

ASSESSORATO POLITICHE PER LA SALUTE

L'ASSESSORE

	TIPO	ANNO	NUMERO
REG.	/	/	
DEL	/	/	

Alla Presidente dell'Assemblea Legislativa
della Regione Emilia-Romagna

Emma Petitti

**Oggetto: Clausola valutativa della Legge regionale 5 dicembre 2018, n. 19
"Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e
prevenzione primaria" – Trasmissione relazione.**

Si trasmette, in allegato, la relazione sulla clausola valutativa della legge regionale 2018, n. 19 "Promozione della Salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria".

Cordiali saluti

Raffaele Donini

L.R. N. 19 DEL 5 DICEMBRE 2018 “PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE DELLA PERSONA E DELLA COMUNITÀ E PREVENZIONE PRIMARIA” – RELAZIONE DI SINTESI TRIENNALE ART. 26 “CLAUSOLA VALUTATIVA”, COMMA 2.

Premessa

La clausola valutativa è lo strumento con il quale l'Assemblea legislativa esercita il controllo sull'attuazione delle leggi e ne valuta i risultati ottenuti.

L'art. 26 della L.R. n. 19/2018 prevede che, a cadenza triennale, la Giunta regionale presenti alle commissioni assembleari competenti una relazione che affronti alcuni specifici focus di analisi per la valutazione degli effetti prodotti dalla attuazione della norma. In particolare, si devono fornire informazioni sulle attività svolte, i soggetti sociali coinvolti, la popolazione interessata, i risultati e gli impatti conseguiti.

Il comma 3 del medesimo art. 26 prevede inoltre che, in sede di prima applicazione venga presentata una relazione di sintesi intermedia rispetto alla cadenza triennale; tale documento, relativo al periodo 1 gennaio 2019-30 giugno 2020, è stato trasmesso il 10 dicembre 2020 alla Assemblea Legislativa con nota P.G. 0817065 e ora viene aggiornato in modo da coprire l'intero primo triennio di applicazione della L.R. 19/2018.

È inevitabile ricordare in premessa che il gravoso impegno per la gestione della emergenza pandemica COVID-19 ha comportato la riorganizzazione dei piani di lavoro di tutti, ma in particolar modo delle strutture sanitarie deputate alla prevenzione, con importanti ed evidenti riflessi anche sull'attuazione della L.R. 19/2018. Come dettagliato nei paragrafi seguenti, alcune delle previsioni normative sono a oggi non completamente attuate, mentre lo stretto legame con il Piano Regionale della Prevenzione ha consentito di procedere con la definizione delle politiche per la promozione della salute, il benessere della persona e della comunità, come descritte al capo II e al capo III del Titolo III della Legge.

Il sistema regionale per la promozione della salute e la prevenzione

La L.R. n. 19/2018 ha rafforzato i principi della partecipazione, dell'intersectorialità e della salute in tutte le politiche, prevedendo strumenti di coordinamento delle politiche di prevenzione e promozione della salute e favorendo una programmazione integrata delle politiche inerenti ai seguenti ambiti settoriali: sanità, welfare, alimentazione, agricoltura e sicurezza dei prodotti e delle filiere alimentari, ambiente, protezione civile, territorio, mobilità, lavoro, istruzione, formazione, cultura, parità di genere, sicurezza e legalità, sviluppo economico, sport e politiche giovanili.

Coordinamento e programmazione integrata si incardinano sul Tavolo multisettoriale di coordinamento, sul Piano regionale della prevenzione e sulla Rete regionale di cui all'art. 7.

Il Tavolo multisettoriale di coordinamento delle politiche di promozione della salute e prevenzione, presieduto dal Presidente della Regione o suo delegato, è composto da rappresentanti di tutte le Direzioni Generali Regionali, ARPAE e Istituti Regionali che svolgono attività connesse alla promozione della salute della popolazione.

Il Tavolo in parola è finalizzato ad assicurare l'integrazione ed il coordinamento delle politiche previste dai singoli strumenti di programmazione settoriale, a migliorare la cooperazione tra Direzioni Generali, Agenzie ed Istituti Regionali, ad assicurare il coordinamento nella fase preparatoria della Strategia Regionale per la promozione della salute e la prevenzione e a fornire il proprio contributo

nella fase di predisposizione del Piano Regionale della Prevenzione, per favorire l'attuazione del principio della promozione della salute e della prevenzione in tutte le politiche, l'approccio partecipativo e una azione multisettoriale, intesa come integrazione dei diversi ambiti settoriali delle politiche di prevenzione.

Con DGR 1377 del 5 agosto 2019 è stato istituito il Tavolo multisettoriale di coordinamento delle politiche di promozione della salute e prevenzione che è stato successivamente rinnovato attraverso la sostituzione e l'integrazione di alcuni componenti. Quindi con DGR 73 del 25 gennaio 2021 il nuovo Tavolo multisettoriale è stato adottato, consentendo così la prosecuzione dei lavori volti a supportare la Giunta regionale nel favorire l'integrazione delle diverse politiche settoriali utili alla promozione della salute della persona e della comunità, alla prevenzione e alla lotta alla cronicità e nel programmarle unitariamente sul territorio regionale

Il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 7 del 29 gennaio 2021 ha delegato il Dott. Giuseppe Diegoli, Responsabile del Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, a presiedere il Tavolo multisettoriale di coordinamento delle politiche di promozione della salute e prevenzione.

Con DGR 1855 del 14 dicembre 2020 è stata recepita l'Intesa Stato-Regioni concernente il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 che prevedeva anche l'impegno ad adottare il relativo Piano regionale entro il 31 dicembre 2021. Quindi nel corso dell'anno si è organizzato, progettato e scritto il Piano Regionale della Prevenzione; gli stati di avanzamento di tale progettazione sono stati condivisi con il Tavolo multisettoriale che si è riunito il 25 febbraio, 24 marzo e 19 novembre. In particolare, il legame stretto tra Piano della prevenzione e Tavolo multisettoriale è ribadito nel Documento di Governance che accompagna il PRP.

Vi è invece da lavorare ulteriormente sull'articolo 7 della LR 19/2018, che riguarda la Rete regionale per la promozione della salute e la prevenzione e gli Accordi operativi per la salute di comunità. Sono compresi già a pieno titolo nella Rete, per come la legge è formulata, specifici soggetti: EE.LL., scuole, università, enti pubblici finalizzati alla promozione della salute. Le AUSL, destinatarie dei finanziamenti, possono già siglare accordi operativi locali e convenzioni con questi soggetti.

Invece rispetto al comma 3 del medesimo articolo (qualunque soggetto pubblico o privato che abbia finalità su promozione salute può aderire alla rete ed essere parte degli accordi operativi locali), occorre definire i passaggi attuativi per la costruzione di una piattaforma di adesione alla Rete. Vanno approfonditi gli aspetti giuridico amministrativi di coerenza con il Codice Terzo Settore.

La Strategia Regionale per la Promozione della Salute e la Prevenzione.

Nella vision e tra i principi fondanti del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) si colloca l'intersettorialità, che rappresenta anche una delle 4 azioni trasversali di sistema che contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi di salute e di equità. Nel PNP si legge: "L'intersettorialità si basa sul riconoscimento della salute quale processo complesso e dinamico che implica interdipendenza tra fattori e determinanti personali, socioeconomici e ambientali. Ne discende quindi una corresponsabilità da parte di tutti i settori le cui politiche, a vario titolo, hanno impatto su tali determinanti (governi a tutti i livelli, terzo settore, associazionismo, impresa, commercio, mobilità, ricerca, sistema sociale e sanitario, istruzione, ecc.). Per agire efficacemente su tutti i determinanti di salute sono necessarie alleanze e sinergie tra forze diverse. Salute in tutte le Politiche (*Health in all Policies*) significa quindi riconoscere nelle decisioni politiche dei diversi settori il benessere generale della popolazione come obiettivo comune. Costruire convergenze programmatiche e alleanze di scopo e coinvolgere il più ampio e qualificato numero di stakeholder è, dunque, un passaggio determinante, che richiede l'individuazione dei diversi livelli decisionali e di policy making e presuppone la creazione di occasioni di confronto, scambio, contaminazione di competenze e

linguaggi, riconoscimento di identità e ruoli diversi.”

E’ evidente come questa visione permei totalmente lo spirito della L.R. n. 19/2018 che promuove altresì l’adozione di una Strategia regionale per la promozione della salute e la prevenzione che persegue l’integrazione ed il coordinamento degli obiettivi e delle azioni proposte dalle singole programmazioni regionali relative a determinati ambiti settoriali: sanità, welfare, alimentazione, agricoltura e sicurezza dei prodotti e delle filiere alimentari, ambiente, protezione civile, territorio, mobilità, lavoro, istruzione, formazione, cultura, parità di genere, sicurezza e legalità, sviluppo economico, sport e politiche giovanili.

La Strategia regionale di cui all’art. 9 della L.R. n. 19/2018 rappresenta quindi l’orizzonte in cui si colloca la declinazione dell’azione trasversale Intersectorialità, come definita dal PNP. Nella Tabella di seguito presentata viene data evidenza, in sintesi, del collegamento tra specifici articoli della Legge e i Programmi del PRP, definendo i soggetti regionali coinvolti nell’attuazione così da rendere esplicito, per ogni tematica, l’approccio intersectoriale “Salute in tutte le Politiche”.

L.R. n. 19/2018	Attuazione nel PRP 2021-2025	Servizi / Ambiti Regionali coinvolti
<p><i>Art. 11 – Valorizzazione del ruolo della medicina generale e d’iniziativa ai fini della prevenzione</i></p> <p><i>Art. 12 – Valorizzazione del ruolo degli ospedali, delle professioni e dei servizi sanitari ai fini della promozione della salute e della prevenzione</i></p> <p><i>Art. 15 – Prevenzione delle malattie del sistema cardiovascolare e della morte cardiaca improvvisa. Sistema di cardio-protezione regionale</i></p>	PL20 – Stili di vita: dalla promozione alla presa in carico	<p>Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica (<i>coord.</i>);</p> <p>Servizio Assistenza Ospedaliera;</p> <p>Servizio Assistenza Territoriale=</p>
<i>Art. 13 – Valorizzazione del ruolo del sistema formativo, scolastico e universitario ai fini della promozione della salute e della prevenzione</i>	PP01 – Scuole che promuovono Salute	<p>Tavolo regionale permanente per l’educazione alla salute e alla prevenzione nel sistema educativo e formativo (DGR 1099/2021), presieduto dall’Assessore Regionale alla Scuola</p> <p>Servizio Politiche istruzione, formazione, lavoro, conoscenza</p>
<i>Art. 14 – Valorizzazione del ruolo dei luoghi di lavoro ai fini della promozione della salute e della prevenzione</i>	<p>PP03 – Luoghi di Lavoro che promuovono salute</p> <p>PP06 Piani mirati di prevenzione</p> <p>PP07 - Prevenzione in edilizia e agricoltura</p> <p>PP08 - Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell’apparato</p>	<p>Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica (<i>coord.</i>);</p> <p>Comitato regionale di coordinamento (Art. 7 D.Lgs. 81/2008 e Art. 1 Legge n. 123/2007);</p> <p>Servizio Competitività delle Imprese Agricole e Agroalimentari;</p>

	muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro	Assessorato allo Sviluppo Economico e Green Economy, Lavoro, Formazione
Art. 16 – Prevenzione attraverso l'attività motoria e la pratica sportiva	PP01 – Scuole che Promuovono Salute PP02 – Comunità attive PL20 – Stili di vita: dalla promozione alla presa in carico	Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica (<i>coord.</i>); Presidenza di Giunta (Delega allo Sport); Direzione Generale Economia della Conoscenza, del Lavoro e dell'Impresa (L.R. n. 8/2017); Servizio Turismo, Commercio e Sport (L.R. 8/2017)
Art. 17 – Prevenzione attraverso l'alimentazione sana e sicura	PP01 – Scuole che Promuovono Salute PP02 – Comunità attive PL11 – Interventi nei primi 1000 giorni di vita PL18 – ECO HEALTH Salute Alimenti, Animali, Ambiente PL20 – Stili di vita: dalla promozione alla presa in carico	Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica (<i>coord. PL18</i>); Servizio Assistenza Territoriale (<i>coord. PL11</i>); Serv. Innovazione, Qualità, Promozione e Internazionalizzazione del Sistema Agroalimentare; Arpae
Art. 18 – Prevenzione del diabete dell'adulto	PP02 – Comunità attive PL18 – ECO HEALTH Salute Alimenti, Animali, Ambiente PL20 – Stili di vita: dalla promozione alla presa in carico	Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica (<i>coord.</i>); Servizio Assistenza Ospedaliera; Servizio Assistenza Territoriale; Direzione Generale Economia della Conoscenza, del Lavoro e dell'Impresa (L.R. n. 8/2017); Servizio Turismo, Commercio e Sport L.R. 8/2017) Serv. Innovazione, Qualità, Promozione e Internazionalizzazione del Sistema Agroalimentare; Arpae
Art. 19 – Azioni di prevenzione e contrasto delle dipendenze da alcool e sostanze stupefacenti e psicotrope	PP01 – Scuole che Promuovono Salute PP04 – Dipendenze PL20 – Stili di vita: dalla promozione alla presa in carico	Servizio Assistenza Territoriale (<i>coord.</i>); Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica
Art. 20 – Azioni di prevenzione e contrasto delle dipendenze legate alle nuove tecnologie	PP01 – Scuole che Promuovono Salute PP04 – Dipendenze	Servizio Assistenza Territoriale (<i>coord.</i>); Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica
Art. 21 – Azioni di prevenzione per la sicurezza del bambino e della bambina	PP05 -Sicurezza negli ambienti di vita PL11 – Interventi nei primi 1000 giorni di vita	Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica; Servizio Assistenza Territoriale

