

## Capitolo 2

# CONTESTO SOCIO-DEMOGRAFICO E DI SALUTE

**A cura di** Nicola Caranci, Giuliano Carrozzi,  
Paolo Giorgi Rossi

### PROFILO DEMOGRAFICO

In Emilia-Romagna la popolazione è stabile sui 4,5 milioni, ma continua ad invecchiare: l'indice di vecchiaia è passato dal 169% nel 2013 al 182% nel 2018. La quota di popolazione straniera conferma livelli simili a quelli del 2013 (12%). La speranza di vita continua a crescere.

### CONTESTO SOCIO-ECONOMICO

Continua ad aumentare il livello di istruzione. Il reddito familiare medio rimane tra i più alti in Italia, e la concentrazione dei redditi è minore rispetto al resto del paese. Il tasso di disoccupazione è diminuito, anche fra i giovani (13,7% del 2018 Vs 17,4% del 2012).

### CARICO DI MALATTIA

In Emilia-Romagna Le malattie ischemiche del cuore, il tumore del polmone e Alzheimer e altre demenze sono le cause di morte che maggiormente contribuiscono agli anni di vita persi nel 2017. Circa 40% del carico di malattia totale in Italia è attribuibile a fattori di rischio noti, in particolare comportamentali e metabolici.



# CONTESTO

SOCIO-DEMOGRAFICO E DI SALUTE

12

PROFILO  
DEMOGRAFICO

14

CONTESTO  
SOCIO-ECONOMICO

17

BURDEN OF DISEASE  
CARICO DI MALATTIA

17 COME SCEGLIERE LE PRIORITA'

19 LE PRINCIPALI CAUSE DI  
MORTE E DISABILITA' IN ITALIA

20 LE PRINCIPALI CAUSE DI  
MORTE E DISABILITA' IN  
EMILIA-ROMAGNA

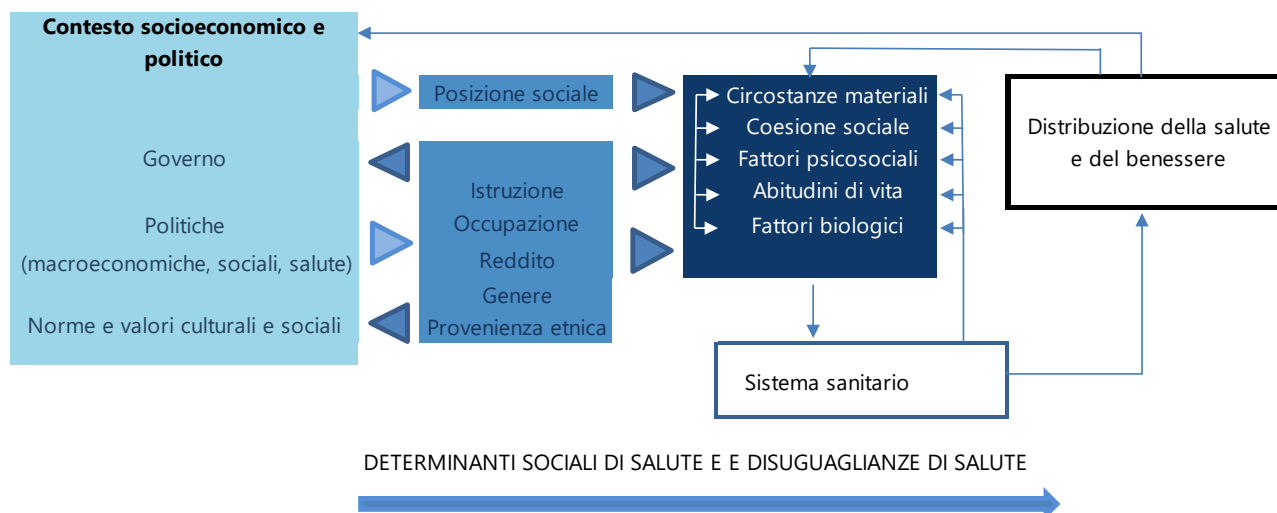
23 COSA E' CAMBIATO NELLE  
PRINCIPALI CAUSE DI MORTE  
IN EMILIA-ROMAGNA

24 LE DISEGUAGLIANZE VECCHIE E  
NUOVE

## CONTESTO SOCIO-DEMOGRAFICO E DI SALUTE

La pianificazione della prevenzione riguarda differenti livelli di fattori influenti sulla salute. Tra questi possono essere riconosciuti i determinanti sociali, che agiscono attraverso molti meccanismi e modificano l'azione di quasi tutti gli altri determinanti della salute: ambientali, comportamentali e del servizio sanitario. Tali determinanti sono schematizzati nel quadro concettuale elaborato dalla Commissione sui Determinanti Sociali di Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2008).

Quadro concettuale della Commissione sui determinanti sociali di salute\*



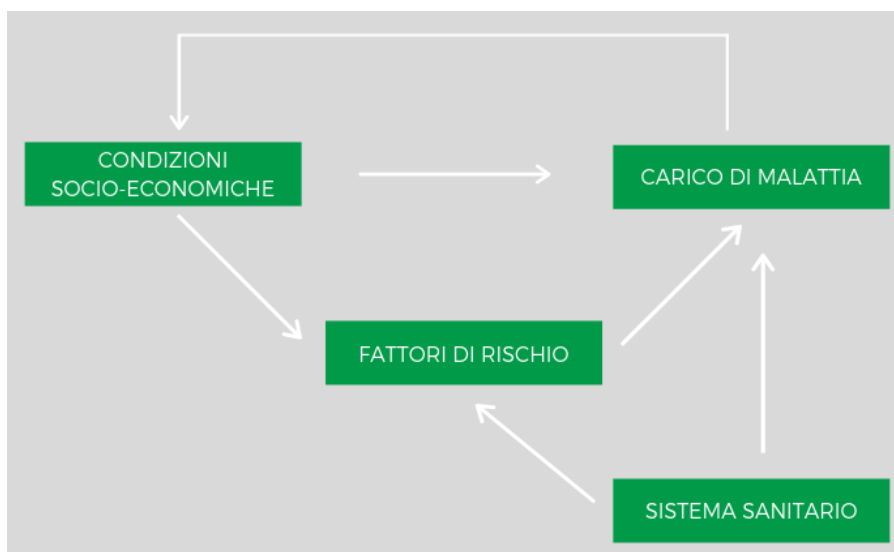
\* Schema rielaborato da Solar e Irwin 2007 (WHO 2008)

