

MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI

167

L'IMPATTO

DELLE MALATTIE CRONICHE NON
TRASMISSIBILI

170

PRP

2015-2018

171

PREVALENZA

DELLE PRINCIPALI MALATTIE NON
TRASMISSIBILI

172 MALATTIE CARDIOVASCOLARI

175 TUMORI

182 MALATTIE CRONICHE
RESPIRATORIE

184 DIABETE MELLITO

185 ALTRE PATOLOGIE CRONICHE
NON TRASMISSIBILI

188

FATTORI

COMPORTAMENTALI PER LE PRINCIPALI
MALATTIE NON TRASMISSIBILI

9.1 L'impatto delle malattie croniche non trasmissibili

Nonostante un netto declino delle morti premature per i 4 principali gruppi di malattie non trasmissibili (malattie cardiovascolari, cancro, diabete mellito e malattie respiratorie croniche) dalla fine degli anni '90 nella Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità la situazione necessita ancora di molta attenzione (WHO, 2016). La riduzione della mortalità prematura delle principali malattie croniche non trasmissibili (MCNT) è tra gli obiettivi globali ed europei.

L'OMS pone l'obiettivo di ridurre il trend di mortalità prematura riconducibile alle 4 principali MCNT del 25% entro il 2025 (WHO, 2016, 2017). Il nuovo rapporto dell'OMS (WHO, 2018) indica per l'Italia una progressiva riduzione delle morti per MCNT e la possibilità di raggiungere entro il 2025 il target fissato che porterebbe a 246.200 decessi in meno.

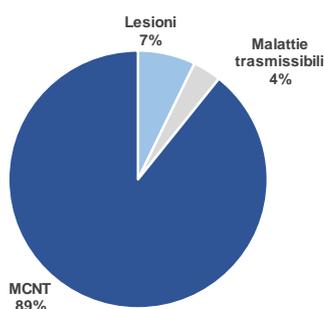
Nel 2017, le malattie non trasmissibili sono responsabili di circa il 91% della mortalità nell'Unione Europea. Per l'Italia le stime indicano che il 93% dei decessi, circa 581.000 morti, sia imputabile alle MCNT, tra cui il 35% per malattie cardiovascolari, il 29% per tumori, il 5% per patologie croniche respiratorie e il 3% per diabete. Il 14% dei decessi è invece attribuibile a disturbi neurologici (Figura 9.1; Tabella 9.1).

Oltre alla mortalità, le malattie croniche determinano la maggior parte del carico di disabilità: in Italia le MCNT sono la causa dell'89% dei DALYs, (87% nell'Unione Europea). Pur non essendo responsabile di molti decessi, un'importante carico di DALYs sono attribuibile ai disturbi muscolo-scheletrici (12%) e le patologie mentali (7%) (Tabella 9.1).

Le principali MCNT sono associate a un gruppo di fattori di rischio comuni, come uso di tabacco, fattori legati all'alimentazione, ipertensione, obesità, ampiamente diffusi tra la popolazione e in larga parte modificabili con corretti stili di vita e trattamenti farmacologici appropriati (Figura 9.3-9.4)

Si presenta una descrizione dell'andamento di alcune patologie nella popolazione dell'Emilia-Romagna al fine anche di individuare le priorità, orientare gli interventi di prevenzione e monitorarne nel tempo gli effetti. L'attenzione è focalizzata sulle principali MCNT: malattie cardiovascolari, tumori e diabete che rappresentano, insieme alle malattie respiratorie croniche, le patologie causa della gran parte degli anni di vita persi.

Figura 9.1 Distribuzione percentuale di DALYs per causa, Italia 2017



Fonte: IHME, GBD 2017

Tabella 9.1 Principali cause di decessi e DALYs, Unione Europea e Italia 2017

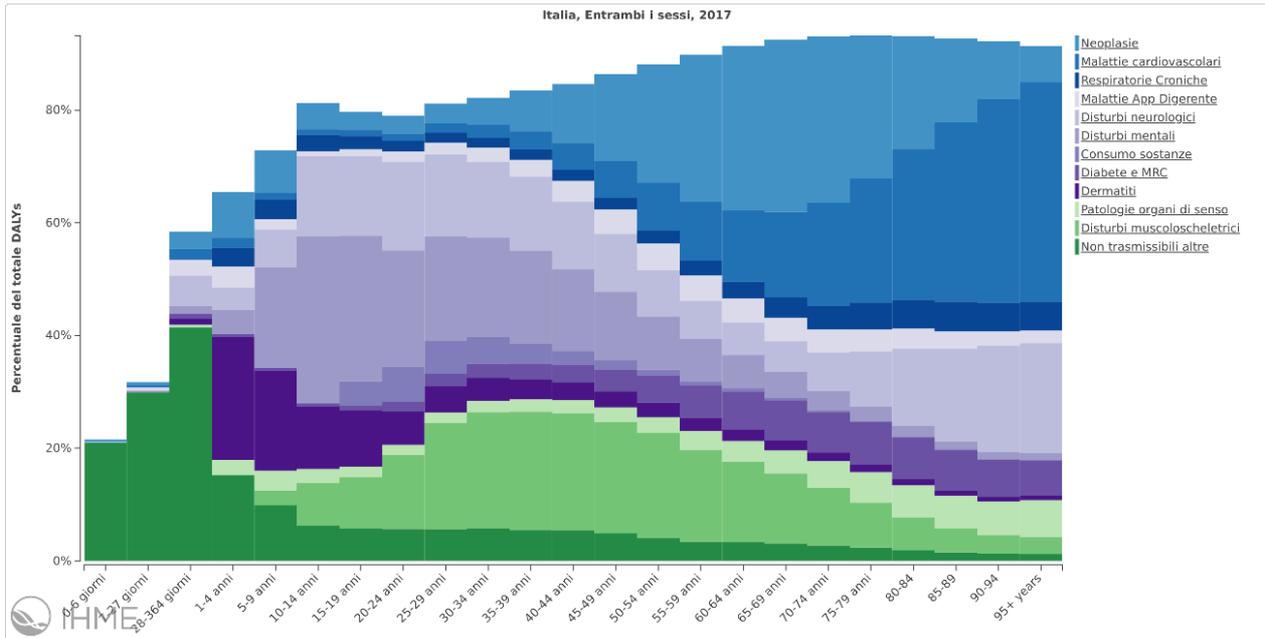
	Unione Europea		Italia	
	% su decessi	% su DALYs	% su decessi	% su DALYs
Malattie non trasmissibili				
Malattie cardiovascolari	36	18	35	20
Tumori	28	19	29	16
Malattie neurologiche	12	9	14	11
Malattie respiratorie croniche	5	5	5	4
Malattie apparato digerente	5	4	4	4
Diabete e insufficienza renale	4	4	5	6
Malattie muscolo-scheletrici	0,3	10	0,2	12
Patologie mentali	0,0	7	0,0	7
Altre malattie croniche	2	12	1	11
Totale Burden delle MCNT	91	87	93	89

Fonte: IHME, GBD 2017

MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI

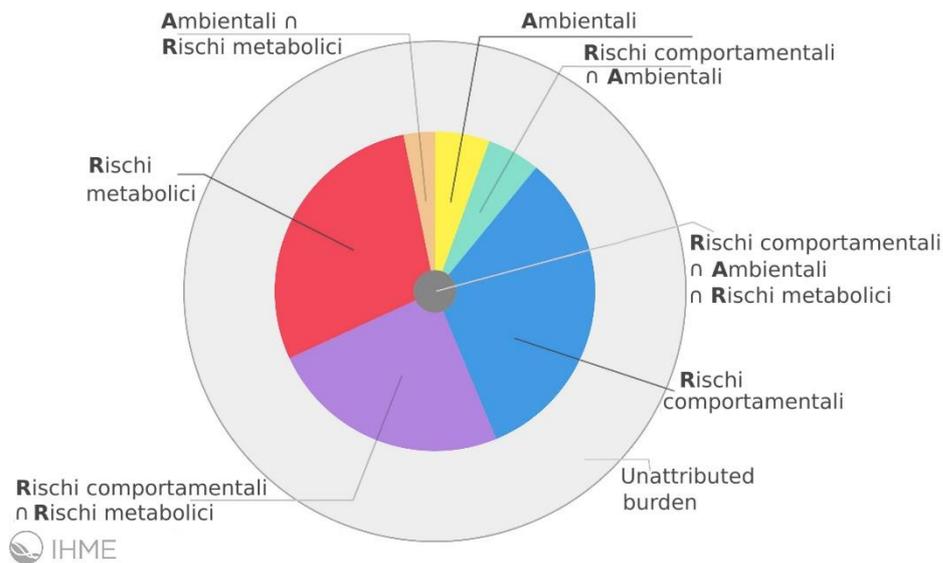
Figura 9.2 Proporzione di anni di vita aggiustati per disabilità (DALY) persi a causa di malattie croniche non trasmissibili, per patologia ed età.

Il complemento a 100% per ogni colonna rappresenta la percentuale di DALY persa per malattie trasmissibili e lesioni in quella fascia di età.



Fonte: IHME, GBD 2017

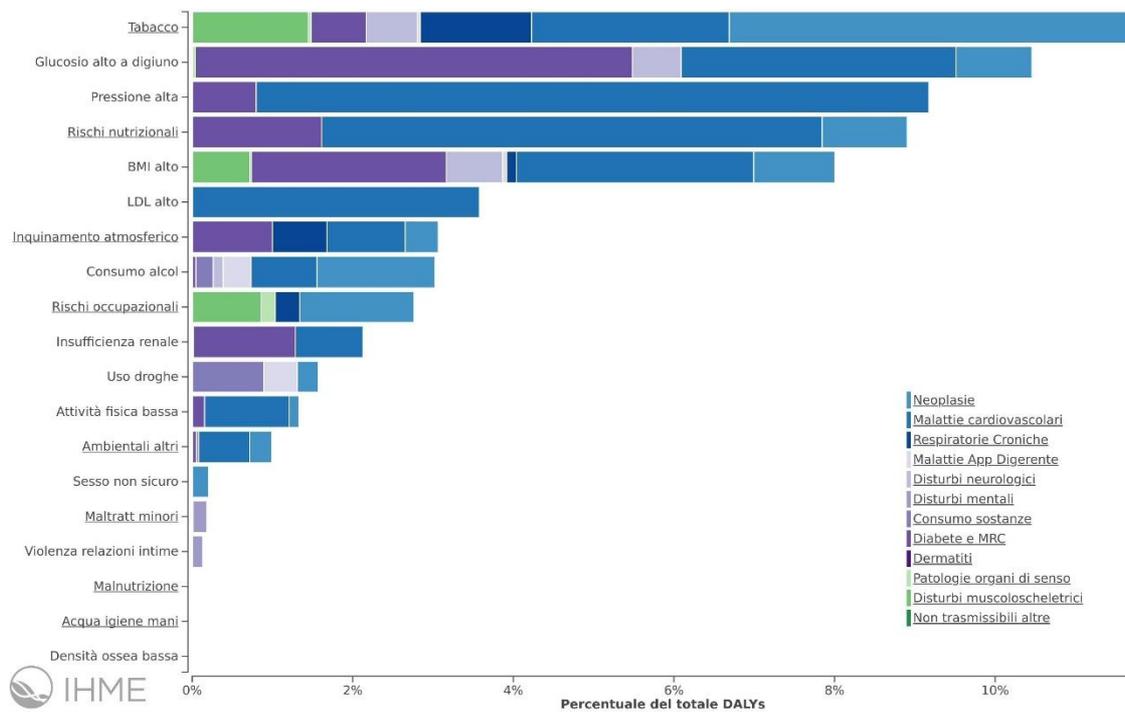
Figura 9.3 Quota di DALYs persi per malattie non trasmissibili attribuibile (colore) e non attribuibile (grigio) a uno o più fattori di rischio noti, Italia 2017



Fonte: IHME, GBD 2017

MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI

Figura 9.4 Impatto dei principali fattori di rischio sulle malattie croniche non trasmissibili, espresso in percentuale di DALYs, Italia 2017



Fonte: IHME, GBD 2017

9.2 Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018

La prevenzione delle MCNT è uno degli obiettivi trasversali a tutto il PRP, per cui tutti i 6 setting, hanno azioni rivolte verso questo obiettivo anche se in misura diversa. Le attività più rilevanti sono:

Setting 1: Ambiente di lavoro

- 1.2 Promozione della salute nei luoghi di lavoro
- 1.6 Monitoraggio e contenimento del rischio cancerogeno professionale

Setting 2: Comunità - Programmi di popolazione

- 2.1 Sviluppo rete epidemiologia ambientale
- 2.2 Azioni di sanità pubblica nell'ambito delle procedure di VAS e di VIA
- 2.3 Piano regionale dei controlli e della formazione sul REACH e CLP
- 2.4 Ridurre le esposizioni ad amianto dei cittadini e dei lavoratori: Piano Amianto della Regione Emilia-Romagna
- 2.5 ComunicAzione per la salute
- 2.6 Progetti di empowerment di comunità
- 2.7 Advocacy per le politiche di pianificazione urbanistica e dei trasporti orientate alla salute
- 2.8 Creare occasioni di attività motoria nel tempo libero accessibili alla cittadinanza, attraverso l'attivazione delle risorse delle comunità locali
- 2.11 Sorveglianza epidemiologica e valutazione di impatto della prevenzione sulla diffusione dei tumori in Emilia-Romagna
- 2.12 Implementazione e monitoraggio programmi di screening oncologici
- 2.15 Interventi per promuovere il consumo di alimenti salutari

Setting 3: Comunità - Programmi età-specifici

- 3.1 Prevenzione precoce dell'obesità infantile attraverso la promozione di sani stili di vita in gravidanza e nelle famiglie
- 3.8 Programma di ginnastica personalizzata a domicilio (Otago) e per piccoli gruppi
- 3.9 Alimentazione anziano

Setting 4: Comunità – Programmi per condizione

- 4.1 Esercizio fisico e attività sportiva nella popolazione affetta da disabilità
- 4.2 Azioni situate di promozione alla salute mentale e fisica nei confronti dei caregivers
- 4.8 Promozione della salute nelle carceri

Setting 5: Scuola

- 5.1 La mappa degli interventi riconducibili a Guadagnare salute rivolti alle Scuole Primarie e dell'Infanzia
- 5.2 Infanzia a colori
- 5.3 Progetto Paesaggi di Prevenzione
- 5.5 Scegli con gusto, gusta in salute
- 5.9 Promozione della qualità nutrizionale dell'offerta alimentare scolastica

Setting 6: Ambito sanitario

- 6.1 Progetto di fattibilità per un programma di medicina proattiva in popolazione di età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT
- 6.7 Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche

9.3 Prevalenza delle principali malattie non trasmissibili

Una fotografia delle principali malattie non trasmissibili, comparativa tra la regione Emilia-Romagna e l'Italia, può essere ricavata dalla sorveglianza PASSI (Tabelle 9.2-9.3).

Le prevalenze regionali delle patologie croniche sono sovrapponibili a quelle nazionali.

La **presenza di patologie croniche cresce in maniera significativa con l'età**: nella fascia 50-69 anni circa un terzo della popolazione riferisce di aver avuto diagnosi di almeno una patologia cronica e sopra ai 70 anni il 62%.

La **presenza di patologie croniche è inoltre significativamente più alta tra le classi più svantaggiate della popolazione** per basso titolo di studio o presenza di difficoltà economiche. (Dati non riportati)

Tabella 9.2 Prevalenza e popolazione stimata affetta da almeno una patologia cronica, Italia ed Emilia-Romagna 2014-2017

	Emilia-Romagna	Italia
Malattie respiratorie		
Prevalenza	7,4%	6,9%
Popolazione stimata	217.652	2.808.170
Malattie cardiovascolari		
Prevalenza	4,8%	4,9%
Popolazione stimata	142.334	1.997.274
Tumori		
Prevalenza	4,1%	3,7%
Popolazione stimata	121.266	1.496.631
Diabete		
Prevalenza	3,9%	4,8%
Popolazione stimata	115.563	1.952.021
Malattie epatiche		
Prevalenza	1,6%	1,3%
Popolazione stimata	48.400	530.405
Insufficienza renale		
Prevalenza	0,8%	1,1%
Popolazione stimata	23.910	442.752

Fonte: PASSI

Tabella 9.3 Prevalenza delle principali patologie croniche non trasmissibili per classi d'età, Italia ed Emilia-Romagna 2014-2017 (18-69 anni) 2016-2017 (≥70 anni)

	Emilia-Romagna					Italia				
	CLASSI D'ETÀ					CLASSI D'ETÀ				
	18-34	35-49	50-69	70-79	80 e oltre	18-34	35-49	50-69	70-79	80 e oltre
Malattie respiratorie										
Prevalenza	6,8%	6,3%	8,7%	13,0%	18,2%	4,7%	5,6%	9,5%	20,1%	26,4%
Malattie cardiovascolari										
Prevalenza	1,3%	2,4%	9,3%	28,9%	45,4%	0,9%	2,4%	9,8%	30,5%	43,6%
Tumori										
Prevalenza	0,7%	2,4%	7,8%	18,3%	15,2%	0,7%	2,5%	6,8%	13,8%	13,0%
Diabete										
Prevalenza	0,8%	1,8%	7,8%	15,5%	14,5%	0,8%	2,0%	10,0%	20,5%	20,1%
Malattie epatiche										
Prevalenza	0,6%	1,1%	2,8%	3,4%	2,9%	0,3%	1,0%	2,3%	4,1%	5,2%
Insufficienza renale										
Prevalenza	0,3%	0,8%	1,2%	5,5%	10,6%	0,3%	0,7%	1,9%	6,9%	12,9%

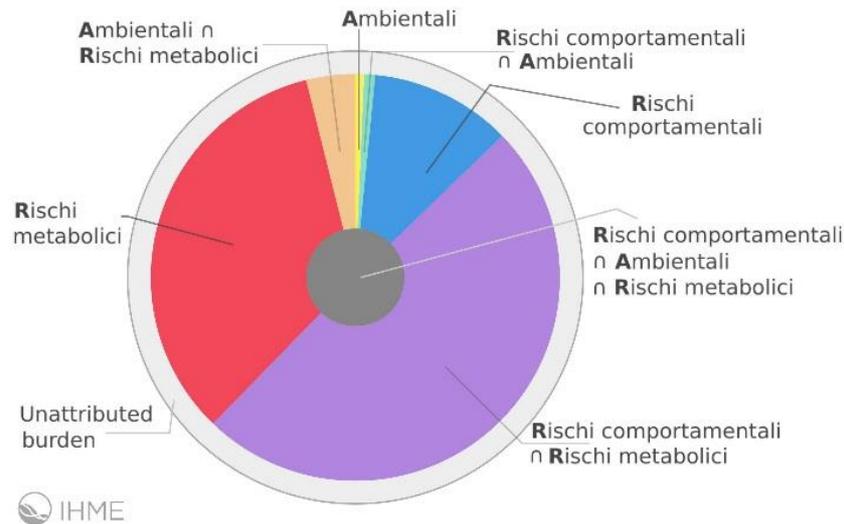
Fonte: PASSI, PASSI d'Argento

9.3.1 Malattie cardiovascolari

Le malattie cardiovascolari rappresentano la causa più frequente di mortalità, con le malattie ischemiche del cuore e l'ictus, rispettivamente la prima e la seconda causa di anni di vita persi; la quota di disabilità correlata è anch'essa rilevante, soprattutto nell'età avanzata.

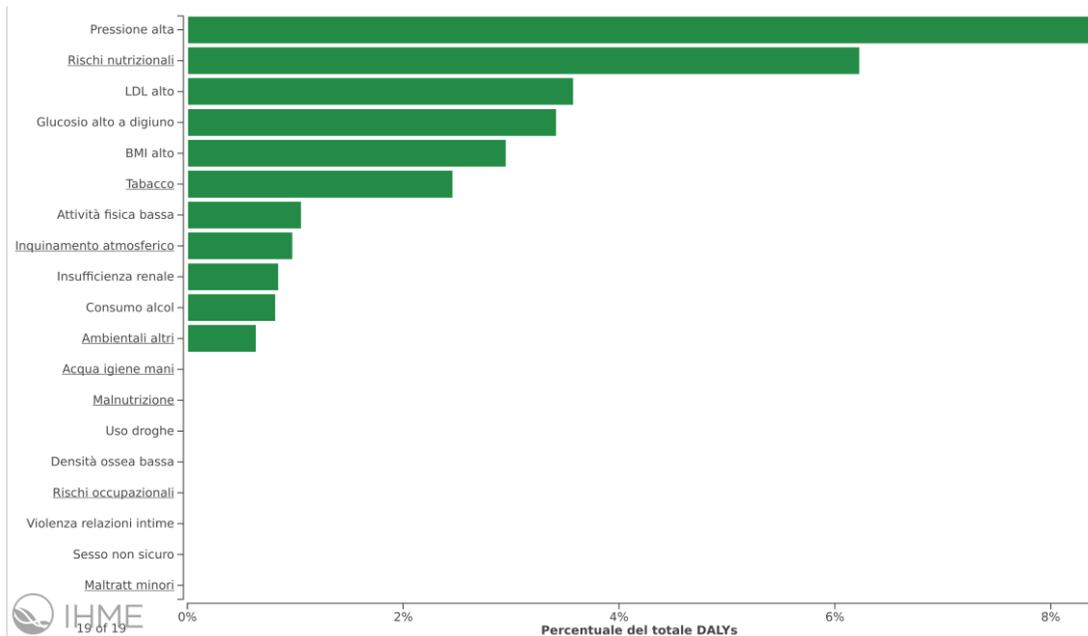
Le malattie cardiovascolari sono quelle con la maggior frazione prevenibile attraverso il controllo dei fattori di rischio comportamentali e metabolici. I principali fattori correlati sono il fumo e l'alimentazione scorretta. Questi fattori sono ampiamente diffusi tra la popolazione e in larga parte modificabili con corretti stili di vita e trattamenti farmacologici appropriati (Figura 9.5-9.6).

Figura 9.5 Quota di DALYs persi per malattie cardiovascolari attribuibile (colore) e non attribuibile (grigio) a uno o più fattori di rischio noti, Italia 2017



Fonte: IHME, GBD 2017

Figura 9.6 Impatto dei principali fattori di rischio sulle malattie cardiovascolari, espresso in percentuale di DALYs, Italia 2017



Fonte: IHME, GBD 2017

Prevalenza

Sulla base dei dati correnti relativi al consumo di prestazioni sanitarie ed alle esenzioni per patologia è possibile stimare la prevalenza della popolazione in trattamento per alcune patologie cardiovascolari.



Dal 2015 al 2017 si registra un **aumento della prevalenza delle persone in cura per ipertensione arteriosa**. La popolazione in cura per cardiopatia ischemica risulta stabile e la popolazione in cura per scompenso cardiaco in leggera diminuzione.

Tabella 9.4 Tassi standardizzati di prevalenza di assistiti (x 1.000*) per condizione cardiovascolare e anno, Emilia-Romagna 2015-2017

	2015	2016	2017
Ipertensione arteriosa	69,3	69,7	73,4
Cardiopatia ischemica	38,8	37,6	38,4
Scompenso cardiaco	12,5	12,1	11,8

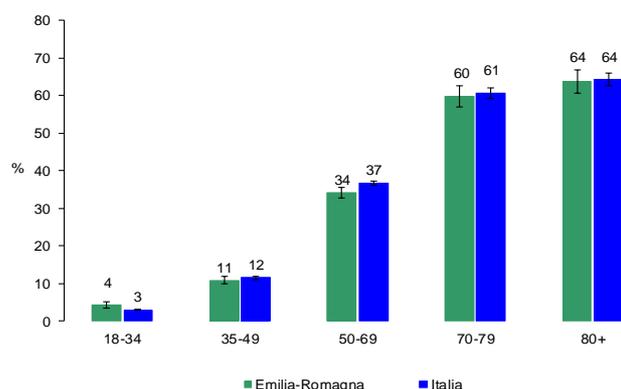
Fonte: Banche dati Cure Primarie, Dimissione Ospedaliera, Farmaceutica ed Esenzioni - Regione Emilia-Romagna
Nota: Popolazione di riferimento: Assistiti in carico ai MMG al 01/01/2011

Le sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento consentono di rilevare, attraverso indagini campionarie, informazioni dalla popolazione italiana adulta sui fattori di rischio dell'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili. I dati della rilevazione ci permettono di stimare la prevalenza di patologie cardiovascolari riferite e comprendono quindi anche le persone non in trattamento farmacologico. L'ipertensione arteriosa è sia un fattore di rischio importante per le principali malattie cardiovascolari, sia una condizione patologica causa di disabilità e forte medicalizzazione nella popolazione.



Tra le persone di 18-69 anni **la prevalenza d'ipertensione arteriosa risulta maggiore tra gli uomini (21% vs 17%), le persone con bassa istruzione e con molte difficoltà economiche**; nel periodo 2008-2017 tale **prevalenza appare in lieve diminuzione**, anche se non significativa sul piano statistico; il calo si registra soprattutto tra le persone di 50-69 anni.

Figura 9.7 Ipertensione arteriosa per classe d'età, Emilia-Romagna 2014-2017 (18-69 anni) 2016-2017 (≥70 anni)



In Emilia-Romagna si stima che **circa un quinto (19%) delle persone nella fascia 18-69 anni** e oltre la metà (63%) di quelle con 70 anni e oltre abbiano avuto una **diagnosi di ipertensione arteriosa** da parte di un medico, valori simili a quelli nazionali.

Fonte: PASSI, PASSI d'Argento

Mortalità

L'analisi della mortalità per il gruppo delle malattie cardiovascolari ci indica che:

- ➡ Il trend dei decessi per **malattie del sistema circolatorio** (Figura 9.8) si mostra in lieve diminuzione per i maschi e stabile con oscillazioni per le donne. Il trend dei tassi standardizzati di **mortalità** (Figura 9.9) evidenzia un **calo nel tempo con flessione maggiormente osservabile tra gli uomini**, che presentano un valore sempre inferiore al sesso femminile.
- ➡ Osservando l'andamento spaziale della mortalità per malattie circolatorie (Figura 9.10) si notano **aree di eccesso nel ferrarese** e, in particolare **lungo la direttrice appenninica** con rischi relativi anche superiori a 1,3.
- ➡ Per entrare maggiormente nel dettaglio della mortalità per malattie circolatorie (si veda nell'appendice on line A9.7 per dettaglio), si segnalano eccessi di mortalità per disturbi cerebrovascolari nelle province di Piacenza, Reggio-Emilia e Ferrara, e livelli inferiori in alcune aree della Romagna e di Bologna.

Figura 9.8 Trend del numero assoluto di decessi per malattie del sistema circolatorio, Emilia-Romagna 1990-2017

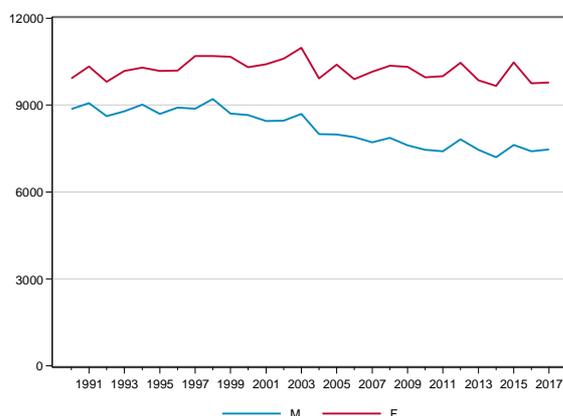
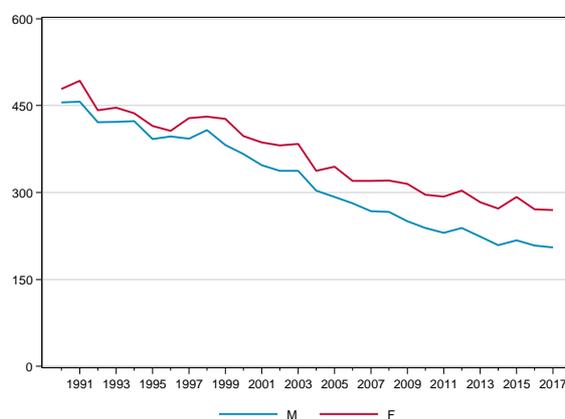
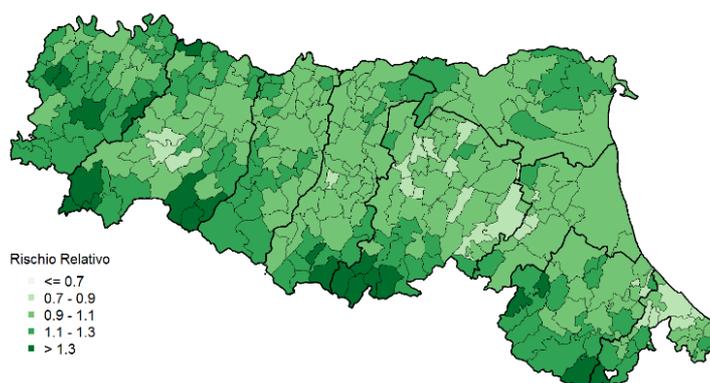


Figura 9.9 Trend dei tassi standardizzati* di mortalità per malattie del sistema circolatorio, Emilia-Romagna 1990-2017



Popolazione di riferimento Italia 2001 distinta per

Figura 9.10: Mappa dei rischi di mortalità per malattie del sistema circolatorio. Stima degli SMR* (BMR) per comune di residenza. Periodo 2013-2017

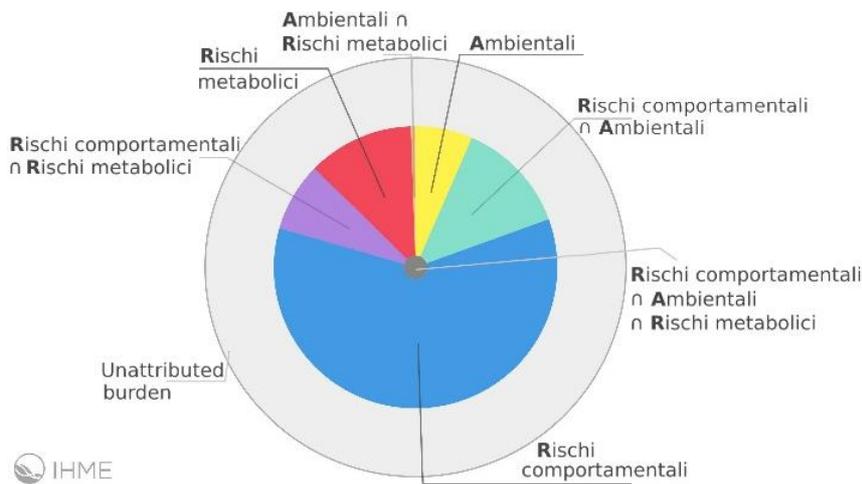


*Popolazione di riferimento: Popolazione totale RER 2013-2017

9.3.2 Tumori

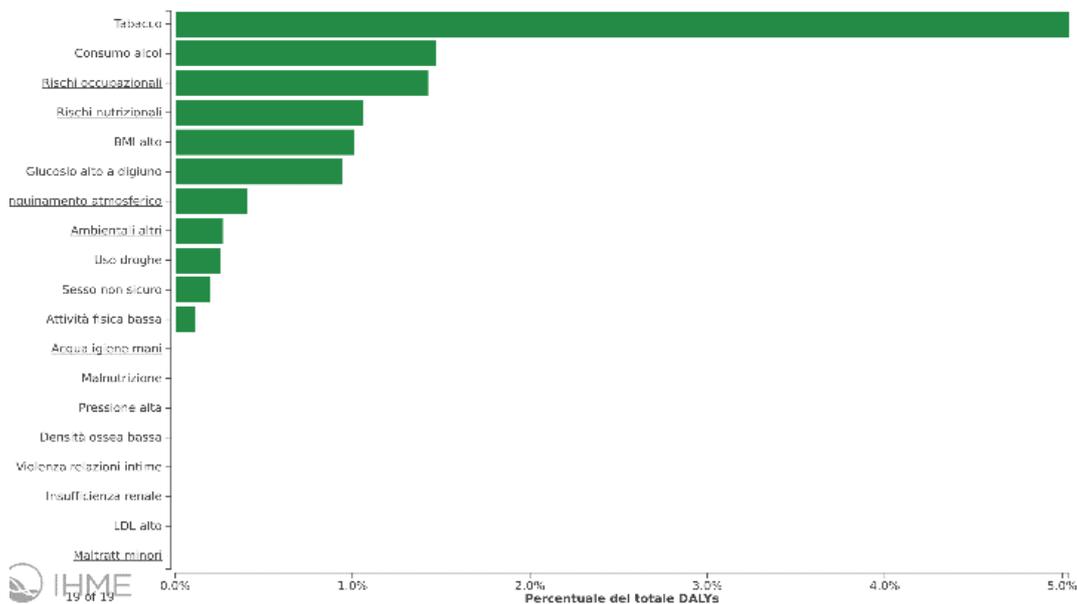
Presentiamo una rapida panoramica dell'andamento delle patologie tumorali, per le quali sono disponibili dati accurati sull'incidenza e mortalità. In particolare, per quanto riguarda l'incidenza, cioè i nuovi casi di malattia, si segnala che eventuali cambiamenti relativi a specifiche sedi tumorali possono segnalare mutamenti nei fattori comportamentali e ambientali, come pure essere correlati all'introduzione di nuove tecnologie diagnostiche. La quota di carico di malattia tumorale prevenibile è minore rispetto alle malattie cardiovascolari. La componente dovuta a fattori di rischio comportamentali, primo fra tutti il fumo, è preponderante, mentre quella ambientale è la meno cospicua, anche se decisamente più rilevante rispetto alle malattie cardiovascolari (Figura 9.11-9.12).

Figura 9.11 Quota di DALYs persi per tumore attribuibile (colore) e non attribuibile (grigio) a uno o più fattori di rischio noti, Italia 2017



Fonte: IHME, GBD 2017

Figura 9.12 Impatto dei principali fattori di rischio sui tumori, espresso in percentuale di DALYs, Italia 2017



Fonte: IHME, GBD 2017

Incidenza



Nell'ambito dell'epidemiologia regionale dei tumori, si stimano, per il 2017 quasi **31.000 nuove diagnosi di tumore maligno** (esclusi i carcinomi cutanei cheratinocitici), il 51% delle quali a carico dei maschi.

Le prime cinque neoplasie più frequentemente diagnosticate e la proporzione che rappresentano sul totale dell'incidenza dei tumori sono rappresentate in tabella 9.5:

Tabella 9.5 Primi cinque tumori in ordine di incidenza, Emilia-Romagna 2017

Rango	Maschi	Femmine	Totale
I	Prostata (19%)	Mammella (30%)	Mammella (14%)
II	Polmone (15%)	Colon-retto (11%)	Colon-retto (12%)
III	Colon-retto(12%)	Polmone (7%)	Polmone (11%)
IV	Vescica* (11%)	Tiroide (6%)	Prostata (10%)
V	Stomaco (5%)	Utero-corpo (5%)	Vescica* (7%)

* Includere forme non invasive

Fonte: Registri tumori regionali



L'incidenza è globalmente in calo per i **maschi**: **incrementi** sostanziali dell'incidenza sono registrati solo nel **fegato, pancreas, mesoteliomi, rene e linfoma di Hodgkin**.

Nelle **femmine** i principali **aumenti di incidenza** riguardano i **tumori di testa e collo, pancreas, polmoni, corpo dell'utero, rene e linfoma di Hodgkin**. Da segnalare per le donne, il perdurare dell'aumento di incidenza per tumori del **polmone**, in controtendenza con gli uomini, che ha portato il tumore polmonare al III posto per incidenza.



Prosegue l'**impatto dei programmi di screening** regionali: nelle donne si conferma il **calo dell'incidenza per carcinomi della cervice uterina** e al calo di incidenza **delle forme avanzate di carcinoma mammario** al momento della diagnosi.

Lo **screening coloretale**, a fronte di una adesione non ottimale da parte della popolazione, ha determinato, dal momento della sua attivazione, una **netta diminuzione dell'incidenza** (-30%) nei due sessi.

Perdurano pratiche di **screening spontaneo** a carico di altri organi e apparati, non comprese tra quelle raccomandate, che hanno portato a sensibili livelli di **sovra-diagnosi e sovra-trattamento**, in particolare per i **tumori della prostata e della tiroide**.

Mortalità



Il **trend dei decessi** per tutti i tumori (Figura 9.20) mostra un **aumento tra le donne e un andamento stabile con oscillazioni tra gli uomini**.

⇒ Considerando invece l'andamento temporale dei **tassi standardizzati** (Figura 9.21), si evidenzia un **calo nel tempo**, come già osservato per le altre cause. Questo dato si presenta in flessione **maggiore tra gli uomini** che mostrano anche un dato superiore, ma in avvicinamento negli ultimi anni di osservazione, a quello femminile.

La **mortalità nei maschi** mostra **incrementi solo per il mesotelioma**. La **mortalità femminile** registra **aumenti per pancreas, polmoni e corpo dell'utero**.

⇒ I programmi di screening hanno contribuito al **calo della mortalità per carcinomi della cervice uterina, per carcinoma mammario e per tumore del colon-retto (-30%)**.

⇒ Dal punto di vista spaziale (Figura 9.22) si possono notare **piccolissime aree di eccesso di mortalità tumorale rispetto alla media regionale nel piacentino, nel parmense e nel ferrarese**, così come qualche area con difetto di mortalità tra le provincie di Reggio-Emilia e Modena, nel bolognese e nel riminese.

⇒ Tra gli ulteriori dati di interesse sulla mortalità per causa tumorale, si segnala il **difetto di mortalità per tumore del Colon-Retto presente tra Parma, Reggio-Emilia e Modena**, e il **dato in eccesso presente nell'area ovest di Parma, a Piacenza, nel bolognese, nel ferrarese e nel ravennate** a testimonianza, forse, della presenza di una differente adesione allo screening.

A questi dati si aggiungono gli **eccessi di mortalità rispetto alla media regionale per tumore del fegato osservabili a Piacenza e Parma** (per questo tumore si osserva un trend spaziale est-ovest), **della pelle in Romagna** e per **tumore dello stomaco nell'area appenninica compresa tra Piacenza e Parma e in Romagna**.

La **mortalità per tumore della mammella**, poi, mostra un'area a scavalco tra le provincie di Modena e Reggio-Emilia e in Romagna con livelli di mortalità mediamente inferiori, e **rischi mediamente superiori alla media regionale lungo l'area nord della regione e nell'appennino parmense**, a dimostrazione, forse anche in questo caso, della presenza di un diverso "*habitus*" preventivo sul territorio regionale.

Eccessi di rischio di morte per **tumore dell'ovaio** sono invece **visibili soprattutto a nord di Reggio-Emilia, Modena e Ferrara, nel bolognese e nel parmense** con Piacenza che mostra, in questo caso, un dato mediamente inferiore.

Considerando la **mortalità per tumore della prostata**, le **aree di rischio principali si collocano tra Parma e Piacenza e a Ravenna**.

Si riportano le stime di incidenza al 2017, la mortalità regionale del 2016 e le tendenze temporali delle principali sedi tumorali, ulteriori sedi sono riportate nell'[appendice on line](#) (A9.1). I tassi per le analisi dei trend temporali sono standardizzati alla popolazione europea del 2013.

Nota metodologica

Incidenza tumori

I tassi di incidenza sono riferiti al pool dei Registri tumori regionali (Aziende USL di Piacenza, Parma, Reggio-Emilia, Modena, Ferrara, Imola, Romagna). I tassi espressi nelle tabelle e utilizzati per le analisi dei trend temporali sono standardizzati alla popolazione europea, anno 2013.

Le analisi dei trend temporali d'incidenza e mortalità in Emilia-Romagna sono riferite all'incidenza 1991-2017 e alla mortalità 1995-2016.

Le tendenze all'aumento o alla riduzione, se presenti nel periodo, sono indicate da un *cambiamento percentuale annuo* (APC - Annual Percent Change) significativamente diverso da 0. Nell'ambito del periodo sono stati ricercati punti di cambiamento del trend con un'analisi joinpoint; questa spiega la presenza di più segni di andamento nello stesso periodo. Gli APC più recenti sono stati proiettati fino al 2016.

Mortalità

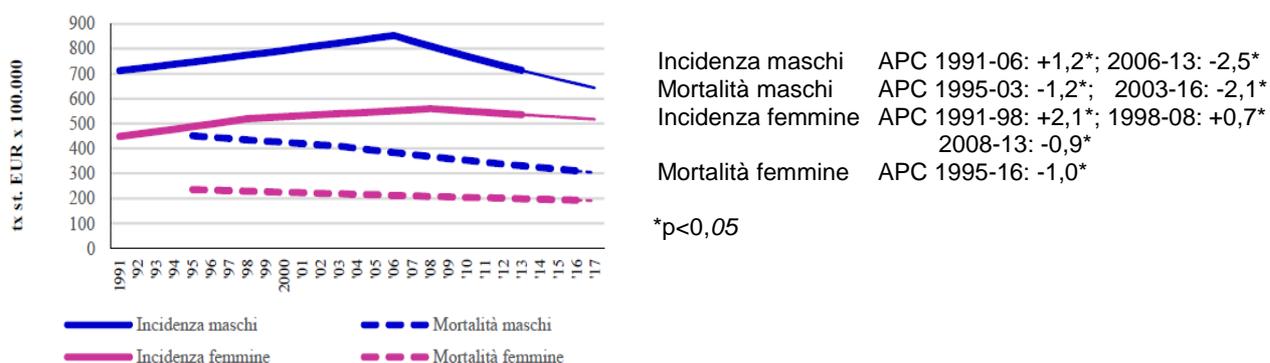
La tabella dei principali indicatori di mortalità generale in Emilia-Romagna riporta il numero dei decessi e alcuni dei principali indicatori di mortalità (mortalità proporzionale, tasso grezzo e standardizzato, rischio cumulato 0-69 anni, tasso standardizzato PYLL) nell'ultimo anno disponibile (2017), presentati separatamente per maschi, femmine e totale.

I grafici dell'andamento temporale della mortalità riportano i trend dei tassi standardizzati di mortalità regionali, divisi per sesso, relativi al periodo 1990-2017.

Le mappe di mortalità sono distinte per sesso e si riferiscono al periodo 2013-2017. Per il calcolo degli SMR si sono utilizzati - come tassi di riferimento - i tassi specifici di mortalità per età e sesso della popolazione regionale nel periodo 2013-2017.

Gli SMR confrontano la mortalità osservata nel singolo comune con la mortalità attesa sulla base dei tassi età specifici della regione e la struttura per sesso ed età del singolo comune. Se l'SMR è superiore a 1 la mortalità osservata è superiore all'atteso, se inferiore a 1 la mortalità è inferiore all'atteso. Per ridurre l'effetto delle fluttuazioni casuali e per meglio studiare le distribuzioni geografiche, vengono presentati le stime degli SMR prodotte attraverso un modello di tipo bayesiano gerarchico (BYM) ottenendo i bayesian mortality ratio (BMR).

Figura 9.13 Incidenza e mortalità di tutti i tumori (esclusi i cutanei cheratinocitici), Emilia-Romagna 1991-2017



MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI

Figura 9.14 Incidenza e mortalità del tumore della mammella femminile, Emilia-Romagna 1991-2017

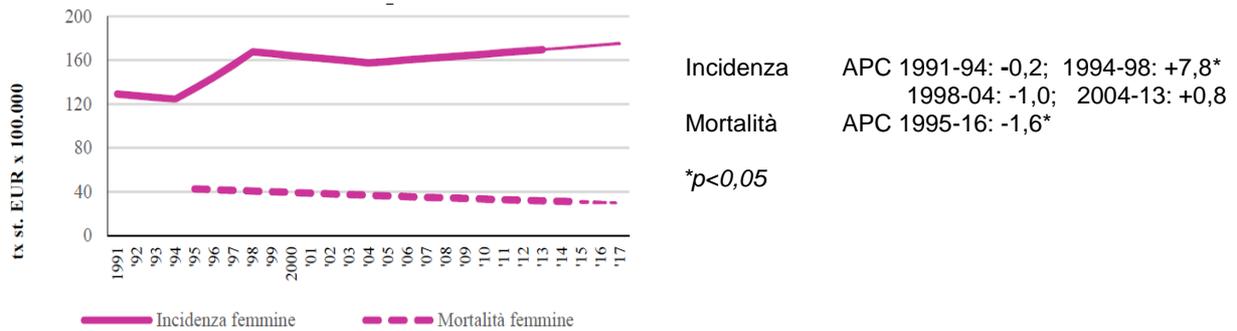


Figura 9.15 Incidenza e mortalità del tumore del colon-retto, Emilia-Romagna 1991-2017

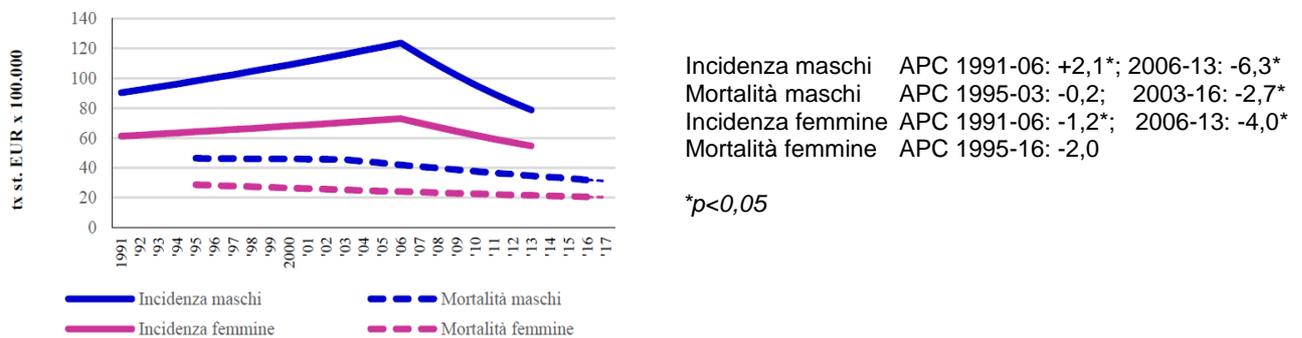
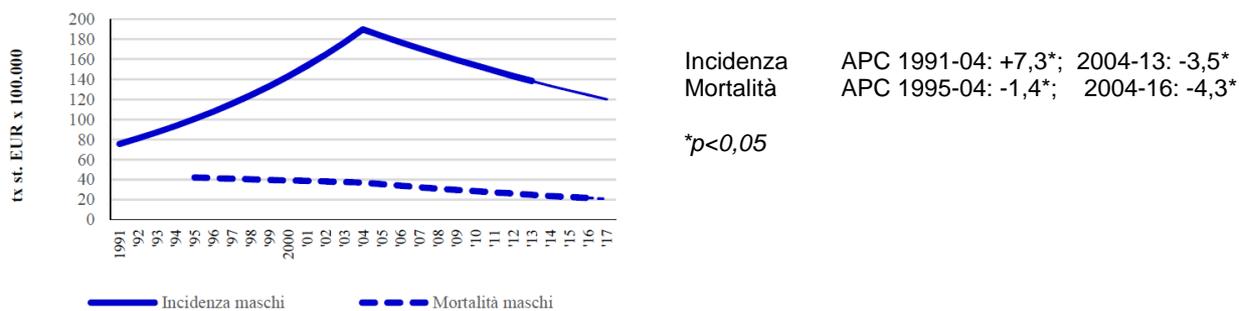
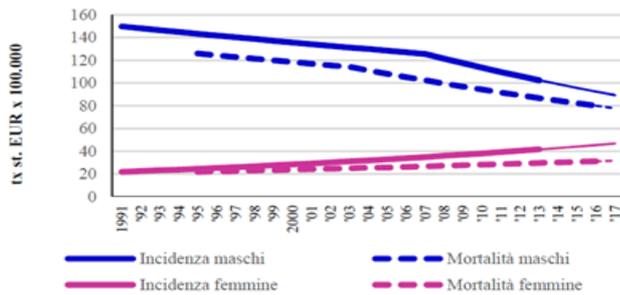


Figura 9.16 Incidenza e mortalità del tumore della prostata, Emilia-Romagna 1991-2017



MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI

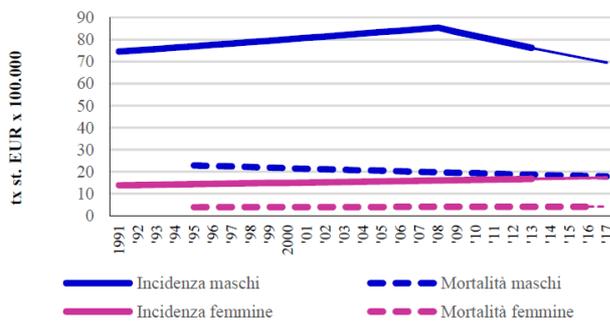
Figura 9.17 Incidenza e mortalità del tumore del polmone, Emilia-Romagna 1991-2017



Incidenza maschi APC 1991-07: -1,1*; 2007-13: -3,4*
 Mortalità maschi APC 1995-03: -1,2*; 2003-16: -2,7*
 Incidenza femmine APC 1991-13: +3,0*
 Mortalità femmine APC 1995-16: +1,7*

* $p < 0,05$

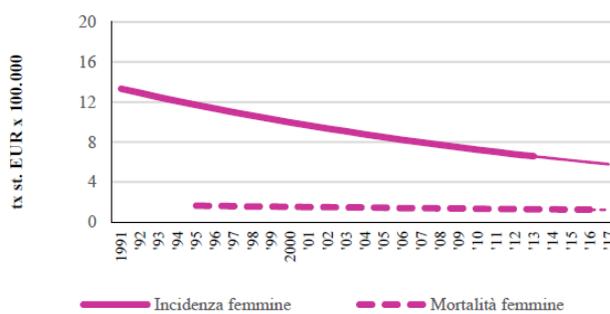
Figura 9.18 Incidenza e mortalità del tumore della vescica, Emilia-Romagna 1991-2017



Incidenza maschi APC 1991-08: +0,8*; 2008-13: -2,3*
 Mortalità maschi APC 1995-16: -1,1
 Incidenza femmine APC 1991-13: +0,9
 Mortalità femmine APC 1995-16: +0,3

* $p < 0,05$

Figura 9.19 Incidenza e mortalità del tumore della cervice uterina, Emilia-Romagna 1991-2017



Incidenza APC 1991-13: -3,2*
 Mortalità APC 1995-16: -1,3

* $p < 0,05$

MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI

Tabella 9.6 Incidenza dei tumori più frequenti per regione, Italia 2018

Regioni	Stomaco		Colon-retto		Polmone		Melanomi cute		Mammella	Cervice utero	Prostata	Vescica		Tutti	
	M	F	M	F	M	F	M	F	F	F	M	M	F	M	F
Emilia-Romagna	26,3	14,1	89,1	55,0	90,6	46,2	29,5	23,1	164,8	6,8	116,9	72,7	15,9	657,2	537,0
Friuli V.G.	28,3	14,1	127,8	72,8	83,8	40,8	32,5	23,7	171,4	7,1	134,4	57,5	14,1	698,3	522,6
Liguria	20,9	10,3	98	63,0	89,0	51,4	28,6	22,8	153,5	9,2	105,0	76,5	15,4	662,4	506,3
Lombardia	26,7	13,9	92,6	55,0	94,2	41,5	25,6	20,7	155,3	7,8	118,9	70,8	14,0	666,0	494,8
Piemonte	22,1	11,7	93,0	56,1	89,0	41,0	25,2	20,8	157,1	8,1	118,5	75,2	15,1	670,9	499,3
Trentino-Alto A.	23,0	12,3	97,7	54,8	62,8	31,4	27,9	27,9	137,1	5,3	117,9	62,5	15,5	607,0	455,3
Valle d'Aosta	20,2	11,1	87,8	49,9	77,7	35,7	19,2	18,3	155,9	8,3	136,7	69,1	18,2	677,7	446,3
Veneto	18,5	9,7	96,3	58,2	81,8	37,9	29,4	25,9	160,6	7,0	121,6	68,7	14,4	666,3	497,1
Centro	23,6	12,7	87,4	54,5	94,0	40,2	22,0	18,3	138,3	6,6	107,0	63,6	13,3	597,0	465,7
Lazio	23,6	12,7	87,4	54,5	94,0	40,2	22,0	18,3	138,3	6,6	107,0	63,6	13,3	597,0	465,7
Marche	30,4	17,1	98,8	62,0	92,2	38,2	27,9	20,5	141,5	7,3	124,0	60,6	14,8	598,1	482,3
Toscana	30,7	16,7	96,7	62,5	92,4	39,3	34,0	25,8	144,3	7,5	131,9	61,3	15,3	626,5	487,0
Umbria	32,7	18,7	103,9	60,1	88,6	37,9	28,2	20,2	143,9	7,9	139,9	60,3	15,3	626,7	492,9
Sud	21,3	11,6	90,4	54,9	92,3	25,8	13,7	12,2	127,1	6,5	108,3	75,3	13,5	602,6	463,9
Abruzzo	21,3	11,6	90,4	54,9	92,3	25,8	13,7	12,2	127,1	6,5	108,3	75,3	13,5	602,6	463,9
Basilicata	30,4	15,1	93,0	53,6	82,4	16,5	13,1	10,7	113,4	7,2	129,6	63,2	10,6	618,2	400,7
Calabria	25,6	14,5	90,7	53,6	79,4	21,6	13,4	12,4	114,9	6,8	107,7	63,6	11,1	601,7	398,5
Campania	28,3	15,3	84,7	52,9	120,4	28,0	12,9	16,5	118,0	6,8	109,8	96,0	15,4	651,4	446,9
Molise	21,3	11,6	93,1	54,9	95,2	25,8	13,7	12,2	127,1	6,5	102,6	75,3	13,5	602,6	463,9
Puglia	21,1	11,6	86,7	57,1	98,2	21,0	16,3	12,3	132,5	6,4	107,2	76,1	12,6	593,2	451,6
Sardegna	20,4	10,9	97,8	56,1	91,3	25,2	13,7	11,7	134,4	6,1	91,3	67,2	13,4	594,2	467,4
Sicilia	19,6	10,4	89,5	57,8	88,6	25,4	12,9	10,2	130,8	6,6	99,8	72,4	12,6	577,4	457,9

Fonte: AIRTUM-AIOM - Nota: popolazione di riferimento Europa 2013

Figura 9.20 Trend del numero assoluto di decessi per tutti i tumori, Emilia-Romagna 1990- 2017

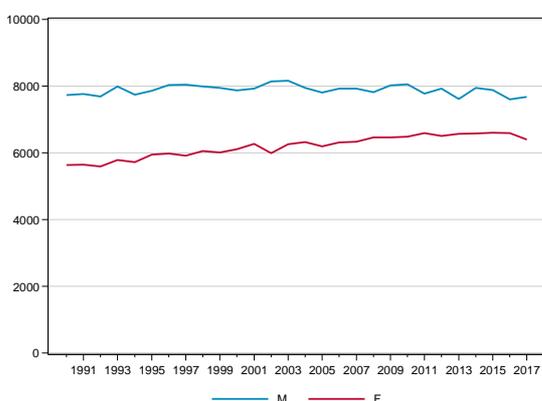
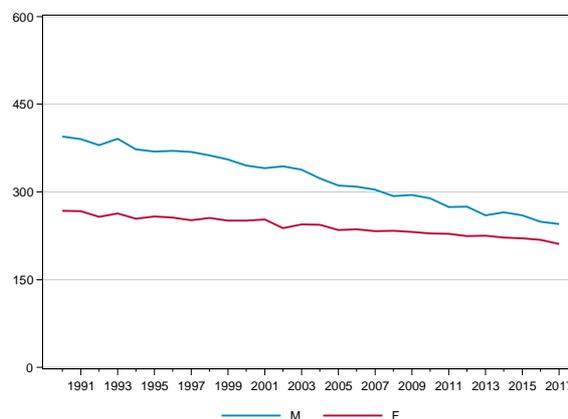
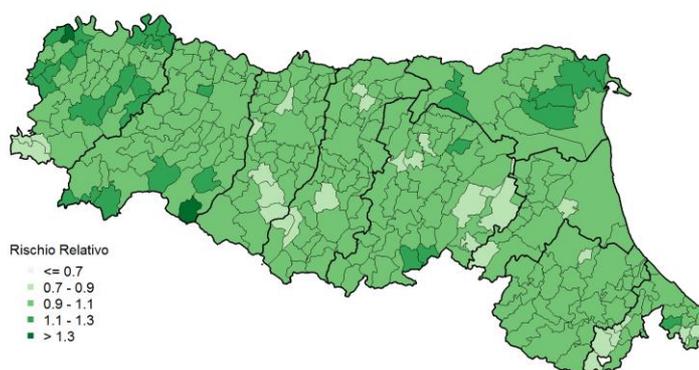


Figura 9.21 Trend dei tassi standardizzati di mortalità per tutti i tumori, Emilia-Romagna 1990- 2017



Popolazione di riferimento Italia 2001, distinta per sesso

Figura 9.22 Mappa dei rischi di mortalità per tutti i tumori. Stima degli SMR (BMR) per comune di residenza, Emilia-Romagna 2013-2017

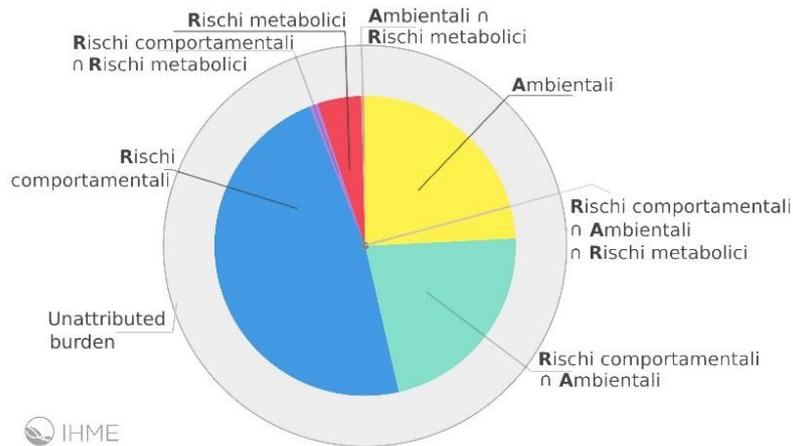


Fonte: Registro di Mortalità - Nota: popolazione di riferimento totale RER 2013-2017

9.3.3 Malattie croniche respiratorie

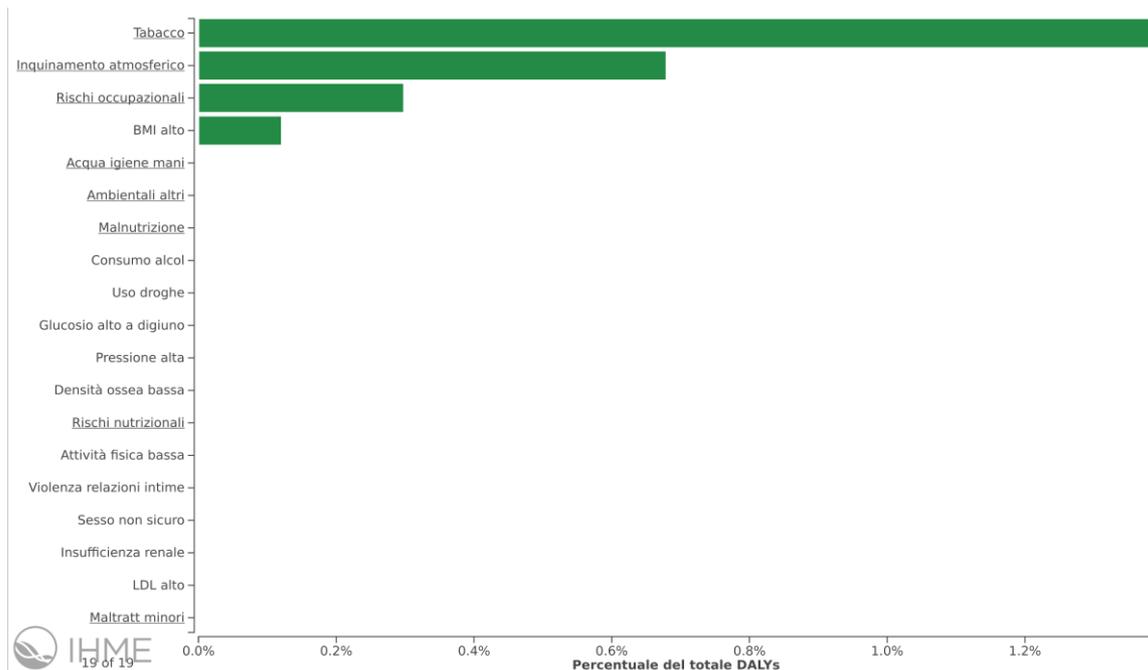
I principali fattori di rischio prevenibili per le malattie respiratorie sono il fumo e l'inquinamento (Figura 9.23-9.24)

Figura 9.23 Quota di DALYs persi per malattie croniche respiratorie attribuibile (colore) e non attribuibile (grigio) a uno o più fattori di rischio noti, Italia 2017



Fonte: IHME, GBD 2017

Figura 9.24 Impatto dei principali fattori di rischio sulle malattie croniche respiratorie, espresso in percentuale di DALYs, Italia 2017



Fonte: IHME, GBD 2017

Prevalenza



Le prevalenze di **asma e BPCO**, stimate attraverso le banche dati regionali, indicano un **lieve decremento** dal 2015 al 2017 (Tabella 9.9).

Tabella 9.7 Tassi standardizzati di prevalenza (x 1.000 assistiti) per malattie croniche respiratorie e anno, Emilia-Romagna 2015-2017

	2015	2016	2017
Asma	13,0	12,8	12,5
BPCO	27,5	27,0	26,4

Fonte: Banche dati Cure Primarie, Dimissione Ospedaliera, Farmaceutica ed Esenzioni - Regione Emilia-Romagna

Nota: Popolazione di riferimento: Assistiti in carico ai MMG al 01/01/2011

Mortalità



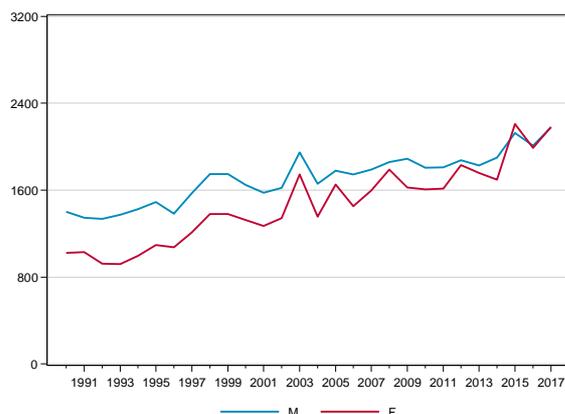
Il trend dei **decessi per malattie del sistema respiratorio** (Figura. 9.25) si mostra **in aumento** in entrambi i sessi con tendenza più ripida negli ultimi anni per il sesso femminile.

L'andamento invece dei **tassi standardizzati** (Figura 9.26) mostra decise oscillazioni date dalla numerosità non elevata di queste cause. Si nota poi un lieve calo tra gli uomini e una **crescita tra le donne**, con il dato che negli ultimi anni tende a sovrapporsi tra i sessi, andamento che riprende quello della prevalenza di fumatori.



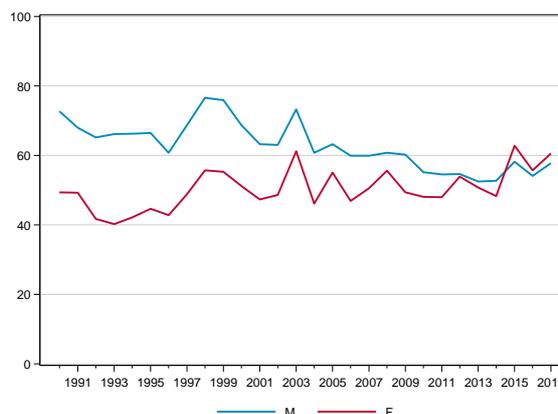
La distribuzione spaziale (Figura 9.27) evidenzia, in particolare, un **eccesso presente nell'area appenninica a scavalco tra Modena, Bologna, la Romagna e nell'area di Piacenza**. Si veda l'appendice on line A9.8 per ulteriori approfondimenti.

Figura 9.25 Trend del numero assoluto di decessi per malattie del sistema respiratorio, Emilia-Romagna 1990- 2017



Fonte: Registro di Mortalità

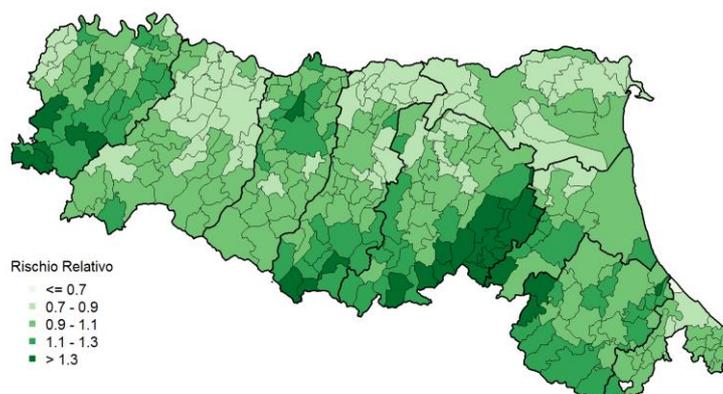
Figura 9.26 Trend dei tassi standardizzati di mortalità per malattie del sistema respiratorio, Emilia-Romagna 1990- 2017



Fonte: Registro di Mortalità

Nota: Popolazione di riferimento Italia 2001 distinta per sesso

Figura 9.27 Mappa dei rischi di mortalità per malattie del sistema respiratorio. Stima degli SMR* (BMR) per comune di residenza, Emilia-Romagna 2013-2017



Fonte: Registro di Mortalità - Nota: popolazione di riferimento totale RER 2013-2017

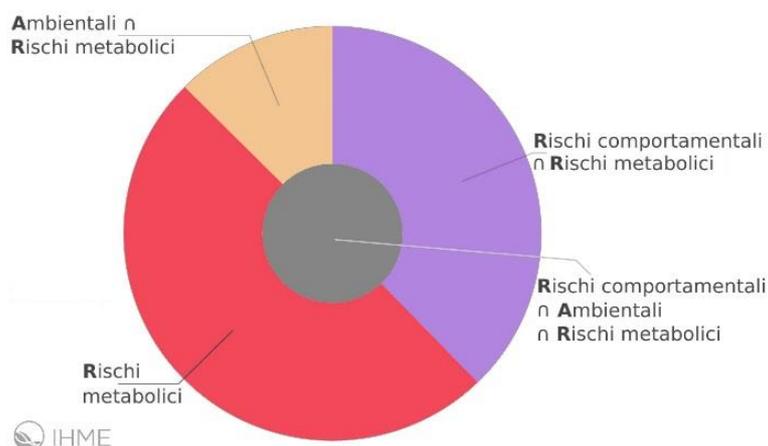
9.3.4 Diabete mellito

Si distinguono almeno due principali tipi di diabete: il diabete di tipo 1, con una forte componente ereditaria a insorgenza giovanile che necessita di insulina fin dalla diagnosi; il diabete di tipo 2, con insorgenza più tardiva, una familiarità non molto marcata ed una associazione a fattori di rischio ambientali e comportamentali che è facilmente prevenibile attraverso una prevenzione primaria.

Il diabete mellito è una patologia cronica complessa che impatta su molteplici aspetti della salute, riduce sensibilmente l'aspettativa di vita e determina una quota rilevante di anni vissuti con disabilità. Gli effetti sulla salute della glicemia elevata si osservano in una maggiore occorrenza di patologie cardiovascolari, renali, infettive e, come emerso da recenti studi, una maggiore incidenza di alcuni tumori (Shikata et al. 2013; Tsilidis 2015).

In Italia nel 2017 risulta la quinta causa di anni di vita persi e una delle principali cause di disabilità in tutte le fasce di età, pari a 6% del totale dei DALYs (GBD, 2017). Il diabete è una malattia metabolica, ma più di metà del carico di malattia è attribuibile all'interazione fra i fattori di rischio metabolici e quelli comportamentali e ambientali (Figura 9.28-9.29).

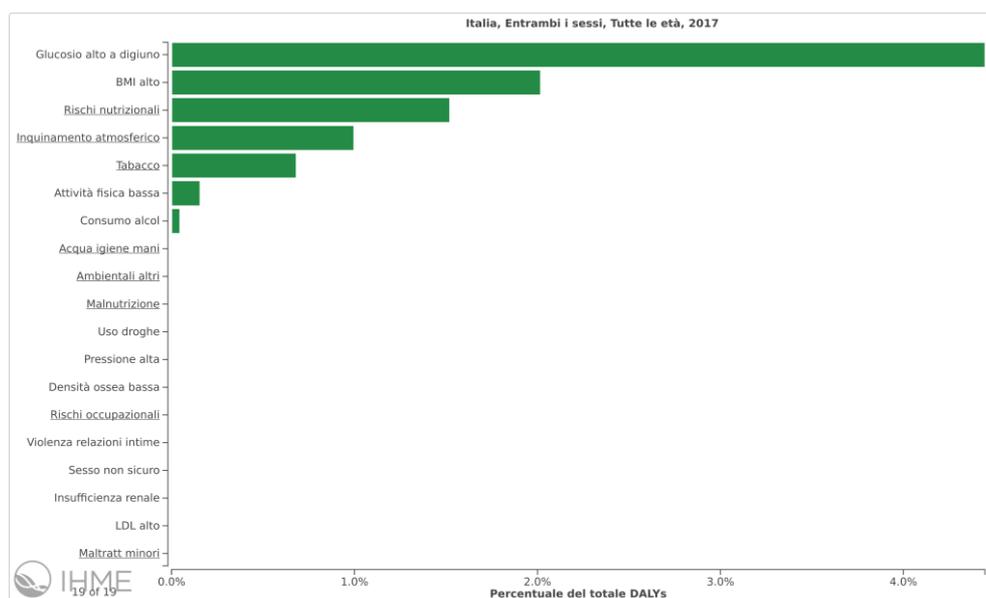
Figura 9.28 Quota di DALYs persi per diabete mellito attribuibile (colore) e non attribuibile (grigio) a uno o più fattori di rischio noti, Italia 2017



Fonte: IHME, GBD 2017

MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI

Figura 9.29 Impatto dei principali fattori di rischio sul diabete mellito, espresso in percentuale di DALYs, Italia 2017



Fonte: IHME, GBD 2017

Prevalenza

La Regione Emilia-Romagna ha sviluppato un sistema basato sull'integrazione di fonti dati esclusivamente di natura amministrativa, per identificare i diabetici assistiti dal Servizio sanitario (Nobilio, 2018). I dati a disposizione non consentono di distinguere con precisione la popolazione con diabete di tipo 1 da quella con diabete di tipo 2. Si stima che la proporzione di diabete di tipo 1 fra i pazienti con diabete sia il 2,9%.

- ⇒ L'analisi dei dati evidenzia che **nel 2010 in Emilia-Romagna vi erano 240.779 diabetici adulti, raggiungendo 265.470 soggetti nel 2016**. Un incremento che è anche dovuto all'invecchiamento della popolazione e alla diagnosi più precoce.
- ⇒ Nella popolazione emiliano-romagnola **la prevalenza del diabete è intorno al 7%**. Tra il 2010 e il 2016 in Emilia-Romagna si è assistito a un lieve incremento della popolazione diabetica maggiorenne, con un tasso standardizzato passato da 6,71% nel 2010 a 6,99% nel 2016.
La prevalenza del diabete è più alta nei maschi e, se si tiene conto dell'età, negli stranieri. L'età media, invece, si è mantenuta su valori di circa 69 anni (Tabella 9.8).
- ⇒ **Il tasso di prevalenza delle principali complicanze si è dimostrato complessivamente in calo** oppure stabile. In particolare, nel corso dei 7 anni considerati (2010-2016), si è evidenziata una riduzione della prevalenza di coma diabetico, di cardiopatia ischemica, di ictus, di complicanze oculari e di soggetti in dialisi.

MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI

Tabella 9.8 Caratteristiche della popolazione diabetica ≥ 18 anni, Emilia-Romagna 2010-2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Popolazione residente ≥ 18	3.828.502	3.835.049	3.840.305	3.832.984	3.836.050	3.842.024	3.849.684
Diabetici	241.209	249.447	254.832	258.569	261.138	263.999	266.520
Tasso standardizzato per 1.000	6,71	6,86	6,93	6,97	6,97	6,98	6,99
% su popolazione	6,29	6,49	6,62	6,73	6,79	6,85	6,90
% maschi	52,97	52,96	53,12	53,19	53,45	53,58	53,77
% non italiani	3,83	4,41	4,81	5,22	5,63	6,11	6,65
Età media	69,5	69,4	69,5	69,5	69,6	69,7	69,9

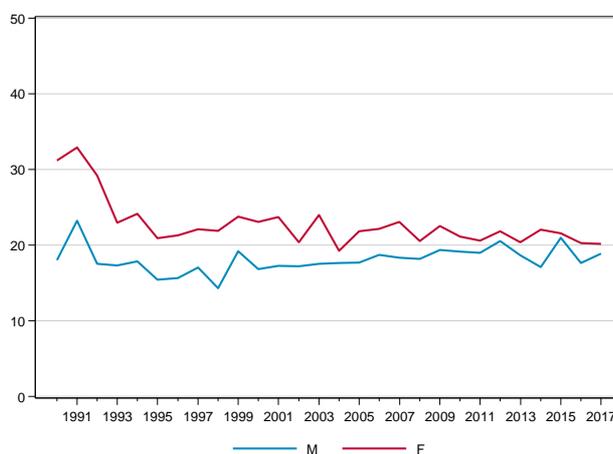
Fonte: Nobile, 2018 Profili di assistenza e costi del diabete in Emilia-Romagna

Mortalità



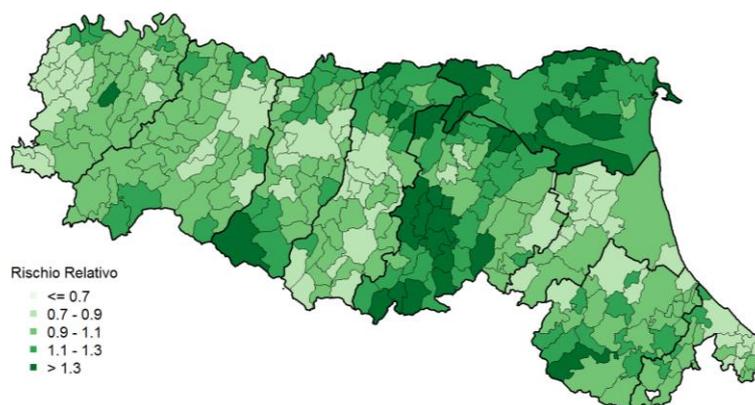
Considerando i dati di mortalità per diabete, si osservano dati spaziali di interesse, in particolare un **eccesso di mortalità per diabete tra Bologna, Ferrara e Reggio-Emilia** (Figura 9.31).

Figura 9.30 Tassi standardizzati di mortalità per diabete, Emilia-Romagna 1990-2017



Fonte: Registro di Mortalità - Nota: Popolazione di riferimento Italia 2001 distinta per sesso

Figura 9.31 Mappa dei rischi di mortalità per diabete. Stima degli SMR (BMR) per comune di residenza, Emilia-Romagna 2013-2017



Fonte: Registro di Mortalità - Nota: popolazione di riferimento totale RER 2013-2017

È importante sottolineare che la mortalità per diabete considera solo una piccola parte dei suoi effetti sulla salute: i diabetici hanno un eccesso di mortalità del 68% (femmine 77%, maschi 63%) per tutte le cause rispetto ai non diabetici (Ballotari et al. 2015). Si veda l'[appendice on line A9.5](#) per ulteriori approfondimenti.

9.3.5 Altre patologie croniche non trasmissibili

Una sintesi della prevalenza regionale di altre patologie croniche è mostrata in Tabella 9.9 di cui si evidenzia l'elevata diffusione tra la popolazione emiliano-romagnola delle iperlipidemie, per altro in aumento.

Tabella 9.9 Tassi standardizzati di prevalenza (x 1.000 assistiti) per altre malattie croniche e anno, Emilia-Romagna 2015-2017

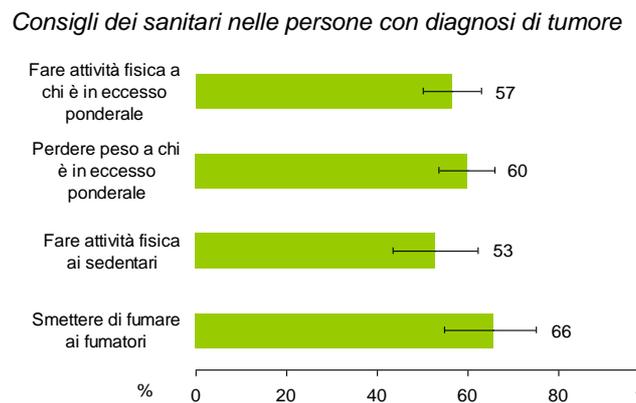
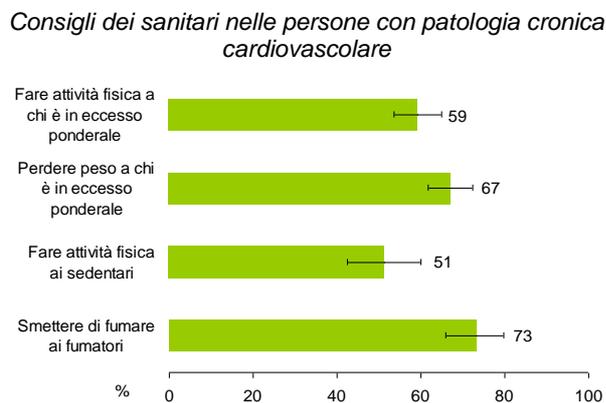
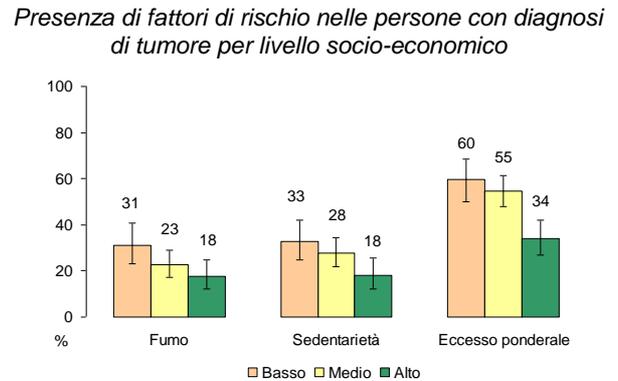
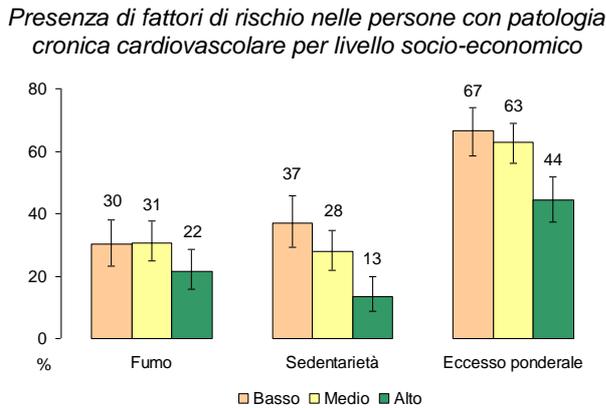
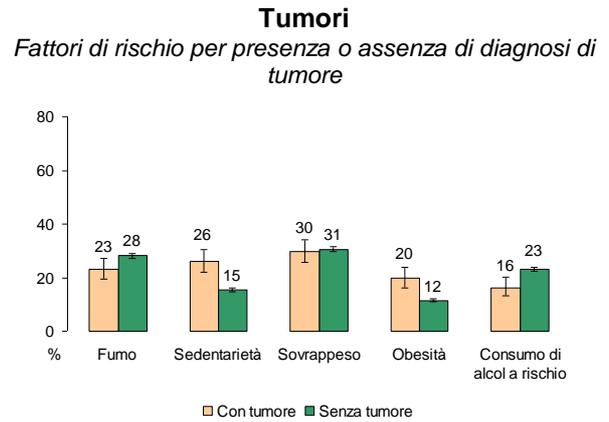
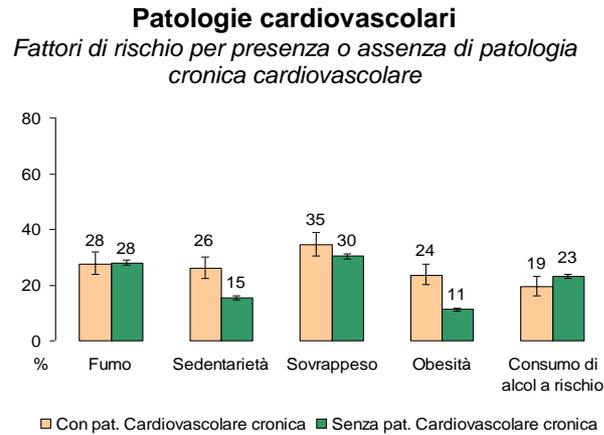
	2015	2016	2017
Iperlipidemia	104,5	105,7	108,1
Insufficienza renale cronica	3,7	3,9	4,3
Disordini della tiroide	57,9	58	58,1
Condizioni reumatologiche	38,2	34,8	32,4
Morbo di Paget/Osteoporosi	20,9	19,9	19,3
Parkinson	5,3	5,1	5,0
Malattie psichiatriche	61,2	60,2	60,8
Iperplasia prostatica benigna	31,4	31,7	32,9

Fonte: Banche dati Cure Primarie, Dimissione Ospedaliera, Farmaceutica ed Esenzioni - Regione Emilia-Romagna
 Nota: Popolazione di riferimento: Assistiti in carico ai MMG al 01/01/2011

9.4 Fattori comportamentali per le principali malattie non trasmissibili

Le sorveglianze, PASSI in particolare, indicano che i fattori di rischio comportamentali mantengono alte prevalenze anche in presenza di patologie croniche. Spesso questo fenomeno mostra evidenti differenziali socioeconomici a sfavore delle classi più svantaggiate. L'interesse dai sanitari verso questi fattori di rischio appare più alto nelle persone con patologie croniche ma non raggiunge ancora valori ottimali.

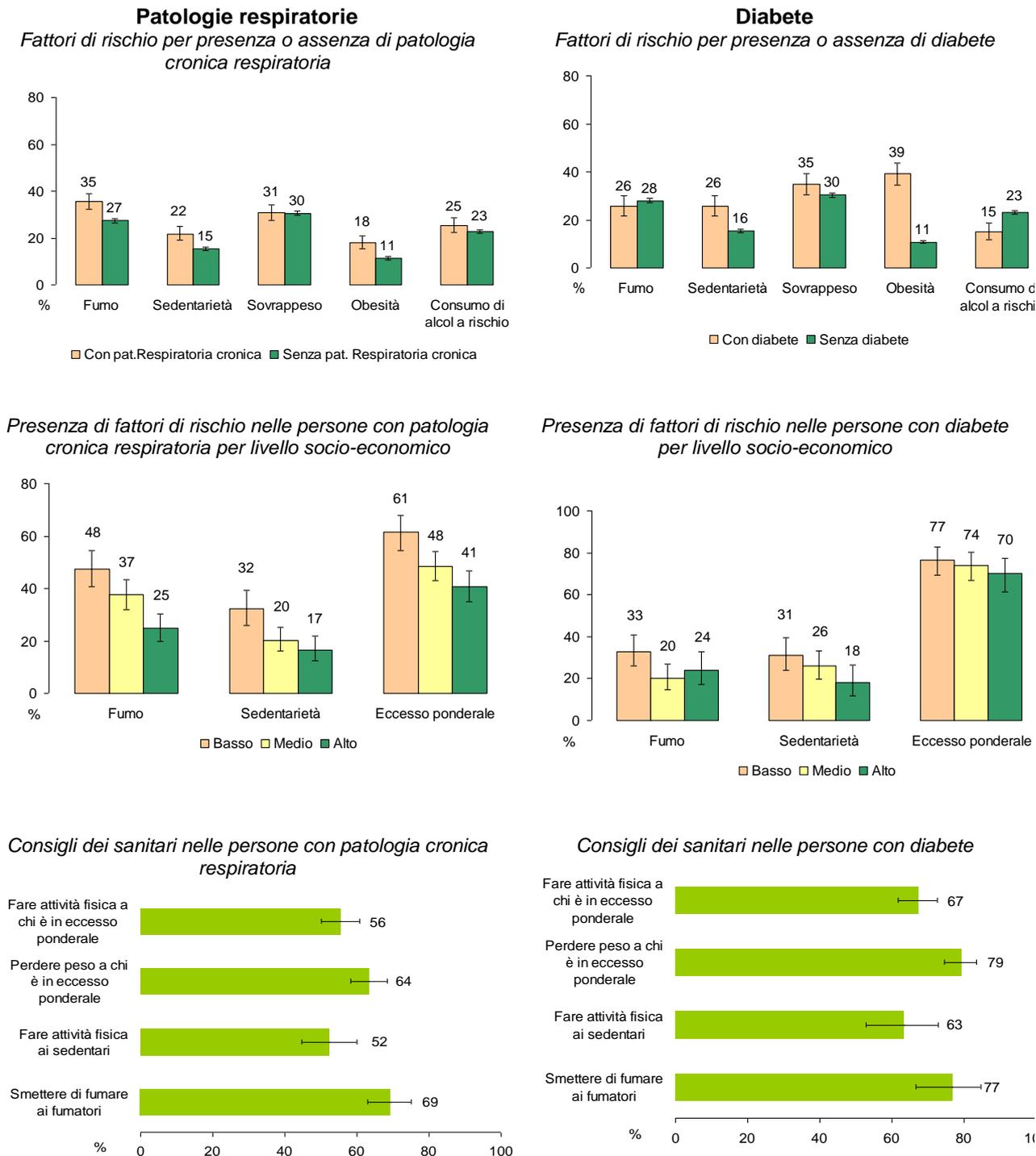
Figura 9.32 Fattori di rischio comportamentali per patologia cronica cardiovascolare o diagnosi di tumore, Emilia-Romagna, 2014-2017



Fonte: PASSI

MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI

Figura 9.33 Fattori di rischio comportamentali per patologia cronica respiratoria o diagnosi di diabete, Emilia-Romagna, 2014-2017



Fonte: PASSI

Bibliografia

Ballotari P, Chiatamone Ranieri S, Luberto F, Caroli S, Greci M, Giorgi Rossi P, Manicardi V. Sex differences in cardiovascular mortality in diabetics and non-diabetic subjects: a population-based study (Italy). *Int J Endocrinol* 2015; 914057.

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017). Data Resources. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2018. [<http://ghdx.healthdata.org/gbd-2017>, ultimo accesso 12/02/2019].

Nobilio L, Leucci AC, Ugolini C, Avaldi V, Berti E, Moro ML. Profili di assistenza e costi del diabete in Emilia-Romagna. Analisi empirica attraverso dati amministrativi, 2010-2016. Collana Dossier n. 264, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, Bologna, 2018. [<https://assr.regione.emilia-romagna.it/it/notizie/2018/doss264>, ultimo accesso 12/02/2019].

Shikata K, Ninomiya T, Kiyohara Y. Diabetes mellitus and cancer risk: review of the epidemiological evidence. *Cancer Sci* 2013;104(1):9-14.

Tsilidis KK, Kasimis JC, Lopez DS, Ntzani EE, Ioannidis JP. Type 2 diabetes and cancer: umbrella review of meta-analyses of observational studies. *BMJ* 2015; 350:g7607.

United Nations Resolution 68/300. Outcome document of the high-level meeting of the General Assembly on the comprehensive review and assessment of the progress achieved in the prevention and control of non-communicable diseases. New York: United Nations General Assembly; 2014

WHO Regional Office for Europe. Towards a Europe free of avoidable noncommunicable diseases: the future course of premature mortality in the WHO European Region. Copenhagen:

WHO Regional Office for Europe; 2017. [http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/340865/Report-1-2.pdf?ua=1; ultimo accesso 12/02/2019].

WHO Regional Office for Europe. Target and indicators for Health 2020, version 3. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. [<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2016/targets-and-indicators-for-health-2020.-version-3-2016>, ultimo accesso: 12/02/2019].

WHO Regional Office for Europe. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC66/11 on an action plan for the prevention and control of non communicable diseases in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.

World Health Organization. Non communicable Diseases (NCD) Country Profiles. World Health Organization, 2018. Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [<https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>, ultimo accesso: 12/02/2019].

Sitografia

Associazione Italiana registri tumori: www.registri-tumori.it

La sorveglianza PASSI: <https://www.epicentro.iss.it/passi/>

ReportER#OpenData, Reportistica Predefinita Nuclei Cure Primarie: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/sanita/prim/analisi-statistica-ed-2018/reportistica-predefinita-nuclei-cure-primarie-edizione-2018>

Registro mortalità: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/sanita/rem>