Art. 22 – Azioni di prevenzione per la promozione dei determinanti del benessere psicofisico e della salute mentale	PP01 – Scuole che Promuovono Salute PP02 – Comunità attive PP04 – Dipendenze PL11 – Interventi nei primi 1000 giorni di vita PL12 – Infanzia e adolescenza in condizioni di vulnerabilità	Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica; Servizio Assistenza Territoriale; Servizio Politiche Sociali e Socio-Educative;
Art. 23 – Azioni di prevenzione in ambito oncologico	PP01 – Scuole che promuovono Salute PP02 – Comunità attive PP03 – Luoghi di Lavoro che promuovono salute PP04 – Dipendenze PL 13 – Screening	Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica; Servizio Assistenza Territoriale; Direzione Generale Economia della Conoscenza, del Lavoro e dell’Impresa (L.R. n. 8/2017); Servizio Turismo, Commercio e Sport (L.R. 8/2017)
Art. 24 – Azioni rivolte alla comunicazione sociale e alla formazione diffusa della popolazione	Azioni trasversali Formazione e comunicazione	Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica; Agenzia Sanitaria e Sociale; Agenzia di Informazione e Comunicazione
Area Ambiente	PP09 – Ambiente, Clima e Salute PL15 – Sicurezza Chimica PL18 – ECO HEALTH Salute Alimenti, Animali, Ambiente	Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica; Servizio Tutela e Risanamento Acqua, Aria e Agenti fisici; Servizio Pianificazione Territoriale e Urbanistica; Serv. Innovazione, Qualità, Promozione e Internazionalizzazione del Sistema Agroalimentare; Arpae
Area Vaccinazioni	PL16 - Vaccinazioni	Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica; Servizio Assistenza Territoriale
Area Malattie infettive	PL 17 – Malattie infettive PL19 - One Health. Malattie infettive	Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica; Servizio Assistenza Ospedaliera; Servizio Assistenza Territoriale; Servizio Politiche per l’Integrazione Sociale, il Contrasto alla Povertà e Terzo Settore; Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell’Emilia-Romagna; Arpae

Monitoraggio e valutazione delle politiche per la prevenzione

L'art. 25 prevede che la Regione assicuri il monitoraggio e la valutazione dei risultati del Sistema per la promozione della salute e la prevenzione. In questo primo triennio di attività della Legge l'attenzione è stata focalizzata su informazioni quali-quantitative e indicatori utili a descrivere le condizioni di baseline su cui poggia tutta l'azione di prevenzione. Questo lavoro è stato condotto da struttura dedicata, con competenze epidemiologiche e statistiche, che ha anche organizzato e predisposto lo schema di monitoraggio e valutazione del Piano Regionale della Prevenzione.

In particolare, si è prodotto un Profilo di salute della popolazione regionale, quale base conoscitiva necessaria alla predisposizione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 e strumento essenziale per la condivisione dei processi decisionali con la comunità e l'identificazione di obiettivi, priorità e azioni sui quali attivare le risorse della prevenzione e al tempo stesso misurare i cambiamenti del contesto e dello stato di salute, nonché confrontare l'offerta dei servizi con i bisogni della popolazione. Questo Profilo è stato approvato con deliberazione di Giunta regionale n. 2177 del 22.11.2019.

Il capitolo 2 di tale Profilo, recante il contesto socio-demografico e di salute, è stato aggiornato nel 2021 ed inserito come documento di accompagnamento al Piano della Prevenzione inviato al Ministero della Salute. Questo documento viene allegato alla presente relazione (vedi all. 1).

L'Art 27 – Disposizioni Finanziarie

L'art. 27, comma 1, della L.R. n. 19/2018 stabilisce che per gli esercizi finanziari 2019, 2020 e 2021, agli oneri derivanti dall'attuazione della succitata Legge Regionale, quantificati in € 3.500.000,00 per ciascun esercizio, si provvede con le risorse autorizzate nell'ambito della Missione 13 – Tutela della Salute, Programma 1 – Servizio Sanitario Regionale – finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA, nel Bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna 2019-2021.

Numerosi progetti e attività di promozione della salute e prevenzione coerenti con le finalità della succitata L.R. n. 19/2018 e con le azioni specifiche, prioritarie o innovative di cui al Capo III della Legge in parola sono previsti dal Piano Regionale della Prevenzione che individua le responsabilità operative per l'attuazione delle azioni previste, i gruppi o i territori target, gli approcci trasversali agli ambiti settoriali, le azioni richieste per assicurare la partecipazione dei cittadini, i risultati attesi ed i relativi indicatori per la valutazione del miglioramento degli standard di salute nella popolazione e le eventuali attività di riprogrammazione delle azioni.

Per questo motivo, in attuazione di progettualità rispondenti contemporaneamente agli obiettivi del PRP e della L.R. 19/2018, la Regione Emilia-Romagna ha assegnato, ogni anno dal 2019 al 2021, alle Aziende USL Regionali la somma complessiva di Euro 3.500.000,00, in attuazione del succitato art. 27, comma 1, della L.R. n. 19/2018.

La somma complessiva di Euro 3.500.000,00 è stata così ripartita:

- Euro 2.000.000,00 a tutte le Aziende USL Regionali, a titolo di finanziamento a copertura delle spese da sostenere per la realizzazione dei programmi regionali per la promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria, suddivisi sulla base del totale dei residenti per Azienda USL e di cui il 20% è destinato ad azioni e interventi in partnership con gli Istituti Scolastici;
- Euro 1.000.000,00 a tutte le Aziende USL Regionali, distribuiti sulla base della popolazione 15-64 anni residente al 01/01/2019, in attuazione degli artt. 19 e 21 della L.R. n. 19/2018, a titolo di finanziamento a copertura delle spese da sostenere per la realizzazione di interventi

sociosanitari di prevenzione e contrasto delle dipendenze e di promozione del benessere psicofisico e della salute mentale delle persone con problematiche d'abuso/dipendenza;

- Euro 350.000,00 all'Azienda USL di Piacenza per la realizzazione di azioni di prevenzione e contrasto delle dipendenze da alcool e sostanze stupefacenti e psicotrope previste dall'art. 19 della L.R. n. 19/2018, nonché di azioni di prevenzione per la promozione dei determinanti del benessere psicofisico e della salute mentale di cui all'art. 22 della Legge in parola, rivolte alle persone detenute in carcere;
- Euro 150.000,00 all'Azienda USL di Modena per la realizzazione di azioni comunicative inerenti alla promozione della salute e alla prevenzione, in attuazione degli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione e degli obiettivi di comunicazione sociale e formazione diffusa della popolazione di cui all'art. 24 della L.R. n. 19/2018.

I finanziamenti sopra citati a favore delle Aziende USL regionali sono stati assegnati con i seguenti atti:

- Anno 2019 - Delibera di Giunta Regionale n. 1751 del 21 ottobre 2019; liquidati con Determina dirigenziale n. 19611 del 29 ottobre 2019.
- Anno 2020 - Delibera di Giunta Regionale n. 1381 del 19 ottobre 2020; liquidati con Determina dirigenziale n. 18347 del 22 ottobre 2020
- Anno 2021 - Delibera di Giunta Regionale n. 1597 del 11 ottobre 2021; liquidati con Determina dirigenziale n. 19141 del 15 ottobre 2021

Le politiche e gli interventi

Programmi regionali per la promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria

La gestione della pandemia COVID-19 ha prodotto un impatto pesante a livello organizzativo nei Dipartimenti di Sanità pubblica che sono individuati, nel Piano regionale della Prevenzione, quale struttura organizzativa di coordinamento degli interventi e dei progetti di promozione della salute. Questo impatto ha determinato una riorganizzazione dei piani di lavoro con un minor impegno nei progetti del Piano della prevenzione, anche in relazione al fatto che il PRP precedente è scaduto nel 2019 e quello attuale è stato adottato alla fine del 2021. Fatta questa doverosa premessa si precisa che il lavoro svolto è stato orientato a sviluppare l'integrazione tra i servizi di prevenzione, di cura, sociosanitari e sociali. L'attenzione è stata focalizzata prevalentemente in tre ambiti:

- Attività motoria e sana alimentazione con la promozione attiva di opportunità di salute (es. gruppi di cammino, Palestre che promuovono salute, gruppi Educchef, altre iniziative nate dall'analisi dei bisogni della comunità), anche attraverso la facilitazione di processi partecipativi che si sono svolti in co-progettazione con gli Enti Locali e a volte con il coinvolgimento di stakeholder e associazioni del territorio.
- Lo sviluppo di competenze e risorse professionali in grado di supportare le persone sui cambiamenti possibili per vivere meglio e in salute. Ciò è stato realizzato attraverso percorsi che hanno aumentato la capacità degli operatori di usare le tecniche di avviso breve e counselling motivazionale anche per veicolare informazioni e messaggi semplici in grado di attivare processi di consapevolezza per scelte salutari responsabili.
- La connessione con le scuole con cui è continuato il percorso di sviluppo di un modello didattico costituito da pratiche, esperienze e strumenti partecipativi e valutativi orientato ad un empowerment dei docenti e degli studenti sui temi di salute, come avviato con il Piano regionale della prevenzione 2015-2018.

Prevenzione e contrasto delle dipendenze

Le strategie definite dalla L.R. 19/2018 per la promozione della salute, del benessere della persona e della prevenzione primaria, sono state declinate nell'ambito delle dipendenze patologiche secondo un approccio intersettoriale, volto a rafforzare le sinergie interistituzionali tra i soggetti coinvolti nell'elaborazione delle politiche di prevenzione e contrasto all'abuso di sostanze. La prevenzione delle dipendenze da sostanze e comportamentali ricade infatti nell'ambito di competenza di più organizzazioni o enti, determinando quindi una fondamentale esigenza di coordinamento multilivello tra gli attori in gioco.

Coerentemente con le strategie d'azione definite nell'ambito delle dipendenze da sostanze e comportamentali di cui agli articoli 19 e 20 della L.R. 19/2018, sono state realizzate azioni regionali di prevenzione sul tema dell'alcool, differenziate se guida nell'ambito della formazione per i docenti dei corsi info-educativi di I e II livello, rivolti ai soggetti con violazione dell'art. 186 C.d.S, oltre alla sottoscrizione di un protocollo di collaborazione tra Regione, Università e gruppi di auto mutuo aiuto finalizzata alla promozione di percorsi universitari specificamente dedicati all'alcologia.

Rispetto al gioco d'azzardo, rileva l'importante attività di contrasto al fenomeno attuata tramite il Piano regionale di contrasto al gioco d'azzardo, che individua nei Piani di zona distrettuali il luogo predefinito della programmazione, garantendo l'integrazione istituzionale tra AUSL, Enti Locali ed associazionismo di settore nella definizione di strategie di contrasto e prevenzione del fenomeno. Inoltre, rispetto al target adolescenza, il fenomeno del gaming rappresenta un filone di intervento prioritario, attraverso sia la realizzazione di interventi nell'ambito scolastico, sia attraverso specifiche formazioni rivolte al personale assistenziale e clinico che possano fornire strumenti necessari ad una presa in carico di pazienti con questo tipo di disturbo.

Nell'ambito del contesto definito dalla L.R. 19/2018 e del Piano Predefinito Dipendenze, una quota di finanziamento di cui alla D.G.R. 1597/2021, è stata destinata prioritariamente al sostegno di interventi di riduzione del danno in strada o in strutture a bassa soglia d'accesso per persone con problemi di abuso/dipendenza. Inoltre, l'altra linea d'intervento finanziata con la medesima D.G.R. è rappresentata dagli interventi socio-sanitari di prevenzione e contrasto alle dipendenze e di promozione del benessere psicofisico e della salute mentale nelle persone con problematiche di abuso e/o dipendenza. Tali interventi sono mirati da un lato, ad aumentare la capacità di intercettazione e presa in carico di soggetti affetti da problemi di dipendenza da sostanze in contesti a bassa soglia, sia a potenziare percorsi terapeutici individualizzati, anche attraverso l'applicazione all'ambito delle dipendenze patologiche dello strumento del Budget di Salute.

Prevenzione alle persone detenute in carcere

In attuazione della L.R. 19/2018 gli interventi di promozione della salute negli Istituti Penitenziari della Regione E-R sono stati organizzati considerando la peculiarità del contesto e i bisogni di salute della popolazione di riferimento, che richiedono risposte flessibili e differenziate, e sono stati realizzati con lo specifico supporto di figure dedicate e debitamente formate, i Promotori della salute.

La promozione della salute in carcere si è concretizzata prevalentemente tramite attività individuali e/o di gruppo, ad adesione volontaria, finalizzate all'informazione, orientamento, sostegno ed educazione, sempre proposte in un'ottica orientata all'empowerment della persona. Nell'ambito specifico della prevenzione le attività prioritarie hanno riguardato il tema delle malattie infettive, focalizzandosi sulla promozione degli screening infettivologici, dell'adesione alle campagne vaccinali e delle attività di informazione ed educazione sanitaria.

Nel triennio 2019-2021, stante l'emergenza sanitaria Covid-19, le equipe sanitarie hanno dovuto fronteggiare difficoltà plurime e forte pressione organizzativa, e l'attività dei Promotori della Salute in carcere ha

dimostrato pienamente l'efficacia della sua azione rappresentando un valido strumento per il raggiungimento degli obiettivi di salute, grazie alla specifica capacità di rilevazione dei bisogni di cura e alla continua rimodulazione degli interventi di informazione e promozione della salute.

I Promotori della Salute hanno promosso e realizzato diverse tipologie di attività: colloqui individuali/sportelli informativi sanitari, gruppi informativi su tematiche specifiche (dissuasione fumo, alimentazione, screening), diffusione di materiale informativo multilingue ed illustrato sui temi delle patologie trasmissibili, alimentazione e attività fisica, fumo, screening e vaccinazioni.