Per la lettura dello schema, si può considerare che la salute e il benessere soggettivo sono il risultato di meccanismi che si originano da determinanti distanti dall'effetto (determinanti distali), fino a quelli che influenzano direttamente la salute (determinanti prossimali), così come rappresentati dal suddetto schema. Secondo tale schema l'influenza sulla salute sarebbe esercitata nell'ordine tramite l'inclusione, la coesione sociale, la partecipazione e la politica, e infine con le risorse materiali disponibili e la sicurezza economica. Le associazioni tra contesto generale e salute sono inoltre mediate dall'ambiente esterno e dai settori dello stato sociale. Tra i livelli di tutela dello stato sociale, l'istruzione riveste una particolare rilevanza e la sanità influenza direttamente la salute.

Seguendo lo schema, avremo alcuni effetti diretti dei determinanti distali sulla salute, gli effetti dello svantaggio sociale stesso, effetti degli stili di vita sulla salute, effetti dell'ambiente circostante ed effetti, si spera positivi, del servizio sanitario. Anche gli effetti dei comportamenti, dell'ambiente e gli interventi del servizio sanitario contribuiscono a generare le disuguaglianze nello stato di salute, in quanto gli stili di vita meno salutari sono quasi sempre più diffusi nei gruppi più deprivati della popolazione, così come le esposizioni a fattori ambientali o lavorative sono quasi sempre più frequenti nella popolazione più svantaggiata. Infine, anche l'accesso alle prestazioni di prevenzione e di cura di comprovata efficacia è generalmente minore per i più deprivati, che invece spesso hanno più probabilità di ricevere prestazioni inappropriate.

Lo schema in Figura 2.1 è una semplificazione del quadro concettuale descritto. Le relazioni rappresentate dallo schema possono essere monitorate tramite misure di associazione; alcune di esse sono tratte da specifici studi o sistemi di sorveglianza. Ad esempio, per la stima dell'associazione tra condizioni socio-economiche, nello specifico titolo di studio, e carico di malattia (mortalità) è stato recentemente pubblicato "L'atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione" (Petrelli 2019). Per la stima di associazione tra condizioni socio-economiche e i fattori di rischio si può fare riferimento ai report delle sorveglianze attive nel nostro paese (<https://www.epicentro.iss.it/>). Per l'ordine di grandezza dell'influenza dei fattori di rischio sul carico di malattia si può fare riferimento alle stime italiane del progetto Global Burden of Disease (<http://www.healthdata.org/gbd>).

Figura 2.1 Schema di analisi dei determinanti di salute



## 2.1 Profilo demografico

La popolazione dell'Emilia-Romagna nel 2018 si assesta su meno di 4,5 milioni di abitanti e corrisponde al 7,3% di quella italiana.

Tabella 2.1 Indicatori demografici. Emilia-Romagna, Italia 2018 (o altro anno ove specificato)  
Nel caso di caselle vuote, il valore non è disponibile oppure non è informativo.

Indicatore	Emilia-Romagna*	Italia <sup>^</sup>	Provincia MIN	Provincia MAX
Popolazione (1° gennaio)	4.461.612	60.483.973	287.375 (PC)	1.013.155 (BO)
Popolazione in città con 100.000 abitanti o più (tutti e soli capoluoghi di provincia, a meno di Cesena)	1.605.577		103.262 (PC)	389.261 (BO)
% minorenni (0-17 anni)	15,9%	15,5%		
Indice di vecchiaia <sup>°</sup> (rapporto tra ampiezza popolazione di 65 anni e più e quella con meno di 15 anni)	182,4%	172,9%	145,5% (RE)	251,7% (FE)
% di stranieri <sup>#</sup> (2017)	11,89%	8,34%	8,6% (FE)	13,99% (PC)
Numero nati <sup>°</sup> (2017)	33.011	458.151		
Tasso grezzo natalità (per mille) <sup>#</sup> (2017)	7,4	7,6	5,9% (FE)	8,0% (RE)
Dimensione media familiare <sup>#</sup> (2017)	2,23	2,36		
% famiglie unipersonali <sup>#</sup> (2017)	34,7%	31,9 %		

\*Fonte: [https://statistica.regione.emilia-romagna.it/servizi-online/statistica-self-service/popolazione/popolazione-per-eta-e-sesso/pop\\_eta\\_ammontare](https://statistica.regione.emilia-romagna.it/servizi-online/statistica-self-service/popolazione/popolazione-per-eta-e-sesso/pop_eta_ammontare)

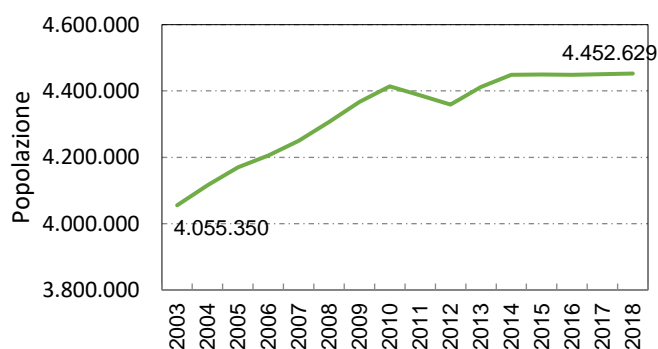
<sup>^</sup> Fonte: Istat, banca dati Geo demo (<http://demo.istat.it/pop2018/index.html>).

