

## CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

Allegato A del “Documento di Programmazione e Coordinamento dei Servizi Sanitari e Sociosanitari per l’anno 2014 dell’ASL di Cremona”

Approvato con Delibera n° 89 del 13.02.2014

## 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 .....	7
1.1.3	L'ambiente .....	11
1.1.4	Analisi della mortalità nella provincia di Cremona .....	14
1.1.5	La mortalità evitabile .....	26
1.1.6	Analisi delle patologie croniche nella provincia di Cremona .....	35
1.1.7	La patologia oncologica nella provincia di Cremona .....	40
1.2	Analisi dei comportamenti a rischio .....	59
1.2.1	Fumo .....	59
1.2.2	Alcol e sostanze stupefacenti .....	6
1.2.3	Incidenti stradali .....	65
1.2.4	Gioco d'azzardo patologico .....	66
1.2.5	Sedentarietà e alimentazione scorretta .....	69
1.2.6	HIV+ e AIDS .....	74
1.3	Altri temi di interesse per interventi di prevenzione .....	76
1.3.1	Adesione agli screening e patologie tumorali .....	76
1.3.2	Altre malattie infettive di interesse particolare .....	83
1.3.3	Infortuni sul lavoro .....	85
1.3.4	Incidenti domestici .....	86
1.3.5	Famiglie e adolescenti oggi .....	88
1.3.6	I comportamenti a rischio per morsicature e aggressioni da parte di animali .....	90
1.4	Conclusioni .....	91
2.	Analisi dei consumi .....	92
2.1	Indicatori di offerta .....	92
2.2	Indicatori di consumo .....	98
2.2.1	Consumo sanitario .....	98
2.2.2	Consumo socio-sanitario .....	107

## 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 tutt'oggi un criterio per orientare le scelte di politica sanitaria, sempre più focalizzate su strategie di prevenzione (ad es., 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 Km<sup>2</sup> 1770 con una densità di 205 abitanti/km<sup>2</sup>, e comprende 115 Comuni per un bacino di utenza (popolazione residente) al 31.12.2012 pari a 361.812 unità (ultimi dati Istat disponibili), di cui 184.727 femmine (51,1%) e 177.085 maschi (48,9%).



#### **Distretto di Casalmaggiore**

Estensione 364.45 Km<sup>2</sup>.  
20 Comuni 39739 abitanti

#### **Distretto di Crema**

Estensione 572.55 Km<sup>2</sup>.  
48 Comuni 159662 abitanti

#### **Distretto di Cremona**

Estensione 832.98 Km<sup>2</sup>.  
47 Comuni 162411 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 2012 è pari al 55,5%, di cui il 20,5% è giovanile (inferiore alla media regionale) ed il 35% senile (superiore alla media regionale); ciò sta a significare che 100 persone in età lavorativa hanno teoricamente a carico, oltre a se stesse, altre 54 persone, di cui 32 in età post lavorativa e 22 in età pre-lavorativa.

#### Stranieri

Sulla base dei risultati censuari, nell'ultimo decennio in Lombardia la popolazione straniera è quasi triplicata, passando da 319.557 a 947.288 unità (+196,4%). Lo stesso incremento si registra per l'incidenza percentuale degli stranieri sui residenti, che è passa dal 3,5% del 2001 al 9,8% del 2011. In valore assoluto il numero di cittadini stranieri è cresciuto in tutte le province lombarde, anche se l'incremento maggiore si è avuto a Lodi e a Pavia (+324% e +331%), mentre a Cremona gli stranieri sono aumentati del 239% passando da 10.792 a 36.618 (+25.826 unità).

Alla data del censimento 2011 i cittadini stranieri residenti in provincia di Cremona erano 36.618 (il 10% del totale dei residenti), di cui 18.159 maschi e 18.459 femmine. L'incidenza percentuale più alta di stranieri sui residenti si registra a Brescia (12,5%) e a Mantova (12,1%), seguono Milano (10,7%), Bergamo (10,3%) e Cremona (10,2%).

Secondo il 22esimo Dossier Statistico Immigrazione 2012 della Caritas Migrantes, ricco di dati interessanti anche sul nostro territorio, si segnala che i soggiornanti stranieri non Ue in provincia di Cremona al 31 dicembre 2011 erano 32.447. In un anno, dal 2010 al 2011, nel territorio cremonese gli stranieri sono cresciuti dell'1,4% (sesta percentuale lombarda: l'incremento a Milano è dell'8,6%, a Pavia del 4%).

Dal 2007 al 2011 Cremona ha visto aumentare il numero di stranieri non Ue sul proprio territorio del 31,5% (61,5% il dato più alto di Pavia, 55,4% quello di Milano). Tre stranieri su 100 presenti in regione sono a Cremona, contro i 43 di Milano e i 16 di Brescia. Cremona ha la percentuale più alta di minori stranieri (30,7%), la sesta in regione di donne (47,3%), la seconda di lungo soggiornanti (64,9%).

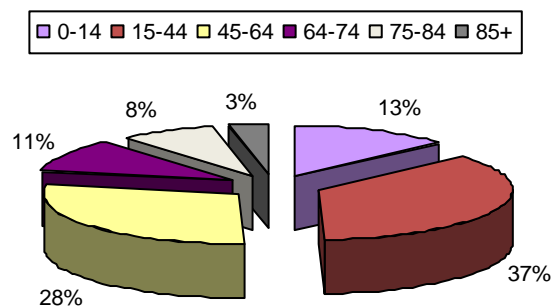
Per quanto riguarda i permessi di soggiorno di durata limitata, il 53% di quelli provenienti da Cremona sono per motivi di lavoro, mentre il 40,9% per motivi familiari. L'indice di integrazione nel cremonese è di 55,5, al di sotto della media regionale che è di 56,6. Per nazionalità, a Cremona come a Mantova si registra una preponderante presenza di indiani; il settore prevalente di occupazione per gli stranieri è l'industria che da lavoro al 44,3% dei nati all'estero. Tra gli imprenditori stranieri, quelli di nazionalità romena sono il primo gruppo in provincia.

Sono di seguito riportati nel dettaglio i dati relativi al profilo demografico della provincia, che evidenziano, tra l'altro, la diversa struttura della popolazione tra i Distretti.

La provincia di Cremona è caratterizzata da:

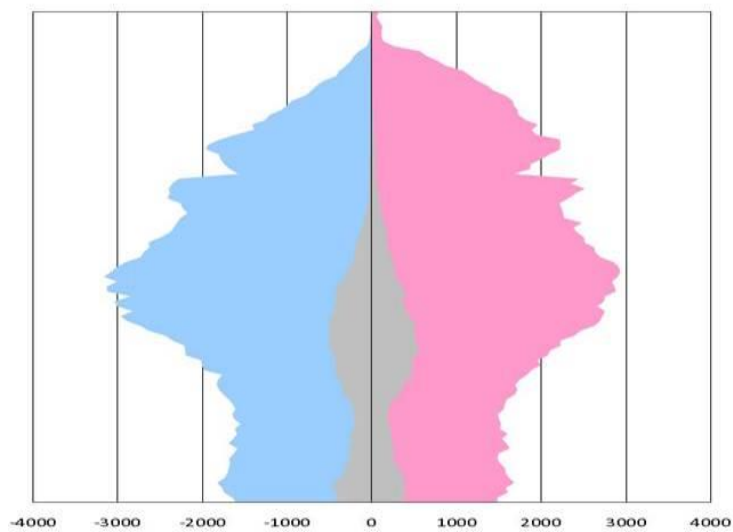
- indice di vecchiaia molto elevato
- elevata incidenza percentuale di residenti stranieri
- popolazione più giovane nel cremasco rispetto al cremonese ed al casalasco

	0-14 anni	15-64 anni	65+ anni	Totale Distretto
<b>Numero abitanti</b>				
Distretto Casalmaggiore	5,394	25,143	9,202	39,739
Distretto Cremona	20,320	100,697	38,645	159,662
Distretto Crema	22,924	106,911	32,576	162,411
Totale ASL	48,638	232,751	80,423	361,812
<b>Distribuzione percentuale</b>				
Distretto Casalmaggiore	14%	63%	24%	11%
Distretto Cremona	13%	63%	25%	44%
Distretto Crema	14%	66%	21%	45%
Totale ASL	13%	64%	22%	100%

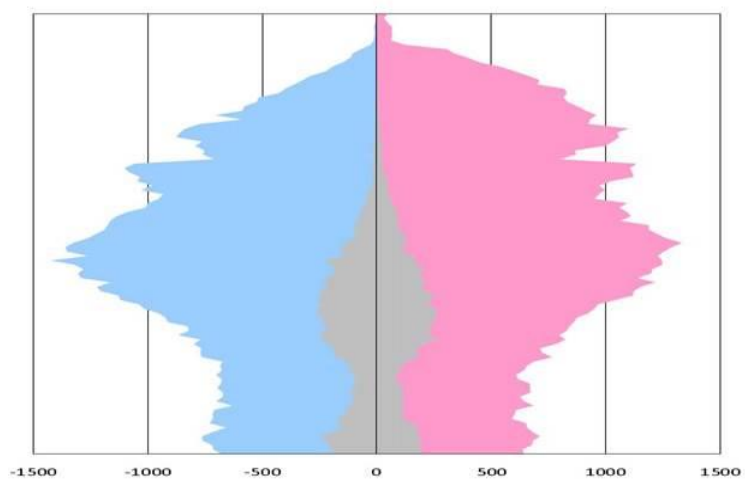


**Piramidi dell'età al 31/12/2012 (in grigio i soggetti nati all'estero)**

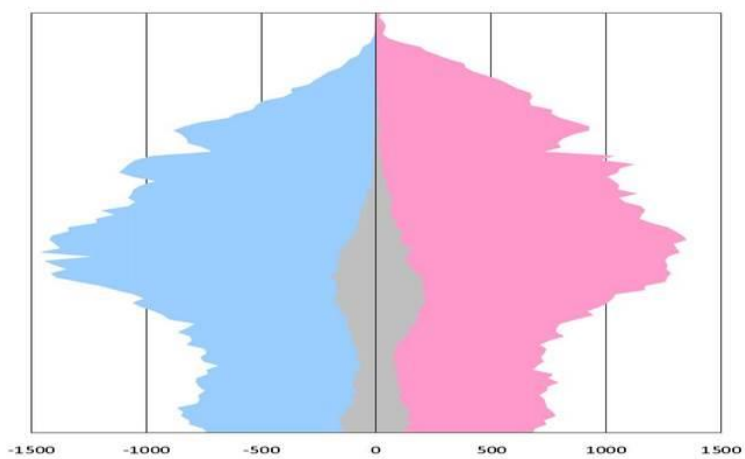
Provincia di Cremona



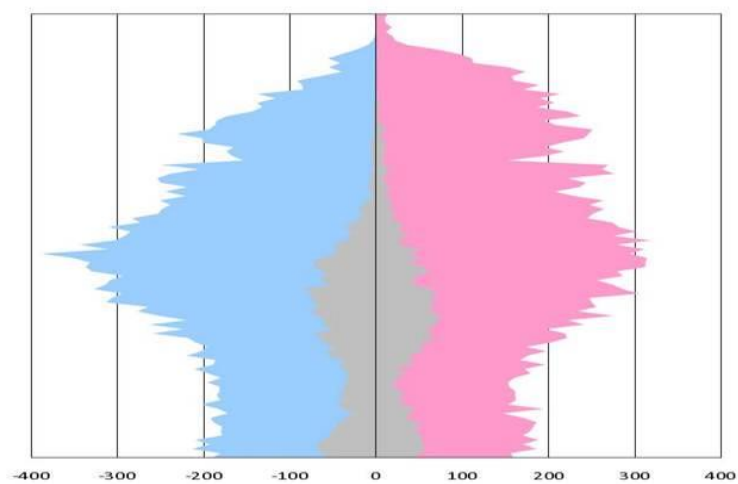
Distretto di Cremona



Distretto di Crema



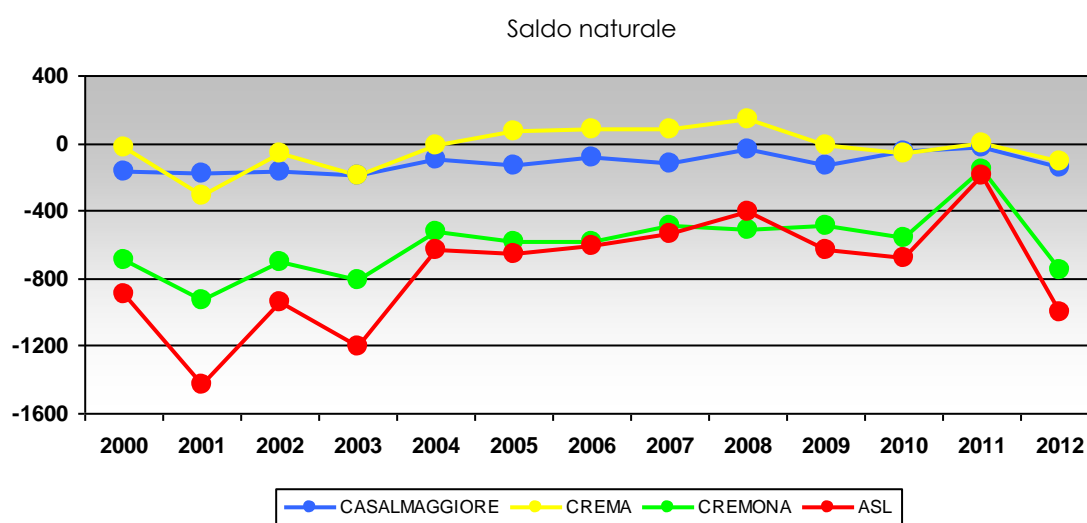
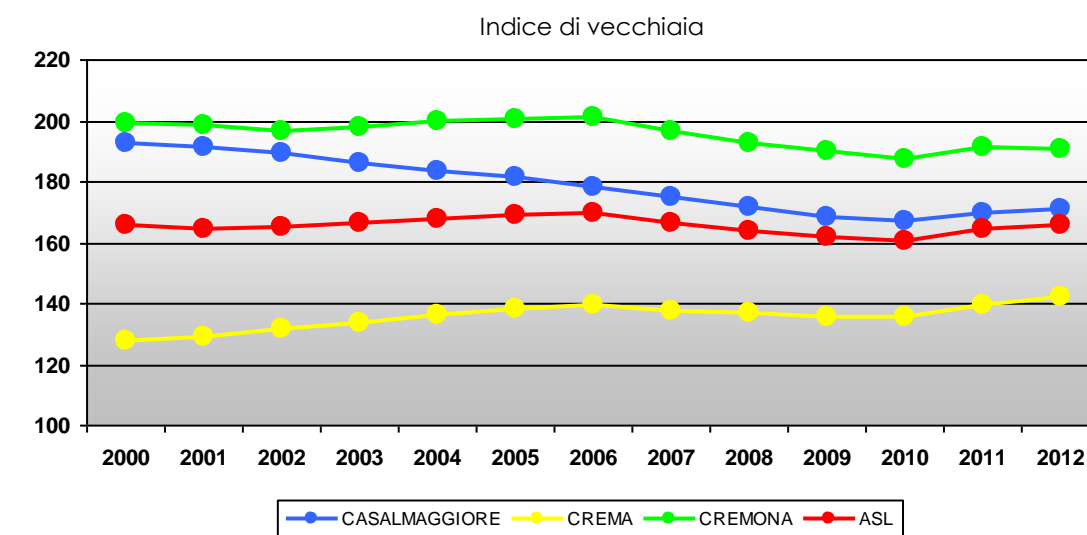
Distretto di Casalmaggiore

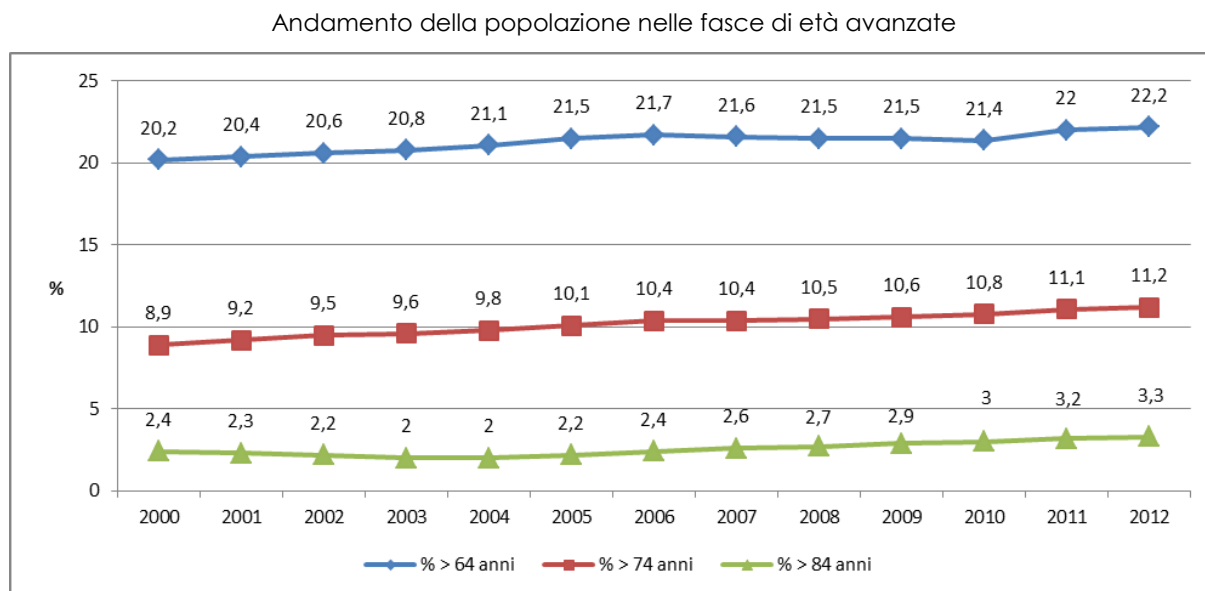
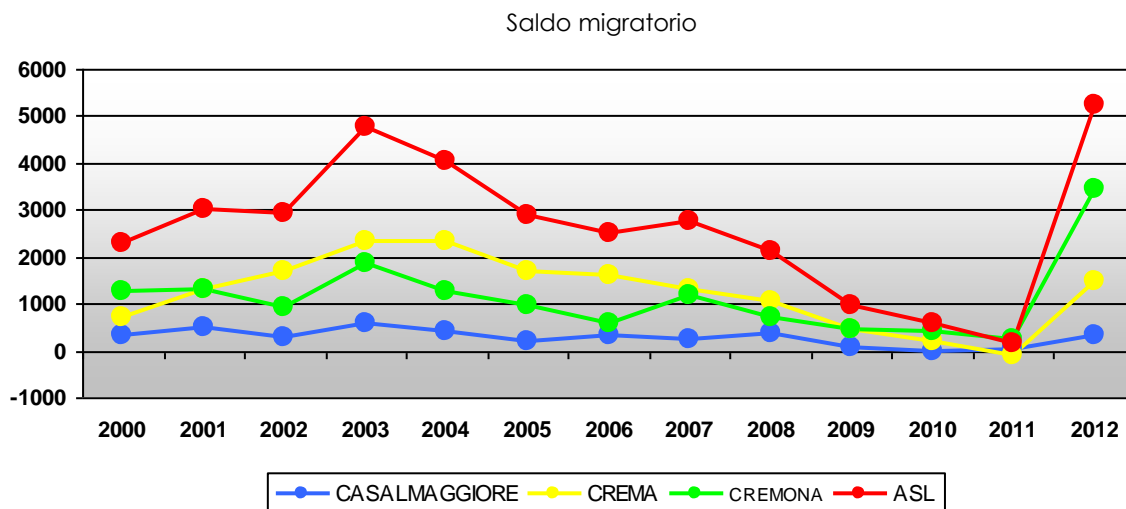


### Indici demografici, per Distretto

Indice	Casalmaggiore	Cremona	Crema	Totale ASL
Età media	44,6	45,5	43,2	44,4
Dipendenza (carico sociale)	58,1	58,6	51,9	55,5
Ricambio pop. attiva	137,3	156,6	146,2	149,6
Struttura pop. attiva	124,5	134,7	126,5	129,7
Dipendenza giovanile	21,2	19,8	21,0	20,5
Natalità	8,8	8,4	8,8	8,6
Fecondità	42,0	40,2	39,7	40,2
Saldo naturale	-143	-749	-108	-1.000
Saldo migratorio	321	3.430	1.480	5.231

### Andamento dei principali indici demografici





### 1.1.2 IL CONTESTO SOCIALE ED ECONOMICO

Benchè più della metà degli occupati nella provincia lavori nel settore dei servizi, l'economia della provincia è sempre fortemente caratterizzata dal comparto agro-zootecnico. Nel confronto con le altre 11 province lombarde per numero di occupati per settore Cremona è a:

- 3° posto in questo settore, dopo Brescia e Mantova (nel 2011 occupava il 5° posto) con un reddito (in valore assoluto) generato da agricoltura e zootecnia pari a 448 milioni di euro a prezzi correnti (431 milioni l'anno prima)
- 10° posto nel settore dell'industria ed anche in quello dei servizi, seguita solo da Sondrio e Lodi (nel 2011 era rispettivamente all'8° e 7° posto)
- nel settore costruzioni è al penultimo posto a pari merito con Sondrio, e, come nel 2011, seguita solo da Lodi (Fonte: Annuario Statistico Regionale).

Al 31 dicembre 2011 le imprese attive registrate presso la Camera di commercio di Cremona erano 28.205, dopo un anno 27.942.



Il comparto agricolo - in particolare allevamento e filiera agroalimentare - ad oggi ha retto, a fronte della generale difficoltà economica, mentre si registra una forte contrazione sono il settore edile, metalmeccanico e commerciale.

I dati INAIL relativi alle aziende operanti in Lombardia mostrano una lieve flessione del portafoglio, sceso dalle 598.113 aziende iscritte a dicembre 2011 alle 593.955 attive a novembre 2012, pari allo 0,7%. Questi numeri confermano anche per la Lombardia il trend nazionale, che vede una diminuzione delle aziende iscritte all'INAIL pari allo 0,29%.

Nei confronti con le altre province lombarde e con il dato globale regionale, a fine 2012 Cremona conferma 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.

In particolare, per quanto riguarda il comparto agro-zootecnico provinciale e le attività correlate di pertinenza dell'ASL in ambito veterinario, nell'anno 2013 risultavano:

- 1.505 allevamenti bovini e bufalini per 294.014 capi allevati,
- 419 allevamenti suini per 923.937 capi (esclusi allevamenti per autoconsumo),
- 266 allevamenti ovicaprini per 8.731 capi,
- 180 allevamenti avicoli per 4.012.244 capi,
- 224 apicoltori per 5.809 alveari
- 39 allevamenti cunicoli per 17.031 capi,
- 725 allevamenti equidi per 2.278 capi

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

- 21.982 bovini adulti
- 951 vitelli
- 17 equini
- 112.628 suini < 25 Kg
- 1.622.694 suini > 25 Kg
- 31 ovicaprini < 12 mesi
- 998 ovicaprini > 12 mesi
- 5.604 conigli
- 13.100.643 polli

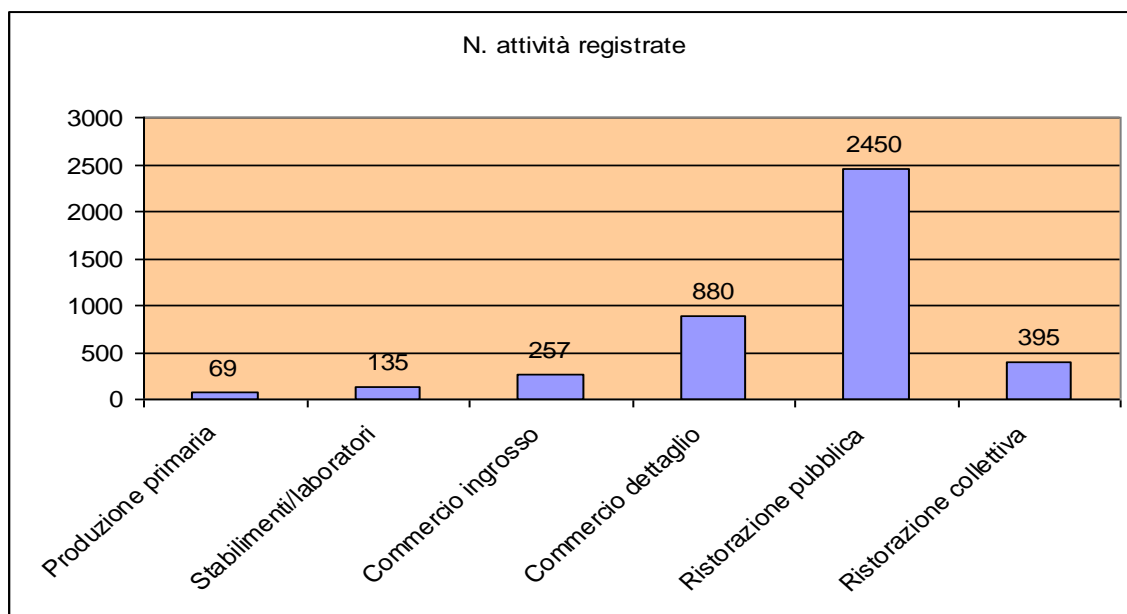
I quantitativi di prodotti a base di carne lavorati negli stabilimenti del territorio e sottoposti a vigilanza veterinaria permanente sono 77.258 quintali, mentre i prodotti a base di latte sono 9.509.565 quintali.

Il latte prodotto annualmente negli allevamenti della provincia ammonta a 11.213.680 quintali (campagna 2011/2012).

Le strutture sotto controllo del servizio Veterinario ASL inerenti la filiera alimentare (industriali e non) sono 861, mentre quelle non alimentari sono 560.

#### Industrie del settore alimentare

Le imprese del settore alimentare (alimenti non di origine animale) presenti nel territorio dell'ASL di Cremona sono 4235. Come si può vedere dalla tabella sottostante la ristorazione pubblica è molto rappresentata con più di 2000 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/Km<sup>2</sup>), 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 nostra provincia è passata dal 51esimo posto del 2012 (sulle 107 ) al 34esimo, scalando la classifica di ben 17 lunghezze. 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 (17esimo posto) e Bergamo (33esimo). Poi, in Lombardia, Mantova (38esimo), Brescia (53esimo posto) e Lodi (65esimo). Nel 2011 Cremona era al 43esimo posto.

### 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.

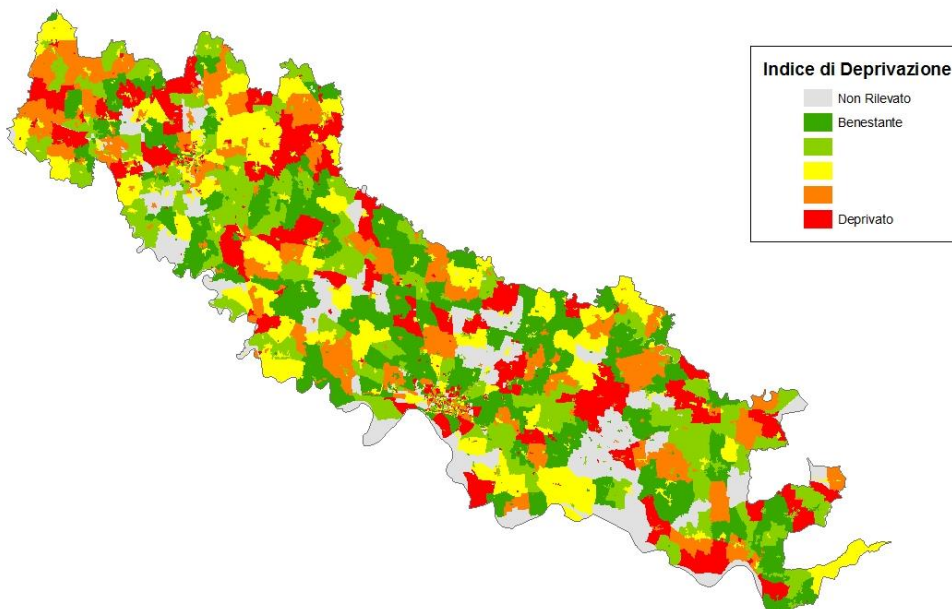
In particolare, vengono considerati i seguenti elementi:

- % 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 m<sup>2</sup>).

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

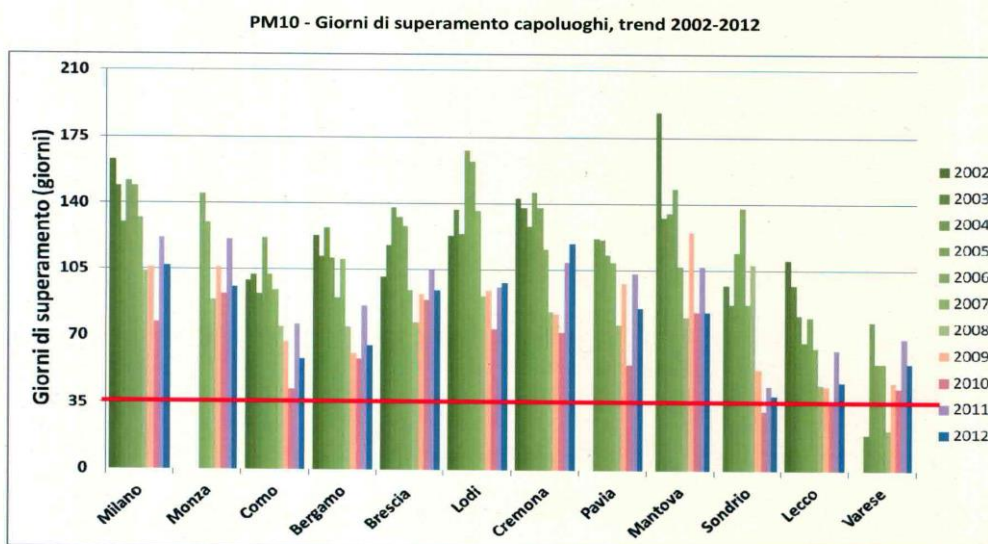
Abbiamo visto nella sezione precedente come la classifica delle città italiane per qualità di vita rappresenti un buon indice di valutazione, riferendosi ad indici quali smog, motorizzazione, rifiuti, raccolta differenziata, depurazione, trasporti pubblici, energia pulita, ovvero un pattern indicativo 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.

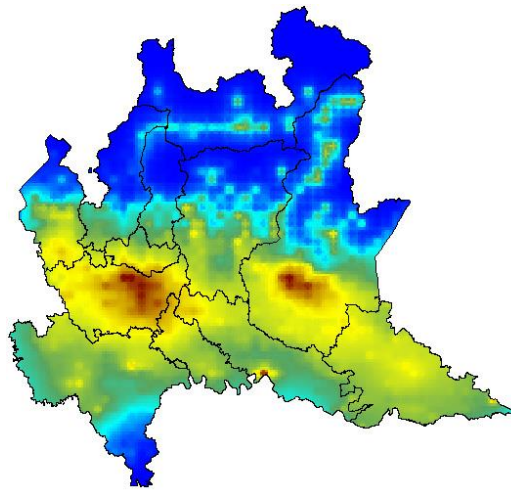
Uno degli indici più usati per valutare la qualità dell'aria è la concentrazione di PM10, la cui fonte è da ricercare nel traffico veicolare e nei processi di combustione: la tendenza nel corso degli anni è in netta riduzione, anche se la concentrazione media annua si mantiene, nel confronto con le altre 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/m<sup>3</sup> sul territorio lombardo ~ 2011  
 Fonte: ARPA Lombardia



■ 150 ■ 90 ■ 70 ■ 35 ■ 0

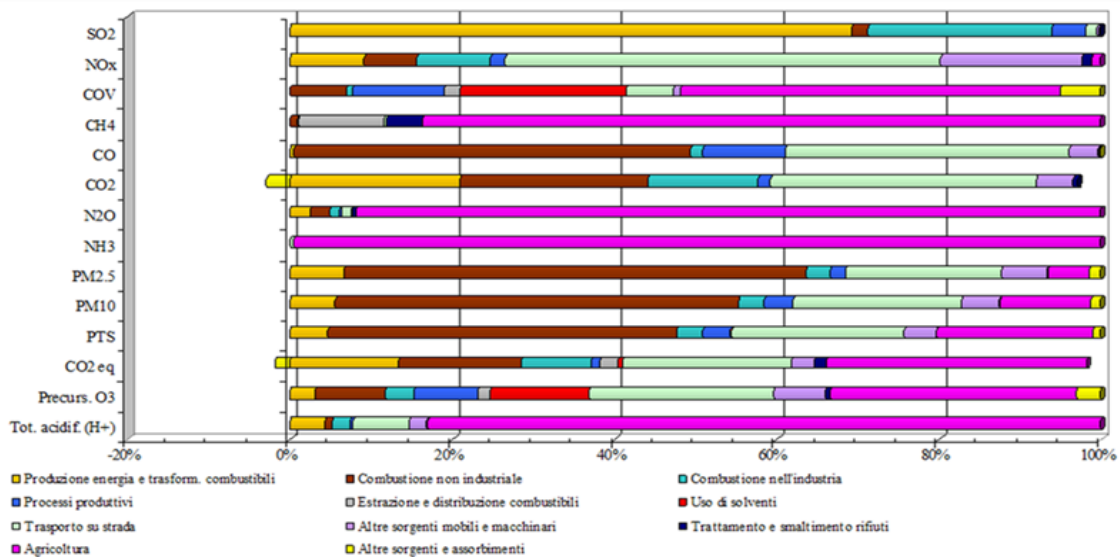
D'interesse la tipologia qualitativa delle emissioni, benchè gli ultimi dati disponibili siano del 2008 e da allora è possibile che siano intervenute variazioni di tipo quali-quantitativo:

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	Precurs. 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
<b>Lombardia</b>	<b>18.664</b>	<b>150.061</b>	<b>269.982</b>	<b>418.652</b>	<b>220.566</b>	<b>69.351</b>	<b>13.175</b>	<b>100.060</b>	<b>18.369</b>	<b>21.269</b>	<b>25.000</b>	<b>83.444</b>	<b>483.180</b>	<b>9.731</b>

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 (NH<sub>3</sub>), peraltro collegato alla diffusione della zootecnia, che caratterizza la nostra provincia.

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

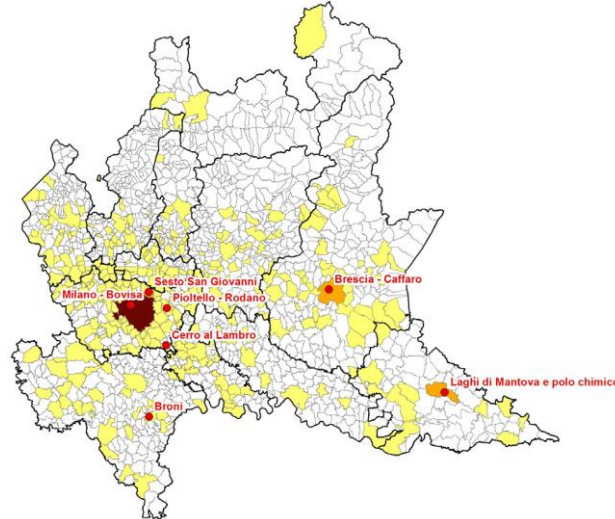


Sempre in tale contesto è da porre la presenza di 231 industrie soggette ad AIA (autorizzazione integrata ambientale) Cremona è al 4° posto per numerosità, dopo Milano, Brescia e Mantova.

### Siti contaminati

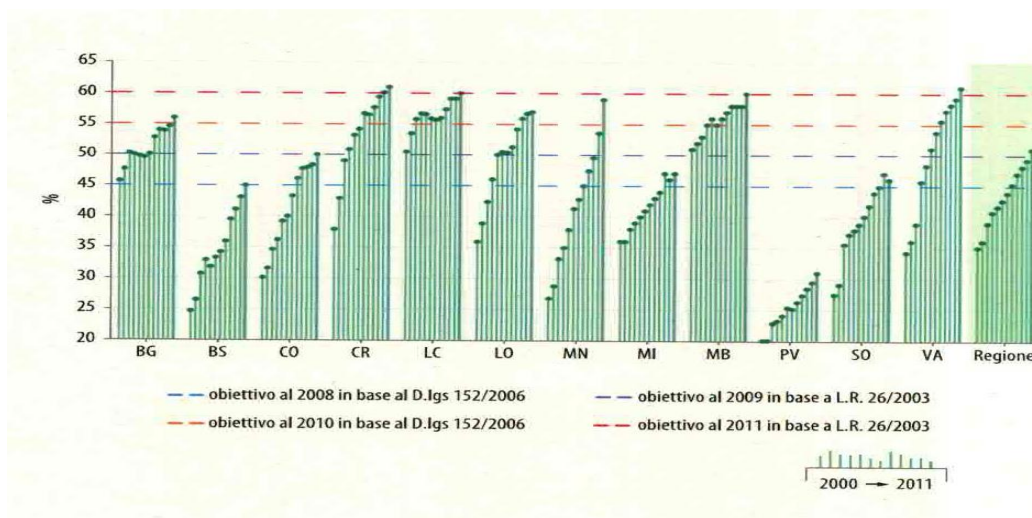
Il "Rapporto sulla qualità dell'ambiente-ARPA Lombardia -2011-2012" non ci pone in un quadro di particolare criticità nel confronto lombardo, pur essendo un problema degno di grande attenzione ed ancora sottovalutato.

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:

- indice di vecchiaia molto elevato
- elevata incidenza percentuale di residenti stranieri
- forte connotazione agricolo-zootecnica
- 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 2012 mostra, come negli anni passati, un quadro della mortalità in linea con quello dei paesi industrializzati. La maggior parte dei 4111 decessi (tasso grezzo pari a 114 per 10.000 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 schede nelle pagine successive permettono di confrontare sia i trend di mortalità dei Distretti della provincia di Cremona, che quelli della provincia di Cremona con la Lombardia e l'Italia, relativamente alle principali cause di morte e alle principali sedi tumorali.

Per la prima analisi, sono stati utilizzati i dati del registro di mortalità ReNCaM dell'ASL nel periodo 1998-2012.

L'esame dei tassi standardizzati (che tiene conto della diversa struttura della popolazione) evidenzia nel 2012 una mortalità generale, oncologica e cardiovascolare superiore nel Distretto di Cremona rispetto al resto della provincia, mentre spicca nel casalasco un eccesso di mortalità per traumatismi e avvelenamenti. Di interesse anche il dato relativo alla mortalità per disturbi psichici, doppia nel cremonese rispetto al cremasco ed al casalasco. Per quanto riguarda la mortalità oncologica, a fronte di un andamento non sempre omogeneo sul territorio tra maschi e femmine della distribuzione territoriale per la stessa classe di tumore, il Distretto di Cremona si caratterizza per una mortalità più elevata per i tumori del polmone e della mammella, mentre nel cremasco si registra un eccesso di mortalità per i tumori dello stomaco.

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; fa eccezione la mortalità per malattie del sistema nervoso, che registra un incremento in tutti i distretti.

Per confrontare il dato provinciale con la media nazionale sono stati utilizzati i dati Istat più recenti (relativi al quadriennio 2006 – 2009) 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).

In quel periodo si è registrato un eccesso di mortalità per tumore sia tra gli uomini (SMR = 1,22) che tra le donne (SMR = 1,12), imputabile soprattutto dei tumori all'apparato digerente (esofago, stomaco, fegato e pancreas. L'altra principale causa di morte, le malattie del sistema circolatorio, era invece in linea con il dato nazionale.

Per l'analisi di confronto dell'andamento nel tempo con Lombardia e Italia, sono stati utilizzati i dati Istat relativi al periodo 1998 – 2008. 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.

Decessi per gruppi di cause e Distretto in provincia di Cremona, anno 2012

Causa	Cremona		Crema		Casalmaggiore		ASL	
	decessi	%	decessi	%	decessi	%	decessi	%
Malattie del sistema circolatorio	793	38%	569	37%	190	39%	1552	38%
Tumori	643	31%	486	32%	131	27%	1260	31%
Malattie dell'apparato respiratorio	137	7%	93	6%	34	7%	264	6%
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	113	5%	80	5%	20	4%	213	5%
Malattie dell'apparato digerente	71	3%	63	4%	22	5%	156	4%
Traumatismi e avvelenamenti	60	3%	54	4%	24	5%	138	3%
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	54	3%	62	4%	10	2%	126	3%
Disturbi psichici	67	3%	23	1%	9	2%	99	2%
Malattie infettive e parassitarie	48	2%	39	3%	10	2%	97	2%
Malattie del sistema genitourinario	41	2%	29	2%	8	2%	78	2%
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	34	2%	13	1%	14	3%	61	1%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	11	1%	12	1%	11	2%	34	1%
Malattie del sangue, degli organi ematopoietici e dist. immunitari	7	0%	9	1%	3	1%	19	0%
Malformazioni congenite	2	0%	4	0%	1	0%	7	0%
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	2	0%	3	0%	0	0%	5	0%
Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	2	0%	0	0%	0	0%	2	0%
<b>Totale</b>	<b>2.085</b>	<b>100%</b>	<b>1.539</b>	<b>100%</b>	<b>487</b>	<b>100%</b>	<b>4.111</b>	<b>100%</b>

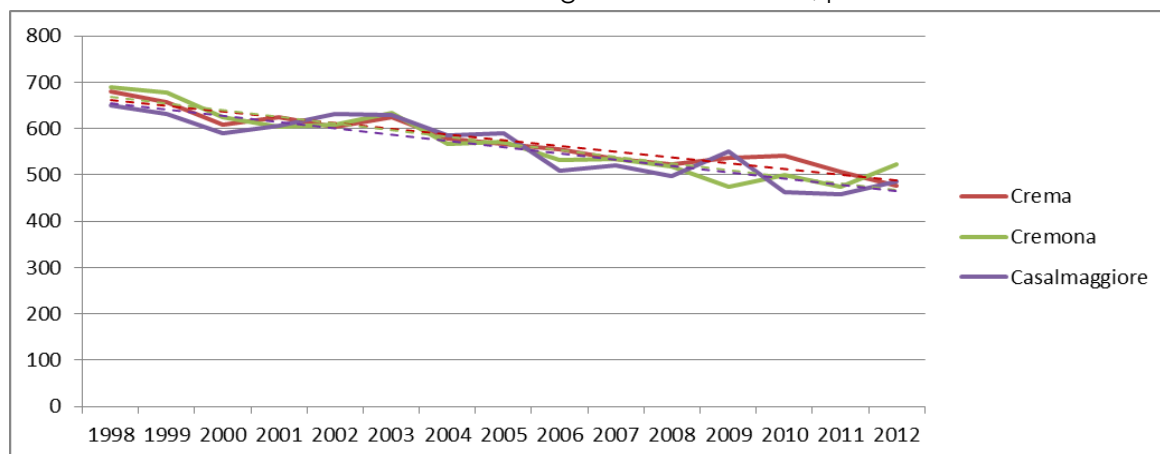


Mortalità per gruppi di cause e Distretto in provincia di Cremona, anno 2012

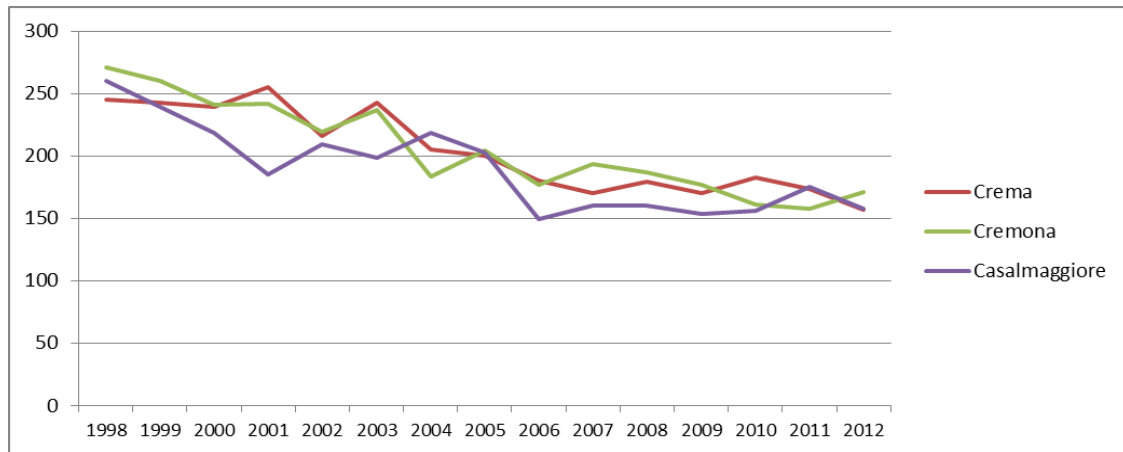
CAUSA DI MORTE	Cremona		Crema		Casalmaggiore		ASL	
	Decessi	TS*	Decessi	TS*	Decessi	TS*	Decessi	TS*
Malattie infettive e parassitarie	48	12,8	39	13,0	10	12,6	97	12,9
Tumori	643	192,6	486	170,0	131	159,1	1.260	179,1
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	54	11,7	62	16,8	10	8,9	126	13,1
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disturbi immunitari	7	1,4	9	2,6	3	1,9	19	2,0
Disturbi psichici	67	13,7	23	6,6	9	7,2	99	10,2
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	113	25,9	80	22,7	20	15,3	213	23,4
Malattie del sistema circolatorio	793	171,4	569	156,7	190	157,7	1.552	163,0
Malattie dell'apparato respiratorio	137	28,4	93	26,7	34	28,4	264	27,7
Malattie dell'apparato digerente	71	19,0	63	21,1	22	20,0	156	20,1
Malattie del sistema genitourinario	41	7,7	29	7,9	8	7,0	78	7,6
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	2	0,8	3	0,7			5	0,6
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	11	2,1	12	3,4	11	7,8	34	3,4
Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	2	2,3					2	1,0
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	34	6,6	13	4,2	14	15,2	61	6,8
Traumatismi e avvelenamenti	60	25,1	54	22,2	24	39,8	138	25,2
Malformazioni congenite	2	2,3	4	2,9	1	4,3	7	2,8
<b>TOTALE</b>	<b>2.085</b>	<b>524</b>	<b>1.539</b>	<b>478</b>	<b>487</b>	<b>485</b>	<b>4.111</b>	<b>499</b>

\* Tasso Standardizzato per 100.000 residenti

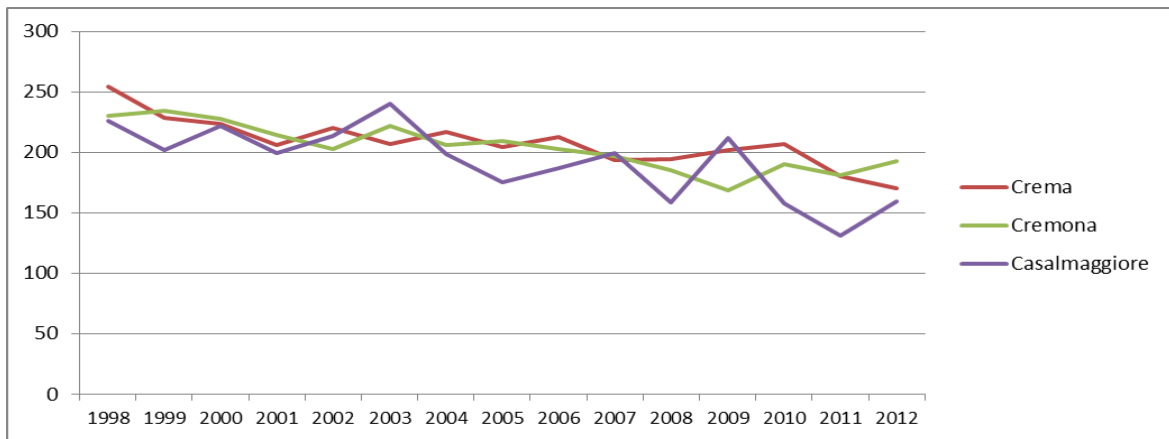
Andamento della mortalità generale 1998-2012, per Distretto



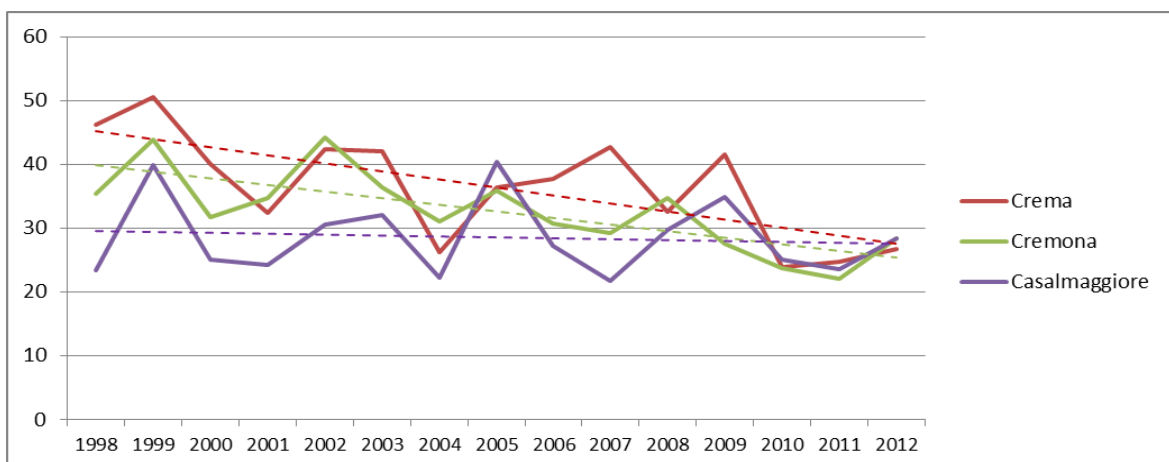
Andamento della mortalità cardiovascolare 1998-2012, per Distretto



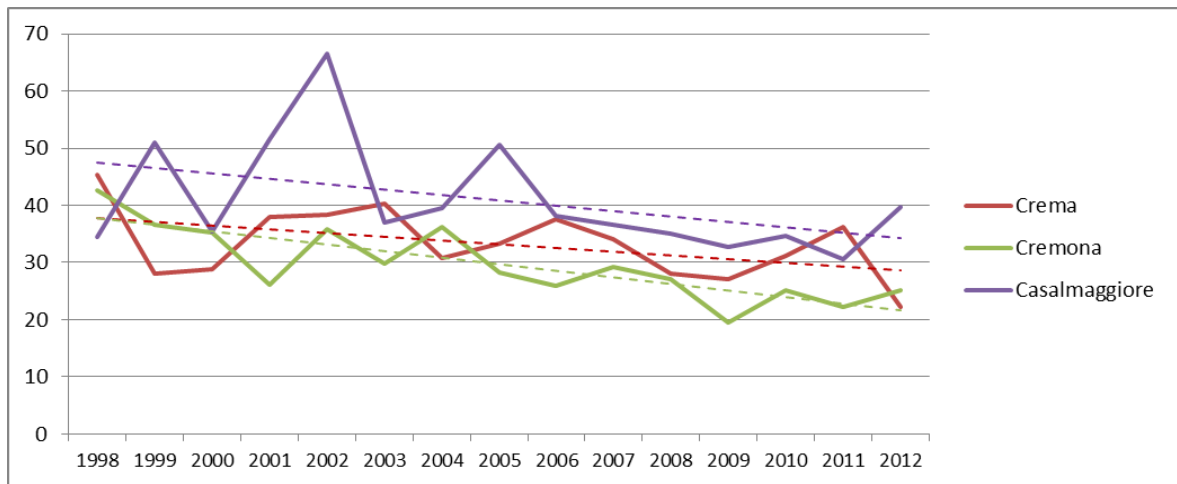
Andamento della mortalità oncologica 1998-2012, per Distretto



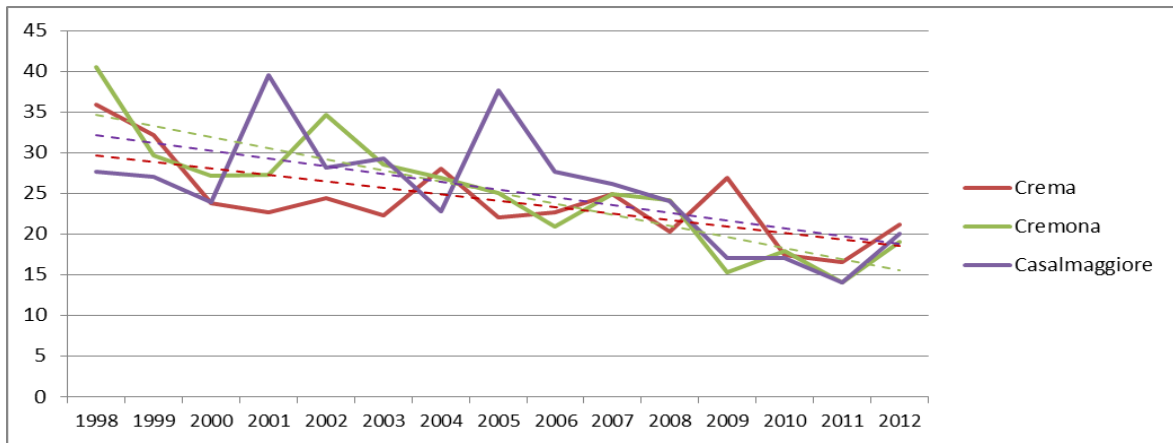
Andamento della mortalità respiratoria 1998-2012, per Distretto



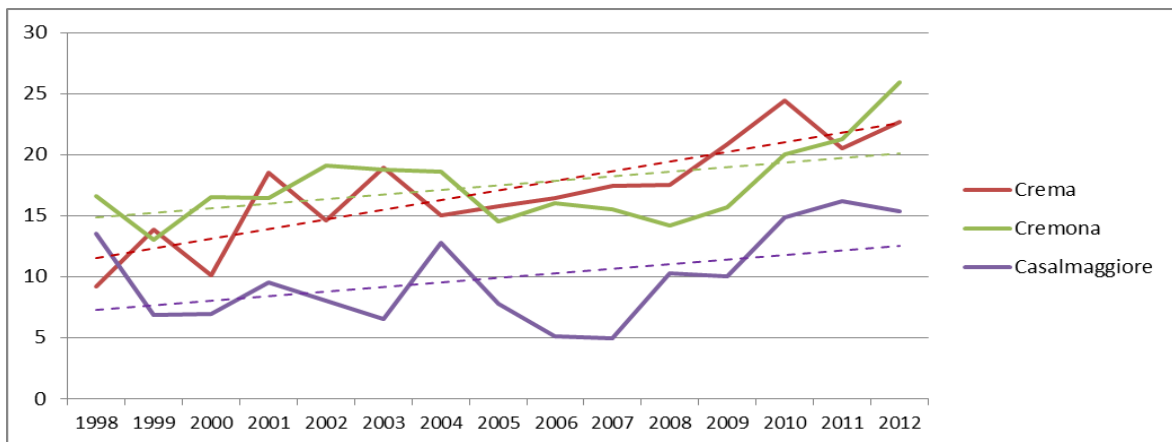
Andamento della mortalità per traumatismi e avvelenamenti 1998-2012, per Distretto



Andamento della mortalità per malattie dell'apparato digerente 1998-2012, per Distretto



Andamento della mortalità per malattie del sistema nervoso 1998-2012, per Distretto



Distribuzione delle cause di morte più frequenti per fasce di età, anno 2012

Età	Causa	Maschi		Femmine		Tutti	
		Decessi	Tasso*	Decessi	Tasso*	Decessi	Tasso*
0-14	Malformazioni congenite	1	4,0	4	17,2	5	10,3
	Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	0	0,0	2	8,6	2	4,1
	Tumori maligni	1	4,0	1	4,3	2	4,1
15-44	Traumatismi ed avvelenamenti	21	31,4	10	15,8	31	23,8
	Tumori maligni	10	15,0	15	23,7	25	19,2
	Malattie del sistema circolatorio	4	6,0	4	6,3	8	6,1
45-64	Tumori maligni	120	235,0	96	190,2	216	212,8
	Malattie del sistema circolatorio	49	96,0	17	33,7	66	65,0
	Traumatismi ed avvelenamenti	20	39,2	10	19,8	30	29,6
65-74	Tumori maligni	194	1.039,6	104	500,0	298	755,2
	Malattie del sistema circolatorio	96	514,4	56	269,2	152	385,2
	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	13	69,7	13	62,5	26	65,9
75+	Malattie del sistema circolatorio	459	3.223,4	866	3.341,8	1.325	3.299,8
	Tumori maligni	368	2.584,4	351	1.354,5	719	1.790,6
	Malattie dell'apparato respiratorio	114	800,6	114	439,9	228	567,8

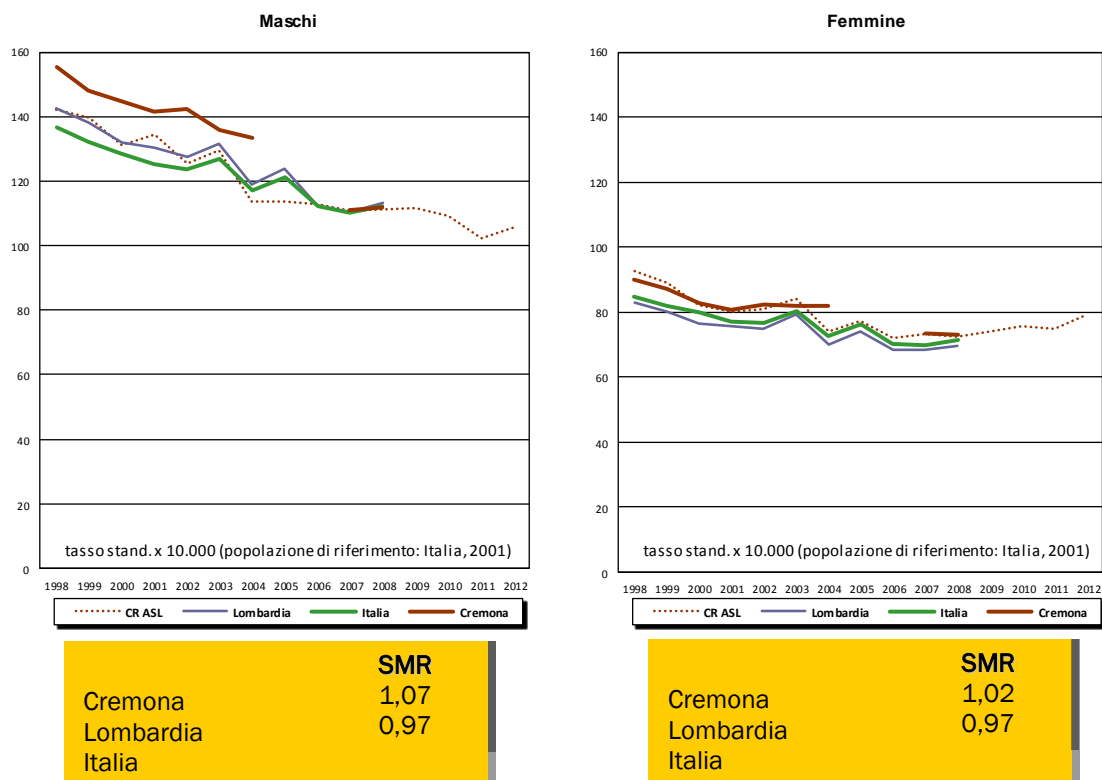
\* Tasso per 100.000 residenti

SMR della provincia di Cremona rispetto all'Italia (anni 2006 – 2009)

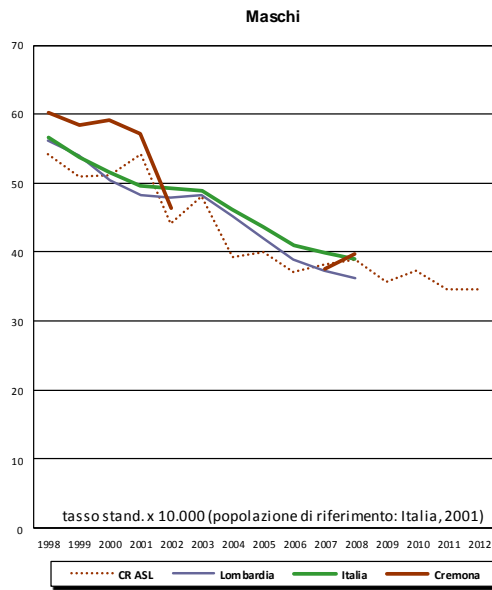
	Maschi		Femmine	
	decessi	SMR	decessi	SMR
Malattie infettive e parassitarie	116	1,11	105	1,02
Tumori maligni	2.788	1,22	2.079	1,12
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	172	0,69	309	0,80
Malattie del sangue, degli organi ematopoietici e dist. immunitari	20	0,79	38	0,90
Disturbi psichici	92	0,99	216	1,03
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	200	0,94	378	1,16
Malattie del sistema circolatorio	2.413	1,03	3.397	1,00
Malattie dell'apparato respiratorio	532	1,04	496	1,12
Malattie dell'apparato digerente	291	1,03	314	1,00
Malattie del sistema genitourinario	98	0,88	121	0,90
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	16	2,49	10	0,62
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	23	1,03	62	0,96
Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	12	0,83	10	0,88
Sintomi, segni e stati morbose mal definiti	50	0,54	99	0,66
Traumatismi e avvelenamenti	391	1,11	227	0,88
<b>Tutte le cause</b>	<b>7.318</b>	<b>1,07</b>	<b>7.952</b>	<b>1,02</b>

L'SMR esprime il rapporto standardizzato di mortalità (Standardized Mortality Ratio) tra la provincia di Cremona e l'Italia; un valore superiore a 1 indica una mortalità maggiore rispetto alla media nazionale

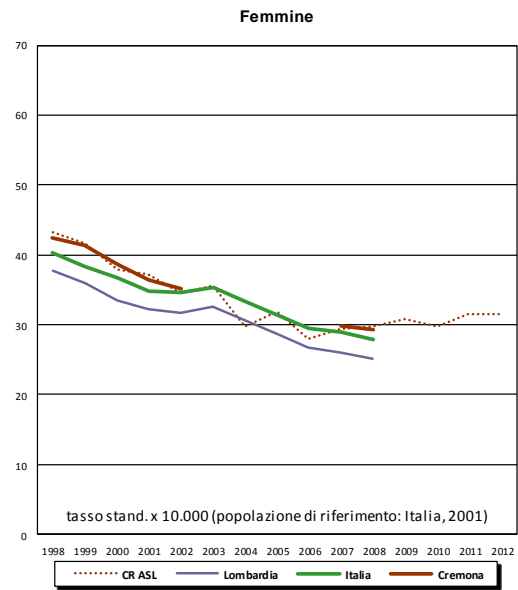
Mortalità per tutte le cause



### Mortalità per malattie del sistema circolatorio

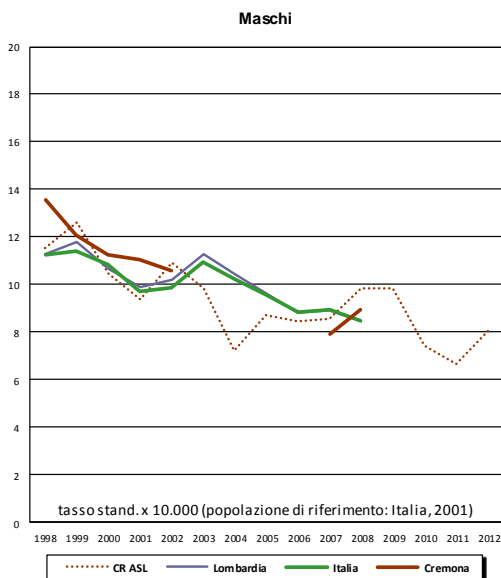


	SMR
Cremona	1,03
Lombardia	0,89
Italia	

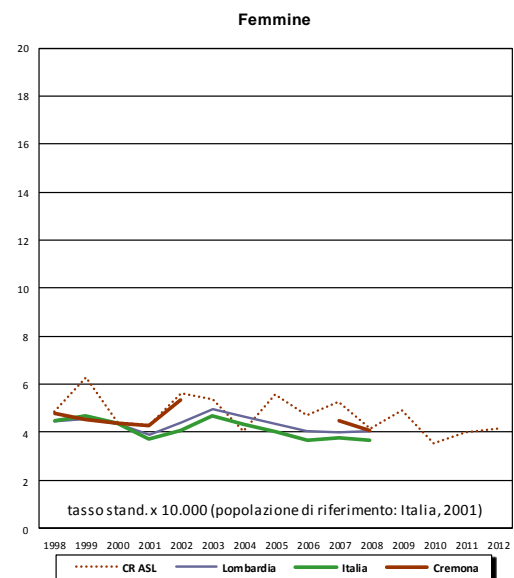


	SMR
Cremona	1,00
Lombardia	0,90
Italia	

### Mortalità per malattie del sistema respiratorio



	SMR
Cremona	1,04
Lombardia	0,93
Italia	



	SMR
Cremona	1,12
Lombardia	1,08
Italia	

Mortalità oncologica per gruppi di cause specifiche e Distretto in provincia di Cremona, anno 2012

## Maschi

Causa di morte	Cremona		Crema		Casalmaggiore		ASL	
	Decessi	TS	Decessi	TS	Decessi	TS	Decessi	TS
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	85	62,5	52	41,9	14	44,0	151	51,2
Tumori maligni del fegato e delle vie biliari	48	34,5	32	24,8	8	22,3	88	29,2
Tumori maligni del colon-retto	21	14,1	30	24,6	6	13,7	57	18,7
Tumori maligni dello stomaco	14	11,0	31	24,3	3	10,3	48	16,1
Tumori maligni del pancreas	25	19,7	14	12,4	3	7,2	42	15,5
Tumori maligni dell'apparato emolinfopoietico	27	17,7	14	11,9	5	15,8	46	15,3
Tumori maligni della prostata	23	14,6	20	15,1	3	12,7	46	14,3
Tumori maligni della vescica	12	8,0	10	8,3	3	6,5	25	7,9
Tumori maligni dell'esofago	6	4,4	5	4,1	5	20,1	16	5,9
Tumori maligni della cute	6	5,3	5	4,3			11	4,3

\* Tasso Standardizzato per 100.000 residenti

Mortalità oncologica per gruppi di cause specifiche e Distretto in provincia di Cremona, anno 2012

## Femmine

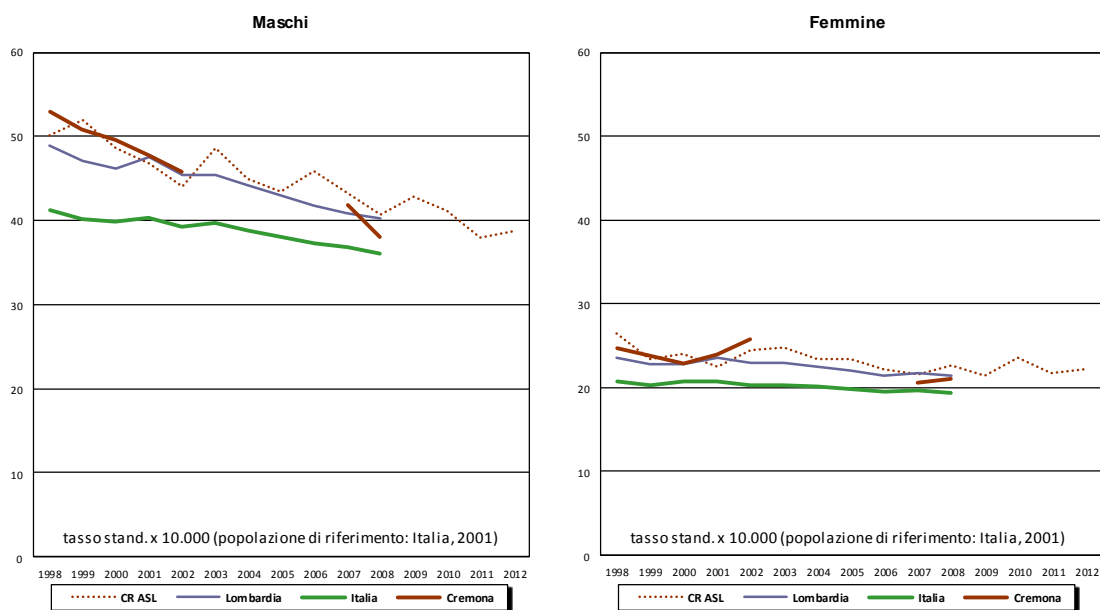
Causa di morte	Cremona		Crema		Casalmaggiore		ASL	
	Decessi	TS	Decessi	TS	Decessi	TS	Decessi	TS
Tumori maligni della mammella della donna	62	36,5	48	32,4	10	23,7	120	33,3
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	28	18,5	24	15,5	4	10,7	56	16,1
Tumori maligni del pancreas	21	10,1	23	15,3	3	3,6	47	11,5
Tumori maligni del colon-retto	30	12,9	10	6,1	6	17,5	46	10,6
Tumori maligni dello stomaco	18	6,6	17	10,1	4	8,6	39	8,3
Tumori maligni dell'apparato emolinfopoietico	12	6,0	17	8,6	4	4,6	33	6,8
Tumori maligni dell'utero	8	7,7	10	6,3	1	3,8	19	6,5
Tumori maligni del fegato e delle vie biliari	13	6,4	13	5,4	5	6,4	31	5,9
Tumori maligni della cute	4	1,9	2	1,6			6	1,6
Tumori maligni della vescica	4	1,3	3	1,2			7	1,1
Tumori maligni dell'esofago	3	0,7	1	0,9			4	0,8

\* Tasso Standardizzato per 100.000 residenti

SMR della provincia di Cremona rispetto all'Italia (anni 2006 – 2009)

Sede tumorale	Maschi		Femmine	
	decessi	SMR	decessi	SMR
Tumori maligni dell'esofago	69	2,09	20	1,76
Tumori maligni dello stomaco	274	1,85	171	1,49
Tumori maligni del colon-retto	257	1,07	195	0,87
Tumori maligni del fegato e delle vie biliari	263	1,71	122	1,35
Tumori maligni del pancreas	176	1,49	182	1,38
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	763	1,15	235	1,16
Tumori maligni della cute	23	0,97	13	0,74
Tumori maligni della mammella della donna			362	1,18
Tumori maligni dell'utero			61	0,84
Tumori maligni della prostata	148	0,82		
Tumori maligni della vescica	105	1,01	35	1,52
Tumori maligni dell'apparato emolinfopoietico	209	1,15	174	1,02

Mortalità per tumore

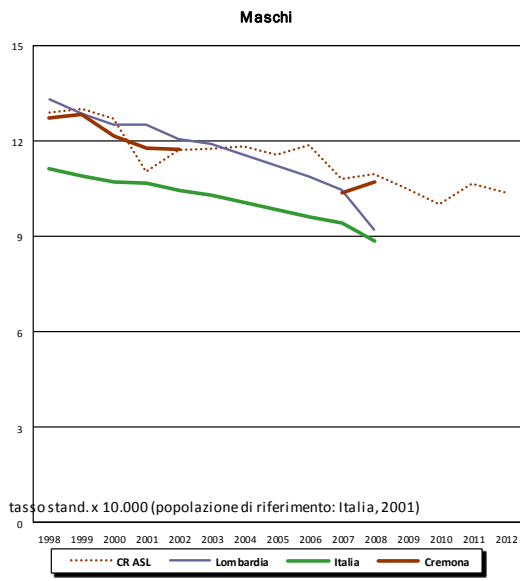


	SMR
Cremona	1,22
Lombardia	1,10
Italia	

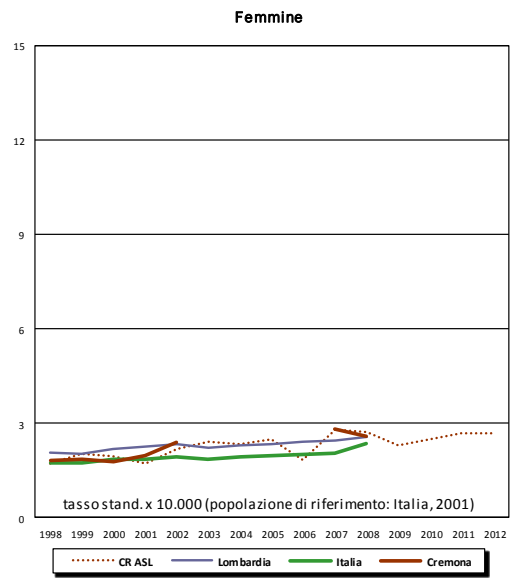
	SMR
Cremona	1,12
Lombardia	1,12
Italia	



### Mortalità per tumore al polmone

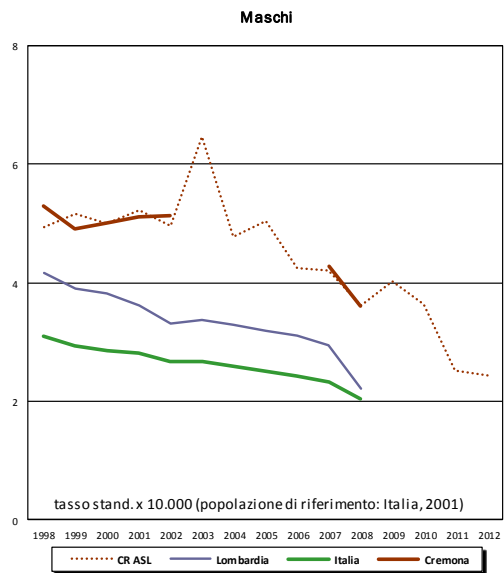


	SMR
Cremona	1,15
Lombardia	1,10
Italia	

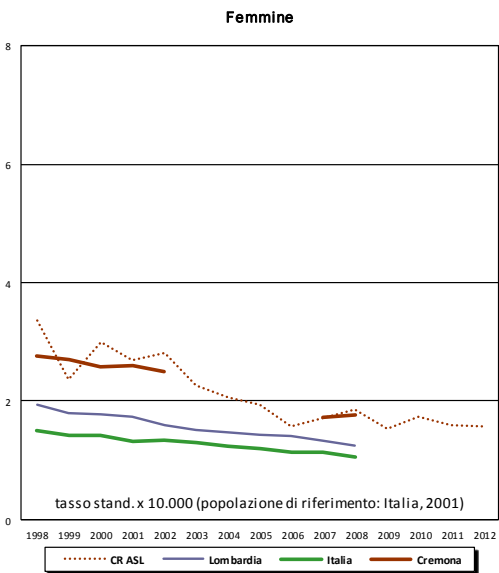


	SMR
Cremona	1,16
Lombardia	1,17
Italia	

### Mortalità per tumore dello stomaco

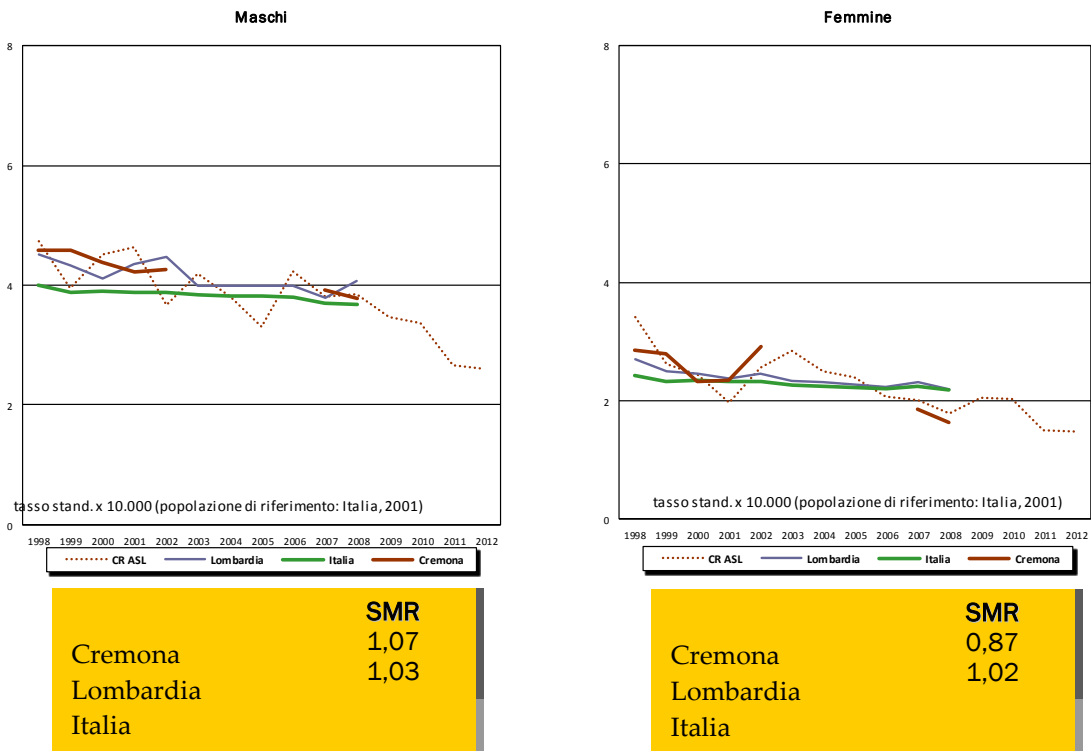


	SMR
Cremona	1,85
Lombardia	1,23
Italia	

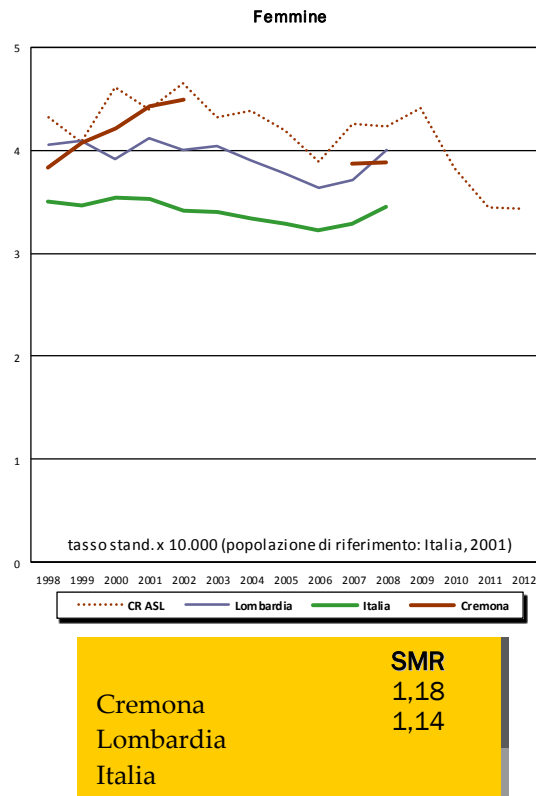


	SMR
Cremona	1,49
Lombardia	1,18
Italia	

### 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 2008-2010 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 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 2008-2010 offrono anch'esse un quadro differenziato per maschi e femmine:

- Maschi: nella provincia di Cremona c'è un eccesso di mortalità evitabile del 16% rispetto alla Lombardia e del 12% rispetto all'Italia, dovuto soprattutto ad interventi di prevenzione primaria (+13% e +14% rispettivamente vs. Lombardia ed Italia) e di igiene ed assistenza sanitaria (+29% e +13% rispettivamente vs. Lombardia e Italia). La mortalità per diagnosi precoce e terapia è invece inferiore del 7% rispetto alla Lombardia e dell'8% rispetto all'Italia.

Per quanto riguarda i gruppi di cause, l'eccesso di mortalità evitabile rispetto alla Lombardia è costante e piuttosto marcato: +28% traumatismi e avvelenamenti, +25%

malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche, +22% malattie del sistema circolatorio, +19% malattie dell'apparato digerente, +12% tumori, +11% malattie dell'apparato respiratorio.

Nel confronto con l'Italia, spiccano il +20% dei tumori, +18% di traumatismi e avvelenamenti e +11% di malattie del sistema circolatorio, a fronte del -15% di 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 (+13% vs. Lombardia, -7% vs. Italia).

Per quanto riguarda le analisi per gruppi di cause, le differenze sono sfumate o basate su casistiche molto limitate (e pertanto non rilevanti), fatta eccezione per le malattie del sistema circolatorio (+16% vs. Lombardia).

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 in linea con i dati lombardi e italiani. Viceversa, l'analisi della mortalità degli ultrasessantacinquenni conferma degli eccessi di mortalità rispetto alla Lombardia e all'Italia nei maschi e, in misura minore, nelle femmine.

Come effetto degli eccessi di mortalità stimati, i giorni di vita perduti per cause evitabili pro-capite ammontano nei maschi a 24,5, il 16% in più rispetto alla Lombardia, il 10% in più rispetto all'Italia, ed il doppio rispetto alle donne cremonesi, il cui risultato è in linea con Lombardia e Italia.

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	%
<b>PREVENZIONE PRIMARIA</b>		<b>232</b>	<b>36,9%</b>	<b>751</b>	<b>62,4%</b>
<b>Tumori</b>		<b>103</b>	<b>16,4%</b>	<b>352</b>	<b>29,3%</b>
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%
<b>Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari</b>		<b>1</b>	<b>0,2%</b>	<b>2</b>	<b>0,2%</b>
Deficienze nutrizionali	0-74	1	0,2%	2	0,2%
<b>Malattie del sistema circolatorio</b>		<b>72</b>	<b>11,4%</b>	<b>202</b>	<b>16,8%</b>
Malattie ischemiche del cuore	0-74	72	11,4%	202	16,8%
Cardiomiopatia alcolica	0-74	0	0,0%	0	0,0%
<b>Malattie dell'apparato digerente</b>		<b>4</b>	<b>0,6%</b>	<b>16</b>	<b>1,3%</b>
Gastrite alcolica	0-74	0	0,0%	0	0,0%
Malattia epatica cronica e cirrosi	0-74	4	0,6%	16	1,3%
<b>Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti</b>		<b>0</b>	<b>0,0%</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>
Sindrome della morte improvvisa del lattante	0-74	0	0,0%	0	0,0%
<b>Traumatismi e avvelenamenti</b>		<b>52</b>	<b>8,3%</b>	<b>179</b>	<b>14,9%</b>
Traumatismi e avvelenamenti	0-74	52	8,3%	179	14,9%

AREA DI INTERVENTO PREVALENTE Gruppo Sottogruppo	Età	Morti			
		Femmine		Maschi	
		N	%	N	%
<b>DIAGNOSI PRECOCE E TERAPIA</b>		<b>224</b>	<b>35,6%</b>	<b>91</b>	<b>7,6%</b>
<b>Tumori</b>		<b>224</b>	<b>35,6%</b>	<b>91</b>	<b>7,6%</b>
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	%
<b>IGIENE ED ASSISTENZA SANITARIA</b>		<b>173</b>	<b>27,5%</b>	<b>361</b>	<b>30,0%</b>
<b>Malattie infettive e parassitarie</b>		<b>19</b>	<b>3,0%</b>	<b>31</b>	<b>2,6%</b>
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%
<b>Tumori</b>		<b>26</b>	<b>4,1%</b>	<b>117</b>	<b>9,7%</b>
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%
<b>Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari</b>		<b>1</b>	<b>0,2%</b>	<b>2</b>	<b>0,2%</b>
Disturbi della ghiandola tiroidea	0-74	0	0,0%	1	0,1%
Diabete mellito	0-49	1	0,2%	1	0,1%
<b>Malattie del sangue e degli organi ematopoietici</b>		<b>0</b>	<b>0,0%</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>
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%
<b>Disturbi psichici</b>		<b>6</b>	<b>1,0%</b>	<b>8</b>	<b>0,7%</b>
Disturbi psichici (esclusi Stati psicotici organici senili e presenili)	0-74	6	1,0%	8	0,7%
<b>Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi</b>		<b>5</b>	<b>0,8%</b>	<b>7</b>	<b>0,6%</b>
Meningite	0-74	1	0,2%	0	0,0%
Epilessie	0-74	4	0,6%	7	0,6%
<b>Malattie del sistema circolatorio</b>		<b>80</b>	<b>12,7%</b>	<b>135</b>	<b>11,2%</b>
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%
<b>Malattie dell'apparato respiratorio</b>		<b>27</b>	<b>4,3%</b>	<b>43</b>	<b>3,6%</b>
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%
<b>Malattie dell'apparato digerente</b>		<b>2</b>	<b>0,3%</b>	<b>9</b>	<b>0,7%</b>
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%
<b>Malattie del sistema genitourinario</b>		<b>0</b>	<b>0,0%</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>
Nefrite, sindrome nefrosica, e nefrosi	0-74	0	0,0%	0	0,0%
Iperplasia della prostata	0-74	0	0,0%	0	0,0%
<b>Complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio</b>		<b>0</b>	<b>0,0%</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>
Complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio	0-74	0	0,0%	0	0,0%
<b>Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo</b>		<b>0</b>	<b>0,0%</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>
Osteomielite, periostite e altre infezioni ossee	0-74	0	0,0%	0	0,0%
<b>Malformazioni congenite</b>		<b>0</b>	<b>0,0%</b>	<b>1</b>	<b>0,1%</b>
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%
<b>Alcune condizioni morbose di origine perinatale</b>		<b>7</b>	<b>1,1%</b>	<b>8</b>	<b>0,7%</b>
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	0-74	7	1,1%	8	0,7%
<b>TOTALE DECESSI PER CAUSE EVITABILI</b>		<b>629</b>	<b>100,0%</b>	<b>1203</b>	<b>100,0%</b>

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.
<b>PREVENZIONE PRIMARIA</b>					
<b>Tumori</b>					
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
<b>Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari</b>					
Deficienze nutrizionali	0-74	1	0,18	2	0,41
<b>Malattie del sistema circolatorio</b>					
Malattie ischemiche del cuore	0-74	72	13,12	202	39,15
Cardiomiopatia alcolica	0-74	0	0,00	0	0,00
<b>Malattie dell'apparato digerente</b>					
Gastrite alcolica	0-74	0	0,00	0	0,00
Malattia epatica cronica e cirrosi	0-74	4	0,72	16	3,01
<b>Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti</b>					
Sindrome della morte improvvisa del lattante	0-74	0	0,00	0	0,00
<b>Traumatismi e avvelenamenti</b>					
Traumatismi e avvelenamenti	0-74	52	10,90	179	36,37
<b>DIAGNOSI PRECOCE E TERAPIA</b>					
<b>Tumori</b>					
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.
<b>IGIENE ED ASSISTENZA SANITARIA</b>					
<b>Malattie infettive e parassitarie</b>					
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
<b>Tumori</b>					
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
<b>Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari</b>					
Disturbi della ghiandola tiroidea	0-74	0	0,00	1	0,20
Diabete mellito	0-49	1	0,18	1	0,26
<b>Malattie del sangue e degli organi ematopoietici</b>					
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
<b>Disturbi psichici</b>					
Disturbi psichici (esclusi stati psicotici organici senili e presenili)	0-74	6	1,11	8	1,57
<b>Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi</b>					
Meningite	0-74	1	0,18	0	0,00
Epilessie	0-74	4	0,74	7	1,48
<b>Malattie del sistema circolatorio</b>					
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
<b>Malattie dell'apparato respiratorio</b>					
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
<b>Malattie dell'apparato digerente</b>					
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
<b>Malattie del sistema genitourinario</b>					
Nefrite, sindrome nefrosica, e nefrosi	0-74	0	0,00	0	0,00
Iperplasia della prostata	0-74	0	0,00	0	0,00
<b>Complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio</b>					
Complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio	0-74	0	0,00	0	0,00
<b>Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo</b>					
Osteomielite, periostite e altre infezioni ossee	0-74	0	0,00	0	0,00
<b>Malformazioni congenite</b>					
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
<b>Alcune condizioni morbose di origine perinatale</b>					
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 2008-2010

*Maschi*

---

	<b>Tutte le cause</b>	<b>Prev. primaria</b>	<b>Diagnosi pr. e ter.</b>	<b>Igiene e ass. sanitaria</b>
Cremona	238,9	142,6	15,2	81,1
Lombardia	205,6	126,4	16,4	62,8
Italia	212,6	124,6	16,6	71,5

*Femmine*

---

	<b>Tutte le cause</b>	<b>Prev. primaria</b>	<b>Diagnosi pr. e ter.</b>	<b>Igiene e ass. sanitaria</b>
Cremona	105,3	37,6	32,8	34,8
Lombardia	100,1	36,3	33,1	30,8
Italia	104,8	35,9	32,0	36,9

Mortalità evitabile (0-74) per genere e principali gruppi diagnostici (dati NEBO-ISTAT)  
Tassi standardizzati per 100.000 residenti - Triennio 2008-2010

*Maschi*

---

	<b>Totale</b>	<b>Tumori</b>	<b>Sistema circolatorio</b>	<b>Traumat. avvelen.</b>	<b>Mal. app. digerente</b>	<b>Mal. app. respiratorio</b>	<b>Mal. endocr. nutriz. e metaboliche</b>
Cremona	238,9	98,2	61,7	33,5	11,7	10,5	6,6
Lombardia	205,6	88,0	50,7	26,2	9,8	9,5	5,3
Italia	212,6	82,1	55,8	28,3	11,1	10,9	7,8

*Femmine*

---

	<b>Totale</b>	<b>Tumori</b>	<b>Sistema circolatorio</b>	<b>Traumat. avvelen.</b>	<b>Mal. app. digerente</b>	<b>Mal. app. respiratorio</b>	<b>Mal. endocr. nutriz. e metaboliche</b>
Cremona	105,3	54,8	21,2	7,8	3,5	2,9	3,9
Lombardia	100,1	54,4	18,2	7,4	3,9	4,2	2,6
Italia	104,8	51,6	21,8	7,6	4,4	4,6	4,6

Mortalità (0-74) esclusi i casi evitabili per genere e principali gruppi diagnostici (dati NEBO-ISTAT)  
Tassi standardizzati per 100.000 residenti - Triennio 2008-2010

<i>Maschi</i>							
	<b>Totale</b>	Tumori	Sistema circolatorio	Mal. app. digerente	Mal. sistema nervoso e organi senso	Mal. endocr. nutriz. e metaboliche	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti
Cremona	91,0	54,8	15,5	4,7	6,0	2,5	2,6
Lombardia	87,5	54,1	13,6	3,9	6,8	2,5	2,3
Italia	91,4	51,5	15,9	4,4	7,3	3,2	4,6
<i>Femmine</i>							
	<b>Totale</b>	Tumori	Sistema circolatorio	Mal. app. digerente	Mal. sistema nervoso e org. senso	Mal. endocr. nutriz. e metaboliche	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti
Cremona	54,6	32,7	6,7	2,4	4,6	1,9	1,3
Lombardia	54,5	34,8	5,9	2,2	5,2	1,5	0,9
Italia	55,7	33,0	7,0	2,5	5,3	2,1	1,6

Mortalità totale (75+) per genere e principali gruppi diagnostici (dati NEBO-ISTAT)  
Tassi standardizzati per 100.000 residenti - Triennio 2008-2010

<i>Maschi</i>							
	<b>Totale</b>	Tumori	Sistema circolatorio	Mal. app. digerente	Mal. app. respiratorio	Mal. sistema nervoso e org. senso	Mal. endocr. nutriz. e metaboliche
Cremona	9.477,2	2.806,2	3.901,5	280,5	984,7	331,9	234,5
Lombardia	8.569,4	2.611,4	3.274,8	298,1	867,3	337,1	242,7
Italia	8.412,6	2.290,1	3.443,3	288,5	844,2	297,1	316,0
<i>Femmine</i>							
	<b>Totale</b>	Tumori	Sistema circolatorio	Mal. app. digerente	Mal. app. respiratorio	Mal. sistema nervoso e org. senso	Mal. endocr. nutriz. e metaboliche
Cremona	6.003,9	1.328,9	2.843,5	241,7	383,0	326,9	205,5
Lombardia	5.575,8	1.278,8	2.438,9	223,5	395,3	284,0	202,3
Italia	5.718,6	1.112,9	2.687,4	227,4	357,4	257,5	294,3

Giorni perduti per cause evitabili pro capite (0-74 anni) per tipologia di intervento e principali gruppi diagnostici - Triennio 2008-2010 (dati NEBO-ISTAT)

<i>Maschi</i>								
	<b>Totale</b>	<b>Tipologia di intervento</b>			<b>Principali gruppi diagnostici</b>			
		Prev. primaria	Diagnosi precoce. e terapia	Igiene e ass. sanitaria	Tumori	Sistema Circolat.	Traumat. e avvel.	Altre cause
Cremona	24,5	15,0	1,4	8,1	8,5	5,5	5,5	5,0
Lombardia	21,2	13,1	1,5	6,5	7,6	4,5	4,2	4,8
Italia	22,2	13,1	1,5	7,5	7,2	4,9	4,5	5,5

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

### 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 2012 (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, il dato è in lieve ma costante aumento, quantificabile - tra il 2007 ed il 2012 - 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:

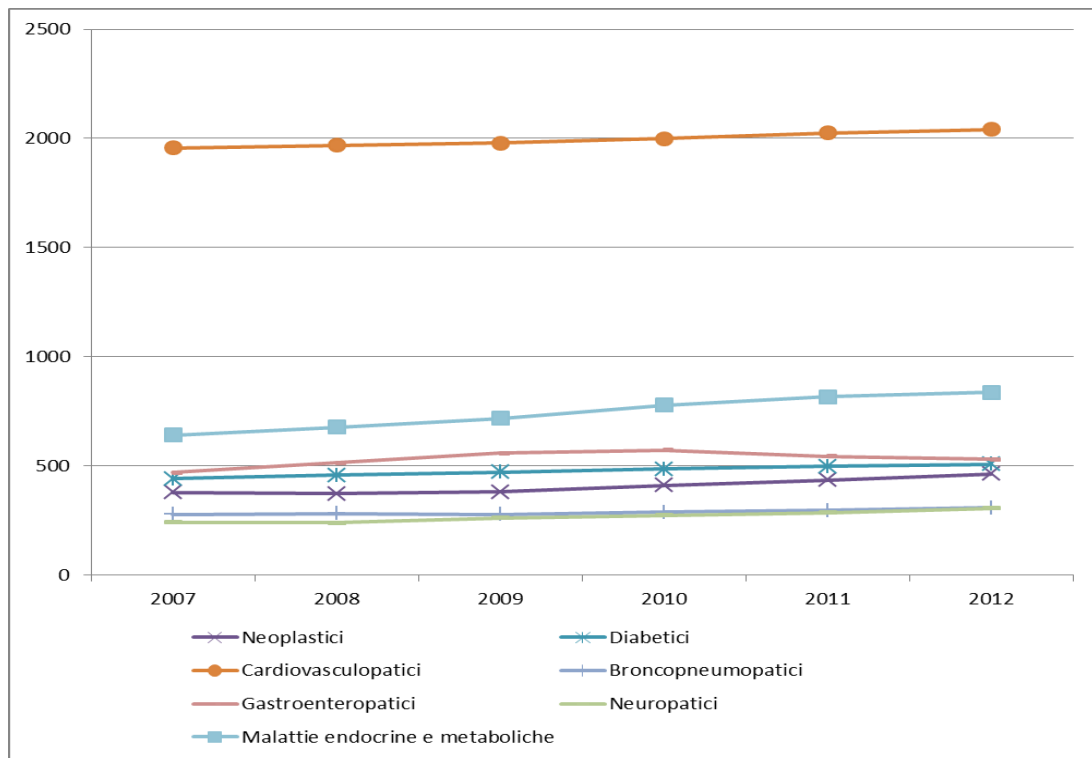
- cardiovascolopatie, gastroenteropatie, diabete, neoplasie e neuropatie nel cremasco;
- broncopneumopatie nel cremonese;
- malattie endocrine e metaboliche nel casalasco.

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	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	Casi	P	Casi	P	Casi	P	Casi	P	Casi	P	Casi	P
Cardiovascolopatici	68.708	1.956	70.159	1.968	71.009	1.979	71.811	1.999	73.256	2.026	73.981	2.042
Malattie endocrine e metaboliche	22.523	641	24.151	677	25.752	718	27.931	777	29.555	817	30.343	837
Gastroenteropatici	16.434	468	18.317	514	19.990	557	20.559	572	19.626	543	19.206	530
Diabetici	15.507	441	16.300	457	16.936	472	17.475	486	18.001	498	18.410	508
Neoplastici	13.269	378	13.277	372	13.628	380	14.763	411	15.698	434	16.752	462
Broncopneumopatici	9.784	278	10.039	282	9.932	277	10.297	287	10.691	296	11.127	307
Neuropatici	8.479	241	8.531	239	9.357	261	9.832	274	10.311	285	11.064	305
Malattie autoimmuni	1.727	49,2	1.996	56	2.309	64,4	2.680	74,6	3.090	85,5	3.493	96,4
HIV positivo ed AIDS conclamato	867	24,7	925	25,9	972	27,1	1.049	29,2	1.085	30	1.101	30,4
Insufficienti renali cronici	846	24,1	907	25,4	946	26,4	1.051	29,3	1.028	28,4	1.084	29,9
Trapiantati	183	5,2	187	5,2	201	5,6	217	6	236	6,5	247	6,8

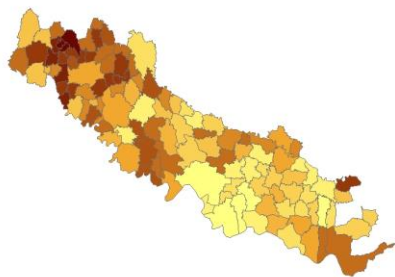
P = casi per 10.000 residenti nella provincia di Cremona

Andamento della Prevalenza per le principali patologie croniche. 2007-2012

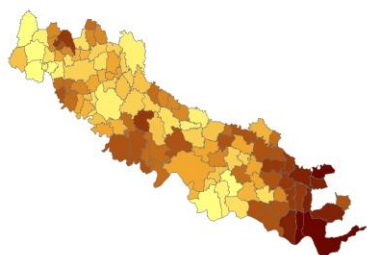


DISTRIBUZIONE TERRITORIALE DELLE PATOLOGIE CRONICHE PIÙ FREQUENTI

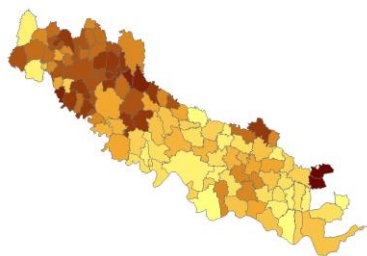
Prevalenza standardizzata delle cardiovascolopatie, 2012



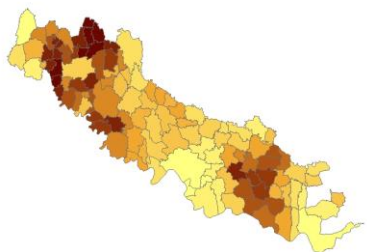
Prevalenza standardizzata delle malattie endocrine e metaboliche, 2012



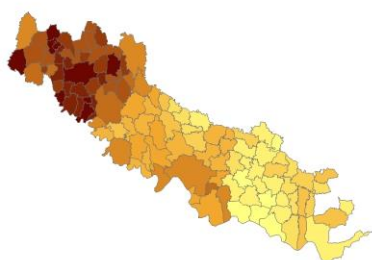
Prevalenza standardizzata delle gastroenteropatie, 2012



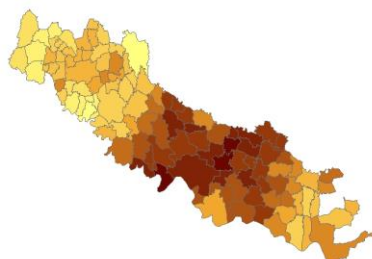
Prevalenza standardizzata del diabete, 2012



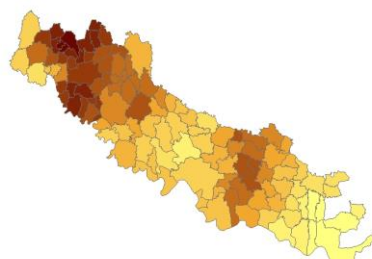
Prevalenza standardizzata delle neoplasie, 2012



Prevalenza standardizzata delle broncopneumopatie, 2012



Prevalenza standardizzata delle neuropatie, 2012

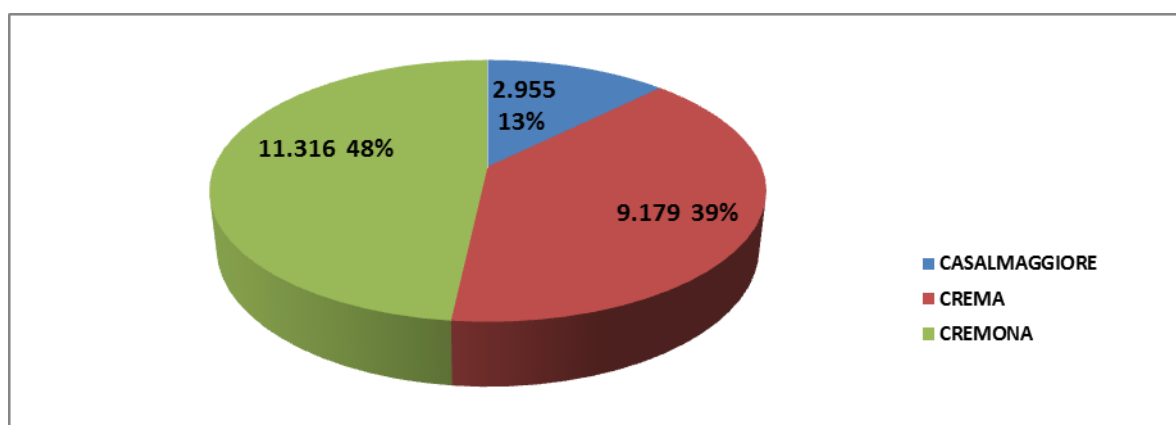


Con un approccio in larga parte ispirato al modello della BDA della Regione Lombardia, il Dipartimento ASSI dell'ASL di Cremona ha sviluppato una "Banca Dati Aziendale della Fragilità Socio-Sanitaria" (BDA-FSS) integrando tutti gli archivi informatici a disposizione dell'ASL (dati anagrafici, ricoveri ospedalieri, consumi sociosanitari, consumi di farmaci, esenzioni), al fine di valutare il livello di fragilità della popolazione ultrasettantacinquenne - anche in considerazione delle patologie croniche - e rendere disponibile un profilo dei soggetti maggiormente a rischio dal punto di vista sociosanitario.

Secondo questo modello - in continua evoluzione - vengono individuati, principalmente sulla base dell'età, del consumo di farmaci e di eventi sanitari specifici, tre profili di rischio sociosanitario: R1 (alto rischio), R2 (medio rischio) e R3 (basso rischio).

La BDA-FSS sviluppa in modo innovativo la lettura del bisogno garantendo al cittadino una risposta in tempi brevi alla necessità di servizi sociosanitari e la realizzazione di percorsi assistenziali "ad hoc". Attualmente il rischio sociosanitario è utilizzato, unitamente a elementi di natura sociale (Fonte Comuni), per valutare la priorità di ingresso nelle Residenze Sanitarie Assistenziali della provincia.

Numero di soggetti maggiormente fragili (profili di rischio R1 e R2) di età ≥75 anni, per Distretto Anno 2013



Prevalenza dei soggetti maggiormente fragili (profili di rischio R1 e R2) nella popolazione ≥75 anni, per Distretto - Anno 2013

DISTRETTO	Popolazione ≥75 anni al 31/10/2013	Soggetti maggiormente fragili (R1+R2)	Prevalenza %
CASALMAGGIORE	5.149	2.955	57%
CREMA	16.110	9.179	57%
CREMONA	20.865	11.316	54%
<b>ASL</b>	<b>42.124</b>	<b>23.450</b>	<b>56%</b>



### 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 2012;
- sopravvivenza assoluta e relativa (quest'ultima tiene conto anche della mortalità dei pazienti oncologici per altre cause, indipendentemente dal tumore) a 1 e 3 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

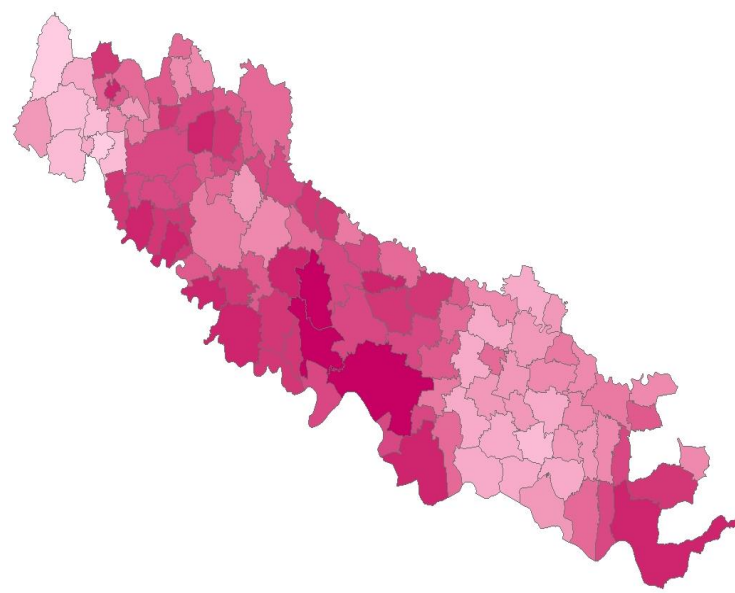
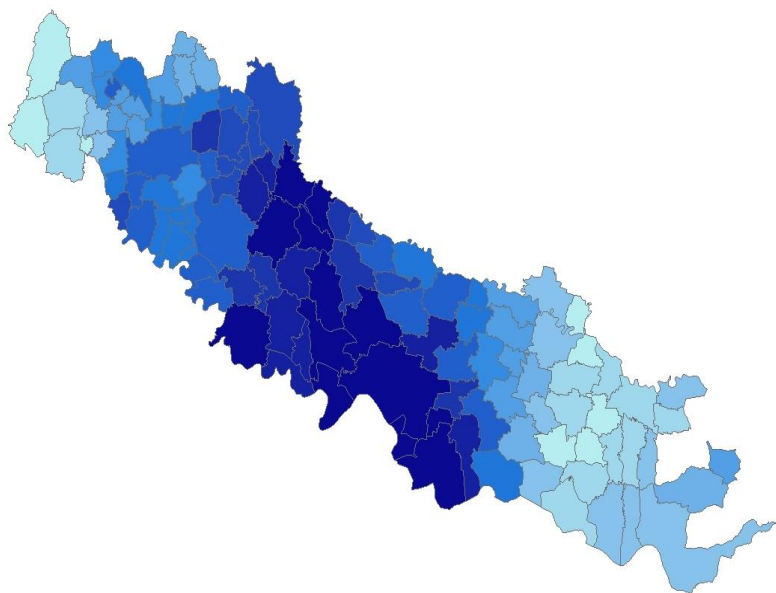
SEDE	N. CASI	TASSO GREZZO	T.S. CREMONA	T.S. NORD ITALIA	T.S. ITALIA
Mammella	1611	178.23	124.83	122.73	112.16
Colon	479	52.99	28.35	29.31	27.38
Polmone	339	37.50	21.03	18.64	16.61
Stomaco	306	33.85	15.36	12.83	11.92
Fegato	256	28.32	8.52	6.22	6.90
Pancreas	231	25.56	12.18	10.17	9.11
Linfoma non Hodgkin	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

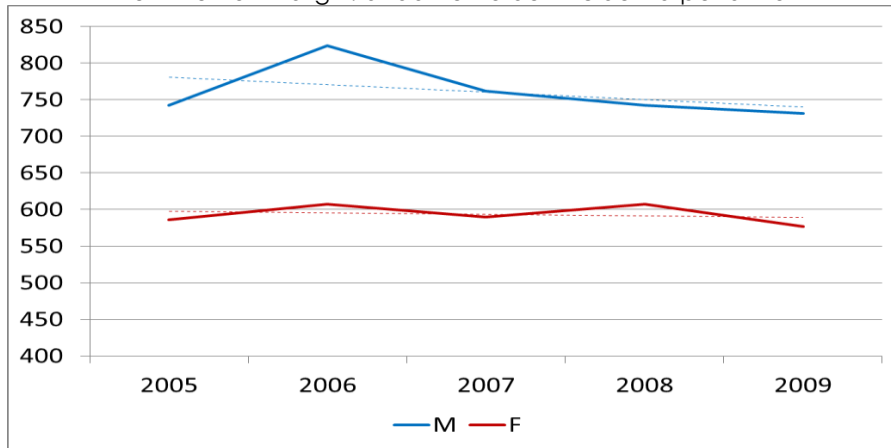
**TUTTI I TUMORI MALIGNI**

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

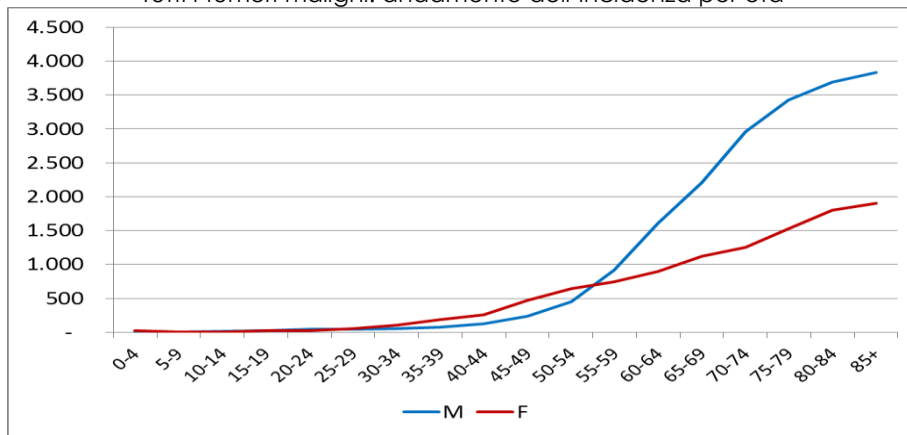
TUTTI I TUMORI MALIGNI	Maschi		Femmine	
	CR vs. Nord-Ovest	CR vs. Italia	CR vs. Nord-Ovest	CR vs. Italia
Differenza TS (per 100.000 res.)	+12,0	+42,5	+8,5	+13,8
Differenza TS %	+2,3	+8,7	+2,4	+3,9
SMR		1,22		1,12



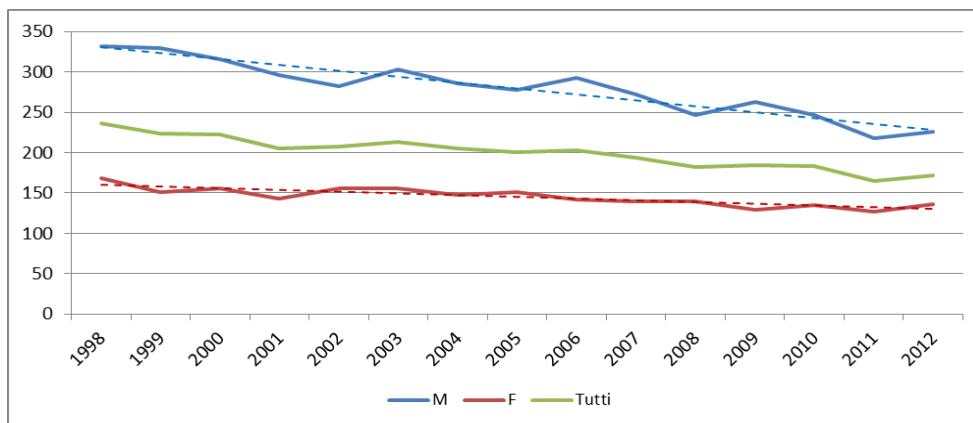
Tutti i tumori maligni: andamento dell'incidenza per anno



Tutti i tumori maligni: andamento dell'incidenza per età



Tutti i tumori maligni: andamento della mortalità per anno



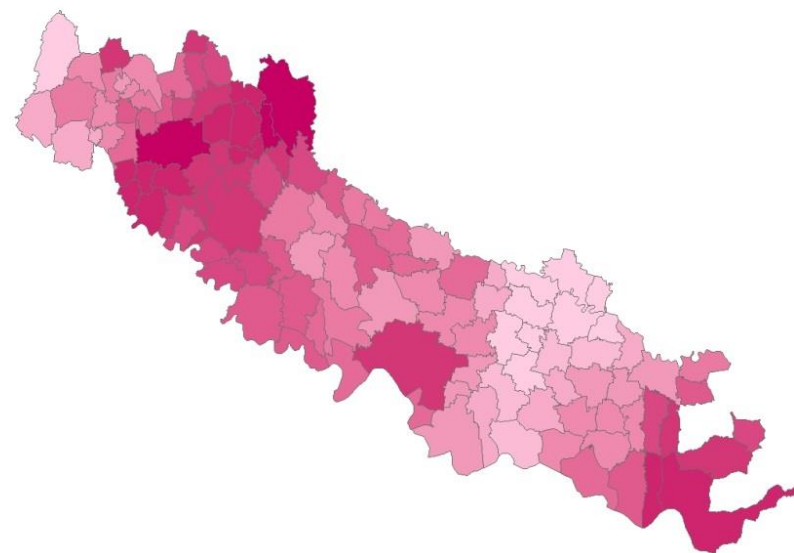
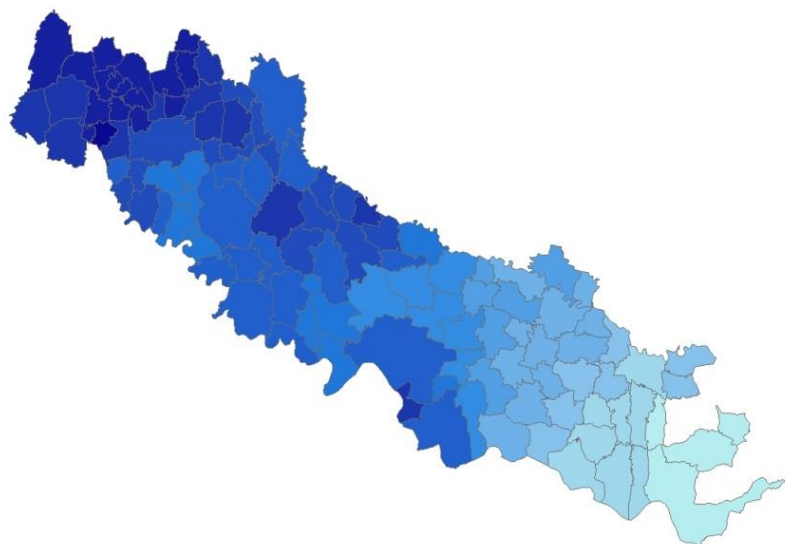
Tutti i tumori maligni: andamento della sopravvivenza (coorte 2005-2009)

Maschi				Femmine			
Sopravvivenza 1 anno		Sopravvivenza 3 anni		Sopravvivenza 1 anno		Sopravvivenza 3 anni	
Osservata	Relativa	Osservata	Relativa	Osservata	Relativa	Osservata	Relativa
66%	69%	50%	56%	73%	75%	60%	65%

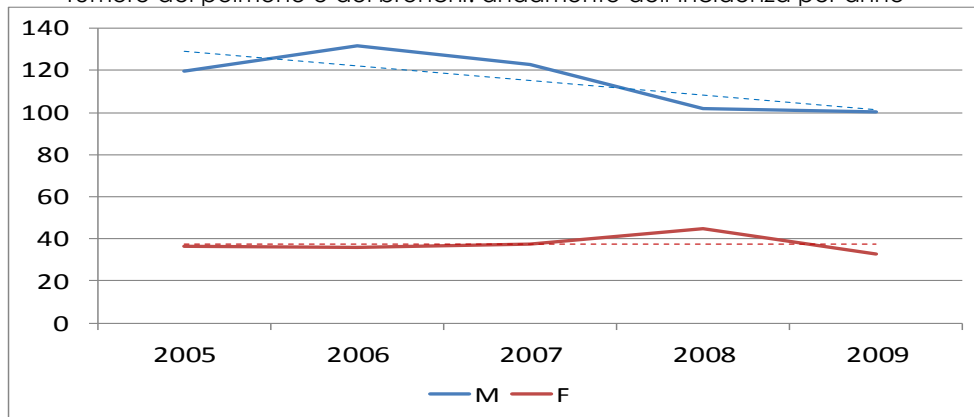
### TUMORE DEL POLMONE E DEI BRONCHI

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

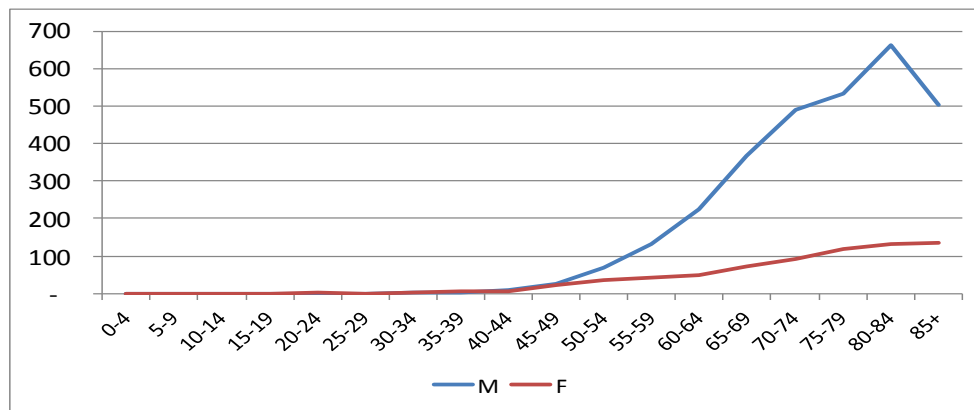
POLMONE E BRONCHI	Maschi		Femmine	
	CR vs. Nord-Ovest	CR vs. Italia	CR vs. Nord-Ovest	CR vs. Italia
Differenza TS (per 100.000 res.)	+1,4	+7,2	-0,4	+1,5
Differenza TS %	+1,9	+10,2	-1,7	+7,9
SMR		1,15		1,16



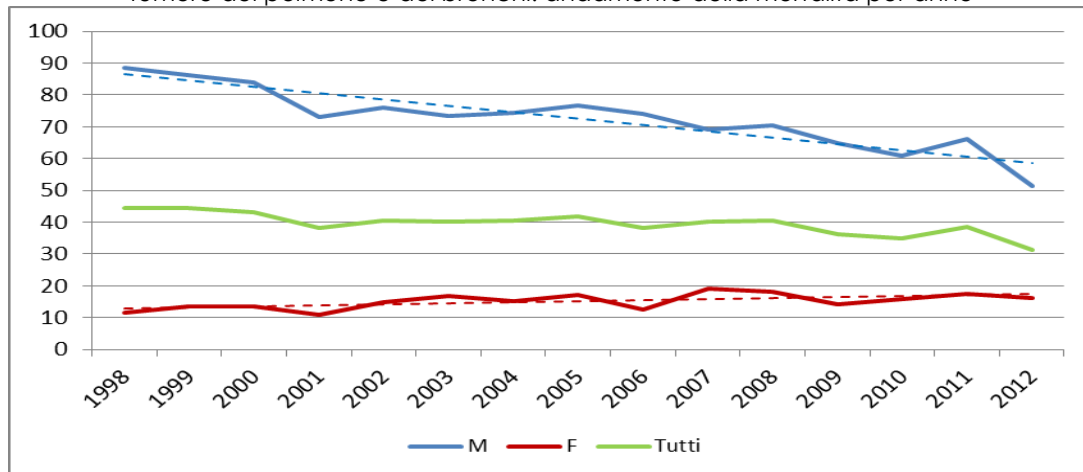
Tumore del polmone e dei bronchi: andamento dell'incidenza per anno



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



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



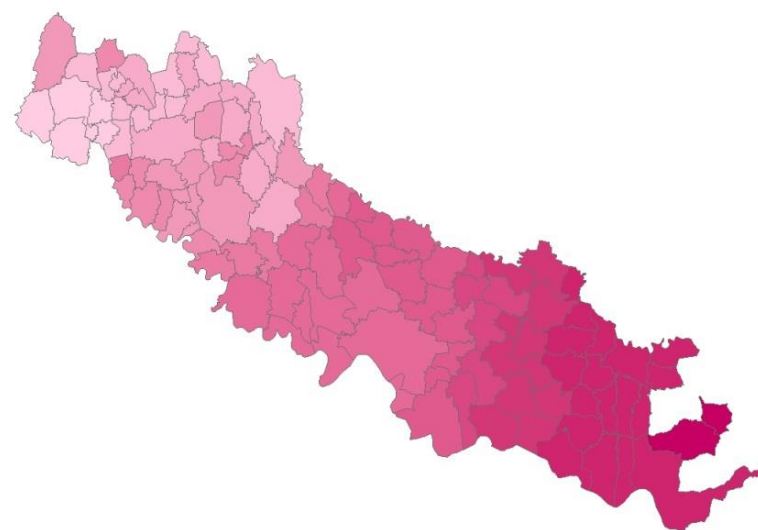
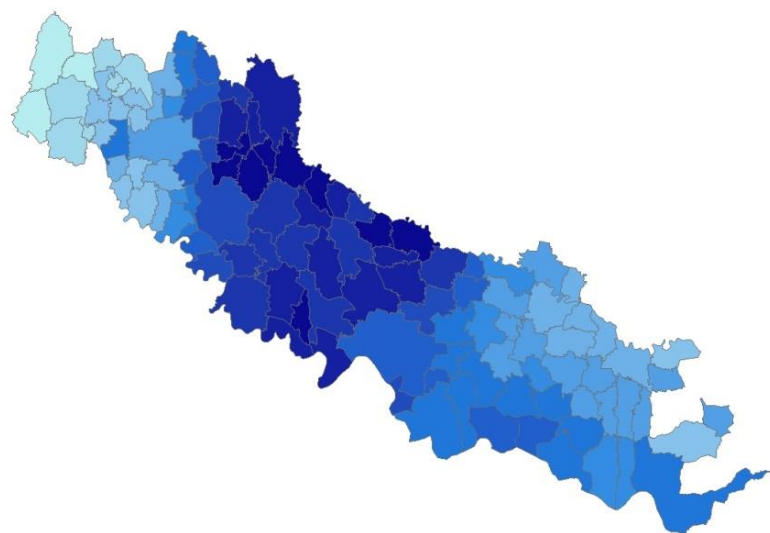
Tumore del polmone e dei bronchi: andamento della sopravvivenza (coorte 2005-2009)

Maschi				Femmine			
Sopravvivenza 1 anno		Sopravvivenza 3 anni		Sopravvivenza 1 anno		Sopravvivenza 3 anni	
Osservata	Relativa	Osservata	Relativa	Osservata	Relativa	Osservata	Relativa
34%	35%	16%	17%	40%	42%	22%	23%

### TUMORE DELLO STOMACO

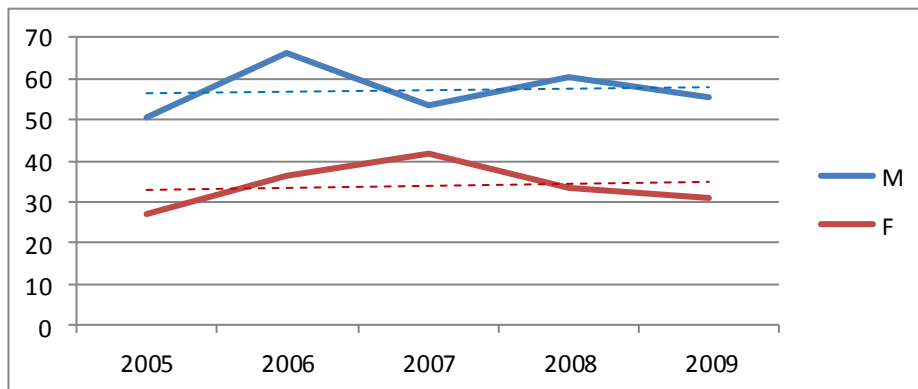
Tasso Standardizzato di incidenza (TS) e rapporto standardizzato di mortalità (SMR): provincia di Cremona vs. Nord Ovest e Italia, 2005-2009

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

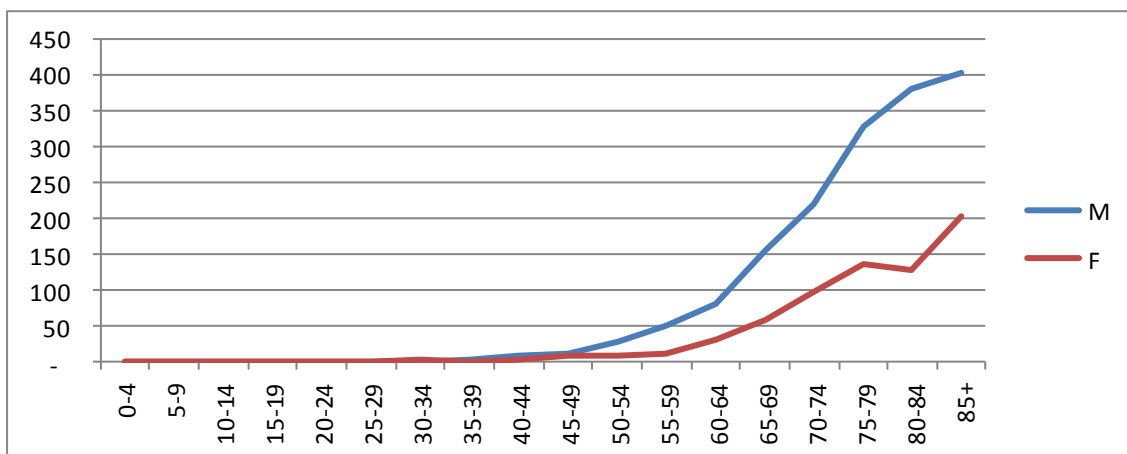




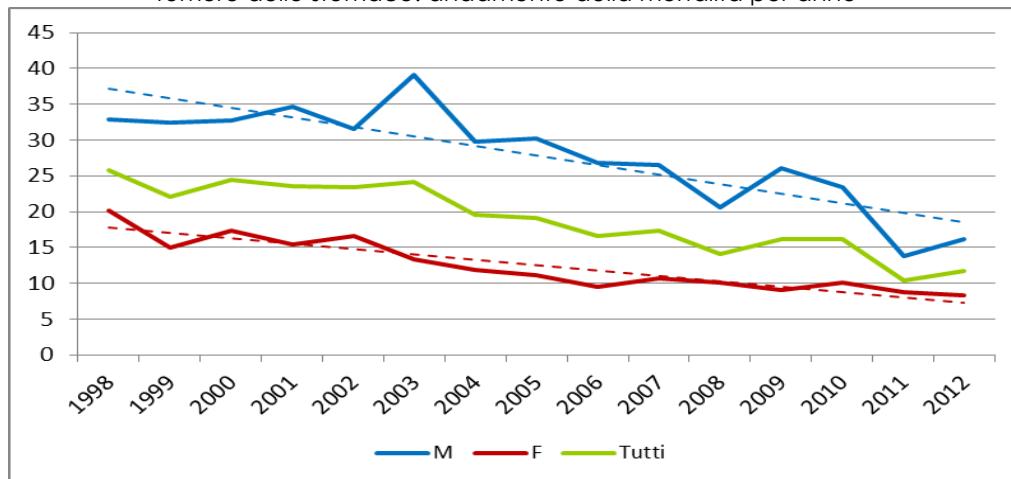
Tumore dello stomaco: andamento dell'incidenza per anno



Tumore dello stomaco: andamento dell'incidenza per età



Tumore dello stomaco: andamento della mortalità per anno



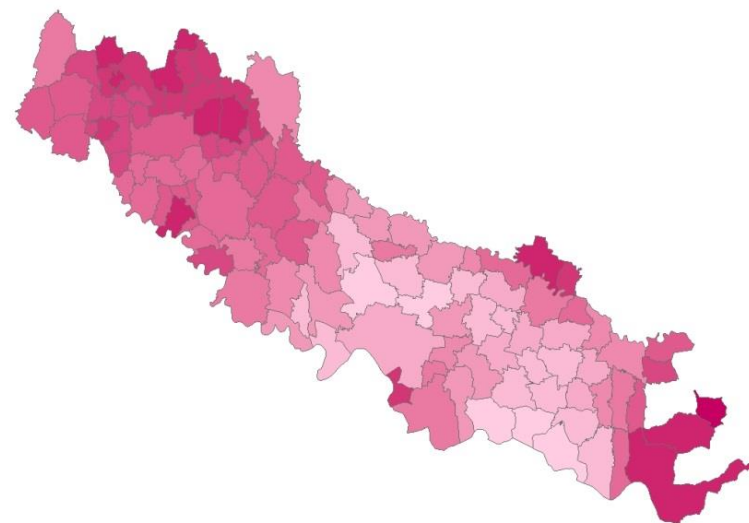
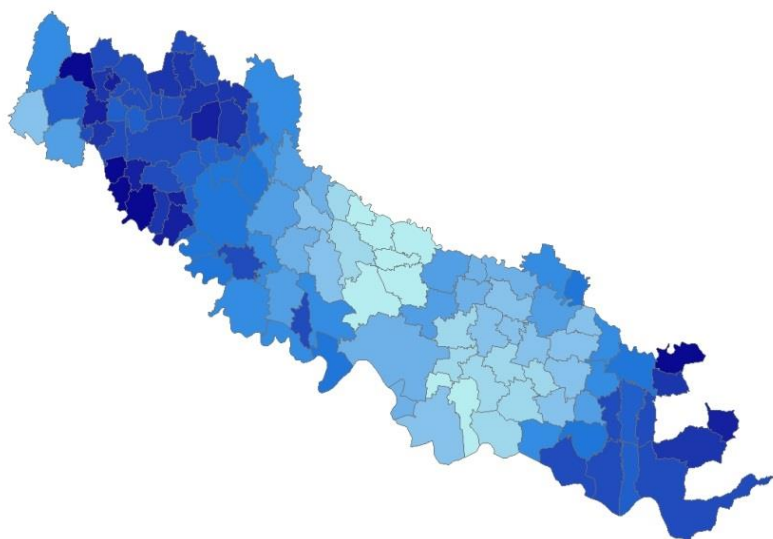
Tumore dello stomaco: andamento della sopravvivenza (coorte 2005-2009)

Maschi				Femmine			
Sopravvivenza 1 anno		Sopravvivenza 3 anni		Sopravvivenza 1 anno		Sopravvivenza 3 anni	
Osservata	Relativa	Osservata	Relativa	Osservata	Relativa	Osservata	Relativa
49%	52%	30%	34%	52%	54%	31%	35%

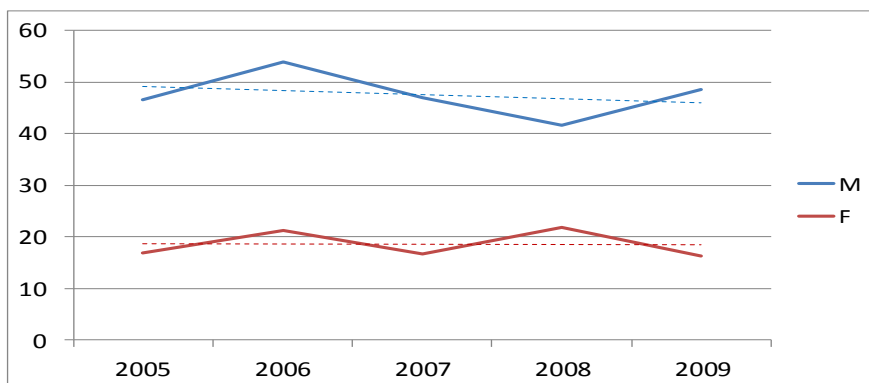
### TUMORE DEL FEGATO

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

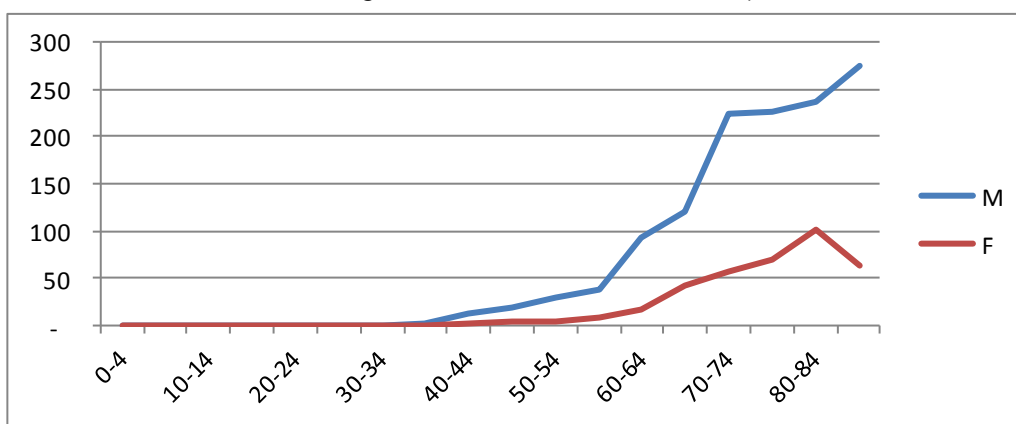
FEGATO	Maschi		Femmine	
	CR vs. Nord-Ovest	CR vs. Italia	CR vs. Nord-Ovest	CR vs. Italia
Differenza TS (per 100.000 res.)	+9,3	+12,4	+2,2	+2,1
Differenza TS %	+39,7	+61,2	+35,3	+33,1
SMR		1,71		1,35



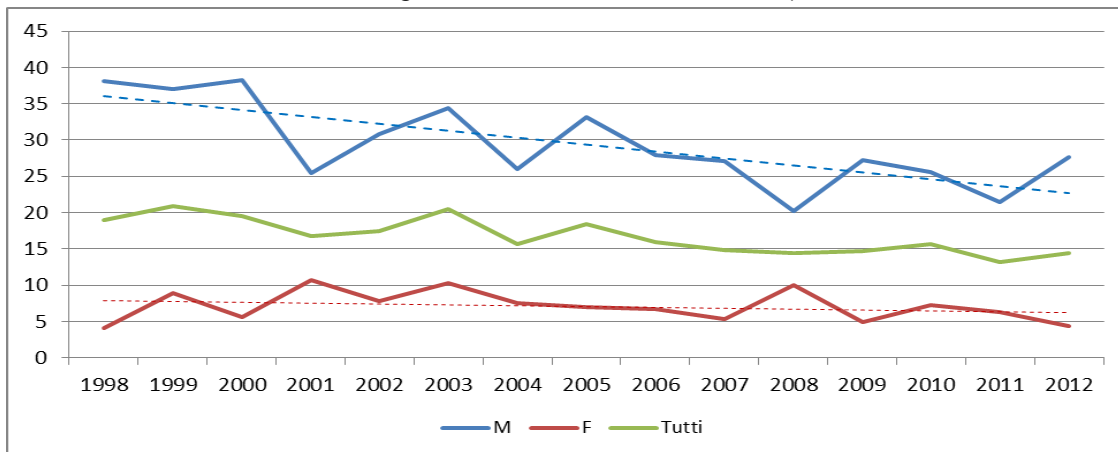
Tumore del fegato: andamento dell'incidenza per anno



Tumore del fegato: andamento dell'incidenza per età



Tumore del fegato: andamento della mortalità per anno



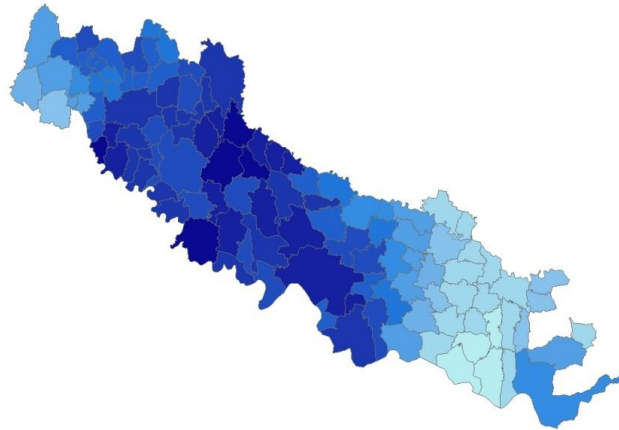
Tumore del fegato: andamento della sopravvivenza (coorte 2005-2009)

Maschi				Femmine			
Sopravvivenza 1 anno		Sopravvivenza 3 anni		Sopravvivenza 1 anno		Sopravvivenza 3 anni	
Osservata	Relativa	Osservata	Relativa	Osservata	Relativa	Osservata	Relativa
42%	44%	22%	25%	38%	40%	20%	21%

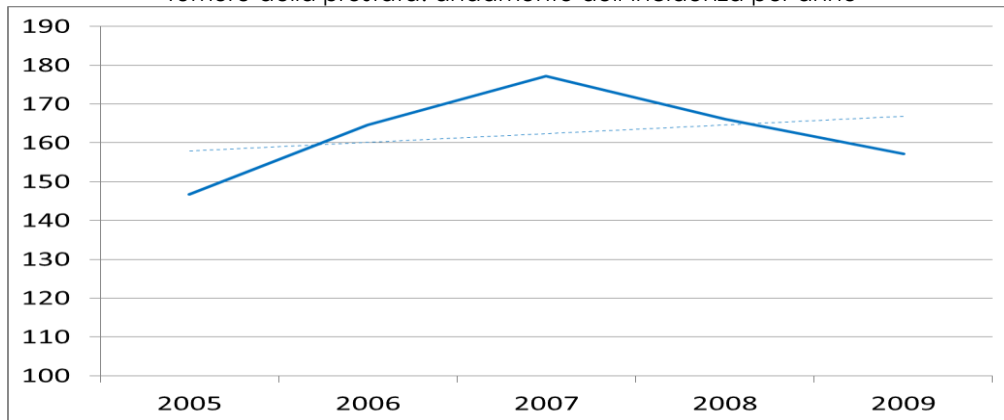
### TUMORE DELLA PROSTATA

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

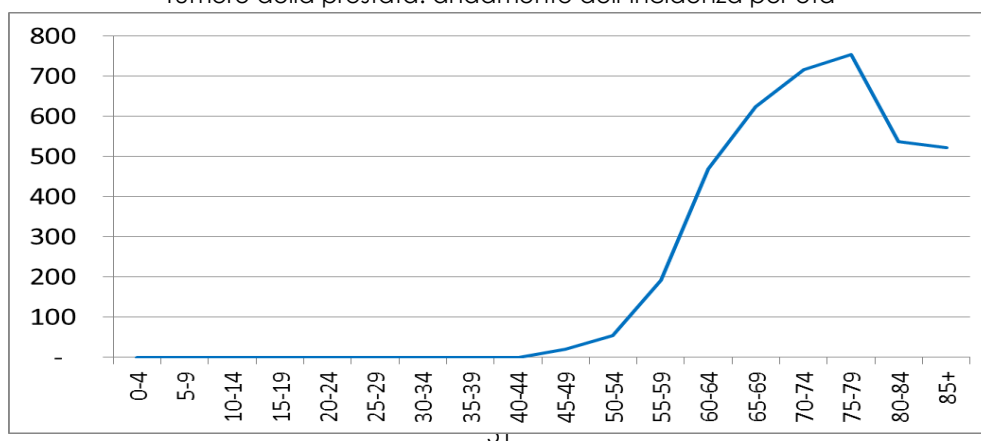
PROSTATA	CR vs. Nord-Ovest	CR vs. Italia
Differenza TS (per 100.000 res.)	+4,0	+16,5
Differenza TS %	+3,6	+17,2
SMR		0,82



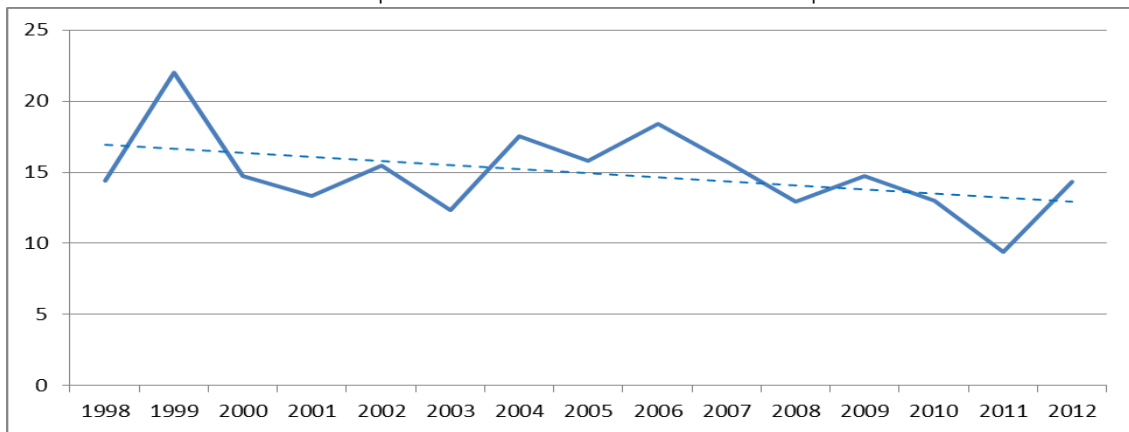
Tumore della prostata: andamento dell'incidenza per anno



Tumore della prostata: andamento dell'incidenza per età



Tumore della prostata: andamento della mortalità per anno



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

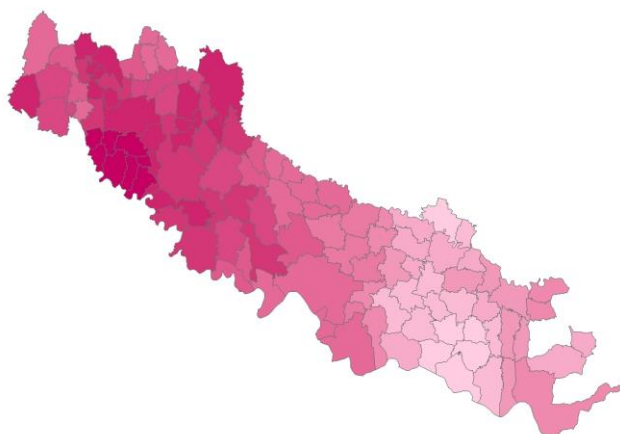
Sopravvivenza 1 anno		Sopravvivenza 3 anni	
Osservata	Relativa	Osservata	Relativa
94%	97%	85%	95%

TUMORI TARGET DELLE CAMPAGNE DI SCREENING

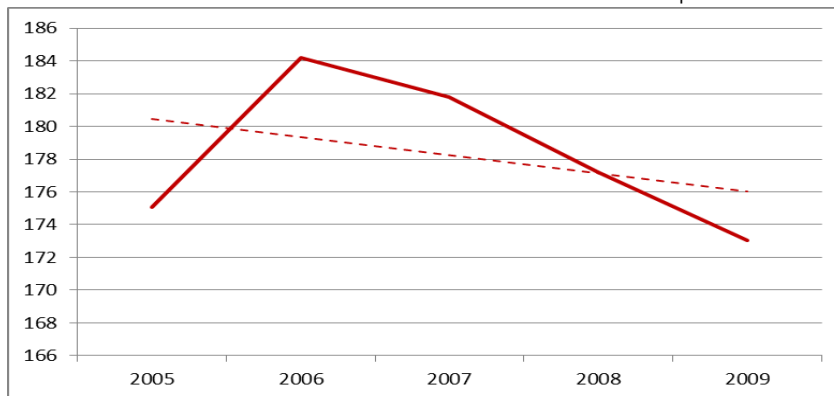
**TUMORE DELLA MAMMELLA DELLA DONNA**

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

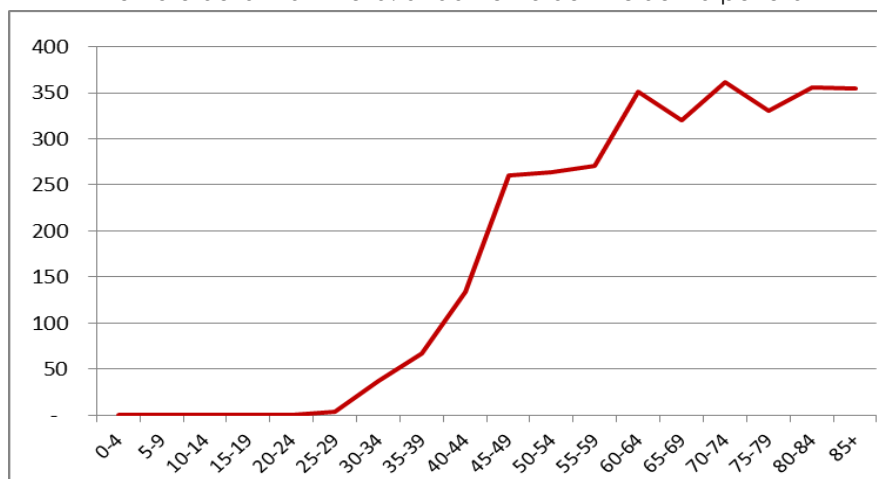
MAMMELLA	CR vs. Nord-Ovest	CR vs. Italia
Differenza TS (per 100.000 res.)	+2,0	+9,9
Differenza TS %	+1,7	+8,7
SMR		1,18

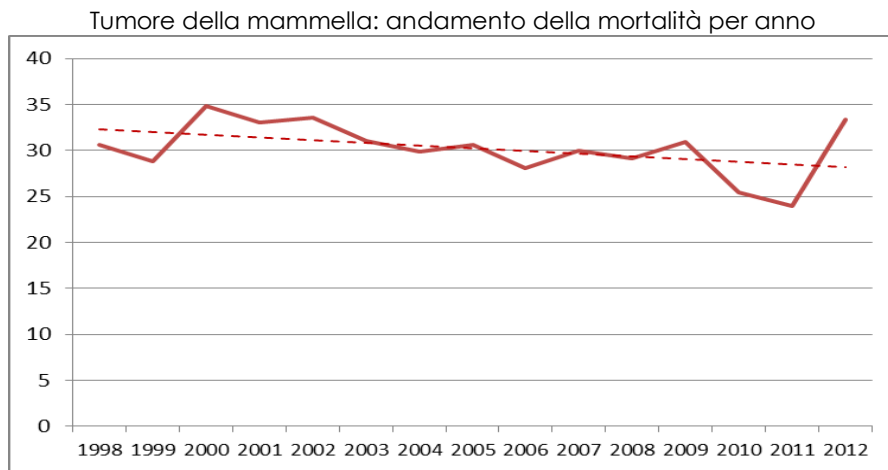


Tumore della mammella: andamento dell'incidenza per anno



Tumore della mammella: andamento dell'incidenza per età





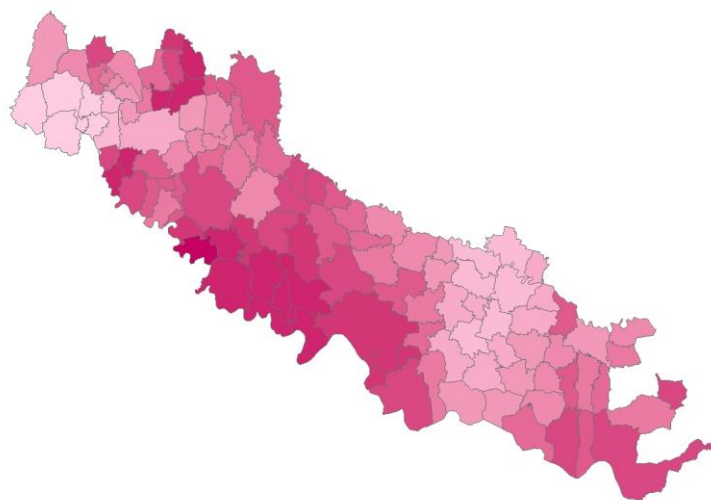
Tumore della mammella: andamento della sopravvivenza (coorte 2005-2009)

Sopravvivenza 1 anno		Sopravvivenza 3 anni	
Osservata	Relativa	Osservata	Relativa
94%	96%	86%	92%

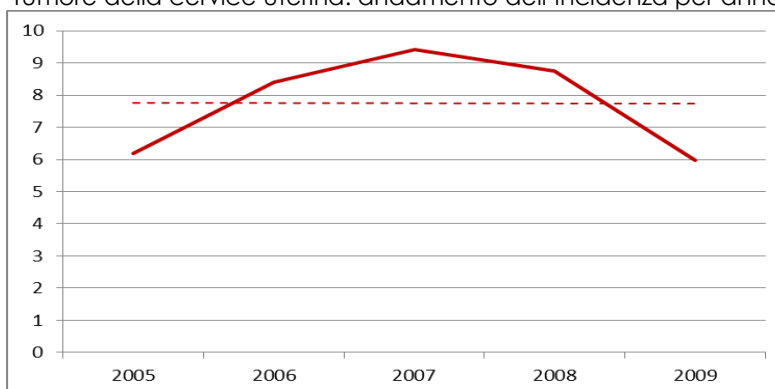
### TUMORE DELLA CERVICЕ UTERINA

Tasso Standardizzato di incidenza (TS): provincia di Cremona vs. Nord Ovest e Italia  
2005-2009

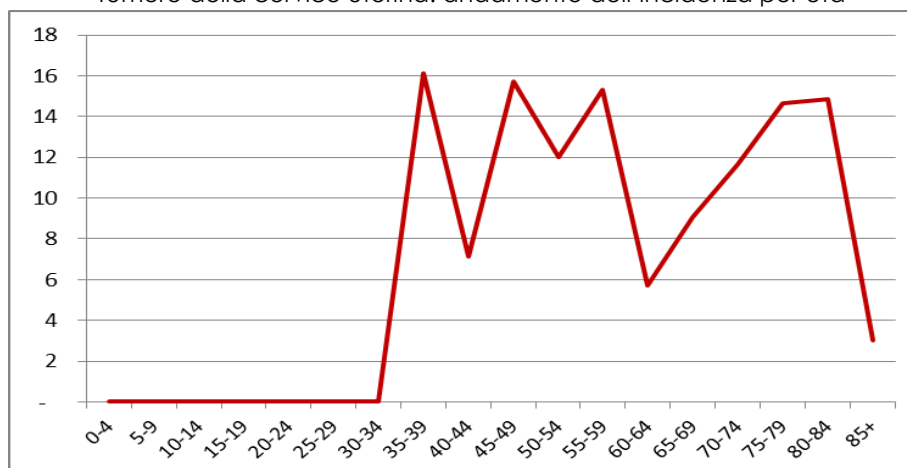
CERVICЕ UTERINA	CR vs. Nord-Ovest	CR vs. Italia
Differenza TS (per 100.000 res.)	-1,0	-0,2
Differenza TS %	-15,0	-4,0



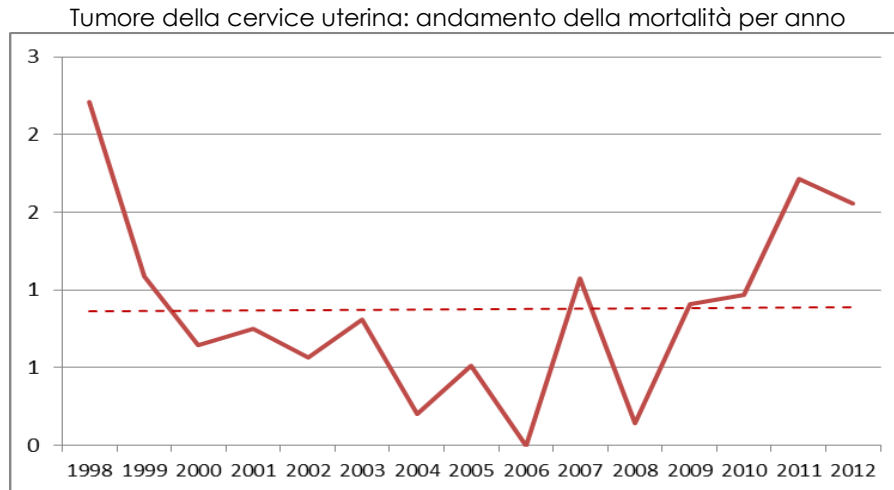
Tumore della cervicе uterina: andamento dell'incidenza per anno



Tumore della cervicе uterina: andamento dell'incidenza per età







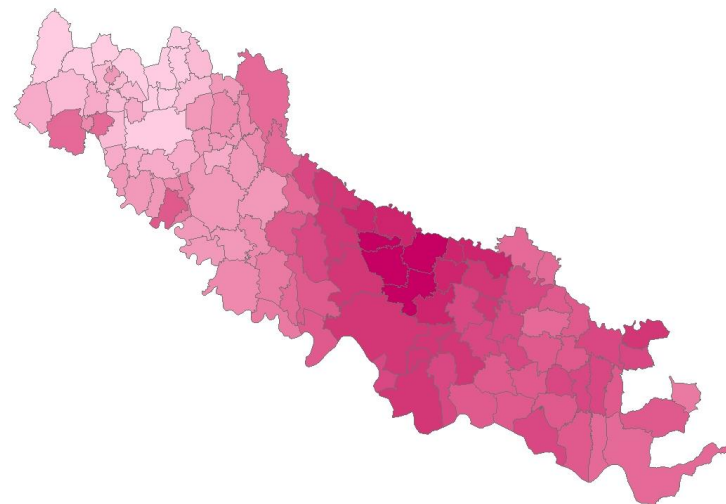
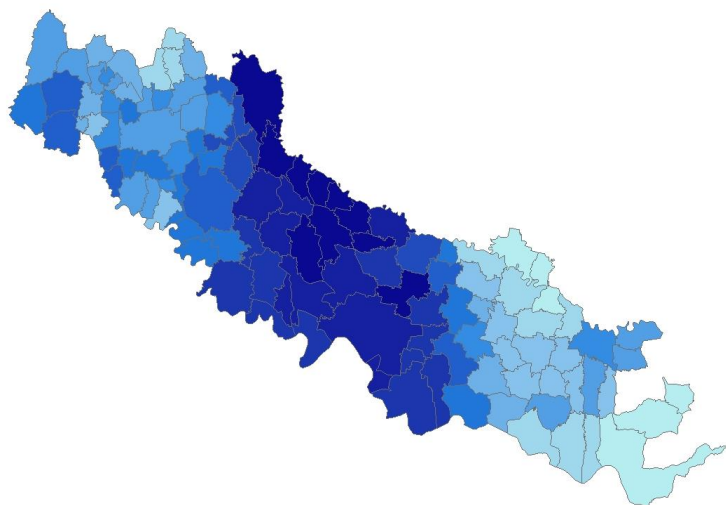
Tumore della cervice uterina: andamento della sopravvivenza (coorte 2005-2009)

Sopravvivenza 1 anno		Sopravvivenza 3 anni	
Osservata	Relativa	Osservata	Relativa
87%	88%	70%	73%

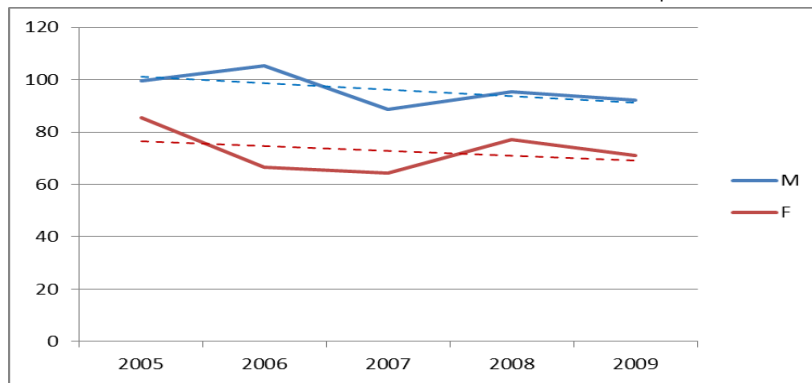
### TUMORE DEL COLON-RETTO

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

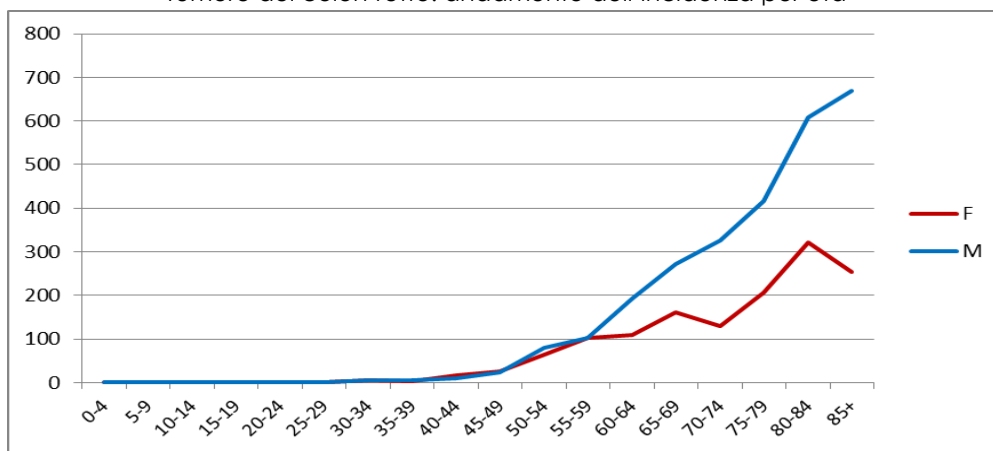
COLON-RETTO	Maschi		Femmine	
	CR vs. Nord-Ovest	CR vs. Italia	CR vs. Nord-Ovest	CR vs. Italia
Differenza TS (per 100.000 res.)	-0,9	0,0	-0,7	-1,0
Differenza TS %	-1,4	0,0	-1,7	-2,4
SMR		1,07		0,87



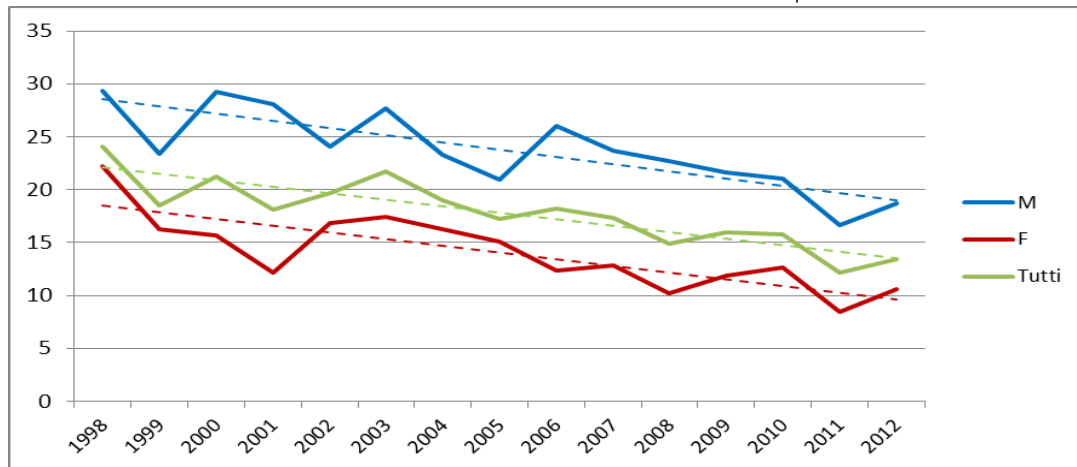
Tumore del colon-retto: andamento dell'incidenza per anno



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)

Maschi				Femmine			
Sopravvivenza 1 anno		Sopravvivenza 3 anni		Sopravvivenza 1 anno		Sopravvivenza 3 anni	
Osservata	Relativa	Osservata	Relativa	Osservata	Relativa	Osservata	Relativa
78%	82%	61%	70%	76%	79%	63%	69%

## 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.

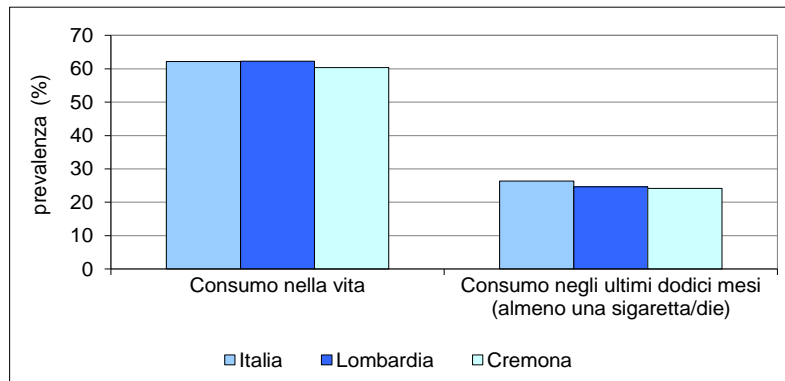
Ancora oggi non sono disponibili dati sufficientemente dettagliati a livello locale sull'abitudine al fumo e su quanto la popolazione percepisca e recepisca interventi di sanità pubblica, quali campagne di prevenzione, messaggi promozionali e attività di counselling specifiche. Anche se, come segnalato 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

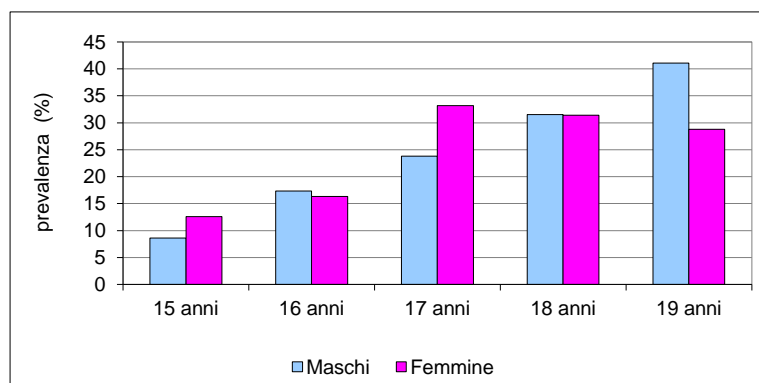


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2011

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.



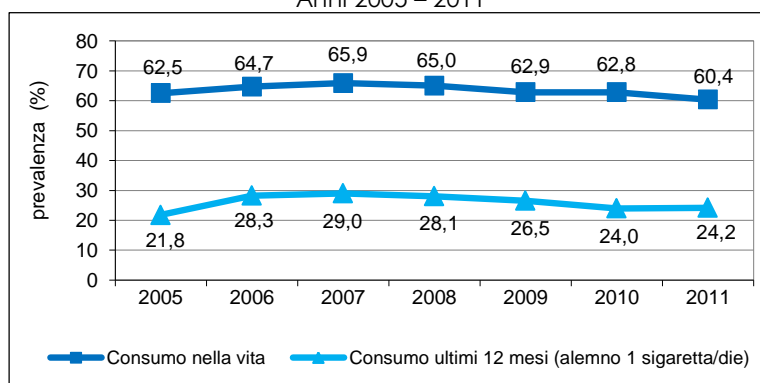
\*una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi

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
Cardiopatia ischemica	47
Ictus/cerebropatia 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.

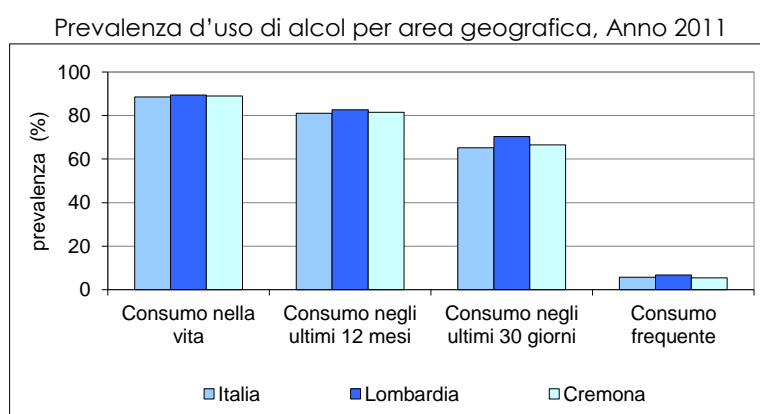
Per quanto riguarda alcuni indicatori specifici di contrasto al problema, al 28% dei fumatori è stata prestata attività di counselling, mentre l'1,1% è stato inviato a Centri Antifumo e lo 0,7% è stata somministrata una terapia. L'analisi dei dati è attualmente in corso per gli opportuni approfondimenti.

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. Sono state indagate 577 donne in gravidanza, 38 delle quali (pari al 6,5%) hanno mantenuto l'abitudine al fumo durante la gravidanza. Nelle mamme seguite negli spazi dedicati al sostegno dell'allattamento, 28 donne (il 5,2%) hanno proseguito a fumare nel dopo-parto. A tutte sono stati offerti colloqui informativi mirati e counseling, secondo le indicazioni del progetto regionale " Mamme senza Fumo".

## 1.2. 2 ALCOL E SOSTANZE STUPEFACENTI

Nel periodo 2005-2009 è stato condotto, in collaborazione con il CNR, lo studio ESPAD-Italia, che ha indagato l'uso di sostanze psicoattive su un campione di studenti di 15-19 anni della provincia di Cremona, attraverso la somministrazione di un questionario anonimo e auto-compilato, allo scopo di monitorare e stimare la prevalenza di consumo di sostanze psicoattive in specifici periodi temporali: nel corso della vita, nell'ultimo anno, nell'ultimo mese. Le evidenze che emergono, oltre a monitorare il fenomeno, permettono di osservare il trend del consumo delle sostanze, oltre che comprendere l'evoluzione dello stile di utilizzo delle stesse.

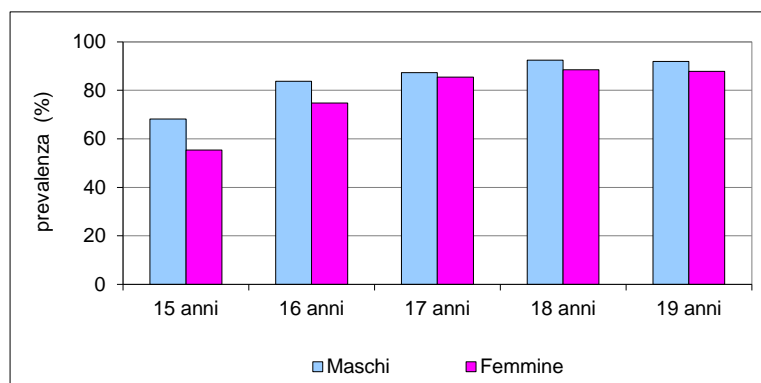
L'89,1% della popolazione studentesca provinciale riferisce di aver bevuto alcolici almeno una volta nella vita, l'81,5% lo ha fatto nell'ultimo anno, il 66,5% nell'ultimo mese e per il 5,4% il consumo è stato frequente, quasi quotidiano (in Italia: 88,7%, 81,1%, 65,2% e 5,7%; in Lombardia: 89,5%, 82,7%,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



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\* nella provincia di Cremona. per genere ed età, Anno 2011

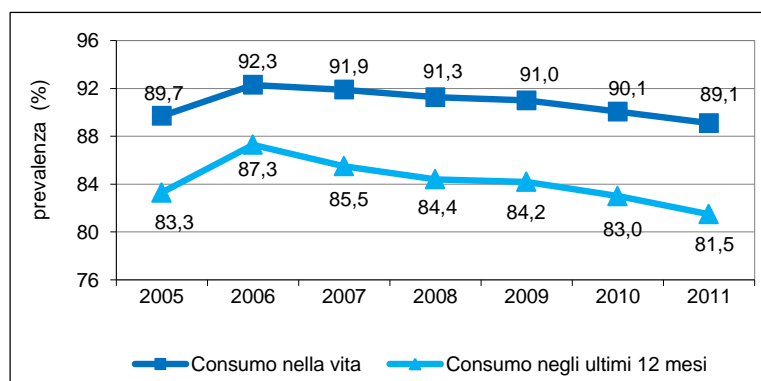


\* una o più volte negli ultimi 12 mesi  
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2011

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.

Andamento della prevalenza d'uso di alcol nella provincia di Cremona. Anni 2005-2011



\* una o più volte negli ultimi 12 mesi  
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@: rilevazioni dal 2005 al 2011

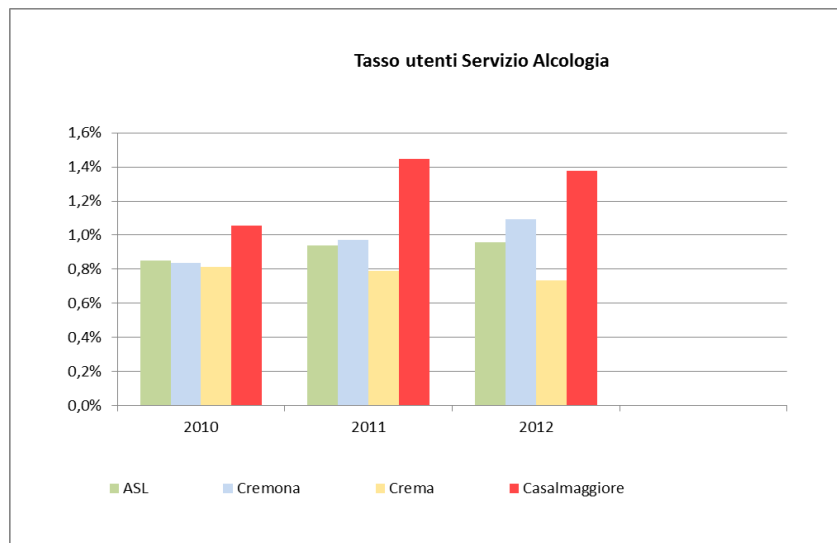
Il 35,3% degli studenti della provincia ha praticato il **binge drinking**, nell'ultimo mese, ha cioè assunto 5 o più bevande alcoliche in un'unica occasione, prevalenza che è rimasta sostanzialmente invariata dal 2008 (intorno al 35-36% per tutti gli anni).

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%).

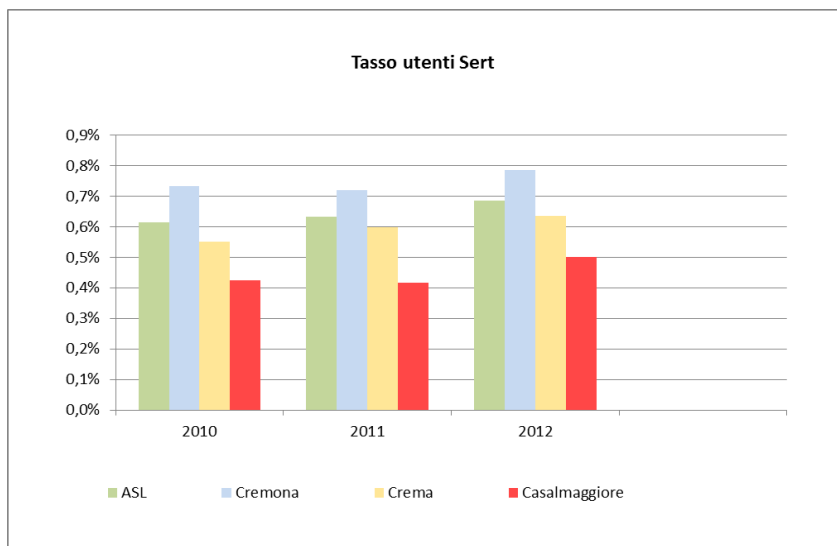
Tra le studentesse la quota di binge drinkers raggiunge il 28,6%, così come rilevato a livello nazionale (28%) e regionale (28,5%), con qualche differenza se si considera l'età. In provincia, infatti, se tra le studentesse di 15 e 19 anni si rilevano prevalenze inferiori alle corrispondenti nazionali 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%).



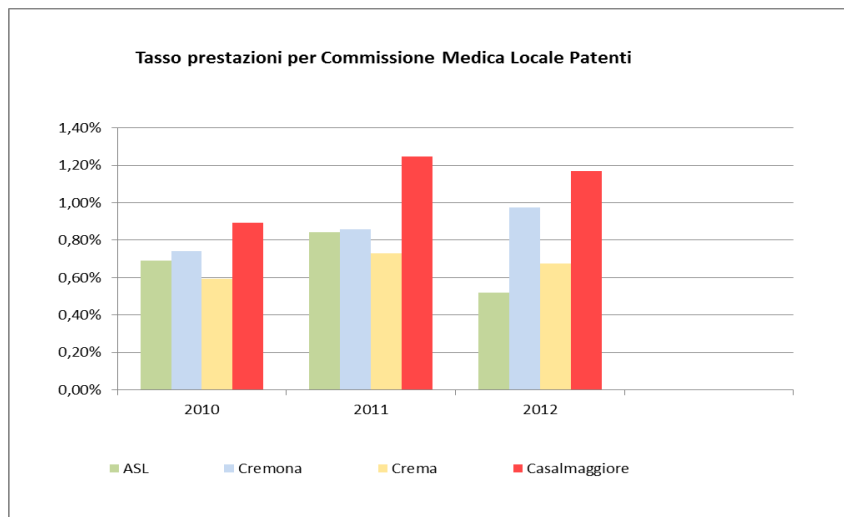
Di seguito si riportano alcuni dati relativi al trend del tasso degli utenti in carico ai Sert distrettuali in relazione al fenomeno del consumo di alcol e al fenomeno del consumo di sostanze stupefacenti.



I dati evidenziano un complessivo consolidamento del trend di incremento degli utenti del Servizio di alcolgia. Per il SerT di Casalmaggiore si rileva tasso più elevato di persone in carico al servizio di alcolgia tra i residenti nella fascia di età 15-75. I dati relativi all'anno 2012 evidenziano un incremento di utenza alcoldipendenti nel distretto di Cremona ed una lieve flessione, rispetto al 2011, nei distretti di Crema e Casalmaggiore.



I dati evidenziano un complessivo incremento degli utenti tossicodipendenti tra il 2010 ed il 2012. L'incremento è trasversale nei tre Distretti, con valori più elevati nel distretto di Cremona rispetto ai distretti di Crema e Casalmaggiore.



Si evidenzia un incremento dell'accesso al SerT di persone inviate dalla Commissione Medica Patenti per infrazione art. 186 del Codice della strada tra il 2010 ed il 2011; nel 2012 si assiste ad una complessiva marcata riduzione, con un lieve decremento per Crema e Casalmaggiore a fronte di un lieve incremento per il distretto di Cremona.

### 1.2.3 INCIDENTI STRADALI

Gli incidenti stradali rappresentano un problema di assoluta priorità a causa dell'alto numero di morti e di 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.

Cremona e Mantova hanno condiviso per anni il triste primato di prime della graduatoria per morti in corso di incidente stradale ed ancor oggi spiccano nel quadro lombardo.

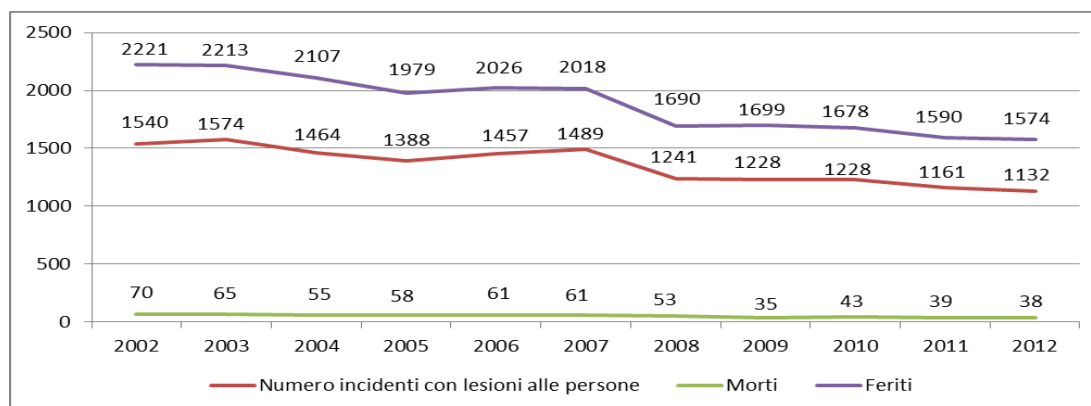
Il rapporto ACI, in collaborazione con ISTAT, sull'incidentalità stradale 2012 fornisce il quadro generale

PROVINCE E REGIONI	Totale Incidenti				di cui Incidenti Mortali			
	Valore assoluto	Persone infortunate		Valore assoluto	Persone infortunate			
		Morti	Feriti		Morti	Feriti		
Varese	2.599	41	3.630	40	41	32		
Como	1.727	33	2.429	33	33	12		
Lecco	831	12	1.121	12	12	8		
Sondrio	461	17	721	16	17	8		
Milano	16.190	129	21.681	123	129	75		
Monza e della Brianza	2.655	21	3.608	21	21	10		
Bergamo	3.012	54	4.159	49	54	39		
Brescia	3.310	89	4.790	82	89	79		
Pavia	1.646	41	2.382	39	41	26		
Lodi	557	21	839	20	21	17		
Cremona	1.132	38	1.574	38	38	19		
Mantova	1.278	44	1.825	42	44	38		
<b>Lombardia</b>	<b>35.398</b>	<b>540</b>	<b>48.759</b>	<b>515</b>	<b>540</b>	<b>363</b>		

Per quanto riguarda il trend, a Cremona si registra una diminuzione per tutti i parametri a fronte della situazione regionale complessiva che rileva una diminuzione degli incidenti sulle strade lombarde con aumento delle vittime.

In particolare, tra il 2002 ed il 2012 il numero di incidenti con lesioni alle persone, di morti e di feriti è diminuito rispettivamente del 26%, del 46% e del 29%, come si evince dal grafico sotto riportato

Numero di incidenti stradali, morti e feriti in provincia di Cremona, anni 2002-2012 (fonte ACI- ISTAT)



I dati sopra esposti, mentre evidenziano i significativi risultati conseguiti dalle politiche di prevenzione e contrasto adottate a livello nazionale, regionale e locale, se letti alla luce di quelli di consumo illustrati nella sezione precedente e di quelli rilevati dai Club Alcolologici Territoriali locali - che evidenziano una forte riduzione di età nella comparsa di gravi problemi di consumo - richiamano tuttavia la necessità di mantenere il massimo livello di attenzione e di continuare e consolidare gli interventi finalizzati alla modifica dei comportamenti individuali, con particolare riferimento all'uso a rischio di alcol che rappresenta uno dei fattori più rilevanti.

Per tale ragione sono attivi progetti specifici rivolti al mondo della scuola ("Nuovo Notti Sicure" – Costruire la Salute) e progetti di prevenzione selettiva ("Sost.A. Qui", rivolti a gruppi a rischio) realizzati attraverso la collaborazione tra Dipartimento Dipendenze – Settore Alcolologia e Commissione Locale Patenti dell'ASL e rivolti alle persone fermate per infrazione all'art. 186 (guida in stato di ebbrezza) e 187 (guida sotto effetto di sostanze stupefacenti) del Codice della Strada.

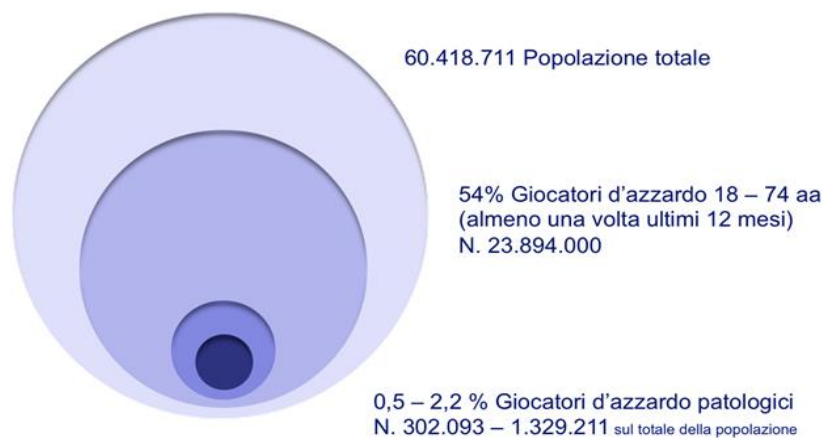
Nell'ambito dell'articolata attività di prevenzione e controllo, l'ASL della provincia di Cremona dispone inoltre del Laboratorio di Sanità Pubblica, struttura accreditata da Regione Lombardia, secondo la DGR 9097/2009, dotato della più moderna strumentazione per la ricerca di sostanze stupefacenti e 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, infine, il Laboratorio esegue la ricerca di stupefacenti nel capello anche per l'ASL di Brescia.

#### 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 online 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
<b>15-19 anni</b>	<b>57,4</b>	<b>35,7</b>	<b>46,8</b>	<b>50,3</b>	<b>31,9</b>	<b>41,0</b>	<b>48,3</b>	<b>30,3</b>	<b>39,3</b>

\*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%).

Nel corso del 2013, 85 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, 43 dei quali già noti al Servizio (vedi tabella allegata).

Utenti in carico ai SerT dell'ASL della provincia di Cremona per GAP, anno 2013

SERT	Utenti nuovi	Utenti già noti	Totale
Cremona	20	22	42
Crema	15	13	28
Casalmaggiore	7	8	15
<b>TOTALE ASL</b>	<b>42</b>	<b>43</b>	<b>85</b>

### 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.

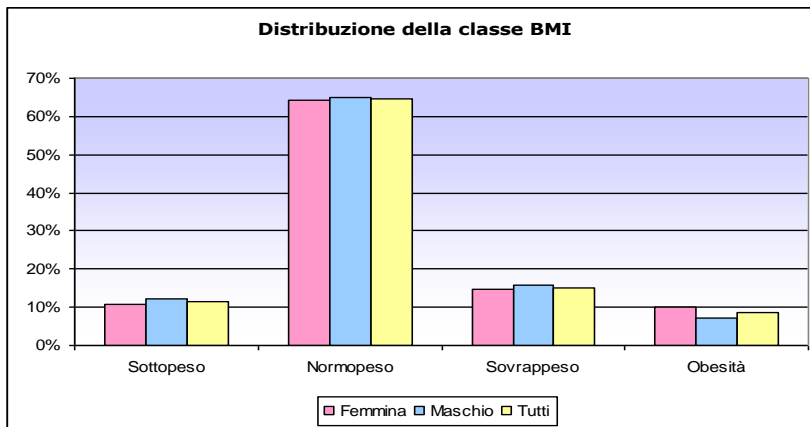
#### L'obesità infantile nella provincia di Cremona

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.

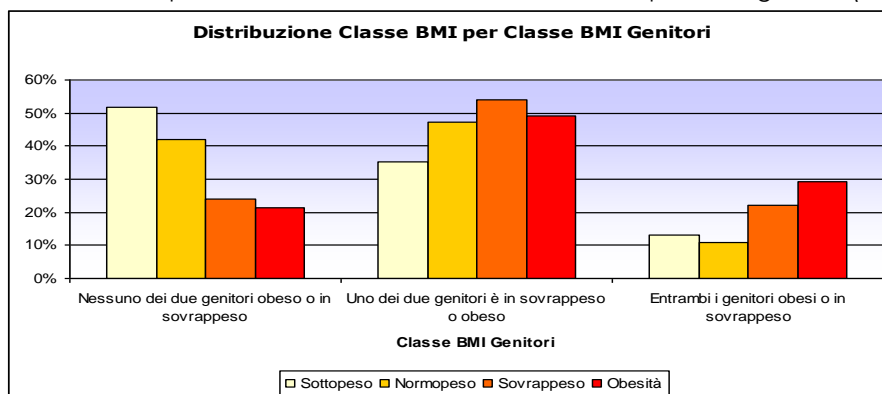
Negli ultimi anni la prevalenza dell'obesità nei bambini è drasticamente aumentata. Accurate analisi dei costi della patologia e delle sue onerose conseguenze hanno indotto l'OMS e anche il nostro Paese a definire la prevenzione dell'obesità come un obiettivo prioritario di salute pubblica.

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 i dati relativi alla nostra popolazione di bambini tra i 6 e gli 8 anni.

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

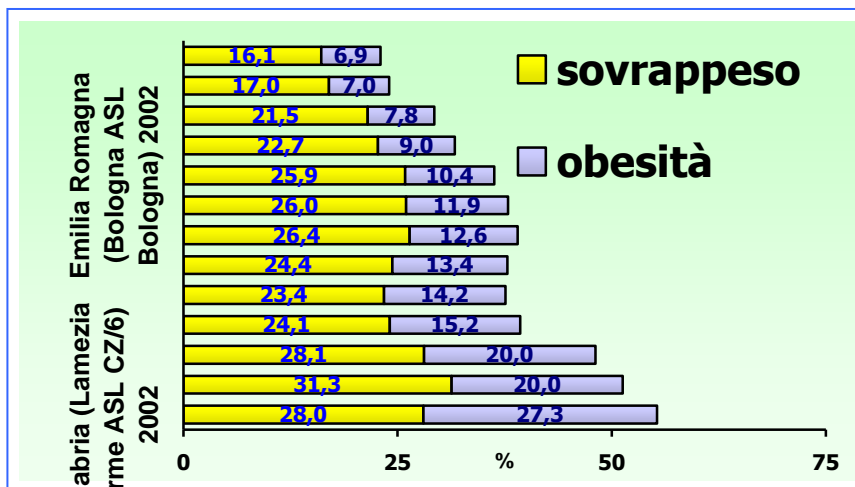
Risultati in sintesi:

- Non si osservano variazioni sostanziali per età
  - ma sensibile eccesso di sottopeso, sovrappeso e obesità tra 6,5 e 7 anni
- Le femmine hanno una prevalenza maggiore di sovrappeso e obesità, più marcata utilizzando i limiti di Cole

	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

- I maschi hanno una prevalenza maggiore di sottopeso, soprattutto utilizzando i limiti di Cole
  - 9,3 vs. 7,5

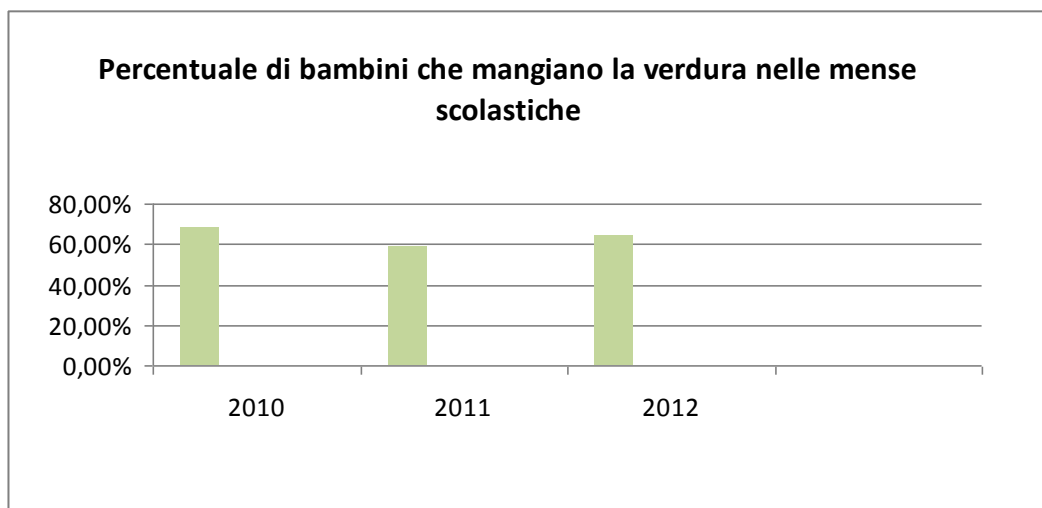
I dati di confronto disponibili in letteratura sono i seguenti (alunni della terza elementare):



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.



(Fonte SIAN CR)

Da richiamare ulteriormente sono inoltre i dati rilevati dall'ASL nel 2002 nel corso di un'indagine sulle abitudini alimentari negli adolescenti, mediante la somministrazione di un questionario di autovalutazione. Sono stati indagati gli studenti delle scuole secondarie di II



grado delle classi 1° e 5°. Gli studenti che hanno risposto al questionario sono stati 2890 ed i dati sulle abitudini alimentari possono essere così riassunti:

- solo il 45 % dei ragazzi consuma una prima colazione adeguata
- il 71 % degli studenti non mangia verdura cruda, il 25 % ne mangia, ma in quantità insufficiente
- l'86 % non mangia affatto verdure cotte, il 12 % le consuma solo occasionalmente
- quasi tutti mangiano la frutta, ma solo il 20 % in quantità adeguata.

Obesità nell'età adulta

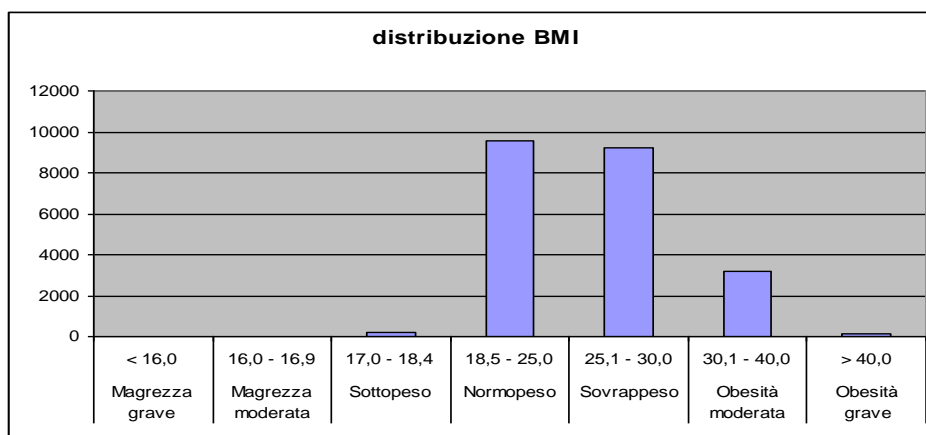
Le informazioni relative alla provincia di Cremona ci provengono dalla elaborazione dei dati raccolti con la Carta del Rischio Cardio-Cerebrovascolare che riguarda le persone della nostra provincia tra i 40 e i 69 anni d'età, apparentemente sani, che indaga sui fattori di rischio di ammalare per malattie del sistema circolatorio. Si tratta di 22.478 soggetti, quindi un campione molto ampio.

Dallo studio, di cui si riportano a seguire alcuni dati, emerge che il 56% dei soggetti monitorati è sovrappeso o obeso.

Distribuzione delle classi di peso in adulti 40-69 anni d'età (Fonte: ASL CR)

BMI					
Categorie IMC	IMC	F	M	TOT	TOT%
Magrezza grave	< 16,0	5	1	6	0,03%
Magrezza moderata	16,0 - 16,9	28	7	35	0,16%
Sottopeso	17,0 - 18,4	200	34	234	1,04%
Normopeso	18,5 - 25,0	5179	4505	9684	43,08%
Sovrappeso	25,1 - 30,0	3314	5904	9218	41,01%
Obesità moderata	30,1 - 40,0	1470	1678	3148	14,00%
Obesità grave	> 40,0	90	63	153	0,68%
n° soggetti		10286	12192	22478	100,00%

E l'entità del problema appare forse più visibile in questa rielaborazione.



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, 4006 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 101770 e che gli obesi siano 33006.

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)".

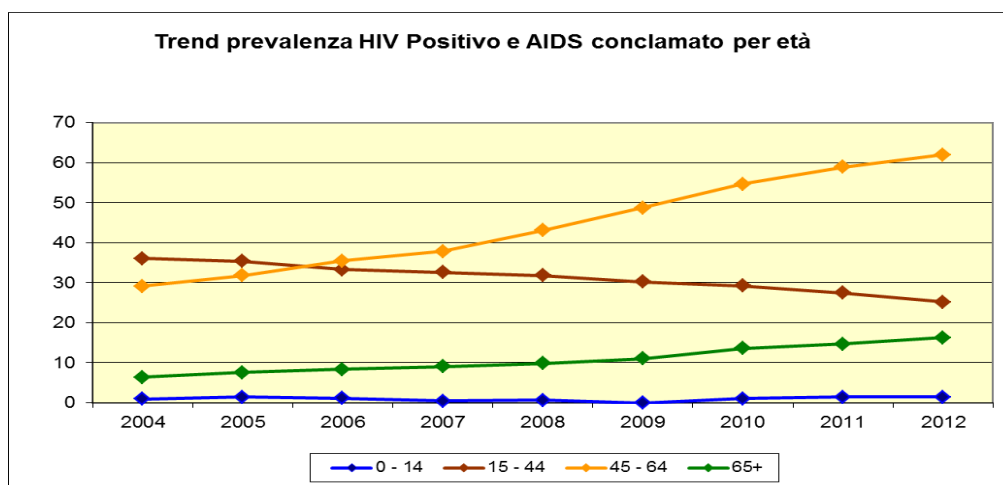
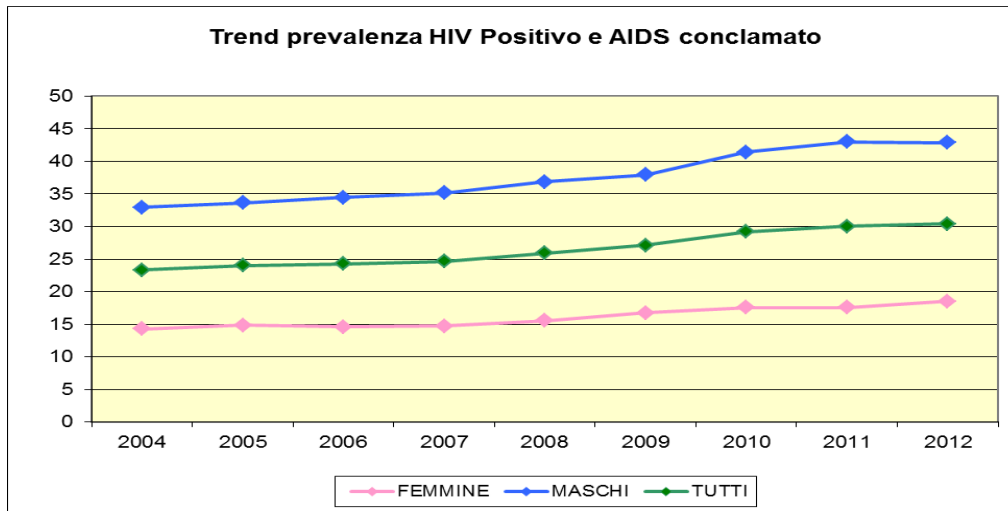
L'ASL di Cremona è fortemente impegnata nel perseguire tale metodologia di lavoro.

### 1.2.6 HIV+ E AIDS

L'andamento della prevalenza per HIV+ e AIDS nel periodo 2004 – 2012 per i residenti della provincia di Cremona 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 è praticamente raddoppiata;
- in misura minore, si è osservato un aumento nella prevalenza anche per gli over 65 anni;
- 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									Totale
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
0 - 14	4	6	5	2	3	0	5	7	7	32
15 - 44	477	467	443	440	431	407	387	360	328	3.412
45 - 64	264	289	327	355	414	479	551	601	635	3.280
65+	47	57	64	70	77	86	106	117	131	624
TOTALE	792	819	839	867	925	972	1.049	1.085	1.101	7.348



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 2013 le nuove diagnosi di infezione da HIV a carico di nostri residenti sono state 21 con un tasso d'incidenza pari al 5,8 x 100.000 abitanti leggermente al di sotto di quella riscontrabile in Lombardia pari al 7,2 x 100.000 abitanti. L'infezione è più frequente nei soggetti di sesso maschile (76%) e nei soggetti in età riproduttiva. Nell'86% dei casi i soggetti erano di nazionalità italiana; nel 100% dei casi è stata dichiarata l'acquisizione per via sessuale.

I casi di AIDS notificati nel 2013 sono stati 9 con un tasso d'incidenza pari al 2,5 x 100.000 abitanti perfettamente in linea con i dati lombardi e comunque in leggera flessione rispetto all'anno precedente. Anche in questo caso la maggior incidenza è stata riscontrata a carico dei soggetti di sesso maschile (78%). La modalità di trasmissione più frequente è legata ai rapporti sessuali e 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 di 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.

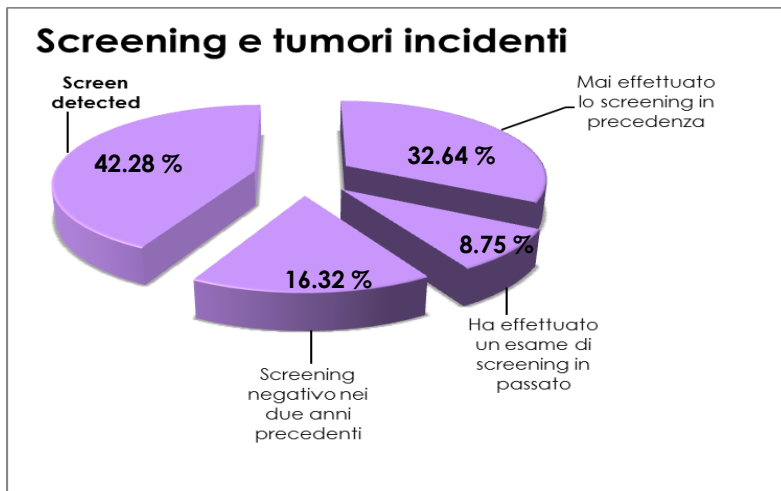
I dati del Registro Tumori della provincia di Cremona relativi al periodo 2005-2009 consentono, oltre alla disponibilità di accurati dati epidemiologici di incidenza (anni 2005 - 2009) e sopravvivenza, anche un'analisi più articolata delle caratteristiche dei tumori diagnosticati e quindi dell'efficacia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

### Screening del tumore della mammella con mammografia

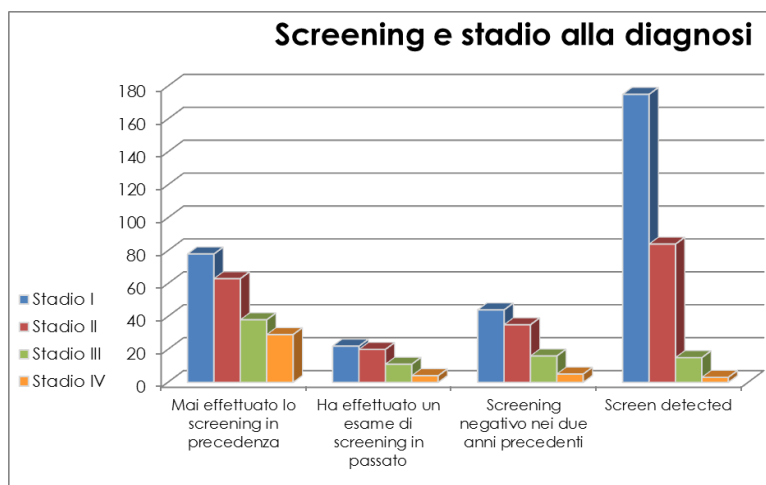
L'attuazione della mammografia di screening tende a diagnosticare i tumori della mammella in fase precoce, prima che si manifestino sintomi e quando le possibilità terapeutiche possono essere risolutive.

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 2013 ha raggiunto una adesione del 61%.

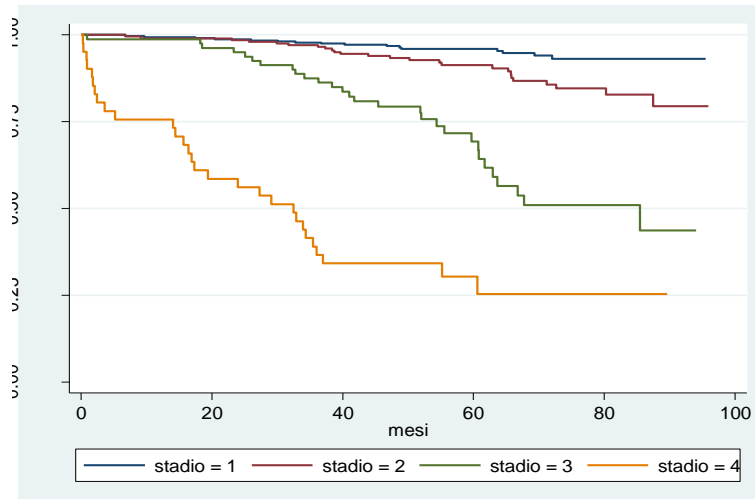
I dati del Registro Tumori provinciale relativi al 2005-2009 indicano che nella fascia di età di screening, il 42% dei Ca. mammari è stato individuato dallo screening, mentre il 16% può essere considerato "cancro intervallo", ovvero casi insorti tra uno screening e l'altro in donne abitualmente arruolate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

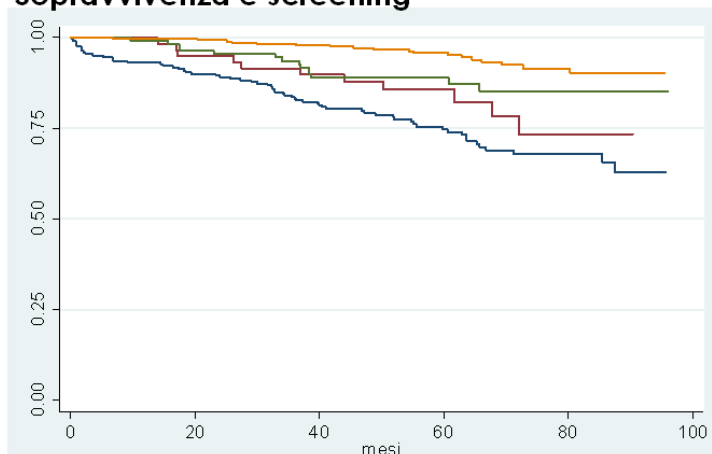


L'andamento della sopravvivenza in relazione allo stadio del tumore alla diagnosi è rappresentato nel grafico sottostante.



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.

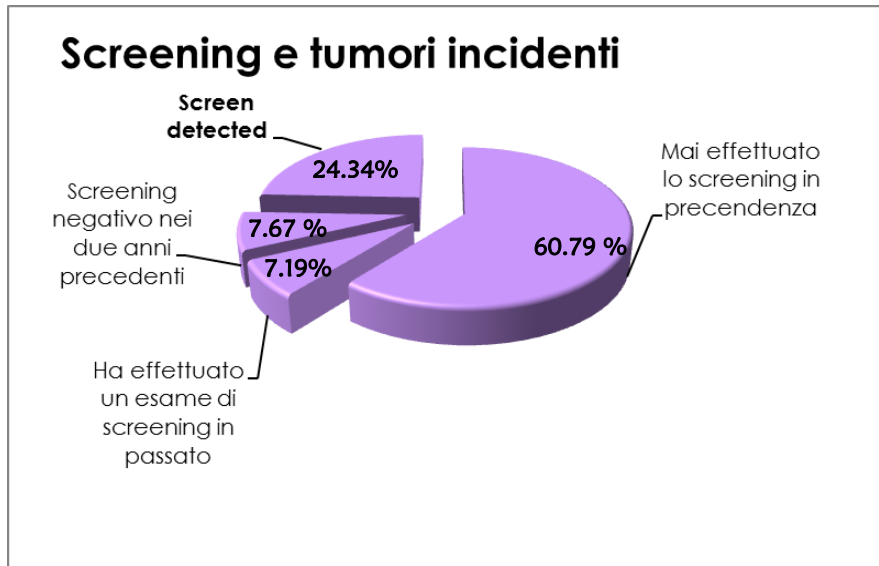
### Screening del colon-retto con la ricerca del sangue occulto nelle feci

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

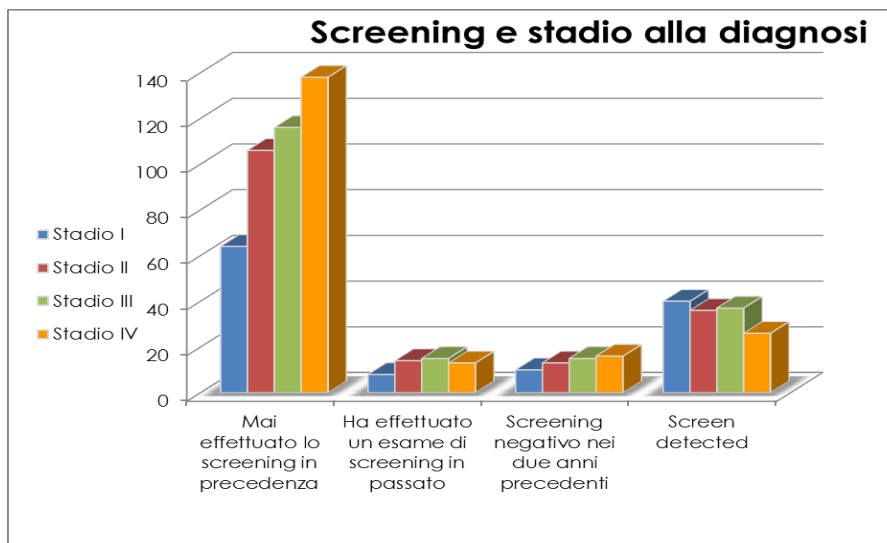
tumori). L'efficacia della prevenzione si può valutare come riduzione totale dei casi di tumore diagnosticati (sia in screening che al di fuori di esso).

Lo screening della patologia oncologica coloretta 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 2013 ha raggiunto un'adesione pari a circa il 50%.

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.

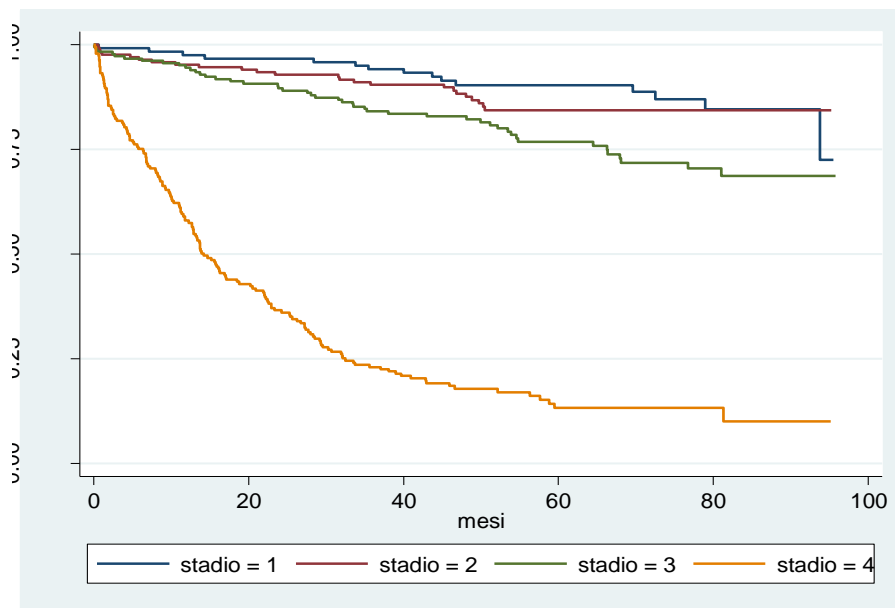


La distribuzione dei tumori per stadio indica come le forme rilevate dallo screening siano tendenzialmente meno avanzate, al contrario di quelle rilevate al di fuori dallo screening perciò già sintomatiche.



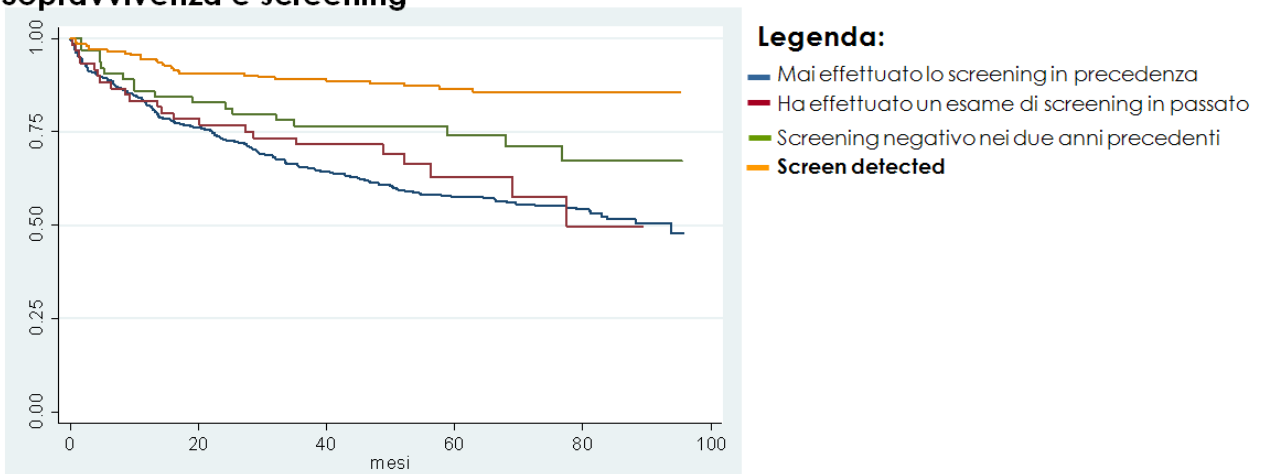
Lo stadio alla diagnosi influenza significativamente la sopravvivenza, drasticamente peggiore nelle forme più avanzate (stadio 4), come sotto evidenziato in figura.





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:

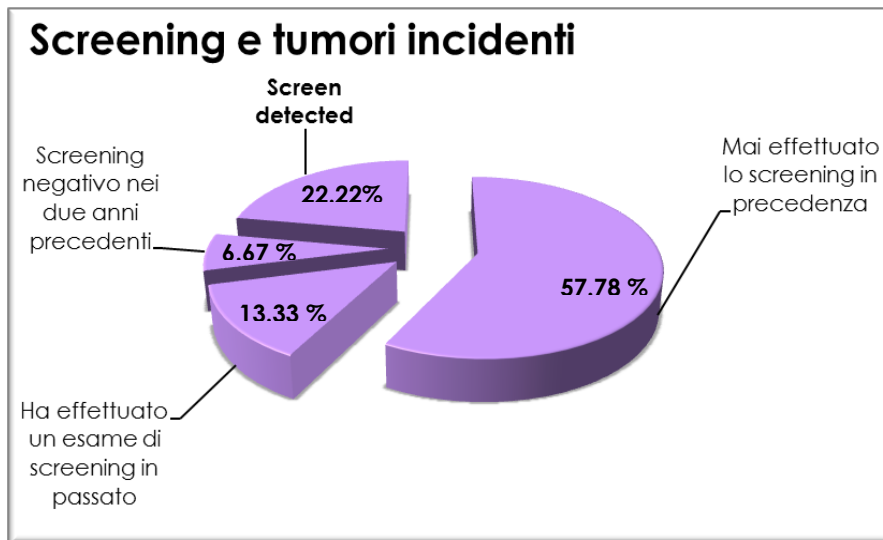
- coloro cui venga diagnosticata una lesione attraverso un esame di screening hanno un rischio di morte del 77% inferiore rispetto a coloro che sono stati diagnosticati senza avere mai fatto lo screening;
- per i tumori diagnosticati in stadio III e IV la probabilità di morte è rispettivamente doppia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

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

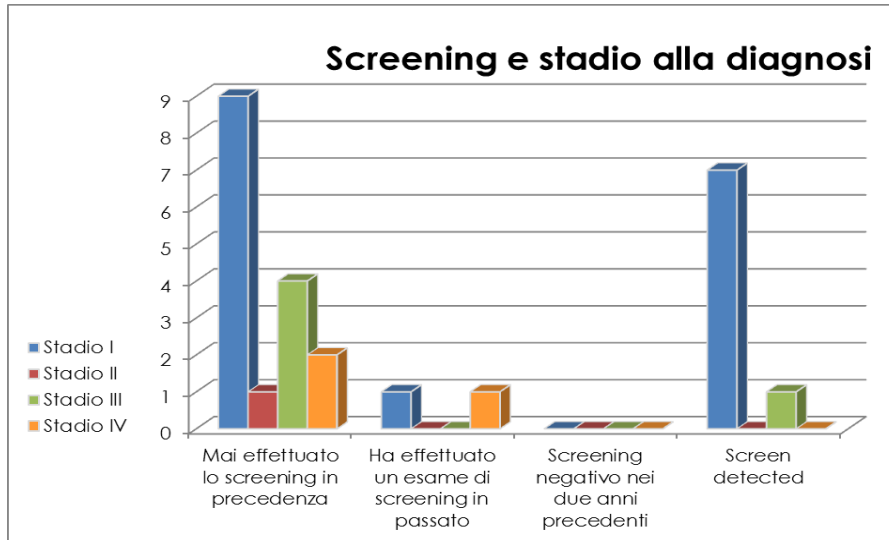
Lo screening con pap-test è ormai entrato nelle abitudini della grandissima parte delle donne cremonesi rendendo il tumore del collo dell'utero uno dei meno incidenti ed agli ultimi posti come causa di morte tra le patologie tumorali. Questi dati suggeriscono l'opportunità di mutare la politica di prevenzione: 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.

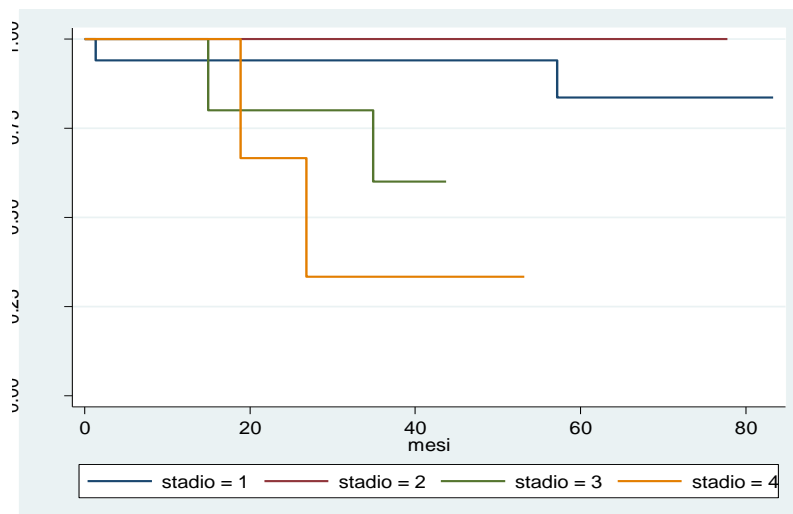


L'esiguità dei numeri non consente una corretta valutazione della distribuzione per stadio, ma la figura sotto riportata evidenzia come lo screening individui prevalentemente gli stadi più precoci e nessuno stadio IV – metastatico.



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: al 2013 ha superato l'85% alla prima dose per la coorte del 2001 ed è all'80% per le 3 dosi previste per la coorte del 2000.

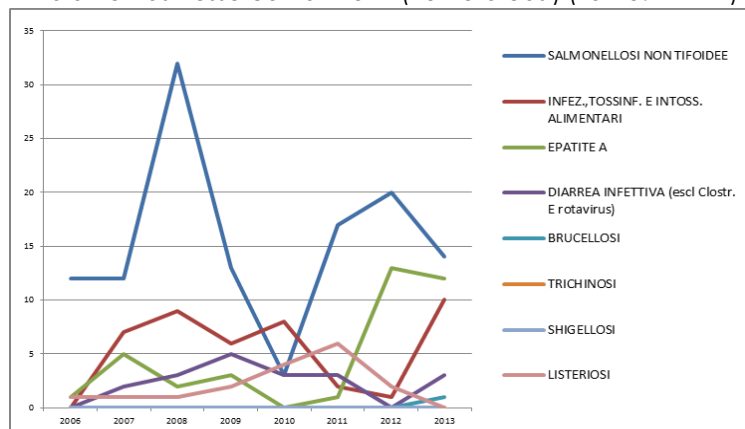
### 1.3.2 ALTRE MALATTIE INFETTIVE DI INTERESSE PARTICOLARE

#### Infezioni trasmesse dagli alimenti

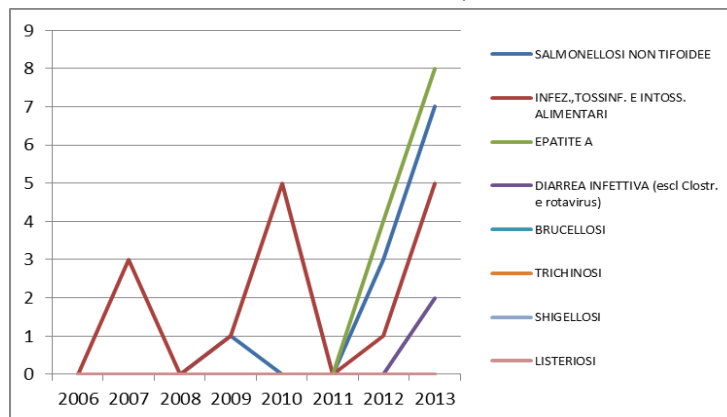
Nel 2013 rispetto agli anni precedenti, si è verificato nell'ambito delle infezioni trasmesse dagli alimenti, un lieve incremento di quelle attribuibili ad esposizione non domestica come evidenziato dalle tabelle sottostanti. Da segnalare l'incremento del numero delle epatiti A, come peraltro in tutta la Lombardia, legata all'introduzione nel nostro paese di frutti di bosco congelati contaminati. Il sistema d'allerta immediatamente avviato con conseguente ritiro dei lotti interessati, ha comportato una lieve riduzione dei casi rispetto al picco osservato nel periodo aprile-maggio, ma l'incidenza rimane ben oltre l'atteso.

Sarà pertanto necessario continuare a sorvegliare l'evoluzione della malattia ed effettuare, come è stato fatto nel 2013, analisi a campione sugli alimenti correlati ai casi di epatite A.

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



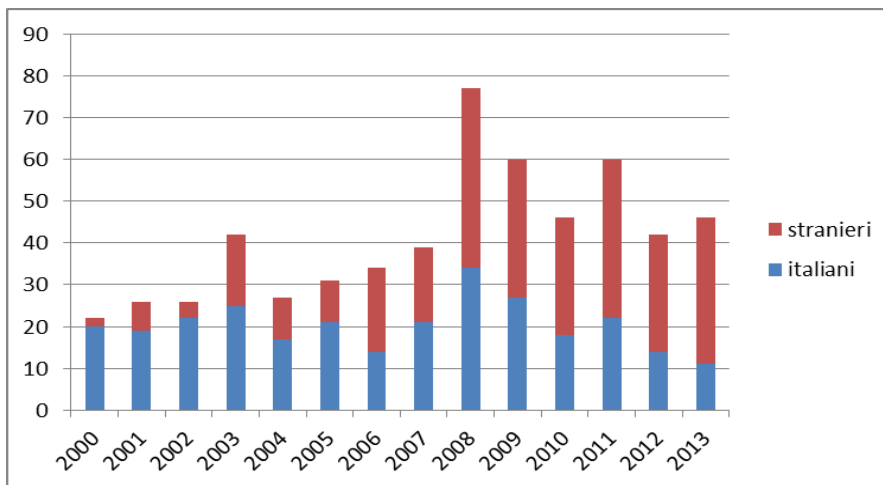
Malattie trasmesse con alimenti: n° casi attribuibili ad esposizione non domestica (Fonte: MAINF)



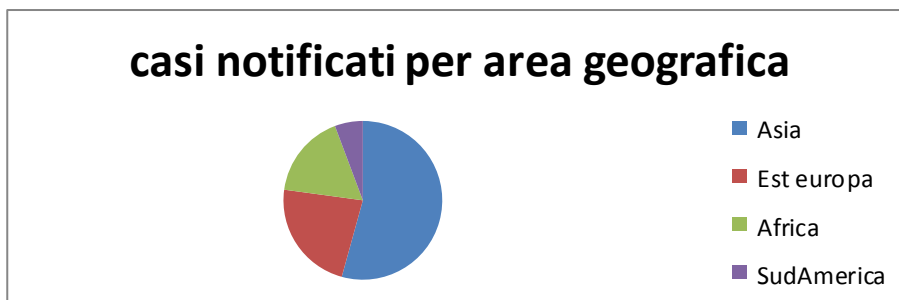
I numeri estremamente contenuti delle malattie infettive correlate al consumo di alimenti sono certamente attribuibili all'efficacia degli interventi di vigilanza effettuati nel settore alimentare. Questi inoltre dimostrano che si è sviluppato negli operatori del settore una buona capacità di autocontrollo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

### Tubercolosi

Il numero dei casi di tubercolosi (46 12,7 ogni 100.000 abitanti) si è mantenuto costante rispetto all'anno precedente. Il maggior numero di notifiche (35, pari al 78%) si è verificato a carico di soggetti stranieri.



I casi notificati per area geografica di provenienza sono riportati nel grafico sottostante.



Come si vede la maggior parte dei casi sono a carico di soggetti provenienti dai paesi asiatici ed in particolar modo dall'India. Tra gli stranieri continuano ad essere maggiormente coinvolti i giovani e gli adulti, mentre tra gli italiani l'infezione continua a prevalere nell'età anziana. Non sono state evidenziate correlazioni con particolari fattori di rischio. Le tubercolosi con localizzazioni polmonari e quindi trasmissibili sono state il 58% del totale.

West Nile Fever

Nel 2013 è stata segnalata, per la prima volta nella provincia di Cremona, la comparsa di casi umani di West Nile Fever, tra cui 2 meningoencefaliti. E' pertanto urgente un piano di lotta alle zanzare.

**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 2012 dai dati rilevati al 30 aprile 2013, che evidenziano un calo del 9,5% degli infortuni denunciati all'Istituto, che passano dai 725.609 del 2011 ai 656.514 del 2012 (Tavola 2).

I dati relativi al territorio lombardo sono in linea con i dati nazionali: gli infortuni complessivamente denunciati sono stati 117.102 a fronte dei 127.018 dell'anno precedente, con un decremento del 7,8%, di qualche punto percentuale inferiore rispetto al dato nazionale.

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 2011/2012 pari a -9%.

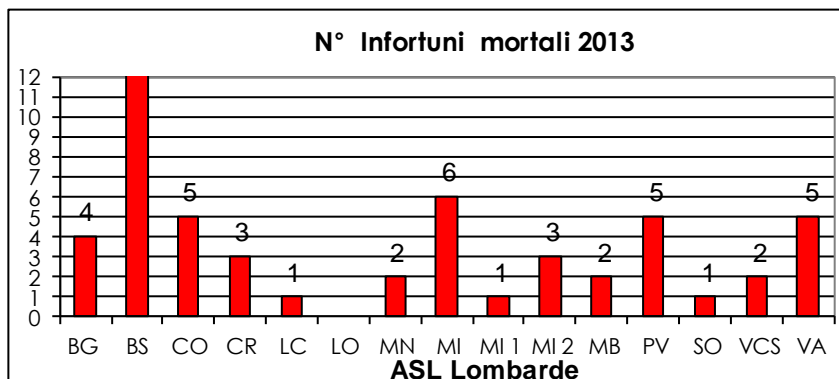
Infertuni sul lavoro denunciati ad INAIL-provincia di Cremona (fonte: INAIL)

ANNO	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
INFORTUNI	8.121	8.037	7.852	7.600	7.068	6.338	6.164	5.794	5.276

In controtendenza rispetto all'andamento nazionale, il dato riguardante gli infortuni mortali, che passano in Lombardia dai 125 casi del 2011 ai 133 del 2012. L'aumento riguarda le province di Bergamo, Brescia, Cremona, Lecco, Lodi, Mantova, Sondrio e Varese; in calo invece il dato relativo alle altre province tra le quali, in particolare Milano, dove i casi denunciati sono stati 19 contro i 33 del 2011.

Per ciò che riguarda Cremona, nel 2012, non si sono verificati casi di infortuni mortali in sede di ambiente di lavoro ordinario. Diversamente nel corso del 2013 si sono verificati 3 infortuni mortali in ambiente di lavoro ordinario di tipo agricolo e impiantistico.

Infertuni mortali in Lombardia (fonte: registro regionale infertuni mortali - aggiorn. Dic. 2013)

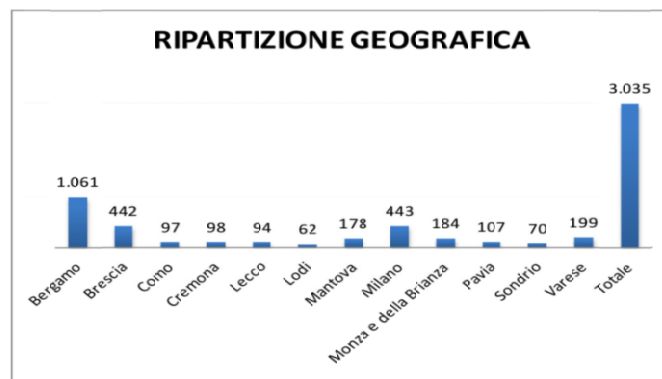


Dopo molti anni di costante aumento, nell'anno 2012 le malattie professionali denunciate a livello nazionale hanno registrato un calo delle segnalazioni pari al -1,6% rispetto all'anno precedente: sono infatti 46.005 i casi registrati nel 2012 rispetto ai 46.756 del 2011.

L'ultima variazione negativa rispetto all'anno precedente risale al 2003.

In regione Lombardia, al contrario, continua il trend in flessione del fenomeno tecnopatico. Si registra, infatti, un'ulteriore riduzione dei casi segnalati, pari al -3,7%, rispetto all'anno precedente: sono 3.035 i casi registrati nel 2012 rispetto ai 3.150 del 2011. L'andamento negli ultimi 5 anni è comunque in aumento del 3,5% rispetto ai casi denunciati nel 2008. Trattasi sempre di valori assoluti che non tengono conto di altre eventuali variabili, quali il calo occupazionale e la riduzione delle ore lavorate.

Anche nella provincia di Cremona come per tutta la Regione Lombardia il fenomeno tecnopatico presenta un trend in flessione che complessivamente è pari al -30.9% (98 verso 142)



#### 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 (balconi, giardino, garage, cantina, scala ecc).

Sulla base di quanto rilevato dallo Studio PASSI effettuato nell'anno 2008, si può affermare che vi è una bassa percezione del rischio infortunistico in ambito domestico presso la popolazione (il 92% del campione intervistato infatti sostiene che il rischio sia basso o addirittura assente).

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).

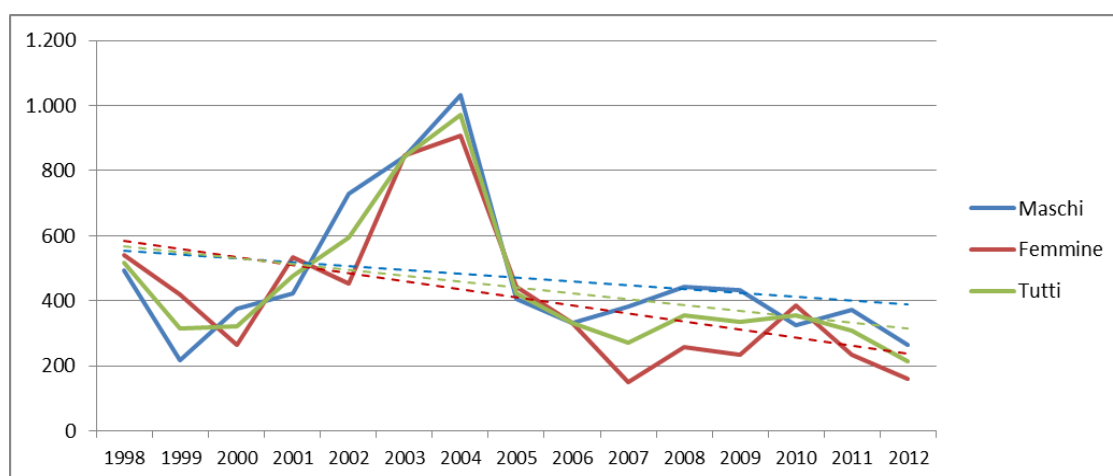
Dal 1998 al 2012 si sono verificati 812 ricoveri di bambini 0-3 anni (32 nel corso del 2012) legati spesso a cadute, avvelenamenti, scottature. Se dal punto di vista numerico non si tratta propriamente di un'emergenza e si osserva negli anni un confortante trend in diminuzione, la giovane età dei ricoverati 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 2012 si sono registrati 6617 ricoveri per trauma secondario ad incidenti domestici (674 nel 2012), oltre ¾ dei quali nelle donne, che presentano un rischio circa doppio rispetto agli uomini. Il fenomeno è di particolare rilevanza 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 (tappeti, ecc). In ogni caso hanno rilievo gli eventuali accorgimenti preventivi.

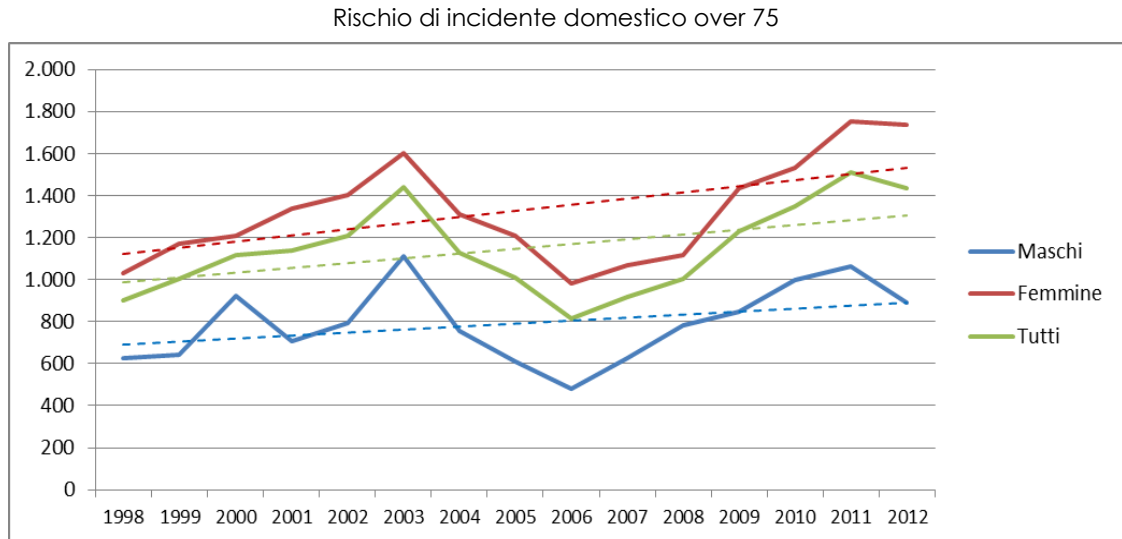
Numero di ricoveri

Anno	0-3 anni			Over 75		
	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	310	420
2009	31	15	46	120	408	528
2010	23	26	49	161	453	614
2011	29	17	46	165	514	679
2012	21	11	32	149	525	674
<b>TOTALE</b>	<b>451</b>	<b>361</b>	<b>812</b>	<b>1.508</b>	<b>5.109</b>	<b>6.617</b>

Rischio di incidente domestico 0-3







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 progetti "Piedibus d'Argento e 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 aggiornato 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 (vd. 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 10 anni i Consultori 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 2012 una percentuale pari all' 9.8% rispetto alla popolazione afferente ai Consultori. Inoltre l'incidenza di situazioni di fragilità rilevate tra i minorenni per varie cause tra cui disagio, bullismo, problematiche adolescenziali, figli di coppie in difficoltà, ecc... rispetto al numero di minori 0 -18 anni della provincia è aumentata raggiungendo lo 0,45%.

Si conferma dell'elevata percentuale di coppie/famiglie seguite dai consultori; escludendo dal calcolo le donne cui è stata erogata una prestazione di pap test in screening, circa il 40% dell'utenza consultoriale 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.

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

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.

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.

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.

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

Cani in ingresso in canile sanitario, restituiti e affidati - Fonte Dati: Banca Dati Regionale Anagrafe Canina - aggiornamento 31/12/2013

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 (senz'altro 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.

	<b>Morsicature 2011</b>	<b>Morsicature 2012</b>	<b>Morsicature 2013</b>
animale identificato	148	170	160
animale sconosciuto	52	74	81
<b>Totale</b>	<b>200</b>	<b>244</b>	<b>241</b>

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.

#### **1.4 CONCLUSIONI**

##### **PRIORITÀ PER LE AREE DI INTERVENTO DELLA PREVENZIONE SU COMPORTAMENTI E STILI DI VITA**

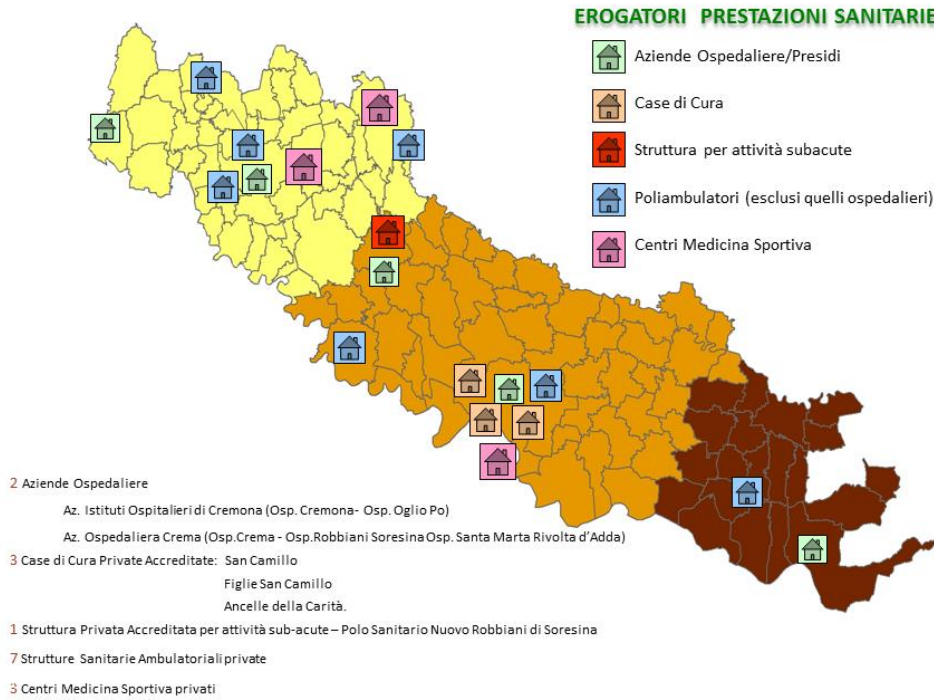
Sulla base dei dati disponibili e dei fattori di rischio individuati dall'analisi di contesto, l'indirizzo strategico per gli interventi di promozione della salute punta prevalentemente, in ordine di priorità, verso le seguenti aree:

- alimentazione e attività motoria per minori e/o adulti;
- fumo, alcol, sostanze illegali;
- adesione agli screening oncologici;
- sicurezza;
- gioco d'azzardo patologico;
- problematiche nel periodo dell'adolescenza (affettività, sessualità e disagio giovanile).

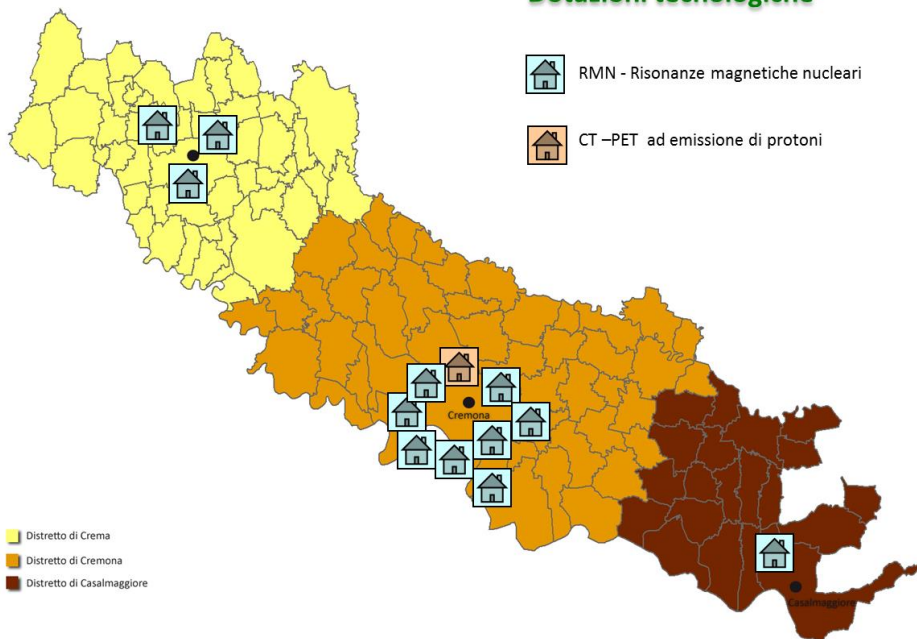
## 2. ANALISI DEI CONSUMI

### 2.1 INDICATORI DI OFFERTA

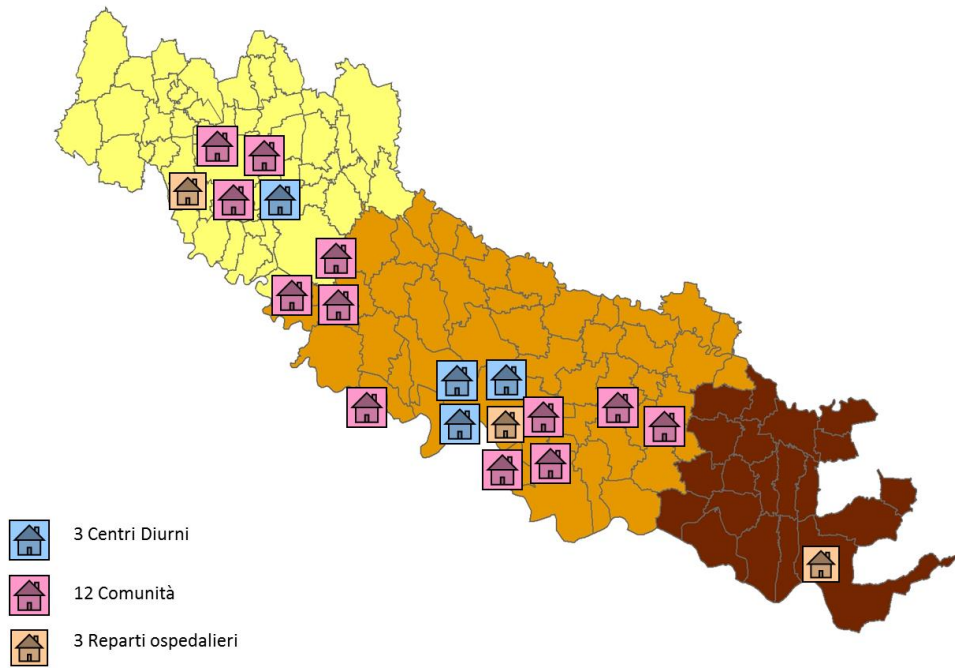
#### EROGAZIONE DIRETTA ASL ED EROGATORI A CONTRATTO



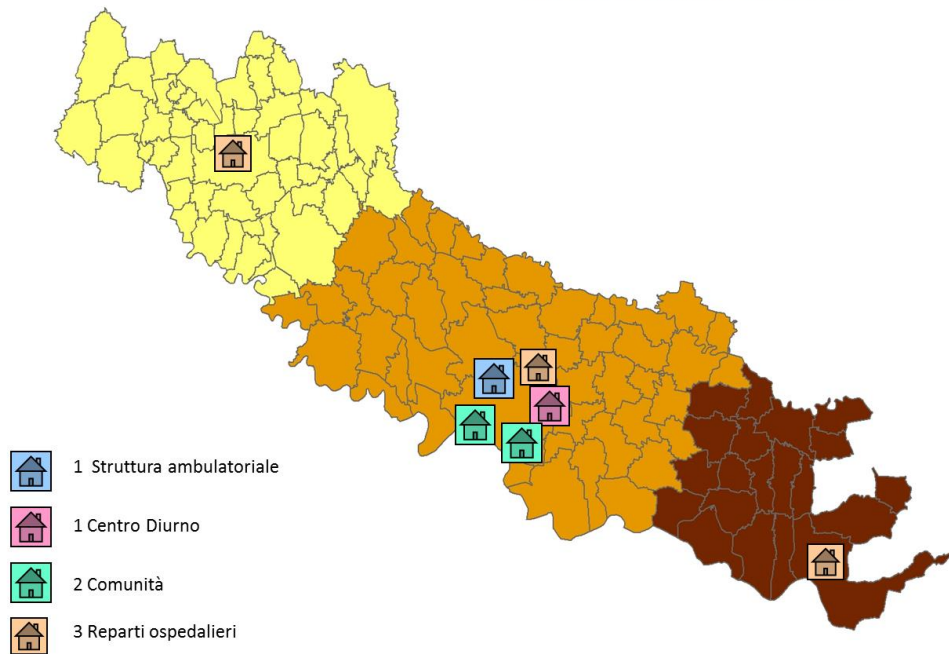
#### Dotazioni tecnologiche



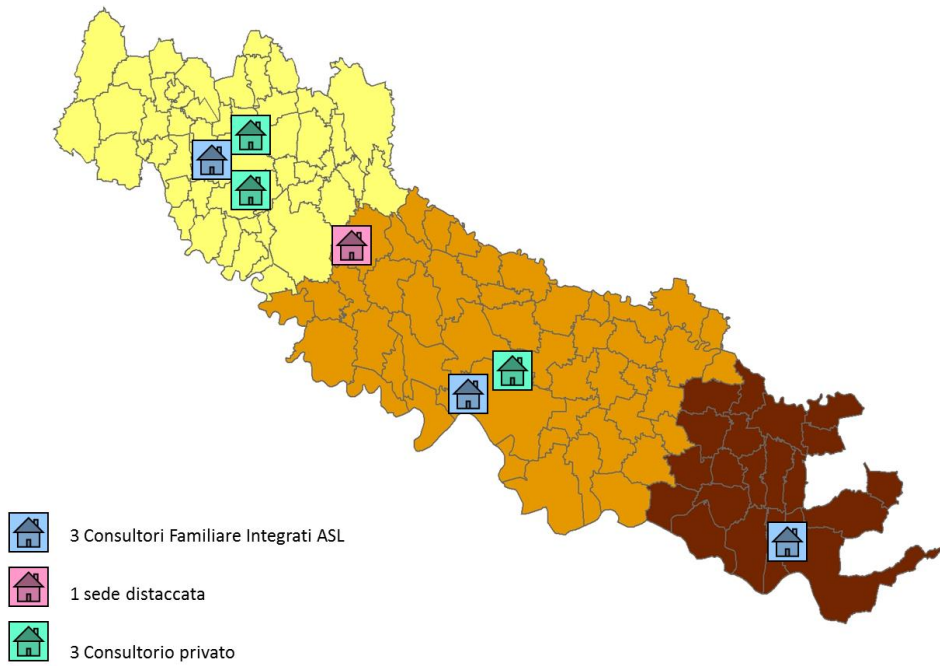
### PSICHIATRIA



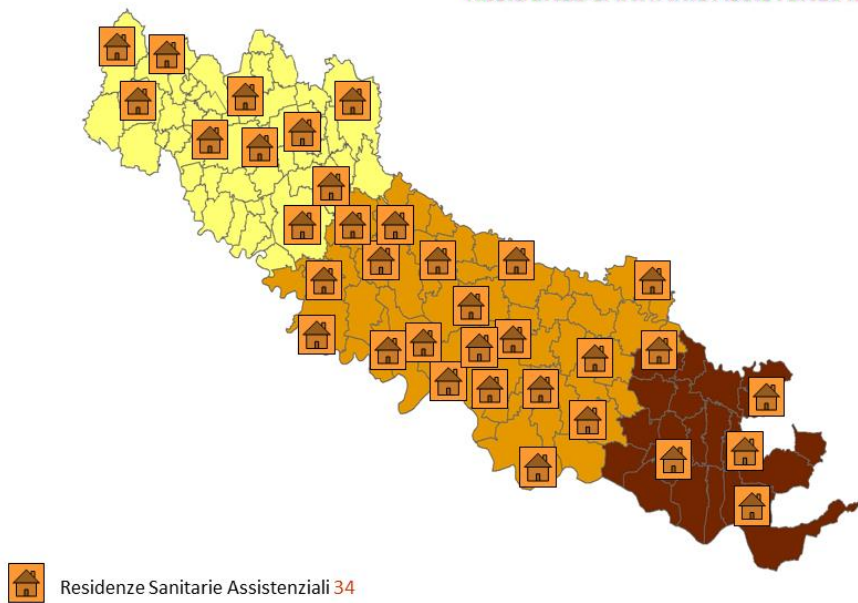
### NEUROPSICHIATRIA INFANTILE



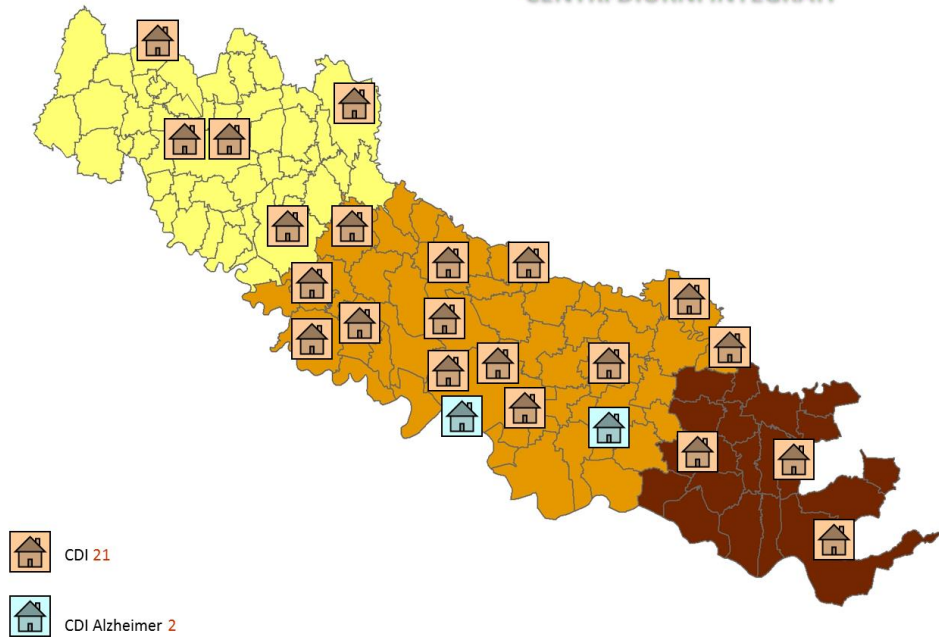
### CONSULTORI FAMILIARI INTEGRATI



### RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI



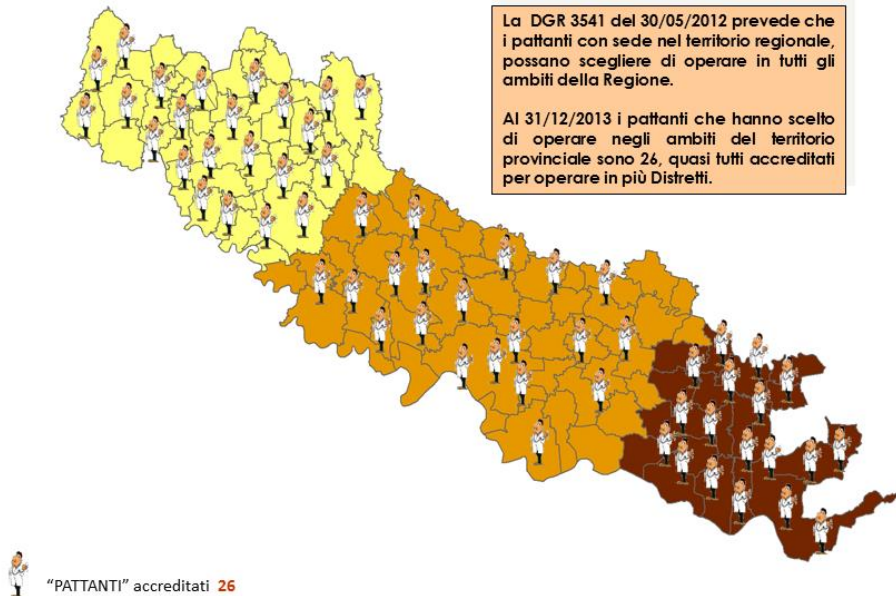
### CENTRI DIURNI INTEGRATI



### PATTANTI VOUCHER - CREDIT

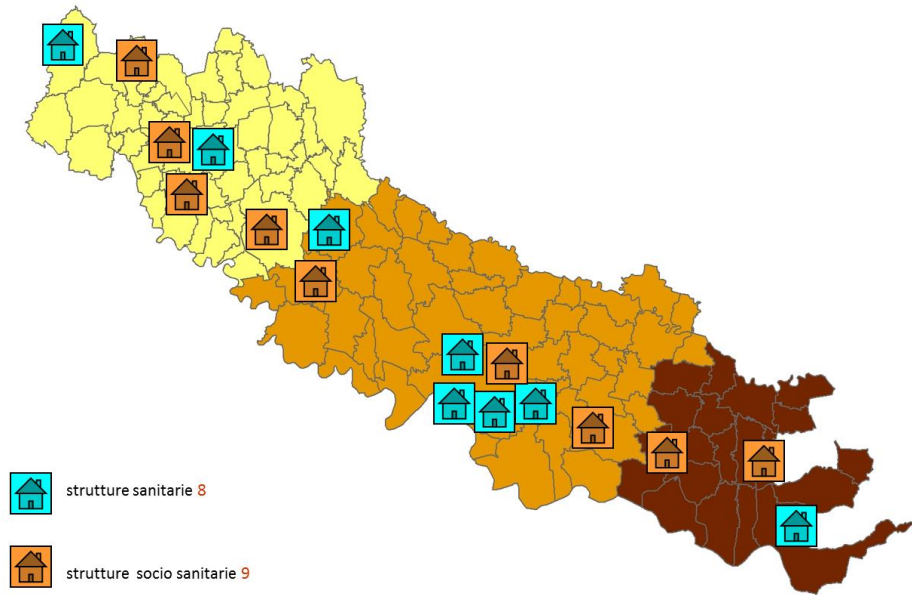
La DGR 3541 del 30/05/2012 prevede che i pattanti con sede nel territorio regionale, possano scegliere di operare in tutti gli ambiti della Regione.

Al 31/12/2013 i pattanti che hanno scelto di operare negli ambiti del territorio provinciale sono 26, quasi tutti accreditati per operare in più Distretti.

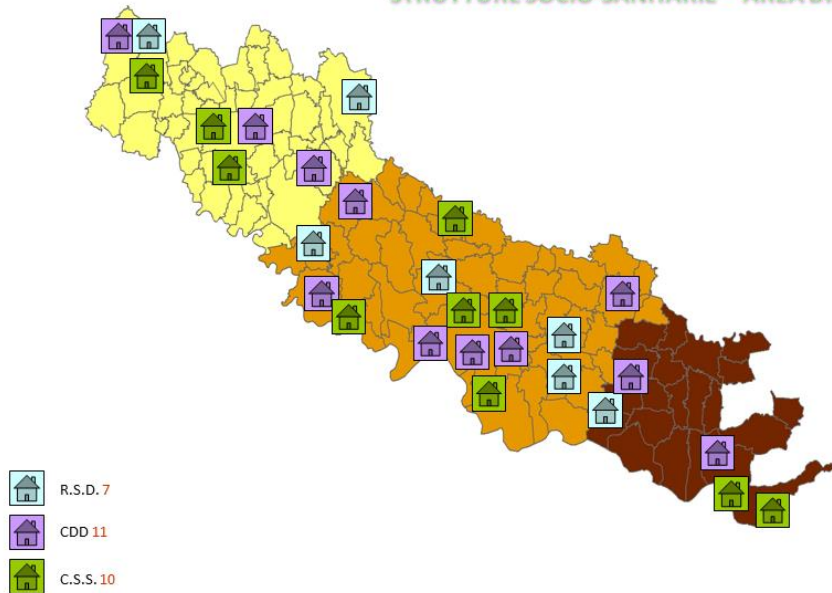




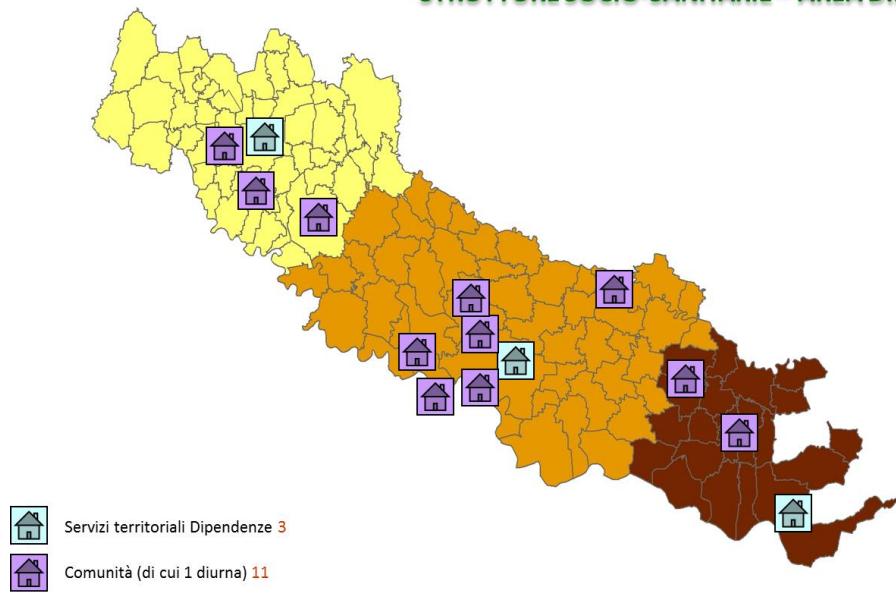
### STRUTTURE RIABILITATIVE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE



### STRUTTURE SOCIO-SANITARIE – AREA DISABILI



### STRUTTURE SOCIO-SANITARIE – AREA DIPENDENZE



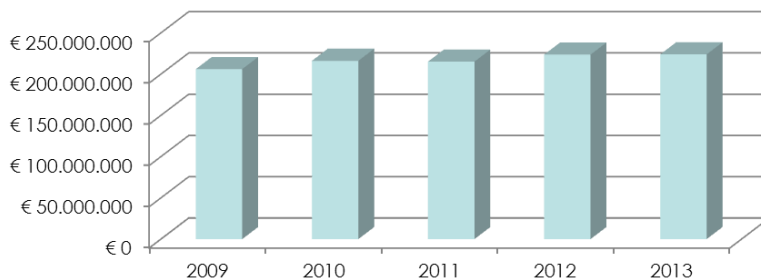
## 2.2 INDICATORI DI CONSUMO

### 2.2.1 CONSUMO SANITARIO

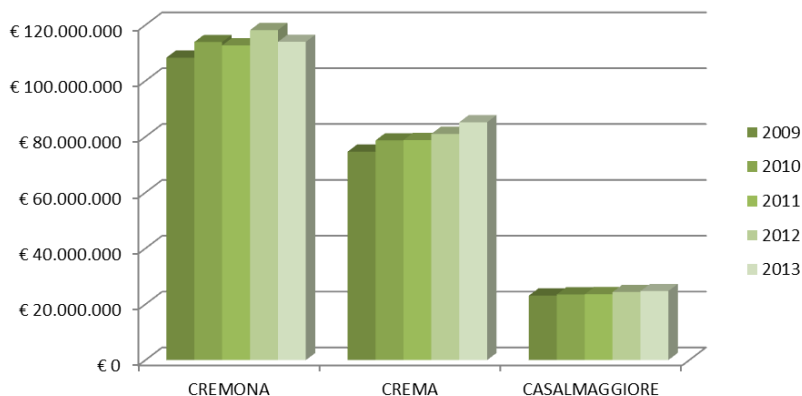
ANDAMENTO DEI RICOVERI E DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

**RICOVERI e SPECIALISTICA AMBULATORIALE – Valorizzazione – Domanda soddisfatta in ambito ASL**  
Trend 2009-2013 (i consumi del 2013 sono stimati in attesa dei dati consolidati)

#### TOTALE ASL

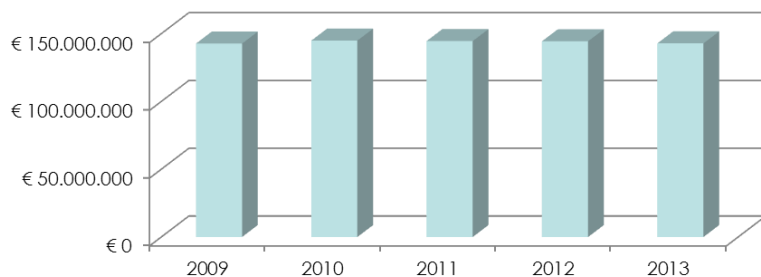


#### PER DISTRETTO RESIDENZA

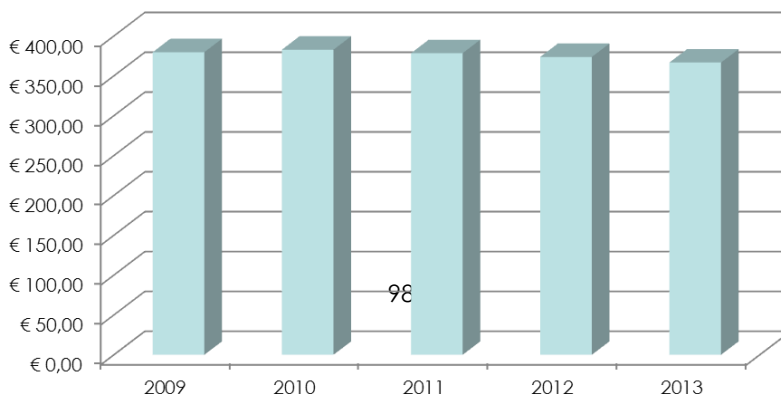


**RICOVERI – Valorizzazione – Domanda soddisfatta in ambito ASL**  
Trend 2009-2013 (i consumi del 2013 sono stimati in attesa dei dati consolidati)

#### TOTALE ASL

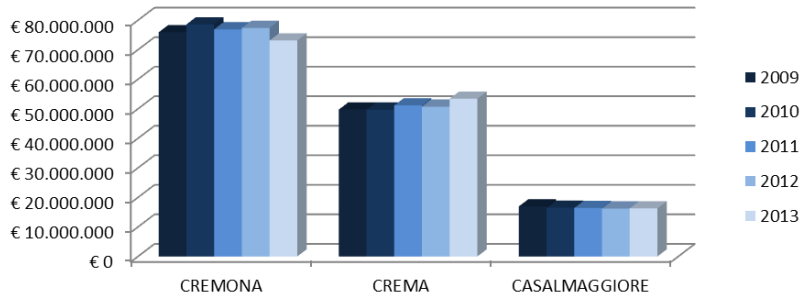


#### COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO PONDERATO

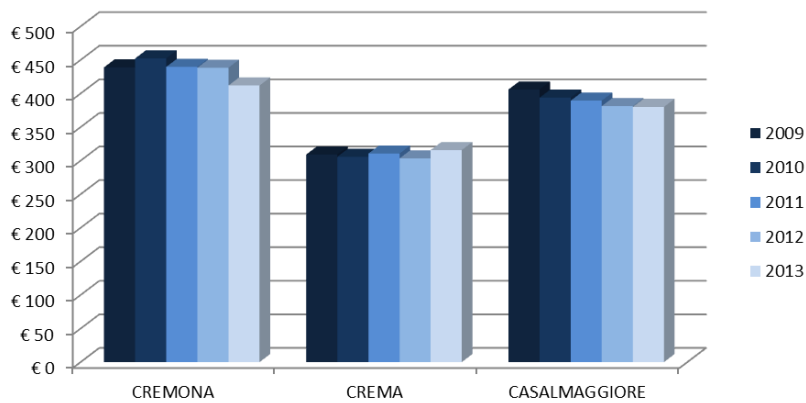


**RICOVERI – Valorizzazione – Domanda soddisfatta in ambito ASL**  
**Trend 2009-2013 (i consumi del 2013 sono stimati in attesa dei dati consolidati)**

**PER DISTRETTO RESIDENZA**

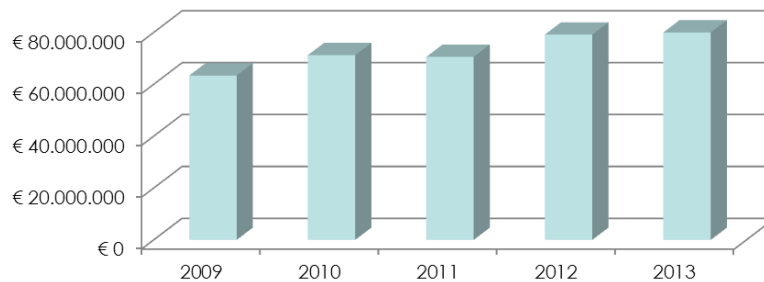


**COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO PONDERATO**

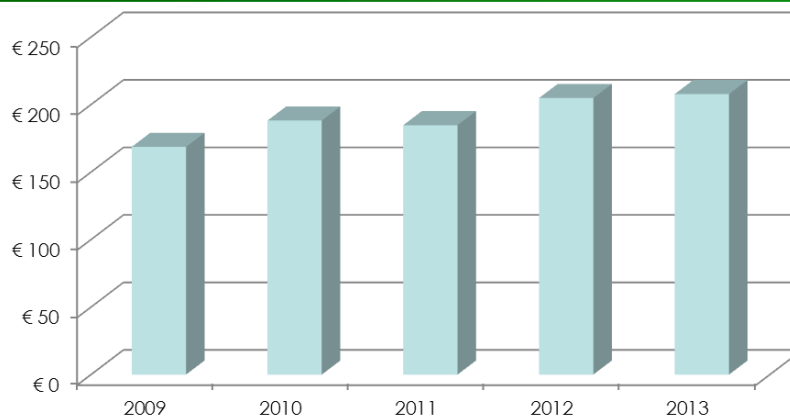


**SPECIALISTICA – Valorizzazione – Domanda soddisfatta in ambito ASL**  
**Trend 2009-2013 (i consumi del 2013 sono stimati in attesa dei dati consolidati)**

**TOTALE ASL**

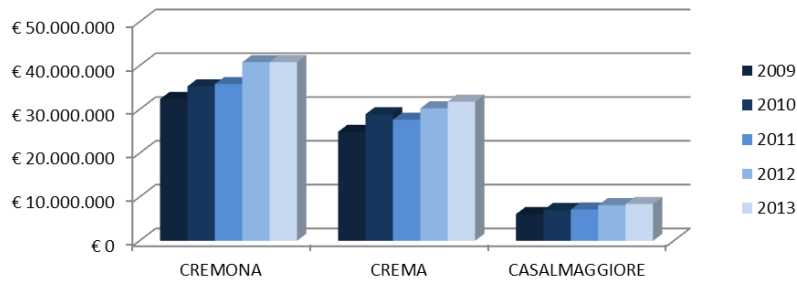


**COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO PONDERATO**

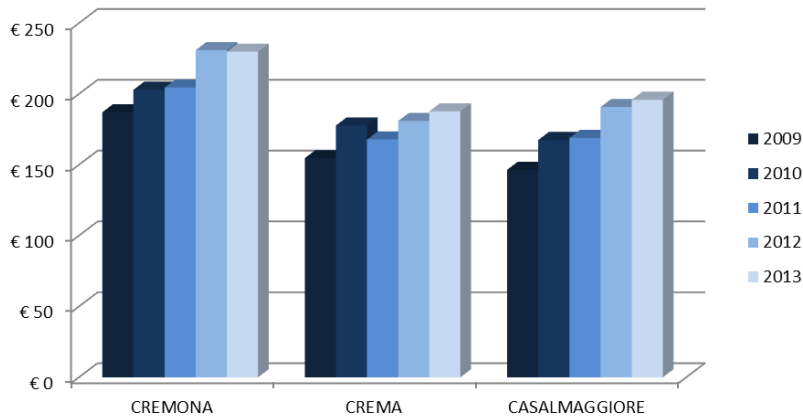


**SPECIALISTICA – Valorizzazione – Domanda soddisfatta in ambito ASL**  
**Trend 2009-2013 (i consumi del 2013 sono stimati in attesa dei dati consolidati)**

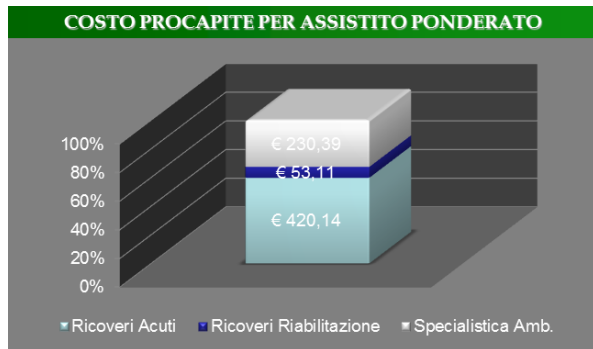
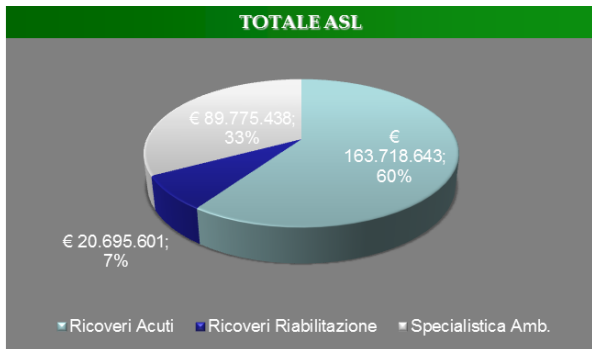
**PER DISTRETTO RESIDENZA**



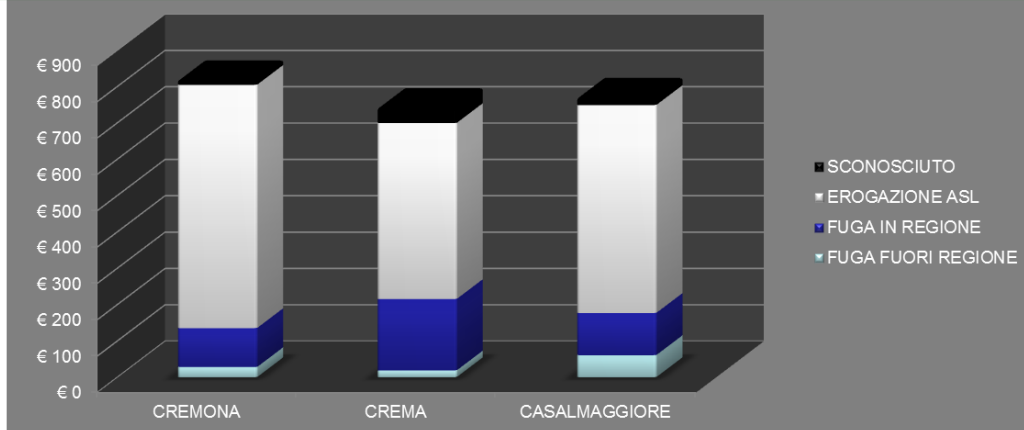
**COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO PONDERATO**



**SINTESI RICOVERI E SPECIALISTICA AMBULATORIALE - Valorizzazione 2013 (gennaio - novembre)**

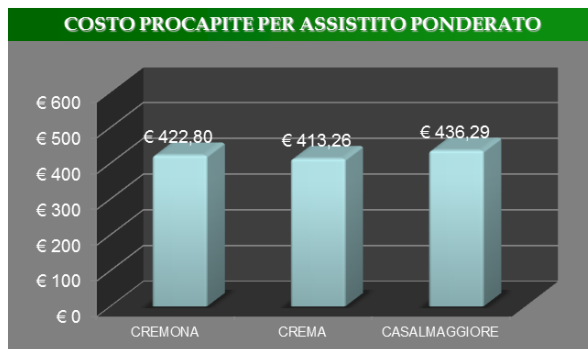
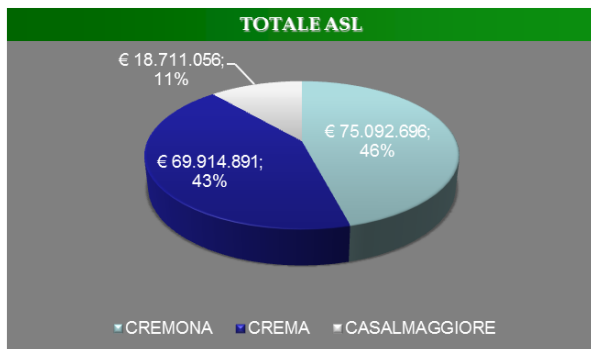


**DISTRIBUZIONE COSTI PER MOBILITA' - anno 2012**

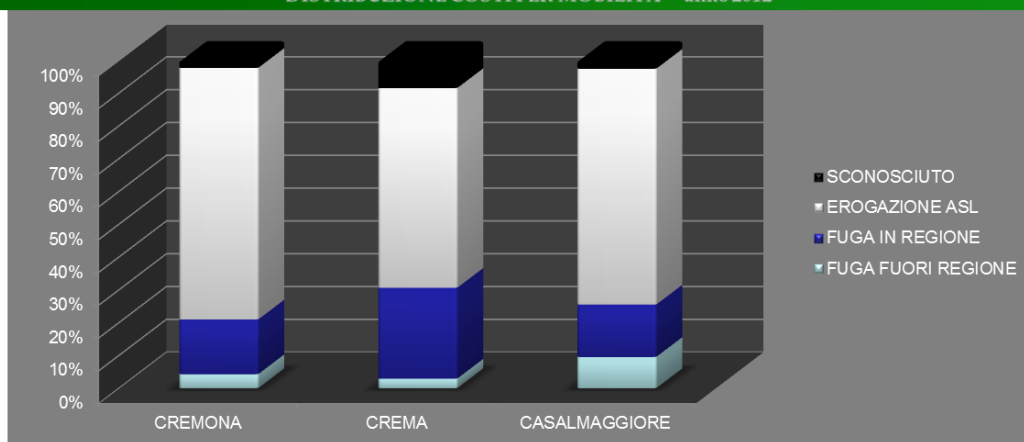


RICOVERI PER ACUTI

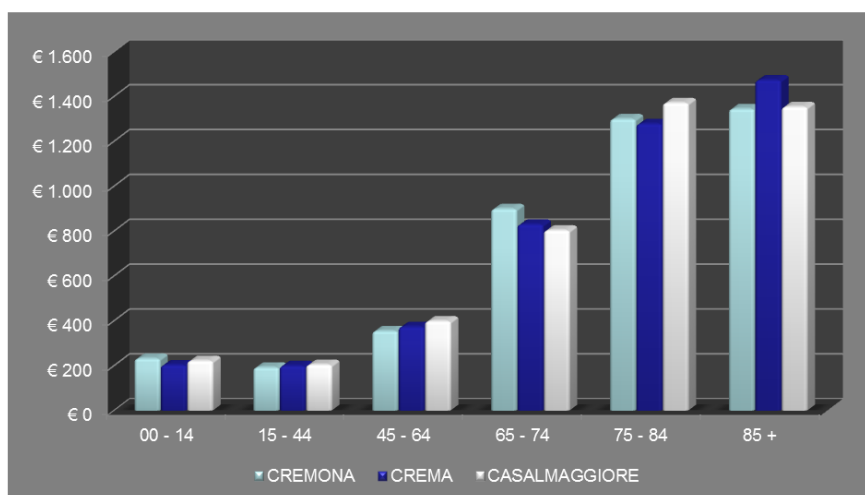
RICOVERI ACUTI - Valorizzazione 2013 (gennaio - novembre)



DISTRIBUZIONE COSTI PER MOBILITA' - anno 2012

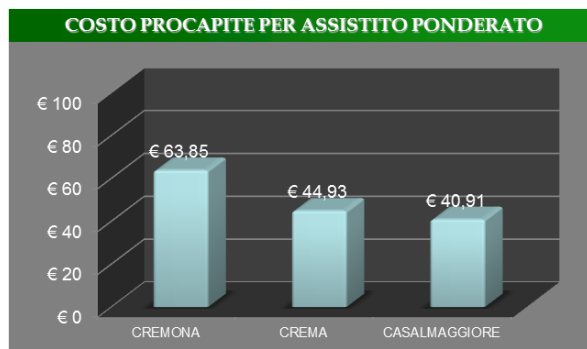
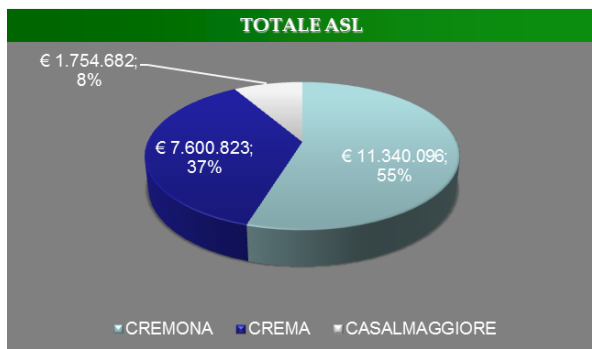


RICOVERI ACUTI - COSTO PROCAPITE PER FASCIA ETA - 2013 (gennaio - novembre)

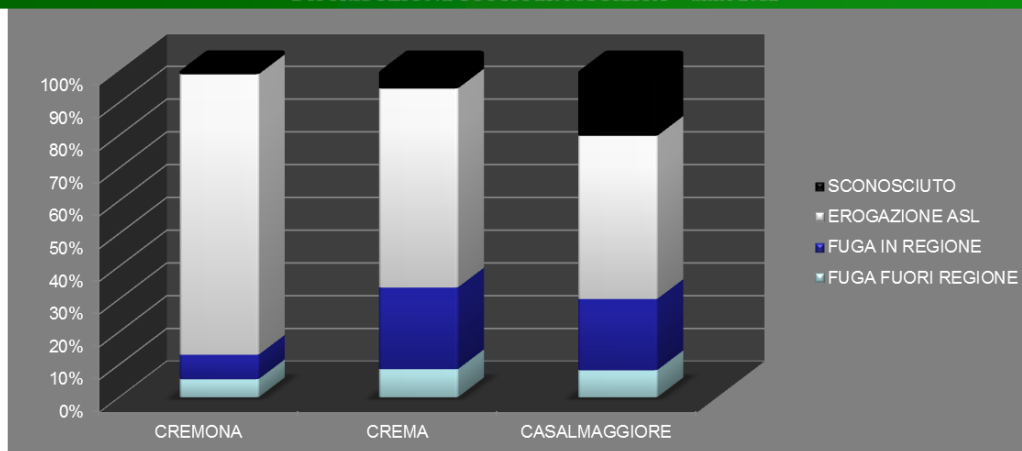


RIABILITAZIONE OSPEDALIERA

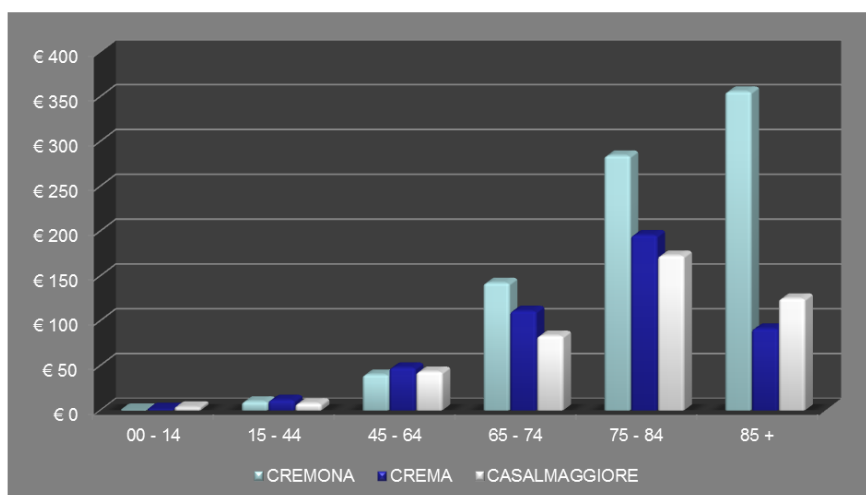
RIABILITAZIONE OSPEDALIERA - Valorizzazione 2013 (gennaio - novembre)



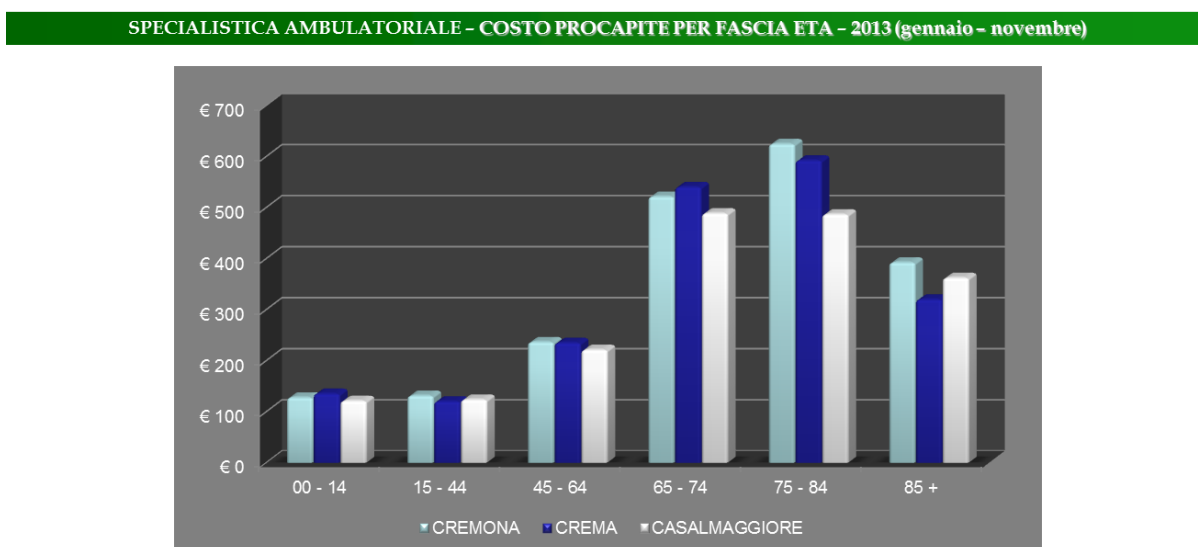
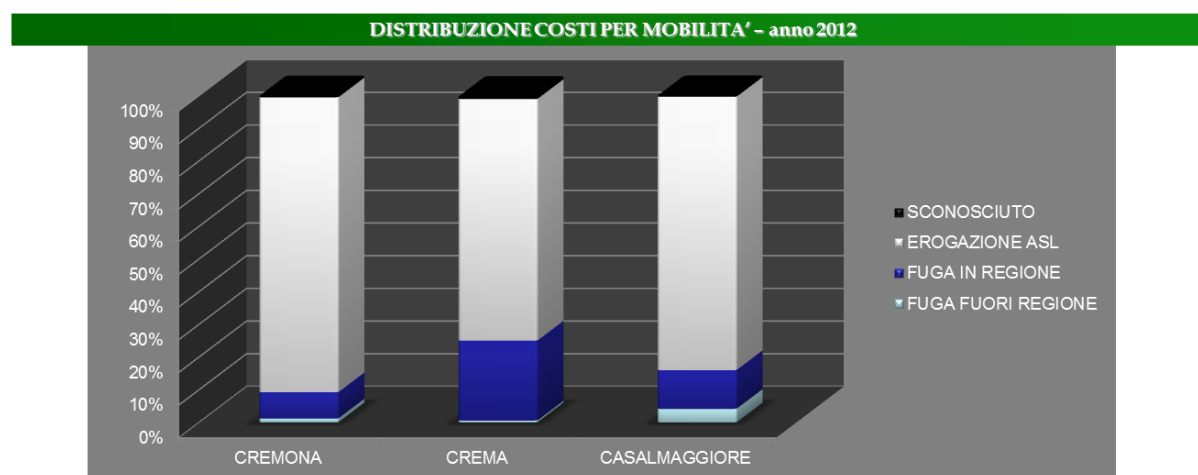
DISTRIBUZIONE COSTI PER MOBILITA' - anno 2012



RIABILITAZIONE OSPEDALIERA - COSTO PROCAPITE PER FASCIA ETA - 2013 (gennaio - novembre)



PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

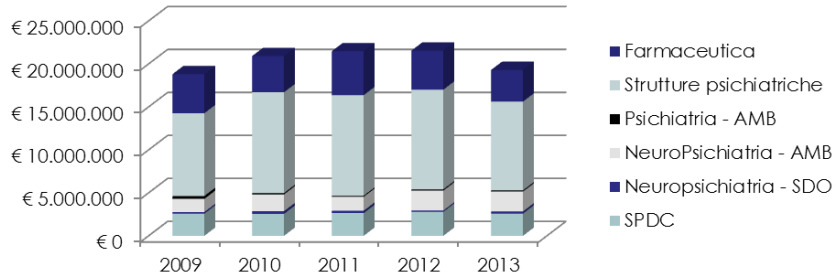




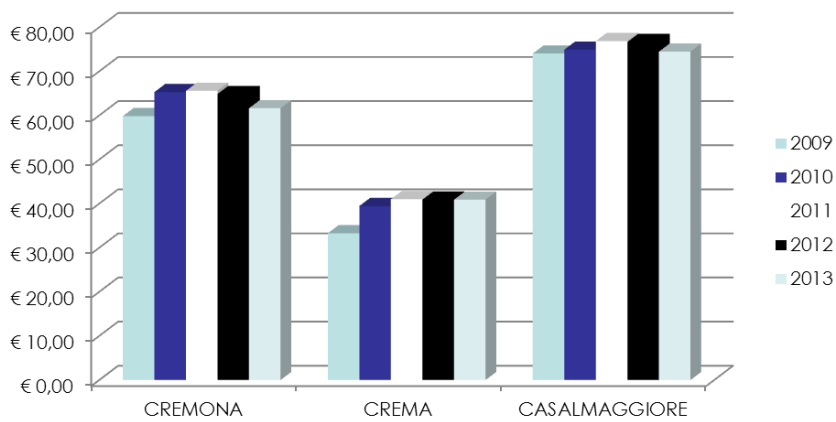
CURE PSICHIATRICHE

**CURE PSICHIATRICHE – Valorizzazione**  
Trend 2009-2013 (i consumi del 2013 (i consumi del 2013 sono stimati in attesa dei dati consolidati)

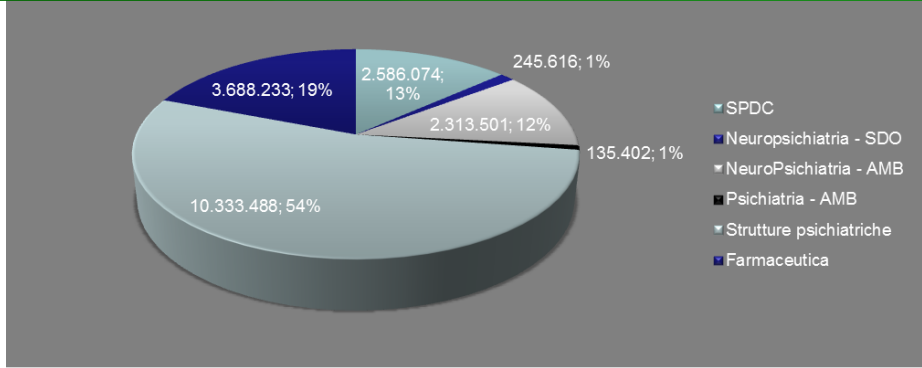
**TOTALE ASL**



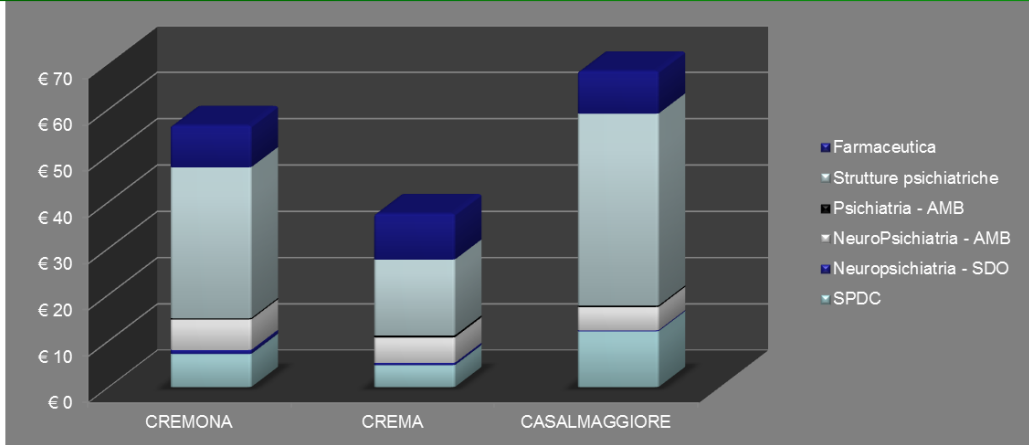
**COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO PONDERATO**

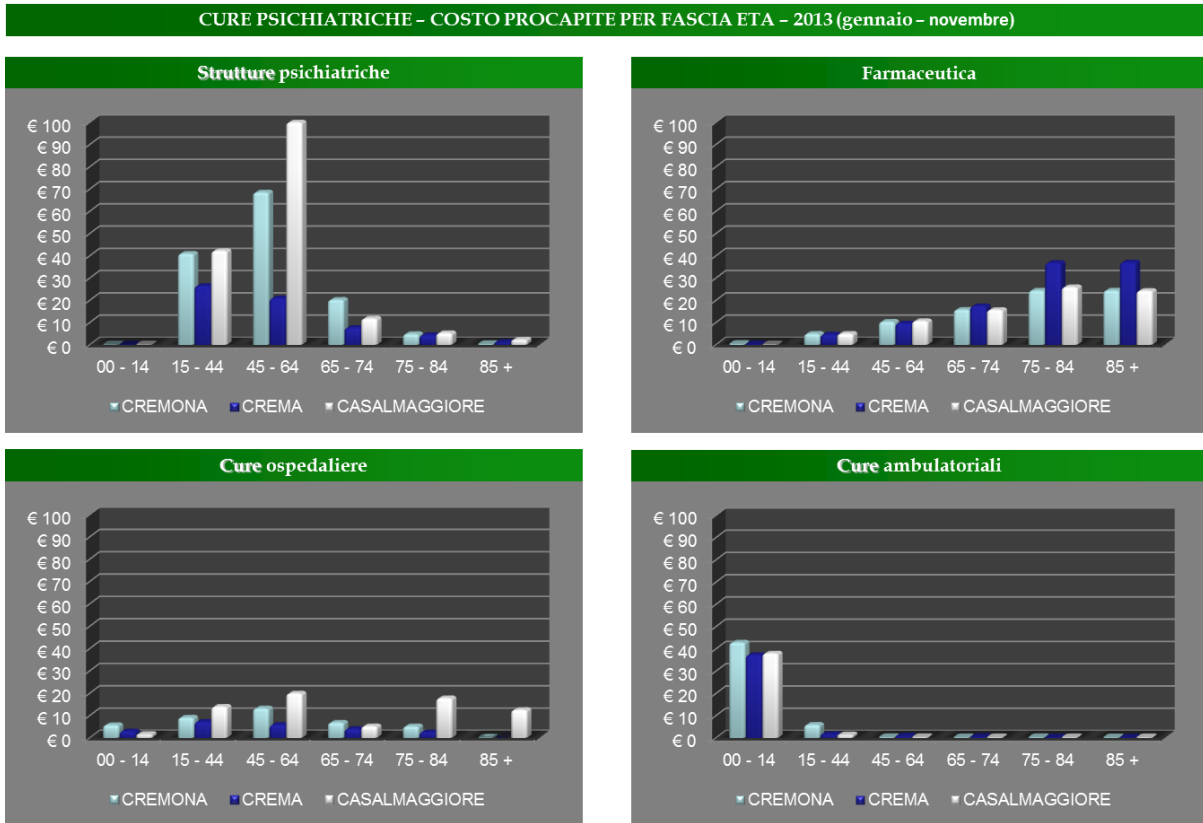


**CURE PSICHIATRICHE- Valorizzazione 2013 (gennaio - novembre)**



**COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO PONDERATO**

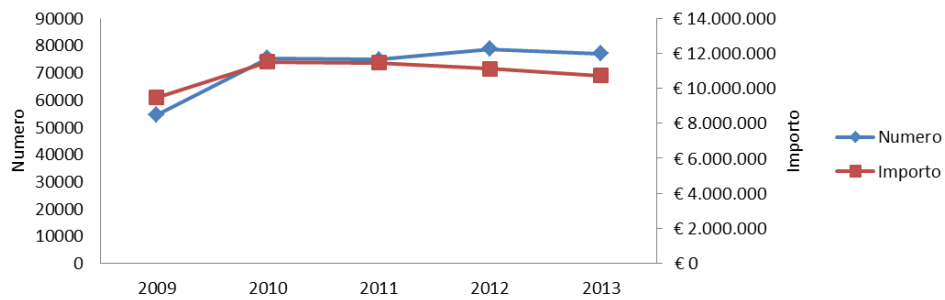




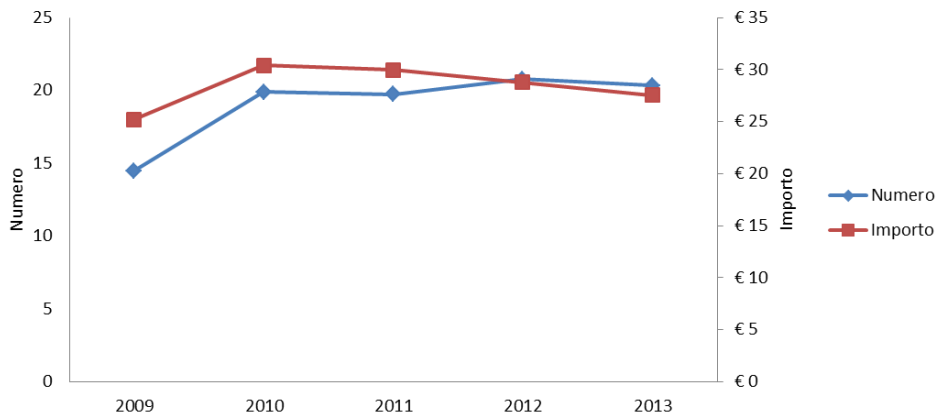
STRUTTURE PSICHIATRICHE

**Psichiatria – Domanda soddisfatta in ambito ASL  
Trend 2009-2013 (i consumi del 2013 sono stimati in attesa dei dati consolidati)**

**TOTALE ASL**

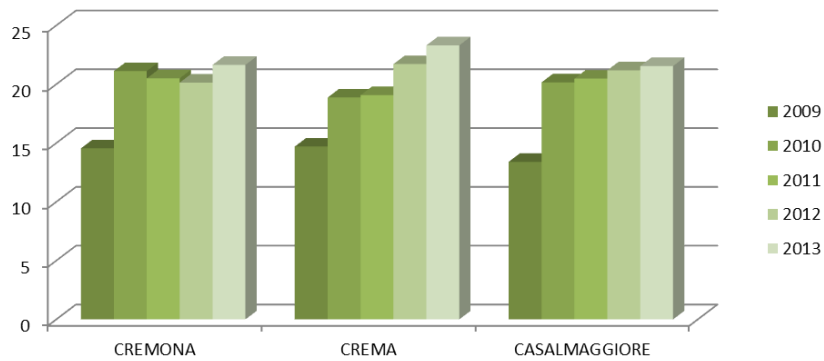


**VALORI PROCAPITE PER ASSISTITO PONDERATO**

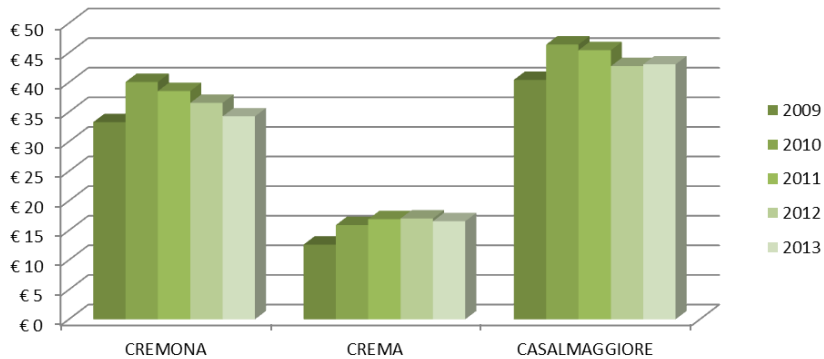


**PSICHIATRIA – Domanda soddisfatta in ambito ASL**  
**Trend 2009-2013 (i consumi del 2013 sono stimati in attesa dei dati consolidati)**

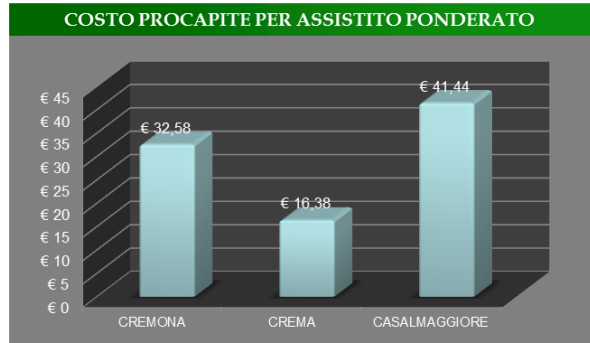
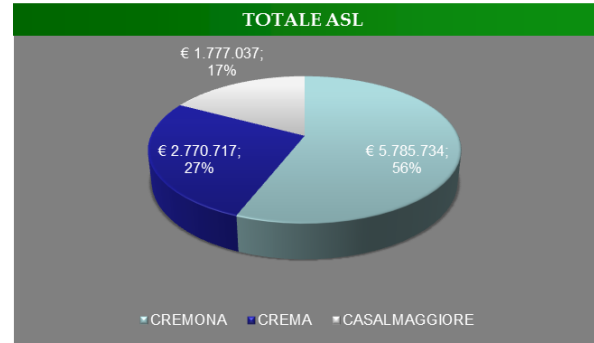
**NUMERO CARTELLE x 100ab.**



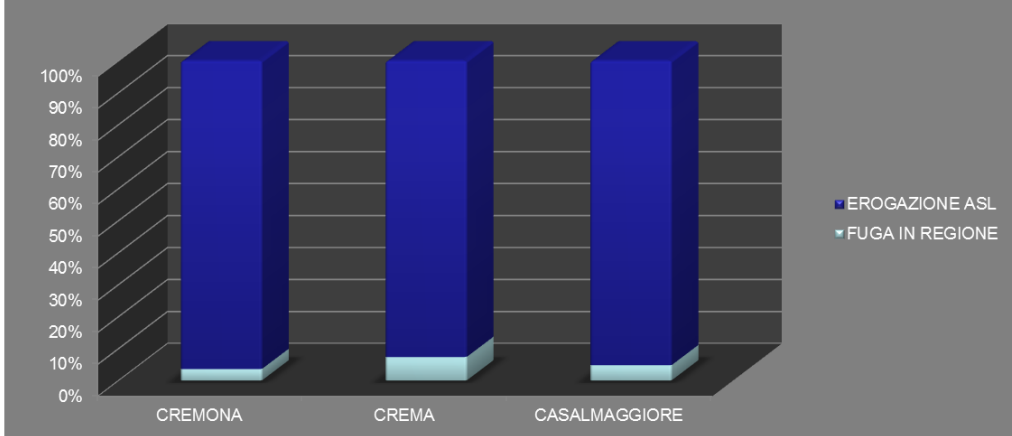
**COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO PONDERATO**



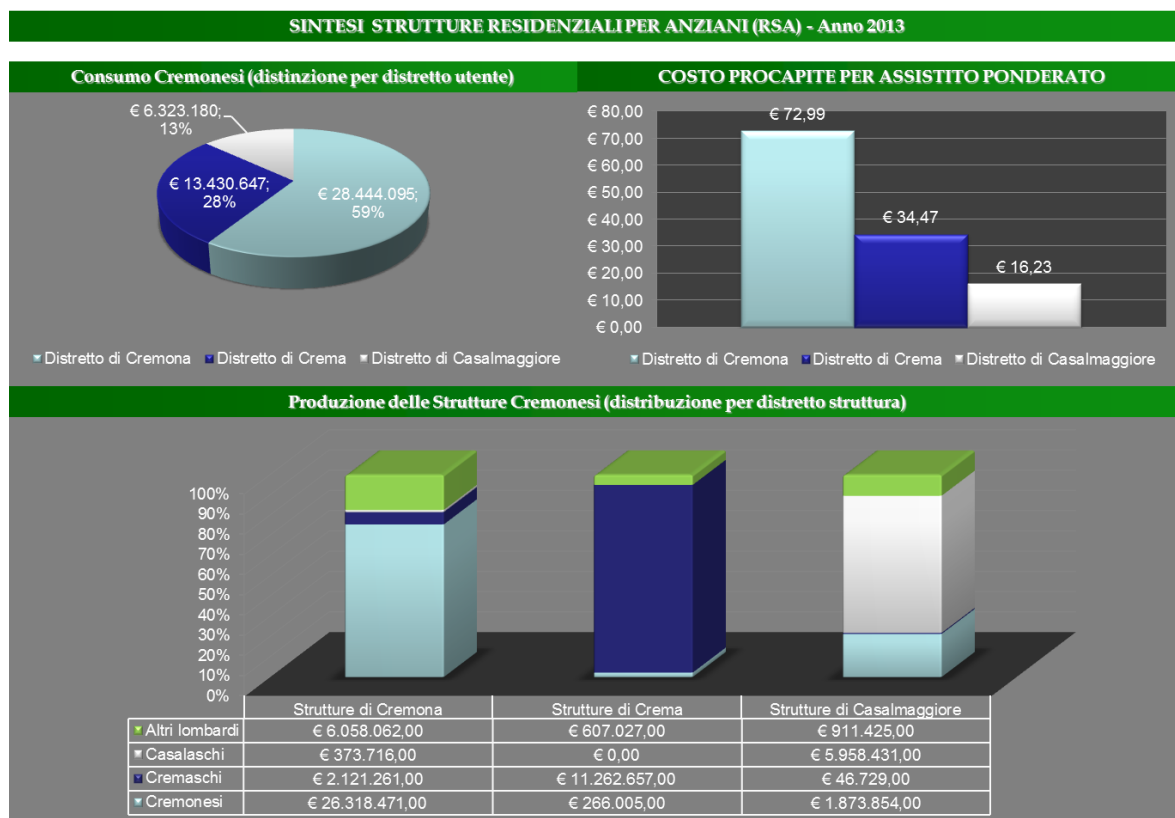
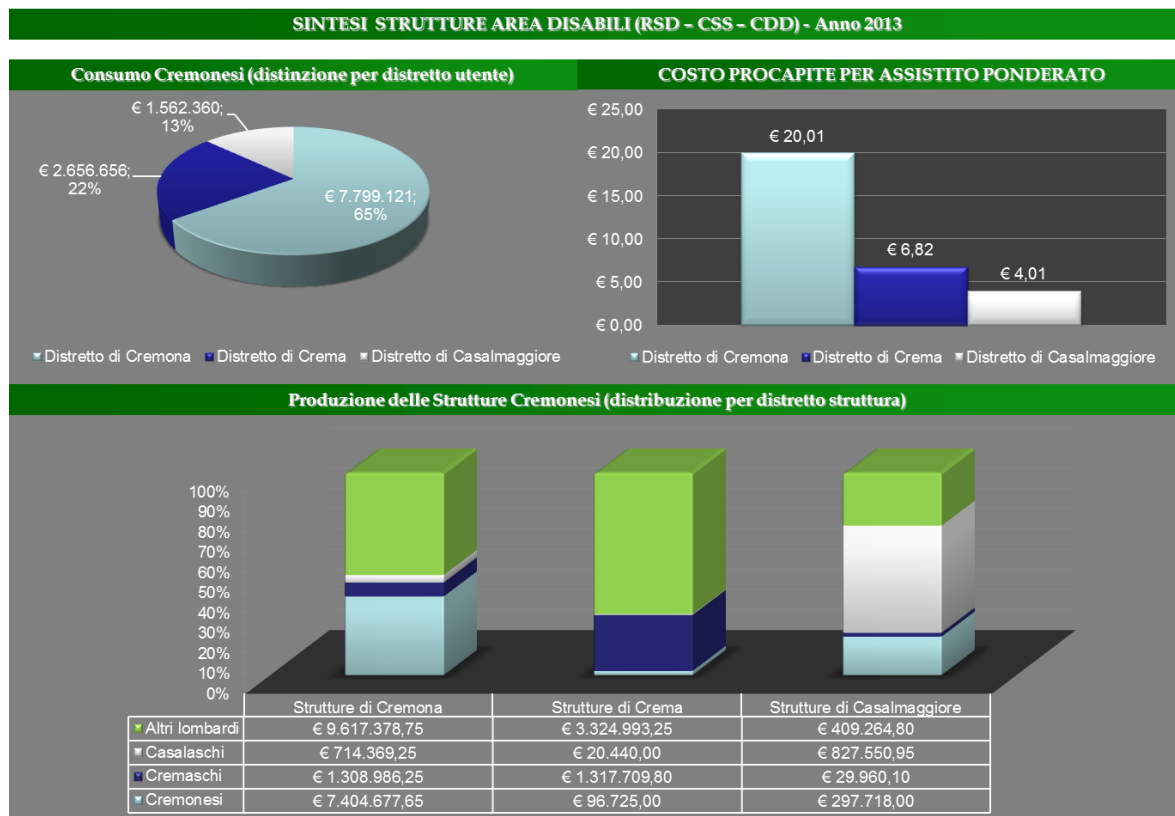
**PSICHIATRIA – Valorizzazione 2013 (gennaio – novembre)**



**DISTRIBUZIONE COSTI PER MOBILITA'**

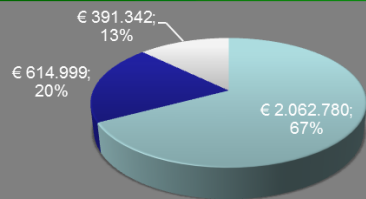


## 2.2.2 CONSUMO SOCIO-SANITARIO



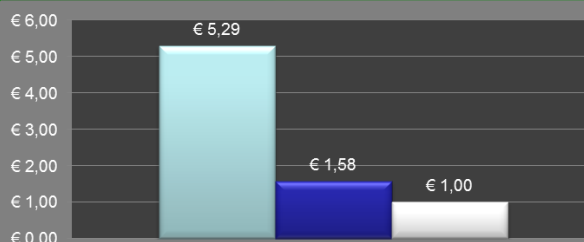
**SINTESI CENTRI DIURNI PER ANZIANI (CDI) - Anno 2013**

**Consumo Cremonesi (distinzione per distretto utente)**



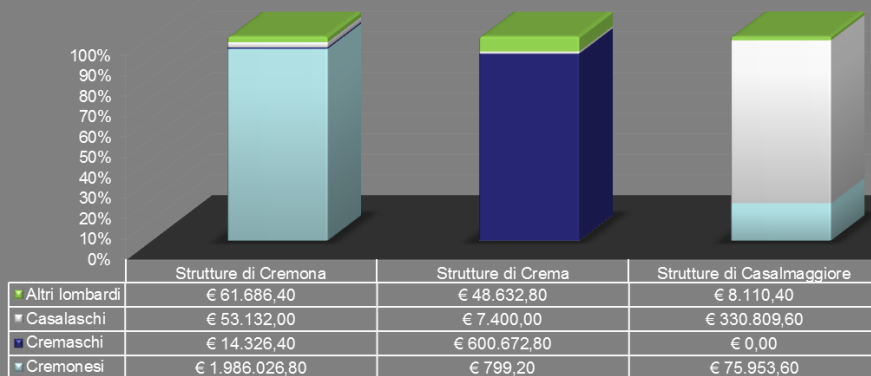
▀ Distretto di Cremona ▀ Distretto di Crema ▀ Distretto di Casalmaggiore

**COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO PONDERATO**



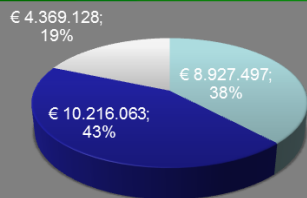
▀ Distretto di Cremona ▀ Distretto di Crema ▀ Distretto di Casalmaggiore

**Produzione delle Strutture Cremonesi (distribuzione per distretto struttura)**



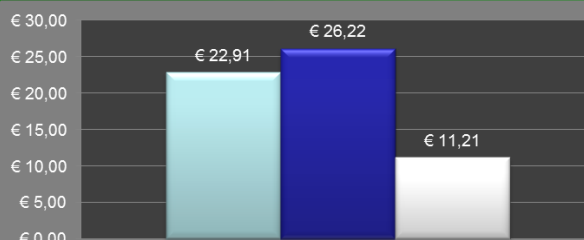
**SINTESI STRUTTURE DI RIABILITAZIONE SOCIO SANITARIA - Anno 2013**

**Consumo Cremonesi (distinzione per distretto utente)**



▀ Distretto di Cremona ▀ Distretto di Crema ▀ Distretto di Casalmaggiore

**COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO PONDERATO**



▀ Distretto di Cremona ▀ Distretto di Crema ▀ Distretto di Casalmaggiore

**Produzione delle Strutture Cremonesi (distribuzione per distretto struttura)**