Ai macro ambiti di lavoro sui temi rispondenti ai principali bisogni di salute delle persone recluse, quali salute fisica, psicologica e relazionale, comportamenti e stili di vita, sostegno del percorso personalizzato di tipo clinico-assistenziale, con l'avvento della pandemia si sono aggiunti il tema dell'infezione da COVID-19 e l'impatto delle misure di contenimento epidemiologico. I Promotori della Salute hanno contribuito a ri-orientare correttamente le informazioni che giungevano alle persone in Istituto, a promuovere in modo considerevolmente efficace la campagna vaccinale e a contenere il disagio psicologico e relazionale ulteriormente aggravato dallo stato di emergenza sanitaria.

Comunicazione

Le attività di comunicazione realizzate nell'ambito dell'attuazione della L.R. 19/2018 sono strettamente collegate con le iniziative comunicative realizzate per il Piano Regionale della Prevenzione. Per dare continuità e coerenza alle attività, si è lavorato in primo luogo sugli aspetti organizzativi. È operativo un apposito Gruppo di lavoro formato da:

- Servizio Regionale Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica
- Ufficio Comunicazione dell'Assessorato alle Politiche per la Salute, Regione Emilia-Romagna
- Servizio Comunicazione e Relazioni Esterne dell'Azienda USL di Modena, individuata quale Azienda di supporto nelle attività di comunicazione di cui alla L.R. n. 19/2018
- Referente Comunicazione per il PRP individuato presso ogni Azienda Sanitaria

La presenza di un Referente Comunicazione individuato presso ogni Azienda Sanitaria è a garanzia della continuità di azione Regione-territorio e della creazione di una vera e propria "Comunità di pratica" sulla comunicazione per la prevenzione e la promozione della salute. Il lavoro è svolto nella prospettiva di condividere temi, contenuti e progetti comunicativi, favorendo la circolarità della comunicazione: un progetto comunicativo nato a livello regionale può essere valorizzato, attuato e arricchito nei territori, così come un progetto aziendale sui temi della prevenzione e promozione della salute può essere ripreso su scala regionale e messo a disposizione di tutte le altre Aziende Sanitarie.

È stato depositato il dominio www.costruiamosalute.it che rimanda all'area web di riferimento per la narrazione di finalità, azioni e risultati del Piano Regionale della Prevenzione e della L.R. 19/2018. Si è ricorso anche ad uno specifico logo identificativo e alla realizzazione di una linea editoriale chiara e riconoscibile. Su questa base sono stati prodotti i volumi relativi a PRP e Documento di Governance e organizzato un Documento di sintesi del PRP finalizzato a favorire il coinvolgimento degli stakeholder nell'avvio dell'implementazione del Piano a livello locale. Questi materiali sono stati stampati e oltre alla versione cartacea sono scaricabili dal sito sopra citato.

Le azioni comunicative, pianificate e realizzate ogni anno, si inseriscono in un ventaglio di possibili declinazioni che spazia da una campagna di comunicazione integrata alla realizzazione di un singolo materiale informativo, a seconda delle opportunità e delle possibilità.

Nonostante la difficoltà di comunicare sulla promozione di sani stili di vita in un contesto completamente assorbito dalla comunicazione sulla pandemia, è stata realizzato un progetto di prevenzione cardiovascolare

rivolto ai cittadini attraverso l'iniziativa **"Tieni in forma il tuo cuore"**. Tra settembre e ottobre 2021 nelle piazze delle principali città della regione è stata presente una clinica mobile attrezzata e gazebo informativi, assistiti da medici e infermieri, nella quale i cittadini hanno potuto eseguire test per la prevenzione cardiovascolare e valutare il proprio livello di rischio cardiovascolare con un counseling del cardiologo.

Questa iniziativa si è posta in continuità con numerose altre campagne di comunicazione improntate sugli stili di vita sani e sul contrasto alle malattie non trasmissibili. Si possono citare ad esempio le attività realizzate nel 2020 e nel 2021 durante la settimana mondiale per la riduzione del consumo di sale (marzo) per la promozione di una dieta sana ed equilibrata. Altre iniziative hanno riguardato la valorizzazione dei Gruppi di Cammino come opportunità per fare movimento, nei momenti in cui ciò è stato possibile in questi anni di pandemia.

Si è dato continuità agli aggiornamenti e alle informazioni sui programmi di screening per la prevenzione dei tumori al colon retto, al collo dell'utero e al seno, anche in questo caso nei momenti in cui è stato possibile riprendere queste attività sanitarie. A tal proposito sono state diffuse apposite infografiche illustrative dei percorsi, dei dati e dei risultati di questi screening. Da dicembre 2021, inoltre, si è avviato lo Screening per il contrasto alla diffusione dell'Epatite C.

In merito alle "Azioni rivolte alla comunicazione sociale e alla formazione diffusa della popolazione" (art. 24), sono state realizzate in particolare specifiche iniziative per il contrasto alla diffusione dell'HIV/AIDS, cercando di mantenere l'attenzione sulle malattie sessualmente trasmesse. Tra queste, "HIV, parliamone": a partire da un progetto promosso dal Comune e dalle Aziende Sanitarie di Parma, nell'estate 2021 si è lanciata una campagna di sensibilizzazione che pone attenzione su numerosi aspetti che accompagnano il contrasto all'HIV / AIDS: stigma, paura, informazioni lacunose, omofobia, importanza del test, utilizzo per preservativo.

Contesto socio-demografico e di salute

A cura di Nicola Caranci, Chiara Di Girolamo, Giuliano Carrozzi, Giovanna Barbieri, Maria Giulia Gatti, Paolo Giorgi Rossi, Paola Angelini

1 Profilo demografico

La popolazione dell'Emilia-Romagna nel 2021 si assesta su meno di 4,5 milioni di abitanti e corrisponde al 7,5% di quella italiana.

Tabella 1.1 Indicatori demografici. Emilia-Romagna, Italia 2021 (o altro anno).

Nel caso di caselle vuote, il valore non è disponibile oppure non è informativo.

Indicatore	Emilia-Romagna*	Italia°	Provincia valore MINIMO	Provincia valore MASSIMO
Popolazione (1° gennaio)	4.459.866	59.257.566	285.701 (PC)	1.018.542 (BO)
Popolazione in città con 100.000 abitanti o più (per l'Emilia-Romagna tutti e soli i capoluoghi di provincia, a meno di Cesena)	1.608.721	14.006.688 (21.047.245 aree urbane^)	103.582 (PC)	391.412 (BO)
% minorenni (0-17 anni)	15,5%	15,7%		
Indice di vecchiaia° (rapporto tra ampiezza popolazione di 65 anni e più e quella con meno di 15 anni)	190,0%	183,3%	159,8% (RE)	267,8% (FE)
% di stranieri (2019)#	11,86%	8,28%	9,13% (FE)	14,16% (PC)
Numero nati (2020, dati provvisori)\$	29.781	404.104		
Tasso grezzo natalità (per mille)# (2019)	6,9	7,0	5,7% (FE)	7,5% (PR)
Dimensione media familiare (2019)#	2,20	2,33		
% famiglie unipersonali (2019)#	37,3%	33,3 %		

* Dati tratti da: https://statistica.regione.emilia-romagna.it/servizi-online/statistica-self-service/popolazione/popolazione-per-eta-e-sesso/pop_eta_ammontare

^ Dati tratti da: Istat, principali statistiche geografiche dei comuni (<https://www.istat.it/it/archivio/156224>).

° Dati tratti da: Istat, banca dati I.Stat: (<http://dati.istat.it/>).

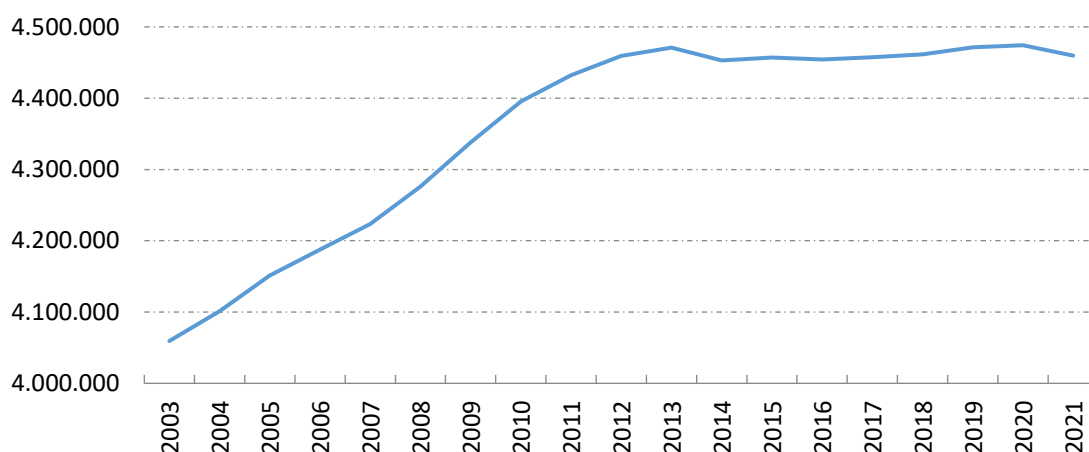
\$ Dati tratti da: Istat, bilancio demografico mensile (<http://demo.istat.it/bilmens/index.php?anno=2020&lingua=ita>).

Dati tratti da: Istat, Health for All: (<https://www.istat.it/it/archivio/14562>).

Cosa sta cambiando

- **La crescita della popolazione di inizio secolo si è arrestata;** l'ampiezza demografica è rimasta sostanzialmente costante (dal 2013 al 2021). **La percentuale di minorenni**, crescente fino al 2013 e poi rimasta costante (16%) nel quinquennio successivo, **inizia a calare** (al 15,5%).
- **L'indice di vecchiaia ha continuato a crescere** dal 2013 al 2021 (190% Vs 169%), seppur lievemente meno che in Italia (183% Vs 147%), dunque il livello regionale tende ad approssimarsi a quello nazionale.

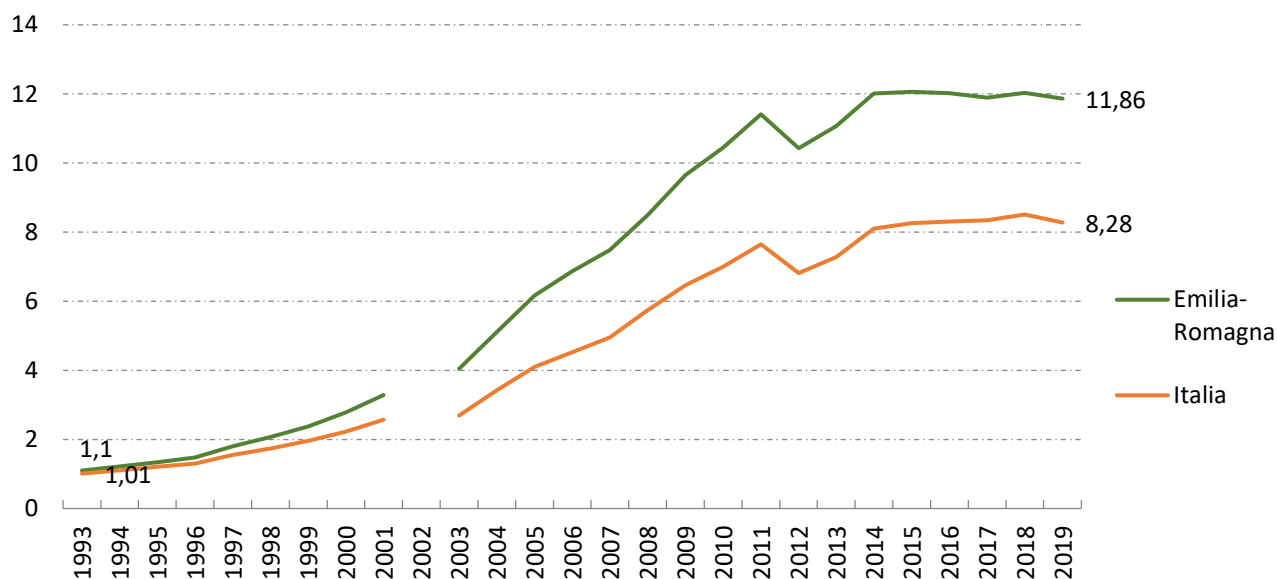
Figura 1.1 Popolazione residente. Emilia-Romagna 2003-2021



Dati tratti da: https://statistica.regione.emilia-romagna.it/servizi-online/statistica-self-service/popolazione/popolazione-per-eta-e-sesso/pop_eta_ammontare

- **La quota di popolazione straniera conferma livelli simili a quelli del 2014**, dopo esser cresciuta rapidamente dall'inizio degli anni 2000: al 1° gennaio 2019 si conferma all'11,9% per l'Emilia-Romagna e 8,3% per l'Italia.

Figura 1.2 Percentuale di popolazione straniera, Emilia-Romagna e Italia 1993-2019



Dati tratti da: Istat, Health for All: (<https://www.istat.it/it/archivio/14562>).

- Nel 2020 l'**epidemia da Covid-19 ha comportato un impatto su tutte le componenti del ricambio demografico**: la natalità in regione è diminuita di una quota analoga a quella registrata in Italia (-3,7%) e la mortalità ha subito un deciso aumento; il saldo migratorio è diminuito: 21.523 persone, contro le 35.064 del 2019. Entrambe le dinamiche, **saldo naturale e saldo migratorio, sono state fortemente variabili nei mesi dell'anno 2020 e prevedibilmente continuano a subire l'effetto** dell'emergenza sanitaria e socio-economica anche nel 2021: ad esempio il **calo delle nascite a dicembre 2020 è diventato a due cifre in termini di diminuzione percentuale** rispetto al dicembre 2019 (AA. VV. 2021).

