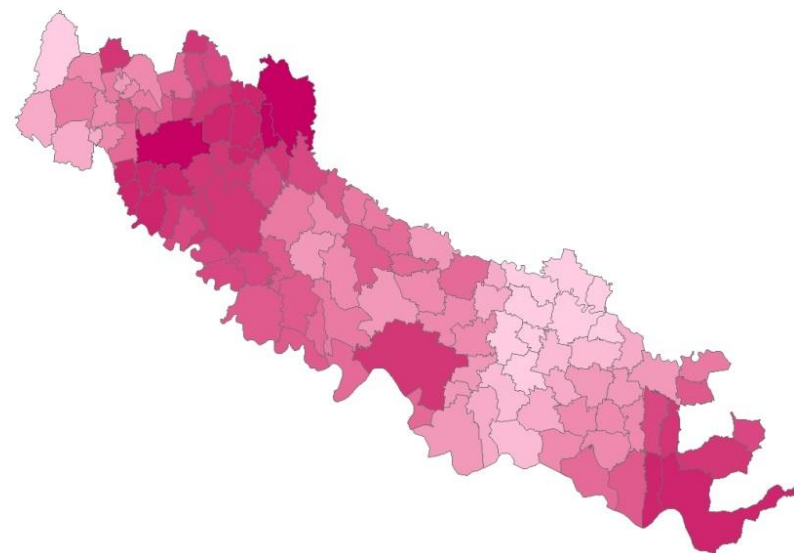
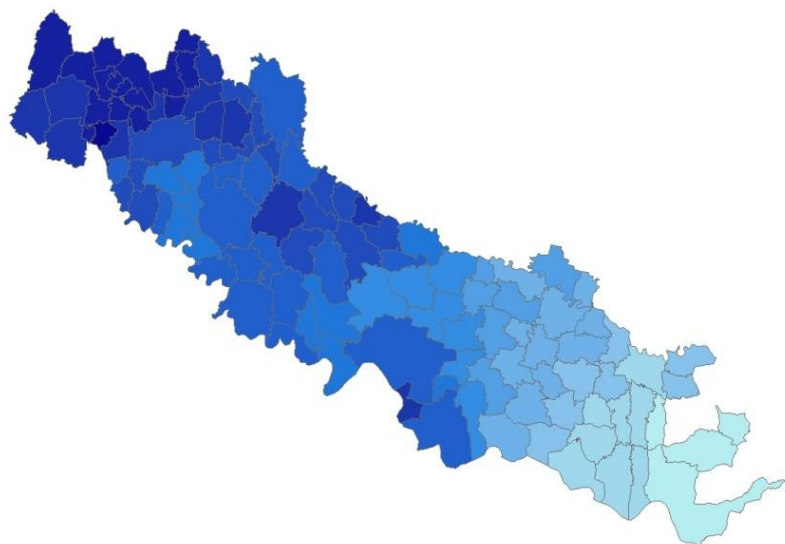


Sopravvivenza relativa a 5 anni (IC 95%)			
MASCHI		FEMMINE	
Cremona	AIRTUM	Cremona	AIRTUM
52 (51-54)	57 (57-58)	60 (59-62)	63 (62-63)

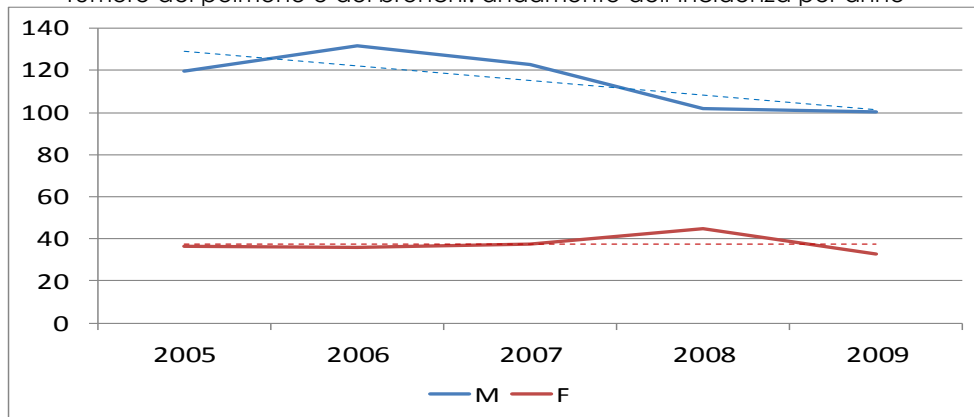
TUMORE DEL POLMONE E DEI BRONCHI

Tasso Standardizzato di incidenza (TS) e rapporto standardizzato di mortalità (SMR): provincia di Cremona vs. Nord Ovest e Italia, 2005-2009

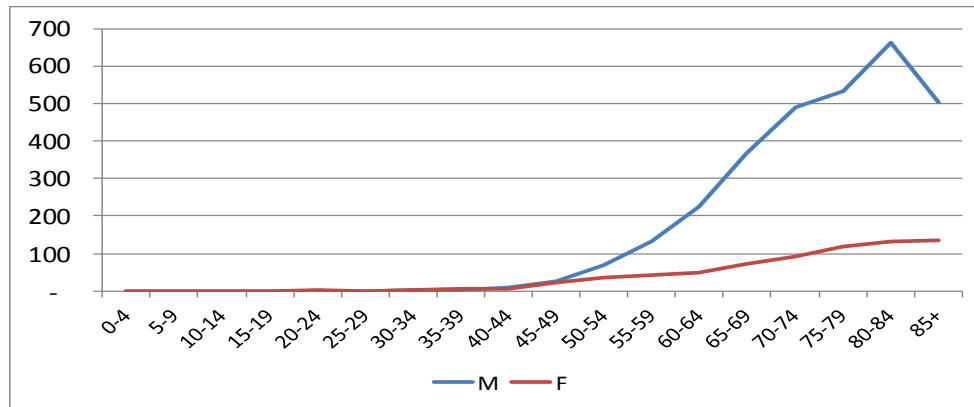
POLMONE E BRONCHI	Maschi		Femmine	
	CR vs. Nord-Ovest	CR vs. Italia	CR vs. Nord-Ovest	CR vs. Italia
Differenza TS (per 100.000 res.)	+1,4	+7,2	-0,4	+1,5
Differenza TS %	+1,9	+10,2	-1,7	+7,9
SMR		1,15		1,16



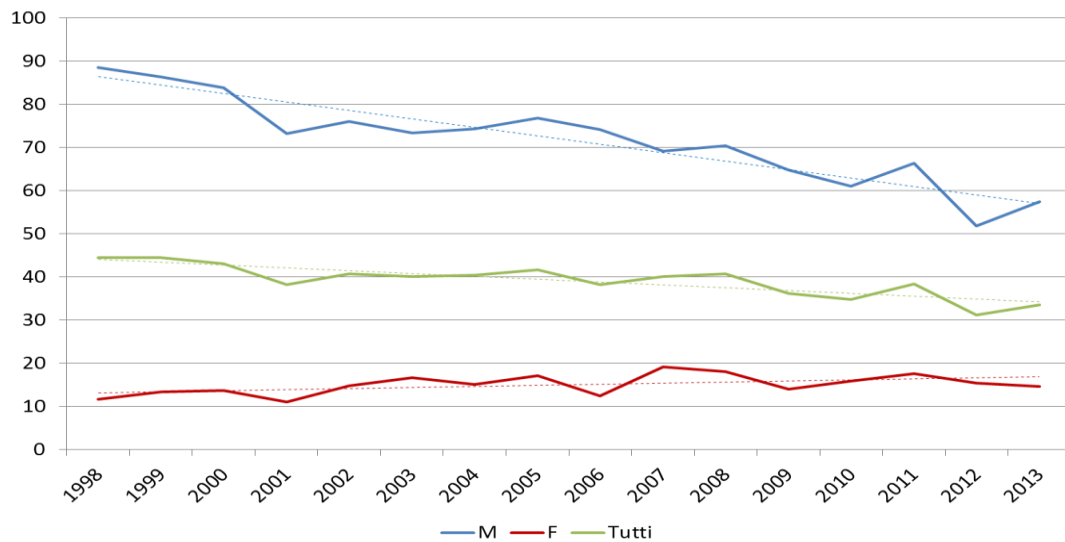
Tumore del polmone e dei bronchi: andamento dell'incidenza per anno



Tumore del polmone e dei bronchi: andamento dell'incidenza per età

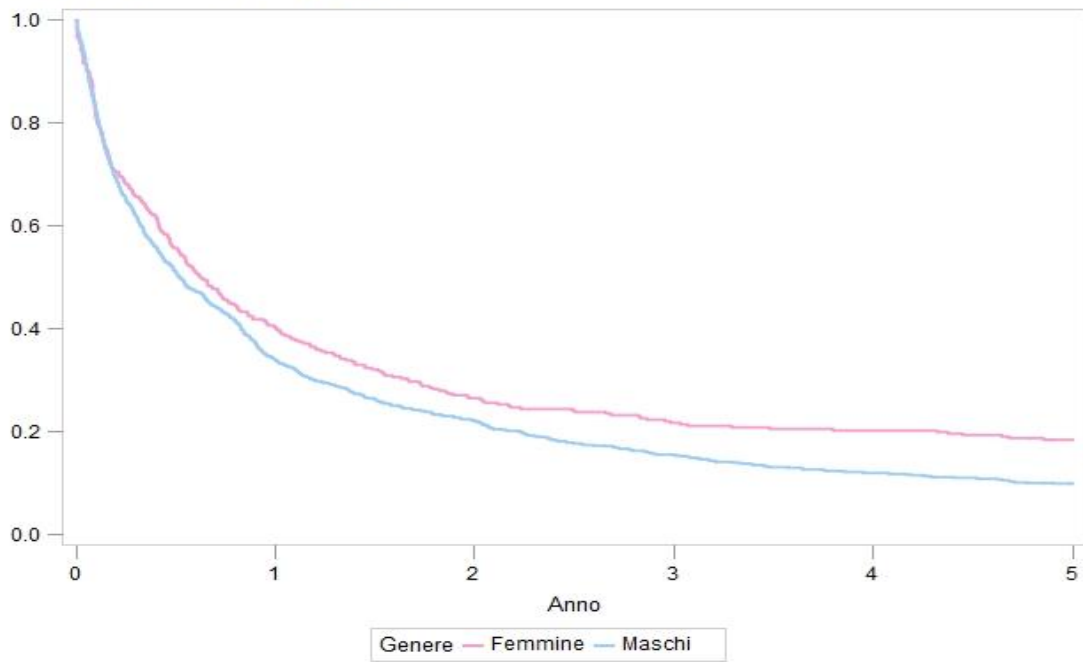


Tumore del polmone e dei bronchi: andamento della mortalità per anno



Tumore del polmone e dei bronchi: andamento della sopravvivenza (coorte 2005-2009)

Curve di sopravvivenza di Kaplan-Meier

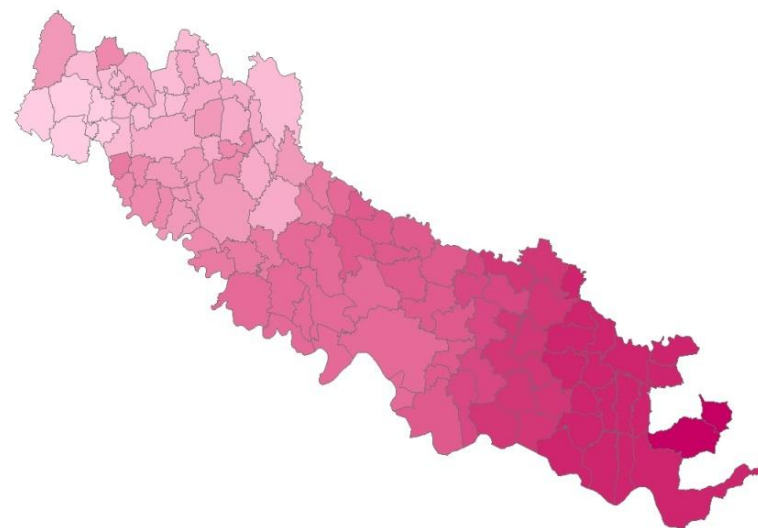
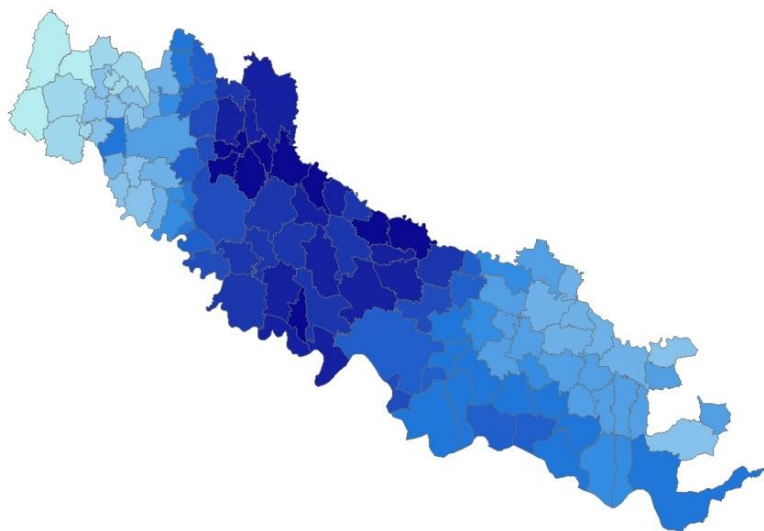


Sopravvivenza relativa a 5 anni (IC 95%)			
MASCHI		FEMMINE	
Cremona	AIRTUM	Cremona	AIRTUM
12 (10-14)	14 (13-15)	21 (16-25)	18 (17-20)

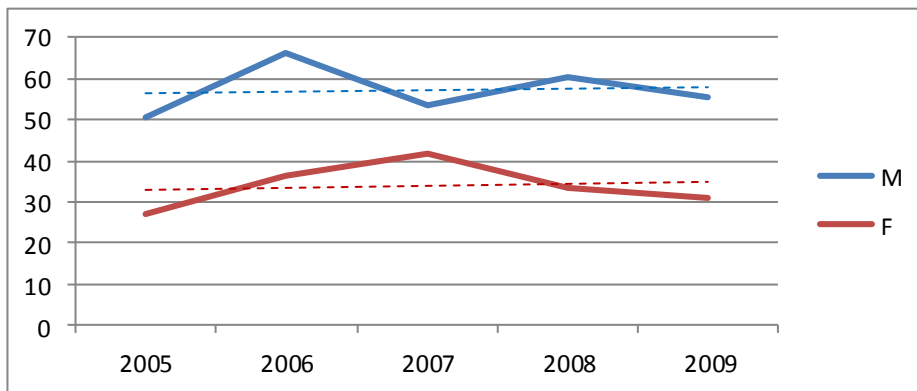
TUMORE DELLO STOMACO

Tasso Standardizzato di incidenza (TS) e rapporto standardizzato di mortalità (SMR): provincia di Cremona vs. Nord Ovest e Italia, 2005-2009

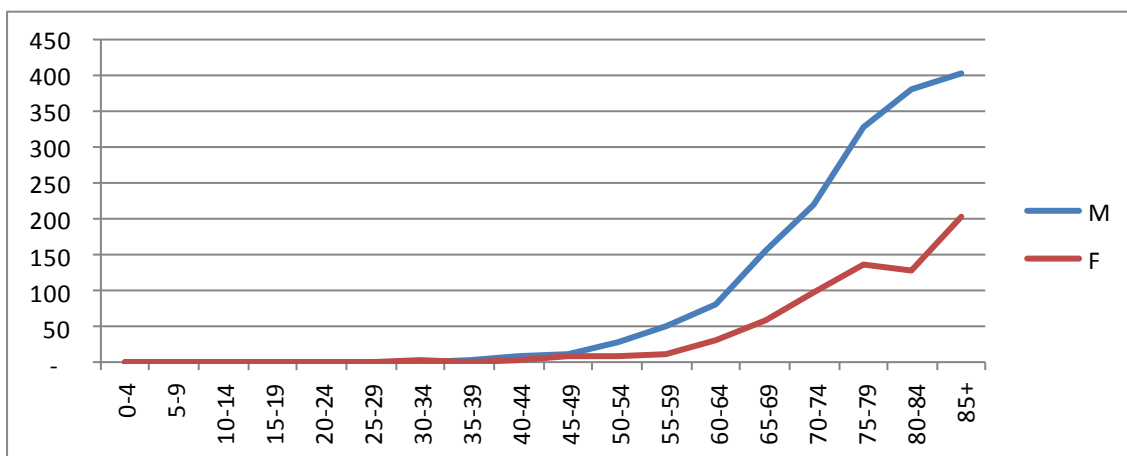
STOMACO	Maschi		Femmine	
	CR vs. Nord-Ovest	CR vs. Italia	CR vs. Nord-Ovest	CR vs. Italia
Differenza TS (per 100.000 res.)	+16,9	+16,3	+4,9	+4,4
Differenza TS %	+79,9	+75,0	+46,4	+39,7
SMR		1,85		1,49



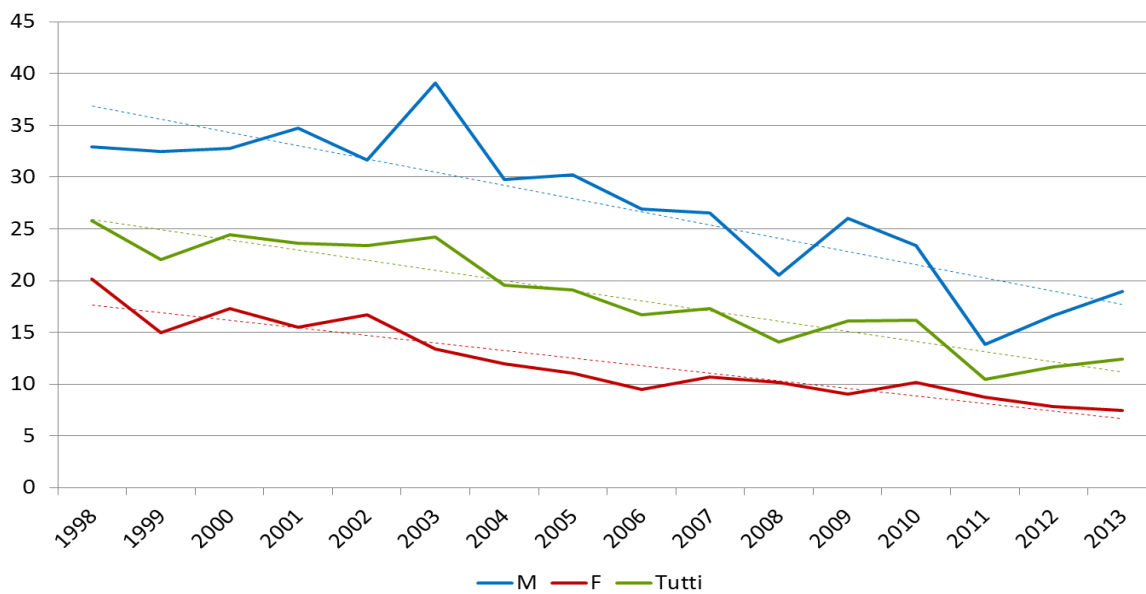
Tumore dello stomaco: andamento dell'incidenza per anno



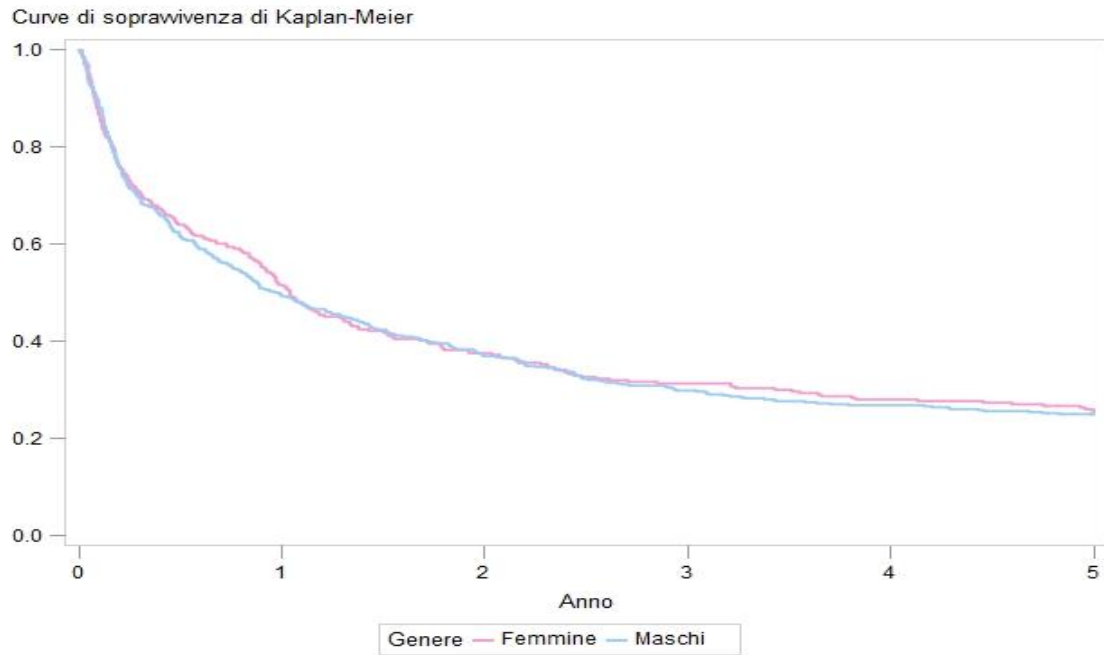
Tumore dello stomaco: andamento dell'incidenza per età



Tumore dello stomaco: andamento della mortalità per anno



Tumore dello stomaco: andamento della sopravvivenza (coorte 2005-2009)

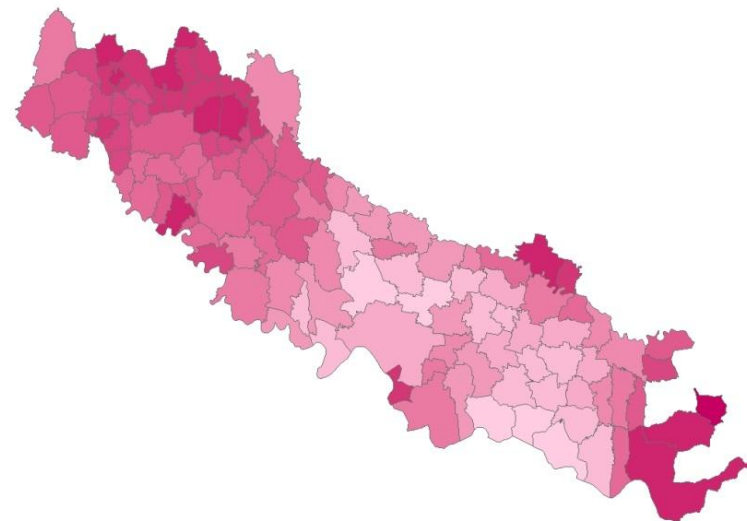
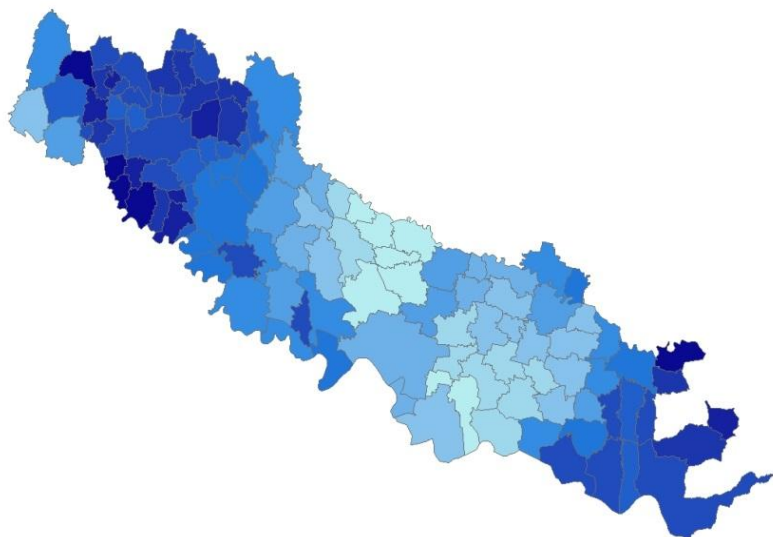


Sopravvivenza relativa a 5 anni (IC 95%)			
MASCHI		FEMMINE	
Cremona	AIRTUM	Cremona	AIRTUM
31 (26-36)	34 (32-36)	32 (26-38)	36 (33-38)

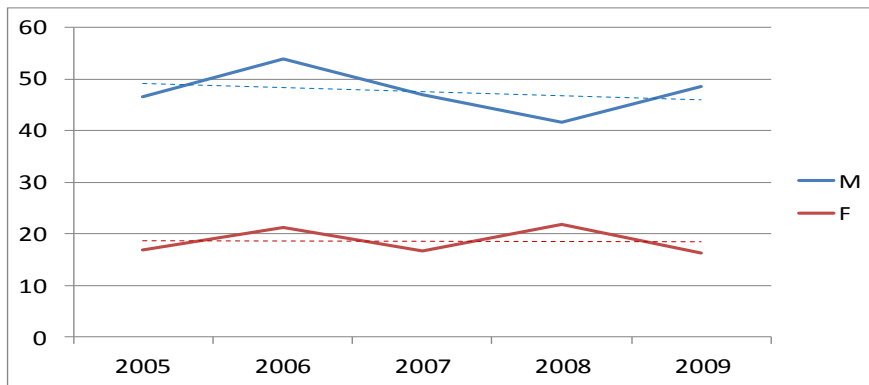
TUMORE DEL FEGATO

Tasso Standardizzato di incidenza (TS) e rapporto standardizzato di mortalità (SMR): provincia di Cremona vs. Nord Ovest e Italia, 2005-2009

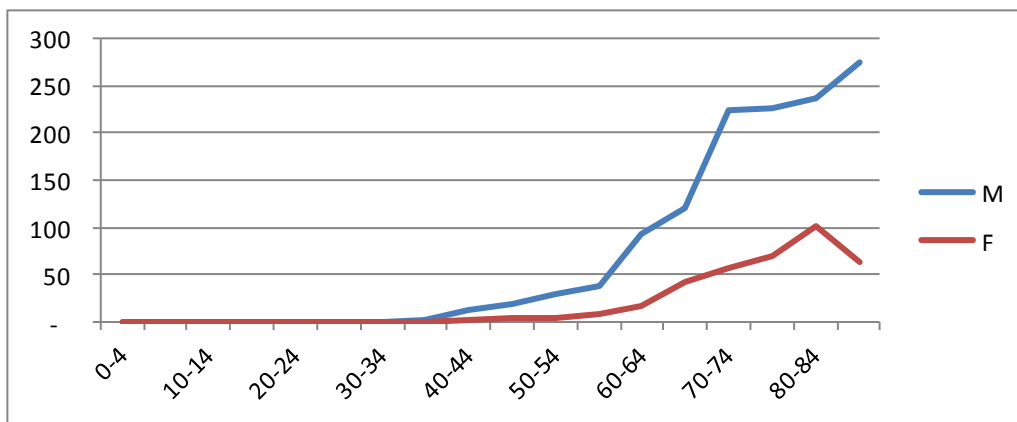
FEGATO	Maschi		Femmine	
	CR vs. Nord-Ovest	CR vs. Italia	CR vs. Nord-Ovest	CR vs. Italia
Differenza TS (per 100.000 res.)	+9,3	+12,4	+2,2	+2,1
Differenza TS %	+39,7	+61,2	+35,3	+33,1
SMR		1,71		1,35



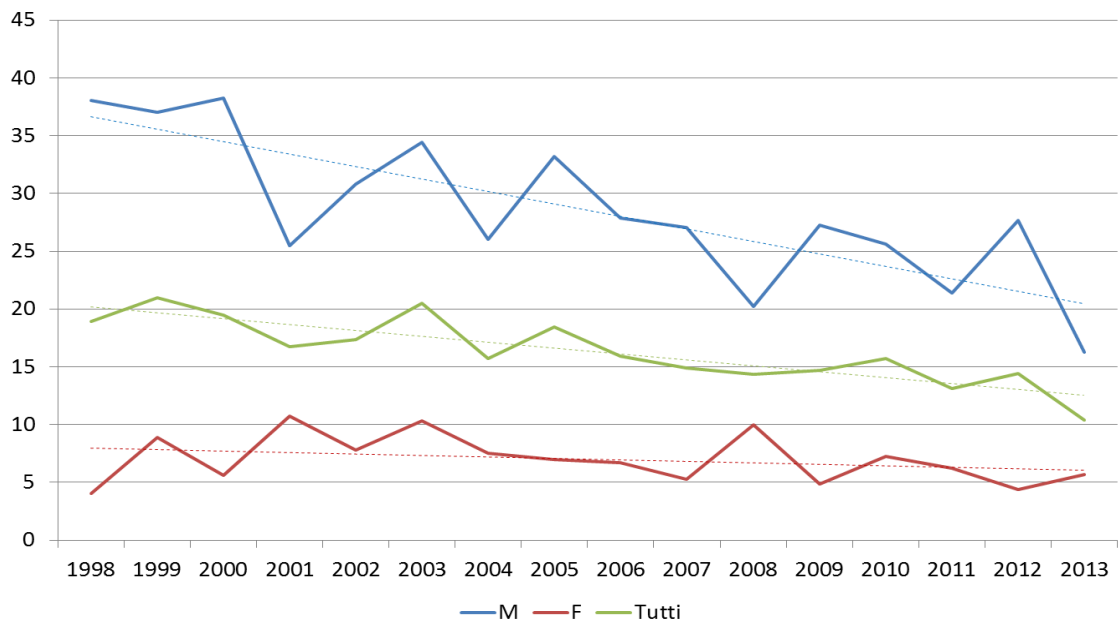
Tumore del fegato: andamento dell'incidenza per anno



Tumore del fegato: andamento dell'incidenza per età

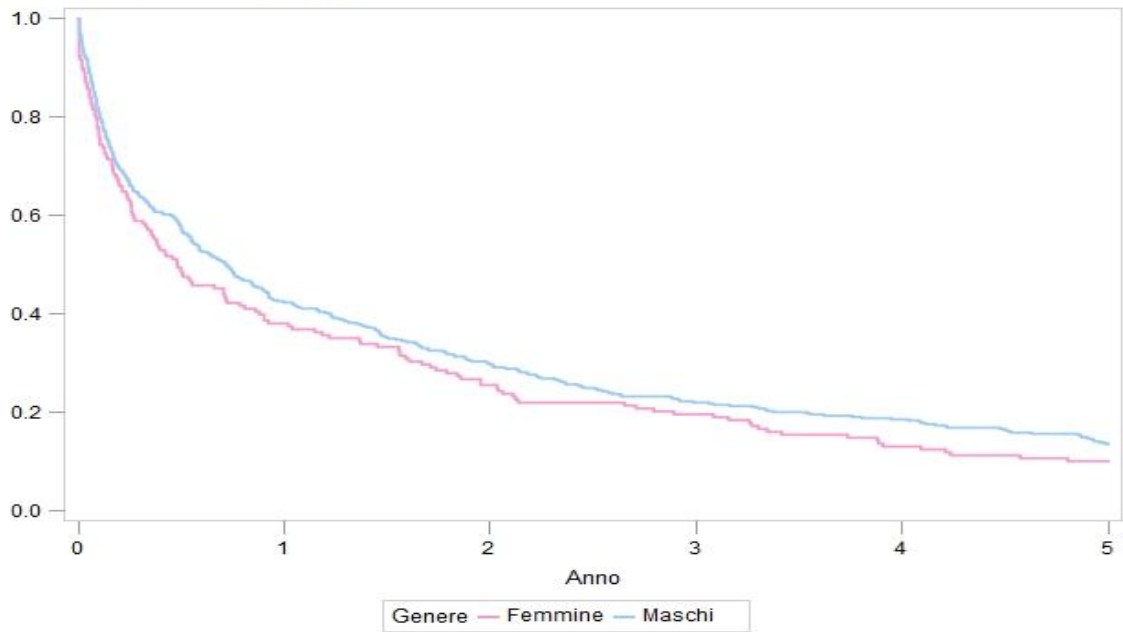


Tumore del fegato: andamento della mortalità per anno



Tumore del fegato: andamento della sopravvivenza (coorte 2005-2009)

Curve di sopravvivenza di Kaplan-Meier

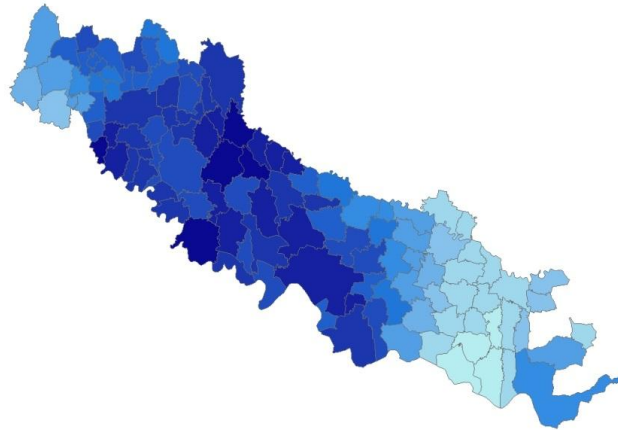


Sopravvivenza relativa a 5 anni (IC 95%)			
MASCHI		FEMMINE	
Cremona	AIRTUM	Cremona	AIRTUM
17 (13-21)	17 (15-19)	12 (7-18)	16 (13-20)

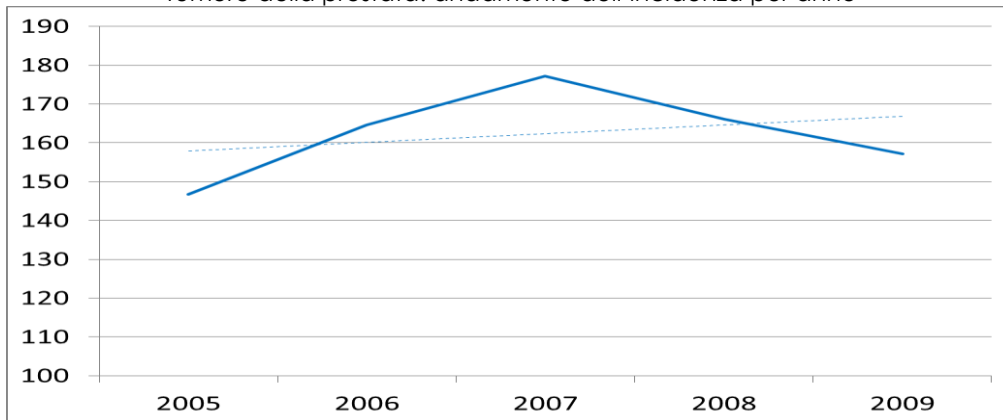
TUMORE DELLA PROSTATA

Tasso Standardizzato di incidenza (TS) e rapporto standardizzato di mortalità (SMR): provincia di Cremona vs. Nord Ovest e Italia, 2005-2009

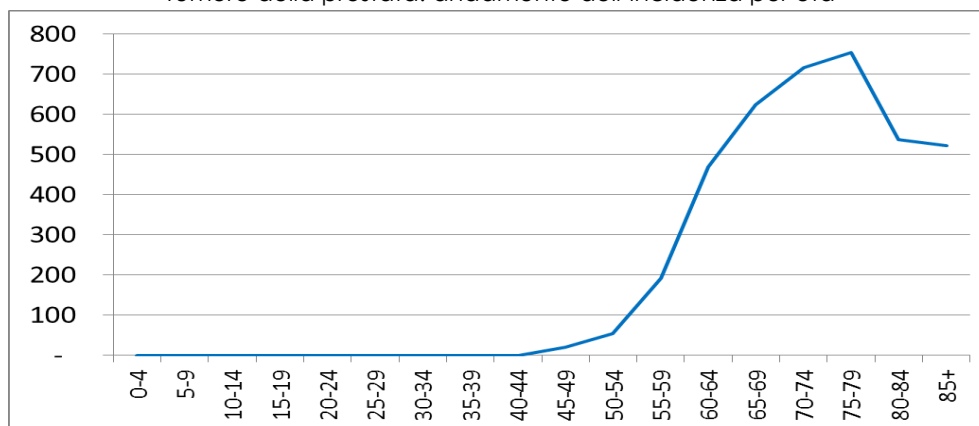
PROSTATA	CR vs. Nord-Ovest	CR vs. Italia
Differenza TS (per 100.000 res.)	+4,0	+16,5
Differenza TS %	+3,6	+17,2
SMR		0,82

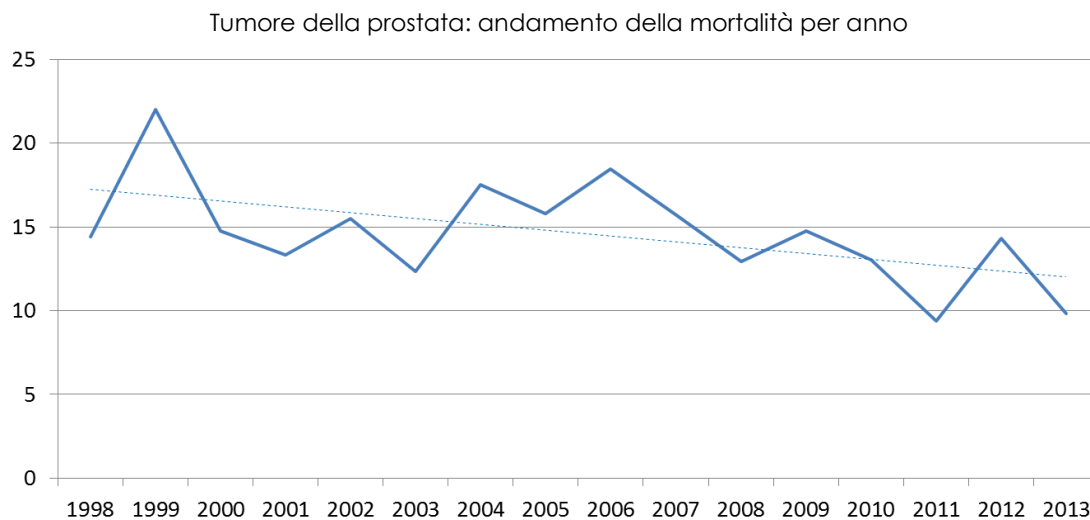


Tumore della prostata: andamento dell'incidenza per anno

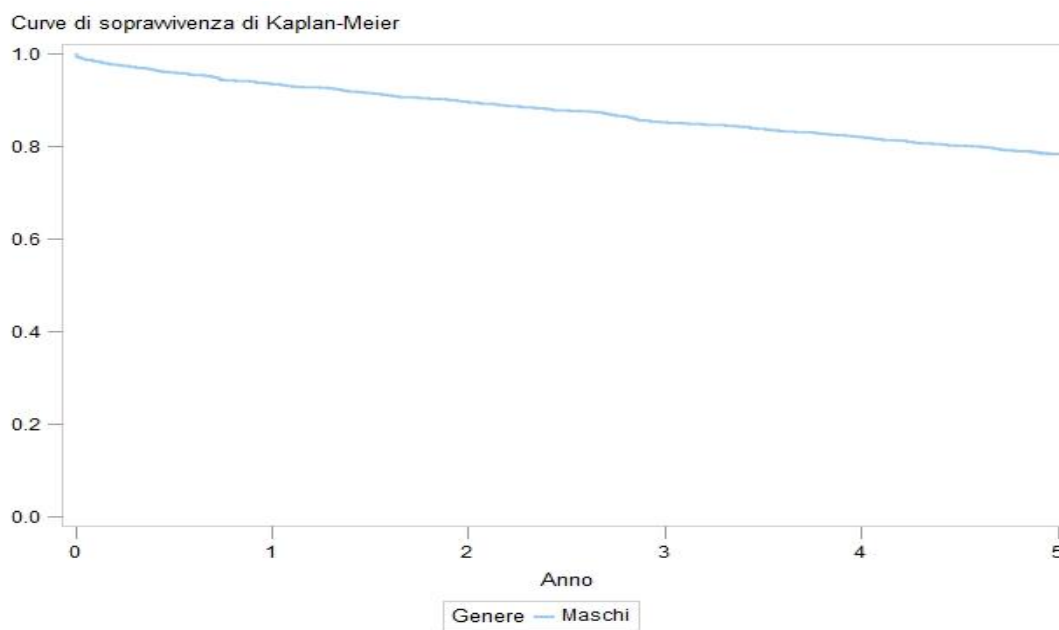


Tumore della prostata: andamento dell'incidenza per età





Tumore della prostata: andamento della sopravvivenza (coorte 2005-2009)

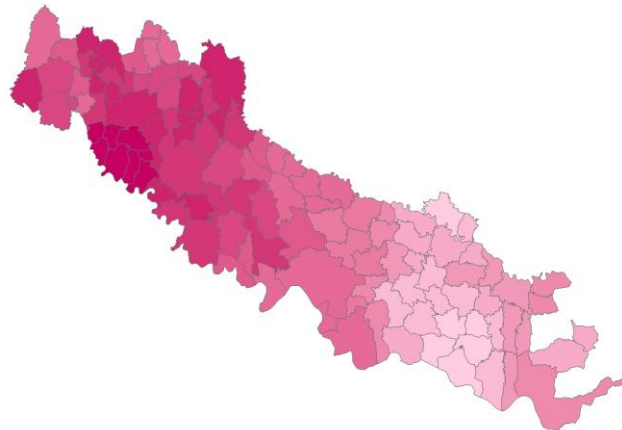


Sopravvivenza relativa a 5 anni (IC 95%)	
MASCHI	
Cremona	AIRTUM
94 (92-97)	91 (90-92)

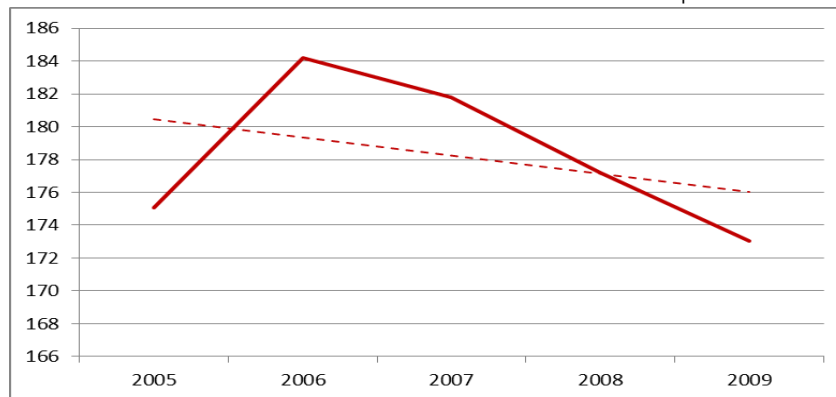
TUMORE DELLA MAMMELLA DELLA DONNA

Tasso Standardizzato di incidenza (TS) e rapporto standardizzato di mortalità (SMR): provincia di Cremona vs. Nord Ovest e Italia, 2005-2009

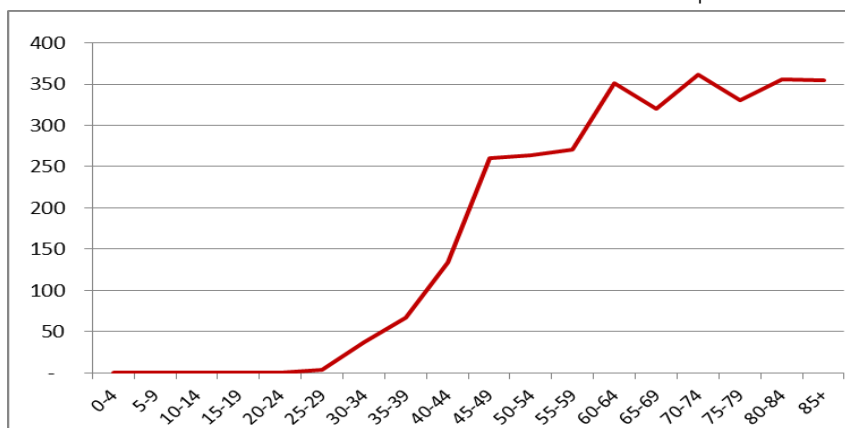
MAMMELLA	CR vs. Nord-Ovest	CR vs. Italia
Differenza TS (per 100.000 res.)	+2,0	+9,9
Differenza TS %	+1,7	+8,7
SMR		1,18

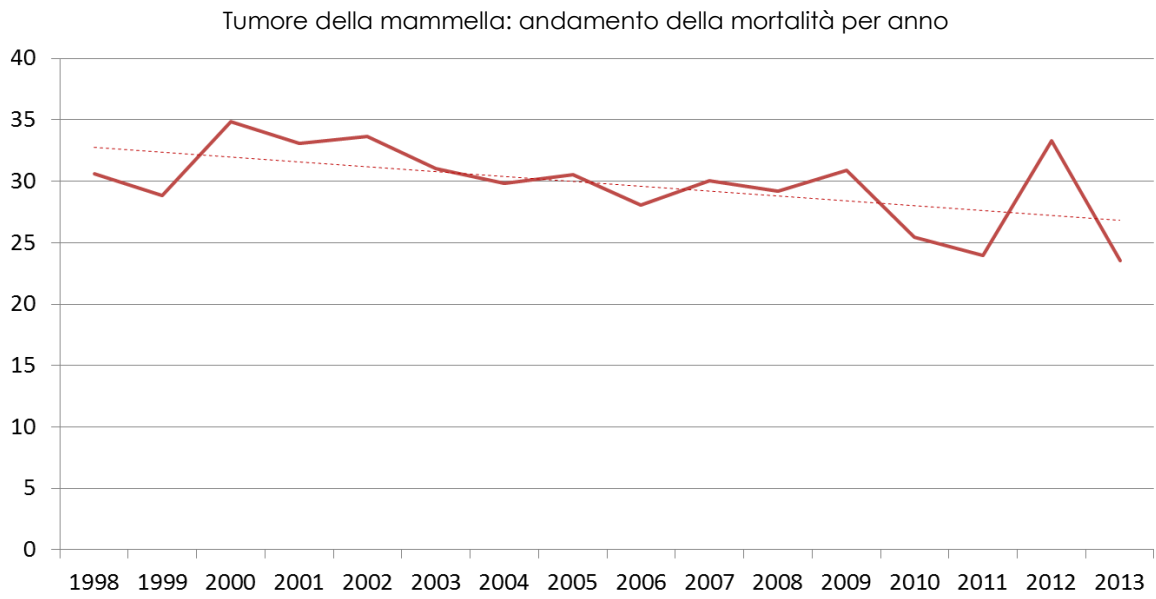


Tumore della mammella: andamento dell'incidenza per anno

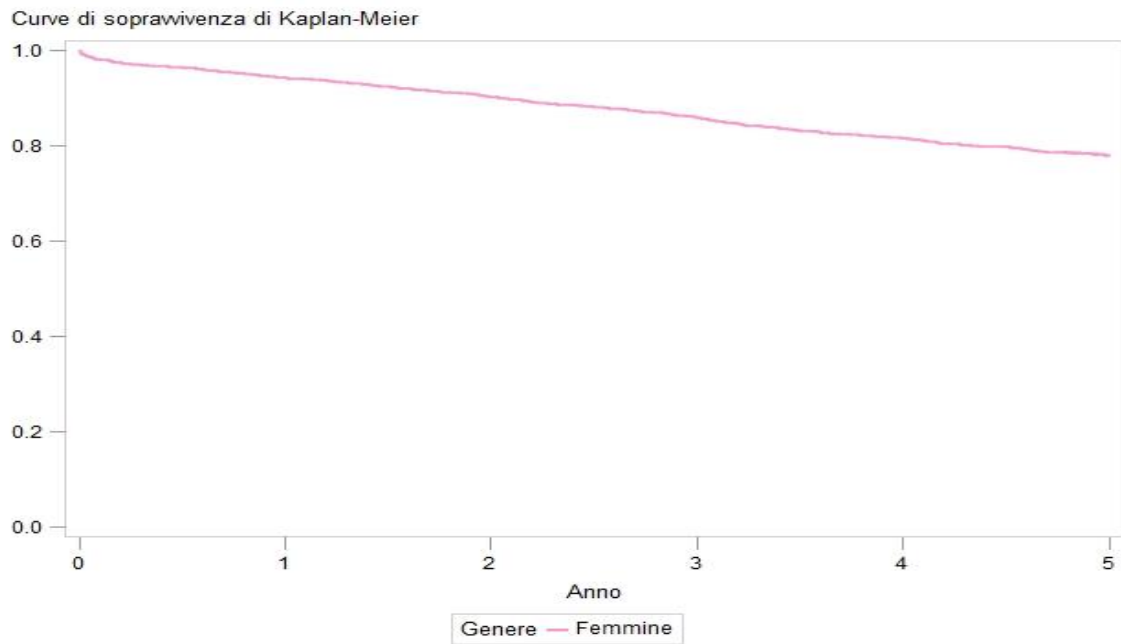


Tumore della mammella: andamento dell'incidenza per età





Tumore della mammella: andamento della sopravvivenza (coorte 2005-2009)

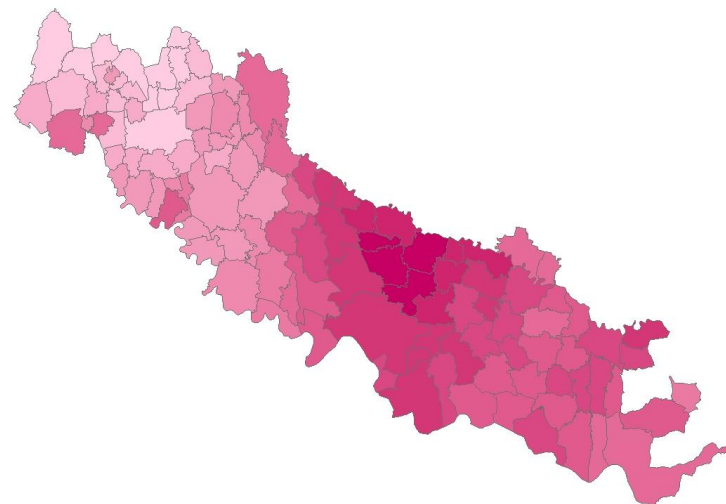
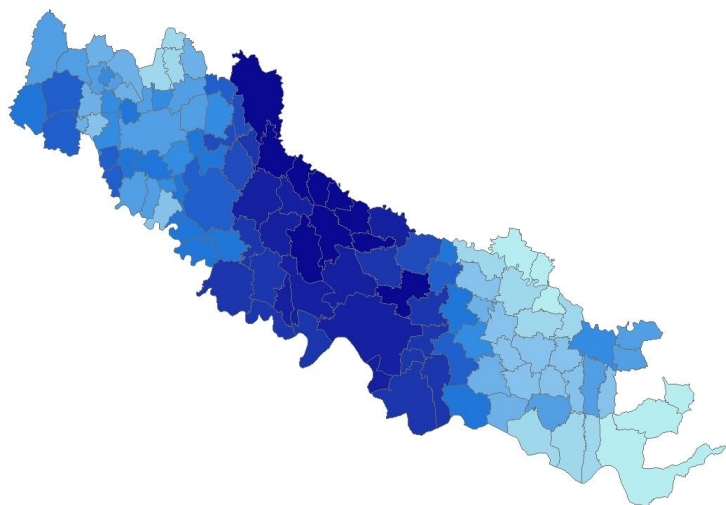


Sopravvivenza relativa a 5 anni (IC 95%)	
FEMMINE	
Cremona	AIRTUM
87 (85-89)	87 (86-88)

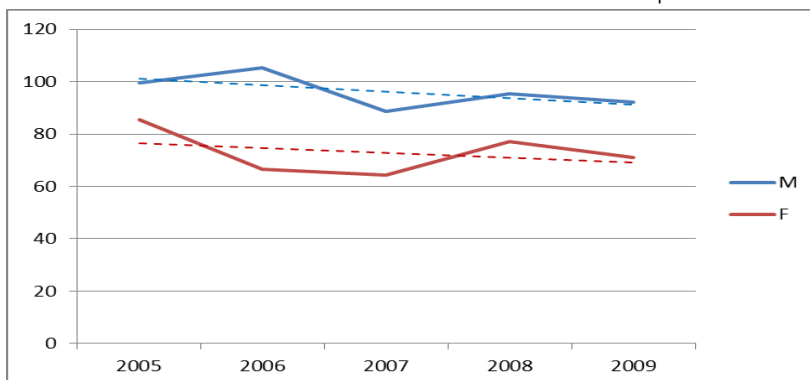
TUMORE DEL COLON-RETTO

Tasso Standardizzato di incidenza (TS) e rapporto standardizzato di mortalità (SMR): provincia di Cremona vs. Nord Ovest e Italia, 2005-2009

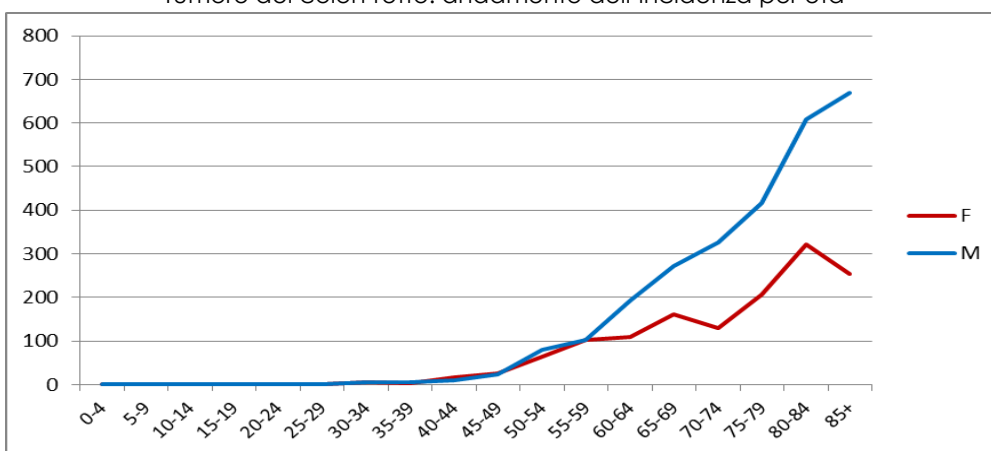
COLON-RETTO	Maschi		Femmine	
	CR vs. Nord-Ovest	CR vs. Italia	CR vs. Nord-Ovest	CR vs. Italia
Differenza TS (per 100.000 res.)	-0,9	0,0	-0,7	-1,0
Differenza TS %	-1,4	0,0	-1,7	-2,4
SMR		1,07		0,87



Tumore del colon-retto: andamento dell'incidenza per anno



Tumore del colon-retto: andamento dell'incidenza per età

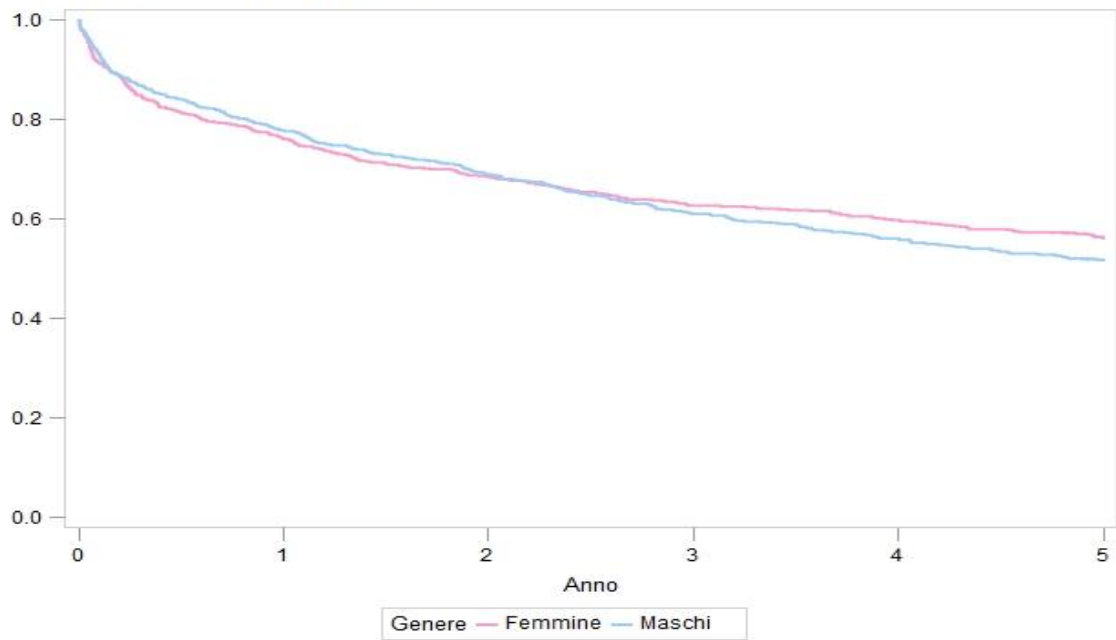


Tumore del colon-retto: andamento della mortalità per anno



Tumore del colon-retto: andamento della sopravvivenza (coorte 2005-2009)

Curve di sopravvivenza di Kaplan-Meier



Sopravvivenza relativa a 5 anni (IC 95%)			
MASCHI		FEMMINE	
Cremona	AIRTUM	Cremona	AIRTUM
65 (61-69)	64 (63-65)	66 (62-70)	63 (62-65)

1.2 ANALISI DEI COMPORAMENTI A RISCHIO

A livello locale, l'analisi epidemiologica locale si è basata sul DWH aziendale (Data Ware House), sul sistema informativo delle malattie infettive, su registri di patologia, oltre che su studi ad hoc relativi alla diffusione dei fattori di rischio o temi specifici tra i quali:

- fumo
- alcol e sostanze stupefacenti
- incidenti stradali (in riferimento anche all'uso a rischio di alcol e sostanze stupefacenti)
- gioco d'azzardo patologico
- obesità (sedentarietà e alimentazione scorretta)
- HIV-AIDS.

Si riportano a seguire le relative considerazioni e – ove disponibili – i risultati di rilevazioni effettuate a livello provinciale, pur nella consapevolezza che i dati disponibili non sono sempre esaustivi per tutti gli ambiti di indagine.

1.2.1 FUMO

Nel 2005 un rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito il fumo di tabacco come "la più grande minaccia per la salute nella Regione Europea" descrivendo come le patologie correlate all'abitudine al fumo siano responsabili dell'86% dei decessi e dell'utilizzo di due terzi delle risorse economiche destinate alla sanità.

Sulla scorta di tali evidenze, anche in Italia sono nati sistemi di valutazione e di sorveglianza per identificare le esigenze di salute della popolazione e le priorità sulle quali intervenire, come il progetto PASSI avviato dall'Istituto Superiore di Sanità. L'importanza di una rilevazione sistematica degli indicatori di rischio sarà un punto essenziale nella programmazione sanitaria dei prossimi anni allo scopo di orientare medici ed operatori sanitari ad una migliore gestione dei servizi e delle prestazioni offerte all'utenza attraverso una necessaria revisione delle politiche locali per una migliore allocazione delle risorse disponibili.

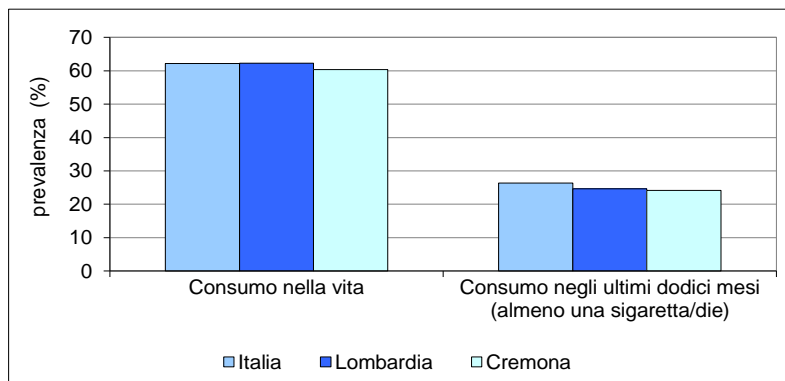
Ancora oggi non sono disponibili dati sufficientemente dettagliati a livello locale sull'abitudine al fumo e su quanto la popolazione percepisca e recepisca interventi di sanità pubblica, quali campagne di prevenzione, messaggi promozionali e attività di counselling specifiche. Anche se, come segnalato dal Ministero della salute, negli ultimi 50 anni si è assistito ad una graduale diminuzione dei fumatori a livello europeo, il fumo attivo rimane la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile.

I dati relativi all'abitudine al fumo sul territorio della provincia di Cremona sono ricavati da indagini condotte sia nelle scuole che in collaborazione con medici e pediatri di famiglia.

Per quanto riguarda l'ambiente scolastico, nel 2011 ESPAD Italia ha condotto una ricerca presso alcune scuole secondarie di secondo grado della provincia di Cremona.

I dati emersi dai questionari somministrati evidenziano che il 60,4% degli studenti della provincia ha provato almeno una volta nella vita a fumare sigarette e nell'ultimo anno il 24,2% ha fumato quotidianamente almeno una sigaretta, questi risultati sono sensibilmente inferiori al dato nazionale (rispettivamente 62,2% e 26,4%) e sostanzialmente in linea con quello regionale (62,3% e 24,6%).

Prevalenza del consumo di tabacco per area geografica, anno 2011

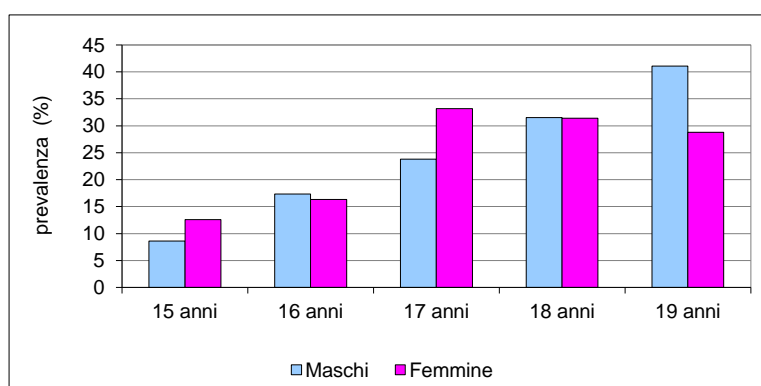


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2011

Il consumo di almeno una sigaretta al giorno nel corso dell'ultimo anno, che ha riguardato il 23,9% degli studenti ed il 24,5% delle studentesse, è direttamente correlato all'età: nel genere maschile le prevalenze superiori si rilevano tra i 18enni e 19enni (31,5% e 41,1% rispettivamente), mentre nel genere femminile si evidenziano tra le 17enni e 18enni (33,2% e 31,4%).

I passaggi di età contraddistinti dal maggior incremento delle prevalenze sono nei maschi quelli dai 15 ai 16 anni (da 8,6% a 17,3%) e dai 18 ai 19 anni, nelle femmine quello dai 16 ai 17 anni (dal 16,3% al 33,2%), cui segue un decremento.

Prevalenza del consumo di tabacco* per genere ed età, anno 2011.



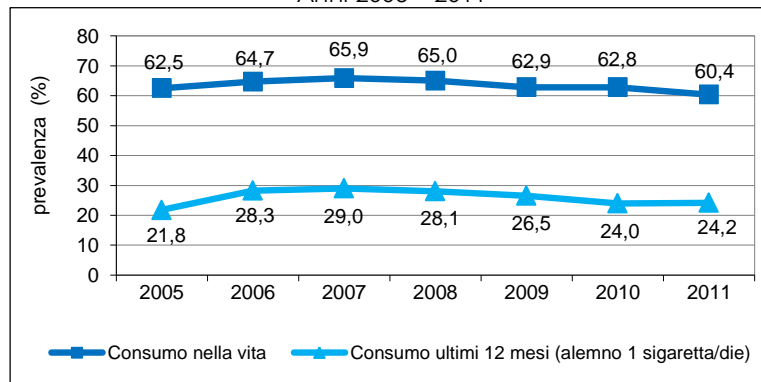
*una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi

Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2011

Tra gli studenti che durante l'ultimo anno hanno fumato, il 52% dei maschi ed il 43% delle femmine hanno mediamente fumato meno di 1 sigaretta/die, mentre il 13% dei primi ed il 9% delle seconde ne hanno fumate 10 o più.

L'aver fumato "una tantum" così come fumare quotidianamente, durante l'anno, almeno una sigaretta evidenzia nell'ultimo biennio un leggero decremento, dopo l'apice registrato nel corso del triennio 2006-2008, anni durante i quali le prevalenze risultavano intorno al 65-66%, nel primo caso, e 28-29%, nel secondo.

Andamento della prevalenza del consumo di tabacco nella provincia di Cremona.
Anni 2005 – 2011



*Una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2011

L'obiettivo di salute non può che tendere all'azzeramento dei consumi, implementando gli interventi già in atto, vista la correlazione del fumo con numerose malattie.

Patologia	Frazione attribuibile al fumo (%)
Ca cavo orale , faringe, laringe	68
Ca polmone	89
Ca esofago	71
Ca vescica	34
Ca stomaco	23
Leucemia mieloide	14
Cardiopatía ischemica	47
Ictus/cerebropatía vascolare	44

Come già anticipato, in questi ultimi anni oltre alle indagini nel setting scolastico l'ASL ha condotto delle rilevazioni in collaborazione i pediatri e i medici di famiglia.

In particolare, nel 2010 è stato effettuato dai pediatri della provincia di Cremona uno studio su 2.284 pazienti di età compresa tra 0 e 11 anni, relativo all'abitudine dei genitori a fumare in casa, con rischi per salute anche per i non fumatori (fumo passivo), in particolare i bambini. L'83,4% dei rispondenti ha dichiarato di non fumare in ambienti confinati. Tale risultato (al di là del possibile bias legato ad un'eventuale "autoselezione" dei partecipanti tra i genitori più "virtuosi"), se rispondente al vero è incoraggiante in quanto il fumo passivo è classificato come sostanza cancerogena per l'uomo e che - come rilevato dall'ISTAT - l'abitudine al fumo dei genitori e di altri componenti della famiglia condiziona fortemente il comportamento giovanile inducendo nei ragazzi lo stesso comportamento.

Più di recente, nel 2013, l'ASL ha avviato una collaborazione con i Medici di Medicina Generale con l'obiettivo di misurare una serie di indicatori relativi alla prevalenza di tabagisti ed agli interventi di prevenzione e contrasto avviati dallo stesso medico curante. Infatti è oramai noto come la sensibilizzazione del personale sanitario sia al primo posto (91%) tra le azioni più efficaci ai fini dell'adesione di fumatori a programmi di disassuefazione dei Centri Antifumo. Questo riguarda in particolare i medici di famiglia, che hanno l'opportunità di identificare e selezionare i fumatori già portatori di patologie cardiovascolari e polmonari, e inviarli ai centri antifumo, inserendo la cessazione del fumo nel programma terapeutico.

Hanno aderito all'indagine 188 medici, per un bacino di utenza di oltre 260.000 assistiti. In circa 145.000 pazienti (poco meno del 60%) era nota la condizione di "fumatore" o "non fumatore". Tra questi, 29.339 persone (20,3%) hanno dichiarato di essere fumatori. Tra i fumatori, il 70% ha meno di 65 anni mentre gli over 65 rappresentano il 30% dei fumatori; il

rapporto maschio/femmina è di 1/1 tra i fumatori under 65 e 2/1 tra i fumatori ultrasessantacinquenni, confermando un dato già noto di consumo tra le donne che è aumentato progressivamente nel corso degli ultimi decenni, sino a pareggiare (triste primato) quello della popolazione maschile. Per quanto riguarda alcuni indicatori specifici di contrasto al problema, al 28% dei fumatori è stata prestata attività di counselling, mentre l'1,1% è stato inviato a Centri Antifumo e allo 0,7% è stata somministrata una terapia.

L'analisi dei dati ha confermato la necessità di intensificare l'attenzione rivolta alla sensibilizzazione alla disassuefazione al fumo e dell'invio dei pazienti ai centri di disassuefazione di Il livello che, come si è evidenziato, vengono effettuate in una quota esigua di soggetti con esiti scarsamente valutabili in termini di efficacia.

Nel 2014 la sensibilizzazione attiva alla disassuefazione al fumo è stata inserita tra le attività nell'Accordo di Governo Clinico della Medicina Generale.

L'attività si è concentrata sui soggetti identificati come fumatori nella rilevazione 2013 o identificati come tali nel corso dell'attività ambulatoriale; in base al carico assistiti ed in riferimento ai dati acquisiti nell'anno 2013, il DCP ha individuato in 50 assistibili il numero minimo di soggetti da sensibilizzare per ogni MMG.

I medici hanno ricevuto un file predisposto per l'inserimento dei dati necessari all'identificazione univoca del paziente (Cognome, nome e Codice Fiscale) ed un elenco di 4 domande da sottoporre al paziente registrandone la risposta; al medico è stato fornito materiale informativo per completare l'attività di sensibilizzazione fornendo al paziente i riferimenti telefonici ed i contatti per la disassuefazione al fumo.

Ai MMG è stato richiesto il seguente set di dati:

- Codice Regionale Medico;
- Codice Fiscale del soggetto sensibilizzato; Cognome e Nome del soggetto sensibilizzato; data di sensibilizzazione;
- Domanda 1: *lei fuma? si/no*
- Domanda 2: *ha mai pensato di smettere? si/no*
- Domanda 3: *sarebbe interessato a partecipare ad un corso per smettere di fumare? si/no*
- Domanda 4: *posso consegnarle un volantino esplicativo sul fumo e sui centri di disassuefazione? si/no*

È stato inoltre consentito l'utilizzo di un campo libero per la registrazione di eventuali note.

La rendicontazione dell'attività e l'analisi dei risultati sono in corso.

Infine, nell'ambito del "Percorso Nascita" presso i Consultori Familiari Integrati distrettuali, sono stati effettuati interventi di promozione e protezione della salute rivolti ai bambini sino all'anno di età e ai loro genitori nella fascia 25/49 anni. Particolare attenzione è stata posta nell'osservare l'abitudine al fumo nelle gestanti e nelle puerpere che accedono ai consultori. Tra le utenti dell'area gravidanza, sono state indagate 580 donne gravide, 33 delle quali (pari al 5,6%) hanno mantenuto l'abitudine al fumo durante la gravidanza. Negli spazi dedicati al sostegno dell'allattamento al seno è stato indagato un campione di 513 mamme il 5,3% di queste è risultato che continuasse a fumare. A tutte le gestanti e puerpere che accedono per qualsiasi prestazione (assistenza alla gravidanza, corso di preparazione al parto, sostegno all'allattamento), sono stati offerti colloqui informativi mirati e counseling breve, secondo le indicazioni del progetto regionale "Mamme senza Fumo".

In riferimento alle Linee guida di Regione Lombardia relative al counseling motivazionale breve, gli operatori del Dipartimento Dipendenze dell'ASL di Cremona hanno effettuato domande mirate relative all'abitudine tabagica a circa 1.400 persone afferenti al servizio al fine di agganciarle nel percorso di disassuefazione dal fumo di tabacco. Di queste, 28 persone hanno partecipato ai percorsi di gruppo di auto-mutuo-aiuto interrompendo definitivamente il loro comportamento di dipendenza da fumo di tabacco.

1.2.2 ALCOL E SOSTANZE STUPEFACENTI

Consumi di sostanze psicoattive e altri comportamenti a rischio negli studenti di 15-19 anni

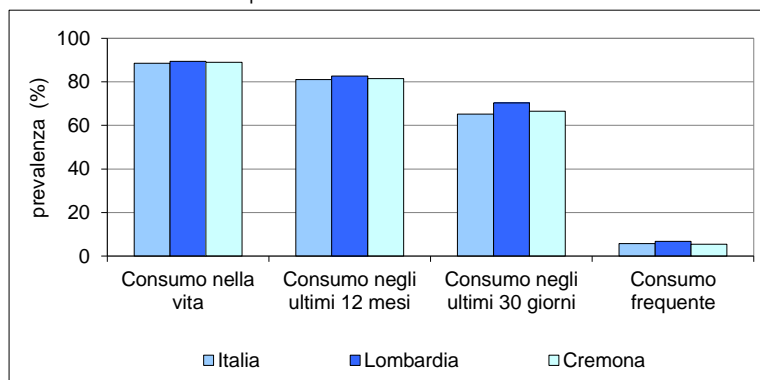
I dati relativi alle prevalenze dei consumi di sostanze psicoattive (legali ed illegali) nella popolazione studentesca, sono stati estratti dallo studio campionario ESPAD-Italia®.

L'indagine ha lo scopo di monitorare e stimare la quota di studenti di 15-19 anni che ha consumato sostanze psicoattive in specifici periodi temporali: nel corso della vita, dell'ultimo anno, dell'ultimo mese e "frequentemente". Il consumo "nella vita" o "una tantum" definisce la quota di soggetti che ha sperimentato il consumo di specifiche sostanze psicoattive, mentre i consumi riferiti "agli ultimi 12 mesi" e "agli ultimi 30 giorni" riflettono i comportamenti più recenti e adottati allo stato attuale. Le evidenze che emergono, oltre a monitorare il fenomeno, permettono di osservare il trend del consumo delle sostanze e comprendere l'evoluzione dello stile di utilizzo delle stesse.

Consumi di alcol

L'89,1% della popolazione studentesca provinciale riferisce di aver bevuto alcolici almeno una volta nella vita, l'81,5% lo ha fatto nell'ultimo anno, il 66,5% nell'ultimo mese e per il 5,4% il consumo è stato frequente, quasi quotidiano (in Italia: 88,7%, 81,1%, 65,2% e 5,7%; in Lombardia: 89,5%, 82,7%, 70,4% e 6,7%).

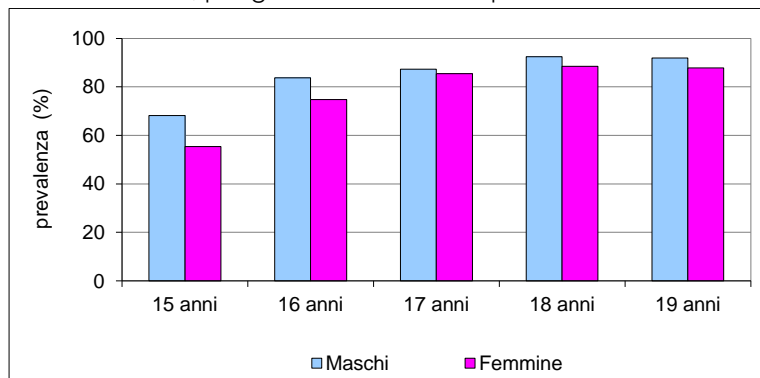
Prevalenza d'uso di alcol nella provincia di Cremona vs. Italia e Lombardia. Anno 2011



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2011

L'84,5% degli studenti e il 78,4% delle studentesse hanno bevuto alcolici nel corso dell'ultimo anno: è il passaggio dai 15 ai 16 anni che segna il maggior incremento delle prevalenze, sia tra i maschi, che dal 68,2% passano all'83,8%, sia soprattutto tra le femmine, che dal 55,4% raggiungono il 74,8%. Segue il passaggio dai 16 ai 17 anni, raggiungendo prevalenze pari a 87,3% tra i maschi e 85,4% tra le femmine.

Prevalenza d'uso di alcol, per genere ed età nella provincia di Cremona. Anno 2011

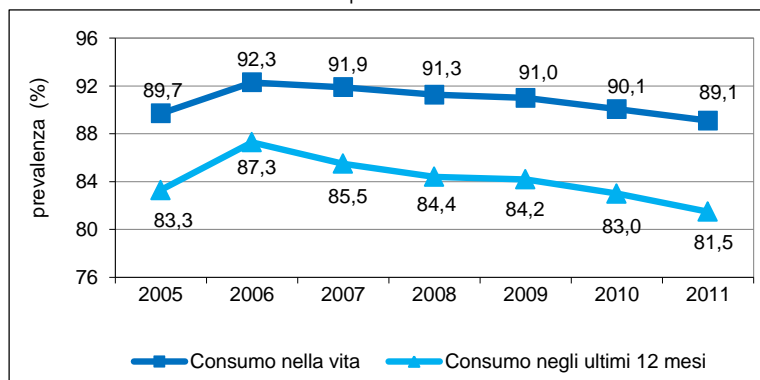


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2011

Tra coloro che hanno assunto alcolici durante l'anno, il 29% dei maschi e il 9% delle femmine hanno ripetuto questo comportamento 40 o più volte, mentre il 27% dei primi e il 39% delle seconde lo hanno fatto non più di 5 volte.

Dal 2006-2007 si registra una leggera e graduale riduzione del consumo di bevande alcoliche tra gli studenti della provincia, soprattutto in riferimento all'utilizzo nell'anno di rilevazione.

Prevalenza d'uso di alcol nella provincia di Cremona. Anni 2005–2011



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®: rilevazioni dal 2005 al 2011

Il 35,3% degli studenti della provincia ha praticato il *binge drinking*, nell'ultimo mese, ha cioè assunto 5 o più bevande alcoliche in un'unica occasione, prevalenza che è rimasta sostanzialmente invariata dal 2008 (intorno al 35-36% per tutti gli anni).

Tra i maschi la quota dei *binge drinkers* è pari al 42,1%, del tutto in linea con quanto registrato a livello nazionale (42,9%) e regionale (42%), con le prevalenze più consistenti osservate tra i 18enni (53,4%) e 19enni (46,2%).

Tra le studentesse la quota di *binge drinkers* raggiunge il 28,6%, così come rilevato a livello nazionale (28%) e regionale (28,5%), con qualche differenza se si considera l'età. In provincia, infatti, se tra le studentesse di 15 e 19 anni si rilevano prevalenze inferiori alle corrispondenti nazionali e regionali (Cremona rispettivamente 17,6% e 27,3%; Italia: 18,8% e 31%; Lombardia: 19,3% e 31,7%), tra le 17enni e 18enni le quote risultano superiori (Cremona rispettivamente 34,6% e 35,2%; Italia: 30,5% e 32,3%; Lombardia: 31,7% e 31,6%).

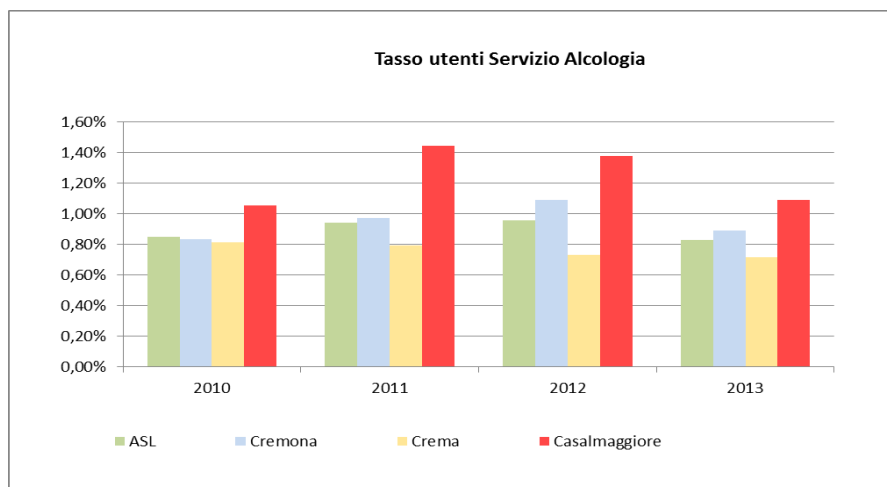
Prevalenza di *binge drinking*, per genere ed età, nella provincia di Cremona vs. Italia e Lombardia. Anno 2011

Età	Italia (%)			Lombardia (%)			Provincia di Cremona (%)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
15 anni	26,8	18,9	22,8	25,5	19,3	22,5	24,8	17,6	17,6
16 anni	37,9	26,3	32,2	37,0	28,2	32,6	41,5	27,7	27,7
17 anni	46,7	30,5	38,5	46,8	31,7	39,2	45,0	34,6	34,6
18 anni	50,5	32,3	41,3	52,9	31,6	42,0	53,4	35,2	35,2
19 anni	49,8	31,0	40,5	49,5	31,7	40,1	46,2	27,3	27,3
15-19 anni	42,9	28,0	35,5	42,0	28,5	35,2	42,1	28,6	28,6

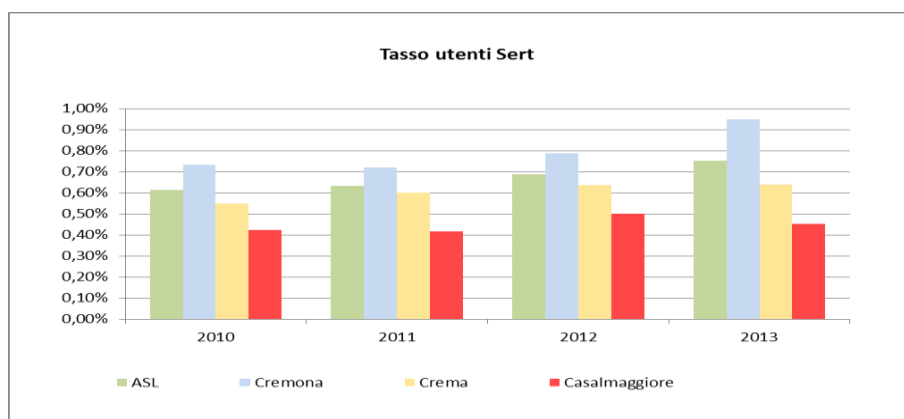
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2011

Il 54% dei maschi e il 66% delle femmine hanno praticato il *binge drinking* 1-2 volte nel mese antecedente la rilevazione, mentre il 19% dei primi ed il 9% delle seconde lo ha ripetuto 6 o più volte.

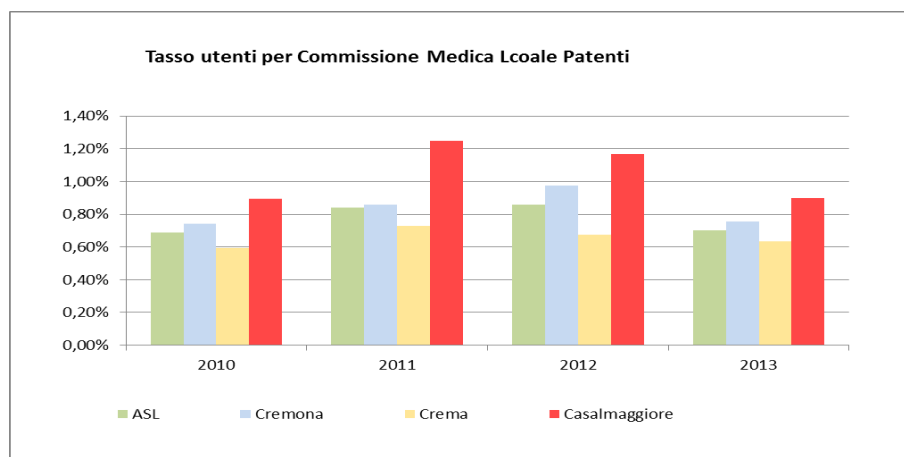
Di seguito si riportano anche alcuni dati relativi al trend del tasso degli utenti in carico ai SerT distrettuali in relazione al fenomeno del consumo di alcol e al fenomeno del consumo di sostanze stupefacenti.



I dati evidenziano un complessivo lieve decremento degli utenti del Servizio di alcologia. Per il SerT di Casalmaggiore si rileva una quota più elevata di persone in carico al servizio di alcologia tra i residenti nella fascia di età 15-75.

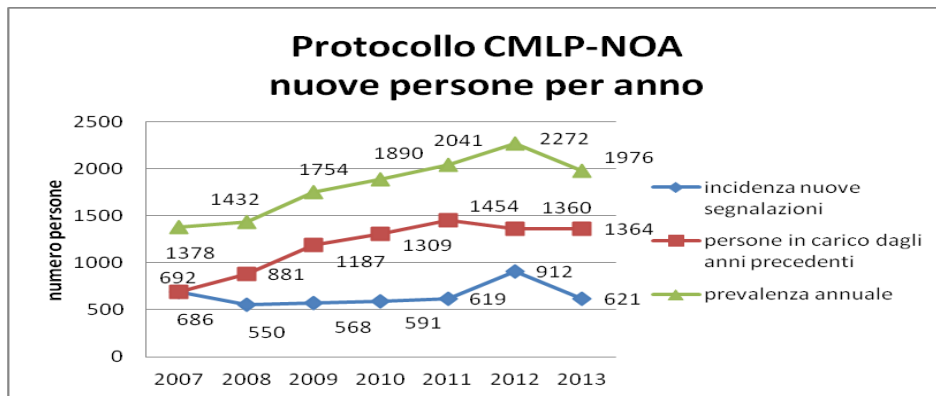


I dati evidenziano a livello dipartimentale un aumento di persone seguite dai SerT distrettuali per problemi di tossicodipendenza; un lieve decremento si registra solo per la sede di Casalmaggiore.



Gli utenti seguiti dal Nucleo Operativo Alcolologia sono diminuiti in tutti e tre i distretti di competenza dell'ASL di Cremona anche grazie al protocollo stilato tra CMLP e NOA; questo prevede un minor numero di controlli nell'arco degli anni per le persone segnalate per infrazione art, 186 del Codice Della Strada nel caso in cui non ci siano recidive.

Di seguito è descritto l'andamento delle persone inviate dalla CMLP per infrazione art. 186 del Codice della Strada negli anni 2007 – 2013 che evidenzia una sostanziale stabilità delle nuove segnalazioni (incidenza annuale), ad eccezione dell'anno 2012 dove per questioni organizzative tutti gli utenti del territorio cremasco che prima si rivolgevano ad altra struttura esterna sono stati presi in carico dal Sert – NOA di Crema.



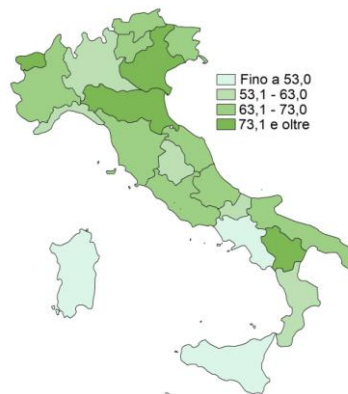
Come già segnalato per un cambiamento nelle modalità di controllo da parte della CMLP, si evidenzia un'inversione di tendenza del dato di prevalenza (vecchi e nuovi utenti) nell'anno 2013.

1.2.3 INCIDENTI STRADALI

Gli incidenti stradali rappresentano un problema di assoluta priorità a causa dell'alto numero di morti e d'invalidità, permanenti e temporanee che causano; agli enormi costi sociali e umani si aggiungono quindi anche elevati costi economici. Essi sono la causa di morte prevenibile associabile al maggior numero di anni di vita persi e rappresentano la maggior causa di morte della fascia 15-44 anni.

Diversi sono i fattori che possono contribuire al fenomeno degli incidenti stradali: il comportamento e lo stato psicofisico del conducente, l'uso inappropriato di bevande alcoliche e di farmaci, malattie, deficit della vista, uso di sostanze psicotrope, mancato rispetto delle norme del codice della strada.

Dall'elaborazione dei dati italiani di mortalità per incidenti stradali distribuiti per Regioni di appartenenza, emerge la posizione favorevole della Lombardia, che rispetto ad altre aree presenta una mortalità contenuta, compresa tra 53,1 e 63 per milione di abitanti.



I dati ISTAT sull'incidentalità stradale 2013, riportati nella tabella seguente, forniscono il quadro generale dei morti per incidente stradale nella regione Lombardia divisi per province di appartenenza.

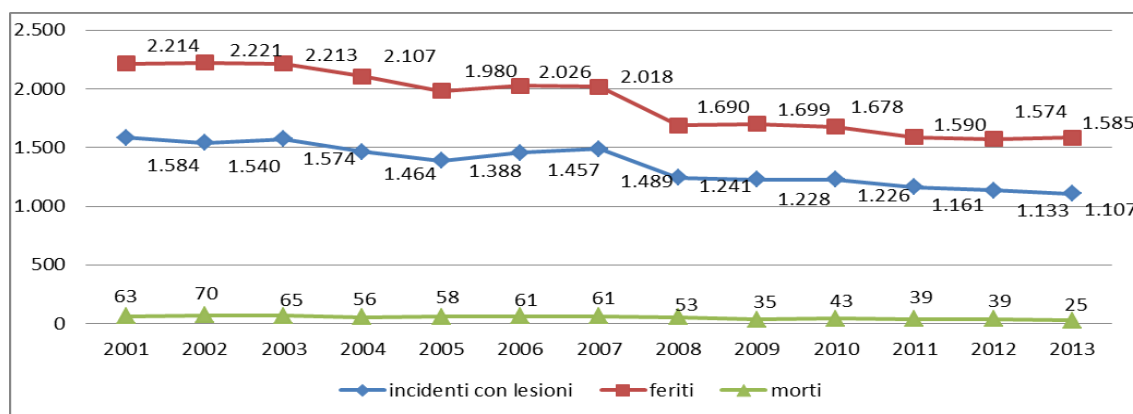
Mortalità per incidenti stradali in Lombardia, anno 2013

Provincia	N° morti	Mortalità per 100.000 abitanti
Lodi	17	7,42
Cremona	25	6,90
Pavia	37	6,75
Brescia	73	5,78
Sondrio	9	4,93
Bergamo	54	4,88
Lecco	13	3,81
Como	22	3,67
Varese	31	3,49
Milano	108	3,40
Mantova	13	3,13
Monza e della Brianza	20	2,32
Totale Lombardia	422	4,23

Dalla tabella si evince che la provincia di Cremona è al 2° posto dopo la provincia di Lodi. Questa stima conferma la necessità di tenere alto il livello di attenzione su un problema rilevante di salute pubblica e di proseguire tutte le iniziative avviate dall'ASL e finalizzate alla prevenzione degli incidenti stradali (in particolare di quelli specificamente correlati al consumo di alcol e sostanze illegali), in affiancamento a quelle di contrasto messe in campo dalle autorità preposte.

Per quanto riguarda il trend degli ultimi anni, a Cremona si registra una diminuzione per tutti i parametri relativi all'incidentalità stradale, come si evince dal grafico seguente.

Numero di incidenti stradali, morti e feriti in provincia di Cremona, anni 2002-2013 (fonte ACI- ISTAT)



In particolare, tra il 2002 ed il 2013 il numero di incidenti con lesioni alle persone si è ridotto del 28%; un decremento dello stesso ordine di grandezza (anzi, sensibilmente superiore) si è registrato per il numero dei feriti, mentre la mortalità è diminuita addirittura del 64%. La contrazione della mortalità è stata particolarmente marcata nell'arco temporale 2012-2013 (-34%).

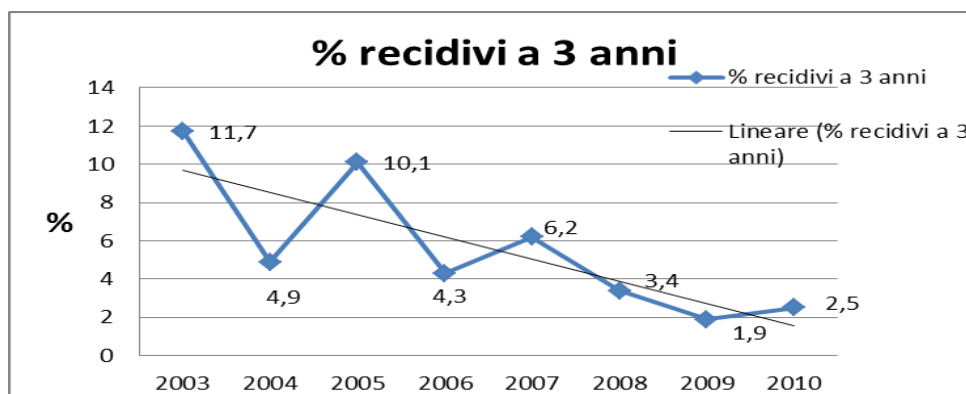
Questa tendenza al decremento è sostanzialmente trasversale alle realtà lombarde; la tabella sottostante riporta i dati di incidentalità relativi al triennio 2011-2013 per tutte le province.

Provincia	Morti				Feriti				Incidenti			
	2011	2012	2013	Δ%	2011	2012	2013	Δ%	2011	2012	2013	Δ%
Mantova	43	45	13	-69,8	1.733	1.850	1.048	-39,5	1.215	1.297	758	-37,6
Sondrio	18	17	9	-50,0	727	725	658	-9,5	467	465	426	-8,8
Cremona	39	39	25	-35,9	1.590	1.574	1.585	-0,3	1.161	1.133	1.107	-4,7
Monza e Brianza	28	21	20	-28,6	3.631	3.620	3.928	8,2	2.741	2.664	2.890	5,4
Brescia	99	89	73	-26,3	5.110	4.811	4.725	-7,5	3.599	3.325	3.401	-5,5
Varese	39	44	31	-20,5	4.084	3.663	3.731	-8,6	2.930	2.622	2.661	-9,2
Bergamo	65	54	54	-16,9	4.179	4.205	4.193	0,3	3.069	3.048	2.961	-3,5
Como	26	33	22	-15,4	2.236	2.446	2.179	-2,5	1.641	1.737	1.546	-5,8
Pavia	42	41	37	-11,9	2.333	2.422	2.304	-1,2	1.655	1.668	1.578	-4,7
Milano	107	131	108	0,9	23.036	21.770	19.831	-13,9	17.065	16.242	14.755	-13,5
Lodi	16	22	17	6,3	859	856	928	8,0	582	566	599	2,9
Lecco	10	13	13	30,0	1.320	1.138	1.225	-7,2	1.005	845	908	-9,7
Lombardia	532	549	422	-20,7	50.838	49.080	46.335	-8,9	37.130	35.612	33.590	-9,5

Al di là di qualche riserva interpretativa sulla qualità ed omogeneità delle fonti, si rileva come la provincia di Cremona sia la terza in regione per riduzione della mortalità nel triennio considerato (-36%, media regionale = -21%), mentre viceversa registra una diminuzione del numero di incidenti e di feriti meno virtuosa rispetto alla media regionale.

Questi dati, mentre evidenziano i significativi risultati conseguiti dalle politiche di prevenzione e contrasto adottate a livello nazionale, regionale e locale, incoraggiano a proseguire nell'attività di prevenzione e trattamento dei problemi alcol-correlati. In particolare, sono attivi progetti specifici rivolti al mondo della scuola e progetti di prevenzione selettiva ("Sost.A. Qui", rivolti a gruppi a rischio) realizzati attraverso la collaborazione tra Dipartimento Dipendenze (Nucleo Alcologia) e Commissione Medica Patenti dell'ASL e Club Alcologici Territoriali (APCAT), rivolti alle persone fermate per infrazione art. 186 (guida in stato di ebbrezza) e 187 (guida sotto effetto di sostanze stupefacenti) del Codice della Strada.

Al riguardo, la tabella sotto riportata documenta la progressiva riduzione della percentuale di recidivi per art. 186 del C.d.S. per le coorti annuali dei soggetti che hanno frequentato gli specifici corsi di sensibilizzazione organizzati dall'ASL a partire dall'anno 2003 (il follow-up cui fanno riferimento le percentuali è triennale).



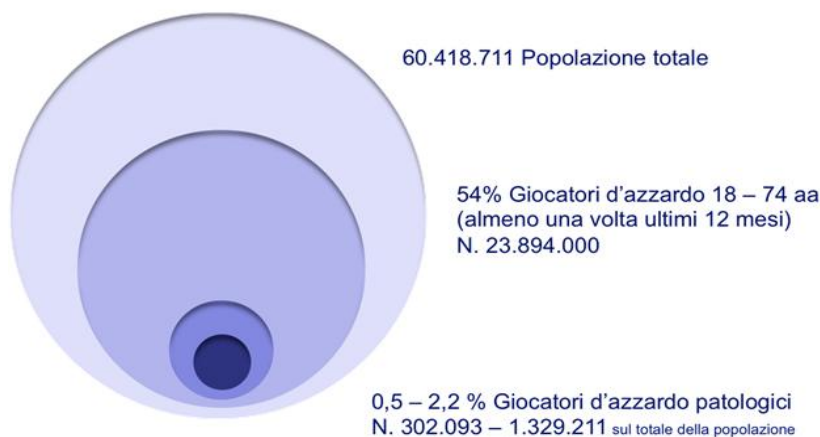
Va infine rilevato come, nell'ambito dell'articolata attività di prevenzione e controllo, l'ASL della provincia di Cremona disponga del Laboratorio di Sanità Pubblica, struttura accreditata da Regione Lombardia (DGR 9097/2009) e dotata della più moderna strumentazione per la ricerca di sostanze stupefacenti e psicotrope in campioni biologici quali urina e capello. In particolare, in base alla recente normativa in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza, tali accertamenti sono condotti anche sui lavoratori appartenenti alle cosiddette categorie a rischio.

Dal 2010, peraltro, il Laboratorio dell'ASL di Cremona esegue la ricerca di stupefacenti nel capello anche per le ASL di Brescia e di Bergamo. Le procedure in atto presso la CML hanno introdotto inoltre la ricerca dell'ETG nel capello nell'iter di valutazione per le persone fermate per guida in stato di ebbrezza.

1.2. 4 GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

La dimensione del fenomeno in Italia è difficilmente stimabile in quanto, ad oggi, non esistono studi accreditati, esaustivi e validamente rappresentativi del fenomeno.

La popolazione italiana totale è stimata in circa 60 milioni di persone di cui il 54% sarebbero giocatori d'azzardo. La stima dei giocatori problematici varia dal 1,3% al 3,8% della popolazione generale, mentre la stima dei giocatori d'azzardo patologici varia dallo 0,5% al 2,2% (Ministero della Salute, 2012). Pertanto non tutti gli individui che giocano d'azzardo sviluppano una forma patologica di dipendenza.



Vi sono infatti differenze nella popolazione esposta al gioco che comportano l'esistenza di individui più vulnerabili rispetto ad altri a sviluppare dipendenza (cioè GAP), in virtù di una serie di fattori propri individuali, ambientali e di altri dipendenti dalle caratteristiche dei giochi. Le condizioni di vulnerabilità all'addiction, e quindi lo sviluppo di una dipendenza patologica, sono sostenute da una combinazione di fattori in grado di produrre un alto potenziale additivo.

Tra i fattori individuali vi sono alterazioni neuropsico-biologiche che si identificano in alterazioni dei sistemi della gratificazione con contemporanea bassa efficacia nel controllo degli impulsi. Oltre a questo è necessario però anche un contesto sociale favorente, spesso caratterizzato da relazioni familiari problematiche, scarsa presenza di offerte attive di prevenzione, scarse regole e leggi di controllo. Anche la tolleranza e la promozione attiva del gioco d'azzardo nel contesto sociale, nonché l'uso di sostanze stupefacenti e l'abuso alcolico, sono fattori in grado di incrementare il potenziale additivo. Un altro fattore riguarda lo "stimolo" e le sue caratteristiche in particolare la facile disponibilità e accessibilità, l'alta frequenza d'uso, l'intensità, la capacità di creare un effetto gratificante e nel contempo un effetto inibente sull'ansia, pensieri ossessivi, depressione e noia.

I sempre maggiori introiti percepiti dall'industria del gioco dimostrano il trend di crescita del fenomeno. A questo si aggiunge il mercato del gioco on-line che riserva per il futuro un possibile margine di sviluppo.

Un'analisi, seppur parziale, dei bisogni rispetto al fenomeno, è fornita dai dati della ricerca Ipsad ed Espad (2007-2008 e 2010-2011) e dalla Relazione al Parlamento sulle tossicodipendenze 2013.

Ciò che si evince, per quanto riguarda la Regione Lombardia, è che circa il 40% della popolazione di età compresa tra 15-64 anni almeno una volta nella vita ha praticato giochi in cui si puntano soldi, in particolare i maschi. La percentuale di donne che, almeno una volta nella vita, ha praticato giochi in cui si puntano soldi risulta in linea con quella nazionale (29%), fatta eccezione per le donne di 55-64 anni (13% in Regione e il 20% in Italia). Tra la popolazione maschile regionale, invece, il dato risulta superiore (52,8%) a quello nazionale (corrispondente al 50,1%).

Tra i giovani adulti di 25-34 anni si osservano le quote più rilevanti di giocatori (60% maschi e 35% femmine), seguiti dagli adulti di 35-44 anni (maschi 59%, femmine 33%), per decrescere tra i soggetti delle classi di età successive e raggiungere il 50% e il 13% fra i maschi e le femmine di 55-64 anni.

Per quanto riguarda la popolazione studentesca della provincia di Cremona, l'abitudine al gioco d'azzardo patologico sul territorio provinciale è stata indagata nel 2011 dallo studio ESPAD Italia, nel corso del quale sono stati somministrati questionari agli studenti di età compresa tra i 15 e 19 anni. Nei 12 mesi precedenti all'intervista, il 38% degli studenti della provincia di Cremona almeno una volta ha praticato giochi in cui si puntano soldi, prevalenza che risulta inferiore a quella nazionale e regionale. Sono in particolare i maschi a praticare questi giochi, con prevalenze che aumentano progressivamente al crescere dell'età. In entrambi i generi e per tutte le età, le prevalenze provinciali risultano inferiori a quelle nazionali e regionali. Per il 38% degli studenti e per il 63% delle studentesse si è trattato di un comportamento ripetuto al massimo 2 volte, mentre il 21% dei maschi ed il 6% delle femmine hanno adottato tale comportamento 20 o più volte nell'anno.

Prevalenza del gioco d'azzardo* per area geografica, genere ed età, anno 2011.

Età	Italia (%)			Lombardia (%)			Provincia di Cremona (%)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
15 anni	53,0	29,9	41,6	44,9	28,1	36,6	42,9	27,9	35,5
16 anni	54,2	32,2	43,7	48,9	32,4	40,7	42,5	28,5	35,6
17 anni	56,6	33,4	44,8	48,4	32,7	40,5	49,1	31,6	40,3
18 anni	59,9	39,8	50,0	51,6	31,1	41,1	49,4	29,1	39,2
19 anni	62,4	42,3	52,7	59,2	35,3	46,6	59,5	34,5	46,6
15-19 anni	57,4	35,7	46,8	50,3	31,9	41,0	48,3	30,3	39,3

*Aver praticato (una o più volte negli ultimi 12 mesi) giochi in cui si puntano soldi. Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2011

I giochi praticati dagli studenti che hanno scommesso soldi sono principalmente "Gratta e vinci/Lotto istantaneo" (specialmente per le femmine) "Lotto/Superenalotto", "Scommesse sportive" e "Poker texano" (soprattutto per i maschi). Il 69% degli studenti della provincia ha praticato questi giochi presso i bar/tabacchi/pub, il 33% a casa propria o di amici ed il 17% circa in sale scommesse, contesti di gioco preferiti dai maschi. Ha giocato in internet l'11% degli studenti coinvolti.

Il 74% ha speso nell'ultimo mese 10 euro o meno (Italia=71%; Lombardia=74%), il 21% tra gli 11 ed i 50 euro (21% in Italia; 19% in Lombardia), e per il restante 6% il gioco ha comportato una spesa di oltre 50 euro (Italia=8%; Lombardia=7%). I maschi tendono a spendere più delle femmine.

Per quanto riguarda infine il grado di problematicità connesso al comportamento di gioco, si evidenzia che per il 74,6% del collettivo provinciale il comportamento di gioco è esente da rischio (Italia=67,9%; Lombardia=70,6%), per il 17,8% risulta associato ad un rischio minimo (Italia=21,7%; Lombardia=20%) e per il 7,5% ad un rischio moderato/gambling (Italia=10,4%; Lombardia=9,4%).

Un'ulteriore indagine del DPA (eseguita su studenti 15-19 anni con questionario LIE-BET Q) ha mostrato la presenza di comportamenti problematici, almeno una volta nella vita, nel 21,4% dei soggetti maschi e nel 9,4% delle femmine con una media sul totale del 15,4% (popolazione di riferimento 34328 soggetti). In uno studio sugli adolescenti è stata riscontrata una percentuale del 56% di non giocatori e di 40% di giocatori da almeno 6 mesi. Di questi il 32% erano giocatori d'azzardo occasionali con frequenza delle giocate mensile o inferiore e il 12% erano giocatori d'azzardo con alta frequenza al gioco. Secondo il Ministero della Salute (2012) il 71% della popolazione italiana percepisce come rischioso il gioco d'azzardo, ma solo il 60% disapprova i giochi in cui si vincono e perdono soldi.

Nel corso del 2014 101 persone si sono rivolte ai SerT dell'ASL di Cremona per effettuare un percorso psicosociale finalizzato a risolvere il problema del gioco d'azzardo patologico, 60 dei quali già noti al Servizio (vedi tabella allegata).

Utenti in carico ai SerT dell'ASL della provincia di Cremona per GAP, anno 2014

SERT	Utenti nuovi	Utenti già noti	Totale
Cremona	19	28	47
Crema	18	23	41
Casalmaggiore	4	9	13
TOTALE ASL	41	60	101

1.2.5 SEDENTARIETÀ E ALIMENTAZIONE SCORRETTA

Secondo l'OMS la vita sedentaria è una delle prime 10 cause di morte e di inabilità. La combinazione di una dieta impropria, inattività e fumo è all'origine di oltre l'80% delle malattie premature alle arterie coronarie nella popolazione dei Paesi sviluppati; l'inattività fisica è il secondo fattore di rischio per malattie, dopo il tabacco.

In Italia, come nella gran parte dei Paesi a medio e alto reddito, l'eccesso ponderale è uno dei principali fattori che sostengono l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili. In particolare l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti, accorcia la durata della vita e ne peggiora la qualità. Per questo, si compiono molti sforzi per monitorare l'andamento dell'eccesso ponderale nei bambini, negli adulti e nella terza età.

L'obesità infantile nella provincia di Cremona

L'obesità ed il sovrappeso in età evolutiva tendono a persistere in età adulta e a favorire lo sviluppo di gravi patologie, quali le malattie cardio-cerebro-vascolari, il diabete tipo 2 ed alcuni tumori.

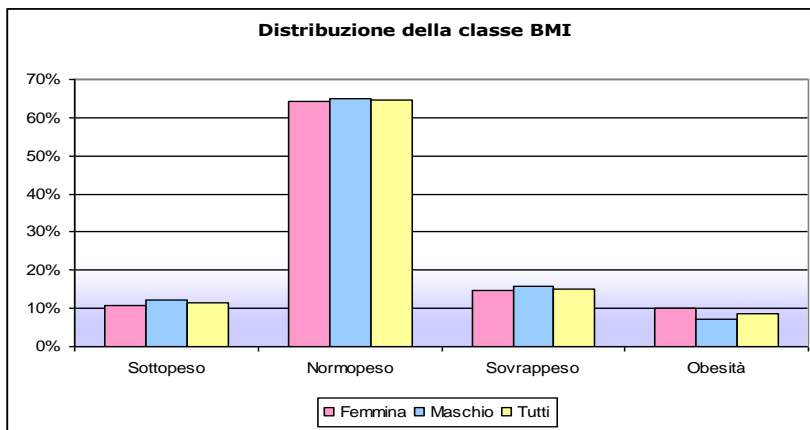
Negli ultimi anni la prevalenza dell'obesità nei bambini è drasticamente aumentata; accurate analisi dei costi della patologia e delle sue onerose conseguenze hanno indotto l'OMS - e anche il nostro Paese - a definire la prevenzione dell'obesità come un obiettivo prioritario di salute pubblica.

Per quanto concerne la situazione che caratterizza la popolazione residente nel territorio provinciale cremonese, i dati si riferiscono ad un'indagine effettuata nell'anno 2010 dai pediatri, che ha coinvolto 791 bambini di 5 anni compiuti e residenti in provincia. Ciascun

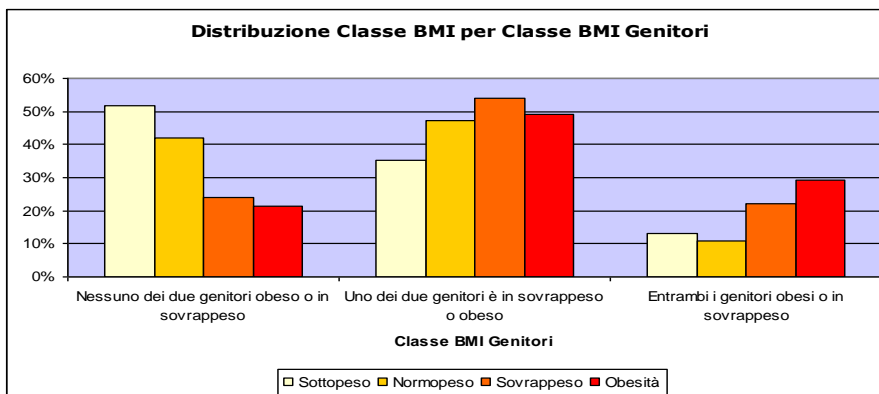
soggetto, in base al proprio indice di massa corporea (BMI, calcolato dividendo il peso in kg per l'altezza in metri al quadrato), è stato classificato in sottopeso, normopeso, sovrappeso e obeso grazie al metodo di LMS di Cole.

L'elaborazione dei dati effettuata da ASL rivela che il 64,7% dei bambini è normopeso, l'11,5% è sottopeso, 15,2% è sovrappeso e l'8,6% è obeso.

Distribuzione delle classi di peso in bambini di 5 anni (Fonte: ASL CR)



Distribuzione delle classi di peso dei bambini di 5 anni in relazione al peso dei genitori (Fonte:ASL CR)



Dal grafico emerge una correlazione tra la classe BMI dei figli e quella dei genitori. Il fatto che la madre sia in sovrappeso aumenta di 3 volte il rischio di sovrappeso del figlio, mentre il sovrappeso del padre aumenta il rischio del 72%. Se poi tutti e due i genitori sono almeno in sovrappeso allora il rischio per il figlio è 4 volte più alto rispetto a chi ha i genitori non in sovrappeso. Le variabili che aumentano il rischio di essere almeno in sovrappeso sono: chi non fa la colazione (quasi 5 volte), chi non fa lo spuntino a metà mattina (48%), chi non fa la merenda (3,2 volte in più).

A completamento del quadro complessivo, è utile ricordare che nel 2007 si è proceduto, di concerto con il Comune di Cremona, alla rilevazione delle misure antropometriche di tutti gli alunni tra i 6 e gli 8 anni d'età iscritti alle classi prime delle scuole primarie del Comune. L'indagine è stata condotta con la finalità di monitorare l'evoluzione nel tempo dei comportamenti alimentari e dei parametri ad essi correlati come da linee guida del Ministero della Salute.

Il prospetto di seguito, riporta le stime relative ai bambini tra i 6 e gli 8 anni, utilizzando i limiti di Kuczmarsky e Cole.

Distribuzione %	Kuczmarsky	Cole
Sottopeso	5,1	8,4
Normopeso	72,0	72,6
Sovrappeso	15,0	14,6
Obesità	7,9	4,5

Per le femmine si è registrata una prevalenza maggiore di sovrappeso e obesità rispetto ai maschi (più marcata utilizzando i limiti di Cole)

Distribuzione %	Kuczmarsky		Cole	
	M	F	M	F
Sovrappeso	15,0	14,9	10,6	18,3
Obesità	6,6	9,1	4,0	5,0
	21,6	24,0	14,6	23,3

Infine, i maschi hanno una prevalenza maggiore di sottopeso, soprattutto utilizzando i limiti di Cole (9,3% vs. 7,5% nelle femmine).

A fronte del quadro esposto, per quanto riguarda le abitudini alimentari nei bambini, l'ASL si è posta l'obiettivo di fornire indicazioni per un pasto equilibrato nelle mense scolastiche e collettive in genere, anche al fine di introdurre l'abitudine ad un corretto stile alimentare. L'ASL ha pubblicato sul sito aziendale una serie di documenti (menù scolastico, quantità in grammi per alimento per persona, programma complementare delle merende, indicazioni operative per la predisposizione dei capitolati d'appalto, indicazioni operative per la predisposizione di diete speciali per bambini con allergie o intolleranze alimentari, etc.) utili ai Comuni e gestori delle mense.

L'abitudine ad una buona alimentazione non è facile a misurarsi: per i bambini abbiamo assunto come indice, sia pure grossolano, l'abitudine al consumo di verdura osservato in un campione di 30 scuole: dal 2010 al 2013, i bambini che mangiano verdura nelle mense scolastiche sono passati dal 64 al 73%.

Obesità nell'età adulta

Le informazioni disponibili relativamente alla realtà territoriale della nostra provincia provengono dall'elaborazione di dati raccolti dai MMG attraverso la somministrazione della Carta del Rischio Cardio-Cerebrovascolare a 22.478 soggetti tra i 40 e i 69 anni d'età, apparentemente sani.

La prevalenza di sovrappeso ed obesità nei soggetti analizzati era rispettivamente del 41% e del 15%, per un complessivo 56%; il 43% era normopeso.

Tenuto conto dell'ampiezza del campione e dei risultati finali, emerge la rilevanza del problema in tutta la sua dimensione, con la conseguente necessità di attivare significativi interventi di informazione ed educazione per indurre un cambiamento negli stili di vita della popolazione.

OKkio alla salute

Nel 2012 anche la Lombardia ha aderito al sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE, promosso dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

Il campione, rappresentativo a livello regionale, ha visto la partecipazione di 203 scuole, 214 classi, 4.006 bambini, distribuiti in tutte le province lombarde. L'ASL di Cremona ha collaborato svolgendo le indagini nelle scuole del proprio territorio. Il progetto, rivolto ai bambini della terza classe delle scuole primarie (8-9 anni), ha permesso di disporre di dati aggiornati e confrontabili sulla prevalenza di sovrappeso e obesità in età infantile, sullo stile di vita dei bambini e sulle attività scolastiche di promozione della salute.

Per stimare la prevalenza di sovrappeso e obesità è stato utilizzato l'Indice di Massa Corporea (IMC), ottenuto come rapporto tra il peso espresso in chilogrammi al netto della tara dei vestiti e il quadrato dell'altezza espressa in metri. Per la definizione del sottopeso, normopeso, sovrappeso, obeso e severamente obeso sono stati utilizzati i valori soglia di IMC desunti da Cole et. Al., come consigliato dalla International Obesity Task Force (IOTF).

Risultati

Stato ponderale dei bambini

Tra i bambini della nostra Regione lo 0,8% risulta in condizioni di obesità severa, il 5,2% obeso, il 18,5% sovrappeso, il 74,5% normopeso e l'1,0% sottopeso. Complessivamente il 24,5% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità.

Riportando tali dati a tutto il gruppo di bambini lombardi di 6-11 anni, si stima che il numero di bambini in sovrappeso nella regione sia di 101.770 e che gli obesi siano 33.006.

Confrontando i dati regionali dell'indagine si osserva che la Lombardia mostra uno stato ponderale migliore rispetto a tutte le altre regioni paragonabili per dimensioni e per abitanti (una situazione migliore della Lombardia è riscontrabile solo in Valle d'Aosta, PA di Trento, PA di Bolzano). Inoltre il valore regionale, come evidenziato nella seguente tabella, è inferiore alla media nazionale.

	Valore regionale	Valore nazionale
Prevalenza bambini sovrappeso	18,5 %	22,2 %
Prevalenza bambini obesi	5,2 %	10,6 %
Prevalenza bambino sovrappeso e obesi	23,7 %	32,8 %

Le abitudini alimentari

In Lombardia solo il 62% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata. Più della metà dei bambini (57%) consuma uno spuntino di metà mattina inadeguato. La frutta viene consumata, in maniera regolare, solo dal 37% dei bambini e la verdura dal 25%. Il 44% dei bambini consuma bevande zuccherate una o più volte al giorno.

Nella nostra regione i dati raccolti, pur risultando complessivamente migliori rispetto al quadro nazionale, evidenziano la presenza di abitudini alimentari scorrette, in grado di favorire l'aumento di peso. Di particolare criticità risultano i consumi di frutta e verdura (scarsi rispetto alle 5 porzioni giornaliere raccomandate), la scarsa abitudine ad una adeguata merenda a metà mattina e l'eccessiva assunzione di bibite zuccherate.

Conclusioni

L'indagine OKkio alla SALUTE ha definito un contesto regionale molto utile per la scelta delle priorità d'intervento.

I dati raccolti hanno evidenziato una situazione complessivamente migliore rispetto al quadro nazionale; di particolare interesse è, inoltre, l'evidenza che le scuole campionate hanno mostrato ambiti (formativi, sociali, fisici, organizzativi) complessivamente adeguati.

La letteratura scientifica mostra sempre più chiaramente che gli interventi coronati da successo sono quelli integrati (famiglie, scuole, operatori della salute e comunità), multicomponenti (che promuovono non solo la sana alimentazione ma anche l'attività fisica ed altri stili di vita) e che durano nel tempo.

La possibilità di praticare scelte di vita salutari non deve essere confinata alla responsabilità della singola persona o della singola famiglia, ma deve essere sostenuta da una responsabilità collettiva.

In coerenza con tali evidenze Regione Lombardia ha realizzato un percorso intersistemico tra servizi di prevenzione e settore scolastico che ha portato alla condivisione del "Modello di Scuola che Promuove Salute (SPS)".

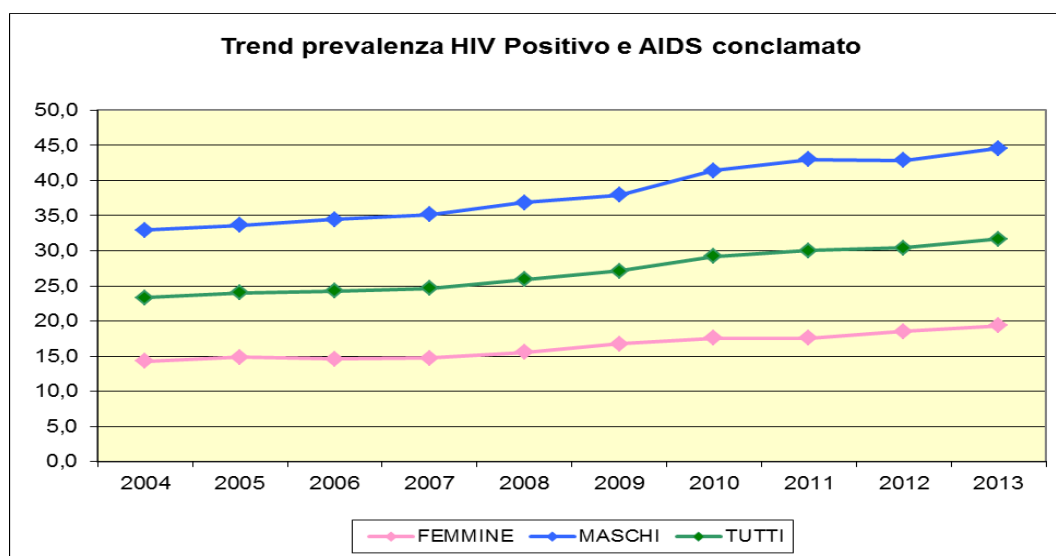
L'ASL di Cremona è fortemente impegnata nel perseguire tale metodologia di lavoro.

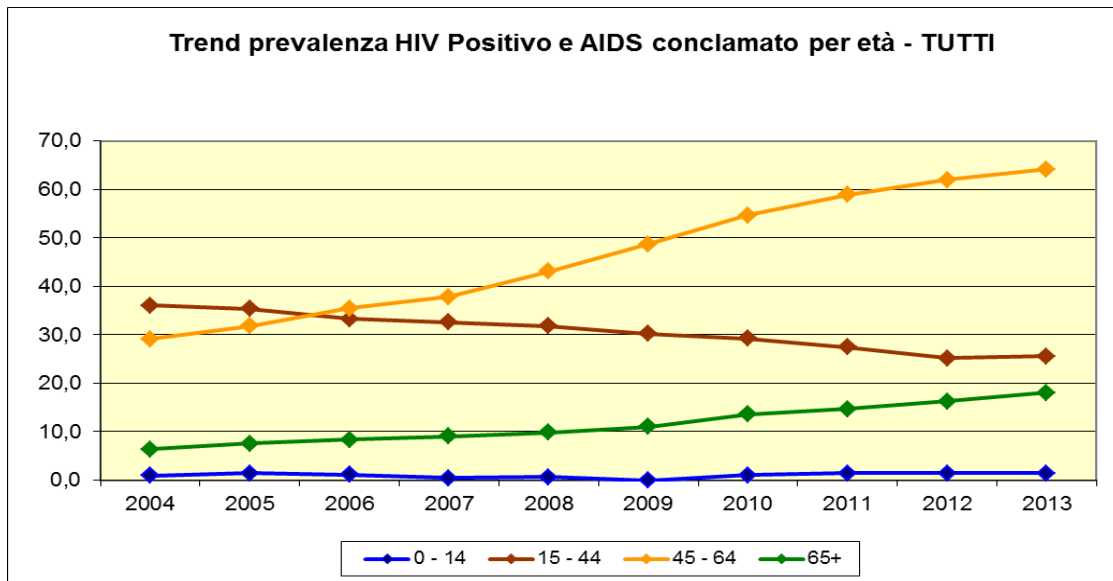
1.2.6 HIV+ E AIDS

L'andamento della prevalenza per HIV+ e AIDS nel periodo 2004 – 2013 per i residenti della provincia di Cremona, illustrato nella tabella e nei grafici seguenti, evidenzia che:

- si è verificato un incremento dei casi prevalenti in entrambi i sessi, più marcato tra gli uomini che tra le donne ;
- la prevalenza di casi nella fascia d'età tra i 45 e i 64 anni e negli over 65 anni è più che raddoppiata;
- al contrario, si è verificata una marcata riduzione della prevalenza (circa il 30%) tra i 15 e i 44 anni;
- la prevalenza di casi nei minori di 15 anni è rimasta pressoché costante.

Classe d'età	CASI PREVALENTI									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
0 - 14	4	6	5	2	3	0	5	7	7	7
15 - 44	477	467	443	440	431	407	387	360	328	325
45 - 64	264	289	327	355	414	479	551	601	635	664
65+	47	57	64	70	77	86	106	117	131	149
TOTALE	792	819	839	867	925	972	1.049	1.085	1.101	1.145





Per quanto riguarda l'incidenza di nuovi casi, il sistema di sorveglianza in Lombardia e quindi anche nella provincia di Cremona è attivo dal 2010 e raccoglie il dato relativo al primo riscontro di test positivo da HIV.

Nel 2014 le nuove diagnosi di infezione da HIV sono state 16, con un tasso d'incidenza del 4,4 per 100.000 abitanti.

Questo dato è in ulteriore diminuzione rispetto all'anno precedente, nonostante la puntuale segnalazione da parte delle strutture che erogano terapia antiretrovirale e che hanno l'obbligo di notifica di tutti i pazienti con primo esame positivo per anticorpi HIV nei 60 giorni precedenti.

L'infezione continua a manifestare una frequenza predominante nei soggetti di sesso maschile, che rappresentano l'87,5% di tutti i casi; nel 75% dei casi i pazienti erano di nazionalità italiana.

I casi di AIDS notificati nel 2014 sono stati 8, con un tasso d'incidenza pari al 2,2 per 100.000 abitanti; questo dato è in ulteriore lieve flessione rispetto agli anni precedenti.

Le notifiche erano tutte a carico di soggetti di sesso maschile. Sia nel caso delle infezioni da HIV che nei casi di AIDS, la modalità di contagio è da identificarsi con rapporti sessuali a rischio, a dimostrazione di quanto la malattia sia legata alla mancata applicazione di norme di prevenzione e di quanto sia ancora possibile fare con un'adeguata azione di informazione e sensibilizzazione della popolazione. Solo in un caso è stato dichiarato il consumo di sostanze stupefacenti.

1.3 ALTRI TEMI DI INTERESSE PER INTERVENTI DI PREVENZIONE

A completamento dell'analisi epidemiologica di contesto, sono stati infine approfonditi aspetti relativi a:

- adesione agli screening e patologie tumorali
- malattie infettive alimentari, TBC
- infortuni sul lavoro
- incidenti domestici;
- rapporto tra adolescenti e famiglia;
- comportamenti a rischio per morsicature e aggressioni da parte di animali.

1.3.1 ADESIONE AGLI SCREENING E PATOLOGIE TUMORALI

Come evidenziato dai dati d'incidenza e mortalità, i tumori rappresentano una grave criticità della nostra provincia, così come nel nord Italia in generale. Mentre, come ampiamente documentato, l'adozione di stili di vita corretti potrebbe - in generale - ridurre di molto l'incidenza (prevenzione primaria), alcuni in particolare possono essere contrastati con programmi di screening oncologici di popolazione, che intervengono con successo attraverso la diagnosi precoce o la rimozione tempestiva di precursori del tumore.

Lo scopo dello screening è quello di identificare le patologie presenti in una comunità in una fase precoce, permettendo così di giungere ad interventi terapeutici tempestivi ed alla gestione standardizzata della terapia in modo di ridurre sistematicamente la mortalità e le sofferenze derivate dalle malattie più diffuse e facilmente diagnosticabili. In quanto intervento organizzato di sanità pubblica, esercitato in modo gratuito su una determinata fascia di popolazione, lo screening ha caratteristiche peculiari.

Si tratta di un processo, controllato nella qualità, che coinvolge più discipline e professioni. Deve inoltre garantire la massima equità e prevedere un bilancio tra effetti positivi e negativi e una stima dei costi. La realizzazione del programma di screening richiede anche un'adeguata informazione della popolazione, che deve essere coinvolta attivamente e informata sui benefici e sui possibili rischi. Deve quindi essere effettuata una valutazione epidemiologica non solo della prestazione sanitaria, ma anche della partecipazione e dell'impatto su incidenza e mortalità. Anche l'attività di diagnosi precoce effettuata al di fuori di programmi organizzati di screening deve essere sottoposta a un controllo di qualità che consenta di valutarne adeguatezza e risultati.

I tre screening attivi in provincia sono quelli raccomandati anche a livello nazionale: carcinoma del collo dell'utero, carcinoma del colon-retto e carcinoma della mammella nella donna.

Nel caso dei primi due l'obiettivo dello screening è quello di identificare sia le lesioni non ancora invasive, ma soprattutto le lesioni non ancora trasformate in cancro (lesioni precancerose), con la conseguente teorica riduzione del numero dei malati di tumore maligno. Lo screening dei tumori della mammella individua invece le lesioni tumorali iniziali, e può quindi ridurre le complicanze dovute alla malattia nelle fasi avanzate e la mortalità specifica, essendo talvolta risolutivo l'intervento terapeutico sulle forme più precoci.

In tutte le patologie per cui esista uno screening attivo, la diagnosi di un tumore in stadio iniziale comporta un aumento della sopravvivenza e quindi una riduzione della mortalità.

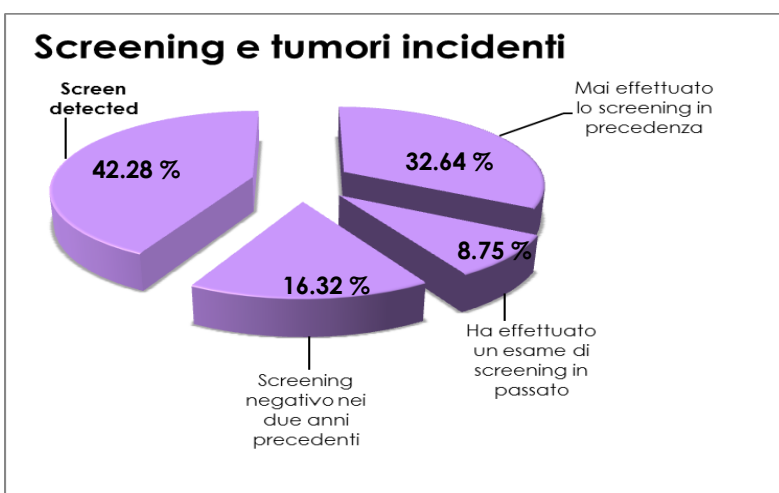
I dati del Registro Tumori della provincia di Cremona relativi al periodo 2005-2009 consentono, oltre alla disponibilità di accurati dati epidemiologici di incidenza (anni 2005-2009) e sopravvivenza, anche un'analisi più articolata delle caratteristiche dei tumori diagnosticati e quindi dell'efficacia dello screening stesso.

Screening del tumore della mammella con mammografia

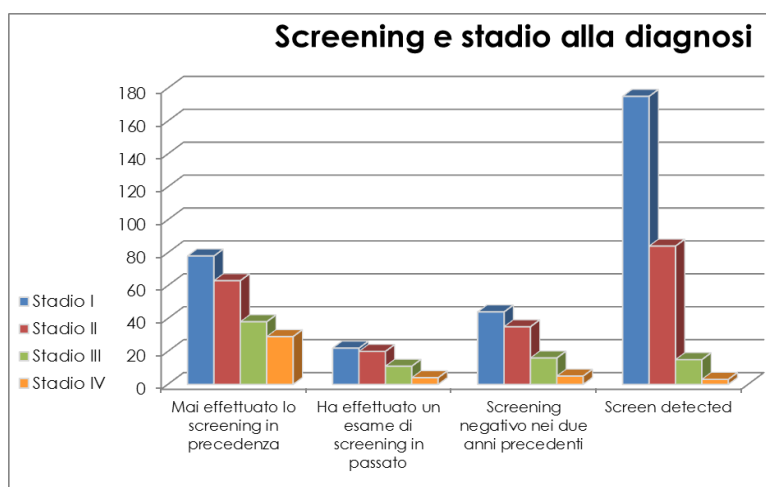
L'attuazione della mammografia di screening tende a diagnosticare i tumori della mammella in fase precoce, prima che si manifestino sintomi e quando le possibilità terapeutiche possono essere risolutive.

Lo screening della patologia oncologica mammaria è attivo dal 2000 e arruola tutte le donne nella fascia di età 50 – 69 anni. La copertura è totale su tutta la popolazione e nel 2014 ha raggiunto l'adesione record del 76%, grazie anche al coinvolgimento dei MMG sulla base dell'accordo per il Governo Clinico del marzo 2014.

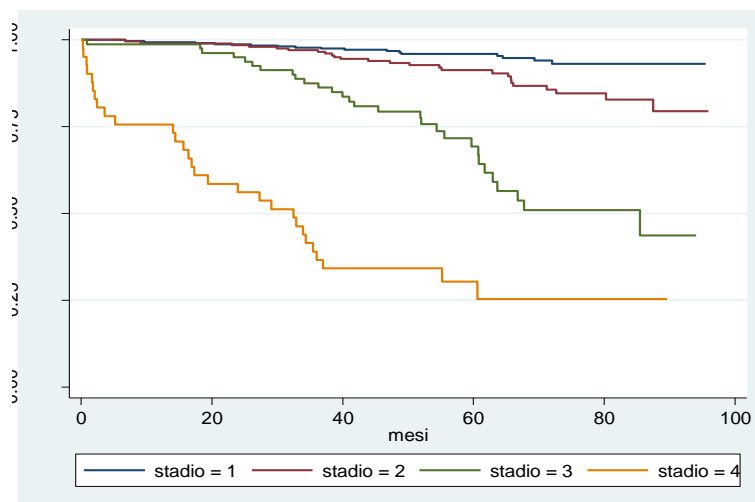
I dati del Registro Tumori provinciale relativi al 2005-2009 indicano che nella fascia di età di screening, il 42% dei Ca. mammari è stato individuato dallo screening, mentre il 16% può essere considerato "cancro intervallo", ovvero casi insorti tra uno screening e l'altro in donne abitualmente arruolate dallo screening.



Nel grafico sottostante è evidente la correlazione tra lo screening e lo stadio dei tumori identificati. Si è evidenziato un alto numero di casi identificati con stadio I o II rispetto a casi con stadio III e IV, come atteso.

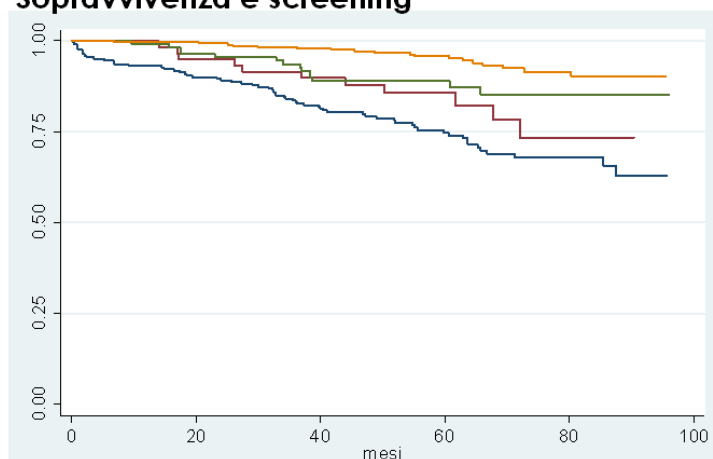


L'andamento della sopravvivenza in relazione allo stadio del tumore alla diagnosi è rappresentato nel grafico sottostante.



Le lesioni identificate dallo screening hanno, anche per la presenza di stadi meno avanzati, una prognosi significativamente migliore in termini di sopravvivenza.

Sopravvivenza e screening



Legenda:

- Mai effettuato lo screening in precedenza
- Ha effettuato un esame di screening in passato
- Screening negativo nei due anni precedenti
- **Screen detected**

Infine, un'analisi condotta con modelli di regressione multivariata sui 674 casi incidenti identificati dal Registro Tumori provinciale tra il 2005 ed il 2009 nella fascia d'età 50-69 anni (eleggibile allo screening) ha evidenziato che, tenendo conto contemporaneamente dello stadio alla diagnosi, dell'esperienza di screening, dell'età e dell'indice di deprivazione:

- coloro cui venga diagnosticata una lesione attraverso un esame di screening hanno un rischio di morte di circa 1/3 rispetto a coloro che sono stati diagnosticati senza avere mai fatto lo screening;
- per i tumori diagnosticati in stadio II si ha una probabilità di morte di più del doppio rispetto allo stadio I, per lo stadio III di quasi 7 volte; per lo stadio IV, metastatico, addirittura di 24 volte.

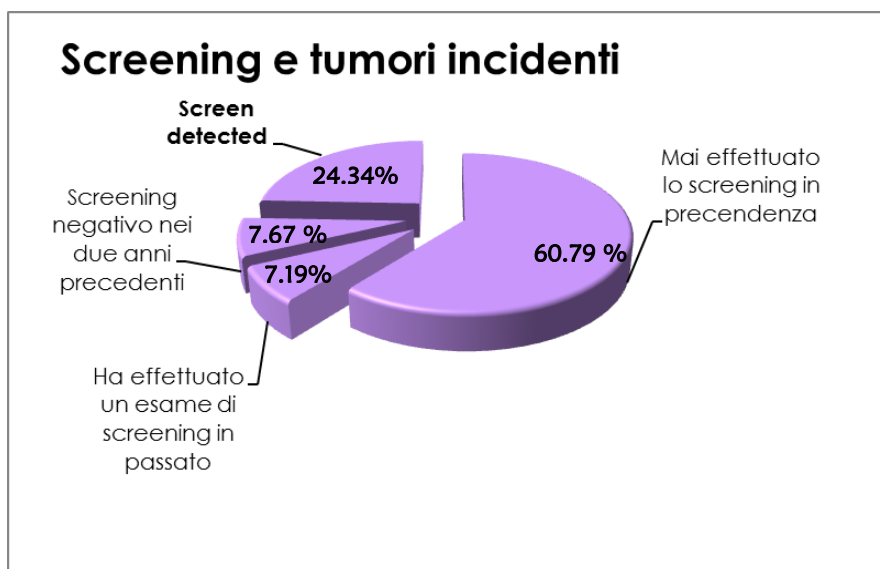
Screening del colon-retto con la ricerca del sangue occulto nelle feci

L'attuazione del FOBT (ricerca sangue occulto nelle feci) di screening come test di diagnosi precoce si configura sia come prevenzione primaria (individuazione di lesioni precancerose, poliposi) che come prevenzione secondaria (individuazione precoce di

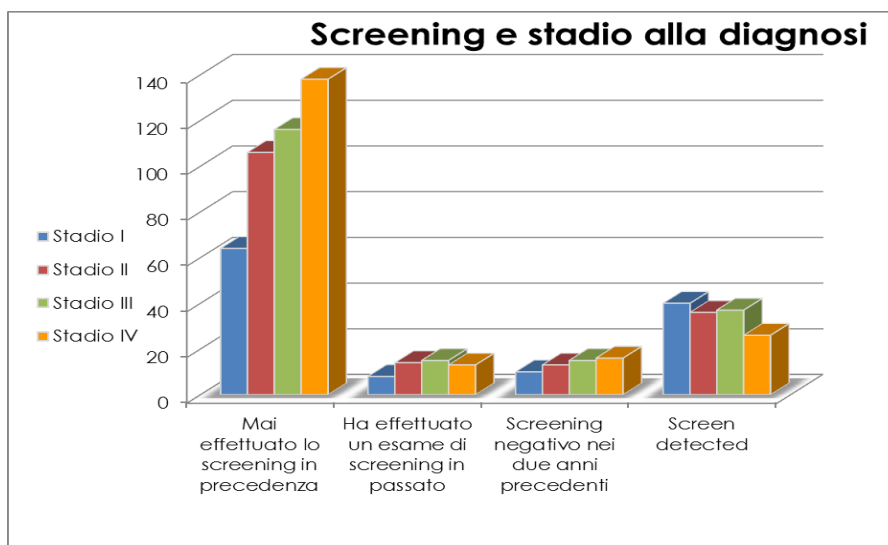
tumori). L'efficacia della prevenzione si può valutare come riduzione totale dei casi di tumore diagnosticati (sia in screening che al di fuori di esso).

Lo screening della patologia oncologica colo-rettale è attivo dal 2001 e arruola tutte le persone nella fascia di età 50 – 75 anni. La copertura è totale su tutta la popolazione e nel 2014 ha raggiunto un'adesione pari al 55%. Anche in questo caso è risultato fondamentale l'apporto dei MMG, che con la loro opera di sensibilizzazione hanno notevolmente contribuito al successo della campagna di screening.

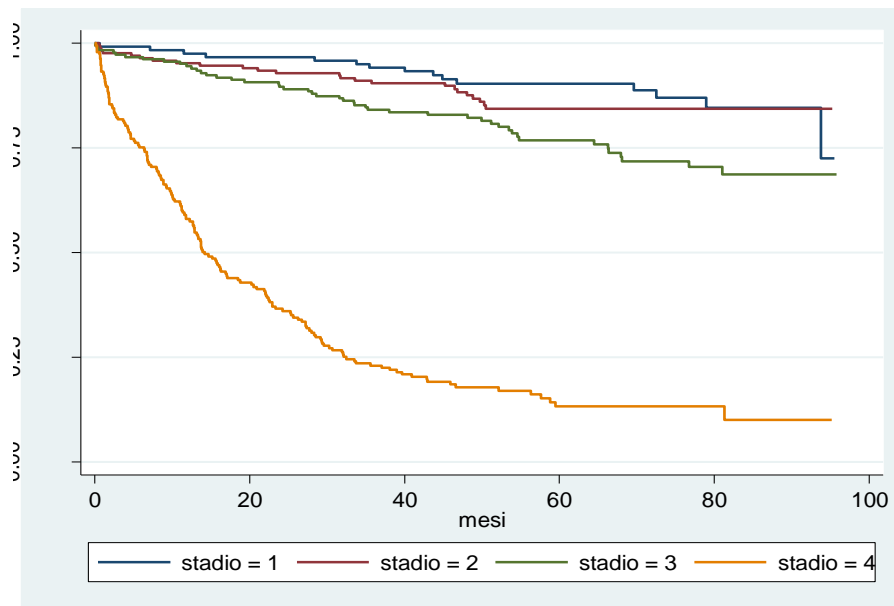
I dati del Registro Tumori provinciale relativi al 2005-2009 indicano che nella fascia di età di screening il 24% dei tumori maligni viene rilevato attraverso lo screening, mentre circa l'8% può essere considerato cancro intervallo. La maggior parte dei soggetti che hanno sviluppato un tumore invasivo del tratto colo-rettale non ha mai effettuato uno screening.



La distribuzione dei tumori per stadio indica come le forme rilevate dallo screening siano tendenzialmente meno avanzate, al contrario di quelle rilevate al di fuori dallo screening perciò già sintomatiche.

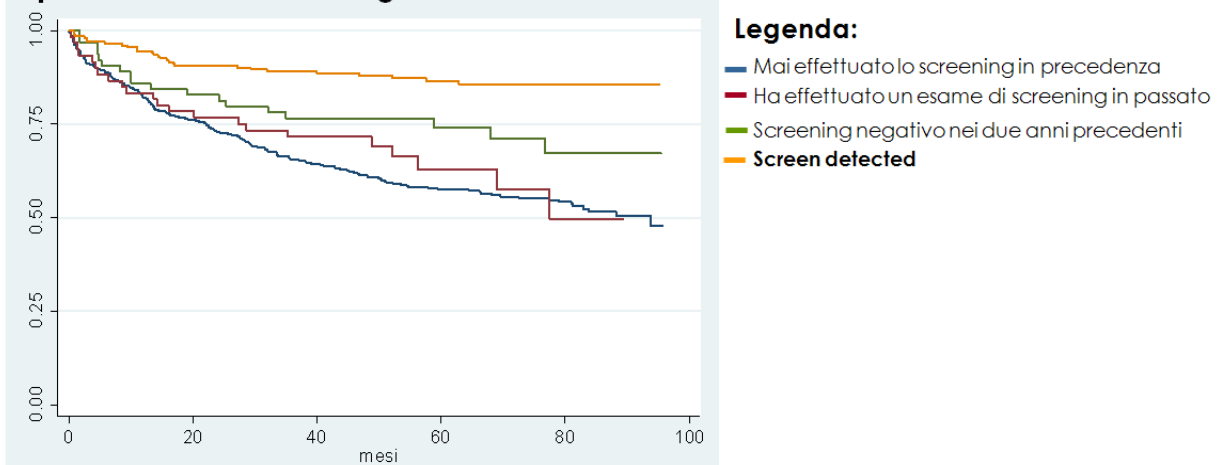


Lo stadio alla diagnosi influenza significativamente la sopravvivenza, drasticamente peggiore nelle forme più avanzate (stadio 4), come sotto evidenziato in figura.



Analogamente, la figura seguente mostra come le lesioni identificate dallo screening abbiano una prognosi significativamente migliore in termini di sopravvivenza.

Sopravvivenza e screening



Infine, un'analisi condotta con modelli di regressione multivariata sugli 834 casi incidenti identificati dal Registro Tumori provinciale tra il 2005 ed il 2009 nella fascia d'età 50-75 anni (eleggibile allo screening) ha evidenziato che, tenendo conto contemporaneamente dello stadio alla diagnosi, dell'esperienza di screening, dell'età e dell'indice di deprivazione:

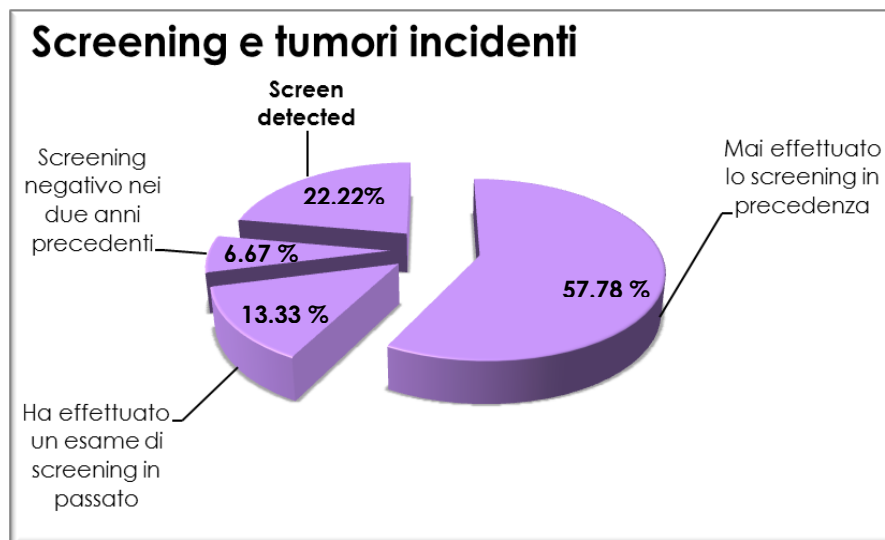
- coloro cui venga diagnosticata una lesione attraverso un esame di screening hanno un rischio di morte del 77% inferiore rispetto a coloro che sono stati diagnosticati senza avere mai fatto lo screening;
- per i tumori diagnosticati in stadio III e IV la probabilità di morte è rispettivamente doppia e 14 volte rispetto allo stadio I.

Screening del tumore del collo dell'utero con test di Papanicolau

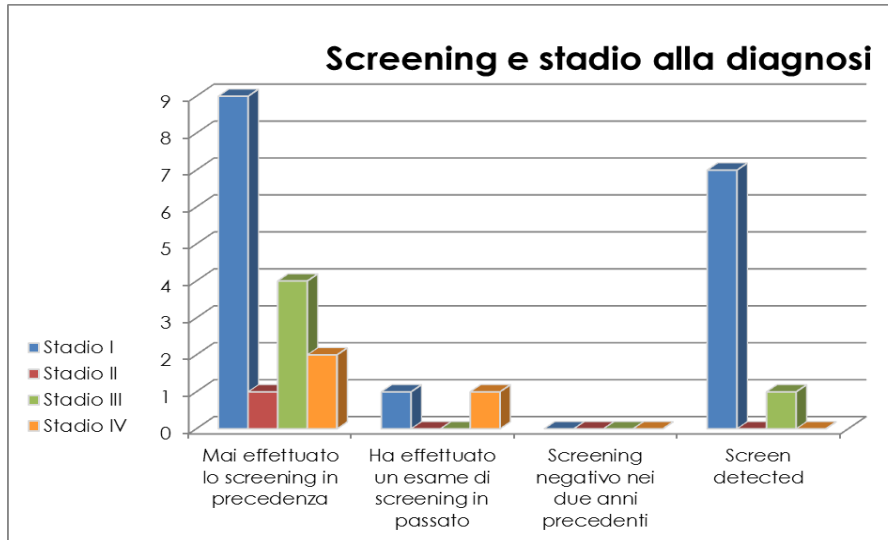
Lo screening con pap-test è ormai entrato nelle abitudini della grandissima parte delle donne cremonesi rendendo il tumore del collo dell'utero uno dei meno incidenti ed agli ultimi posti come causa di morte tra le patologie tumorali. Questi dati hanno suggerito l'opportunità di mutare la politica di prevenzione: se l'obiettivo degli screening è soprattutto quello di rendere i test preventivi parte delle abitudini di vita, il pap-test ha quasi completamente raggiunto questo obiettivo. Rimangono alcune criticità sulle quali concentrare gli sforzi: instillare questa buona abitudine alla prevenzione alle donne più giovani che entrano in età di screening e condurre campagne mirate alle donne provenienti da Paesi extra-comunitari in cui questo tumore è ancora drammaticamente presente.

Lo screening della patologia oncologica del collo dell'utero è attivo dal 1999 e arruola tutte le donne nella fascia di età 25 – 64 anni. Dallo scorso anno si è passati dalla modalità di follow-up attivo per tutte le donne eleggibili ad una nuova modalità di reclutamento basata sulla distinzione tra donne che usualmente rispondono alla chiamata di screening e quelle che da almeno due round, pur eleggibili, non hanno accettato l'invito. Per le prime (se negative) e per queste ultime, sono stati trasmessi inviti (differenziati) ed un'informativa di sospensione del richiamo attivo allo screening, pur permanendo l'opportunità di fruirla gratuitamente ed in qualunque momento, su presentazione spontanea, presso l'ASL. Nulla è cambiato per le coorti di prima eleggibilità delle 25enni, per le quali è trasmesso l'invito classico ad aderire allo screening.

Solo il 22% dei tumori della cervice sono stati identificati dallo screening, ed il 6% può essere considerato un cancro intervallo non presente o non rilevato allo screening precedente.

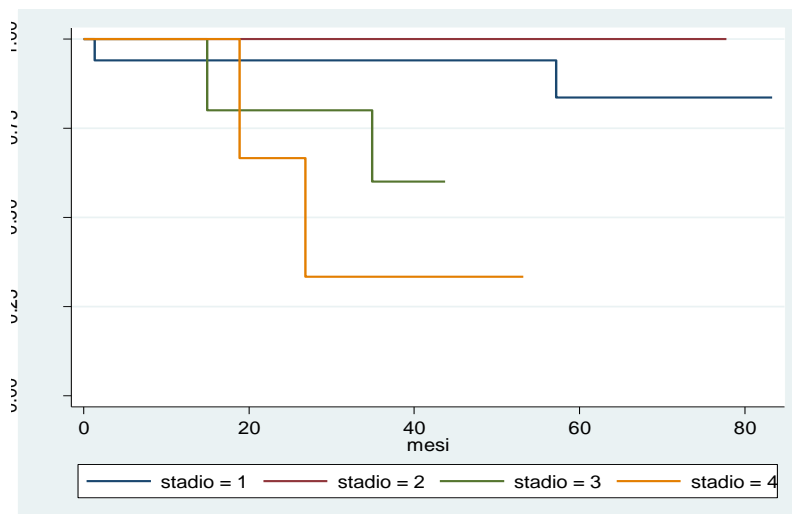


L'esiguità dei numeri non consente una corretta valutazione della distribuzione per stadio, ma la figura sotto riportata evidenzia come lo screening individui prevalentemente gli stadi più precoci e nessuno stadio IV – metastatico.



Analogamente, la bassa numerosità dei casi incidenti identificati dal Registro Tumori provinciale tra il 2005 ed il 2009 nella fascia d'età 25-64 anni (eleggibile allo screening) non consente analisi più articolate, a causa dell'ampia variabilità delle stime.

In ogni caso, per quanto riguarda la sopravvivenza, si registra una tendenza ad un andamento più sfavorevole per gli stadi più avanzati.



Per quanto riguarda sopravvivenza in relazione all'aver partecipato allo screening, i risultati sono molto sfumati e di incerta interpretazione. Al riguardo, va anche precisato che il dato disponibile nei database di screening e nel Registro Tumori dell'ASL non comprende dati relativi ad eventuali PAP-test effettuati dalle pazienti al di fuori delle attività di screening; pertanto i risultati dell'effetto dello screening sulla sopravvivenza potrebbero essere sottostimati.

Infine, adottando modelli più sofisticati di regressione multivariata (come quelli descritti in precedenza per il tumore della mammella), pur a fronte di stime con ampissima variabilità e pertanto statisticamente non significative, i risultati indicano che per coloro cui venga diagnosticata una lesione attraverso un esame di screening il rischio di morte è del 25% inferiore rispetto ai casi diagnosticati senza avere mai partecipato allo screening.

Vaccinazione anti HPV

Il carcinoma della cervice uterina è il primo cancro ad essere riconosciuto dall'OMS come totalmente riconducibile ad un'infezione. Si calcola che il 75% delle donne sessualmente attive si infetti nel corso della vita con un virus HPV, e fino al 50% con quello di tipo oncogeno. Solo pochissime donne con infezione da papilloma virus sviluppano però un tumore al collo dell'utero; infatti la maggior parte delle infezioni - dal 70% al 90 % - guarisce spontaneamente senza lasciare conseguenze. L'infezione persistente da papillomavirus umano ad alto rischio oncogeno è condizione necessaria ma non sufficiente per lo sviluppo del tumore della cervice uterina e dei suoi precursori.

Il periodo di tempo che trascorre dal momento in cui si contrae l'infezione e l'insorgenza delle lesioni precancerose è in genere di circa dieci anni, mentre la latenza per l'insorgenza del carcinoma cervicale può essere di decenni.

Dall'anno 2008 il vaccino viene offerto alle bambine nel dodicesimo anno di età e offerto gratuitamente a partire dalla coorte del 1997.

In occasione della vaccinazione, gli operatori dell'ASL promuovono anche un'azione di prevenzione primaria, mediante counseling, alle donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni, madri delle vaccinande, in tema di prevenzione del cancro della cervice uterina tramite pap-test.

La campagna di vaccinazione per l'HPV ha una elevata percentuale di adesione: nel 2014 è stata raggiunta la copertura dell'85,4% per la prima dose nelle nate del 2002, e quella del 84,4% per le 3 dosi previste nelle nate del 2001.

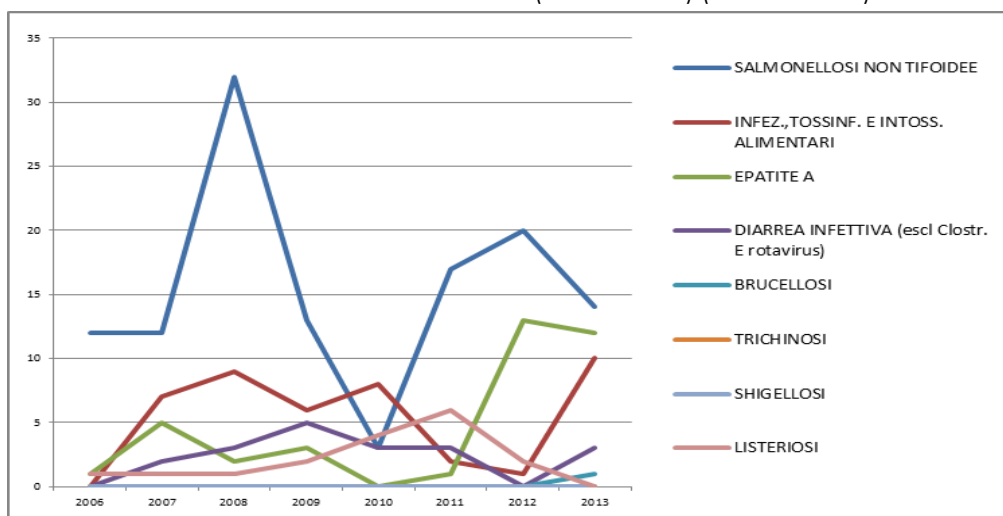
1.3.2 ALTRE MALATTIE INFETTIVE DI INTERESSE PARTICOLARE

Infezioni trasmesse dagli alimenti

Nel corso del 2014 si è verificato un netto calo delle infezioni trasmesse dagli alimenti, complessivamente solo 7, tutte legate ad esposizione non domestica come evidenziato dalle tabelle sottostanti.

Da sottolineare soprattutto la flessione nel numero delle epatiti A (5 contro le 15 dell'anno precedente di cui 3 d'importazione) giustificabile con il contenimento delle infezioni correlate al consumo di frutti di bosco surgelati, conseguente al pronto avvio del sistema d'allerta alimentare su tutto il territorio nazionale.

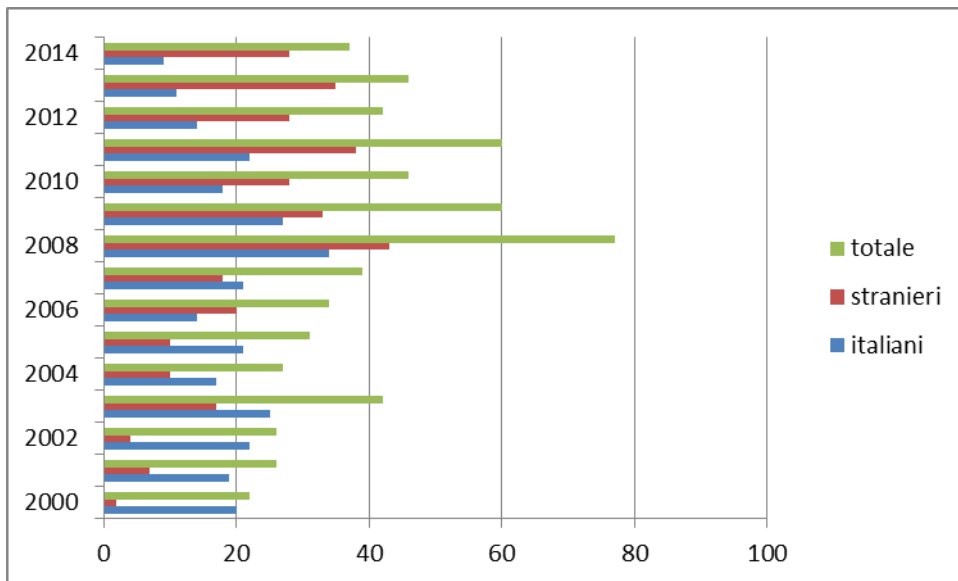
Malattie trasmesse con alimenti (numero casi) (Fonte: MAINF)



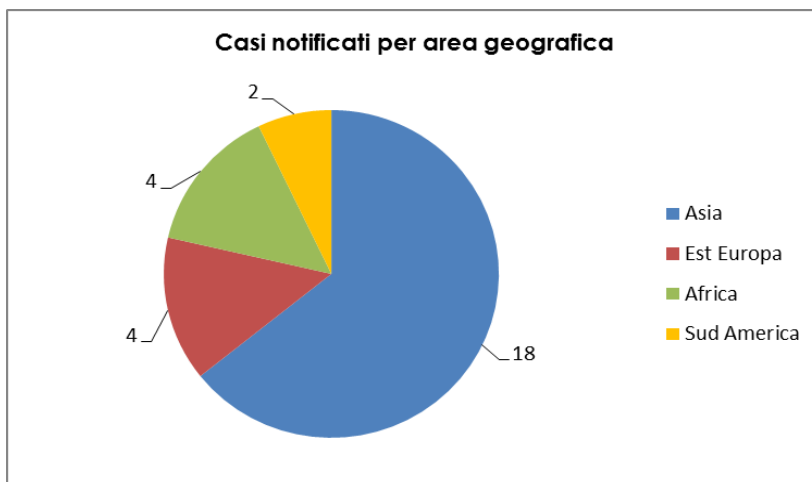
I numeri estremamente contenuti delle malattie infettive correlate al consumo di alimenti sono certamente attribuibili all'efficacia degli interventi di vigilanza effettuati nel settore alimentare. Questi inoltre dimostrano che si è sviluppato negli operatori del settore una buona capacità di autocontrollo in tutto l'ambito territoriale, benchè sia ancora necessaria un'attenta vigilanza visto il relativo aumento dei casi negli ultimi 2 anni.

Tubercolosi

Nel corso del 2014 sono stati notificati 37 casi di tubercolosi a carico di nostri residenti, con un'incidenza pari a 10,2 per 100.000 abitanti; questo dato è in netta flessione rispetto agli anni precedenti.



Il maggior numero di notifiche è stato a carico di soggetti extracomunitari (n = 28, pari al 75,7% del totale); la distribuzione dei casi notificati per area geografica di provenienza è riportata nel grafico sottostante.



E' confermato il trend che vede la maggior parte dei casi a carico di soggetti provenienti da paesi asiatici (64% del totale), in particolar modo dall'India (n =13).

Tra gli stranieri continuano ad essere maggiormente colpiti i giovani e gli adulti, ma anche tra gli italiani l'età media si sta progressivamente abbassando.

Non sono stati identificati correlazioni con particolari fattori di rischio.

Le tubercolosi con localizzazioni polmonari e quindi trasmissibili sono state il 62,1%.

Le infezioni sono state comunque tutte circoscritte grazie agli interventi di prevenzione effettuati e non si sono verificati casi secondari.

Malattie trasmesse da vettori

Fino all'anno 2012 le malattie trasmesse da vettori erano rappresentate esclusivamente da casi di malaria tutti di importazione.

Dal 2013, oltre alla malaria - che rimane comunque l'infezione da vettori più notificata - sono state segnalate nella provincia di Cremona altre patologie, come la *West Nile Fever* (WNF), trasmesse invece da zanzare autoctone.

Anche nel 2014 sono stati notificati 3 casi di WNF manifestatisi con sintomatologia di tipo meningoencefalitico.

Oltre a questa infezione, trasmessa da zanzare autoctone, sono state inoltre segnalati 6 casi di Chikungunya ed 1 caso di Dengue, tutti contratti da persone che avevano soggiornato in area caraibica.

I pronti interventi di disinfestazione da zanzare effettuati secondo le direttive regionali, hanno permesso la circoscrizione delle infezioni e la mancata comparsa di casi secondari.

Da quanto si è detto risulta evidente che il contenimento di tali malattie passa inevitabilmente attraverso la lotta nei confronti delle zanzare. E' fondamentale quindi che sia le Amministrazioni comunali che i singoli cittadini mettano in atto con costanza tutte le misure di disinfestazione che il Ministero della Salute, attraverso il Dipartimento di Prevenzione Medico delle ASL, annualmente suggerisce; queste comprendono sia i trattamenti attivi nei confronti delle larve sia quelli nei confronti degli insetti adulti.

1.3.3 INFORTUNI SUL LAVORO

Negli ultimi anni si è registrato a livello nazionale un graduale decremento del fenomeno infortunistico; tale andamento viene confermato anche per l'anno 2013, nel quale i dati rilevati mostrano un calo del 23,4% degli infortuni denunciati all'Istituto, che passano dai 790.201 del 2009 ai 605.484 del 2013.

I dati relativi al territorio lombardo sono in linea con i dati nazionali, e registrano un calo del 19,1% rispetto al 2009.

Il trend positivo osservato a livello nazionale e a livello lombardo è confermato anche a livello della provincia di Cremona, dove gli infortuni complessivamente denunciati registrano una variazione percentuale tra il 2012 ed il 2013 pari al -18%.

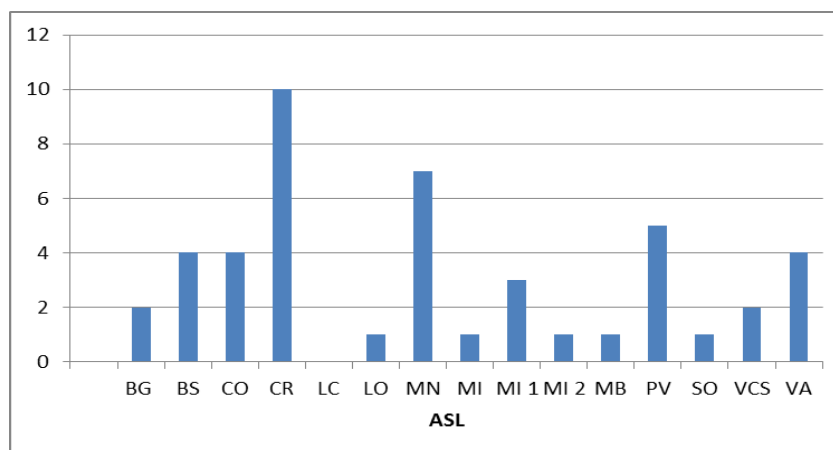
La tabella seguente riassume il trend infortunistico sopra descritto.

Andamento infortuni (fonte: INAIL)

	2009	2010	2011	2012	2013	Δ % 2009-2013
ITALIA	790.212	775.993	725.446	656.952	605.484	-23,4
LOMBARDIA	134.118	133.316	127.009	117.39	108.554	-19,1
CREMONA	6.341	6.171	5.795	5.275	5198	-18,0

Gli infortuni mortali denunciati all'INAIL vedono Cremona, nel 2014, al primo posto tra le province lombarde con un picco di incremento rispetto agli anni precedenti, a fronte di un trend complessivo in calo registrato in Lombardia (vedi grafico e tabella successivi).

Numero di infortuni mortali denunciati in Lombardia - Anno 2014
(fonte: registro regionale infortuni mortali)



Andamento degli infortuni mortali denunciati in Lombardia - Anno 2014
(fonte: registro regionale infortuni mortali)

ASL	2009	2010	2011	2012	2013	2014
BG	7	7	9	11	3	2
BS	9	9	11	12	13	4
CO	5	2	6	4	5	4
CR	3	1	2	0	3	10
LC	1	2	2	2	1	0
LO	0	2	2	4	0	1
MN	8	5	7	6	2	7
MI	6	6	1	3	6	1
MI 1	4	6	7	2	1	3
MI 2	4	2	6	2	3	1
MB	5	3	1	2	2	1
PV	10	3	1	2	5	5
SO	2	2	1	1	1	1
VCS	2	5	1	1	2	2
VA	2	4	4	8	5	4
Lombardia	68	59	61	60	52	46

Continua infine l'emersione del fenomeno delle malattie professionali, a Cremona come nel contesto regionale, come evidenziato nella tabella seguente.

Andamento delle malattie professionali denunciate in Lombardia, per provincia
Anni 2009-2013

Provincia	2009	2010	2011	2012	2013	Δ % 2009-2013
BG	845	1.018	987	1.059	1.012	19,8
BS	519	613	514	445	553	6,6
CO	92	117	126	98	109	18,5
CR	111	113	143	99	138	24,3
LC	91	111	81	93	76	- 16,5
LO	48	50	39	62	74	54,2
MN	89	127	173	178	205	130,3
MI	481	425	501	449	455	- 5,4
MB	196	257	179	186	200	2,0
PV	108	104	115	110	134	24,1
SO	68	65	71	69	79	16,2
VA	219	219	224	204	205	- 6,4
Lombardia	2.867	3.219	3.153	3.052	3.240	13,0

1.3.4 INCIDENTI DOMESTICI

Gli incidenti domestici rappresentano un problema di grande interesse per la sanità pubblica: disabilità, sofferenza, calo della produttività sono infatti alcuni degli aspetti legati a questo tema. Causa importante di morbosità e di mortalità nella maggior parte dei Paesi industrializzati, gli incidenti domestici, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità non risparmiano nessuna fascia d'età e sono la prima causa di morte per i bambini. Da non sottovalutare inoltre l'aspetto sociale legato all'impatto psicologico che questo tipo di infortuni ha sulla popolazione che considera la casa il luogo sicuro per eccellenza.

Secondo la definizione dell'Istituto Nazionale di Statistica nelle indagini multiscopo, l'infortunio di tipo domestico è un incidente che presenta determinate caratteristiche:

- comporta la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute di una persona, a causa di lesioni di vario tipo
- si verifica indipendentemente dalla volontà umana
- si verifica in un'abitazione, intesa come l'insieme dell'appartamento vero e proprio e di eventuali estensioni esterne (es. balconi, giardino, garage, cantina, scala).

Nella nostra provincia il tasso di infortuni domestici, dei quali oltre la metà è costituita da cadute, è poco al di sopra della media regionale; le fasce d'età più a rischio sono i bambini molto piccoli e gli anziani (ogni anno cade più di un terzo delle persone > 65 anni).

Dal 1998 al 2013, tra i bambini di età ≤3 anni residenti nella provincia di Cremona si sono verificati 837 ricoveri in regime ordinario, segnalati come incidenti domestici nella modalità del trauma (es cadute, avvelenamenti, scottature). Se dal punto di vista numerico non si tratta propriamente di un'emergenza e si osserva negli anni un confortante trend in diminuzione, la giovane età dei ricoverati e la possibilità di prevenzione legata per lo più a banali accorgimenti rende l'argomento degno d'attenzione.

Per quanto riguarda la popolazione residente "over 75", dal 1998 al 2013 si sono registrati 7216 ricoveri per trauma secondario ad incidenti domestici, oltre ¾ dei quali nelle donne, che presentano un rischio circa doppio rispetto agli uomini (un'inversione di genere, rispetto alla fascia d'età 0-3 anni). Il fenomeno è di particolare rilevanza - soprattutto nelle donne - sia per

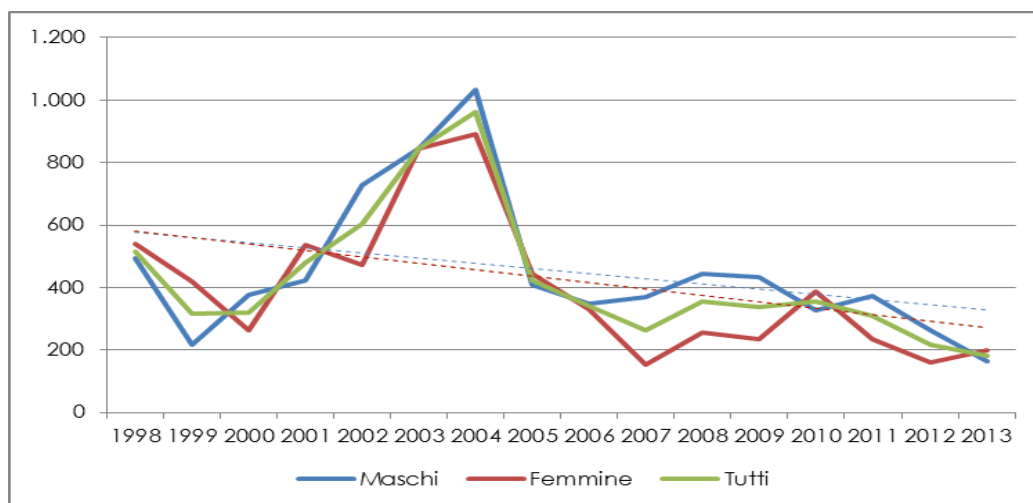
il graduale incremento del rischio rilevato negli ultimi 15 anni, sia per le sequele assai gravose che una caduta in queste età può comportare in termini di complicanze, perdita di autonomia e costi sociali. Nella genesi della caduta sono in gioco anzitutto personali condizioni di salute, poi gli elementi strutturali della casa e infine il tipo di suppellettili (es. tappeti); in ogni caso, hanno rilievo gli eventuali accorgimenti preventivi.

La tabella e i grafici seguenti rappresentano in maniera più dettagliata l'andamento del fenomeno nei gruppi a rischio tra i residenti nella nostra provincia.

Numero di ricoveri per "incidente domestico" tra i residenti nella provincia di Cremona

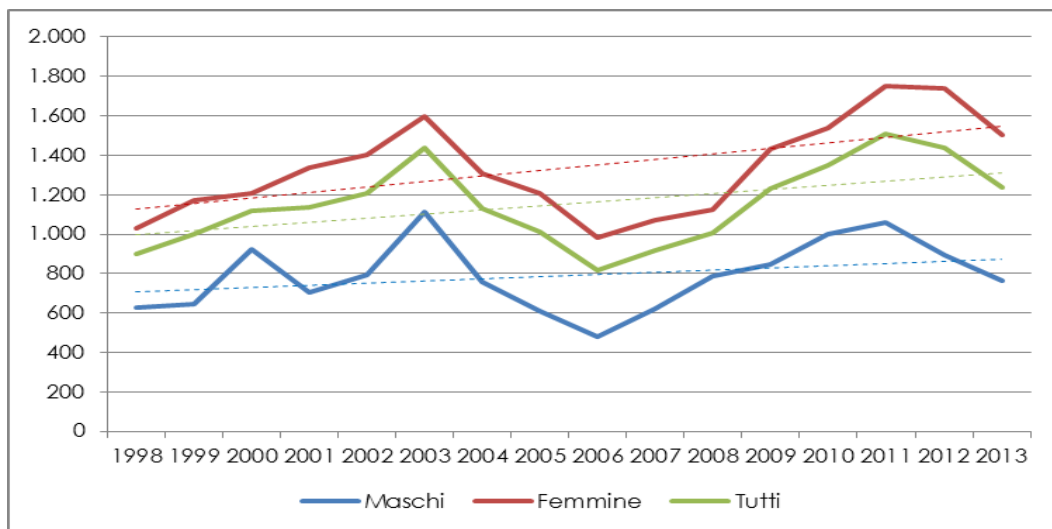
Anno	0-3 anni			Over 75 anni		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
1998	28	28	56	56	206	262
1999	13	23	36	59	235	294
2000	21	14	35	90	253	343
2001	24	29	53	77	295	372
2002	42	28	70	85	320	405
2003	50	47	97	127	389	516
2004	64	53	117	91	339	430
2005	26	26	52	72	319	391
2006	23	19	42	61	260	321
2007	25	9	34	85	283	368
2008	31	16	47	110	312	422
2009	31	15	46	120	408	528
2010	23	26	49	161	454	615
2011	29	17	46	165	514	679
2012	21	11	32	149	525	674
2013	13	12	25	125	471	596
TOTALE	464	373	837	1.633	5.583	7.216

Rischio di ricovero* per "incidente domestico" tra i residenti di età ≤3 anni



* Incidenza cumulativa per 100.000 residenti

Rischio di ricovero* per "incidente domestico" tra i residenti di età ≥75 anni



* Incidenza cumulativa per 100.000 residenti

Le azioni preventive per la fascia di età 0-3 anni si sono rivolte a ripristinare una corretta percezione del rischio attraverso azioni informative ed educative rivolte a genitori ed insegnanti poiché tutti i bambini hanno il diritto di vivere in un ambiente sicuro. L'ambiente domestico e quello scolastico a volte racchiudono pericoli che, per abitudine o superficialità, si è portati a sottovalutare. Il bambino si trova ad interagire con ambienti molto stimolanti ma potenzialmente anche molto pericolosi. Man mano che i ragazzi crescono, si aggiungono nuovi pericoli che potrebbero essere evitati seguendo semplici regole di prevenzione.

A tale proposito l'ASL di Cremona ha promosso il progetto "L'ASL amica dei bambini ... a scuola" con la finalità di promuovere tra i docenti la cultura della salute e della sicurezza nell'ambiente scolastico inteso come luogo di apprendimento ma anche di sviluppo di abilità e competenze di vita dei bambini.

In riferimento invece al target adulti/anziani, una delle strategie di prevenzione maggiormente efficaci attuate a livello locale consiste nella realizzazione di progetti che prevedono il concorso del massimo numero di interlocutori (istituzionali e non) della comunità, con lo scopo di creare una rete d'aiuto intorno all'anziano attraverso il coinvolgimento sia delle istituzioni che del mondo del volontariato.

Al riguardo, i Gruppi di cammino, rivolti alla popolazione anziana e adulta del territorio, prevedono l'attivazione di gruppi organizzati di "passeggio", con la finalità di ottenere beneficio sullo stato di salute in generale, con positive ripercussioni anche sulla dimensione psicologica (es. attraverso il miglioramento delle funzioni motorie, si è rilevato nei soggetti anziani che partecipano ai Gruppi di Cammino anche un aumento del senso di indipendenza e una diminuzione dell'ansia).

Gli operatori sanitari e non sanitari rivestono un ruolo importante nelle iniziative di comunicazione finalizzate all'attivazione di processi di consapevolezza e di *empowerment* nella popolazione.

1.3.5 FAMIGLIE E ADOLESCENTI OGGI

Nel corso di questi anni i Servizi hanno attualizzato alcuni modelli di intervento utili ad affrontare le problematiche adolescenziali alla luce di nuove esigenze collegate alle evoluzioni del contesto sociale, all'accrescersi della numerosità e complessità delle situazioni di disagio, segnalate soprattutto dalle scuole, e al contenimento delle risorse che possono essere investite in questo campo.

Dall'esperienza maturata emerge che nella società attuale si verifica un crescente aumento del numero delle famiglie collocabili al confine "tra agio e disagio" e che si trovano sulla sottile soglia tra benessere e malessere, tra "normalità" e patologia.

Intervenire in questo contesto con un'ottica preventiva e promozionale significa creare le condizioni tali da permettere alla realtà della "fascia grigia", in cui si intravedono segnali di fragilità, di non sconfinare nel disagio conclamato.

L'obiettivo consiste, prima che nella cura, nell'attivare e potenziare le risorse personali, familiari e sociali presenti.

Questa prospettiva richiede di costruire un nuovo modello di intervento collegato ad una nuova cultura "responsabilizzante" dei Servizi, più dinamica e aperta, più rispondente alle caratteristiche di una nuova società dove gli adulti (genitori, insegnanti, opinion leaders) sono più connessi in una rete capace di tenere insieme le comunicazioni, le relazioni, i significati ed i comportamenti degli adolescenti.

I fenomeni collegati alla fragilità degli adolescenti e alle difficoltà delle famiglie appaiono oggi ulteriormente aggravate anche in relazione all'allarme sociale che suscitano e al tempo stesso il sistema dei Servizi che si rivolgono ai minori e alle loro famiglie si trova investito da attese sempre più pressanti di efficacia/efficienza. Il contesto socioculturale attuale si caratterizza per la frammentazione e la "fluidità" dei contesti di riferimento (famiglia, relazioni, lavoro, ecc.). In tale quadro si osserva come sia per gli adulti che per gli adolescenti sia difficile accettare il limite, ovvero come sia difficile accettare una verifica di incapacità e incompetenze; non si sopportano valutazioni negative né si sopportano verifiche e ridimensionamenti dei propri progetti. I Servizi si trovano ad intervenire con ragazzi che sono in difficoltà o hanno comportamenti "devianti" in un ambiente culturale in cui tutto sembra ammissibile e non si sa bene che cosa sia trasgressione e che cosa originalità o capacità d'espressione innovativa.

Un altro importante aspetto distintivo degli adolescenti attuali riguarda le modalità comunicative utilizzate. I ragazzi/e usano con sempre maggiore frequenza internet e le comunicazioni on-line, soprattutto attraverso i social network. Tale modalità se da un lato risponde al tradizione compito evolutivo adolescenziale: costruire relazioni sociali con i coetanei, dall'altro avviene secondo modalità specifiche: la continuità nel tempo (l'essere sempre in contatto) e la (relativa) virtualità delle relazioni. Tale modalità costituisce una sfida per gli adulti che svolgono ruoli educativi con i giovani, e che per gap generazionale sono meno competenti dei ragazzi nell'uso delle tecnologie, ma che non possono abdicare al loro ruolo e a svolgerlo parlando i linguaggi delle nuove generazioni (rif. M. Lancini L. Turuani "Sempre in contatto" F. Angeli).

L'elaborazione di tale modello individua alcune linee-guida che considerano l'analisi e la valutazione dei bisogni, le modalità di presa in carico breve delle problematiche adolescenziali e le caratteristiche di funzionamento dei Servizi.

Un'analisi approfondita della domanda adolescenziale e giovanile così come è intercettata dai servizi ha rilevato le seguenti situazioni di fragilità:

- problemi personali (episodi di ansia, di difficoltà con il cibo, con l'immagine di sé, ecc.);
- problemi relazionali (difficoltà scolastiche, abbandoni scolastici, difficoltà con gli adulti, con il gruppo dei pari, isolamento, ecc...);
- problemi legati all'uso di sostanze, alcol, polidipendenze;
- comportamenti auto ed etero aggressivi (violenze, atti vandalici, bullismo);
- problematiche legate a cambiamenti culturali e immigrazione;
- famiglie in difficoltà per problematiche educative e relazionali con i figli;
- famiglie caratterizzate da conflittualità, separazioni, famiglie ricostituite e con fragilità sociali.

Nel corso di questi anni i Consulitori Familiari hanno erogato prestazioni in continuo aumento nella fascia 13- 24 anni rivolte sia a maschi che a femmine, sia ad italiani che a stranieri raggiungendo nel 2013 una percentuale pari al 10.8%., rispetto alla popolazione afferente ai Consulitori.

Inoltre l'incidenza di situazioni di fragilità rilevate dai Consulitori, pubblici e accreditati, tra i minorenni per varie cause (es. disagio, ansia, bullismo, problematiche adolescenziali, figli di coppie in difficoltà) rispetto al numero di minori 0-18 anni della provincia è aumentata raggiungendo lo 1.7% (rapporto tra numero casi in carico ai Consulitori nell'area psico-socioeducativa e popolazione 0-18 anni della provincia).

Si conferma l'elevata percentuale di coppie/famiglie seguite dai consulitori; escludendo dal calcolo le donne cui è stata erogata una prestazione di pap test in screening, circa il 40% dell'utenza consuntoriale appartiene ad uno stesso nucleo familiare (le aree di intervento con le maggiori percentuali di nuclei familiari in carico sono le aree relative alla tutela minori, alle adozioni e affidi, allo spazio giovani e, in ambito sanitario, le aree di intervento pre e post parto); ciò evidenzia la tendenza dei servizi ad intercettare le situazioni familiari complesse e fragili e ad erogare loro prestazioni appropriate.

Il sito www.spazioxgiovani.aslcremona.it, on-line da ottobre 2013 allo scopo di offrire informazioni e counseling on-line agli adolescenti e giovani, da gennaio a novembre del 2014 ha avuto 397 utenti, di cui 85 hanno richiesto consulenza. Da questo primo anno di vita e di esperienza il sito risulta quindi essere una modalità di approccio ai giovani in grado di intercettare un numero significativo di richieste, che altrimenti non giungerebbero ai servizi.

1.3.6 I COMPORTAMENTI A RISCHIO PER MORSICATURE E AGGRESSIONI DA PARTE DI ANIMALI

Nella società attuale l'uomo ha un sempre maggior bisogno di gratificazione e ricerca una relazione sempre più strutturata, sia affettiva sia tattile, con l'ambiente che lo circonda; l'animale domestico può rispondere a molte di queste aspettative.

Dall'analisi del contesto locale in relazione al bisogno di salute che il territorio esprime, emerge sempre più evidente per diffusione e importanza il tema del corretto rapporto "uomo-animale". Le ricadute negative di approcci sbagliati sfociano in comportamenti che determinano problemi di scorretta detenzione che possono determinare una difficile convivenza, configurare episodi di maltrattamento, fino all'abbandono. La maggior parte di questi (80% dei casi) sono la conseguenza delle mancate aspettative dei proprietari in relazione al comportamento dell'animale.

Questi aspetti rivestono un ruolo di particolare interesse anche nell'ambito della politica sanitaria locale: la diffusione della cultura del possesso responsabile e della conoscenza delle caratteristiche etologiche e comportamentali è un elemento essenziale per consentire la civile convivenza e per contrastare il fenomeno del randagismo.

Quasi una famiglia italiana su due convive con un animale domestico e più di una su tre con un cane o un gatto. Il rapporto con gli animali domestici, tuttavia, in molti casi è basato sull'improvvisazione e sull'emotività che ancora troppo spesso, a fronte dell'impegno che la cura di un animale richiede, si concretizza nell'abbandono.

Può essere utile come strumento di riflessione, per strutturare il cammino da percorrere quando si decide di adottare un animale, tenere ben presenti gli aspetti seguenti:

1. Essere certi della fondatezza di questa decisione valutando tra l'altro la disponibilità e le possibilità finanziarie; quest'ultimo è un parametro molto importante, che spesso viene nascosto, da esaminare nella sua globalità. Oltre all'investimento iniziale (prezzo dell'animale, dei vari materiali e degli oggetti necessari), il proprietario deve chiedersi se potrà provvedere all'alimentazione giornaliera equilibrata del suo compagno, così

come alle spese di mantenimento (toelettatura, prodotti vari) ed anche ai costi per le cure mediche ordinarie necessarie (Medico Veterinario e medicinali). Infine dovrà valutare le proprie possibilità finanziarie anche per i casi eccezionali di incidente o di malattia.

2. Effettuare un preciso bilancio dell'ambiente nel quale l'animale andrà a vivere.
3. Scegliere la specie, la razza ed il sesso che meglio possano integrarsi in questo contesto. Non ci si può aspettare che la famiglia si adatti alle necessità dell'animale, ma si deve scegliere un compagno le cui caratteristiche siano adeguate alla situazione esistente.
4. Effettuare l'acquisto dell'animale da compagnia nelle condizioni ideali sia per l'animale stesso sia per i futuri proprietari.

Il positivo aumento della sensibilità nei confronti degli animali registrato in questi ultimi decenni è solo parzialmente andato di pari passo con la consapevolezza della necessità di acquisire informazioni e cognizioni sui diritti dell'animale e sui doveri in carico a colui che vive in compagnia di un animale domestico.

Analizzando il prospetto sotto riportato, si può evidenziare come il fenomeno dell'abbandono sia ancora diffuso anche sul nostro territorio, associato anche ad una scarsa attenzione nella detenzione degli animali che ancora troppo spesso sfuggono al proprietario (vedasi il numero di cani restituiti in quanto identificati a norma di legge). Si ravvisa ancora l'opportunità o la necessità di un intervento di carattere educativo e informativo, volto alla diffusione della cultura del possesso dell'animale pieno responsabile. Un dato comunque positivo è costituito dall'aumento considerevole delle adozioni dei cani presenti nei canili, sintomo di aumentata sensibilità alla situazione dei cani abbandonati.

Cani in ingresso in canile sanitario, restituiti e affidati –

Fonte Dati: Banca Dati Regionale Anagrafe Canina – aggiornamento 31/12/2013

	2011	2012	2013	2014
n. cani accalappiati	191	381	485	400
n. cani restituiti	82	108	148	165
n. cani affidati	407	394	969	272

L'altro aspetto correlato alla detenzione degli animali domestici, come spesso posto alla ribalta della cronaca, è il pericolo di morsicature e di aggressioni, a volte con gravi conseguenze.

L'analisi delle morsicature denunciate nel triennio scorso (verosimilmente sottostimate per la ritrosia alla denuncia del fatto determinata dal timore – ingiustificato – su provvedimenti conseguenti sull'animale) dimostra come il loro numero rimanga pressochè costante nel tempo, a dimostrazione della necessità di miglioramento sul fronte della responsabilizzazione e della competenza riguardo al contenimento ed educazione dell'animale.

Morsicature denunciate

Fonte Dati: Banca Dati Regionale Anagrafe Canina – aggiornamento 31/12/2013

	2011	2012	2013	2014
animale identificato	148	170	160	164
animale sconosciuto	52	74	81	32
Totale	200	244	241	196

Anche in questo caso la risoluzione sta nella consapevolezza e assunzione di responsabilità legata al possesso degli animali mediante una maggior conoscenza delle caratteristiche etologiche e comportamentali degli animali e quindi del controllo degli aspetti di pericolo legati alla loro natura e alla risposta agli stimoli ambientali. Una azione formativa sui proprietari o aspiranti tali, a partire quindi dai cittadini più giovani può rappresentare un sostanziale miglioramento. Riportiamo alcuni consigli utili per ridurre od evitare rischi di aggressione da parte dei cani:

Consigli agli adulti

- In occasione del richiamo vaccinale annuale, assicurarsi sempre presso il Medico Veterinario, del buon equilibrio comportamentale del cane.
- Non lasciare un cane sotto la responsabilità di un bambino di età inferiore ai 6 anni (meglio sarebbe ai 10 anni). Non incaricare un bimbo troppo piccolo di dar da mangiare al cane.
- Prendere seriamente anche la minima reazione anomala del cane (anche il più piccolo ringhio).
- Non lasciar vagabondare il proprio cane: tenerlo al guinzaglio durante la passeggiata a meno che sia di un'obbedienza esemplare.
- Incoraggiare i contatti, effettuati in modo corretto, dei bambini con i cani del vicinato, sotto il controllo di adulti attenti.
- Dare consigli ai bambini perché non si mettano in pericolo quando si trovano soli con un cane.

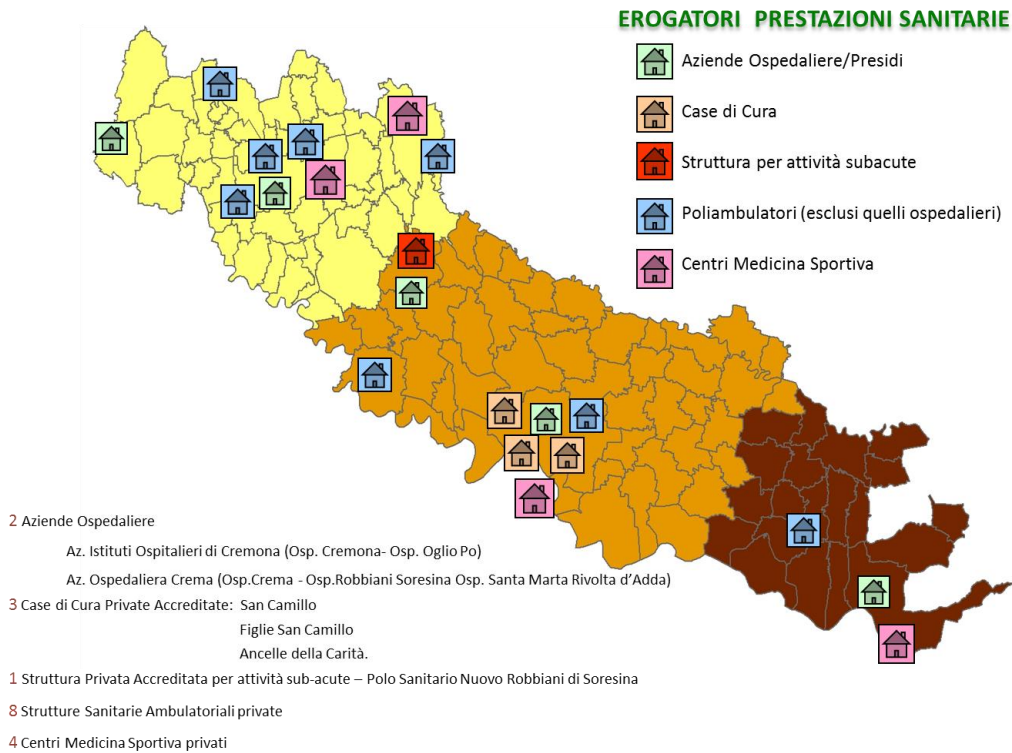
Consigli ai bambini

- Non andare mai dentro la cesta o la cuccia del proprio cane.
- Non portare via dalla bocca del cane il cibo e nemmeno i giochi.
- Non svegliare il cane quando dorme tranquillamente.
- Non dargli baci, specialmente sul muso.
- Non stringerlo troppo forte tra le braccia e lasciarlo andare quando dà segno di volersi allontanare.
- Se il cane mostra i denti o ringhia leggermente, allontanarsi molto lentamente.
- Non avvicinarsi a un animale che non si conosce se non è presente il suo proprietario.
- Non far mai male a un cane, non spaventarlo (petardi !).
- Non fissare un cane negli occhi.
- Non inseguire un cane e nemmeno metterlo alle strette.
- Non fuggire correndo davanti a un cane sconosciuto.
- Se un cane ci insegue mentre andiamo in bicicletta, fermarsi, scendere e mettere la bici tra noi e il cane.
- Se un cane ci attacca, dargli da mordere il giaccone o il maglione. Se continua ad assalirci, non fuggire di corsa, ma salire in alto (per esempio su un albero) o arrotolarsi a palla proteggendo la testa con le braccia.

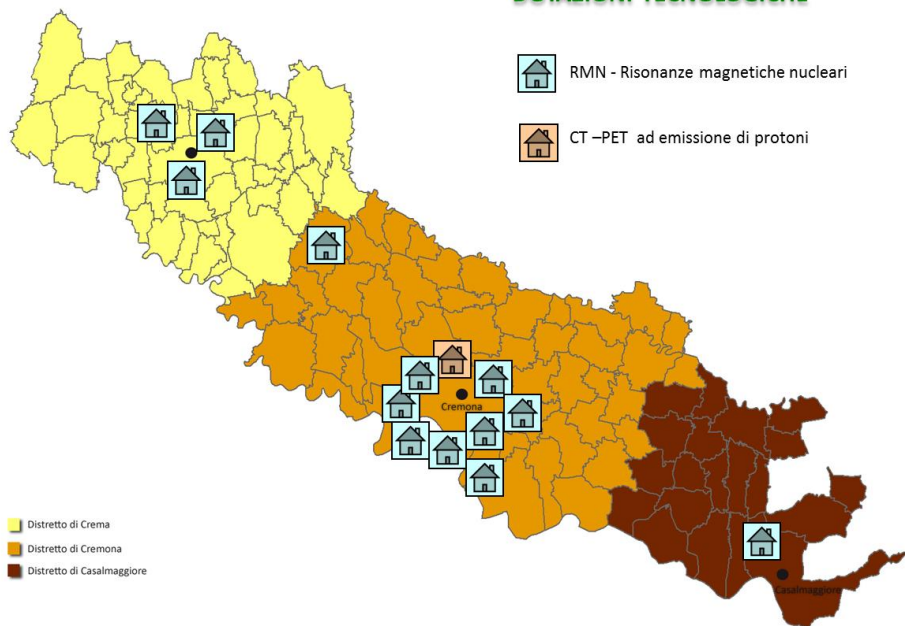
2. ANALISI DEI CONSUMI

2.1 INDICATORI DI OFFERTA

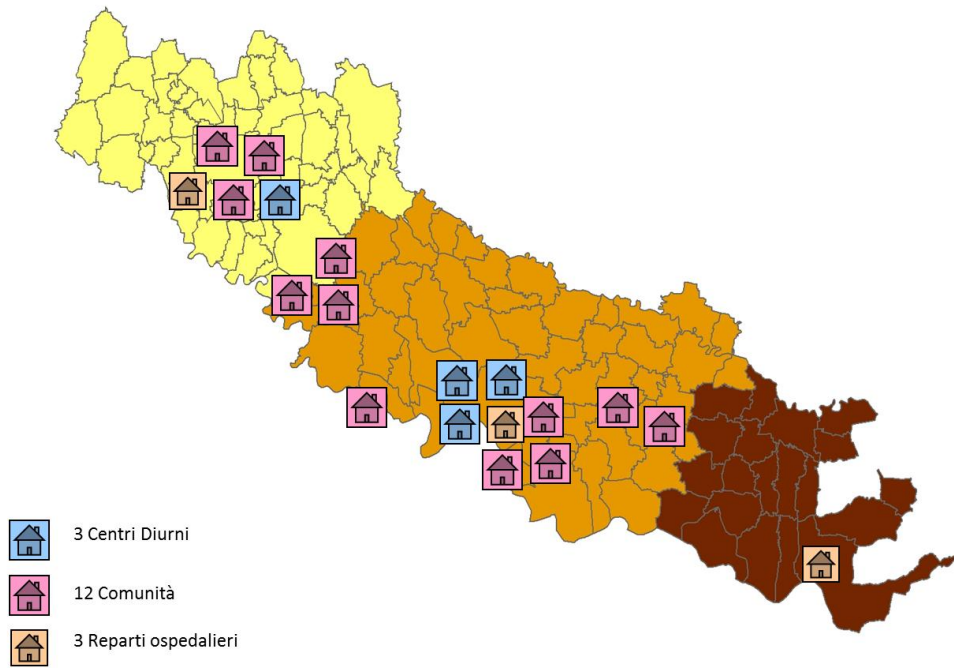
EROGAZIONE DIRETTA ASL ED EROGATORI A CONTRATTO



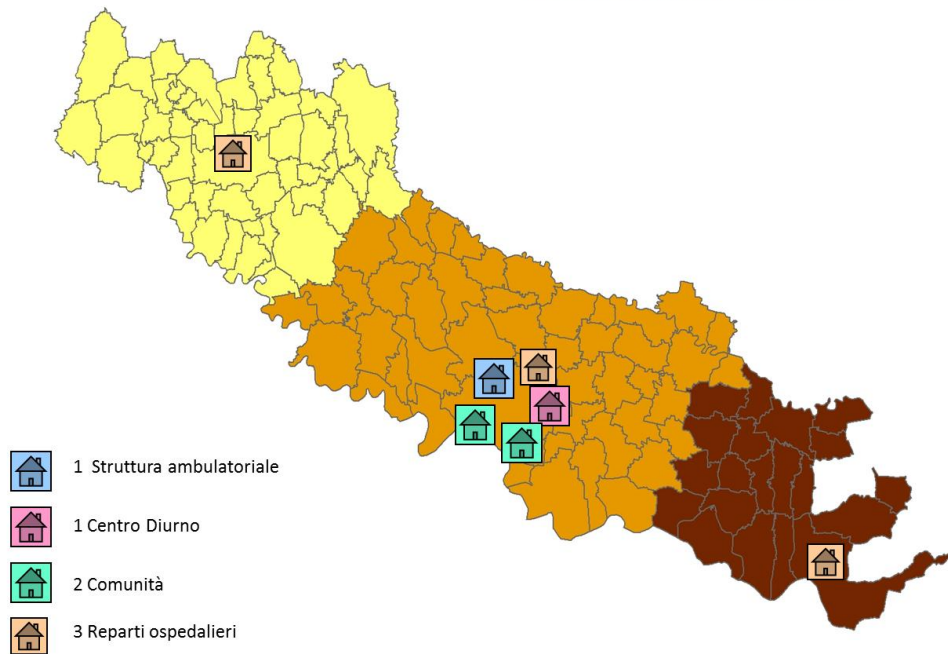
DOTAZIONI TECNOLOGICHE



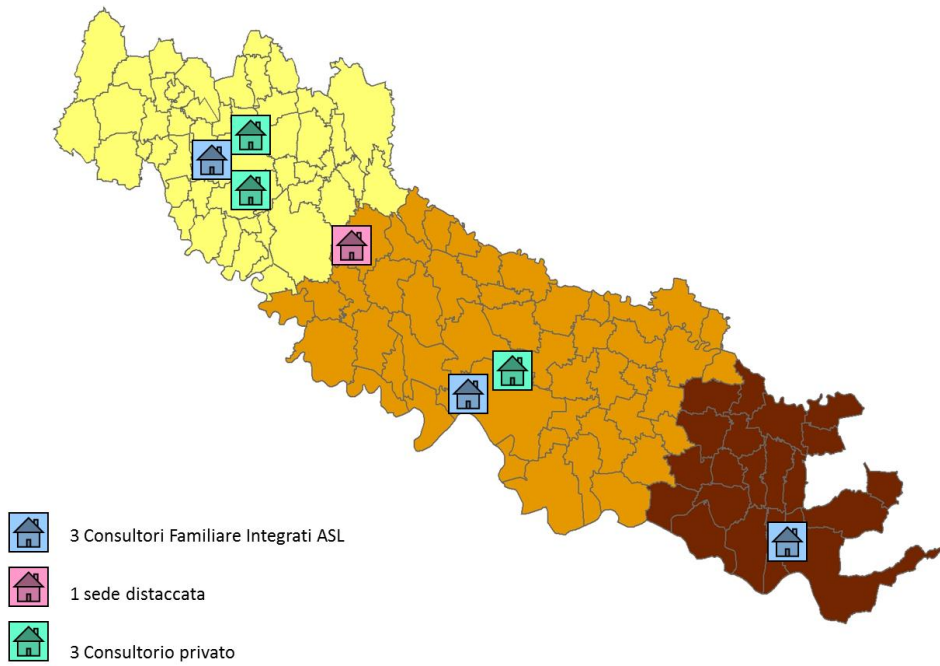
PSICHIATRIA



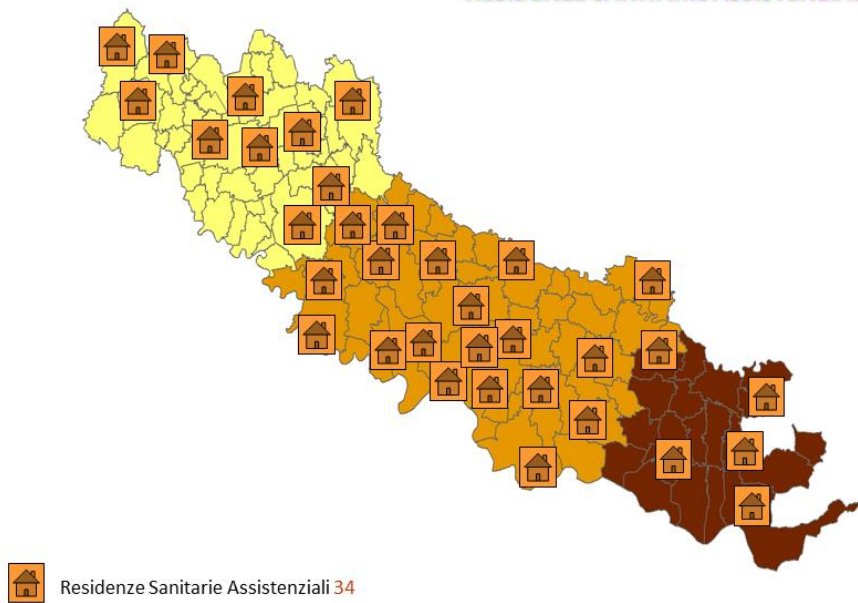
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE



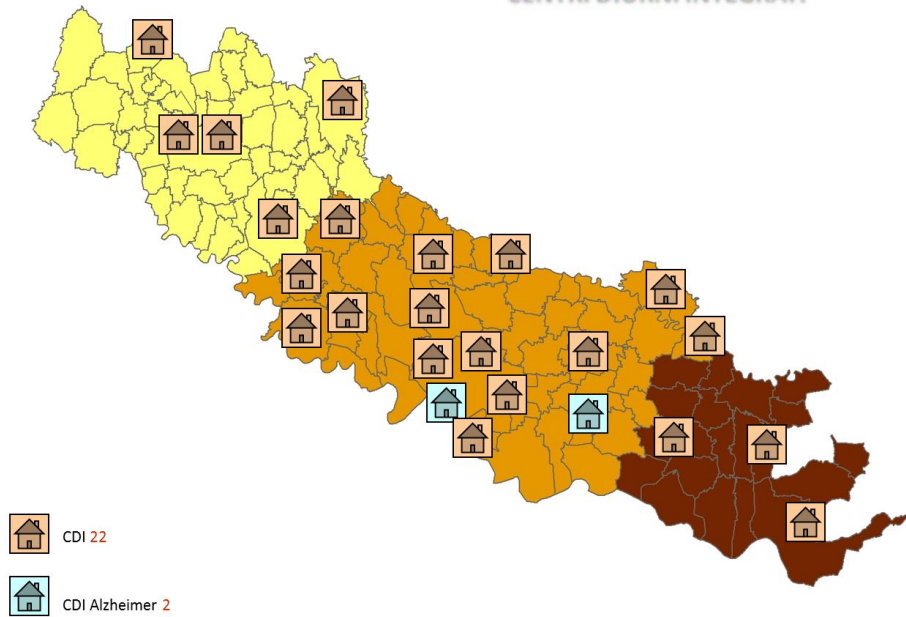
CONSULTORI FAMILIARI INTEGRATI



RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI



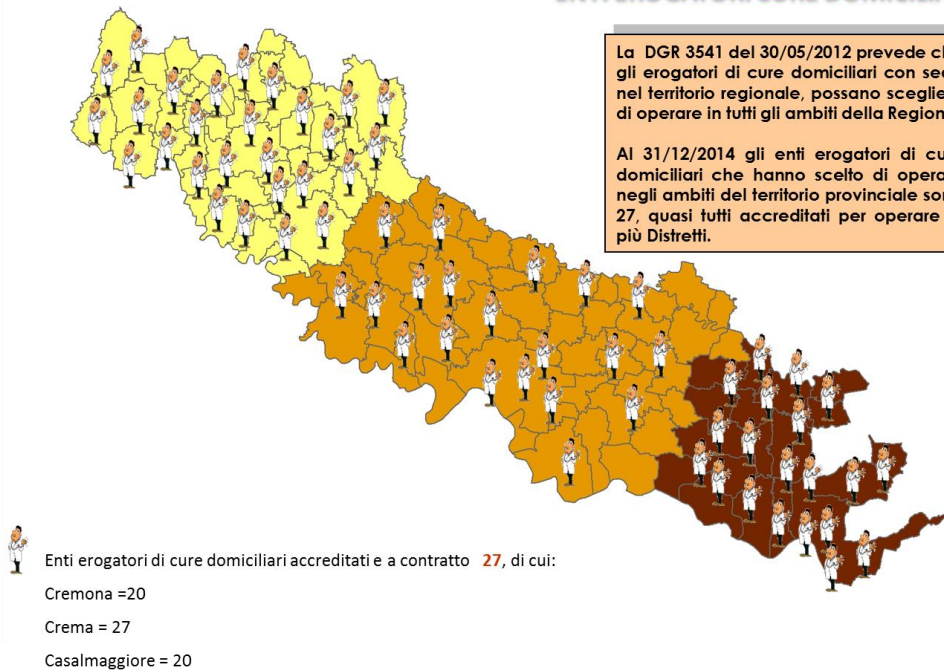
CENTRI DIURNI INTEGRATI



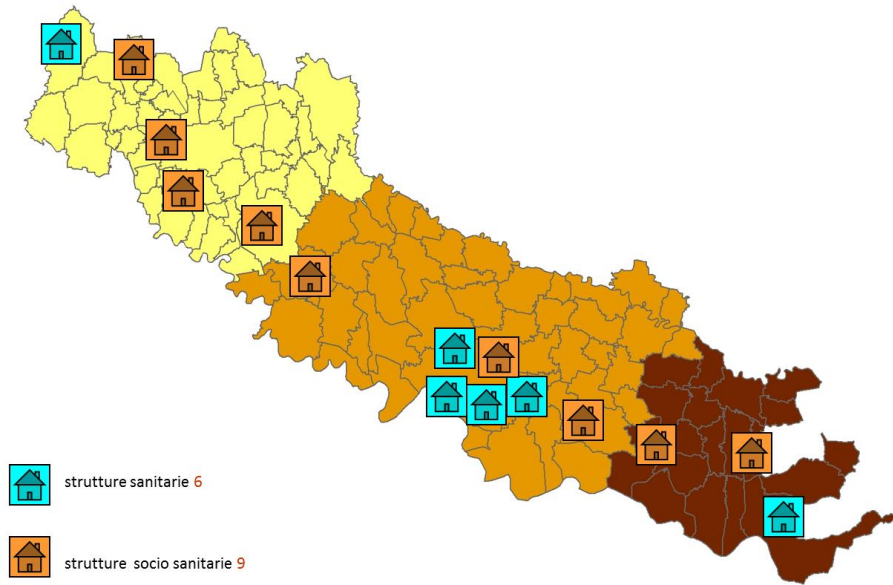
ENTI EROGATORI CURE DOMICILIARI

La DGR 3541 del 30/05/2012 prevede che gli erogatori di cure domiciliari con sede nel territorio regionale, possano scegliere di operare in tutti gli ambiti della Regione.

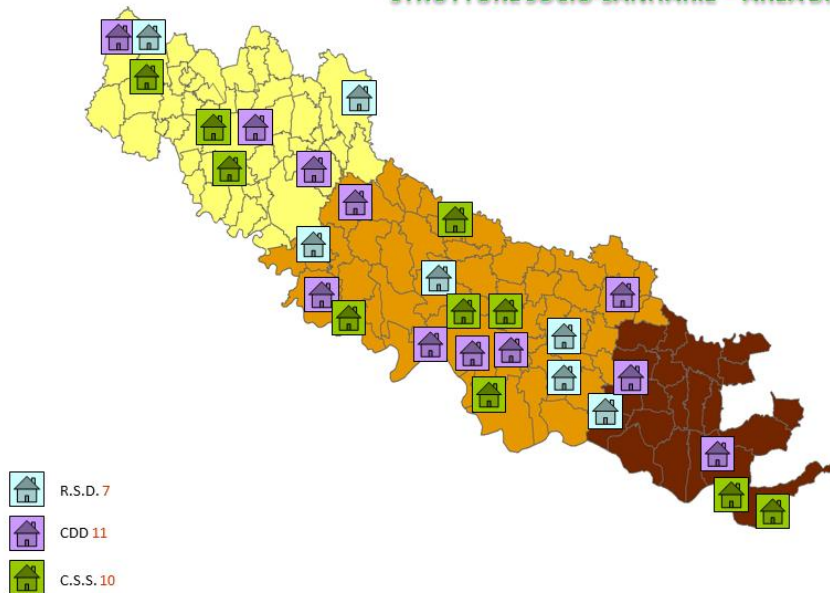
Al 31/12/2014 gli enti erogatori di cure domiciliari che hanno scelto di operare negli ambiti del territorio provinciale sono 27, quasi tutti accreditati per operare in più Distretti.



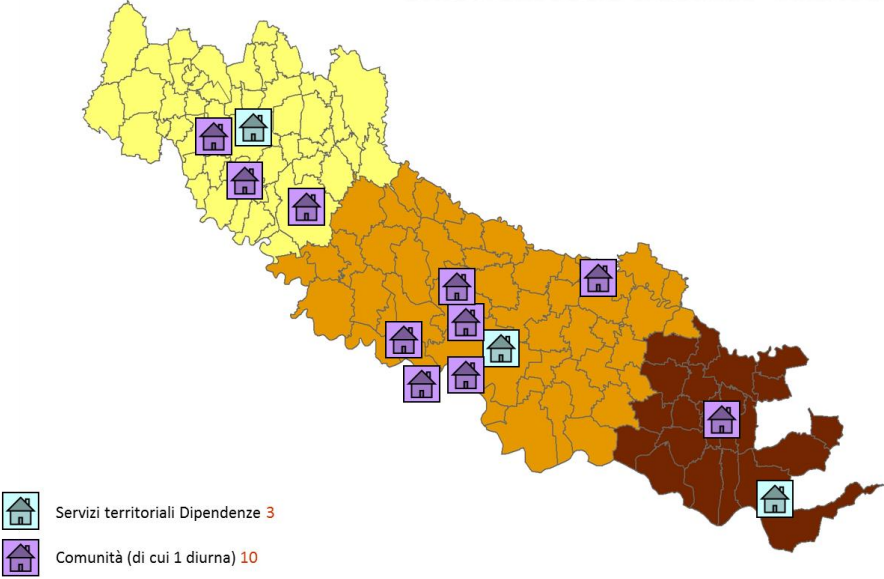
STRUTTURE RIABILITATIVE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE



STRUTTURE SOCIO-SANITARIE – AREA DISABILI



STRUTTURE SOCIO-SANITARIE – AREA DIPENDENZE



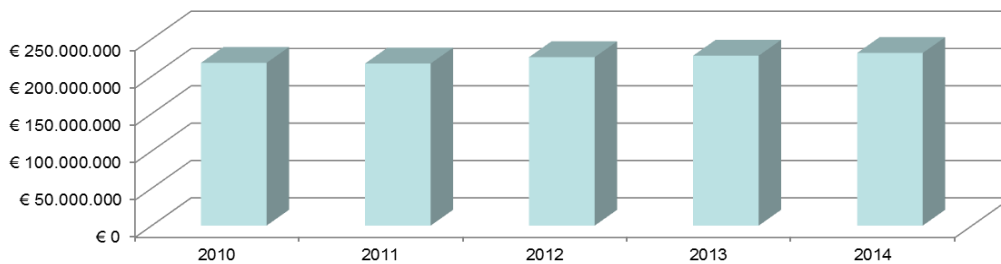
2.2 INDICATORI DI CONSUMO

2.2.1 CONSUMO SANITARIO

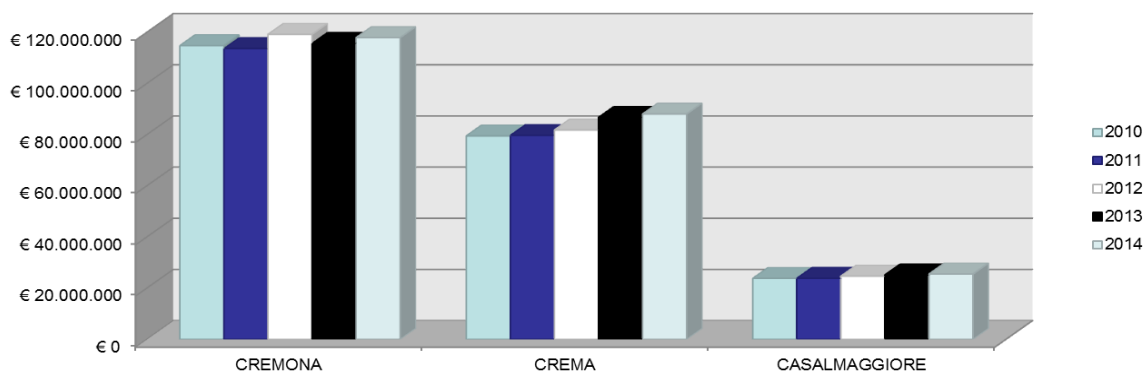
ANDAMENTO DEI RICOVERI E DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

RICOVERI e SPECIALISTICA AMBULATORIALE – Valorizzazione – Domanda soddisfatta in ambito ASL
Trend 2010-2014 (i dati del 2014 sono una proiezione)

TOTALE ASL

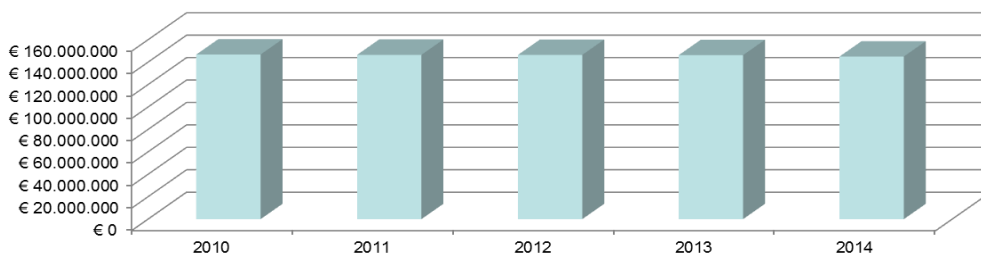


PER DISTRETTO RESIDENZA

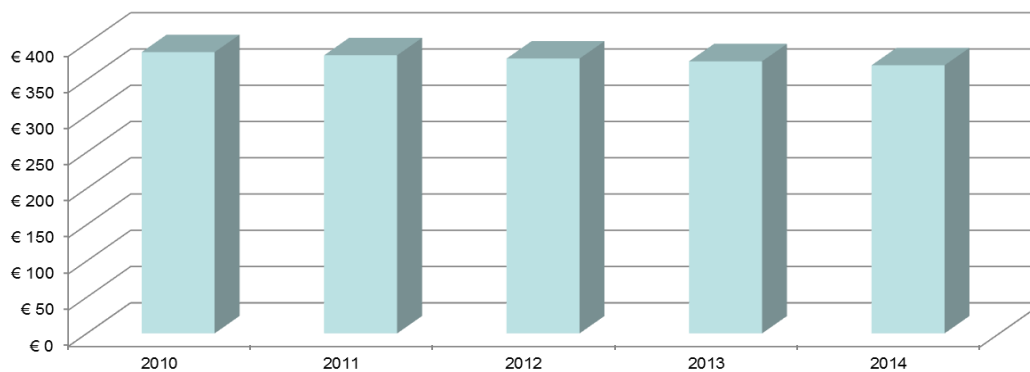


RICOVERI – Valorizzazione – Domanda soddisfatta in ambito ASL
Trend 2010-2014 (i dati del 2014 sono una proiezione)

TOTALE ASL

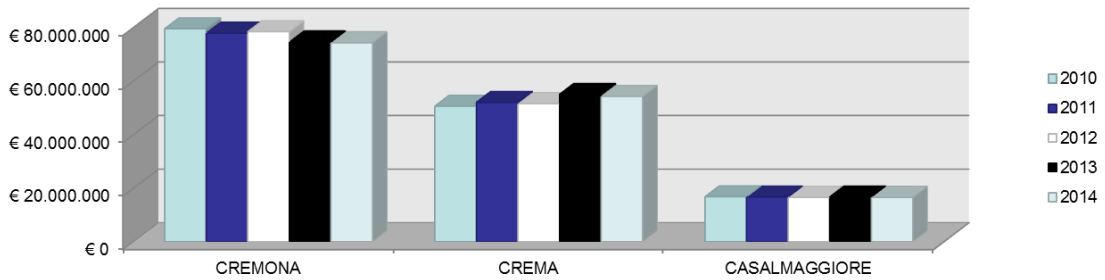


COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO PONDERATO

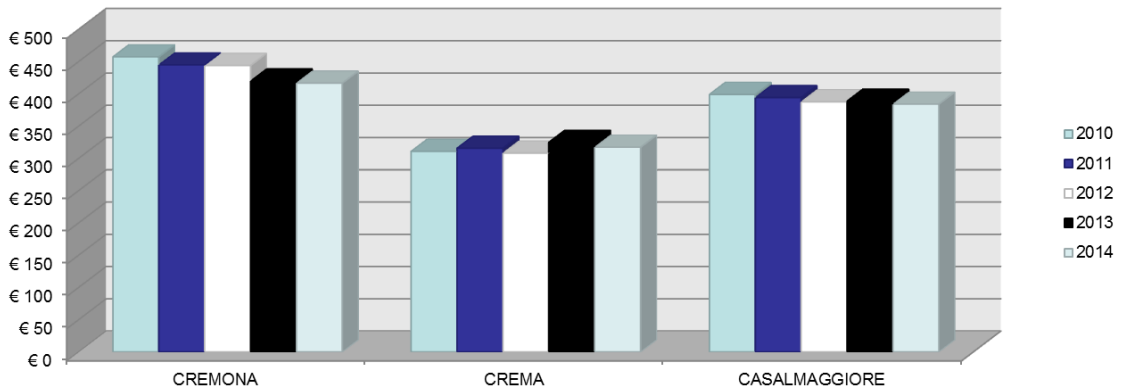


RICOVERI – Valorizzazione – Domanda soddisfatta in ambito ASL
Trend 2010-2014 (i dati del 2014 sono una proiezione)

PER DISTRETTO RESIDENZA

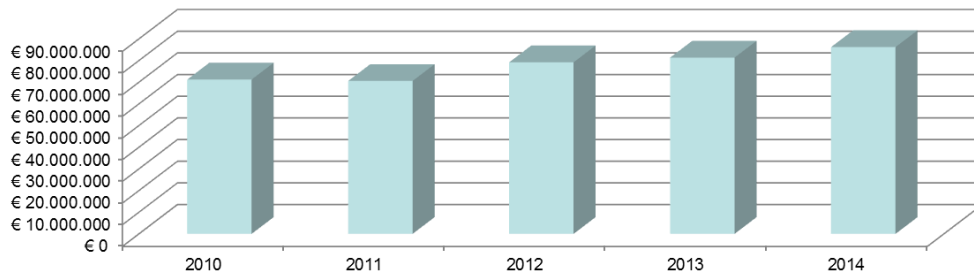


COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO PONDERATO

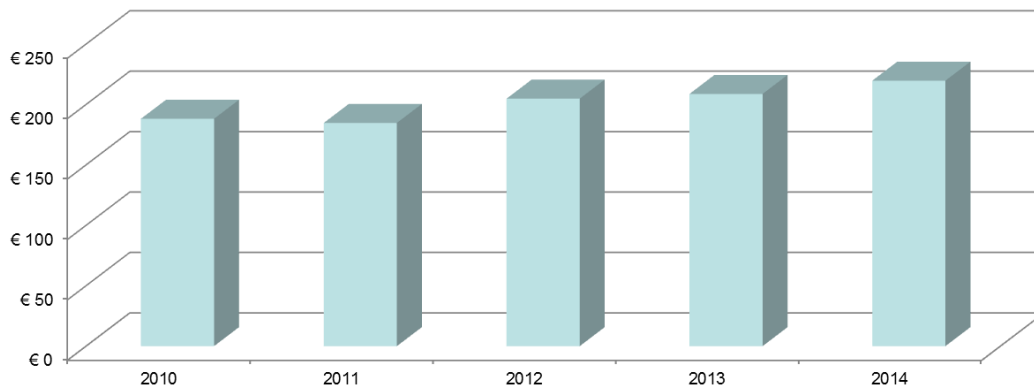


SPECIALISTICA – Valorizzazione – Domanda soddisfatta in ambito ASL
Trend 2010-2014 (i dati del 2014 sono una proiezione)

TOTALE ASL

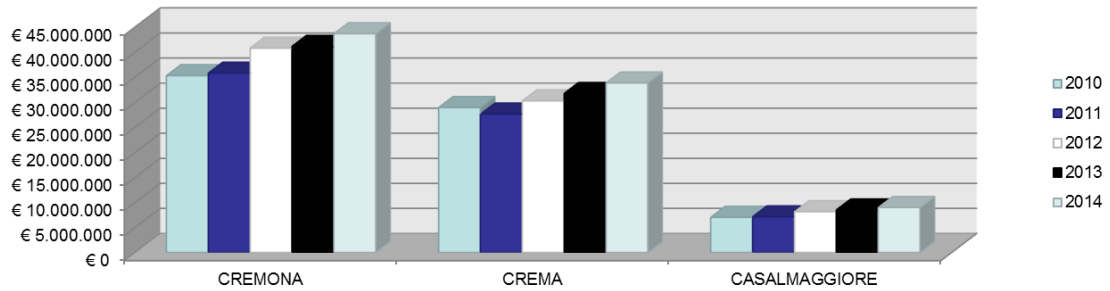


COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO PONDERATO

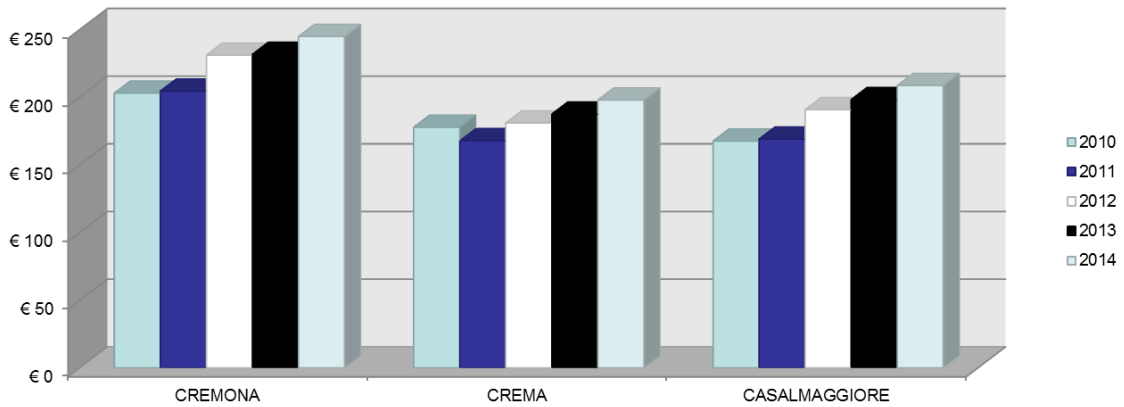


SPECIALISTICA – Valorizzazione – Domanda soddisfatta in ambito ASL
Trend 2010-2014 (i dati del 2014 sono una proiezione)

PER DISTRETTO RESIDENZA

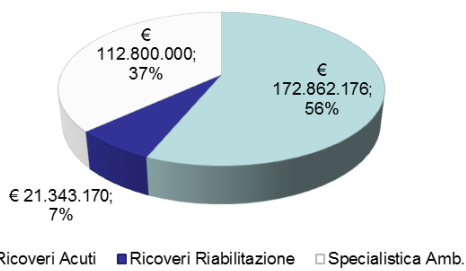


COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO PONDERATO

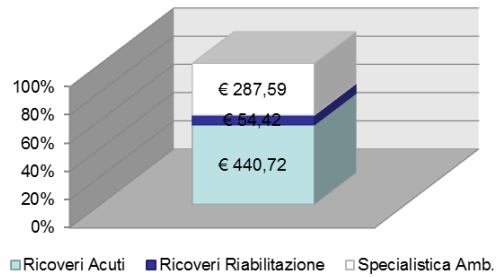


SINTESI RICOVERI E SPECIALISTICA AMBULATORIALE – Valorizzazione 2014 (i dati del 2014 sono una proiezione)

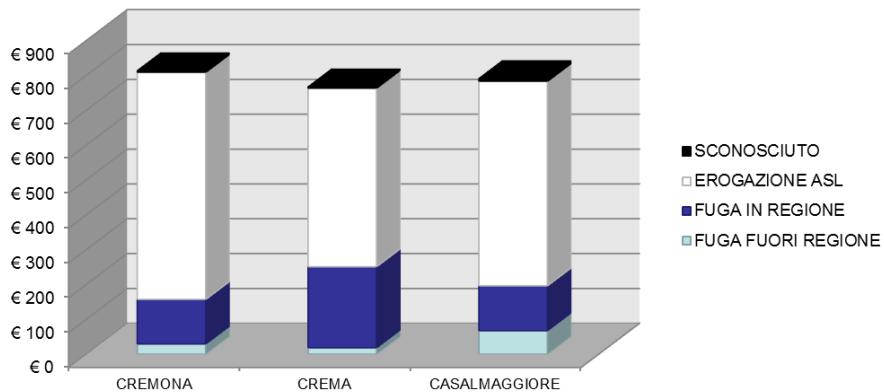
TOTALE ASL



COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO PONDERATO

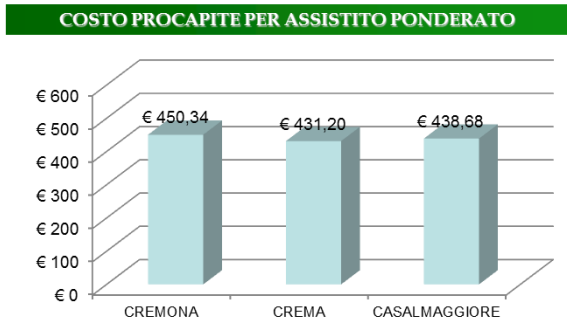
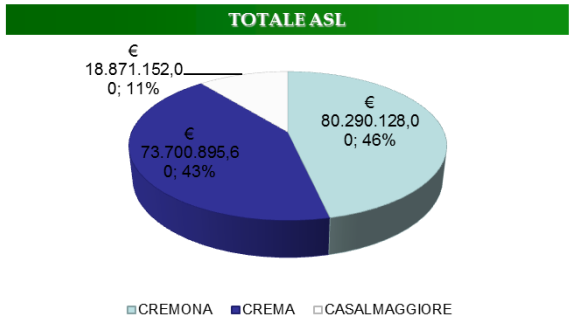


DISTRIBUZIONE COSTI PER MOBILITA' – anno 2013

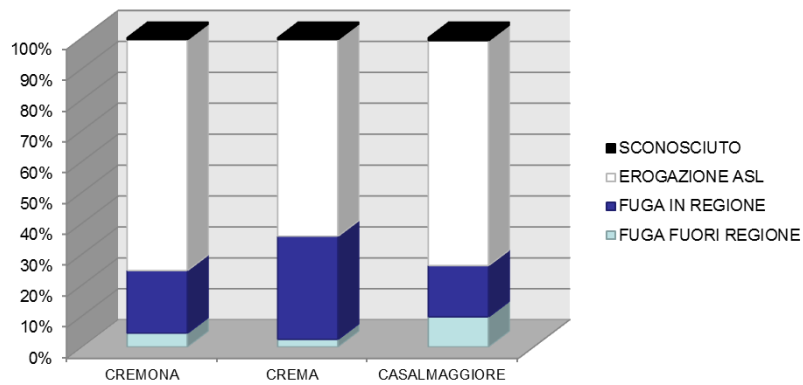


RICOVERI PER ACUTI

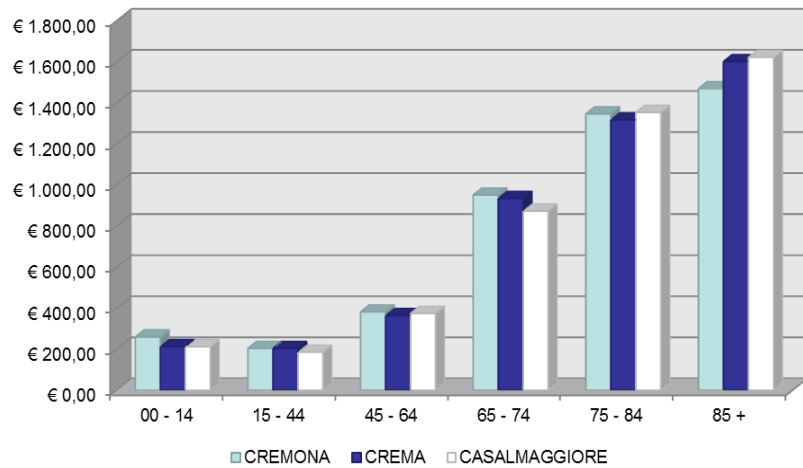
RICOVERI ACUTI - Valorizzazione 2014 (i dati del 2014 sono una proiezione)



DISTRIBUZIONE COSTI PER MOBILITA' - anno 2013

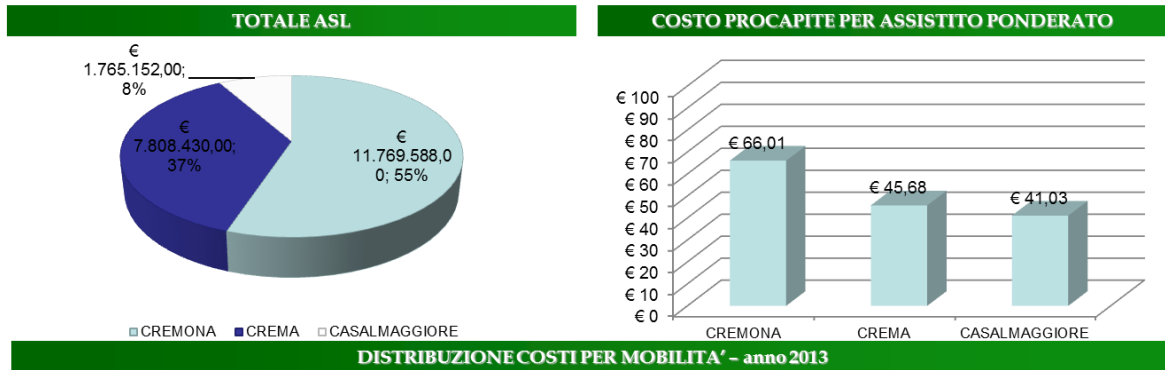


RICOVERI ACUTI - COSTO PROCAPITE PER FASCIA ETA - 2014 (i dati del 2014 sono una proiezione)

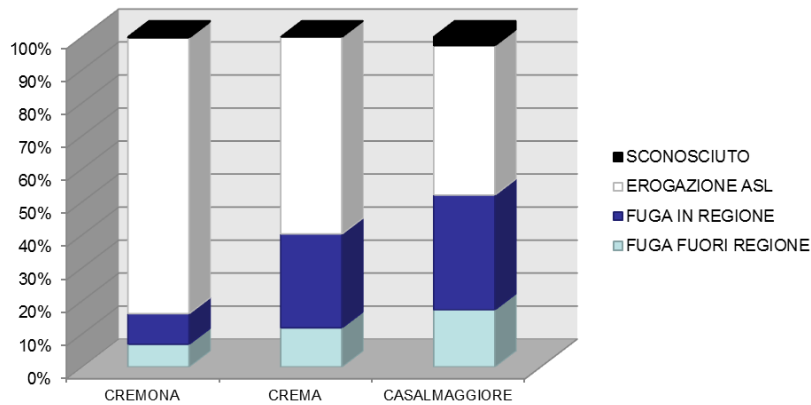


RIABILITAZIONE OSPEDALIERA

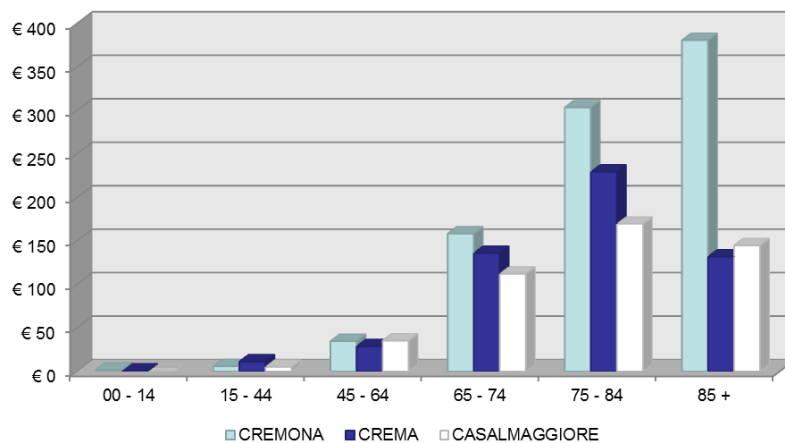
RIABILITAZIONE OSPEDALIERA - Valorizzazione 2014 (i dati del 2014 sono una proiezione)



DISTRIBUZIONE COSTI PER MOBILITA' - anno 2013

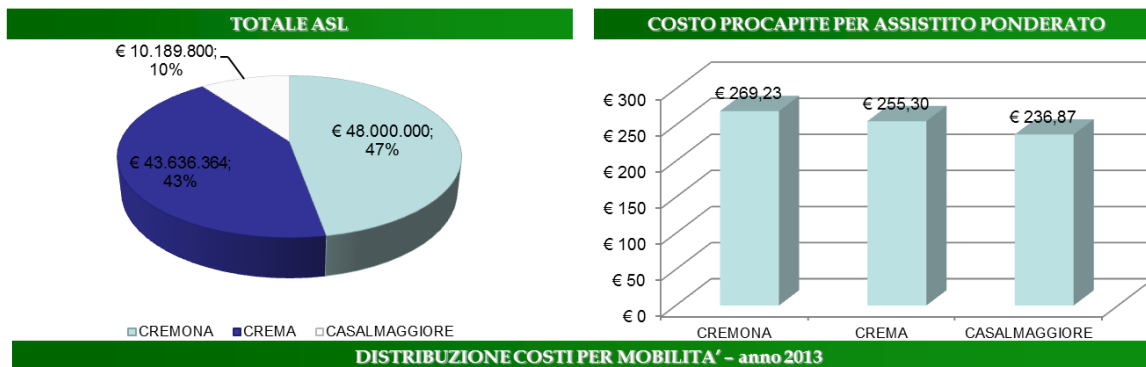


RIABILITAZIONE OSPEDALIERA - COSTO PROCAPITE PER FASCIA ETA - 2014 (i dati del 2014 sono una proiezione)

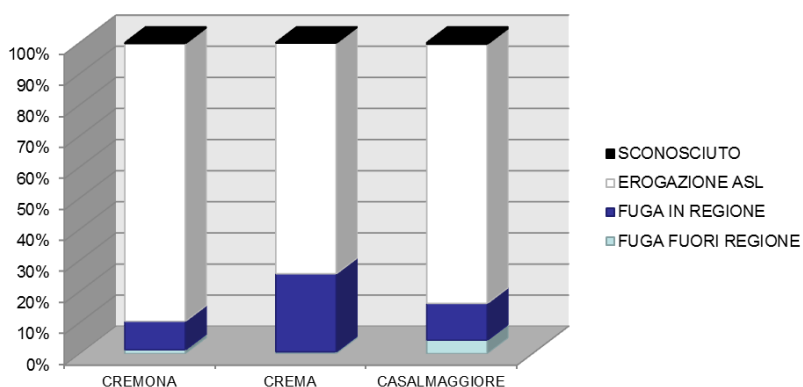


PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

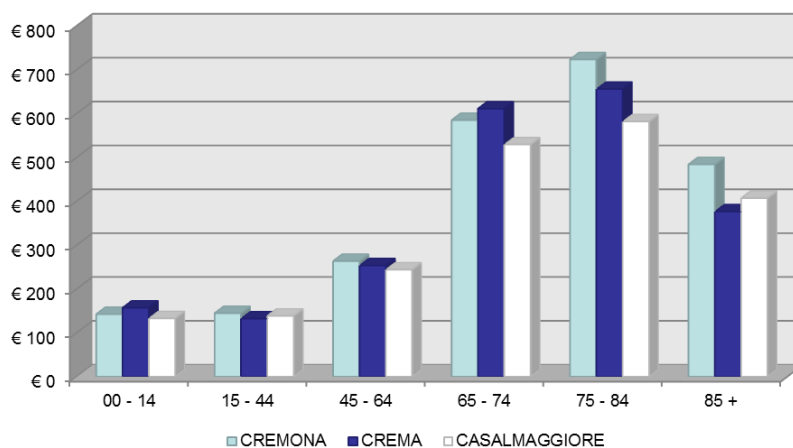
SPECIALISTICA AMBULATORIALE - Valorizzazione 2014 (i dati del 2014 sono una proiezione)



DISTRIBUZIONE COSTI PER MOBILITA' - anno 2013



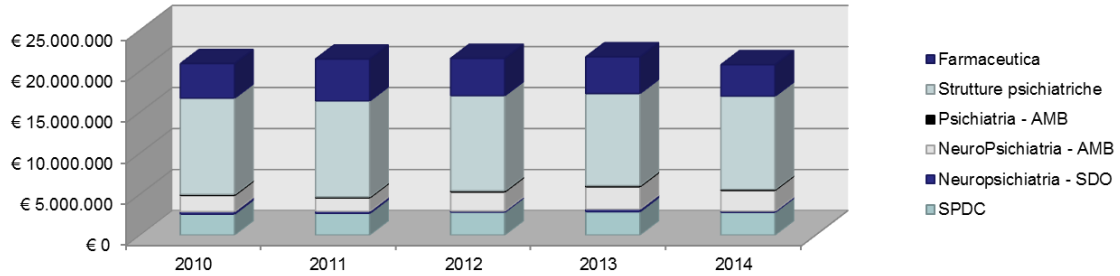
SPECIALISTICA AMBULATORIALE - COSTO PROCAPITE PER FASCIA ETA - 2014 (i dati del 2014 sono una proiezione)



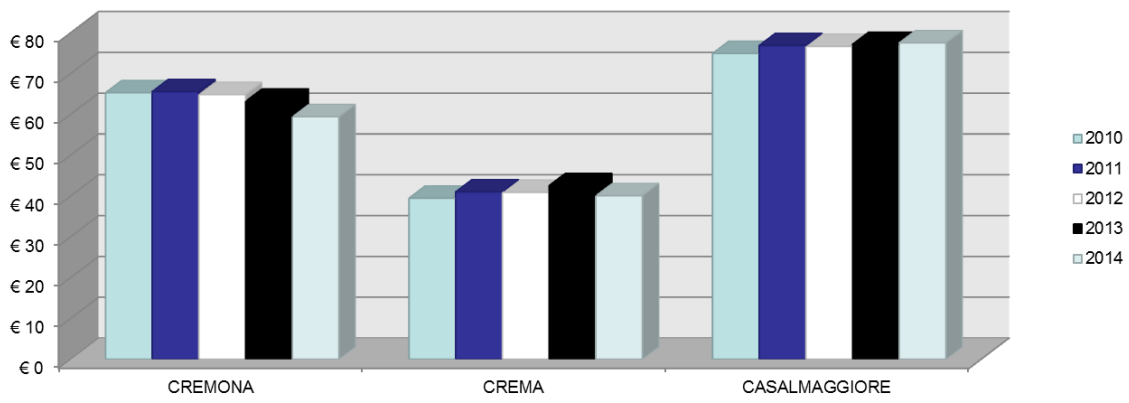
CURE PSICHIATRICHE

CURE PSICHIATRICHE – Valorizzazione
Trend 2010-2014 (i dati del 2014 sono una proiezione)

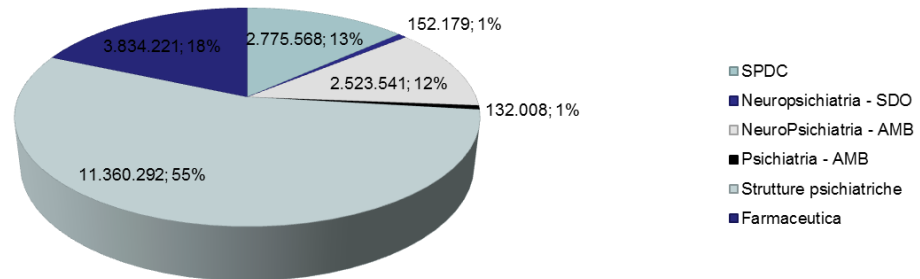
TOTALE ASL



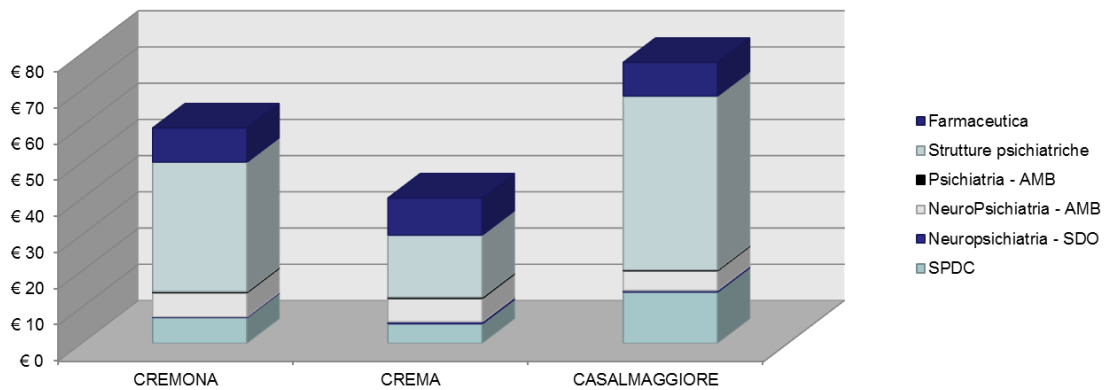
COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO PONDERATO



CURE PSICHIATRICHE- Valorizzazione 2014 (i dati del 2014 sono una proiezione)

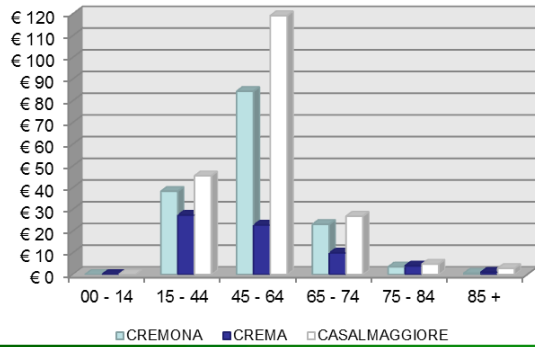


COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO PONDERATO

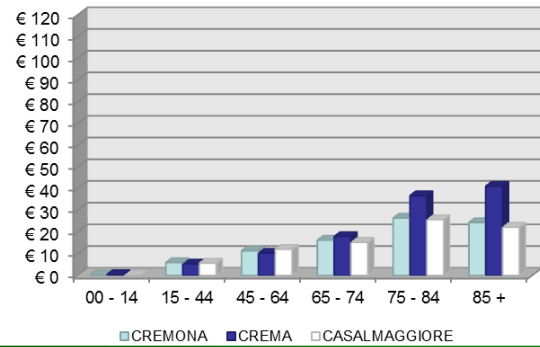


CURE PSICHIATRICHE - COSTO PROCAPITE PER FASCIA ETA - 2014 (i dati del 2014 sono una proiezione)

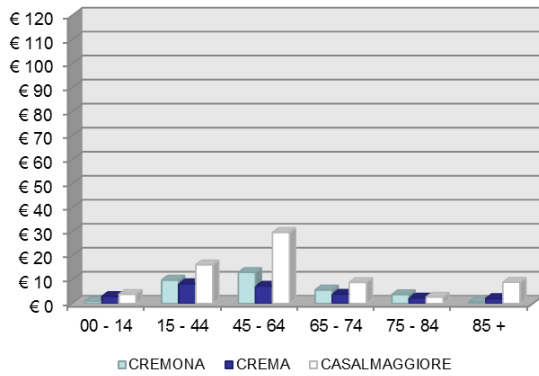
Strutture psichiatriche



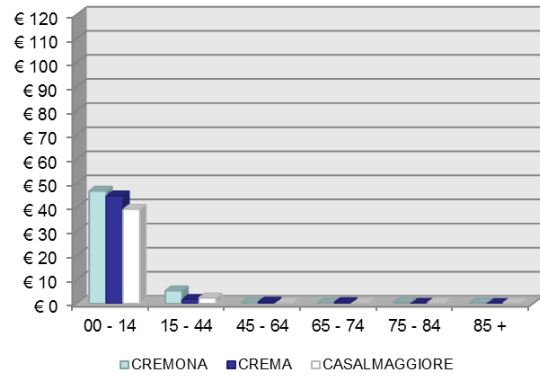
Farmaceutica



Cure ospedaliere



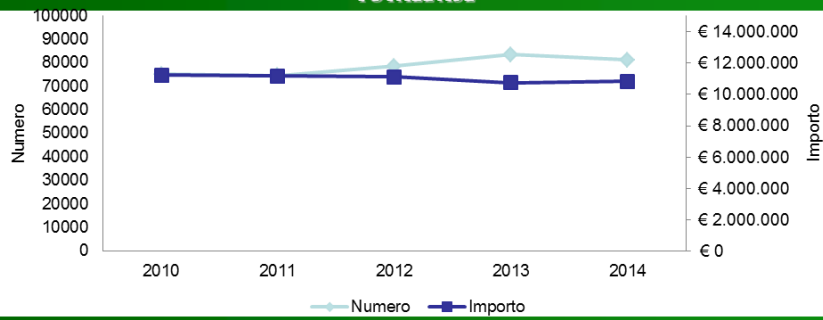
Cure ambulatoriali



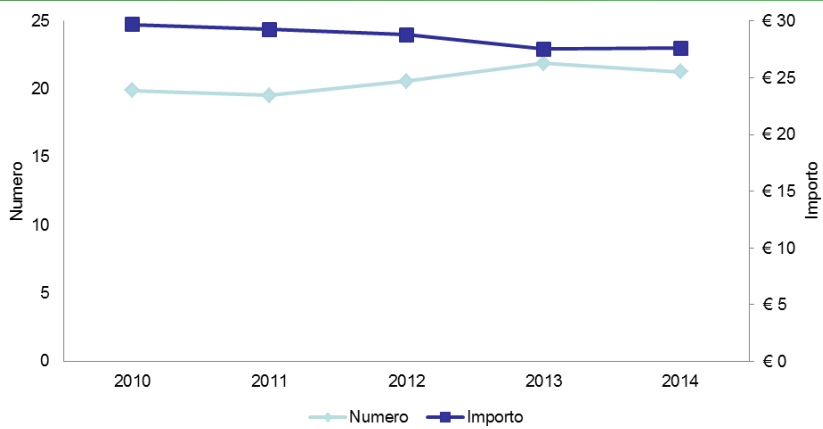
STRUTTURE PSICHIATRICHE

Psichiatria – Domanda soddisfatta in ambito ASL
Trend 2010-2014 (i dati del 2014 sono una proiezione)

TOTALE ASL

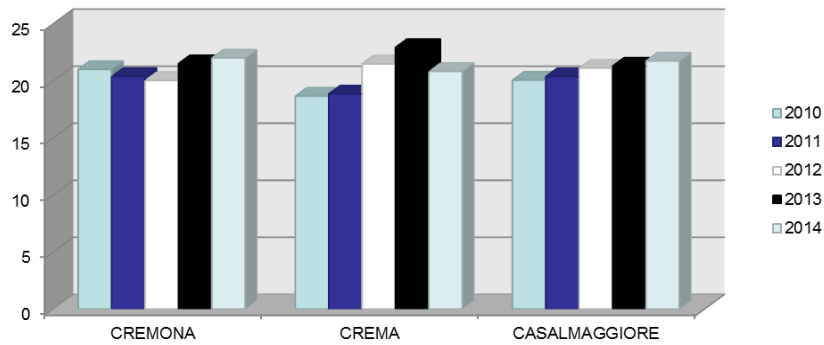


VALORI PROCAPITE PER ASSISTITO PONDERATO

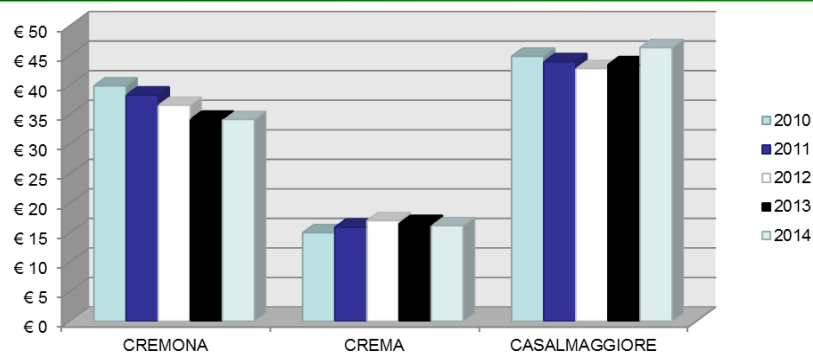


PSICHIATRIA – Domanda soddisfatta in ambito ASL
Trend 2010-2014 (i dati del 2014 sono una proiezione)

NUMERO CARTELLE x 100ab.

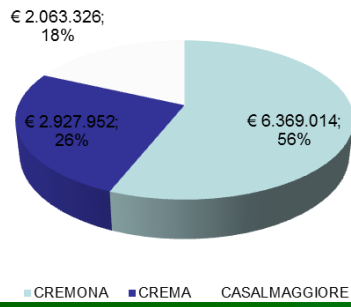


COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO PONDERATO

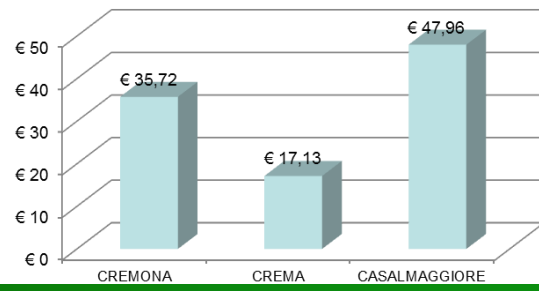


PSICHIATRIA - Valorizzazione 2014 (i dati del 2014 sono una proiezione)

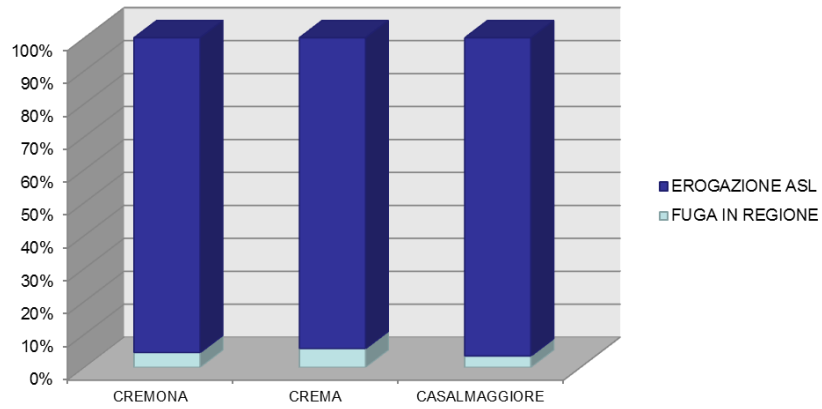
TOTALE ASL



COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO PONDERATO



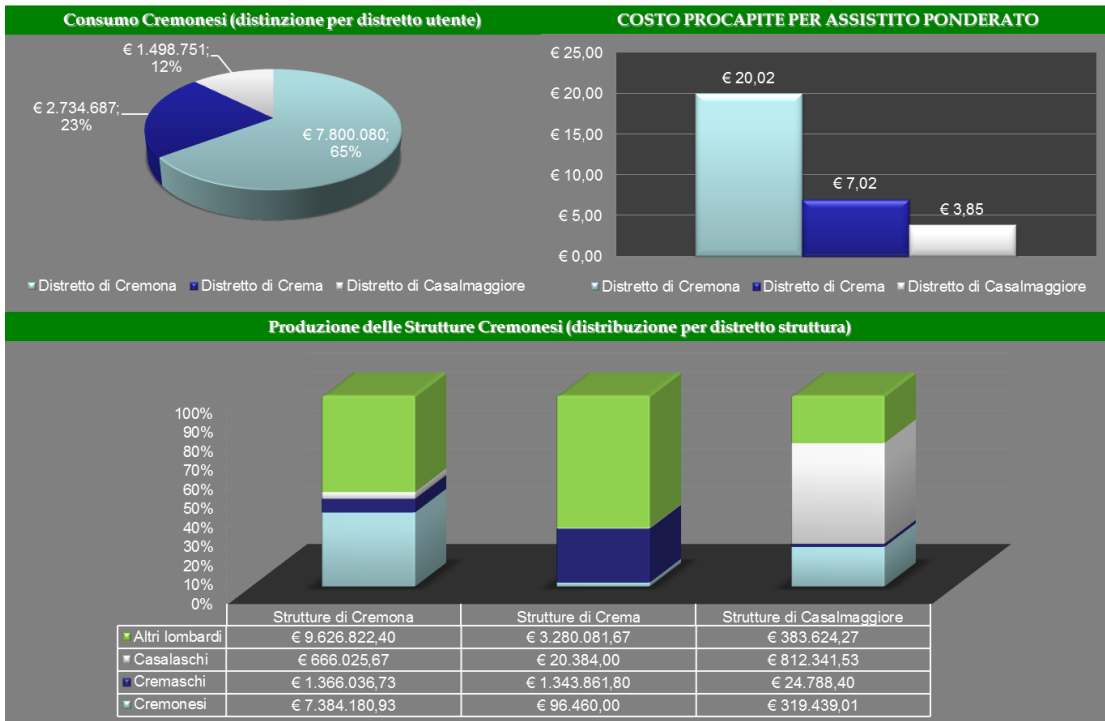
DISTRIBUZIONE COSTI PER MOBILITA'



2.2.2 CONSUMO SOCIO-SANITARIO

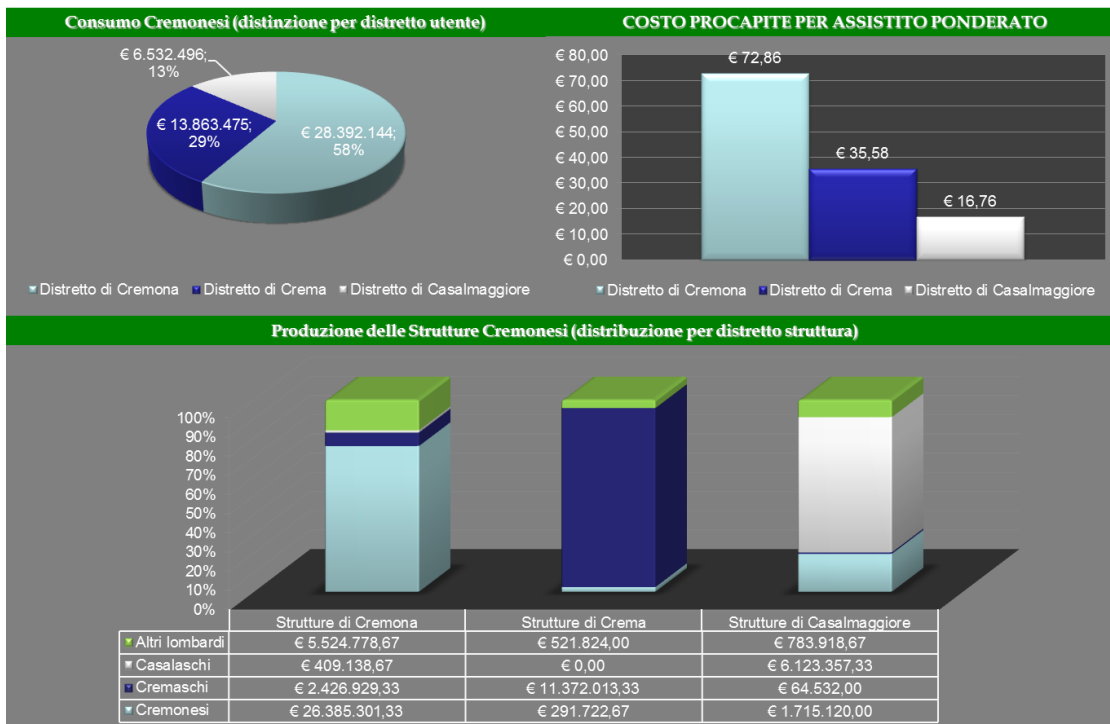
STRUTTURE AREA DISABILI (RSD-CSS-CDD)

SINTESI STRUTTURE AREA DISABILI (RSD - CSS - CDD) - Anno 2014



STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI (RSA)

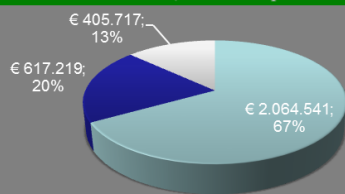
SINTESI STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI (RSA) - Anno 2014



CENTRI DIURNI PER ANZIANI (CDI)

SINTESI CENTRI DIURNI PER ANZIANI (CDI) - Anno 2014

Consumo Cremonesi (distinzione per distretto utente)



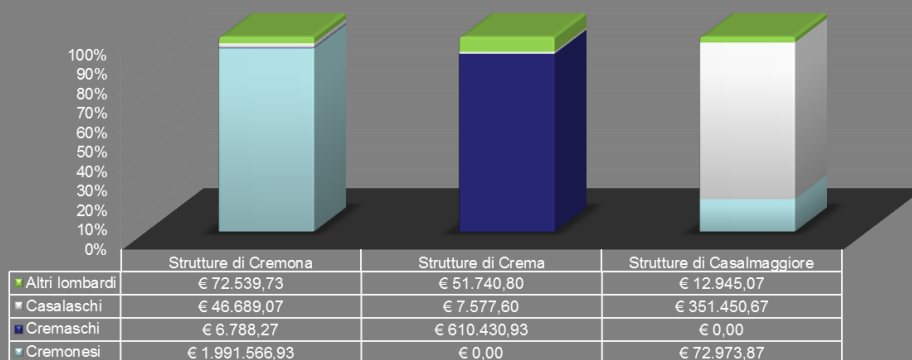
COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO PONDERATO



▣ Distretto di Cremona ▣ Distretto di Crema ▣ Distretto di Casalmaggiore

▣ Distretto di Cremona ▣ Distretto di Crema ▣ Distretto di Casalmaggiore

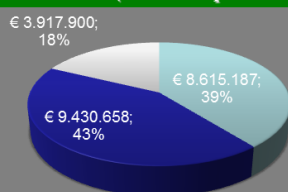
Produzione delle Strutture Cremonesi (distribuzione per distretto struttura)



STRUTTURE DI RIABILITAZIONE SOCIO SANITARIA

SINTESI STRUTTURE DI RIABILITAZIONE SOCIO SANITARIA - Anno 2014

Consumo Cremonesi (distinzione per distretto utente)



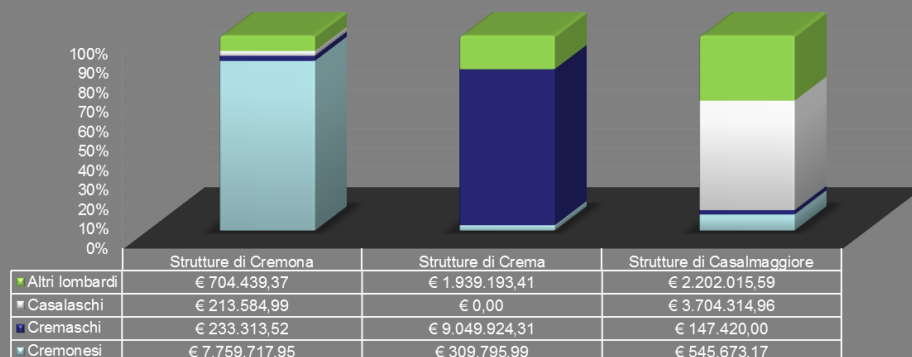
COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO PONDERATO



▣ Distretto di Cremona ▣ Distretto di Crema ▣ Distretto di Casalmaggiore

▣ Distretto di Cremona ▣ Distretto di Crema ▣ Distretto di Casalmaggiore

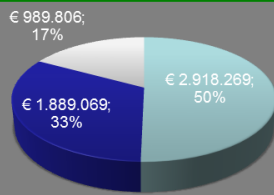
Produzione delle Strutture Cremonesi (distribuzione per distretto struttura)



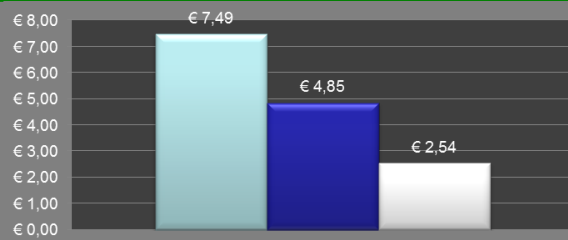
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

SINTESI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA - Anno 2014

Consumo Cremonesi (distinzione per distretto utente)

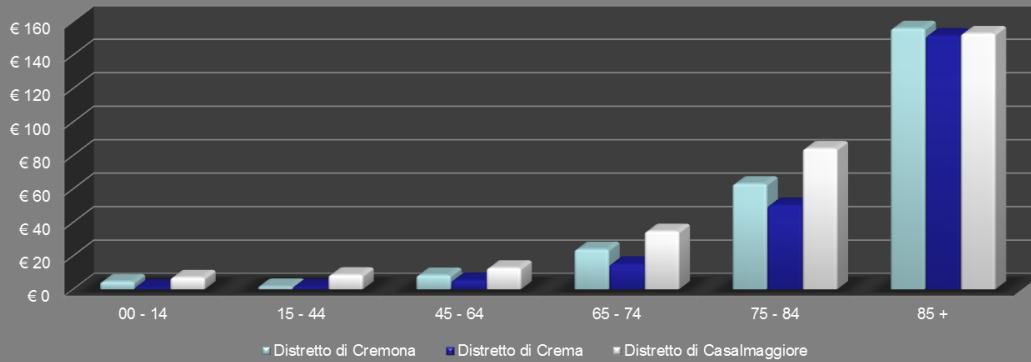


COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO PONDERATO



▣ Distretto di Cremona ▣ Distretto di Crema ▣ Distretto di Casalmaggiore

COSTO PROCAPITE PER FASCIA D'ETA' ASSISTITO PONDERATO



▣ Distretto di Cremona ▣ Distretto di Crema ▣ Distretto di Casalmaggiore