<sup>°</sup> Fonte: Istat, banca dati I.Stat: (<http://dati.istat.it/>).

<sup>#</sup> Fonte: Istat, Health for All: (<https://www.istat.it/it/archivio/14562>).

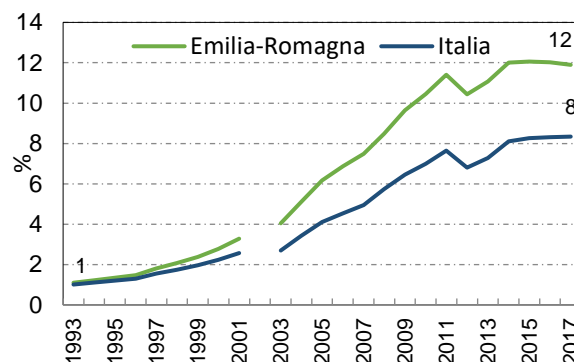
- ➔
**La crescita della popolazione di inizio secolo si è arrestata;** l'ampiezza demografica è rimasta sostanzialmente costante (dal 2010 al 2018). **La percentuale di minorenni, crescente fino al 2013, rimane a sua volta costante** (al 16%).
- ➔
**L'indice di vecchiaia ha continuato a crescere** dal 2013 al 2018 (182% Vs 169%), seppur lievemente meno che in Italia (173% Vs 147%).
- ➔
**La quota di popolazione straniera conferma livelli simili a quelli del 2013,** dopo esser cresciuta rapidamente all'inizio degli anni 2000 (valori intorno al 12%).

**Figura 2.2 Popolazione residente, Emilia-Romagna 2003-2018**



Fonte: [https://statistica.regione.emilia-romagna.it/servizi-online/statistica-self-service/popolazione/popolazione-per-eta-e-sesso/pop\\_eta\\_ammontare](https://statistica.regione.emilia-romagna.it/servizi-online/statistica-self-service/popolazione/popolazione-per-eta-e-sesso/pop_eta_ammontare)

**Figura 2.3 Percentuale di popolazione straniera, Italia ed Emilia-Romagna 1993-2017**



Fonte: Istat, Health for all (<https://www.istat.it/it/archivio/14562>).

**Tabella 2.2 Indicatori demografici relativi alla salute della popolazione, variazione nel tempo e nello spazio. Emilia-Romagna, Italia 2018 (o altro anno ove specificato)**

Indicatore	Emilia-Romagna	Italia	Provincia MIN	Provincia MAX
Speranza di vita (aspettativa di vita media, anni) <sup>#</sup> (2017)	81,4 M° 85,5 F°	80,8 M° 85,2 F°	80,01 M (FE) 84,24 F (FE)	81,62 M (MO) 86,25 F (RN)
Mortalità nel primo anno di vita (tasso decessi a 0 anni ogni 10.000 nati) <sup>#</sup> (2013)	28,73 M 18,42 F	30,97 M 26,84 F	20,15 M (RE) 9,37 (FE)	52,15 M (RA) 28,53 F (RA)
Speranza di vita in buona salute (aspettativa di vita media percepita in buona salute, anni) <sup>#</sup> (2013)	61,7 M 58,9 F	59,2 M 57,3 F		
Speranza di vita a 65 anni°	19,6 M 22,7 F	19,3 M 22,4 F		

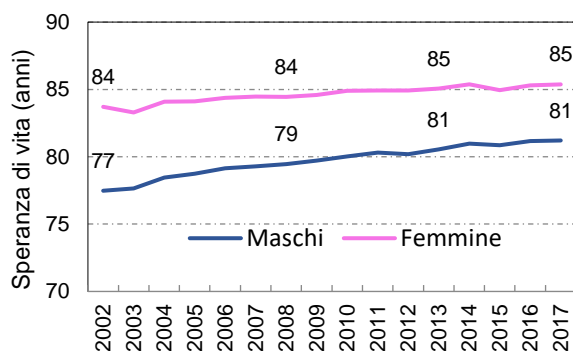
° Fonte: Istat, banca dati I.Stat: (<http://dati.istat.it/>).

# Fonte: Istat, Health for All: (<https://www.istat.it/it/archivio/14562>).



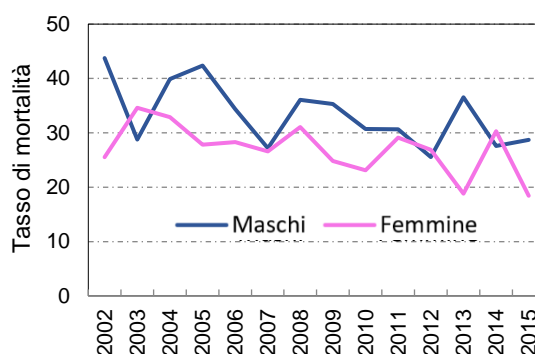
**La speranza di vita continua a crescere**, nonostante si sia osservata una lieve flessione in corrispondenza del 2015 (e per gli uomini anche nel 2012). Tali fluttuazioni sono legate sia alla composizione per età della popolazione che all'effetto anticipatore sulla morte di eventi esterni (es.: variazioni climatiche o epidemie influenzali) (AA. VV., 2016).

Figura 2.4 Speranza di vita alla nascita per sesso, Emilia-Romagna 2002-2017



Fonte: Istat, Health for All:  
<https://www.istat.it/it/archivio/14562>

Figura 2.5 Mortalità nel primo anno di vita (per 10.000 nati), Emilia-Romagna 2002-2015



Fonte: Istat, Health for All:  
<https://www.istat.it/it/archivio/14562>



La stima degli **anni vissuti in buona salute** è maggiore negli uomini, diversamente da quanto accade per gli anni vissuti complessivamente.



Anche la **speranza di vita a 65 è cresciuta**, ed in modo più sensibile negli uomini (come accade nella speranza di vita alla nascita): nel 2018 un 65enne ha una speranza di vita tendenzialmente superiore a 20 anni, cioè, mediamente vivrà fino a 84,6 anni se maschio e a 87,7 se femmina. Nel 2013 le analoghe stime si attestavano su 83,8 e 87,3 anni.



**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 minimi (in particolare tra le neonate, con un valore di 18,42 in Emilia-Romagna, a fronte di un 26,84 italiano).

## 2.2 Contesto socio-economico

La crisi economica iniziata nel 2008 ha comportato un peggioramento di vari aspetti del contesto socio-economico, particolarmente per ciò che riguarda gli aspetti congiunturali. 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.

Tabella 2.3. Indicatori del contesto socio-economico, variazione nel tempo, Emilia-Romagna e Italia 2018 (o altro anno; ove specificato)\*

Indicatore	Emilia-Romagna	Italia
Popolazione 25-64 anni con istruzione:		
a. senza diploma	29,1%	32,6%
b. diploma	47,7%	45,2%
c. laurea	23,2%	22,2%
Percentuale di popolazione 30-34 anni con laurea	29,9%	26,9%
Prodotto interno lordo medio pro-capite <a href="#">Standard di Potere d’Acquisto (SPA o PPS) (2016)</a>	121%	97%
Reddito familiare netto medio annuo (2016)	35.169	30.595
Indice di Gini dei redditi familiari <sup>o</sup> (2016)	0,294	0,333
Famiglie che vivono in condizioni di povertà relativa* (2017)	4,6%	12,3%
Indice sintetico di grave deprivazione <sup>\$</sup> (2016)	6,3%	12,1%
Tasso di disoccupazione (15 anni e più)	5,9%	10,6%
Tasso di disoccupazione giovanile (15-29 anni)	13,7%	24,8%

\*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.

<sup>o</sup> Misura della disuguaglianza, su scala da 0 – uguaglianza assoluta – a 1 concentrazione massima

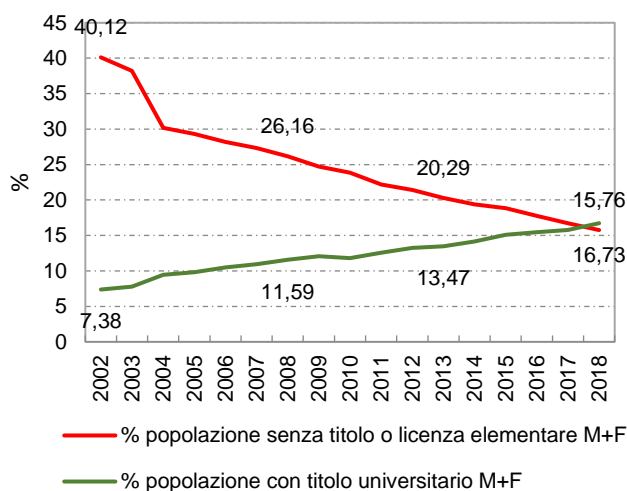
<sup>\$</sup> L’indice di grave deprivazione materiale è dato dalla percentuale di persone che vivono in famiglie che sperimentano almeno 4 tra i seguenti 9 sintomi di disagio: 1. essere in arretrato con il pagamento di bollette, affitto, mutuo o altro tipo di prestito; non riuscire a: 2. riscaldare 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.

Fonte: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseeps/reporter/reporter-indicatori/piani-di-zona/>



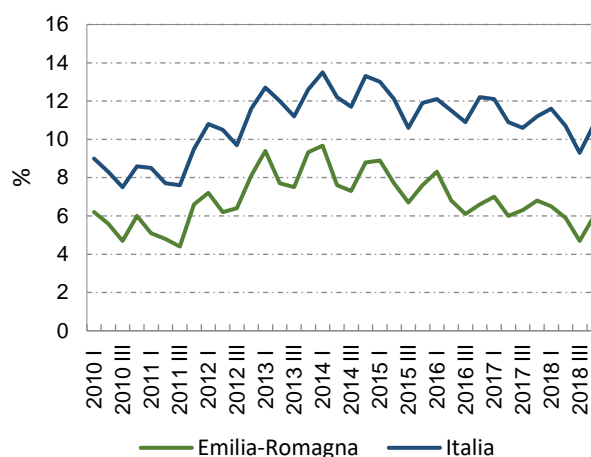
**Continua ad aumentare il livello di istruzione**, sia per la diminuzione della quota di popolazione meno istruita, che per l'aumento di quella ad alto livello di istruzione. Nel 2018 la prevalenza della popolazione con titolo di studio universitario ha superato la prevalenza della popolazione con livello inferiore (licenza elementare o meno): 16,7% Vs 15,8%.

Figura 2.6 Popolazione per livello di istruzione (%), Emilia-Romagna 2002-2017



Fonte: Istat, banca dati I.Stat: (<http://dati.istat.it/>)

Figura 2.7 Tasso di disoccupazione (%), Emilia-Romagna e Italia 2010-2018



Fonte: Istat, banca dati I.Stat <http://dati.istat.it>



Nella popolazione adulta, in particolare nella fascia di età 30-34 anni, la **percentuale di laureati**, nel 2017, si mantiene superiore alla media italiana ed è maggiore tra le donne (35,9%).



Il **reddito familiare medio** rimane tra i più alti in Italia.



L'Emilia-Romagna ha una minore **disparità dei redditi** (espressa con il coefficiente di concentrazione di Gini) rispetto al resto d'Italia, il dato è però leggermente peggiorato nel 2016 rispetto al 2010 (Gini<sub>2016</sub>=0,294 Vs Gini<sub>2010</sub>=285), seguendo il *trend* nazionale (Gini<sub>2016</sub>=0,333 Vs Gini<sub>2010</sub>=0,319).



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 registra un leggero miglioramento in Emilia-Romagna (6,3 del 2016 Vs 6,6% del 2011), a fronte di un segnale di peggioramento per l'Italia (12,1 del 2016 Vs 11,4% del 2012).



Si è arrestata la crescita del **tasso di disoccupazione**, che era sensibilmente cresciuto dalla fine del 2008 fino all'inizio del 2014.



Si è arrestata la crescita del **tasso di disoccupazione giovanile** (15-29 anni), soprattutto in Emilia-Romagna (13,7% del 2018 Vs 17,4% del 2012).



### 2.3 Burden of disease - Carico di malattia

#### 2.3.1 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.

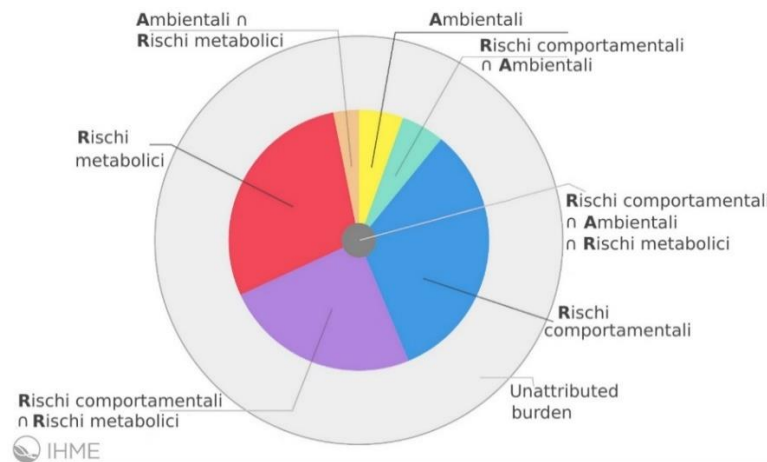
Infine, per un'attribuzione delle priorità razionale ed efficiente, basata sulla massimizzazione dei benefici di salute ottenibile con le risorse disponibili, si deve tenere conto che la quantificazione del carico di malattia fotografa la situazione italiana attuale, dove la frequenza di alcune malattie 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 40% del carico di malattia totale in Italia è attribuibile a fattori di rischio noti, mentre il restante 60%, la corona grigia nella Figura 2.8, non è direttamente 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 dovuto ad entrambi. Decisamente più ridotta la quota dovuta a fattori di rischio ambientali.

## CONTESTO SOCIO-DEMOGRAFICO E DI SALUTE

Figura 2.8 Quota di DALYs persi per malattia (tutte le cause) attribuibile (colore) e non attribuibile (grigio) a uno o più fattori di rischio noti, Italia 2017

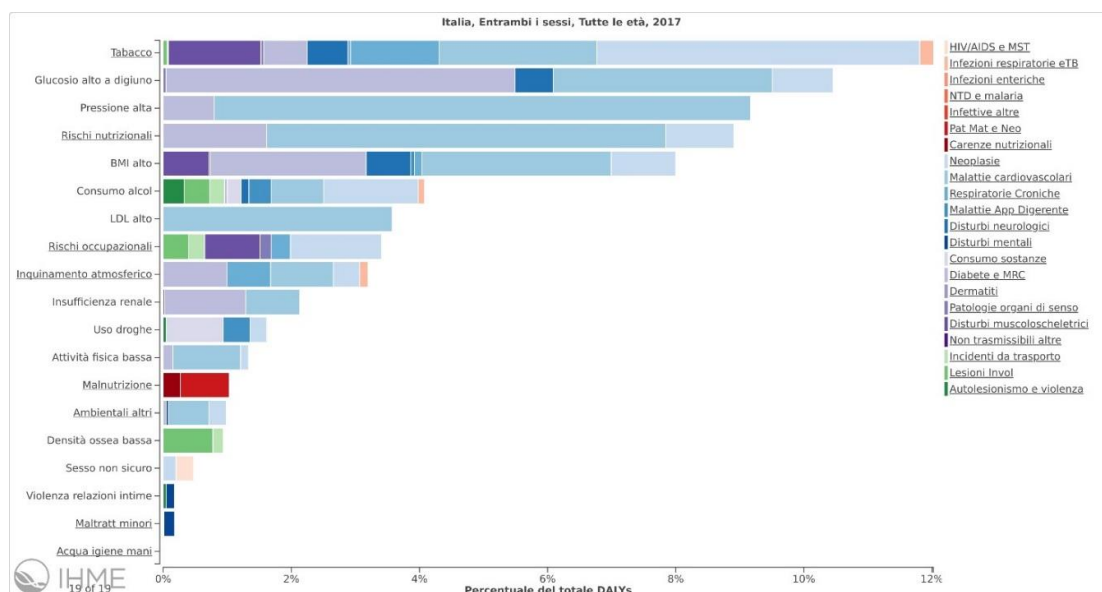


Fonte: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>

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 2.9).

Come mostrato dalla Figura 2.8, 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 una delle cause distali.

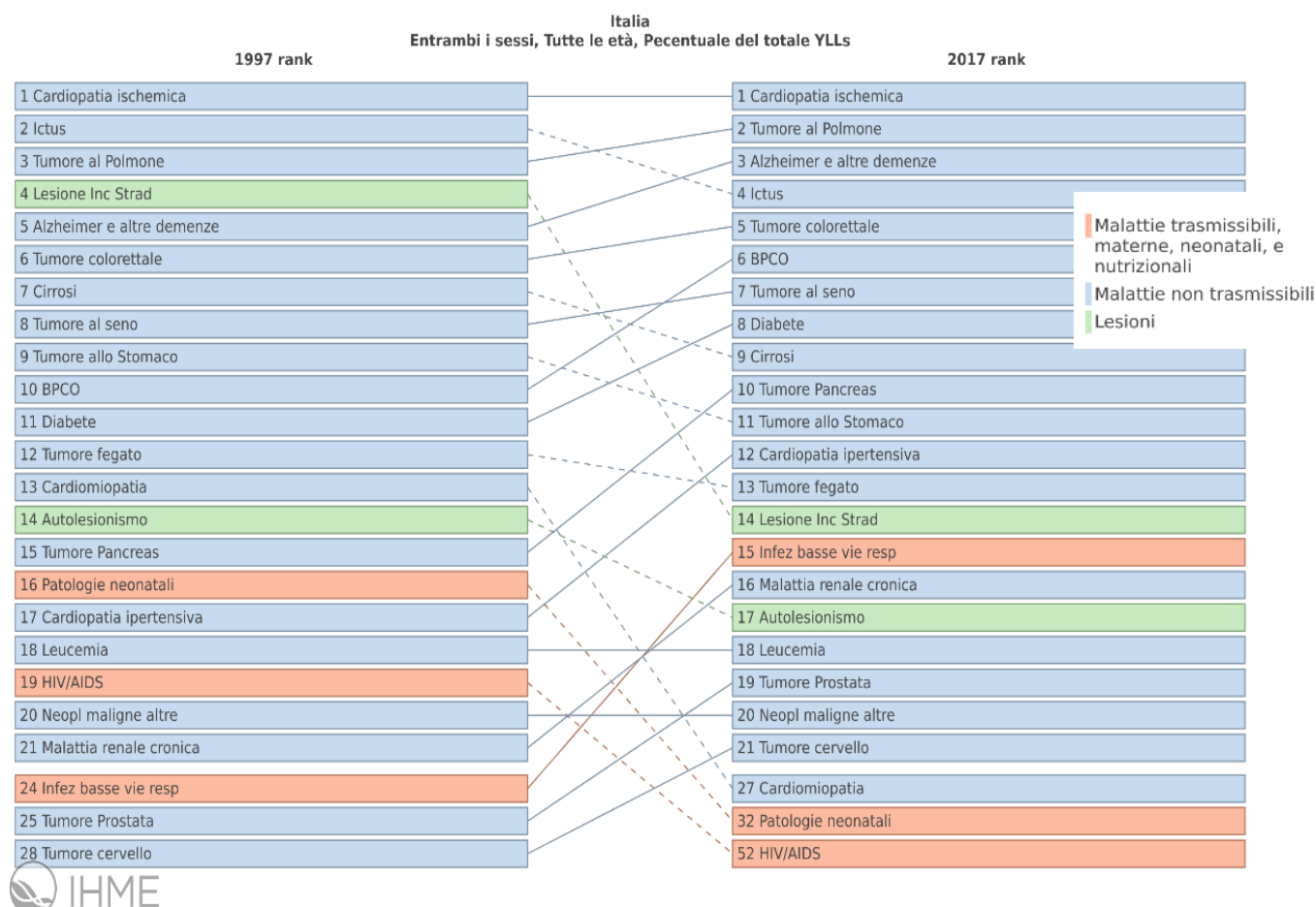
Figura 2.9 Impatto dei principali fattori di rischio su tutte le malattie, espresso come percentuale di DALYs, Italia 2017



Fonte: IHME, GBD 2017 <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>

## 2.3.2 Le principali cause di morte e disabilità in Italia

Figura 2.10 Classifica delle prime 25 cause di anni di vita persi, Italia 1997-2017



Fonte: IHME, GBD 2017 <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>

La Figura 2.10 mostra il cambiamento delle principali 25 cause di anni di vita persi a causa dei decessi dal 1997 al 2017. Le linee continue indicano una causa la cui posizione in classifica è rimasta stabile o è salita di grado. 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, tumore dello stomaco, cardiomiopatia e miocarditi, patologie neonatali, HIV/AIDS.
- ➡ Sono aumentati gli anni di vita persi per Alzheimer (+46,37%), tumore 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%).

2.3.3 Le principali cause di morte e disabilità in Emilia-Romagna

➡ Tra le cause principali di morte del periodo 2013-2017 (Tabella 2.4) si osservano **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 2.4 Numero assoluto di decessi, mortalità proporzionale, tassi annui grezzi (per 100.000) e standardizzati (per 100.000) di mortalità per i principali gruppi di cause di morte, Emilia-Romagna 2013 e 2017

Causa di morte	Totale				Maschi				Femmine			
	Decessi	%	Tasso grezzo	Tasso stand.	Decessi	%	Tasso grezzo	Tasso stand.	Decessi	%	Tasso grezzo	Tasso stand.
Mal. Sistema Circolatorio	86.666	35,1	388,9	246,3	37.149	32	343,9	212,8	49.517	37,9	431,3	277,6
Tumori	71.437	28,9	320,6	236,9	38.705	33,4	358,3	255,6	32.732	25	285,1	219,3
Mal. Sistema Respiratorio	19.871	8,1	89,2	55,4	10.039	8,7	92,9	55,1	9.832	7,5	85,6	55,6
Mal. Senili e Pre-Senili	17.616	7,1	79,1	48,4	6.184	5,3	57,2	33	11.432	8,7	99,6	62,9
Dist. Psicichi, Comportamentali	11.350	4,6	50,9	30,8	3.667	3,2	33,9	19,1	7.683	5,9	66,9	41,8
Traumi e Avvelenamenti	9.424	3,8	42,3	31,9	5.532	4,8	51,2	39,9	3.892	3	33,9	24,3
Mal. Sistema Nervoso	9.103	3,7	40,9	27,8	3.906	3,4	36,2	24	5.197	4	45,3	31,4
Mal. Endocrino-Metaboliche	8.870	3,6	39,8	26,8	3.936	3,4	36,4	24,3	4.934	3,8	43	29,1
Mal. Apparato Digerente	8.660	3,5	38,9	26,4	3.967	3,4	36,7	24,8	4.693	3,6	40,9	27,8
Malattie Infettive	8.629	3,5	38,7	25,6	3.866	3,3	35,8	23	4.763	3,6	41,5	28
Mal. App. Genitourinario	5.263	2,1	23,6	14,5	2.313	2	21,4	12,4	2.950	2,3	25,7	16,5
Cause Mal Definite	2.895	1,2	13	8	889	0,8	8,2	4,9	2.006	1,5	17,5	10,8
Mal. Ematopoietiche	1.047	0,4	4,7	3,1	368	0,3	3,4	2,2	679	0,5	5,9	3,9
Mal. Sist. Osteomuscolare	1.046	0,4	4,7	3,3	312	0,3	2,9	2	734	0,6	6,4	4,5
Mal. Cute	458	0,2	2,1	1,3	141	0,1	1,3	0,8	317	0,2	2,8	1,8
Malformazioni Congenite	356	0,1	1,6	1,6	189	0,2	1,7	1,7	167	0,1	1,5	1,4
Condizioni Morbose Perinatale	267	0,1	1,2	1,3	160	0,1	1,5	1,6	107	0,1	0,9	1
Malattie Orecchio	12	0	0,1	0	5	0	0	0	7	0	0,1	0,1
Malattie Occhio	9	0	0	0	4	0	0	0	5	0	0	0
Gravidanza, Parto, Puerperio	4	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0
Mortalità Generale	246.775	100	1107,4	746,0	115.990	100	1073,7	711,0	130.785	100	1139,2	778,9

Fonte: Registro di mortalità regionale

Nota: popolazione di riferimento Italia 2001 per sesso

➡ Nel 2017 in Emilia-Romagna si sono verificati circa **50.700 decessi per tutte le cause con un tasso grezzo pari a 1.136,6 per 100.000 residenti**, la percentuale fra i deceduti è stata del 52,9% tra le donne e al 47,1% tra gli uomini. Il tasso standardizzato degli anni di vita persi a 70 anni per mortalità generale mostra in totale 23,3 anni persi per 1.000 residenti (Tabella. 2.5).

Tabella 2.5 Principali indicatori di mortalità generale, Emilia-Romagna 2017

Indicatori	Maschi	Femmine	Totale
Decessi	23.875	26.836	50.711
Mortalità Proporzionale Settore (%)	47,1	52,9	100,0
Tasso Grezzo per 100.000	1.101,6	1.169,7	1.136,6
Tasso Standardizzato per 100.000*	704,3	784,2	745,5
Rischio Cumulato 0-69aa (%)	14,7	8,8	11,7
Tasso standardizzato PYLL 70aa per 1.000**	29	17,7	23,3

\* Popolazione di riferimento: Italia 2001 per sesso

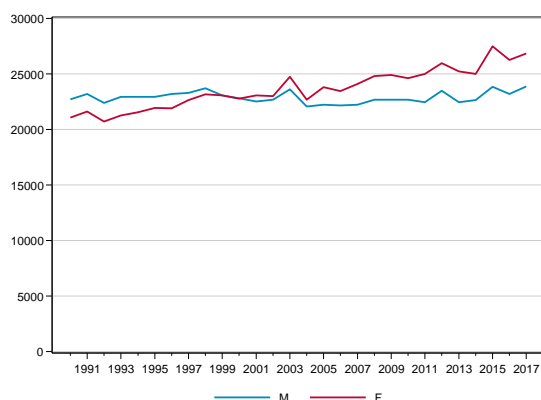
\*\* Popolazione di riferimento: RER 2013-2017 per sesso

Fonte: Registro Regionale di Mortalità

➡ Il numero di decessi è in aumento per le donne, mentre è stato piuttosto stabile per gli uomini, (Figura 2.11) ciò è dovuto al progressivo invecchiamento della popolazione femminile. L'andamento dei **tassi standardizzati** di mortalità generale dal 1990 al 2017 (Figura 2.12) mostra invece un **calo in entrambi i sessi** con un rallentamento di tale tendenza tra le donne, che a partire dal 2007 evidenziano anche un dato superiore a quello degli uomini.

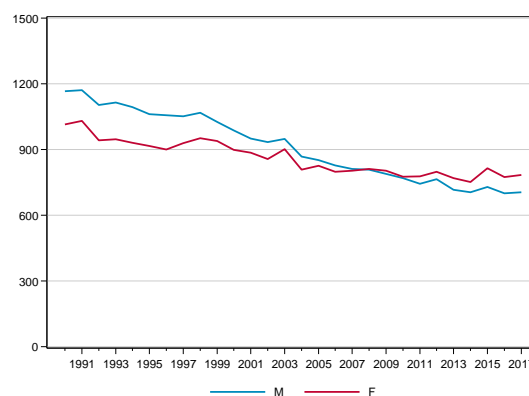
➡ Anche osservando in generale gli andamenti temporali per singole cause di decesso (si veda [l'appendice on line](#) per approfondimenti), si osserva complessivamente un aumento della frequenza dei decessi accompagnato ad una diminuzione dei tassi standardizzati. Fa eccezione la mortalità per malattie genito-urinarie, senili e infettive che mostrano un trend in aumento anche nei tassi standardizzati.

Figura 2.11: Trend del numero assoluto di mortalità generale per tutte le cause. Emilia Romagna, 1990-2017



Fonte: Registro di mortalità regionale

Figura 2.12 Trend dei tassi standardizzati di mortalità generale per tutte le cause. Emilia Romagna, 1990-2017

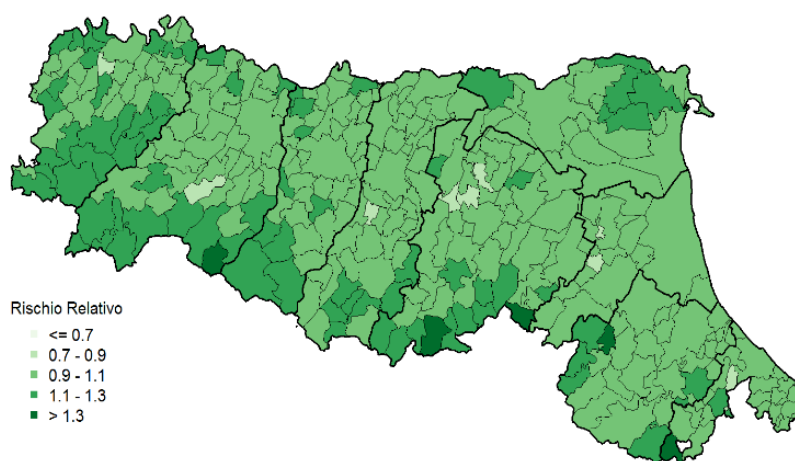


Fonte: Registro di mortalità regionale  
Nota: popolazione di riferimento Italia 2001 per sesso