Tabella 1.2 Indicatori demografici relativi alla salute della popolazione. Emilia-Romagna, Italia 2021 (o altro anno; ove specificato)

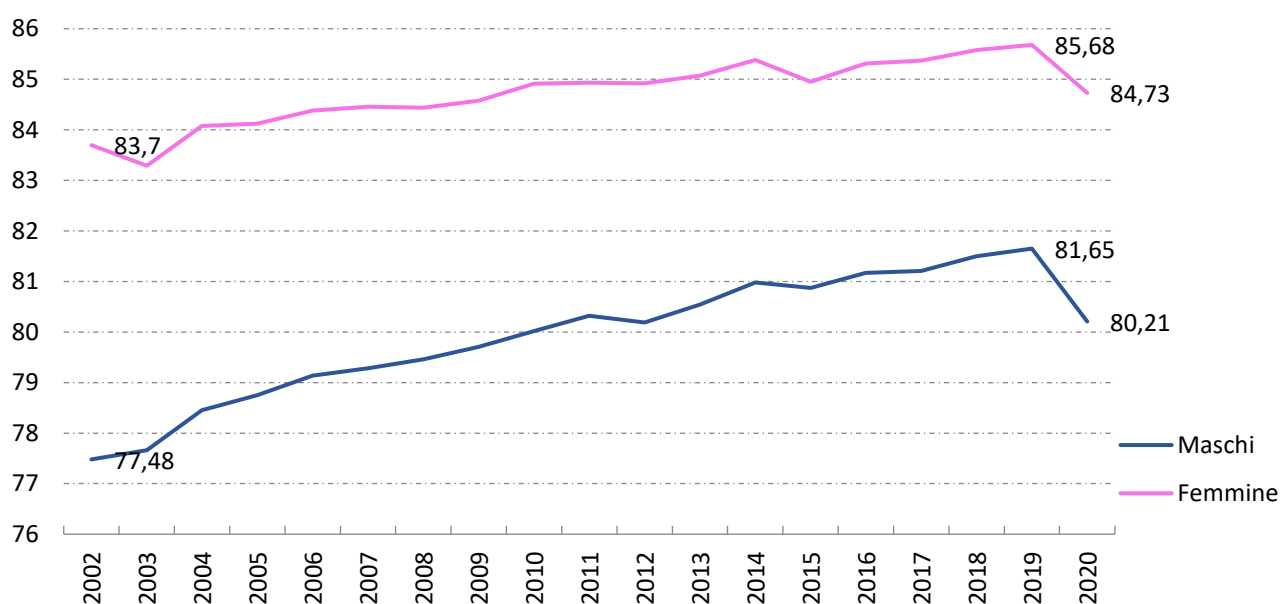
Indicatore [#]	Emilia-Romagna	Italia	Provincia valore MINIMO	Provincia valore MASSIMO
Speranza di vita (aspettativa di vita media, anni) (2020)	80,21 M 84,73 F	79,67 M 84,40 F	77,6 M (PC) 82,7 F (PC)	81,2 M (RA) 85,5 F (FC)
Mortalità nel primo anno di vita (tasso decessi a 0 anni ogni 10.000 nati) (2018)	30,33 M 15,40 F	31,16 M 26,27 F		
Speranza di vita in buona salute (aspettativa di vita media percepita in buona salute, anni) (2019)	60,55 M 58,88 F	59,78 M 57,55 F		
Speranza di vita a 65 anni (2020)	18,46 M 21,78 F	18,16 M 21,62 F		

[#] Dati tratti da: Istat, Health for All: (<https://www.istat.it/it/archivio/14562>).

Cosa sta cambiando

- **La speranza di vita ha continuato a crescere fino al 2019**, nonostante si sia osservata una lieve flessione in corrispondenza del 2015 (e per gli uomini anche nel 2012). Tali fluttuazioni sono legate a vari fattori, sia relativi alla composizione per età della popolazione che all'effetto anticipatore sulla morte di eventi esterni (es.: anomalie della temperatura o epidemie influenzali) (AA. VV. 2016), tra i quali va annoverata l'epidemia da COVID-19, che ha determinato nel 2020 un **forte calo della speranza di vita**, comportando un azzeramento dei guadagni che si erano registrati nei precedenti 10 anni nelle regioni del Nord (Istat 2021): si assiste ad una evidente riduzione rispetto al 2019 (in Italia da 81,1 a 79,7 per i maschi e da 85,4 a 84,4 per le femmine, in Emilia-Romagna da 81,7 ad 80,2 per i maschi e da 85,7 a 84,7 per le femmine).

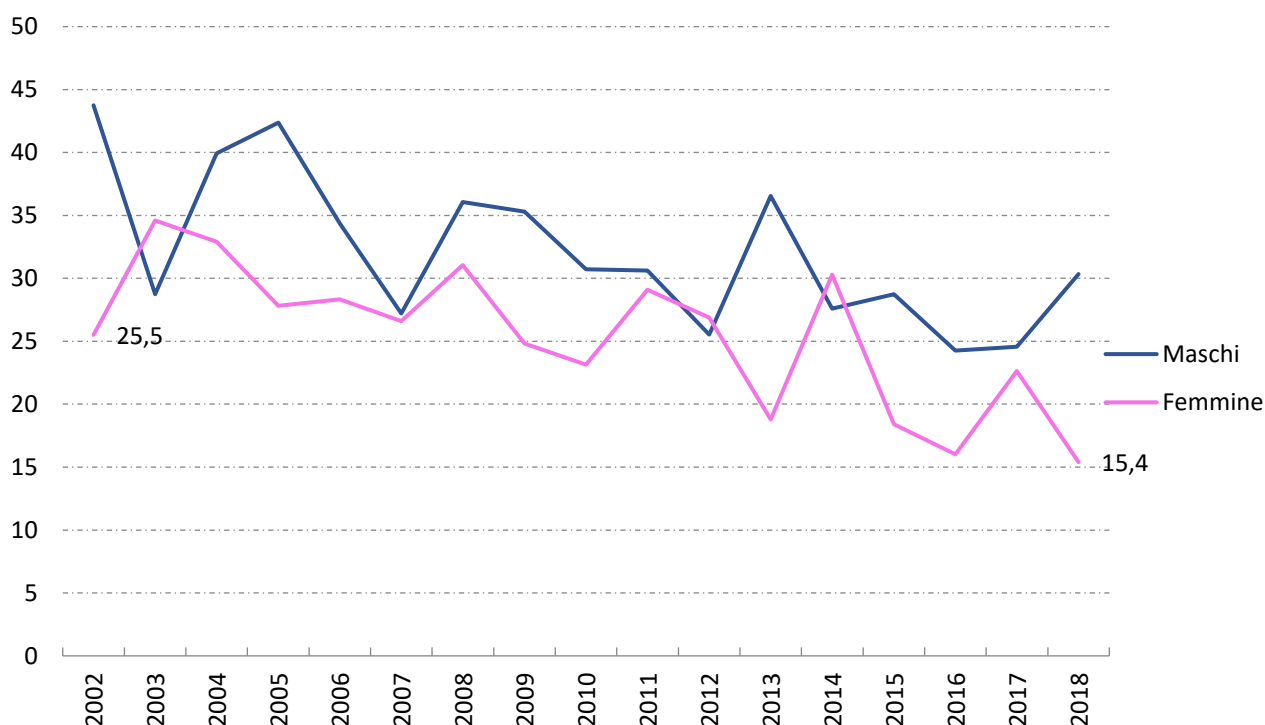
Figura 1.3 Speranza di vita alla nascita per sesso. Emilia-Romagna 2002-2019 e 2020°



Dati tratti da: Istat, Health for All: (<https://www.istat.it/it/archivio/14562>)

- Nel 2018 si è osservato un calo della stima regionale degli **anni vissuti in buona salute**; la differenza di genere è a vantaggio degli uomini, diversamente da quanto accade per gli anni vissuti complessivamente, la cui stima è maggiore nelle donne.
- La **speranza di vita a 65 era cresciuta fino al 2019**, ed in modo più sensibile negli uomini: nel 2019 un 65enne ha una speranza di vita tendenzialmente superiore a 20 anni, cioè, mediamente vivrà fino a 84,8 anni se maschio e a 87,8 se femmina. Nel 2013 le analoghe stime si attestavano rispettivamente su 83,8 e 87,3 anni. **Tuttavia, nel 2020 si è assistito ad un sensibile calo** anche di questo indicatore, con la perdita di un anno di aspettativa di vita tra le femmine e di quasi uno e mezzo tra i maschi.
- **La mortalità infantile** (tasso di mortalità nel primo anno di vita) **resta su valori inferiori a quelli nazionali**, che sono già molto bassi, e subisce fluttuazioni sensibili su tali livelli.

Figura 1.4 Mortalità nel primo anno di vita (per 10.000 nati). Emilia-Romagna 2002-2018



Dati tratti da: Istat, Health for All: (<https://www.istat.it/it/archivio/14562>)

2 Contesto socio-economico

La crisi economica instauratasi nel 2008 aveva comportato un peggioramento di vari aspetti del contesto socio-economico, particolarmente per ciò che riguarda gli aspetti congiunturali (PIL pro-capite, disoccupazione, deprivazione grave); segue un aggiornamento con i dati del periodo di applicazione del precedente Piano Regionale della Prevenzione, ma ancora senza considerare gli effetti della crisi conseguente all'arrivo dell'epidemia da COVID-19 (con l'eccezione del tasso di disoccupazione e la percentuale di famiglie che vivono in condizioni di povertà relativa, aggiornato al 2020). Gli aspetti più "strutturali" della popolazione seguono invece percorsi differenti: il livello d'istruzione conseguita in età adulta in Emilia-Romagna è infatti ancora aumentato, attestandosi su livelli superiori a quelli italiani.

Si propone di seguito una serie di indicatori che descrivono sinteticamente il contesto socioeconomico del 2019, quale aggiornamento dell'analoga tabella redatta in occasione del precedente Piano della Prevenzione.

Tabella 2.1 Indicatori del contesto socio-economico. Emilia-Romagna, Italia 2019 (o altro anno; ove specificato)*

Indicatore	Valore (o altro anno; si veda fonti a fine capitolo)	Valore Italia	Min. provincia RER	Max. provincia RER
Popolazione 25-64 anni con istruzione:				
a. senza diploma	27,3%	31,5%		
b. diploma	47,7%	45,3%		
c. laurea	25,0%	23,2%		
Percentuale di popolazione 30-34 anni con laurea	34,1%	27,6%		
Prodotto interno lordo medio pro-capite <u>Standard di Potere d'Acquisto (SPA o PPS)</u>	118%	96%		
Reddito familiare netto medio annuo (2018)	34.536	31.641		
Indice di Gini dei redditi familiari (misura della disuguaglianza, su scala da 0 – uguaglianza assoluta – a 1 concentrazione massima) (2018)	0,302	0,335		
Famiglie che vivono in condizioni di povertà relativa (2020)*	5,3%	10,1%		
Indice sintetico di grave deprivazione [§]	4,0%	7,4%		
Tasso di disoccupazione (15 anni e più) (2020)	5,7%	9,8%	4,4% (BO)	9,8% (RM)
Tasso di disoccupazione giovanile (15-29 anni) (2020)	15,4%	24,8%	11,3 (FC)	26,4% (RM)

Dati tratti da: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseeps/reporter/reporter-indicatori/piani-di-zona/> [(Salute | SISEPS > ReportER #OpenData > ReportER Indicatori > Piani di zona)]

*Per le definizioni si rimanda alla sezione <https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseeps/reporter/reporter-indicatori/piani-di-zona/famiglie-contesto-regionale>.

Una famiglia è definita povera in termini relativi se sostiene una spesa per consumi inferiore ad una soglia convenzionale (linea di povertà), che per una famiglia di due componenti è data dalla spesa media mensile nazionale. Per famiglie di ampiezza diversa il valore della linea di povertà si ottiene applicando alla spesa per consumi una opportuna scala di equivalenza, che tiene conto delle economie di scala realizzabili nella famiglia all'aumentare del numero di componenti.

[§]L'indice di grave deprivazione materiale è dato dalla percentuale di persone che vivono in famiglie che sperimentano almeno 4 tra i seguenti 9 sintomi di disagio: 1. essere in arretrato con il pagamento di bollette, affitto, mutuo o altro tipo di prestito; non riuscire a: 2. riscaldare adeguatamente la propria abitazione, 3. affrontare spese impreviste, 4. fare un pasto proteico almeno una volta ogni due giorni; non potersi permettere: 5. almeno una settimana di ferie all'anno, 6. un televisore a colori, 7. una lavatrice, 8. l'automobile, 9. il telefono fisso o cellulare.

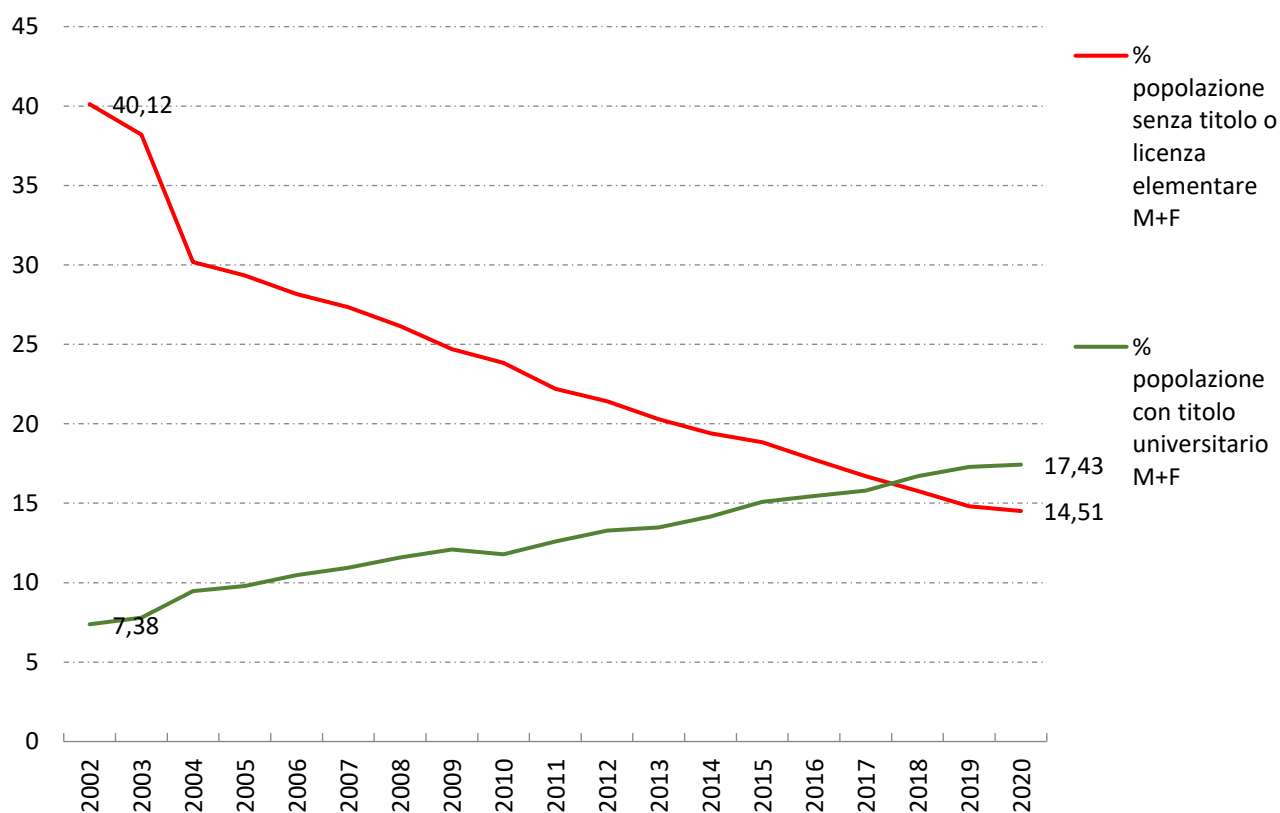
- Nella popolazione adulta, in particolare nella fascia di età 30-34 anni, la **percentuale di laureati**, nel 2019, si mantiene superiore alla media italiana ed è maggiore tra le donne (34,1%).
- Il **reddito familiare medio** rimane tra i più alti in Italia.

- L'Emilia-Romagna ha una minore **concentrazione dei redditi** rispetto al resto d'Italia, il dato è però leggermente peggiorato nel 2018 rispetto al 2010 ($G_{2018}=0,302$ Vs $G_{2010}=0,285$), seguendo il trend nazionale ($G_{2018}=0,335$ Vs $G_{2010}=0,319$).
- Le **famiglie in condizioni di povertà relativa** (che sostengono una spesa "equivalente" per consumi inferiore alla spesa media mensile nazionale) sarebbero rimaste altalenanti in Emilia-Romagna (5,3% del 2020 Vs 5,1% del 2012) e diminuite in Italia (10,1% Vs 13,0% del 2012).
- Rispetto all'**indice sintetico di deprivazione grave** (presenza di almeno 4 di 9 sintomi di deprivazione, come l'impossibilità di far fronte a spese improvvise) si era registrato nel 2019 un miglioramento sia in Emilia-Romagna (4,0 Vs 6,6% del 2011) che in Italia (7,4 Vs 11,4% del 2012).

Cosa sta cambiando

- Continua ad aumentare il livello di istruzione, sia per la diminuzione della quota di popolazione meno istruita, che per l'aumento di quella ad alto livello di istruzione; la prevalenza della popolazione con titolo di studio universitario ha superato la prevalenza della popolazione con livello inferiore (licenza elementare o meno): 17,4% Vs 14,5%.

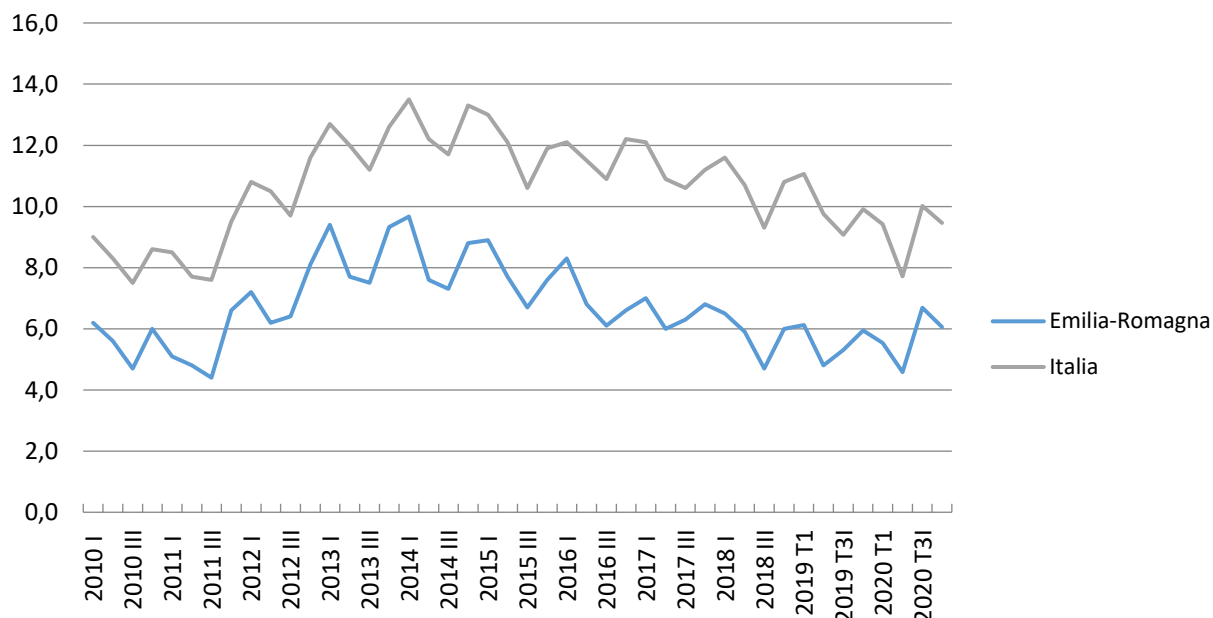
Figura 2.1 Popolazione per livello di istruzione (%). Emilia-Romagna 2002-2010.



Dati tratti da: Istat, Health for All: (<https://www.istat.it/it/archivio/14562>)

- Il **tasso di disoccupazione** è sensibilmente aumentato dalla fine del 2008 fino all'inizio del 2014, mentre successivamente è tendenzialmente calato fino all'inizio del 2020. Gli ultimi due trimestri del 2020, però, mostrano segnali di incremento:

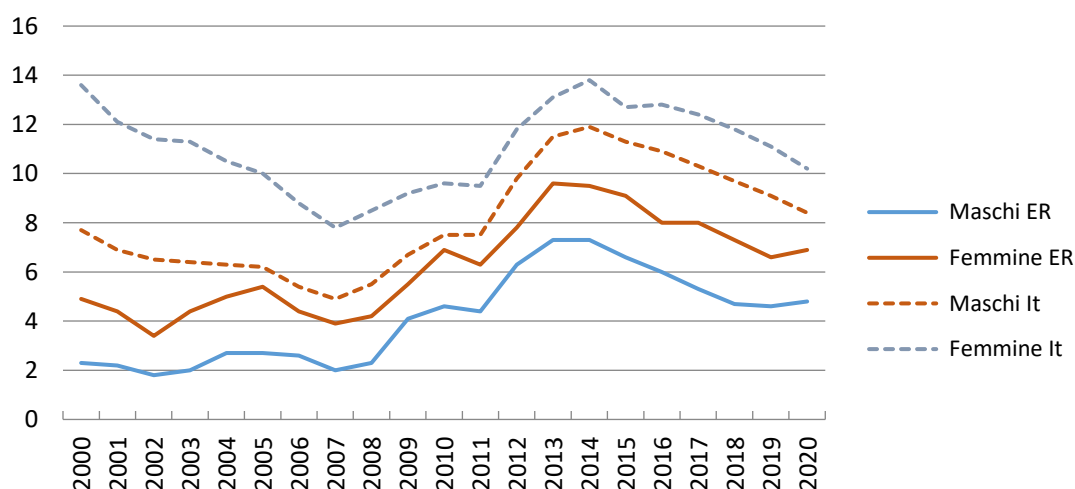
Figura 2.2 Tasso di disoccupazione (%). Emilia-Romagna (e Italia), I trimestre 2010 - IV trim. 2020



Dati tratti da: <http://dati.istat.it> → Lavoro e retribuzioni → Offerta di lavoro → Disoccupazione → Tasso di disoccupazione → Serie ricostruite, dati regionali

- Distinguendo il tasso di **disoccupazione** per sesso, e su base annua, risulta evidente come i **livelli siano sensibilmente più alti nelle femmine**, con **differenze di genere che diventano più ampie negli ultimi anni in Emilia-Romagna** (dove, tuttavia, si osservano valori inferiori a quelli italiani e le femmine della regione fanno registrare valori più bassi dei maschi italiani).

Figura 2.3 Tasso di disoccupazione (%) per sesso. Emilia-Romagna (e Italia) 2000 - 2020



Dati tratti da: <http://dati.istat.it> → Lavoro e retribuzioni → Offerta di lavoro → Disoccupazione → Tasso di disoccupazione → Serie ricostruite, dati regionali

- Per quanto riguarda la disoccupazione giovanile (15-29 anni), il relativo **tasso** in Emilia-Romagna nel 2019 è stato al 13,2%, un valore sensibilmente inferiore al 17,4% rilevato nel 2012. Nel 2020 si rileva, però, un dato nuovamente in crescita, con il tasso assestato al 15,4%.

3 Burden of disease

3.1 Come scegliere le priorità

Il progetto *Global Burden of Disease*, promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, stima il carico di malattia dei diversi paesi del Mondo per ogni causa. La stima del carico di malattia comprende due componenti: gli anni di vita persi a causa dei decessi (*Years of Life Lost* - YLLs) e la disabilità con cui si convive a causa di malattie (*Years Lived with Disability* - YLDs). Considerando insieme le due componenti si hanno gli anni di vita persi aggiustati per la disabilità (*Disability Adjusted Life Years* – DALY). Il progetto ha poi stimato la quota del carico di malattia attribuibile a ciascun fattore di rischio, sulla base dell'associazione nota dalla letteratura scientifica fra un dato fattore di rischio e la malattia e della diffusione del fattore di rischio nella popolazione.

Questo strumento è una guida fondamentale per la scelta delle priorità in sanità pubblica: conoscendo la quota attribuibile di carico di malattia, in termini di anni di vita persi e di disabilità, possiamo quantificare di quanto aumenteremmo lo stato di salute della popolazione riducendo l'esposizione a un dato fattore di rischio.

Una volta quantificata la quota di malattia che possiamo evitare rimuovendo un dato fattore di rischio, il secondo elemento necessario per definire le priorità negli investimenti in sanità pubblica è la disponibilità di interventi efficaci a ridurre l'esposizione al fattore di rischio stesso o a mitigarne gli effetti nella popolazione.

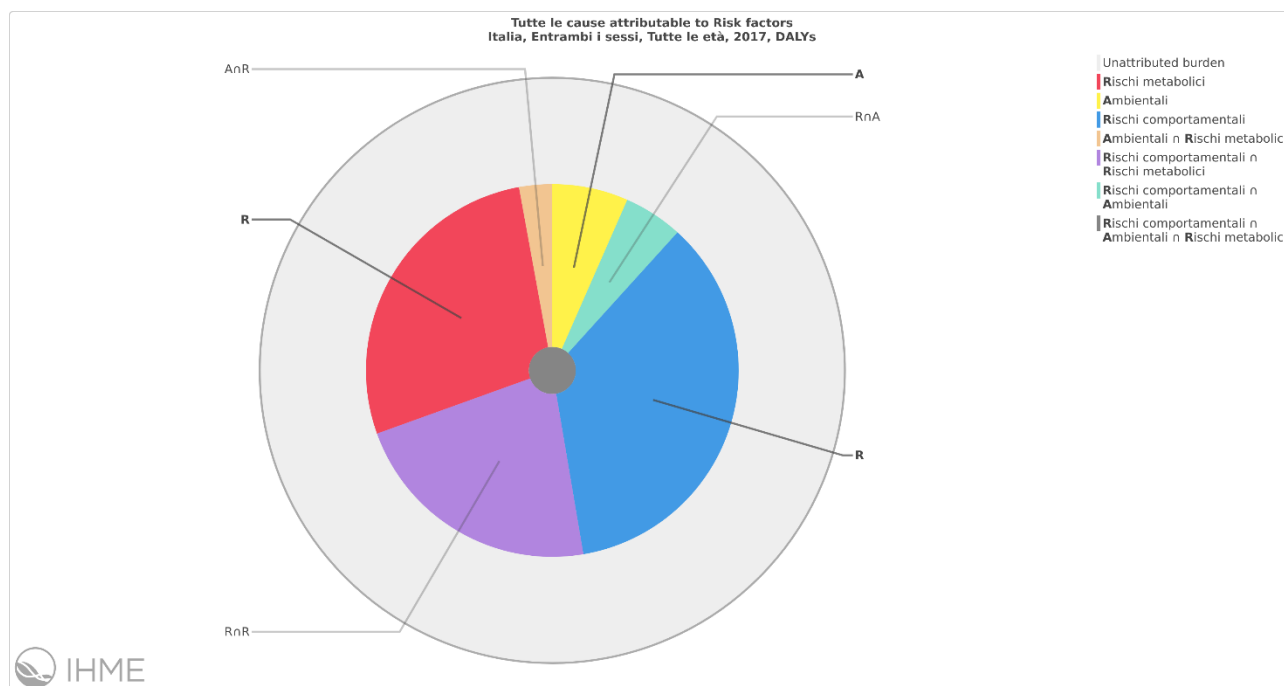
Infine, per un'attribuzione razionale ed efficiente delle priorità, basata sulla massimizzazione dei benefici di salute ottenibile con le risorse disponibili, si deve tenere conto che la quantificazione del carico di malattia fotografa la situazione italiana attuale, dove la frequenza di alcune malattie è il frutto delle azioni controllo e prevenzione già in atto da anni e senza le quali il quadro sarebbe completamente differente. Questo è il caso del carico di malattia dovuto alle infezioni per le quali disponiamo di vaccini efficaci, come la polio e la difterite, ormai scomparse in Italia grazie alle alte coperture vaccinali, o quello del cancro della cervice uterina, diventato ormai una patologia rara grazie alla diffusione dello screening.

Il profilo di salute vuole essere uno strumento per la definizione delle priorità in sanità pubblica, costituendo così la base su cui costruire la programmazione della prevenzione nella nostra regione. Dunque, nei vari capitoli del Profilo, il carico di malattia e lo stato di salute viene presentato ripartito per i fattori di rischio a cui può essere attribuito e, laddove esistono già interventi di prevenzione in atto, si presentano entrambi cercando di rendere palese la quota di malattia che non osserviamo in virtù della prevenzione.

In questo capitolo introduttivo presentiamo uno sguardo d'insieme del carico di malattia ripartito per causa e per fattore di rischio. Qui possiamo apprezzare il confronto fra cause e fattori di rischio, cosa che nei singoli capitoli, concentrandosi su singoli fattori di rischio o singole cause, potrebbe perdersi.

Circa il 40% del carico di malattia totale in Italia è attribuibile a fattori di rischio noti, mentre il restante 60%, la corona grigia nella figura 3.1.1, non è attribuibile a un fattore di rischio noto. Oltre l'80% del carico di malattia dovuto a fattori di rischio noti è dovuto a fattori di rischio comportamentali e metabolici, con una quota importante che è dovuta ad entrambi. Decisamente più ridotta la quota dovuta a fattori di rischio ambientali.

Figura 3.1.1 Carico della malattia non attribuibile (grigio) e attribuibile a uno o più fattori di rischio, espresso come percentuale di DALYs, 2017 Italia

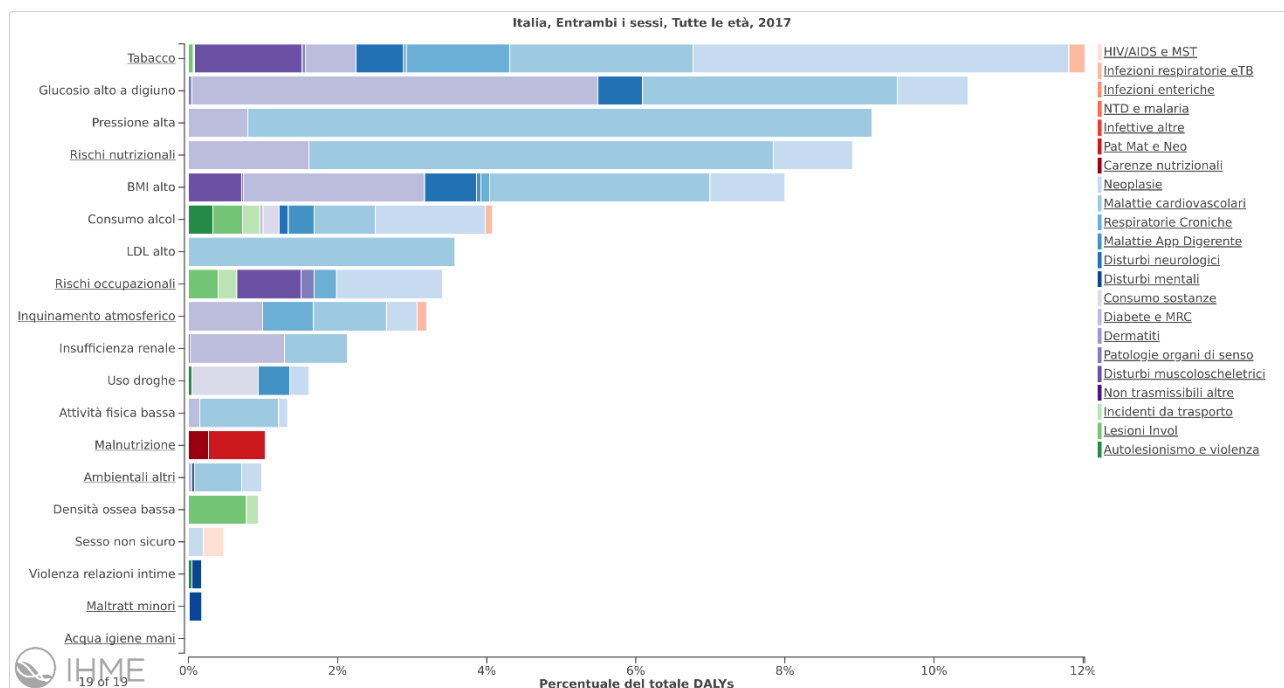


Fonte: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>

Fra i fattori di rischio noti, quello che causa il più grande carico di malattia è il fumo di tabacco (12% del totale dei DALY persi), seguito dall'iperglicemia (10%), ipertensione, dieta e sovrappeso (8-9%, ciascuno), consumo di alcool, ipercolesterolemia, rischi occupazionali, inquinamento atmosferico (3-4% ciascuno), uso di droghe, sedentarietà, mancato allattamento al seno o interruzione precoce (1-2%) (figura 3.1.2).

Come mostrato dalla figura 3.1.1, una parte importante del carico di malattia è causato dall'interazione fra fattori comportamentali e metabolici; quando si tenta dunque un'attribuzione univoca ed esclusiva di una quota di carico di malattia a ogni singolo fattore di rischio si devono operare delle scelte che inevitabilmente sottostimeranno alcuni fattori a favore di altri. Il modello adottato nell'ultima versione del *Global Burden of Disease*, rispetto alla precedente, ha privilegiato i fattori di rischio metabolici a valle, colesterolemia, glicemia, sovrappeso, rispetto alla scarsa attività fisica che può esserne la causa distale.

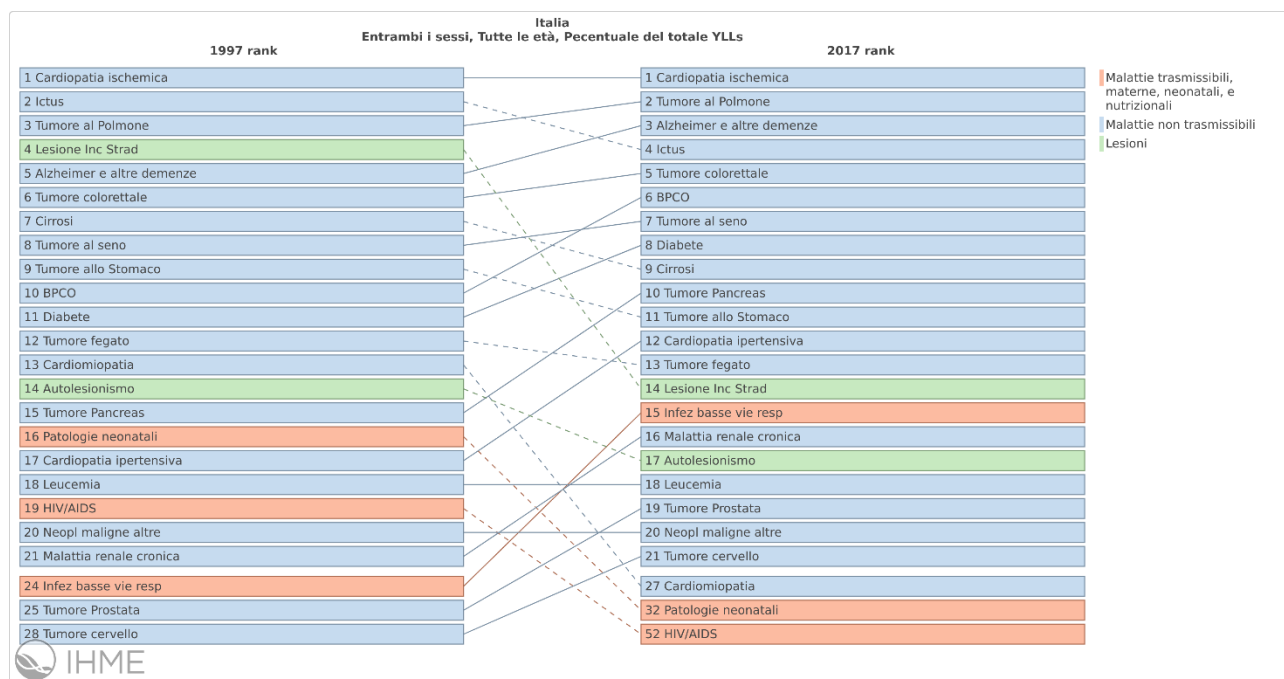
Figura 3.1.2 Carico della malattia attribuibile ai principali fattori di rischio, espresso come percentuale di DALYs, 2017 Italia



Fonte: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>

3.2 Le principali cause di morte e disabilità in Italia

Figura 3.2.1 Classifica delle prime 25 cause di anni di vita persi 1997-2017, Italia



Fonte: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>

La figura 3.2.1 mostra il cambiamento delle principali 25 cause di anni di vita persi dal 1997 al 2017. Le linee continue indicano una causa che è salita di grado o la cui posizione in classifica è rimasta stabile. La linea tratteggiata indica una causa che è scesa nella classifica. Il colore blu del riquadro indica malattie non trasmissibili, in verde sono rappresentati gli infortuni, in rosso le malattie trasmissibili, materne, neonatali e cause di morte legate all'alimentazione.

- In termini di anni di vita persi le malattie ischemiche del cuore e il tumore al polmone rimangono le principali cause in Italia nel 2017, l'ictus passa invece dal secondo posto al quarto e compaiono in terza posizione l'Alzheimer e le demenze.
- Il numero di anni di vita persi in termini assoluti è diminuito dal 1997 al 2017 per tutte le principali cause di morte. In particolare, sono diminuiti gli anni di vita persi (variazione % 1997-2017 < -30%) per incidenti stradali, cirrosi, cancro dello stomaco, cardiomiopatia e miocarditi, patologie neonatali, HIV/AIDS.
- Sono aumentati gli anni di vita persi per Alzheimer (+46,37%), cancro del pancreas (+26,62%), cardiopatia ipertensiva (+31,41%), malattia renale cronica (+15,52%), infezione delle basse vie respiratorie (+30,78%), tumore alla prostata (+9,11%) e tumore al cervello (+13,04%).

3.3 Cosa è cambiato nelle principali cause di morte in Emilia-Romagna fino al 2019

Figura 3.3.1. Numero decessi (n), numero anni di vita persi (YLL) e % sugli anni di vita persi per una qualsiasi causa per le prime 20 cause di morte in ordine decrescente degli YLL. Regione Emilia-Romagna. Anno 2009 vs 2019.

n	YLL (% sul totale)		Rank e causa di morte 2009		Rank e causa di morte 2019		n	YLL (% sul totale)	
6477	84993,4	11,5	1	Malattie ischemiche cuore	1	Malattie ischemiche cuore	4540	55933,8	7,9
2883	58869,3	8,0	2	Tumore trachea, bronchi, polmone	2	Tumore trachea, bronchi, polmone	2748	51986,4	7,3
1553	28572,6	3,9	3	Tumore colon-retto	3	Alzheimer e altre demenze	3301	31566,6	4,5
2302	23162,2	3,1	4	Alzheimer e altre demenze	4	Tumore colon-retto	1421	23858,1	3,4
1022	22199,3	3,0	5	Tumore mammella	5	Tumore pancreas	1056	19333,4	2,7
1819	21633,8	2,9	6	BPCO	6	Tumore mammella	885	18153,2	2,6
1250	18116,5	2,4	7	Diabete Mellito	7	Diabete Mellito	1363	17815,1	2,5
1028	17741,3	2,4	8	Tumore stomaco	8	BPCO	1511	17488,1	2,5
918	17559,3	2,4	9	Tumore pancreas	9	Malattie ipertensive	1879	17061,5	2,4
696	15333,6	2,1	10	Cirrosi e altre mal. croniche fegato	10	Tumore stomaco	785	13698,3	1,9
1493	14946,7	2,0	11	Malattie ipertensive	11	Autolesione intenzionale	373	12326,5	1,7
389	13019,7	1,8	12	Autolesione intenzionale	12	Incidenti stradali	299	11420,0	1,6
661	12363,1	1,7	13	Tumore fegato	13	Tumore cervello e sist. nervoso	405	11033,1	1,6
262	10048,4	1,4	14	Incidenti stradali	14	Tumore fegato	571	10794,0	1,5
447	9303,1	1,3	15	Leucemie	15	Ictus	949	10156,1	1,4
332	9070,6	1,2	16	Tumore cervello e sist. nervoso	16	Mal. croniche rene	901	9765,3	1,4
611	8692,8	1,2	17	Tumore prostata	17	Cirrosi e altre mal. croniche fegato	433	8935,6	1,3
448	8630,8	1,2	18	Linfoma non-Hodgkin	18	Leucemie	495	8845,9	1,2
528	8165,1	1,1	19	Tumore vescica	19	Tumore prostata	575	8043,9	1,1
635	7339,6	1,0	20	Ictus	20	Tumore vescica	578	7932,3	1,1
563	6779,3	0,9	22	Mal. croniche rene	21	Linfoma non-Hodgkin	422	7441,9	1,0

Fonte: Registro di Mortalità Regionale

- Tra il 2009 e il 2019 gli anni di vita persi diminuiscono leggermente (YLLs 2009: 739.716 – 2019: 709.256). Le malattie ischemiche del cuore, il tumore del polmone e il tumore del colon-retto sono le cause che maggiormente contribuiscono agli anni di vita persi nel 2009, nel 2019 il tumore del colon-retto viene superato da Alzheimer e altre demenze.
- Diminuiscono, per più di un 20%, gli anni di vita persi per cirrosi, malattie ischemiche del cuore, tumore dello stomaco e malattie croniche del fegato.
- Sono aumentati molto gli anni di vita persi per malattie croniche del rene (+44%), ictus (+38%), e l'Alzheimer (+36%), tumori del colon retto (16%) e malattie ipertensive (+14%). Occorre però considerare e sottolineare che oltre ad un possibile aumento dettato dal miglioramento diagnostico di demenze ed Alzheimer c'è un ruolo importante rivestito dal cambiamento di codifica (secondo uno studio di confronto effettuato in Emilia-Romagna il rapporto è 1,41, cioè a parità di schede di morte con la nuova codifica, ICD-10, le morti per Alzheimer risultano il 41% in più rispetto a quanto sarebbe successo con la codifica vecchia, ICD-9).
- Confronto con l'Italia: l'ictus nella classifica nazionale era la quarta causa nel 2017, in Emilia-Romagna è la 14esima, inoltre per l'Italia il trend 2009 – 2017 risulta in diminuzione e in Emilia-Romagna in aumento. A livello nazionale diminuiscono di più del 20% gli anni di vita persi solo per incidenti stradali e patologia neonatali e aumentano Alzheimer e infezioni delle basse vie respiratorie.

3.4 La mortalità regionale nell'anno 2020 a confronto con gli anni precedenti

Nel 2019 in Emilia-Romagna si sono verificati circa 50.322 decessi per tutte le cause con un tasso grezzo pari a 1.124,67 per 100.000 residenti, la percentuale di femmine fra i deceduti è stata del 53,1% e del 46,9% per i maschi. Il tasso standardizzato degli anni di vita persi a 70 anni per mortalità generale ha mostrato in totale 23,6 anni persi per 1.000 residenti (tab. 3.4.1).

Tabella 3.4.1. Principali indicatori di mortalità generale. Regione Emilia-Romagna. Anno 2019.

Indicatori	Maschi	Femmine	Totale
Decessi	23.615	26.707	50.322
Mortalità Proporzionale su sesso (%)	46,9	53,1	100,0
Tasso Grezzo per 100.000 ab.	1.084,4	1.162,9	1.124,7
Tasso Standardizzato per 100.000 ab.*	827,4	936,9	883,9
Rischio Cumulato 0-69aa (%)	14,2	8,6	11,4
Tasso standardizzato PYLL 70aa per 1.000 ab.**	30,0	17,3	23,6

* Popolazione standard: Italia 2011 distinta per sesso

** Popolazione standard: Regione Emilia-Romagna 2014-2018 per sesso

Tra le cause principali di morte del periodo 2015-2019 (tab. 3.4.2) si sono osservate al primo posto le malattie del sistema circolatorio, al secondo i tumori e al terzo le malattie respiratorie, con i tumori che si collocano al primo posto considerando i soli uomini.

Tabella 3.4.2 Numero assoluto di decessi, mortalità proporzionale, tassi grezzi e standardizzati di mortalità per i principali Settori di cause di morte¹. Regione Emilia-Romagna. Periodo 2015-2019*

Causa di morte	Totale				Maschi				Femmine			
	Decessi	%	Tasso grezzo	Tasso stand.	Decessi	%	Tasso grezzo	Tasso stand.	Decessi	%	Tasso grezzo	Tasso stand.
Mal. Sist. Circolatorio	85.461	34,0	382,9	301,5	36.629	31,1	337,9	258,2	48.832	36,5	425,4	342,2
Tumori	70.745	28,1	317,0	265,8	38.222	32,4	352,6	289,4	32.523	24,3	283,3	243,8
Mal. Sist. Respiratorio	21.480	8,5	96,2	74,9	10.712	9,1	98,8	74,0	10.768	8,1	93,8	75,7
Mal. degenerative involutive cerebrali senili e presenili	19.096	7,6	85,6	66,7	6.709	5,7	61,9	45,8	12.387	9,3	107,9	86,3
Dist. Psicici e Comportamentali	12.888	5,1	57,7	44,9	4.186	3,6	38,6	28,3	8.702	6,5	75,8	60,3
Traumi e Avvelenamenti	9.835	3,9	44,1	37,6	5.784	4,9	53,4	46,0	4.051	3,0	35,3	29,8
Malattie Infettive	9.509	3,8	42,6	34,0	4.209	3,6	38,8	30,0	5.300	4,0	46,2	37,7
Mal. Sist. Nervoso, Occhio, Orecchio	9.482	3,8	42,5	34,6	4.139	3,5	38,2	30,3	5.343	4,0	46,5	38,6
Mal. Endocrine, Nutrizionali e Metaboliche	9.322	3,7	41,8	33,6	4.264	3,6	39,3	31,1	5.058	3,8	44,1	36,0
Mal. App. Digerente	8.912	3,5	39,9	32,3	4.083	3,5	37,7	30,0	4.829	3,6	42,1	34,6
Mal. App. Genitourinario	5.787	2,3	25,9	20,1	2.536	2,2	23,4	17,3	3.251	2,4	28,3	22,8
Cause Mal Definite	3.264	1,3	14,6	11,4	985	0,8	9,1	6,8	2.279	1,7	19,9	15,8
Causa sconosciuta	1.506	0,6	6,7	6,1	908	0,8	8,4	7,6	598	0,4	5,2	4,7
Mal. Sist. Osteomuscolare	1.186	0,5	5,3	4,4	347	0,3	3,2	2,6	839	0,6	7,3	6,0
Mal. Ematopoietiche e Sist. Immunitario	1.137	0,5	5,1	4,1	419	0,4	3,9	3,0	718	0,5	6,3	5,1
Mal. Cute e Tessuto Sottocutaneo	489	0,2	2,2	1,7	161	0,1	1,5	1,1	328	0,2	2,9	2,3
Malformazioni Congenite	322	0,1	1,4	1,5	184	0,2	1,7	1,7	138	0,1	1,2	1,2
Cond. Morbose Perinatale	228	0,1	1,0	1,2	134	0,1	1,2	1,4	94	0,1	0,8	0,9
Gravidanza, Parto, Puerperio	4	-	-	-	0	-	-	-	4	-	-	-
Mortalità generale	251.557	100,0	909,7	100,0	117.902	100,0	858,6	100,0	133.655	100,0	957,5	100,0

*Popolazione standard: Italia 2011 distinta per sesso

Nell'anno 2020 (tab. 3.4.3), caratterizzato dall'epidemia da Covid-19, si è osservata una variazione percentuale di mortalità rispetto al periodo precedente pari a +17,3%. In quest'anno, dopo le malattie circolatorie e i tumori, il Covid-19 si è collocato al terzo posto tra le cause di decesso rappresentando da solo l'81,5% dell'eccesso di mortalità verificatosi nell'anno. Al quarto posto si sono collocate le malattie del sistema respiratorio che hanno mostrato una variazione percentuale in eccesso del 16,8% e che hanno contribuito all'8,3% dell'eccesso registrato. Le cause circolatorie e i tumori non hanno mostrato variazioni degne di nota.

¹ Malattie Degenerative Involutive Cerebrali Senili e Presenili: gruppo composto da cause appartenenti ai Settori Disturbi Psicici e Comportamentali e Malattie del Sistema Nervoso, Occhio e Orecchio

Tabella 3.4.3 Numero di decessi, eccesso di mortalità, componente percentuale dell'eccesso e variazione percentuale rispetto ai decessi medi del quinquennio precedente 2015-2019, distinti per sesso e Settori nosologici¹ più Covid-19. Regione Emilia-Romagna. Anno 2020.

Causa di morte	Maschi			Femmine			Totale		
	N	Eccesso mortalità	Variazione %	N	Eccesso mortalità	Variazione %	N	Eccesso mortalità (componente % eccesso)	Variazione %
Covid-19	3.865	3.865,0	.	3.245	3.245,0	.	7.110	7.110,0 (81,5%)	.
Malattie Infettive	771	-70,8	-8,4	938	-122,0	-11,5	1.709	-192,8 (-2,2%)	-10,1
Tumori	7.342	-302,4	-4,0	6.410	-94,6	-1,5	13.752	-397,0 (-4,5%)	-2,8
Mal. Ematopoietiche e Sist. Immunitario	84	0,2	0,2	154	10,4	7,2	238	10,6 (0,1%)	4,7
Mal. Endocrine, Nutrizionali e Metaboliche	1.005	152,2	17,8	1.214	202,4	20,0	2.219	354,6 (4,1%)	19,0
Dist. Psicici e Comportamentali	964	126,8	15,1	1.894	153,6	8,8	2.858	280,4 (3,2%)	10,9
Mal. Sist. Nervoso, Occhio, Orecchio	863	35,2	4,3	1.145	76,4	7,1	2.008	111,6 (1,3%)	5,9
Mal. degenerative involutive cerebrali senili e presenili	1.446	104,2	7,8	2.707	229,6	9,3	4.153	333,8 (3,8%)	8,7
Mal. Sist. Circolatorio	7.318	-7,8	-0,1	9.802	35,6	0,4	17.120	27,8 (0,3%)	0,2
Mal. Sist. Respiratorio	2.601	458,6	21,4	2.417	263,4	12,2	5.018	722,0 (8,3%)	16,8
Mal. App. Digerente	861	44,4	5,4	922	-43,8	-4,5	1.783	0,6 (0,0%)	0,0
Mal. Cute e Tessuto Sottocutaneo	36	3,8	11,8	88	22,4	34,1	124	26,2 (0,3%)	26,8
Mal. Sist. Osteomuscolare	77	7,6	11,0	186	18,2	10,8	263	25,8 (0,3%)	10,9
Mal. App. Genitourinario	640	132,8	26,2	791	140,8	21,7	1.431	273,6 (3,1%)	23,6
Gravidanza, Parto, Puerperio	-	0,0	.	1	0,2	25,0	1	0,2 (0,0%)	25,0
Condizioni Morbose Perinatali	16	-10,8	-40,3	14	-4,8	-25,5	30	-15,6 (-0,2%)	-34,2
Malformazioni Congenite	40	3,2	8,7	28	0,4	1,4	68	3,6 (0,0%)	5,6
Malattie e Sintomi Mal Definiti	290	93,0	47,2	666	210,2	46,1	956	303,2 (3,5%)	46,4
Traumi e Avvelenamenti	1.172	15,2	1,3	829	18,8	2,3	2.001	34,0 (0,4%)	1,7
Causa sconosciuta	225	43,4	23,9	126	6,4	5,4	351	49,8 (0,6%)	16,5
Mortalità generale	28.170	4.589,6	19,5	30.870	4.139,0	15,5	59.040	8.728,6 (100,0%)	17,3

I decessi per Covid-19 nel 2020 sono stati in tutto 7.110 (12% della mortalità generale dell'anno), di cui il 54% occorsi nei maschi e il 46% nelle femmine. La maggiore mortalità si è osservata nel sesso maschile anche nei tassi grezzi e standardizzati che hanno evidenziato valori abbondantemente maggiori tra i maschi: tasso grezzo maschile pari a 177,5 x 100.000 abitanti e tasso standardizzato pari a 167,5 x 100.000 abitanti, contro il tasso grezzo di 141,3 e il tasso standardizzato di 93,1 delle femmine. L'età di decesso ha oscillato dai 14 ai 108 anni con età mediana pari a 84 anni e con i maschi che hanno mostrato età al decesso inferiori alle femmine (tab.3.4.4).

Una volta posti a confronto con i tassi attesi, medi del quinquennio precedente ed escludendo l'effetto dell'età tramite modello, l'eccesso per l'anno 2020 risulta dell'ordine del 15% e sovrapponibile per femmine e maschi, che di base hanno una mortalità maggiore (cfr.: abstract AIE 2020, ecc.).

Tabella 3.4.4 Principali indicatori di mortalità per Covid-19 distinti per sesso. Regione Emilia-Romagna. Anno 2020.

Indicatori	Maschi	Femmine	Totale
Decessi	3.865	3.245	7.110
Mortalità proporzionale per sesso (%)	54	46	100
Mortalità proporzionale mortalità generale (%)	13,7	10,5	12,0
Tasso grezzo (per 100.000 ab.)	177,5	141,3	158,9
Tasso standardizzato (per 100.000 ab.)*	135,3	112,8	123,7
età(min;max)	(14 ; 106)	(32 ; 108)	(14 ; 108)
età(media; mediana)	(80,0 ; 82,0)	(85,5 ; 87,0)	(82,5 ; 84,0)

* Popolazione standard: Italia 2011 distinta per sesso

Indicatori	Maschi	Femmine	Totale
Decessi	3.865	3.245	7.110
Mortalità proporzionale per sesso (%)	54	46	100
Mortalità proporzionale mortalità generale (%)	13,7	10,5	12,0
Tasso grezzo (per 100.000 ab.)	177,5	141,3	158,9
Tasso standardizzato (per 100.000 ab.)*	167,5	93,1	130,3
età(min;max)	(14 ; 106)	(32 ; 108)	(14 ; 108)
età(media; mediana)	(80,0 ; 82,0)	(85,5 ; 87,0)	(82,5 ; 84,0)

* Popolazione standard: Italia Totale 2011

Osservando il trend delle frequenze di decesso del periodo 1999-2000 si evidenzia, fino al 2019, il dato femminile in aumento per il progressivo invecchiamento della popolazione e una discreta stabilità del dato maschile; in entrambi i sessi è evidente l'aumento dei decessi a carico del 2020 (fig. 3.4.1). L'andamento dei tassi standardizzati di mortalità generale dal 1990 al 2020 (fig. 3.4.2), mostra invece un calo in entrambi i dati fino al 2019 con un rallentamento di tale tendenza del dato femminile a partire dal 2007, che supera in quell'anno il dato maschile. Anche nei tassi standardizzati, il 2020 mostra un aumento in entrambi i sessi ma meno spiccato rispetto a quello osservabile nel trend delle frequenze.

Figura 3.4.1 Trend del numero assoluto di mortalità per tutte le cause. Regione Emilia-Romagna. Periodo 1990-2020.

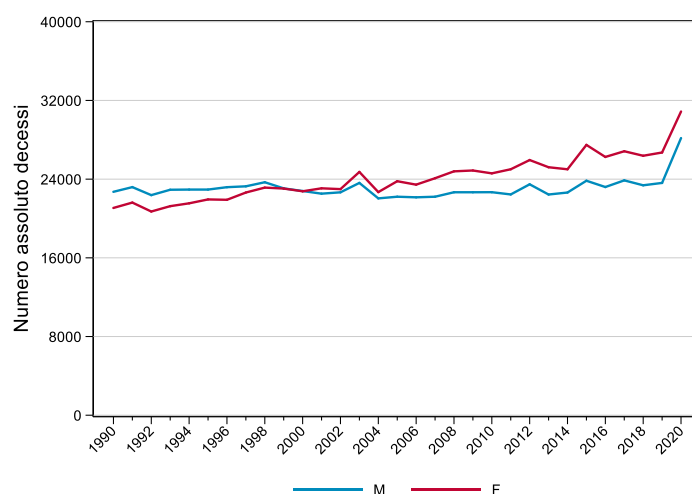
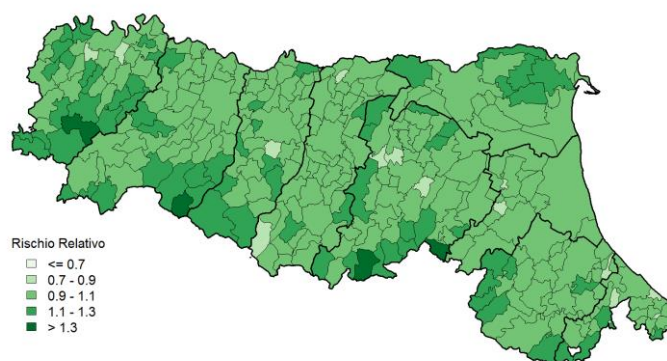


Figura 3.4.2 Trend dei tassi standardizzati di mortalità per tutte le cause. Regione Emilia-Romagna. Periodo 1990-2020.



Osservando il dato di mortalità generale dal punto di vista spaziale nella mappa dei tassi standardizzati smussati con metodi bayesiani (BMR) (fig. 3.4.3), nel 2015-2019 si evidenziano aree con valori superiori alla media regionale nel piacentino, nel ferrarese e lungo l'area appenninica, con rischi relativi raramente superiori all'1,3.

Figura 3.4.3 Mappa dei BMR di mortalità per tutte le cause. Regione Emilia-Romagna. Periodo 2015-2019.*



*Tassi di riferimento: tassi età- specifici Regione Emilia-Romagna 2015-2019 distinti per sesso

Le mappe delle variazioni percentuali di mortalità del 2020 mostrano le maggiori variazioni di mortalità in aree collocate prevalentemente ad ovest della regione sia considerando l'intero anno (fig. 3.4.4), sia il solo primo semestre (fig. 3.4.5). In particolare, nel primo semestre 2020 sono le Ausl di Piacenza e Parma a mostrare i più ampi cluster di variazione in eccesso, unitamente a piccole aree collocate nelle Ausl di Reggio-Emilia, Modena e Romagna ambito Rimini (fig. 3.4.4). Nel secondo semestre 2020, è invece la sola Ausl Romagna negli ambiti di Ravenna e Rimini a mostrare eccessi, mentre la Ausl di Parma mostra un dato in difetto (fig. 3.4.5).

Figura 3.4.4. Mappe delle variazioni² percentuali di mortalità generale per distretto di residenza. Regione Emilia-Romagna. Anno 2020.

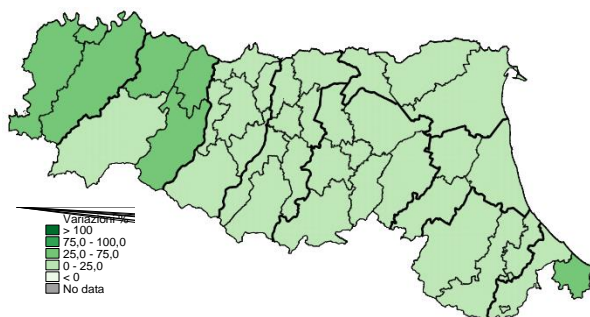
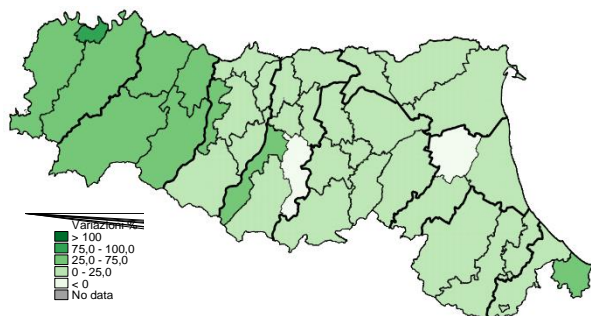
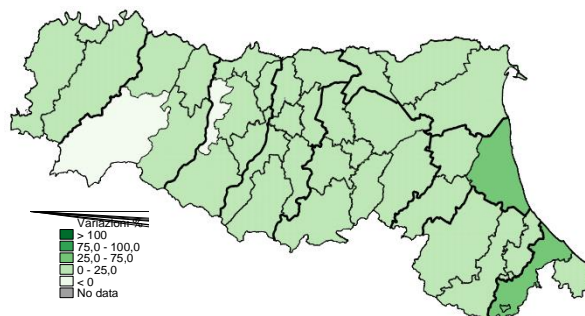


Figura 3.4.5. Mappe delle variazioni percentuali di mortalità generale per distretto di residenza. Regione Emilia-Romagna.

1° semestre 2020



2° semestre 2020



² La variazione percentuale è calcolata rispetto ai decessi medi del quinquennio precedente 2015-2019.

1.4 Le disuguaglianze vecchie e nuove

L'attenzione all'equità e al contrasto delle disuguaglianze è ribadita dal vigente Piano Sanitario e Sociale Regionale, coerentemente con il Piano Regionale della Prevenzione (AA.VV. 2017). Monitorare la relazione fra condizioni socio-economiche e la salute di individui e comunità permette di individuare dove le disuguaglianze sono maggiori e dunque di ridurle; ma consente anche di ottenere i maggiori benefici di salute in termini assoluti per la comunità, perché proprio le disuguaglianze stesse sono all'origine della quota maggiore di mortalità e malattia evitabile.

L'atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità 2012-2014 per livello di istruzione (Petrelli 2019) mostra che in Emilia-Romagna i rischi relativi di morire avendo un'istruzione inferiore alla laurea sono tra quelli più bassi tra tutte le regioni italiane (*Mortality Rate Ratios*: $MRR_m=1,12$; IC95%: 1,09-1,21 per titolo di studio medio, 1,27; IC95%: 1,24-1,30 per titolo di studio basso nei maschi. $MRR_f=1,13$; IC95%: 1,09-1,17 medio, 1,16; IC95%: 1,13-1,19 basso, nelle femmine). Inoltre, dato che i poco istruiti in Emilia-Romagna sono meno che nel resto d'Italia, qui si ha uno dei minori livelli di mortalità attribuibile alla bassa istruzione, in particolare tra gli uomini (per i quali l'impatto delle disuguaglianze è più alto di quello che subiscono le donne).

Per un confronto nel tempo più puntuale e all'interno della realtà regionale, è possibile far riferimento ai dati dello Studio Longitudinale emiliano. Lo studio permette di monitorare le disuguaglianze di mortalità per titolo di studio in tre città della regione (Bologna, Modena e Reggio Emilia) in due periodi: all'inizio degli anni 2000 (2001-2006) e dieci anni dopo (2011-2016); i differenziali sono più accentuate tra gli uomini che tra le donne e mostrano una lieve tendenza all'aumento tra il 2001 e il 2011. ([Dossier 265/2019](#), AA.VV. 2019).

Al di fuori dei comuni a maggior grado di urbanizzazione, nei quali sono incluse le città di Bologna, Modena e Reggio Emilia, si fa invece riferimento all'estensione dello Studio Longitudinale all'ambito regionale, dal quale si può desumere quale sia il livello di eterogeneità per grado di urbanizzazione dei comuni nelle disuguaglianze di mortalità prematura per titolo di studio. Tramite i dati 2011-2018 della regione, in relazione alla popolazione distinta in tre gradi di urbanizzazione di simile ampiezza demografica, si può trarre la seguente evidenza: il gradiente di mortalità a sfavore dei meno istruiti è massimo per i capoluoghi, in particolare tra gli uomini (MRR 1,68; IC95% 1,62-1,75), mentre è minimo per i comuni con grado di urbanizzazione intermedia (MRR 1,47; IC95% 1,40-1,55). Nelle zone meno popolate si riscontra per loro un gradiente di intensità intermedia tra i due precedenti, ma vi risiede una quota molto maggiore di meno istruiti (54% vs 37%). (Caranci et al., 2020)

Diversi fattori agiscono durante tutto il corso della vita degli individui contribuendo a creare questo differenziale: dai fattori di rischio ambientali, a quelli comportamentali e all'accesso ai servizi. Oltre a un effetto diretto della privazione nell'esporre a condizioni di vita più difficili e meno salubri, la prevalenza di quasi tutti i maggiori fattori di rischio comportamentali è più alta nelle persone con titolo di studio basso o con difficoltà economiche, così come la probabilità di ricevere prestazioni inappropriate e di non accedere alle prestazioni di comprovata efficacia. La stessa privazione, per i vari meccanismi richiamati e il suo legame con la fragilità clinica, ha fatto rilevare anche un'associazione con l'impatto dell'epidemia da COVID-19 sulla mortalità, già dalla sua prima fase della primavera 2020 (Di Girolamo et al., 2020).

Il tema delle disuguaglianze deve essere affrontato tenendo in considerazione le questioni di genere. Le donne vivono mediamente di più degli uomini, ma hanno un'aspettativa di vita in buona salute minore (vedi tabella 1.2), nonostante una minore prevalenza di molti dei fattori di rischio comportamentali e di patologie croniche. Il persistere delle disuguaglianze economiche e l'ampia quota di popolazione immigrata pongono una nuova sfida per il Servizio sanitario e soprattutto per

la medicina d'iniziativa³ che deve comunicare con donne e uomini di lingue, culture e livelli d'istruzione differenti.

Bibliografia

AA. VV. La programmazione: il Piano sociale e sanitario 2017-2019. Regione Emilia-Romagna, 2017. [<https://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/piano-sociale-e-sanitario/piano-sociale-e-sanitario-la-programmazione>; ultimo accesso 21 maggio 2019]

AA. VV. L'eccesso di mortalità nel 2015. Prime evidenze e spiegazioni dai dati emiliano-romagnoli. Regione Emilia-Romagna, 2016. [<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/mortalita-rer-2015>; ultimo accesso 21 maggio 2019]

AA. VV. Condizioni socioeconomiche e mortalità nello Studio Longitudinale Emiliano. Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, 2019. [<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss265> ultimo accesso 21 maggio 2019].

AA. VV. Il bilancio demografico in Emilia-Romagna nel primo anno di emergenza Covid-19. Regione Emilia-Romagna, 2021. [<https://statistica.regione.emilia-romagna.it/primo-piano/bilancio-demografico-2020-emilia-romagna>; ultimo accesso 7 luglio 2021]

Caranci N, Bartolini L, Di Girolamo C. Grado di urbanizzazione e mortalità per livello di istruzione nello Studio Longitudinale dell'Emilia-Romagna. Epidemiologia & Prevenzione, 2020 [<https://epiprev.it/4955>]

Costa G, Bassi M, Gensini GF, Marra M. (a cura di). (2014). *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Franco Angeli Editore, Milano.

Chiara Di Girolamo, Letizia Bartolini, Nicola Caranci, Maria Luisa Moro. Socioeconomic inequalities in overall and COVID-19 mortality during the first outbreak peak in Emilia-Romagna Region (Northern Italy). Epidemiologia & Prevenzione, 2020. [<https://epiprev.it/5223>]

Istat (2021). Dieci anni di Bes. [<https://www.istat.it/it/files/2021/03/10anni.pdf>; ultimo accesso 7 luglio 2021]

Petrelli A, Frova L. Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione. Epidemiol Prev 2019; 43 (1), gennaio-febbraio.

WHO (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Commission on social determinants of health, final report. http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf

³ Sistema assistenziale integrato in cui ogni soggetto coinvolto possa svolgere il proprio ruolo senza sovrapposizioni, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio.