

REGIONE DEL VENETO



ULSS6
EUGANEA

PROFILO DI SALUTE

Analisi dello stato di salute della popolazione
della provincia di Padova



REGIONE DEL VENETO



ULSS6
EUGANEA

PROFILO DI SALUTE

Analisi dello stato di salute della popolazione
della provincia di Padova

SOMMARIO

PREMESSA	6
INTRODUZIONE	8
CAPITOLO 1 - L'AMBITO DEMOGRAFICO	
1.1 La Popolazione	17
1.2 L'età della popolazione	22
1.3 La popolazione straniera	24
CAPITOLO 2 - L'AMBITO SOCIO-ECONOMICO	
2.1 Istruzione	29
2.2 Lavoro	31
2.3 Produttività	33
CAPITOLO 3 - AMBIENTE E TERRITORIO	
3.1 Le caratteristiche territoriali	37
3.2 Verde urbano e piste ciclabili	38
3.3 Ambiente	41
CAPITOLO 4 - GLI STILI DI VITA INDIVIDUALI	
4.1 Fumo	53
4.2 Alcol	57
4.3 Il caso del consumo Binge	61
4.4 Obesità e sovrappeso	65
4.5 Sedentarietà	73
4.6 Fattori di rischio cardiovascolari	77
4.7 Fattori di rischio nell'età adolescenziale	79
CAPITOLO 5 - COME STIAMO	
5.1 Come il cittadino percepisce la propria salute	85
5.2 Speranza di vita e mortalità	89
5.3 La presenza di patologie croniche	96
5.4 I tumori	107
5.5 Tumori - Mortalità	122

CAPITOLO 6 - L'AREA SOCIO SANITARIA

6.1 Infanzia e adolescenza	127
6.2 Famiglie	135
6.3 Disabilità	137
6.4 Anziani	139
6.5 Salute Mentale	145
6.6 Il fenomeno delle Dipendenze	148

CONCLUSIONI	153
--------------------	------------

RINGRAZIAMENTI	158
-----------------------	------------

PREMESSA

Il termine "profilo" viene istintivamente associato dalla nostra mente all'idea di una sagoma che si vede in controluce, di una linea pura che disegna e definisce un preciso campo d'azione, i confini entro cui agisce il nostro intervento.

Il "profilo di salute" è nato proprio con questo fine: definire uno spazio di azione che, nel contempo, rimandi ad una fisionomia. Quest'ultima costruita ricavando dati ed informazioni da fonti diverse che, integrate, possano far emergere una figura a tutto tondo, più o meno precisa. Ogni dato è come il colpo di scalpello dello scultore: rende sempre più comprensibile l'opera.

In questo volume abbiamo provato a dare organicità ad una mole di informazioni, tutte riferite a quelli che classicamente vengono chiamati "determinanti di salute". E lo abbiamo fatto per varie motivazioni: innanzitutto perché siamo convinti che la conoscenza precisa delle variabili che producono salute/malattia sia imprescindibile per orientare l'organizzazione sanitaria a dare giuste risposte a giuste domande di salute, con programmi di promozione di corretti stili di vita e strategie di contrasto di comportamenti, individuali e collettivi, sicuramente nocivi.

Ma nel delineare un profilo di salute l'attenzione è stata rivolta non solo a quei determinanti su cui può incidere l'intervento dei sistemi sanitari, ma anche ad altri sui quali una organizzazione sanitaria non può agire direttamente ma per i quali può certamente contribuire a creare una cultura positiva del ben-essere.

Uno stimolo importante al tentativo di definire il presente profilo di salute ci è stato dato dalla nascita della ULSS 6 Euganea che, aggregando tre ULSS distinte, ci ha indotto a valutare e mettere a confronto non solo l'organizzazione sanitaria ma anche, e ancor prima, lo stato di salute nei tre territori che afferiscono oggi alla unica ULSS Euganea.

Il risultato non è ovviamente perfetto; la composizione può sembrare a volte disunita e con disparità tra le sue parti. Ma abbiamo volute correre lo stesso il rischio di presentare il risultato del nostro sforzo, confortati dalle parole di Henry Moore che, commentando la Pietà Rondanini di Michelangelo, scrisse: "Non importa quanto perfetta e unitaria sia l'opera. Ciò che conta è la qualità del pensiero che l'ha ispirata".

Dott. Domenico Scibetta



INTRODUZIONE

L'elevata attenzione dei cittadini alle componenti che incidono sul benessere psico-fisico e la qualità della vita di tutti i giorni trova sempre più risposte nelle molteplici ricerche ed approfondimenti che vengono sviluppati su diverse tematiche attinenti la salute dei cittadini stessi, intesa non solo come assenza di malattia ma come condizione di completo benessere fisico, psichico e sociale.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nella sua carta fondativa definisce la salute in senso positivo come "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia"; ma lo stato di salute di un individuo e di una comunità è determinato da molteplici fattori e lo studio dei "determinanti della salute" costituisce la sostanza della sanità pubblica.

I determinanti della salute possono essere raggruppati in varie categorie: comportamenti personali e stili di vita, fattori sociali che possono rivelarsi un vantaggio o uno svantaggio, condizioni di vita e di lavoro, accesso ai servizi sanitari, condizioni generali socio-economiche, culturali e ambientali e fattori genetici.

I principali determinanti di salute



Fonte: Dahlgren and Whitehead, 1993

Secondo un modello oggi ampiamente condiviso i determinanti di salute possono essere espressi in una serie di strati concentrici, corrispondenti ciascuno a differenti livelli di influenza. Al centro c'è l'individuo, con le sue caratteristiche biologiche: il sesso, l'età, il patrimonio genetico, ovvero i determinanti non modificabili della salute. I determinanti modificabili, quelli cioè che sono suscettibili di essere corretti e trasformati, si muovono dagli strati interni verso quelli più esterni: gli stili di vita individuali, le reti sociali e comunitarie, l'ambiente di vita e di lavoro, il contesto politico, sociale, economico e culturale.

In questa cornice concettuale non è semplice attribuire una gerarchia di valori tra i differenti determinanti di salute. È, tuttavia, comunemente riconosciuto al sistema sanitario un importante ruolo di determinante intermedio, attraverso alcune principali modalità di azione: intervenendo attraverso la prevenzione primaria nelle aree della nutrizione, dell'igiene ambientale, dell'abitazione e delle condizioni di lavoro; riducendo la vulnerabilità nei confronti delle malattie con le vaccinazioni o i programmi di screening; curando e riabilitando i problemi di salute.

Ecco perché questo profilo di salute, utilizzando indicatori sintetici, affronta una panoramica di differenti contesti:

- demografico
- culturale
- economico
- territoriale
- ambientale
- sanitario
- sociale

Lo scopo del "profilo di salute" è, anzitutto, quello di permettere la condivisione di tutte queste informazioni con i cittadini, utilizzando un linguaggio comprensibile e dati oggettivi. La disseminazione regolare di informazioni sanitarie attraverso questo tipo di strumento mette i singoli cittadini - oltre che i loro rappresentanti - in grado di conoscere i vari problemi e capire quali azioni e quali scelte possono essere effettuate - a livello individuale e collettivo - per migliorare il proprio stato di salute.

La nostra capacità di conoscenza/informazione deve però orientarsi anche a mettere a fuoco tutti quegli andamenti epidemiologici sfavorevoli che rappresentano fattori di pressione nella vita di una comunità: bisogni di salute su cui interrogarsi e su cui costruire obiettivi di miglioramento.

La popolazione continua ad invecchiare ed il livello di dipendenza tende a crescere. I costi complessivi dell'assistenza ai malati cronici aumentano con velocità vertiginosa.

Nelle fasce di età inferiori ai 40 anni emerge, prepotentemente, la mortalità per incidenti stradali che rappresenta, ininterrottamente, una delle principali cause in termini di anni di vita potenziale persi da oltre 15 anni.

I tumori rimangono uno dei capitoli più importanti per la salute, pur registrando considerevoli miglioramenti in termini di sopravvivenza e qualità di vita.

Tra le malattie cronic-degenerative è ancora considerevole la frequenza delle patologie del sistema cardio-circolatorio (in special modo nell'anziano) e del sistema respiratorio.

Gli stili di vita sono sicuramente all'origine di una grande proporzione delle sofferenze che documentiamo: fumo di sigaretta, eccessivo consumo di alcol, abitudini e stili alimentari scorretti, obesità e sedentarietà.

L'ambiente pone numerosi problemi per il futuro della salute: l'inquinamento atmosferico, l'inquinamento delle acque e da rumore, la sicurezza degli alimenti e l'emergere di nuove fonti di esposizione (come ad esempio i campi magnetici) fanno ritenere sempre più importante l'integrazione tra le politiche sanitarie e quelle ambientali per la scelta delle priorità.

Un focus specifico alle notizie locali degli ultimi mesi permette di rafforzare la convinzione di come sia costantemente presente un'elevata attenzione ad argomenti legati alla qualità della vita dei territori, all'impatto di specifici fattori ambientali sull'emergere di patologie, al fenomeno delle vaccinazioni, all'interesse sempre maggiore all'obesità infantile piuttosto che alla diffusione di una sensibilità verso gli screening oncologici che vengono riconosciuti come importante strategia di prevenzione.

L'insieme di questi elementi, ma soprattutto la convinzione dell'importanza che riveste il monitoraggio degli stili di vita, hanno fatto emergere un'esigenza anzitutto interna di analisi e condivisione dei dati relativi ai bisogni di salute, così da facilitare, da un lato il processo di programmazione delle attività e, dall'altro, la partecipazione dei cittadini ad un percorso di conoscenza dei dati che li riguardano.

Con tale priorità si è sviluppato questo lavoro che mira a delineare un profilo di salute che, da un punto di vista metodologico, tenga conto del principale cambiamento in atto nella Regione del Veneto: lo sviluppo di una riforma epocale che ridefinisce i confini territoriale delle ULSS facendole coincidere, per la maggior parte, con il territorio della provincia. Dal 1 Gennaio 2017, infatti, le tre ULSS che garantivano la copertura sanitaria a tutti i comuni afferenti alla provincia di Padova sono state raggruppate in un unico soggetto giuridico. L'ex ULSS 15 Alta Padovana e l'ex ULSS 17 Este Monselice, con l'ex ULSS 16 di Padova, costituiscono oggi un'unica realtà che ha assunto la nuova denominazione di ULSS 6 Euganea. In questa fase di cambiamento assume un significato specifico l'osservazione dei dati perché permette di interrogarsi sulle caratteristiche e i percorsi tipici di diversi territori.

Con tale ottica si è scelto di illustrare i dati per l'area provinciale mantenendo, sui diversi indicatori, il focus specifico dei territori che facevano capo alle precedenti aziende sanitarie così da cogliere eventuali similitudini o differenze.

I determinanti di salute da un lato e l'epidemiologia dall'altro, rappresentano, dunque, una guida fondamentale per comprendere la domanda di assistenza sanitaria, e la capacità di misurare il bisogno si pone di conseguenza come un elemento strategico della programmazione sanitaria.

Questo lavoro si pone l'obiettivo di rappresentare il territorio della provincia di Padova sotto diversi profili e cercando di cogliere gli elementi che influenzano il benessere dei cittadini, consapevoli che si tratta di un documento "work in progress".

Note metodologiche

L'Azienda ULSS 6 Euganea ha già pregresse esperienze di realizzazione del Profilo di Salute, che negli ultimi anni è stato costantemente alimentato ed aggiornato nel territorio della ex Azienda ULSS 15. L'estensione di tale esperienza su scala provinciale è stata l'occasione per rivedere ed innovare la costruzione di tale documento confrontandosi con le varie esperienze disponibili in Regione Veneto, nelle altre regioni italiane e in alcuni paesi europei, al fine di identificare il migliore modello utile per la redazione di un profilo di salute trasferibile al contesto dell'intera provincia di Padova. La selezione degli indicatori è avvenuta sulla base di due criteri: la capacità di descrivere i reali bisogni della provincia di Padova e la possibilità di disporre di dati affidabili e consolidati. I quasi 200 indicatori individuati rispondono a tali criteri e sono stati calcolati e/o recuperati da fonti di dati certe, strutturate, consolidate nel tempo, in modo da poterne garantire l'aggiornamento periodico in futuro.

Si ritiene utile riepilogare di seguito non tanto l'elenco dei singoli indicatori, riscontrabili all'interno del documento e ove necessario riportati nel glossario, quanto la lista delle fonti dei dati. Poiché queste caratterizzano l'articolazione stessa del Profilo di Salute, sono di seguito elencate suddivise per capitoli tematici.

Capitolo 1 L'ambito demografico	<ul style="list-style-type: none"> • ISTAT, Anno 2015, http://www.istat.it. • Regione Veneto, Report "Aggiornamento situazione popolazione migrante in condizione di emergenza in Veneto", Agosto 2016.
Capitolo 2 L'ambito socio- economico	<ul style="list-style-type: none"> • ISTAT, Anno 2015, http://www.istat.it. • Unioncamere, Centro di Studio e Statistica – Starnet, Anno 2014, http://www.starnet.unioncamere.it.
Capitolo 3 Ambiente e territorio	<ul style="list-style-type: none"> • ISTAT, Anno 2015, http://www.istat.it. • ISTAT, Report "Verde Urbano", Anno 2014. • Legambiente, "Ecosistema Urbano - Rapporto sulla Qualità Ambientale dei Comuni Capoluogo di Provincia", Edizioni Anni 2005-2015.
Capitolo 4 Gli stili di vita individuali	<ul style="list-style-type: none"> • Ministero della Salute, Progetto PASSI, Anno 2015. • OMS-Ufficio Regionale Europeo, Progetto HBSC, Anno 2015.
Capitolo 5 Lo stato di salute	<ul style="list-style-type: none"> • Ministero della Salute, Progetto PASSI, Anno 2015. • ISS, Progetto "Profili di Salute", Anni 2011 – 2013, www.profilidisalute.it • Regione Veneto, SER – Sistema Epidemiologico Regionale, Anni 2012-2013. • Regione Veneto, Registro Tumori del Veneto - SER Sistema Epidemiologico Regionale, Anno 2015. • Ministero della Salute, PNE - Programma Nazionale Esiti, Anno 2015. • Regione Veneto, Sistema ACG, Anno 2015. • Dipartimento di Prevenzione ex-ULSS 15, ex-ULSS 16 ed ex-ULSS 17, Dati di attività Anno 2014
Capitolo 6 L'area socio-sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento di Prevenzione ex-ULSS 15, ex-ULSS 16 ed ex-ULSS 17, Dati di attività Anno 2015. • Regione Veneto, Report "Servizi distrettuali per l'attività evolutiva: utenza, attività e personale", Anno 2014. • MIUR - Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto, Report "Indagine conoscitiva presenza disabili, DSA e BES nelle scuole del Veneto", Anno 2014. • Direzione Servizi Sociali ex-ULSS 15, ex-ULSS 16 ed ex-ULSS 17, Dati di attività Anni 2014 - 2015. • Ministero della Salute, Progetto PASSI d'Argento, Anni 2012-2013. • Regione Veneto, Report "Dipartimenti Salute Mentale nel Veneto", Anno 2014. • Servizi per le Dipendenze ex-ULSS 15, ex-ULSS 16 ed ex-ULSS 17, Dati di attività Anni 2013-2015.

Glossario delle parole

0-14/Popolazione totale	rapporto tra la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni e la popolazione complessiva.
Adesione "corretta"	adesione grezza dalla quale è stato eliminato nel denominatore il numero di donne che hanno eseguito una mammografia recente fuori screening.
Adesione "grezza"	rapporto fra il numero di donne aderenti allo screening e il numero di donne invitate ad effettuare una mammografia di screening (al netto degli indirizzi errati).
Anni potenziali di vita persi	differenza tra il numero di anni vissuti da un individuo (o da una popolazione, in media) e il limite fissato dall'aspettativa di vita.
Capacità di depurazione	percentuale delle acque immesse nella rete idrica a seguito dei processi di depurazione sul totale delle acque trattate
Centri Diurni Socio-Sanitari	strutture semiresidenziali destinate all'accoglienza nelle ore diurne di persone anziane non autosufficienti o con ridotta autonomia psico-fisica e relazionale.
Centri Salute Mentale Csm	struttura di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico.
Consumatore di alcol a rischio	soggetto che consuma almeno 2 unità di bevanda alcolica al giorno per gli uomini e 1 per le donne oppure che beve prevalentemente fuori pasto oppure è bevitore binge.
Consumatore di alcol binge	soggetto che nell'ultimo mese ha consumato almeno una volta in un periodo di tempo di poche ore 5 o più unità alcoliche per gli uomini e 4 o più per le donne.
Coorte di nascita	insieme di bambini nati all'interno di un determinato anno solare.
Copertura vaccinale	percentuale di bambini vaccinati all'età di 24 mesi in una determinata coorte di nascita.
Dalys (Disability Adjusted Life Years)	somma degli anni di vita potenziale persi a causa di mortalità prematura e degli anni di vita produttiva persi a causa di disabilità.
Densità di popolazione	numero di abitanti per kmq di un determinato territorio.
Dispersione idrica	differenza tra il volume d'acqua immesso nella rete e quello consumato per usi civili, industriali e agricoli espresso in percentuale.
Estensione inviti "corretta"	estensione inviti grezza dalla quale sono state eliminate nel denominatore le esclusioni definitive (già sotto controllo regolare per cancro oppure i casi di rifiuto con firma).
Estensione inviti "grezza"	rapporto fra il numero di donne che hanno ricevuto l'invito triennale e la popolazione da invitare nel periodo considerato.
Famiglia	insieme di persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o da vincoli affettivi coabitanti e aventi dimora abituale nello stesso comune. Una famiglia può essere costituita anche da una sola persona.
Fumatore	soggetto che ha fumato più di 100 sigarette nel corso della propria vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno o ha smesso da meno di sei mesi.
Imprese attive	imprese che hanno svolto un'effettiva attività produttiva per almeno sei mesi nell'anno di riferimento.

Incidenza	rapporto fra il numero di nuovi casi di una data patologia che si registrano in una popolazione in un determinato periodo di tempo e il numero di casi della medesima patologia registrati nello stesso periodo dell'anno precedente.
Indice di ciclabilità	indice che mette in relazione l'estensione delle piste ciclabili presenti in un determinato territorio misurandole in "metri equivalenti" ogni 100 abitanti ($m^2_{eq}/100ab$).
Indice di copertura	rapporto tra la somma di posti autorizzati di tutte le strutture di un determinato tipo presenti in un territorio e la popolazione di riferimento.
Indice di dipendenza totale	rapporto tra individui considerati dipendenti in quanto in età non attiva (meno di 15 anni e più di 64) e gli individui considerati indipendenti in quanto in età attiva (15-64 anni).
Indice di invecchiamento (65+/totale)	rapporto tra la popolazione con età maggiore o uguale a 65 anni e la popolazione complessiva.
Indice di sostituzione della popolazione attiva	rapporto percentuale tra la popolazione di età compresa tra 60-64 anni e la popolazione di età compresa fra 15-19 anni.
Indice di struttura della popolazione attiva	rapporto tra la popolazione in età compresa tra i 40 e i 64 anni e la popolazione in età compresa tra 15 ed i 39 anni.
Indice di vecchiaia	rapporto tra la popolazione di età superiore ai 65 anni e la popolazione di età inferiore ai 14 anni (espresso come numero di anziani ogni 100 giovani).
Insedimenti produttivi	insieme degli edifici e/o installazioni collegati fra di loro in un'area determinata nella quale si svolgano prevalentemente e stabilmente attività di produzione di beni.
Isolamento sociale	fenomeno che ha sia aspetti di natura strutturale quali il vivere soli o la scarsità di relazioni, sia aspetti di natura funzionale come il supporto materiale ed emozionale veicolato dai rapporti in essere.
Metri equivalenti per piste ciclabili	somma dei metri quadrati di piste ciclabili in sede propria, piste ciclabili in corsia riservata, piste ciclabili su marciapiede, piste promiscue bici/pedoni e zone a velocità moderata (20 e 30 Km/h) presenti su tutto il territorio comunale.
Mortalità	rapporto percentuale fra il numero dei morti e il numero dei componenti di una popolazione relativamente a un determinato periodo di tempo e/o a un determinato fenomeno.
NSTEMI	occlusione coronarica parziale e/o transitoria che provoca un sottoslivellamento del segmento del tracciato dell'elettrocardiogramma denominato ST.
Obeso	soggetto con un indice di massa corporea maggiore o uguale a $30,0 \text{ kg}/m^2$.
Popolazione	numero di persone residenti in un determinato territorio.
Prevalenza	rapporto fra il numero di eventi sanitari rilevati in una popolazione in un determinato periodo di tempo e la popolazione registrata nello stesso periodo.
Proporzione stranieri	rapporto tra il numero di cittadini stranieri residenti ed il totale dei residenti.
Saldo migratorio	differenza tra il numero di iscrizioni e il numero di cancellazioni dai registri anagrafici di un determinato territorio.

Saldo naturale	differenza tra il numero di nati vivi e di deceduti.
Saldo totale	differenza tra il saldo naturale e il saldo migratorio.
Screening citologico	consiste in un prelievo cervico-vaginale per la ricerca del virus HPV (HPV TEST) ed in un esame citologico delle cellule del collo dell'utero; interessa le donne dall'età dei 25 ai 64 anni (hpv test dai 30 anni) e viene ripetuto ogni 3-5 anni (per HPV).
Screening del colon-retto	consiste nella ricerca, in un campione di feci, di sangue non visibile ad occhio nudo (ricerca sangue occulto); interessa uomini e donne nella fascia d'età 50-69 anni e viene ripetuto ogni 2 anni.
Screening mammografico	consiste in un esame radiologico delle mammelle il cui referto è esaminato da due radiologi specializzati; è un esame che ha una frequenza di esecuzione pari a 2 anni; interessa le donne nella fascia d'età 50-69 anni.
Screening oncologico	strumento di prevenzione secondaria che, attraverso il monitoraggio delle fasce di popolazione considerate a rischio, ha come obiettivo l'individuazione dei soggetti ammalati, in particolar modo quelli affetti da uno stadio iniziale e asintomatico della patologia.
Servizi diurni	strutture che hanno come obiettivo la realizzazione e la promozione di attività per lo sviluppo e il mantenimento dell'autonomia personale, integrazione sociale attraverso la permanenza della persona disabile all'interno della comunità di residenza, promuovendo iniziative di tipo occupazionale, ricreativo e riabilitativo.
Servizi per le Dipendenze SerD	strutture che assicurano interventi di cura e riabilitazione attraverso percorsi terapeutici individuali, definiti in accordo con i pazienti e realizzati in ambito ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale o residenziale; svolgono, inoltre, attività di prevenzione e di reinserimento, anche in collaborazione con gli altri servizi territoriali.
Servizi per l'Età Evolutiva	offerta di servizi e attività rivolte a soggetti in età infantile e adolescenziale che presentano problematiche di carattere motorio, psichico, del linguaggio, del comportamento, dell'apprendimento e delle relazioni.
Soggetto attivo	soggetto che svolge un lavoro pesante oppure svolge una media di 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni o attività fisica intensa per più di 20 minuti al giorno e almeno 3 giorni alla settimana.
Soglia di allarme per la copertura vaccinale	soglia al di sotto della quale vi è un rischio rilevante che si sviluppino focolai epidemici della malattia stabilita all' 85% della copertura vaccinale.
Sovrappeso	soggetto con un indice di massa corporea compreso tra 25,0 e 29,9 kg/m ² .
Speranza di vita alla nascita	numero medio degli anni di vita vissuti da una categoria di esseri viventi presenti in un determinato territorio e un determinato periodo di tempo.
STEMI	ostruzione coronarica che conduce all'arresto totale del flusso sanguigno nella parte irrorata dall'arteria interessata; tale evento ha la peculiarità di provocare un soprasslivellamento del segmento del tracciato dell'elettrocardiogramma denominato ST.
Straniero residente	cittadino straniero che dimora abitualmente in Italia e che risulta iscritto nell'apposita sezione dei registri anagrafici.
Superficie agricola utilizzata (SAU)	insieme dei terreni investiti a seminativi, coltivazioni legnose agrarie, orti familiari, prati permanenti, pascoli e frutteti all'interno di un determinato territorio (espressa in percentuale).
Tasso di crescita delle imprese attive	differenza tra il numero di imprese attive registrate in un determinato periodo e quelle registrate nell'anno precedente (esprese in percentuale).

Tasso di occupazione	rapporto tra il numero degli individui che posseggono un'occupazione rispetto alla popolazione residente in età compresa tra i 15 ed i 64 anni.
Tasso standardizzato	rapporto tra il numero di decessi in una popolazione in un determinato periodo di tempo e la popolazione media presente dello stesso periodo (indicizzato sulla base di una variabile specifica).
Trattamento Sanitario Obbligatorio – TSO	procedura sanitaria regolamentata da norme specifiche che può essere attivata in particolari condizioni di criticità e urgenza clinica e conseguenti al rifiuto di sottoporsi ai trattamenti terapeutici necessari da parte di un soggetto portatore di grave patologia psichiatrica.
Utenza totale	numero di utenti che hanno avuto almeno un contatto in un determinato anno con i servizi distrettuali per l'età evolutiva sulla popolazione di età superiore ai 18 anni.
Verde urbano	patrimonio di aree verdi presenti sul territorio comunale e gestito direttamente o indirettamente da enti pubblici (Comune, Provincia, Regione, Stato, ecc.) in larga prevalenza destinato alla fruizione diretta da parte dei cittadini.

CAPITOLO 1

L'AMBITO DEMOGRAFICO

1.1 LA POPOLAZIONE

L'analisi sullo stato di salute della popolazione di una determinata area geografica non può che partire dalla definizione di quali siano le caratteristiche principali che contraddistinguono la popolazione stessa.

In questo primo capitolo verrà delineato l'assetto demografico della provincia di Padova, volgendo successivamente lo sguardo alle peculiarità presenti all'interno del territorio.

La provincia di Padova si estende su un territorio di oltre 2.128 Km² e, al 31/12/2015, registra la presenza di 934.418 abitanti che si traduce in una densità abitativa di circa 439 abitanti/Km².

Da un confronto con le altre province del Veneto emerge come la provincia di Padova risulti essere allo stesso tempo la più popolata e quella con la densità abitativa più elevata di tutta la Regione.

Province del Veneto per popolazione residente

Provincia / Città Metropolitana	Popolazione residente	Superficie (km ²)	Densità (abitanti/km ²)
Padova	934.418	2.128	439
Verona	922.383	3.096	298
Treviso	885.447	2.480	357
Vicenza	867.314	2.723	319
Venezia	855.696	2.473	346
Rovigo	240.540	1.819	132
Belluno	206.856	3.672	56
Totale	4.912.568	18.391	278

Fonte: ISTAT, Anno 2015, <http://www.istat.it>.

I dati demografici a livello provinciale assumono, in questo momento storico, una particolare rilevanza alla luce del percorso di riforma che sta affrontando la sanità regionale nel Veneto.

Con la Legge Regionale n. 19/2016 la Regione del Veneto ha approvato un provvedimento legislativo che vede, tra i vari cambiamenti, la ridefinizione dei confini territoriali di competenza delle ULSS riducendole numericamente ad un totale di 9 per l'intera Regione. Nello specifico, il cambiamento che interessa la provincia di Padova consiste nell'incorporazione della ex ULSS 15 dell'Alta Padovana e della ex ULSS 17 Este - Monselice nella ex ULSS 16 di Padova per andare a costituire la nuova ULSS 6 Euganea della provincia di Padova.

Appare dunque interessante, al fine di questo lavoro, osservare i dati a livello provinciale e mantenere il dettaglio corrispondente alle tre ULSS precedentemente esistenti così da rilevare eventuali disomogeneità /omogeneità nel territorio.

Con lo scopo di fornire una rappresentazione più dettagliata e precisa di alcuni specifici indicatori demografici, nella seguente tabella vengono raccolti alcuni dati relativi alla popolazione residente sul territorio della provincia di Padova, con il dettaglio di ciascuna delle Aziende ULSS precedentemente esistenti.

Lista dei principali indicatori demografici - Anno 2015

Indicatori demografici - 31/12/2015	Ex ULSS 15 - Alta Padovana	Ex ULSS 16 - Padova	Ex ULSS 17 - Este-Monselice	ULSS 6 - Euganea
superficie (Kmq)	583	656	889	2.128
popolazione	258.039	493.509	182.870	934.418
densità (ab/kmq)	443	752	206	439
nati vivi	2.287	3.795	1.350	7.432
deceduti	2.119	4.856	2.042	9.017
saldo naturale	168	-1.061	-692	-1.585
saldo migratorio	-191	637	-228	218
saldo totale	-23	-424	-920	-1.367
n° famiglie	97.849	216.603	72.875	387.327
indice di struttura della popolazione attiva	131,0%	147,1%	149,6%	142,8%
indice di sostituzione della popolazione attiva	107,4%	135,3%	141,3%	127,9%
indice di dipendenza totale	51,7%	56,2%	54,8%	54,6%

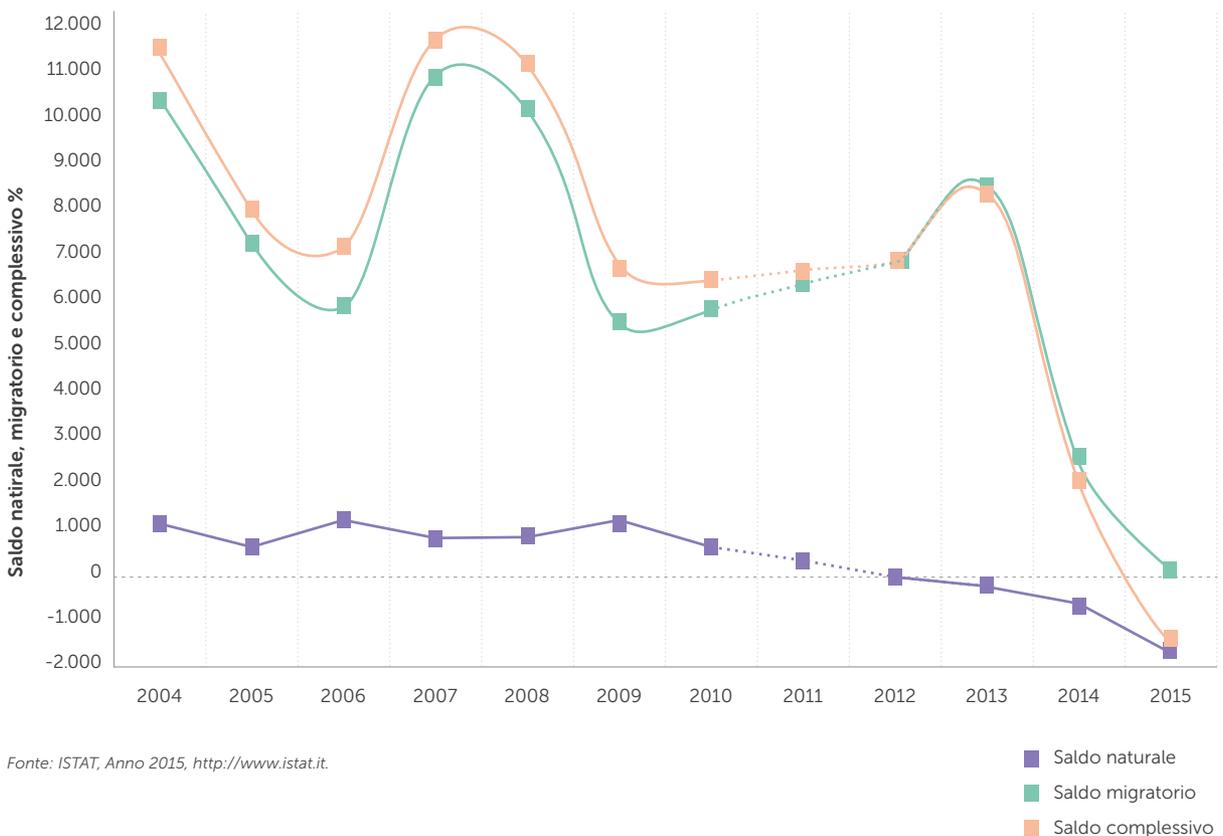
Fonte: ISTAT, Anno 2015, <http://www.istat.it>.

L'analisi dei principali indicatori demografici permette di osservare alcune informazioni interessanti:

- 1) la distribuzione della popolazione nel territorio con una densità abitativa molto diversa in relazione alle aree; risulta, infatti, più elevata nel territorio cittadino con una forte differenza nell'area che corrispondeva al territorio ULSS 17;
- 2) il saldo naturale del 2015 appare negativo mettendo in luce la difficoltà di rigenerare la popolazione dato un valore di decessi che supera in modo importante le nascite e solo parzialmente compensato dal saldo migratorio che registra un valore positivo a livello provinciale;
- 3) l'indice di dipendenza totale mette in luce un rapporto elevato a favore dei non attivi rispetto alla popolazione attiva.

La variazione demografica totale risulta dall'interazione di due componenti: il movimento naturale della popolazione e il saldo migratorio. Questi componenti possono combinarsi per rafforzare la crescita della popolazione o il calo della stessa, oppure possono annullarsi a vicenda in una certa qual misura quando seguono direzioni opposte.

Saldo naturale, migratorio e complessivo ULSS 6 Euganea -2015



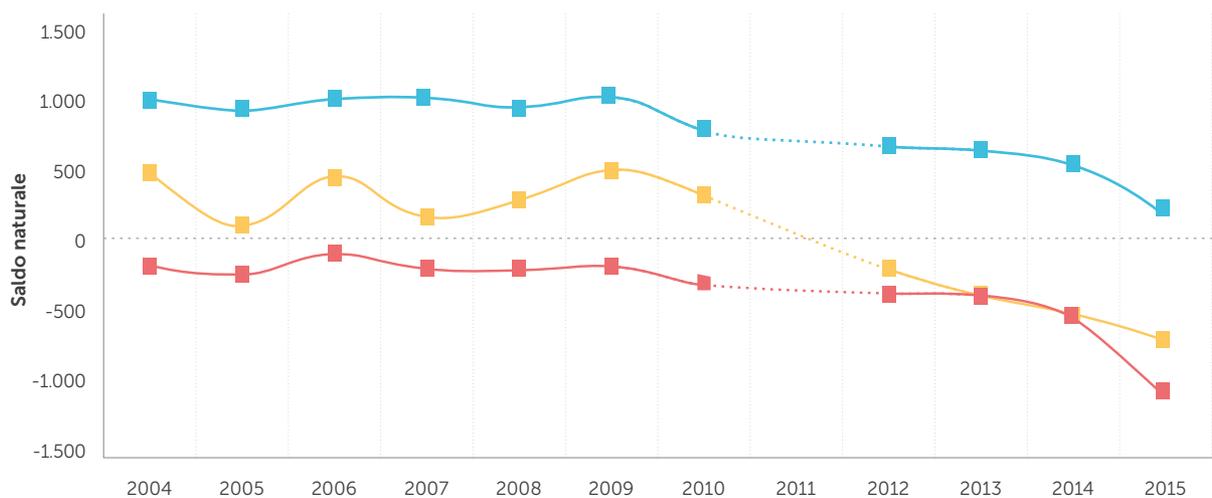
Gli andamenti alterni che si possono osservare nel saldo migratorio degli ultimi anni sono da ascrivere al forte impulso alle regolarizzazioni a cavallo tra il 2007 e il 2008 (momento comunque di massimo storico per i flussi migratori internazionali).

La crescita della popolazione nel 2013 è dovuta in buona parte alla revisione delle anagrafi effettuata da tutti i comuni italiani tra il 2012 e il 2013 (a seguito del censimento 2011) che, basandosi sulle iscrizioni anagrafiche, non tiene conto del fenomeno degli sbarchi; inoltre rispetto al saldo migratorio del 2013, possono aver influito (positivamente) gli effetti della procedura per l'emersione dei lavoratori stranieri irregolari introdotta alla fine dell'anno 2012.

Negli ultimi 2 anni si può invece osservare un netto andamento in calo del saldo di popolazione, conseguenza di un raffreddamento delle entrate dall'estero, un aumento delle uscite, una forte riduzione delle nascite (che nel 2015 hanno toccato il punto più basso degli ultimi anni) con ampliamento del divario negativo rispetto ai decessi.

Un focus specifico sull'andamento dei dati sui territori corrispondenti alle precedenti ULSS permette di analizzare eventuali omogeneità o differenze presenti. Confrontando la situazione del saldo naturale nelle singole ex-ULSS, possiamo notare come sia caratterizzata da andamenti simili ma collocati in ordini di valore diversi: l'Alta Padovana presenta un saldo in progressivo calo ma positivo, mentre l'area della Bassa Padovana mostra il medesimo andamento ma posizionato in un quadro generale negativo. L'ex-ULSS 16 presenta invece un andamento molto più irregolare, segnato da un progressivo calo a partire dal 2009.

Saldo naturale per singola ex-ULSS - Anno 2015



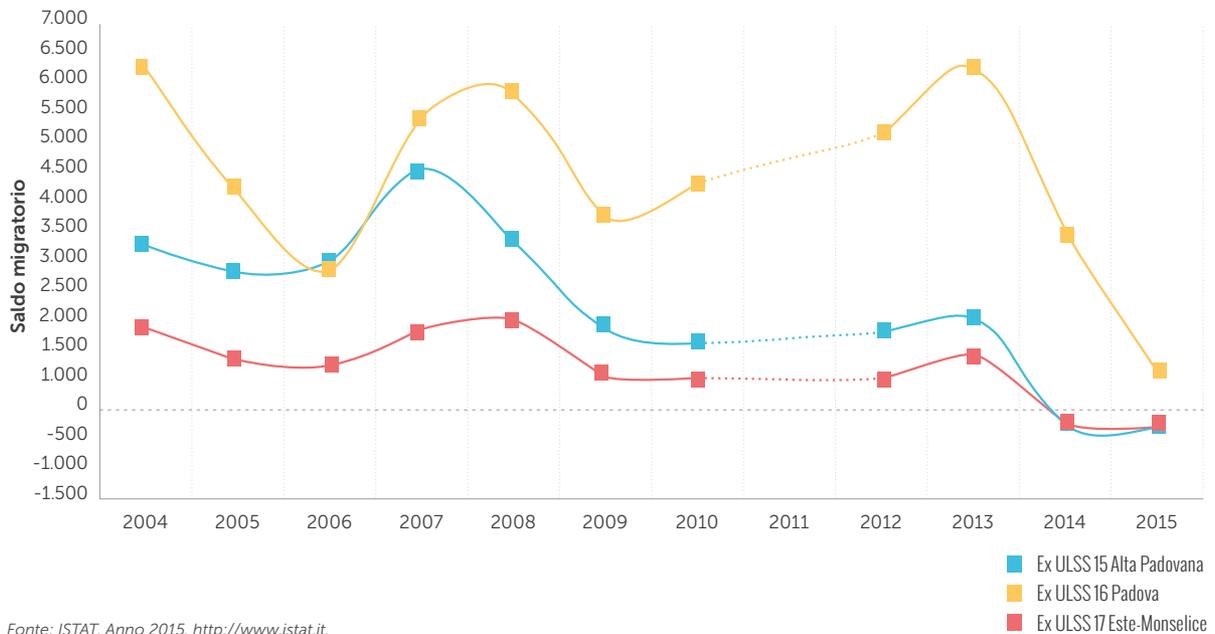
Fonte: ISTAT, Anno 2015, <http://www.istat.it>.

* Nell'anno 2011 la popolazione legale è stata certificata dal 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni Istat. Questo evento ha determinato una discontinuità (ovvero uno scostamento censimento-anagrafe) con la serie storica della popolazione degli anni precedenti. I dati relativi al 2011, di conseguenza, non sono riportati.

■ Ex ULSS 15 Alta Padovana
 ■ Ex ULSS 16 Padovana
 ■ Ex ULSS 17 Este-Monselice

Per quanto riguarda invece il saldo migratorio, le tre ex-aziende ULSS conservano tutte un andamento simile tra loro, con sostanziali picchi d'aumento del saldo registrati negli anni 2004, 2008 e 2013 e un successivo calo progressivo.

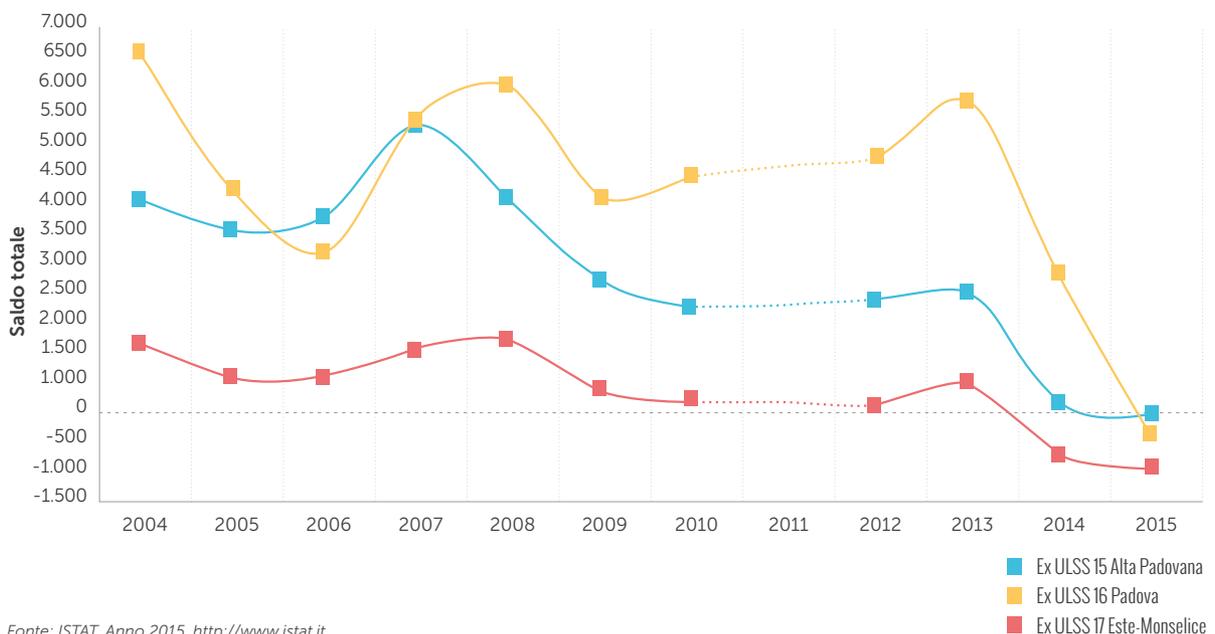
Saldo migratorio per singola ex-ULSS - Anno 2015



Fonte: ISTAT, Anno 2015, <http://www.istat.it>.

Il saldo totale è l'indicatore che riassume il quadro generale dell'andamento della popolazione, ovvero la somma tra saldo naturale e saldo migratorio. Anche in questo caso le tre ex-aziende ULSS conservano andamenti tra loro simili con fenomeni di aumento della popolazione residente negli anni 2004, 2007-2008 e 2013 per poi progressivamente registrare una sostanziale diminuzione.

Saldo totale per singola ex-ULSS - Anno 2015



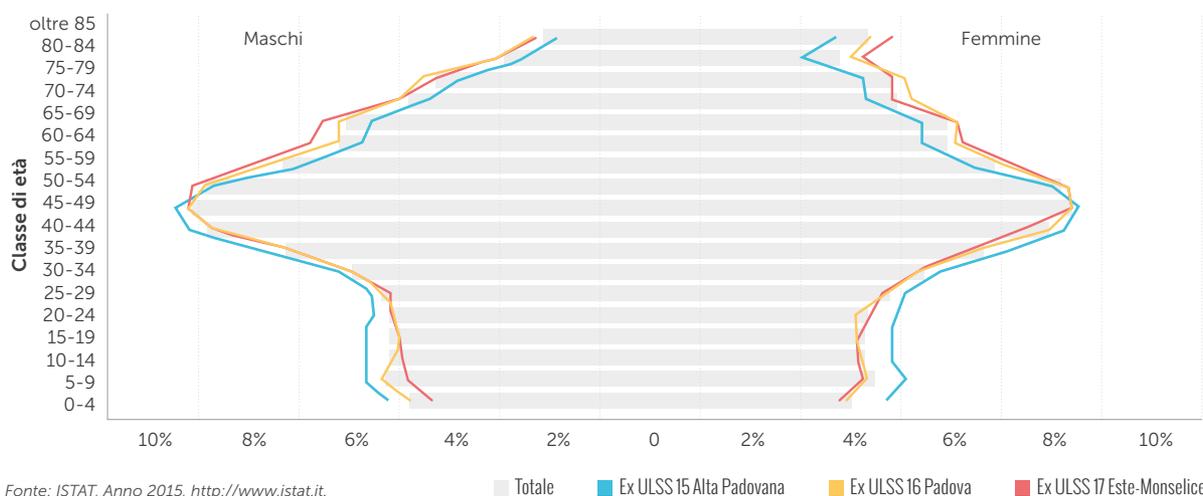
Fonte: ISTAT, Anno 2015, <http://www.istat.it>.

1.2 L'età della popolazione

Il nostro territorio, così come l'Italia e la maggior parte dei Paesi europei, è interessato da un intenso fenomeno di "invecchiamento".

La piramide di età della popolazione mostra una tipica deformazione, comune alla maggior parte delle nazioni industrializzate, denominata "forma a trottola", ovvero con un restringimento alla base dovuto sostanzialmente alla diminuzione del tasso di natalità e un allargamento verso l'apice spiegato invece dall'aumento di sopravvivenza.

Piramide di età della popolazione della provincia di Padova - Anno 2015



L'osservazione di dettaglio delle tre ex-aziende permette di rilevare un andamento sostanzialmente omogeneo che pone i tre territori nella medesima condizione dal punto di vista delle esigenze in termini di politiche sanitarie.

Di seguito possiamo osservare i dati dei principali indicatori demografici relativi all'età della popolazione.

Principali indicatori sull'età della popolazione - Anno 2015

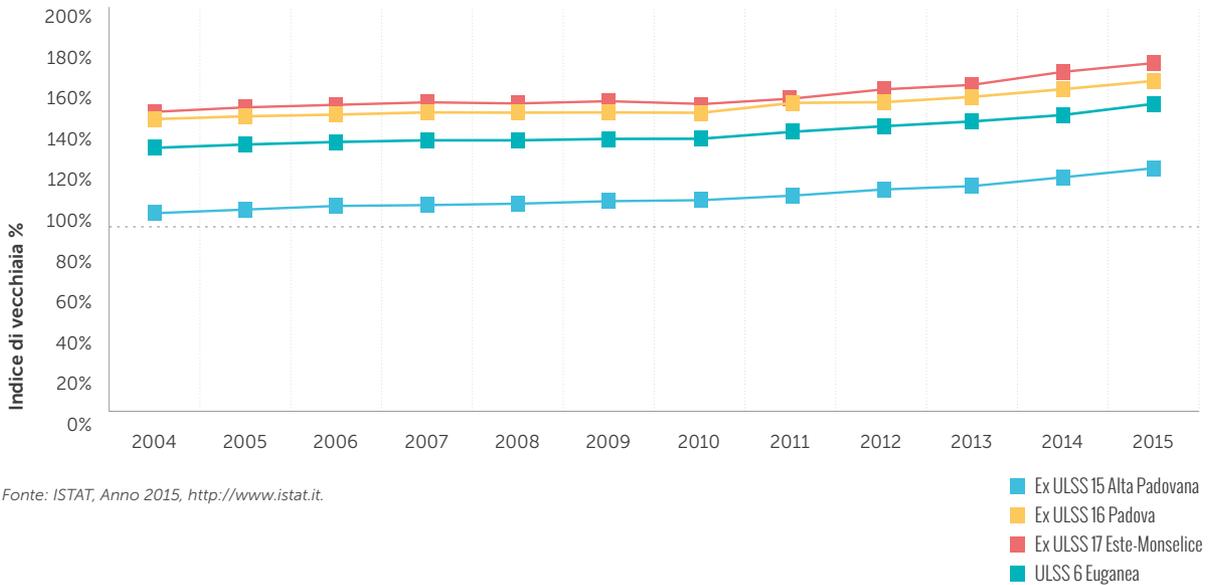
Indicatori demografici - 31/12/2015	Ex ULSS 15 Alta Padovana	Ex ULSS 16 Padova	Ex ULSS 17 Este- Monselice	ULSS 6 Euganea
0-14 / totale	15,2%	13,4%	12,8%	13,8%
Indice di invecchiamento (65+/totale)	18,9%	22,6%	22,6%	21,6%
Indice di vecchiaia	124,5%	168,8%	177,1%	156,8%

Fonte: ISTAT, Anno 2015, <http://www.istat.it>.

L'indice di vecchiaia viene di seguito rappresentato nell'andamento che ha assunto dai primi anni 2000.

Negli ultimi 10 anni l'indice di vecchiaia della provincia di Padova è passato da 136,3 a 156,8 ultrasessantacinquenni per ogni 100 giovani di età inferiore a 15 anni, in seguito all'incremento della quota di popolazione anziana.

Indice di vecchiaia degli ultimi 12 anni nei tre ambiti territoriali



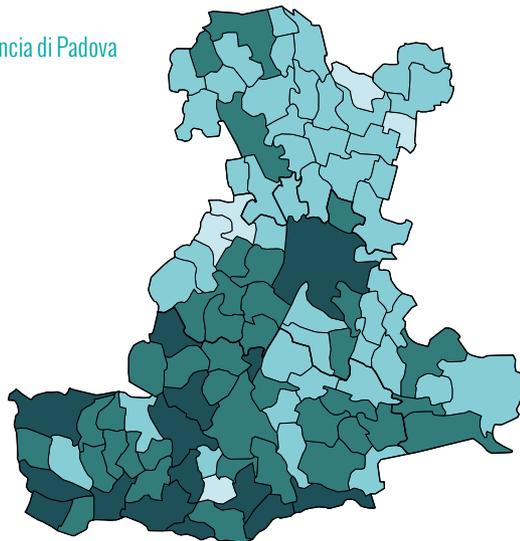
Si può osservare una netta diversità nei tre ambiti territoriali: l'Alta Padovana appare come la popolazione relativamente "più giovane", mentre l'area della Bassa Padovana mostra un andamento assolutamente analogo ma posizionato in un quadro di popolazione mediamente più anziana. Caso a sé, in questo confronto, è l'area centrale (ex-ULSS 16) dove, grazie alle dinamiche di popolazione di una città metropolitana si presenta un grado di invecchiamento medio a cavallo tra gli altri due territori.

Nel complesso del territorio l'indice di vecchiaia al 31 dicembre 2015 è pari a 156,8%: a soli 5 Comuni (Veggiano, Massanzago, Loreggia, Mestrino, Granze) del territorio corrisponde un indice di vecchiaia inferiore a 100 (parità del numero di anziani e giovani), mentre per ben 51 comuni (il 49,5%) l'indice è più alto rispetto al valore medio di tutto il territorio.

Mappa indice di vecchiaia per singolo comune della provincia di Padova

Indice di vecchiaia (%) - 2015

- 64.2 - 100.0
- 100.1 - 150.0
- 150.1 - 200.0
- 200.1 - 251.1



Fonte: ISTAT, Anno 2015, <http://www.istat.it>.

1.3 La popolazione straniera

Le migrazioni sono un fenomeno onnipresente all'interno della storia umana e, da sempre, caratterizzato da una portata globale; con flusso migratorio si intende, infatti, il trasferimento permanente o lo spostamento temporaneo di un consistente numero di persone da un'area geografica di origine ad una di destinazione.

A partire dalla fine degli anni '80 l'Italia ha iniziato ad essere un luogo di attrazione dei flussi migratori principalmente provenienti dalle aree del Nord Africa, dell'Europa dell'Est e dall'Asia. Il fenomeno è correlabile alla presenza di una fitta rete di piccole imprese operanti nel settore manifatturiero e dell'artigianato. La provincia di Padova (come del resto tutta l'area Nord Est) rappresenta attualmente una delle principali aree di interesse per i flussi migratori, con una presenza di stranieri residenti sul suo territorio pari al 10,2%.

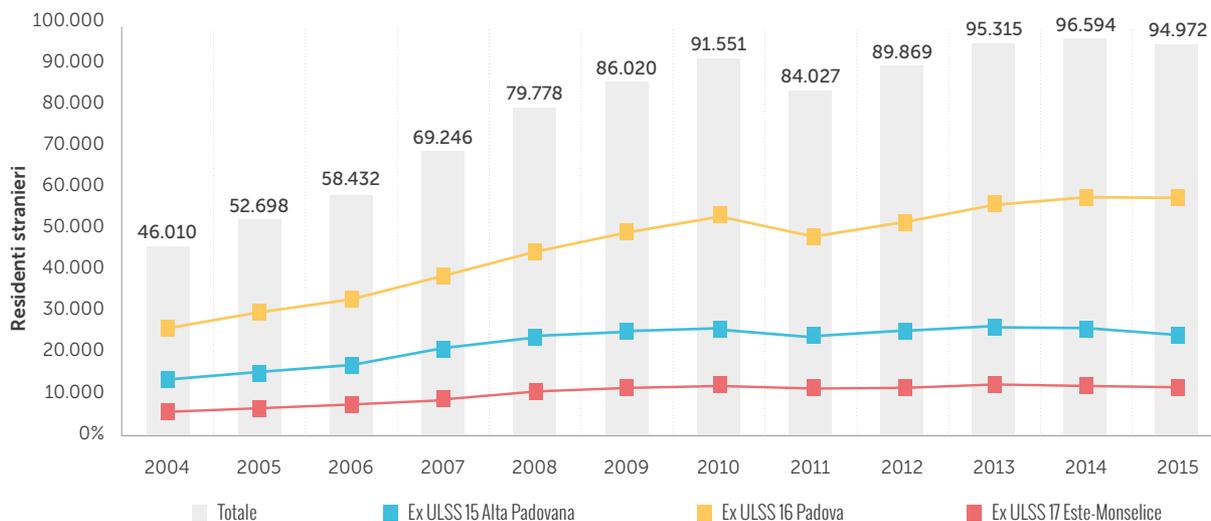
Principali indicatori demografici sulla popolazione straniera - Anno 2015

Indicatori demografici - 31/12/2015	Ex ULSS 15 Alta Padovana	Ex ULSS 16 Padova	Ex ULSS 17 Este- Monselice	ULSS 6 Euganea
Stranieri residenti	24.978	57.990	12.004	94.972
Proporzione stranieri	9,7%	11,8%	6,6%	10,2%

Fonte: ISTAT, Anno 2015, <http://www.istat.it>.

Analizzando la presenza di stranieri residenti nel periodo 2004-2015 si osserva come vi sia un costante aumento del fenomeno.

Stranieri residenti nella provincia di Padova - Anno 2015



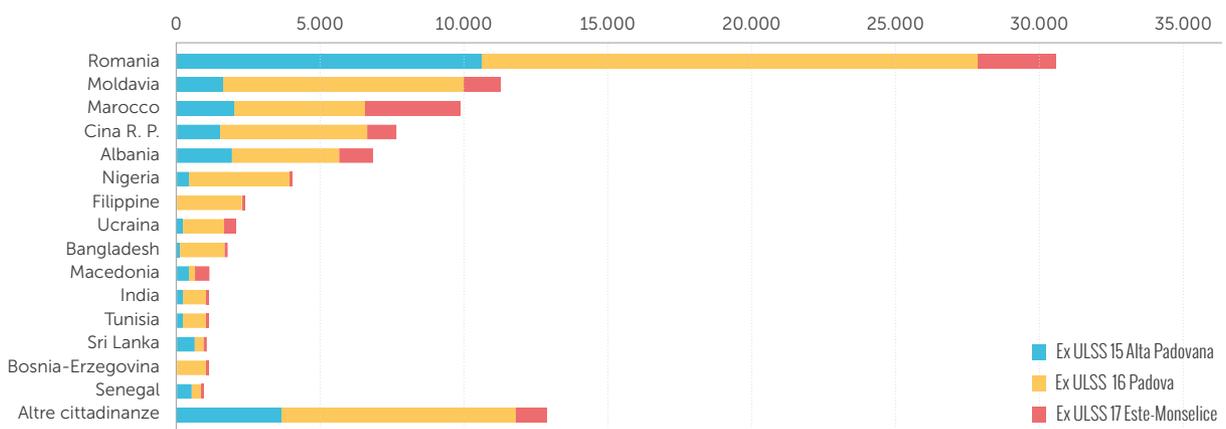
Fonte: ISTAT, Anno 2015, <http://www.istat.it>.

IMMIGRAZIONE RAPPRESENTATA PER PREVALENZA DELLE DIFFERENTI CITTADINANZE

La presenza degli stranieri all'interno del nostro territorio è difficile da quantificare a causa della diffusione della clandestinità; i dati ufficiali riportano una proporzione di circa 10.000 cittadini stranieri ogni 100.000 residenti.

È possibile notare che al 31/12/2015 i cittadini rumeni sono la comunità prevalente (30.513 presenze sul territorio della ULSS 6), seguiti dai cittadini moldavi (11.084 presenze), cittadini marocchini (9.742 presenze), cittadini cinesi (7.573 presenze) e cittadini albanesi (6.833 presenze).

Popolazione straniera per Paese d'origine ULSS 6 - Euganea - Anno 2015



Fonte: ISTAT, Anno 2015, <http://www.istat.it>.

1.3.1 Il fenomeno della popolazione migrante in condizione di emergenza

Le gravi condizioni di instabilità economica e politica, nonché l'insorgere di nuovi conflitti e l'instabilità geopolitica, spingono grandi masse di individui provenienti principalmente dall'Africa e dal Medio Oriente a migrare verso i Paesi europei anche se privi di visto e di documenti. Data la sua posizione geografica, l'Italia rappresenta uno dei paesi maggiormente interessati da questo fenomeno che nel corso del tempo, ha assunto le proporzioni di vera e propria emergenza.

Di seguito vengono riportati i dati riguardanti la presenza di profughi all'interno dei territori delle singole ex-ULSS venete, raccolti da ciascun Dipartimento di Prevenzione tra maggio 2015 e agosto 2016.

Complessivamente al 31/08/2016 sono presenti sul territorio regionale circa 11.000 profughi, con un incremento pari al 380% rispetto alla prima rilevazione riferita al 31/05/2015.

Profughi presenti in ciascuna delle ex-ULSS del Veneto tra maggio 2015 e agosto 2016

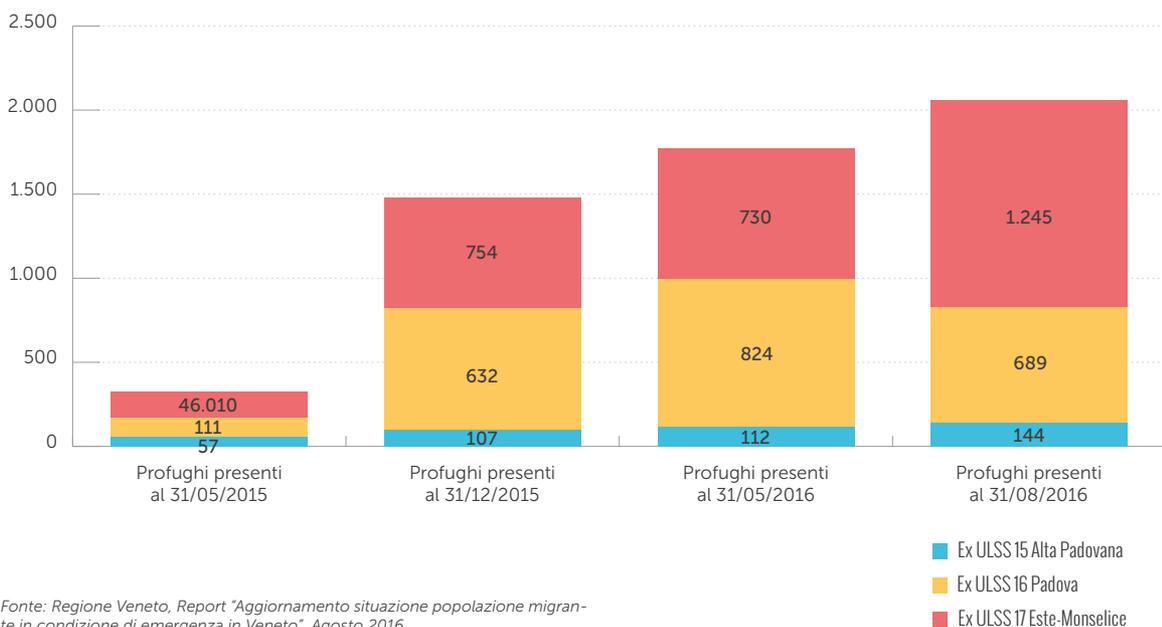


Fonte: Regione Veneto, Report "Aggiornamento situazione popolazione migrante in condizione di emergenza in Veneto", Agosto 2016.

Analizzando la situazione nel Veneto, si evidenzia come l'incremento della presenza di profughi negli ultimi mesi abbia interessato in particolar modo le province della fascia centrale, ovvero Verona, Vicenza, Padova, Treviso e Venezia, coinvolgendo invece in maniera meno incisiva le province di Belluno e Rovigo.

Per quanto concerne la situazione delle singole ex ULSS della provincia di Padova si rileva un incremento generalizzato con un coinvolgimento maggiore per i territori dell'ex ULSS 16 e dell'ex ULSS 17 ove sono, o sono stati, presenti centri di accoglienza.

Profughi presenti sul territorio della ULSS 6 Euganea



Fonte: Regione Veneto, Report "Aggiornamento situazione popolazione migrante in condizione di emergenza in Veneto", Agosto 2016.

CAPITOLO 2 L'AMBITO SOCIO-ECONOMICO

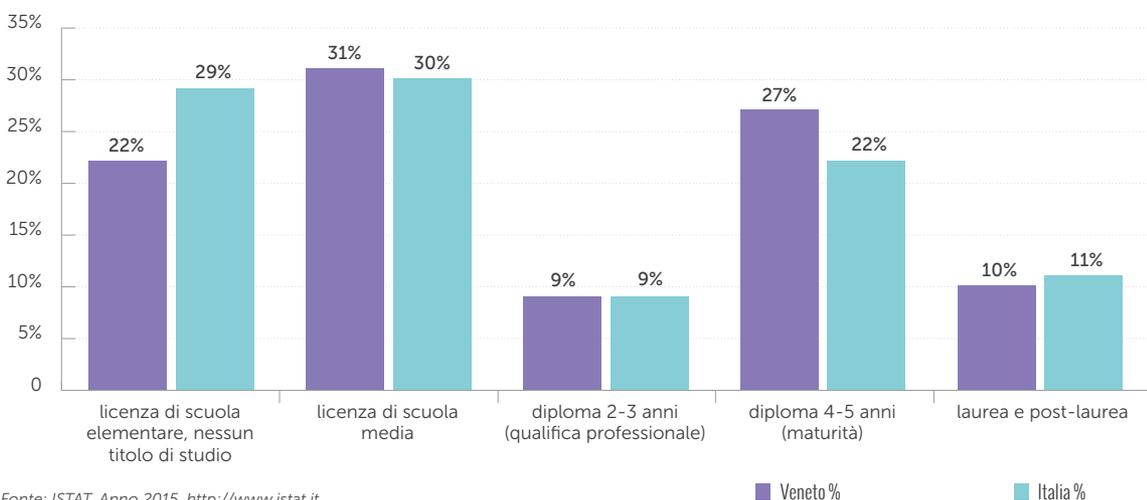
I livelli di istruzione, la capacità occupazionale e il tessuto produttivo presenti in un territorio risultano essere variabili chiave in grado di influenzare in maniera determinante lo stato di salute della popolazione che vi risiede: maggiori sono le risorse sia materiali sia intellettuali di una popolazione, maggiore sarà la sua capacità di sviluppare un adeguato sistema di servizi di diagnosi e cura e maggiori saranno le possibilità possedute da ciascun individuo di influenzare e migliorare in prima persona la propria condizione psicofisica.

2.1 ISTRUZIONE

“Un uomo che legge ne vale due”. Con queste parole lo scrittore Mark Twain sottolineava come lo studio e l'istruzione siano essenziali per la crescita intellettuale dell'individuo e per lo sviluppo delle sue capacità di apprendimento, di analisi e di senso critico. Una maggior consapevolezza della realtà che ci circonda, degli strumenti posseduti e delle risorse a disposizione risulta essere fondamentale affinché ciascun individuo metta in atto azioni e comportamenti capaci di influenzare e migliorare il suo stato di salute ed i livelli di benessere suoi e degli altri.

Di seguito viene riportato lo schema di stratificazione della popolazione veneta per titolo di studio a confronto con la popolazione italiana. La popolazione veneta registra nell'anno 2015 livelli di istruzione coincidenti con quelli della media nazionale, con piccole differenze rappresentate da un livello inferiore di persone che non posseggono alcun titolo di studio o soltanto la licenza elementare (-7%) e un livello superiore di individui che posseggono un diploma di scuola secondaria superiore (+5%) della popolazione veneta rispetto a quella italiana.

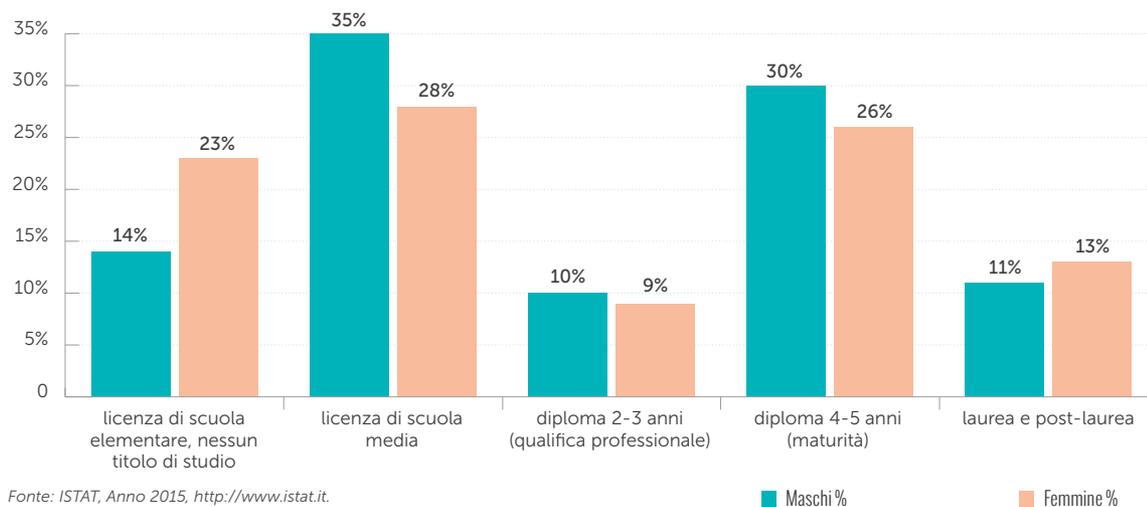
Popolazione per titolo di studio posseduto - Anno 2015



Fonte: ISTAT, Anno 2015, <http://www.istat.it>.

Analizzando la stratificazione della popolazione veneta distinta per genere, emerge come non vi siano differenze significative di genere per quanto riguarda i livelli di istruzione superiore (qualifiche professionali, diploma e laurea). Viceversa, è possibile notare una percentuale di istruzione leggermente più bassa per le donne rispetto agli uomini per i livelli di istruzione inferiore: il 9% in più delle donne non possiede alcun titolo di studio o la sola licenza elementare rispetto agli uomini e, analogamente, il 7% in meno delle donne posseggono la licenza di scuola media rispetto agli uomini.

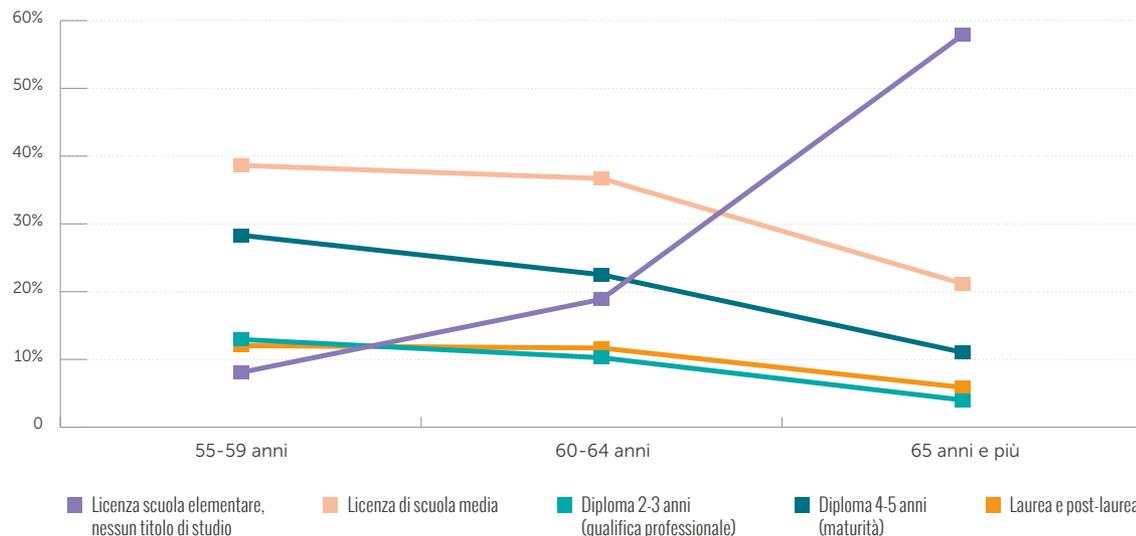
Popolazione del Veneto per titolo di studio - Anno 2015



Fonte: ISTAT, Anno 2015, <http://www.istat.it>.

Il fenomeno per cui le donne riportano percentuali più elevate degli uomini per i livelli d'istruzione più bassi trova spiegazione nel fatto che, alla luce della maggiore aspettativa di vita del genere femminile, nella fascia di popolazione più anziana si concentra il maggior numero di persone che non posseggono alcun titolo o che posseggono soltanto la licenza elementare.

Stratificazione per titolo di studio della popolazione area Nord - Est di età uguale o superiore a 55 anni d'età



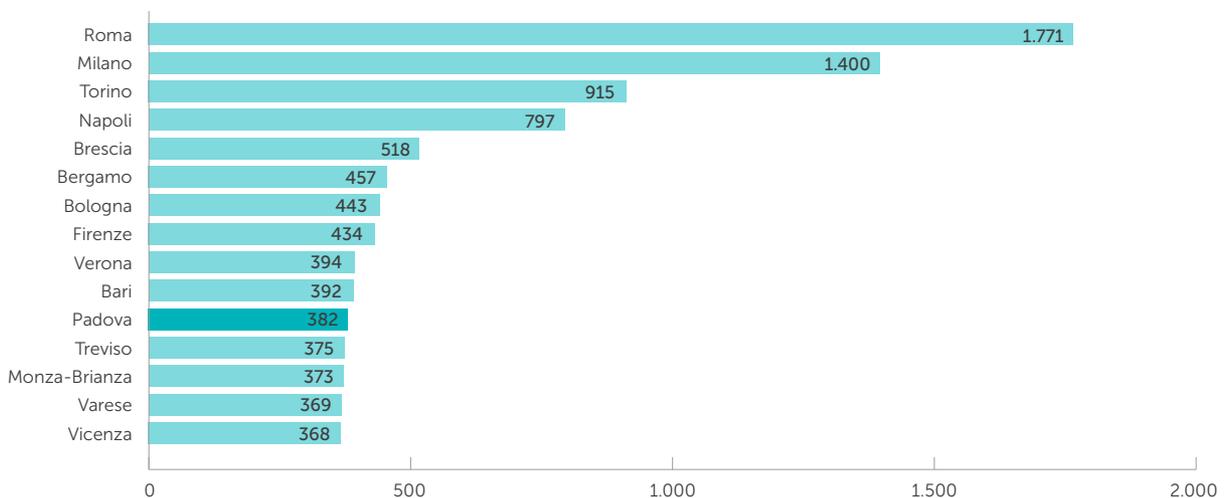
Fonte: ISTAT, Anno 2015, <http://www.istat.it>.

2.2 LAVORO

Il numero di occupati all'interno della Provincia di Padova secondo le stime Istat per l'anno 2015 ammonta a circa 382.000 unità, pari al 19% del totale degli occupati nella Regione Veneto; ciò colloca la Provincia di Padova al 2° posto nella classifica delle provincie con maggior numero di occupati in Veneto e all'11° posto in Italia.

Il tasso di occupazione misura la capacità di un sistema economico di utilizzare le risorse umane disponibili all'interno di una determinata area e viene calcolato dalla proporzione del numero degli individui che posseggono una occupazione rispetto alla popolazione residente in età compresa tra i 15 ed i 64 anni.

Numero di occupati per provincia (in migliaia): prime 15 provincie d'Italia - Media anno 2015



Fonte: ISTAT, Anno 2015, <http://www.istat.it>.

Nell'anno 2015 si registra all'interno della Provincia di Padova un tasso di occupazione pari al 61,7%, di poco inferiore rispetto alla media della Regione Veneto (63,6%) ma che al contempo si colloca su valori superiori alla media nazionale, pari al 56,3%.

L'andamento di questo indicatore nel tempo (così come la disoccupazione) rispecchia le dinamiche della congiuntura economica dell'ultimo decennio, con il picco massimo di occupazione a cavallo del 2008 e successiva diminuzione.

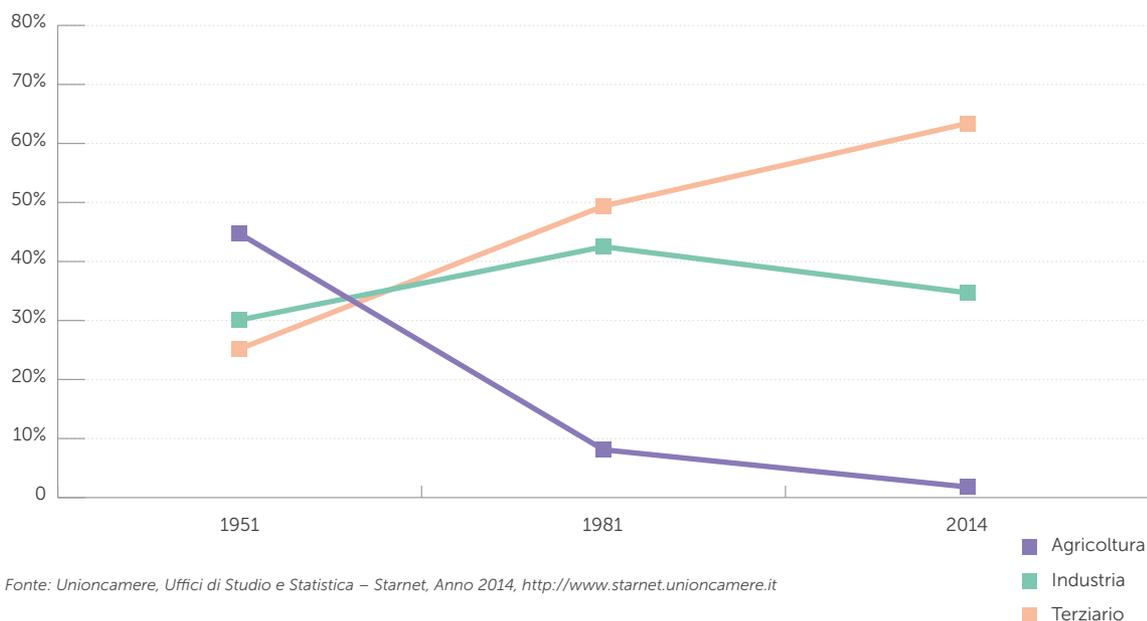
Tasso di occupazione (15-64 anni). Provincia di Padova, Veneto e Italia - Anni 2004-2015



Dal punto di vista della distribuzione degli occupati all'interno della Provincia di Padova vediamo come nel corso degli ultimi 60 anni la maggior parte della forza lavoro abbia progressivamente abbandonato il settore agricolo per spostarsi verso l'industria e, soprattutto, verso il settore dei servizi.

Nel 2014 gli addetti nel settore del commercio-servizi costituiscono la parte prevalente dell'occupazione con quasi 250.000 unità pari al 63,4% del totale, seguiti dall'industria con oltre 136.000 unità (34,7%). L'agricoltura con 7.178 addetti invece copre soltanto l'1,8% del totale a fronte del 45% di occupati che la stessa registrava nel 1951.

Occupati per macrosettori in % sul totale occupati in Provincia di Padova - Anni 1951, 1981 e 2014

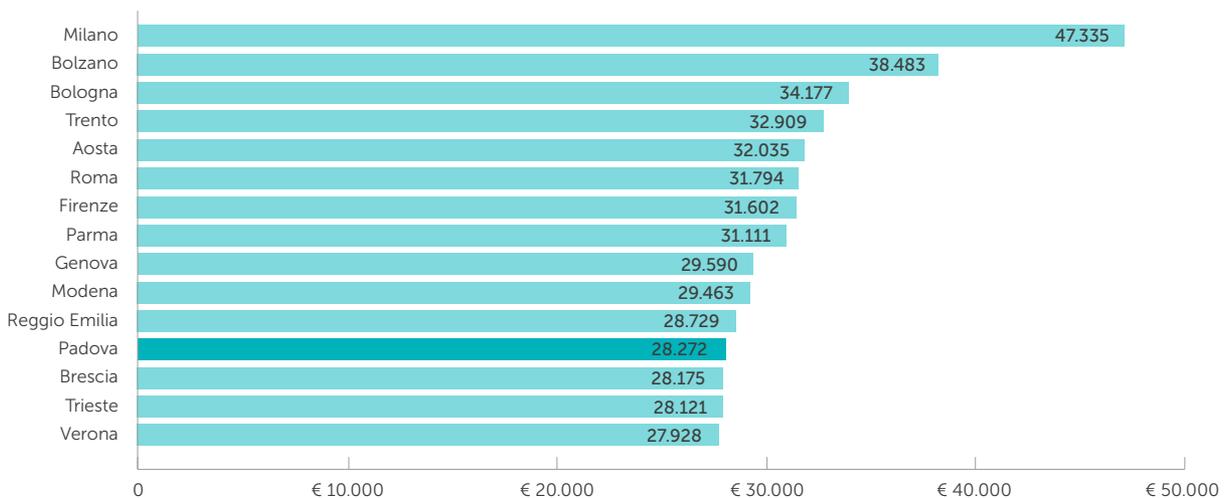


2.3 PRODUTTIVITÀ

Lo stato di salute di una popolazione rappresenta un fattore strettamente legato alla sua ricchezza posseduta: il livello di ricchezza è correlato agli stili di vita, alla percezione del proprio stato di salute e al ricorso al consumo di servizi sanitari. Maggiore è la quantità di ricchezza e di risorse a disposizione di una popolazione maggiore sarà la sua capacità di dotarsi di infrastrutture e di mettere in atto interventi e strategie di qualità per poter tutelare e migliorare i propri livelli di benessere fisico e psicologico.

La ricchezza prodotta nella provincia di Padova, misurata attraverso il reddito lordo nell'anno 2014, è pari a 26,5 miliardi di euro (il 19,9% del totale regionale). Con un valore di 28.272 euro Padova è la prima delle province del Veneto per entità del reddito pro capite (reddito pro capite regionale pari a 27.099 euro) e si colloca al 12° posto in Italia.

Reddito pro capite per provincia (€): prime 15 province d'Italia- Anno 2014



Fonte: Unioncamere, Uffici di Studio e Statistica – Starnet, Anno 2014, <http://www.starnet.unioncamere.it>

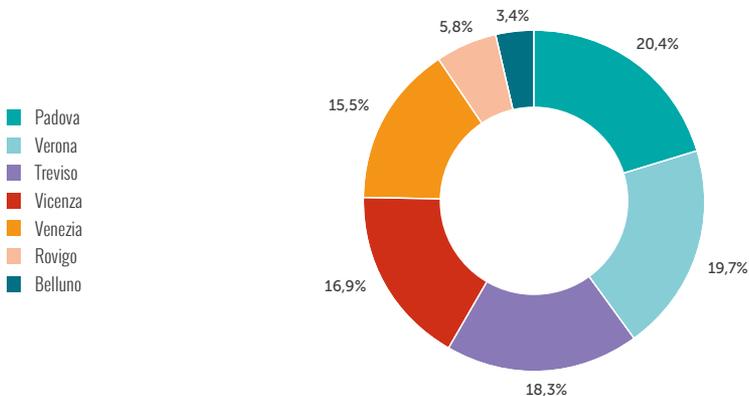
2.3.1 Imprese e insediamenti produttivi

Tasso di occupazione e ricchezza di un territorio sono strettamente dipendenti dal numero di insediamenti produttivi e di imprese attive presenti al suo interno.

Il totale degli insediamenti produttivi nel territorio della provincia (inclusivo anche delle sedi secondarie, filiali, stabilimenti ecc.) al 31/12/2015 è di 108.284 unità, dato che conferisce alla provincia di Padova il primo posto nella classifica delle province del Veneto per volume di insediamenti produttivi, pari al 20,2% del totale (su 535.983 insediamenti produttivi operativi in Regione) e al 9° in Italia.

Osservando il numero di imprese attive (ossia unità che hanno svolto un'effettiva attività produttiva per almeno sei mesi nell'anno di riferimento) il dato del 2015 è pari a 89.350 unità: Padova si conferma al primo posto nel Veneto con il 20,4% del totale regionale (437.130 unità) e al 9° posto in Italia mantenendo le medesime posizioni che registra anche per gli insediamenti produttivi.

Distribuzione delle imprese attive presenti in Veneto per singola provincia



Fonte: Unioncamere, Uffici di Studio e Statistica – Sarnet, Anno 2014, <http://www.sarnet.unioncamere.it>

La diminuzione complessiva del numero di imprese attive per il totale dei settori nella provincia di Padova è pari, in valore assoluto, a -144 unità rispetto al 2014. Il confronto dello storico del numero di imprese registrato nella provincia negli ultimi 12 anni evidenzia una dinamica che al 2015 rimane ancora negativa (-0,20%), dato che conferma un rallentamento dell'andamento sfavorevole registrato nel periodo 2011-2013.

Tassi di crescita imprese attive - variazione % rispetto all'anno precedente. Provincia di Padova - Anno 2014



Fonte: Unioncamere, Uffici di Studio e Statistica – Sarnet, Anno 2014, <http://www.sarnet.unioncamere.it>

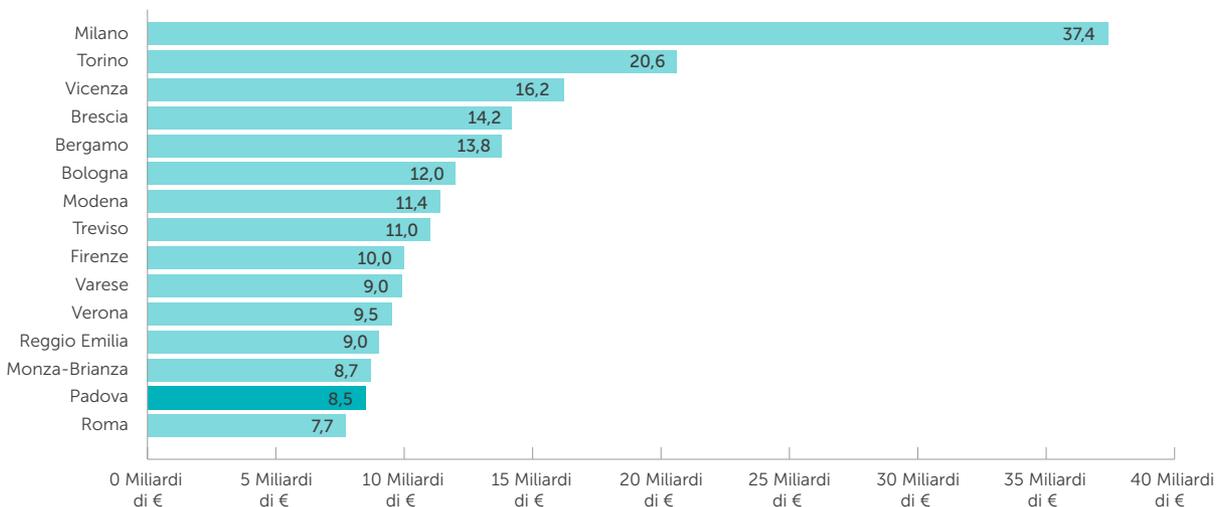
2.3.2 L'Import-Export

Secondo quanto riportato dall'Observatory of Economic Complexity - OEC, osservatorio internazionale che ha come obiettivo quello di analizzare e diffondere i dati relativi al commercio internazionale nelle diverse aree del pianeta, nell'anno 2014 l'Italia si colloca all'8° posto nella classifica delle più grandi economie del mondo per quantità di merci e servizi esportate all'estero con un volume d'affari complessivo pari a 474 miliardi di euro; dato che, se confrontato con il volume complessivo delle importazioni nel medesimo periodo, pari a 434 miliardi di euro, fa registrare un saldo economico positivo per le attività di import-export per il nostro Paese.

I volumi economici dei prodotti esportati dalla Provincia di Padova nell'anno 2014 è pari a 8,5 miliardi di euro (15% del totale regionale pari a 54,2 miliardi di euro) a fronte delle importazioni che invece si assestano sui 5,6 miliardi di euro (14,2% del totale regionale pari a 39,2 miliardi di euro).

A livello nazionale, Padova è al 14° posto nella graduatoria delle province italiane per volume di esportazioni con una quota del 2,1% sul totale (398 miliardi).

Entità export per provincia (miliardi di €): prime 15 province d'Italia - Anno 2014



Fonte: Unioncamere, Uffici di Studio e Statistica – Starnet, Anno 2014, <http://www.starnet.unioncamere.it>

CAPITULO 3

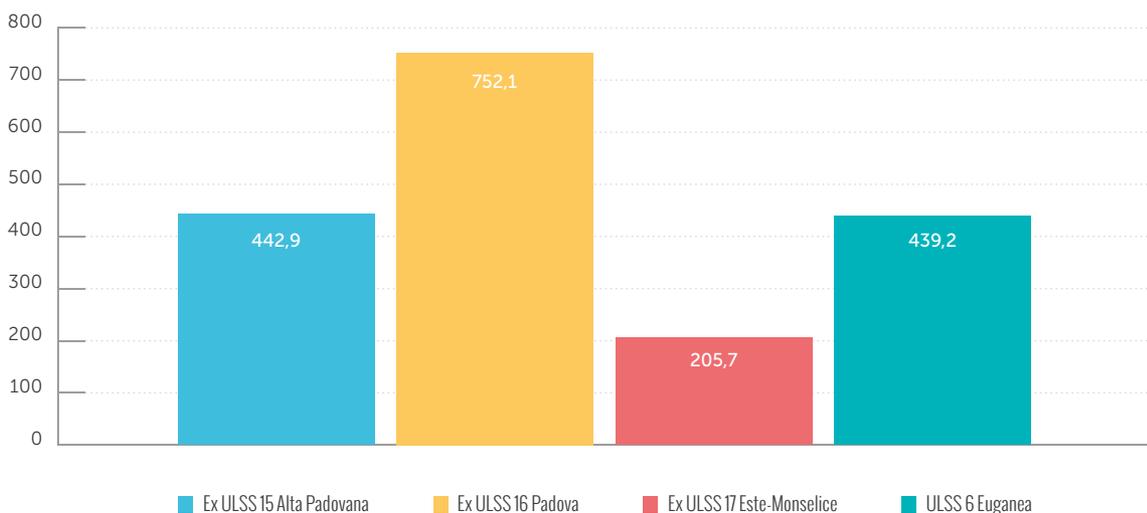
AMBIENTE E TERRITORIO

3.1 LE CARATTERISTICHE TERRITORIALI

Il territorio della Provincia di Padova, come già illustrato, si estende ad un'area di 2.144 Km² con una densità di popolazione pari a 439 ab/Kmq; si configura come prevalentemente pianeggiante ad eccezione dell'area dei Colli Euganei, piccola conformazione collinare che sorge a sud ovest del capoluogo.

Degna di nota è anche la presenza di numerosi corsi d'acqua sia naturali (fiumi Brenta, Bacchiglione e Adige) sia artificiali (canale Battaglia, il Bisatto e il Piovego) nonché di un'ampia zona termale presente in corrispondenza dei comuni di Abano e Montegrotto.

Densità (ab/kmq)



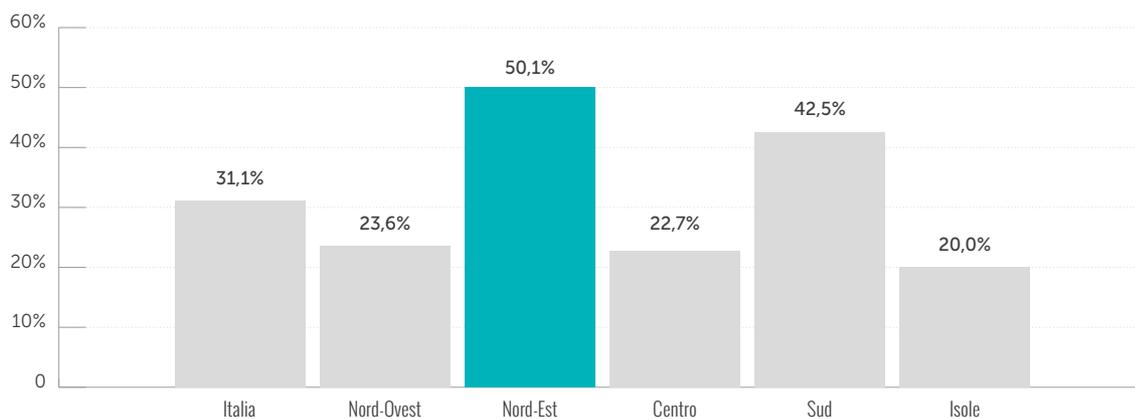
3.2 VERDE URBANO E PISTE CICLABILI

Con il termine “verde urbano” si intende il patrimonio di aree verdi presenti sul territorio comunale e gestito direttamente o indirettamente da enti pubblici (Comune, Provincia, Regione, Stato, ecc.) in larga prevalenza destinato alla fruizione diretta da parte dei cittadini.

Nelle aree altamente urbanizzate, l’incidenza del verde urbano rappresenta uno degli indicatori maggiormente rappresentativi della sensibilità rivolta alle tematiche ambientali e, più in generale, ai livelli di benessere delle persone che vi risiedono.

Da un’analisi condotta dall’ISTAT nel 2014 sul verde urbano nelle aree altamente urbanizzate (comuni con più di 200.000 abitanti) è possibile notare come l’area Nord-Est sia quella che a livello nazionale può vantare, all’interno dei comuni capoluogo, la maggiore presenza di spazi verdi in proporzione agli abitanti nel panorama nazionale.

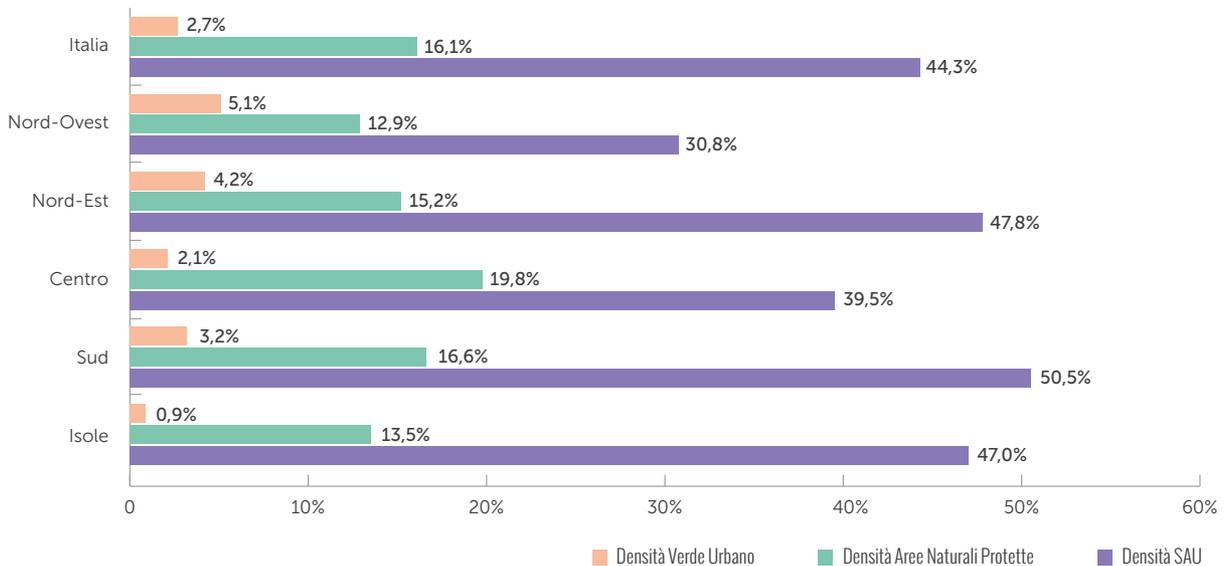
Disponibilità Verde Urbano/abitante per area geografica



Fonte: ISTAT, Report “Verde Urbano”, Anno 2014.

Sempre l’area Nord-Est registra valori più elevati della media nazionale sia per quanto riguarda la densità del verde urbano, pari a 4,2% della superficie contro il 2,7% della media nazionale, sia per quanto concerne l’indice di densità della superficie agricola utilizzata (SAU), ovvero l’insieme dei terreni investiti a seminativi, coltivazioni legnose agrarie, orti familiari, prati permanenti, pascoli e frutteti sul totale del territorio, con un valore pari al 47,8% della superficie contro il 44,3% della media nazionale.

Distribuzione delle diverse superfici verdi per area geografica



Fonte: ISTAT, Report "Verde Urbano", Anno 2014.

Allo stesso modo, l'uso della bicicletta, sia come mezzo di trasporto che come attività ricreativa e sportiva, può rappresentare un'attività importante per il miglioramento dello stato di salute delle persone sotto diversi punti di vista.

Spostarsi sulle due ruote per raggiungere i luoghi di lavoro o di studio può essere una preziosa opportunità per gli individui di fare attività fisica, abbassando la percentuale di rischio d'insorgenza di patologie cardiovascolari. Allo stesso tempo, l'uso della bicicletta rappresenta un'occasione per il raggiungimento di un buon livello di benessere psico-fisico e per favorire la riduzione dei livelli di stress e ansia.

Tutte queste potenzialità hanno fatto sì che l'utilizzo della bicicletta divenisse sempre più oggetto di attenzione da parte delle istituzioni presenti sul territorio, tanto da far registrare negli ultimi anni la presenza di investimenti rilevanti al fine di promuoverlo e favorirlo.

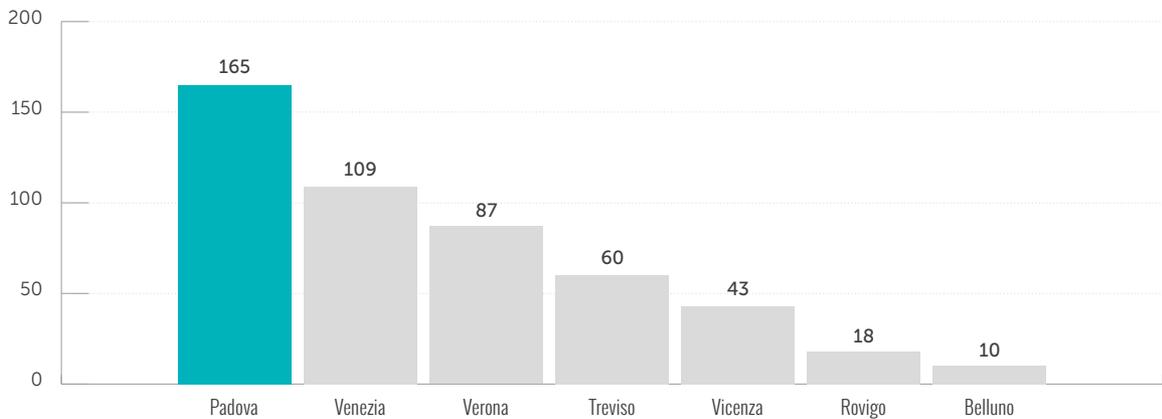
In quest'ottica si colloca, ad esempio, il progetto "Green Tour – Verde in movimento", progetto strategico avviato dalla Regione Veneto a partire dall'anno 2014 con l'obiettivo di completare la propria rete di percorsi ambientali incentrati sulla storica ferrovia dismessa Treviso-Ostiglia, la rete fluviale circostante, la laguna di Venezia e il Mare Adriatico.

All'interno del progetto, particolare intervento degno di nota è rappresentato dalla predisposizione di un percorso ciclabile di 116Km (di cui 32 nella provincia di Padova) su fondo misto (asfaltato e sterrato) sul tracciato della linea ferroviaria dismessa Treviso-Ostiglia.

Inoltre, Padova può vantare nell'anno 2014 la presenza di una rete urbana di piste ciclabili pari a 165Km*, collocandosi al 1° posto della classifica dei capoluoghi veneti per estensione della rete ciclabile urbana e al 2° posto nella classifica nazionale.

* Il dato tiene conto delle piste ciclabili in sede propria, piste ciclabili in corsia riservata, piste su marciapiede, di piste promiscue bici/pedoni e delle zone con moderazione di velocità a 20 e 30 km/h e dai quali sono stati esclusi i percorsi interni alle aree verdi.

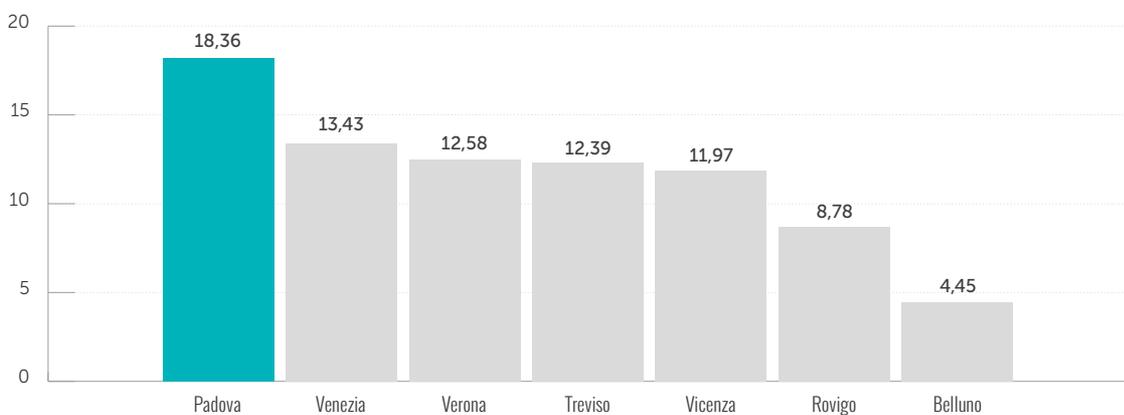
Estensione della rete ciclabile urbana dei capoluoghi veneti (km)



Fonte: Legambiente, "Ecosistema Urbano - Rapporto sulla Qualità Ambientale dei Comuni Capoluogo di Provincia", Edizioni Anni 2011-2015

Un dato più preciso sull'effettiva offerta ciclabile di un territorio può essere ricavato tramite l'indice di ciclabilità, indicatore che mette in relazione l'estensione delle piste ciclabili presenti misurandole in "metri² equivalenti" ogni 100 abitanti ($m^2_{eq}/100ab$). Analizzando gli indici di ciclabilità dei comuni capoluogo nell'anno 2014, vediamo come la città di Padova si attesti su un valore pari a $18,4 m^2/100 ab.$, posizionandosi al 1° posto della classifica dei capoluoghi della Regione Veneto per indice di ciclabilità e all' 11° posto della classifica nazionale.

Indice di ciclabilità dei capoluoghi veneti ($m^2/100ab.$)



Fonte: Legambiente, "Ecosistema Urbano - Rapporto sulla Qualità Ambientale dei Comuni Capoluogo di Provincia", Edizioni Anni 2011-2015

3.3 AMBIENTE

La condizione dell'ambiente in cui una popolazione vive rappresenta un elemento chiave capace di influenzarne lo stato di salute. Variabili come la qualità dell'aria respirata e dell'acqua utilizzata, l'efficienza delle reti idriche, la capacità di preservare il terreno riducendo la produzione di rifiuti e favorendone il riciclaggio risultano essere fondamentali per determinare l'aspettativa di vita di una popolazione e la maggiore o minore presenza di patologie al suo interno.

"Ecosistema Urbano - Rapporto sulla Qualità Ambientale dei Comuni Capoluogo di Provincia" rappresenta un documento di ricerca che a partire dal 1993 viene realizzato con cadenza annuale da Legambiente in collaborazione scientifica con l'Istituto di ricerca Ambiente Italia.

La ricerca focalizza la sua attenzione sulle condizioni ambientali presenti all'interno dei comuni capoluogo di Provincia in quanto essi coincidono generalmente con le aree maggiormente urbanizzate dei loro territori e, di conseguenza, sono caratterizzati sia dai più alti livelli di criticità che dalla maggiore quantità di azioni e risorse messe in campo per favorirne miglioramento e sviluppo.

I dati sono stati raccolti da Legambiente attraverso la somministrazione di un questionario alle amministrazioni dei 104 comuni capoluogo di Provincia.

Le aree tematiche interessate dalla ricerca e l'elenco degli indicatori presi in considerazione da Legambiente sono i seguenti:

- 1) aria: livelli di biossido di azoto, ozono e polveri sottili (PM10) presenti nell'atmosfera;
- 2) acqua: livelli di depurazione, dispersione e consumo idrico cittadino;
- 3) rifiuti: produzione di rifiuti e raccolta differenziata;
- 4) mobilità: passeggeri del trasporto pubblico locale, offerta del trasporto pubblico, livelli di spostamento in auto e moto, tassi di motorizzazione di auto e moto, incidentalità stradale, piste ciclabili (equivalenti) ed isole pedonali;
- 5) energia: livelli di consumo domestico e di produzione di energia rinnovabile.

Sulla base dei valori rilevati e dal confronto con valori medi o di riferimento, a ciascun indicatore è stato assegnato un punteggio normalizzato che varia da 0 a 100 punti. Dai punteggi raccolti per ciascun indicatore viene redatta una classifica delle città capoluogo con la migliore condizione ambientale complessiva, associando un particolare peso a ciascun indicatore.

Nell'anno 2015 la città di Padova, su 104 province analizzate, si colloca al 4° posto per quanto riguarda le città venete e al 35° posto della classifica nazionale.

Classifica delle città capoluogo per sostenibilità ambientale complessiva - Anno 2015

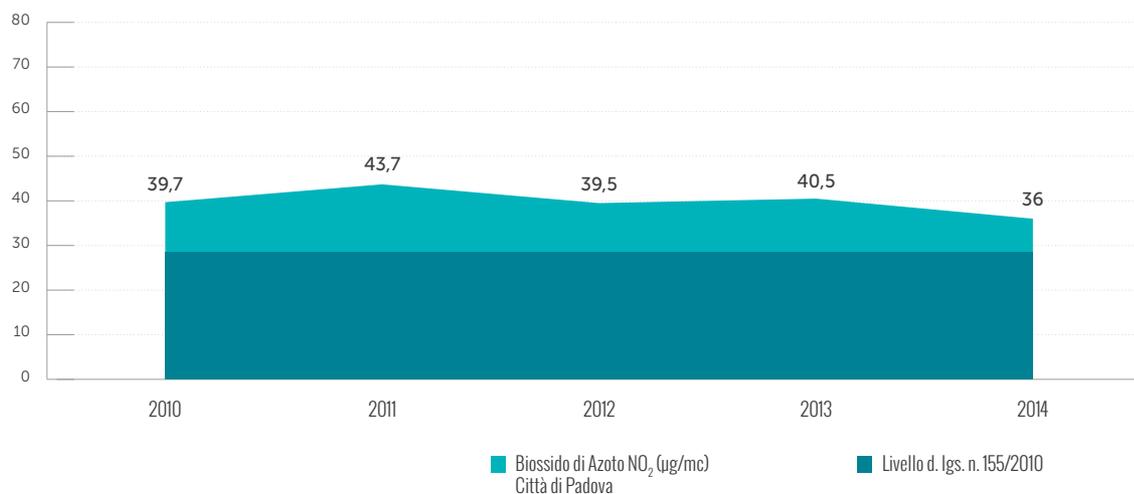
Posizione	Città	Posizione	Città	Posizione	Città
1	Verbania	36	Pisa	71	Pistoia
2	Trento	37	Brindisi	72	Trieste
3	Belluno	38	Piacenza	73	Imperia
4	Bolzano	39	Modena	74	Ragusa
5	Macerata	40	Asti	75	Grosseto
6	Oristano	41	Bergamo	76	Enna
7	Sondrio	42	Treviso	77	Alessandria
8	Venezia	43	Firenze	78	Monza
9	Mantova	44	Chieti	79	Brescia
10	Pordenone	45	Como	80	Potenza
11	Cosenza	46	Vicenza	81	Pescara
12	Parma	47	Ascoli Piceno	82	Taranto
13	Cuneo	48	Terni	83	Roma
14	Lecco	49	Varese	84	Torino
15	Forlì	50	Bologna	85	Latina
16	Udine	51	Milano	86	Isernia
17	Biella	52	Livorno	87	Trapani
18	Novara	53	Campobasso	88	Matera
19	Reggio Emilia	54	Benevento	89	Lecce
20	Gorizia	55	Cagliari	90	Napoli
21	Rieti	56	Foggia	91	Caserta
22	L'Aquila	57	Ferrara	92	Siracusa
23	Pesaro	58	Genova	93	Viterbo
24	Cremona	59	Nuoro	94	Frosinone
25	Perugia	60	Arezzo	95	Caltanissetta
26	Ravenna	61	Lodi	96	Massa
27	Teramo	62	Aosta	97	Crotone
28	Ancona	63	Pavia	98	Catanzaro
29	Avellino	64	Vercelli	99	Reggio Calabria
30	La Spezia	65	Siena	100	Catania
31	Savona	66	Bari	101	Vibo Valentia
32	Verona	67	Salerno	102	Palermo
33	Rimini	68	Lucca	103	Agrigento
34	Sassari	69	Prato	104	Messina
35	Padova	70	Rovigo		

ARIA

È importante rilevare come nell'ultimo decennio vi sia stato un sostanziale miglioramento degli indicatori inerenti l'inquinamento atmosferico nella città di Padova, malgrado essi si attestino su valori superiori a quelli prescritti dal D.lgs n. 155/2010, attuativo della norma europea 2008/50/CE relativa alla qualità dell'aria e dell'ambiente.

I livelli di biossido di azoto NO_2 rilevati nel periodo 2010-2014 nella città di Padova confermano un miglioramento del trend che passa dai 39,7 $\mu\text{g}/\text{mc}$ rilevati nel 2010 ai 36 $\mu\text{g}/\text{mc}$ dell'anno 2014.

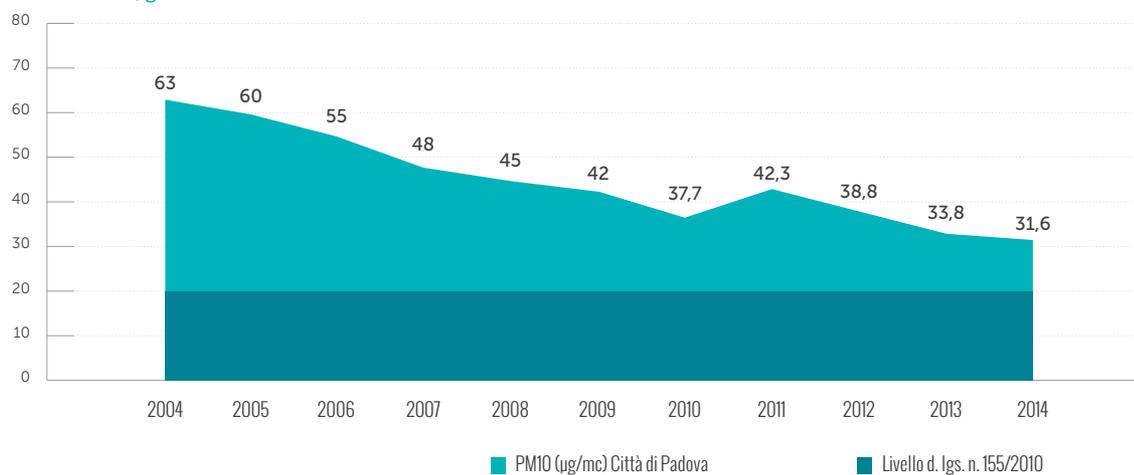
Livelli Biossido di Azoto NO_2 ($\mu\text{g}/\text{mc}$) (2010 -2014)



Fonte: Legambiente, "Ecosistema Urbano - Rapporto sulla Qualità Ambientale dei Comuni Capoluogo di Provincia", Edizioni Anni 2011-2015

Anche i livelli di PM_{10} registrati tra il 2004 e il 2014 confermano un miglioramento della presenza di polveri sottili nell'atmosfera cittadina, con un sostanziale dimezzamento dei livelli che passano da 63 $\mu\text{g}/\text{mc}$ rilevati nel 2004 a 32 $\mu\text{g}/\text{mc}$ rilevati nel 2014. Malgrado i valori siano ancora superiori al livello massimo consentito dal D.lgs 155/2010 pari a 20 $\mu\text{g}/\text{mc}$, si rileva un andamento che se proseguisse porterebbe entro breve termine i valori di PM_{10} al rientro al di sotto di tale soglia.

Livelli di PM_{10} ($\mu\text{g}/\text{mc}$) (2004 - 2014)



Fonte: Legambiente, "Ecosistema Urbano - Rapporto sulla Qualità Ambientale dei Comuni Capoluogo di Provincia", Edizioni Anni 2005-2015

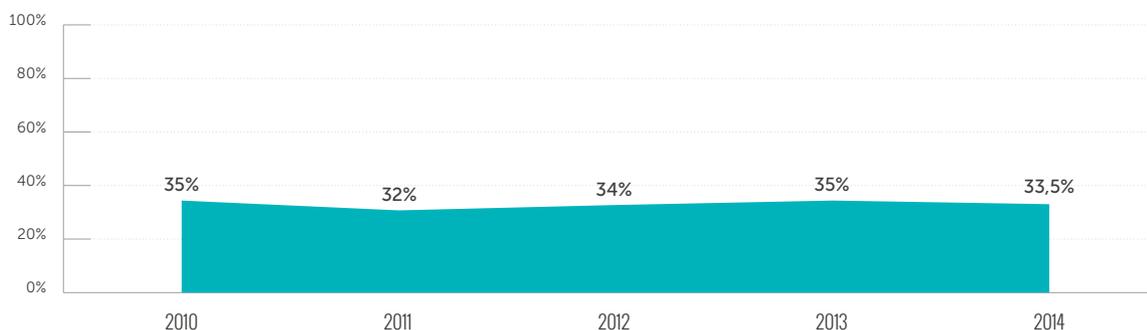
ACQUA

Accanto ai valori di impatto atmosferico, informazioni utili sulle condizioni ambientali del nostro territorio possono derivare dai livelli di dispersione della rete idrica e dalla capacità di depurazione delle acque.

Con dispersione idrica si intende la differenza tra il volume d'acqua immesso nella rete e quello consumato per usi civili, industriali e agricoli espresso in percentuale.

I dati raccolti nel periodo 2010-2014 evidenziano una sostanziale stabilità degli indici di dispersione idrica rilevati a Padova, che oscillano sempre tra valori compresi tra il 32% e il 35%.

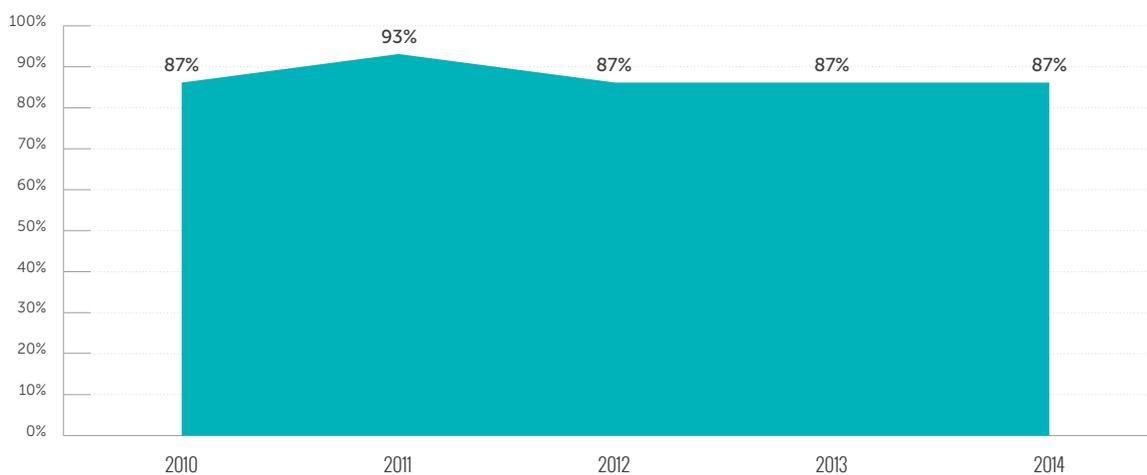
Dispersione della rete idrica (2010 - 2014)



Fonte: Legambiente, "Ecosistema Urbano - Rapporto sulla Qualità Ambientale dei Comuni Capoluogo di Provincia", Edizioni Anni 2011-2015

La capacità di depurazione rappresenta un indice costruito per tenere conto contemporaneamente della percentuale di abitanti allacciati alla rete, dei giorni di funzionamento dell'impianto di depurazione e della capacità dell'impianto di ridurre il livello di sostanze non biodegradabili presenti (abbattimento del COD). Malgrado un picco del 93% rilevato nell'anno 2011, il valore dell'87% della capacità di depurazione delle acque appare come un parametro stabile nello storico delle rilevazioni effettuate nel periodo 2010-2014.

Capacità di depurazione delle acque (2010-2014)



Fonte: Legambiente, "Ecosistema Urbano - Rapporto sulla Qualità Ambientale dei Comuni Capoluogo di Provincia", Edizioni Anni 2011-2015

IL CASO DELLE PFAS

Particolare interesse, confronto e dibattito all'interno delle istituzioni, dei media e dell'opinione pubblica locali ha avuto di recente il caso riguardante i livelli di contaminazione da PFAS delle acque destinate all'uso umano nel territorio veneto.

Le PFAS sono sostanze chimiche che, in virtù delle loro proprietà di repellenza all'acqua e oli e grazie alla loro elevata stabilità termica e chimica, vengono spesso impiegate in numerosi processi industriali e per la produzione di beni di consumo.

A causa della loro persistenza, queste sostanze risultano essere particolarmente pericolose per l'ambiente e per gli organismi viventi in quanto, non venendo decomposte e metabolizzate, tendono ad accumularsi al loro interno. Secondo quanto riportato all'interno del parere dell'ISS prot. n. 1584 del 16/04/2014, uno studio condotto nel 2009 all'interno di una comunità dell'Ohio (USA) evidenzia l'esistenza di una correlazione tra esposizione a PFAS e rischi per la salute umana quali ipercolesterolemia, colite ulcerosa, malattie tiroidee, tumori del testicolo e del rene, fenomeni di ipertensione in condizioni di gravidanza e preeclampsia.

Il problema delle PFAS emerse nell'Italia settentrionale per la prima volta nel 2011 a seguito di un'indagine iniziata nel 2006 dall'Unione Europea che aveva lo scopo di stabilire la presenza di sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) nelle acque e nei sedimenti dei maggiori bacini fluviali europei e dalla quale emerse la presenza di elevate concentrazioni di acido perfluorooctanoico (PFOA) nei bacini idrici della valle del Po'.

Successive azioni di analisi e monitoraggio effettuate dall'Istituto di Ricerca sulle Acque – CNR tra il 2011 e il 2013 su commissione del Ministero dell'Ambiente evidenziarono a loro volta la presenza di PFAS all'interno delle acque destinate all'uso umano nelle aree della provincia di Vicenza, in particolare Distretto Industriale di Valdagno e della Valle del Chiampo e nelle aree ad esso limitrofe delle provincie di Verona e di Padova.

Le criticità emerse determinarono quindi l'immediata attivazione da parte della Regione Veneto di una Commissione tecnica regionale finalizzata alla messa in atto di una serie di azioni per la tutela della salute pubblica quali:

- 1) Installazione di sistemi di depurazione e filtraggio delle acque potabili per l'immediato abbattimento dei livelli di PFAS nelle aree maggiormente colpite dal fenomeno;
- 2) Stretta collaborazione con Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità con lo scopo di favorire uniformità e coordinamento tra le diverse strategie di intervento messe in atto;
- 3) Attività di regolare controllo e monitoraggio delle acque.

Allo stesso modo diverse iniziative di verifica ed analisi dei pozzi privati e delle acque di irrigazione agricola sono state adottate da diversi amministrazioni comunali nei territori considerati a maggior rischio, dall'ARPAV e dalle società di gestione delle reti idriche.

Oltre al contenimento dei rischi di carattere ambientale, la Regione Veneto ha disposto l'avvio di un "Piano di Sorveglianza Sanitaria sulla popolazione esposta alle sostanze perfluoroalchiliche" (DGR n. 2133 del 21/12/2016 – Allegato A) il cui obiettivo generale è la prevenzione delle malattie croniche degenerative dovute all'esposizione a PFAS per le popolazioni coinvolte.

Su tale attività è previsto il coinvolgimento delle diverse aziende ULSS dei territori interessati: ULSS 8 Berica, ULSS 9 Scaligera e ULSS 6 Euganea. Nello specifico, per quanto riguarda l'ULSS 6 Euganea ad oggi sono stati rilevati livelli superiori alle soglie di allerta di PFAS nelle acque destinate all'uso umano soltanto nella municipalità di Montagnana.

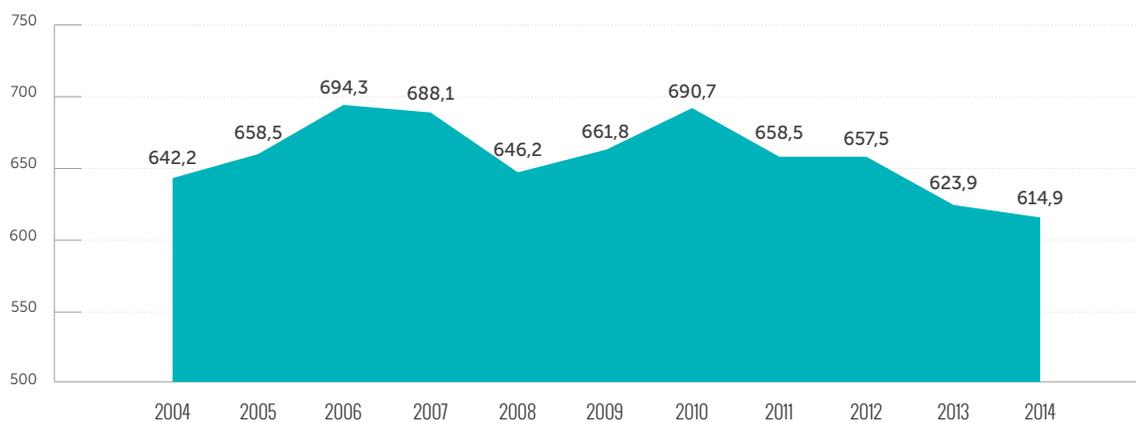
Approfondimenti e continui aggiornamenti sulla situazione delle acque vengono forniti a tutti i cittadini dalla Regione Veneto attraverso un'apposita sezione presente all'interno del proprio sito istituzionale (<https://www.regione.veneto.it/web/sanita/pfas>) contenente, tra le altre informazioni, anche bollettini ufficiali e rapporti tecnici relativi alle condizioni di ciascuna delle diverse aree interessate.

RIFIUTI

Altra dimensione di forte impatto ambientale è rappresentata dalla produzione di rifiuti di un territorio e dall'adeguatezza delle strategie messe in atto al suo interno per favorirne la raccolta, lo smaltimento e il riciclo.

La produzione annua di rifiuti pro capite della città di Padova rilevata nell'anno 2014 è pari a 614,9 Kg/ab, dato con il quale Padova si colloca all' 84° posto all'interno della classifica nazionale delle città che producono meno rifiuti e al penultimo posto tra le città del Veneto, superando solo Venezia (86° posto – 619,9 Kg/ab). Nonostante un andamento altalenante, è possibile comunque notare un sostanziale miglioramento (- 27,3 Kg/ab) tra i volumi registrati nel 2004 (pari a 642,2 kg/ab) rispetto ai dati del 2014.

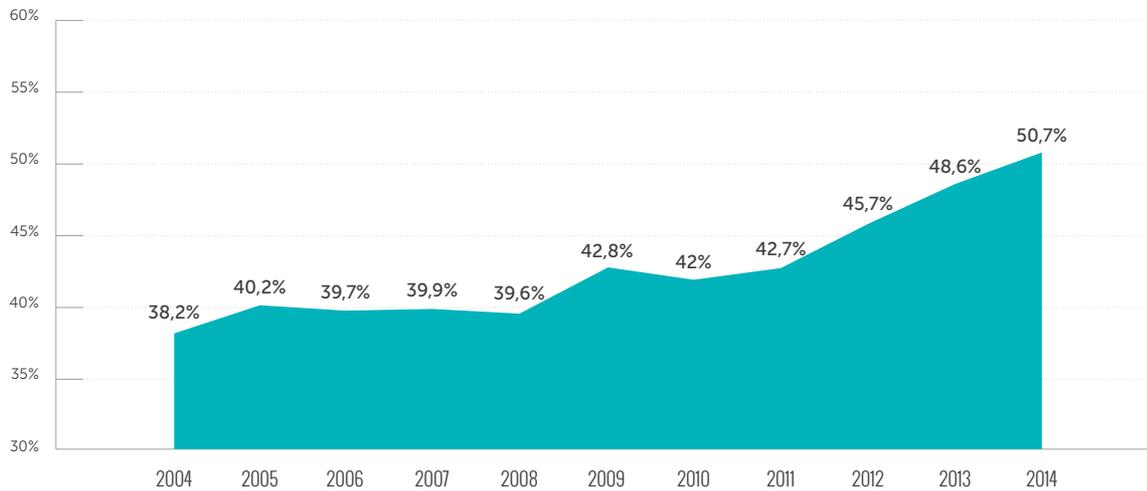
Produzione annua pro-capite di rifiuti urbani (kg/ab) (2004-2014)



Fonte: Legambiente, "Ecosistema Urbano - Rapporto sulla Qualità Ambientale dei Comuni Capoluogo di Provincia", Edizioni Anni 2011-2015

L'analisi della capacità di differenziazione di rifiuti tra il 2004 e il 2014 evidenzia un netto miglioramento della capacità della città, con un passaggio da valori pari al 38,2% del 2004 a coperture pari al 50,7% di rifiuti differenziati nel 2014. Su questo specifico indicatore nel 2014 Padova si colloca quinta tra le città venete e al 41° posto tra le città italiane con maggiori capacità di differenziazione dei rifiuti.

Percentuale di rifiuti differenziati (2004-2014)



Fonte: Legambiente, "Ecosistema Urbano - Rapporto sulla Qualità Ambientale dei Comuni Capoluogo di Provincia", Edizioni Anni 2011-2015

QUADRO RIASSUNTIVO

Di seguito vengono riportati l'insieme dei dati relativi a tutti gli indicatori analizzati dalla ricerca Ecosistema Urbano per la città di Padova negli anni 2013 e 2014; l'indicatore denominato "classifica finale" permette di osservare che le condizioni generali dell'ambiente della città di Padova hanno subito un sensibile miglioramento tra il 2013 e il 2014 (+ 4,76%).

Indicatore	2013	2014
Classifica Finale Ecosistema Urbano	51,49%	56,25%
Livelli Biossido di Azoto NO ₂ (µg/mc) - Media Annuia Rilevatori	40,5	36
PM10 (µg/mc) - Media Annuia Rilevatori	33,8	31,6
Ozono (giorni superamento/anno) - Media Annuia Rilevatori	44	22
Consumi idrici domestici - Consumi giornalieri pro capite di acqua potabile per uso domestico (l/ab)	142,4	132,1
Dispersione della rete - differenza tra l'acqua immessa e l'acqua consumata per usi civili, industriali, agricoli (%)	35%	33,50%
Capacità di depurazione	87%	87%
Produzione annua pro capite di rifiuti urbani (kg/ab)	623,9	614,9
Raccolta differenziata - % di rifiuti differenziati (frazioni recuperabili) sul totale dei rifiuti prodotti	48,60%	50,70%
Passeggeri trasportati annualmente per abitante dal trasporto pubblico (Viaggi/abitante)	133	130
Percorrenza annua per abitante del trasporto pubblico (Km vetture/abitante)	30	29
Modal Share - Percentuale di spostamenti privati motorizzati (auto e moto)	59%	59%
Autovetture circolanti ogni 100 abitanti (auto/100ab.)	58	58
Motocicli circolanti ogni 100 abitanti (motocicli/100 ab.)	13	13
Isole Pedonali Estensione pro capite della superficie stradale pedonalizzata (mq/ab)	0,83	0,85
Piste Ciclabili - Indice di Ciclabilità (m_eq/100 ab)	12,07	18,36
Consumo elettrico annuale pro capite per uso domestico (kWh/utenza)	1.277	1.277
Energia rinnovabile - Potenza installata (kW) su edifici comunali ogni 1.000 abitanti (kW/1.000 ab)	30,34	30
Verde Urbano - Estensione pro capite di verde fruibile in area urbana (mq/ab)	39,1	39,1
Verde Urbano - Percentuale della superficie delle differenti aree verdi (aree naturali protette e aree del verde urbano) sul totale della superficie comunale (%)	8,80%	8,80%

Fonte: Legambiente, "Ecosistema Urbano - Rapporto sulla Qualità Ambientale dei Comuni Capoluogo di Provincia", Edizioni Anni 2011-2015

Tale risultato è derivato da una generale stabilità della maggior parte degli indicatori che non registrano grandi variazioni tra i due anni; il risultato positivo è quindi da imputare principalmente al miglioramento di alcuni indicatori che producono un effetto trainante della valutazione.

Tra di essi è possibile individuare:

- 1) i livelli medi di biossido di azoto che passano da 40,5 µg/mc nel 2013 a 36 µg/mc nel 2014 (-4,5 µg/mc);
- 2) i giorni di superamento della soglia fissata dal D.lgs 155/2010 dei livelli di ozono presenti nell'atmosfera nell'arco di un anno passano da 44 giorni nel 2013 a 22 giorni nel 2014 (-22 giorni);
- 3) la produzione annua di rifiuti urbani pro capite passa dai 623,9 kg/ab. del 2013 ai 614,9 kg/ab. del 2014 (- 27,3 kg/ab.);
- 4) l'indice di ciclabilità passa da 12,07 nel 2013 a 18,36 nel 2014 (+6,29).

CAPITOLO 4

GLI STILI DI VITA INDIVIDUALI

La principale causa di morte del mondo occidentale è ad oggi rappresentata dalle malattie cardiovascolari, i cui principali fattori di rischio quali ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, ipercolesterolemia, diabete, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta, sono strettamente legati agli stili di vita adottati dagli individui.

L'analisi della frequenza e della diffusione di taluni comportamenti e abitudini rappresenta perciò uno strumento prezioso per identificare qualirischi per la salute corre una determinata popolazione e quali possibili strategie mirate possono essere messe in campo per ridurre i fattori di rischio e favorire una cultura della prevenzione.

Sulla base di questi input il Ministero della Salute nel 2007 ha avviato il progetto PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), monitorando continuamente abitudini, stili di vita e stato di salute della popolazione tra i 18 e i 69 anni, il PASSI consente di individuare a livello di singola azienda sanitaria le priorità sulle quali intervenire, ma anche di rilevare rapidamente eventuali variazioni organizzative nella risposta che il Sistema Sanitario rende alla popolazione.

I temi indagati, mediante questionari telefonici a cittadini scelti in modalità random, sono:

- fumo;
- attività o inattività fisica;
- sovrappeso e obesità;
- consumo di alcol;
- alimentazione povera di frutta e verdura;
- rischio cardiovascolare;
- adesione agli screening oncologici;
- misure di sicurezza per la prevenzione degli incidenti stradali e degli incidenti sul lavoro;
- benessere fisico e psicologico dei singoli.

In questo capitolo vengono presi in esame alcuni tra i fattori di rischio considerati più incidenti e rappresentativi quali fumo, alcol, obesità e sovrappeso e sedentarietà. Ciascun indicatore verrà analizzato rispetto a diverse dimensioni per età, sesso, scolarità, cittadinanza e difficoltà economiche, operando un confronto tra i dati rilevati nelle tre diverse ex-ULSS della provincia di Padova.

4.1 FUMO

Il tabagismo è la dipendenza dal fumo di tabacco e rappresenta uno dei principali fattori che contribuiscono allo sviluppo di malattie cronico-degenerative prevenibili come il tumore al polmone, l'infarto e l'ictus.

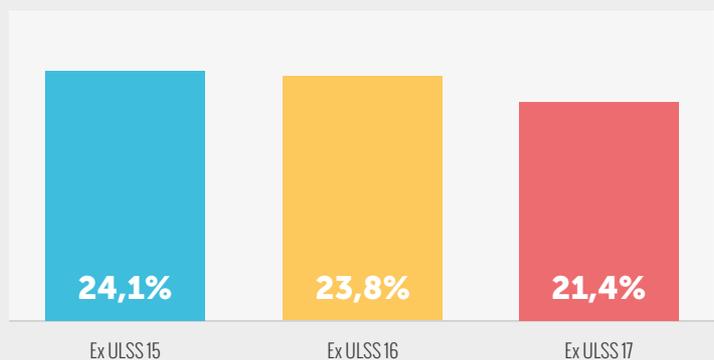
Il programma PASSI definisce fumatori "persone che hanno fumato più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fumano tutti i giorni o qualche giorno o hanno smesso da meno di sei mesi".

4.1.1 Complessivo fumatori

■ EX ULSS 15 ■ EX ULSS 16 ■ EX ULSS 17

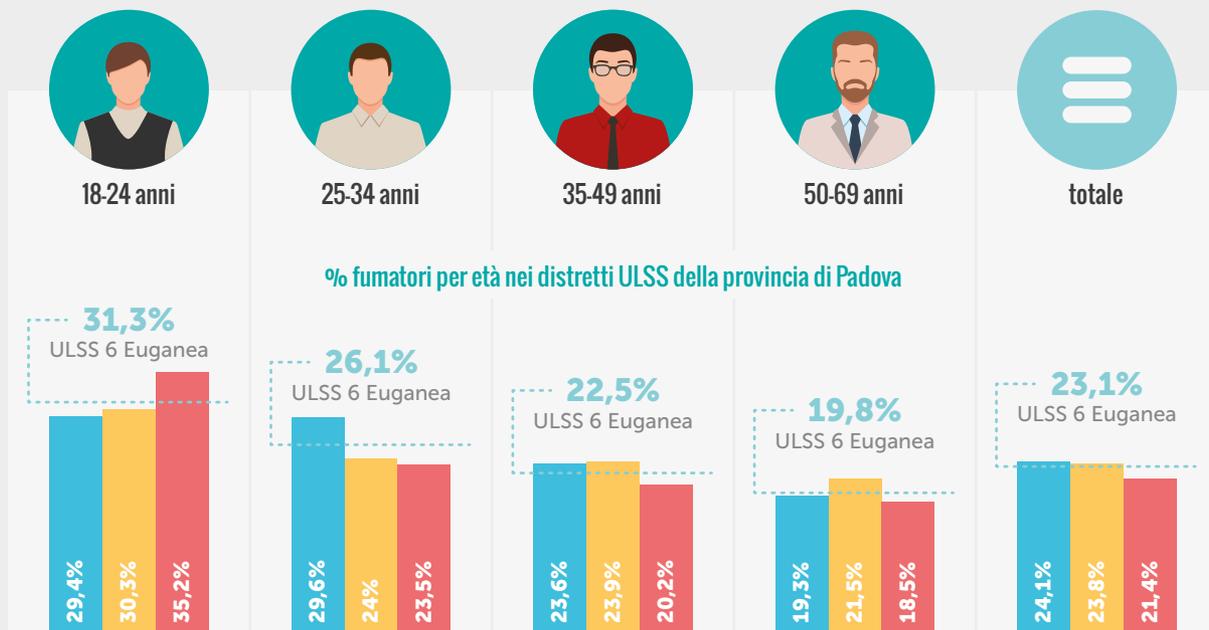


23,1%
totale fumatori
nella **provincia**
di **Padova**

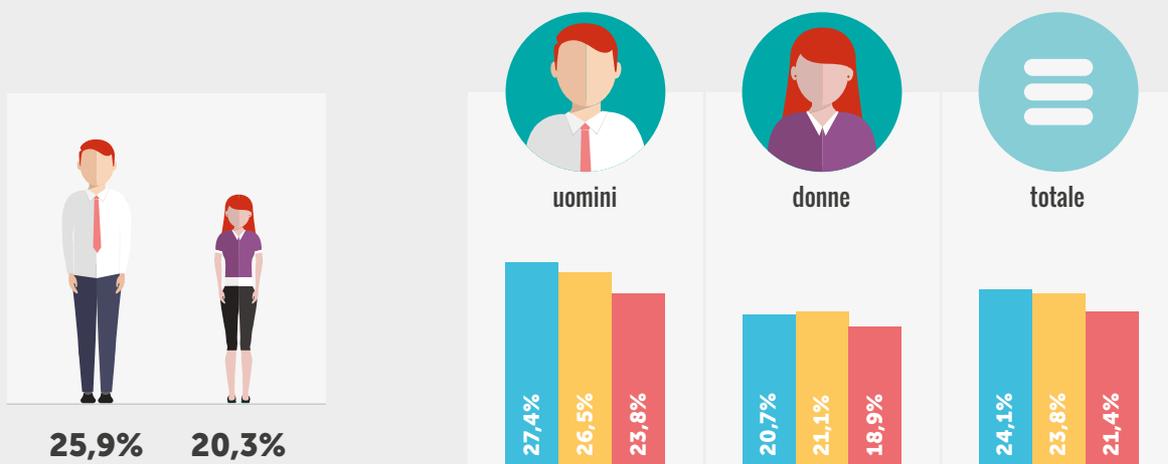


4.1.2 Fumatori per età

EX ULSS 15 EX ULSS 16 EX ULSS 17

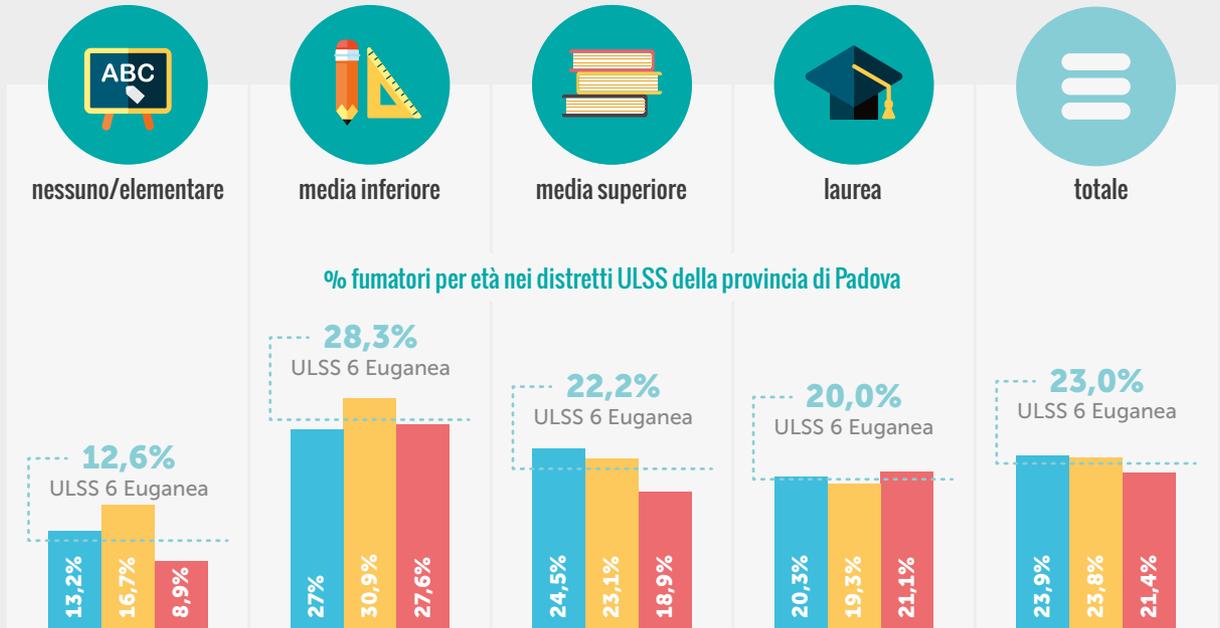


4.1.3 Fumatori per sesso

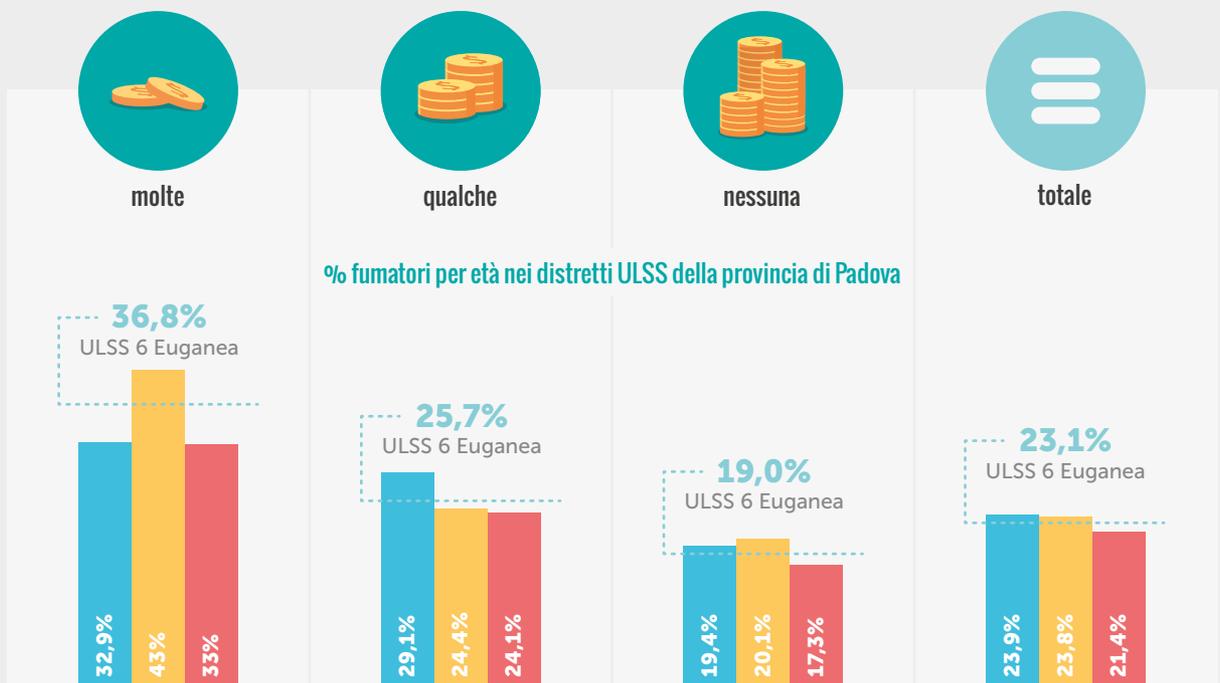


4.1.4 Fumatori per titolo di studio

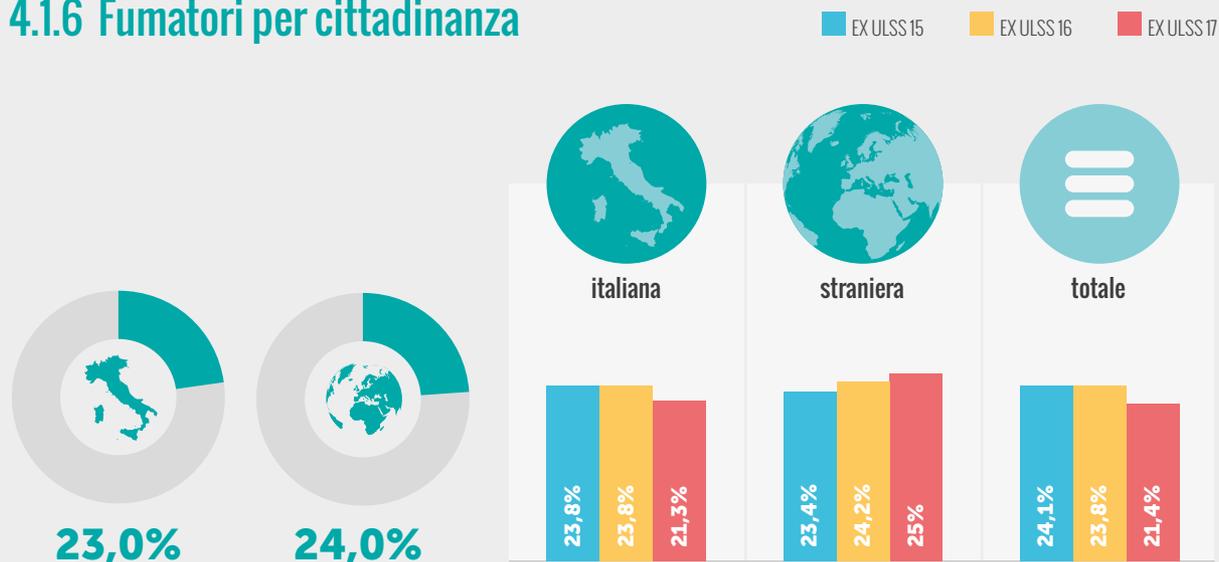
■ EX ULSS 15 ■ EX ULSS 16 ■ EX ULSS 17



4.1.5 Fumatori per difficoltà economica



4.1.6 Fumatori per cittadinanza



PROFILO TIPO DEL FUMATORE DELLA PROVINCIA DI PADOVA



Sesso
maschile

Età
18 - 24 anni



Titolo di studio
licenza di scuola media inferiore



Difficoltà economiche
molte



Cittadinanza
sia italiana che straniera

Nella provincia di Padova tra gli adulti dai 18 ai 69 anni circa il 23% dichiara di essere un fumatore che fuma una media di 10 sigarette al giorno.

Come si può notare dai grafici la percentuale di fumatori decresce con l'età: ciò testimonia l'utilità degli interventi di educazione sanitaria rivolti agli adolescenti e ai giovani adulti. Questo trend si mantiene nelle diverse ex-ULSS, anche se con una maggiore prevalenza di fumatori di età tra i 18 e i 24 anni nell'ex-ULSS 17 e tra i 25 e i 34 anni nell'ex-ULSS 15.

Tra gli adulti intervistati la percentuale di fumatori è più elevata nelle classi sociali con bassa scolarità. Questo trend si conferma anche a livello nazionale ed è motivato dal fatto che i programmi di prevenzione sul fumo hanno ottenuto risultati migliori in termini di disassuefazione e hanno permesso una modifica sullo stile di vita soprattutto nelle classi sociali con più elevata scolarità.

La percentuale di fumatori aumenta nelle classi sociali con maggiori difficoltà economiche: il 37% di coloro che dichiarano di avere difficoltà economiche fumano, rispetto al 19% registrato in chi invece dichiara di non averne.

4.2 ALCOL

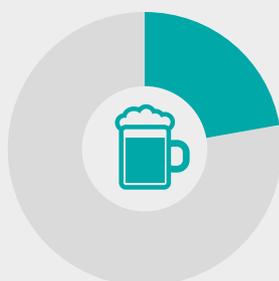
Secondo il Global Status Report on Alcohol and Health 2014 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, pubblicato nel maggio 2014, l'uso di alcol nel 2012 ha causato nel mondo 3,3 milioni di morti, ossia il 5,9% di tutti i decessi (7,6% uomini e il 4,0% donne) e il 5,1% degli anni di vita persi a causa di malattia, disabilità o morte prematura (Disability Adjusted Life Years, DALY)

L'abuso di alcol, molte volte associato anche al fumo, è uno dei più importanti fattori di rischio cardiovascolare ed è un fattore modificabile da precoci ed adeguati programmi di educazione sanitaria.

All'interno del progetto PASSI vengono considerati consumatori di alcol a rischio "i soggetti che consumano almeno 2 unità di bevanda alcolica al giorno per gli uomini e 1 per le donne, coloro che bevono prevalentemente fuori pasto ed i bevitori binge".

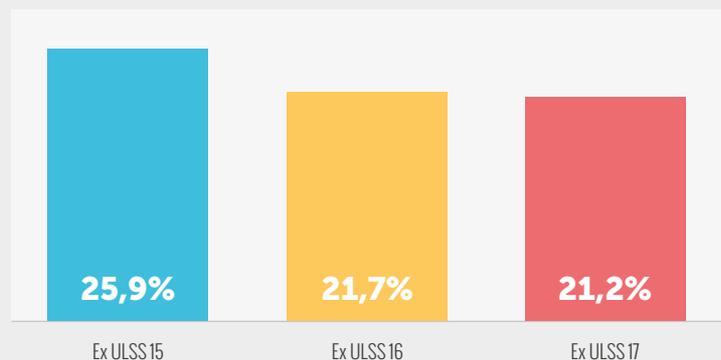
4.2.1 Consumo complessivo di alcol a maggior rischio

■ EX ULSS15 ■ EX ULSS16 ■ EX ULSS17



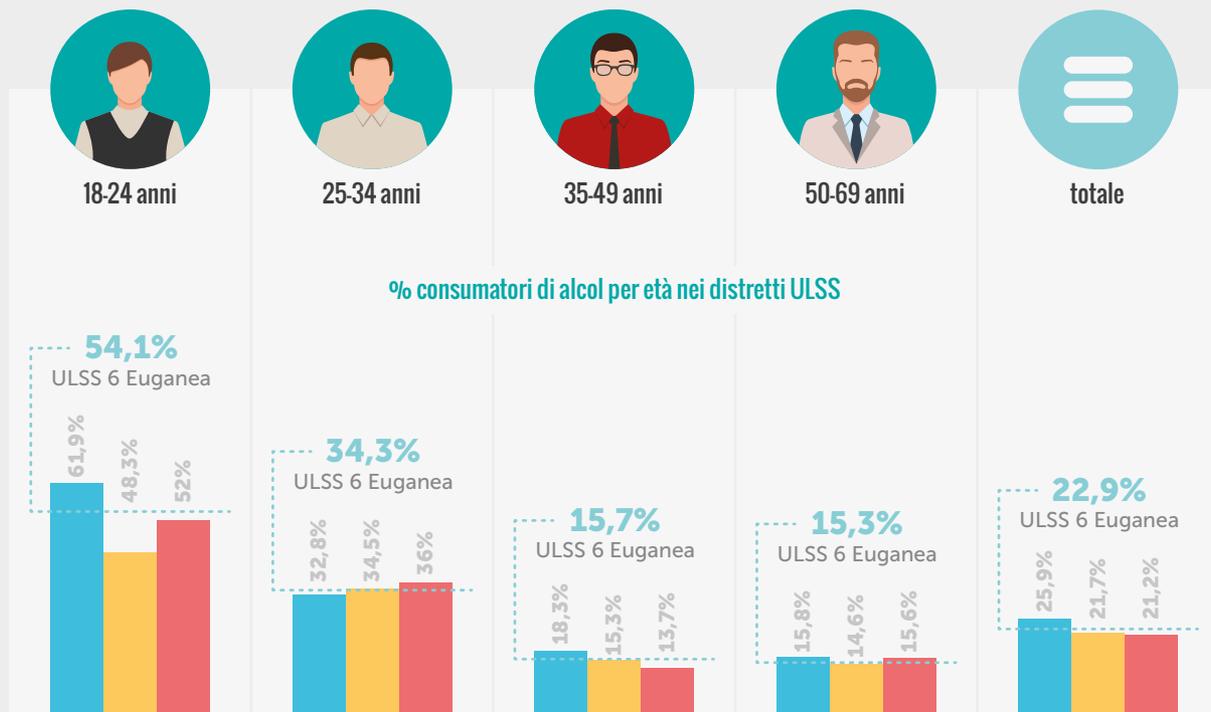
22,9%

totale consumatori
di alcol nella **provincia
di Padova**

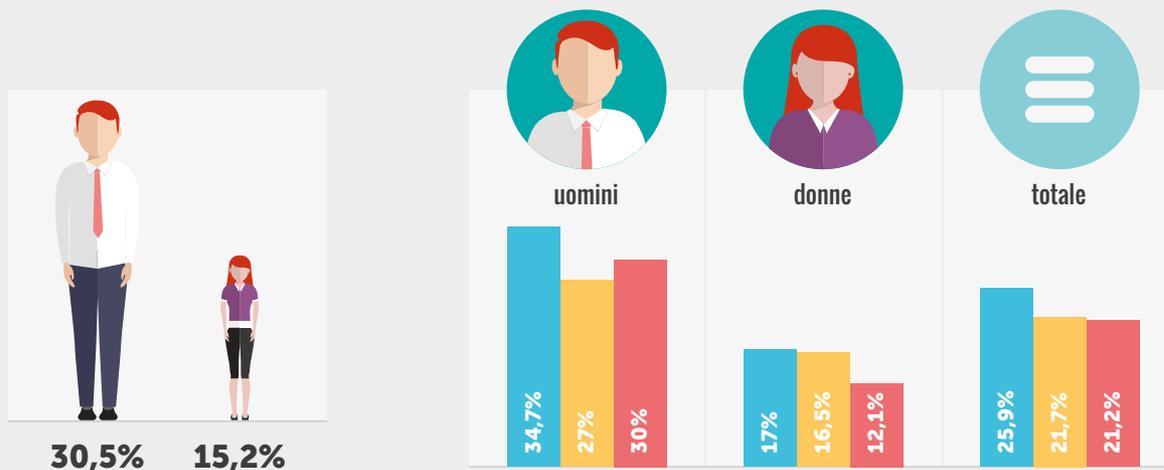


4.2.2 Consumo di alcol a maggior rischio per età

■ EX ULSS 15 ■ EX ULSS 16 ■ EX ULSS 17

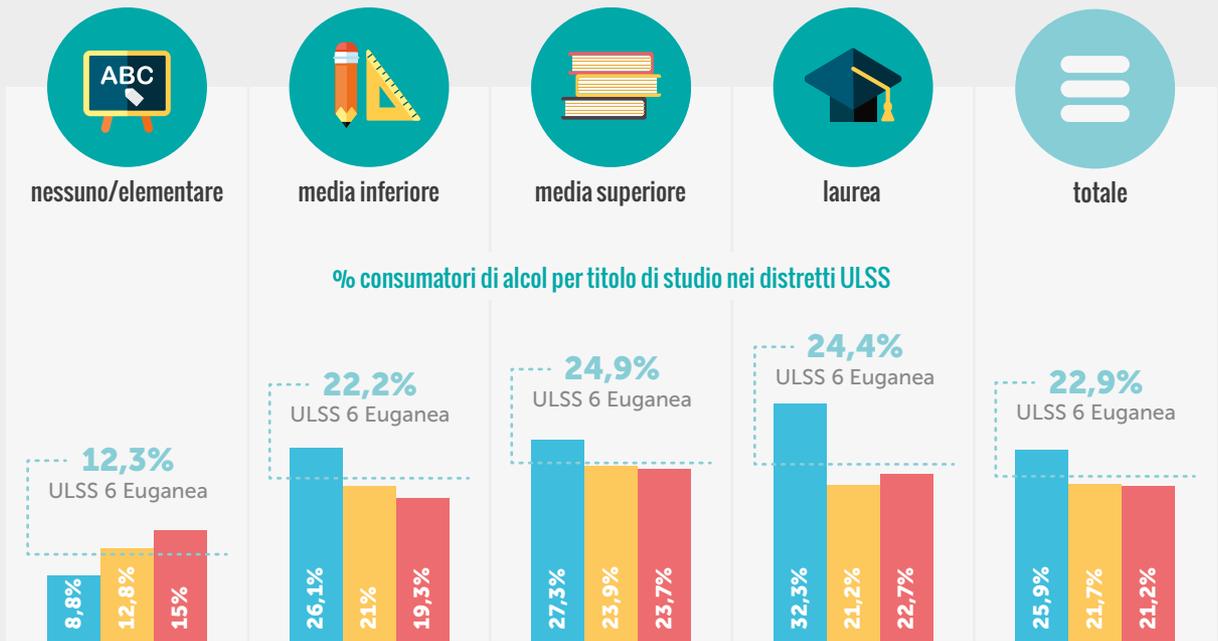


4.2.3 Consumo di alcol a maggior rischio per sesso

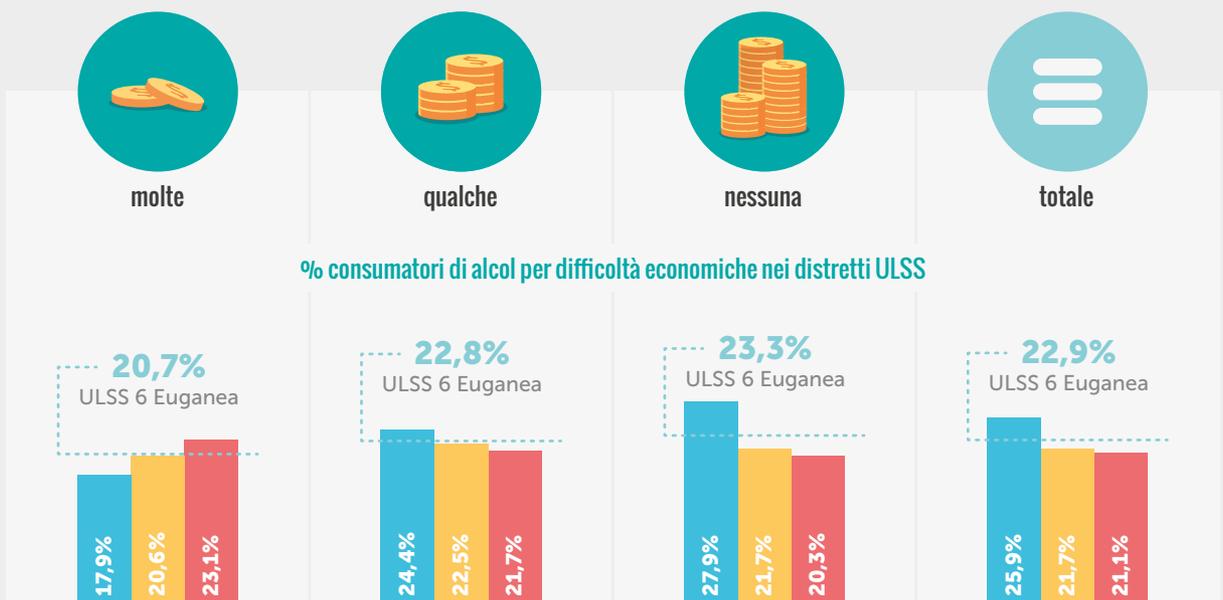


4.2.4 Consumo di alcol a maggior rischio per scolarità

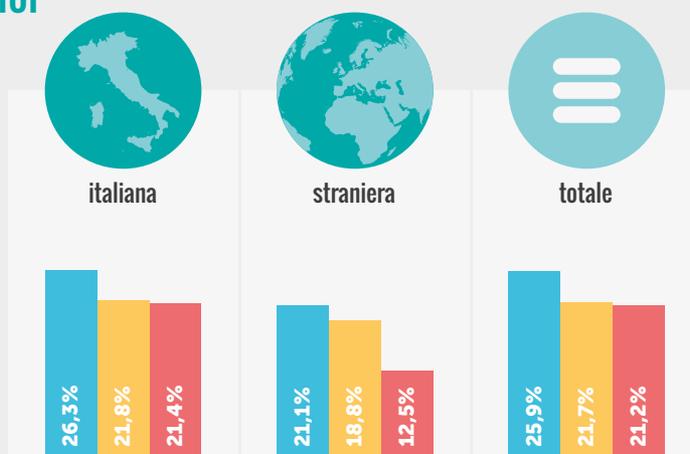
EX ULSS 15 EX ULSS 16 EX ULSS 17



4.2.5 Consumo di alcol a maggior rischio per difficoltà economiche



4.2.6 Consumo di alcol a maggior rischio per cittadinanza



PROFILO TIPO DEL CONSUMATORE DI ALCOL A MAGGIOR RISCHIO DELLA PROVINCIA DI PADOVA



Sesso
maschile

Età
18 - 24 anni



Titolo di studio
diplomato a o laureato



Difficoltà economiche
nessuna



Cittadinanza
italiana

Circa il 23% della popolazione della provincia di Padova viene identificata come consumatrice di alcol a rischio. I consumatori a rischio sono prevalentemente giovani.

Si nota inoltre una maggiore prevalenza di consumatori a rischio nella fascia di età 18-24 nell'ex-ULSS 15, (61,9%) rispetto a quanto rilevato per lo stesso campione nell'ex-ULSS 16 (48,3%) e ex-ULSS 17 (52,0%).

La prevalenza di consumo di alcol a maggior rischio è doppia tra gli uomini (30%) rispetto alle donne (15%) con una maggior incidenza complessiva rilevata nell'ex-ULSS 15 (+5% per gli uomini e +2% per le donne).

La percentuale di bevitori a rischio è leggermente maggiore tra le persone con un alto livello di istruzione: differenza che si nota maggiormente nel caso dell'ex-ULSS 15 dove il 32,3% dei laureati è un bevitore a rischio.

Il consumo di alcol è maggiore tra le persone che dichiarano di non avere difficoltà economiche, pari al 23%, rispetto a chi invece dichiara di averne molte, il 21%. Questa differenza risulta essere maggiormente evidente nel caso dell'ex-ULSS 15 dove il 28% di coloro che non hanno difficoltà economiche è un bevitore a rischio rispetto al 18% rilevato tra coloro con molte difficoltà.

Queste ultime due variabili, livello di istruzione e difficoltà economiche, hanno una distribuzione opposta rispetto al fumo. È possibile notare, infatti, come la problematica dell'alcol sia più concentrata nella fascia di popolazione più istruita e con minori difficoltà economiche al contrario del fumo che si rileva invece maggiormente presente nelle fasce meno istruite e con maggiori difficoltà economiche; tale differenza è motivata dal fatto che le campagne di sensibilizzazione al consumo responsabile di alcol sono in atto da un minor tempo rispetto a quelle relative al fumo e che le stesse, abbiano maggiore incidenza sulle fasce di popolazione maggiormente istruite.

4.3 IL CASO DEL CONSUMO BINGE

Con il termine “consumo di alcol binge” si intende l’assunzione di più tipologie di bevande alcoliche in un intervallo di tempo relativamente breve, in genere di poche ore. L’obiettivo di tale pratica, indipendentemente dalla tipologia di bevanda assunta, ha come unico scopo quello di ottenere l’ubriacatura immediata e la conseguente perdita del controllo.

I bevitori binge, nel progetto PASSI, vengono definiti come “i soggetti che nell’ultimo mese hanno consumato almeno una volta in una sola occasione 5 o più unità alcoliche per gli uomini e 4 o più per le donne.”

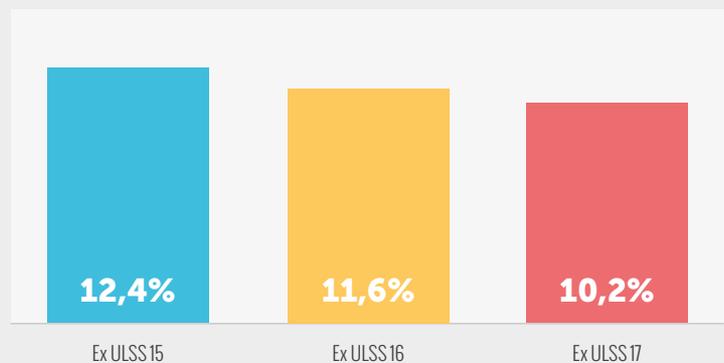
4.3.1 Consumo binge di alcol



11,4%

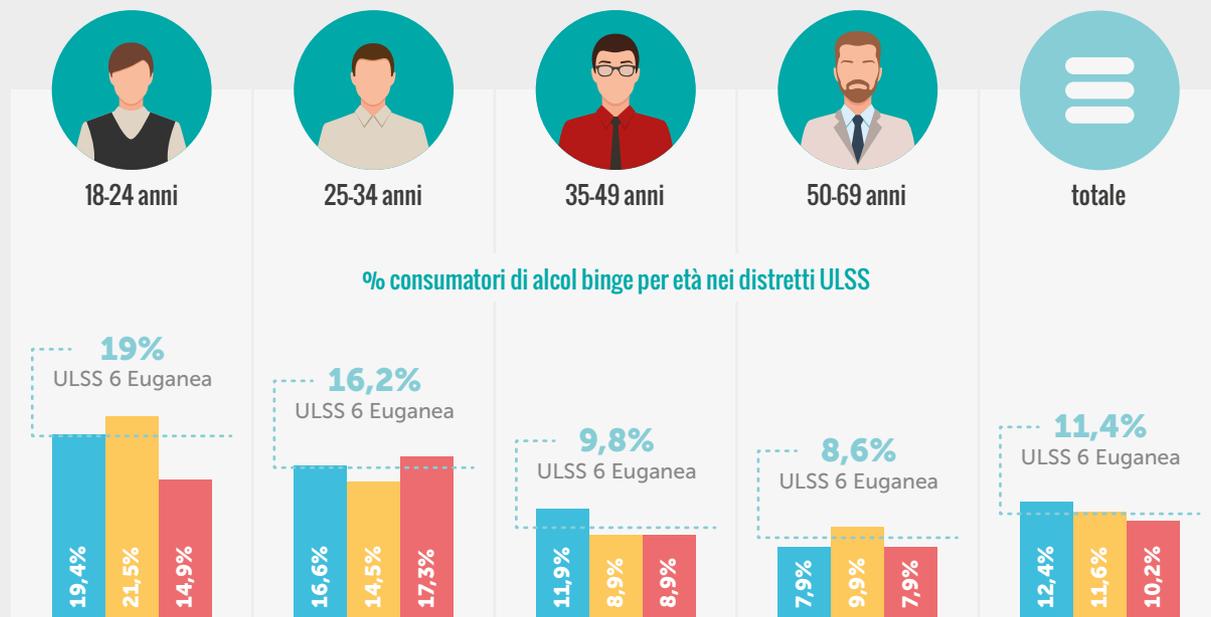
totale consumatori
di alcol binge nella
provincia di Padova

■ EX ULSS 15 ■ EX ULSS 16 ■ EX ULSS 17

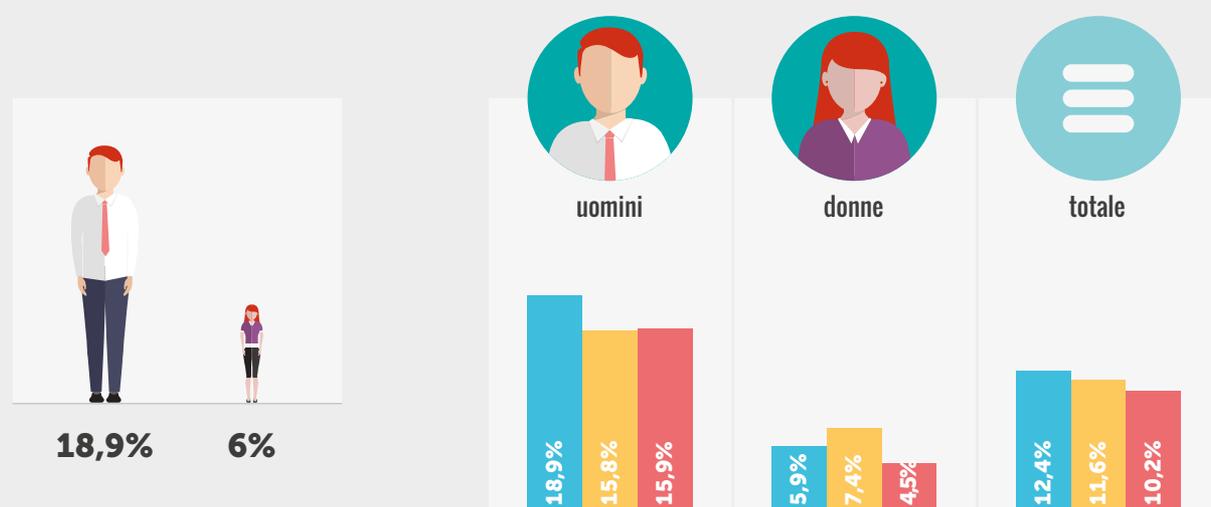


4.3.2 Consumo binge di alcol per età

EX ULSS 15 EX ULSS 16 EX ULSS 17

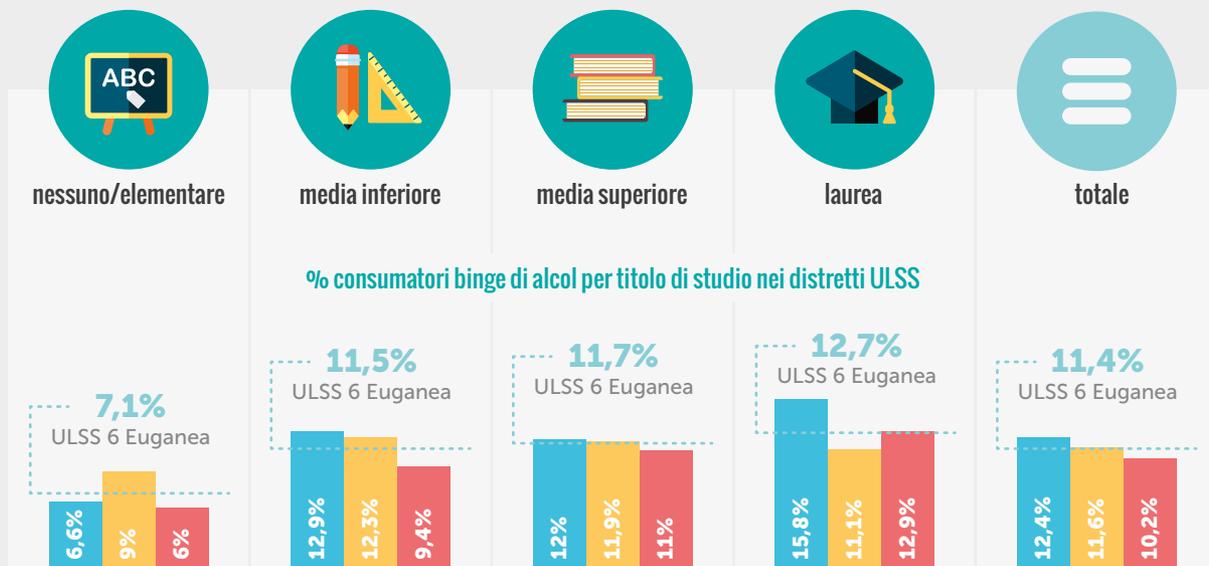


4.3.3 Consumo binge di alcol per sesso

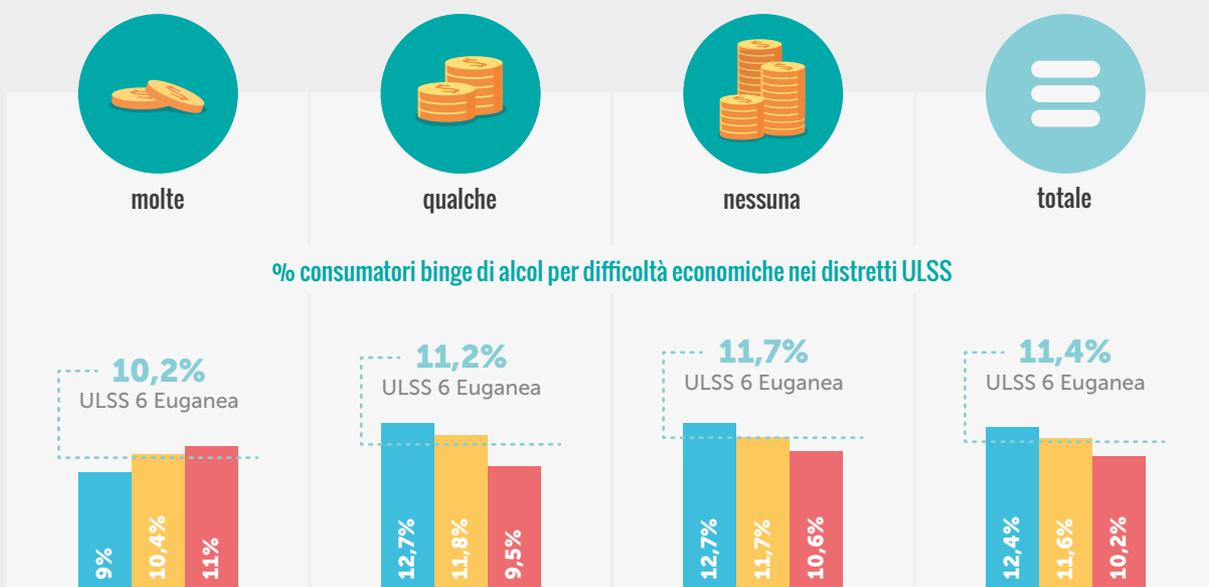


4.3.4 Consumo binge di alcol per scolarità

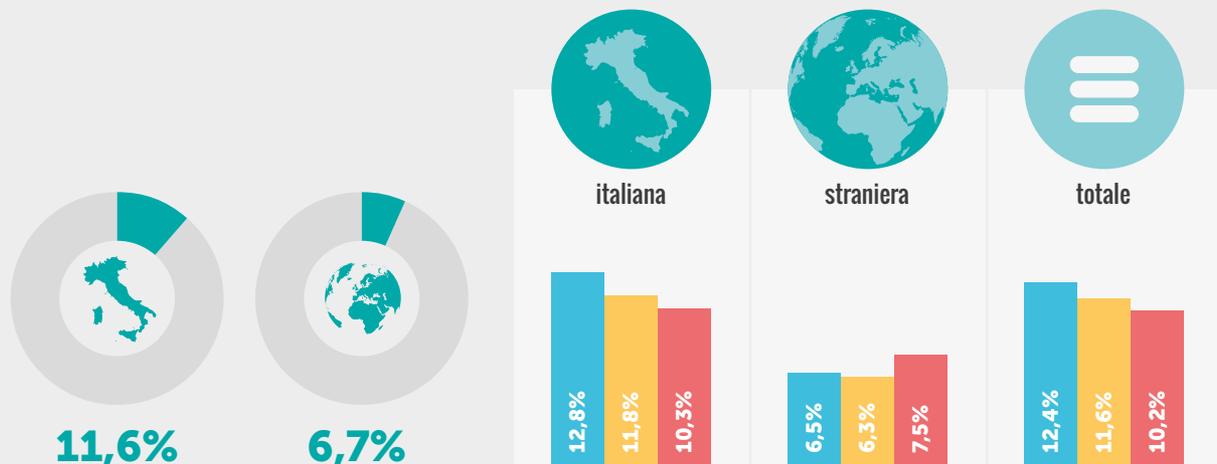
EX ULSS 15 EX ULSS 16 EX ULSS 17



4.3.5 Consumo binge di alcol per difficoltà economiche



4.3.6 Consumo binge di alcol per cittadinanza



PROFILO TIPO DEL CONSUMATORE DI ALCOL IN MODALITÀ BINGE DELLA PROVINCIA DI PADOVA



Sesso

maschile

Età

18 - 24 anni



Titolo di studio

diplomato a o laureato



Difficoltà economiche

nessuna



Cittadinanza

italiana

L'11,4% dei soggetti intervistati nel progetto PASSI che dichiara di essere un consumatore di alcol è un bevitore binge.

Questa modalità di consumo di alcol considerata a rischio risulta essere molto frequente tra i giovani: il 19% di coloro che hanno tra i 18 e i 24 anni è un bevitore binge, così come il 16,2% di coloro che hanno tra i 25 e i 34 anni, con un picco del 21,5% rilevato nell'ex-ULSS 16 nella classe di età 18-24 anni.

Questa modalità di consumo di alcol, piuttosto frequente nei ragazzi e dei giovani adulti, è frequentemente sintomo di insorgenza di condizioni di dipendenza da alcol, spesso associata anche all'assunzione di sostanze psicoattive e frequentemente causa di incidenti stradali.

I bevitori binge, oltre a essere soggetti giovani, sono soprattutto di genere maschile: circa il 19% degli uomini contro il 6% donne.

La prevalenza di bevitori binge è poi maggiore tra le persone con un alto livello d'istruzione: il 13% dei laureati rispetto al 7% di chi ha un titolo di studio di scuola elementare, con un picco del 16% tra i laureati dell'ex-ULSS 15.

Il ricorso al consumo binge è inoltre maggiormente frequente tra gli intervistati che dichiarano di non avere nessuna difficoltà economica (12%) rispetto a chi dichiara di averne molte (10%).

Allo stesso modo questa modalità di assunzione delle bevande alcoliche è maggiormente frequente tra gli italiani (11,6%) rispetto che tra gli stranieri (6,7%).

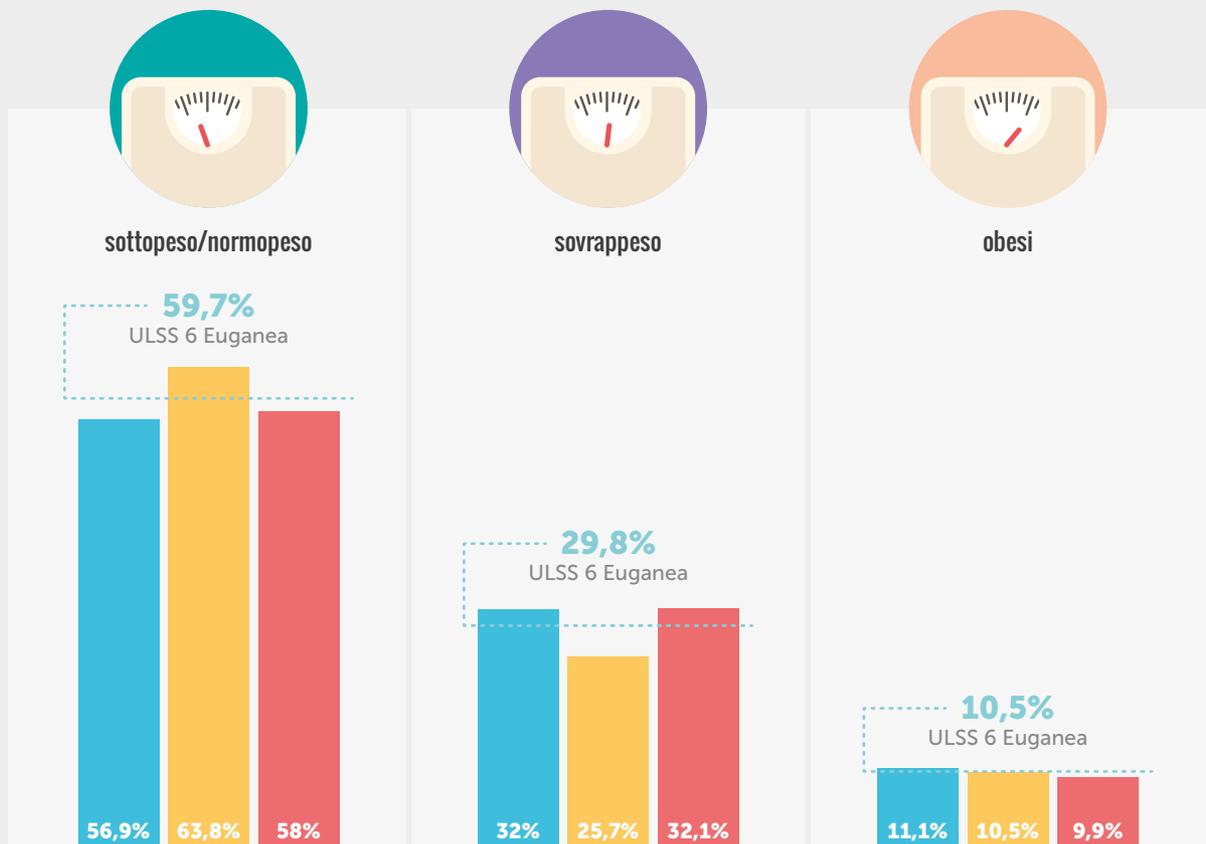
4.4 OBESITÀ E SOVRAPPESO

L'adozione di una alimentazione corretta e bilanciata molto spesso rappresenta uno dei modi più efficaci per migliorare la propria condizione psicofisica e in generale il proprio benessere. Fenomeni come la sovralimentazione o il consumo abituale di "cibo spazzatura" sono diventati negli ultimi decenni uno dei principali fattori di rischio per la salute delle popolazioni nelle società occidentali, traducendosi in una delle principali cause dell'aumento della mortalità e assumendo, come nel caso statunitense, la configurazione di vera e propria emergenza sociale.

All'interno del progetto PASSI, così come all'interno dei parametri medici standard, viene definito sovrappeso "un individuo con un indice di massa corporea compreso tra 25,0 e 29,9 kg/m²" e "obeso" un individuo con un indice di massa corporea maggiore o uguale a 30,0 kg/m², calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza".

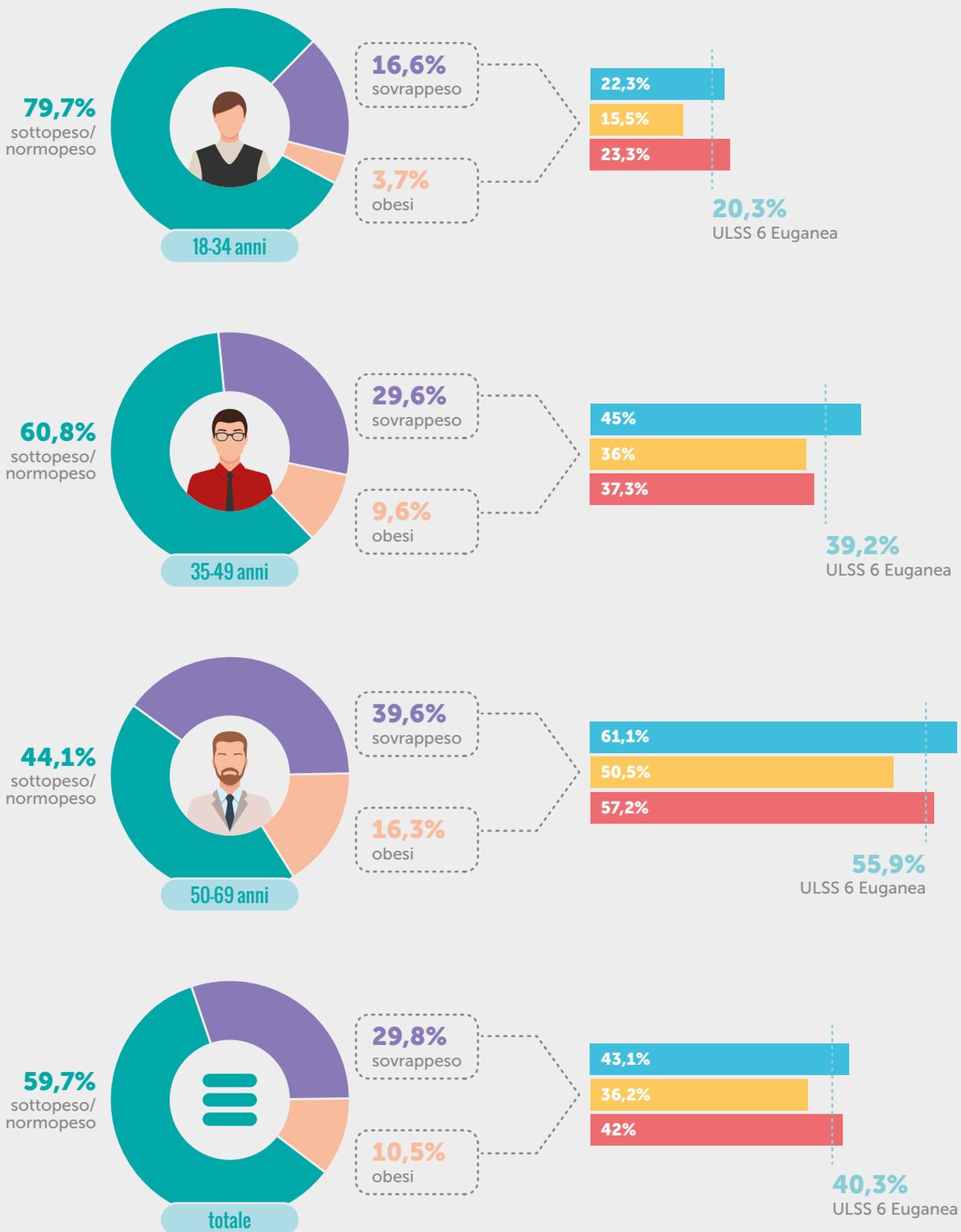
4.4.1 Obesi e Sovrappeso

■ EX ULSS15 ■ EX ULSS16 ■ EX ULSS17



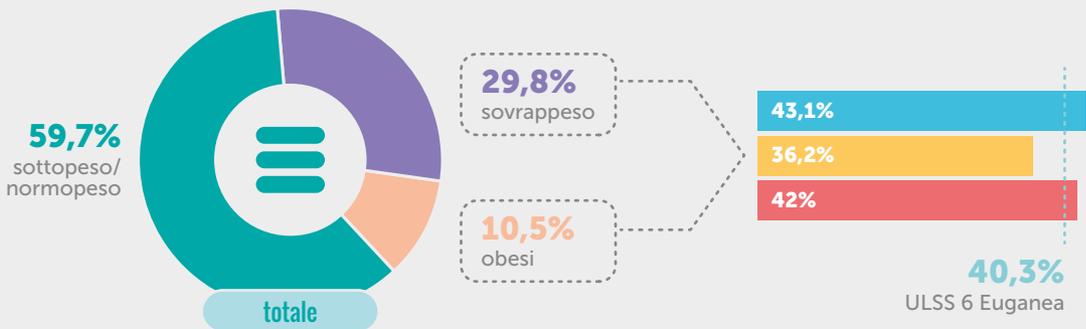
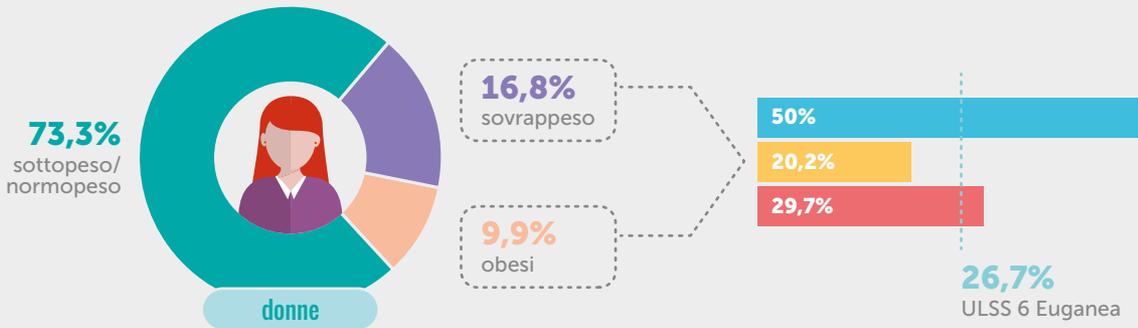
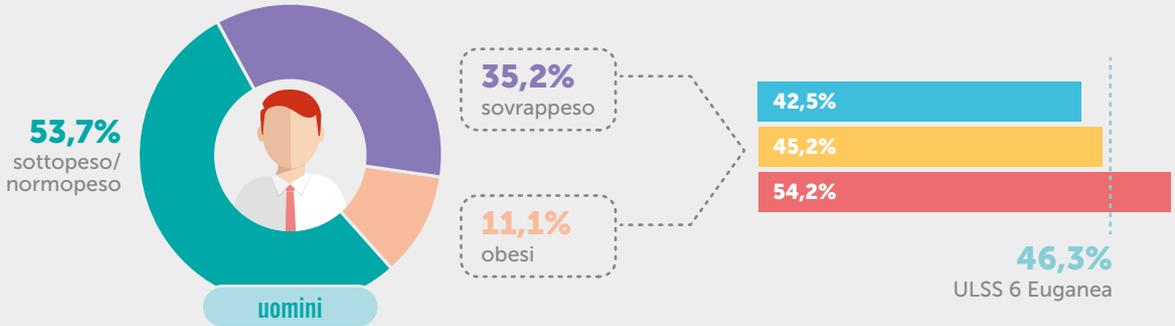
4.4.2 Obesi e Sovrappeso per età

EX ULSS 15 EX ULSS 16 EX ULSS 17



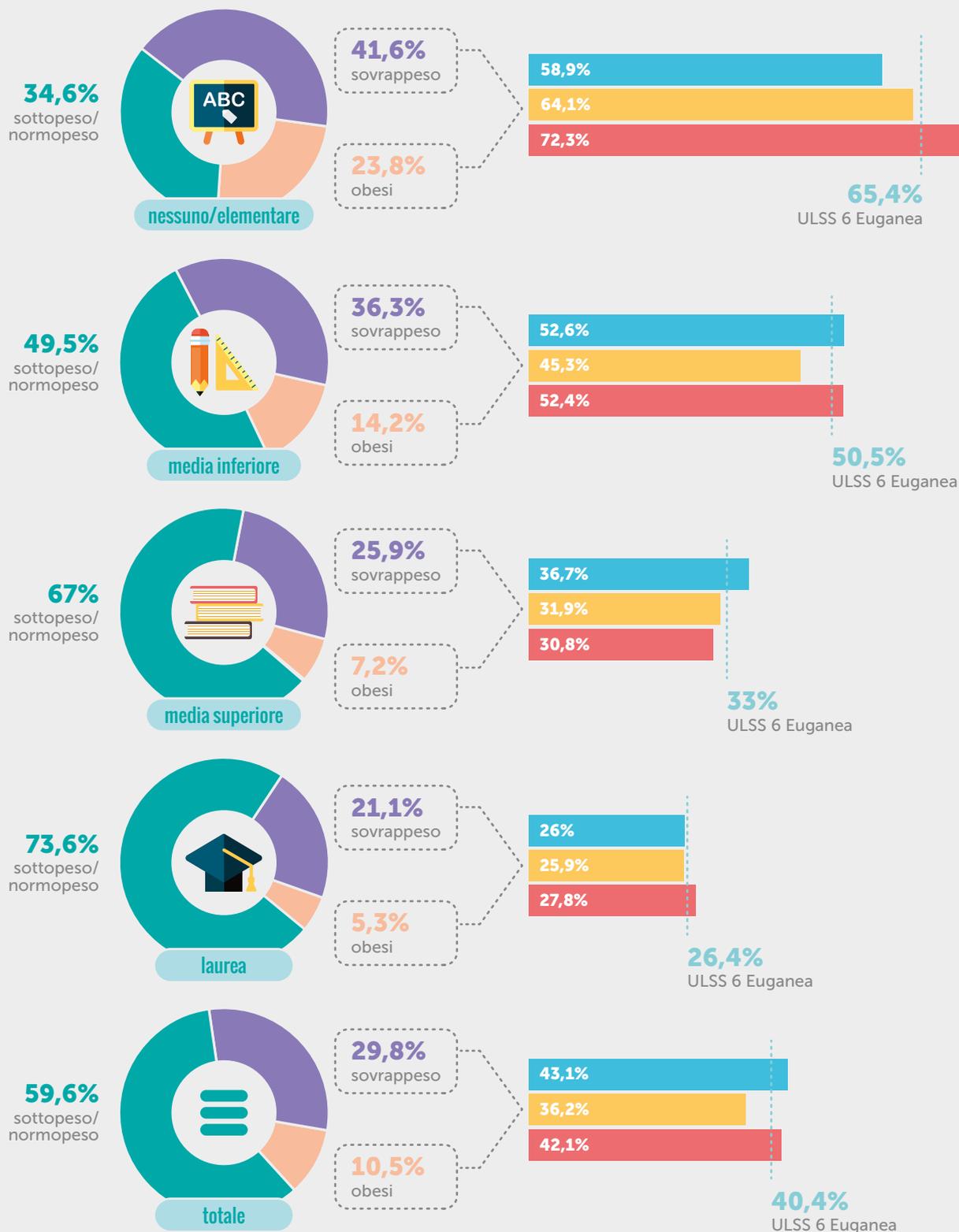
4.4.3 Obesi e Sovrappeso per sesso

■ EX ULSS 15 ■ EX ULSS 16 ■ EX ULSS 17



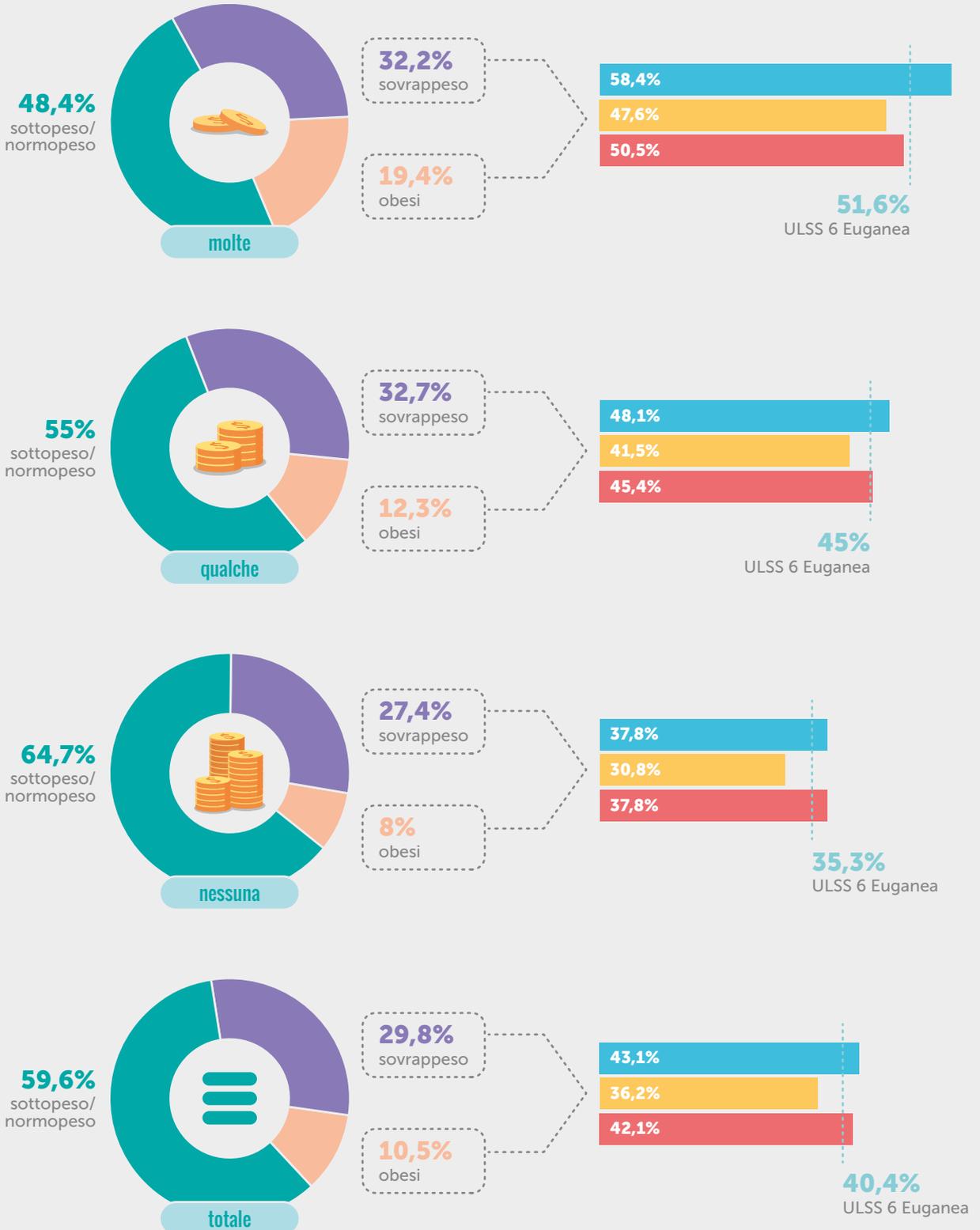
4.4.4 Obesi e Sovrappeso per titolo di studio

■ EX ULSS 15 ■ EX ULSS 16 ■ EX ULSS 17



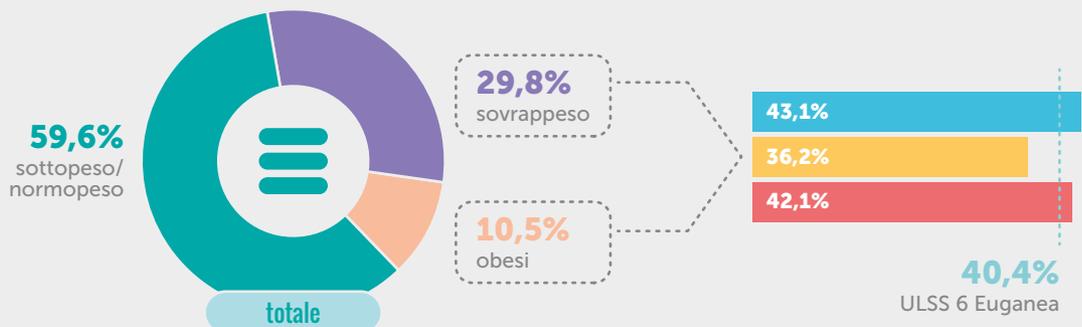
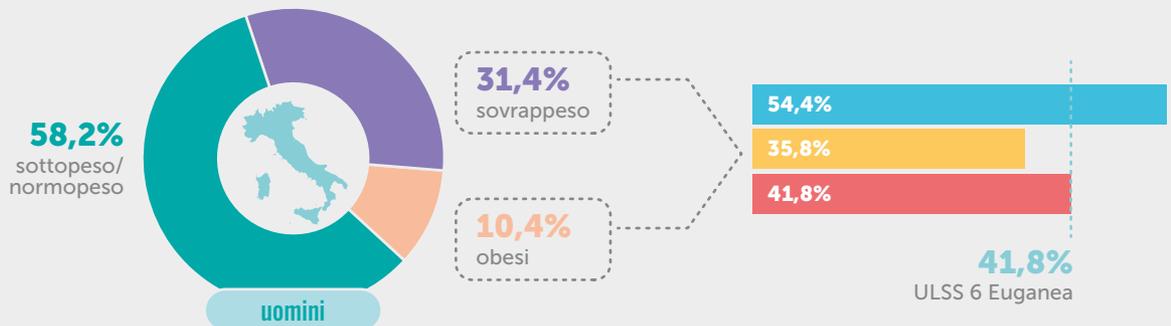
4.4.5 Obesi e Sovrappeso per difficoltà economiche

■ EX ULSS 15 ■ EX ULSS 16 ■ EX ULSS 17



4.4.6 Obesi e Sovrappeso per cittadinanza

■ EX ULSS 15 ■ EX ULSS 16 ■ EX ULSS 17



PROFILO TIPO DEL SOGGETTO SOVRAPPESO/OBESO DELLA PROVINCIA DI PADOVA



Sesso
maschile

Età
50 – 69 anni



Titolo di studio
nessuno o licenza
elementare



Difficoltà economiche
molte



Cittadinanza
italiana

Dai dati ottenuti di peso ed altezza riferiti durante le interviste PASSI è risultato che nella Provincia di Padova circa il 30% della popolazione è in sovrappeso (BMI>25) e il 10% è obeso (BMI>30) con una distribuzione simile nelle tre diverse ex-ULSS.

La percentuale di persone in sovrappeso e obese aumenta all'aumentare dell'età, passando da un 20% nella classe 18-34 anni ad un 56% nella classe 50-69 anni.

Differenze sostanziali si registrano nella stratificazione per genere: la percentuale di uomini in sovrappeso è doppia rispetto a quelle delle donne (rispettivamente 35% e 17%) mentre per la percentuale di obesi entrambi si attestano al 10%.

Per quanto riguarda le specificità per singola azienda, la percentuale delle donne in sovrappeso ed obese varia dal 50% nell'ex-ULSS 15, il 30% nella ex-ULSS 17 e il 20% nella ex-ULSS 16. La distribuzione per gli uomini invece è abbastanza sovrapponibile per le tre ex-aziende variando da circa il 45% a circa il 54%.

La percentuale di soggetti sovrappeso e obesi diminuisce all'aumento dei livelli di scolarità: il 66% di coloro che non posseggono alcun titolo o la sola licenza elementare è obeso o sovrappeso, con un picco del 72% nella ex-ULSS 17.

La percentuale di obesi e sovrappeso aumenta parallelamente con le difficoltà economiche in quanto esse possono influenzare gli stili di vita intesi come corretta alimentazione ed attività fisica: più del doppio di chi dichiara di avere molte difficoltà economiche è obeso rispetto a chi dichiara di non averne (rispettivamente 19% e 8%). Simile correlazione si rileva nei soggetti sovrappeso anche se meno pronunciata.

4.5 SEDENTARIETÀ

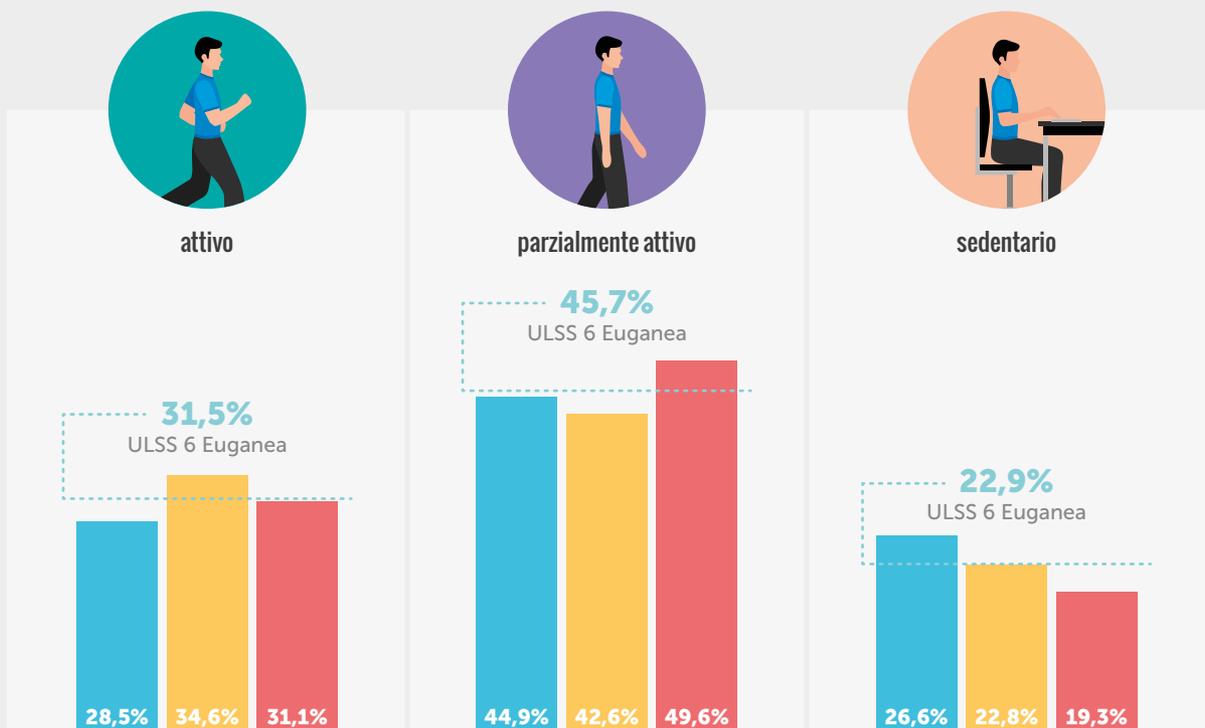
La mancanza di moto e di esercizio fisico è uno degli aspetti che maggiormente caratterizzano la quotidianità degli individui che vivono nei paesi sviluppati. Il miglioramento delle condizioni di vita ha comportato come principale effetto collaterale il vertiginoso aumento del tempo che una persona trascorre seduta a leggere, al computer o a guardare la televisione a discapito dell'attività fisica, sempre più marginale. Questo, come visto nel paragrafo precedente, porta ad un aumento di persone in sovrappeso ed obese.

Per ridurre diversi fattori di rischio, come il sovrappeso/obesità, l'ipertensione, e l'ipercolesterolemia sono opportune campagne di educazione sanitaria in tutte le fasce d'età per promuovere l'attività fisica.

Nel progetto PASSI viene definito soggetto attivo rispetto ad uno sedentario "colui che svolge un lavoro pesante oppure svolge una media 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni o attività fisica intensa per più di 20 minuti al giorno e almeno 3 giorni alla settimana".

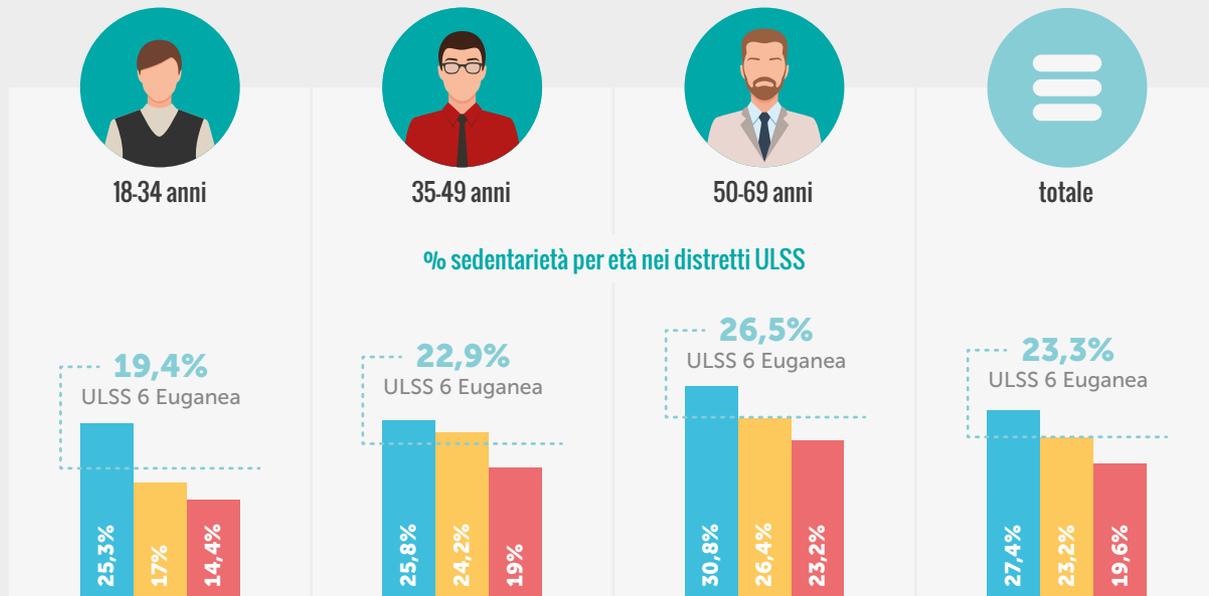
4.5.1 Complessivo sedentarietà

■ EX ULSS 15 ■ EX ULSS 16 ■ EX ULSS 17

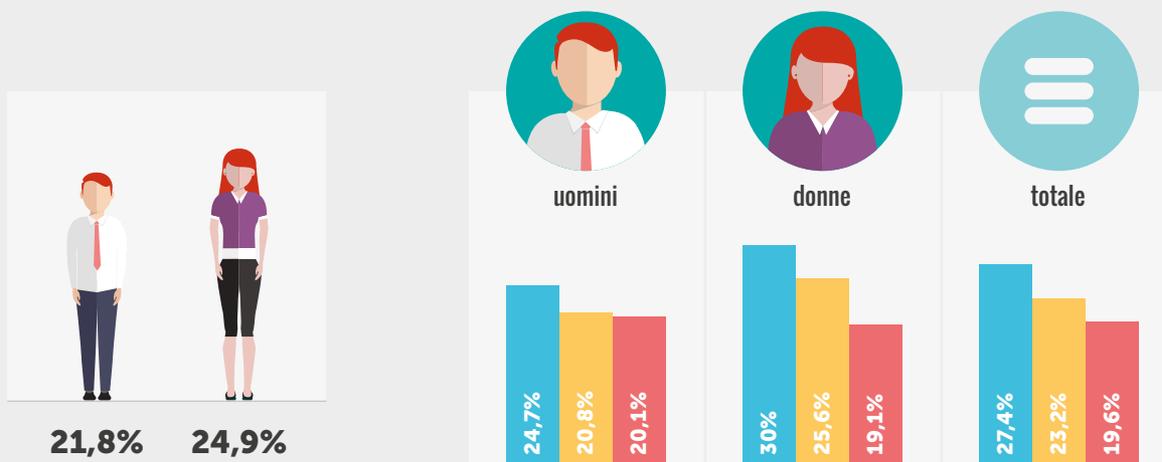


4.5.2 Sedentarietà per età

EX ULSS 15 EX ULSS 16 EX ULSS 17

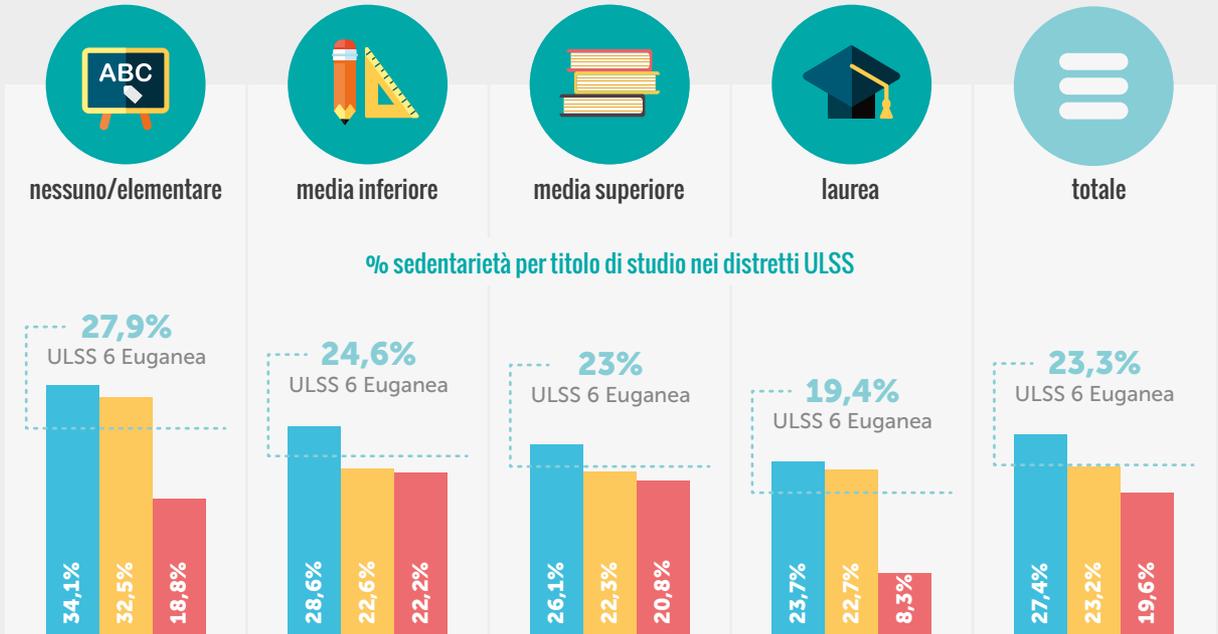


4.5.3 Sedentarietà per sesso

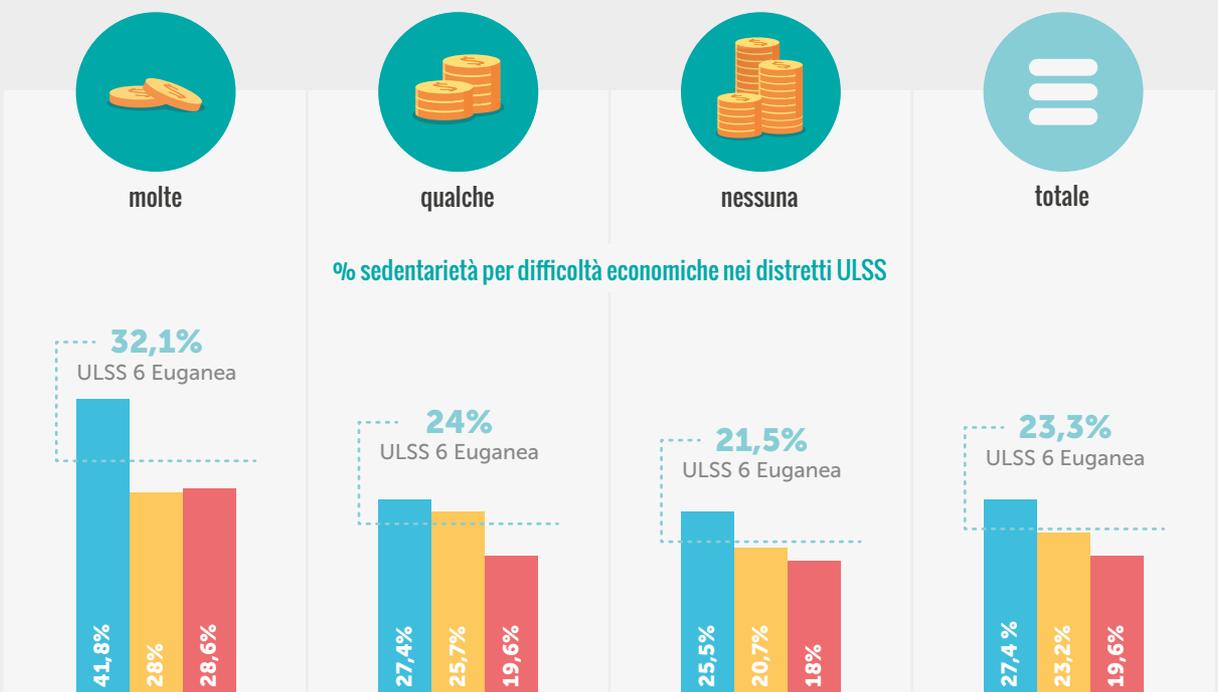


4.5.4 Sedentarietà per scolarità

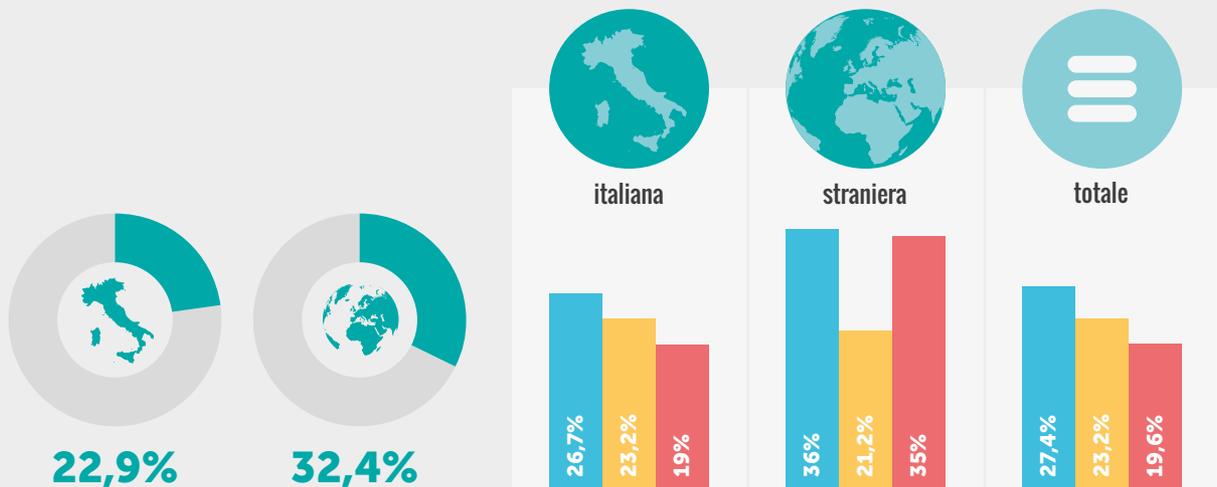
EX ULSS 15 EX ULSS 16 EX ULSS 17



4.5.4 Sedentarietà per difficoltà economiche



4.5.5 Sedentarietà per cittadinanza



PROFILO TIPO DEL SOGGETTO SEDENTARIO DELLA PROVINCIA DI PADOVA



Sesso
femminile

Età
50 - 69 anni



Titolo di studio
nessuno o licenza elementare



Difficoltà economiche
molte



Cittadinanza
straniera

Dai dati ottenuti dalla interviste PASSI, il 31% degli intervistati ha dichiarato di svolgere attività fisica, il 46% la svolge parzialmente invece il 23% è sedentario; la percentuale di sedentari è più elevata nell' ex-ULSS 15 (27%) rispetto all'ex-ULSS 17 (19%).

La percentuale di sedentari, come la percentuale di persone in sovrappeso e obese, aumenta all'aumentare dell'età.

Si registra inoltre un maggiore livello di sedentarietà delle donne (30%) rispetto agli uomini (24,7%), con una distribuzione simile in tutte e tre le ex-ULSS.

La percentuale di persone sedentarie tende a diminuire con l'aumentare della scolarità: si passa dal 28% con titolo di studio elementare al 19% di laureati, progressione più evidente nella popolazione dell'ex-ULSS 17 (dal 19% all'8%). Questa distribuzione è spesso legata all'effetto dei programmi di educazione sanitaria che vengono percepiti più precocemente nelle classi sociali con più elevata scolarità.

La percentuale di sedentari è maggiore nei soggetti che dichiarano di avere molte difficoltà economiche, pari al 32%, contro il 21% che dichiara di non averne, dato che probabilmente influenza anche la percentuale di sedentari sulla popolazione straniera (32%) contro il 23% della popolazione italiana.

4.6 FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARI

Le malattie cardiovascolari rappresentano ad oggi, a livello mondiale, ed in modo particolare nei paesi occidentali, la principale causa di morte per la popolazione. Oltre ai difetti congeniti e alla predisposizione individuale, lo sviluppo di tali patologie è sicuramente legato alla presenza dei fattori di rischio precedentemente analizzati come l'abuso di fumo, alcol, dalla sedentarietà e da una dieta poco attenta a soddisfare i reali bisogni dell'organismo.

La prevenzione di comportamenti errati rappresenta quindi il principale strumento per ridurre il carico delle malattie cronico-degenerative tra la popolazione. L'attività di prevenzione delle malattie attraverso un approccio integrato, individuale e di popolazione, da una parte determina una riduzione del rischio e dall'altra garantisce migliori condizioni di salute nella popolazione, aumentando così la sostenibilità del sistema "Salute" per le generazioni future.

4.6.1 Presenza di almeno un fattore di rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari, oltre a rappresentare la prima causa di morte nei paesi sviluppati, sono anche una delle principali cause di disabilità e dei costi sostenuti dal sistema sanitario. Questa classe di patologie ha una genesi multifattoriale: fumo di tabacco, sovrappeso e obesità, sedentarietà, diabete, ipertensione ed ipercolesterolemia; riducendo l'esposizione ai fattori di rischio con adeguate strategie di prevenzione si riduce l'incidenza delle malattie cardiovascolari.

Dai dati ottenuti dalle interviste del progetto PASSI si evidenzia come circa il 97% della popolazione dell'ULSS 6 Euganea ha almeno un fattore di rischio cardiovascolare.

Circa il 20% delle persone nella provincia di Padova è iperteso, con una distribuzione sostanzialmente simile nelle tre ex-ULSS.

Secondo i dati riportati dal PASSI circa il 20% delle persone nella provincia di Padova è iperteso, mentre circa il 3% è diabetico. Alla luce del principio di campionatura del progetto PASSI, che si basa su dati raccolti tramite interviste telefoniche, all'interno del progetto stesso il diabete risulta essere un fenomeno sostanzialmente sottostimato rispetto alla sua portata reale: all'interno del territorio dell'ULSS 6 Euganea si registra ad oggi la presenza circa 51.000 soggetti affetti da diabete, con un indice di prevalenza di circa il 5% sulla popolazione complessiva.

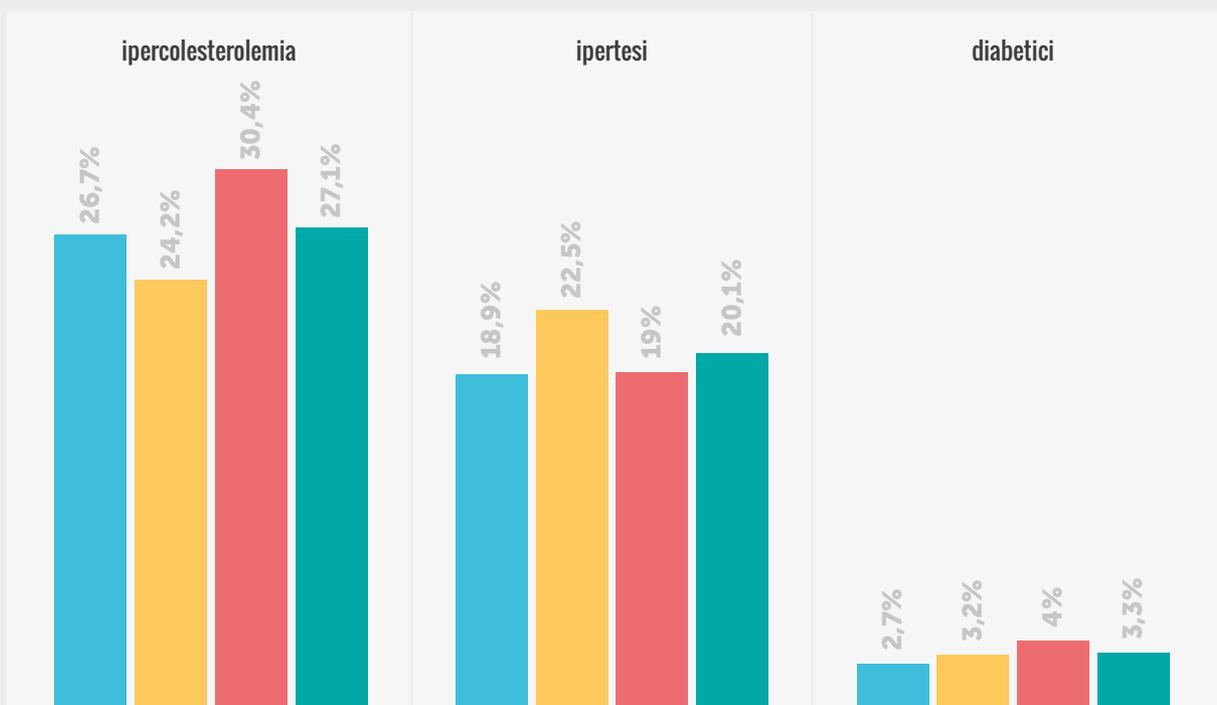
Il rapporto 2015 dell'Osservatorio "ARNO Diabete" che si basa su tre fonti dati (farmaceutica territoriale, schede di dimissione ospedaliera e archivio di dimissione per patologia) ha messo in evidenza una prevalenza per l'Italia del 6,2% nell'anno 2015. Il dato per la Regione Veneto, riferito all'anno 2012, si attesta ad una prevalenza del 5,6% con la precisazione che accanto ai casi noti ci sono i casi di diabete misconosciuto che, secondo stime recenti, corrispondono al 20-30% del totale (Osservatorio ARNO Diabete – Rapporto 2015).

Infine il 27% della popolazione registra elevati livelli di colesterolo, con una percentuale maggiore di soggetti con ipercolesterolemia nell'ex-ULSS 17 rispetto sia alla media regionale (30,4%) che ai dati rilevati nelle altre due ex-ULSS, che si attestano invece su valori inferiori alla media regionale.

Per ridurre la percentuale di soggetti ipertesi e con problemi metabolici è quindi importante mettere in atto interventi di educazione sanitaria sulla popolazione per favorire dei corretti stili di vita.

Presenza di almeno un fattore di rischio

■ EX ULSS 15 ■ EX ULSS 16 ■ EX ULSS 17 ■ ULSS 6



4.7 FATTORI DI RISCHIO NELL'ETÀ ADOLESCENZIALE

L'età compresa tra i 12 ed i 19 anni è il periodo di maggior cambiamento fisico, psichico ed emotivo all'interno del percorso di vita di ciascun individuo. Proprio per questo, esso rappresenta anche il momento migliore in cui mettere in atto strategie di intervento per favorire lo sviluppo di modelli comportamentali e stili di vita positivi: di conseguenza risulta essere particolarmente significativo un focus sull'incidenza dei fattori di rischio individuali registrati per questa particolare fascia d'età.

La sorveglianza HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare) sullo stato di salute e sugli stili di vita dei ragazzi in età scolare è uno studio transnazionale condotto da una rete di ricercatori in collaborazione con l'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS. Questa indagine viene ripetuta ogni 4 anni e nel 2002 è stata realizzata per la prima volta in Italia. Ha come obiettivo primario quello di studiare i comportamenti legati alla salute, agli stili di vita, e la percezione della salute in preadolescenti ed adolescenti ed indagare i fattori che li possono influenzare, identificando una serie di indicatori che possono costituire uno dei criteri sui quali strutturare politiche sociali, sanitarie ed interventi di educazione sanitaria mirati a favore degli adolescenti. Alla base di questo progetto c'è una sinergia tra Scuola e Sanità; sono stati realizzati incontri di formazione a livello provinciale per gli insegnanti referenti delle scuole campionate al fine di illustrare obiettivi e modalità di conduzione dell'indagine. Il questionario somministrato ai ragazzi comprende 6 sezioni riguardanti:

- dati anagrafici;
- classe sociale (occupazione e livello di istruzione dei genitori),
- indicatori di benessere percepito (stato di salute e benessere);
- autostima (valutazione del proprio aspetto fisico e grado di accettazione di sé);
- rete di sostegno socio-affettivo (rapporto con genitori, coetanei, insegnanti);
- comportamenti correlati alla salute (attività fisica, abitudini alimentari, alcol e fumo...).

Questi ultimi indicatori verranno di seguito valutati in dettaglio in linea con l'analisi sviluppata nei paragrafi precedenti sull'intera popolazione.

4.7.1 Fumatori abituali

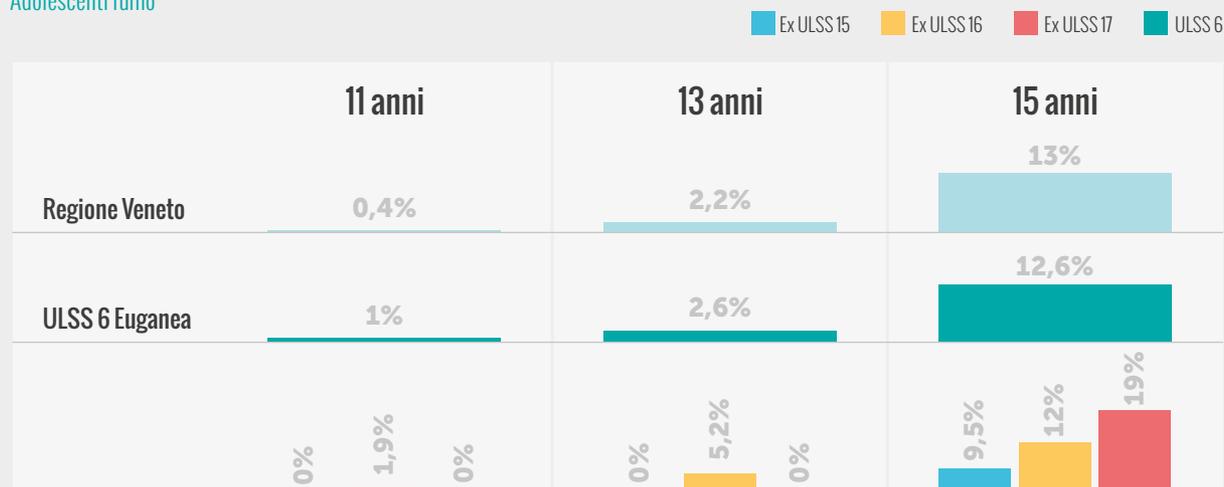
L'abitudine al fumo, nonostante siano ben note le conseguenze sulla salute sia a breve che a lungo termine, si instaura per lo più durante l'adolescenza; la valutazione del fenomeno è quindi indispensabile per attuare interventi di educazione alla salute mirati per prevenire l'inizio e la cronicizzazione di questa abitudine.

Partendo da queste considerazioni e dal fatto che l'uso di tabacco è il più importante fattore di rischio prevedibile e, allo stesso tempo, una delle principali cause di morte nel mondo, è possibile percepire l'importanza centrale delle campagne di prevenzione in questo ambito. Il luogo privilegiato dove mettere in atto strategie di carattere preventivo è senza dubbio la scuola, luogo dove è possibile individuare i bisogni, valutare i comportamenti a rischio ed organizzare costanti interventi di educazione alla salute soprattutto negli ultimi anni delle elementari e delle medie inferiori.

Prendendo in considerazione i ragazzi che fumano quotidianamente, notiamo come gli adolescenti dell'ex-ULSS 16 iniziano a fumare verso gli 11 anni rispetto ai 12-13 anni rilevati altre due ex-ULSS.

Inoltre circa il 13% dei 15enni della provincia di Padova fuma, dato che riporta il medesimo andamento delle percentuali regionali. Si registra inoltre una particolare incidenza di fumatori 15enni nell'ex-ULSS 17 (19%) rispetto a quanto rilevato per l'ex-ULSS 15 (9,5%) e l'ex-ULSS 16 (12%).

Adolescenti fumo



4.7.2 Consumo di alcol

Un altro importante fattore di rischio tra gli adolescenti è il consumo di alcol, fenomeno particolarmente monitorato in quanto proprio in età adolescenziale si stabiliscono i modelli di consumo che verranno poi mantenuti nell'età adulta: appare esistere infatti uno stretto legame tra iniziazione in giovane età e l'abuso in età adulta.

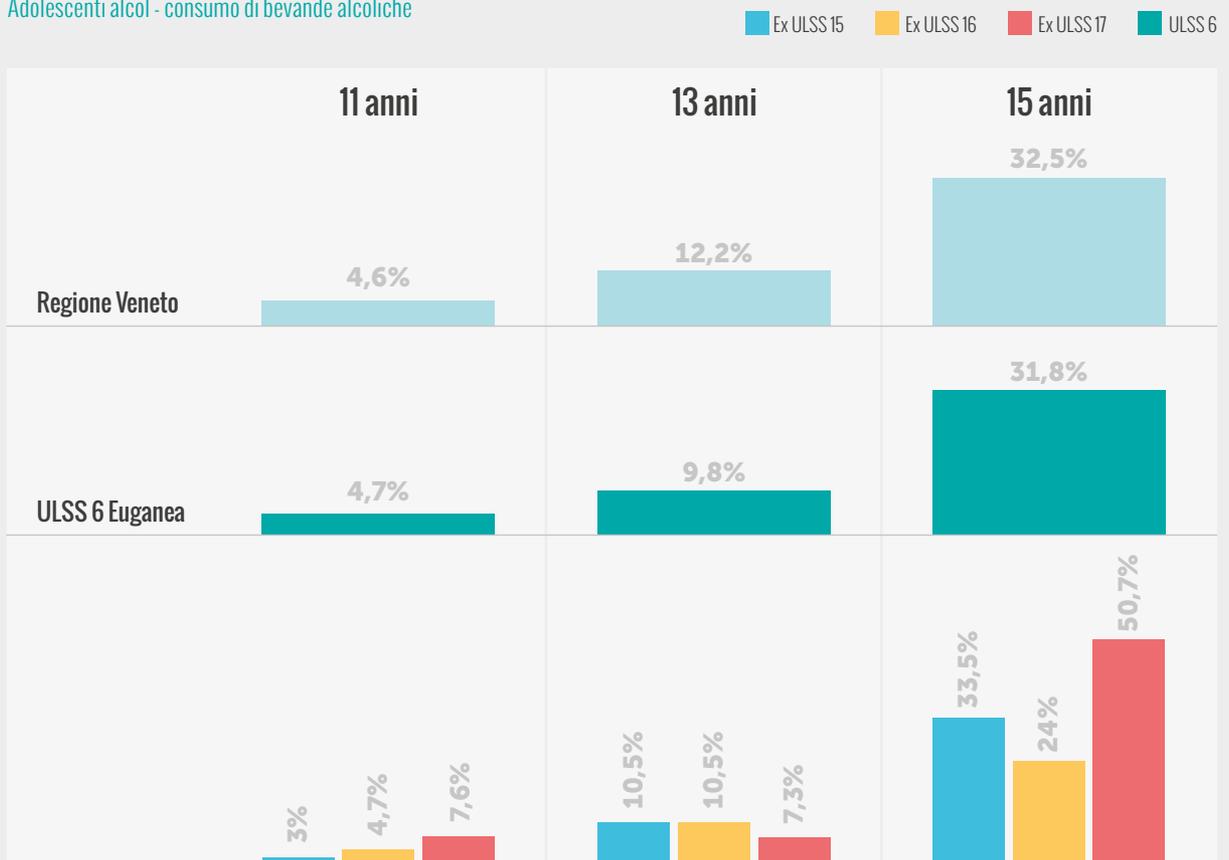
Dai dati rilevati, gli adolescenti che nella provincia di Padova consumano bevande alcoliche sono il 31,8% dei 15enni, il 9,8% dei 13enni e il 4,7% degli 11enni, dati in linea con le medie regionali.

Tale distribuzione è simile nelle diverse ex-ULSS con livelli più elevati tra i 15enni (50,7%) nell'ex-ULSS 17.

Tra gli intervistati nella Provincia il 2,2% dei 15enni, il 0,9% dei 13enni e il 0,7% degli 11enni fa uso quotidianamente di alcol: le percentuali aumentano tra i 15enni dell'ex-ULSS 17 (6,3%), tra i 13enni dell'ex-ULSS 15 (1,5%) e tra gli 11enni dell'ex-ULSS 17 (3,8%).

Per quanto riguarda il consumo settimanale nella provincia di Padova esso si attesta su valori pari a circa il 30% tra i 15enni (con un picco del 44% nell'ex-ULSS 17), al 10% tra i 13enni e al 3,5% tra gli 11enni, anche questi dati in accordo con le medie regionali.

Adolescenti alcol - consumo di bevande alcoliche



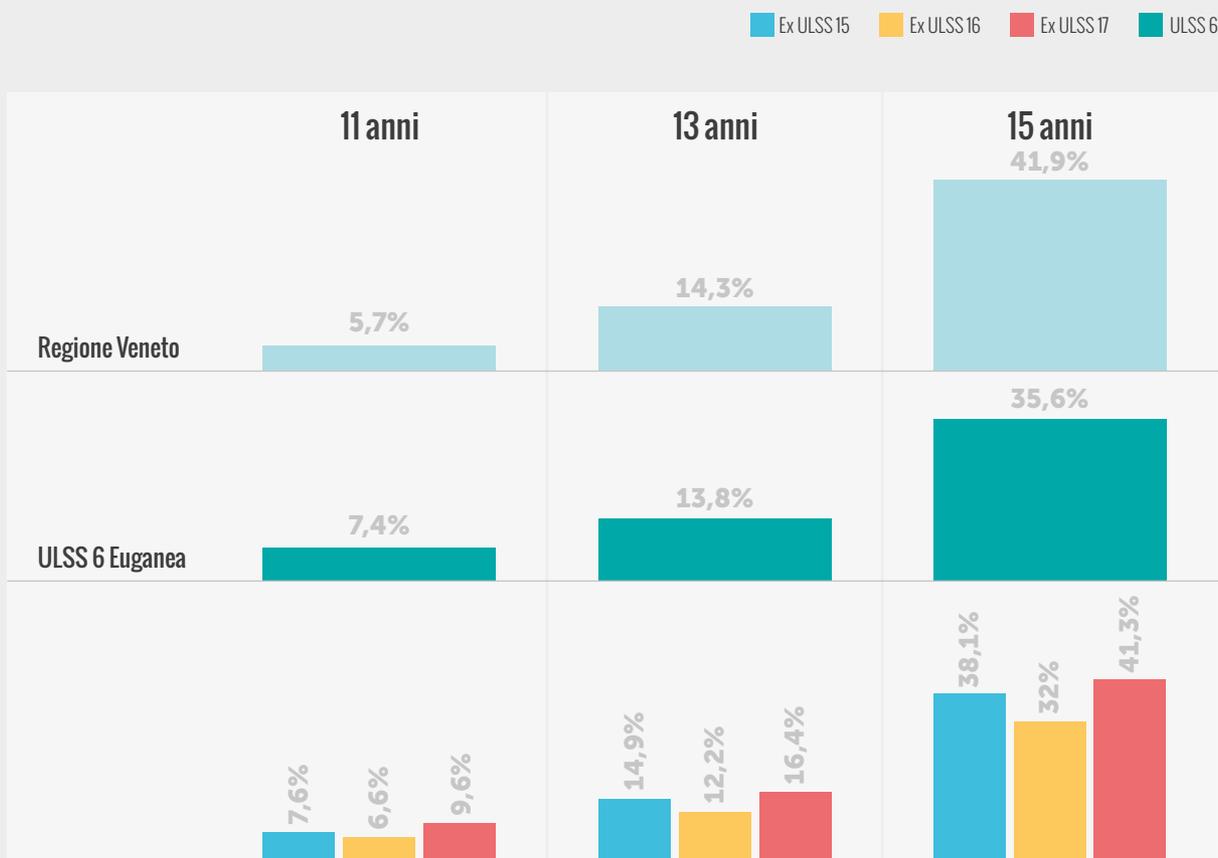
4.7.3 Consumo di alcol in modalità binge

All'interno della ricerca HBSC bevitori binge vengono definiti i ragazzi che negli ultimi 12 mesi hanno consumato 5 o più unità alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione. Il bingedrinking è molto comune tra le persone di sesso maschile, soprattutto durante l'adolescenza e l'inizio dell'età adulta, età "di passaggio" in cui si inizia a sviluppare un forte desiderio di indipendenza nei confronti della propria famiglia e in cui si subiscono notevolmente le influenze del gruppo dei pari. Tale fenomeno risulta essere particolarmente rilevante in quanto molto spesso si associa all'abuso di sostanze psicoattive: lo scopo è quello di raggiungere uno stato alterato e una perdita di controllo nel più breve tempo possibile.

Degli adolescenti intervistati, il consumo di alcool in modalità binge riguarda il 36% dei 15enni, il 15% dei 13enni e il 7% degli 11enni, con valori più elevati nell'ex-ULSS 17 rispetto alle altre due aziende.

Questi dati sono in linea con quelli regionali.

Adolescenti binge

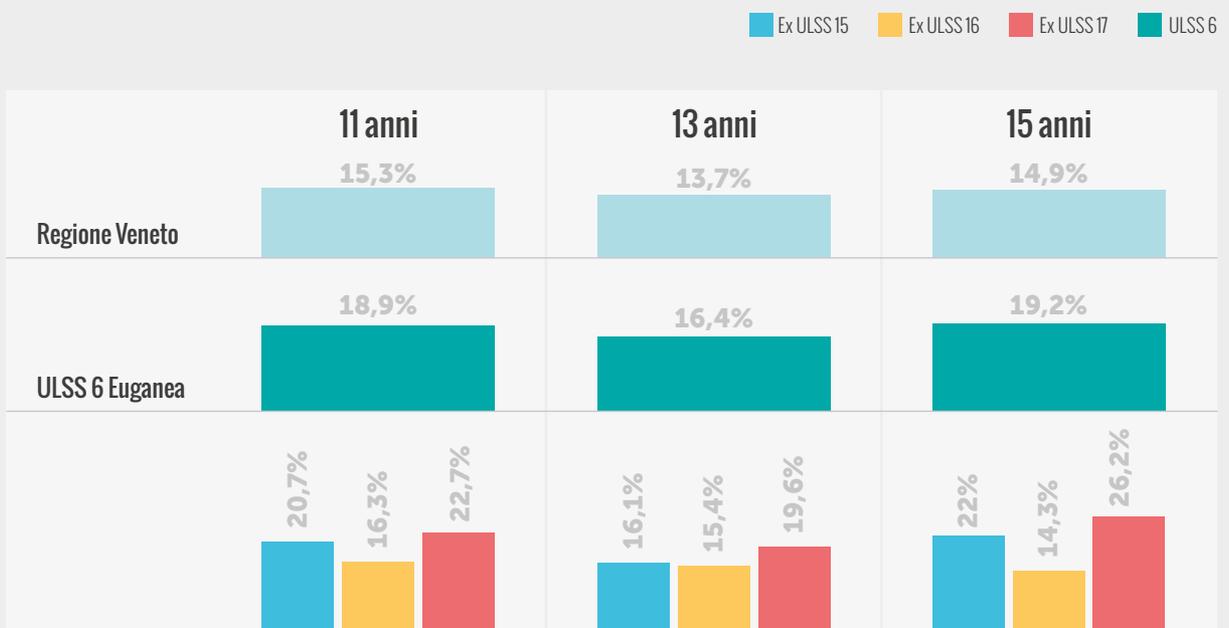


4.7.4 Obesi e sovrappeso

Fenomeni di obesità, sovrappeso e, più in generale, le abitudini alimentari registrate in età adolescenziale hanno un forte impatto sulla stato salute dell'intera vita dell'individuo: essi infatti non condizionano solo l'attuale stato fisico della persona ma anche le probabilità che essa possa sviluppare nel tempo patologie come tumori, diabete o malattie cardiovascolari.

Per quanto riguarda gli adolescenti nella provincia di Padova quasi il 20% dei ragazzi indagati nelle tre fasce di età è in sovrappeso o obeso, con percentuali leggermente maggiori rispetto a quelle riscontrate per la Regione Veneto.

Adolescenti obesi e sovrappeso



CAPITOLO 5

LO STATO DI SALUTE

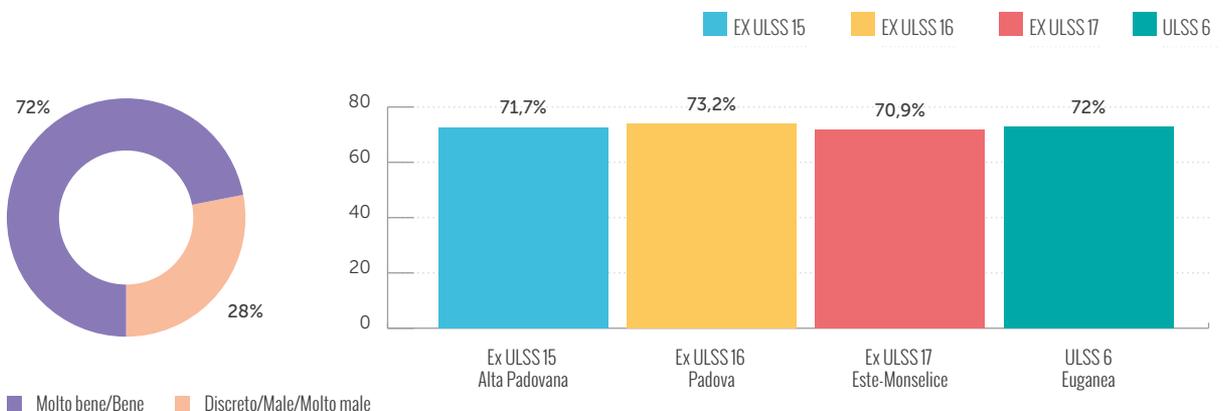
5.1 COME IL CITTADINO PERCEPISCE LA PROPRIA SALUTE

La percezione dello stato di salute testimonia il benessere (o malessere) psicofisico vissuto dalla persona. Tale indicatore risulta molto prezioso per comprendere quale opinione ciascun individuo abbia del proprio stato di salute, dei propri livelli di benessere e, in generale, della propria qualità di vita.

Nel sistema di sorveglianza PASSI la salute percepita viene valutata col metodo dei "giorni in salute" (HealthyDays) attraverso quattro domande:

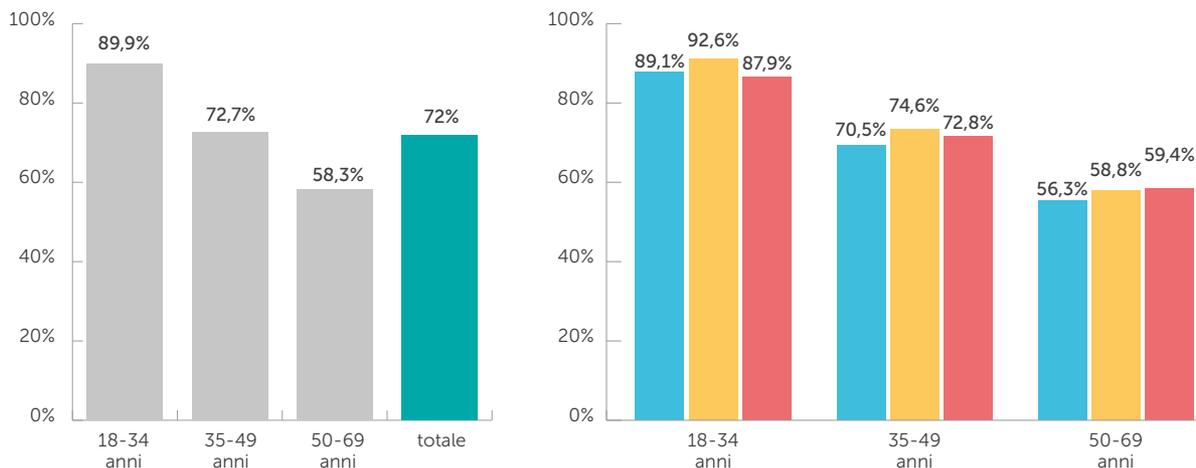
- 1) un'autovalutazione complessiva sul proprio stato di salute;
- 2) il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici;
- 3) il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici;
- 4) il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

5.1.1 Stato di salute complessivo

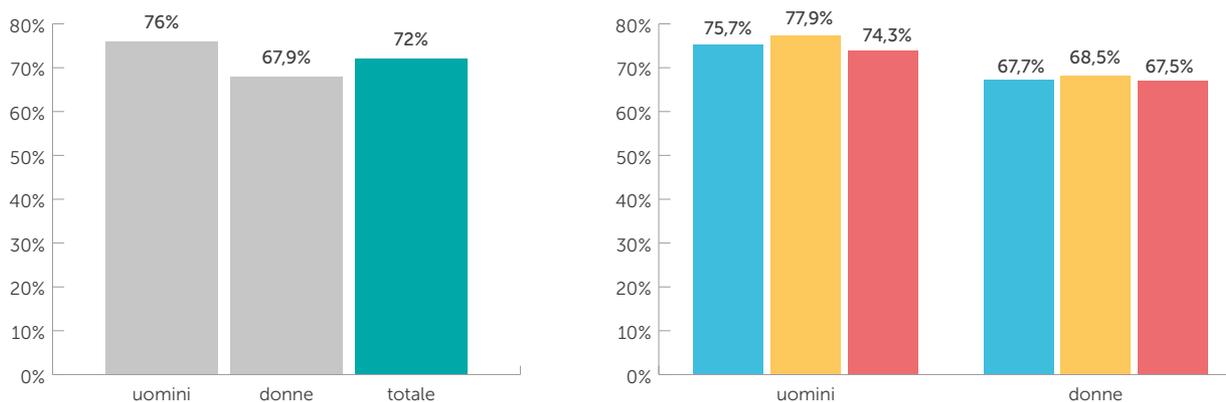


EX ULSS 15 EX ULSS 16 EX ULSS 17 ULSS 6

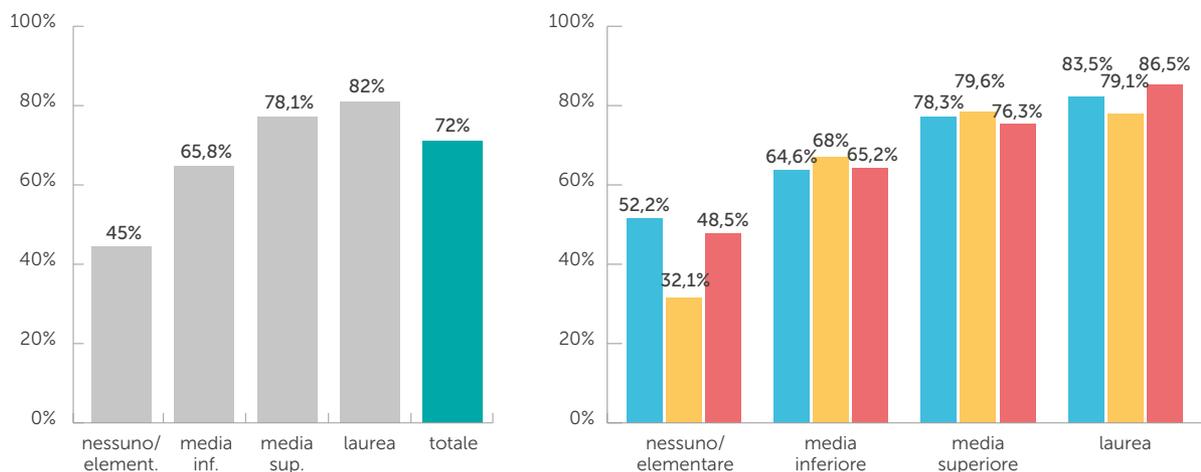
5.1.2 Stato di salute percepito positivamente per età



5.1.3 Stato di salute percepito positivamente per sesso

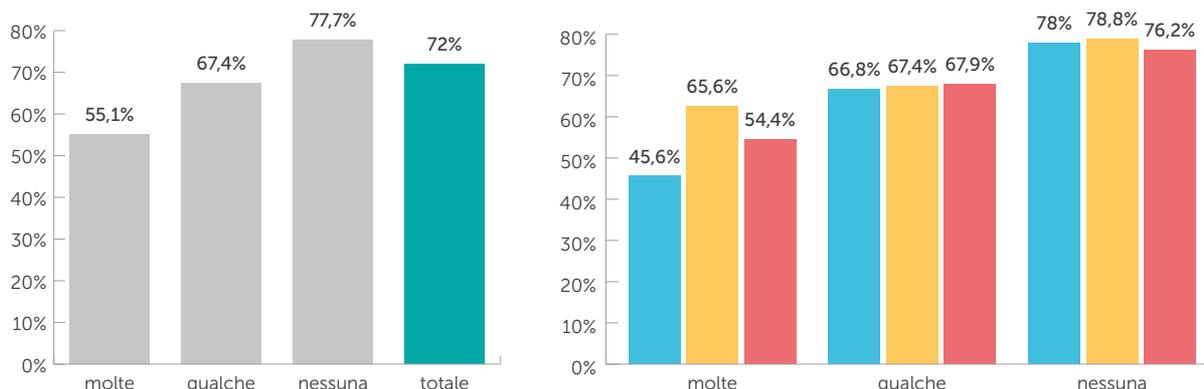


5.1.4 Stato di salute percepito positivamente per titolo di studio

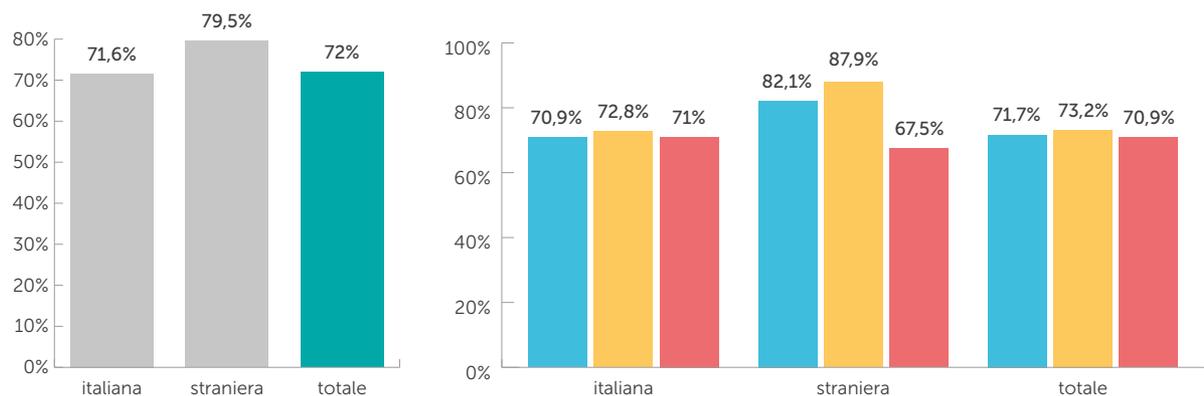


EX ULSS 15 EX ULSS 16 EX ULSS 17 ULSS 6

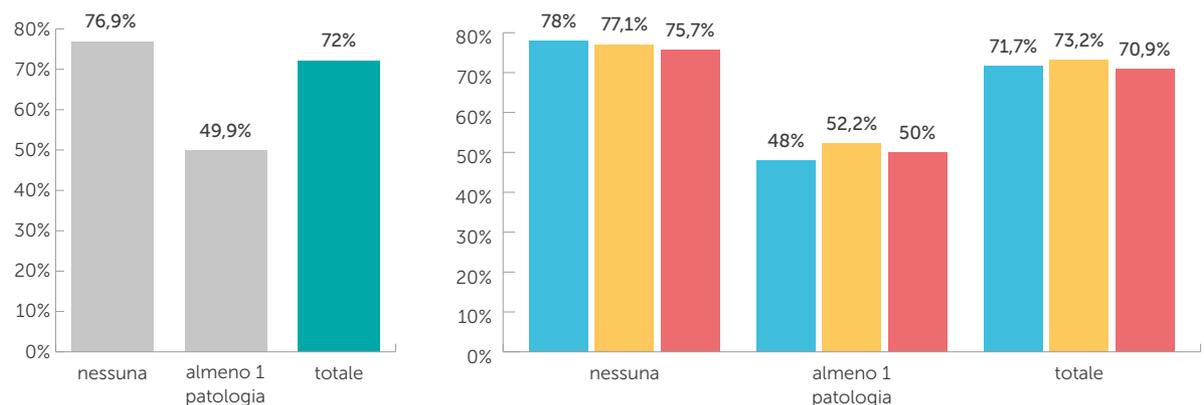
5.1.5 Stato di salute percepito positivamente per difficoltà economiche



5.1.6 Stato di salute percepito positivamente per cittadinanza



5.1.7 Stato di salute percepito positivamente per presenza patologie croniche



Nel complesso la popolazione dell'Azienda ULSS 6 Euganea ha una percezione positiva del proprio stato di salute: 72% del campione intervistato considera buono o molto buono il proprio stato di salute.

Nella stratificazione per classi d'età, a riferire buone condizioni di salute sono soprattutto i giovani: circa il 90% degli individui tra i 18 e i 34 anni considera il proprio stato di salute buono o molto buono; parere che registra un progressivo peggioramento all'aumentare dell'età, con circa il 59% di pareri positivi nella classe d'età i 50 e i 69 anni.

La percezione sullo stato di salute appare più positiva negli uomini rispetto alle donne e maggiore in corrispondenza di un livello di istruzione più elevato: l'82% dei laureati lo considera buono o molto buono rispetto al 45% di chi possiede soltanto la licenza elementare o nessun titolo.

Una buona percezione del proprio stato di salute è poi espressa dal 78% delle persone che dichiarano di non avere difficoltà economiche rispetto al 55% delle persone che invece affermano di averne molte, con particolare evidenza positiva nella popolazione dell'ex-ULSS 15 (78% di pareri positivi in soggetti senza difficoltà economiche rispetto al 46% con molte difficoltà economiche).

I cittadini con nazionalità straniera sono coloro che sostengono di godere di un miglior stato di salute, con il 79% di individui che dichiarano un livello buono o molto buono contro il 72% di italiani che esprimono la medesima valutazione.

All'interno della provincia di Padova il 77% tra coloro che non sono affetti da malattie croniche, ovvero 3 individui su 4, percepisce positivamente il proprio stato di salute; lo stesso accade per circa il 50% degli individui affetti da almeno una patologia cronica.

Tale andamento rimane immutato anche nei dati relativi ad ogni singola ex-ULSS, fatto che evidenzia una sostanziale omogeneità su tutto il territorio provinciale.

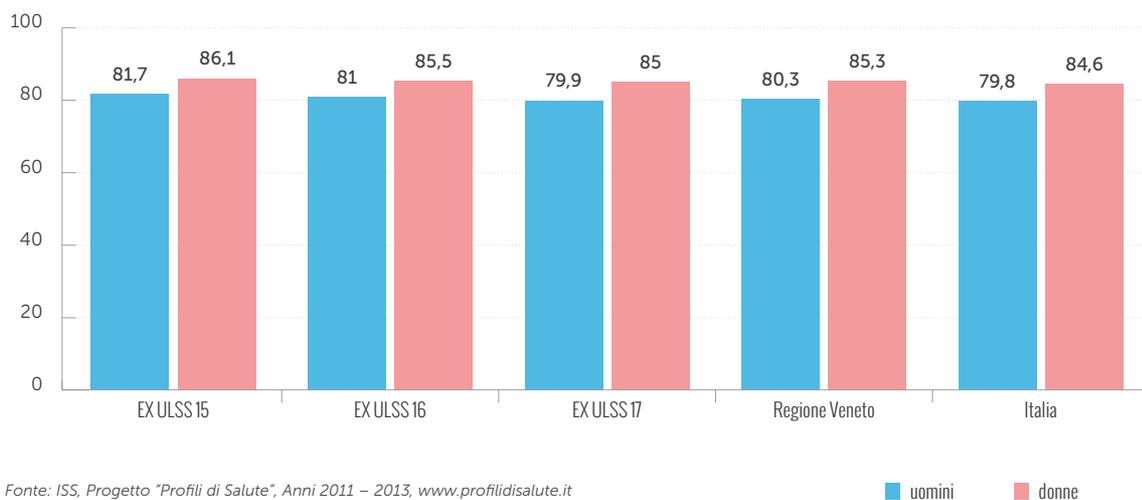
5.2 SPERANZA DI VITA E MORTALITÀ

5.2.1 La speranza di vita

La speranza di vita rappresenta il numero medio degli anni di vita vissuti da una categoria di esseri viventi presenti in un determinato territorio e un determinato periodo di tempo.

Dai dati contenuti all'interno del progetto "Profili di Salute", nell'anno 2013 la speranza di vita alla nascita nel veneto è pari a 80-81 anni per i maschi e 85-86 anni per le femmine. Non sembrano esserci differenze significative tra le tre ex-ULSS della provincia, che presentano un valore medio leggermente superiore a quello nazionale.

Speranza di vita alla nascita, per genere - Anno 2013



Fonte: ISS, Progetto "Profili di Salute", Anni 2011 - 2013, www.profilidisalute.it

■ uomini ■ donne

5.2.2 Le principali cause di morte

La mortalità è uno degli indicatori di carattere epidemiologico più solidi e rappresentativi dello stato di salute di un determinato territorio. Essa è infatti in grado di descrivere quali siano le principali cause di morte e le fasce di popolazione maggiormente colpite, elementi preziosissimi per la messa in campo di una adeguata strategia preventiva.

I dati di mortalità, provenienti dai flussi ufficiali correnti (in primo luogo Istat e Ministero della Salute) sono stati ottenuti dal portale "Profili di Salute", sito web realizzato dall'Ufficio di Statistica dell'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito di un Progetto finanziato dal Ministero della Salute - CCM, attivo dal 21 giugno 2016 e messo a disposizione senza alcun onere di tutte le ASL italiane.

All'interno del progetto, le diverse aziende sanitarie della provincia sono state messe a confronto per sia quanto riguarda la mortalità totale (per tutte le cause) e sia per quanto riguarda la mortalità per singole cause, in particolar modo per quanto riguarda tumori ed eventi traumatici.

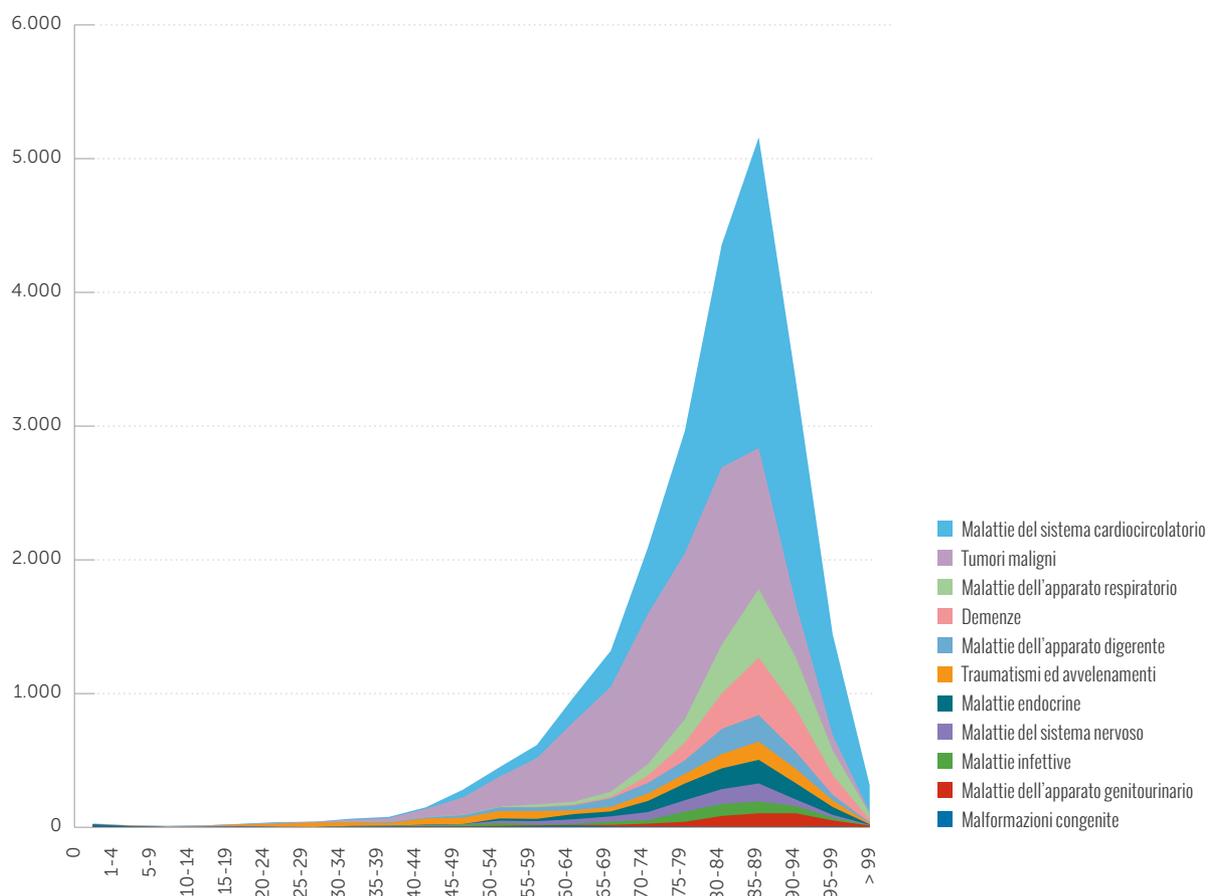
Per quest'ultima categoria il confronto è stato effettuato anche per alcune sottocategorie di particolare interesse quali incidenti stradali, suicidi e cadute.

Ma di cosa si muore nella provincia di Padova? Ecco le cause più frequenti:

- 1) **Malattie del sistema cardiocircolatorio:** nonostante i progressi della medicina abbiano di molto aumentato la sopravvivenza in seguito a ictus e infarto al miocardio, tali malattie rappresentano la causa più frequente di morte nella popolazione, in particolare nel sesso femminile.
- 2) **Neoplasie maligne:** sono la causa più frequente di morte nel sesso maschile, e la seconda causa più frequente di morte nell'intera popolazione. Il tumore del polmone causa circa il 9% di tutti i decessi negli uomini e più del 3% nelle donne. I tumori del grosso intestino, pur presentando tassi standardizzati in riduzione negli ultimi anni, sono la seconda causa di decesso per neoplasie dopo il tumore del polmone negli uomini e la terza dopo i tumori di mammella e polmone nelle donne. Nel periodo 2000-2013 si è registrato un forte calo della mortalità per tumore del polmone negli uomini, ma non nelle donne.
- 3) **Malattie del sistema respiratorio:** le malattie respiratorie acute e croniche, come l'asma e la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) rappresentano la terza causa di morte nella popolazione del nostro territorio.

Seguono, in ordine di frequenza decrescente, le varie forme di demenza (malattia di Alzheimer, demenze vascolari, ecc.), le malattie dell'apparato digerente, traumi ed avvelenamenti, malattie endocrine, malattie del sistema nervoso, malattie infettive e altre.

Decessi per età e causa di morte nella provincia di Padova per ordine decrescente di prevalenza (2011-2013)



Fonte: ISS, Progetto "Profili di Salute", Anni 2011 – 2013, www.profilidisalute.it

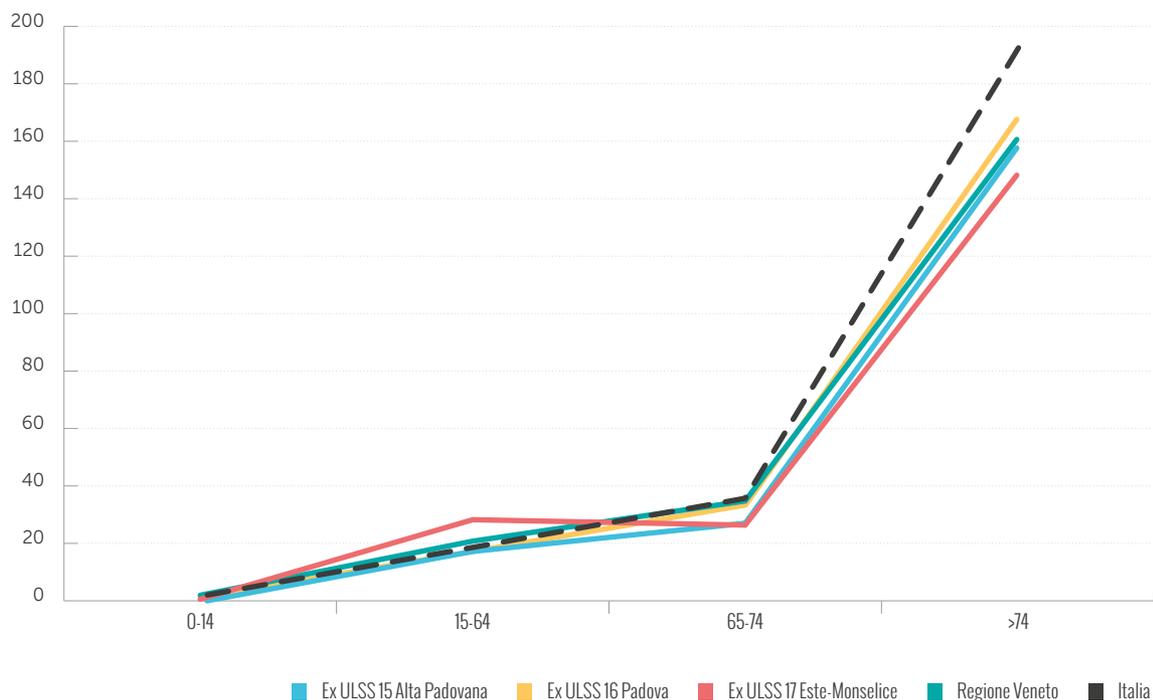
La mortalità per cause traumatiche nella Regione Veneto è in linea con i dati nazionali e si presenta come più frequente nei maschi.

Tasso standardizzato (x 100.000) di morte per traumatismi ed avvelenamenti - stratificazione per sesso ed età (2011-2013)

Età	Ex ULSS 15 Alta Padovana		Ex ULSS 16 Padova		Ex ULSS 17 Este-Monselice		Regione Veneto		Italia	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
0- 14	0	0	0	0	0	0	2,2	1,5	2,4	1,4
15- 64	28,5	5,5	26	8,9	41,6	15,5	33,3	8,3	30,2	7,4
65- 74	48,6	7,1	46,5	22,3	37,9	15,5	50,4	20,2	52,8	21
> 74	217,9	140,4	234,7	133,8	270,9	83,8	223,4	127,7	245,2	163,7
TOTALE	31,2	10,6	30,5	13,3	42	14,8	35,3	12,4	34,3	13,3

Fonte: ISS, Progetto "Profili di Salute", Anni 2011 – 2013, www.profilidisalute.it

Tasso standardizzato (x 100.000) di morte per traumatismi ed avvelenamenti - stratificazione per età (2011-2013)

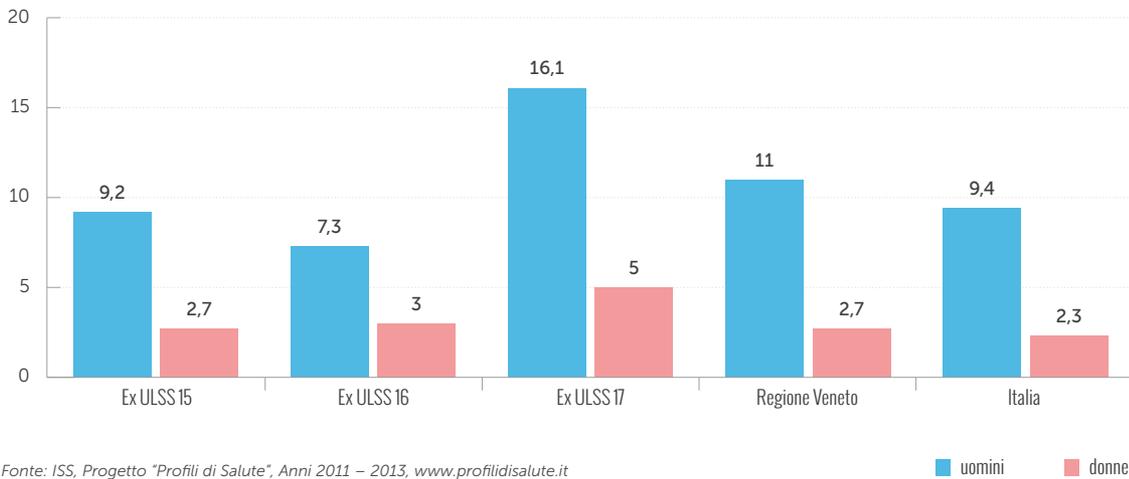


Fonte: ISS, Progetto "Profili di Salute", Anni 2011 - 2013, www.profilidisalute.it

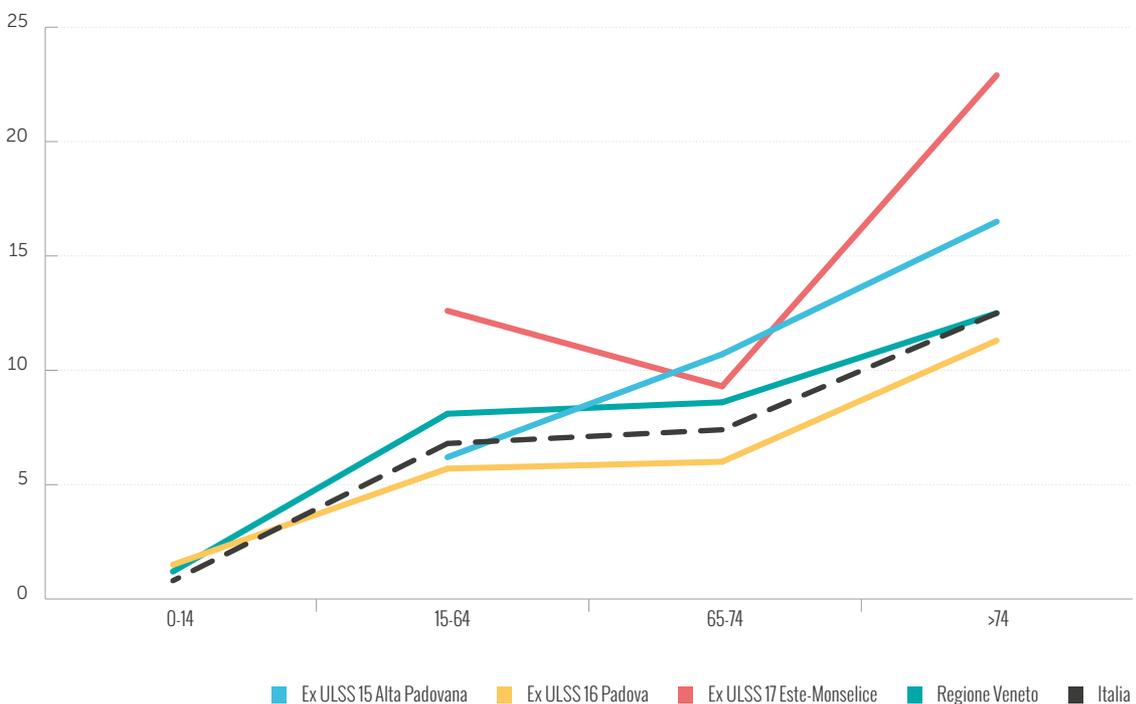
Nella provincia di Padova si registra una mortalità per traumatismi lievemente inferiore ai dati nazionale, ad eccezione dell'ex-ULSS 17 per la fascia d'età inferiore ai 60 anni. Nonostante ciò, analizzando le singole forme di traumatismo, notiamo che:

- gli incidenti stradali, sono una causa di morte non trascurabile nelle fasce di età più avanzate per la popolazione residente nelle aree dell'ex-ULSS 15 ed ex-ULSS 17. In quest'ultimo territorio la mortalità per incidente stradale è in generale più elevata rispetto al dato regionale e nazionale
- i suicidi sono una causa di morte importante soprattutto nel territorio dell'ex-ULSS 17, e nelle fasce di età più avanzate anche in ex-ULSS 16, in particolare nel sesso maschile. Nel caso specifico dell'ex-ULSS 17, la maggior incidenza del numero di suicidi registrata nel periodo 2011-2013 è attribuita ad un aumento dei casi di suicidio sia da parte di artigiani e piccoli imprenditori in conseguenza alla crisi economica, sia da parte di adolescenti come reazione estrema a condizioni di disagio psichico e sociale. Quest'ultima ipotesi trova ulteriore conferma nel progressivo aumento del numero di pazienti psichiatrici in età adolescenziale registrati negli ultimi anni nella ex-ULSS 17
- le cadute sono una causa di morte rilevante oltre i 75 anni, anche nel nostro territorio, dove la mortalità per tale causa sembra lievemente più alta rispetto al dato regionale e nazionale.

Tasso standardizzato (x 100.000) di morte per traumatismo della strada - stratificazione per sesso (2011-2013)



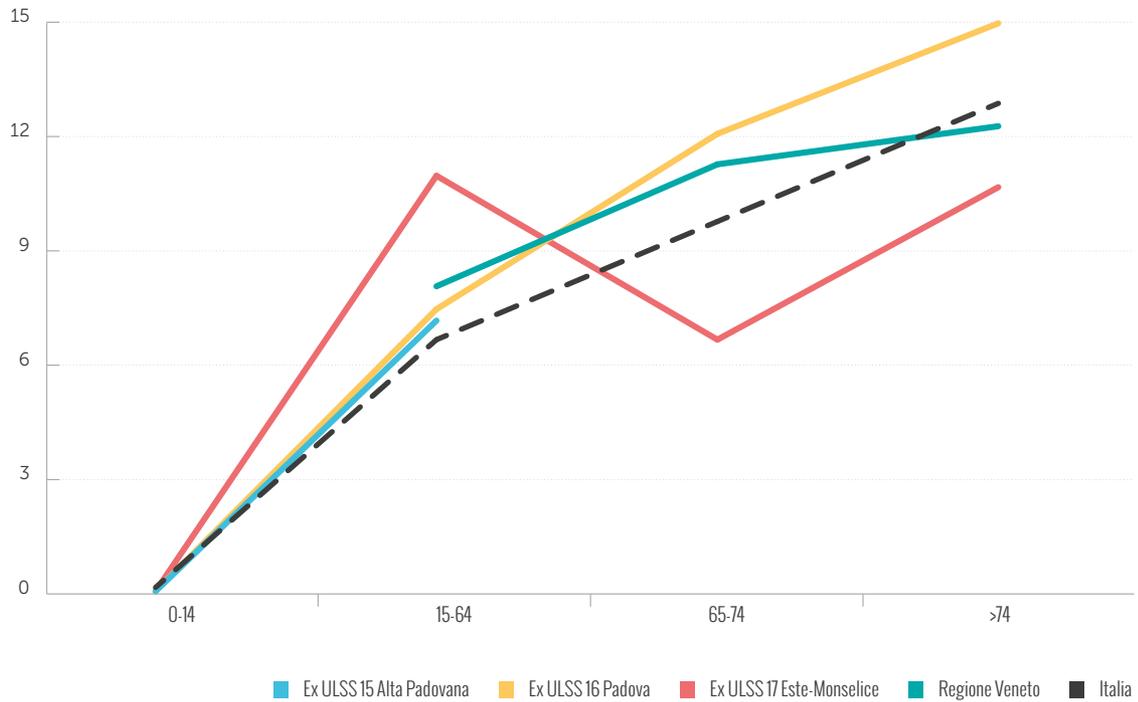
Tasso standardizzato (x 100.000) di morte per traumatismo della strada - stratificazione per età (2011-2013)



Tasso standardizzato (x 100.000) di morte per suicidio – stratificazione per sesso (2011-2013)



Tasso standardizzato (x 100.000) di morte per suicidio - stratificazione per età (2011-2013)

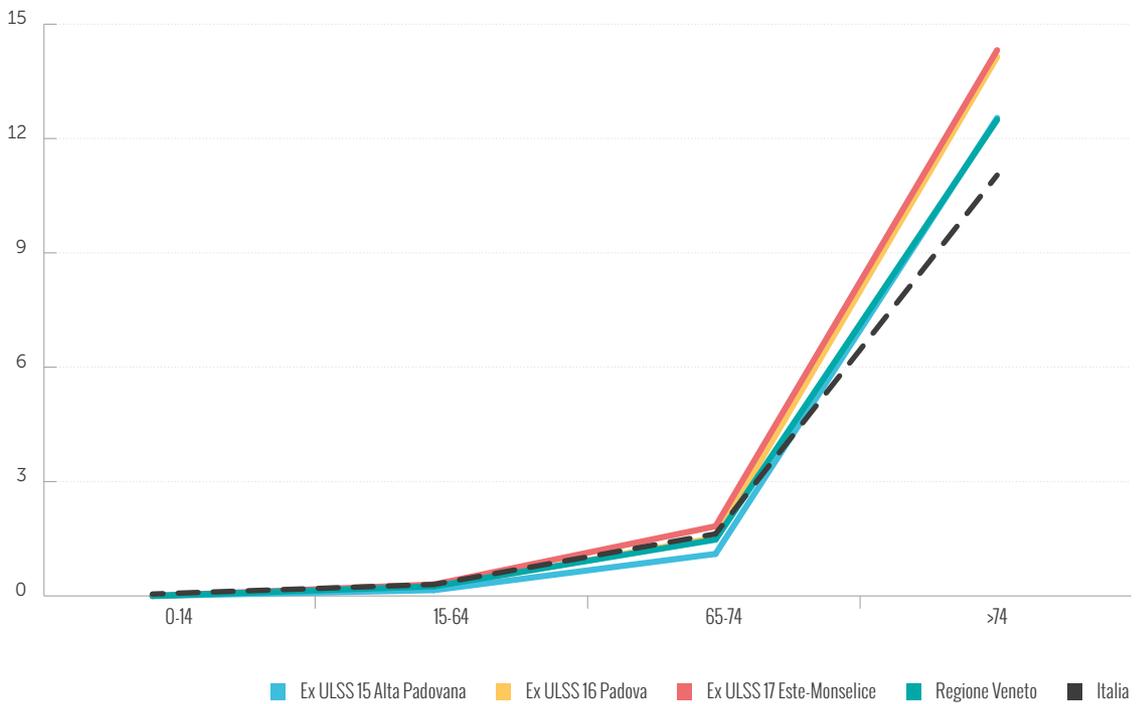


Tasso standardizzato (x 100.000) di morte per Cadute - stratificazione per sesso (2011-2013)



Fonte: ISS, Progetto "Profili di Salute", Anni 2011 - 2013, www.profilidisalute.it

Tasso standardizzato (x 100.000) di morte per Cadute - stratificazione per età (2011-2013)



Fonte: ISS, Progetto "Profili di Salute", Anni 2011 - 2013, www.profilidisalute.it



5.3 LA PRESENZA DI PATOLOGIE CRONICHE

Con il progressivo invecchiamento della popolazione hanno parallelamente assunto maggiore importanza le patologie croniche, ovvero quelle patologie spesso collegate all'età che comportano significative ricadute sull'autonomia, sulla qualità di vita e sul bisogno di assistenza socio-sanitaria dei cittadini. Molte di queste patologie sono spesso compresenti nello stesso individuo, aumentandone la fragilità e la necessità di ricorrere alla rete dei servizi del Sistema Sanitario.

I dati riguardanti le patologie croniche, relativi all'anno 2015, sono stati ottenuti considerando le informazioni presenti in diverse fonti di dati (ricoveri, esenzioni, specialistica, pronto soccorso, farmaceutica, assistenza domiciliare) ed elaborati tramite il sistema ACG – Adjusted Clinical Group.

Il sistema ACG della Regione Veneto, è un "grouper" che utilizza i dati presenti nei flussi informativi del sistema sanitario e li associa all'assistito così da permettere una misurazione della compresenza di malattie e del rischio all'interno di una popolazione.

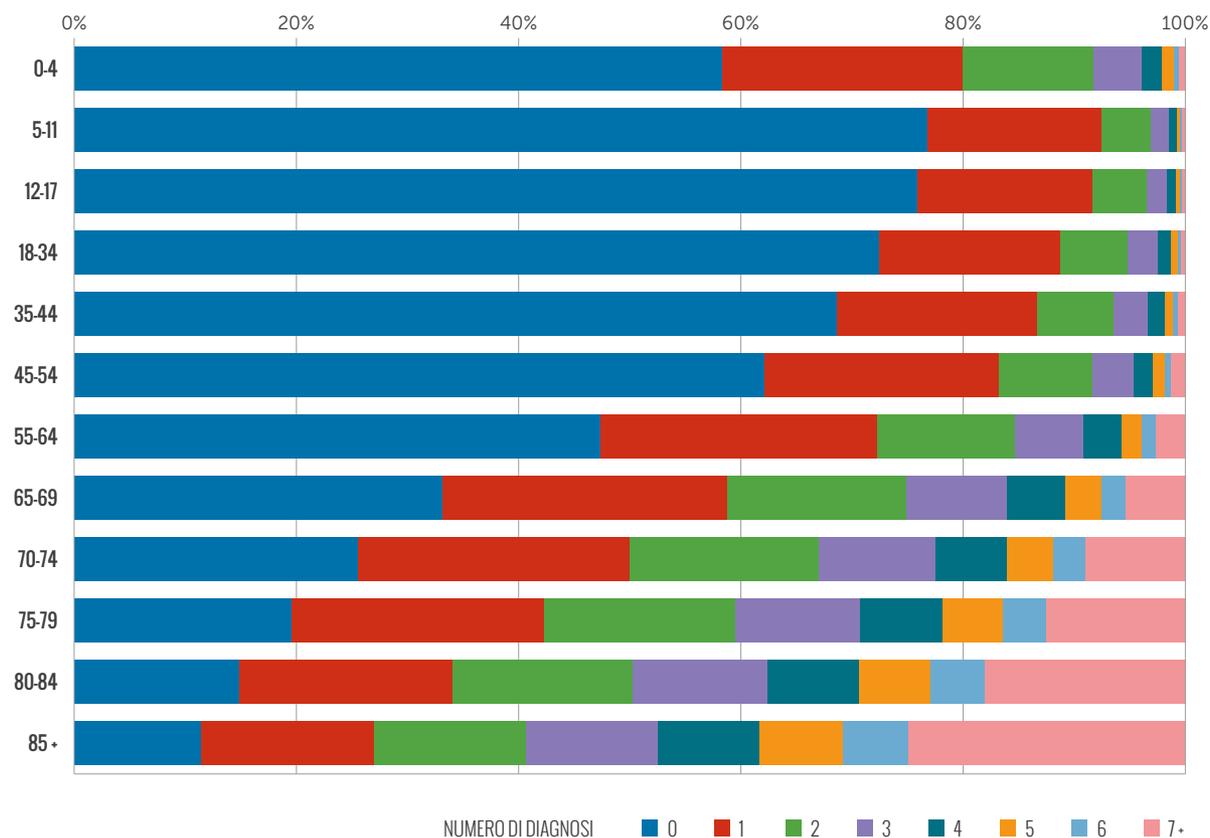
Per valutare il carico di malattia presente tra gli assistiti delle tre ex-ULSS della provincia di Padova sono state considerate la distribuzione della popolazione per età e numero di patologie croniche e la prevalenza di alcune condizioni morbose particolarmente rilevanti.

5.3.1 Distribuzione della popolazione per età e morbilità

In genere, all'aumentare dell'età, aumenta il numero medio di diagnosi compresenti in uno stesso individuo.

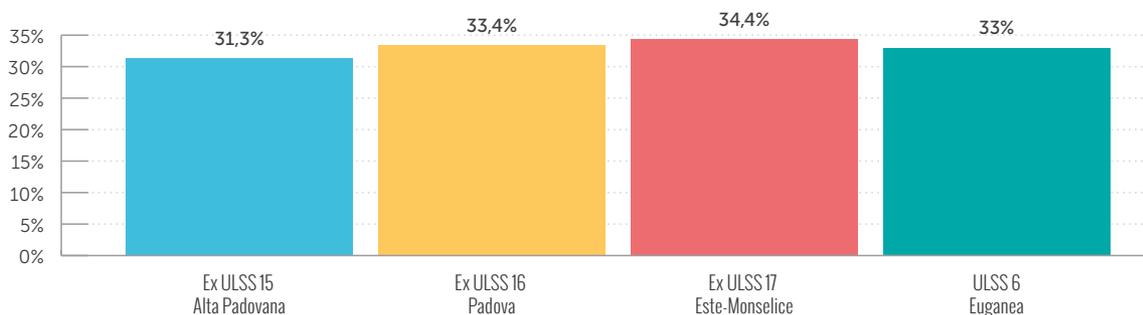
In particolare, tra tutte le possibili diagnosi, sono state analizzate le patologie croniche, in quanto sono quelle che maggiormente hanno impatto sullo stato di salute di un individuo, sulla sua necessità di assumere farmaci e sulla sua qualità di vita. Circa un terzo della popolazione assistita nelle ex-aziende ULSS della provincia di Padova presenta almeno una condizione cronica.

Numero di diagnosi per fascia di età nella popolazione assistita della provincia di Padova - Anno 2015



Fonte: Regione Veneto, Sistema ACG, Anno 2015.

Percentuale di assistiti con almeno una condizione cronica nella provincia di Padova - Anno 2015



Fonte: Regione Veneto, Sistema ACG, Anno 2015.

5.3.2 Infarto Miocardico Acuto

L'infarto acuto del miocardio (IMA) è una condizione causata da una occlusione delle arterie coronarie che irrorano il muscolo del cuore; essa ha con un forte impatto nei sistemi sanitari occidentali sia per le strategie di prevenzione, sia per le implicazioni organizzative legate alla necessità di fornire un'assistenza appropriata all'evento acuto.

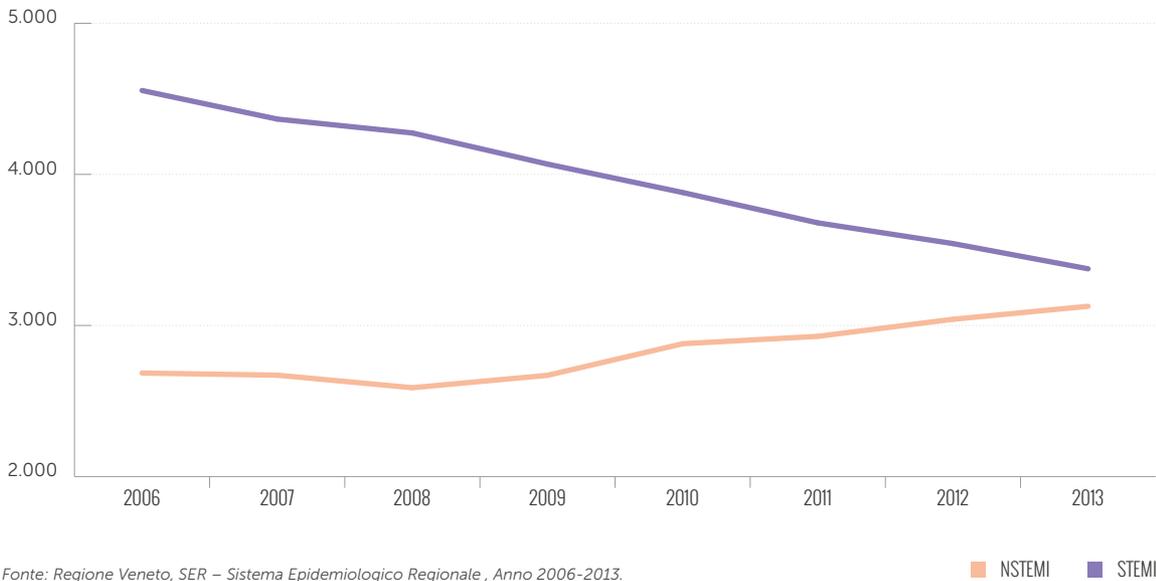
Essendo una patologia grave, che richiede ospedalizzazione, la sua incidenza viene comunemente monitorata attraverso i dati relativi ai ricoveri ospedalieri.

Secondo quanto riportato nella Relazione Socio-sanitaria 2015 della Regione Veneto il tasso di ospedalizzazione per infarto acuto del miocardio (IMA) è andato riducendosi nel periodo 2006-2013 in tutte le classi di età. In particolare è in continua ed importante riduzione il tasso di eventi con sopraslivellamento del tratto ST, ovvero STEMI (forma più grave di IMA, dovuta all'occlusione completa e stabile del vaso coronarico) mentre, al contempo, si registra un lieve aumento negli ultimi anni del tasso di eventi senza sopraslivellamento del tratto ST, ovvero NSTEMI (forma di IMA meno grave, dovuta ad un'occlusione incompleta e temporanea del vaso coronarico).

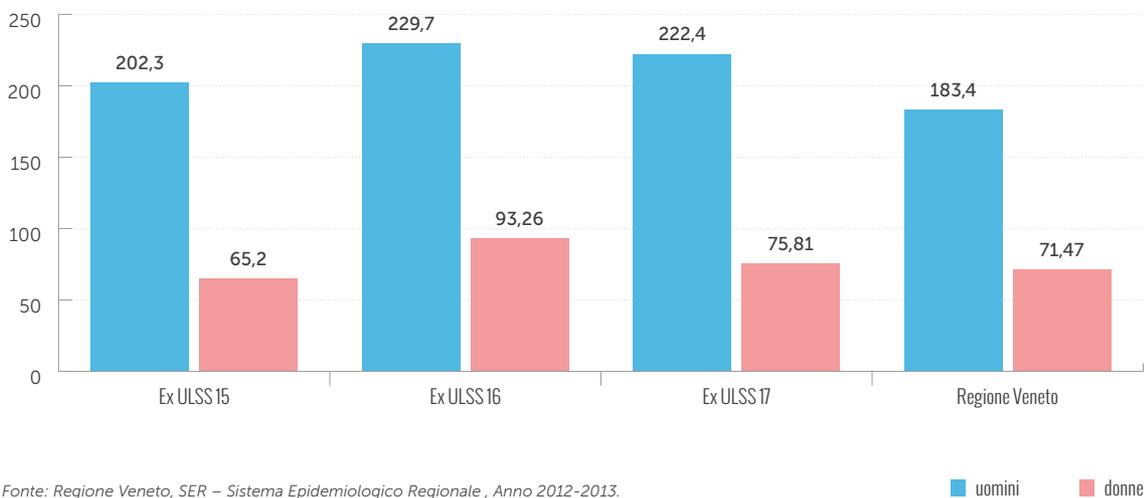
L'IMA rappresenta una patologia tempo-correlata: nell'infarto STEMI se non si interviene tempestivamente ripristinando il flusso sanguigno, tale evento può portare a un danno irreversibile del muscolo cardiaco con riduzione più o meno grave della qualità di vita del paziente in caso di sopravvivenza. Attualmente nel caso di infarto STEMI la percentuale complessiva di pazienti trattati entro 24 ore nel Veneto è pari al 63%.

Va registrato inoltre nell'ultimo decennio un sostanziale aumento dei soggetti con IMA sottoposti ad angioplastica coronarica, soprattutto nelle classi di età più giovani e nel sesso maschile.

Confronto tra casi di IMA-STEMI e casi IMA-NSTEMI diagnosticati in veneto nel periodo 2006-2013



Tasso di infarti al miocardio acuti (per 100.000) per Azienda ULSS di residenza - Periodo 2012-2013.



5.3.3 Ictus

Le malattie cerebrovascolari acute costituiscono un ambito estremamente rilevante per la loro diffusione e per le gravi conseguenze che essa hanno sullo stato di salute delle persone colpite.

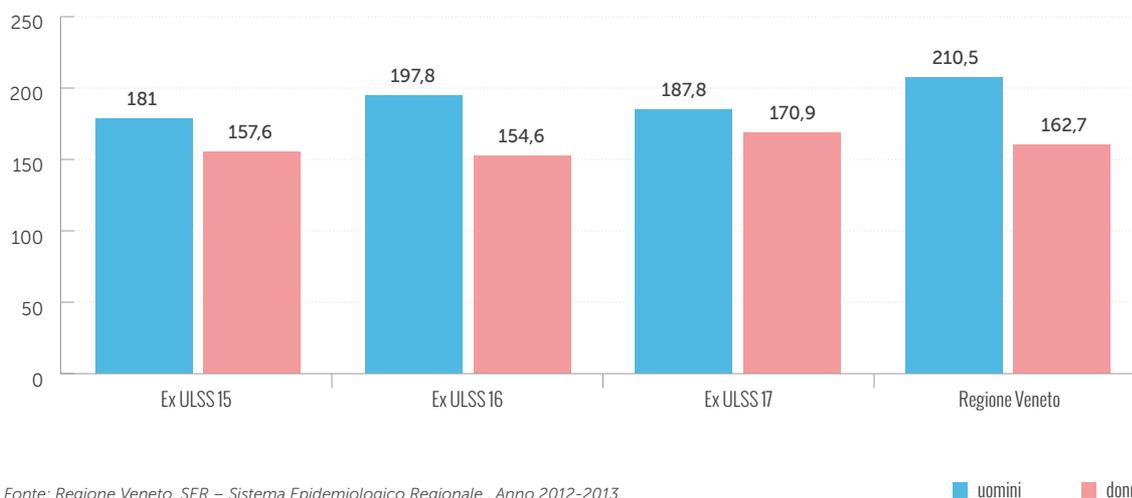
Come riportato nella Relazione Socio Sanitaria 2015, ogni anno in Veneto si verificano complessivamente circa 9.000 eventi di ictus ospedalizzati: nel 76% circa dei casi si tratta di ictus ischemico, nel 19% di emorragia cerebrale e nel 4% di emorragia subaracnoidea.

Inoltre la distribuzione per classi di età evidenzia come l'ictus sia una patologia presente tipicamente nelle età avanzate (oltre il 62% degli eventi avviene in persone di età maggiore o uguale a 75 anni).

Se si considerano i trend temporali, è possibile evidenziare negli ultimi anni una riduzione del numero assoluto degli eventi legata a un migliore controllo di fattori di rischio come ipertensione, diabete, fumo etc. È inoltre stata riscontrata una riduzione di invalidità legata a questa patologia dovuta all'applicazione estensiva in Veneto e nell'area di Padova della trombolisi per i pazienti che arrivano nella finestra temporale utile.

Anche per quanto riguarda l'ictus acuto i dati di incidenza possono essere monitorati attraverso i dati relativi ai ricoveri ospedalieri, in quanto questa patologia richiede sempre l'ospedalizzazione. Gli ultimi dati disponibili sul tasso di eventi ospedalizzati per le ex-Azienda ULSS della provincia di Padova mettono in evidenza tassi lievemente più bassi rispetto a quelli della regione Veneto.

Tasso standardizzato di eventi di ictus ospedalizzati per Azienda ULSS di residenza (per 100.000) - Periodo 2012-2013.



Fonte: Regione Veneto, SER – Sistema Epidemiologico Regionale, Anno 2012-2013.

■ uomini ■ donne

5.3.4 Ipertensione Arteriosa

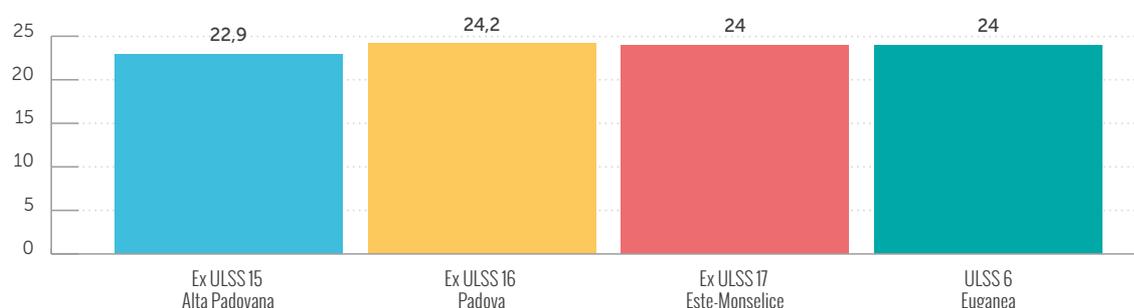
L'ipertensione è una patologia che si manifesta attraverso un aumento dei valori della pressione arteriosa e, essendo molto diffusa, rappresenta uno dei principali fattori di rischio cardiovascolare.

Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, in Italia circa il 56% degli uomini e il 43% delle donne di età compresa tra 35 e 79 anni risultano ipertesi.

Di conseguenza da una rappresentazione semplificata, nella popolazione complessiva del nostro Paese risulta affetta da ipertensione arteriosa circa una persona su quattro.

I dati raccolti nelle ex-ULSS della provincia di Padova tramite il sistema ACG – Adjusted Clinical Group hanno evidenziato una prevalenza pari al 24% della popolazione, in linea con quanto atteso dalla letteratura scientifica.

Prevalenza (x100) di ipertensione arteriosa nella popolazione generale per ex-ULSS - Anno 2015



Fonte: Regione Veneto, Sistema ACG, Anno 2015.

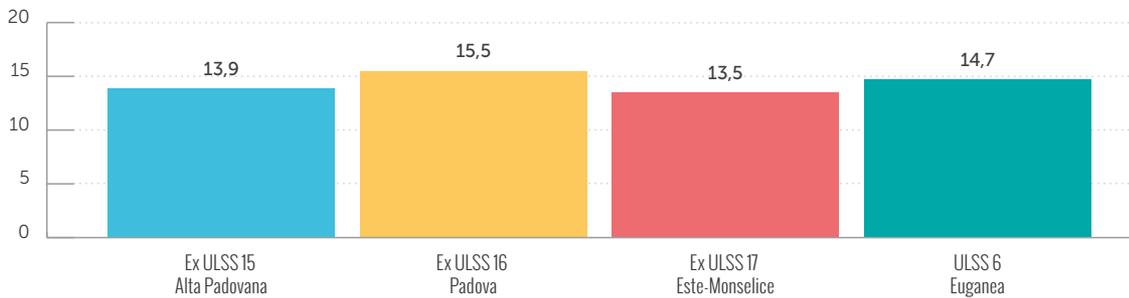
5.3.5 Scompenso Cardiaco Cronico

Una delle patologie a più alto impatto nella popolazione è la malattia cardiovascolare, che comprende alcune condizioni acute come infarto miocardico acuto e l'ictus unite ad altre situazioni croniche quali insufficienza cardiaca o scompenso cardiaco cronico. Per il loro impatto sulla salute della popolazione e per l'elevato ricorso ai servizi sanitari che esse comportano, è prioritario un ritorno informativo continuo, efficiente, tempestivo e sufficientemente accurato sulle principali dinamiche epidemiologiche ed assistenziali legato a questo gruppo di patologie.

Secondo i dati del Ministero della Salute, a soffrire di scompenso cardiaco in Italia sono circa 600.000 persone e si stima che la sua frequenza raddoppi a ogni decennio di età (dopo i 65 anni arriva al 10% circa).

I dati raccolti nelle ex-ULSS della provincia di Padova tramite il sistema ACG hanno evidenziato una prevalenza pari al 13-15 casi per mille abitanti nella popolazione generale, in linea con quanto atteso rispetto al dato nazionale.

Prevalenza (x1000) di Scoppio Cardiaco nella popolazione generale per ex-ULSS - Anno 2015



Fonte: Regione Veneto, Sistema ACG, Anno 2015.

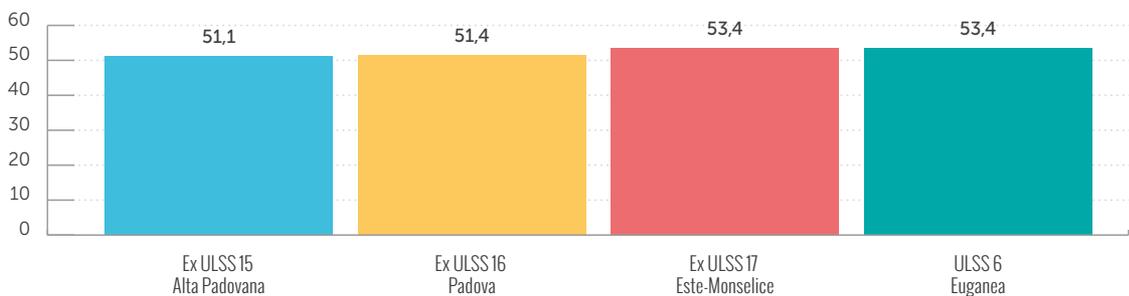
5.3.6 Diabete

Il **diabete tipo 2** è una malattia cronica complessa e molto comune. In Italia oltre 3 milioni di persone hanno una diagnosi di diabete e, accanto d essi, si stima che una quota rilevante di assistiti sia diabetico senza saperlo. Le cause del manifestarsi di questa patologia sono da ricercarsi in almeno quattro fattori fondamentali: il diffondersi di abitudini alimentari scorrette, la crescita del numero di persone obese o in sovrappeso, l'affermarsi di stili di vita sempre più sedentari e l'invecchiamento della popolazione.

Secondo i dati del Servizio Epidemiologico Regionale (SER), in Veneto sono circa 250.000 i pazienti diabetici prevalenti identificati dai flussi informativi sanitari correnti. La prevalenza del diabete cresce all'aumentare dell'età, soprattutto nel genere maschile dove già nella classe 60-69 anni raggiunge circa il 15%.

Tali dati sono stati confermati tramite il sistema ACG che ha evidenziato una prevalenza pari a poco più di 50 casi ogni 1.000 abitanti

Prevalenza (x1000) di Diabete nella popolazione generale per ex-ULSS - Anno 2015



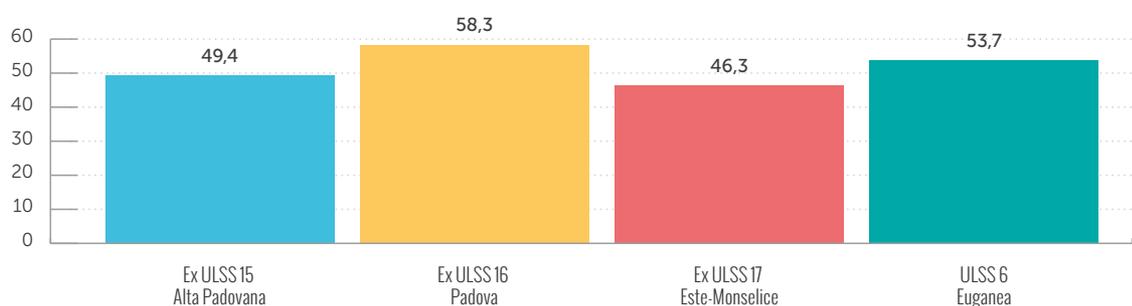
Fonte: Regione Veneto, sistema ACG, Anno 2015.

5.3.7 Demenza

Nonostante la demenza rappresenti una problematica estremamente significativa sia per l'impatto in termini di carico assistenziale sia per la qualità della vita che essa comporta, spesso i dati amministrativi ne sottostimano l'impatto epidemiologico.

I dati ottenuti attraverso il sistema ACG nella popolazione della provincia di Padova testimoniano la presenza di oltre 11.500 casi, con una prevalenza nella popolazione ultra-sessantacinquenne pari al 5,4%.

Prevalenza (x1000) di Demenza nella popolazione > 65anni per ex-ULSS - Anno 2015



Fonte: Regione Veneto, Sistema ACG, Anno 2015.

5.3.8 Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

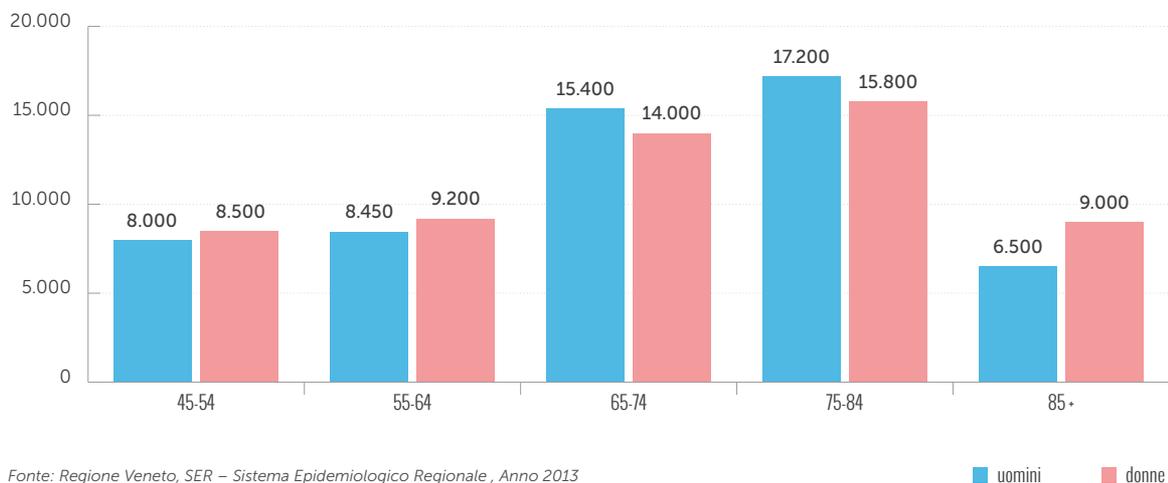
La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una malattia dell'apparato respiratorio caratterizzata da un'ostruzione irreversibile delle vie aeree a decorso progressivo.

Il principale fattore di rischio per questa patologia è rappresentato dal fumo di sigaretta. La malattia ha un esordio insidioso, con decorso abitualmente progressivo a causa di una riduzione del volume espiratorio non completamente reversibile. Le riacutizzazioni sono frequenti e si presentano sotto forma di bronchiti acute e broncopolmoniti. Insufficienza respiratoria e scompenso cardiaco sono complicanze frequenti.

La prevalenza della patologia in Veneto nell'anno 2013, stimata con un algoritmo standardizzato, è pari al 4,6% nella popolazione con età pari a 45 anni e più (SER, Relazione Socio-Sanitaria Regione Veneto 2015).

Nel 2015 nelle tre ex-ULSS della provincia di Padova sono stati effettuati per questi soggetti oltre 1.300 ricoveri ospedalieri (dati PNE).

Prevalenza della BPCO per sesso e classi di età in Veneto - Anno 2013.



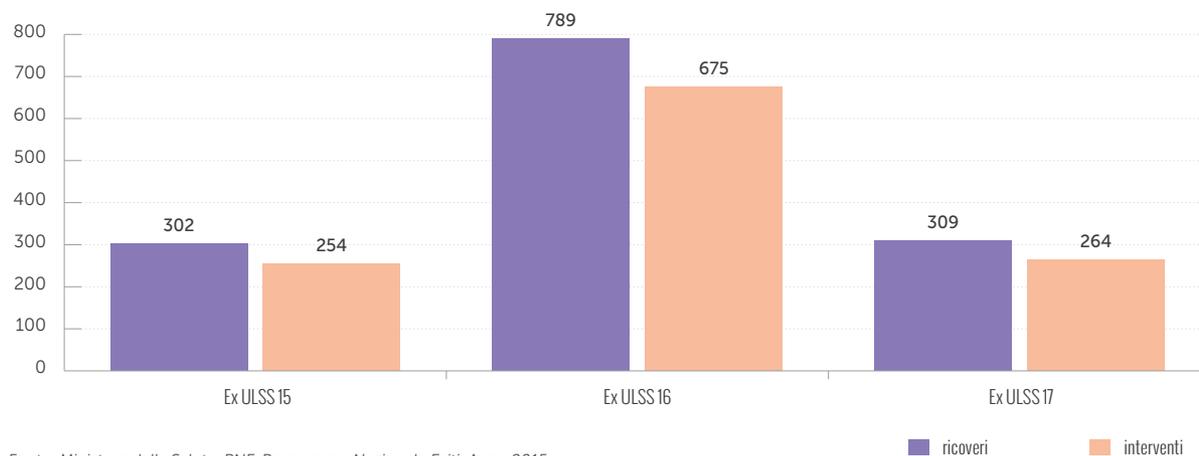
5.3.9 Frattura di Femore

Ogni anno nella Regione Veneto si registrano circa 8.000 ricoveri per frattura prossimale del femore (nel 2015 sono stati 8.294 - fonte dati PNE) e circa 300 decessi sono attribuiti direttamente a questo problema.

Le conseguenze di una frattura del femore sulla durata e soprattutto sulla qualità di vita sono estremamente serie: solo il 30-40% dei soggetti fratturati riprende autonomamente le attività quotidiane, mentre più del 10% non è in grado di rientrare al proprio domicilio; inoltre, ad un anno dall'evento, la mortalità dei soggetti con frattura di femore è pari al 15-25%.

Nel 2015, nelle tre ex-aziende ULSS della provincia di Padova, sono stati effettuati complessivamente 1.400 ricoveri per frattura di femore; oltre l'85% dei casi è stato sottoposto ad intervento chirurgico.

Numero assoluto di ricoveri e di interventi per frattura prossimale di femore nelle Aziende ULSS della provincia di Padova - Anno 2015



Per quanto concerne l'aspetto degli interventi, è importante sottolineare come il loro esito sia strettamente legato al fattore della tempestività: è stato infatti appurato come vi sia un forte abbattimento del rischio di esiti invalidanti o di mortalità legate alla frattura del collo del femore se si è in grado di intervenire entro le 48 ore dall'evento. Sulla base di questo, la Regione Veneto ha fissato come obiettivo per le aziende ULSS quello di intervenire chirurgicamente entro le 48 ore in almeno il 60% dei casi; obiettivo ampiamente raggiunto nel 2016 in tutte e tre le ex-aziende della provincia di Padova con il 73,4% degli interventi eseguiti entro le 48 ore nell'ex-ULSS, il 71,9% nella ex-ULSS 16 e il 76,4% nella ex-ULSS 17.

5.3.10 Altre Patologie

Negli ultimi decenni grande attenzione viene posta alle malattie endocrino-metaboliche.

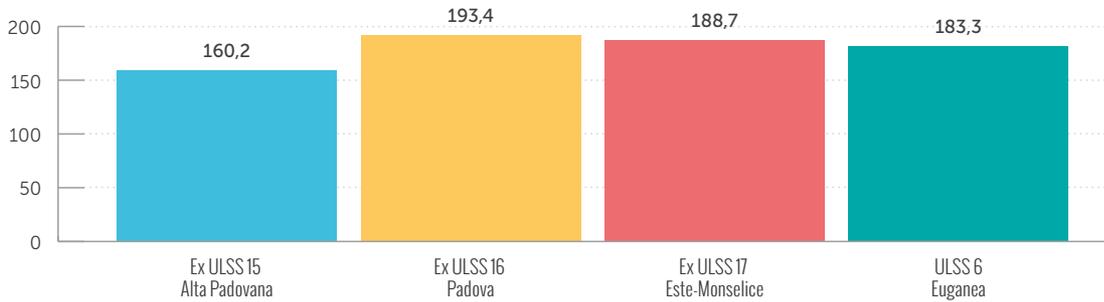
La prevalenza ottenibile per quanto riguarda le principali patologie di questa categoria è risultata abbastanza simile nelle diverse aree territoriali: circa 10 persone su 100 soffrono di alterazioni del metabolismo lipidico e circa 3-4 persone su 100 presentano un ipotiroidismo.

Prevalenza (x1000) di alcune patologie endocrino-metaboliche nella popolazione - Anno 2015



La **Sclerosi Multipla**, pur essendo molto più rara delle patologie elencate in precedenza, ha un forte impatto sulle persone colpite e sul sistema sanitario. Nel territorio della provincia di Padova tale problema riguarda circa 183 persone ogni 100.000 abitanti.

Prevalenza (x100.000) di sclerosi multipla nella popolazione generale perex-ULSS - Anno 2015



Fonte: Regione Veneto, Sistema ACG, Anno 2015

5.3.11 In sintesi

Di seguito si riepilogano gli indici di prevalenza delle patologie croniche illustrate in precedenza:

Prevalenza (x1000) di patologie croniche ULSS 6 Euganea - Anno 2015

Patologia	Prevalenza su 1.000 ab.
Ipertensione Arteriosa	240,0
Dislipidemia	103,6
Diabete	53,4
Ipotiroidismo	34,3
Scompenso Cardiaco Cronico	14,7
Demenza	53,7*

* Dato riferito alla popolazione > 65 anni.

Fonte: Regione Veneto, Sistema ACG, Anno 2015

5.4 I TUMORI

Paragrafo redatto con il contributo del Prof. Massimo Rugge.

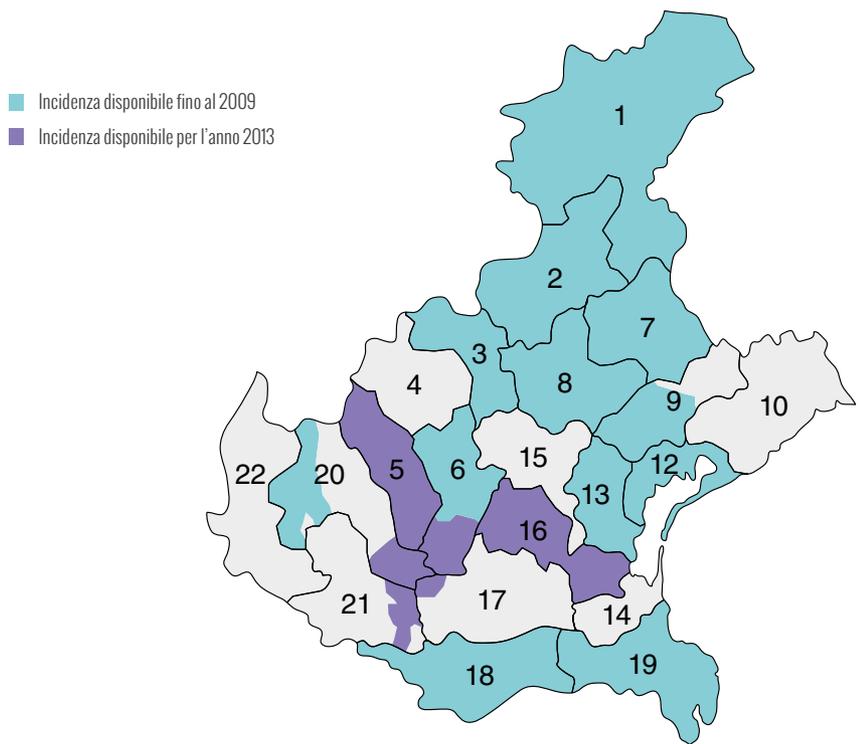
Come già anticipato, i tumori risultano la causa più frequente di morte nel sesso maschile, e la seconda causa più frequente di morte nell'intera popolazione, con particolare incidenza per quanto riguarda le neoplasie del polmone e del grosso intestino.

Si stima che ogni anno in Italia, a fronte di circa 176.000 decessi per tumore, vi siano circa 365.000 cittadini a cui viene posta una nuova diagnosi di tumore (circa 1.000 nuovi casi al giorno), oltre a circa 3.000.000 di persone che hanno avuto questa esperienza nella loro vita e che per questo si sottopongono a visite periodiche di controllo, con un notevole impatto sul sistema sanitario nazionale (stima basata su report AIOM e AIRTUM, *"I numeri del cancro in Italia"*, anno 2016).

Dalla stessa fonte si può stimare che ogni giorno in Veneto venga formulata una diagnosi di neoplasia a 86 persone, per un totale di 31.400 persone all'anno, che si vanno ad aggiungere alle oltre 280.000 persone che hanno già ricevuto una diagnosi di questo tipo.

Dal 1990, la Regione Veneto ha istituito il Registro Tumori Veneto (RTV), un sistema di registrazione sistematica dei casi di patologia tumorale basato sui referti di anatomia patologica e su informazioni aggiuntive acquisite dai certificati di dimissione ospedaliera e dai registri di mortalità. Il Registro Tumori del Veneto mappa la incidenza delle neoplasie maligne nelle diverse aree del territorio regionale e, nel 2017, ha coperto il 75% della popolazione regionale qualificandosi come il più importante dei registri tumori italiani.

Di seguito sono riportate, suddivise per singola ex-ULSS, le aree coperte dalla mappatura fatta dal Registro Tumori: nel 2013 essa era pari al 73% della popolazione complessiva.



Alla luce di queste considerazioni, per ottenere una fotografia completa di questo problema nella popolazione della provincia di Padova, risulta importante descrivere l'incidenza (i nuovi casi identificati ogni anno), la prevalenza (il numero di casi presenti nella popolazione vivente) e la mortalità (numero di decessi per tumore).

Secondo una stima effettuata sulla base dei dati Registro Tumori Veneto per l'anno 2015, emerge come nella provincia di Padova vi siano ogni anno circa 607 nuovi casi di tumore ogni 100.000 abitanti. Ciò significa che ogni giorno circa 17 persone residenti nella attuale ULSS 6 Euganea ricevono una diagnosi di cancro, e circa 1 persona ogni 165 abitanti riceve tale diagnosi nel corso dell'anno.

Stima dei nuovi casi di tumore nelle tre Ex-ULSS della Provincia di Padova (Anno 2015)



Fonte: Regione Veneto, SER – Sistema Epidemiologico Regionale, Registro Tumori, Anno 2015.

I tumori più frequenti nella popolazione maschile sono le neoplasie della prostata, del colon retto e del polmone: secondo la stima effettuata dal Registro Tumori del Veneto, nella popolazione maschile dell'attuale ULSS 6 Euganea nel 2015 vi sono stati 647 nuovi casi di neoplasia prostatica, 443 nuovi casi di tumore del colon retto e 423 nuovi casi di tumore polmonare. Seguono, in ordine di frequenza decrescente, i tumori della vescica, linfomi e leucemie, tumori del rene e delle vie urinarie, del fegato, dello stomaco e del pancreas.

Nella popolazione femminile, invece, il tumore più frequente è quello della mammella (851 nuovi casi stimati nell'ULSS 6 Euganea nell'anno 2015), seguito da quello del colon retto, del polmone e dell'utero dei quali vi sono stati stimati tra le donne rispettivamente 383, 186 e 171.

Prevalenza delle principali neoplasie maligne nella popolazione maschile (Anno 2015)

Sede	Ex ULSS 15 Alta Padovana	Ex ULSS 16 Padova	Ex ULSS 17 Este-Monselice
Cavità Orale	26	44	21
Stomaco	32	55	26
Colon-retto	123	219	101
Fegato	29	68	24
Pancreas	24	57	20
Polmone	117	208	98
Prostata	176	325	146
Vescica	73	147	61
Rene e vie urinarie	33	77	27
Encefalo e altro snc	14	17	11
Linfomi e Leucemie	61	116	48
Totale eccetto pelle	822	1.653	675

Fonte: Regione Veneto, SER – Sistema Epidemiologico Regionale, Registro Tumori, Anno 2015.

Prevalenza delle principali neoplasie maligne nella popolazione femminile (casi osservati - Anno 2015)

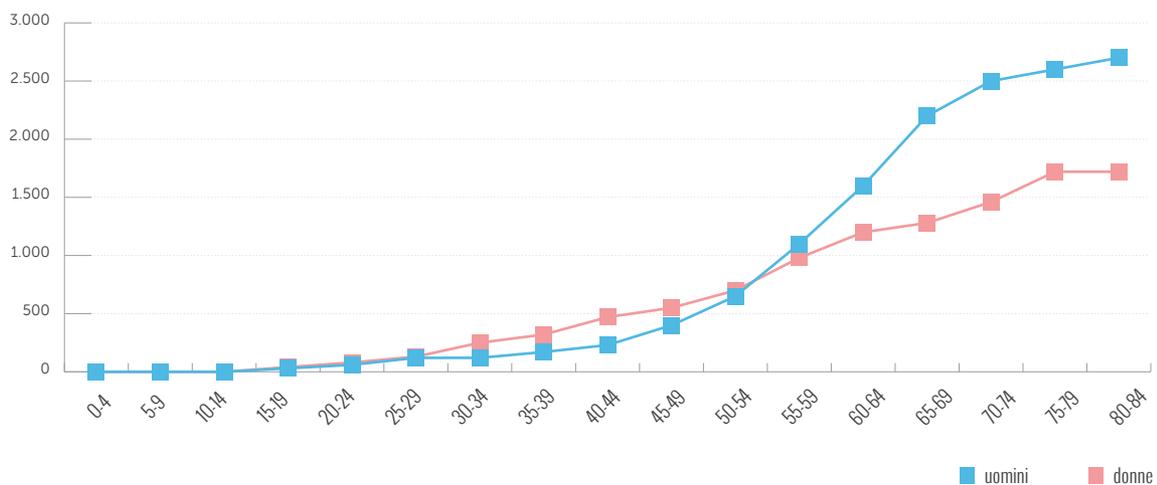
Sede	Ex ULSS 15 Alta Padovana	Ex ULSS 16 Padova	Ex ULSS 17 Este-Monselice
Cavità Orale	10	29	8
Stomaco	20	33	17
Colon-Retto	90	217	76
Fegato	14	25	12
Pancreas	24	59	21

Sede	Ex ULSS 15 Alta Padovana	Ex ULSS 16 Padova	Ex ULSS 17 Este-Monselice
Polmone	45	103	38
Mammella	209	477	165
Utero	41	97	33
Ovaio	21	47	17
Vescica	17	55	15
Rene e vie urinarie	18	49	15
Encefalo e altro SNC	11	30	9
Linfomi e Leucemie	45	74	37
Totale eccetto pelle	696	1.656	567

Fonte: Regione Veneto, SER – Sistema Epidemiologico Regionale, Registro Tumori, Anno 2015.

I tassi di incidenza dei tumori (esclusa pelle) sono maggiori nel sesso maschile e tendono ad aumentare all'aumentare dell'età. L'incremento del numero di casi di tumore osservato negli anni più recenti è infatti dovuto in gran misura all'invecchiamento della nostra popolazione e, solamente in parte, ad un aumento del rischio di ammalarsi.

Tassi di incidenza dei tumori per classi d'età (esclusa la pelle) - Anno 2013



Fonte: Regione Veneto, SER – Sistema Epidemiologico Regionale, Registro Tumori, Anno 2013.

Di seguito riportiamo un focus riguardante le tipologie di tumore più frequenti diagnosticati nell'anno 2013 nei territori delle aziende ex - ULSS 16 ed ex ULSS 17 distinte per sesso e per fasce d'età.

Tale focus ci permette di evidenziare sia le differenze tra quali tipologie di tumore siano più frequenti nella popolazione maschile e quali nella popolazione femminile sia la generale maggior incidenza delle diagnosi di tumore che si registra all'aumentare dell'età.

Tumori più frequenti per fascia di età nella popolazione maschile - Anno 2013

	0 - 49				50 - 69				70 e più			
	Ex ULSS 16		Ex ULSS 17		Ex ULSS 16		Ex ULSS 17		Ex ULSS 16		Ex ULSS 17	
	Tipo Neoplasia	N. casi	Tipo Neoplasia	N. casi	Tipo Neoplasia	N. casi	Tipo Neoplasia	N. casi	Tipo Neoplasia	N. casi	Tipo Neoplasia	N. casi
1	Melanoma	28	Testicolo	7	Prostata	165	Prostata	54	Prostata	314	Polmone	57
2	Testicolo	21	Melanoma	6	Colon-Retto	69	Polmone	39	Colon-Retto	208	Prostata	54
3	Linfoma di Hodgkin	18	Colon-Retto	5	Polmone	59	Colon-Retto	26	Polmone	198	Colon-Retto	49
4	Rene e vie urinarie	10	Linfoma di Hodgkin	5	Vescica	55	Vescica	24	Vescica	141	Vescica	41
5	Vescica	10	Polmone	4	Melanoma	42	Cavità orale	11	Melanoma	90	Stomaco	24

Fonte: Regione Veneto, SER – Sistema Epidemiologico Regionale, Registro Tumori, Anno 2015.

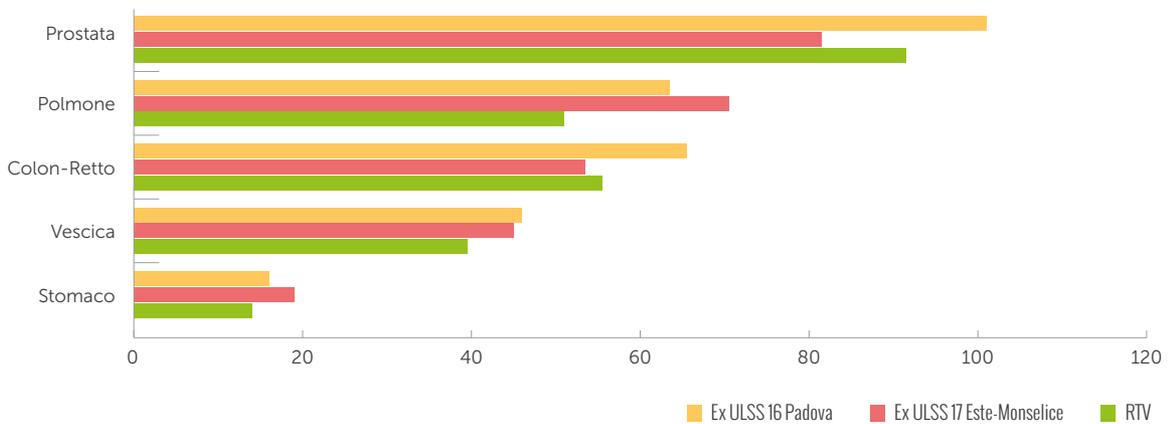
Tumori più frequenti per fascia di età nella popolazione femminile - Anno 2013

	0 - 49				50 - 69				70 e più			
	Ex ULSS 16		Ex ULSS 17		Ex ULSS 16		Ex ULSS 17		Ex ULSS 16		Ex ULSS 17	
	Tipo Neoplasia	N. casi	Tipo Neoplasia	N. casi	Tipo Neoplasia	N. casi	Tipo Neoplasia	N. casi	Tipo Neoplasia	N. casi	Tipo Neoplasia	N. casi
1	Mammella	114	Mammella	46	Mammella	207	Mammella	81	Mammella	466	Mammella	53
2	Tiroide	58	Tiroide	24	Colon-Retto	63	Colon-Retto	24	Colon-Retto	210	Colon-Retto	52
3	Melanoma	24	Colon-Retto	7	Tiroide	56	Polmone	17	Tiroide	125	Polmone	23
4	Colon-Retto	13	Utero	7	Utero	45	Linfoma di Hodgkin	12	Polmone	100	Pancreas	15
5	Utero	11	Linfoma di Hodgkin	7	Melanoma	38	Utero		Utero	94	Stomaco	11

Fonte: Regione Veneto, SER – Sistema Epidemiologico Regionale, Registro Tumori, Anno 2015.

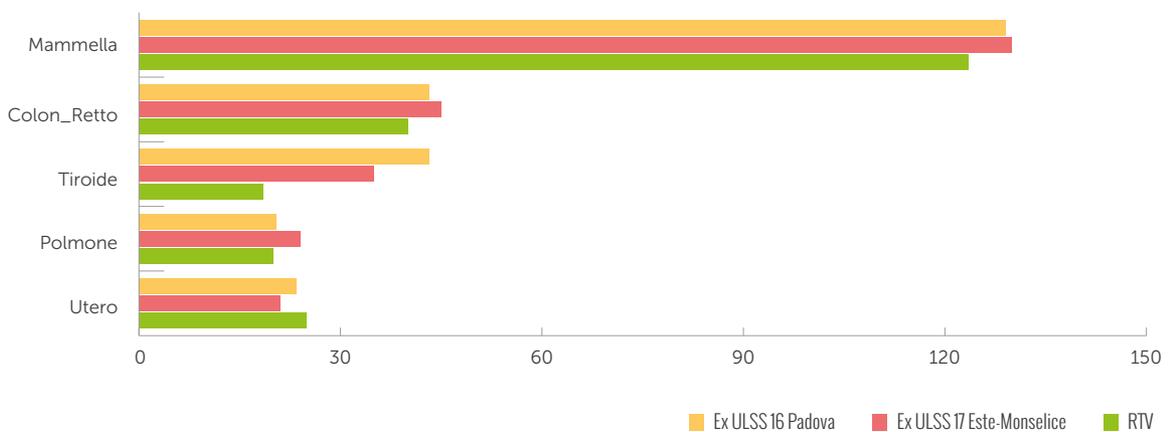
Allo stesso modo è possibile effettuare un confronto fra i territori della ex-ULSS 16, ex-ULSS 17 e l'area coperta dalla mappatura del registro tumori inerenti i tassi di incidenza relativi all'anno 2013 delle principali neoplasie distinte per sesso.

Tasso standardizzato (x 100.000) di incidenza delle principali neoplasie nella popolazione maschile - Registro Tumori anno 2013



Fonte: Regione Veneto, SER – Sistema Epidemiologico Regionale, Registro Tumori, Anno 2013.

Tasso standardizzato (x 100.000) di incidenza delle principali neoplasie nella popolazione femminile - Registro Tumori anno 2013

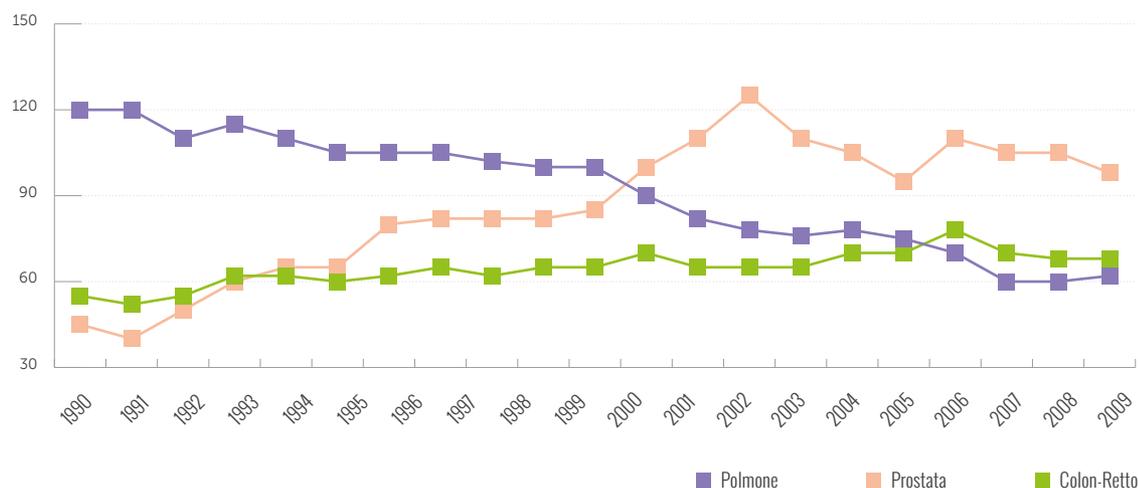


Fonte: Regione Veneto, SER – Sistema Epidemiologico Regionale, Registro Tumori, Anno 2013.

5.4.1 Il quadro generale

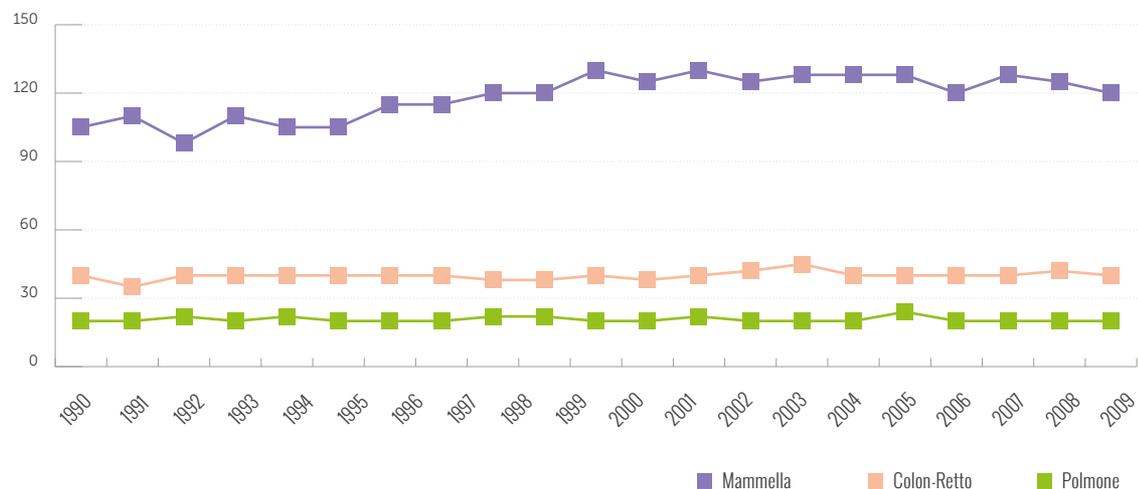
Prima di focalizzare la nostra attenzione su alcune forme di neoplasia all'interno del territorio dell'ULSS 6 Euganea, si ritiene opportuno definire il contesto generale del territorio veneto attraverso gli andamenti temporali registrati per le principali neoplasie distinte per sesso. L'incidenza delle neoplasie mammarie dopo una crescita registrata negli anni '90, si è stabilizzata a partire dal 2002, momento in cui presumibilmente si è esaurito l'incremento diagnostico associato ai round di prevalenza dei programmi di screening mammografico, che in Veneto sono stati avviati a partire dal 1998. Tale andamento è più evidente analizzando separatamente l'incidenza per fascia d'età nella popolazione europea (Fonte: Variazioni temporali dell'incidenza dei tumori nell'area coperta dal Registro Tumori del Veneto. Periodo 1990-2009).

Andamento temporale dal 1990 al 2009 dei tassi di incidenza standardizzati delle principale neoplasia sulla popolazione maschile - Area RTV



Fonte: Regione Veneto, SER – Sistema Epidemiologico Regionale, Registro Tumori, Anno 2013

Andamento temporale dal 1990 al 2009 dei tassi di incidenza standardizzati delle principale neoplasia sulla popolazione femminile - Area RTV

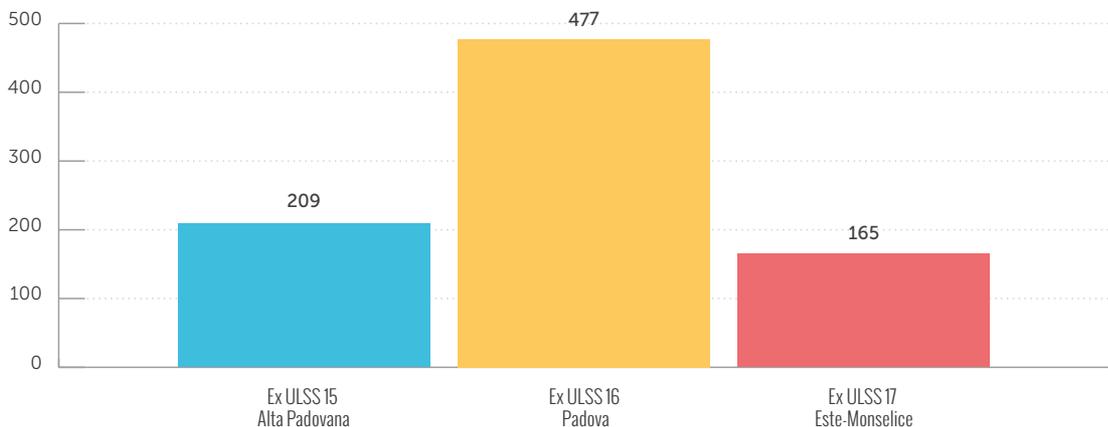


Fonte: Regione Veneto, SER – Sistema Epidemiologico Regionale, Registro Tumori, Anno 2013

5.4.2 Neoplasie della Mammella

Le neoplasie della mammella rappresentano circa un quinto delle neoplasie totali nella popolazione Italiana (Epiprev 2015). Il rischio di sviluppare un carcinoma della mammella aumenta con l'aumentare dell'età, con una probabilità massima di sviluppo di cancro al seno del 5,5% nella fascia di età tra 50 e 69 anni (1 donna su 18). Non considerando i carcinomi cutanei, il carcinoma mammario è la neoplasia più diagnosticata nelle donne, in cui circa un tumore maligno ogni tre (30%) è un tumore mammario. Per quanto riguarda la mortalità indotta da questa patologia, in numerosi Paesi europei a fronte di un aumento dell'incidenza di nuovi casi è stata registrata una forte riduzione della mortalità da essa provocata: la sopravvivenza a 5 anni delle donne con tumore della mammella in Italia è pari all'85,5%, più elevata rispetto alla media europea (81,8%) inoltre in Italia vivono complessivamente 692.955 donne che hanno avuto una diagnosi di carcinoma mammario, pari al 41% di tutte le donne che convivono con una pregressa diagnosi di tumore. Nella provincia di Padova nel 2015 il Registro Tumori Veneto ha stimato 851 nuovi casi di neoplasia della mammella.

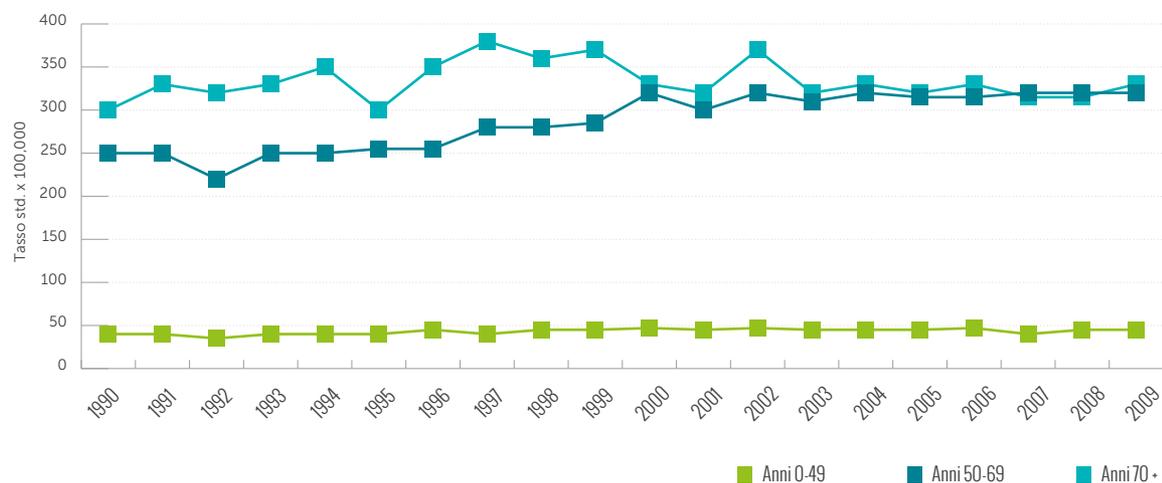
Nuovi casi di tumore della Mammella (Stima Anno 2015)



Fonte: Regione Veneto, SER – Sistema Epidemiologico Regionale, Registro Tumori, Stima anno 2015.

L'incidenza delle neoplasie mammarie dopo una crescita registrata negli anni '90, si è stabilizzata a partire dal 2002, momento in cui presumibilmente si è esaurito l'incremento diagnostico associato ai round di prevalenza dei programmi di screening mammografico, che in Veneto sono stati avviati a partire dal 1998. Tale andamento è più evidente analizzando separatamente l'incidenza per fascia d'età nella popolazione europea (Fonte: Variazioni temporali dell'incidenza dei tumori nell'area coperta dal Registro Tumori del Veneto. Periodo 1990-2009).

Andamento temporale dal 1990 al 2009 dei tassi di incidenza standardizzati (x 100.000) del tumore alla mammella sulla popolazione europea, per fasce di età

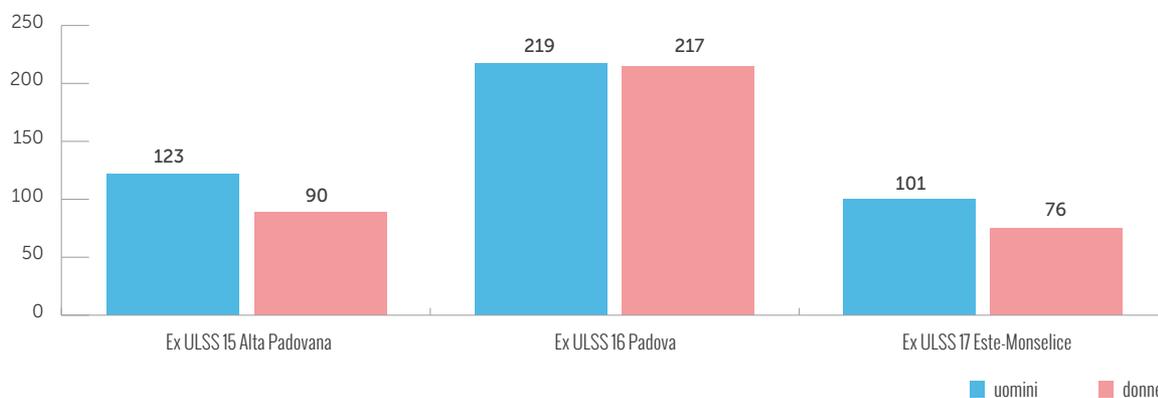


Fonte: Regione Veneto, SER – Sistema Epidemiologico Regionale, Registro Tumori, Anni 1990 - 2009

5.4.3 Neoplasie del Colon-Retto

Le Neoplasie del Colon e del Retto rappresentano il secondo tumore più frequente in entrambi i sessi, nel maschio dopo quello della prostata e nella femmina dopo quello della mammella. Nella provincia di Padova nel 2015 il Registri Tumori Veneto ha stimato 826 nuovi casi di neoplasia del colon-retto: rispettivamente 443 nei maschi e 383 tra le femmine.

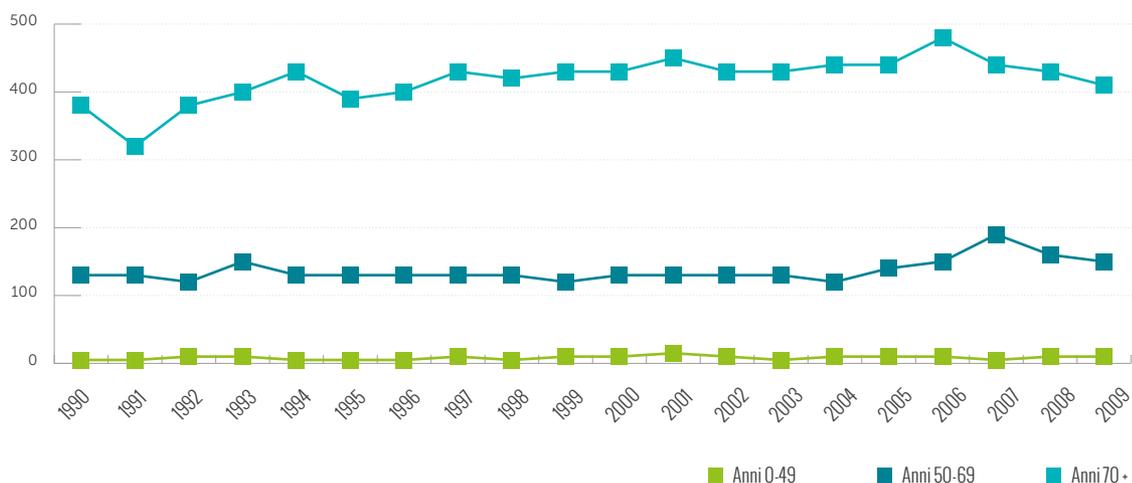
Nuovi casi di tumore del Colon-Retto (Stima Anno 2015)



Fonte: Regione Veneto, SER – Sistema Epidemiologico Regionale, Registro Tumori, Stima anno 2015

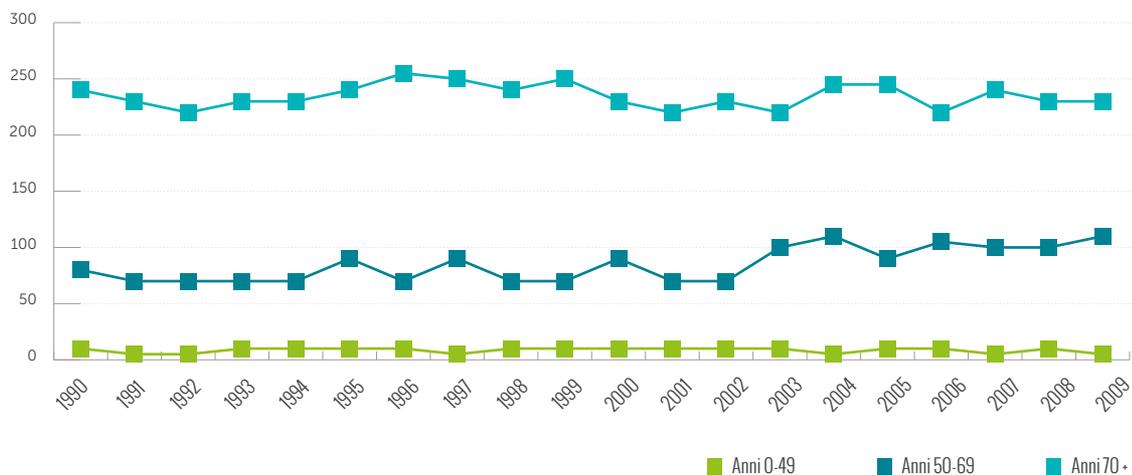
L'andamento dell'incidenza del tumore del colon retto risente dell'introduzione dello screening nella popolazione di età 50-69 anni (avviato nelle diverse ASL in anni diversi, tra il 2002 e il 2009) che ha comportato inizialmente un aumento dell'incidenza, dovuto alle diagnosi precoci di tumori che si sarebbero manifestati più tardi. Negli ultimi due anni di osservazione si sta invece notando una prima riduzione dell'incidenza, legata sia all'esaurirsi del fenomeno appena descritto che all'effetto favorevole derivante dalla identificazione e bonifica di elevati numeri di lesioni precancerose (adenomi avanzati). L'effetto dei programmi di screening sull'andamento dell'incidenza del tumore del colon retto nella popolazione femminile è meno evidente di quello già descritto per i maschi. (Variazioni temporali dell'incidenza dei tumori nell'area coperta dal Registro Tumori del Veneto. Periodo 1990-2009).

Andamento temporale dal 1990 al 2009 dei tassi di incidenza standardizzati (x 100.000) del tumore al colon-retto sulla popolazione europea, per fasce di età - sesso Maschile



Fonte: Regione Veneto, SER – Sistema Epidemiologico Regionale, Registro Tumori, Anni 1990 - 2009

Andamento temporale dal 1990 al 2009 dei tassi di incidenza standardizzati (x 100.000) del tumore al colon-retto sulla popolazione europea, per fasce di età - sesso Femminile



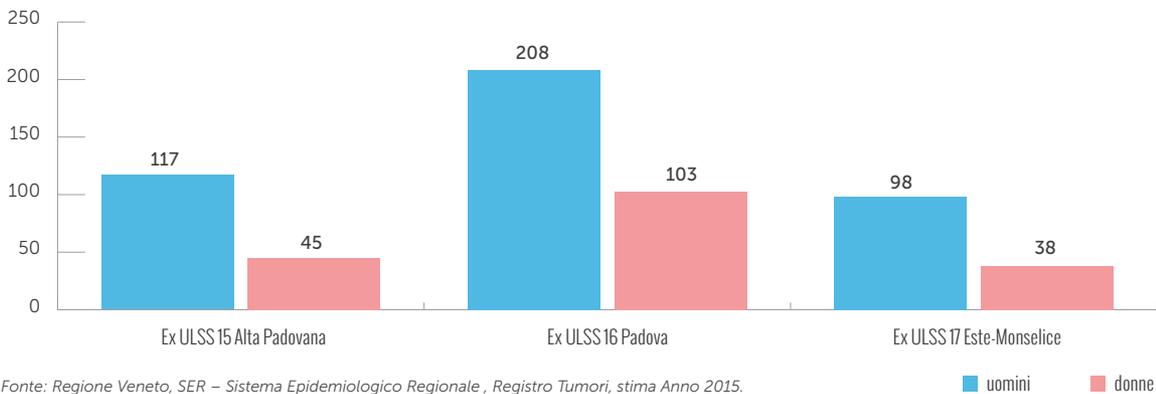
Fonte: Regione Veneto, SER – Sistema Epidemiologico Regionale, Registro Tumori, Anni 1990 - 2009

5.4.4 Neoplasie del Polmone

Il Cancro del Polmone ha per molto tempo rappresentato la più comune causa di morte per neoplasia.

Nella provincia di Padova nel 2015 il Registro Tumori Veneto ha stimato 609 nuovi casi di neoplasia del polmone: rispettivamente 423 nei maschi e 186 tra le femmine. Negli ultimi 20 anni l'incidenza del tumore del polmone ha registrato un calo progressivo nei maschi, particolarmente rilevante negli anni 2000, quando il decremento medio annuo è stato del 5%. Nelle donne si è invece osservato un lieve aumento dell'incidenza durante l'intero periodo di osservazione

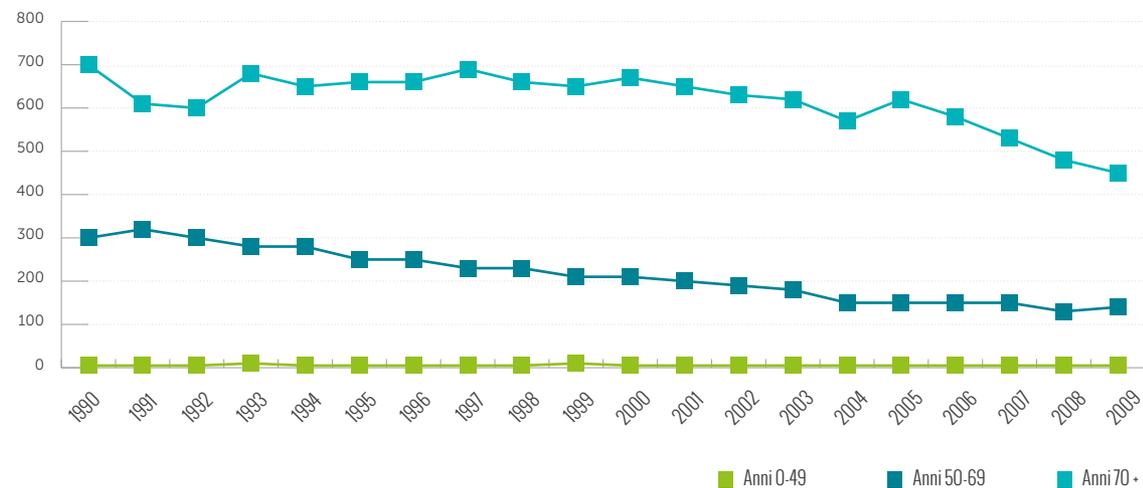
Nuovi casi di tumore del Polmone (Stima Anno 2015)



Fonte: Regione Veneto, SER – Sistema Epidemiologico Regionale, Registro Tumori, stima Anno 2015.

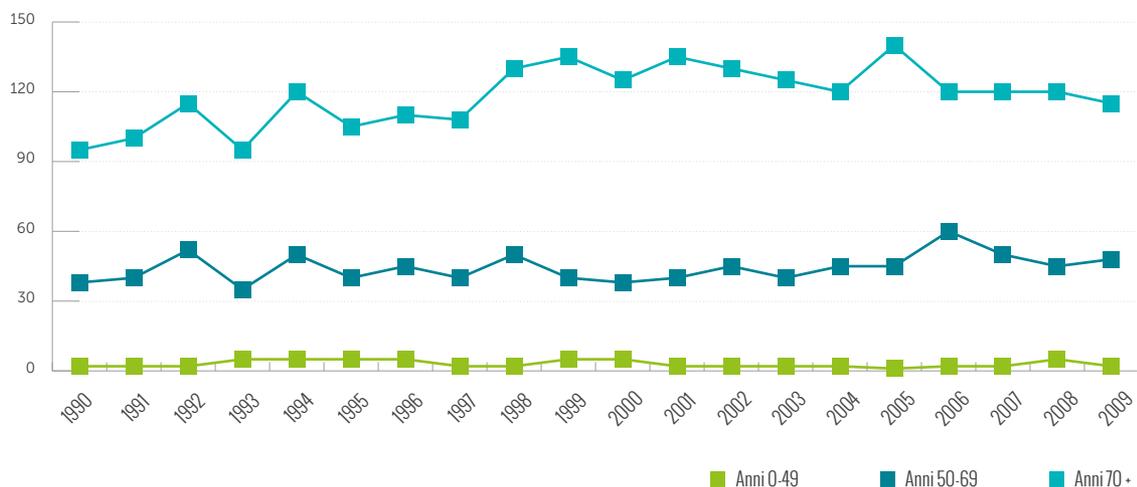
Nel sesso maschile, anche nella Regione Veneto, è in atto una progressiva riduzione di incidenza del tumore del polmone, che dal 2007 risulta inferiore al tumore del colon retto: tale andamento è a carico sia della fascia d'età più anziana, a partire dal 2001, che, della fascia di età 50-69 anni, nella quale l'incidenza è diminuita del 5% all'anno. Nel sesso femminile invece l'incidenza sembra essere in aumento (Variazioni temporali dell'incidenza dei tumori nell'area coperta dal Registro Tumori del Veneto. Periodo 1990-2009).

Andamento temporale dal 1990 al 2009 dei tassi di incidenza standardizzati (x 100.000) del tumore al polmone sulla popolazione europea, per fasce di età - Sesso Maschile



Fonte: Regione Veneto, SER – Sistema Epidemiologico Regionale, Registro Tumori, Anni 1990 – 2009.

Andamento temporale dal 1990 al 2009 dei tassi di incidenza standardizzati del tumore al polmone sulla popolazione europea, per fasce di età - Sesso Femminile

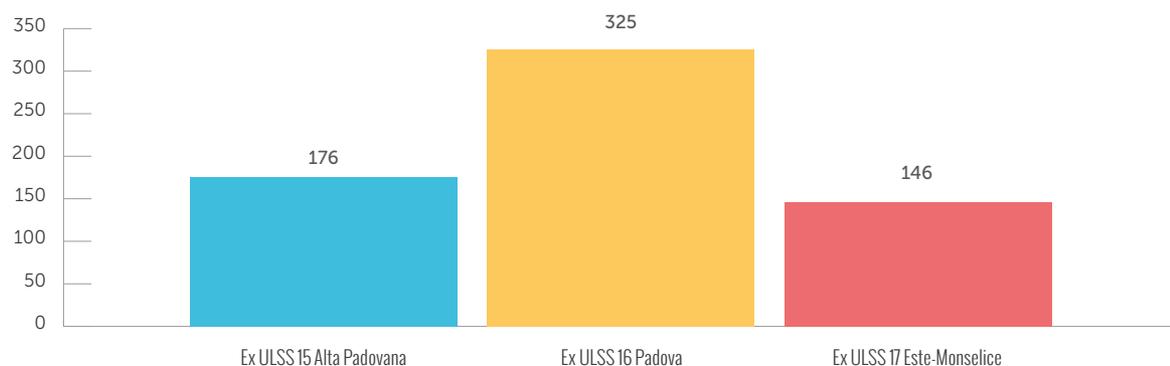


Fonte: Regione Veneto, SER – Sistema Epidemiologico Regionale, Registro Tumori, Anni 1990 – 2009.

5.4.5 La Neoplasia della Prostata

La neoplasia della prostata è diventata negli ultimi dieci anni la neoplasia maligna più frequente nel sesso maschile, rappresentando circa il 15-20% di tutte le neoplasie. Rappresenta anche la terza causa di morte per tumore più frequente nel sesso maschile (8%) dopo Polmone (26%) e Colon-Retto (10%). Alla base di tale fenomeno vi è soprattutto un miglioramento nella capacità di identificare precocemente tale patologia. La sopravvivenza a 5 anni degli uomini con tumore della prostata in Italia è pari a 88,6%, più elevata rispetto alla media europea (83,4%). Nella provincia di Padova nel 2015 il Registro Tumori Veneto ha stimato 647 nuovi casi di neoplasia della prostata.

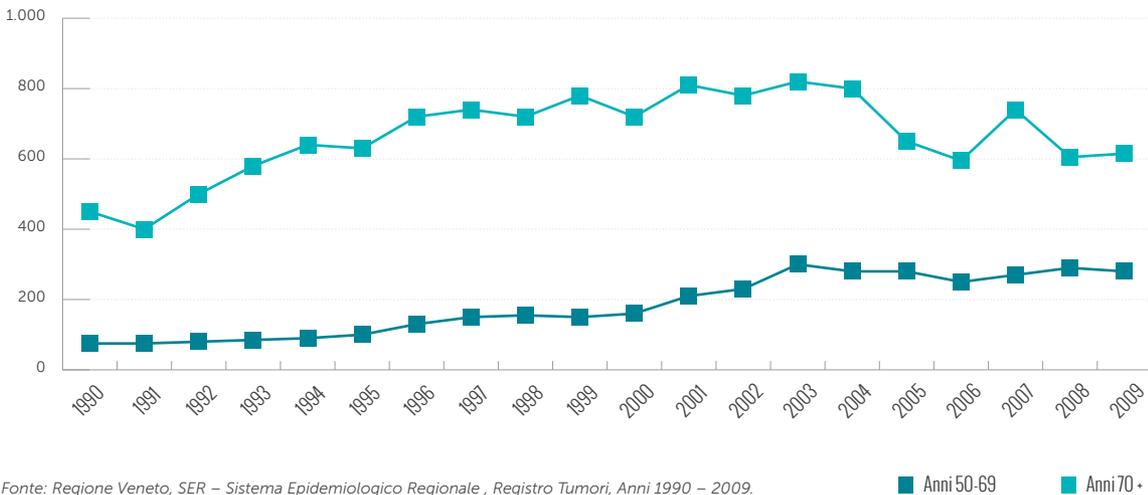
Nuovi casi di tumore della Prostata (Stima Anno 2015)



Fonte: Regione Veneto, SER – Sistema Epidemiologico Regionale, Registro Tumori, Anno 2015.

L'incidenza di questo tumore, dopo un picco registrato nel 2003, si sta riducendo probabilmente a seguito di una riduzione del ricorso al test PSA dopo il boom della seconda metà degli anni '90; tale decremento è difatti più evidente nelle fasce d'età più elevate, nelle quali dal 2003 l'incidenza si è ridotta del 5% all'anno (Variazioni temporali dell'incidenza dei tumori nell'area coperta dal Registro Tumori del Veneto. Periodo 1990-2009).

Andamento temporale dal 1990 al 2009 dei tassi di incidenza standardizzati ($\times 100.000$) del tumore alla prostata sulla popolazione europea, per fasce di età - Sesso Maschile



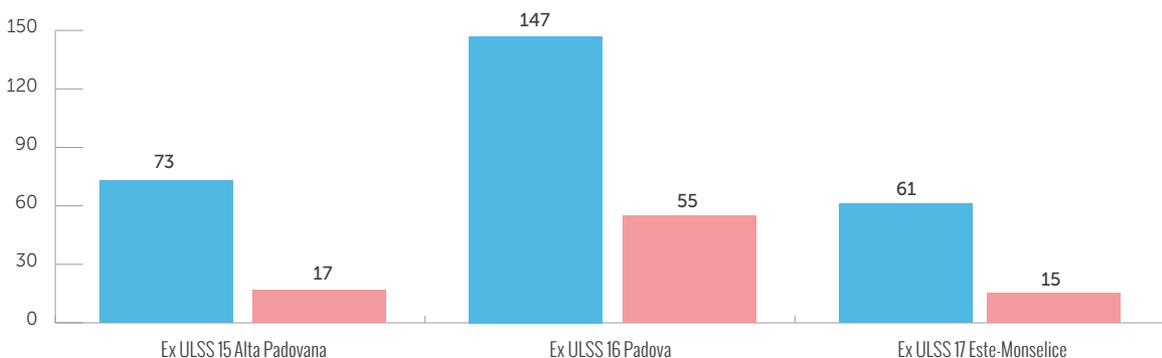
Fonte: Regione Veneto, SER – Sistema Epidemiologico Regionale, Registro Tumori, Anni 1990 – 2009.

■ Anni 50-69 ■ Anni 70+

5.4.6 Neoplasie della Vescica

Nella provincia di Padova nel 2015 il Registro Tumori Veneto ha stimato 368 nuovi casi di neoplasia della vescica, rispettivamente 281 nel maschio e 87 nella femmina. Nel tempo l'incidenza di tale patologia neoplastica sta avendo una lieve riduzione nel sesso maschile mentre è stabile in quello femminile.

Nuovi casi di tumore della Vescica (Stima Anno 2015)



Fonte: Regione Veneto, SER – Sistema Epidemiologico Regionale, Registro Tumori, Anno 2015

■ uomini ■ donne

5.4.7 La prevenzione come strumento principale di difesa

L'obiettivo degli screening oncologici è la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori; gli screening sviluppati e identificati come tali risultano essere quelli relativi alle patologie oncologiche del collo dell'utero, della mammella e del colon-retto.

Lo screening oncologico rappresenta uno strumento di prevenzione secondaria poiché, attraverso il monitoraggio delle fasce di popolazione considerate a rischio, mira all'individuazione dei soggetti ammalati, in particolar modo quelli affetti da uno stadio iniziale e asintomatico della patologia.

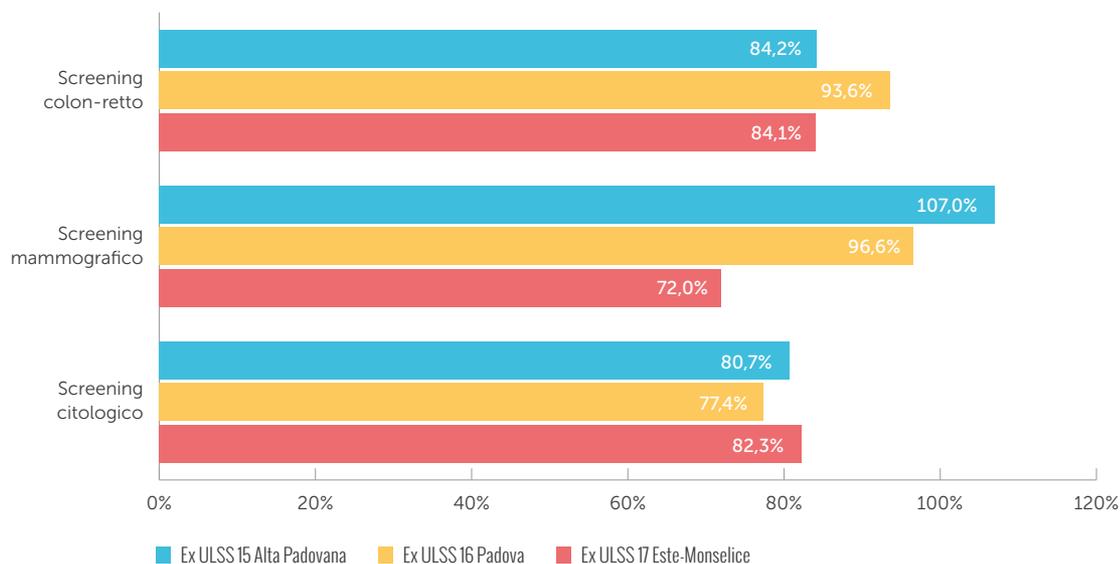
L'intento dei programmi di screening è perciò quello di ottenere la guarigione o comunque a limitare la mortalità di una determinata patologia attraverso l'identificazione della stessa o di una condizione di particolare rischio seguita da un immediato intervento terapeutico efficace, atto a interromperne o rallentarne il decorso.

Di seguito vengono elencate le diverse tipologie di screening oncologici

- **Screening citologico:** consiste in un prelievo cervico-vaginale per la ricerca del virus HPV (HPV TEST) ed in un esame citologico delle cellule del collo dell'utero; interessa le donne dall'età dei 25 ai 64 anni (HPV TEST dai 30 anni) e viene ripetuto ogni 3-5 anni (per HPV).
- **Screening mammografico:** consiste in un esame radiologico delle mammelle ed il referto è esaminato da due radiologi specializzati, interessa le donne nella fascia d'età 50-69 anni e viene ripetuto ogni 2 anni.
- **Screening del colon-retto:** consiste nella ricerca, in un campione di feci, di sangue non visibile ad occhio nudo (ricerca sangue occulto), interessa uomini e donne nella fascia d'età 50-69 anni e viene ripetuto ogni 2 anni.

Di seguito si possono osservare i dati relativi alla copertura degli screening sulla popolazione delle tre ex-aziende ULSS rilevate nell'anno 2014.

Copertura degli screening sulla popolazione delle ex-aziende ULSS



Fonte: Dipartimento di Prevenzione ex-ULSS 15, ex-ULSS 16 ed ex-ULSS 17, Dati di Attività, Anno 2014.

Va considerato che le percentuali di estensione degli screening devono essere valutate nell'arco temporale previsto per la loro esecuzione, pari ad un ciclo di 2 anni per gli screening colon-retto e mammografico e ad uno di 3-5 anni per lo screening citologico-HPV.

Secondo quanto riportato nel rapporto del Ministero della Salute "I numeri del cancro in Italia - Anno 2015", si sottolinea come a livello nazionale vi sia stato negli ultimi anni un andamento di progressiva diminuzione della mortalità nel complessivo dei casi di neoplasia e per molte delle patologie tumorali a più elevato impatto per entrambi i sessi.

Questo risultato dimostra come l'azione combinata di interventi di prevenzione primaria attraverso la modifica degli stili di vita uniti a interventi di prevenzione secondaria attraverso le campagne di screening sia in grado di condurre ad una effettiva diminuzione dell'esposizione ai fattori di rischio e, di conseguenza, al numero dei casi di malattia, e ad una cura delle patologie attraverso trattamenti e terapie meno invasive, più efficaci e più accessibili.



5.5 TUMORI - MORTALITÀ

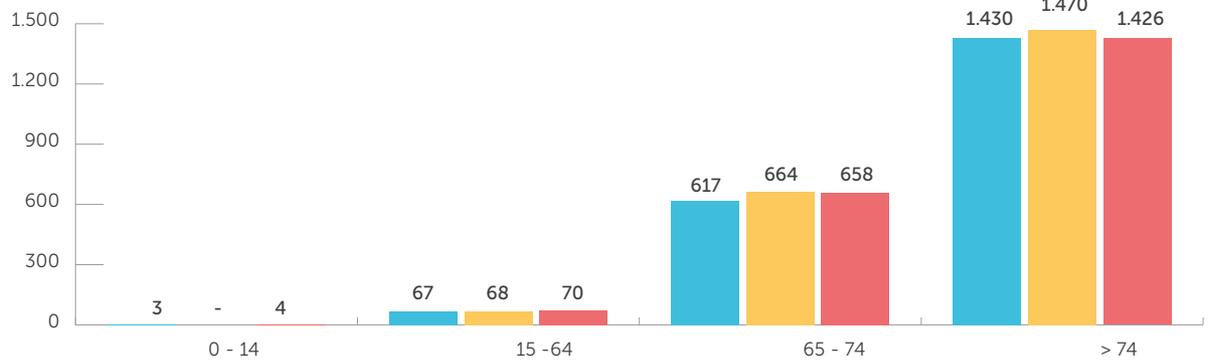
Nel Veneto si verificano circa 7.800 decessi all'anno per tumore negli uomini, e circa 6.200 nelle donne. Nel periodo 2010-2013 il tasso standardizzato di mortalità si è ridotto in entrambi i sessi. La mortalità è maggiore nel sesso femminile nella fascia di età 30-44 anni e maggiore nel sesso maschile nelle classi di età successive; a partire dai 65 anni la mortalità per tumore è doppia negli uomini rispetto alle donne, e tale rapporto si mantiene anche nei grandi anziani. Il tumore della mammella rappresenta ancora la prima causa di decesso per neoplasia nelle donne. La mortalità è elevata già nelle fasce di età più giovani: nella classe 45-64 anni nel periodo 2010-2013 si sono osservati quasi 1000 decessi per tumore della mammella, circa il 15% del totale registrato nelle donne, una quota che da sola supera tutto l'insieme delle malattie circolatorie.

Le neoplasie polmonari sono una causa rilevante di mortalità già nella classe di età 45-64 anni. Il rapporto uomini / donne nei tassi osservati cresce progressivamente con l'età: da 2,2 nella classe 45-64 a 4,6 nelle età più avanzate.

Nel periodo 2010-2013 si è registrata una lieve riduzione dei tassi standardizzati di mortalità per tumori di colon, retto ed ano, in entrambi i sessi. I tassi osservati nell'ultimo decennio sono sostanzialmente stabili e quelli standardizzati per età in riduzione. In particolare, nella classe di età 50-74 anni, dove è atteso l'effetto dello screening, la riduzione è particolarmente marcata a partire da metà dello scorso decennio.

A differenza di altre sedi di neoplasia non si sono registrate nel Veneto variazioni maggiori dei tassi di mortalità per tumore del pancreas.

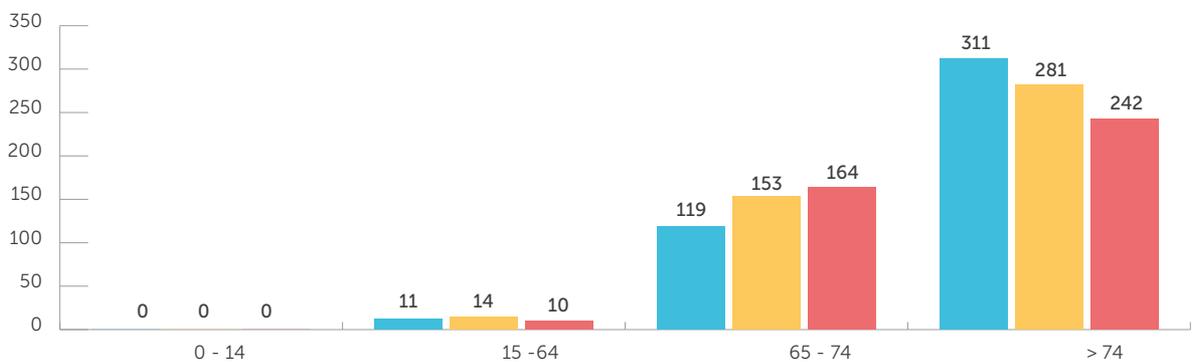
Tasso standardizzato (x 100.000) di morte per neoplasie maligne (2011-2013)



Fonte: Regione Veneto, Registro Tumori, Anno 2013.

■ Ex ULSS 15 Alta Padovana ■ Ex ULSS 16 Padova ■ Ex ULSS 17 Este-Monselice

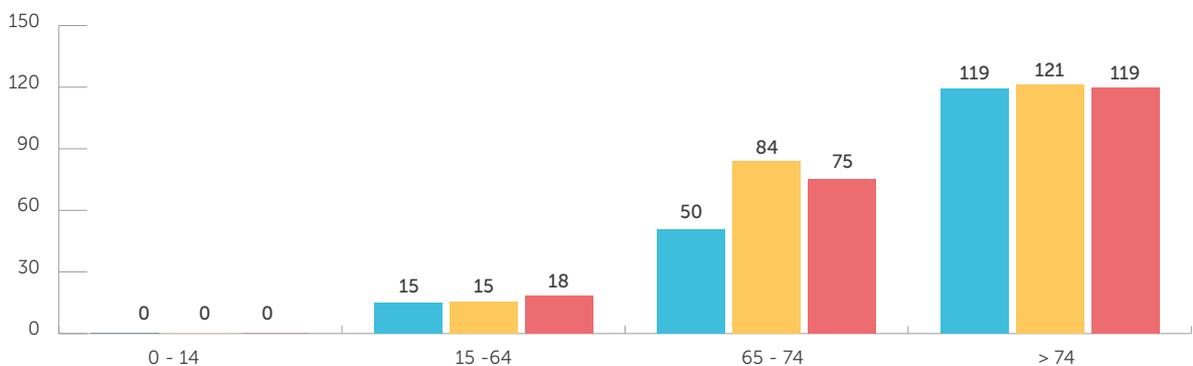
Tasso standardizzato (x 100.000) di morte per neoplasie maligne dei bronchi, trachea e polmone (2011-2013)



Fonte: Regione Veneto, Registro Tumori, Anno 2013.

■ Ex ULSS 15 Alta Padovana ■ Ex ULSS 16 Padova ■ Ex ULSS 17 Este-Monselice

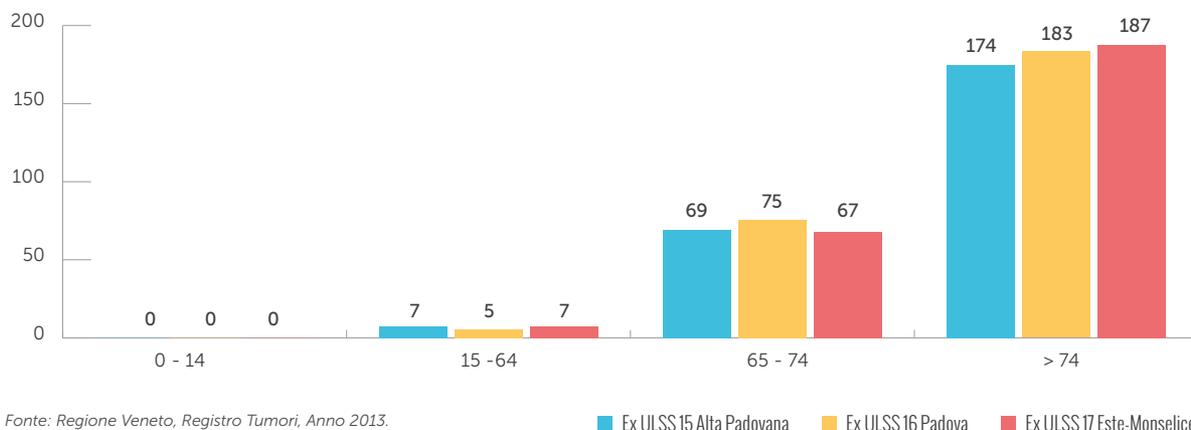
Tasso standardizzato (x 100.000) di morte per neoplasie maligne della mammella nella popolazione femminile (2011-2013)



Fonte: Regione Veneto, Registro Tumori, Anno 2013.

■ Ex ULSS 15 Alta Padovana ■ Ex ULSS 16 Padova ■ Ex ULSS 17 Este-Monselice

Tasso standardizzato (x 100.000) di morte per neoplasie maligne del colon-retto (2011-2013)



5.5.1 Sistema Epidemiologico Integrato “SEI”

A cura del Prof. Vincenzo Baldo

In ambito epidemiologico, le informazioni sanitarie sono di particolare interesse in quanto possono essere riferibili a popolazioni di dimensioni notevoli e, essendo quasi esclusivamente di tipo amministrativo, vengono raccolte in modo routinario e sistematico. Il Sistema Epidemiologico Integrato (SEI), raccorda i dati contenuti nei vari archivi sanitari, attraverso l'identificazione univoca dell'assistito e delle rispettive prestazioni eseguite.

Un limite importante è dato dalla modalità di raccolta delle informazioni, effettuato da molteplici professionisti sanitari che, indipendentemente dai processi formativi effettuati per ottenere la standardizzazione e l'adesione alle varie classificazioni, possono ridurne la qualità. D'altro canto, la possibilità di incrociare le varie informazioni, permette di controllarne e aumentarne il contenuto informativo. Tali caratteristiche impongono pertanto un'attenta e preliminare valutazione qualitativa dei dati ottenuti da tali fonti, prima di un loro utilizzo a fini epidemiologici.

I sistemi integrati sono metasistemi che utilizzano le informazioni sanitarie registrate routinariamente. Hanno lo scopo di ricostruire i percorsi che i singoli assistiti compiono nel corso della loro vita all'interno del Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Il substrato indispensabile è costituito dall'anagrafe sanitaria (o comunale), alla quale vanno ricondotti gli eventi presenti negli archivi sanitari. Il terzo elemento costitutivo è dato dallo sviluppo e dalle esperienze di applicazione di algoritmi di definizione di specifiche patologie. Il SEI, attraverso l'incrocio integrato degli archivi sanitari elettronici e l'utilizzo dei dati in essi contenuti, permette di stimare il carico di varie patologie e di attuare un'attività di monitoraggio epidemiologico senza dover progettare indagini ad hoc per ricavare informazioni.

Grazie a tale sistema è quindi possibile interrogare la banca dati integrata analizzando contemporaneamente le informazioni contenute in diverse fonti e classificandolo, pertanto, come un sistema epidemiologico di sorveglianza della popolazione.

La costruzione del sistema e la sua alimentazione è ovviamente caratterizzata dalla possibilità di disporre degli archivi di un'azienda sanitaria che sono molti, articolati e talvolta di grandi dimensioni, i principali sono illustrati nella seguente tabella.

Tipologie di archivi disponibili

Fonte
Anagrafe sanitaria
Anagrafe comunale
Mortalità
Schede dimissioni ospedaliere (sdo)
Mobilità passiva delle sdo
Prescrizioni farmaceutiche
Esenzioni ticket
Anatomia patologica

5.5.2 Potenzialità del Sistema Epidemiologico Integrato

Costituito il SEI è possibile interrogare la banca dati integrata, analizzando contemporaneamente le informazioni contenute in diverse fonti. Questo procedimento, mediante l'applicazione di specifici algoritmi validati, consente di stimare il carico di varie patologie e di attuare un'attività di monitoraggio epidemiologico senza dover progettare indagini ad hoc per ricavare informazioni, classificandolo pertanto, come un sistema epidemiologico di sorveglianza della popolazione. Ulteriore ed interessante opportunità è l'integrazione del SEI con i GIS (Geographic Information System), tali sistemi consentono di effettuare studi descrittivi (ecologici) che, attraverso la rappresentazione dell'intensità di un fenomeno a livello territoriale, individuano rapidamente e intuitivamente le aree di interesse, focalizzando l'attenzione verso i fenomeni più rilevanti.

L'utilizzo dei GIS permette di sovrapporre ed analizzare diverse variabili simultaneamente, riguardanti dati socio-sanitari, anagrafici, ambientali o territoriali. L'integrazione del SEI con il GIS può quindi contribuire a diverse finalità di sanità pubblica, sia in termini preventivi che assistenziali, in particolare all'approfondimento delle conoscenze sulla distribuzione delle malattie e dei fattori di rischio, comprensivi di quelli ambientali, alla pianificazione e alla valutazione degli interventi sanitari (accessibilità, equità, appropriatezza) e alla possibilità del loro utilizzo durante emergenze (eventi naturali o antropici).

Ulteriori prospettive future sono da riferirsi alle possibilità di creare corti longitudinali, utili per testare ipotesi eziologiche e per valutare gli eventuali interventi sanitari, e quello di impiegare anche altre fonti correnti (CEDAP, INAIL, archivi MMG e PLS, Registro tumori).

Nell'ambito dell'azienda Euganea, in collaborazione con ARPAV e con l'Università di Padova, nello specifico con la Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, si è utilizzata tale metodica nelle tre ex aziende sanitarie la fine di valutare alcune situazioni di particolare criticità ambientale e si prospetta nel futuro che tale collaborazione diventi sistematica.

CAPITOLO 6

L'AREA SOCIO SANITARIA

Le attività svolte da un'azienda sanitaria non si limitano all'erogazione di prestazioni di carattere strettamente sanitario: ad esse si aggiunge una rete coordinata di interventi e prestazioni di natura socio-assistenziale che hanno come obiettivo quello di definire e mettere in atto strategie educative, preventive, di cura e di assistenza nei confronti delle fasce di popolazione considerate socialmente più vulnerabili quali donne, bambini, anziani, disabili, persone malate o non autosufficienti e persone colpite da fenomeni di dipendenza.

Nel presente paragrafo saranno analizzate alcune delle principali strategie di intervento promosse in ambito socio-assistenziale dalle aziende ex- ULSS della provincia di Padova, attraverso una descrizione degli stessi e un'analisi comparativa sui volumi d'intervento riguardanti ciascuna delle categorie sociali maggiormente a rischio.

6.1 INFANZIA E ADOLESCENZA

Oltre a rappresentare una delle categorie sociali più a rischio e quindi maggiormente bisognosa di forme di sostegno e tutela, bambini e adolescenti rappresentano al contempo la categoria sociale maggiormente coinvolta negli interventi di carattere educativo e di prevenzione in ambito sia sanitario che socio-assistenziale.

A questo proposito di seguito il focus sarà rivolto in primo luogo alle coperture vaccinali in età neonatale e in secondo luogo ai servizi forniti per l'età evolutiva.

6.1.1 Le coperture vaccinali in età neonatale

Le vaccinazioni in età neonatale hanno lo scopo di prevenire l'insorgenza di malattie gravi e potenzialmente letali o invalidanti, creando nell'individuo uno stato immunitario ad uno o più agenti patogeni.

In seguito alla sospensione dell'obbligo vaccinale, il Ministero della Salute ha predisposto un sistema di monitoraggio delle coperture vaccinali per le nuove coorti di nascita tramite un'apposita scheda di rilevazione. Con questo strumento vengono raccolti con cadenza annuale i dati relativi alle coperture vaccinali a 24 mesi di vita (cicli completati), le coperture a 36 mesi, i richiami a 5-6 anni di età e negli adolescenti ed infine la situazione vaccinale sull'HPV.

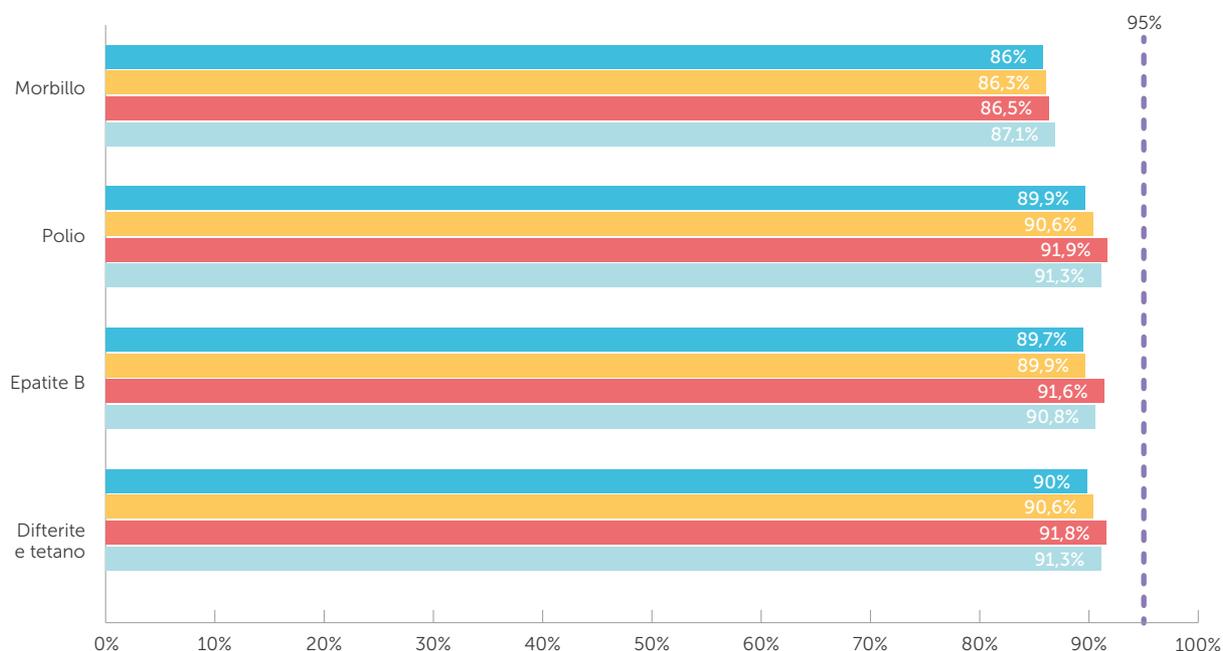
Il successivo grafico riporta i tassi di copertura vaccinale a 24 mesi per la coorte di nascita del 2013 per difterite-tetano, epatite B, poliomielite e morbillo.

Le percentuali si attestano al di sotto del 95%, soglia-obiettivo per la copertura vaccinale fissata dalla Regione Veneto, per tutte e 3 le ex-ULSS, con una particolare flessione dei livelli di copertura per quanto riguarda la vaccinazione anti-morbillo.

Va sottolineato come l'OMS sancisca come una copertura vaccinale pari o superiore al 95% della popolazione garantisca quella che viene definita in termine medico "herd immunity" o "immunità di gregge": tale copertura ha infatti la capacità di impedire la circolazione del virus o batterio causa della patologia diminuendo il rischio che essa possa manifestarsi anche per i soggetti suscettibili all'infezione che non possono essere vaccinati per limite di età (es. per il morbillo bambini di età inferiore ad un anno) o per malattie gravi concomitanti (es. chemioterapia).

Al contrario, livelli di copertura vaccinale inferiori all'85% vengono considerati altamente pericolosi in quanto al di sotto di tale soglia critica si registra un aumento del rischio che possano manifestarsi focolai epidemici della malattia.

Copertura vaccinale a 24 mesi per la coorte 2013 distinte per tre ex-ULSS e media Regione Veneto



Fonte: Dipartimento di Prevenzione ex-ULSS 15, ex-ULSS 16 ed ex-ULSS 17, Dati di Attività Anno 2015.

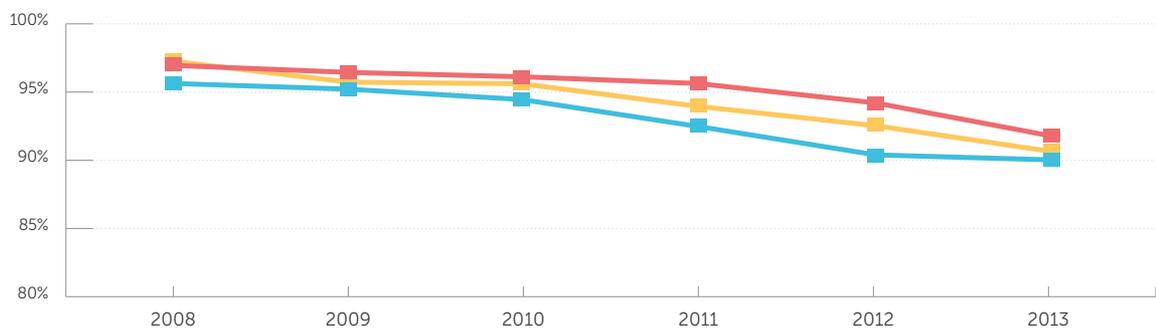
- Ex ULSS 15 Alta Padovana
- Ex ULSS 16 Padova
- Ex ULSS 17 Este-Monselice
- Regione Veneto
- Soglia Regione Veneto

Nonostante nessuno dei tassi di copertura sia ancora sceso al di sotto della soglia critica del 85% per la vaccinazione anti-morbillo, dai grafici sotto riportati è possibile notare la preoccupante progressiva diminuzione dei tassi di copertura vaccinale per le corti di nascita che vanno dal 2008 al 2013 per tutte le patologie prese in esame.

Ai rischi di contagio e di trasmissione derivate dai bassi livelli di copertura vaccinale si aggiungono poi quelli derivati da fattori socio-economici quali migrazioni e globalizzazione che, aumentando le possibilità di contatto degli individui con persone, merci e prodotti provenienti da Paesi in cui i livelli di diffusione di alcune patologie sono ad oggi ancora elevati, determinano anche un innalzamento delle probabilità di contrarre la malattia se non vaccinati.

In quest'ottica, la vaccinazione risulta ad oggi uno strumento assolutamente attuale ed utile per contrastare la presenza di alcune patologie specifiche e impedirne la diffusione tra la popolazione.

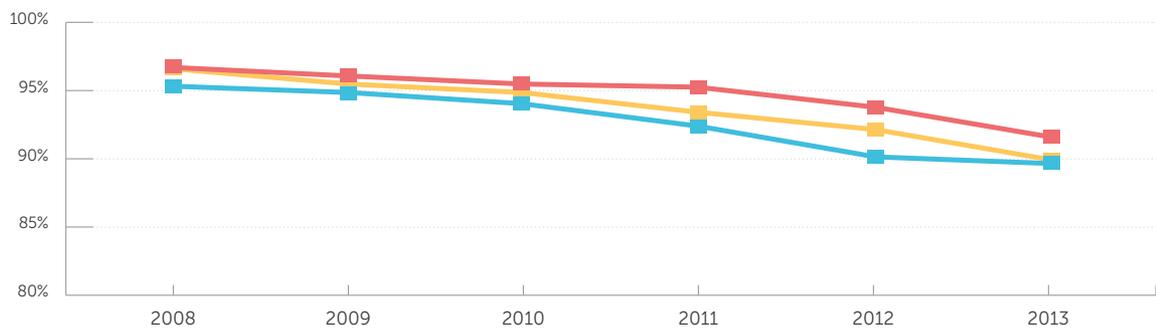
Tasso di Copertura vaccinale "aggiustato" a 24 mesi Difterite/tetano



Fonte: Dipartimento di Prevenzione ex-ULSS 15, ex-ULSS 16 ed ex-ULSS 17, Dati di Attività Anni 2008-2013.

■ Ex ULSS 15 Alta Padovana
 ■ Ex ULSS 16 Padova
 ■ Ex ULSS 17 Este-Monselice

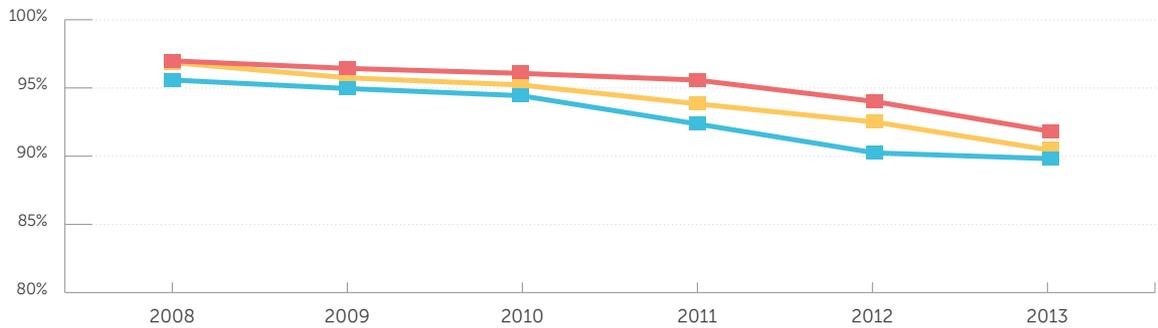
Tasso di Copertura vaccinale "aggiustato" a 24 mesi Epatite B



Fonte: Dipartimento di Prevenzione ex-ULSS 15, ex-ULSS 16 ed ex-ULSS 17, Dati di Attività Anni 2008-2013.

■ Ex ULSS 15 Alta Padovana
 ■ Ex ULSS 16 Padova
 ■ Ex ULSS 17 Este-Monselice

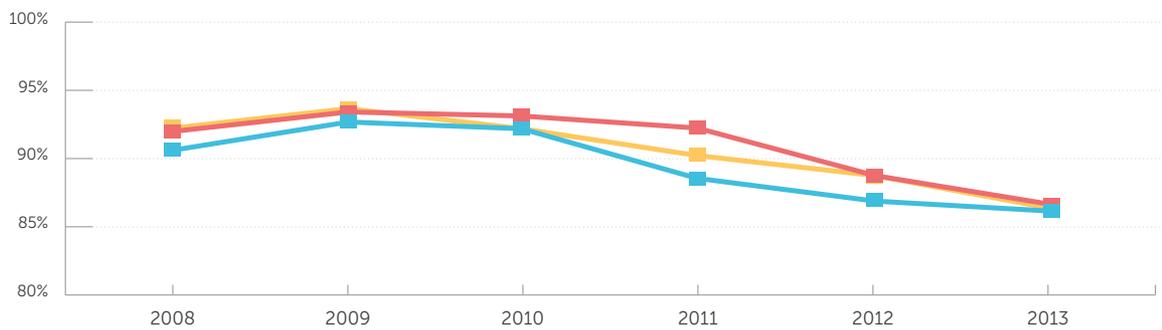
Tasso di Copertura vaccinale "aggiustato" a 24 mesi Polio



Fonte: Dipartimento di Prevenzione ex-ULSS 15, ex-ULSS 16 ed ex-ULSS 17, Dati di Attività Anni 2008-2013.

- Ex ULSS 15 Alta Padovana
- Ex ULSS 16 Padova
- Ex ULSS 17 Este-Monselice

Tasso di Copertura vaccinale "aggiustato" a 24 mesi Morbillo



Fonte: Dipartimento di Prevenzione ex-ULSS 15, ex-ULSS 16 ed ex-ULSS 17, Dati di Attività Anni 2008-2013.

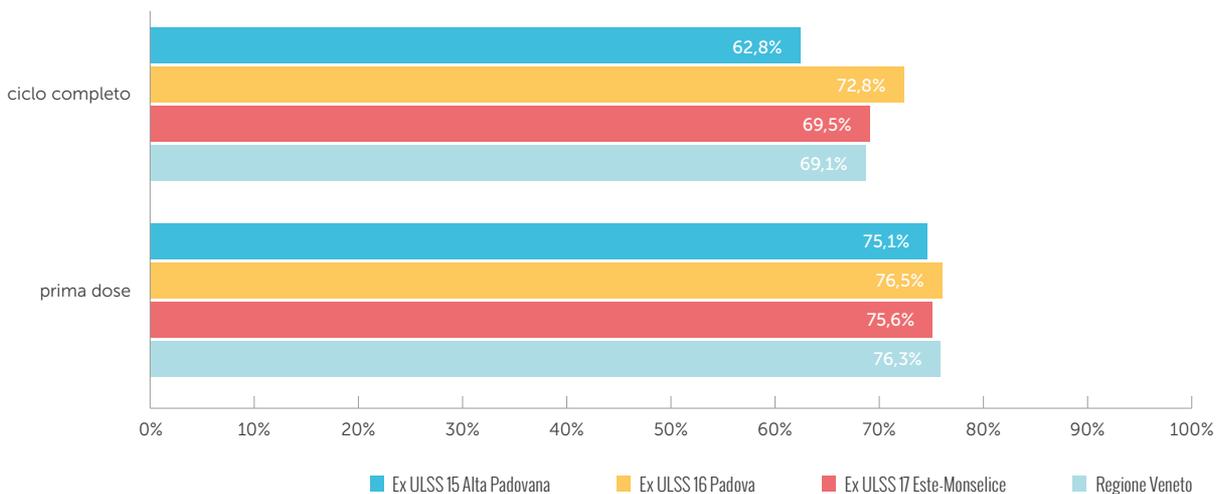
- Ex ULSS 15 Alta Padovana
- Ex ULSS 16 Padova
- Ex ULSS 17 Este-Monselice

COPERTURE VACCINALI HPV

Il carcinoma della cervice uterina è uno dei tumori più frequenti e diffusi nelle donne, colpendo ogni anno circa 3.500 donne e causando circa 1.000 decessi in Italia.

Negli ultimi venti anni la mortalità per questo tumore si è ridotta drasticamente grazie alla diagnosi precoce realizzata attraverso i programmi di screening (Pap-test) e alla vaccinazione.

Tasso di Copertura vaccinale per papilloma virus, per prima dose e ciclo completo, coorti 2003



Fonte: Dipartimento di Prevenzione ex-ULSS 15, ex-ULSS 16 ed ex-ULSS 17, Dati di Attività Anni 2013 - 2015.

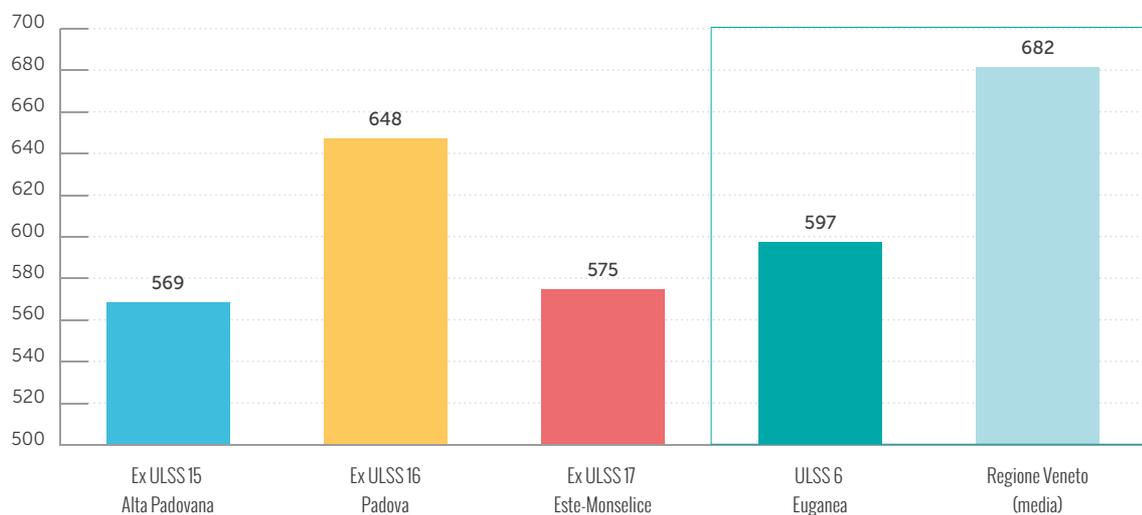
Il tasso di copertura vaccinale per il ciclo completo dell'anti-HPV nelle della coorte di nascita del 2003 è pari al 69,1% a livello regionale, con una copertura superiore nei territori dell'ex-ULSS 16 ed ex-ULSS 17 (rispettivamente 72,8% e 69,5%) a differenza dei valori più bassi registrati per l'ex-ULSS 15 pari a 62,8%.

6.1.2 I servizi per l'età evolutiva

I servizi per l'età evolutiva indicano un'offerta di servizi e attività rivolte a soggetti in età infantile e adolescenziale che presentano problematiche di carattere motorio, psichico, del linguaggio, del comportamento, dell'apprendimento e delle relazioni. Ai minori e alle loro famiglie sono offerti interventi di promozione della salute, di prevenzione, diagnosi e terapia oltre che attività per favorire l'integrazione sociale e scolastica dei minori con disabilità.

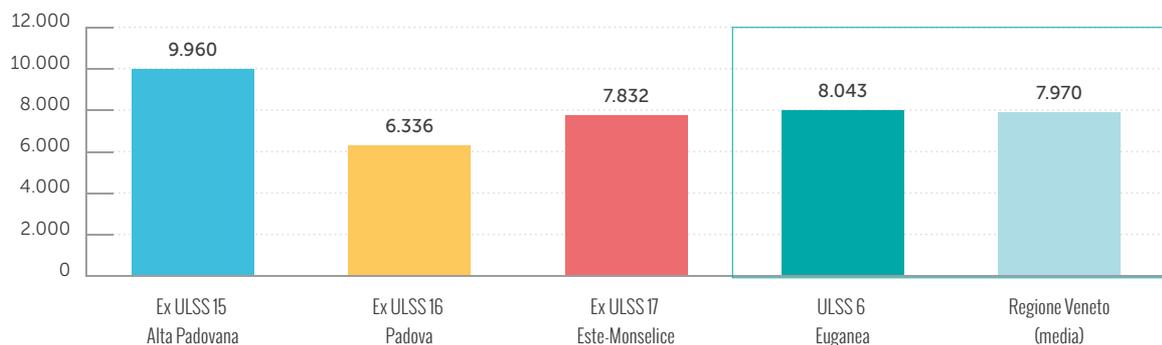
Di seguito vengono confrontati i dati riguardanti il numero di utenti che hanno avuto almeno un contatto con i servizi distrettuali per l'età evolutiva nell'anno 2014 e il numero di interventi erogati nell'arco dello stesso anno registrati nelle tre aziende ULSS.

Numero utenti con almeno 1 contatto presso i Servizi per l'Età Evolutiva/10.000 ab.



Fonte: Regione Veneto, Report "Servizi distrettuali per l'attività evolutiva: utenza, attività e personale", Anno 2014.

Numero interventi dei Servizi per l'Età Evolutiva/10.000 ab.



Fonte: Regione Veneto, Report "Servizi distrettuali per l'attività evolutiva: utenza, attività e personale", Anno 2014.

I DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO

La diagnosi più frequente relativa ai minori entrati in contatto con i Servizi per l'Età Evolutiva della provincia di Padova nel 2014 è quella di "disturbo evolutivo", che include:

- i disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio;
- i disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche.

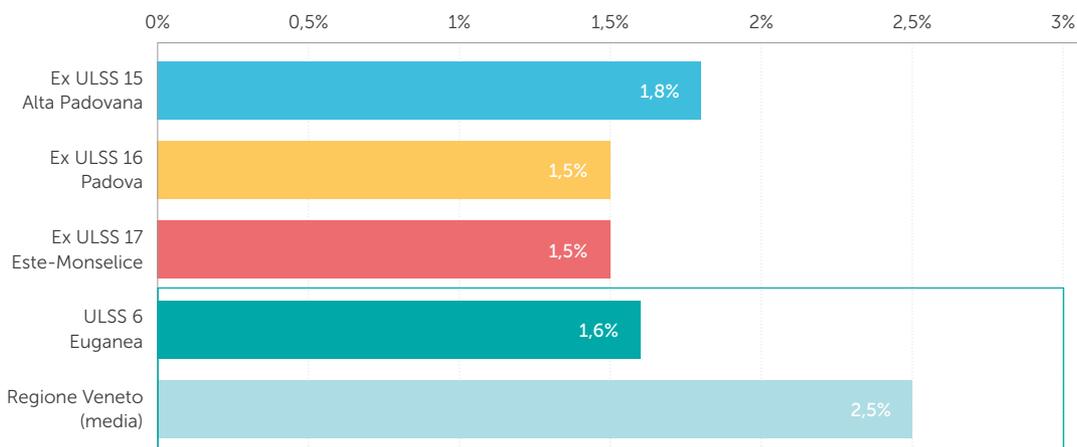
A loro volta i disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche comprendono tutti i Disturbi Specifici dell'Apprendimento (27,8%), seguita a distanza da "ritardo mentale" (7,4%) e "sindrome ipercinetica (5,6%).

In virtù di questo, è stato scelto di fare riferimento ai Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) come indicatore per rappresentare i servizi offerti per l'età evolutiva.

I Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA), ossia la dislessia, la disgrafia o la disortografia e la discalculia (difficoltà, rispettivamente, nelle capacità di lettura, di scrittura e di calcolo), rappresentano il 20-25% di tutti i problemi di apprendimento che emergono durante i primi anni della frequenza scolastica; problemi che nel loro insieme coinvolgono il 15-18% della popolazione in età scolare.

Di seguito riportano i dati riferiti all'incidenza delle diagnosi di DSA rispetto alla popolazione di età compresa tra gli 8 e i 19 anni.

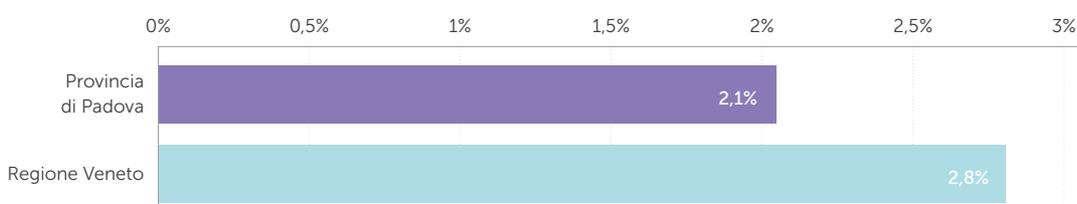
Percentuale diagnosi DSA da soli soggetti pubblici su popolazione residente di 8-19 anni



Fonte: MIUR - Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto, Report "Indagine conoscitiva presenza disabili, DSA e BES nelle scuole del Veneto", Anno 2014.

Analizzando i casi complessivamente diagnosticati sia dalle aziende ULSS che da soggetti privati abilitati, notiamo come la percentuale delle diagnosi convalidate di DSA nella provincia di Padova salga al 2,1% della popolazione di età compresa tra gli 8 ed i 19 anni, comunque inferiore al dato della Regione, pari al 2,8%.

Percentuale diagnosi DSA da soggetti pubblici e privati su popolazione residente di 8-19 anni



Fonte: MIUR - Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto, Report "Indagine conoscitiva presenza disabili, DSA e BES nelle scuole del Veneto", Anno 2014.

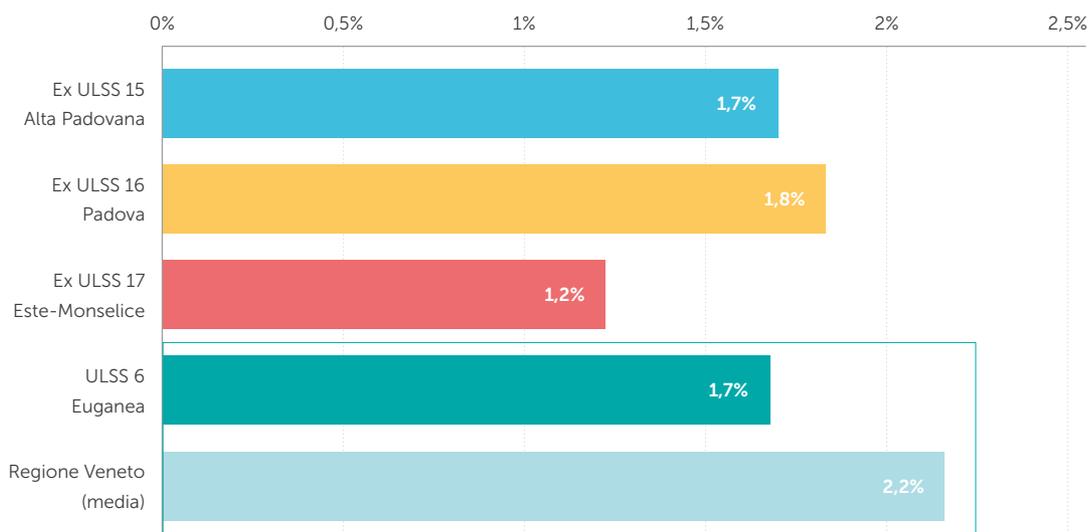
INCIDENZA RILASCIO CERTIFICAZIONI DI DISABILITÀ PER LA FASCIA D'ETÀ 3-19 ANNI

I minori con disabilità hanno diritto all'educazione e all'istruzione nelle scuole, pubbliche e parificate, dalla scuola dell'infanzia al secondo ciclo (licei e istituti di istruzione professionale), fino al compimento dell'obbligo scolastico.

Sulla base dell' "accertamento di alunno in situazione di handicap ai fini dell'integrazione scolastica" e del progetto individuale concordato tra famiglia, scuola e servizi viene attivato il servizio di sostegno e assistenza scolastica.

Il territorio dell'ULSS 6 Euganea registra una percentuale di certificazioni per disabilità nella popolazione di età compresa tra i 3 ed i 19 anni più bassa (1,7%) rispetto a quanto rilevato per la Regione Veneto (2,2%).

Percentuale rilascio certificazioni per disabilità su popolazione di età 3-19 anni



Fonte: MIUR - Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto, Report "Indagine conoscitiva presenza disabili, DSA e BES nelle scuole del Veneto", Anno 2014.

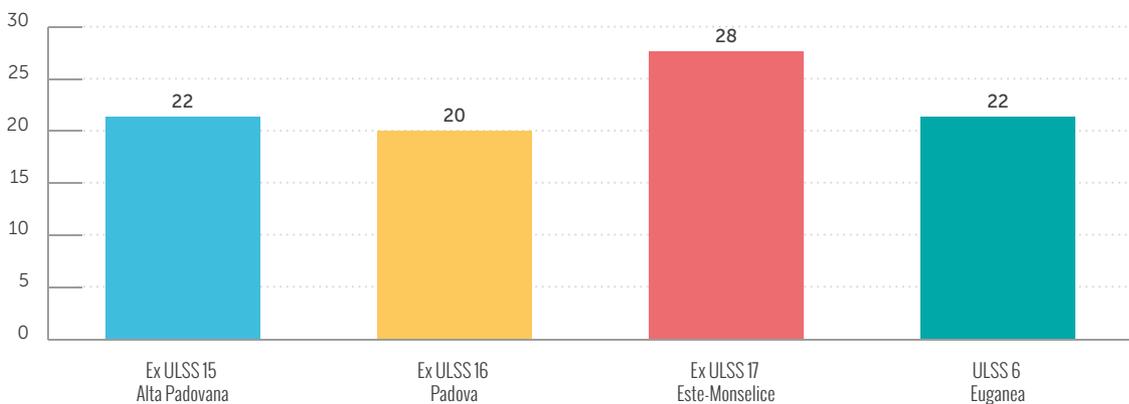
6.2 FAMIGLIE

Le trasformazioni di carattere economico, sociale e culturale che hanno investito la nostra società negli ultimi decenni, hanno messo in luce profondi cambiamenti di carattere strutturale anche dell'organizzazione familiare, dei rapporti tra i partners, delle reti familiari, nella mentalità e negli stili di vita delle persone.

Per dare risposta a molteplici esigenze, il Consultorio Familiare è un servizio socio-sanitario istituito a favore della donna, della coppia, della famiglia e della genitorialità consapevole e responsabile. All'interno di questo servizio operano ginecologi, assistenti sanitarie, infermiere, ostetriche, psicologi, assistenti sociali.

Il numero di utenti che si sono rivolti ai Consultori Familiari nell'anno 2014, rapportati alla popolazione nella provincia di Padova, è pari a circa 22 utenti ogni 1.000 abitanti.

Numero utenti Consultori Familiari /popolazione <18 anni/1.000

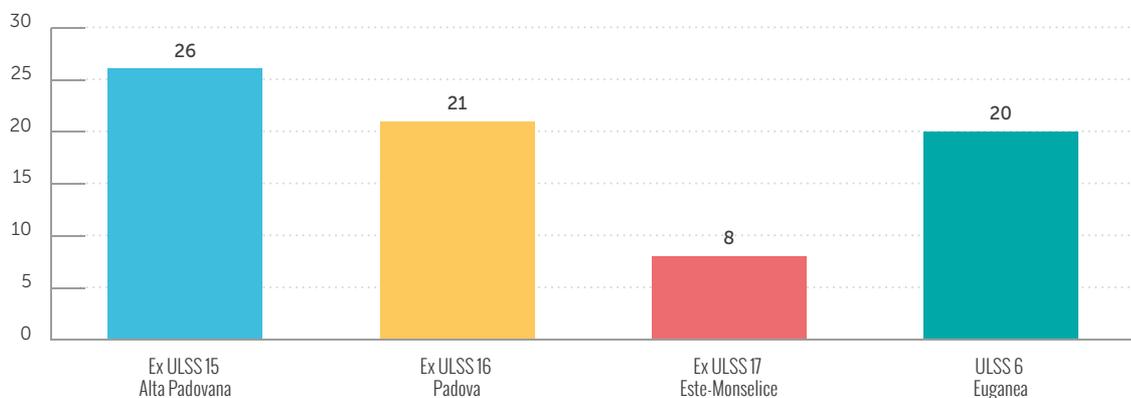


6.2.1 Adolescenti

Nell'ambito delle competenze dei Consulteri Familiari sono stati realizzati spazi specificatamente dedicati agli adolescenti. Lo scopo è quello di offrire loro forme di consulenza psicologica, ginecologica e sociale specifiche per problematiche legate a crescita e sviluppo, alla contraccezione, alla gravidanza, alle malattie sessualmente trasmissibili, alle problematiche affettive e relazionali.

Nell'anno 2014 il numero di giovani nel territorio dell'ULSS 6 Euganea che sono entrati in contatto con questo servizio, rapportati alla popolazione da 14 a 21 anni, si attesta su un valore di circa 20 ragazzi ogni 1.000, dato in linea con quanto rilevato nella ex-ULSS 15 (26 giovani/1.000 ab.) e nella ex-ULSS 16 (21 giovani/1.000). Diversamente, nel caso della ex-ULSS 17, si rileva un bacino di utenza sensibilmente più basso, pari 8 a giovani/1.000 .

Numero utenti Spazio Giovani /popolazione 14-21 anni/1.000



Fonte: Direzione Servizi Sociali ex-ULSS 15, ex-ULSS 16 ed ex-ULSS 17, Dati di Attività Anno 2014.



6.3 DISABILITÀ

Nel 2014 il Censis (3° numero del «Diario della transizione» del Censis) ha stimato una percentuale di persone con disabilità pari al 6,7% della popolazione totale, cioè complessivamente 4,1 milioni di persone; nel 2020 si stima arriveranno a 4,8 milioni (il 7,9% della popolazione) e raggiungeranno i 6,7 milioni nel 2040 (il 10,7%).

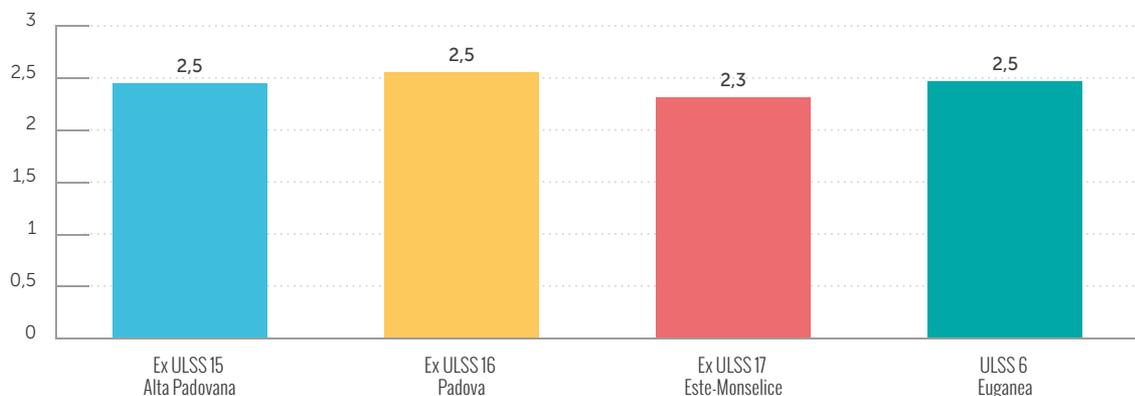
Con lo scopo di accogliere e sostenere le persone disabili e le loro famiglie, promuoverne le autonomie, favorire progetti di vita che tengano conto di bisogni, potenzialità, aspettative dei singoli soggetti e delle opportunità presenti nel territorio, sono offerti servizi di diversa tipologia, tra i quali:

- il servizio per l'integrazione scolastica assicura interventi educativi-assistenziali per i minori disabili frequentanti scuole di ogni ordine e grado;
- il servizio di orientamento offre supporto agli alunni disabili e svantaggiati e alle loro famiglie nell'individuazione del percorso formativo più idoneo;
- il servizio per l'integrazione lavorativa e sociale realizza specifici percorsi finalizzati alla valutazione e allo sviluppo delle autonomie e delle capacità lavorative, supporta le persone nell'accesso al mondo del lavoro, promuove opportunità di integrazione sociale.

Tra i vari servizi offerti alle persone con disabilità, i servizi diurni rappresentano una significativa risposta quotidiana per l'accoglienza delle persone disabili ad integrazione delle risorse delle famiglie tramite l'organizzazione di attività per lo sviluppo e il mantenimento dell'autonomia personale, integrazione sociale attraverso la permanenza della persona disabile all'interno della comunità di residenza, promuovendo iniziative di tipo occupazionale, ricreativo e riabilitativo.

Viene di seguito riportato l'indice di copertura delle strutture semiresidenziali per disabili, pari a circa 2,5 posti autorizzati ogni 1.000 abitanti nel territorio della ULSS 6 Euganea.

Indice di copertura delle strutture semiresidenziali per disabili (posti autorizzati ogni 1.000 ab.)

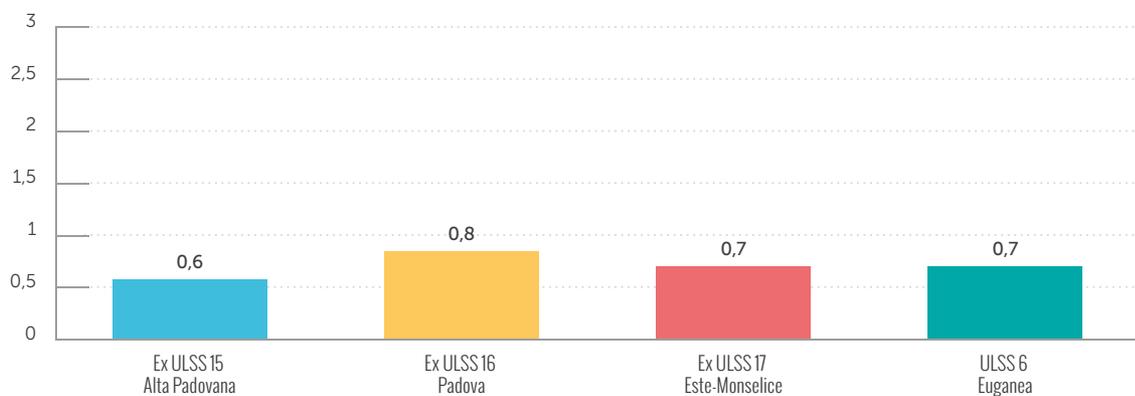


Fonte: Direzione Servizi Sociali ex-ULSS 15, ex-ULSS 16 ed ex-ULSS 17, Dati di Attività Anno 2014.

Le persone disabili che non possono vivere autonomamente e non hanno una famiglia che assicuri loro un adeguato sostegno, possono essere accolte in strutture residenziali che assicurano una gestione quotidiana orientata alla tutela della persona, al mantenimento e sviluppo delle abilità residue, alla promozione di relazioni interpersonali secondo l'ottica dell'integrazione sociale.

L'indice di copertura delle strutture residenziali per disabili sul territorio della ULSS 6 Euganea è pari a 0,7 posti autorizzati ogni 1.000 abitanti.

Indice di copertura delle strutture residenziali per disabili (posti autorizzati ogni 1.000 abitanti)



Fonte: Direzione Servizi Sociali ex-ULSS 15, ex-ULSS 16 ed ex-ULSS 17, Dati di Attività Anno 2014.

Si segnala che il valore calcolato non considera gli ulteriori posti disponibili presso l'ex-Grande Struttura OPSA, ubicata nel territorio dell'ex-ULSS 16 e recentemente autorizzata per 400 posti di RSA per persone con disabilità e 240 posti di CRDG – Centro di riferimento per le gravi disabilità e i disturbi del comportamento.

6.4 ANZIANI

6.4.1 Anziani e società

Il miglioramento delle condizioni di vita, l'aumento dei livelli di benessere uniti ai progressi in campo medico, tecnologico e scientifico sono tra i principali fattori che hanno indotto all'aumento della speranza di vita della popolazione registrata negli ultimi decenni e ad oggi fissata a circa 85 anni per gli uomini e 80 anni per le donne e ad un suo progressivo invecchiamento (oggi 1 persona su 5 ha più di 64 anni).

Con l'obiettivo di fornire un quadro rappresentativo delle caratteristiche e della portata di tali fenomeni, nel 2012 è stato avviato il progetto PASSI d'Argento, un sistema di sorveglianza che ha come obiettivo quello di raccogliere informazioni sulle condizioni di salute, abitudini e stili di vita della popolazione con 65 anni e più, completando il quadro offerto dalla sorveglianza Passi sulla popolazione con 18-64 anni cominciata nel 2007.

I dati contenuti all'interno del PASSI d'Argento sono stati raccolti tra marzo 2012 e gennaio 2013 attraverso la somministrazione, via telefonica e faccia a faccia, di 24.000 questionari standardizzati ad un campione estratto in modalità random dalle liste di assistiti delle aziende sanitarie presenti in 18 Regioni italiane e nella Provincia Autonoma di Trento.

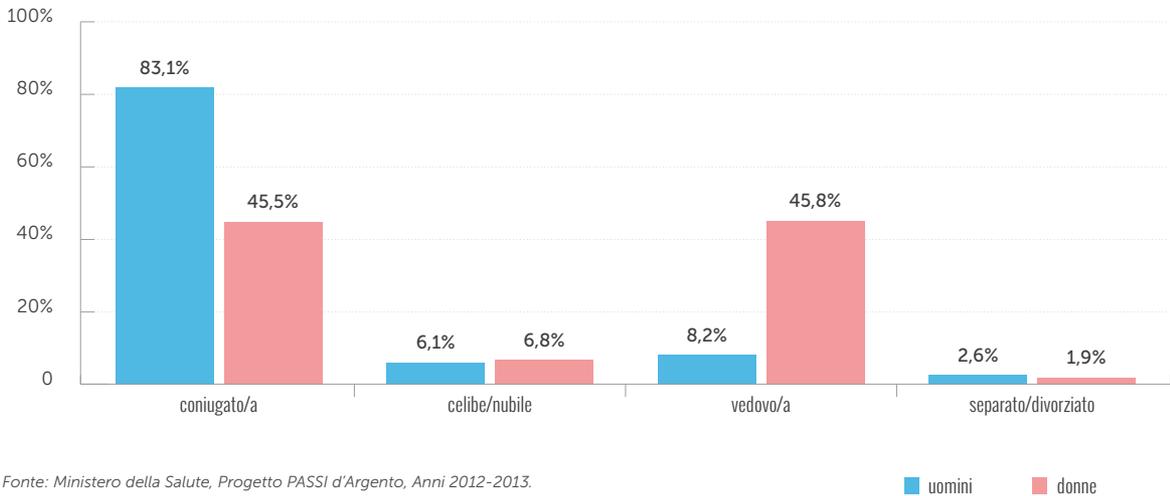
Attraverso i dati contenuti all'interno del progetto Passi d'Argento si andrà di seguito a definire il quadro generale delle condizioni, dei servizi messi in atto e delle potenzialità che interessano la popolazione con 65 anni e più nella regione del Veneto.

STATO CIVILE TRA GLI ANZIANI CON 65 ANNI E PIÙ

Tra le persone con età superiore ai 64 anni residenti nella Regione Veneto, le persone coniugate sono il 61% mentre quelle in stato di vedovanza il 30%. Coloro che non si sono mai sposati (il 7%) e coloro che sono separati o divorziati (il 2%) rappresentano una parte sostanzialmente minoritaria del campione, pari a meno di 1 persona su 10.

Un'analisi di genere permette inoltre di rilevare importanti differenze tra uomini e donne: tenendo in considerazione la maggiore sopravvivenza femminile nella popolazione anziana, si registrano per le donne livelli simili tra coloro che sono coniugate (45,5%) e coloro che sono vedove (45,8%) mentre negli uomini i coniugati sono addirittura 10 volte più frequenti dei vedovi (l'83,1% contro l'8,2%).

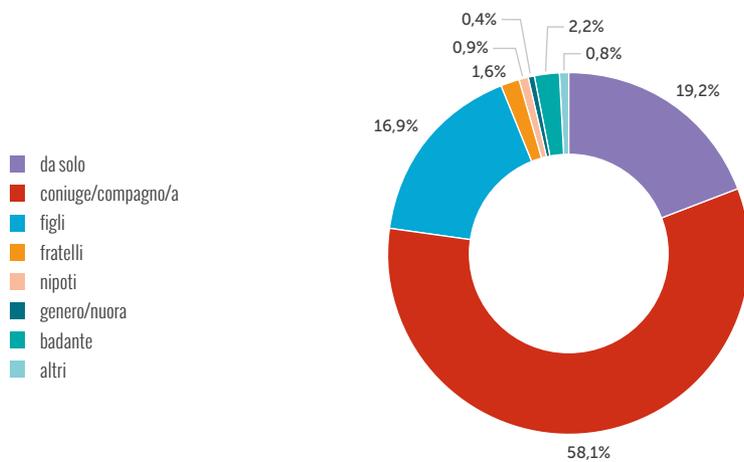
Stato civile della popolazione di 65 anni e più distinta per genere nella Regione Veneto



PERSONE CHE VIVONO DA SOLE TRA GLI ANZIANI CON 65 ANNI E PIÙ

Tra le persone con più di 64 anni, 1 su 5 (pari al 22%) vive da solo mentre oltre la metà (il 60%) vive con il coniuge. Di essi circa il 19% vive con figli.

Popolazione di 65 anni e più per tipologia di convivenza abitativa nella Regione Veneto

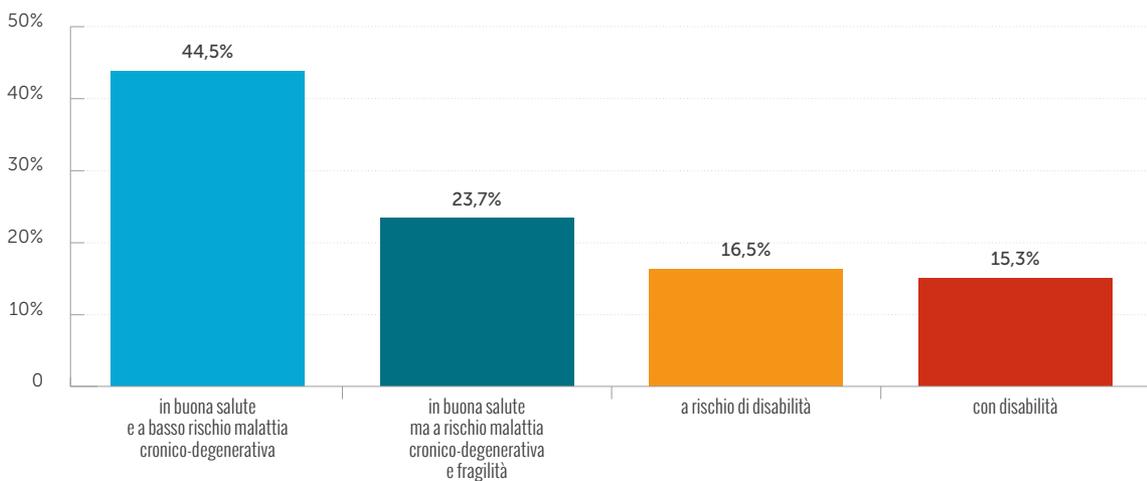


La popolazione con 65 anni e più non è pertanto un gruppo omogeneo, ma appare costituita da persone con caratteristiche, potenzialità e bisogni socio-sanitari estremamente diversi.

Alla luce di queste diversità, nell'indagine PASSI d'Argento si è sperimentata, per la prima volta, una nuova descrizione della popolazione con 65 anni e più con una suddivisione in quattro sottogruppi di persone:

- in buona salute a basso rischio di malattia cronico-degenerativa;
- in buona salute ma a rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità;
- a rischio di disabilità;
- con disabilità.

Popolazione di 65 anni e più per rischio disabilità nella Regione Veneto



Fonte: Ministero della Salute, Progetto PASSI d'Argento, Anni 2012-2013.

RISCHIO DI ISOLAMENTO SOCIALE

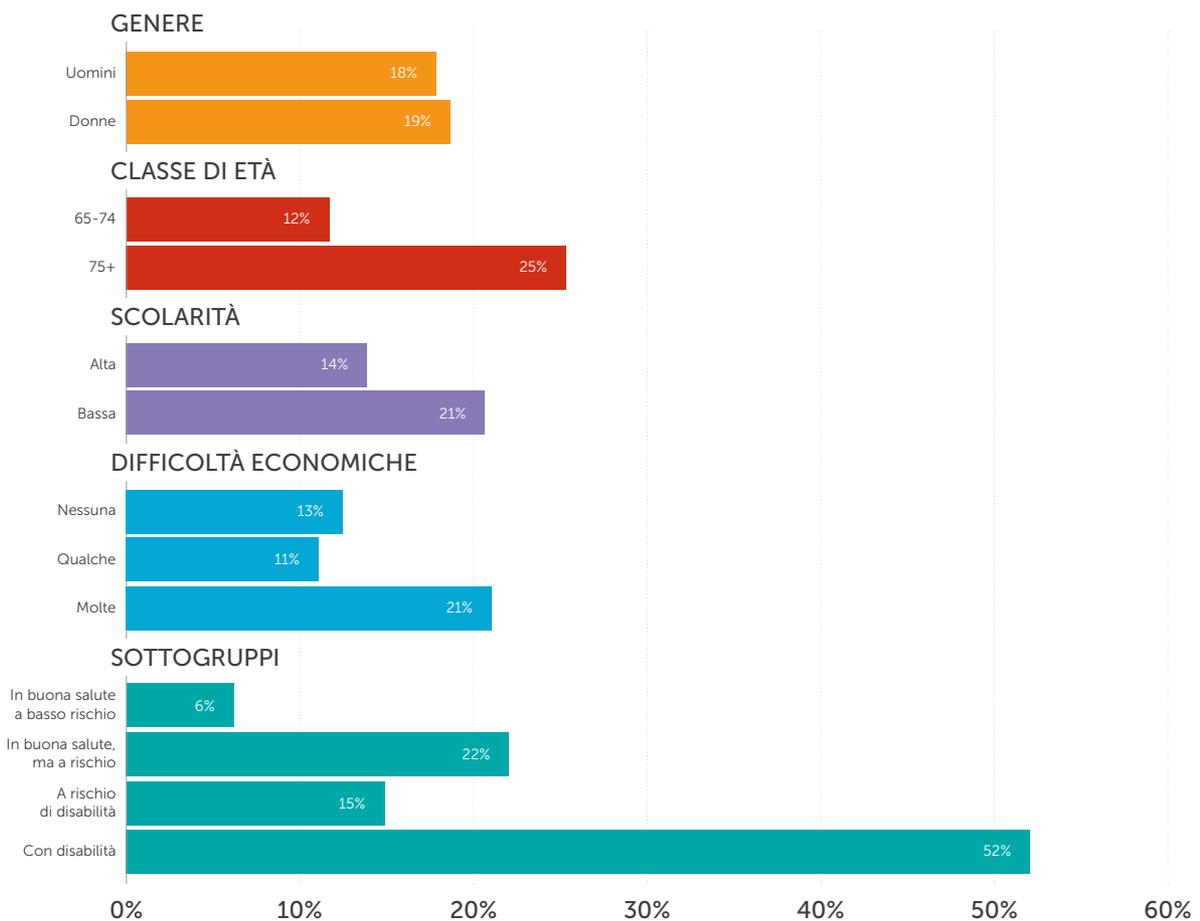
L'isolamento sociale è un concetto multidimensionale che comprende sia aspetti di natura strutturale quali il vivere soli o la scarsità di relazioni, sia aspetti di natura funzionale come il supporto materiale ed emozionale veicolato dai rapporti in essere. L'assenza di relazioni sociali o la loro relativa scarsità, indipendentemente dalla fascia d'età, costituisce un importante fattore di rischio per la salute e per il benessere complessivo della persona.

Il 18% delle persone di 65 anni e più è a rischio di isolamento sociale, con differenze minime rilevate tra uomini e donne. Nella fascia di popolazione più anziana (con età superiore ai 74 anni) questo rischio aumenta, attestandosi a livelli compresi tra il 25% registrato per le donne e il 27% registrato per gli uomini.

Il 21% delle persone con livello di istruzione basso (nessuna istruzione o possesso della sola licenza elementare) è a rischio di isolamento sociale, contro il 14% tra le persone con istruzione superiore.

Infine, il rischio di isolamento sociale aumenta considerevolmente nei casi in cui i soggetti interessati siano portatori di qualche forma di disabilità, arrivando a valori pari 52% della popolazione.

Popolazione di 65 anni e più per rischio di isolamento sociale nella Regione Veneto



Fonte: Ministero della Salute, Progetto PASSI d'Argento, Anni 2012-2013.

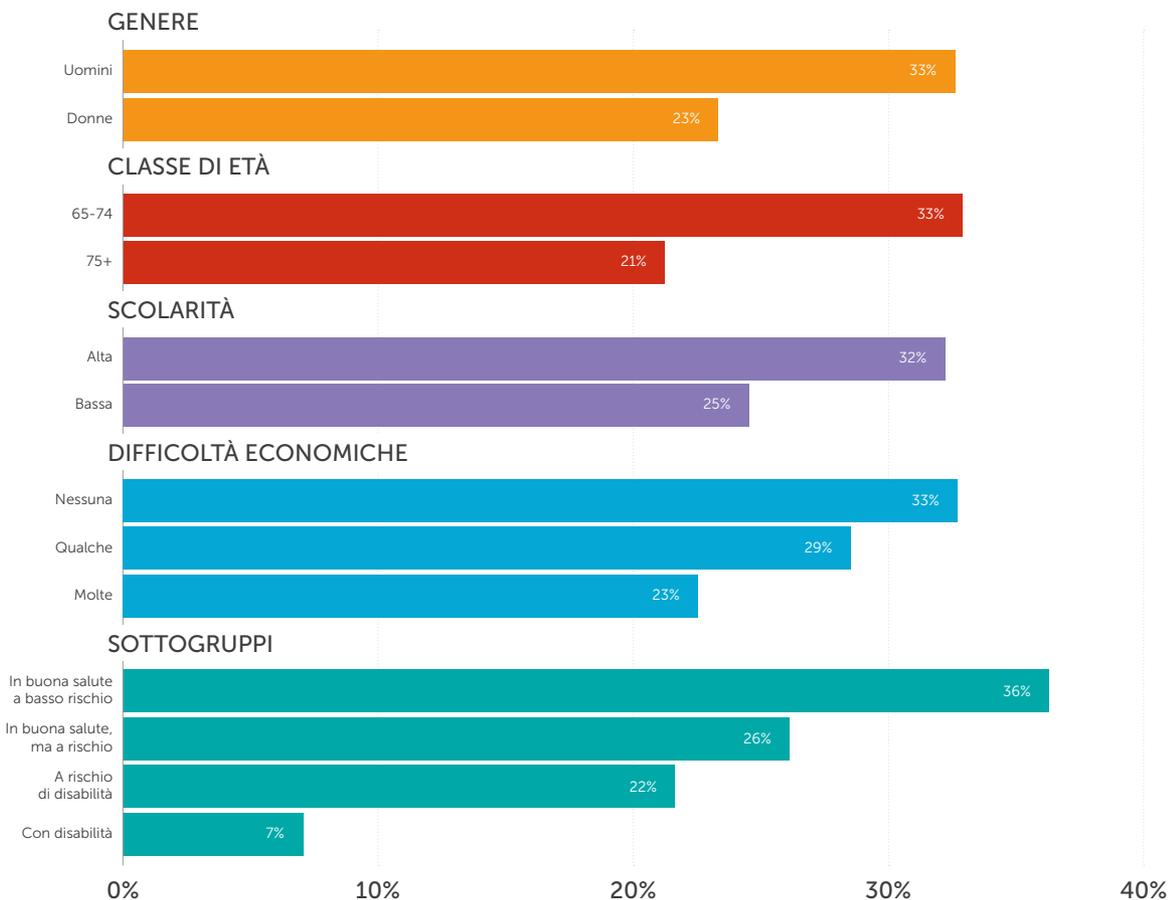
PARTECIPAZIONE AD ATTIVITÀ SOCIALI – ESSERE RISORSA

La partecipazione attiva delle persone anziane può essere promossa e favorita attraverso una serie di azioni ed iniziative come l'inserimento della popolazione pensionata in occupazioni part-time, il loro coinvolgimento in attività comunitarie e di volontario o ancora attraverso l'adozione di sistemi fiscali tali da riconoscere l'impegno e il contributo sociale da essi fornito.

Tutto questo ha lo scopo di creare condizioni favorevoli affinché la popolazione di età avanzata rappresenti quanto più possibile una risorsa per la collettività, contribuendo a ridurre il loro livello di dipendenza dagli altri e ad innalzare la qualità della loro vita.

Prendendo in considerazione l'insieme di attività svolte abitualmente da un anziano, il 27% del campione dell'indagine PASSI d'Argento per la regione del Veneto ha riferito di frequentare con cadenza almeno settimanale luoghi di aggregazione socio-culturale quali centri anziani, circoli ricreativi, strutture parrocchiali, sedi di partiti politici e di associazioni.

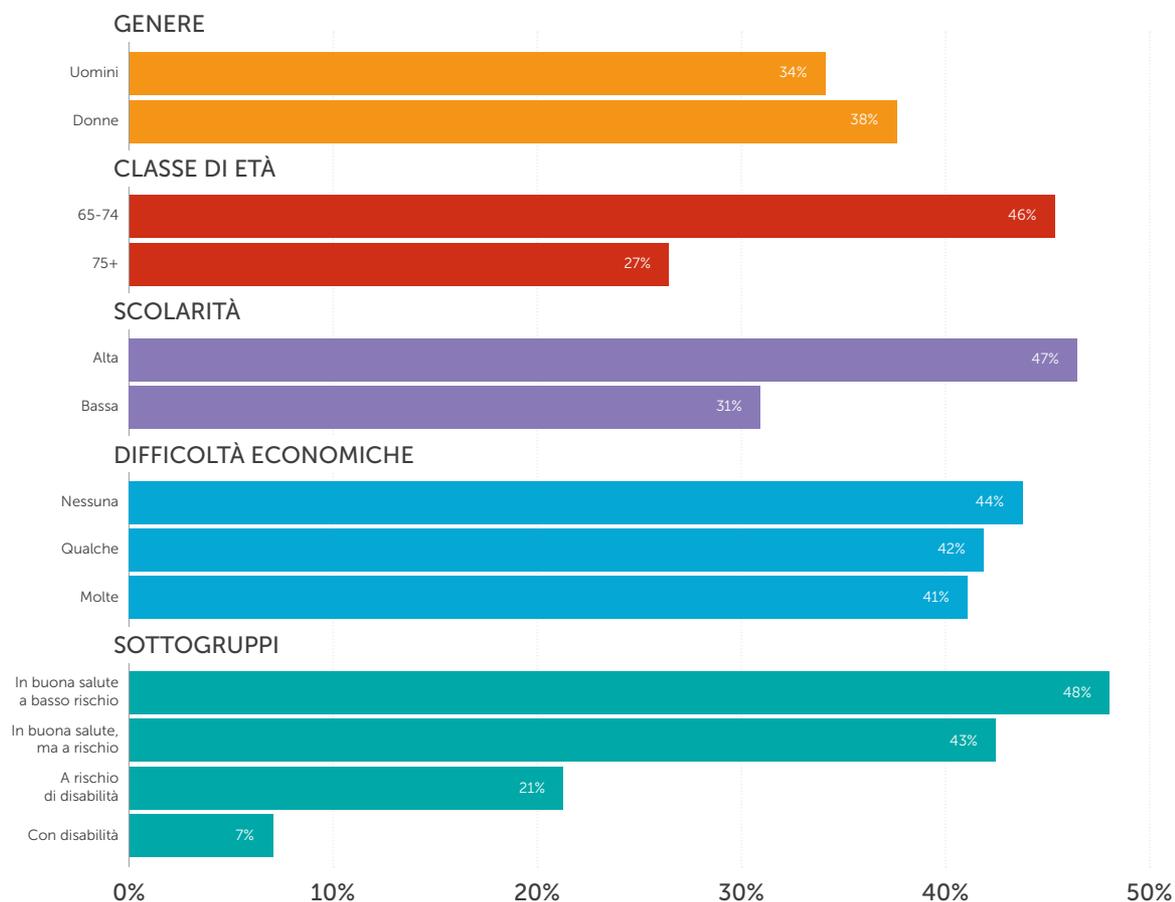
Popolazione di 65 anni che frequenta luoghi di aggregazione socio-culturale nella Regione Veneto



Fonte: Ministero della Salute, Progetto PASSI d'Argento, Anni 2012-2013.

Il 36% delle persone con più di 64 anni rappresenta una risorsa per conviventi, non conviventi o per la collettività attraverso forme di supporto e aiuto nei confronti di figli, fratelli e sorelle, nipoti o amici non conviventi. Frequenti sono anche le attività di volontariato svolte in favore di altri anziani, bambini, persone con disabilità o presso ospedali, parrocchie, scuole o altro.

Popolazione di 65 anni che sono una risorsa per la collettività nella Regione Veneto



Fonte: Ministero della Salute, Progetto PASSI d'Argento, Anni 2012-2013.

6.5 SALUTE MENTALE

“La salute e il benessere mentale sono fondamentali per la qualità della vita e la produttività degli individui, delle famiglie e delle comunità: non c'è salute senza salute mentale” (Dichiarazione sulla salute mentale per l'Europa, 2005).

La disabilità provocata dalle malattie mentali e i relativi costi rappresentano circa il doppio della disabilità e dei costi dovuti a tutte le forme di cancro e sono comunque maggiori della disabilità e delle malattie cardiovascolari (indicatore Daly's - OMS). Secondo i dati del Ministero della Salute la prevalenza annuale dei disturbi mentali nella popolazione generale italiana è dell'8% circa.

Le patologie più frequenti tra gli utenti dei Centri di Salute Mentale (CSM) sono:

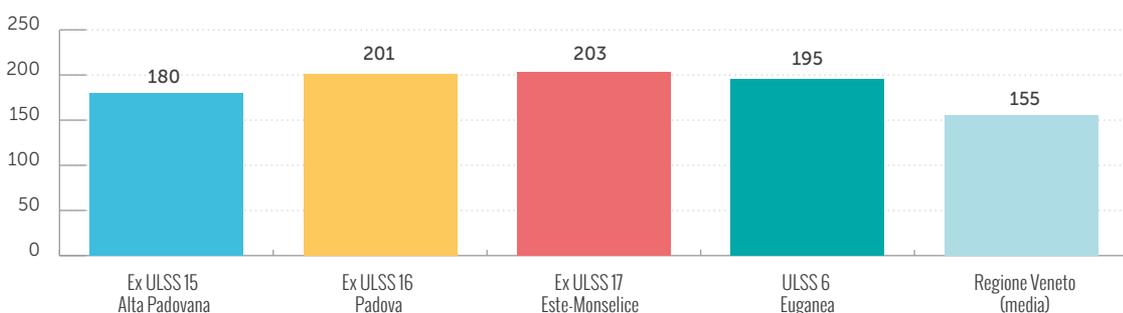
- 1) psicosi affettive (28,3%);
- 2) sindromi nevrotiche e somatoformi (25,8%);
- 3) schizofrenia (22,1%).

Le stesse patologie legate alla salute mentale sono presenti tra gli utenti assistiti negli ospedali con diverse percentuali:

- 1) psicosi affettive (36,0%);
- 2) schizofrenia (27,9%);
- 3) sindromi nevrotiche e somatoformi (17,4%).

Per quanto riguarda il territorio dell'ULSS 6 Euganea si vede come nel corso dell'anno 2014 i Dipartimenti di Salute Mentale abbiano erogato servizi per una media di 205 utenti ogni 10.000 abitanti, dato che supera del 25% la media della Regione Veneto pari a circa 163 utenti ogni 10.000 abitanti.

Numero di utenti CSM /popolazione con 17 anni e più (per 10.000 ab.)

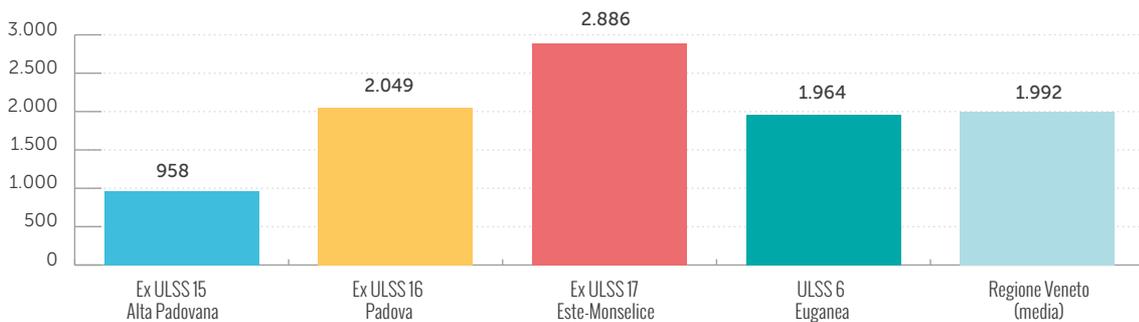


Fonte: Regione Veneto, Report "Dipartimenti Salute Mentale nel Veneto", Anno 2014.

Il numero assoluto di prestazioni erogate dai Centri Salute Mentale in relazione alla popolazione residente di età superiore ai 17 anni non riporta differenze sostanziali tra la media regionale e provinciale, entrambe attestata a circa 2.000 ogni 10.000 abitanti.

La situazione di ciascuna ex-azienda ULSS evidenzia, invece, differenze sul numero di prestazioni erogate nelle diverse aree del territorio provinciale.

Numero di prestazioni CSM /popolazione con 17 anni e più (per 10.000 ab.)

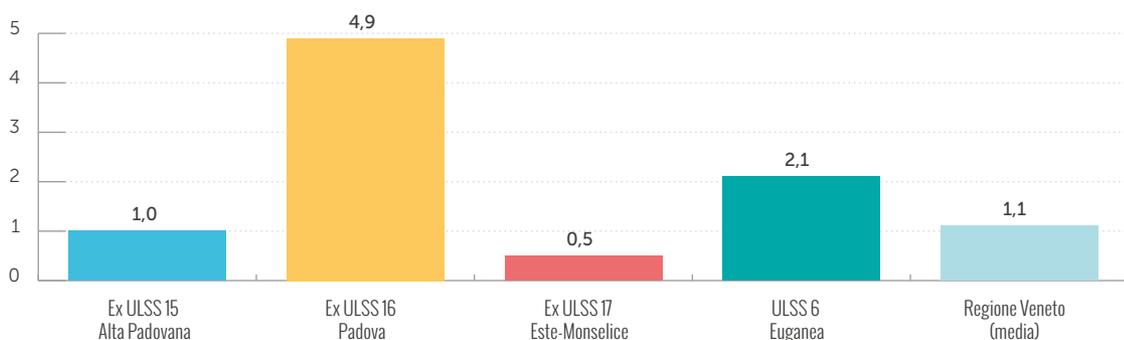


Fonte: Regione Veneto, Report "Dipartimenti Salute Mentale nel Veneto", Anno 2014.

Accanto ai servizi erogati dai Centri Salute Mentale e nelle strutture residenziali e semiresidenziali, si collocano anche forme di trattamento e di cura erogate direttamente da reparti psichiatrici interni alle strutture ospedaliere. Tra queste di evidenziano i Trattamenti Sanitari Obbligatori, procedure sanitarie regolamentate da norme specifiche che possono essere attivate in particolari condizioni di criticità e urgenza clinica e conseguenti al rifiuto di sottoporsi ai trattamenti terapeutici necessari da parte di un soggetto portatore di grave patologia psichiatrica.

Nell'anno 2014 nel territorio della ULSS 6 Euganea sono stati disposti 2 TSO/10.000 ab. rispetto una media di poco superiore al 1 TSO/10.000 ab. nella Regione Veneto. Tale dato appare motivato principalmente dall'elevato numero di trattamenti disposti nel territorio dell'ex-ULSS 16 che nell'anno 2014 arriva ad un valore pari a 5 TSO/10.000 ab.

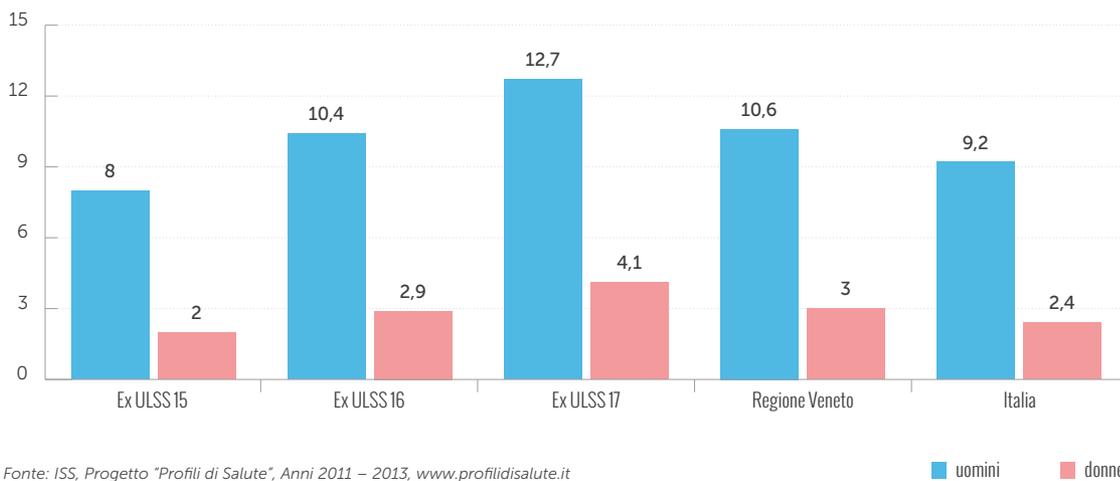
Numero TSO/popolazione con 17 anni e più (per 10.000 ab.)



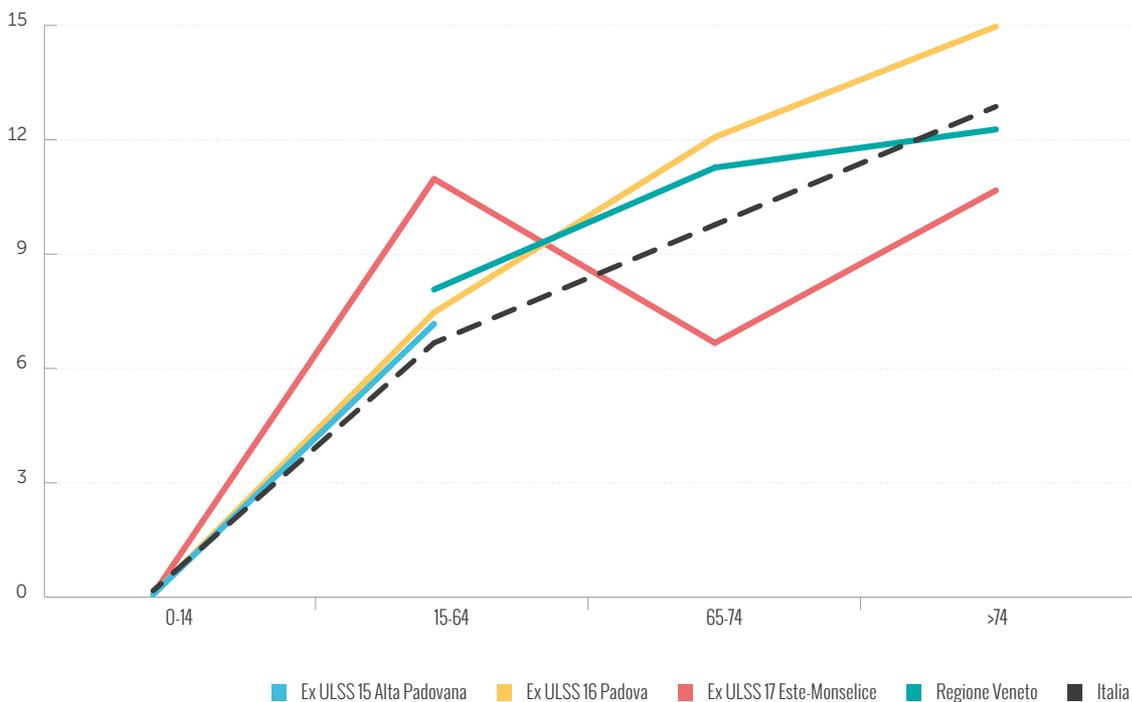
Fonte: Regione Veneto, Report "Dipartimenti Salute Mentale nel Veneto", Anno 2014

I suicidi sono una causa di morte importante soprattutto nel territorio dell'ex-ULSS 17, e nelle fasce di età più avanzate anche in ex-ULSS 16, in particolare nel sesso maschile. Nel caso specifico dell'ex-ULSS 17, la maggior incidenza del numero di suicidi registrata nel periodo 2011-2013 è attribuita ad un aumento dei casi di suicidio sia da parte di artigiani e piccoli imprenditori in conseguenza alla crisi economica, sia da parte di adolescenti come reazione estrema a condizioni di disagio psichico e sociale. Quest'ultima ipotesi trova ulteriore conferma nel progressivo aumento del numero di pazienti psichiatrici in età adolescenziale registrati negli ultimi anni nella ex-ULSS 17.

Tasso standardizzato (x 100.000) di morte per suicidio - stratificazione per sesso (2011-2013)



Tasso standardizzato (x 100.000) di morte per suicidio - stratificazione per età (2011-2013)





6.6 IL FENOMENO DELLE DIPENDENZE

Con il termine di dipendenza si intende la ricerca morbosa e compulsiva del piacere psico-fisico attraverso azioni, sostanze e comportamenti tale da influire in maniera determinante sul tono dell'umore dell'individuo, sulle sue capacità cognitive, sulla sua percezione sensoriale, sul suo inserimento sociale e sulle sue capacità relazionali. La sospensione di tali comportamenti o l'interruzione dell'assunzione di tali sostanze hanno l'effetto di provocare nell'individuo effetti sintomatici che possono essere di tipo fisico e di tipo psico-sociale.

I fenomeni di dipendenza rappresentano dunque una condizione patologica con un importante impatto socio-sanitario, con conseguenze dirette e indirette sull'ordine pubblico e sulla spesa sanitaria e sociale.

Per quanto attiene l'abuso di alcol, nel nostro Paese non esiste ancora una stima ufficiale del numero di alcolodipendenti. Nel 2012 in Italia sono stati presi in carico presso i presidi alcologici territoriali del Servizio sanitario nazionale 69.770 alcolodipendenti (maschi 54.431 femmine 15.339). I giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 9,1% dell'utenza totale, ma i nuovi utenti di questa classe di età sono il 13,7%.

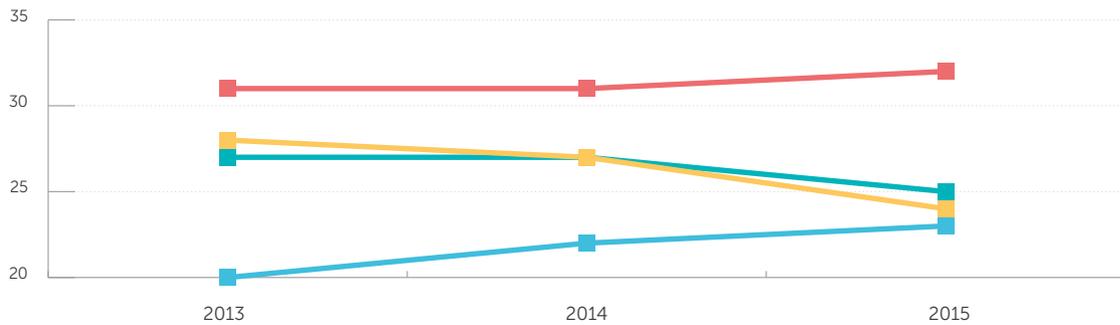
Il gioco d'azzardo patologico (GAP) è il fenomeno maggiormente in espansione, accanto a nuove forme di dipendenza come il web e il sesso compulsivo. La stima della prevalenza di persone affette da GAP nella popolazione generale in Italia (15-64 anni) è fra 1,2% e 3%.

Per quanto riguarda le dipendenze da sostanze, si stima che in Italia nel 2011 il numero di consumatori sia occasionali che assidui di stupefacenti fosse pari a 2.327.335 persone, ovvero circa il 4% della popolazione, con una particolare concentrazione del fenomeno nelle fasce di popolazione in giovane età.

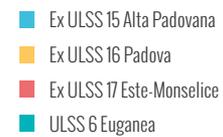
Di seguito vengono riportati e analizzati i dati riferiti ai soggetti assistiti per problemi di dipendenza da stupefacenti, alcol e gioco d'azzardo patologico presso i Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) presenti sul territorio dell'ULSS 6 Euganea.

Il numero di utenti che si rivolge ai Ser.D. della ULSS 6 Euganea per forme di dipendenza da sostanze stupefacenti registra un andamento sostanzialmente stabile nel triennio 2013 – 2015 con un livello medio che si attesta su valori compresi tra i 25 ed i 26 utenti ogni 10.000 ab.

N. utenti seguiti per tossicodipendenza/10.000 ab.

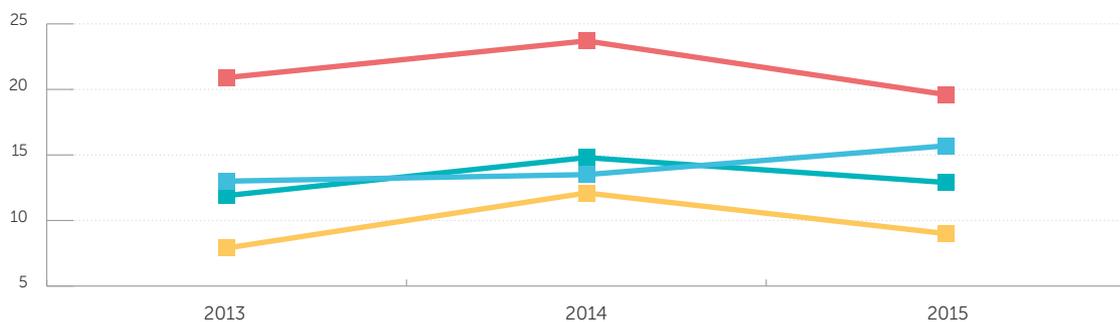


Fonte: Servizi per le Dipendenze Ex ULSS 15, Ex ULSS 16 ed Ex ULSS 17, Dati di Attività, Anni 2013-2015.

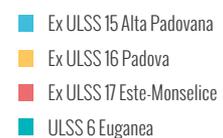


Guardando al caso dell'utenza che si rivolge ai Ser.D. per problemi legati all'abuso di alcol, l'andamento registrato nel triennio 2013-2015 denota un leggero incremento nell'anno 2014, rilevato anche nei casi specifici delle ex-aziende ULSS 16 e ULSS 17.

N. utenti seguiti per alcoldipendenza/10.000 ab.



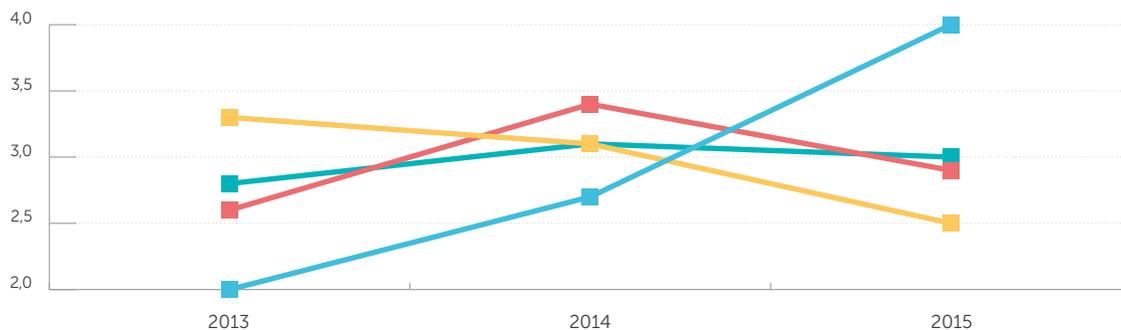
Fonte: Servizi per le Dipendenze Ex ULSS 15, Ex ULSS 16 ed Ex ULSS 17, Dati di Attività, Anni 2013-2015.



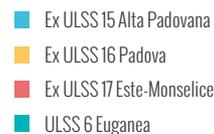
Il numero di utenti che nel triennio 2013-2015 si sono rivolti alle strutture dedicate presenti sul territorio dell'ULSS 6 Euganea per ottenere sollievo e aiuto da condizioni di dipendenza da gioco d'azzardo si attestano su valori compresi tra i 2 e i 3 utenti ogni 10.000 abitanti.

Da notare la particolarità del caso dell'ex-ULSS 15 che tra 2013 e 2015 ha sostanzialmente raddoppiato il proprio bacino d'utenza, passando da 2 utenti/10.000ab. a 4 utenti/10.000ab.

N. utenti seguiti per dipendenza da gioco d'azzardo/10.000 ab



Fonte: Servizi per le Dipendenze Ex ULSS 15, Ex ULSS 16 ed Ex ULSS 17, Dati di Attività, Anni 2013-2015.

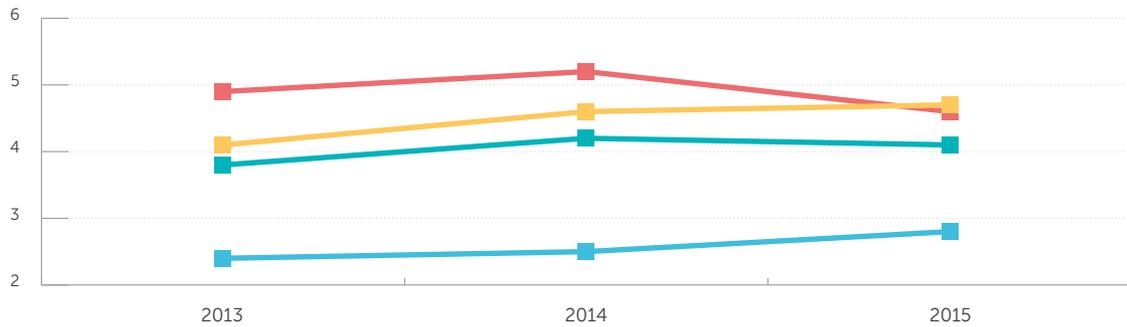


Si ritiene importante sottolineare come i dati qui esposti facciano riferimento esclusivamente al bacino di utenza che nel corso del periodo 2013-2015 si sono rivolti alle strutture dedicate delle singole ex-ULSS del territorio. Questo dato non tiene conto perciò sia dei soggetti che hanno avviato percorsi riabilitativi e di aiuto presso altre strutture sia dei soggetti che, pur colpiti da dipendenza, non si sono ancora avvalsi di alcuna forma di aiuto e sostegno.

Ciò fa presagire che il fenomeno delle dipendenze all'interno del territorio della Padova assuma nel suo complesso proporzioni molto più ampie e più gravi rispetto a quanto fin qui rappresentato.

I programmi residenziali e semiresidenziali costituiscono una risorsa importante nell'ambito di progetti terapeutici personalizzati rivolti al recupero e alla riabilitazione dell'individuo con problemi di dipendenza. La disponibilità di una molteplicità di programmi disponibili uniti a processi di integrazione e collaborazione tra le équipe dei Ser.D. e dei servizi residenziali e semiresidenziali, consente infatti una migliore capacità di risposta ai fenomeni di dipendenza, modellando i progetti terapeutici in relazione ai bisogni molteplici e variabili delle persone

N. utenti inseriti all'interno di CT/10.000 ab.



Fonte: Servizi per le Dipendenze Ex ULSS 15, Ex ULSS 16 ed Ex ULSS 17, Dati di Attività, Anni 2013-2015.

- Ex ULSS 15 Alta Padovana
- Ex ULSS 16 Padova
- Ex ULSS 17 Este-Monselice
- ULSS 6 Euganea

Il numero di utenti inseriti all'interno delle Comunità Terapeutiche sul territorio dell'ULSS 6 Euganea nel triennio 2013-2015 è in media compreso tra i 3 ed i 4 assistiti ogni 10.000 abitanti, con la particolarità dell'ex-ULSS 15 che registra numero più contenuti pari a circa 2 assistiti/10.000 ab.

CONCLUSIONI

Una recente indagine del CENSIS, pubblicata alla fine di Novembre 2016 (*GLI ITALIANI E LA SALUTE. La storia e le prospettive di una trasformazione antropologica attraverso il racconto dei 50 Rapporti Censis 1967 | 2016*) ha evidenziato come in questi ultimi anni il rapporto dei cittadini con la propria salute stia profondamente cambiando. La crisi economica da una parte e l'accesso facile ed immediato alle informazioni presenti nella rete internet, stanno progressivamente contribuendo ad aumentare l'incertezza e appare sempre più diffusa tra gli italiani la percezione che si vada riducendo la qualità dell'assistenza sanitaria.

Come va la salute nella Provincia di Padova? La risposta a questa domanda non è naturalmente una risposta semplice. La salute, in quanto stato di benessere, ha componenti oggettive e soggettive e richiede quindi una analisi sotto molteplici punti di vista: dai dati di demografia, alle abitudini e stili di vita, la presenza di malattie, l'uso dei servizi, sino alla comprensione di come la salute sia percepita dai cittadini.

La sanità veneta si configura da tempo come uno degli esempi di buona qualità nel settore delle cure; il livello elevato dei servizi è riconosciuto grazie a sistemi di misurazione della performance (ad es. Programma Nazionale Esiti, Progetto Bergaglio) che hanno assunto negli ultimi anni un ruolo fondamentale consentendo ai manager di valutare e confrontare le diverse organizzazioni e quindi di effettuare scelte mirate ai fini del miglioramento costante, nella consapevolezza che spesso mantenere un'eccellenza è più difficile che raggiungerla.

Vi sono, oggi, molti strumenti che permettono una valutazione comparativa della performance dei sistemi sanitari regionali e che, con livelli diversi di dettaglio, permettono un monitoraggio del funzionamento degli ospedali, delle singole aree cliniche e delle varie specialità per indicare alle Regioni i livelli di qualità raggiunti dai rispettivi sistemi, le eccellenze e gli aspetti da migliorare.

I risultati del Veneto negli ultimi anni si collocano in posizioni medie o medio alte confermando un contesto che riesce costantemente a garantire un livello qualitativo che viene considerato tra le eccellenze. A conferma di ciò basti considerare che la Conferenza delle Regioni ha confermato anche per il 2017 la Regione Veneto tra le Regioni "benchmark" che rappresenteranno il punto di riferimento per determinare i costi standard in sanità utili per arrivare a stabilire le quote di riparto del Fondo sanitario nazionale.

L'Azienda ULSS 6 Euganea si inserisce in questo contesto di eccellenze. Essa nasce il 1 gennaio 2017 dall'integrazione delle tre ex ULSS del territorio padovano e rappresenta un nuovo soggetto giuridico che, pur raggruppando strutture precedentemente esistenti, è chiamato ad effettuare scelte importanti per ridefinire una nuova identità, un nuovo volto istituzionale e garantire un'offerta ancora migliore.

Oggi l'ULSS 6 Euganea, attraverso la presenza di 7 Presidi Ospedalieri (5 per acuti e 2 riservati ad attività di lungodegenza e riabilitazione), nonché tramite la presenza di 5 Case di Cura convenzionate accreditate, mette a disposizione della popolazione della provincia di Padova complessivamente 2.112 posti letto riservati all'assistenza ospedaliera (1.941 ordinari + 171 in Day Hospital). A ciò si va ad aggiungere l'offerta di prestazioni specialistico-ambulatoriali che nell'anno 2016 hanno quasi raggiunto il numero di 11 milioni.

I servizi sul territorio sono garantiti da una rete capillare organizzata in 5 Distretti Socio-Sanitari, la cui attività è orientata alle necessità e problematiche specifiche della popolazione residente nelle singole aree. Oltre alla presenza di 626 Medici di Medicina Generale e 103 Pediatri di Libera Scelta, essa comprende le strutture e i servizi rivolti agli assistiti considerati "più fragili" come anziani, disabili, pazienti con patologie croniche o con problemi di dipendenze o di salute mentale. Si contano 172 strutture residenziali, con oltre 6.500 posti complessivi, e 321 semi-residenziali con circa 7.000 posti.

Tra i servizi più importanti vi è l'assistenza domiciliare, erogata in forma di servizio per circa il 6,7% dei pazienti con età superiore ai 65 anni, e in forma di contributi diretti erogati; nell'anno 2015 oltre 6.500 pazienti hanno beneficiato delle Impugnative di Cura Domiciliare (ICD). A completamento del quadro vi è l'attivazione delle strutture intermedie che contano ad oggi 3 Ospedali di Comunità (93 posti letto) e 5 Hospice (46 posti letto), con ulteriori strutture in fase di attivazione.

Accanto all'offerta garantita dagli ospedali e dalle strutture territoriali, tramite il Dipartimento di Prevenzione, l'Azienda fornisce alla propria utenza servizi rivolti alla tutela della salute, alla prevenzione delle malattie e delle disabilità, al miglioramento della qualità della vita attraverso la promozione, la collaborazione e l'integrazione con altre strutture aziendali, nonché innovando le prestazioni nei contenuti e nel metodo.

Questo breve excursus evidenzia le enormi potenzialità dell'Azienda di poter incidere in maniera rilevante sullo stato di salute dei cittadini della provincia di Padova; il Profilo di Salute assume in tal senso un ruolo determinante quale strumento strategico con il quale individuare ambiti prioritari di intervento.

La fotografia che emerge dal presente lavoro è quella di un territorio densamente abitato, con una popolazione che sta invecchiando rapidamente, e un saldo migratorio leggermente positivo. La difficoltà di rigenerare la popolazione è aumentata, come testimonia l'indice di vecchiaia passato negli ultimi dieci anni da 136,3 a 156,8.

L'attenzione della popolazione per uno stile di vita salutare si rispecchia in vari fattori, tra i quali l'uso della bicicletta, l'ampio spazio dedicato al verde urbano e l'attenzione all'inquinamento ambientale. La provincia di Padova può vantare una rete ciclabile urbana che si colloca per estensione al primo posto dei capoluoghi veneti. Dati meno confortanti si registrano, invece, sul piano ambientale dove, pur osservando nei diversi ambiti andamenti virtuosi e trend in miglioramento, i dati che riguardano la condizione dell'aria registrano ancora livelli superiori alla norma, rappresentando una criticità sulla quale è importante continuare a lavorare.

L'analisi degli stili di vita rappresenta un interessante approfondimento sia sul piano dei singoli indicatori, sia complessivamente in quanto mette in luce elementi utili alla programmazione. Per quanto riguarda le problematiche analizzate i dati hanno andamenti sostanzialmente molto simili nei territori corrispondenti alle tre ex ULSS, a dimostrazione che si tratta di fenomeni in essere su più ampia scala,

regionale o nazionale.

Nell'intero territorio emerge la necessità di porre particolare attenzione al fenomeno dell'alcol e ai dati riguardanti il sovrappeso e l'obesità soprattutto nelle fasce giovanili.

La problematica dell'alcol appare più concentrata nella fascia di popolazione più istruita e con minori difficoltà economiche oltre che tra i giovani. È Interessante notare come i dati dell'alcol osservati nelle diverse variabili (soprattutto livello di istruzione e difficoltà economiche) abbiano una distribuzione opposta rispetto al fumo. Il fumo, infatti, presenta valori più elevati nelle fasce meno istruite e con maggiori difficoltà economiche. L'uso di alcol, oltre ad essere responsabile diretto di decessi, incide in modo significativo sulla qualità della vita ed è uno dei più importanti fattori di rischio cardiovascolare. Il focus sulla fascia adolescenziale di 11-15 anni mette in allerta sulla necessità di intervenire in modo ancora più significativo su quest'ambito, anche alla luce del recente fenomeno dell'utilizzo di alcol in forma binge.

Anche i dati sull'obesità e il sovrappeso registrano valori su cui porre particolare attenzione: circa il 30% della popolazione è in sovrappeso e il 10% è obeso.

L'attenzione costante agli stili di vita assume una rilevanza strategica se questi si correlano alle analisi sui fattori di rischio, i dati sulla mortalità nonché le rilevazioni sui tumori; la ricerca mette in luce come le malattie cardiovascolari, che rappresentano la principale causa di morte nei paesi occidentali, sono irrimediabilmente legate alla presenza dei fattori di rischio illustrati. Analizzare in modo sistematico i dati permette di coglierne le correlazioni ed elaborare soluzioni mirate.

Un altro elemento importante è l'aumento di persone affette da patologie croniche: circa un terzo della popolazione assistita dall'ULSS Euganea presenta almeno una condizione cronica; tale fenomeno è indubbiamente collegato all'invecchiamento della popolazione ma fattori di rischio comportamentali hanno un importantissimo ruolo nel determinare l'insorgenza dei principali fattori intermedi di rischio cardiovascolare e le conseguenti malattie croniche. Il dato non può essere sottovalutato o correlato semplicemente all'aumento dell'età anagrafica, considerando che la prevenzione di comportamenti errati rappresenta il principale strumento per ridurre il carico delle malattie cronico-degenerative.

Un focus specifico è stato sviluppato sulla mortalità, sulla presenza di patologie croniche e in particolare, sui tumori. La mortalità è uno degli indicatori di carattere epidemiologico più solidi e rappresentativi dello stato di salute di un determinato territorio: le cause di morte, le patologie croniche, la loro stratificazione e il loro andamento sono elementi di valutazione delle politiche sanitarie e la loro analisi rappresenta uno strumento importante per modellare al meglio la risposta ai bisogni della popolazione.

I tumori risultano la seconda causa di morte più frequente nell'intera popolazione ed osservare solo le cause di morte fornisce un quadro parziale del fenomeno. Negli ultimi anni sono complessivamente migliorate le percentuali di guarigione delle persone affette da tumori grazie a un insieme sinergico di azioni su cui da anni si concentra l'attenzione e l'azione.

L'area della prevenzione delle malattie contagiose e diffusibilista ritornando ad essere uno degli argomenti sui quali concentrare i maggiori sforzi. La progressiva riduzione dell'adesione alle campagne di vaccinazioni, risultato anche di una dissennata informazione pseudo scientifica, sta portando le percentuali di vacci-

nazione vicine ai valori soglia al di sotto dei quali vi è un rischio che si sviluppino focolai epidemici della malattia.

Le aree su cui è utile una visione sistemica e sinergica si allargano se si considera il complesso e variegato mondo delle attività socio assistenziali che si sviluppano in una realtà come quella dell'ULSS 6 Euganea: emergono tematiche importanti come la disabilità, il quadro generale della popolazione anziana piuttosto che la delicata area della salute mentale.

La disabilità provocata dalle malattie mentali e i relativi costi rappresentano circa il doppio della disabilità e dei costi dovuti a tutte le forme di cancro e sono comunque maggiori della disabilità delle malattie cardiovascolari. Questi dati, in una visione organica del sistema, non possono essere sottovalutati.

In conclusione il quadro complessivo del lavoro permette di cogliere che sicuramente vi sono spazi di miglioramento, ma molta strada in Veneto è stata già fatta riguardo alla efficienza del sistema socio sanitario, alla sua appropriatezza ed efficacia. È importante proseguire nell'analisi costante dei bisogni e definire di conseguenza le linee di intervento principali all'interno delle quali declinare programmi ed azioni più specifiche.

Il presente documento è una sorta di fotografia che prova a rispondere alla domanda iniziale *Come va la salute nella Provincia di Padova?* Anche se in maniera non esaustiva, con alcuni aspetti messi a fuoco, altri meno, questo documento descrive la situazione del profilo di salute della popolazione della provincia di Padova in questo precisomomento storico. L'importanza di tale rappresentazione è insita nel concetto stesso di profilo di salute, quale strumento di misura che permette di identificare i "bisogni" e che costituisce quindi un primo step fondamentale della programmazione sanitaria. Con la consapevolezza che si tratta di un documento "work in progress", l'azienda ULSS n. 6 Euganea si impegna a mantenere elevata la sorveglianza sugli indicatori analizzati, per monitorare nel tempo i fenomeni, intercettare nuove problematiche e misurare i risultati ottenuti in termini di salute per i propri cittadini.

RINGRAZIAMENTI

Il Profilo di Salute dell'Azienda ULSS 6 Euganea è stato realizzato grazie alla collaborazione di diverse figure professionali sia interne che esterne all'azienda.

Si ringraziano per la loro preziosa collaborazione al progetto:

- **Area Controllo di Gestione:** Gianmaria Gioga, Monia Bordignon, Luisa Mancini
- **Area Direzione Sanitaria:** Pietro Gallina, Alice Zancan
- **Area Prevenzione:** Armando Olivieri, Lorena Gottardello, Antonio Ferro, Mary Elisabeth Tamang, Tiziana Coppola
- **Area Servizi Sociali:** Mariangela Salvan, Marianna Scacco
- **Coordinamento progetto:** Michela Zanella, Carlo Giordani

Un ringraziamento particolare per il loro contributo è rivolto a:

- Prof. Massimo Rugge – Responsabile Scientifico del Registro Tumori del Sistema Epidemiologico Regionale
- Prof. Vincenzo Baldo - Referente del Coordinamento Epidemiologico della Regione Veneto per la sorveglianza delle malattie batteriche invasive

Un sentito ringraziamento è, infine, rivolto al gruppo di lavoro del Registro Tumori della Regione Veneto e a tutti i collaboratori di area sanitaria, socio-sanitaria e amministrativa dell'Azienda ULSS 6 Euganea che con il loro operato quotidianamente contribuiscono alla salvaguardia e alla crescita del benessere psico-fisico della nostra popolazione.

Realizzato con il contributo incondizionato di:





AZIENDA ULSS 6 EUGANEA
Via E. degli Scrovegni,14 - 35131 Padova
www.aulss6.veneto.it