Osservando il dato di mortalità generale dal punto di vista spaziale nella mappa dei tassi standardizzati smussati con metodi bayesiani (BMR) (Figura 2.13) 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 2.13 Mappa dei rischi di mortalità generale. Stima degli SMR (BMR) per comune di residenza. Periodo 2013-2017*



Fonte: Registro di mortalità regionale

Nota: popolazione di riferimento Regione Emilia-Romagna 2013-2017

## CONTESTO SOCIO-DEMOGRAFICO E DI SALUTE

### 2.3.4 Cosa è cambiato nelle principali cause di morte in Emilia-Romagna

Figura 2.14. Numero di 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, Emilia-Romagna 2009 e 2017.

2009			2017		
n	YLL (% sul totale)	Rank e causa di morte	Rank e causa di morte	n	YLL (% sul totale)
6477	84993.4 11.5	1 Malattie ischemiche cuore	1 Malattie ischemiche cuore	5054	63018.2 8.8
2883	58869.3 8.0	2 Tumore trachea, bronchi, polmone	2 Tumore trachea, bronchi, polmone	2834	54048.7 7.5
1553	28572.6 3.9	3 Tumore colon-retto	3 Alzheimer e altre demenze	3350	31248.4 4.4
2302	23162.2 3.1	4 Alzheimer e altre demenze	4 Tumore colon-retto	1411	24232.7 3.4
1022	22199.3 3.0	5 Tumore mammella	5 Tumore pancreas	1077	20091.4 2.8
1819	21633.8 2.9	6 BPCO	6 Tumore mammella	917	18816.3 2.6
1250	18116.5 2.4	7 Diabete Mellito	7 Malattie ipertensive	1920	17917.5 2.5
1028	17741.3 2.4	8 Tumore stomaco	8 BPCO	1566	17607.5 2.5
918	17559.3 2.4	9 Tumore pancreas	9 Diabete Mellito	1350	17423.4 2.4
696	15333.6 2.1	10 Cirrosi e altre mal. croniche fegato	10 Autolesione intenzionale	421	13685.2 1.9
1493	14946.7 2.0	11 Malattie ipertensive	11 Tumore stomaco	780	13656.0 1.9
389	13019.7 1.8	12 Autolesione intenzionale	12 Incidenti stradali	355	13056.4 1.8
661	12363.1 1.7	13 Tumore fegato	13 Tumore fegato	600	11827.9 1.6
262	10048.4 1.4	14 Incidenti stradali	14 Ictus	967	10538.0 1.5
447	9303.1 1.3	15 Leucemie	15 Tumore cervello e sist. nervoso	379	9634.3 1.3
332	9070.6 1.2	16 Tumore cervello e sist. nervoso	16 Cirrosi e altre mal. croniche fegato	452	9094.6 1.3
611	8692.8 1.2	17 Tumore prostata	17 Tumore vescica	571	8490.8 1.2
448	8630.8 1.2	18 Linfoma non-Hodgkin	18 Leucemie	475	8255.1 1.2
528	8165.1 1.1	19 Tumore vescica	19 Tumore prostata	594	8195.6 1.1
635	7339.6 1.0	20 Ictus	20 Mal. croniche rene	816	8176.5 1.1
563	6779.32 0.9165	22 Mal. croniche rene	21 Linfoma non-Hodgkin	457	8041.76 1.1

Fonte: Registro di mortalità regionale

- ➡ **Tra il 2009 e il 2017 gli anni di vita persi diminuiscono leggermente** (YLLs 2009: 739716 – 2017: 717001). 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 2017 il tumore del colon-retto viene superato da Alzheimer e altre demenze**. Diminuiscono gli anni di vita persi per più di un 20% per cirrosi, malattie ischemiche del cuore e tumore dello stomaco.
- ➡ **Sono aumentati molto gli anni di vita persi per ictus (+44%) e l'Alzheimer (+35%), malattie croniche del rene (+21%) e malattie ipertensive (+20%)**. 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 è la quarta causa nel 2017, in Emilia-Romagna è la 14, inoltre per l'Italia il trend 2009 – 2017 è 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 patologie neonatali e aumentano Alzheimer e infezioni delle basse vie respiratorie.

### 2.3.5 Le disuguaglianze vecchie e nuove

L'attenzione all'equità e al contrasto delle disuguaglianze è stata recentemente ribadita dal Piano Sanitario e Sociale Regionale, coerentemente con il Piano Regionale di 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 aree di potenziale guadagno di salute per la comunità.

L'atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione (Petrelli 2019) mostra che **in Emilia-Romagna le disuguaglianze relative da imputare a livelli di istruzione inferiori alla laurea sono tra quelle più basse 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 (l'impatto delle disuguaglianze è più alto).

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 ci mostra 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). Per gli uomini la mortalità è rimasta più alta più alta negli strati più svantaggiati, senza cambiamenti nel periodo, mentre per le donne l'eccesso di rischio delle più svantaggiate è aumentato, pur rimanendo minore che negli uomini. ([Dossier 265/2019](#), AA.VV. 2019).

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 deprivazione 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.

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 (Tabella 2.2), 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'iniziativa (sistema assistenziale integrato per garantire al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio) 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].

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.

Petrelli A, Frova L. Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione. *Epidemiol Prev* 2019; 43 (1), gennaio-febbraio. [<http://www.epiprev.it/pubblicazione/epidemiol-prev-2019-43-1-suppl-1>]

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](http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf)