



PREMESSA ALL'ANALISI EPIDEMIOLOGICA DI CONTESTO

SU CENTO PERSONE:

che ne sanno sempre più degli altri

– cinquantadue;

insicuri a ogni passo

– quasi tutti gli altri;

pronti ad aiutare, purché la cosa non duri molto

– ben quarantanove;

buoni sempre, perché non sanno fare altrimenti

– quattro, be', forse cinque;

propensi ad ammirare senza invidia

– diciotto;

viventi con la continua paura di qualcuno o qualcosa

– settantasette;

dotati per la felicità

– al massimo poco più di venti;

innocui singolarmente, che imbarbariscono nella folla

– di sicuro più della metà;

crudeli, se costretti dalle circostanze

– è meglio non saperlo neppure approssimativamente;

quelli col senno di poi

– non molti di più di quelli col senno di prima;

che dalla vita prendono solo cose

– quaranta, anche se vorrei sbagliarmi;

ripiegati, dolenti e senza torcia nel buio

– ottantatrè, prima o poi;

degni di compassione

– novantanove;

mortali

– cento su cento.

Numero al momento invariato.

[Contributo alla Statistica, WISŁAWA SZYMBORSKA]

E' ormai una pacifica acquisizione che, per ottimizzare l'efficacia di un messaggio rivolto a condizionare il comportamento di un gruppo sociale, non è sufficiente agire sulla popolazione generale che lo include, ma è necessario enuclearne il target, nonché segmentarlo nelle sue diverse componenti, ciascuna delle quali presenti specifiche caratteristiche discriminanti.

Il messaggio verrà quindi modulato sulla base di tali specificità, talché i vari sottogruppi d'interesse possano meglio riconoscersi nel linguaggio, nei contenuti e nel contesto culturale più generale che la forma della comunicazione loro rivolta trascina con sé.

La differenza anagrafica, insieme con quella di genere, costituisce il criterio principe in grado di orientare la migliore traiettoria per raggiungere il bersaglio, seguito da altri che, a scalare, ne dettano il percorso.

Sulla base di questa premessa si è proceduto a descrivere la popolazione di cui si intende promuovere la salute.

Si sono perciò costruite fasce d'età ciascuna delle quali esprime particolari bisogni di salute dedotti a partire dai consumi sanitari utilizzati, il cui eccesso o difetto consente di risalire a ritroso alle cause sociali e sanitarie che li hanno determinati e che s'intende correggere.

Ovviamente gli indicatori di salute cui si è fatto ricorso non sono i medesimi per le diverse fasce di età, ma selezionati sulla base di un atteso a priori suggerito dalla letteratura, nella consapevolezza, anche questa sostenuta da un consolidato accreditato, che con il progredire dell'età si consumano sia i margini di possibili cambiamenti comportamentali, sia l'efficacia preventiva indotta dalla modifica eventuale.

Ne deriva che, in una logica di economia di risorse disponibili, appare necessario dedicare il massimo impegno al percorso nascita ed alle fasi della vita che precedono l'adulthood, in cui i destinatari ultimi sono più facilmente raggiungibili, maggiormente recettivi e disponibili al cambiamento, nonché portatori di uno stato di salute non ancora compromesso irreversibilmente per ragioni di latenza dei fattori di rischio e, non da ultimo, creditori di un numero di anni di vita che giustifica, in termini di salute pubblica, il maggiore investimento istituzionale.

Tuttavia, la constatazione che la fascia di età avanzata (65 anni+) assorbe notoriamente la maggior parte delle risorse del SSR induce a non trascurare anche le cronicità, il cui aggravamento progressivo, con tutto ciò che ne consegue, può essere rallentato, se non addirittura evitato, da stili di vita che coinvolgano soprattutto l'alimentazione, l'attività motoria, nonché il sostegno sociale ad una corretta gestione della terapia. Una componente di promozione della salute che potrebbe in prospettiva essere inclusa nei "pacchetti CReG".

I consumi sanitari di queste diverse categorie socio-anagrafiche di popolazione, opportunamente incrociati tra loro tramite i relativi flussi informativi, hanno quindi consentito di focalizzare gli indicatori in grado più di altri di rimandare non solo alle azioni più funzionali alla promozione della salute, ma anche di individuare gli eventuali destinatari intermedi dei contenuti promozionali in grado di raggiungere le diverse componenti del target, distinguibili in: gravide, puerpere, insegnanti di scuola, medici e pediatri di famiglia, medici specialisti, gestori di centri sportivi e ricreativi, datori di lavoro di grandi aziende, erogatori accreditati di servizi sociali e sanitari, gestori di Cronic Related Group (CReG), amministratori e giornalisti.

Ogni tipologia di tali destinatari rimanda anche al "luogo" più adeguato in cui effettuare la comunicazione: consultori familiari, scuole, ambulatori, sedi istituzionali, luoghi comunitari, quotidiani locali, ecc., nella logica che i destinatari dell'intervento di promozione e prevenzione della salute non vanno mai "chiamati" ma sempre "raggiunti", privilegiando proprio coloro che meno rispondono alle sollecitazioni del messaggio generalista.

Se da una parte è importante individuare il destinatario intermedio più adeguato, per ottenere il migliore effetto moltiplicativo, d'altra è fondamentale che, in caso di inevitabili sovrapposizioni, non si producano messaggi contraddittori che minerebbero alla radice l'efficacia del Piano d'intervento.

Strategica diventa allora la regia di ATS che deve reclutare, rendere partecipi e vigilare l'insieme degli attori coinvolti dal Piano, adeguando in prospettiva sinergica le azioni ai ruoli, nonché individuando, già in fase di progettazione, gli indicatori di esito necessari, sia per misurarne l'efficacia complessiva che per consentire gli inevitabili aggiustamenti di percorso.



MATERIALI

La descrizione dello stato di salute della popolazione residente è stata condotta esaminando alcune cosiddette “grandi cause” in termini di mortalità, ospedalizzazione, prevalenza ed anche incidenza per i tumori più suscettibili all’azione dello screening ed alla prevenzione primaria. Si tratta delle patologie a maggior impatto per frequenza ed assistenza. Le analisi sono state effettuate per fasce d’età, genere, nazionalità e Distretto territoriale.

Le analisi hanno utilizzato base-dati esclusivamente relative al territorio oggetto di indagine, privilegiando i confronti interni rispetto al contesto più ampio regionale e nazionale, per il quale si rimanda alla letteratura di riferimento.

Di seguito vengono elencati i flussi e gli indicatori utilizzati.

Anagrafe Assistiti

Raccoglie le variabili socio-anagrafiche di tutti gli assistiti residenti nei comuni dell’ATS, compreso l’indirizzo di residenza/domicilio. È aggiornata alle anagrafi comunali con una latenza di circa un mese e concorre ad implementare la Nuova Anagrafe Regionale (NAR).

Certificati di Assistenza al Parto (CedAP)

Il flusso CedAP riguarda la certificazione che ogni struttura che assiste al parto è tenuta a compilare e inviare alla propria Regione. Il CedAP è costituito da diverse parti relative alle caratteristiche socio-demografiche dei genitori, alla gravidanza, al parto ed infine al neonato, raccogliendone molte informazioni utili al monitoraggio, nonché variabili indispensabili per un’attribuzione di classe sociale finalizzata allo studio delle disuguaglianze della salute, quali occupazione e scolarità di entrambi i genitori. Ha il limite di non prevedere, analogamente alle SDO, un reciproco scambio inter-regionale, talché, se una quota delle residenti partorisce fuori regione, soprattutto nei territori frontalieri, questa sfugge alla ricognizione regionale.

Bilanci di salute

I pediatri di famiglia seguono il bambino effettuando visite finalizzate al controllo della crescita, dell’alimentazione e del suo sviluppo neuro-motorio. I risultati sono strutturati in un flusso informatico, purtroppo non ancora trasformato in debito informativo vincolante, particolarmente ricco di items di contesto (fumo passivo, aspetti relazionali, attività ludica, ecc.) che compongono un’immagine articolata della salute del bambino e del suo benessere.

Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Il flusso SDO registra tutti i ricoveri occorsi nella popolazione residente avvenuti nel periodo esaminato in qualsiasi struttura pubblica o privata accreditata dell’intero territorio nazionale. La registrazione comprende diagnosi, interventi, accertamenti e terapie eventualmente effettuati durante il ricovero.

Pronto Soccorso

Il flusso del pronto Soccorso ha una provenienza ospedaliera e contiene dati realtivi a tutti gli accessi presso le strutture situate nel territorio di pertinenza dell’ATS

Banca Dati Assistito (BDA).

La Banca Dati Assistito è un prodotto epidemiologico che raccoglie e riassume tutti i consumi sanitari dei residenti nell’anno di calendario. Tali consumi (ricoveri, prestazioni ambulatoriali, farmaci, riabilitazione, ricoveri in strutture socio-sanitarie ecc.) sono codificati in modo dettagliato, consentendo di mappare le diverse patologie e quindi categorizzare tutti gli assistiti in funzione del stato di salute individuale. Si è scelto di non presentare i dati nelle cronicità nei target di età fino a 19 anni per eccessive incoerenze riscontrate in alcuni flussi informativi che alimentano la BDA.

Registro di Mortalità

Il Registro raccoglie tutte le schede ISTAT dei residenti nel territorio ATS ovunque sia accaduto il decesso sul territorio nazionale, codifica la/le cause che hanno concorso alla morte e, attraverso un algoritmo standardizzato e codificato dall’ISTAT, assegna la causa principale della morte

Registro Tumori

Il Registro Tumori raccoglie tutti i nuovi casi di tumore maligno che interessano i residenti nel territorio ATS. Il Registro si alimenta con le fonti informative correnti, cioè le Schede di Dimissione Ospedaliera intra ed extra-regione,

prescrizione di farmaci, prestazioni ambulatoriali, ma anche di fonti ad hoc, come i referti di Anatomia patologica provenienti dalle strutture di ricovero e cura della region e non.

METODI

Indicatori

Demografia

Ospedalizzazione, per grandi cause e per tutte le cause

Incidenza tumori, sedi slezionate e tutte le sedi

Prevalenza di patologie croniche, patologie selezionate

Accessi al Pronto Soccorso, tutti gli accessi

Dipendenze

Mortalità, per grandi cause e per tutte le cause

Le fasce d'età in cui è stata disaggregata l'intera popolazione residente nei Comuni afferenti ad ATS, quasi sovrapponibile a quella assistita, sono state scelte secondo i criteri di target illustrati in premessa e così di seguito suddivise:

- 0-4 anni -primi 1000 giorni
- 5-19 anni
- 20-44 anni
- 45-64 anni
- 65+ anni

Il profilo di salute di ogni fascia di età non è stato esaminato in modalità standardizzata, ma caratterizzato per:

- indicatori utilizzati;
- destinatari intermedi possibili;
- luoghi dedicati, in cui trasmettere i contenuti promozionali della salute.

La valutazione del profilo di salute è stata sistematicamente guidata da 4 piani di lettura con l'eccezione dei primi mille giorni i cui commenti li includono e li sviluppano :

- ✓ globale, che esprime le peculiarità di carattere generale della fascia d'età;
- ✓ di genere, con l'intento di cogliere differenze specifiche;

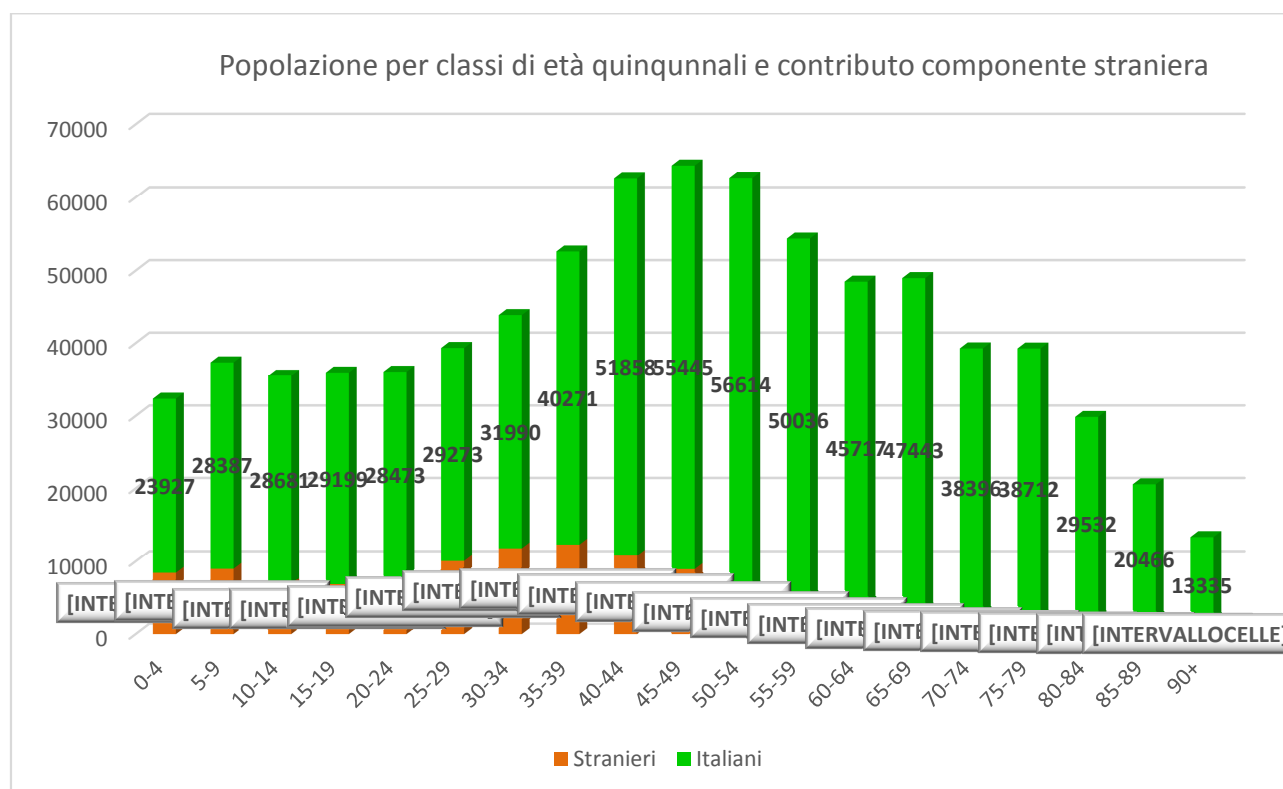


- ✓ di nazionalità, per l'attenzione verso le disuguaglianze e le barriere di accesso ai Servizi;
- ✓ di territorialità, per cogliere differenze di rischi e di offerta assistenziale.

TARGET 0- 4 ANNI -PRIMI MILLE GIORNI

Demografia

Le nascite nella ATS sono in continuo calo dal 2010, anche più del confronto regionale (-21,3% vs -16,6% della regione Lombardia), compresa la componente straniera che ha subito un decremento anche più vistoso (-27% dal 2010 –dati ISTAT). Il risultato è che la classe 0-4 anni è la numericamente più esigua delle restanti classi quinquennali, ad esclusione degli over 80 anni. E' anche quella in cui la componente straniera è maggiormente rappresentata, fatta eccezione per la classe di 30-34 anni. A differenza di quest'ultima però si tratta di soggetti nati in maggior parte in Italia (92,8%).



fonti: Anagrafe Assistiti al 01/01/2017

Di seguito la tabella riportante i dati sui residenti nei tre distretti con età 0-4 anni, suddivisi per genere e per nazionalità

Popolazione per genere e distretti, 0-4 anni

Distretto				di cui stranieri	
	F	M	F+M	F	M
CREMA	3225	3491	6716	671	704



CREMONA	3743	3998	7741	1166	1184
MANTOVA	8264	8976	17240	2074	2311
Totale ATS	15232	16465	31697	3911	4199

fonte: Anagrafe Assistiti al 01/01/2017

Percorso Nascita

La condizione dei primi anni di vita risulta importante non solo per determinare il profilo di salute dell'età infantile, ma anche dell'età adulta.

Il percorso nascita occupa naturalmente una posizione di rilievo nel definire le condizioni di madre e bambino nell'evento parto/nascita, talché appare opportuno analizzarlo attraverso gli indicatori usualmente riconosciuti idonei ad individuare aspetti critici del percorso assistenziale, con l'obiettivo di orientare in modo appropriato le azioni preventive.

Lo strumento utilizzato è il flusso dei Certificati di Assistenza al Parto (CeDAP) che, come precisato nel paragrafo "materiali", non include i parti dei residenti avvenuti in strutture extra-regione (circa il 9%). L'anno in esame è il 2017. Al fine di contestualizzare l'analisi condotta, si è completato il quadro dei confronti interni tra Distretti ATS con l'analoga rilevazione di Regione Lombardia condotta nel 2014 (*CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO –CedAP- Regione Lombardia, Analisi dell'evento nascita anno 2014*) a cura dell'Istituto Mario Negri.

Nel 2017 sono nati in Lombardia 5350 neonati da madri residenti nelle due province di Mantova e Cremona, di cui il 35% circa di nazionalità straniera.

Gli indicatori relativi al percorso assistenziale in gravidanza, così come rilevati nel flusso CeDAP, ci restituiscono un quadro tendenzialmente medicalizzato, mentre sia le Linee guida nazionali che le indicazioni regionali suggeriscono come strategica una diversa condotta assistenziale che non carichi la gravida di eccessive pratiche diagnostiche, al fine di ricollocare la gravidanza nell'ambito di una prevalente condizione fisiologica.

Il numero di ecografie effettuate in gravidanza è in eccesso rispetto agli standard raccomandati ($n=3$), mentre il numero delle visite effettuate risulta coerente con gli standard prefissati ($n>4$). La pratica della diagnosi invasiva ha un andamento diversificato nei tre Distretti, sia nella percentuale di donne che vi ricorrono: maggiore a Mantova rispetto agli altri distretti (16,7% vs 10,4 Crema e 10,8 a Cremona) che nella tipologia: villocentesi vs amniocentesi. Rimane evidente la differenza tra italiane e straniere.

Di seguito si riportano i dati relativi al flusso CeDAP dell'anno 2017.

Numero di nati per Distretto e per nazionalità della madre Natimortalità –tasso x1000

Distretto	Italiani	Stranieri	Totale	% Stranieri	% Italiani	% Stranieri	% Totale
CREMA	883	283	1166	24,3	2,3	3,6	2,6
CREMONA	865	570	1435	39,7	5,8	5,3	5,6
MANTOVA	1749	1000	2749	36,4	-	3,0	1,1
Totale ATS	3497	1853	5350	34,6	2,4	3,8	2,9
LOMBARDIA 2014				29,8			2,5

fonte: flusso CeDAP intra-regione ATS 2017

Distribuzione % del n. di visite in gravidanza

Distretto	≤4	>4 (valore ottimale)	Nessuna visita
-----------	----	----------------------	----------------



	Italiane	Straniere	Totale	Italiane	Straniere	Totale	Italiane	Straniere	Totale
CREMA	8,7	13,8	9,95	91,2	86,2	90,0	1,6	2,5	1,8
CREMONA	3,9	12,8	7,46	96,0	87,2	92,5	0,5	0,2	0,4
MANTOVA	4,0	12,5	7,06	95,9	87,1	92,7	0,2	0,3	0,2
<i>Totale ATS</i>	<i>5,2</i>	<i>12,8</i>	<i>7,79</i>	<i>94,7</i>	<i>87,0</i>	<i>92,1</i>	<i>0,6</i>	<i>0,6</i>	<i>0,6</i>
LOMBARDIA 2014		9,2				89,5	0,8	2,0	1,1

fonte: flusso CeDAP intra-regione ATS 2017

Ecografie in gravidanza per cittadinanza – numero medio (valore ottimale 3)

Distretto	Italiane	Straniere	Media totale
CREMA	5,8	4,5	5,5
CREMONA	5,9	4,0	5,2
MANTOVA	6,2	4,5	5,6
<i>Totale ATS</i>	<i>6,0</i>	<i>4,3</i>	<i>5,4</i>
LOMBARDIA 2014			4,9

fonte: flusso CeDAP intra-regione ATS 2017

1° visita tardiva (>12 settimane)- percentuale sul totale dei parti

Distretto	Italiane	Straniere	Totale
CREMA	4,4	26,5	9,8
CREMONA	4,3	24,6	12,3
MANTOVA	2,2	11,8	5,7
<i>Totale ATS</i>	<i>3,4</i>	<i>19,5</i>	<i>9,1</i>
LOMBARDIA 2014	2,8	12,8	

fonte: flusso CeDAP intra-regione ATS 2017

Esami invasivi effettuati per diagnosi prenatale- percentuale sul totale dei parti

Distretto	Villocentesi			Amniocentesi		
	Italiane	Straniere	Totale	Italiane	Straniere	Totale
CREMA	5,8	0,7	4,6	6,6	3,5	5,8
CREMONA	3,6	0,5	2,4	10,5	5,3	8,4
MANTOVA	17,1	3,6	12,2	5,7	0,2	4,5
<i>TOT ATS</i>	<i>10,7</i>	<i>2,1</i>	<i>7,6</i>	<i>7,1</i>	<i>3,4</i>	<i>5,8</i>
LOMBARDIA 2014			5,6			7,4

fonte: flusso CeDAP intra-regione ATS 2017

Modalità del parto – percentuale sul totale dei parti

Distretto	Spontaneo	TC programm	TC in travaglio	forcipe	ventosa	altro	TC extra-trav
CREMA	67,2	18,1	8,9	-	4,9	0,1	0,8
CREMONA	67,2	13,2	10,1	-	6,3	0,1	3,1
MANTOVA	64,0	17,4	10,8	-	3,3	0,4	4,1
<i>Totale ATS</i>	<i>65,6</i>	<i>16,4</i>	<i>10,2</i>	<i>-</i>	<i>4,4</i>	<i>0,3</i>	<i>3,1</i>



LOMBARDIA 2014	67,1	16,4	10,7	-	4,8	-	-
----------------	------	------	------	---	-----	---	---

fonte: flusso CeDAP intra-regione ATS 2017

Modalità del parto per cittadinanza della madre- percentuale sul totale dei parti

Distretto	Parto vaginale		Taglio Cesareo		Parto Operativo	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
CREMA	67,4	66,8	27,6	28,3	5,0	4,9
CREMONA	65,8	69,5	26,6	26,1	7,6	4,4
MANTOVA	63,9	64,2	32,2	32,2	3,8	3,6
<i>Totale ATS</i>	<i>65,3</i>	<i>66,2</i>	<i>29,7</i>	<i>29,8</i>	<i>5,1</i>	<i>4,0</i>
LOMBARDIA 2014			27,4	26,0		

fonte: flusso CeDAP intra-regione ATS 2017

Risulta evidente lo scarto tra donne italiane e straniere a sfavore di quest'ultime, in particolare per quel che concerne il numero di visite in gravidanza e il ritardo con cui si realizza la prima visita. L'indicazione è per una diversificazione di azioni tra i due target, in quanto queste ultime hanno senz'altro bisogni informativi diversi dalle prime, talché si prospetta la necessità di una offerta attiva dei percorsi assistenziali rivolti al target straniero, soprattutto in ambito consultoriale.

Altri indicatori risultano invece in linea con il contesto regionale, pur con differenze intra ATS.

I parti cesarei per le residenti nel Distretto di Mantova sono ancora sempre sopra lo standard della regione.

Il peso alla nascita, con particolare riguardo a quello basso e bassissimo, assume particolare importanza nel determinare lo stato di salute immediato e futuro del neonato. La tabella che segue dimensiona nel dettaglio tale fenomeno.

Neonati con basso peso alla nascita

Distretto	TOTALE	N° neonati peso<1500	%	N° neonati peso 1500-2499	%	% tot piccoli
CREMA	1166	12	1,0	76	6,5	7,5
CREMONA	1435	12	0,8	91	6,3	7,2
MANTOVA	2749	34	1,2	195	7,1	8,3
<i>Totale ATS</i>	<i>5350</i>	<i>58</i>	<i>1,1</i>	<i>362</i>	<i>6,8</i>	<i>7,9</i>
LOMBARDIA 2014			1,2		6,6	7,8

fonte: flusso CeDAP intra-regione ATS 2017

È obiettivo di una corretta prassi assistenziale contenere quanto più possibile la quota dei nati sottopeso, anche per il rischio di sequele di ordine neuro-motorio e neuro-sensoriale che soprattutto il target dei molto piccoli (<1500 gr) può presentare a distanza di anni dalla nascita. In una precedente osservazione di una coorte locale di nati del 2009, suddivisi per diverse condizioni alla nascita tra cui anche il peso, si è riscontrato che al 6° anno di vita i bambini nati piccoli e molto piccoli presentavano rischi importanti e statisticamente significativi per alcuni outcome esaminati, come si evince dalla tabella che segue.

OR e intervalli di confidenza al 95% per i nati piccoli vs nati normopeso

OUTCOME	Peso 1500-2500		peso<1500	
	OR	IC95%	OR	IC95%
DEFICIT MOTORI	3,47	0.99-12.14	6,57	0.85-50.76



DEFICIT SENSORIALI	4,06	1.35-12.22	nr	nr
DEFICIT DI LINGUAGGIO	1,94	1.08-3.48	1,67	0.40-6.92
CERTIFICAZIONI SCOLASTICHE PER ALUNNO DISABILE	1,83	0.96-3.09	3,92	1.55-9.95

fonte: Banca Dati Disabilità ATS – nati con peso>2500 gr come riferimento

Allattamento materno

La letteratura disponibile valuta l'allattamento al seno come potente strumento di prevenzione di patologie del neonato (allergie, asma, malattie croniche in età adulta) e della madre (tumore dell'ovaio e mammella). La pratica non è quindi semplicemente da suggerire, ma da favorire in qualsiasi modo. Tale indicazione deriva dai programmi per la prevenzione sia nazionali che regionali che sottolineano l'importanza di monitorare costantemente questa pratica al fine di orientare correttamente le azioni formative e informative.

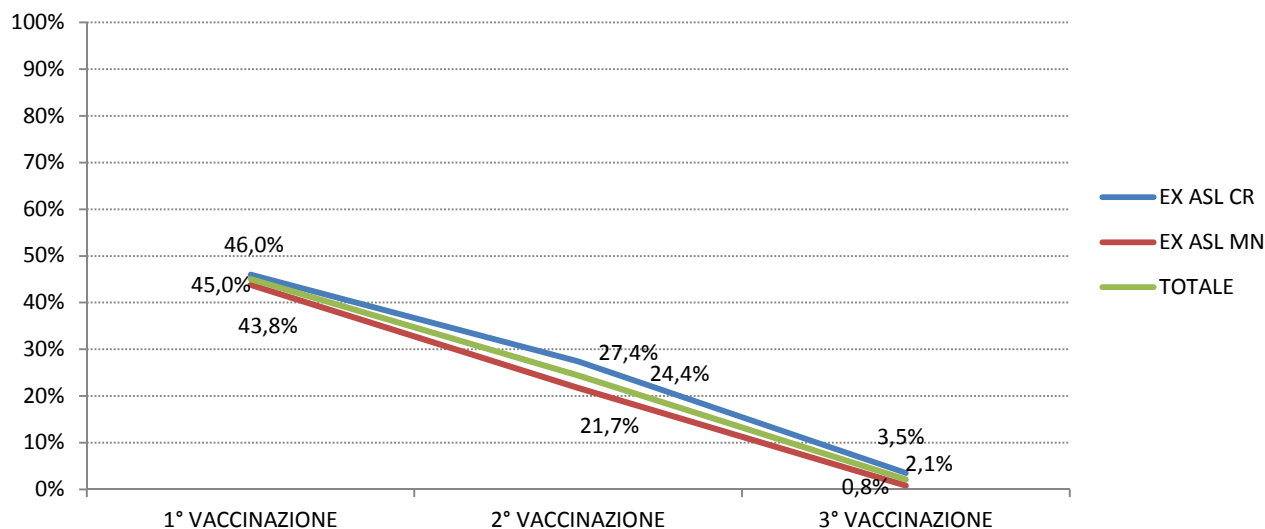
Sulla base di talipremesse, ATS ha promosso nel 2016 un'indagine campionaria* tramite somministrazione di questionari nei punti nascita e nei punti vaccinali del territorio in occasione della 1°, 2° e 3° vaccinazione, per rilevare la prevalenza di allattamento al seno esclusiva e/o complementare in epoche ben precise, cioè alla dimissione ospedaliera dopo la nascita, al 3°, 5° e 11° mese di vita.

L'indagine ha fornito molte notizie utili, non solo per dimensionare la prevalenza dell'allattamento al seno, ma anche per evidenziare criticità strutturali dei percorsi assistenziali. Infatti poco più di un terzo delle gestanti ha frequentato corsi di accompagnamento alla nascita (CAN): 31,6% a Crema, 38,4% Cremona e 37,9% a Mantova. L'importanza dei CAN è stata ampiamente documentata, sia per il valore del contesto in cui si ricevono le informazioni, sia per il valore della componente di gruppo che viene a crearsi (cfr *POMI, Progetto Obiettivo Materno-Infantile, D.m. 24 aprile 2000*). Le informazioni veicolate in occasione di questi incontri sono di grande importanza per indurre stili di vita corretti durante la gravidanza e per iniziare a trattare il tema dell'alimentazione del neonato e del bambino, dell'importanza della copertura vaccinale, ma anche per sensibilizzare le donne e le coppie alla prevenzione degli incidenti domestici. È pacifica acquisizione che tali informazioni, veicolate nei diversi modi e setting (incontri, materiale cartaceo, colloqui ad hoc) siano molto efficaci se offerte nel periodo della gravidanza, momento di massima disponibilità della donna a seguire buone pratiche, come ad esempio abbandonare l'abitudine al fumo.

Relativamente all'allattamento al seno, vi sono ampi margini di miglioramento, come si evince dal grafico che segue, soprattutto in relazione all'allattamento materno esclusivo al 3° e 6° mese (corrispondenti alla 1° e 2° vaccinazione), ancora riscontrabile in quota modesta nelle due ex-ASL di Mantova e Cremona.



Figura 21 Bambini in allattamento esclusivo (%)



*

http://www.aslmn.it/Templ_cont.asp?IDLivello1=201&IDLivello2=1911&IDLivello3=1268

Vaccinazioni nei primi anni di vita

Le recenti disposizioni legislative, nazionali e regionali, in materia vaccinale hanno riportato all'attenzione generale un dato che probabilmente stava sfuggendo alla percezione anche degli esperti. Solo tenendo alta la copertura vaccinale tra i soggetti target, si può ipotizzare che alcune malattie vengano mantenute sotto controllo, se non debellate. In realtà malattie infettive come la poliomelite, la difterite, il tetano, il morbillo, la pertosse ecc., non solo non sono scomparse, ma tendono a ripresentarsi con maggiore frequenza, qualora la popolazione a rischio non sia adeguatamente immunizzata per mezzo dei vaccini. Quindi le coperture vaccinali nei primi anni di vita, oltre ad essere un forte presidio a tutela della salute individuale, lo sono soprattutto per la sanità pubblica, perché impediscono la circolazione di virus e batteri che mettono a rischio la salute e la vita dei soggetti non immunizzati loro malgrado, per ragioni sanitarie o anagrafiche.

Anche nel nostro territorio, in analogia con altri contesti regionali e nazionali, le coperture vaccinali si stavano allontanando dalla soglia del 95%, considerata dal mondo scientifico come valore minimo per assicurare un efficace controllo delle malattie in questione.

Il Piano d'Azione Europeo per le Vaccinazioni 2015-2020 (EVAP – *European Vaccine Action Plan*), al quale ha aderito anche l'Italia e che dimostra che l'interesse al problema è comune, si pone i seguenti obiettivi:

- Mantenere lo stato di paese *polio-free*
- Eliminare morbillo e rosolia
- Controllare le infezioni da epatite B
- Copertura vaccinale a tre dosi di difterite-tetano-pertosse ($\geq 95\%$)
- Necessità di prendere decisioni *evidence-based*
- Raggiungere la sostenibilità finanziaria dei programmi vaccinali così da garantire l'accesso gratuito alle vaccinazioni per tutta la popolazione



Tali obiettivi sono compresi nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza licenziati nel 2014, recepiti dalle regioni, per cui anche da parte di Regione Lombardia sono poi discesi obiettivi specifici al riguardo.

	valore normale	valore accettabile
1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib esavalente)	$\geq 95\%$	$\geq 93\%$
1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	$\geq 95\%$	92% - 95%

Di seguito le coperture dei vaccini indicati nella griglia sopra riportata rilevate dal 2001 al 2016, cioè prima della campagna di forte recupero dei soggetti inadempienti. Sono evidenziate le caselle relative alla copertura considerata normale. La elaborazione è stata condotta su dati forniti dal Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria ATS.

Copertura vaccinale esavalente e MPR, 2001-2016

Coorti di nascita	CR	MN	CR	MN
	Esavalente		MPR	
2001	96,4	92,4	87,9	87,6
2002	94,8	93,3	87,8	88,7
2003	95,0	94,8	88,9	89,6
2004	95,6	91,5	90,5	89,2
2005	94,4	92,1	90,1	91,2
2006	94,9	93,8	91,4	92,1
2007	93,2	92,4	89,1	90,6
2008	93,4	92,4	90,5	90,7
2009	92,4	92,5	90,2	91,5
2010	91,5	92,0	88,6	90,7
2011	96,1	82,8	95,2	81,8
2012	95,0	95,9	92,8	93,5
2013	91,4	95,8	91,1	93,3
2014	91,4	95,3	91,2	93,1
2015	91,9	93,4	90,2	90,8
2016	93,0	94,3	98,0	97,3

Si rileva che le coorti di nascita con valori soddisfacenti sono relativamente poche. Da qui la necessità del recupero che, anche nel nostro territorio come nel resto della regione, è stato puntuale e rigoroso.

Stato di salute

Gli indicatori utilizzati per descrivere lo stato di salute di questo target sono: ospedalizzazione per grandi cause, mortalità, accessi al Pronto Soccorso. Non si sono rilevate le patologie croniche per problemi di mappatura riscontrati nei flussi, per cui è stata avviata una verifica sugli erogatori.

**Ricoveri – tasso (x1000) per distretto e genere, 0-4 anni**

Cause	CREMA		CREMONA		MANTOVA		VAL-PADANA	
	F	M	F	M	F	M	F	M
P. cardio-circolatorie	0,9	0,6	0,8	1,2	0,6	0,7	0,7	0,8
P. app. digerente	5,6	4,5	3,7	9,4	4,7	5,1	4,6	6,0
P. infettive	8,7	8,5	12,0	15,5	10,9	15,3	10,7	13,9
P. malformative	8,7	12,2	3,5	11,3	7,9	13,0	7,0	12,4
P. perinatali	38,9	44,7	36,5	42,4	22,7	25,1	29,5	33,5
P. app. respiratorio	32,4	33,6	25,9	36,4	30,2	37,8	29,6	36,6
P. traumatiche	5,9	3,4	6,1	7,4	5,5	7,3	5,7	6,5
P. oncologiche	2,2	0,6	0,5	2,0	3,8	1,3	2,7	1,3
Tutte le patologie	135,6	138,3	129,0	169,4	148,0	180,5	140,8	168,8

fonti: flusso SDO 2016; Anagrafe Assistiti al 01/01/2017

I bambini mostrano un tasso di ospedalizzazione più elevato rispetto ad altri target. Le patologie legate alla nascita, all'apparato respiratorio, digerente, nonché le patologie infettive, malformative, ma anche traumatiche sono causa di frequenti ricoveri. I maschi hanno un tasso di ricovero più alto, il distretto di Mantova evidenzia un eccesso rispetto ai restanti distretti.

Incidenza tumori – tasso (x100.000) per distretto e genere, 0-4 anni

	CREMA		CREMONA		MANTOVA		VAL-PADANA	
	F	M	F	M	F	M	F	M
Tutti i Tumori	41,8	12,8	19,0	11,5	19,4	16,2	23,5	14,6

I tumori più frequenti in questa classe d'età sono quelli del sistema nervoso e le leucemie.

Accessi al pronto Soccorso

Il flusso del Pronto Soccorso è stato recentemente implementato, per cui sono in corso verifiche di attendibilità/completezza delle variabili che contiene. Per il momento è purtroppo possibile solo fornire informazioni sul numero di accessi rapportati alla popolazione di riferimento e non alle cause che li hanno determinati.

L'analisi dei dati dei primi 11 mesi del 2017 mostra un tasso di accesso al PS per l'ATS pari a 723,7 x 1000 nella fascia di età 0-4 anni, con una maggiore propensione per Crema e per gli stranieri rispetto agli italiani in tutti i distretti.

Accessi al PS - 0-4 anni

Distretto	Italiani		Stranieri		Totale	
	N	Tasso (X 1000)	N	Tasso (X 1000)	N	Tasso (X 1000)
CREMA	3.949	754,3	1.278	950,2	5.227	794,4
CREMONA	3.350	627,3	2.073	900,1	5.423	709,5
MANTOVA	8.137	642,1	3.819	898,4	11.956	706,5
Totale ATS	15.436	661,4	7.170	907,7	22.606	723,7

fonti: flusso Pronto Soccorso gen-nov 2017; Anagrafe Assistiti al 01/01/2017

Mortalità

Le morti del 2016 avvenute entro il primo anno di età sono 22, per un tasso di mortalità infantile pari a 3,8‰, maggiore per gli stranieri (10 morti, tasso 6,7 ‰) rispetto agli italiani (12 morti, tasso 2,8‰).



Il tasso per gli italiani è allineato a quello riportato dall'Istat nel 2011 (2,9 %), mentre quello degli stranieri residenti nell'ATS è più elevato del dato nazionale (4,3%).

Le morti sono dovute a condizioni morbose di origine perinatale o a malformazioni, tranne in 2 casi –a carico di bambini stranieri- dove le cause sono setticemia e difetto della coagulazione.

In totale le morti nella fascia d'età 0-4 anni sono 26: alle 22 occorse nei primi 12 mesi di vita se ne aggiungono 4: due per malformazioni e due per problemi patologici di natura degenerativa.

Destinatari intermedi possibili

Gravide, coppie genitoriali, operatori sanitari e socio-sanitari Medici e Pediatri di Famiglia, Farmacisti, educatori di Nidi, insegnanti scuole dell'infanzia, amministratori di enti locali, giornalisti.

Luoghi della prevenzione possibili

Consultori familiari, Punti nascita, nido, scuole dell'infanzia, reparti ospedalieri, farmacie, luoghi di aggregazione dell'infanzia, quotidiani locali.



TARGET 5-19

Questo target, che copre l'età scolare dei ragazzi, si rivela in realtà estremamente composito per le estreme modificazioni di natura fisica e psicologica. Il passaggio dall'infanzia all'adolescenza rappresenta una fase cruciale per l'acquisizione di abitudini e comportamenti che possono influire negativamente sullo stato di salute dei soggetti. Cambiano i contesti di riferimento e gli strumenti di comunicazione tra pari e con gli adulti, per cui le informazioni sono veicolate con modalità e strumenti dedicati allo specifico target.

Demografia

Popolazione per genere e distretti, 5-19 anni

Distretto				di cui stranieri	
	F	M	F+M	F	M
CREMA	11190	11959	23149	1805	1927
CREMONA	12389	13558	25947	2965	3322
MANTOVA	27659	30010	57669	5293	5885
<i>Totale ATS</i>	<i>51238</i>	<i>55527</i>	<i>106765</i>	<i>10063</i>	<i>11134</i>

fonti: Anagrafe Assistiti al 01/01/2017

Stato di salute

Il mantenimento del peso forma rappresenta in ogni classe di età un indicatore utile per risalire allo stile alimentare degli interessati. In questo target non mancano criticità in merito a sovrappeso e obesità, condizioni tanto più importanti quanto più destinate a condizionare lo stato di salute futuro delle giovani generazioni. Si riportano di seguito i dati relativi al recente Report regionale compreso nella rilevazione nazionale OKKIO ALLA SALUTE relativo al 2016 e a quello ricavato dai bilanci di salute redatti dai Pediatri di famiglia del territorio ATS in occasione di visite di controllo. Sia i bambini in sovrappeso che gli obesi si collocano un po' al di sopra il riferimento regionale.

Condizione rilevata	7-10 anni
sovrappeso	19,2
Obeso e grave obeso	6

Rapporto 2016 REGIONE LOMBARDIA Indagine OKKIO ALLA SALUTE

Condizione rilevata	11 anni
sovrappeso	21,2
obeso	6,9

Bilanci di salute dei PdF ATS – 2014

Per contro, si è verificato, tramite un'indagine condotta da ATS in collaborazione con società sportive rivolta ad adolescenti loro iscritti, che la pratica sportiva esercitata in modo strutturato costituisce in questo specifico target un elemento protettivo rispetto ad alcuni comportamenti negativi, sia in campo alimentare che in quello delle dipendenze. Il 70% circa fa una buona colazione al mattino, l'85% consuma almeno una porzione di verdure al giorno, mentre ben il 92% mangia frutta tutti i giorni in quantità superiore ad una porzione; bevono bibite dolci e gasate non in misura superiore ad una / due volte alla settimana nel 70%, mentre solo il 9% ne fa uso quotidianamente. Il 40% è consapevole che fumare è dannoso per la salute, mentre il 14% pensa che fumare renda più interessanti.



Se è vero che alcune abitudini legate al fumo ed all'alimentazione sono correttamente percepite da chi fa attività sportiva, non altrettanto si può dire per l'attrazione verso il rischio in generale: infatti ben il 57% amerebbe guidare ad alta velocità e il 79% non apprezza una vita senza rischi.

In sintesi, l'attività sportiva preserva da alcune abitudini non corrette di vita, ma non allontana da altri comportamenti negativi.

Ricoveri – tasso (x1000) per distretto e genere, 5-19 anni

Cause	CREMA		CREMONA		MANTOVA		VAL-PADANA	
	F	M	F	M	F	M	F	M
P. app. cardio-circolatorio	0,9	1,6	0,4	2,7	0,9	1,6	0,8	1,9
P. app. digerente	5,0	4,4	3,9	6,7	4,3	4,4	4,4	4,9
P. infettive	1,4	1,9	2,2	3,2	2,3	2,6	2,1	2,6
P. malformative	2,2	3,8	1,7	3,7	3,9	5,0	3,2	4,4
P. app. respiratorio	10,0	9,2	8,5	9,5	7,3	8,6	8,2	9,0
P. traumatiche	3,0	9,1	2,9	8,2	4,7	8,8	3,9	8,7
P. oncologiche	2,2	1,1	1,6	1,5	1,6	1,6	1,8	1,5
Tutte le patologie	52,4	55,8	45,6	62,3	47,5	56,6	48,1	57,8

fonti: flusso SDO 2016; Anagrafe Assistiti al 01/01/2017

Incidenza tumori - tasso (x100.000) per distretto e genere, 5-19 anni

Età 5-19	CREMA		CREMONA		MANTOVA		VAL-PADANA	
	F	M	F	M	F	M	F	M
Tutti i Tumori	11,81	11,29	12,87	13,97	15,41	20,9	14,13	17,52

fonti: Registro Tumori ATS

Accessi al pronto Soccorso

L'analisi dei dati dei primi 11 mesi del 2017 mostra un tasso di accesso al PS per l'ATS pari a 318,1 x 1000 abitanti della stessa fascia d'età, con una maggiore propensione per Crema e per gli stranieri rispetto agli italiani in tutti i distretti.

Accessi al PS – 5-19 anni

Distretto	Italiani		Stranieri		Totale	
	N	Tasso (X 1000)	N	Tasso (X 1000)	N	Tasso (X 1000)
CREMA	6.769	349,8	1.419	388,9	8.188	356,0
CREMONA	5.399	276,7	2.144	349,4	7.543	294,1
MANTOVA	13.623	295,6	4.219	389,9	17.842	313,5
Totale ATS	25.791	303,6	7.782	377,7	33.573	318,1

fonti: flusso Pronto Soccorso gen-nov 2017; Anagrafe Assistiti al 01/01/2017

Dipendenze

I dati provenienti dal Servizio per le Dipendenze indica che il numero di fruitori in questa fascia d'età è esiguo e in gran parte di sesso maschile (89%). Il 92% (241) sono accessi causati da uso di droghe, in particolare cannabinoidi.

Prese in carico dal SERD - 5-19 anni

Distretto	Femmine		Maschi		Totale	
	N	Tasso (X 1000)	N	Tasso (X 1000)	N	Tasso (X 1000)
CREMA	8	0,7	86	7,2	94	4,1
CREMONA	13	1,1	73	5,4	86	3,4
MANTOVA	7	0,3	74	2,5	81	1,4



Totale ATS	28	0,6	233	4,2	261	2,5
-------------------	-----------	------------	------------	------------	------------	------------

fonti: flusso SERT, anno 2016

Mortalità

I morti nella fascia d'età 5-19 nel 2016 sono 15, per un tasso grezzo di mortalità pari a 1,4 per 10.000. Il numero è esiguo e dovuto principalmente a tumori (5 dell'encefalo, 1 del testicolo e 1 osseo) e a traumatismi.

Distribuzione dei morti per cause di morte e distretto di residenza - 5-19 anni

Cause	CREMA	CREMONA	MANTOVA	ATS
tumori	2		5	7
apparato respiratorio		1		1
cause perinatali		1		1
traumatismi	1		5	6
Totale	3	2	10	15

Fonte: Registro Mortalità ATS, anno 2016

Piani di lettura

Globale

L'ospedalizzazione è molto contenuta, maggiore per patologie respiratorie, digerente e traumi. Gli eventi traumatici sostengono anche la mortalità.

La pratica strutturata di attività sportive risulta protettiva rispetto ad alcuni comportamenti e abitudini alimentari scorretti, ma non in modo generalizzato.

Di genere

L'ospedalizzazione per patologie traumatiche nei maschi è di 2-3 volte quella relativa alle femmine.

Il 90% circa dei soggetti con accesso al SERD sono maschi e fanno uso di sostanze di tipo cannabinoidi.

Di nazionalità

Gli accessi al PS sono sempre maggiori nella popolazione straniera.

Di territorialità

Incidenza e mortalità per tumore sono superiori a Mantova rispetto ai confronti.

Destinatari intermedi possibili

Genitori, insegnanti, educatori, Medici e Pediatri di famiglia, amministratori enti locali, giornalisti.

Luoghi della prevenzione possibili

Scuole, centri ricreativi, sportivi, luoghi di aggregazione giovanile, media e socialnetwork.



TARGET 20-44

E' la classe d'età che entra nel mondo del lavoro e nella vita riproduttiva. Quella in cui le differenze di genere si esprimono al massimo grado, condizionando il benessere psico-fisico di entrambi i generi. Rappresenta un target ancora tendenzialmente libero da patologie croniche, mentre è più esposto ad eventi acuti, ostetrico-ginecologici per le donne e traumatici per gli uomini.

Le donne sono massimamente sensibili e raggiungibili dai messaggi di promozione della salute per la maternità, a differenza degli uomini che, in questa classe di età, lo possono diventare indirettamente nel ruolo di genitore.

Ancora presente in modo importante al componente straniera.

Demografia

Popolazione per genere e distretti, 20-44 anni

Distretto				di cui stranieri	
	F	M	F+M	F	M
CREMA	24153	24816	48969	4540	3733
CREMONA	27681	28569	56250	7002	6618
MANTOVA	59922	61664	121586	13501	12769
Totale ATS	111756	115049	226805	25043	23120

fonti: Anagrafe Assistiti al 01/01/2017

Stato di salute

Ricoveri – tasso (x1000) per distretto e genere, 20-44 anni

cause	CREMA		CREMONA		MANTOVA		VAL-PADANA	
	F	M	F	M	F	M	F	M
P. cardio-circolatorie	1,9	5,0	2,7	3,8	2,7	4,0	1,9	5,0
P. app. digerente	5,4	8,1	6,0	6,7	6,6	8,2	5,4	8,1
P. app. genitourinario	21,1	3,3	18,8	3,4	20,2	2,8	21,1	3,3
Cause ostetriche	74,7	0,0	65,1	0,0	74,0	0,0	74,7	0,0
P. infettive	0,9	0,8	1,3	1,8	0,9	1,3	1,0	1,3
P. app. respiratorio	4,6	5,1	4,9	7,3	3,7	6,2	4,2	6,3
P. traumatiche	3,5	9,1	3,8	9,5	4,0	9,1	3,8	9,2
P. oncologiche	7,6	2,8	7,1	2,6	8,3	2,7	7,9	2,7
Tutte le patologie	143,6	56,9	132,2	59,4	142,1	55,2	140,0	56,6

fonti: flusso SDO 2016; Anagrafe Assistiti al 01/01/2017

Incidenza tumori – tasso (x100.000) per distretto e genere, 20-44 anni

Sedi	CREMA		CREMONA		MANTOVA		VAL-PADANA	
	F	M	F	M	F	M	F	M
Cervice uterina	5,5	-	6,4	-	5,0	-	5,8	-



Colon-Retto	7,3	5,9	5,6	4,4	5,9	6,8	6,1	6,1
Fegato	0,9	5,1	0,8	2,2	0,6	3	0,7	3,2
Mammella	55,5	-	52,5	0	64,2	0	60,0	0
Pancreas	2,7	-	0,8	0,7	0	1,1	0,7	0,8
Polmone	5,5	2,5	4,0	1,9	2,3	4,1	3,3	3,3
Stomaco	2,7	2,5	0,8	3,7	2,3	3,0	2,1	3,1
Tutti i Tumori	170,2	76,1	175,3	99,0	161,5	93,9	166,2	91,6

fonte: Registro Tumori ATS

Prevalenza patologie croniche- tasso (x1000) per distretto e genere, 20-44 anni

Patologie	CREMA		CREMONA		MANTOVA		VAL-PADANA	
	F	M	F	M	F	M	F	M
P. autoimmuni	19,1	3,0	20,9	3,2	31,9	5,5	26,4	4,4
P. respiratorie	30,6	34,4	35,3	38,6	24,8	25,4	28,7	30,6
P. cardiocircolatorie	38,0	45,7	43,9	50,2	25,6	36,1	32,8	41,6
Diabete	13,0	10,6	19,8	13,8	13,7	11,5	15,1	11,9
P. endocrine	39,0	16,8	42,9	16,9	45,3	16,1	43,3	16,5
HIV	1,6	2,9	2,3	3,3	1,2	1,7	1,6	2,3
Insufficienza renale	0,8	1,5	1,2	1,3	0,7	1,6	0,8	1,5
P. neoplastiche	16,0	10,5	15,3	8,5	17,2	10,1	16,5	9,8
P. nervose	9,8	9,3	11,1	10,1	8,6	7,7	9,5	8,6
Trapianti	0,5	0,6	0,5	0,7	0,4	0,7	0,5	0,7

fonte: Banca Dati Assistito ATS 2016

Prevalenza patologie croniche- tasso (x1000) per nazionalità e genere, 20-44 anni

Patologie	F		M	
	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri
P. autoimmuni	27,4	14,7	4,6	1,5
P. respiratorie	31,4	24,7	34,2	24,7
P. cardiocircolatorie	33,6	40,3	43,6	42,6
Diabete	12,0	27,2	9,5	21,6
P. endocrine	44,4	36,5	17,6	12,1
HIV	1,1	3,6	2,6	2,3
Insufficienza renale	0,9	0,9	1,4	1,6
P. neoplastiche	17,8	10,8	11,0	4,6
P. nervose	11,1	5,2	9,7	5,8
Trapianti	0,5	0,4	0,7	0,6

fonte: Banca Dati Assistito ATS 2016

L'analisi dei dati dei primi 11 mesi del 2017 mostra un tasso di accesso al PS per ATS pari a 325,8 x 1000

Accessi al PS - 20-44 anni

Distretto	Italiani			Stranieri	totale	
	N	Tasso (X 1000)	N	Tasso (X 1000)	N	Tasso (X 1000)
CREMA	12.675	313,3	4.176	515,5	16.851	347,0
CREMONA	11.187	265,2	6.197	474,0	17.384	314,6
MANTOVA	25.515	271,4	12.927	512,4	38.442	322,4
Totale ATS	49.377	279,5	23.300	502,1	72.677	325,8

fonti: flusso Pronto Soccorso gen-nov 2017



Dipendenze

I dati provenienti dal Servizio per le Dipendenze indica che circa il 10% dei soggetti in questa fascia d'età ha almeno un accesso nel 2016.

Accessi al SERD - 20-44 anni

Distretto	Femmine		Maschi		totale	
	N	Tasso (X 1000)	N	Tasso (X 1000)	N	Tasso (X 1000)
CREMA	118	4,9	664	27,0	782	16,1
CREMONA	108	4,0	584	20,8	692	12,5
MANTOVA	113	1,9	685	11,3	798	6,7
Totale ATS	339	3,1	1,933	17,1	2,272	10,2

fonte: flusso SERD 2016

Più di due terzi dei soggetti accede per problemi di dipendenza in entrambi i sessi e la sostanza più utilizzata è la cannabis, seguita dall'eroina e dall'alcool.

Condizione che determina gli accessi al SERD – 20-44

Condizione	Maschi		Femmine	
	N	%	N	%
tossicodipendenti	1314	68,0	228	67,3
alcooldipendenti	177	9,2	50	14,7
invaiati da prefettura	110	5,7	17	5,0
Inviati da commissione patenti	156	8,1	19	5,6
pazienti HIV positivi	1	0,1		0,0
giocatori d'azzardo	58	3,0	5	1,5
tabagisti	4	0,2	8	2,4
altro	113	5,8	12	3,5
Totale	1933	100,0	339	100,0

fonte: flusso SERD 2016

Sostanza oggetto della dipendenza negli accessi al SERD – 20-44

Sostanza	Maschi		Femmine	
	N	%	N	%
eroina	271	14,0	53	15,6
cocaina	151	7,8	29	8,6
cannabis	845	43,7	141	41,6
alcool	195	10,1	42	12,4
altro	471	24,4	74	21,8
Totale	1933	100,0	339	100,0

fonte: flusso SERD 2016

Mortalità

Il tasso grezzo di mortalità della fascia d'età 20-44 è pari a 4,3 per 10.000 per un totale di 96 morti, con una rilevante differenza di genere: 2,5 per 10.000 per le femmine e 6,1 per i maschi. La differenza è dovuta essenzialmente all'aumento nei maschi delle morti dovute a traumatismi e a patologie del sistema circolatorio. Tra le femmine morte per tumore, 5 sono a carico della mammella (2 nel distretto di Cremona e 3 in quello di Mantova, mentre nei maschi la maggior frequenza è associata al tumore allo stomaco (2 riscontrati nel distretto di Cremona ed 1 a Mantova

Distribuzione dei morti per cause di morte e distretto di residenza, età 20-44 anni

**Femmine**

cause	CREMA	CREMONA	MN	ATS
tumori	2	4	5	11
traumatismi	1	2	4	7
cause imprecise		1	3	4
s. circolatorio			2	2
m. endocrine			1	1
disturbi psichici			1	1
s. nervoso				1
Totale	4	7	16	27

Fonte: Registro Mortalità ATS, anno 2016

Maschi

cause	CREMA	CREMONA	MN	ATS
traumatismi	3	5	21	29
tumori	2	4	6	12
s. circolatorio	2	2	7	11
s. respiratorio	2	2	2	6
cause imprecise		2	3	5
m. apparato digerente	1		1	2
m. infettive			1	1
m. endocrine		1		1
disturbi psichici			1	1
malformazioni	1			1
Totale	11	16	42	69

Fonte: Registro Mortalità ATS, anno 2016

Piani di lettura*Globale*

Compaiono le patologie croniche, in particolare quelle respiratorie e cardiocircolatorie, nonché le neoplasie con tassi apprezzabili. Circa il 10‰ dei soggetti in questa fascia d'età, oltre 2200, ha almeno un accesso al SERD nel 2016. Più di due terzi per problemi di tossicodipendenza in entrambi i sessi e la sostanza più utilizzata è la cannabis, seguita dall'eroina e dall'alcool. Ancora molto contenuto il tasso di giocatori d'azzardo.

Di genere

L'ospedalizzazione mostra una forte connotazione di genere: le donne sono interessate fortemente dall'aspetto ostetrico e ginecologico, negli uomini rimane contenuta, anche se permane un alto tasso di patologie traumatiche. Le patologie cardiocircolatorie sono più frequenti nel genere maschile, mentre i tumori lo sono nel genere femminile. Il tasso grezzo di mortalità pari a 4,3 per 10.000 mostra una rilevante differenza di genere a sfavore dei maschi, soprattutto per le cause traumatiche.

Tra gli utenti SERD circa l'85% sono maschi e la frequenza dei giocatori d'azzardo è molto più elevata rispetto alle femmine.

Di nazionalità

Le patologie croniche sono complessivamente più frequenti negli italiani, con l'evidente eccezione del diabete, molto più presente negli stranieri in entrambi i generi. Le patologie cardiocircolatorie e HIV interessano maggiormente le straniere rispetto alle italiane.

Di territorialità

Complessivamente **gli** indicatori sono peggiori per il genere maschile a Cremona, con riferimento all'ospedalizzazione ed alla prevalenza delle patologie croniche.

Tra gli utenti SERD, si nota un tasso di accesso maggiore a Crema rispetto ai restanti distretti.

Incidenza e mortalità per tumore sono superiori a Mantova rispetto ai confronti, come più numerosi sono i decessi per cause traumatiche.

Destinatari intermedi possibili

Operatori sanitari e socio-sanitari, Medici di famiglia, medici competenti grandi aziende pubbliche e private, amministratori enti locali, giornalisti.



Luoghi della prevenzione possibili

Consultori, luoghi di lavoro, centri sportivi e di aggregazione, spazi delle grandi strutture commerciali, media e socialnetwork

TARGET 45-64 ANNI

E' la classe d'età in cui le differenze di genere non sono più governate dalla fisiologia, ma segnate dalla specificità delle patologia. Le cronicità cominciano ad esprimersi in modo apprezzabile, soprattutto nel genere maschile, come verosimile conseguenza di più concause. Da un lato si esaurisce la latenza dell'esposizione a fattori di rischio che hanno agito nella precedente fascia di età, dall'altro agisce probabilmente una minore propensione nel genere maschile alla tutela della propria salute, compresa la prevenzione.

Demografia

Popolazione per genere e distretti, 45-64 anni

Distretto				di cui stranieri	
	F	M	F+M	F	M
CREMA	24151	24362	48513	1990	1730
CREMONA	28854	29415	58269	3126	2968
MANTOVA	60182	60322	120504	6430	5411
<i>Totale ATS</i>	<i>113187</i>	<i>114099</i>	<i>227286</i>	<i>11546</i>	<i>10109</i>

fonti: Anagrafe Assistiti al 01/01/2017

Stato di salute

Ricoveri – tasso (x1000) per genere e distretto – 45-64 anni

Cause	CREMA		CREMONA		MANTOVA		VAL-PADANA	
	F	M	F	M	F	M	F	M
P. cardio-circolatorie	10,9	26,0	6,9	18,5	9,4	20,1	9,1	21,0
P. app. digerente	7,6	17,6	9,4	17,8	9,3	18,2	9,0	18,0
P. infettive	1,2	2,0	1,3	1,8	1,0	1,2	1,1	1,6
P. app. respiratorio	5,1	6,8	6,6	8,4	4,8	6,8	5,3	7,2
P. traumatiche	7,1	8,5	8,6	8,4	7,6	9,6	7,7	9,1



P. oncologiche	17,2	13,1	17,3	14,6	18,5	14,0	17,9	14,0
Tutte le patologie	103,1	123,0	112,4	123,7	108,5	118,5	108,4	120,8

fonti: flusso SDO 2016; Anagrafe Assistiti al 01/01/2017

Incidenza tumore maligno – tasso (x100.000) per distretti e genere

Sedi	CREMA		CREMONA		MANTOVA		VAL-PADANA	
	F	M	F	M	F	M	F	M
Cervice uterina	6,0	-	18,3	-	12,0	-	12,3	-
Colon-Retto	69,0	97,3	73,3	87,9	76,1	113,2	74,1	104,4
Fegato	8,3	45,2	8,7	41,1	5,6	26,9	6,8	33,6
Mammella	295,2	3,5	281,4	-	291,5	-	289,9	0,7
Pancreas	26,2	31,3	12,5	19,1	21,7	20,1	20,5	22,0
Polmone	34,5	105,4	39,5	98,4	38,6	101,8	38,1	101,7
Stomaco	14,3	33,6	18,3	45,9	12,7	23,8	14,3	30,8
Tutti i Tumori	805,8	910,5	825,0	952,5	735,1	737,3	768,7	819,6

fonti: Registro Tumori ATS; Anagrafe Assistiti al 01/01/2017

Patologie croniche – tasso (x 1000) per distretti e genere

Patologie	CREMA		CREMONA		MANTOVA		VAL-PADANA	
	F	M	F	M	F	M	F	M
P. autoimmuni	31,1	6,1	36,9	7,1	63,5	9,3	49,8	8,1
P. respiratorie	36,8	27,7	38,3	33,4	31,5	28,6	34,4	29,7
P. cardiocircolatorie	216,0	275,1	208,3	262,8	218,9	273,3	215,6	271,0
Diabete	45,4	68,1	45,2	68,8	43,5	70,3	44,3	69,5
P. endocrine	94,5	76,4	101,1	78,6	129,3	95,7	114,7	87,2
P. gastroenteriche	49,7	58,4	40,1	46,7	48,6	52,4	46,7	52,2
HIV	3,9	10,1	3,4	8,8	2,0	5,5	2,8	7,4
Insufficienza renale	2,6	5,0	3,0	5,5	3,0	5,3	2,9	5,3
P. neoplastiche	75,7	42,4	72,7	38,2	72,3	37,4	73,1	38,7
P. nervose	18,6	17,0	20,3	17,2	15,3	13,5	17,3	15,2
Trapianti	1,1	2,2	0,7	2,2	0,9	1,8	0,9	2,0

fonti: Banca Dati Assistito ATS, anno 2016

Prevalenza patologie croniche- tasso (x1000) per nazionalità e genere, 45-64 anni

Patologie	F		M	
	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri
P. autoimmuni	48,0	22,9	8,0	4,2
P. respiratorie	35,4	34,7	29,2	37,3
P. cardiocircolatorie	219,5	171,7	281,7	154,8
Diabete	40,8	77,4	66,1	99,7
P. endocrine	114,1	73,8	88,5	43,4



HIV	3,0	3,3	8,0	7,5
Insufficienza renale	2,9	3,1	5,2	5,4
P. neoplastiche	77,3	40,2	41,4	16,5
P. nervose	18,7	10,1	16,2	10,4
Trapianti	0,9	0,7	2,2	0,7

fonte: Banca Dati Assistito ATS 2016

Accessi al Pronto Soccorso

L'analisi dei dati dei primi 11 mesi del 2017 mostra un tasso di accesso al PS per l'ATS pari a 247,7 x 1000 residenti della stessa fascia d'età, con una maggiore propensione per Crema e per gli stranieri rispetto agli italiani in tutti i distretti.

Accessi al PS – 45-64 anni

Distretto	Italiani		Stranieri		totale	
	N	Tasso (X 1000)	N	Tasso (X 1000)	N	Tasso (X 1000)
CREMA	11.283	254,0	1.500	395,5	12.783	265,1
CREMONA	11.277	218,0	2.199	367,7	13.476	233,5
MANTOVA	24.633	229,0	4.887	419,4	29.520	247,6
Totale	47.193	231,6	8.586	400,7	55.779	247,7

fonti: flusso Pronto Soccorso gen-nov 2017; Anagrafe Assistiti al 01/01/2017

Le dipendenze

I dati provenienti dal Servizio per le Dipendenze indicano che circa il 5% dei soggetti in questa fascia d'età ha almeno un accesso nel 2016, con una predominanza dei maschi rispetto alle femmine (82%) in tutti i distretti. Si nota inoltre un tasso di accesso maggiore a Crema rispetto ai restanti distretti.

Prese in carico al SERD – 45-64 anni

Distretto	Femmine		Maschi		Totale	
	N	Tasso (X 1000)	N	Tasso (X 1000)	N	Tasso (X 1000)
CREMA	55	2,3	327	13,5	382	7,9
CREMONA	57	2,0	289	9,9	346	6,0
MANTOVA	110	1,8	399	6,7	509	4,3
ATS	222	2,0	1.015	9,0	1237	5,5

fonti: flusso SERD, anno 2016

Il primo problema per entrambi i sessi è la tossicodipendenza, tuttavia in questa fascia d'età assume importanza anche il problema dell'alcool. Infatti alla categoria "alcooldipendenti" va sommata quella degli "inviati da commissioni patenti", verosimilmente positivi all'alcool-test in sede di controlli stradali. Il problema del gioco d'azzardo inizia ad avere una certa rilevanza rispetto alle altre classi d'età.

Condizione che determina gli accessi al SERD – 45-64 anni

Condizione	Maschi		Femmine	
	N	%	N	%
tossicodipendenti	485	47,8	84	37,8
alcooldipendenti	283	27,9	81	36,5
utenti da prefettura	6	0,6	-	-
utenti commissione patenti	84	8,3	3	1,4



pazienti HIV positivi	13	1,3	3	1,4
giocatori d'azzardo	80	7,9	24	10,8
tabagismo	16	1,6	20	9,0
altro	48	4,7	7	3,2
Totale	1015	100,0	222	100,0

fonte: flusso SERD, anno 2016

La sostanza maggiormente utilizzata tra quelle specificate è la cannabis nei maschi e l'alcool nelle femmine.

Sostanza oggetto della dipendenza negli accessi al SERD – 45-64 anni

Sostanza	Maschi		Femmine	
	N	%	N	%
eroina	180	17,7	36	16,2
cocaina	39	3,8	6	2,7
cannabis	306	30,1	37	16,7
alcool	220	21,7	69	31,1
altro	270	26,6	74	33,3
totale	1015	100,0	222	100,0

fonte: flusso SERD, anno 2016

Gli screening oncologici di prevenzione e diagnosi precoce

Le attività di screening oncologici, già avviate dalle ex-ASL di Mantova e Cremona, sono tre, come da indicazioni nazionali e regionali, e comprendono la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero e della mammella per le donne, il tumore del colon-retto per donne e uomini.

Le età target sono diverse per i tre screening (25-64 per il cervico-carcinoma, attualmente 50-69 per la mammella e colon-retto). Si è scelto di riportarne i dati nella parte relativa a questo target, perché in questa fascia di età sono coinvolti entrambi i generi e sono attivati tutti gli screening.

Il reclutamento attivo della popolazione si è rivelato uno strumento efficace di prevenzione e diagnosi precoce di forme tumorali molto frequenti che hanno mostrato un alto grado di curabilità se diagnosticate in tale occasione. Se si considera complessivamente la bassa invasività dei test di primo livello, si può comprendere perché ormai siano diventati prassi consolidata di prevenzione raccomandata su tutto il territorio nazionale e regionale.

Di seguito si forniscono dati sulla copertura della popolazione per ciascuna delle sedi tumorali oggetto di screening. L'analisi ha preso in considerazione la quota di popolazione residente che ha eseguito almeno un test di screening di primo livello nell'ultimo round previsto dai tre screening (3 anni per il cervico-carcinoma, 2 anni per mammella e colon-retto). La disaggregazione territoriale e per sesso relativamente al colon-retto e per nazionalità offre spunti interessanti per individuare importanti margini di azioni migliorative.

Le notizie relative alle coperture assicurate nei tre ambiti ATS sono infatti importanti in quanto individuano i margini di azione per incrementare l'adesione al reclutamento attivo da parte dell'ATS.

% Copertura test sangue occulto (FOBT), round biennale 2015-2016

Screening Colon-Retto			
Distretto	M	F	Totale
CREMA	41,8	46,7	46,7
CREMONA	41,0	46,3	46,3
MANTOVA	45,9	51,5	51,5
ATS	43,8	49,1	49,1

Fonte: flusso ambulatorile 28SAN, anni 2015-2016

Screening Colon-Retto			
Nazionalità	M	F	Totale
Italiani	44,9	50,4	47,6
Stranieri	26,1	33,6	30,4

fonte: flusso ambulatorile 28SAN, anni 2015-2016

**% Copertura test Mammografia, round biennale 2015-2016**

Screening Mammella			
Distretto	Italiane	Straniere	Totale
CREMA	50,5	40,5	49,9
CREMONA	40,5	31,0	39,7
MANTOVA	57,6	40,8	56,2
ATS	51,6	38,2	50,6

fonte: flusso ambulatorile 28SAN, anni 2015-2016

Relativamente allo screening del cervico-carcinoma, la rilevazione ha riguardato solo Mantova in quanto non attivato nei distretti della provincia di Cremona.

% Copertura Pap-test, round triennale 2014-2016

Screening Cervice uterina			
Distretto	Italiane	Straniere	Totale
MANTOVA	51,0	52,0	51,2

fonte: flusso ambulatorile 28SAN, anni 2014-2016

Mortalità

Il tasso grezzo di mortalità della fascia d'età 45-64 è pari a 32,2 per 10.000 per un totale di 724 morti, con una differenza di genere ancora presente: 24,6 per 10.000 per le femmine e 37,7 x 10000 per i maschi. I tassi sono simili per distretto di residenza nelle femmine, mentre nei maschi il tasso di Cremona è maggiore rispetto ai restanti.

Mortalità per distretto e genere – 45-64 anni

Distretto	Femmine		Maschi		totale	
	N	Tasso (X 10000)	N	Tasso (X 10000)	N	Tasso (X 10000)
CREMA	61	25.4	95	39.3	156	32.4
CREMONA	67	23.4	141	48.5	208	36.0
MANTOVA	148	24.8	212	35.6	360	30.2
Totale ATS	276	24.6	448	39.7	724	32.2

Fonte: Registro Mortalità ATS, anno 2016

I tumori costituiscono la prima causa di morte per entrambi i sessi. Quello della mammella rappresenta il 28% dei decessi per tumore nelle femmine in questa fascia d'età, quasi interamente coperta dal programma di screening, mentre quello del polmone il 23% delle morti per tumore nei maschi, seguito da fegato e pancreas. I traumatismi sono la terza causa di morte nei maschi in questa specifica fascia d'età.

Distribuzione proporzionale delle prime 4 cause di morte, target 45-64

Femmine			Maschi		
cause	N	%	cause	N	%
tumori	174	63.0	tumori	211	47.1
<i>Mammella</i>	49		<i>polmone</i>	49	
<i>polmone</i>	32		<i>fegato</i>	18	
<i>colon</i>	18		<i>pancreas</i>	18	
<i>ovaio</i>	16		<i>encefalo</i>	16	
<i>altro</i>	59		<i>altro</i>	110	



s. circolatorio	27	9.8
s. nervoso	13	4.7
m. infettive	12	4.3
altro	50	18.1
totale	276	100.0

Fonte: Registro Mortalità ATS, anno 2016

s. circolatorio	92	20.5
traumatismi	39	8.7
s. nervoso	24	5.4
altro	82	18.3
totale	448	100.0

Fonte: Registro Mortalità ATS, anno 2016

Piani di lettura

Globale

La prima causa di ospedalizzazione diventa la patologia neoplastica, seguita da quella cardiocircolatoria e la prevalenza delle patologie croniche ricalcano questa condizione. Compagno diabete e patologie endocrine. La causa principale di mortalità è da ascrivere ai tumori.

Nei comportamenti a rischio, si evidenzia un avvicinamento tra dipendenze da sostanze e alcool, a differenza della classe precedente, mentre diventa consistente quella al gioco d'azzardo.

Di genere

Le differenze di genere riguardo all'ospedalizzazione si appiattiscono rispetto alla classe precedente, in quanto scompare l'effetto ostetrico-ginecologico nelle donne. Tra le cronicità la patologia cardiocircolatoria diventa prevalente nei maschi, così come il diabete, mentre le patologie endocrine prevalgono nel sesso femminile. L'incidenza dei tumori è più alta nei maschi, nonostante la presenza del tumore della mammella nelle donne. Il tumore del polmone è prettamente maschile. Tra i comportamenti a rischio continua la prevalenza degli utenti SERD di genere maschile, mentre le donne rimangono in quota contenuta. Sono però in ascesa per consumo di alcool e dipendenza al gioco d'azzardo. Tra le attività di screening, il genere maschile risulta molto meno aderente.

Di nazionalità

Complessivamente, anche in questo target gli italiani sono più colpiti da patologie croniche rispetto agli stranieri. Fa eccezione il diabete in entrambi i generi e le broncopatie nei maschi.

La popolazione straniera non aderisce in maniera soddisfacente alle iniziative di screening organizzato di ATS, in quanto la copertura appare nettamente inferiore a quella della popolazione italiana. L'eccezione della donne straniere di Mantova, coperte per il pap-test al pari se non di più delle italiane, dimostra però che, se opportunamente raggiunto, anche questo target aderisce senza differenza di nazionalità alle iniziative di prevenzione proposte.

Di territorialità

Alta è l'incidenza del tumore della cervice a Crema e Cremona, dove non è presente un'attività di screening programmato. Più alta rispetto ai confronti l'incidenza di tumore del pancreas a Crema.

Complessivamente peggiore il profilo di salute nei maschi a Cremona, come documentato dai nei tassi di mortalità.

Destinatari intermedi possibili

Operatori sanitari e socio-sanitari, Medici di famiglia, medici competenti grandi aziende pubbliche e private, amministratori enti locali, giornalisti.

Luoghi della prevenzione possibili

Consultori, luoghi di lavoro, centri sportivi e di aggregazione, spazi delle grandi strutture commerciali, media e socialnetwork



IL TARGET ANZIANO (65+)

È il target più numeroso e quello maggiormente colpito da eventi che in diversa misura potrebbero essere prevenuti. Le patologie croniche interessano in modo importante entrambi i generi e ne attenuano le precedenti differenze. La prevenzione possibile è quella rivolta a contenere l'evoluzione verso l'aggravamento della malattia

Demografia

Popolazione per genere e distretti, 65+

Distretto	F	M	F+M	F	M
CREMA	20552	16695	37247	317	178
CREMONA	30142	21705	51847	582	330
MANTOVA	57396	42674	100070	1225	642
Totale ATS	108090	81074	189164	2124	1150

fonti: Anagrafe Assistiti al 01/01/2017

Stato di salute

Ricoveri – tasso (x1000) per genere e distretto – 65+ anni

Cause	CREMA		CREMONA		MANTOVA		VAL-PADANA	
	F	M	F	M	F	M	F	M
P. cardio-circolatorie	65,7	103,3	63,3	96,2	62,7	88,6	63,4	93,6
P. app. digerente	16,8	33,1	21,9	37,0	20,9	37,9	20,4	36,7
P. infettive	4,8	6,3	5,2	8,1	3,7	5,0	4,4	6,1
P. app. respiratorio	20,8	34,2	26,3	41,3	20,5	29,4	22,2	33,6
P. traumatiche	28,1	17,8	33,3	24,1	32,7	21,8	32,0	21,6
P. oncologiche	26,1	52,5	28,6	57,5	28,0	46,7	27,8	50,8
Tutte le patologie	252,0	350,8	286,6	405,9	264,4	335,0	268,3	357,2

fonti: flusso SDO 2016; Anagrafe Assistiti al 01/01/2017

Incidenza tumore maligno – tasso (x100.000) per genere e distretto – 65+ anni

Sedi	CREMA		CREMONA		MANTOVA		VAL-PADANA	
	F	M	F	M	F	M	F	M
Cervice uterina	11,4	-	11,5	-	6,9	-	8,8	-
Colon-Retto	160,0	342,9	217,0	411,5	240,3	424,4	221,6	407,7
Fegato	72,9	191,4	60,9	197,6	43,2	113,4	52,4	147,0
Mammella	344,4	2,0	345,7	6,8	361,4	-	354,7	2,0
Pancreas	78,6	95,7	90,8	124,0	79,4	94,3	82,2	101,8
Polmone	110,0	460,5	102,3	494,7	108,4	493,8	107,1	488,5
Stomaco	104,3	259,2	132,3	264,4	74,4	160,8	94,0	202,5
Tutti i Tumori	1770,5	3456,8	1930,6	3950,4	1466,6	2737,1	1633,5	3153,2

fonti: Registro Tumori ATS

**Patologie croniche – Tasso (x1000) per genere e distretto – 65+ anni**

Patologie	CREMA		CREMONA		MANTOVA		VAL-PADANA	
	F	M	F	M	F	M	F	M
P. autoimmuni	24,5	9,0	23,0	6,4	47,5	12,5	36,3	10,2
P. respiratorie	70,8	79,5	81,3	92,5	72,4	86,7	74,6	86,8
P. cardiocircolatorie	700,2	693,0	672,4	689,6	696,2	701,1	690,3	696,4
Diabete	141,8	202,9	142,6	202,4	153,1	208,9	148,0	205,9
P. endocrine	186,8	210,7	208,0	227,9	279,4	277,1	241,9	250,2
P. gastroenteriche	174,7	161,9	137,3	137,4	173,3	153,7	163,5	151,0
HIV	1,7	5,9	1,0	2,9	0,1	0,9	0,7	2,5
Insufficienza renale	17,2	26,9	24,6	31,5	22,8	30,9	22,2	30,2
P. neoplastiche	148,3	182,2	132,8	155,2	117,4	141,9	127,6	153,8
P. nervose	93,7	69,7	102,8	75,8	81,8	62,7	89,9	67,7
Trapianti	0,8	1,9	0,5	1,3	0,8	1,4	0,7	1,5

fonte: Banca Dati Assistito ATS 2016

Accessi al Pronto Soccorso

L'analisi dei dati dei primi 11 mesi del 2017 mostra un tasso di accesso al PS per ATS pari a 404,0 x 1000 residenti della stessa fascia d'età, con una maggiore propensione per Mantova e per gli stranieri rispetto agli italiani a Mantova e a Cremona.

Accessi al Pronto Soccorso – 65+ anni

Distretto	Italiani		Stranieri		Totale	
	N	Tasso (X 1000)	N	Tasso (X 1000)	N	Tasso (X 1000)
CREMA	13410	381,4	196	351,9	13606	381,0
CREMONA	18754	385,4	372	411,5	19126	385,9
MANTOVA	39611	421,3	874	447,7	40485	421,8
Totale	71775	403,6	1442	422,5	73217	404,0

fonti: flusso Pronto Soccorso gen-nov 2017; Anagrafe Assistiti al 01/01/2017

Mortalità

Il tasso grezzo di mortalità della fascia d'età 65+ aumenta esponenzialmente rispetto alle classi d'età precedenti ed è pari a 424.1 per 10.000 per un totale di 7.687 morti (il 90% delle morti registrate nel 2016), con una differenza di genere ancora presente: 406,6 per 10.000 per le femmine e 447,5 x 10000 per i maschi. Il tasso di Cremona è più alto rispetto ai restanti distretti in entrambi i sessi.

Mortalità per genere e distretto – 65+ anni

Distretto	Femmine		Maschi		totale	
	N	Tasso (X 10000)	N	Tasso (X 10000)	N	Tasso (X 10000)
CREMA	782	395,7	723	463,7	1505	421,4
CREMONA	1269	439,9	969	467,8	2238	451,6
MANTOVA	2168	393,1	1776	435,0	3944	410,9
ATS	4219	406,6	3468	447,5	7687	424,1

Fonte: Registro Mortalità ATS anno 2016

Le patologie del sistema circolatorio costituiscono la prima causa di morte nelle femmine, mentre i tumori lo sono per i maschi. La mammella rappresenta il 18% dei decessi per tumore nelle femmine, mentre il polmone rappresenta il 23%



delle morti per tumore nei maschi, seguito da colon, stomaco fegato e pancreas, più o meno con la stessa frequenza. Le patologie del sistema respiratorio e del sistema nervoso completano il quadro delle cause di morte più frequenti in entrambi i sessi.

Distribuzione proporzionale delle prime 4 cause di morte, età 65+ anni

Femmine			Maschi		
cause	N	%	cause	N	%
s. circolatorio	1817	43.1	tumori	1226	35.4
tumori	983	23.3	<i>polmone</i>	289	
<i>mammella</i>	175		<i>colon</i>	89	
<i>polmone</i>	110		<i>stomaco</i>	88	
<i>colon</i>	76		<i>pancreas</i>	85	
<i>stomaco</i>	61		<i>altro</i>	675	
<i>altro</i>	561		s. circolatorio	1,197	34.5
s. respiratorio	242	5.7	s. respiratorio	252	7.3
s. nervoso	232	5.5	s. nervoso	131	3.8
altro	945	22.4	altro	662	19.1
totale	4219	100.0	totale	3468	100.0

Fonte: Registro Mortalità ATS, anno 2016

Fonte: Registro Mortalità ATS, anno 2016

Piani di lettura

Globale

I traumatismi diventano la seconda causa di ospedalizzazione dopo la patologia cardiocircolatoria. A seguire i tumori. Le patologie croniche, compresa l'incidenza dei tumori, decuplicano come tassi. Analogο comportamento seguono anche gli accessi al PS che suggeriscono una revisione della medicina di base (CReG)

Di genere

Mentre nelle classi di età giovani i traumi coinvolgono soprattutto i maschi, in questa fascia di età sono principalmente le donne interessate da patologie traumatiche. La prima causa di morte per le donne è costituita da malattie cardiocircolatorie, mentre per gli uomini sono i tumori. Si rileva una condizione opposta per l'ospedalizzazione: mentre la prevalenza allinea i due generi, l'incidenza dei tumori è quasi doppia negli uomini.

Di nazionalità.

Diventa irrilevante la componente straniera della popolazione.

Di territorialità

La distribuzione delle patologie croniche è più allineata nei tre Distretti nel confronto con le classi di età, anche se a Cremona il tasso di mortalità è di poco superiore ai confronti.

Destinatari intermedi possibili

Operatori sanitari e socio-sanitari, Medici di famiglia, associazioni del terzo settore, amministratori enti locali, giornalisti.

Luoghi della prevenzione possibili

centri di aggregazione, spazi delle grandi strutture commerciali, media, farmacie, strutture residenziali continue e diurne per anziani