



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Profilo di salute 2018

Azienda USL di Bologna



PROFILO DI SALUTE 2018

A CURA DI:

Elisa Stivanello, Muriel Assunta Musti, Vincenza Perlangeli, Patrizia Biavati, Sara De Lisio, Chiara Giansante, Paolo Marzaroli, Lorenzo Pizzi, Paolo Pandolfi

UOC Epidemiologia, Promozione della Salute e Comunicazione del rischio - Dipartimento di Sanità Pubblica, Azienda USL di Bologna

HANNO COLLABORATO:

Carmen Bazzani (UA Centro Screening UO DATeR Sanità Pubblica)

Marcella Bray (UA Epidemiologia, Promozione della salute e Comunicazione del rischio UO DATeR Sanità Pubblica)

Edda Burzacca (UA Prevenzione e Tisiologia DSP)

Alessandra Calzolari (UA Clinico Assistenziale UO DATeR Sanità Pubblica)

Silvia Marina Carfi (UO Amministrativa DSP)

Chiara Di Girolamo (UOC Epidemiologia, Promozione della Salute e Comunicazione del rischio - Dipartimento di Sanità Pubblica)

Marsilia Di Marco (UA Clinico Assistenziale UO DATeR Sanità Pubblica)

Giuseppina Ferrara (UO DATeR Porretta Vergato Valle del Reno)

Anna Rita Giaffreda (UA Prevenzione e Tisiologia DSP)

Francesca Mezzetti (Programma Screening DSP)

Claudia Neri (UOC Servizi Amministrativi Ospedalieri, Ospedale Bentivoglio)

Giuseppina Ottavi (UA Prevenzione e Tisiologia DSP)

Marisa Padovan (UA Clinico Assistenziale UO DATeR Sanità Pubblica)

Chiara Petrucci (UOC Epidemiologia, Promozione della salute e comunicazione del rischio DSP)

Davide Resi (Programma Prevenzione Malattie Infettive DSP)

Fulvio Romagnoli (UOC Igiene e Sanità Pubblica Est DSP)

Roberta Santini (Programma Ambiente e Salute DSP)

Eleonora Scarlino (UOC Epidemiologia, Promozione della Salute e Comunicazione del rischio - Dipartimento di Sanità Pubblica)

Un sentito ringraziamento a **Alessandra Danielli** (UOC Controllo di Gestione e Flussi Informativi) e ai suoi collaboratori.

GRAFICA E IMPAGINAZIONE

Ivano Barresi (Comunicazione e relazioni con il cittadino)

FINITO DI STAMPARE

Febbraio 2019

Sommario

AUSL di Bologna

1. PROFILO DEMOGRAFICO	11
1.1. Territorio.....	11
1.2. Dinamica demografica.....	13
1.3. Struttura della popolazione.....	14
1.4. Speranza di vita.....	16
1.5. Popolazione straniera.....	16
1.6. Famiglie	17
2. ASPETTI SOCIOECONOMICI	19
2.1. Livello di istruzione	19
2.2. Tasso di occupazione e disoccupazione.....	19
2.3. Reddito.....	20
2.4. Indice di deprivazione.....	20
2.5. Difficoltà economiche riferite.....	21
2.6. Soggetti in condizioni di marginalità.....	21
3. AMBIENTE	23
3.1. Cambiamenti climatici.....	23
3.2. Energia.....	24
3.3. Inquinamento atmosferico	24
3.4. Gestione dei rifiuti urbani.....	26
3.5. Siti contaminati.....	27
3.6. Amianto.....	28
3.7. Attività industriali a rischio di incidente rilevante	29
3.8. Campi elettromagnetici.....	29
3.9. Radiazioni ionizzanti.....	31
3.10. Rumore	31
3.11. Acque.....	32
4. STILI DI VITA E PREVENZIONE	35
4.1. Stili di vita.....	35
4.2. Programma di screening	38
4.3. Coperture vaccinali per morbillo, varicella e rosolia	43
5. MORTALITA'	45
6. RICOVERI.....	47
7. STATO DI SALUTE.....	49
7.1. Stato di salute percepita	49
7.2. Fragilità	49
7.3. Malattie infettive e trasmissibili	50
7.4. Malattie del sistema circolatorio.....	52
7.5. Tumori.....	54
7.6. Diabete.....	59

8. SALUTE MATERNO INFANTILE.....	61
8.1. Mortalità infantile e neonatale.....	65
8.2. Mortalità perinatale.....	65
9. SALUTE E SICUREZZA STRADALE	67
10.RENO, LAVINO E SAMOGGIA	71
10.1. Demografia	71
10.2. Stili di vita e prevenzione.....	72
10.3. Mortalità	74
10.4. Ricoveri	76
10.5. Altri indicatori di salute	77
11.APPENNINO BOLOGNESE	81
11.1 Demografia	81
11.2 Stili di vita e prevenzione.....	82
11.3 Mortalità	84
11.4 Ricoveri.....	85
11.5 Altri indicatori di salute	87
12.SAN LAZZARO DI SAVENA	91
12.1. Demografia	91
12.2. Stili di vita e prevenzione.....	92
12.3. Mortalità	94
12.4. Ricoveri	96
12.5. Altri indicatori di salute	97
13.PIANURA EST	101
13.1. Demografia	101
13.2. Stili di vita e prevenzione.....	102
13.3. Mortalità	104
13.4. Ricoveri	106
13.5. Altri indicatori di salute	107
14.PIANURA OVEST	111
14.1. Demografia	111
14.2. Stili di vita e prevenzione.....	112
14.3. Mortalità	114
14.4. Ricoveri	116
14.5. Altri indicatori di salute	117
15.CITTA' DI BOLOGNA.....	121
15.1. Demografia	121
15.2. Stili di vita e prevenzione.....	122
15.3. Mortalità	124
15.4. Ricoveri	126
15.5. Altri indicatori di salute	127
16.MORTALITA' EVITABILE.....	133
16.1. Introduzione	133
16.2. Cause di morte evitabile.....	133

17.GLOSSARIO.....	147
18.FONTI INFORMATIVE.....	149
19.ALLEGATO	153

PRESENTAZIONE

Uno dei documenti più utili per pianificare e programmare interventi socio-sanitari è il “Profilo di Salute” che raccoglie e descrive gli indicatori più importanti delle condizioni di salute di una popolazione: quelli demografici perché indicano potenzialità e fragilità legate a genere, età e distribuzione geografica della popolazione; quelli socioeconomici che riguardano le risorse disponibili in una comunità; quelli riferiti ad abitudini e stili di vita che sintetizzano e fotografano cultura e competenze di vita delle persone; quelli più prossimi a rappresentare lo stato di salute come la mortalità nelle sue varie sfaccettature e modalità di lettura e la morbosità ovvero la distribuzione e la frequenza delle malattie.

Il Profilo di Salute non è solo patrimonio di conoscenza e valido strumento di pianificazione ma è al contempo documento che permette, in modo macroscopico, di osservare e valutare l’impatto sulla salute di politiche socio-sanitarie dimostrandone l’efficacia o meno e pertanto offre elementi per orientare le risorse economiche, sociali e culturali di un territorio al miglioramento dello stato di salute della collettività. Per questo il suo utilizzo non si limita alla semplice descrizione ma è stimolo per sostenere percorsi di intervento e, contemporaneamente, se opportuno, per sperimentare e calibrare nuove strategie di politica sociale e sanitaria.

Quello che andrete a leggere è un Profilo di Salute che ha voluto anche essere occasione per riflettere sullo stato di salute dell’ambiente in cui viviamo consapevoli di quanto il contesto ambientale condizioni lo stato di salute della comunità umana e di quanto sia necessario sostenere azioni di salvaguardia della natura da parte di tutti noi.

Il Profilo di Salute viene aggiornato annualmente e offre letture modulate al territorio aziendale e a quello distrettuale con la possibilità, quando necessario e fattibile, di fare focus al livello del territorio comunale. Il focus di questa edizione è rappresentato da un approfondimento sulla mortalità evitabile importante indicatore sullo stato di salute e rilevante strumento nella sorveglianza delle disuguaglianze in salute. Allo stesso tempo rappresenta un indicatore che consente di evidenziare le situazioni più a rischio o verificare nel tempo gli impatti delle politiche sanitarie.

Questa edizione 2018 analizza le informazioni aggiornate al 2017 e si è potuta realizzare grazie all’indispensabile lavoro di tantissimi operatori che con attenzione, rigore e sistematicità hanno regolarmente raccolto. A costoro in primis il ringraziamento per aver reso possibile la redazione di questo documento.

Paolo Pandolfi

AUSL DI BOLOGNA

1. PROFILO DEMOGRAFICO¹

1.1. Territorio

Il territorio dell'Azienda USL di Bologna si estende per una superficie di 2.915 kmq. In base alla classificazione altimetrica è costituito per 1.193 kmq da comuni totalmente montani, per 1.186 kmq da comuni non montani e per 536 kmq da comuni parzialmente montani. Nel territorio aziendale insistono 45 comuni di cui, secondo la codifica ISTAT delle zone altimetriche, 21 si trovano nell'area Pianura, 12 nell'area Collina e 12 nell'area Montagna.

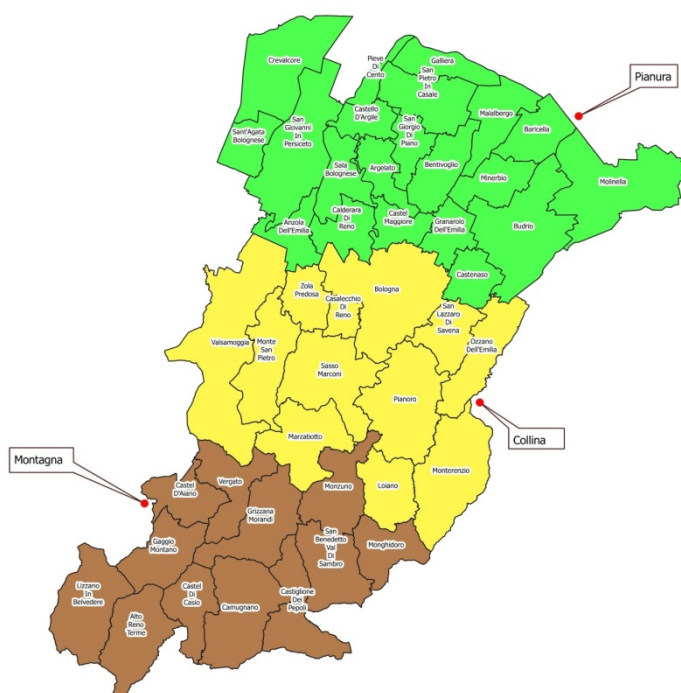
Tabella 1.1 Popolazione residente al 1/1/2018 per Comune e zona altimetrica

Montagna	Popolazione	Collina	Popolazione	Pianura	Popolazione
Camugnano	1.839	Bologna	389.261	Anzola dell'Emilia	12.317
Castel d'Aiano	1.863	Casalecchio di Reno	36.810	Argelato	9.889
Castel di Casio	3.430	Loiano	4.291	Baricella	7.071
Castiglione dei Pepoli	5.521	Marzabotto	6.858	Bentivoglio	5.540
Gaggio Montano	4.847	Monterenzio	6.124	Budrio	18.492
Grizzana Morandi	3.887	Monte San Pietro	10.970	Calderara di Reno	13.279
Lizzano in Belvedere	2.189	Ozzano dell'Emilia	13.842	Castello d'Argile	6.598
Monghidoro	3.702	Pianoro	17.515	Castel Maggiore	18.411
Monzuno	6.381	San Lazzaro di Savena	32.555	Castenaso	15.378
San Benedetto Val di Sambro	4.209	Sasso Marconi	14.911	Crevalcore	13.547
Vergato	7.668	Zola Predosa	19.007	Galliera	5.459
Alto Reno Terme	6.935	Valsamoggia	31.012	Granarolo dell'Emilia	12.027
				Malalbergo	9.082
				Minerbio	8.779
				Molinella	15.679
				Pieve di Cento	7.076
				Sala Bolognese	8.389
				San Giorgio di Piano	8.780
				San Giovanni in Persiceto	28.259
				San Pietro in Casale	12.467
				Sant'Agata Bolognese	7.358

¹ Le fonti dei dati per la redazione del presente capitolo sono il sito della Regione Emilia-Romagna Statistica Self service <http://statistica.regione.emilia-romagna.it/servizi-online/statistica-self-service-1/popolazione> e l'Istat.

Dal sito regionale sono stati utilizzati sia dati della Regione Emilia Romagna inerenti l'ammontare della popolazione che i dati ISTAT sui movimenti della popolazione.

Figura 1.1 Comuni del territorio dell'Azienda USL di Bologna e zona altimetrica



L'Azienda USL di Bologna è una delle più grandi aziende sanitarie del paese ed è articolata in Dipartimenti Ospedalieri e Territoriali e in 6 Distretti di Committenza e Garanzia.

La popolazione residente nel territorio dell'Azienda USL di Bologna al 1 gennaio 2018 ammonta a 879.504 abitanti, 423.136 maschi (48,1%) e 456.368 femmine (51,9%).

Il Distretto Città di Bologna, prettamente urbano, è il più densamente abitato (2.763 abitanti per kmq) e comprende il 44,3% dell'intera popolazione aziendale, mentre il Distretto Appennino Bolognese, prevalentemente montagnoso, ha la più bassa densità abitativa (68,2 abitanti per kmq) e la sua popolazione rappresenta il 6,3% di quella aziendale.

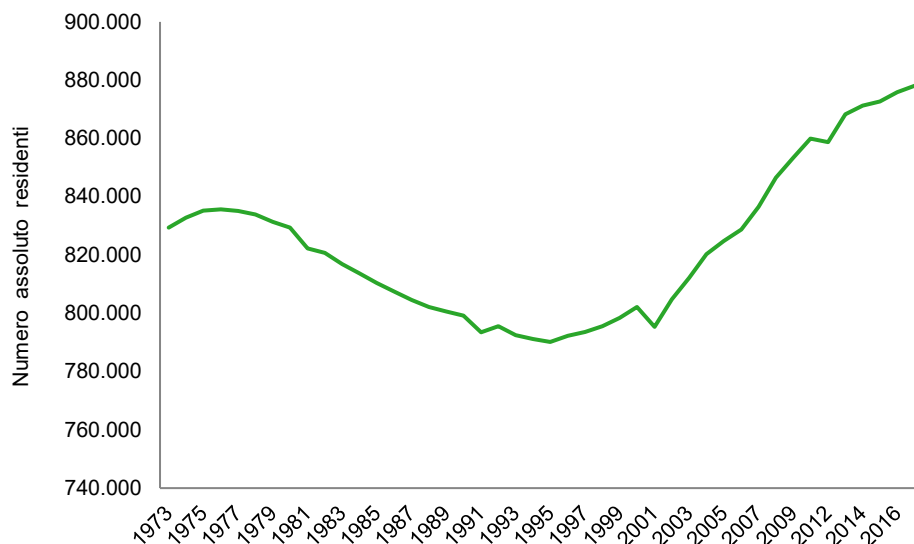
Tabella 1.2 Popolazione residente al 01/01/2018 e densità abitativa per Distretto

Distretti	Superficie totale	Popolazione residente			Densità abitativa
	kmq	M	F	Totale	N/kmq
Reno, Lavino e Samoggia	404,4	54.640	58.070	112.710	278,7
Appennino Bolognese	816,1	27.655	27.972	55.627	68,2
San Lazzaro di Savena	422,8	37.889	40.140	78.029	184,6
Pianura Est	756,1	78.422	82.306	160.728	212,6
Pianura Ovest	374,9	40.703	42.446	83.149	221,8
Città di Bologna	140,9	183.827	205.434	389.261	2.762,7
AUSL Bologna	2.915,0	423.136	456.368	879.504	301,7

1.2. Dinamica demografica

Nel 2017 viene confermato il trend di crescita della popolazione residente nel territorio aziendale in atto dalla fine degli anni novanta.

Grafico 1.1 Popolazione residente AUSL di Bologna
1973-2017

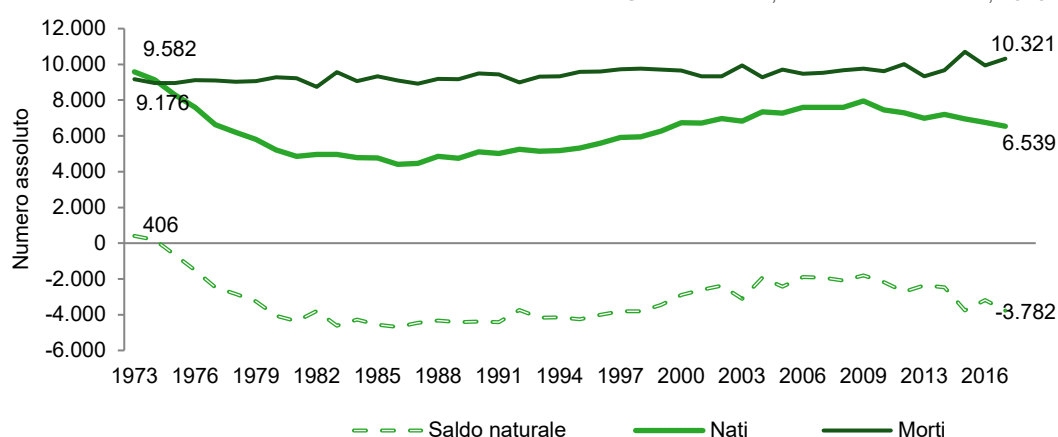


L'andamento della crescita mostra variazioni interannuali che sono in parte effettive ed in parte, in corrispondenza degli anni post-censuari, dipendenti dalle revisioni anagrafiche che comportano la cancellazione delle persone non censite.

Responsabili delle dinamiche di crescita della popolazione sono l'andamento della natalità e della mortalità e l'andamento dei flussi migratori in entrata ed in uscita che determinano rispettivamente il saldo naturale² ed il saldo migratorio³.

Il saldo naturale, ampiamente negativo negli ultimi quaranta anni, nel 2017 è pari a -3.782 unità, come risultato della differenza tra decessi (n=10.321) e nati vivi (n=6.539)⁴. Continua infatti la lieve riduzione del numero di nati in atto dal 2007 dopo la ripresa avvenuta negli anni novanta.

Grafico 1.2 Nati, morti e saldo naturale, 1973-2017



² Differenza tra il numero di iscritti per nascita e il numero di cancellati per decesso dai registri anagrafici dei residenti.

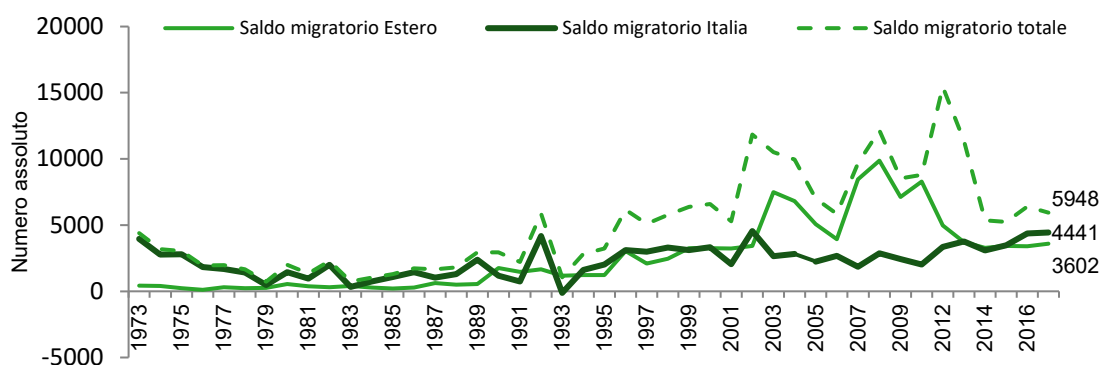
³ Differenza tra il numero di iscritti per trasferimento da altro Comune o dall'Estero e il numero di cancellati per trasferimento presso altro Comune o all'Estero.

⁴ Le informazioni sul numero di nati vivi e sui decessi di questo capitolo provengono dall'ISTAT e potrebbero differire dai dati presentati in altri capitoli provenienti dal CedAP e dal Registro di Mortalità dell'Azienda USL di Bologna.

A partire dagli anni '70, il saldo migratorio dell'Azienda USL di Bologna è sempre stato positivo. Il saldo migratorio estero⁵ presenta importanti variazioni, con incrementi a partire dal 2000 fino al 2012 e successive riduzioni negli ultimi anni. Nel 2017 è pari a 3.602 unità.

Il saldo migratorio interno⁶, anch'esso positivo, ha avuto un andamento più costante negli anni superando negli ultimi due (+4.441 unità nel 2017) quello estero.

Grafico 1.3 Saldo migratorio, 1973-2017



Il saldo naturale negativo viene compensato quindi da quello migratorio con un complessivo incremento della popolazione dello 0,25%.

Le dinamiche della popolazione si rispecchiano nei rispettivi tassi, di cui si riportano i valori confrontati con l'anno precedente.

Tabella 1.3 Principali tassi demografici, 2016 e 2017

Tassi per 1.000 abitanti	2016	2017
Tasso grezzo di natalità	7,73	7,46
Tasso grezzo di mortalità	11,36	11,77
Tasso di immigrazione	41,25	41,71
Tasso di emigrazione	33,93	34,93
Tasso migratorio estero	3,89	4,11
Tasso migratorio interno	5,01	5,06
Tasso migratorio totale	7,32	6,78
Tasso di crescita naturale	-3,63	-4,31
Variazione % popolazione	0,37	0,25

Anche da questi dati si nota la negatività del tasso di crescita naturale legato ad un tasso di natalità inferiore a quello di mortalità.

1.3. Struttura della popolazione

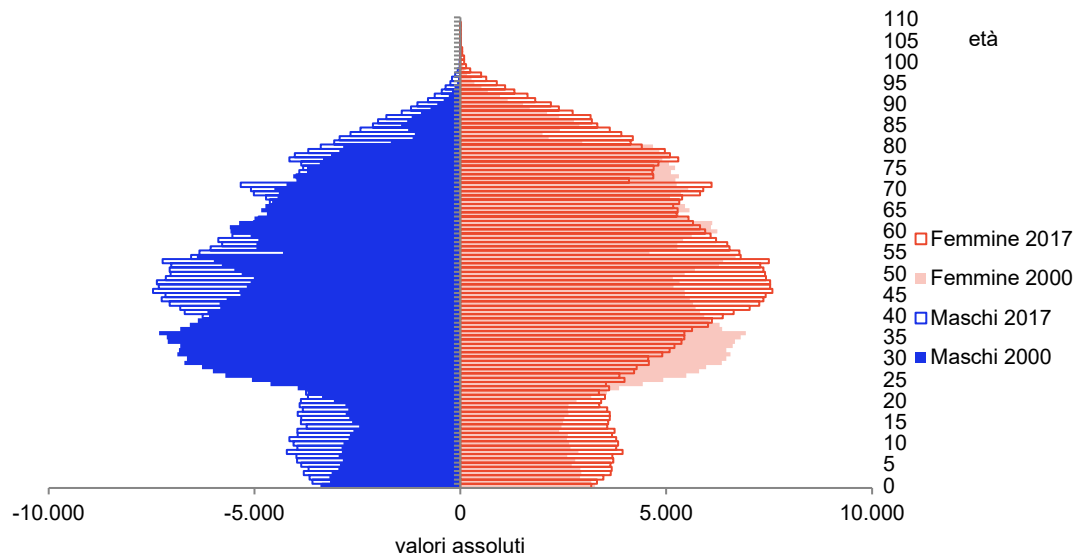
Le osservazioni fatte finora sulla dinamica della popolazione determinano anche la trasformazione nella composizione della struttura interna per età.

Questa variazione appare evidente dal confronto fra la piramide per età del 2000 e quella del 2017, che mostra un allargamento della base per l'incremento delle classi di età più giovani e un allargamento del vertice per l'aumento della popolazione anziana. L'incremento tra le classi di età più giovani è dovuto alla ripresa della natalità soprattutto grazie al contributo della popolazione straniera (vedasi capitolo 8) e quello tra le classi più anziane è dovuto all'aumento della sopravvivenza.

⁵ Differenza tra il numero degli iscritti per trasferimento di residenza dall'estero ed il numero di cancellati per trasferimento di residenza all'estero.

⁶ Differenza tra il numero degli iscritti per trasferimento di residenza da altro comune e il numero dei cancellati per trasferimento di residenza in altro comune.

Grafico 1.4 Piramide delle età, 2000 e 2017



L'asimmetria della piramide mostra anche la diversa distribuzione dei generi per età. Complessivamente il rapporto di mascolinità, ossia il numero di maschi per 100 femmine, a livello aziendale è pari a 92,7, con un aumento del genere femminile all'aumentare delle età. Il 57% della popolazione oltre i 64 anni è di genere femminile.

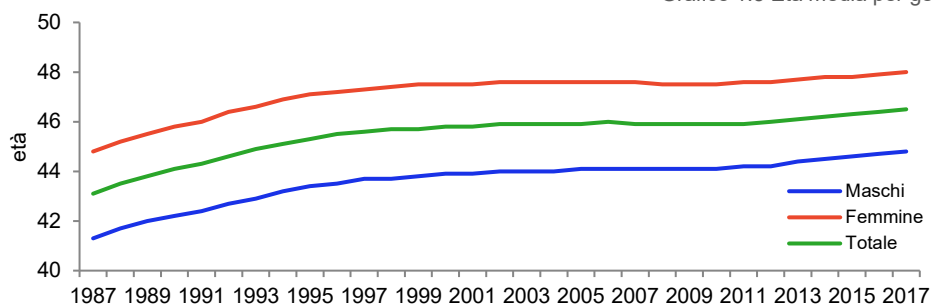
La distribuzione per classi di età mostra che solo il 12,8% della popolazione ha un'età inferiore ai 15 anni mentre rappresentano il 24,4% i residenti con età superiore o uguale a 64 anni.

Tabella 1.4 Popolazione residente per classe di età e genere, 2017

Classe età (anni)	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%
0-5	21.988	5,20	20.936	4,59	42.924	4,88
6-14	35.984	8,50	33.739	7,39	69.723	7,93
15-64	273.480	64,63	278.643	61,06	552.123	62,78
65-74	45.129	10,67	52.406	11,48	97.535	11,09
75-84	34.045	8,04	45.128	9,89	79.173	9,00
≥85	12.510	2,96	25.516	5,59	38.026	4,32
Totale	423.136	100	456.368	100	879.504	100

L'età media della popolazione è di 46,5 anni (48,0 per le donne e 44,8 per gli uomini) ed è in aumento costante nel tempo in entrambi i sessi.

Grafico 1.5 Età media per genere, 1987-2017

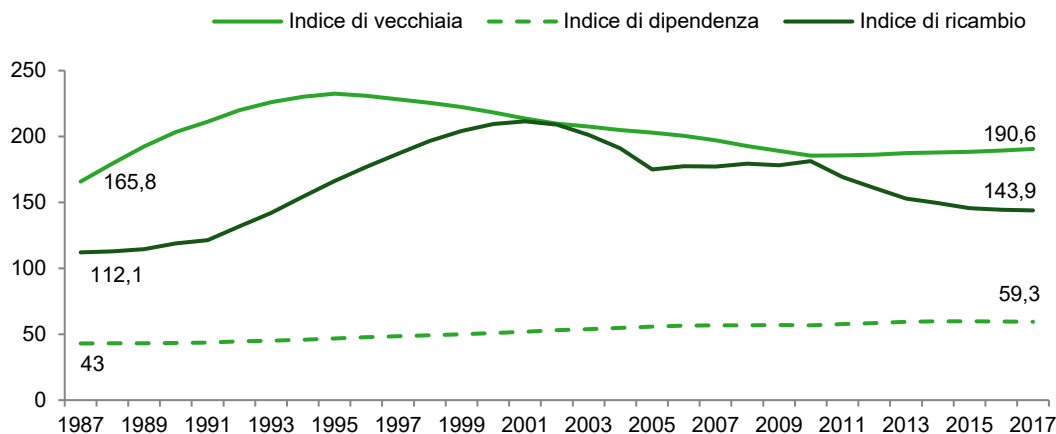


L'invecchiamento si riflette anche nell'indice di vecchiaia⁷, indicatore di riferimento per quantificare il peso relativo degli anziani rispetto ai giovani. Questo indicatore, in lieve e costante calo dalla metà degli anni '90 fino al 2010, è più stabile negli ultimi anni. Nel 2017 indica che ci sono 190,6 persone di età superiore ai 64 anni ogni 100 ragazzi al di sotto dei 15 anni.

⁷ Rapporto percentuale tra la popolazione di età maggiore di 64 anni e la popolazione con meno di 15 anni.

Lo squilibrio generazionale viene evidenziato anche dall'indice di dipendenza⁸ che rappresenta una misura teorica del carico sociale ed economico sulla popolazione attiva. Valori superiori a 50 indicano una situazione di squilibrio generazionale. Il valore di questo indice, che è andato aumentando costantemente dalla fine degli anni '80, nel 2017 è 59,3 a livello aziendale.

Grafico 1.6 Indice di vecchiaia, dipendenza e ricambio, 1987-2017

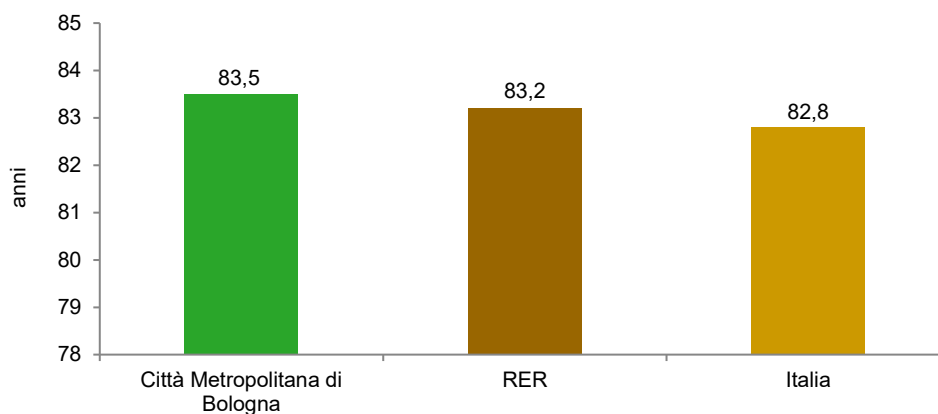


1.4. Speranza di vita

Inversamente correlata con la mortalità c'è la speranza di vita. Nel 2017, nel territorio aziendale la speranza di vita alla nascita è pari a 81,4 anni per gli uomini e 85,5 per le donne. Nel corso degli anni la speranza di vita è andata aumentando, dal 2000 al 2017 è cresciuta di 4,5 anni negli uomini e di 2,5 anni nelle donne con conseguente riduzione della differenza esistente tra i due generi.

Dai dati Istat relativi al 2016 emerge che la speranza di vita nella provincia di Bologna (83,5 anni) è superiore a quella italiana (82,8) e a quella regionale (83,2).

Grafico 1.7 Speranza di vita alla nascita, Città metropolitana di Bologna, Regione Emilia-Romagna e Italia, 2016. Fonte: Istat



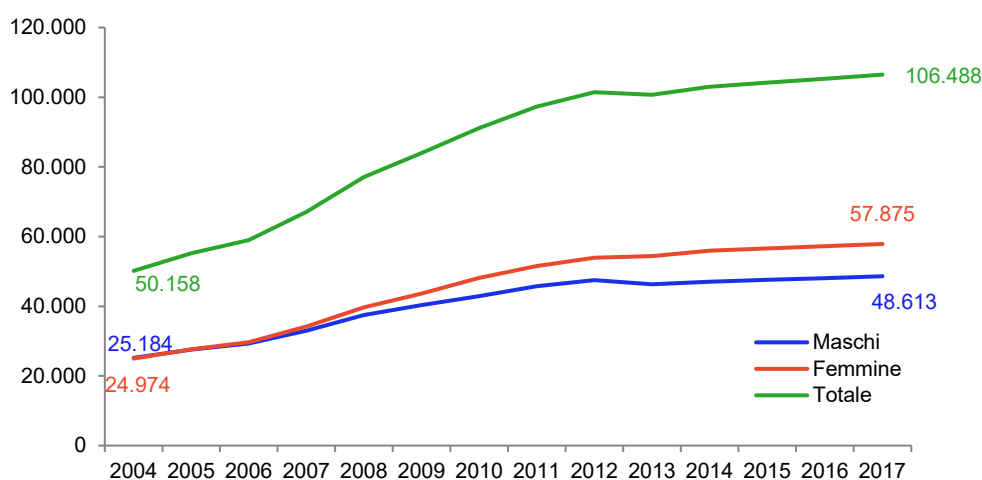
1.5. Popolazione straniera

Al 01/01/2018 gli stranieri residenti nel territorio dell'AUSL di Bologna sono 106.488, il 12,1% della popolazione residente (11,5% fra i maschi e 12,7% fra le femmine).

⁸ Rapporto percentuale fra la popolazione residente in età non attiva (0-14 anni e over 65) e la popolazione in età potenzialmente lavorativa (15-64 anni).

A partire dal 2004 si è avuto un incremento progressivo della popolazione straniera, che è più che raddoppiata fino al 2012, mentre l'incremento annuale si è ridotto a valori intorno all'1% negli ultimi anni.

Grafico 1.8 Popolazione residente straniera per genere, 2004-2017



La popolazione straniera ha un'età media di 34,3 anni ed è costituita per il 54,3% da donne (57.875 contro 48.613 uomini). I soggetti di età inferiore o uguale ai 15 anni corrispondono al 18% mentre quelli di età superiore o uguale ai 65 anni sono poco più del 4%.

Tabella 1.5 Popolazione residente straniera per classe di età e genere, 2017

Classe età (anni)	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%
0-5	4.609	9,48	4.525	7,82	9.134	8,58
6-14	5.233	10,76	4.799	8,29	10.032	9,42
15-64	37.494	77,13	45.501	78,62	82.995	77,94
65-74	914	1,88	2.305	3,98	3.219	3,02
75-84	307	0,63	608	1,05	915	0,86
≥85	56	0,12	137	0,24	193	0,18
Totale	48.613	100	57.875	100	106.488	100

1.6. Famiglie

Al 1 gennaio 2018 nel territorio aziendale si contano 426.667 famiglie con un numero medio di componenti di 2,04. Il 43,2% delle famiglie è costituito da un unico componente, in aumento rispetto al passato (nel 2007 corrispondevano al 39,8%).

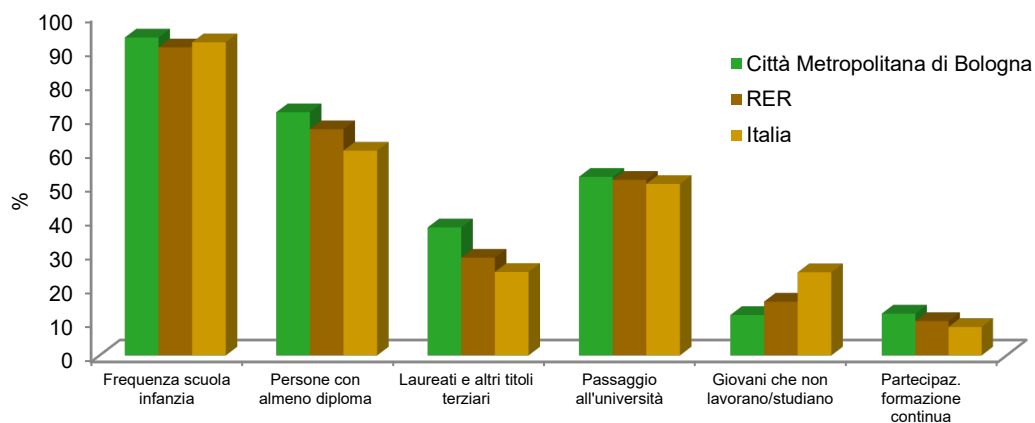
2. ASPETTI SOCIOECONOMICI⁹

2.1. Livello di istruzione

Dai dati del censimento del 2011, emerge che il 26,3% della popolazione dell'Azienda USL di Bologna ha un basso livello d'istruzione (nessun titolo di studio o licenza elementare), il 26,4 ha la media inferiore, il 31,5% la media superiore e il 15,8% la laurea.

Sulla base degli indicatori del progetto "Misure del benessere equo e sostenibile dei territori" avviato dall'Istat, nel 2016 nella Città Metropolitana di Bologna le persone tra i 25 e i 64 anni con un diploma sono il 71,4%, quelli tra i 25 ed i 39 anni laureati o con altri titoli terziari sono il 37,5%. La percentuale di giovani che non lavora e non studia è dell'11,8%. Complessivamente, tali indicatori sono migliori rispetto a quelli registrati a livello regionale o nazionale.

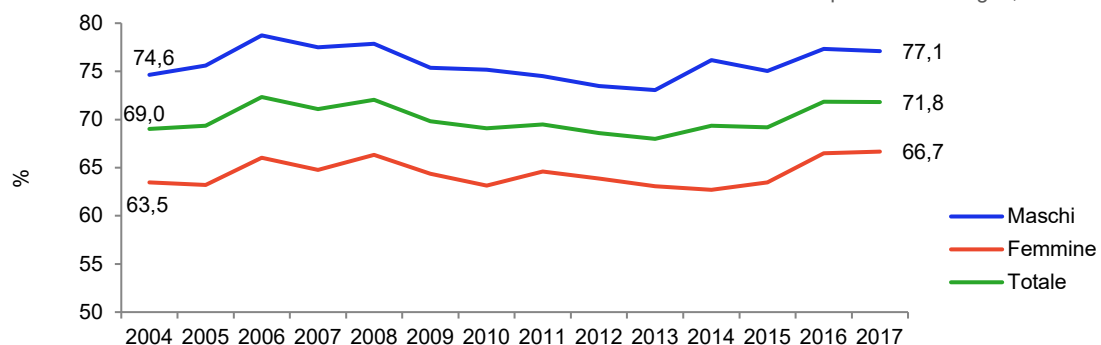
Grafico 2.1 Indicatori di Istruzione e Formazione, Città Metropolitana di Bologna, Regione Emilia Romagna, Italia, 2016



2.2. Tasso di occupazione e disoccupazione

Dopo la flessione avvenuta tra il 2008 ed il 2013, i valori di occupazione hanno ripreso ad aumentare; il tasso di occupazione¹⁰ fra i 15 e i 64 anni di età nel territorio della Città Metropolitana di Bologna è pari al 71,8% (77,1% tra i maschi e 66,7% nelle femmine).

Grafico 2.2 Tasso di occupazione, Città Metropolitana di Bologna, 2004-2017

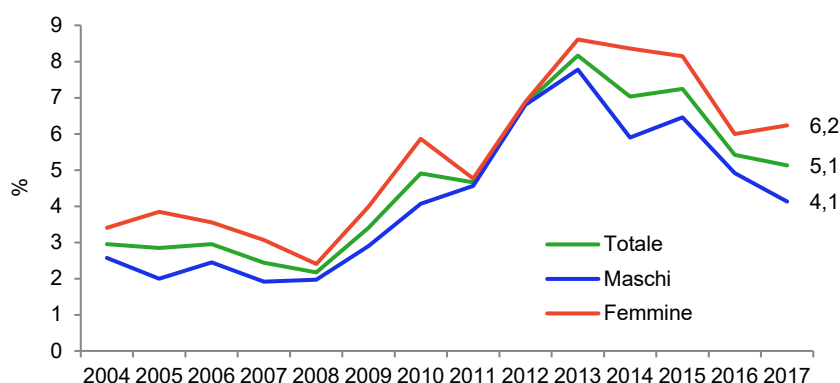


Il tasso di disoccupazione ha subito un forte aumento tra il 2008 ed il 2013 passando dal 2,2% all'8,2% e una riduzione negli ultimi anni assestandosi al 5,1% (4,1% nei maschi e 6,2% nelle femmine) nel 2017.

⁹ Le fonti dei dati per la redazione del capitolo sono l'Istat e la Città Metropolitana di Bologna.

¹⁰ Tasso di occupazione: rapporto tra gli occupati e la corrispondente popolazione di riferimento.

Grafico 2.3 Tasso di disoccupazione, Città Metropolitana di Bologna, 2004-2017. Fonte: Istat

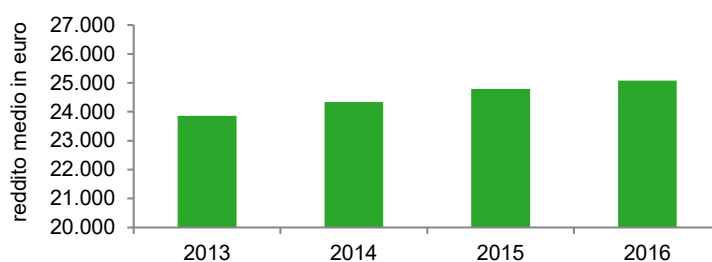


Tra i giovani di età compresa tra i 15 ed i 24 anni il tasso di disoccupazione a livello provinciale è del 13,3%.

2.3. Reddito

Il reddito complessivo medio per contribuente rilevato nell'area metropolitana bolognese nell'anno d'imposta 2016 è di 25.083 euro ed è più alto del 10,3% rispetto a quello regionale (22.736) e del 21,5% rispetto a quello nazionale (20.640).

Grafico 2.4 Reddito complessivo medio. Città Metropolitana di Bologna, 2013-2016



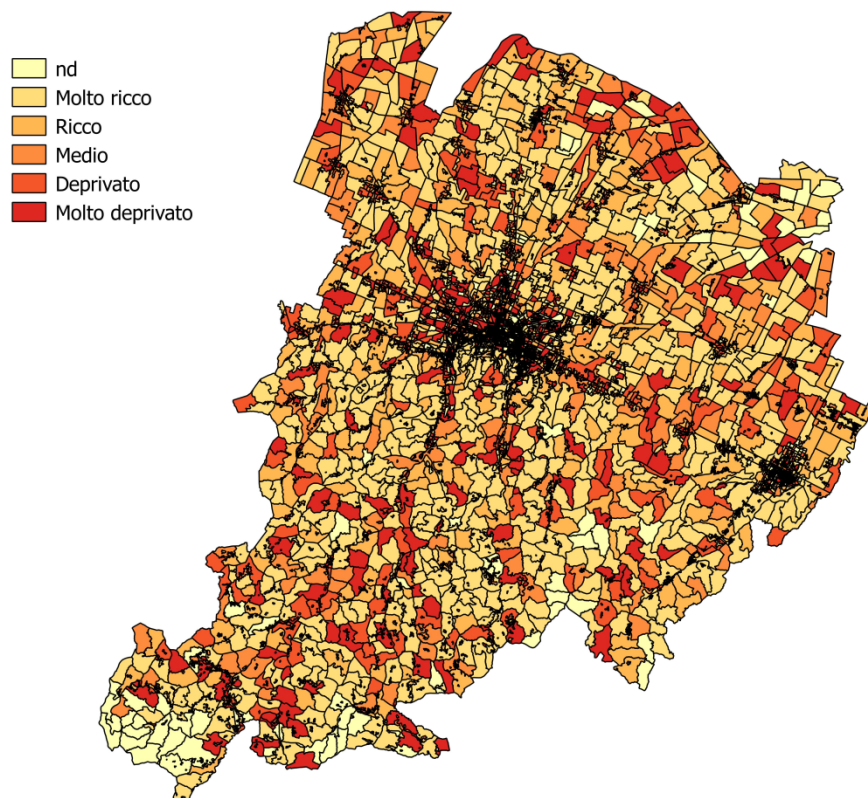
2.4. Indice di deprivazione

Lo stato socio-economico della popolazione può essere rappresentato attraverso un indicatore composito, l'indice di deprivazione, che prende in considerazione diverse dimensioni dello svantaggio sociale: l'istruzione, l'occupazione, la condizione abitativa, la composizione familiare. La Città Metropolitana di Bologna risulta essere complessivamente meno deprivata rispetto alla Regione.

In base ai dati del censimento 2011, il 23,1% della popolazione risiede in aree molto deprivate, il 19,3% in aree deprivate, il 18,1% in aree di media deprivazione, il 19,7% e il 19,8% in zone ricche e molto ricche.

Di seguito si riporta una mappa dell'indice di deprivazione su cinque livelli per zona censuaria. La mappa dell'indice di deprivazione per zona censuaria evidenzia delle disomogeneità all'interno del territorio della Città Metropolitana di Bologna.

Figura 2.1 Indicatore di deprivazione su dati censimento 2011, Città Metropolitana di Bologna



2.5. Difficoltà economiche riferite

Dai risultati del sistema di sorveglianza PASSI per l'Italia 2014-2017, si evidenzia che il 60,7% dei cittadini residenti nel territorio dell'Azienda USL di Bologna riferisce di non avere difficoltà economiche, il 30,9% di averne qualcuna e l'8,4% di averne molte. A livello regionale la quota di cittadini che dichiara di non avere difficoltà economiche è del 58,8%, quella di coloro che ne hanno qualcuna è del 31,8% mentre il 9,4% dichiara molte difficoltà.

Dallo studio "Bes delle province, benessere equo e sostenibile territoriale", risulta che nel 2013 su 1.000 famiglie 3,2 hanno ricevuto un provvedimento di sfratto per morosità o altre cause, valore più basso di quello regionale (3,7%) ma più alto di quello nazionale (2,5%).

2.6. Soggetti in condizioni di marginalità

2.6.1. Detenuti

Al 31/12/2017 risultano 773 detenuti nella casa circondariale di Bologna, in gran maggioranza maschi (89,8%) e stranieri (55,4%). L'indice di sovraffollamento (presenze su 100 posti) è di 154,6 (Fonte Ministero della Giustizia).

2.6.2. Persone senza fissa dimora

In base ad una indagine condotta da Istat, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Federazione italiana degli organismi per le persone senza dimora e Caritas Italiana sul territorio nazionale, le persone senza dimora che, nei mesi di novembre e dicembre 2014, hanno utilizzato almeno un servizio di mensa o accoglienza notturna nel Comune di Bologna sono 1.032.

Tabella 2.1 Persone senza dimora Comune di Bologna,
Regione Emilia-Romagna e Italia, 2011 e 2014

Persone senza dimora	2011		2014	
	n.	%	n.	%
Comune di Bologna	1.005	2,1	1.032	2,0
Emilia-Romagna	4.394	9,2	3.953	7,8
Italia	47.648	100,0	50.724	100,0

La durata della condizione di senza dimora a livello della Regione Emilia-Romagna è di 1,8 anni mentre a livello italiano è di 2,5 anni. Non è invece disponibile il dato per la realtà di Bologna.

Una indagine svolta da Nomisma evidenzia che la popolazione dei senza dimora accolti nell'anno 2015 dalle onlus (Avvocato di Strada, Help Center-Piazza Grande e SMS-Piazza Grande) e dal Piano Freddo del Comune di Bologna è stata in media di 1.005 persone di cui 81,7% stranieri e 80,8% uomini. La classe di età più rappresentata è quella compresa fra i 21 ed i 30 anni (30,1%) seguita da quella tra i 31 ed i 40 anni (24,5%).

3. AMBIENTE¹¹

L'ambiente in cui viviamo rappresenta un importante determinante della salute umana; i fattori ambientali possono infatti avere effetti diretti sull'insorgenza di varie patologie, interferire sulla qualità della vita o interagire con determinanti socioeconomici. Il Dipartimento di Sanità Pubblica lavora in stretta collaborazione con l'Agenzia per la prevenzione, l'ambiente e l'energia (Arpae) e con la Regione Emilia-Romagna su temi di interesse rilevante quali, i cambiamenti climatici, lo sviluppo sostenibile, l'esposizione ai principali fattori di rischio ambientale: inquinamento dell'aria (indoor e outdoor), da sostanze chimiche, inquinamento acustico, radiazioni, condizioni di lavoro o abitative inadeguate, la gestione delle risorse naturali, acqua, suolo e aria.

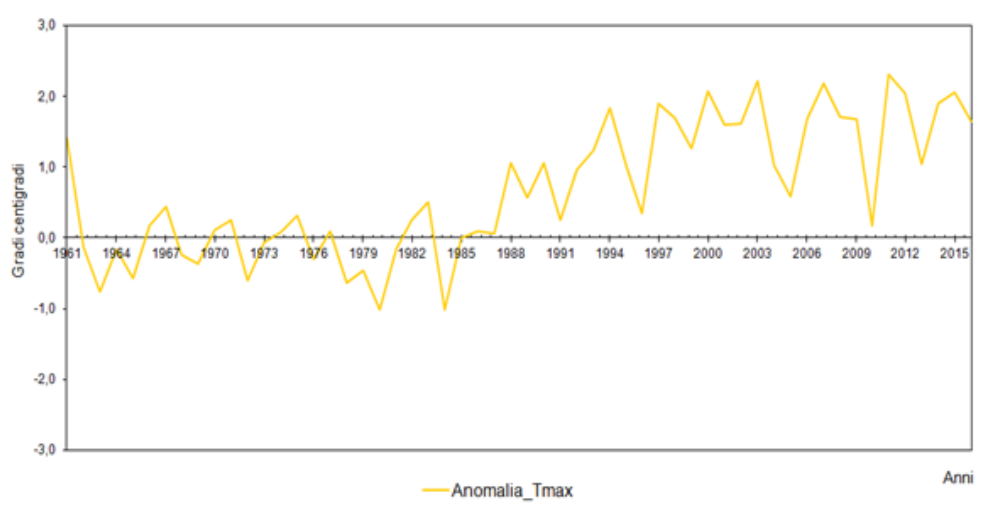
Il territorio dell'Azienda USL di Bologna si presenta molto variegato con pressioni ambientali diverse, a seconda che si consideri la Città di Bologna, il territorio della pianura o quello della collina e della montagna, e soggetto negli ultimi anni a cambiamenti importanti. Si pensi ad esempio al progressivo incremento di voli nell'aeroporto di Bologna, ai lavori realizzati per l'alta velocità e a quelli prossimi di allargamento del sistema tangenziale-autostradale intorno a Bologna. In questo paragrafo approfondiremo gli aspetti ambientali che più interessano il nostro territorio per il loro impatto sulla salute e/o sulla qualità di vita oppure per l'attenzione o la preoccupazione che destano nell'opinione pubblica.

3.1. Cambiamenti climatici

Come è noto, i cambiamenti climatici rappresentano un'emergenza planetaria. Il riscaldamento del pianeta è un dato inequivocabile, con un incremento delle temperature globali dell'aria e degli oceani, scioglimento diffuso di neve e ghiaccio e innalzamento globale del livello del mare. Eventi climatici estremi all'origine di alluvioni e siccità diventeranno sempre più frequenti e intensi con enormi ripercussioni sull'ambiente, sulla fauna, sulla flora e sugli uomini.

A livello regionale, tra il 1961 ed il 2016, la temperatura minima e massima annua ha mostrato una tendenza all'aumento con un incremento di 0,2°C/10 anni della minima e di 0,4°/10 anni della massima.

Grafico 3.1 Andamento annuale dell'anomalia di T massima, media regionale nel periodo 1961-2016.



Sul lungo periodo si osserva anche una lieve riduzione delle precipitazioni.

L'estate 2017 è stata a livello nazionale la più calda mai registrata dal 1800 dopo quella del 2003, in particolare per quanto riguarda le temperature del mese di agosto. All'interno dell'Azienda USL di Bologna, tra il 15 maggio ed il 15 settembre si sono registrate quattro

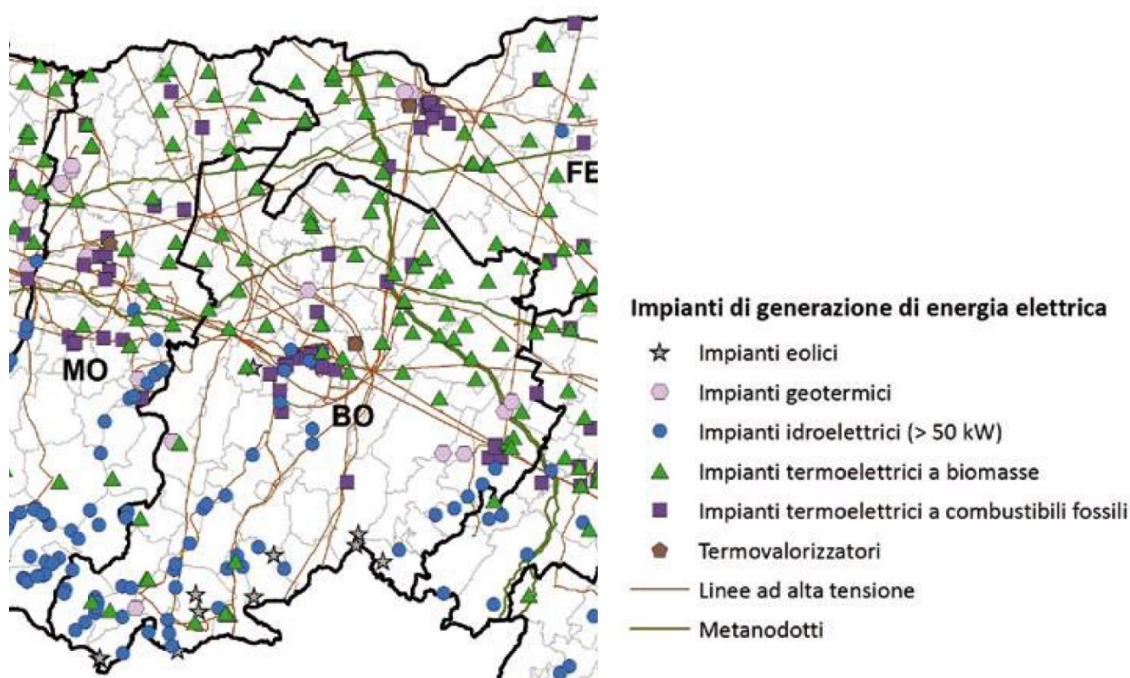
¹¹ I dati presentati in questo capitolo sono stati tratti, qualora non altrimenti specificato, da documenti di Arpae Regione Emilia-Romagna.

ondate di calore segnalate sia dall'Arpae che dalla Protezione Civile per complessive 19 giornate.

3.2. Energia

Gli impianti a fonti fossili continuano a rappresentare la principale modalità di generazione elettrica. Nel 2015 le fonti rinnovabili hanno contribuito al 35% della potenza installata totale. Gli impianti fotovoltaici e quelli a biomassa rappresentano le fonti rinnovabili più importanti.

Figura 3.1 Distribuzione territoriale degli impianti di generazione elettrica autorizzati in Provincia di Bologna, 2016



Gli impianti a biogas alimentati a biomasse attualmente in esercizio nel territorio aziendale sono 36, tutti ubicati nella pianura posta a nord alla via Emilia. La loro nascita negli ultimi anni è stata oggetto di studio da parte dell'Azienda USL di Bologna e dell'Arpae che nel 2014 hanno prodotto un volume sul tema cui si rimanda (Progetto Biogas, Protocollo operativo di vigilanza e controllo sugli impianti a Biogas alimentati a biomasse della Provincia di Bologna). I consumi elettrici del 2016 sono sostanzialmente rimasti stabili rispetto al 2015.

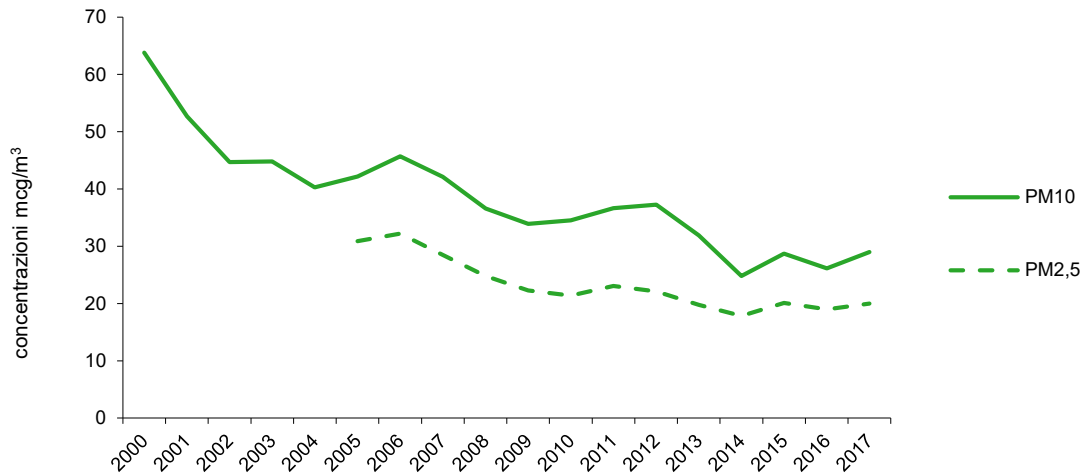
3.3. Inquinamento atmosferico

La Regione Emilia Romagna, insieme a tutto il bacino padano, risulta essere, per il contesto climatico, orografico e per la forte densità emissiva, tra i territori con più alto inquinamento atmosferico d'Europa. Le criticità riguardano soprattutto gli inquinanti PM₁₀, PM_{2,5}, ozono (O₃) e biossido di azoto (NO₂), di cui sono noti sia gli effetti a breve che a lungo termine sulla salute.

L'analisi dell'andamento della qualità dell'aria degli ultimi anni nel territorio bolognese mostra in ogni caso un certo miglioramento soprattutto per le polveri.

Il PM₁₀ rilevato presso la centralina di Porta San Felice di Bologna mostra dal 2000 al 2017 una riduzione statisticamente significativa della media annuale con i valori più bassi raggiunti nel 2014 e inferiori al limite previsto dalla normativa vigente (40 µg/m³) dal 2008. Anche il numero di superamenti della concentrazione giornaliera di 50 µg/m³ seguono un trend in riduzione, ma nel 2017 risultano superiori al 10% delle giornate in più centraline (Porta San Felice a Bologna e San Lazzaro e San Pietro Capofiume-Molinella). Le concentrazioni del PM_{2,5}, il cui monitoraggio avviene da un tempo minore, sono anch'esse in riduzione presso la stessa centralina di Porta San Felice con il valore più basso registrato nel 2014. In nessuna centralina viene superato il limite normativo di 25 µg/m³.

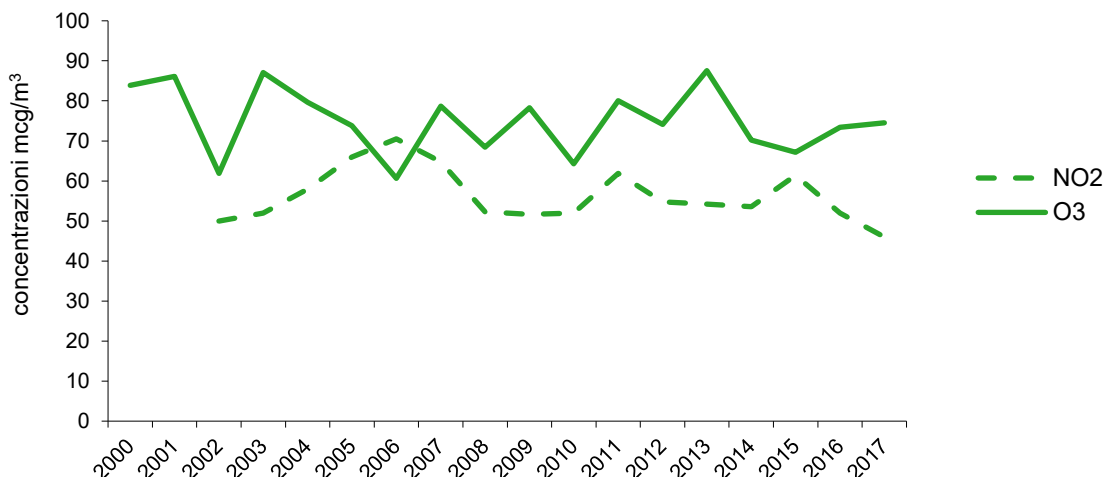
Gráfico 3.2 Andamento delle concentrazioni annue del PM₁₀ e PM_{2,5}, centralina di Porta San Felice, 2000-2017



Particolarmente critica è stata la situazione tra la fine di gennaio e l'inizio di febbraio 2017 in tutto il bacino padano dove il PM₁₀ ha superato più volte i 200 µg/m³ e anche il PM_{2,5} ha presentato valori eccezionalmente elevati. Tale emergenza è stata determinata da condizioni meteorologiche molto particolari (eccezionale stabilità atmosferica sulla pianura padana, inversione termica in quota, venti calmi, presenza di copertura nuvolosa senza piogge, afflusso di aria calda) che hanno portato ad un anomalo accumulo di inquinanti con formazione di grandi quantità di particolato secondario.

L'andamento del biossido d'azoto varia da centralina a centralina; presso quella di Porta San Felice non si osserva alcun chiaro trend in riduzione o aumento. Come l'anno precedente, nel 2017 in nessuna centralina della Città Metropolitana di Bologna si ha il superamento per il biossido di azoto del valore limite orario (200 µg/m³) e della soglia di allarme (400 µg/m³). Il valore limite annuale (40 µg/m³) viene invece superato nella centralina di Porta San Felice.

Gráfico 3.3 Andamento delle concentrazioni annue di NO₂ nella centralina di Porta San Felice e di O₃ nella centralina dei Giardini Margherita, 2000-2017



Anche per l'ozono non si osserva alcun trend in riduzione delle concentrazioni negli ultimi anni e, nel 2017, in due centraline (Giardini Margherita e via Chiarini a Bologna) su quattro si registrano superamenti sia della soglia di informazione (180 µg/m³) che dell'obiettivo a lungo termine per la protezione della salute umana (120 µg/m³).

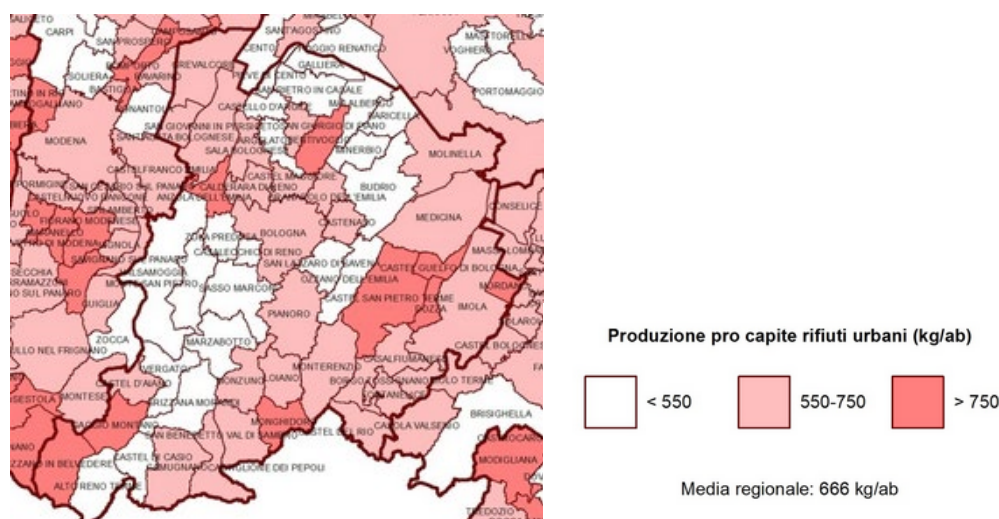
Altri inquinanti, come il monossido di carbonio, il biossido di zolfo, i metalli pesanti, gli idrocarburi policiclici aromatici ed il benzene, che in precedenza avevano manifestato alcune criticità, sono al momento sotto controllo.

Negli ultimi anni il territorio della Città Metropolitana di Bologna è stato teatro di più interventi, sia locali che generali, per la riduzione dell'impatto dell'inquinamento atmosferico. Tuttavia questi interventi, insieme al ricambio del parco veicolare cui sono attribuibili alcuni dei miglioramenti registrati, non sono sufficienti anche per il contesto meteorologico ed orografico della pianura padana. La concentrazione media di fondo delle polveri nella regione dipende, in parte, dall'inquinamento a grande scala tipico della pianura padana, per cui le misure di riduzione delle emissioni inquinanti applicate sul territorio possono agire solo in parte, rendendo indispensabile l'adozione di misure coordinate tra province e regioni. In tal senso, la Regione Emilia-Romagna ha adottato nel 2014 un unico Piano Regionale Integrato per la Qualità dell'Aria per contrastare l'inquinamento atmosferico. Nel piano sono individuate diverse misure per il risanamento della qualità dell'aria, al fine di ridurre gli inquinanti e rientrare nelle direttive europee, attraverso strategie di coordinamento dei vari livelli istituzionali e di integrazione della pianificazione settoriale lavorando in una dimensione di area vasta ed integrata.

3.4. Gestione dei rifiuti urbani

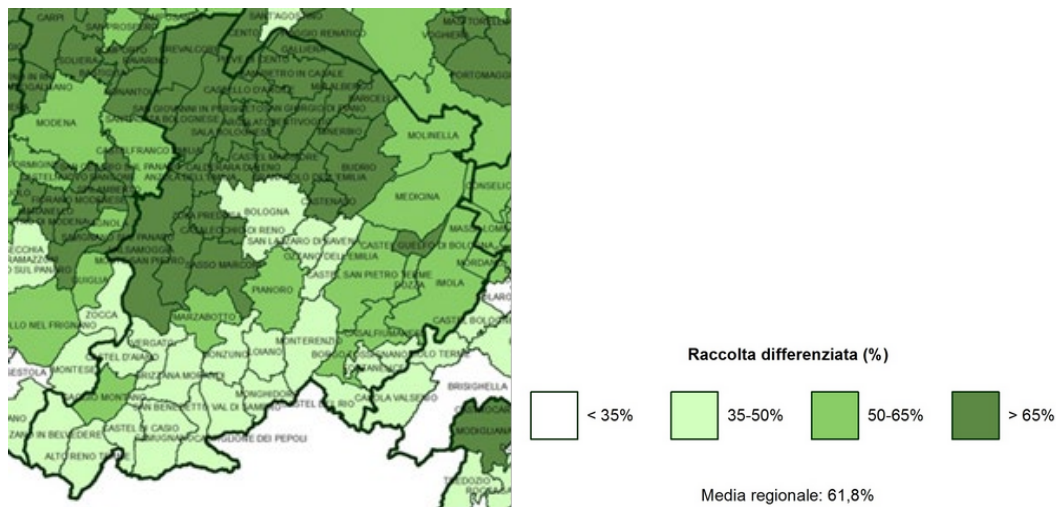
Nel 2016 la produzione totale di rifiuti urbani procapite nella Città Metropolitana di Bologna è stata di 577 kg (in Emilia-Romagna è stata di 666). Non si evince un significativo trend in aumento o in diminuzione dal 2001 nella produzione procapite; sono presenti tuttavia variazioni interannuali che sembrano essere correlate con il trend del reddito disponibile e della spesa per consumi delle famiglie. Esistono notevoli differenze tra comuni con un valore massimo a Bentivoglio (>900 kg procapite) e minimo a Casalecchio di Reno (di poco superiore a 350 kg).

Figura 3.2 Produzione pro capite di rifiuti urbani a scala comunale, 2016



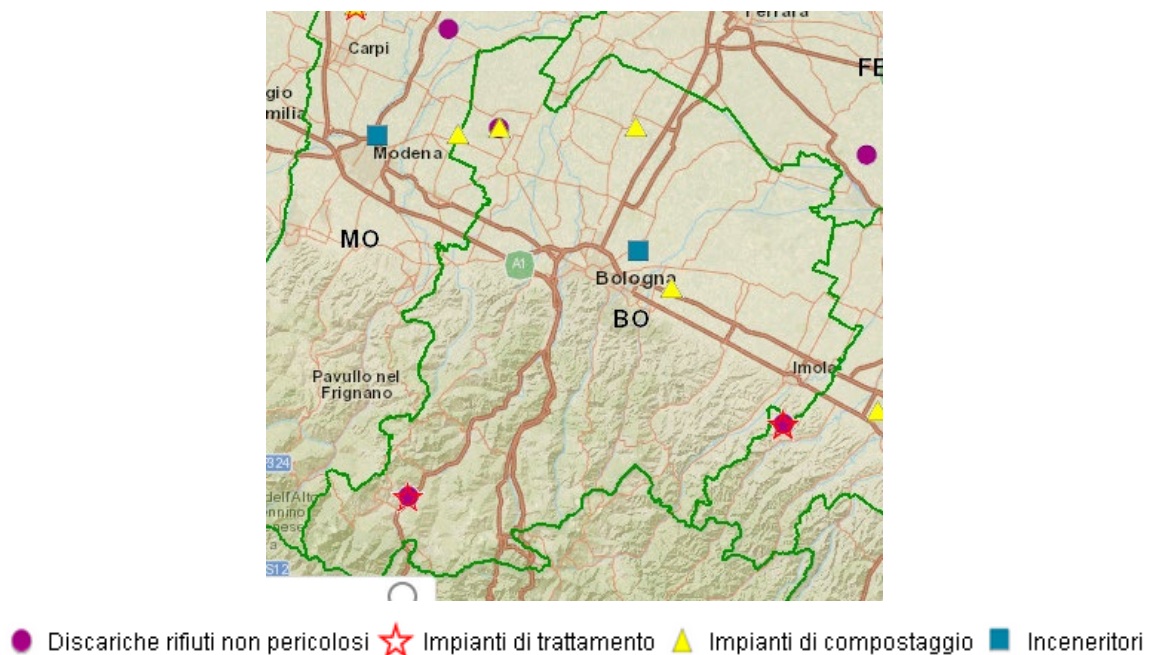
Chiara è invece il trend in positivo della raccolta differenziata. Dall'analisi dei dati sulla raccolta differenziata di rifiuti urbani a livello comunale emerge una realtà ancora molto disomogenea: si va dal 36% di Castiglione dei Pepoli all' 83% di Monte San Pietro, confermando le difficoltà dei piccoli comuni dell'Appennino a raggiungere elevati standard di raccolta differenziata, in quanto le specifiche caratteristiche territoriali e abitative rendono più complessa e onerosa l'organizzazione del servizio di raccolta.

Figura 3.3 Percentuale di raccolta differenziata a scala comunale, 2016



Il sistema impiantistico per i rifiuti urbani regionale è organizzato in impianti di trattamento, impianti di compostaggio e inceneritori e in discariche; queste ultime, in base al Piano regionale per la gestione dei rifiuti del 2016, dovrebbero essere eliminate. Nel territorio della Città Metropolitana di Bologna nel 2017 sono presenti 3 discariche, 1 inceneritore, 3 impianti di compostaggio e 3 impianti di trattamento rifiuti di cui due a Imola.

Figura 3.4 Il sistema impiantistico di gestione dei rifiuti urbani indifferenziati, 2017



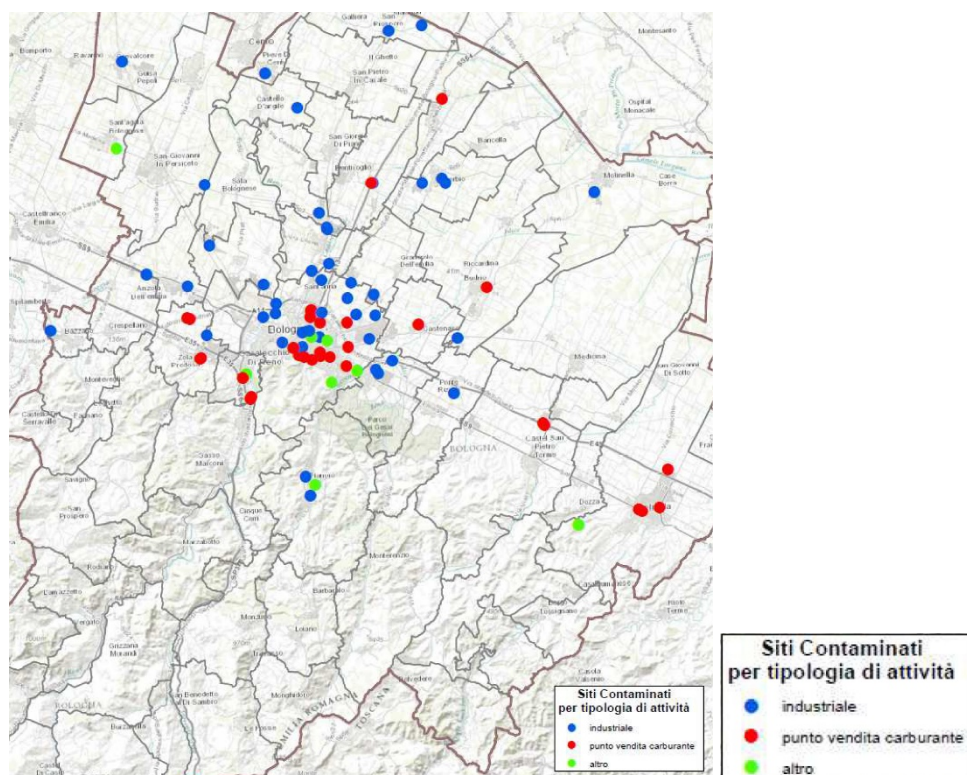
3.5. Siti contaminati

Nell'archivio Arpa Emilia-Romagna denominato "Catasto siti contaminati" (rapporto del 2015), sono inseriti, nel territorio provinciale di Bologna, 88 siti con procedura aperta, ossia in corso di bonifica. Nel Catasto sono presenti i siti potenzialmente contaminati secondo le definizioni dettate dal DM 471/99 ma non quelli ai sensi dell'art. 240 comma 1 lettera d) del D.Lgs. 152/2006.

Sono suddivisi in siti industriali (46), punti vendita carburante (34), siti da ricondursi prevalentemente ad avvenimenti accidentali (8).

Si trovano soprattutto a Bologna e a nord della via Emilia.

Figura 3.5 Siti contaminati nella Città Metropolitana di Bologna, 2015



3.6. Amianto

L'amianto è stato largamente usato per le sue eccezionali proprietà di resistenza al fuoco, di isolamento termico ed elettrico, per la facilità di lavorazione, perchè facilmente mescolabile ad altre sostanze, per le capacità fonoassorbenti e per ultimo, ma non trascurabile motivo, per il suo basso costo. Nel nostro Paese tra il 1984 e il 1988 sono stati impiegati dalle industrie e nelle costruzioni 3 milioni di tonnellate di amianto, di cui 2,5 milioni destinati alle coperture. L'accertata nocività per la salute, legata all'inalazione di fibre di amianto, ha portato a vietarne l'uso in molti paesi. Dal 1992, in Italia è vietata l'estrazione, l'importazione e la produzione di amianto. Da allora è stata messa in opera un'attività di valutazione del rischio dei materiali contenenti amianto con successivo controllo, bonifica e, in caso di rimozione, idoneo smaltimento secondo le normative vigenti.

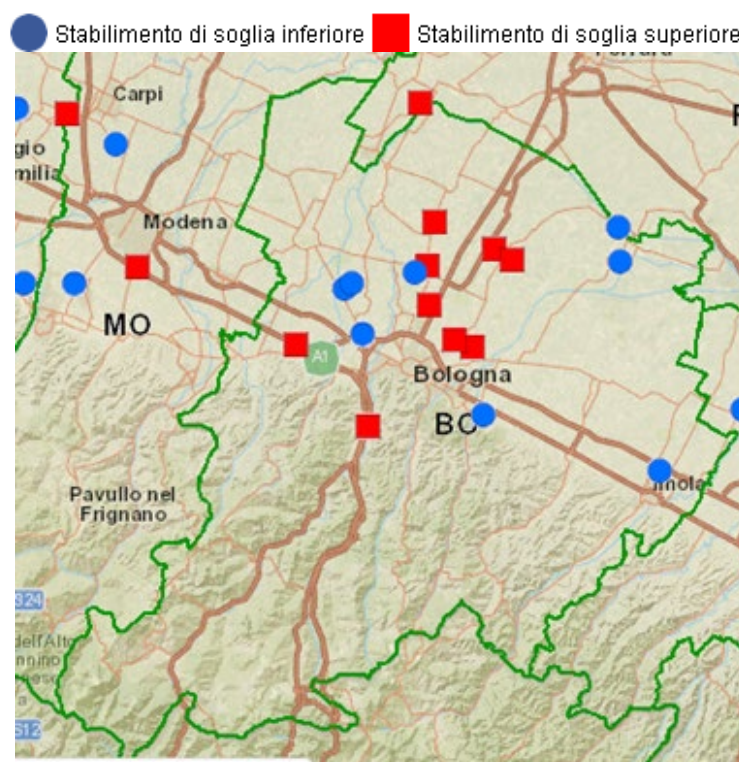
A dicembre 2016 in Emilia-Romagna le attività di bonifica per la rimozione completa del materiale contenente amianto negli edifici pubblici o privati aperti al pubblico ha riguardato 894 siti, su un totale di 1.198, ossia il 74% dei siti. I siti rimasti comprendono anche quelli su cui sono stati effettuati gli interventi di parziale rimozione o bonifica come incapsulamento/confinamento. Nel territorio corrispondente a quello dell'Azienda USL rimangono ancora 22 siti pubblici o privati aperti al pubblico contenenti amianto, di questi 4 non sono in uso o non sono aperti al pubblico.

Le attività di bonifica sono il risultato di segnalazioni di cittadini e di progetti di censimento e mappatura realizzati negli anni 1996-2000 e 2004-2006. Le attività di prevenzione e di rimozione si sono concentrate principalmente sulle classi di priorità a rischio più elevato, non vi sono più siti in classe di priorità 1 e la riduzione dei siti in classe di priorità 2 è pari all'80% circa. La mappatura è aggiornata periodicamente dalla Regione sulla base dei piani di controllo attuati dalle Aziende USL e visualizzabile nel sito: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/rapporti/rapporto-amianto-mappatura-edifici-31-dicembre-2016>.

3.7. Attività industriali a rischio di incidente rilevante

Nella Città Metropolitana di Bologna, sono stati censiti 16 stabilimenti a rischio di incidente rilevante. Sulla base del D.Lgs 104/2015, che distingue gli stabilimenti di soglia inferiore e superiore a seconda dei quantitativi di sostanze pericolose presenti, 7 sono considerati di soglia inferiore e 9 di soglia superiore. La maggior parte degli stabilimenti si trova nella parte più a nord del territorio.

Figura 3.6 Stabilimenti a rischio di incidente rilevante, Città Metropolitana di Bologna, 2018



3.8. Campi elettromagnetici

Negli ultimi decenni, si è molto modificato il tema ambientale legato alle onde elettromagnetiche; infatti, a elettrodotti, cabine di trasformazione per la distribuzione dell'energia elettrica e impianti per la diffusione radiotelevisiva si sono aggiunti tutti gli impianti legati alla rete di telefonia mobile. Il quadro di riferimento è in grande trasformazione per il passaggio alla televisione digitale, l'uso di nuove bande di frequenza per le reti mobili a banda larga LTE ed il crescente utilizzo del wifi.

Le principali sorgenti artificiali di campi elettrici e magnetici a frequenza estremamente bassa che possono interessare la vita quotidiana delle persone, sono i sistemi di trasmissione e distribuzione di energia elettrica (elettrodotti), costituiti da linee elettriche a differente grado di tensione (altissima, alta, media, bassa) e da sottostazioni e cabine di trasformazione elettrica.

La lunghezza delle linee elettriche ad altissima tensione nel territorio della Città Metropolitana di Bologna è di circa 285 km, quelle ad alta tensione 882 km, a media tensione 6.768 km, mentre quelle a bassa tensione raggiungono una lunghezza di circa 11.618 km. Gli impianti di trasformazione, sezionamento o consegna utente sono 10.399, di questi il 99,4% è costituito da impianti MT/bt, distribuiti in modo omogeneo.

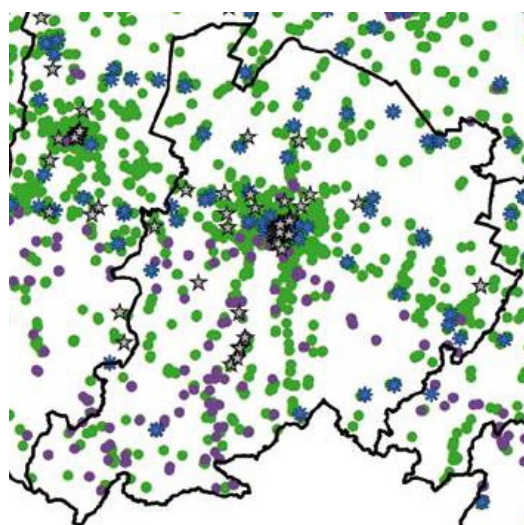
Figura 3.7 Rete di trasporto e distribuzione di energia elettrica ad AAT e AT in Emilia Romagna (elettrodi ed impianti), 2016



Per quanto riguarda l'esposizione ai campi elettromagnetici a bassa frequenza, il monitoraggio in continuo ha evidenziato livelli di campo magnetico contenuti entro i $3 \mu\text{T}$.

Nel 2016, nella Città Metropolitana di Bologna il numero di siti radiotelevisivi erano 112, quelli radiobase 993.

Figura 3.8 Siti per telefonia mobile (SRB tradizionale, microcelle e WiMax) e radiotelevisivi (RTV) sul territorio provinciale, 2016



Siti SRB attivi al 31/12/2016

- Siti SRB - tradizionali
- ⊕ Siti SRB - tradizionali su piattaforma
- ★ Siti SRB - microcelle
- ✱ Siti SRB - WiMax

Siti RTV attivi al 31/12/2016

- Siti RTV per diffusione

Anche nel 2016 non si sono riscontrati superamenti dei valori di riferimento normativi per impianti di radiotelecomunicazione (stazioni radiobase e impianti radiotelevisivi).

Il monitoraggio in continuo dei campi ad alta frequenza non ha evidenziato nel 2016 superamenti dei valori di riferimento normativo.

3.9. Radiazioni ionizzanti

Nel territorio della Città Metropolitana di Bologna alla fine del 2017 le attività radiologiche autorizzate erano distribuite in diversi settori come indicato nella tabella seguente.

Tabella 3.1 Attività radiologiche autorizzate per settore, Città Metropolitana, 2017. Fonte: Città Metropolitana di Bologna

Tipologia	Pratiche con radioisotopi	Pratiche con macchine radiogene
Strutture sanitarie	12	9
Attività industriali	8	13
Attività di ricerca	10	3
Attività di servizio	3	3

Le attività sanitarie che utilizzano sorgenti radioattive o macchine radiogene sono autorizzate dai Sindaci, mentre quelle industriali e di ricerca sono autorizzate dal Prefetto. La maggioranza delle pratiche radiologiche non è invece soggetta ad autorizzazione, ma a semplice comunicazione corredata da relazione di un esperto qualificato, come ad esempio gli studi odontoiatrici.

I livelli di radiocontaminazione rilevati nelle matrici ambientali e negli alimenti dalla rete regionale di monitoraggio non sono significativi. Le concentrazioni di cesio e stronzio nelle deposizioni al suolo, nonché nelle altre matrici sottoposte ad analisi nel 2014, presentano valori comparabili a quelli rilevati prima dell'evento di Chernobyl del 1986.

Manca un sito nazionale per lo smaltimento dei rifiuti radioattivi. Ciò obbliga la detenzione degli stessi presso i siti di produzione o presso centri autorizzati di raccolta.

Per quanto riguarda il radon, in Emilia-Romagna, anche sulla base di approfondimenti avvenuti negli ultimi decenni quali campagne di misure in abitazione ed edifici scolastici, il radon non è considerato un problema prioritario per la salute della popolazione.

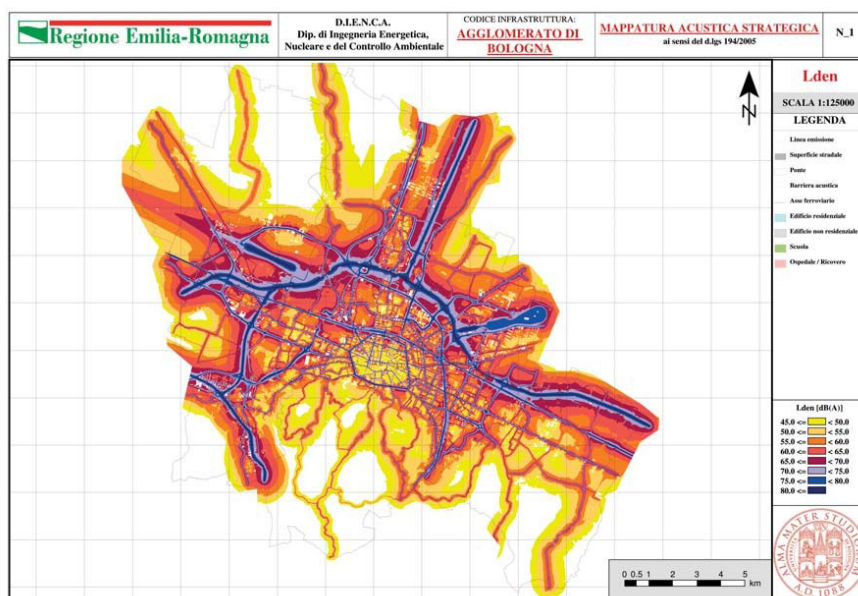
La campagna nazionale di rilevazione del radon nelle abitazioni, condotta negli anni 1989-1990, ha evidenziato nella regione una concentrazione medio bassa rispetto alla media nazionale, con valori inferiori ai 400 Bq/m³ (livelli di riferimento indicato dall'UE nel 1990 per le costruzioni esistenti). E' in fase di recepimento a livello nazionale la Direttiva 2013/59/Euratom con nuovi limiti per le concentrazioni di radon per le radiazioni emesse da materiali da costruzione.

3.10. Rumore

Il rumore è un altro fattore ambientale di rilievo per la salute pubblica e rappresenta uno dei più frequenti motivi di segnalazione ad Arpae.

L'emanazione della Direttiva europea 2002/49/CE, recepita in Italia con il DLgs 194/05, ha introdotto a carico degli Stati membri l'obbligo di determinare l'esposizione della popolazione al rumore negli agglomerati urbani e per le principali infrastrutture di trasporto. Di seguito si riporta la mappa acustica dell'agglomerato di Bologna.

Figura 3.9 Mappa acustica strategica dell'Agglomerato di Bologna – Lden, 2007. Fonte: Comune di Bologna, Regione Emilia-Romagna, Università di Bologna – Dienca



Nell'agglomerato di Bologna, la principale fonte di rumore è il traffico stradale. Una particolare attenzione merita anche il rumore aeroportuale. L'aumento del traffico aereo, con il successo dei voli low cost in tutta Europa, ha interessato in modo importante anche l'aeroporto G. Marconi di Bologna, diventando fonte di preoccupazione e disagio per le popolazioni residenti in sua prossimità. In questo senso il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda USL di Bologna ha recentemente realizzato un primo studio sulla popolazione residente nell'area limitrofa all'aeroporto a cui si rimanda (Profilo di salute della popolazione residente in prossimità dell'Aeroporto G. Marconi di Bologna, 2018).

In base alla normativa i comuni hanno l'obbligo di procedere alla classificazione acustica del territorio di competenza (zonizzazione acustica), vale a dire all'assegnazione a ciascuna porzione omogenea di territorio di una delle sei classi indicate dalla normativa (L 447/95, LR 15/01 e relativa DGR 2053/01). Nel territorio della Città Metropolitana di Bologna sono 47 (85,5%) i comuni che al 31/12/2016 avevano approvato la classificazione acustica.

E' previsto che i Comuni provvedano all'adozione e all'approvazione di un piano di risanamento acustico qualora risultino superati i valori di attenzione di cui al DPCM 14/11/97, oppure qualora nella classificazione acustica, a causa di preesistenti destinazioni d'uso, non sia possibile evitare il contatto di aree (anche appartenenti a comuni confinanti) i cui valori si discostano in misura superiore a 5 dBA di livello sonoro equivalente misurato. Sulla base delle informazioni disponibili presso Arpa, nel 2016 nella Città Metropolitana di Bologna sono 3 i comuni che hanno approvato un piano di risanamento acustico (Bologna, Castelmaggiore e Bentivoglio).

Considerando le segnalazioni arrivate ad Arpa, nel 2016 la sorgente specifica di rumore era ascrivibile soprattutto ad attività di servizio e/o commerciali (62% dei casi) in presenza di impianti quali condizionatori, ventilatori, aspiratori o ad attività musicali, meno frequentemente ad attività produttive, industriali o artigianali (30%) o a trasporti. Arpa riporta inoltre che la rumorosità prodotta dall'aggregazione di persone, all'aperto e/o al chiuso, è comunque già di per sé rilevante nel determinare condizioni di disturbo alla popolazione.

3.11. Acque

Per gli aspetti più strettamente legati alla sanità pubblica assumono particolare rilevanza i rapporti sulla qualità delle acque superficiali e sotterranee riferiti all'uso potabile, irriguo e ricreativo e di balneazione.

Per quanto riguarda le acque superficiali, per alcuni dei torrenti appartenenti al Bacino Reno e per lo stesso Reno, è previsto l'utilizzo per la produzione di acqua ad uso umano. Per la

maggioranza dei corsi superficiali, naturali e artificiali, della porzione di bacino posizionata a valle della via Emilia è previsto l'uso in agricoltura. Per le acque superficiali della nostra provincia non è stato individuato l'uso ricreativo e di balneazione.

L'espressione complessiva dello stato di un corpo idrico superficiale è la sintesi tra lo stato chimico e lo stato ecologico. Lo stato chimico è definito sulla base delle sostanze elencate nel D.M. 260/10; quello ecologico si definisce attraverso lo studio delle comunità biologiche che popolano i corsi d'acqua e che devono essere tipo-specifiche, degli inquinanti specifici, degli elementi fisico-chimici a sostegno e dell'indice idromorfologico.

Nel 2015 lo stato chimico risulta buono sia nei corsi d'acqua che degli invasi, mentre quello ecologico presenta valori peggiori. Complessivamente, le minori criticità si riscontrano a livello dei corpi idrici situati in aree appenniniche e pedecollinari o degli invasi.

Per quanto riguarda le acque sotterranee, lo stato chimico presenta criticità in diversi corpi idrici di conoide alluvionale appenninica e nei freatici di pianura. Questi ultimi, che sono a diretto contatto con tutte le attività antropiche svolte in pianura, sono stati valutati scarsi in termini di stato chimico per la presenza in particolare di nitrati e fitofarmaci. Le criticità riscontrate nelle conoidi alluvionali appenniniche sono imputabili prevalentemente alla presenza di nitrati e composti organoalogenati: i primi derivanti dalle attività agricole e zootecniche, mentre i secondi da attività antropiche, attuali o pregresse, di tipo civile e industriale, svolte nell'ambito della fascia collinare e di alta pianura corrispondente alla zona con maggiore urbanizzazione.

Lo stato chimico dei corpi idrici montani, monitorati nell'anno 2011, risulta in generale buono. I corpi idrici profondi (confinati inferiori di pianura), a parte alcune porzioni profonde e confinate di conoide, risultano in stato chimico buono seppure la qualità non risulti idonea per usi pregiati per via della presenza di ione ammonio, arsenico, boro e cloruri che sono naturalmente presenti negli acquiferi e per i quali sono stati determinati i rispettivi valori di fondo.

Lo stato quantitativo dei corpi idrici sotterranei rappresenta la sommatoria degli effetti antropici e naturali sul sistema idrico sotterraneo in termini di prelievi di acque e ricarica naturale delle falde medesime. La maggior parte dei corpi idrici sotterranei non presenta problemi di stato quantitativo. Risultano in buono stato quantitativo i corpi idrici montani, di fondovalle, freatici, delle pianure alluvionali. I problemi si riscontrano a livello delle conoidi alluvionali appenniniche, caratterizzate da importanti prelievi e limitate capacità di ricarica/stoccaggio.

4. STILI DI VITA E PREVENZIONE¹²

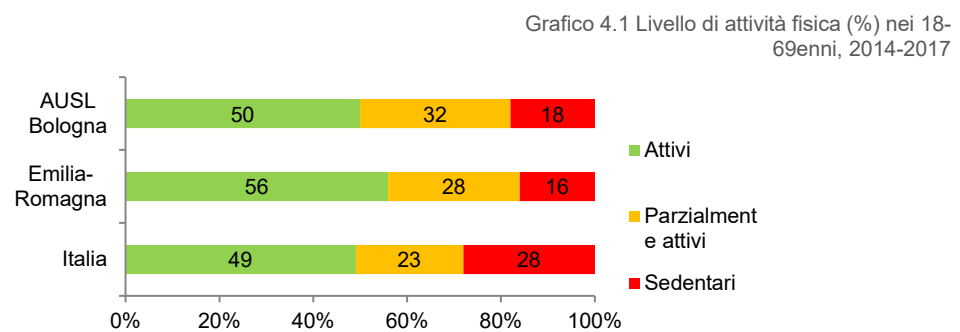
4.1. Stili di vita

La sorveglianza PASSI (Progressi delle Azienda Sanitarie per la Salute in Italia) si caratterizza come una sorveglianza in sanità pubblica che raccoglie, in continuo attraverso indagini campionarie, informazioni dalla popolazione italiana adulta (18-69 anni) sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione.

La sorveglianza PASSI è coordinata dalla Regione Emilia-Romagna e dall'Istituto Superiore di Sanità ed è attiva dal 2008. A PASSI si è aggiunta anche un'altra indagine sugli stessi temi tra la popolazione ultra 64enne, PASSI d'Argento.

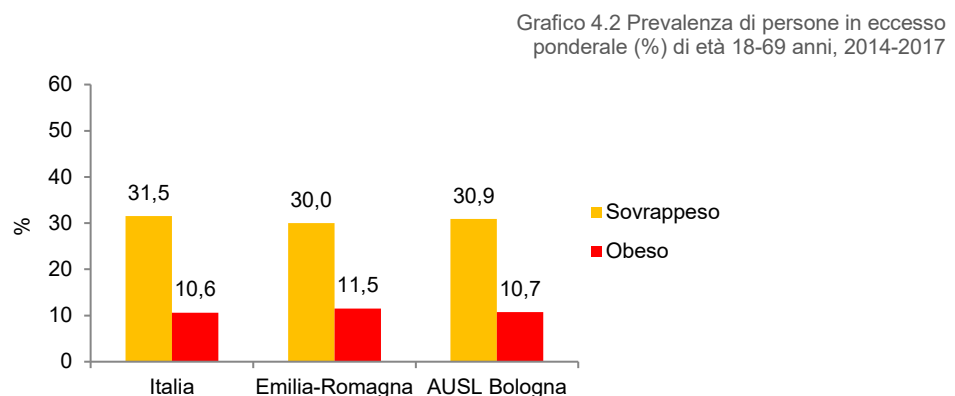
4.1.1. Sedentarietà e attività fisica

Nell'Azienda USL di Bologna il 18% delle persone tra i 18 e i 69 anni nel periodo 2014-2017 conduce uno stile di vita sedentario, pari ad una stima di oltre 101.000 persone. La quota di sedentari è lievemente superiore a quella regionale, anche se in modo non statisticamente significativo.



4.1.2. Stato nutrizionale e consumo di frutta e verdura

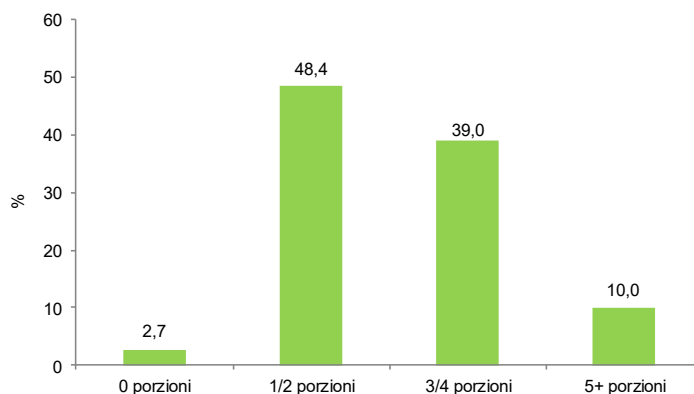
A livello aziendale il 41,6% delle persone 18-69enni presenta un eccesso ponderale, pari ad una stima di oltre 241.000 persone. Il sovrappeso aumenta con l'aumentare dell'età, passa dal 24% nella classe 18-24 anni al 54% nella classe 50-69 anni.



¹² Le fonti dei dati per la redazione del capitolo sono: il sistema di sorveglianza PASSI (dati sugli stili di vita e sugli indicatori "riferiti" relativi ai programmi di screening), la rilevazione puntuale Regione Emilia-Romagna (indicatori "osservati" sui programmi di screening) e il Servizio Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica Regione Emilia-Romagna (dati sulle coperture vaccinali).

La metà circa della popolazione tra i 18 e i 69 anni consuma solo 1-2 porzioni di frutta e verdura, mentre appena il 10% consuma le quantità minime consigliate dall'OMS, ossia le 5 porzioni corrispondenti ad almeno 400 gr al giorno ("five a day").

Grafico 4.3 Porzioni di frutta e verdura consumate in media al giorno (%) nei 18-69enni, 2014-2017.

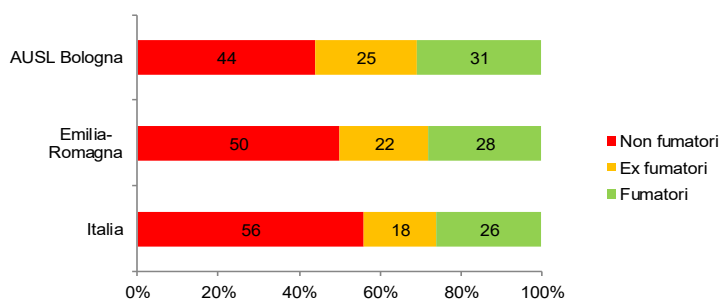


4.1.3. Abitudine al fumo di sigaretta

Nell'Azienda USL di Bologna è fumatore il 31% dei 18-69enni (corrispondente a quasi 180.000 persone), percentuale più alta di quella regionale. In Emilia-Romagna fuma sigarette meno di un terzo (28%) degli adulti 18-69enni, pari a una stima di circa 826 mila persone; il valore regionale è in linea con quello nazionale (26%).

L'abitudine al fumo inizia precocemente: dall'indagine sugli adolescenti HBSC¹³ 2014 emerge che in regione fuma sigarette l'1% degli 11enni, il 5% dei 13enni e il 29% dei 15enni, percentuali che salgono al 32% tra i 18-24enni e al 34% tra i 25-34enni. Dopo i 50 anni la prevalenza di fumatori diminuisce progressivamente: 24% tra i 50-69enni, 7% tra i 70-79enni e 4% dopo gli 80 anni (Passi d'Argento 2016-2017).

Grafico 4.4 Abitudine al fumo (%) persone di età 18-69 anni, 2014-2017

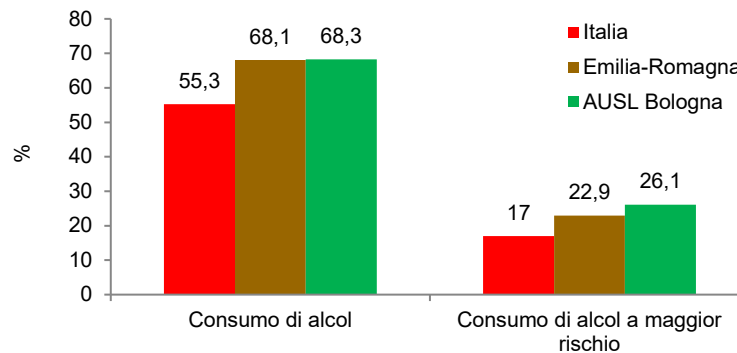


4.1.4. Consumo di alcol

Nell'Azienda USL di Bologna, secondo i dati PASSI 2014-2017, nella fascia di età 18-69 anni il 68,3% consuma alcol anche occasionalmente e il 26,1% risulta essere un consumatore di alcol potenzialmente a maggior rischio per la salute (forti consumatori abituali di alcol e/o consumatori di alcol fuori pasto e/o consumatori binge).

¹³ HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) è un'indagine multicentrica internazionale che indaga i comportamenti di salute degli adolescenti di 11, 13 e 15 anni.

Grafico 4.5 Consumo di alcool e consumo di alcool a maggior rischio (%) tra le persone di età 18-69 anni, 2014-2017

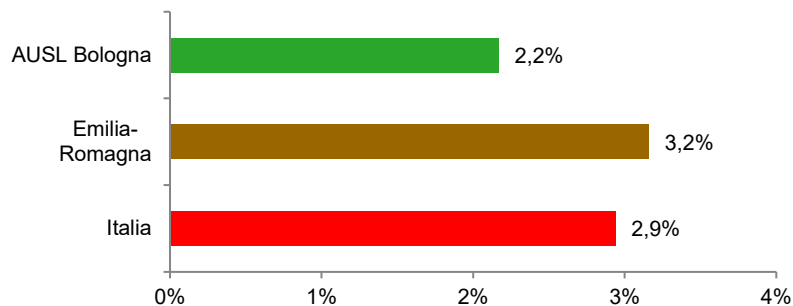


L'indagine HBSC 2014, condotta a livello regionale, indica che già molti minorenni hanno un rapporto alterato con l'alcool: il 4% degli undicenni, l'8% dei tredicenni e il 34% dei quindicenni ha riferito di aver bevuto tanto da ubriacarsi almeno una volta nella vita. Tra i quindicenni, il 4% ha dichiarato di assumere alcolici quotidianamente e il 38% dei ragazzi e il 33% delle ragazze ha riferito di aver consumato nell'ultimo anno, in un'unica occasione, 5 o più bevande alcoliche per i maschi e 4 o più bevande alcoliche per le femmine (consumo binge drinking).

4.1.5. Sicurezza domestica

Secondo i dati PASSI 2014-2017, nell'Azienda USL di Bologna si stima che il 2,2% delle persone tra 18 e 69 anni (corrispondenti a circa 17.000) abbia subito un infortunio domestico negli ultimi 12 mesi per il quale è stato necessario ricorrere a cure mediche, valore inferiore a quello regionale (3,2%). La percezione del rischio di infortunio domestico appare scarsa: solo il 5,3% degli intervistati di età 18-69 anni ha dichiarato di considerare questo rischio alto o molto alto.

Grafico 4.6 Persone che hanno subito un infortunio domestico negli ultimi 12 mesi di età 18-69 anni



Secondo i dati di PASSI d'Argento, nel biennio 2012-13, in Emilia-Romagna il 10% di questa popolazione è caduto nei 30 giorni precedenti l'intervista, pari ad una stima di circa 10.000 persone in Regione. La prevalenza di persone con 65 anni ed oltre che è caduta è significativamente più alta tra chi è a rischio e chi ha segni di disabilità.

Quasi la metà delle cadute (48%) è avvenuta in luoghi interni della casa, il 30% in strada e il 10% in giardino. Solo una piccola minoranza di persone di 65 anni ed oltre (9%) ha ricevuto negli ultimi 12 mesi consigli da parte di un medico o di un operatore sanitario su come prevenire le cadute. Due terzi circa (65%) degli ultra 64enni usa misure di sicurezza per la doccia o la vasca da bagno.

4.2. Programma di screening

L'Azienda USL di Bologna ha attivato da molti anni i programmi organizzati di screening di popolazione per la prevenzione dei tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto. Nel corso degli anni, sono state messe in campo diverse azioni con l'obiettivo di migliorare l'adesione ai programmi organizzati di screening:

- incontri con la popolazione e i medici di medicina generale (MMG)
- introduzione del sollecito nello screening cervicale
- azioni per aumentare la tempestività e la qualità dell'invio delle lettere di invito
- modifiche negli orari di apertura dei consultori dei Distretti Pianura Est e Ovest, riapertura della sede di San Pietro in Casale, ritorno all'appuntamento su sedi che avevano perso adesione nel passaggio a libero accesso come Pieve di Cento e Castiglione dei Pepoli.

In questo paragrafo, a partire dai dati del programma di screening e dalla sorveglianza PASSI, vengono presentati i principali indicatori declinati per anno, età e localizzazione distrettuale (vedi allegato e capitoli sui singoli distretti) confrontando i valori con quelli delle altre Aziende della Regione Emilia-Romagna. Verranno presentati i seguenti indicatori:

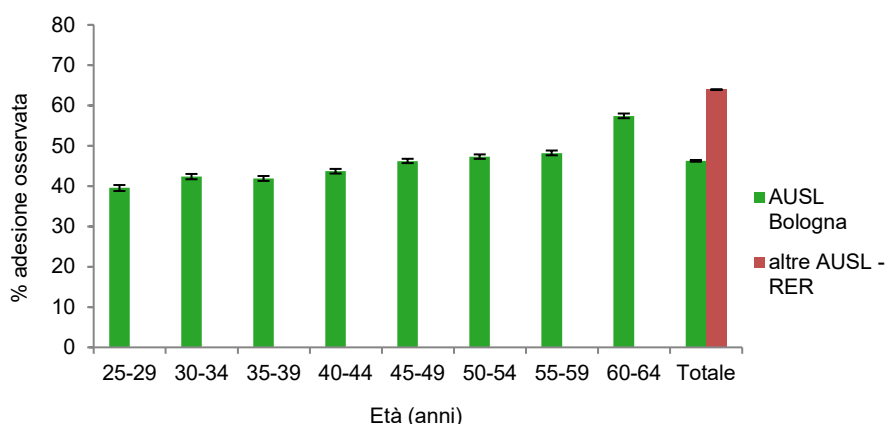
- estensione dell'invito osservata: % della popolazione bersaglio che è stata invitata per effettuare il test all'interno del programma organizzato
- adesione osservata: % della popolazione eleggibile che ha ricevuto l'invito e che ha effettuato il test all'interno del programma organizzato
- adesione riferita: % della popolazione bersaglio che riferisce di aver effettuato il test gratuitamente
- copertura totale riferita: % della popolazione bersaglio che "riferisce" di aver effettuato il test all'interno (gratuitamente) o fuori (a pagamento) dal programma organizzato.

I dati relativi all'estensione dell'invito e all'adesione osservata provengono dalla rilevazione puntuale, i dati sull'adesione riferita e sulla copertura totale da PASSI.

4.2.1. Screening per il tumore del collo dell'utero

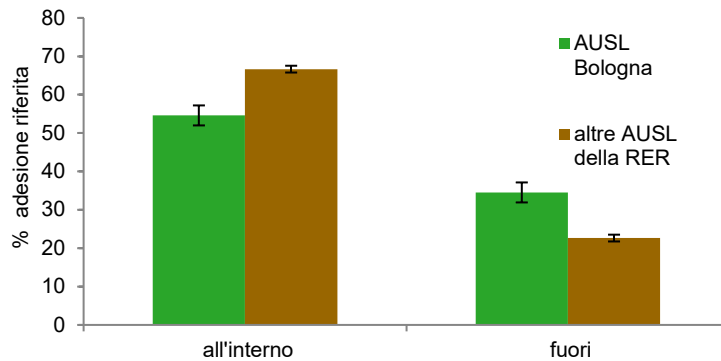
Tra il 2015-2017, delle 242.855 donne bersaglio per lo screening, il 99,9% è stato invitato ad effettuare il test (Pap test o test HPV) ed il 46,3% ha aderito al test all'interno del programma. La percentuale di adesione risulta essere significativamente inferiore rispetto a quella delle altre aziende regionali (63,9%). Valori di adesione significativamente più bassi si riscontrano nelle più giovani e valori significativamente più elevati si osservano nelle 60-64enni.

Grafico 4.7 Adesione osservata (%) al test di screening (Pap test o test-HPV) all'interno del programma organizzato, 2015-2017



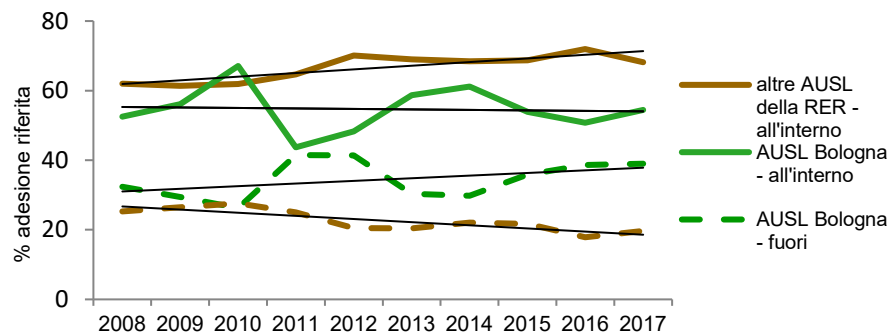
Secondo l'indagine PASSI, nel periodo 2008-2017, il 54,6% riferisce di aver effettuato il test all'interno del programma ed il 34,7% al di fuori del programma per una copertura totale dell'89,3%. Anche questa fonte conferma che l'adesione al test all'interno del programma nell'Azienda di Bologna è stata significativamente inferiore rispetto al resto della Regione (66,7%), il contrario di quanto avvenuto per l'adesione al test fuori dal programma.

Grafico 4.8 Adesione riferita (%) al test di screening (Pap test o test-HPV) all'interno o fuori dal programma di screening, 2008-2017



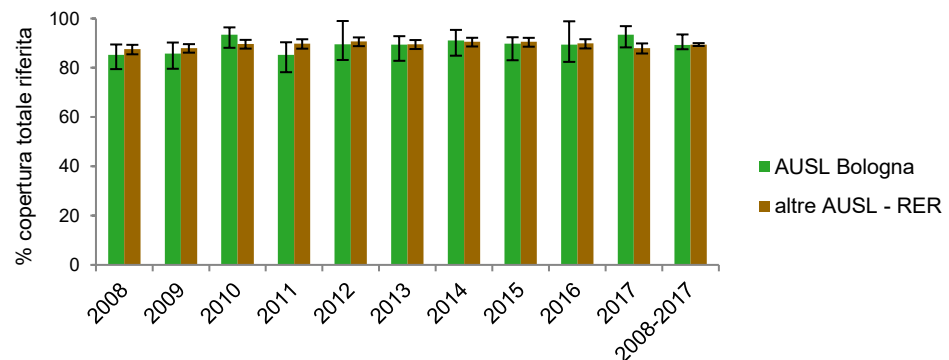
L'andamento temporale dell'adesione al test mostra che tra il 2008 ed il 2017 l'adesione riferita al test all'interno del programma nell'Azienda USL di Bologna è in diminuzione, il contrario avviene per l'adesione fuori programma. Nelle altre Aziende USL della Regione Emilia-Romagna si evidenzia l'opposto.

Grafico 4.9 Adesione riferita (%) al test di screening (Pap test o test-HPV) all'interno o fuori dal programma di screening per anno, 2008-2017



L'andamento complessivo della copertura totale non presenta un trend evidente, si nota in ogni caso che nel 2017 la percentuale ha raggiunto il 93%, valore più elevato, ma non statisticamente significativo, rispetto al resto della Regione (88%).

Grafico 4.10 Copertura totale riferita (%) al test di screening (Pap test o test-HPV) nei tempi raccomandati per anno, 2008-2017

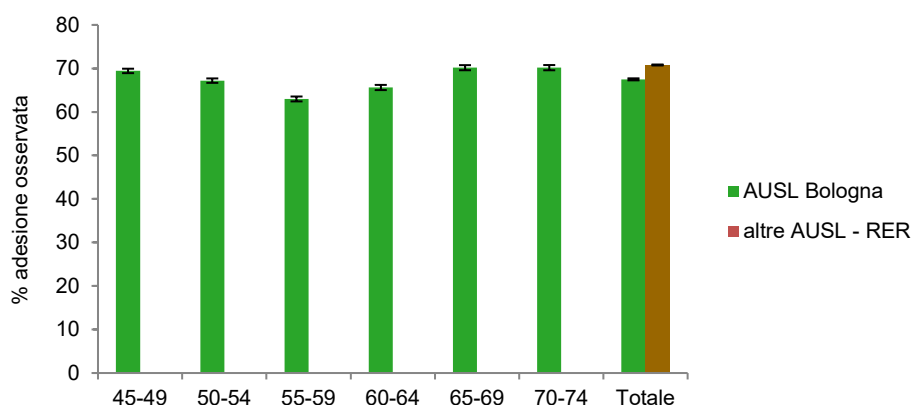


In linea con il dato della rilevazione puntuale del programma relativo all'adesione, la copertura totale nelle 25-29enni risulta significativamente più bassa rispetto a quella delle over 30enni.

4.2.2. Screening per il tumore della mammella

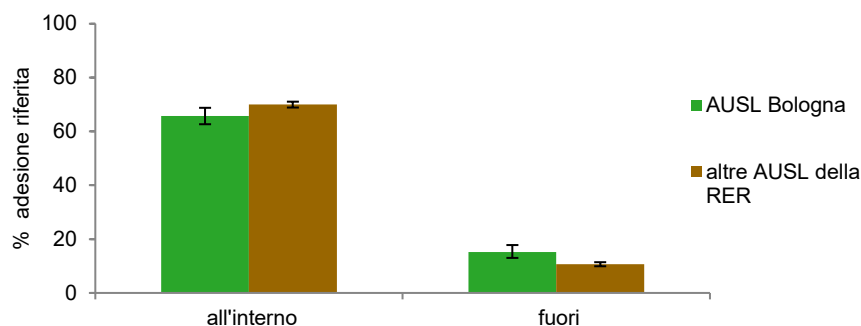
Nel biennio 2016-2017 delle 184.277 donne bersaglio per lo screening il 99,1% è stato invitato ad effettuare il test (la mammografia) ed il 67,5% ha aderito al test all'interno del programma, percentuale significativamente inferiore a quella delle altre Aziende regionali (70,8%). L'adesione all'interno del programma è significativamente più elevata nelle over 65enni seguite dalle 45-49enni e più bassa nelle 55-59enni rispetto alle altre classi d'età.

Grafico 4.11 Adesione osservata (%) al test di screening (mammografia) all'interno del programma organizzato, 2016-2017



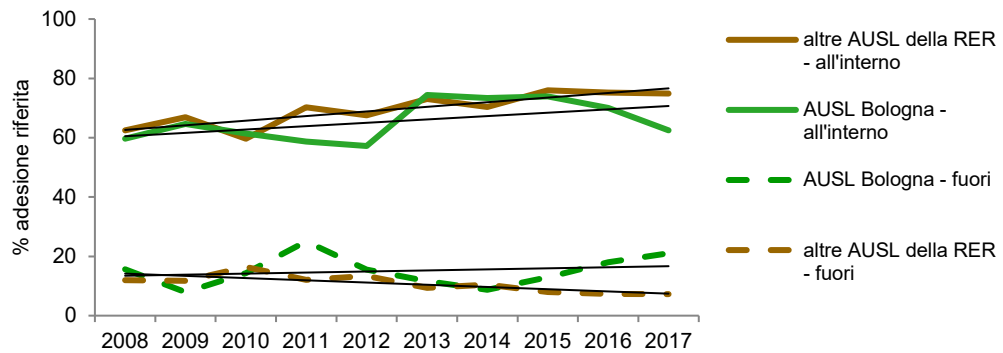
Secondo l'indagine PASSI, nel periodo 2008-2017, l'83% delle donne bersaglio riferisce di aver ricevuto l'invito, l'81,2% riferisce di aver effettuato la mammografia, il 65,8% all'interno del programma ed il 15,4% al di fuori del programma. Anche l'indagine PASSI (2008-2017) evidenzia che l'adesione al test all'interno del programma nell'Azienda di Bologna è stata significativamente inferiore rispetto al resto della Regione (70%), il contrario di quanto avvenuto per l'adesione al test fuori dal programma.

Grafico 4.12 Adesione riferita (%) al test di screening (mammografia) all'interno o fuori dal programma di screening, 2008-2017



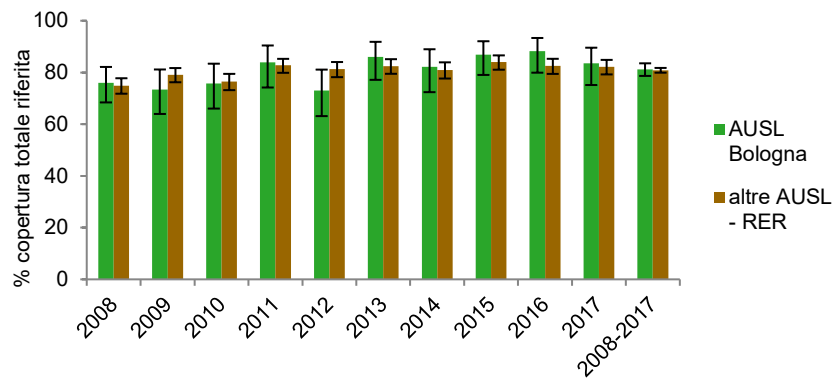
Tra il 2008-2017, l'adesione al test, sia all'interno che fuori dal programma nell'Azienda USL di Bologna, evidenzia complessivamente un trend in aumento anche se negli ultimi anni si è iniziato a registrare una riduzione della percentuale di adesione all'interno del programma con un aumento di quella fuori dal programma. Nelle altre Aziende della Regione l'adesione al test fuori dal programma tende a decrescere.

Grafico 4.13 Adesione riferita (%) al test di screening (Mammografia) all'interno o fuori dal programma di screening per anno, 2008-2017



L'andamento complessivo della copertura totale evidenzia, come nel resto della regione, una crescita.

Grafico 4.14 Copertura totale riferita (%) al test di screening (mammografia) nei tempi raccomandati per anno, 2008-2017

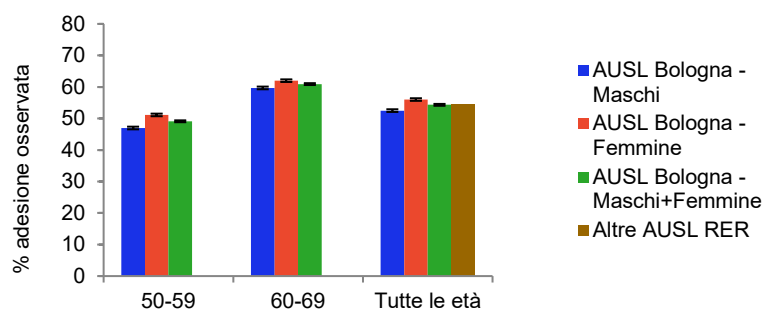


La copertura totale nelle donne di età tra i 45 ed i 49 anni è significativamente più bassa rispetto a quella delle over 50 anni.

4.2.3. Screening per il tumore del colon-retto

Da marzo 2016 a marzo 2018 dei 236.289 soggetti bersaglio per lo screening, dei quali il 52% uomini ed il 48% donne, il 100% è stato invitato ad effettuare il test ed il 54,3% ha aderito al test all'interno del programma in misura paragonabile alle altre Aziende regionali. L'adesione all'interno del programma è significativamente più bassa nei maschi (52,5%) rispetto alle femmine (56%) e significativamente più elevata negli over 60enni sia maschi (60% vs 47%) che femmine (62% vs 51%).

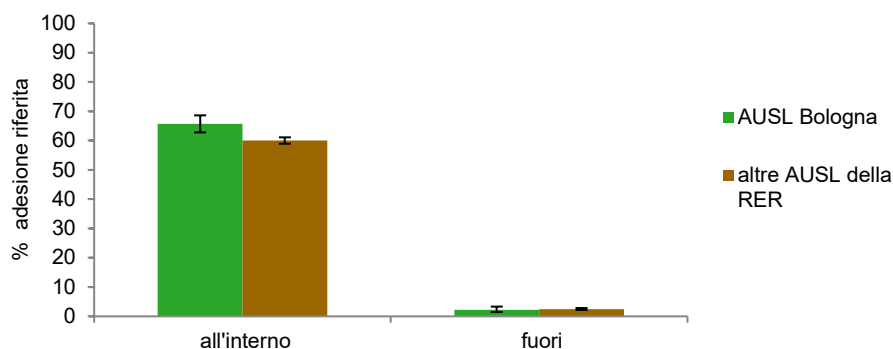
Grafico 4.15 Adesione osservata (%) al test di screening (FOBT) all'interno del programma organizzato, marzo 2016-marzo 2018



Secondo l'indagine PASSI, tra il 2010 ed il 2017, il 91% dei soggetti bersaglio riferisce di aver ricevuto la lettera d'invito, la copertura al test ha raggiunto il 68,3% ed è significativamente più elevata rispetto al resto della Regione (62,8%).

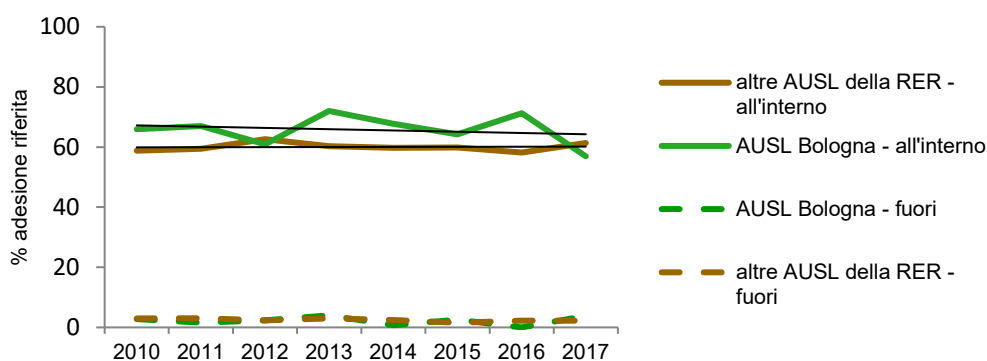
Tra il 2010-2017 l'adesione riferita al test all'interno del programma nell'Azienda di Bologna (65,8%) è stata significativamente superiore rispetto al resto della Regione (60%), mentre l'adesione al test fuori dal programma è paragonabile e sostanzialmente trascurabile.

Grafico 4.16 Adesione riferita (%) al test di screening (FOBT) all'interno o fuori dal programma di screening, 2010-2017



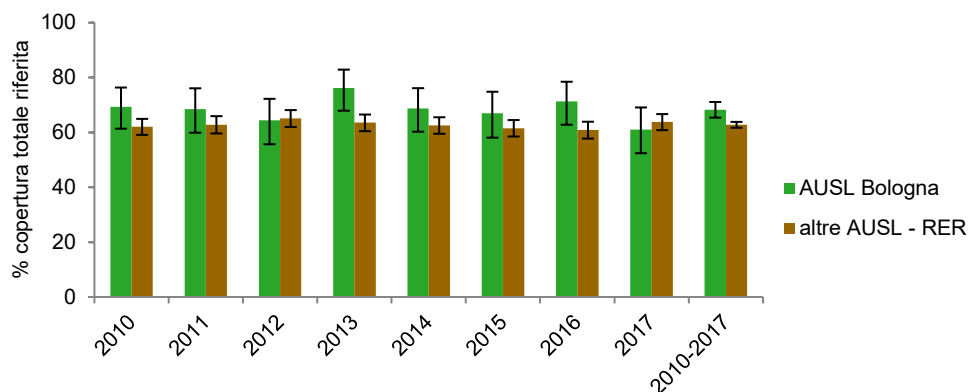
Tra il 2010-2017 l'adesione riferita al test all'interno del programma nell'Azienda USL di Bologna presenta variazioni interannuali ma senza che vi sia un chiaro trend, nelle altre Aziende USL della Regione Emilia-Romagna si osserva invece una stabilità tra gli anni.

Grafico 4.17 Adesione riferita (%) al test di screening (FOBT) all'interno o fuori dal programma di screening per anno, 2008-2017



Similmente, anche la copertura riferita totale non presenta un chiaro trend in aumento o in riduzione, e neppure differenze di genere; risulta invece significativamente più bassa nei 50-54enni rispetto a quella degli over 55enni in ambedue i generi.

Grafico 4.18 Copertura totale riferita (%) al test di screening (FOBT) nei tempi raccomandati per anno, 2010-2017



4.3. Coperture vaccinali per morbillo, varicella e rosolia

Nel 2016, le coperture vaccinali¹⁴ al 24° mese nell'Azienda USL di Bologna per morbillo, varicella e rosolia risultano essere pari rispettivamente all'87,0% (6.380 bambini vaccinati), all'1,6% (114 bambini vaccinati) e all'86,9% (6.371 bambini vaccinati). I dati di copertura sono in linea con quelli regionali.

Tabella 4.1 Copertura vaccinale al 24° mese per morbillo, varicella e rosolia, 2016

Copertura vaccinale al 24° mese – coorte di nascita 2014	AUSL di Bologna		Regione Emilia-Romagna	
	n	%	n	%
Morbillo	6.380	87,0	32.351	87,5
Varicella	114	1,6	499	1,3
Rosolia	6.371	86,9	32.304	87,3

¹⁴ La popolazione di riferimento per la costruzione degli indicatori di copertura vaccinale al 2016 è relativa ai residenti nell'Azienda USL di Bologna al 01/01/2016 per coorte di nascita 2014.

5. MORTALITA'¹⁵

Nell'Azienda USL di Bologna, nel 2017, sulla base del Registro di Mortalità Causa specifico, si sono osservati 10.302 decessi (4.795 maschi e 5.507 femmine), ossia 1.173 decessi per 100.000 abitanti. Le malattie del sistema circolatorio e i tumori causano oltre il 60% dei decessi, rispettivamente il 33,7% e 28,2%, seguono nella graduatoria delle principali cause di morte le malattie dell'apparato respiratorio (8,8%) e i disturbi psichici (5,2%).

Tabella 5.1 Mortalità per gruppi di cause: numero di decessi, mortalità proporzionale e tasso standardizzato con intervallo di confidenza, 2017.

Cause di Morte	Decessi	%	Tasso standardizzato per 100.000	IC 95%	
Malattie del sistema circolatorio	3.458	33,7	235,3	227,4	243,3
Tumori	2.894	28,2	233,4	224,7	242,1
Malattie dell'apparato respiratorio	906	8,8	61,0	57,0	65,1
Disturbi psichici	536	5,2	34,0	31,1	36,9
Traumatismi ed avvelenamenti	459	4,5	36,7	33,1	40,2
Malattie endocrine nutrizionali e metaboliche	441	4,3	31,8	28,7	34,9
Malattie dell'apparato digerente	348	3,4	25,0	22,3	27,7
Alcune malattie infettive e parassitarie	329	3,2	23,6	21,0	26,2
Malattie del sistema nervoso e organi dei sensi	328	3,2	24,7	22,0	27,5
Altre cause	565	5,5	-	-	-

Analizzando la mortalità proporzionale per classi di età, nella fascia 0-14 anni la principale causa è rappresentata dalle malformazioni congenite per i maschi, mentre per le femmine sono le patologie del periodo perinatale. I traumatismi sono invece la prima causa di decesso per i maschi nella fascia di età 15-44 anni e per le femmine nella fascia 15-24 anni.

I tumori sono la principale causa di morte per i maschi di 45-84 anni e per le femmine di 25-84 anni, mentre per entrambi i generi di 85 e più anni sono le malattie del sistema circolatorio a causare il maggior numero di decessi.

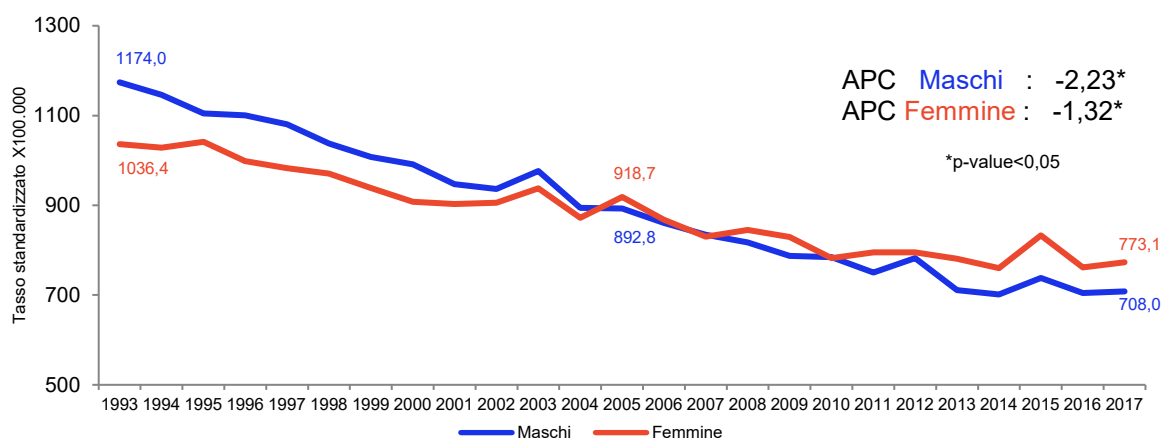
Il tasso di mortalità generale rappresenta uno dei principali indicatori utilizzati per valutare in maniera sintetica lo stato di salute di una popolazione. Nel periodo 1993-2017 l'andamento temporale del tasso di mortalità standardizzato¹⁶ nell'Azienda USL di Bologna mostra un progressivo decremento statisticamente significativo sia per le femmine che per i maschi, maggiore per quest'ultimi (-39,7% rispetto al -25,4%). Infatti, a partire dal 2005 il tasso di mortalità femminile diventa, contrariamente agli anni precedenti, più alto di quello maschile e tale si mantiene fino al 2017 (773,1 contro 708,0 per 100.000 residenti).

Sono evidenti alcune variazioni interannuali. Da segnalare ad es. l'eccesso di mortalità osservato nel 2015 rispetto all'anno precedente e al 2016. Tale fenomeno, analizzato nel dettaglio, è dovuto ad un incremento dei decessi nelle fasce d'età più anziane (over 75 anni) per malattie dell'apparato respiratorio e per malattie infettive, soprattutto nel periodo gennaio-aprile e nel mese di luglio. Fra le cause responsabili di tale incremento si sono evidenziate una ridotta copertura della vaccinazione anti-influenzale e un effetto delle ondate di calore nel mese di luglio.

¹⁵ La fonte dei dati per la redazione del capitolo è rappresentata dal Registro di Mortalità dell'Azienda USL di Bologna.

¹⁶ La popolazione standard utilizzata per tutti i tassi standardizzati è quella dell'Italia al 2001.

Grafico 5.1 Andamento tasso standardizzato della mortalità generale per genere, 1993-2017

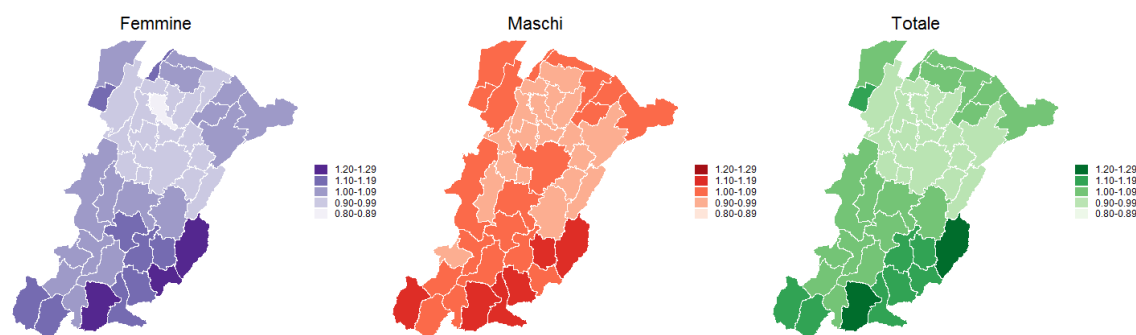


Anche osservando l'APC (Annual Percent Change) del periodo 1993-2017, si nota una variazione percentuale annua in diminuzione più alta nei maschi rispetto alle femmine (-2,23% contro -1,32%).

La mortalità nell'Azienda USL di Bologna presenta una variabilità fra i diversi territori comunali. Per rappresentare al meglio queste differenze geografiche è stato utilizzato il Rapporto Bayesiano di Mortalità (BMR) che rappresenta una stima smoothed (lisciata) del rischio relativo (RR), e viene preferito al rapporto standardizzato di mortalità (SMR) perchè consente di risolvere eventuali problemi di stabilità nelle stime in aree geografiche piccole o con un numero esiguo di osservazioni. Questo indicatore bayesiano, ottenuto mediante il modello bayesiano gerarchico proposto da Besag, York e Mollié, permette, infatti, di considerare sia la variabilità generale dei rischi, quindi l'eterogeneità complessiva, sia la variabilità spaziale valutando i rischi adiacenti all'area considerata. L'interpretazione dei BMR è analoga all'SMR, valori superiori a 1 indicano un eccesso di mortalità, mentre valori inferiori a 1 indicano un difetto di mortalità rispetto a quanto atteso.

Le stime dei BMR mostrano sia nei maschi che nelle femmine una variabilità geografica. Per entrambi i sessi si evidenzia un cluster con rischio più elevato nei comuni della montagna a sud-est, mentre una parte dei comuni a nord del Comune di Bologna evidenziano, sempre per entrambi i sessi, un andamento contrario, con un cluster di basso rischio. Nel Comune di Bologna si registra un rischio superiore all'atteso nei maschi, mentre nelle femmine il rischio è inferiore all'atteso.

Figura 5.1 Mortalità generale per genere e comune, BMR, 1993-2017



6. RICOVERI¹⁷

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) costituiscono un flusso informativo che fornisce un quadro delle patologie oggetto di ricovero ospedaliero relative ai soggetti residenti nel territorio aziendale ovunque ricoverati. Dall'analisi delle patologie indicate come causa principale di ricovero ordinario si evidenzia che, nell'anno 2017, le malattie del sistema circolatorio hanno rappresentato la causa più frequente (15,47% del totale dei ricoveri) seguite dalle patologie oncologiche (9,98%).

Tabella 6.1 Ricoveri ordinari per grandi gruppi di cause: numero di dimessi, percentuale e tasso standardizzato con intervalli di confidenza al 95%, 2017

Cause di ricovero	Dimessi	% su tutti i ricoveri	Tasso standardizzato per 1.000 abitanti	IC 95%	
Malattie del sistema circolatorio	18.183	15,47	15,00	14,78	15,22
Tumori	11.731	9,98	11,17	10,97	11,38
Malattie dell'apparato respiratorio	11.191	9,52	9,95	9,75	10,14
Traumatismi e avvelenamenti	11.031	9,39	10,07	9,88	10,27
Malattie dell'apparato digerente	10.190	8,67	9,83	9,63	10,03
Codici V ¹⁸	9.958	8,47	11,19	10,97	11,41
Malattie dell'apparato genito-urinario	8.443	7,18	8,25	8,07	8,43
Gravidanza parto puerperio	8.221	6,99	11,43	11,19	11,67
Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	7.666	6,52	7,84	7,66	8,02
Malattie del sistema nervoso	3.828	3,27	3,76	3,64	3,89
Cause mal definite	3.303	2,81	3,04	2,93	3,15
Disturbi psichici	3.261	2,77	3,51	3,39	3,64
Malattie infettive e parassitarie	3.055	2,60	2,76	2,66	2,86
Malattie endocrine nutrizionali e metaboliche	2.485	2,11	2,36	2,26	2,45
Condizioni morbose origine perinatale	1.741	1,48	2,19	2,09	2,29
Malattie del sangue org. emopoietici	1.338	1,14	1,16	1,10	1,23
Malformazioni congenite	1.136	0,97	1,39	1,31	1,48
Malattie della pelle e tessuto sottocutaneo	780	0,66	0,78	0,72	0,84
Totale	117.541	100			

Il ricorso all'assistenza ospedaliera è stato inoltre valutato mediante l'uso dei tassi di ospedalizzazione e confrontato con i valori regionali mediante la standardizzazione¹⁹ dei tassi per età e sesso. Nel 2017 il tasso standardizzato di ricovero per le malattie del sistema circolatorio è pari a 15,00 per 1.000 abitanti, quello per tumori all'11,17 per 1.000 abitanti.

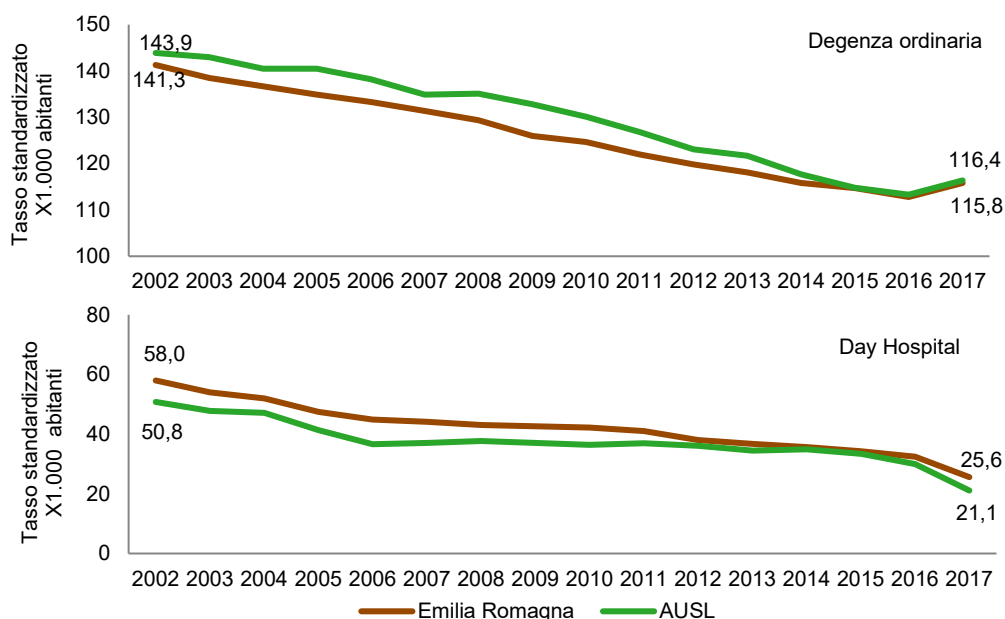
Il tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutte le patologie mostra un andamento in diminuzione nel tempo, sia per i ricoveri ordinari che per i ricoveri in Day Hospital (DH); anche se, per il regime ordinario, si nota un aumento dei ricoveri nell'ultimo anno. Stesso andamento si riscontra nell'intero territorio regionale.

¹⁷ La fonte dei dati per la redazione del capitolo è rappresentata dal SISEPS (Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali), Regione Emilia-Romagna.

¹⁸ Altri motivi di ricorso ai servizi sanitari; si utilizzano i Codici V per descrivere circostanze diverse da malattie e traumatismi che rappresentano una causa di ricovero ospedaliero.

¹⁹ La popolazione standard utilizzata per tutti i tassi standardizzati è quella dell'Italia al 2001.

Grafico 6.1 Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutte le patologie (pop. standard Italia 2012), Azienda USL di Bologna e Regione Emilia-Romagna, 2002-2017, degenza ordinaria e Day Hospital



Per quanto riguarda la popolazione straniera, la maggior parte dei ricoveri è legata alla gravidanza. Seguono i ricoveri per i codici V¹⁸ e i ricoveri per malattie dell'apparato digerente.

Tabella 6.2 Ricoveri ordinari per grandi gruppi di cause in stranieri residenti: numero di dimessi, percentuale e tasso standardizzato (pop. standard Italia 2001) con intervalli di confidenza al 95%, 2017

Cause di ricovero	Dimessi	% su tutti i ricoveri	Tasso standardizzato X 1.000 abitanti	IC 95%	
Gravidanza, parto, puerperio	2.702	27,39	19,01	18,31	19,71
Codici V ¹⁸	1.284	13,02	10,94	10,18	11,69
Malattie dell'apparato digerente	738	7,48	8,52	7,63	9,41
Malattie dell'apparato respiratorio	652	6,61	8,87	7,74	10,00
Malattie dell'apparato genito-urinario	638	6,47	7,23	6,36	8,09
Tumori	592	6,00	8,84	7,79	9,89
Traumatismi e avvelenamenti	504	5,11	6,57	5,61	7,52
Malattie del sistema circolatorio	495	5,02	10,01	8,67	11,35
Malattie sistema osteo-muscolare e connettivo	418	4,24	5,05	4,38	5,71
Condizioni morbose origine perinatale	400	4,05	2,97	2,68	3,26
Cause mal definite	241	2,44	2,56	2,10	3,02
Disturbi psichici	230	2,33	2,28	1,84	2,73
Malattie infettive e parassitarie	223	2,26	2,88	2,25	3,51
Malattie del sistema nervoso	220	2,23	2,96	2,34	3,58
Malattie endocrine nutrizionali e metaboliche	203	2,06	2,38	1,88	2,89
Malformazioni congenite	171	1,73	1,36	1,13	1,59
Malattie del sangue e org. emopoietici	97	0,98	1,04	0,70	1,37
Malattie della pelle e tessuto sottocutaneo	57	0,58	0,54	0,36	0,72
Totale	9.865	100			

7. STATO DI SALUTE ^{20,21}

7.1. Stato di salute percepita

La valutazione delle condizioni di salute di una popolazione è un problema molto complesso; l'OMS definisce la salute come uno stato di "benessere psicofisico", evidenziando sia una componente oggettiva (presenza o assenza di malattia) sia una soggettiva (il modo di vivere e percepire la malattia stessa se presente); in particolare, la percezione dello stato di salute testimonia l'effettivo benessere o malessere psicofisico vissuto dalla persona.

La salute percepita viene valutata anche nel sistema di sorveglianza PASSI già citato nel capitolo 4. In base alle interviste relative agli anni 2014-2017, risulta che il 76,1% degli intervistati dell'Azienda USL di Bologna percepisce la propria salute come buona o molto buona.

7.2. Fragilità

La fragilità, sanitaria e sociale, la sua identificazione e quantificazione, rappresenta un fenomeno particolarmente importante perché contiene ed esprime il core della domanda e del bisogno socio-sanitario a cui risponde l'Azienda USL. Definire livelli di fragilità, in termini di differenti gradi di complessità, risponde, quindi, alla necessità di pianificare, programmare e perciò ottimizzare i servizi forniti all'utenza che più di altri vi accede. E' stata studiata la fragilità nel territorio aziendale per tutti i residenti over65enni, attraverso un modello previsionale attribuendo ad ogni individuo un livello di fragilità espresso come probabilità a manifestare l'evento morte o un ricovero ospedaliero in urgenza nell'anno successivo, utilizzando molteplici variabili socio-sanitarie tratte da diversi archivi (ad es. Schede di Dimissione Ospedaliera, Esenzione ticket, Assistenza Farmaceutica Territoriale, Pronto soccorso, Assistenza Specialistica ambulatoriale, Assistenza Domiciliare Integrata, banca dati degli assegni di cura, Sistema Informativo Salute Mentale, indice di deprivazione sociale, Anagrafe sanitaria).

Nell'Azienda USL di Bologna al 01/01/2018 la popolazione over65enne con livello di fragilità alto o molto alto (50,1-100) è composta da 12.417 persone, pari al 5,8% della popolazione complessiva, mentre i soggetti con livello di fragilità medio (30,1-50) rappresentano il 9,7% della popolazione residente (20.910 soggetti). La fragilità, come ci si attende, aumenta al crescere dell'età, ed è maggiore nei soggetti deprivati e molto deprivati e nei soggetti con pluripatologie.

Tabella 7.1 Indice di fragilità nella popolazione over 65enne al 1/1/2018

Classe di fragilità	AUSL di Bologna	
	n	%
0-14	129.876	60,10
14,1-30	52.890	24,47
30,1-50	20.910	9,68
50,1-80	11.122	5,15
80,1-100	1.295	0,60

²⁰ La popolazione standard utilizzata per tutti i tassi standardizzati presenti in questo capitolo è quella dell'Italia al 2001.

²¹ Le fonti dei dati per la redazione del capitolo sono il Sistema Malattie Infettive (dati sulle malattie infettive e trasmissibili), il Registro di Mortalità dell'Azienda USL di Bologna e il SISEPS Regione Emilia-Romagna (rispettivamente per indicatori di mortalità e ospedalizzazione relativi a malattie del sistema circolatorio, tumori e diabete). I dati relativi all'HIV/AIDS sono stati elaborati direttamente dal Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica Regione Emilia-Romagna.

7.3. Malattie infettive e trasmissibili

Il sistema di sorveglianza delle malattie infettive della Regione Emilia-Romagna registra, monitora e approfondisce tutti gli eventi infettivi previsti dalle normative europee e nazionali, includendo le sorveglianze speciali definite a livello nazionale e regionale.

Nel 2017 le malattie notificate alle UO Profilassi dell'Azienda USL di Bologna sono state 3.550. Nella tabella che segue sono elencate, in ordine di frequenza, le prime 10 malattie infettive notificate nel territorio dell'AUSL di Bologna²² nell'anno 2017, che corrispondono al 77,4% del totale delle segnalazioni pervenute.

Tabella 7.2 Casi sporadici di malattia infettiva segnalati, numero di casi e numero di casi X100.000 abitanti in ordine di frequenza (prime 10 patologie), 2017

Patologia	Numero di casi	Numero di casi X100.000 ab.
Varicella	1.040	118,6
Angina streptococcica e scarlattina	314	35,8
Infezioni intestinali da altri organismi	305	34,8
Influenza	292	33,3
Acariasi	174	19,8
Sifilide recente, latente	139	15,9
Infezione gonococcica	137	15,6
Epatite virale	120	13,7
Pediculosi e ftiriasi	115	13,1
Tubercolosi	110	12,5
Totale per le prime 10	2.746	
Totale segnalazioni	3.550	
Proporzioni prime 10 sul totale (%)	77,4	

Nel 2017 in Azienda USL di Bologna sono stati segnalati 1.040 casi di varicella (circa 119 casi per 100.000 abitanti), 42 casi di pertosse (circa 5 casi ogni 100.000 abitanti), 34 casi di morbillo (circa 4 casi ogni 100.000 abitanti), 7 casi di parotite (circa un caso x 100.000) e 2 casi di rosolia (0,2 casi x 100.000).

I casi di epatite virale sono stati 120: 110 casi di epatite A (12,5 casi ogni 100.000 abitanti), 9 casi di epatite B (1 caso x 100.000) e 1 caso di epatite C (0,1 caso x 100.000).

Si sono verificati 23 casi di malattie invasive batteriche²³. I casi di malattie invasive batteriche da meningococco sono stati 5, 0,6 casi ogni 100.000 abitanti, le meningiti da pneumococco sono state 15, quasi 2 casi ogni 100.000 abitanti e un solo caso di meningite da emofilo.

I casi di influenza registrati nell'Azienda USL di Bologna sono stati 292, 33,3 casi ogni 100.000 abitanti.

Infezioni sconosciute fino a pochi anni fa costituiscono ora un rischio anche per l'Azienda USL di Bologna: Chikungunya, Dengue e Zika (trasmesse dalla zanzara tigre, zanzara del genere *Aedes Albopictus*), West Nile (trasmesso dalla zanzara comune, zanzara del genere *Culex Pipiens*), Encefalite da Toscana Virus e Leishmaniosi (trasmesse dal flebotomo) e Malaria (trasmessa dalla zanzara del genere *Anopheles*, zanzara non presente nel nostro territorio, quindi i casi che si verificano sono casi importati). I casi di Chikungunya-Dengue-Zika sono stati 8, quasi 1 caso ogni 100.000 abitanti. Si sono registrati 3 casi di febbre da West Nile neuroinvasiva (0,3 x 100.000). I casi di encefalite da Toscana Virus e Leishmaniosi sono stati rispettivamente 25 (circa 3 casi ogni 100.000 abitanti) e 15 (1,7 casi x 100.000). Nel 2017, sono stati segnalati 15 casi di malaria (1,7 per 100.000 abitanti).

²² I dati riportati si riferiscono ai casi confermati segnalati dall'Azienda USL di Bologna, relativi a residenti, domiciliati e non in Azienda.

²³ Le malattie invasive batteriche con sorveglianza sono: le meningiti da meningococco, pneumococco e emofilo, altre forme batteriche da meningococco, altre forme di meningite e le sepsi.

Il numero di casi di malattie potenzialmente trasmesse da alimenti è stato pari a 426, 48,6 casi ogni 100.000 abitanti.

I casi di legionella segnalati sono stati 58, 6,6 casi ogni 100.000 abitanti.

Si sono verificati 110 casi di tubercolosi nel 2017, di cui 76 ad interessamento polmonare (8,7 casi x 100.000) e 34 ad interessamento extra polmonare (circa 4 casi x 100.000).

Tabella 7.3 Casi di malattia infettiva segnalati, numero di casi e numero di casi X100.000 abitanti, 2017

Patologia	Azienda USL Bologna, 2017	
	Numero di casi	Numero di casi X100.000 ab.
Malattie prevenibili da vaccino		
Morbillo	34	3,9
Varicella	1.040	118,6
Parotite	7	0,8
Pertosse	42	4,8
Rosolia	2	0,2
Tetano	0	
Epatite A	110	12,5
Epatite B	9	1,0
Epatite C	1	0,1
Malattie invasive batteriche		
Meningococco (meningiti e altre forme invasive)	5	0,6
Pneumococco (meningiti)	15	1,7
Emofilo (meningiti)	1	0,1
Influenza	292	33,3
Malattie trasmesse da vettori		
Chikungunya-Dengue-Zika	8	0,9
West Nile neuroinvasiva	3	0,3
Encefalite da Toscana Virus	25	2,9
Leishmaniosi	15	1,7
Malaria	15	1,7
Malattie potenzialmente trasmesse da alimenti		
Legionella	58	6,6
Tubercolosi		
Tubercolosi ad interessamento polmonare	76	8,7
Tubercolosi ad interessamento extra polmonare	34	3,9

I dati relativi ai casi di HIV/AIDS sono elaborati dal Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica della Regione Emilia-Romagna in quanto la normativa prevede che le segnalazioni relative ai casi di HIV/AIDS afferiscano direttamente all'Assessorato alla Sanità.

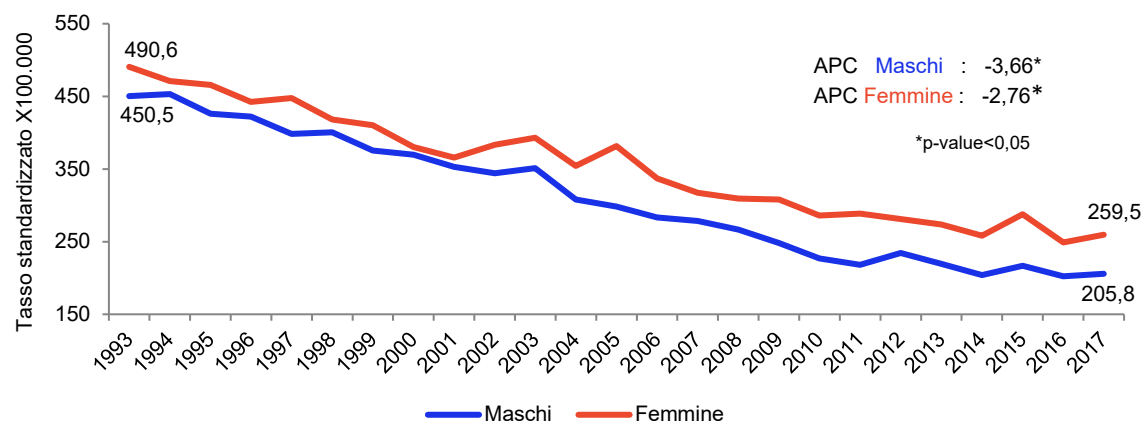
Nel biennio 2013-2014, nell'Azienda USL di Bologna il numero medio annuale di nuovi casi di AIDS è pari a 2,2 ogni 100.000 abitanti, valore superiore al dato regionale (1,7 per 100.000 abitanti). Nel corso degli anni si è osservata una riduzione del numero di nuovi casi di AIDS.

Per quanto riguarda la prevalenza, invece, c'è un graduale aumento dovuto alla diagnosi precoce e all'efficacia delle terapie. Il tasso di prevalenza nel 2014 è pari a 36,7 ogni 100.000 abitanti, valore inferiore al dato regionale (41,6 per 100.000 ab.).

7.4. Malattie del sistema circolatorio

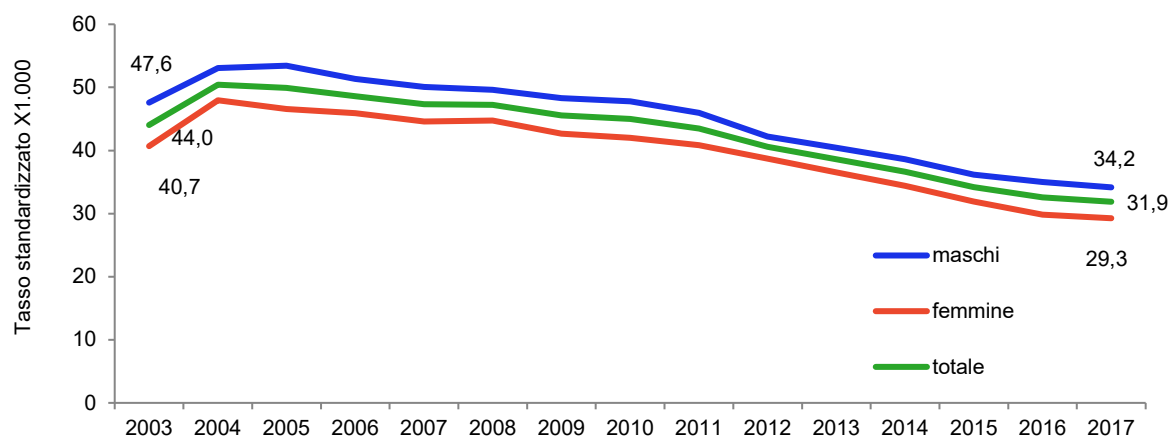
Come anticipato nel capitolo 5, nel 2017 le malattie del sistema circolatorio rappresentano la prima causa di morte con 3.458 decessi e una percentuale del 33,7% sul totale dei decessi osservati nell'anno. Nel periodo 1993-2017 si evidenzia tuttavia un trend, statisticamente significativo in diminuzione, più marcato nei maschi con un annual APC (Annual Percent Change) di -3,66%, rispetto alle femmine che hanno una variazione annua percentuale nel periodo di -2,76%.

Grafico 7.1 Andamento del tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema circolatorio per genere, 1993-2017



Anche l'analisi dell'andamento dei ricoveri mostra una riduzione del tasso standardizzato di primo ricovero per le patologie del sistema circolatorio per entrambi i generi.

Grafico 7.2 Andamento del tasso standardizzato di ospedalizzazione per malattie del sistema circolatorio per genere, 2003-2017, degenza ordinaria



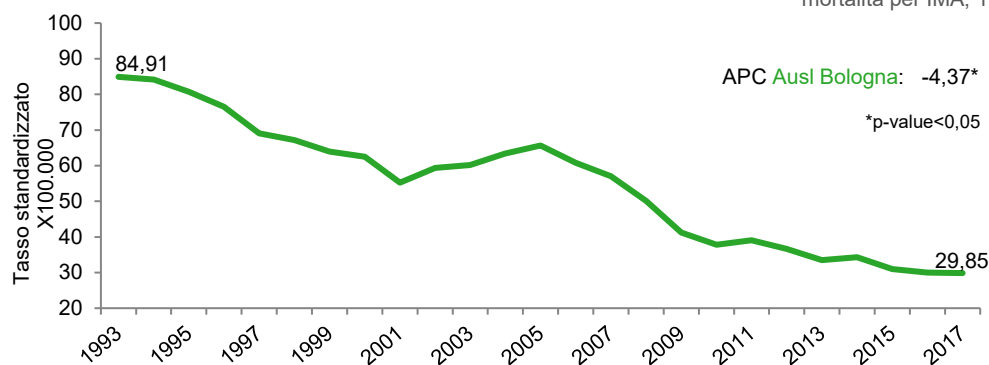
Considerando il periodo 2013-2017, il tasso standardizzato di primo ricovero per malattie del sistema circolatorio è di 197,8 per 10.000 per i maschi e 175,9 per le femmine.

Dal sistema di sorveglianza PASSI, anni 2014-2017, la percentuale di soggetti che hanno riferito di avere una malattia del sistema circolatorio è pari al 4,65%.

7.4.1. Infarto miocardico acuto e ictus

Per quanto riguarda l'infarto miocardico acuto (IMA), anche in questo caso, tra il 1993 e il 2017, si ha un trend statisticamente significativo in diminuzione della mortalità (-4,37% anno) con 404 decessi osservati in quest'ultimo anno per questa patologia.

Grafico 7.3 Andamento del tasso standardizzato di mortalità per IMA, 1993-2017



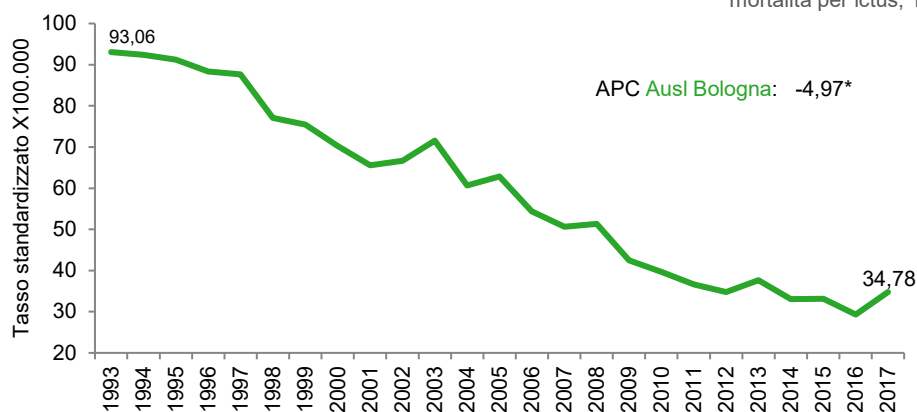
Considerando le SDO del periodo 2013-2017 ed escludendo i casi con precedente diagnosi di IMA nel periodo 2004-2012, risulta che i casi incidenti di infarto miocardico acuto sono stati 8.590 in 5 anni.

Tabella 7.4 Tasso di incidenza per IMA X10.000 abitanti, 2013-2017

Incidenza IMA	Numero casi 2013-2017	Tasso standardizzato X 10.000 abitanti	IC 95%	
Maschi	5.079	18,36	17,84	18,87
Femmine	3.511	11,03	10,66	11,41
Totale	8.590	14,58	14,26	14,89

Per quanto riguarda l'ictus si osserva che nel 2017 si sono verificati 494 decessi, con un tasso standardizzato in diminuzione nel tempo.

Grafico 7.4 Andamento del tasso standardizzato di mortalità per ictus, 1993-2017



Il numero di nuovi casi di ictus, registrato dalle SDO tra il 2013 al 2017, è superiore a 14.000.

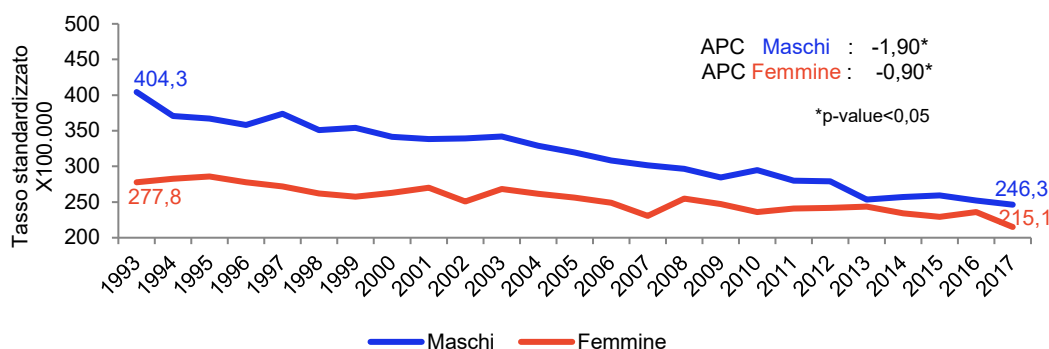
Tabella 7.5 Tasso standardizzato di incidenza per ictus, 2013-2017

Incidenza ictus	Numero casi 2013-2017	Tasso standardizzato X10.000 abitanti	IC 95%	
Maschi	6.831	23,49	22,92	24,07
Femmine	7.193	22,87	22,33	23,41
Totale	14.024	23,17	22,78	23,57

7.5. Tumori

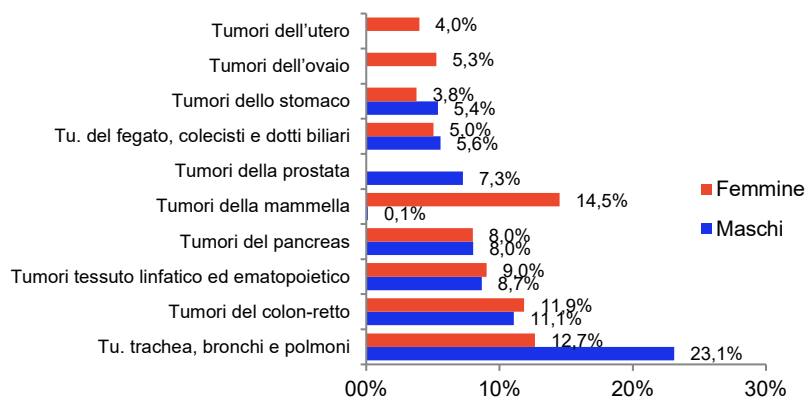
La mortalità generale per tumore è andata nel tempo diminuendo, soprattutto nella popolazione maschile. In particolare, dal 1993 al 2017 essa è calata del 64% per gli uomini, con un decremento medio annuo dell'1,9%, e del 29% per le donne, con un decremento medio annuo dello 0,9%. La riduzione è statisticamente significativa in entrambi i generi. Nel 2017 la mortalità per tumori nell'intero territorio aziendale è pari a 246 uomini ogni 100.000 e a 215 donne ogni 100.000 abitanti per un totale di 2.894 decessi.

Grafico 7.5 Andamento del tasso standardizzato di mortalità per tumori per genere, 1993-2017



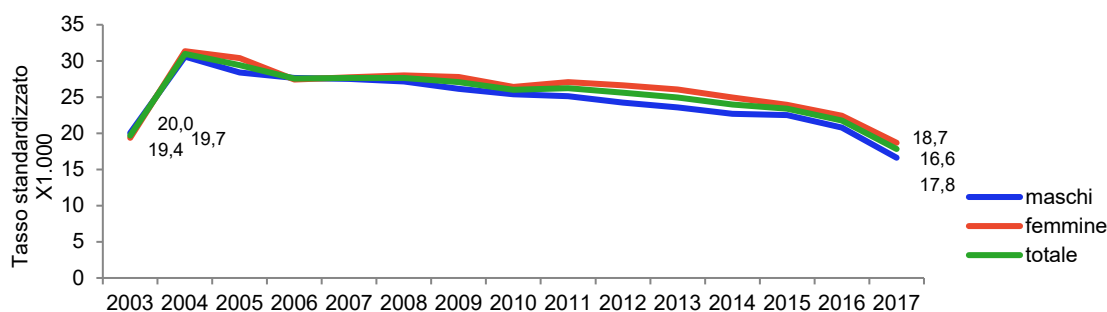
Nel 2017, la principale causa di mortalità per tumore è per i maschi il tumore del polmone, responsabile del 23,1% delle morti per patologie tumorali, mentre per le femmine è il tumore della mammella con il 14,5% seguito proprio dal tumore del polmone con il 12,7%. Seguono nella graduatoria delle principali cause di morte per tumore quelli del colon-retto, del tessuto linfatico ed ematopoietico e del pancreas.

Grafico 7.6 Mortalità proporzionale dei tumori per genere, 2017



Anche per quanto riguarda i ricoveri per tumore il trend è in diminuzione per entrambi i generi.

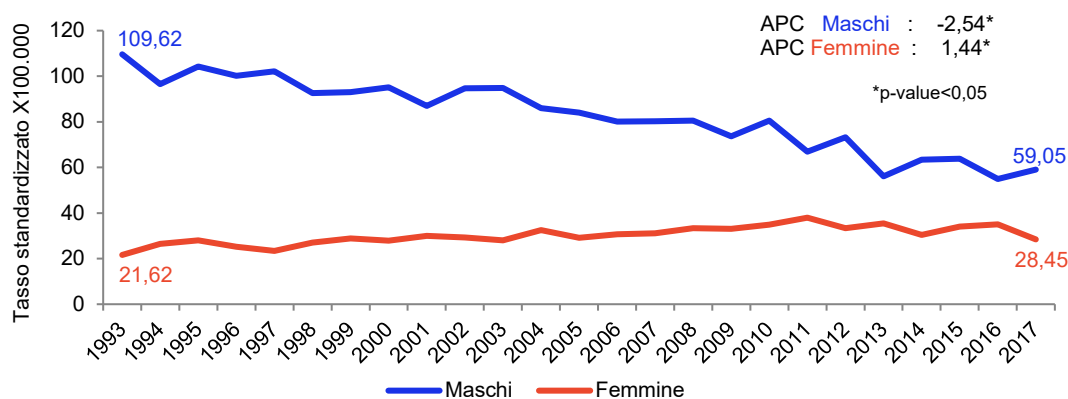
Grafico 7.7 Andamento del tasso di ospedalizzazione per tumori per genere, 2003-2017, degenza ordinaria



7.5.1. Tumore del polmone

La mortalità per tumore del polmone ha visto, dal 1993 ad oggi, due andamenti opposti per i due sessi: se, infatti, negli uomini è andata nel tempo diminuendo, nelle donne essa è cresciuta. Nel 2017 la mortalità per tumore del polmone nella popolazione maschile è di 59 abitanti ogni 100.000, con un significativo decremento medio annuo del 2,5%. Per le donne invece, nell'ultimo anno essa ha registrato un tasso di 28 casi circa ogni 100.000, con un significativo aumento medio annuo dal 1993 dell'1,4% per un totale di 528 decessi.

Grafico 7.8 Andamento del tasso standardizzato di mortalità per tumore del polmone per genere, 1993-2017



Il tasso standardizzato di primo ricovero per tumore del polmone è più alto nei maschi (8,9 vs 5,6 per 10.000 abitanti).

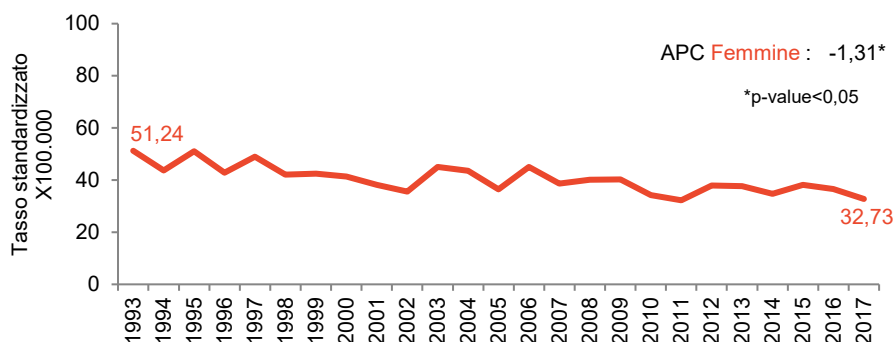
Tabella 7.6 Tasso standardizzato di primo ricovero per tumore del polmone, 2013-2017

Primo ricovero per tumore del polmone	Numero casi 2013-2017	Tasso standardizzato X10.000 abitanti	IC 95%	
Maschi	2.491	8,9	8,6	9,3
Femmine	1.543	5,6	5,3	5,9

7.5.2. Tumore della mammella

La mortalità per tumore della mammella nella popolazione femminile aziendale ha registrato un significativo decremento dal 1993 al 2017, passando da un tasso standardizzato di 51,24 donne ogni 100.000 abitanti a 32,73 nell'ultimo anno (196 decessi), con un decremento medio annuo dell'1,3%.

Grafico 7.9 Andamento del tasso standardizzato di mortalità per tumore della mammella, 1993-2017



Il tasso di primo ricovero per tumore della mammella è pari a 21,3 per 10.000 abitanti.

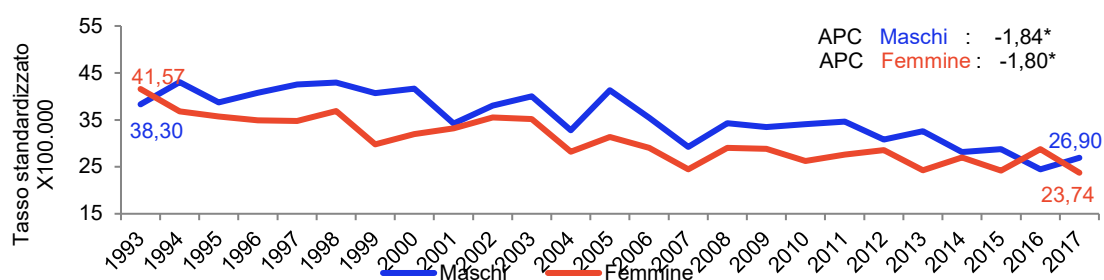
Tabella 7.7 Tasso standardizzato di primo ricovero per tumore della mammella, 2013-2017

Primo ricovero per tumore della mammella	Numero casi 2013-2017	Tasso standardizzato X10.000 abitanti	IC 95%	
Femmine	5.522	21,3	20,7	21,8

7.5.3. Tumore del colon-retto

La mortalità per tumore del colon-retto mostra una diminuzione netta statisticamente significativa nel periodo osservato, sia per la popolazione maschile che femminile, mediamente dell'1,8% all'anno. Nel 2017 il tasso standardizzato è stato pari a quasi 27 casi ogni 100.000 residenti maschi, mentre nella popolazione femminile esso è stato pari a 23,7 ogni 100.000 abitanti per un totale di 331 decessi.

Grafico 7.10 Andamento del tasso standardizzato di mortalità per tumore del colon-retto per genere, 1993-2017



Il tasso standardizzato di primo ricovero per tumore del colon-retto è più alto nei maschi (7,4 vs 6,5 per 10.000 abitanti).

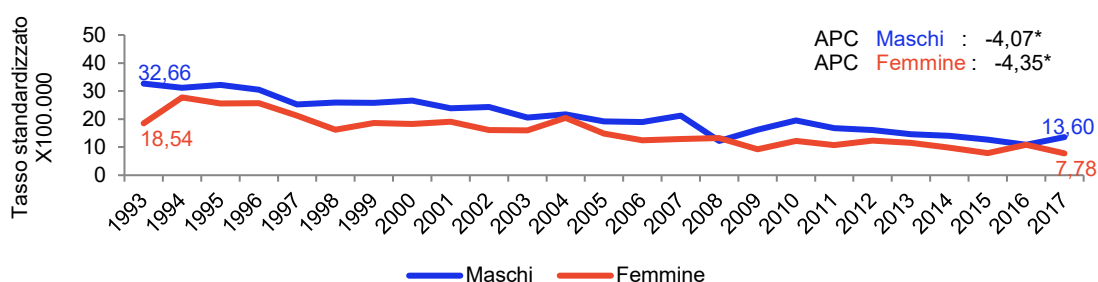
Tabella 7.8 Tasso standardizzato di primo ricovero per tumore del colon-retto, 2013-2017

Primo ricovero per tumore del colon-retto	Numero casi 2013-2017	Tasso standardizzato X10.000 abitanti	IC 95%	
Maschi	2.082	7,4	7,1	7,7
Femmine	1.877	6,5	6,2	6,8

7.5.4. Tumore dello stomaco

Anche la mortalità per tumore dello stomaco nella popolazione aziendale è andata diminuendo nel tempo, con un decremento medio annuo del 4% dal 1993 statisticamente significativo. Nella popolazione maschile il tasso standardizzato di mortalità nel 2017 è stato pari a 13,6 per 100.000 abitanti, mentre nella popolazione femminile esso è pari a 7,8 per 100.000 per un totale di 134 decessi.

Grafico 7.11 Andamento del tasso standardizzato di mortalità per tumore dello stomaco per genere, 1993-2017



Il tasso di primo ricovero per tumore allo stomaco è più alto nei maschi (2 vs 1,4 per 10.000 abitanti).

Tabella 7.9 Tasso standardizzato di primo ricovero per tumore dello stomaco, 2013-2017

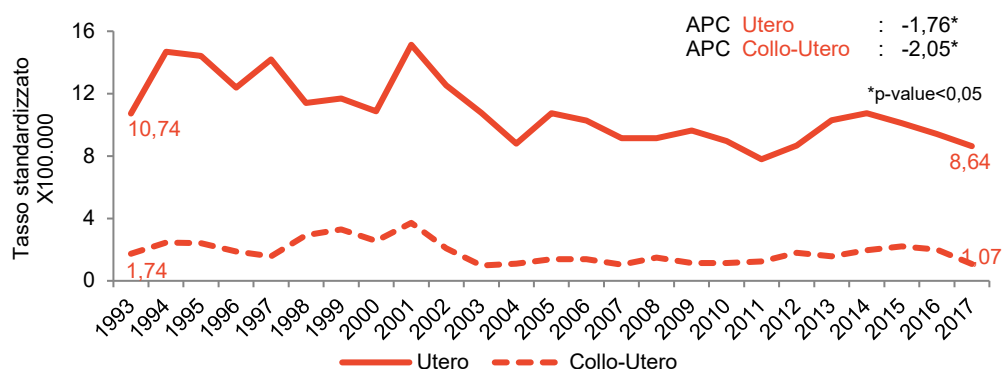
Primo ricovero per tumore dello stomaco	Numero casi 2013-2017	Tasso standardizzato X10.000 abitanti	IC 95%	
Maschi	581	2,0	1,9	2,2
Femmine	430	1,4	1,3	1,6

7.5.5. Tumore dell'utero (corpo, collo e non specificato)

Il tasso di mortalità per tumore dell'utero dal 1993 al 2017 ha visto una diminuzione media annua dell'1,76%, arrivando nell'ultimo anno a 8,64 casi ogni 100.000 abitanti, ossia 54 decessi.

Restringendo il campo al solo tumore del collo dell'utero, l'andamento risulta in calo, con una diminuzione media annua significativa del 2%, nonostante si osservino variazioni interannuali dovute anche alla scarsa numerosità dei casi.

Grafico 7.12 Andamento del tasso standardizzato di mortalità per tumore dell'utero e del collo dell'utero, 1993-2017



Il tasso standardizzato di primo ricovero per tumore del collo dell'utero è pari a 1,1 ogni 10.000 abitanti.

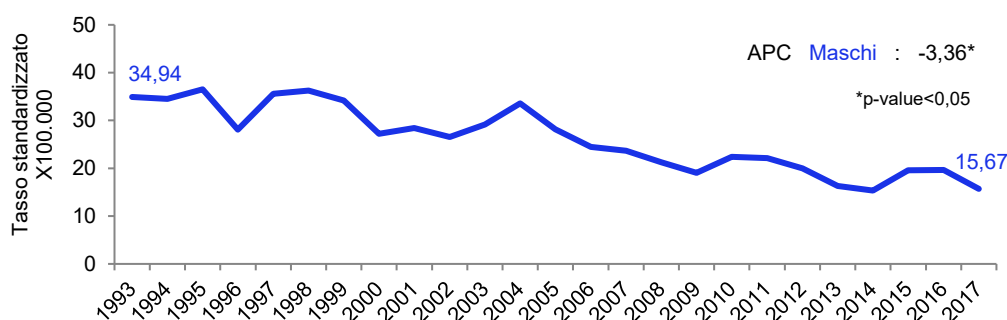
Tabella 7.10 Tasso standardizzato di primo ricovero per tumore del collo dell'utero, 2013-2017

Primo ricovero per tumore del collo dell'utero	Numero casi 2013-2017	Tasso standardizzato X10.000 abitanti	IC 95%	
Femmine	263	1,1	0,9	1,2

7.5.6. Tumore della prostata

Nella popolazione maschile aziendale, la mortalità per tumore della prostata ha registrato un significativo decremento dal 1993 al 2017, passando da un tasso standardizzato di 34,9 decessi ogni 100.000 abitanti a 15,7 nell'ultimo anno (pari a 112 decessi), con un decremento medio annuo statisticamente significativo del 3,36%.

Grafico 7.13 Andamento del tasso standardizzato di mortalità per tumore della prostata, 1993-2017



Il tasso standardizzato di primo ricovero per tumore della prostata è pari a 11,6 ogni 10.000 abitanti.

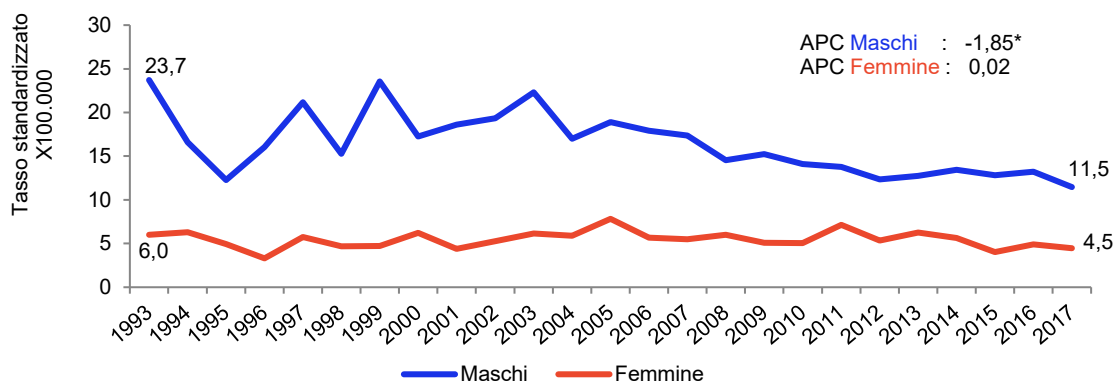
Tabella 7.11 Tasso standardizzato di primo ricovero per tumore della prostata, 2013-2017

Primo ricovero per tumore della prostata	Numero casi 2013-2017	Tasso standardizzato X10.000 abitanti	IC 95%	
Maschi	3.142	11,6	11,2	12,0

7.5.7. Tumore della vescica

La mortalità per tumore della vescica nella popolazione aziendale è andata diminuendo nel tempo per la sola popolazione maschile, con un decremento medio annuo, dal 1993, dell'1,85%, statisticamente significativo. Il tasso standardizzato di mortalità nel 2017 per i maschi e per le femmine è stato rispettivamente pari a 11,5 e a 4,5 per 100.000 abitanti, per un totale di 104 decessi.

Grafico 7.14 Andamento del tasso standardizzato di mortalità per tumore della vescica, 1993-2017



Il tasso standardizzato di primo ricovero per tumore della vescica è più alto nei maschi (9,7 vs 3 per 10.000 abitanti).

Tabella 7.12 Tasso standardizzato di primo ricovero per tumore della vescica, 2013-2017

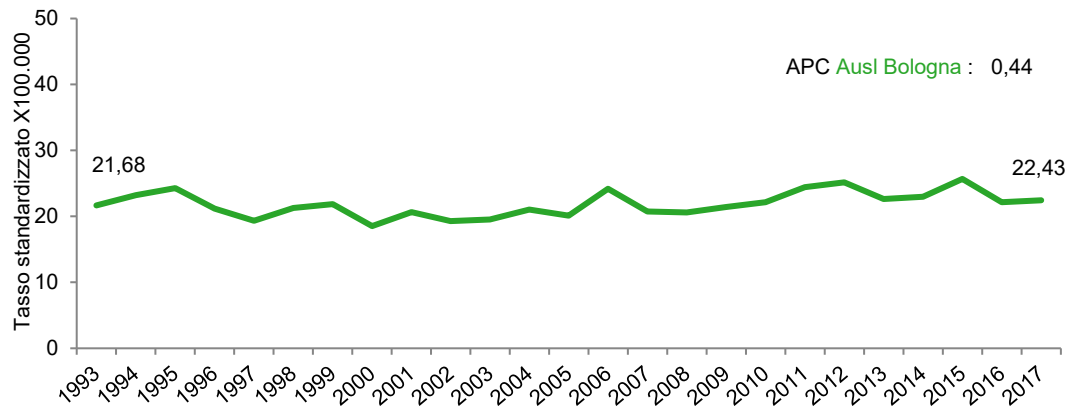
Primo ricovero per tumore della vescica	Numero casi 2013-2017	Tasso standardizzato X10.000 abitanti	IC 95%	
Maschi	2.773	9,7	9,3	10,1
Femmine	875	3,0	2,8	3,2

7.6. Diabete

Nel 2017, nell'Azienda USL di Bologna, i decessi per diabete sono stati 310 con un tasso standardizzato di mortalità di 22,4 decessi ogni 100.000 abitanti.

Nel periodo 1993-2017, i tassi standardizzati si mostrano sostanzialmente costanti, infatti si nota una variazione di soli 0,44 punti percentuali annui, valore non supportato da significatività statistica.

Grafico 7.15 Andamento del tasso standardizzato di mortalità per diabete, 1993-2017



Il tasso di prevalenza del diabete, calcolato a partire da più fonti (SDO, Assistenza farmaceutica territoriale, Archivio esenzioni ticket), è del 5,61% e risulta aumentato rispetto al 2016 in entrambi i generi (nel 2016 prevalenza nei maschi e nelle femmine rispettivamente pari a 5,23% e 4,67%).

Tabella 7.13 Tasso standardizzato di prevalenza del diabete, popolazione maggiorenne >18 anni, 2017

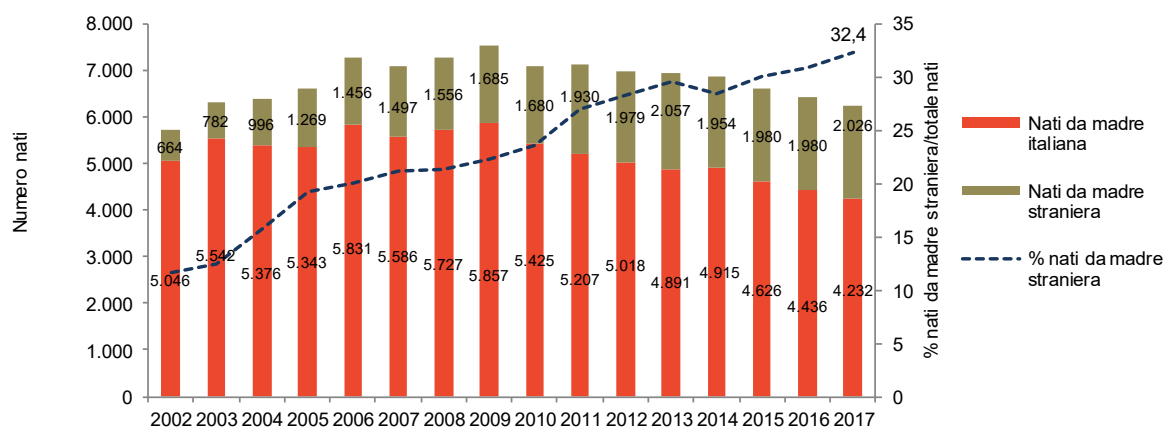
Prevalenza diabete	Numero casi	Tasso standardizzato X100 abitanti		
		Tasso standardizzato	IC 95%	
Maschi	27.564	6,05	5,98	6,12
Femmine	25.440	5,21	5,14	5,27
Totale	53.004	5,61	5,56	5,66

Dal sistema di sorveglianza PASSI, anni 2014-2017, la percentuale di soggetti che hanno riferito di avere avuto da parte di un medico una diagnosi di diabete è pari al 3,2%.

8. SALUTE MATERNO INFANTILE²⁴

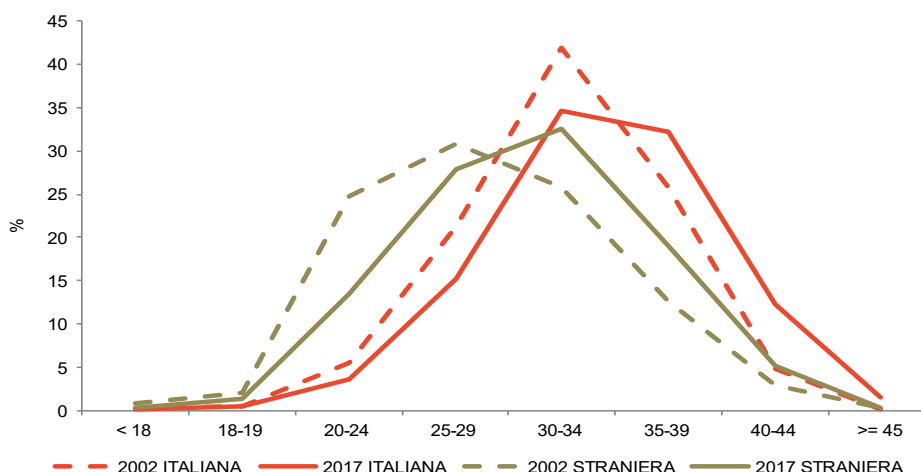
I dati relativi alle nascite nell'Azienda USL di Bologna evidenziano che il numero dei nati è cresciuto fino al 2009 e poi si è ridotto dal 2010 al 2017 del 12% circa. Le analisi demografiche su scala regionale evidenziano come la tendenza al calo sia conseguente alla riduzione della popolazione femminile in età fertile (15-49 anni) e del tasso di fecondità (numero medio di figli per donna) tra le donne, soprattutto italiane.

Grafico 8.1 Nati per cittadinanza della madre residente, 2002-2017



Nel 2017 il numero di nati totale (sia vivi che morti) è di 6258. I nati da donne straniere residenti sono il 32,4% di tutti i nati, percentuale cresciuta del 14% nell'ultimo triennio. A fronte del numero sostanzialmente stabile di nati da madre straniera negli ultimi 6 anni, diminuisce drasticamente il numero assoluto di nati da madre italiana. L'età media delle donne al parto è di 32,8 anni (33,6 italiane vs 30,5 straniere); la percentuale di donne di 35 anni o più al parto è per le italiane quasi il doppio delle straniere: 46% vs 24%. La curva di distribuzione per età al parto delle madri evidenzia infatti sempre più uno slittamento verso valori più elevati rispetto al 2002, sia nelle italiane che nelle straniere.

Grafico 8.2 Parti di donne residenti, per classe di età e cittadinanza della madre, 2002 e 2017

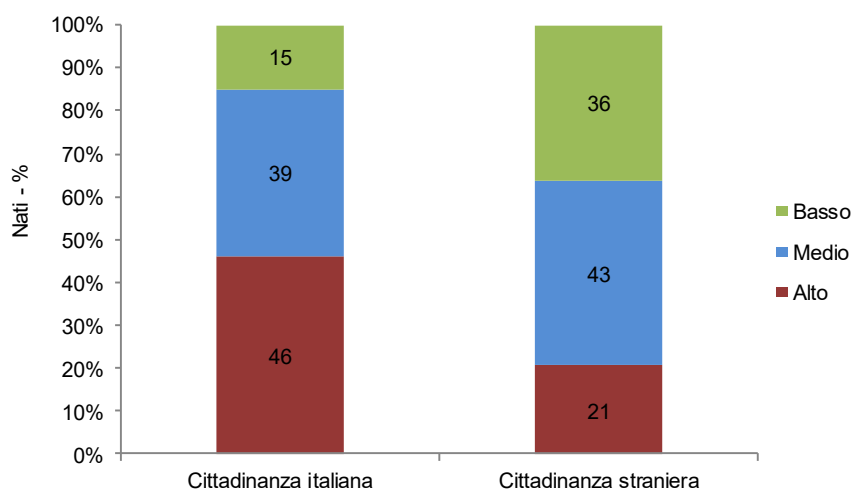


Si confermano anche per il 2017 le forti differenze tra madri italiane e straniere per titolo di studio. Nell'ultimo quinquennio il titolo di studio maggiormente rappresentato tra le italiane è

²⁴ Le fonti dei dati per la redazione del capitolo sono: il CedAP (dati relativi ai parti, ai nati e alle madri) e il Registro di Mortalità dell'Azienda USL di Bologna (indicatori di mortalità infantile e perinatale). I dati sulle interruzioni volontarie di gravidanza sono elaborati direttamente dalla Regione Emilia-Romagna.

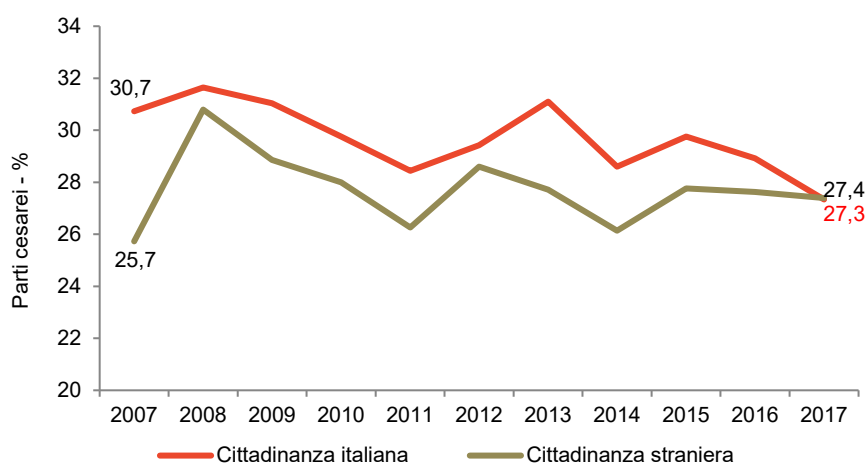
alto (laurea). Tra le straniere permangono ancora elevati valori di basso titolo di studio (scuola media inferiore o meno), pur vedendo crescere, rispetto al passato, il numero di laureate.

Grafico 8.3 Nati da donne residenti, per titolo di studio e cittadinanza della madre, 2017



Continua, dal 2009, il trend in diminuzione dei parti cesarei che nel 2017 rappresentano il 27,4% dei parti dell'Azienda USL di Bologna, con un calo medio annuo dello 0,3%. Si annulla la differenza nella proporzione di parti cesarei tra donne italiane e straniere osservata nel passato.

Grafico 8.4 Parti cesarei di donne residenti, per cittadinanza della madre, 2007-2017

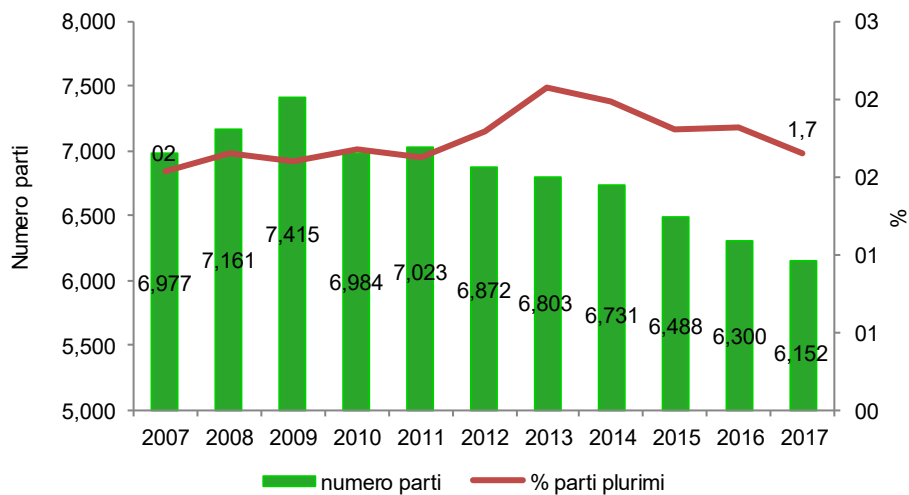


Il numero dei cesarei cresce all'aumentare dell'età della madre passando dal 17,2% per le donne di età inferiore ai 24 anni al 43,9% per le donne over 40. La percentuale di cesarei cresce al diminuire del titolo di studio. Infatti, nelle donne con basso titolo di studio (scuola media inferiore, licenza elementare o nessun titolo) essa è pari al 33,1% mentre scende al 25,0% per le laureate.

Nel 2017 sono 153 i bimbi nati da procreazione assistita (-29 rispetto al 2016), pari al 2,4% di tutti i nati e al 2,1% di tutti i parti. Nelle donne di 40 anni e oltre la percentuale di nati con procreazione assistita è dell'8,6% mentre è dell'1,7% nelle under40.

La percentuale di parti plurimi è pari all'1,7% ed è del 3,7% tra le donne di età superiore ai 40 anni. Supera il 17% in caso di parto con procreazione assistita.

Grafico 8.5 Parti plurimi, 2007-2017



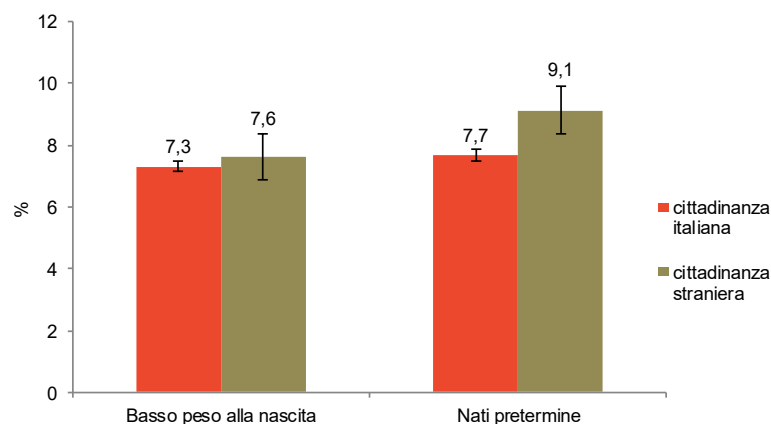
I nati pretermine nel 2017 sono l'8,3% del totale dei nati vivi, mentre quelli con un peso inferiore a 2.500 grammi sono il 6,7%.

Tabella 8.1 Nati pretermine e nati con basso peso alla nascita da madri residenti, 2013-2017

Esiti in gravidanza	2013		2014		2015		2016		2017	
	N	% su nati vivi	N	% su nati vivi	N	% su nati vivi	N	% su nati vivi	N	% su nati vivi
Nati pretermine <37° settimana	593	8,6	553	8,1	549	8,3	505	7,9	515	8,3
Nati con basso peso <2.500g	524	7,6	498	7,3	494	7,5	463	7,2	416	6,7
Totale nati vivi	6.948		6.869		6.606		6.399		6.238	

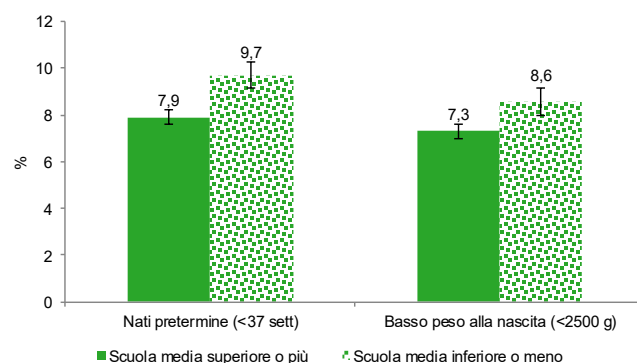
Considerando l'ultimo quinquennio, la percentuale dei nati pretermine è significativamente superiore per le donne di cittadinanza straniera rispetto alle italiane.

Grafico 8.6 Nati pretermine e nati con basso peso alla nascita per cittadinanza della madre, 2013-2017



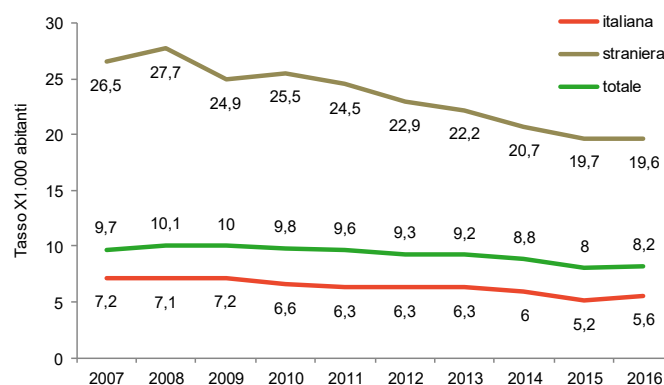
Considerando l'ultimo quinquennio, le percentuali di nati pretermine e di nati con basso peso alla nascita sono significativamente superiori per le donne con un basso titolo di studio.

Grafico 8.7 Nati pretermine e nati con basso peso alla nascita per titolo di studio della madre, 2013-2017



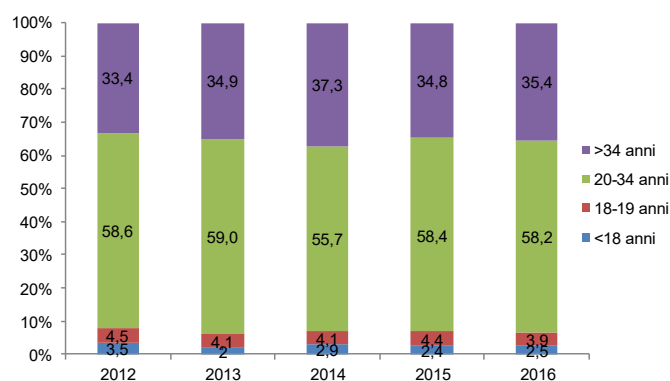
Le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) si sono ridotte tra il 2007 ed il 2015 del 17,5%, mentre hanno subito un cambio di tendenza nell'ultimo anno tornando a crescere, seppur in modo non significativo. Nelle straniere il tasso resta significativamente più elevato, nel 2016 si attesta su quasi 20 donne per mille in età feconda (più del doppio delle italiane).

Grafico 8.8 Andamento tasso di IVG per cittadinanza della madre, 2007-2016



Complessivamente il 45,1% delle IVG avviene nelle straniere. Più della metà avviene nelle donne di età compresa tra i 20 e i 34 anni, quasi il 4% nelle donne tra 18 e 19 anni ed il 2,5% nelle ragazze che non hanno ancora compiuto la maggiore età.

Grafico 8.9 Andamento distribuzione percentuale di IVG per classi d'età, 2012-2016

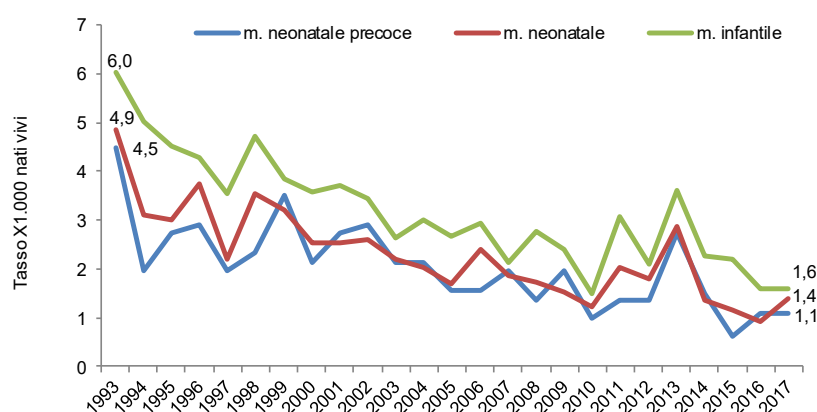


8.1. Mortalità infantile e neonatale

Il tasso di mortalità infantile (ovvero nel primo anno di vita) è un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita, oltre che della qualità delle cure materno-infantili. Nel periodo 1993-2017 la mortalità infantile nell'Azienda USL di Bologna, pur con una variabilità legata alla bassa numerosità dei casi, mostra complessivamente una diminuzione statisticamente significativa.

La mortalità infantile nel 2017 è pari a 1,6‰ nati vivi e risulta inferiore a quella regionale (2,5‰). Anche la mortalità neonatale (nei primi 28 giorni di vita) pari a 1,4‰ e quella neonatale precoce (entro la prima settimana) pari a 1,1‰ presentano valori inferiori alla media regionale, rispettivamente di 1,8‰ e 1,2‰.

Grafico 8.10 Mortalità infantile, 1993-2017

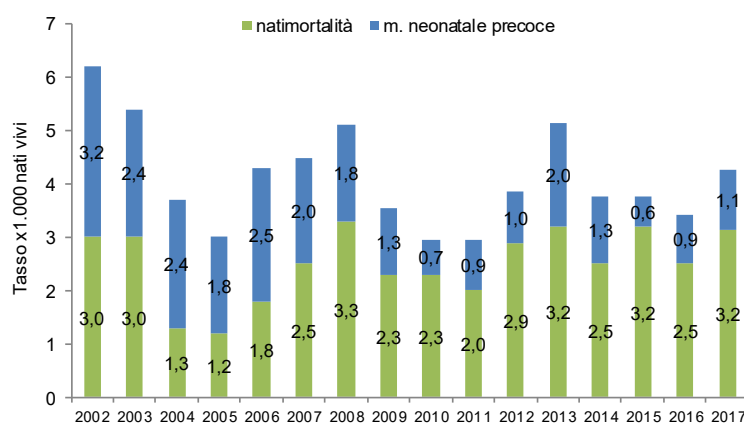


Le più frequenti cause di mortalità infantile risultano essere le condizioni di origine perinatale, in particolare l'imaturità legata alla breve durata della gestazione. Questa rappresenta anche il principale determinante della morbosità neonatale e infantile. Le malformazioni congenite rappresentano la seconda causa delle morti entro il 1° anno di vita.

8.2. Mortalità perinatale

La mortalità perinatale è costituita da due componenti: la natimortalità (nati morti dopo il 181° giorno di gestazione) e la mortalità neonatale precoce (entro il 7° giorno dalla nascita). Nel 2017 il dato di mortalità perinatale è pari a 4,3‰, valore quasi in linea con la media regionale (4,1‰). La natimortalità nel 2017 è pari al 3,2‰ (3,0‰ media regionale). I valori relativi ai nati da madre di nazionalità straniera risultano essere il doppio di quelli dei nati da donne italiane (4,9‰ vs 2,4‰).

Grafico 8.11 Mortalità perinatale, 2002-2017



9. SALUTE E SICUREZZA STRADALE²⁵

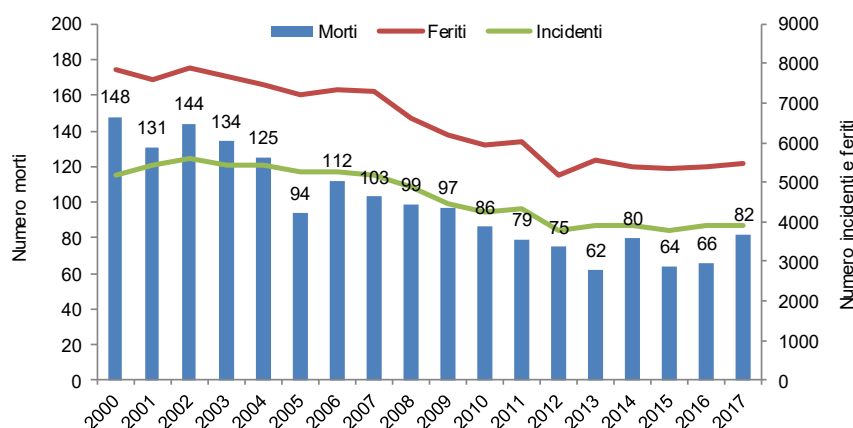
Gli incidenti stradali rappresentano una importante causa di disabilità e morte prematura.

Dall'anno 2000 ad oggi, nella Città Metropolitana di Bologna gli incidenti stradali sono diminuiti di quasi il 25%, in linea con i dati regionali (-25%) e nazionali (-24%). Con essi sono diminuiti notevolmente anche gli eventi mortali e i feriti. Tuttavia, la tendenza al calo è stata costante fino all'anno 2012, per poi assestarsi.

Nel 2017 l'Osservatorio Incidenti Stradali Metropolitano ha registrato 3.905 incidenti, 5.458 feriti e 82 morti; in media circa 11 incidenti e 15 feriti al giorno ed un decesso ogni 4,5 giorni. Il numero di decessi risulta significativamente aumentato rispetto al 2016 quando si registrava mediamente 1 decesso ogni 5,5 giorni.

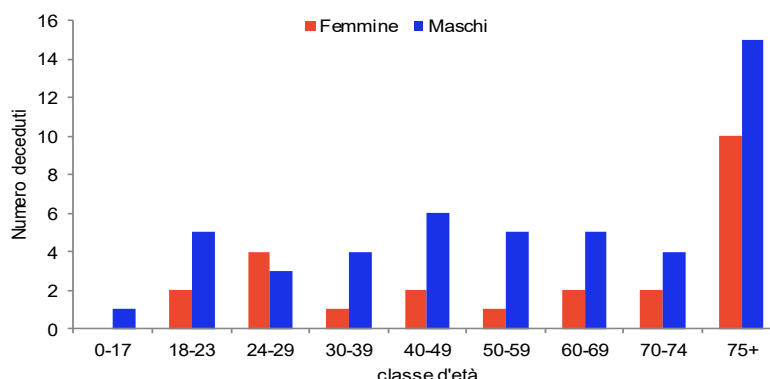
Nel 2017 l'indice di lesività (numero di feriti per 100 incidenti) è pari al 139,8% e l'indice di mortalità (numero di morti per 100 incidenti) è pari al 2,1% (nel 2016 era pari a 1,7%).

Grafico 9.1 Andamento del numero di incidenti, feriti e morti, Città Metropolitana di Bologna, 2000-2017



Dall'analisi per classe d'età emerge che gli over75, in genere pedoni o alla guida di una bicicletta, risultano i più vulnerabili. Il 35% dei deceduti ha un'età superiore ai 74 anni. Le donne rappresentano il 30% dei deceduti e le over75 rappresentano il 42% del totale.

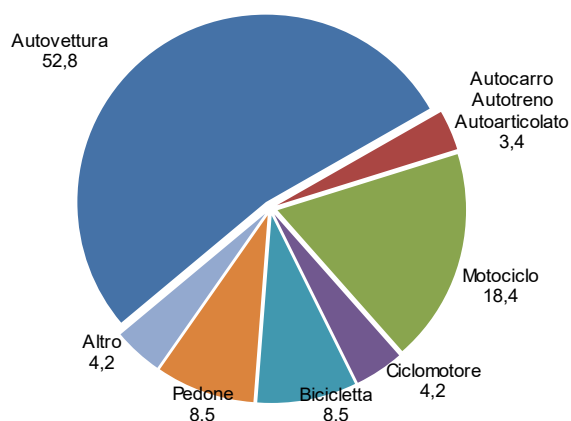
Grafico 9.2 Distribuzione per sesso e classe d'età dei morti per incidente stradale, Città Metropolitana di Bologna, 2017



Nel 2017 il 52,8% circa degli incidenti stradali ha coinvolto autovetture, il 18,4% motocicli e il 17% pedoni o biciclette.

²⁵ Le fonti dei dati per la redazione del capitolo sono l'Osservatorio metropolitano dell'incidentalità stradale e il Registro di Mortalità dell'Azienda USL di Bologna (dati sulla mortalità).

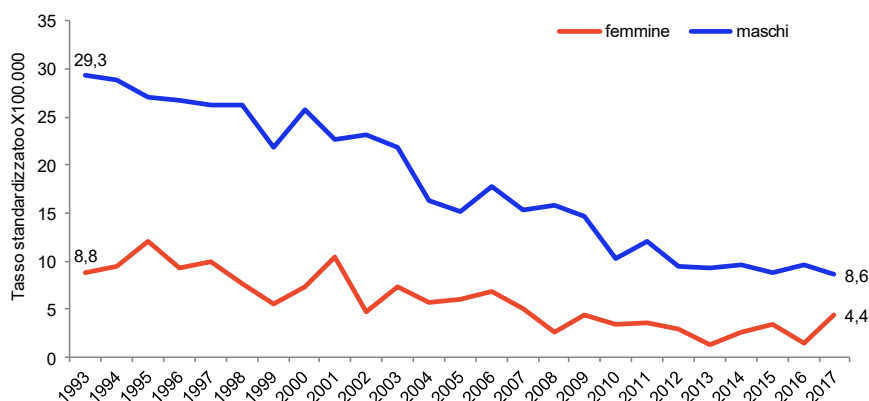
Grafico 9.3 Distribuzione percentuale degli incidenti stradali per tipologia di veicolo, Città metropolitana di Bologna, 2017



Nel 2017 l'incidentalità nell'Azienda USL di Bologna risulta pari a 5,5 per 100.000 abitanti.

Il tasso standardizzato di mortalità ha registrato un notevole e costante decremento negli anni, per gli uomini ancor di più che per le donne: dal 1993 al 2017 il decremento percentuale è stato del 70% circa per i maschi e del 50% per le donne. Nel 2017 il tasso standardizzato di mortalità per incidenti stradali è pari a 4,4 ogni 100.000 abitanti nella popolazione femminile e di 8,6 nella popolazione maschile.

Grafico 9.4 Tasso standardizzato di mortalità X100.000 ab. (pop. standard Italia 2001) per incidenti stradali per genere e anno, 1993-2017



Per quanto riguarda la sicurezza stradale, secondo quanto rilevato dall'indagine PASSI (2014-2017), nell'Azienda USL di Bologna la maggior parte delle persone di 18-69 anni indossa sempre il casco (99,5%) e la cintura di sicurezza anteriore (95,5%); è invece ancora limitato l'uso della cintura posteriore: solo il 31,4% la usa sempre.

Il 12,8% degli adulti che viaggiano con bambini al di sotto dei 7 anni ha dichiarato di aver difficoltà nell'utilizzo dei dispositivi di sicurezza per il bambino.

Si stima che fra i residenti nella Azienda USL di Bologna il 6,9% delle persone con età 18-69 anni abbia guidato almeno una volta nell'ultimo mese sotto l'effetto dell'alcol (dopo aver consumato nell'ora precedente almeno due unità alcoliche). La prevalenza più alta si ha nella classe di età 50-69 anni (7,7%) e negli uomini (11,1%). Inoltre il 6,6% degli intervistati ha riferito di aver viaggiato nell'ultimo mese con un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol. Il 33,5% degli intervistati ha riferito un controllo nel corso dell'ultimo anno da parte delle forze dell'ordine e, tra questi, l'8,7% dichiara di essere stato sottoposto all'etiltest.

DISTRETTI

10. RENO, LAVINO E SAMOGGIA²⁶

10.1. Demografia



Comune	Maschi	Femmine	Totale
Casalecchio di Reno	17.382	19.428	36.810
Monte San Pietro	5.387	5.583	10.970
Sasso Marconi	7.266	7.645	14.911
Zola Predosa	9.210	9.797	19.007
Valsamoggia	15.395	15.617	31.012
Totale	54.640	58.070	112.710

Il Distretto Reno, Lavino e Samoggia, comprende 5 comuni dell'area collinare, la popolazione al 01/01/2018 ammonta a 112.710 abitanti, 58.070 femmine (51,5%) e 54.640 maschi (48,5%). Nel 2017 si è registrato un tasso di crescita di 2,75 x 1.000 abitanti. La popolazione straniera rappresenta il 10,1% della popolazione totale (12,1% valore aziendale).

Tabella 10.1 Dati demografici, Distretto Reno, Lavino e Samoggia, 2017

Superficie (Km ²)	404,4	Densità (ab/Km ²)	278,7
Popolazione al 01.01.2018	112.710		
Struttura popolazione		Indicatori (x1.000)	
Età media	46,3	Tasso di natalità	6,91
Popolazione 0-5 anni (x 100)	4,93	Tasso di mortalità	11,35
Popolazione 6-14 anni (x 100)	8,64	Tasso di crescita naturale	-4,44
Popolazione 15-64 anni (x 100)	62,02	Tasso di immigrazione	41,76
Popolazione ≥ 65 anni (x 100)	24,40	Tasso di emigrazione	34,57
Popolazione ≥ 75 anni (x 100)	13,00	Tasso di crescita migratoria	7,19
Popolazione ≥ 85 anni (x 100)	3,94	Tasso di crescita totale	2,75
Donne 15-49 anni	22.829	Famiglie	
Rapporto di mascolinità	94,1	N. Famiglie	51.513
Indice di vecchiaia	179,7	% Famiglie monocomponenti	35,6
Indice di dipendenza	61,2	N. medio componenti	2,18
Movimenti		% Popolazione in area deprivata o molto deprivata (su dati censimento 2011)	45,7
Nati vivi	774		
Mmorti	1.271	Stranieri	
Saldo naturale	-497	Stranieri residenti al 01.01.2018	11.348
Iscritti	4.675	% Stranieri residenti	10,1
Cancellati	3.870	Stranieri residenti -Femmine	6.176
Saldo migratorio	805	Stranieri residenti -Maschi	5.172
Saldo complessivo	308	Var. assoluta anno precedente	164
		Stranieri nati	174
		Stranieri morti	13
		Età media	34
		Prime cittadinanze	
		Romania	2.740
		Marocco	1.422
		Albania	1.322
		Moldova	602
		Ucraina	517

L'età media è di 46,3 anni ed il 24,4% della popolazione ha un'età superiore o uguale ai 65 anni, dati in linea con i valori medi aziendali, pur presentando un indice di vecchiaia inferiore (179,7 vs 190,6).

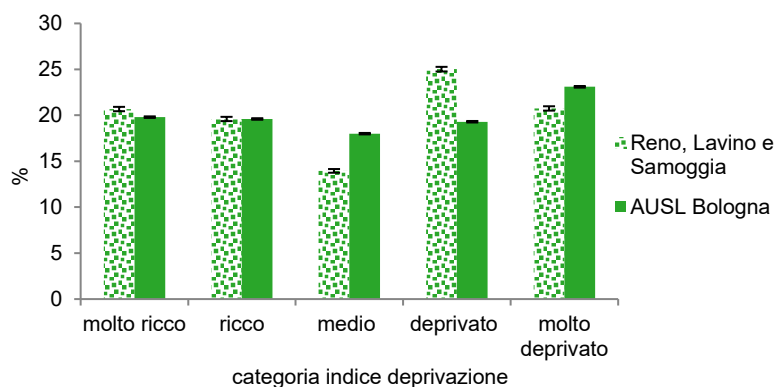
²⁶ Le fonti dei dati per la redazione del capitolo sono: il sistema di sorveglianza PASSI (dati sugli stili di vita e sugli indicatori "riferiti" relativi ai programmi di screening), la rilevazione puntuale Regione Emilia-Romagna (indicatori "osservati" sui programmi di screening) e il Servizio Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica Regione Emilia-Romagna (dati sulle coperture vaccinali).

Tabella 10.2 Residenti per età e genere, Distretto Reno, Lavino e Samoggia, 2017

Classe età	Maschi	Femmine	Totale
0-5	2.838	2.722	5.560
6-14	4.996	4.747	9.743
15-64	34.678	35.226	69.904
65-74	6.002	6.849	12.851
75-84	4.585	5.625	10.210
≥85	1.541	2.901	4.442
Totale	54.640	58.070	112.710

Le differenze in termini di distribuzione della popolazione nei quintili di indice di deprivazione tra questo distretto e l'Azienda USL di Bologna si notano in tutte le categorie ad eccezione della categoria ricco; sono rilevanti nella categoria "deprivato" maggiore di più di 5 punti percentuali rispetto alla media aziendale e nella categoria intermedia inferiore di 4 punti percentuali.

Grafico 10.1 Indice di deprivazione, categorie in quintili
Distretto Reno, Lavino e Samoggia e Azienda Usi di Bologna, 2011

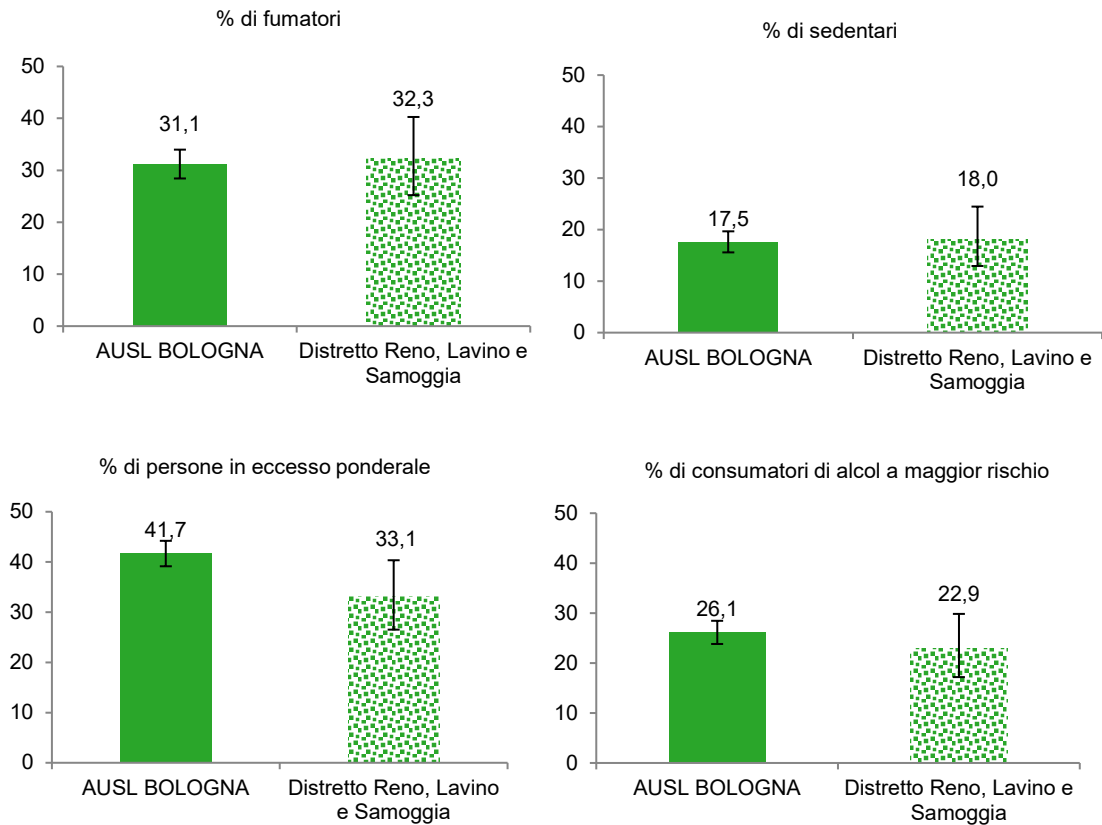


10.2. Stili di vita e prevenzione

Dall'indagine PASSI risulta che nel Distretto nel periodo 2014-2017 il 32,3% dei soggetti di età tra i 18 ed i 69 anni fuma, il 18,0% è sedentario, il 22,9% è un consumatore di alcol a maggior rischio²⁷ ed il 33,1% risulta essere in eccesso ponderale. La percentuale di soggetti in eccesso ponderale è la più bassa tra tutti i distretti anche se la differenza con la media aziendale non è significativa.

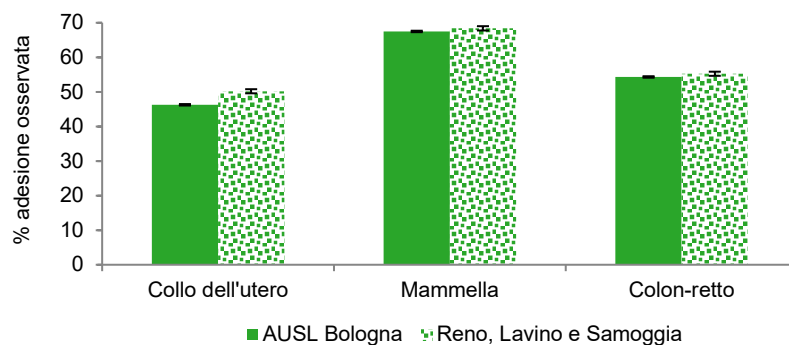
²⁷ I consumatori di alcol a maggior rischio sono i forti consumatori abituali e/o consumatori di alcol fuori pasto e/o consumatori binge (consumo di 5 o più unità alcoliche per gli uomini e 4 o più unità alcoliche per le donne in una unica occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni)

Grafico 10.2 Confronto indicatori stili di vita, Distretto Reno, Lavino e Samoggia e Azienda USL di Bologna, 2014-2017



Secondo la rilevazione puntuale, il Distretto di Reno, Lavino e Samoggia ha nell'ultimo round di screening un'adesione all'interno di tutti i programmi significativamente più elevata rispetto all'Azienda USL di Bologna.

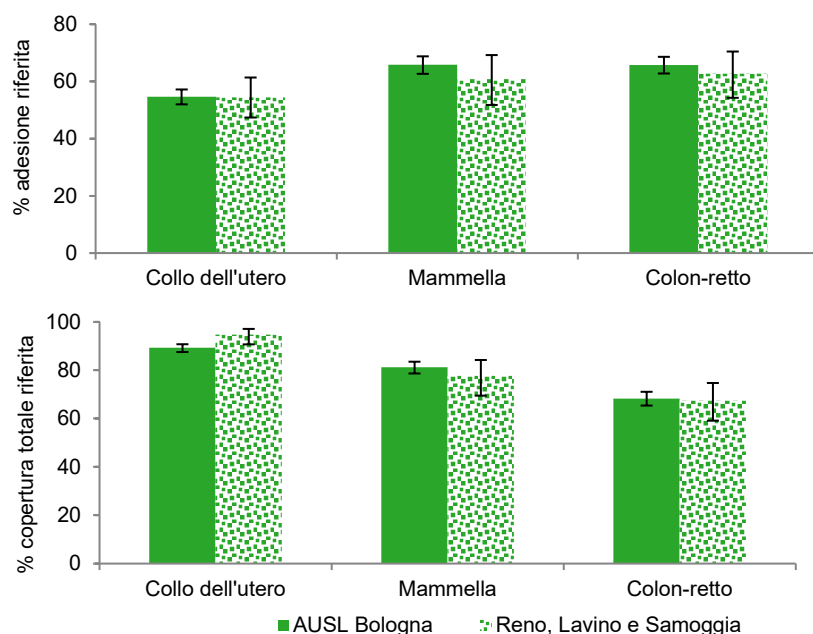
Grafico 10.3 Adesione osservata (%) al test di screening* (Pap test/test-HPV; Mammografia; FOBT), Distretto Reno, Lavino e Samoggia e Azienda USL di Bologna



*2015-2017 per collo dell'utero, 2016-2017 per mammella, 03/2016-03/2018 per colon-retto

Si osserva una differenza significativa anche per la copertura totale al Pap test/test HPV che nel periodo 2008-2017 risulta essere più elevata rispetto al dato aziendale.

Grafico 10.4 Adesione e copertura totale riferita (%) ai test di screening° (Pap test/test-HPV; Mammografia; FOBT), Distretto Reno, Lavino e Samoggia e Azienda USL di Bologna



°2008-2017 per collo dell'utero e mammella, 2010-2017 per colon-retto

Nel 2016, le coperture vaccinali²⁸ al 24° mese nel Distretto Reno, Lavino e Samoggia per morbillo, varicella e rosolia risultano essere pari rispettivamente al 90,2% (868 bambini vaccinati), all'1,6% (15 bambini vaccinati) e al 90,0% (866 bambini vaccinati). I dati di copertura vaccinale relativi a morbillo e rosolia sono superiori a quelli aziendali, per la varicella la copertura è in linea al valore aziendale.

Tabella 10.3 Copertura vaccinale al 24° mese per morbillo, varicella e rosolia, Distretto Reno, Lavino e Samoggia e Azienda USL di Bologna, 2016

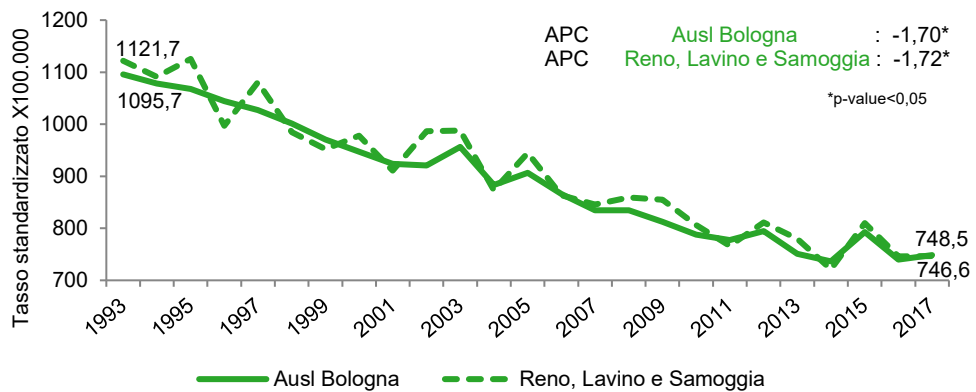
Copertura vaccinale al 24° mese – coorte di nascita 2014	Distretto Reno, Lavino e Samoggia		Azienda USL di Bologna	
	n	%	n	%
Morbillo	868	90,2	6.380	87,0
Varicella	15	1,6	114	1,6
Rosolia	866	90,0	6.371	86,9

10.3. Mortalità

Nel distretto Reno, Lavino e Samoggia, nel 2017, il tasso standardizzato di mortalità è di 746,6 decessi ogni 100.000 abitanti. L'andamento del tasso standardizzato di mortalità nel periodo 1993-2017 è in diminuzione e in linea con quanto osservato a livello aziendale. Il calo percentuale medio annuo, statisticamente significativo, è stato dell'1,7% circa.

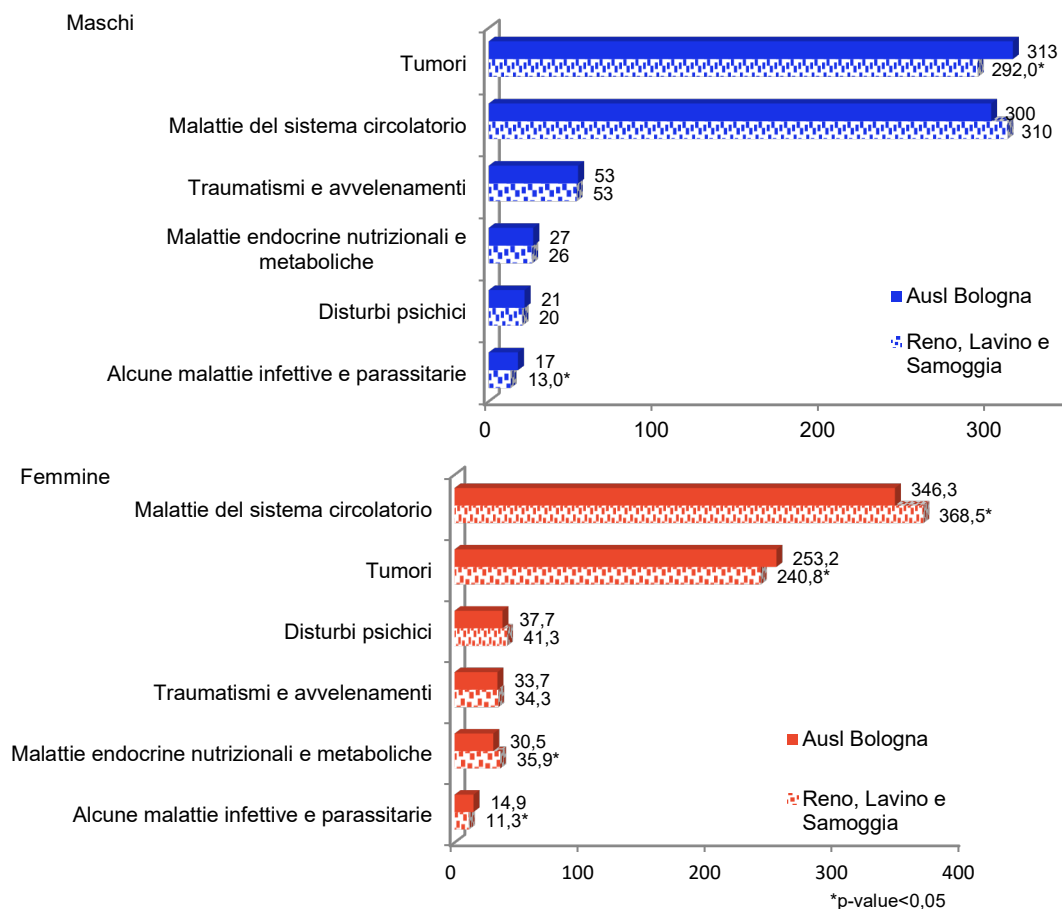
²⁸ La popolazione di riferimento per la costruzione degli indicatori di copertura vaccinale al 2016 è relativa ai residenti nel Distretto Reno, Lavino e Samoggia al 01/01/2016 per coorte di nascita 2014.

Grafico 10.5 Andamento del tasso standardizzato di mortalità (pop. standard Italia 2001) del Distretto Reno, Lavino e Samoggia e Azienda USL di Bologna, 1993-2017



Nei due grafici riportati di seguito, si presentano tassi standardizzati delle sei principali cause di morte del periodo 1993-2017, distinte per genere. Rispetto al dato aziendale, in entrambi i generi si nota un tasso standardizzato significativamente più basso nella mortalità per tumori. Nelle femmine la mortalità per le malattie del sistema circolatorio e per malattie endocrine nutrizionali e metaboliche è significativamente più alta di quella aziendale.

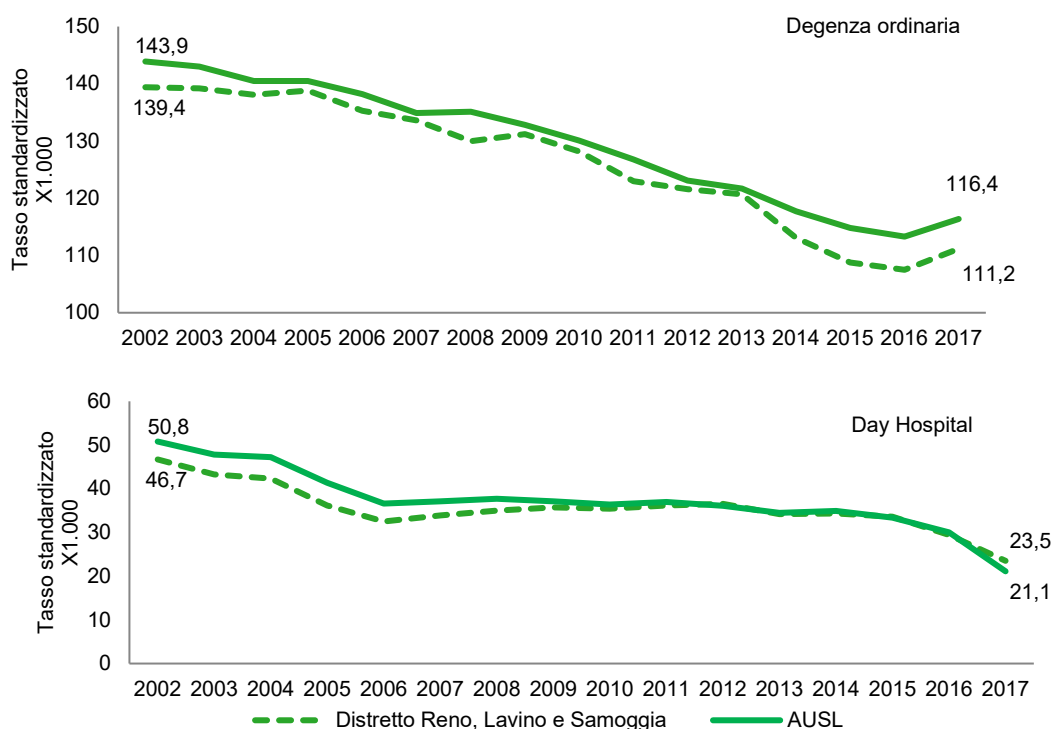
Grafico 10.6 Tassi standardizzati per 100.000 abitanti delle sei principali cause di morte (pop. standard Italia 2001). Maschi e Femmine. Distretto Reno, Lavino e Samoggia e Azienda USL di Bologna, 1993-2017



10.4. Ricoveri

Negli ultimi anni, nel Distretto Reno, Lavino e Samoggia, si registra, un trend in diminuzione del tasso standardizzato di ospedalizzazione sia in regime ordinario che di Day Hospital, anche se nel 2017 si riscontra un aumento dei ricoveri ordinari. Questo trend rispecchia l'andamento del tasso aziendale. Nel 2017 il tasso in regime ordinario è di 111,2 per 1.000 abitanti, inferiore a quello aziendale (116,4), mentre quello in Day Hospital è 23,5 per 1.000 abitanti.

Grafico 10.7 Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutte le patologie (pop. standard Italia 2012), Distretto Reno, Lavino e Samoggia e Azienda USL di Bologna, degenza ordinaria e Day Hospital, 2002-2017



Nel 2017 ci sono stati 14.121 soggetti dimessi. Le principali cause di ricovero in regime ordinario sono le malattie del sistema circolatorio seguite dalle malattie dell'apparato respiratorio e dai tumori; le malattie dell'apparato digerente e i Codici V²⁹ seguono praticamente con lo stesso numero di dimessi.

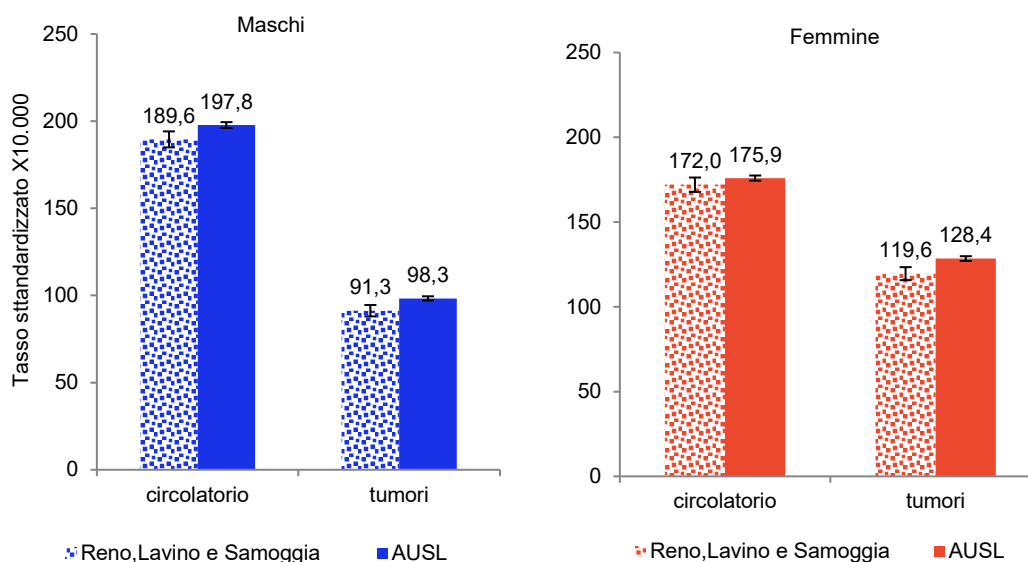
Tabella 10.4 Ricoveri ordinari per grandi gruppi di patologia (prime cinque cause) (pop. standard Italia 2001), Distretto Reno, Lavino e Samoggia, 2017

Cause di ricovero per grandi gruppi	Dimessi	% su tutti i ricoveri	Tasso standardizzato X1.000	IC 95%	
Malattie del sistema circolatorio	2.225	15,76	14,65	14,04	15,26
Malattie dell'apparato respiratorio	1.432	10,14	9,98	9,44	10,51
Tumori	1.376	9,74	10,24	9,69	10,79
Malattie dell'apparato digerente	1.240	8,78	9,48	8,93	10,02
Codici V	1.238	8,77	10,44	9,86	11,02

²⁹ Altri motivi di ricorso ai servizi sanitari; si utilizzano i Codici V per descrivere quelle circostanze diverse da malattie e traumi che rappresentano una causa di ricorso a ricoveri ospedalieri

In entrambi i generi il tasso di primo ricovero riferito al periodo 2013-2017 per tumori risulta essere statisticamente più basso nel Distretto Reno, Lavino e Samoggia rispetto all'Azienda USL, per i maschi lo è anche il tasso di primo ricovero per malattie del sistema circolatorio.

Grafico 10.8 Tasso standardizzato di primo ricovero X10.000 abitanti per malattie dell'apparato circolatorio e tumori (pop. standard Italia 2001), 2013-2017, degenza ordinaria



Le differenze tra i tassi di primo ricovero per tipo di tumori, sempre per il periodo 2013-2017, con il tasso aziendale non sono statisticamente significative (Vedasi Allegato).

10.5. Altri indicatori di salute

Il 79,8% della popolazione di 18-69 anni intervistata nell'ambito di PASSI riferisce di avere una salute buona o molta buona, a livello aziendale la percentuale è del 76,1%.

Il 5,06% dei soggetti di età superiore o uguale a 65 anni appartiene al livello fragilità alto o molto alto, sono il 5,75% a livello dell'Azienda USL.

Tabella 10.5 Indice di fragilità al 01/01/2018 nella popolazione over 65enne, Distretto Reno, Lavino e Samoggia e Azienda USL di Bologna.

Classe di fragilità	Distretto Reno, Lavino e Samoggia		AUSL di Bologna	
	n	%	n	%
0-14	17.171	61,81	129.876	60,10
14,1-30	6.706	24,14	52.890	24,47
30,1-50	2.499	9,00	20.910	9,68
50,1-80	1.264	4,55	11.122	5,15
80,1-100	141	0,51	1.295	0,60

La speranza di vita è di 81,4 anni per gli uomini (la più alta tra i distretti) e di 85,6 anni per le donne.

Nel 2017 le malattie infettive notificate dal Distretto Reno, Lavino e Samoggia sono state 259, pari al 7,3% di tutte le malattie infettive segnalate dall'Azienda USL di Bologna. Si riportano le prime 10 notificate dal Distretto Reno, Lavino e Samoggia³⁰ nell'anno 2017.

³⁰ I dati riportati si riferiscono ai casi confermati segnalati dal Distretto Reno, Lavino e Samoggia, relativi a residenti, domiciliati e non nel Distretto e/o in Azienda.

Tabella 10.6 Casi sporadici di malattia infettiva segnalati, numero di casi e numero di casi X100.000 abitanti in ordine di frequenza (prime 10 patologie), Distretto Reno, Lavino e Samoggia, 2017

Patologia	2017	
	Numero di casi	Numero di casi X100.000 ab.
Varicella	115	102,7
Angina streptococcica e scarlattina	18	16,1
Infezioni intestinali da altri organismi	18	16,1
Influenza	12	10,7
Acariasi	10	8,9
Legionella	10	8,9
Altre infezioni da salmonella	9	8,0
Encefalite da Toscana Virus	9	8,0
Mononucleosi infettiva	7	6,2
Epatite virale	6	5,4
Totale per le prime 10	214	
Totale segnalazioni	259	
Proporzioni prime 10 sul totale (%)	82,6	

Si riportano anche i dati relativi alle principali patologie infettive di interesse per la salute pubblica.

Tabella 10.7 Casi di malattia infettiva segnalati, numero di casi e numero di casi X100.000 abitanti, Distretto Reno, Lavino e Samoggia e Azienda USL di Bologna, 2017

Patologia	Distretto Reno, Lavino e Samoggia		AUSL di Bologna	
	Numero di casi	Numero di casi X100.000 ab.	Numero di casi	Numero di casi X100.000 ab.
Malattie prevenibili da vaccino				
Morbillo	4	3,6	34	3,9
Varicella	115	102,7	1.040	118,6
Parotite	0		7	0,8
Pertosse	3	2,7	42	4,8
Rosolia	0		2	0,2
Tetano	0		0	
Epatite A	3	2,7	110	12,5
Epatite B	3	2,7	9	1,0
Epatite C	0		1	0,1
Malattie invasive batteriche	3	2,7	23	2,6
Meningococco (meningiti e altre forme invasive)	1	0,9	5	0,6
Pneumococco (meningiti)	2	1,8	15	1,7
Emofilo (meningiti)	0		1	0,1
Influenza	12	10,7	292	33,3
Malattie trasmesse da vettori				
Chikungunya-Dengue-Zika	0		8	0,9
West Nile neuroinvasiva	0		3	0,3
Encefalite da Toscana Virus	9	8,0	25	2,9
Leishmaniosi	3	2,7	15	1,7
Malaria	2	1,8	15	1,7
Malattie potenzialmente trasmesse da alimenti				
Legionella	10	8,9	58	6,6
Tubercolosi	6	5,4	110	12,5
Tubercolosi ad interessamento polmonare	2	1,8	76	8,7
Tubercolosi ad interessamento extra polmonare	4	3,6	34	3,9

I tassi di incidenza per IMA e per ictus del distretto Reno, Lavino e Samoggia sono più bassi di quelli aziendali in entrambi i generi, ma la differenza è statisticamente significativa solo per il tasso totale di ictus.

Tabella 10.8 Tasso standardizzato di incidenza per IMA e ictus X10.000 abitanti (pop. standard Italia 2001), Distretto Reno, Lavino e Samoggia, 2013-2017

	Numero casi	Tasso standardizzato X10.000 abitanti	IC 95%	
Incidenza IMA				
Maschi	637	17,64	16,25	19,04
Femmine	385	10,27	9,23	11,30
Totale	1.022	13,84	12,98	14,70
Incidenza ictus				
Maschi	819	21,51	20,00	23,01
Femmine	814	21,75	20,25	23,26
Totale	1.633	21,63	20,57	22,70

Il tasso di prevalenza del diabete nel Distretto Reno, Lavino e Samoggia risulta essere superiore al tasso aziendale in entrambi i generi e la differenza per quanto riguarda le femmine è statisticamente significativa.

Tabella 10.9 Tasso standardizzato di prevalenza del diabete (pop. standard Italia 2001), popolazione >18 anni, Distretto Reno, Lavino e Samoggia, 2017

Prevalenza diabete	Numero casi	Tasso standardizzato X100 abitanti	IC 95%	
Maschi	3.706	6,10	5,90	6,29
Femmine	3.367	5,51	5,32	5,70
Totale	7.073	5,79	5,66	5,93

11. APPENNINO BOLOGNESE³¹

11.1 Demografia



Comune	Maschi	Femmine	Totale
Camugnano	902	937	1.839
Castel d'Aiano	952	911	1.863
Castel di Casio	1.709	1.721	3.430
Castiglione dei Pepoli	2.732	2.789	5.521
Gaggio Montano	2.377	2.470	4.847
Grizzana Morandi	2.009	1.878	3.887
Lizzano in Belvedere	1.079	1.110	2.189
Marzabotto	3.444	3.414	6.858
Monzuno	3.202	3.179	6.381
San Benedetto Val di Sambro	2.135	2.074	4.209
Vergato	3.764	3.904	7.668
Alto Reno Terme	3.350	3.585	6.935
Totale	27.655	27.972	55.627

Il Distretto Appennino Bolognese è situato a sud e comprende 11 comuni dell'area montana e 1 dell'area collinare.

Tabella 11.1 Dati demografici, Distretto Appennino Bolognese, 2017

Superficie (Kmq)	816,1	Densità (ab/Kmq)	68,2
Popolazione al 01.01.2018	55.627		
Struttura popolazione		Indicatori x 1.000	
Età media	47,8	Tasso di natalità	6,69
Popolazione 0-5 anni (x 100)	4,26	Tasso di mortalità	13,13
Popolazione 6-14 anni (x 100)	7,66	Tasso di crescita naturale	-6,44
Popolazione 15-64 anni (x 100)	61,92	Tasso di immigrazione	41,25
Popolazione ≥ 65 anni (x 100)	26,16	Tasso di emigrazione	34,90
Popolazione ≥ 75 anni (x 100)	13,52	Tasso di crescita migratoria	6,35
Popolazione ≥ 85 anni (x 100)	4,33	Tasso di crescita totale	-0,09
Donne 15-49 anni	10.522	Famiglie	
Rapporto di mascolinità	98,9	N. Famiglie	26.086
Indice di vecchiaia	219,6	% Famiglie monocomponenti	39,7
Indice di dipendenza	61,5	N. medio componenti	2,12
Movimenti		% Popolazione in area deprivata o molto deprivata su dati censimento 2011	43,5
Nati vivi	372		
Morti	730		
Saldo naturale	-358		
Iscritti	2.293		
Cancellati	1.940		
Saldo migratorio	353		
Saldo complessivo	-5		
		Stranieri	
		Stranieri residenti al 01.01.2018	5.559
		% Stranieri residenti	9,99
		Stranieri residenti -Femmine	3.015
		Stranieri residenti -Maschi	2.544
		Var. assoluta anno precedente	41
		Stranieri nati	81
		Stranieri morti	7
		Età media	34,9
		Prime cittadinanze	
		Romania	1.692
		Marocco	1.464
		Albania	367
		Pakistan	218
		Ucraina	149

³¹ Le fonti dei dati per la redazione del presente capitolo sono il sito della Regione Emilia-Romagna Statistica Self service <http://statistica.regione.emilia-romagna.it/servizi-online/statistica-self-service-1/popolazione> e l'Istat (dati sulla demografia), il sistema di sorveglianza PASSI, la rilevazione puntuale e il Servizio di Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica Regione Emilia-Romagna (rispettivamente per stili di vita, screening e coperture vaccinali), il Registro di Mortalità dell'Azienda USL di Bologna (indicatori di mortalità), SISEPS Regione Emilia-Romagna (indicatori di ospedalizzazione) e il Sistema Malattie Infettive (dati sulle malattie infettive e trasmissibili).

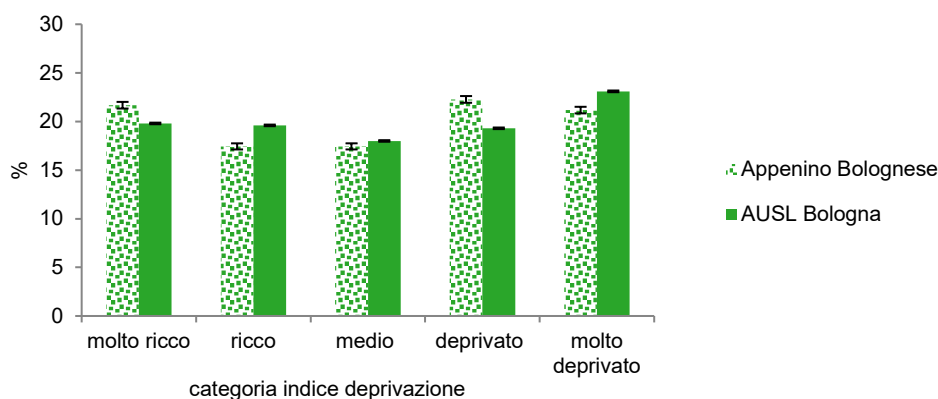
La popolazione al 01/01/2018 ammonta a 55.627 abitanti, 27.972 femmine (50,3%) e 27.655 maschi (49,7%). E' il distretto con minore popolazione e densità abitativa dell'Azienda USL di Bologna e con una crescita di poco negativa (-5 unità) rispetto all'anno precedente, il saldo naturale negativo non è infatti compensato dal saldo migratorio. La popolazione straniera rappresenta il 10,0% della popolazione totale (12,1% in Azienda). L'età media (47,8 anni) è la più alta tra tutti i distretti (Vedasi Allegato) (valore medio aziendale 46,5), così come la proporzione di soggetti di età superiore o uguale ai 65 anni (26,16% vs 24,4%) e l'indice di vecchiaia (219,6 vs 190,6).

Tabella 11.2 Residenti per età, Distretto Appennino Bolognese, 2017

Classe età	Maschi	Femmine	Totale
0-5	1.190	1.178	2.368
6-14	2.174	2.086	4.260
15-64	17.566	16.880	34.446
65-74	3.548	3.483	7.031
75-84	2.349	2.767	5.116
≥85	828	1.578	2.406
Totale	27.655	27.972	55.627

Differenze significative con l'Azienda USL di Bologna in termini di distribuzione di frequenza della popolazione nei quintili di deprivazione si osservano per tutte le categorie, ma non nella stessa direzione.

Grafico 11.1 Indice di deprivazione, categorie in quintili, Distretto Appennino Bolognese e Azienda UsI di Bologna, 2011

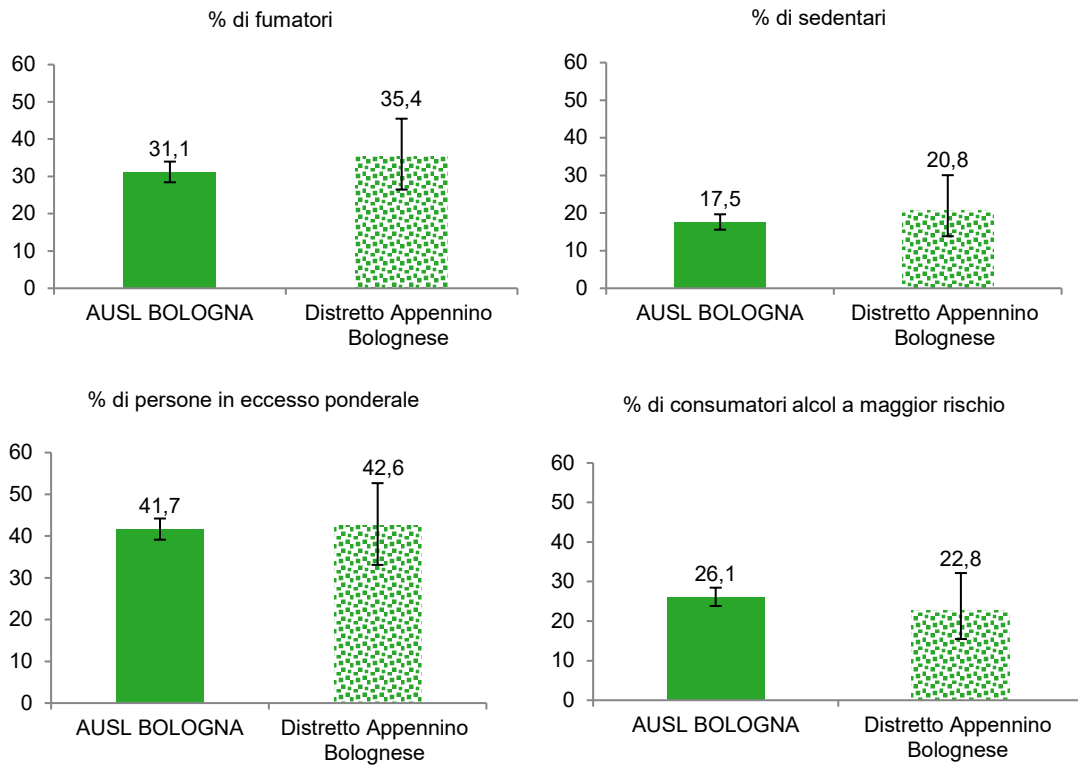


11.2 Stili di vita e prevenzione

Dal sistema di sorveglianza PASSI risulta che nel Distretto Appennino Bolognese il 35,4% della popolazione tra i 18 ed i 69 anni fuma (la percentuale più alta tra tutti i Distretti), il 20,8% è sedentario, il 42,6% risulta essere in eccesso ponderale e il 22,8% è un consumatore di alcol a maggior rischio³².

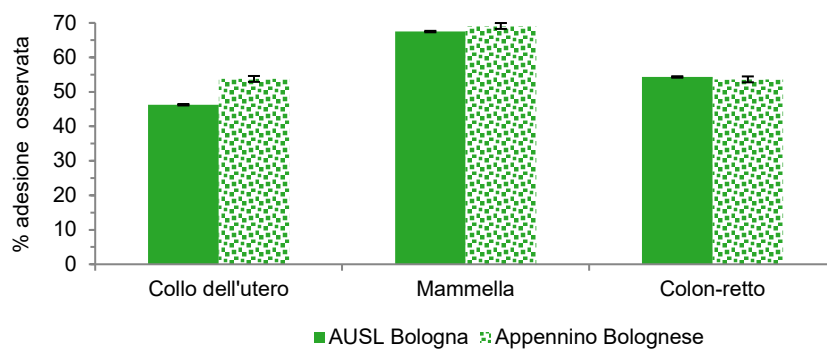
³² I consumatori di alcol a maggior rischio sono i forti consumatori abituali e/o consumatori di alcol fuori pasto e/o consumatori binge (consumo di 5 o più unità alcoliche per gli uomini e 4 o più unità alcoliche per le donne in una unica occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni)

Grafico 11.2 Confronto indicatori stili di vita, Distretto Appennino Bolognese e Azienda USL di Bologna, 2014-2017



Secondo la rilevazione puntuale, nel corso dell'ultimo round di screening, il Distretto Appennino Bolognese evidenzia un'adesione all'interno dello screening organizzato al Pap test/test HPV e alla mammografia significativamente più elevata rispetto al dato aziendale.

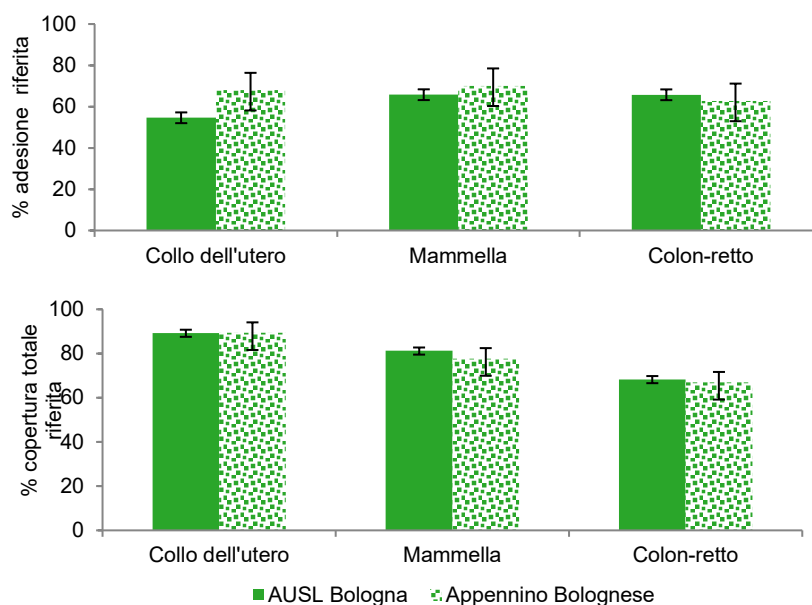
Grafico 11.3 Adesione osservata (%) al test di screening* (Pap test/test-HPV; Mammografia; FOBT), Distretto Appennino Bolognese e Azienda USL di Bologna



*2015-2017 per collo dell'utero, 2016-2017 per mammella, 03/2016-03/2018 per colon-retto

La differenza in adesione per il PAP test/test HPV si riscontra anche nel dato riferito nell'indagine PASSI.

Grafico 11.4 Adesione e copertura totale riferita (%) al test di screening° (Pap test/test-HPV; Mammografia; FOBT), Distretto Appennino Bolognese e Azienda USL di Bologna



°2008-2017 per collo dell'utero e mammella, 2010-2017 per colon-retto

Nel 2016, le coperture vaccinali³³ al 24° mese nel Distretto Appennino Bolognese per morbillo e rosolia risultano essere pari all'89,2% (338 bambini vaccinati) e per la varicella al 2,1% (8 bambini vaccinati). Tali valori sono superiori a quelli aziendali.

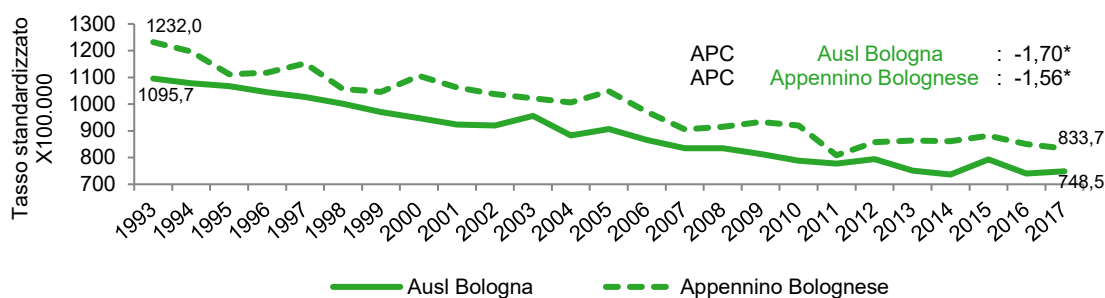
Tabella 11.3 Copertura vaccinale al 24° mese per morbillo, varicella e rosolia, Distretto Appennino Bolognese e Azienda USL di Bologna, 2016

Copertura vaccinale al 24° mese – coorte di nascita 2014	Distretto Appennino Bolognese		AUSL di Bologna	
	n	%	n	%
Morbillo	338	89,2	6.380	87,0
Varicella	8	2,1	114	1,6
Rosolia	338	89,2	6.371	86,9

11.3 Mortalità

Nel Distretto Appennino Bolognese nel 2017 il tasso standardizzato di mortalità è di 833,7 decessi ogni 100.000 abitanti, nettamente e significativamente superiore al valore osservato nel territorio aziendale. Nel periodo 1993-2017 il tasso standardizzato si è ridotto con un calo percentuale medio annuo statisticamente significativo dell'1,56%.

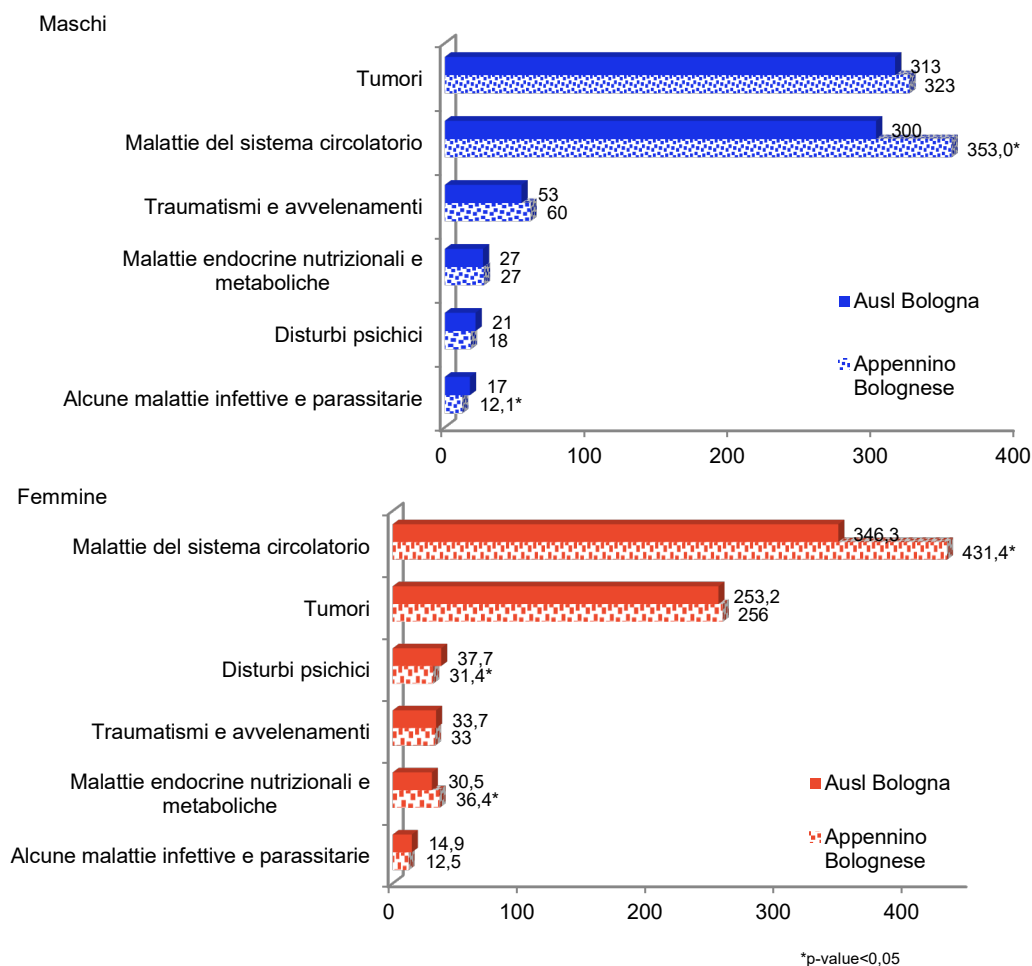
Grafico 11.5 Andamento del tasso standardizzato di mortalità (pop. standard Italia 2001), Distretto Appennino Bolognese e Azienda USL di Bologna, 1993-2017



³³ La popolazione di riferimento per la costruzione degli indicatori di copertura vaccinale al 2016 è relativa ai residenti nel Distretto Appennino Bolognese al 01/01/2016 per coorte di nascita 2014.

Nei due grafici riportati di seguito, si osservano i tassi standardizzati per le sei principali cause di morte distinte per sesso. Si nota come nel Distretto Appennino Bolognese, rispetto all'Azienda USL di Bologna, nel periodo 1993-2017 ci sia un tasso significativamente superiore per mortalità per le malattie del sistema circolatorio in entrambi i generi.

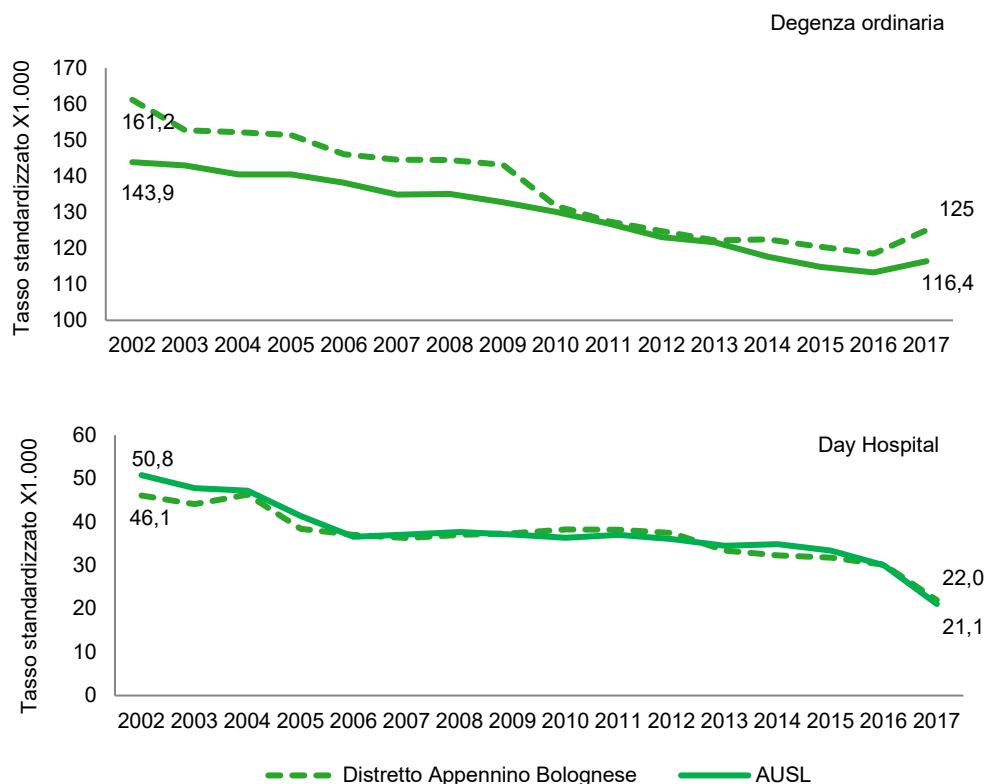
Grafico 11.6 Tassi standardizzati X100.000 delle sei principali cause di morte (pop. standard Italia 2001). Maschi e femmine. Distretto Appennino Bolognese e Azienda USL di Bologna, 1993-2017



11.4 Ricoveri

Negli ultimi anni nel Distretto Appennino Bolognese si registra un trend in diminuzione del tasso standardizzato di ospedalizzazione sia in regime ordinario che di Day Hospital, anche se nel 2017 si riscontra un aumento dei ricoveri ordinari. Nel 2017 il tasso in regime ordinario è di 125 per 1.000 abitanti, superiore a quello aziendale (116,4), mentre quello in regime di Day Hospital è di 22 per 1.000 abitanti, in linea con quello aziendale (21,1).

Grafico 11.7 Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutte le patologie (pop. standard Italia 2012). Distretto Appennino Bolognese e Azienda USL di Bologna, degenza ordinaria e Day Hospital, 2002-2017



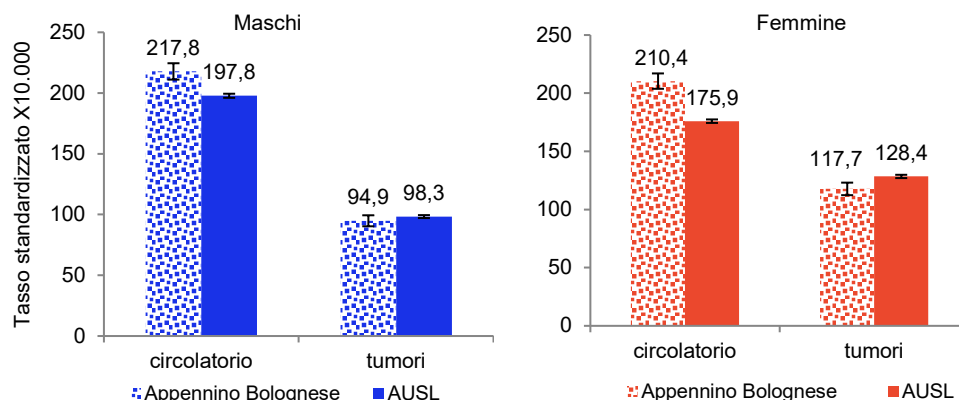
Nel Distretto Appennino Bolognese, nel 2017, ci sono stati 8.086 soggetti dimessi, le principali cause di ricovero in regime ordinario sono le malattie del sistema circolatorio e le malattie dell'apparato respiratorio; a seguire i tumori, i traumatismi e gli avvelenamenti e le malattie dell'apparato digerente.

Tabella 11.4 Ricoveri ordinari per grandi gruppi di patologia (prime 5 cause) (pop. standard Italia 2001), Distretto Appennino Bolognese, 2017

Cause di ricovero per grandi gruppi	Dimessi	% su tutti i ricoveri	Tasso standardizzato X1.000	IC 95%	
Malattie del sistema circolatorio	1.350	16,7	17,08	16,16	18,00
Malattie dell'apparato respiratorio	855	10,6	11,33	10,54	12,12
Tumori	770	9,5	10,99	10,19	11,79
Traumatismi e avvelenamenti	741	9,2	10,58	9,79	11,38
Malattie dell'apparato digerente	699	8,6	10,26	9,47	11,05

Considerando il periodo 2013-2017, il tasso standardizzato di primo ricovero per le malattie dell'apparato circolatorio è significativamente più alto del tasso aziendale in entrambi i generi, mentre per quanto riguarda i tumori il tasso è sempre inferiore rispetto all'Azienda, ma la differenza è statisticamente significativa solo per le femmine.

Grafico 11.8 Tasso standardizzato di primo ricovero X10.000 abitanti per malattie dell'apparato circolatorio e tumori (pop. standard Italia 2001), degenza ordinaria, 2013-2017



In ambedue i generi, considerando i principali tumori, i tassi standardizzati per tumore allo stomaco sono significativamente più alti del livello aziendale (3,3 vs 2,0 x10.000 nei maschi e 2,5 vs 1,4 nelle femmine).

11.5 Altri indicatori di salute

Il 74,4% della popolazione di 18-69 anni intervistata nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI riferisce di avere una salute buona o molta buona; a livello aziendale la percentuale è del 76,1%.

Il 6,06% dei soggetti di età superiore o uguale a 65 anni appartiene al livello fragilità alto o molto alto (il 5,75% a livello dell'Azienda USL).

Tabella 11.5 Indice di fragilità al 01/01/2018 nella popolazione over 65enne, Distretto Appennino Bolognese e Azienda USL di Bologna.

Classe di fragilità	Distretto Appennino Bolognese		AUSL di Bologna	
	n	%	n	%
0-14	8.922	60,39	129.876	60,10
14,1-30	3.553	24,05	52.890	24,47
30,1-50	1.405	9,51	20.910	9,68
50,1-80	806	5,46	11.122	5,15
80,1-100	89	0,60	1.295	0,60

La speranza di vita è di 81,1 anni per gli uomini e 84,2 anni per le donne, la più bassa di tutti i Distretti.

Nel 2017 le malattie infettive notificate dal Distretto Appennino Bolognese sono state 193, pari al 5,4% di tutte quelle segnalate dall'Azienda USL di Bologna. Nella tabella che segue sono elencate, in ordine di frequenza, le prime 10 notificate dal Distretto Appennino Bolognese³⁴ nell'anno 2017, corrispondenti all'89,1% del totale delle segnalazioni pervenute.

³⁴ I dati riportati si riferiscono ai casi confermati segnalati dal Distretto Appennino Bolognese, relativi a residenti, domiciliati e non nel Distretto e/o in Azienda.

Tabella 11.6 Casi sporadici di malattia infettiva segnalati, numero di casi e numero di casi x 100.000 abitanti in ordine di frequenza (prime 10 patologie), Distretto Appennino Bolognese, 2017

Patologia	2017	
	Numero di casi	Numero di casi X100.000 ab.
Varicella	82	147,3
Altre infezioni da salmonella	19	34,1
Angina streptococcica e scarlattina	15	26,9
Pediculosi e ftiriasi	13	23,3
Infezioni intestinali da altri organismi	10	18,0
Pertosse	9	16,2
Tubercolosi	8	14,4
Legionella	6	10,8
Acariasi	5	9,0
Bronchite e bronchiolite acute	5	9,0
Totale per le prime 10	172	
Totale segnalazioni	193	
Proporzioni prime 10 sul totale (%)	89,1	

Si riportano anche i dati relativi alle principali patologie infettive di interesse per la salute pubblica.

Tabella 11.7 Casi di malattia infettiva segnalati, numero di casi e numero di casi X100.000 abitanti, Distretto Appennino Bolognese e Azienda USL di Bologna, 2017

Patologia	Distretto Appennino Bolognese		AUSL di Bologna	
	Numero di casi	Numero di casi X100.000 ab.	Numero di casi	Numero di casi X100.000 ab.
Malattie prevenibili da vaccino				
Morbillo	0		34	3,9
Varicella	82	147,3	1.040	118,6
Parotite	0		7	0,8
Pertosse	9	16,2	42	4,8
Rosolia	0		2	0,2
Tetano	0		0	
Epatite A	2	3,6	110	12,5
Epatite B	0		9	1,0
Epatite C	0		1	0,1
Malattie invasive batteriche				
Meningococco (meningiti e altre forme invasive)	1	1,8	23	2,6
Pneumococco (meningiti)	0		5	0,6
Pneumococco (meningiti)	1	1,8	15	1,7
Emofilo (meningiti)	0		1	0,1
Influenza	3	5,4	292	33,3
Malattie trasmesse da vettori				
Chikungunya-Dengue-Zika	0		8	0,9
West Nile neuroinvasiva	0		3	0,3
Encefalite da Toscana Virus	2	3,6	25	2,9
Leishmaniosi	0		15	1,7
Malaria	0		15	1,7
Malattie potenzialmente trasmesse da alimenti				
Legionella	30	53,9	426	48,6
Tubercolosi	6	10,8	58	6,6
Tubercolosi	8	14,4	110	12,5
Tubercolosi ad interessamento polmonare	5	9,0	76	8,7
Tubercolosi ad interessamento extra polmonare	3	5,4	34	3,9

Il tasso di incidenza per IMA risulta superiore rispetto all'Azienda USL in entrambi i generi ma la differenza è statisticamente significativa solo per le femmine e per il tasso totale. Il tasso per ictus è più alto rispetto a quello aziendale, ma non si riscontra una significatività statistica.

Tabella 11.8 Tasso standardizzato di incidenza per IMA e ictus X10.000 abitanti (pop. standard Italia 2001), Distretto Appennino Bolognese, 2013-2017

	Numero casi	Tasso standardizzato X10.000 abitanti	IC 95%	
Incidenza IMA				
Maschi	388	20,16	18,11	22,21
Femmine	257	13,07	11,44	14,70
Totale	645	16,50	15,20	17,80
Incidenza Ictus				
Maschi	529	26,36	24,07	28,64
Femmine	463	23,51	21,32	25,69
Totale	992	24,89	23,31	26,47

Il tasso di prevalenza di diabete risulta essere più alto nel Distretto Appennino Bolognese rispetto al tasso aziendale e, per quanto riguarda le femmine ed il totale, la differenza è statisticamente significativa.

Tabella 11.9 Tasso standardizzato di prevalenza del diabete (pop. standard Italia 2001), popolazione >18 anni. Distretto Appennino Bolognese, 2017

Prevalenza diabete	Numero casi	Tasso standardizzato X100 abitanti	IC 95%	
Maschi	2.018	6,16	5,9	6,43
Femmine	1.750	5,69	5,42	5,97
Totale	3.768	5,92	5,73	6,11

12. SAN LAZZARO DI SAVENA³⁵

12.1. Demografia



Comune	Maschi	Femmine	Totale
Loiano	2.161	2.130	4.291
Monghidoro	1.864	1.838	3.702
Monterezeno	3.075	3.049	6.124
Ozzano dell'Emilia	6.764	7.078	13.842
Pianoro	8.525	8.990	17.515
San Lazzaro di Savena	15.500	17.055	32.555
Totale	37.889	40.140	78.029

Il Distretto San Lazzaro di Savena comprende 5 comuni dell'area collinare e 1 dell'area montana. La popolazione al 01/01/2018 ammonta a 78.029 abitanti, 40.140 femmine (51,4%) e 37.889 maschi (48,6%). Nel 2017 si è registrata una crescita dello 0,23% (0,25% la crescita a livello aziendale) rispetto all'anno precedente. La popolazione straniera rappresenta l'8,19% della popolazione totale, percentuale inferiore in modo significativo rispetto a quella aziendale (12,1%) e a quella di tutti gli altri Distretti (Vedasi Allegato).

Tabella 12.1 Dati demografici, Distretto San Lazzaro di Savena, 2017

Superficie (Kmq)	422,8	Densità (ab/Kmq)	184,6
Popolazione al 01.01.2018	78.029	Indicatori x 1.000	
Struttura popolazione		Tasso di natalità	6,76
Età media	47,1	Tasso di mortalità	11,49
Popolazione 0-5 anni (x100)	4,57	Tasso di crescita naturale	-4,73
Popolazione 6-14 anni (x100)	8,28	Tasso di immigrazione	43,98
Popolazione 15-64 anni (x 100)	61,79	Tasso di emigrazione	36,92
Popolazione ≥ 65 anni (x 100)	25,36	Tasso di crescita migratoria	7,06
Popolazione ≥ 75 anni (x 100)	13,11	Tasso di crescita totale	2,33
Popolazione ≥ 85 anni (x 100)	3,81	Famiglie	
Donne 15-49 anni	15.282	N. Famiglie	36.129
Rapporto di mascolinità	94,4	% Famiglie monocomponenti	36,7
Indice di vecchiaia	197,4	N. medio componenti	2,15
Indice di dipendenza	61,8	% Popolazione in area deprivata o molto deprivata (su dati censimento 2011)	40,2
Movimenti		Stranieri	
Nati vivi	526	Stranieri residenti al 01.01.2018	6.387
Morti	894	% Stranieri residenti	8,19
Saldo naturale	-368	Stranieri residenti - Femmine	3.623
Iscritti	3.421	Stranieri residenti - Maschi	2.764
Cancellati	2.872	Var. assoluta anno precedente	190
Saldo migratorio	549	Stranieri nati	92
Saldo complessivo	+181	Stranieri morti	11
		Età media	34,8
		Prime cittadinanze	
		Romania	1.732
		Marocco	566
		Moldova	501
		Ucraina	448
		Albania	430

³⁵ Le fonti dei dati per la redazione del capitolo sono: il sistema di sorveglianza PASSI (dati sugli stili di vita e sugli indicatori "riferiti" relativi ai programmi di screening), la rilevazione puntuale Regione Emilia-Romagna (indicatori "osservati" sui programmi di screening) e il Servizio Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica Regione Emilia-Romagna (dati sulle coperture vaccinali).

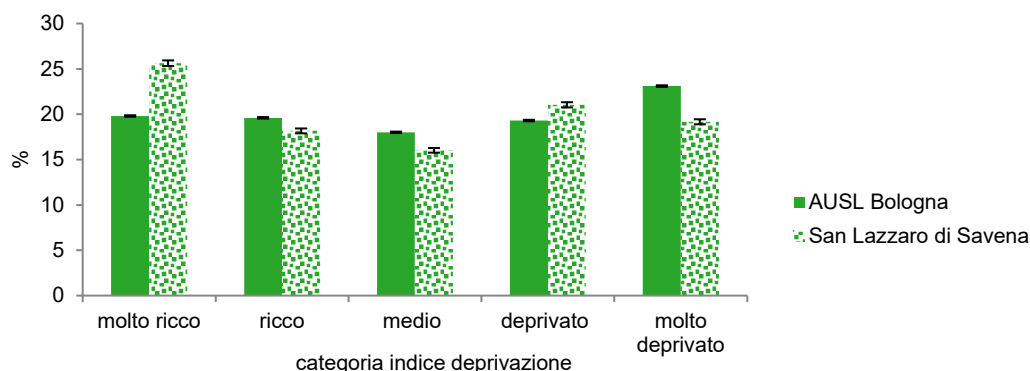
Sia l'età media di 47,1 anni che la proporzione di residenti di età superiore o uguale a 65 anni del 25%, sono le più elevate tra tutti i distretti dopo quelle del Distretto Appennino Bolognese. E' il distretto con il più alto indice di dipendenza (61,8).

Tabella 12.2 Residenti per età e genere, Distretto San Lazzaro di Savena, 2017

Classe età	Maschi	Femmine	Totale
0-5	1.892	1.673	3.565
6-14	3.360	3.102	6.462
15-64	23.845	24.368	48.213
65-74	4.431	5.125	9.556
75-84	3.317	3.942	7.259
≥85	1.044	1.930	2.974
Totale	37.889	40.140	78.029

Differenze significative con l'Azienda USL di Bologna in termini di distribuzione di frequenza della popolazione nei quintili di deprivazione si osservano per tutte le categorie, in particolare nel Distretto San Lazzaro di Savena la categoria "molto ricco" supera per più di 5 punti percentuali il valore aziendale, di contro la categoria "molto deprivato" è inferiore di quasi 4 punti percentuali.

Grafico 12.1 Indice di deprivazione, categorie in quintili, Distretto San Lazzaro di Savena e Azienda Usl di Bologna, 2011

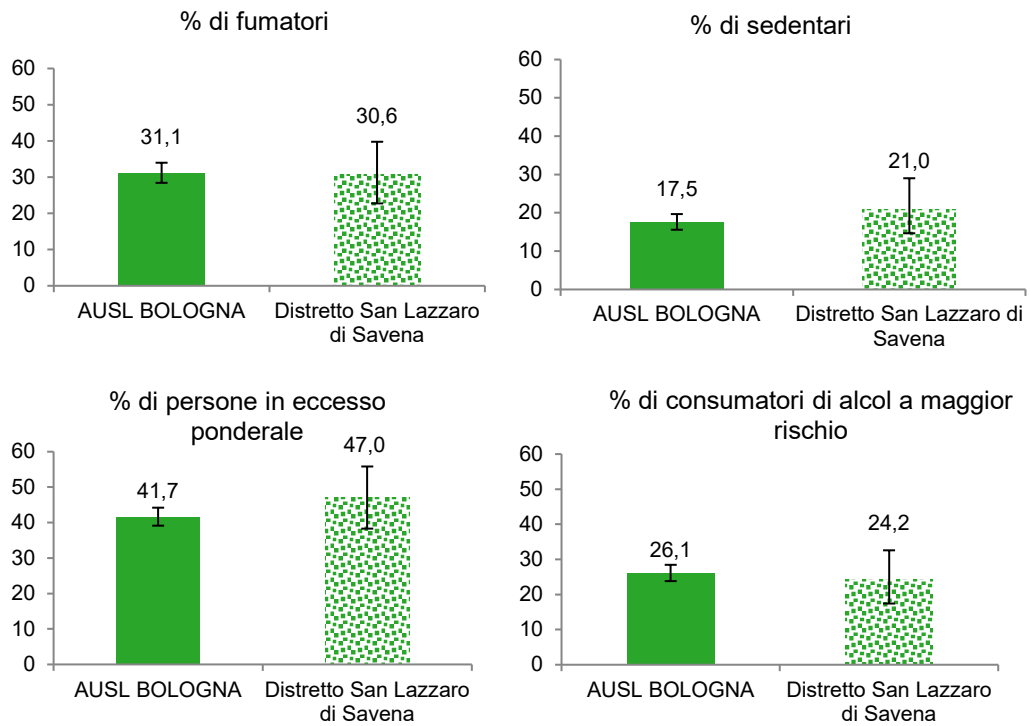


12.2. Stili di vita e prevenzione

Dall'indagine PASSI risulta che nel Distretto il 30,6% della popolazione di 18-69 anni fuma, il 24,2% è un consumatore di alcol a maggior rischio³⁶, il 21,0% è sedentario ed il 47,0% risulta essere in eccesso ponderale. Le ultime due percentuali sono le più alte dell'intero territorio dell'Azienda USL di Bologna.

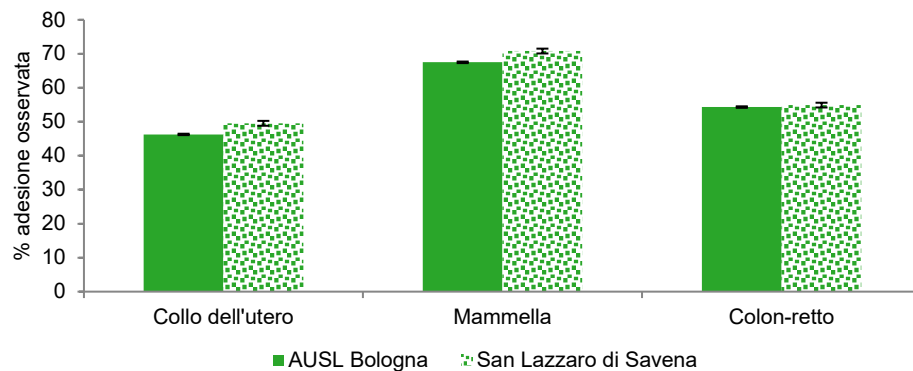
³⁶ I consumatori di alcol a maggior rischio sono i forti consumatori abituali e/o consumatori di alcol fuori pasto e/o consumatori binge (consumo di 5 o più unità alcoliche per gli uomini e 4 o più unità alcoliche per le donne in una unica occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni).

Grafico 12.2 Confronto indicatori stili di vita, Distretto San Lazzaro di Savena e AUSL di Bologna, 2014-2017



Secondo la rilevazione puntuale, nel corso dell'ultimo round di screening, il Distretto San Lazzaro di Savena evidenzia un'adesione all'interno dello screening organizzato al Pap test/test-HPV e alla mammografia significativamente più elevata rispetto al dato aziendale.

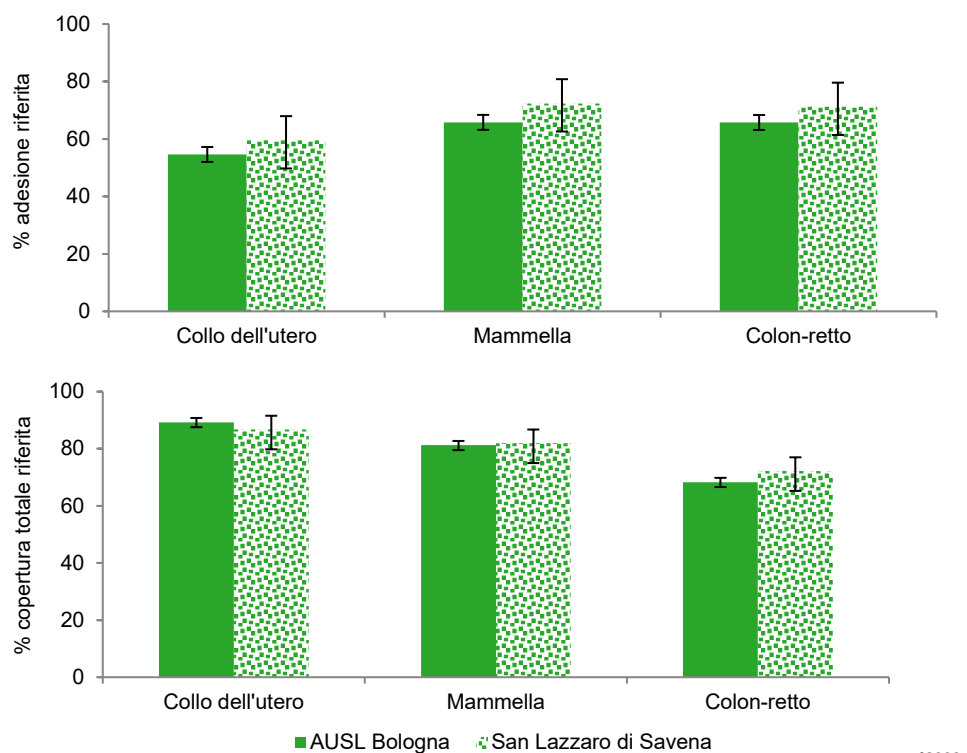
Grafico 12.3 Adesione osservata (%) al test di screening° (Pap test/test-HPV; Mammografia; FOBT), Distretto San Lazzaro di Savena e Azienda USL di Bologna



°2015-2017 per collo dell'utero, 2016-2017 per mammella, 03/2016-03/2018 per colon-retto

Non emergono differenze significative nell'adesione e nella copertura riferite in base all'indagine PASSI.

Grafico 12.4 Adesione e copertura totale riferita (%) al test di screening° (Pap test/test-HPV; Mammografia; FOBT), Distretto San Lazzaro di Savena e Azienda USL di Bologna



°2008-2017 per collo dell'utero e mammella, 2010-2017 per colon-retto

Nel 2016, le coperture vaccinali³⁷ al 24° mese nel Distretto San Lazzaro di Savena per morbillo, varicella e rosolia risultano essere pari rispettivamente al 89,5% (512 bambini vaccinati), all'0,5% (3 bambini vaccinati) e al 89,5% (512 bambini vaccinati). I dati di copertura vaccinale relativi a morbillo e rosolia sono superiori a quelli aziendali, per la varicella la copertura è inferiore al valore aziendale.

Tabella 12.3 Copertura vaccinale al 24° mese per morbillo, varicella e rosolia, Distretto San Lazzaro di Savena e Azienda USL di Bologna, 2016

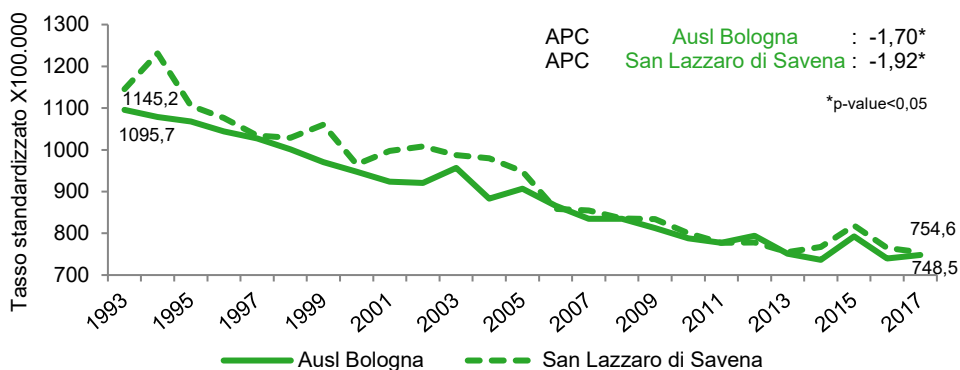
Copertura vaccinale al 24° mese – coorte di nascita 2014	Distretto San Lazzaro di Savena		AUSL di Bologna	
	n	%	n	%
Morbillo	512	89,5	6.380	87,0
Varicella	3	0,5	114	1,6
Rosolia	512	89,5	6.371	86,9

12.3. Mortalità

Nel Distretto San Lazzaro di Savena, nell'anno 2017, il tasso standardizzato di mortalità è di 754,6 decessi ogni 100.000 abitanti. Nel periodo 1993-2017 l'andamento del tasso standardizzato è in diminuzione in linea con quanto osservato a livello aziendale, seppur in maniera più marcata. Infatti, il calo percentuale medio annuo, statisticamente significativo, è stato dell'1,9% circa, superiore a quanto osservato nell'intero territorio aziendale.

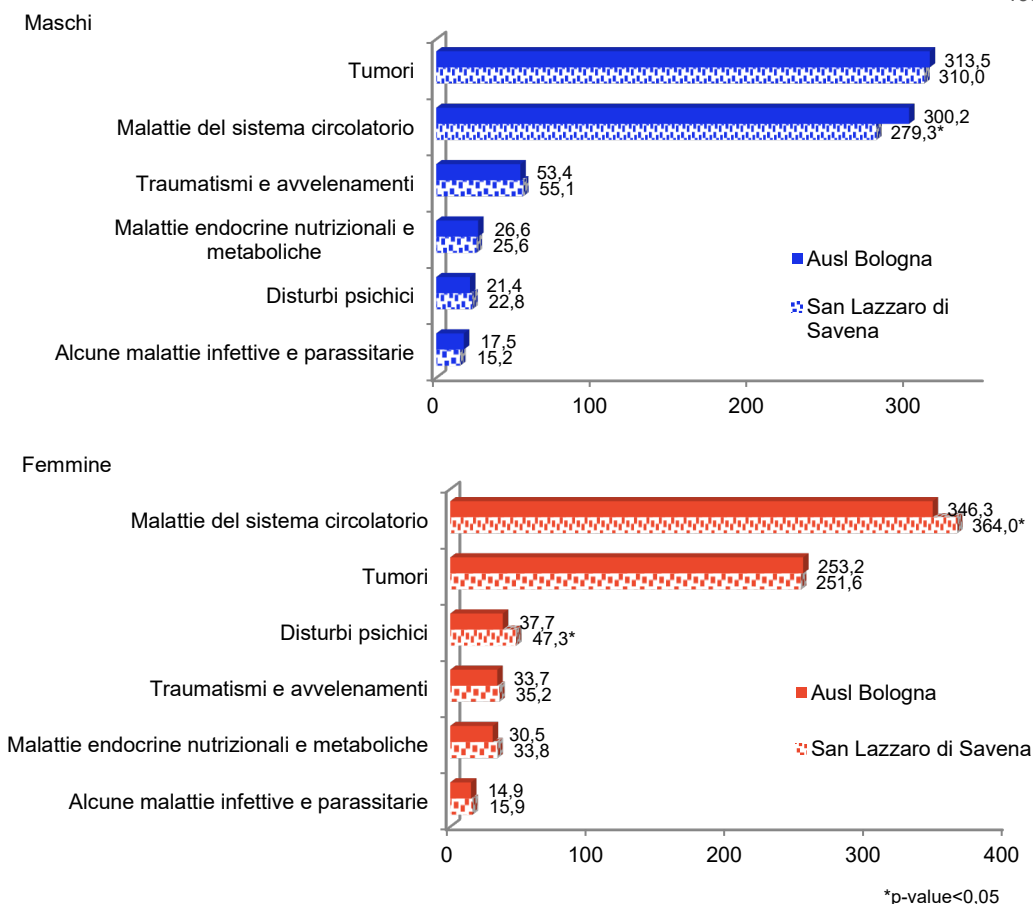
³⁷ La popolazione di riferimento per la costruzione degli indicatori di copertura vaccinale al 2016 è relativa ai residenti nel Distretto Reno, Lavino e Samoggia al 01/01/2016 per coorte di nascita 2014.

Grafico 12.5 Andamento del tasso standardizzato di mortalità (pop. standard Italia 2001), Distretto San Lazzaro di Savena e Azienda USL di Bologna, 1993-2017



Osservando i tassi standardizzati per le sei principali cause di morte del periodo 1993-2017, distinte per sesso, si nota rispetto al dato aziendale, un tasso di mortalità significativamente inferiore per le malattie del sistema circolatorio nei maschi. Nelle femmine invece si osserva un tasso significativamente superiore per la mortalità delle malattie del sistema circolatorio e per disturbi psichici.

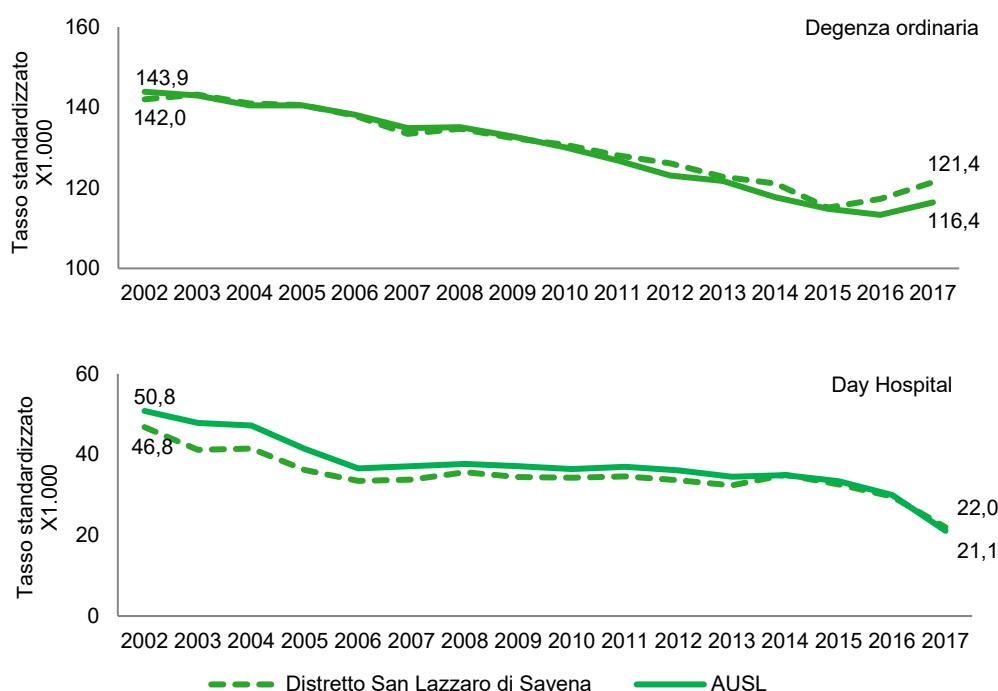
Grafico 12.6 Tassi standardizzati X100.000 delle sei principali cause di morte (pop. standard Italia 01/01/2001). Maschi e femmine, Distretto San Lazzaro di Savena e Azienda USL di Bologna, 1993-2017



12.4. Ricoveri

Negli ultimi anni, nel Distretto San Lazzaro di Savena, si registra, un trend in diminuzione del tasso standardizzato di ospedalizzazione sia in regime ordinario che di Day Hospital, anche se nel 2017 si riscontra un aumento dei ricoveri ordinari. Questo trend rispecchia l'andamento del tasso aziendale. Nel 2017 il tasso in regime ordinario è di 121,4 per 1.000 abitanti, superiore a quello aziendale (116,4), mentre quello in Day Hospital è di 22 per 1.000 abitanti.

Grafico 12.7 Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutte le patologie (pop. standard Italia 2012), Distretto San Lazzaro di Savena e Azienda USL di Bologna, degenza ordinaria e Day Hospital, 2002-2017



Nel Distretto San Lazzaro di Savena nel 2017 ci sono stati 10.721 soggetti dimessi; la principale cause di ricovero in regime ordinario è dovuta alle malattie del sistema circolatorio seguite nell'ordine da tumori, malattie del sistema respiratorio, traumatismi e avvelenamenti e malattie dell'apparato digerente.

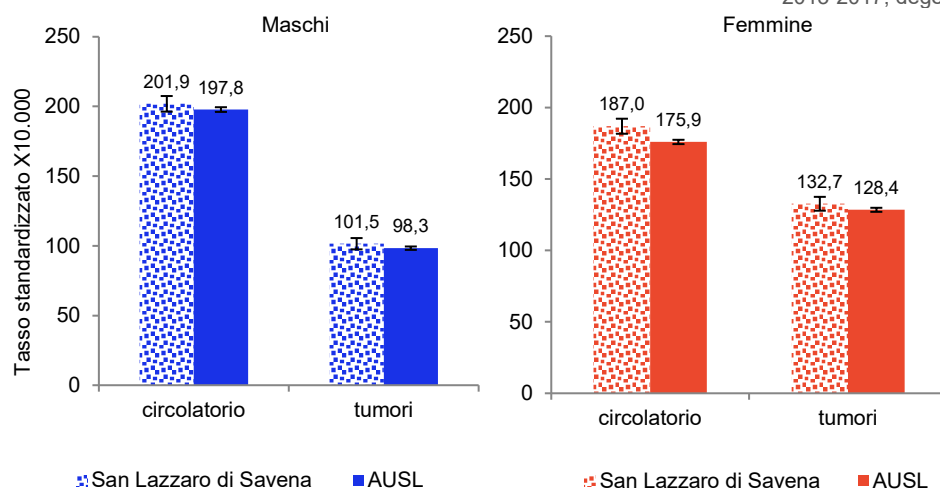
Tabella 12.4 Ricoveri ordinari per grandi gruppi di patologia (prime 5 cause) (pop. standard Italia 2001), Distretto San Lazzaro di Savena, 2017

Cause di ricovero per grandi gruppi	Dimessi	% su tutte le cause	Tasso standardizzato X1.000	IC 95%	
Malattie del sistema circolatorio	1.679	15,66	15,62	14,87	16,36
Tumori	1.110	10,35	11,51	10,82	12,20
Malattie dell'apparato respiratorio	1.024	9,55	10,22	9,57	10,86
Traumatismi e avvelenamenti	985	9,19	10,64	9,95	11,33
Malattie dell'apparato digerente	912	8,51	9,67	9,03	10,32

Il tasso di primo ricovero per le malattie dell'apparato circolatorio riferito al periodo 2013-2017 risulta essere più alto nel Distretto San Lazzaro di Savena rispetto all'Azienda USL in entrambi i generi, per le femmine la differenza è statisticamente significativa.

Per quanto riguarda i tumori si registra un tasso distrettuale più alto per entrambi i generi rispetto all'Azienda USL ma tali differenze non sono statisticamente significative.

Grafico 12.8 Tasso standardizzato di primo ricovero X10.000 abitanti per malattie dell'apparato circolatorio e tumori (pop. standard Italia 2001), 2013-2017, degenza ordinaria



12.5. Altri indicatori di salute

Il 79,1% della popolazione di 18-69 anni intervistata nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI riferisce di avere una salute buona o molta buona, a livello aziendale la percentuale è del 76,1%.

Il 5,73% dei soggetti di età superiore o uguale a 65 anni appartiene al livello fragilità alto o molto alto, a livello aziendale sono il 5,75%.

Tabella 12.5 Indice di fragilità al 01/01/2018 nella popolazione over 65enne, Distretto San Lazzaro di Savena e AUSL di Bologna

Classe di fragilità	Distretto San Lazzaro di Savena		AUSL di Bologna	
	n	%	n	%
0-14	12.310	61,72	129.876	60,10
14,1-30	4.644	23,29	52.890	24,47
30,1-50	1.847	9,26	20.910	9,68
50,1-80	1.003	5,03	11.122	5,15
80,1-100	140	0,70	1.295	0,60

La speranza di vita è di 81,1 anni per gli uomini e di 85,6 anni per le donne.

Nel 2017 le malattie infettive notificate dal Distretto San Lazzaro di Savena sono state 312, pari all'8,8% di tutte quelle segnalate dall'Azienda USL di Bologna.

Nella tabella che segue sono elencate, in ordine di frequenza, le prime 10 notificate dal Distretto San Lazzaro di Savena³⁸ nell'anno 2017, corrispondenti al 90,1% del totale delle segnalazioni pervenute.

³⁸ I dati riportati si riferiscono ai casi confermati segnalati dal Distretto San Lazzaro di Savena, relativi a residenti, domiciliati e non nel Distretto e/o in Azienda.

Tabella 12.6 Casi sporadici di malattia infettiva segnalati, numero di casi e numero di casi x 100.000 abitanti in ordine di frequenza (prime 10 patologie), Distretto San Lazzaro di Savena, 2017

Patologia	2017	
	Numero di casi	Numero di casi x 100.000 ab.
Varicella	113	145,2
Infezioni intestinali da altri organismi	38	48,8
Influenza	36	46,3
Angina streptococcica e scarlattina	35	45,0
Acariasi	21	27,0
Altre infezioni da salmonella	11	14,1
Tubercolosi	8	10,3
Bronchite e bronchiolite acute	7	9,0
Epatite virale	6	7,7
Pertosse	6	7,7
Totale per le prime 10	281	
Totale segnalazioni	312	
Proporzioni prime 10 sul totale (%)	90,1	

Si riportano anche i dati relativi alle principali patologie infettive di interesse di salute pubblica.

Tabella 12.7 Casi di malattia infettiva segnalati, numero di casi e numero di casi X100.000 abitanti, Distretto San Lazzaro di Savena e Azienda USL di Bologna, 2017

Patologia	Distretto San Lazzaro di Savena		AUSL di Bologna	
	Numero di casi	Numero di casi X100.000 ab.	Numero di casi	Numero di casi X100.000 ab.
Malattie prevenibili da vaccino				
Morbillo	4	5,1	34	3,9
Varicella	113	145,2	1.040	118,6
Parotite	0		7	0,8
Pertosse	6	7,7	42	4,8
Rosolia	0		2	0,2
Tetano	0		0	
Epatite A	5	6,4	110	12,5
Epatite B	0		9	1,0
Epatite C	1	1,3	1	0,1
Malattie invasive batteriche	1	1,3	23	2,6
Meningococco (meningiti e altre forme invasive)	0		5	0,6
Pneumococco (meningiti)	1	1,3	15	1,7
Emofilo (meningiti)	0		1	0,1
Influenza	36	46,3	292	33,3
Malattie potenzialmente trasmesse da vettori				
Chikungunya-Dengue-Zika	0		8	0,9
West Nile neuroinvasiva	1	1,29	3	0,3
Encefalite da Toscana Virus	1	1,3	25	2,9
Leishmaniosi	4	5,1	15	1,7
Malaria	0		15	1,7
Malattie potenzialmente trasmesse da alimenti				
Legionella	5	6,4	58	6,6
Tubercolosi	8	10,3	110	12,5
Tubercolosi ad interessamento polmonare	7	9,0	76	8,7
Tubercolosi ad interessamento extra polmonare	1	1,3	34	3,9

I tassi di incidenza per IMA e per ictus del Distretto San Lazzaro di Savena risultano essere più alti di quelli aziendale in entrambi i generi anche se la differenza non è statisticamente significativa.

Tabella 12.8 Tasso di incidenza per IMA e ictus X 10.000 abitanti (pop. standard Italia 2001). Distretto San Lazzaro di Savena, 2013-2017

	Numero casi	Tasso standardizzato X10.000 abitanti	IC 95%	
Incidenza IMA				
Maschi	481	19,03	17,29	20,76
Femmine	312	12,01	10,67	13,35
Totale	793	15,40	14,32	16,49
Incidenza ictus				
Maschi	658	24,67	22,75	26,59
Femmine	631	24,63	22,70	26,56
Totale	1.289	24,65	23,29	26,01

Il tasso di prevalenza del diabete nel Distretto San Lazzaro di Savena risulta essere paragonabile al tasso aziendale in entrambi i generi.

Tabella 12.9 Tasso standardizzato di prevalenza del diabete (pop. standard Italia 2001), popolazione >18 anni, Distretto San Lazzaro di Savena, 2017

Prevalenza diabete	Numero casi	Tasso standardizzato X100 abitanti	IC 95%	
Maschi	2.539	5,87	5,64	6,09
Femmine	2.322	5,21	5,00	5,43
Totale	4.861	5,53	5,37	5,68

13. PIANURA EST³⁹

13.1. Demografia



Comune	Maschi	Femmine	Totale
Argelato	4.876	5.013	9.889
Baricella	3.479	3.592	7.071
Bentivoglio	2.721	2.819	5.540
Budrio	8.965	9.527	18.492
Castello d'Argile	3.324	3.274	6.598
Castel Maggiore	8.875	9.536	18.411
Castenaso	7.364	8.014	15.378
Galliera	2.693	2.766	5.459
Granarolo dell'Emilia	5.919	6.108	12.027
Malalbergo	4.440	4.642	9.082
Minerbio	4.290	4.489	8.779
Molinella	7.603	8.076	15.679
Pieve di Cento	3.444	3.632	7.076
San Giorgio di Piano	4.246	4.534	8.780
San Pietro in Casale	6.183	6.284	12.467
Totale	78.422	82.306	160.728

Il Distretto Pianura Est comprende tutti comuni dell'area pianura. La popolazione al 01/01/2018 ammonta a 160.728 abitanti, 82.306 femmine (51,2%) e 78.422 maschi (48,8%).

Tabella 13.1 Dati demografici, Distretto Pianura Est, 2017

Superficie (Kmq)	756,1	Densità (ab/Kmq)	212,6
Popolazione al 01.01.2018	160.728		
Struttura popolazione		Indicatori x 1.000	
Età media	45,4	Tasso di natalità	7,18
Popolazione 0-5 anni (x 100)	5,17	Tasso di mortalità	10,69
Popolazione 6-14 anni (x 100)	8,94	Tasso di crescita naturale	-3,52
Popolazione 15-64 anni (x 100)	63,30	Tasso di immigrazione	44,64
Popolazione ≥ 65 anni (x 100)	22,59	Tasso di emigrazione	36,52
Popolazione ≥ 75 anni (x 100)	11,74	Tasso di crescita migratoria	8,12
Popolazione ≥ 85 anni (x 100)	3,71	Tasso di crescita totale	4,6
Donne 15-49 anni	33.446		
Rapporto di mascolinità	95,3	Famiglie	
Indice di vecchiaia	160,1	N. Famiglie	70.592
Indice di dipendenza	58,0	% Famiglie monocomponenti	33,2
		N. medio componenti	2,27
Movimenti		% Popolazione in area deprivata o molto deprivata su dati censimento 2011	33,8
Nati vivi	1.148		
Morti	1.711		
Saldo naturale	-563		
Iscritti	7.141		
Cancellati	5.842		
Saldo migratorio	1.299		
Saldo complessivo	736		
		Stranieri	
		Stranieri residenti al 01.01.2018	14.918
		% Stranieri residenti	9,28
		Stranieri residenti -Femmine	8.315
		Stranieri residenti -Maschi	6.603
		Var. assoluta anno precedente	469
		Stranieri nati	219
		Stranieri morti	21
		Età media	33,5
		Prime cittadinanze	
		Romania	3.844
		Marocco	1.993
		Pakistan	1.258
		Albania	1.105
		Ucraina	926

³⁹ Le fonti dei dati per la redazione del capitolo sono: il sistema di sorveglianza PASSI (dati sugli stili di vita e sugli indicatori "riferiti" relativi ai programmi di screening), la rilevazione puntuale Regione Emilia-Romagna (indicatori "osservati" sui programmi di screening) e il Servizio Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica Regione Emilia-Romagna (dati sulle coperture vaccinali).

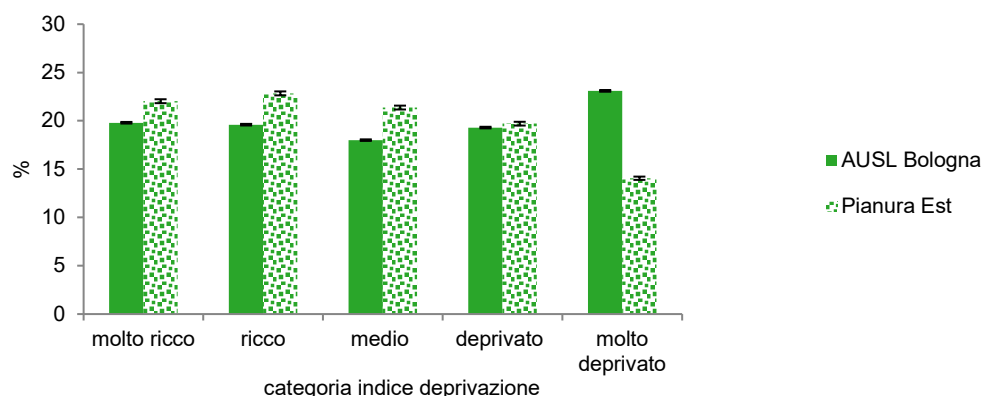
Rispetto all'anno precedente ha avuto una crescita dello 0,46%, la più alta di tutti di distretti (Capitolo 14) e di quella aziendale (0,25%). Infatti sia il tasso di crescita migratorio che quello naturale sono superiori alla media aziendale (8,12 vs 6,78 e -3,52 vs -4,31). La popolazione straniera rappresenta il 9,28% della popolazione totale (12,1% in Azienda USL). Dopo il Distretto Pianura Ovest, è il distretto più giovane: l'età media (45,4 anni) e la popolazione di età superiore o uguale ai 65 anni (22,59%) sono tra le più basse, così come l'indice di vecchiaia, più basso di quello aziendale (160,1 vs 190,6).

Tabella 13.2 Residenti per età, Distretto Pianura Est, 2017

Classe di età	Maschi	Femmine	Totale
0-5	4.332	3.982	8.314
6-14	7.409	6.961	14.370
15-64	50.602	51.135	101.737
65-74	8.283	9.154	17.437
75-84	5.733	7.174	12.907
≥85	2.063	3.900	5.963
Totale	78.422	82.306	160.728

Differenze statisticamente significative con il dato aziendale in termini di distribuzione di frequenza della popolazione nei quintili di deprivazione si osservano per tutte le categorie: il Distretto Pianura Est presenta valori tutti superiori rispetto all'Azienda ad eccezione della categoria "molto deprivato" che è più basso.

Grafico 13.1 Indice di deprivazione, categorie in quintili, Distretto Pianura Est e Azienda USL di Bologna, 2011

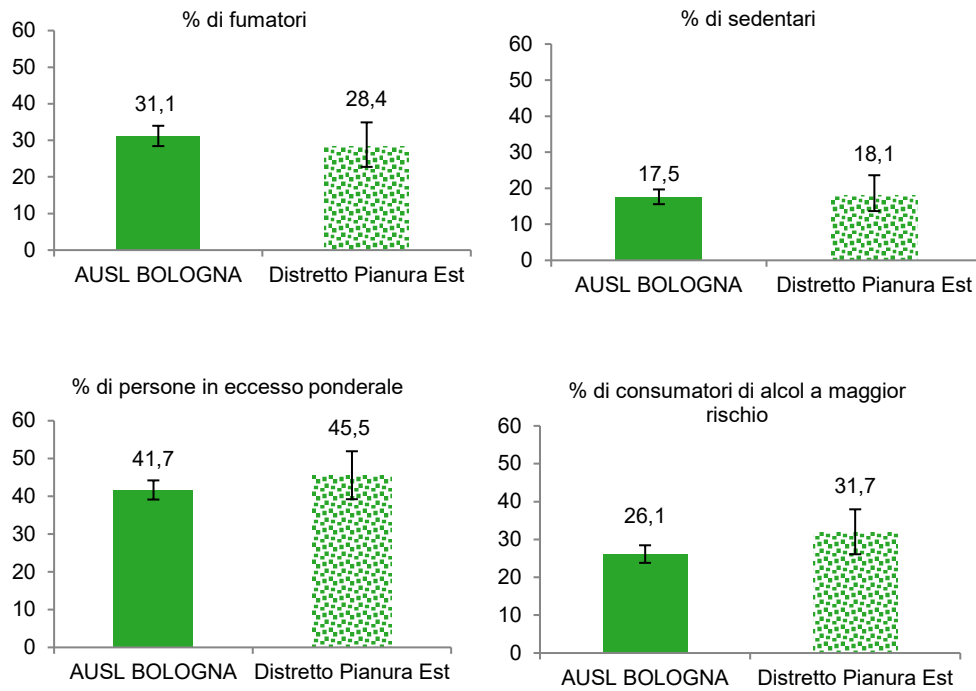


13.2. Stili di vita e prevenzione

L'indagine PASSI relativa al periodo 2014-2017 ha evidenziato che nel distretto il 28,4% della popolazione 18-69 anni fuma (percentuale più bassa dell'intero territorio aziendale), il 18,1% è sedentario, il 45,5% risulta essere in eccesso ponderale e il 31,7% è un consumatore di alcol a maggior rischio⁴⁰ (percentuale più alta dell'intero territorio dell'Azienda USL).

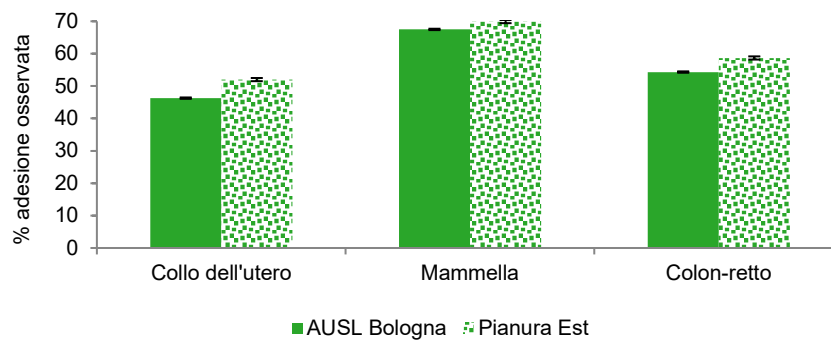
⁴⁰ I consumatori di alcol a maggior rischio sono i forti consumatori abituali e/o consumatori di alcol fuori pasto e/o consumatori binge (consumo di 5 o più unità alcoliche per gli uomini e 4 o più unità alcoliche per le donne in una unica occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni)

Grafico 13.2 Confronto indicatori stili di vita, Distretto Pianura Est e Azienda USL di Bologna, 2014-2017



Secondo la rilevazione puntuale, nel corso dell'ultimo round di screening, il Distretto di Pianura Est evidenzia un'adesione per tutti gli screening organizzati significativamente più elevata rispetto al dato aziendale.

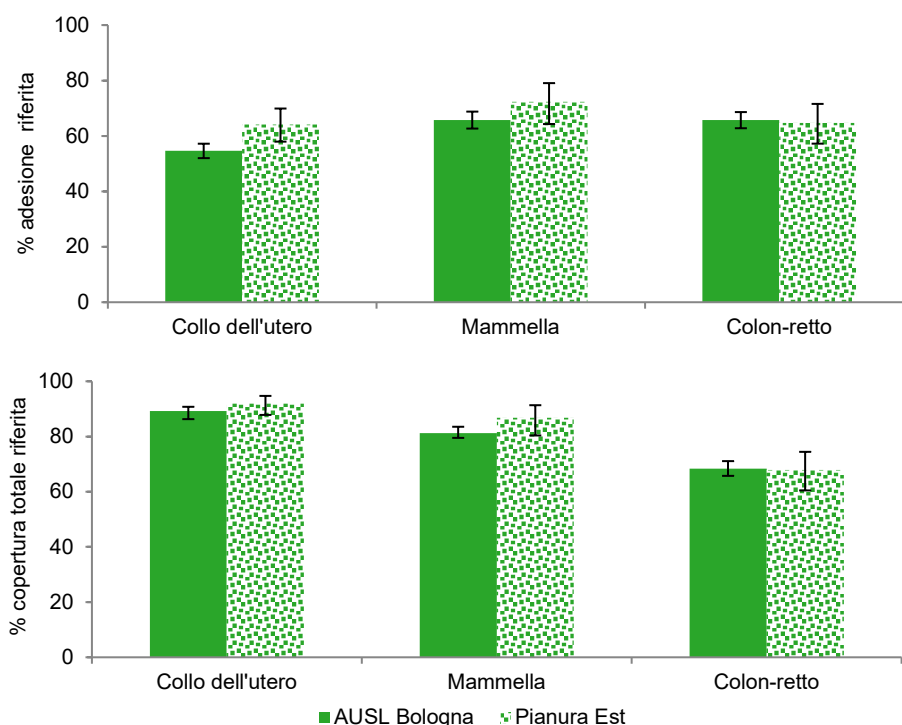
Grafico 13.3 Adesione osservata (%) al test di screening° (Pap test/test-HPV; Mammografia; FOBT), Distretto Pianura Est e Azienda USL di Bologna



°2015-2017 per collo dell'utero, 2016-2017 per mammella, 03/2016-03/2018 per colon-retto

Secondo la sorveglianza PASSI il Distretto di Pianura Est l'adesione (riferita) all'interno dello screening organizzato al Pap test/test HPV è significativamente più elevata rispetto al valore aziendale.

Grafico 13.4 Adesione e copertura totale riferita (%) al test di screening° (Pap test/test-HPV; Mammografia; FOBT), Distretto Pianura Est e Azienda USL di Bologna



*2008-2017 per collo dell'utero e mammella, 2010-2017 per colon-retto

Nel 2016, le coperture vaccinali⁴¹ al 24° mese nel Distretto Pianura Est per morbillo e rosolia risultano essere pari all'86,8% (rispettivamente 1.219 e 1.218 bambini vaccinati) e per la varicella all'1,4% (19 bambini vaccinati) in linea con quelli aziendali.

Tabella 13.3 Copertura vaccinale al 24° mese per morbillo, varicella e rosolia, Distretto Pianura Est e Azienda USL di Bologna, 2016

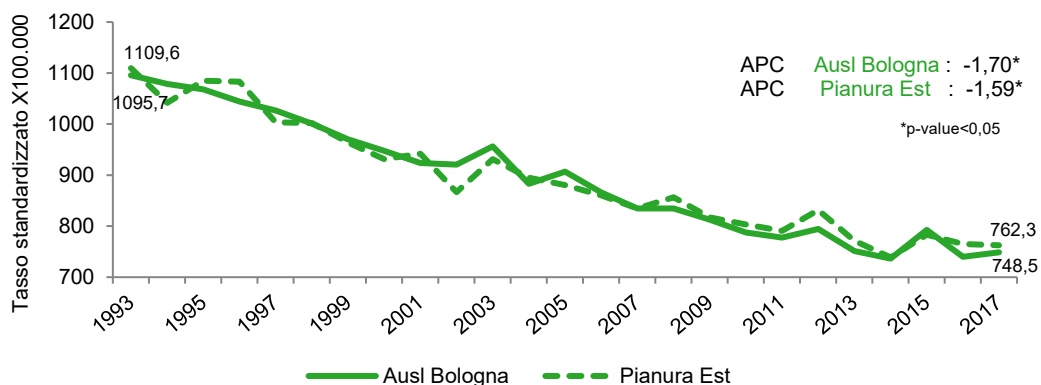
Copertura vaccinale al 24°mese – coorte di nascita 2014	Distretto Pianura Est		AUSL di Bologna	
	n	%	n	%
Morbillo	1.219	86,8	6.380	87,0
Varicella	19	1,4	114	1,6
Rosolia	1.218	86,8	6.371	86,9

13.3. Mortalità

Nel Distretto Pianura Est, nell'anno 2017, sono stati osservati 1.711 decessi. L'andamento del tasso standardizzato di mortalità nel periodo 1993-2017 è in diminuzione e in linea con quanto osservato a livello aziendale, con un calo percentuale medio annuo, statisticamente significativo, dell'1,6% circa, di poco inferiore a quello aziendale. Nel 2017 il tasso è di 762,3 decessi ogni 100.000 abitanti.

⁴¹ La popolazione di riferimento per la costruzione degli indicatori di copertura vaccinale al 2016 è relativa ai residenti nel Distretto Pianura Est al 01/01/2016 per coorte di nascita 2014.

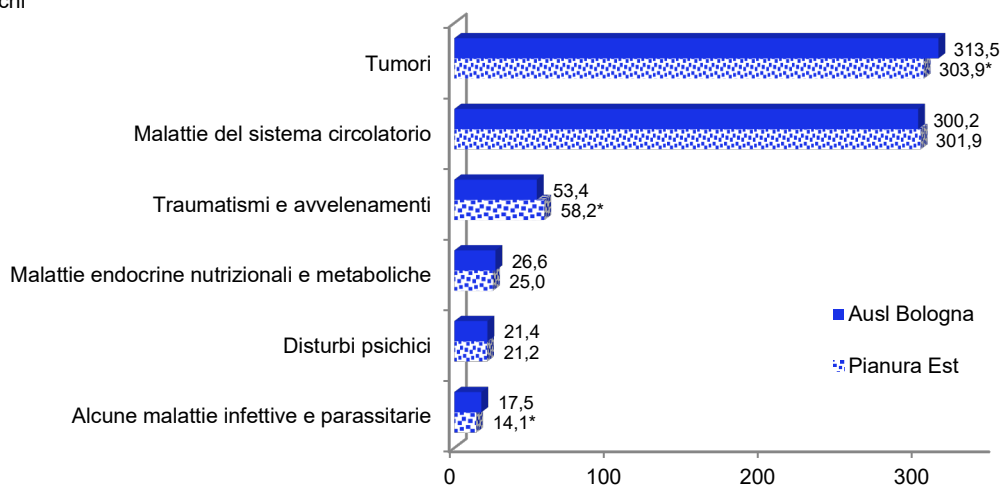
Grafico 13.5 Andamento del tasso standardizzato di mortalità (pop. standard Italia 2001), Distretto Pianura Est e Azienda USL di Bologna, 1993-2017



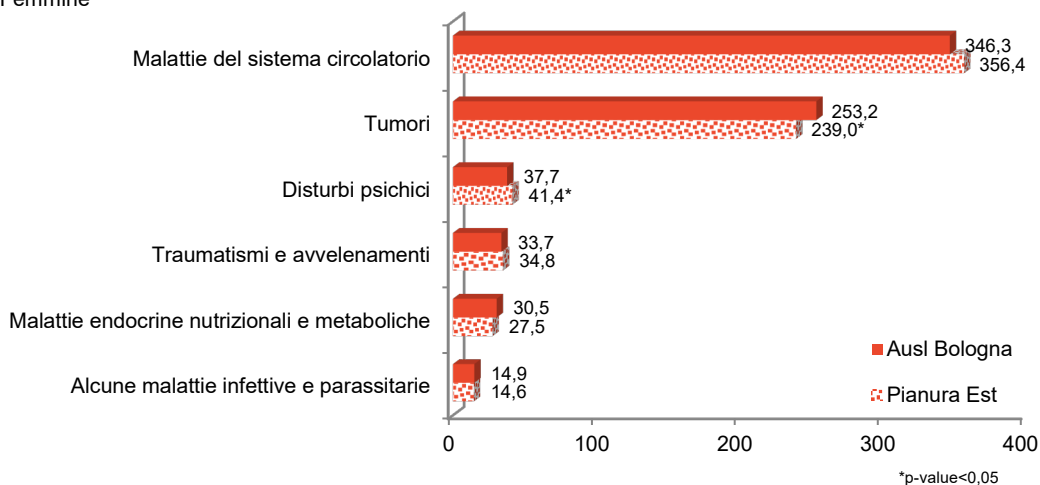
Analizzando più approfonditamente le sei principali cause di morte del periodo 1993-2017, distinte per sesso, si nota, rispetto al dato aziendale, un tasso di mortalità superiore, e statisticamente significativo, per traumatismi e avvelenamenti nei maschi e per disturbi psichici nelle femmine. Si osserva invece un tasso di mortalità significativamente inferiore per tumore in entrambi i generi.

Grafico 13.6 Tassi standardizzati X100.000 delle sei principali cause di morte (pop. standard Italia 2001). Maschi e femmine. Distretto Pianura Est e Azienda USL di Bologna, 1993-2017

Maschi



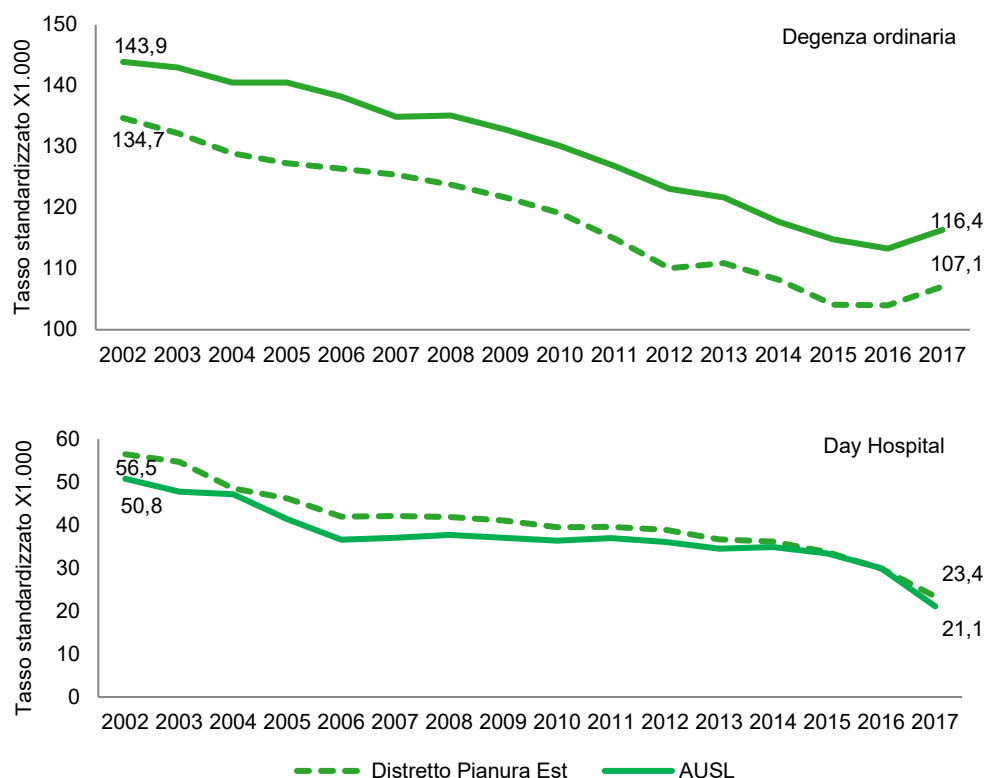
Femmine



13.4. Ricoveri

Negli ultimi anni, nel Distretto Pianura Est, si registra un trend in diminuzione del tasso standardizzato di ospedalizzazione sia in regime ordinario che di Day Hospital, anche se nel 2017 si riscontra un aumento dei ricoveri ordinari. Il trend rispecchia l'andamento del tasso aziendale. Nel 2017 il tasso in regime ordinario è di 107,1 per 1.000 abitanti, inferiore a quello aziendale (116,4); mentre quello in Day Hospital è di 23,4 per 1.000 abitanti.

Grafico 13.7 Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutte le patologie (pop. standard Italia 2012), Distretto Pianura Est e Azienda USL di Bologna, degenza ordinaria e Day Hospital, 2002-2017



Nel Distretto Pianura Est nel 2017 ci sono stati 18.827 soggetti dimessi. La principale causa di ricovero in regime ordinario sono le malattie del sistema circolatorio seguite dai tumori, codici V⁴², malattie dell'apparato digerente e malattie dell'apparato respiratorio.

Tabella 13.4 Ricoveri ordinari per grandi gruppi di patologia (prime 5 cause)(pop. standard Italia 2001), Distretto Pianura Est, 2017

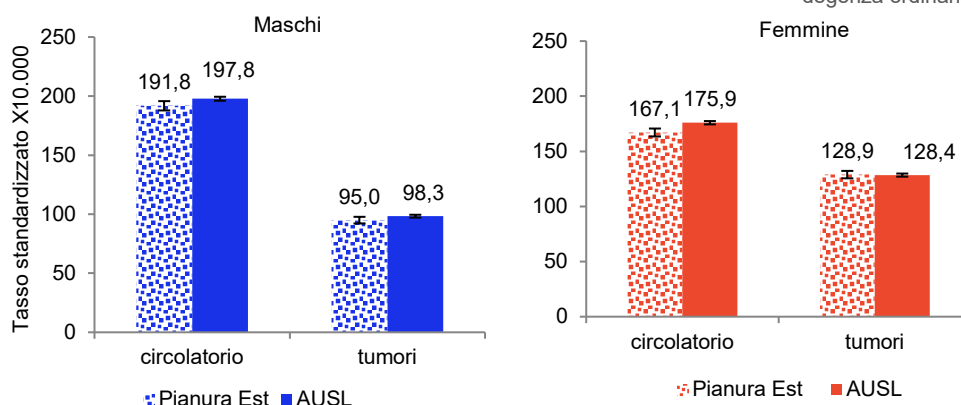
Cause di ricovero per grandi gruppi	Dimessi	% su tutti i ricoveri	Tasso standardizzato X1.000	IC 95%	
Malattie del sistema circolatorio	2.943	15,63	14,38	13,87	14,90
Tumori	1.959	10,41	10,59	10,12	11,06
Codici V	1.763	9,36	10,47	9,98	10,96
Malattie dell'apparato digerente	1.687	8,96	9,35	8,90	9,81
Malattie dell'apparato respiratorio	1.685	8,95	8,82	8,39	9,25

Il tasso di primo ricovero riferito al periodo 2013-2017 per le malattie dell'apparato circolatorio risulta essere più basso nel Distretto Pianura Est rispetto all'Azienda USL e tale differenza è

⁴² Altri motivi di ricorso ai servizi sanitari; si utilizzano i Codici V per descrivere quelle circostanze diverse da malattie e traumatismi che rappresentano una causa di ricorso a ricoveri ospedalieri

statisticamente significativa per entrambi i generi. Per quanto riguarda i tumori le differenze non sono statisticamente significative.

Grafico 13.8 Tasso standardizzato di primo ricovero X10.000 abitanti per malattie dell'apparato circolatorio e tumori (pop. standard Italia 2001), degenza ordinaria, 2013-2017



Le differenze tra i tassi di primo ricovero per tipo di tumori, sempre per il periodo 2013-2017, con il tasso aziendale non sono statisticamente significative (Vedasi Allegato).

13.5. Altri indicatori di salute

L'80,5% della popolazione di 18-69 anni intervistata nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI riferisce di avere una salute buona o molta buona, valore percentuale più alto tra tutti i distretti.

Il 5,15% dei soggetti di età superiore o uguale a 65 anni appartiene al livello fragilità alto o molto alto, sono il 5,75% a livello dell'Azienda USL.

Tabella 13.5 Indice di fragilità al 01/01/2018 nella popolazione over 65enne, Distretto Pianura Est e Azienda USL di Bologna

Classe di fragilità	Distretto Pianura Est		AUSL di Bologna	
	n	%	n	%
0-14	22.407	61,22	129.876	60,10
14,1-30	8.836	24,14	52.890	24,47
30,1-50	3.474	9,49	20.910	9,68
50,1-80	1.712	4,68	11.122	5,15
80,1-100	171	0,47	1.295	0,60

La speranza di vita è di 81,2 anni per gli uomini e di 85,4 anni per le donne.

Nel 2017 le malattie infettive notificate dal Distretto Pianura Est sono state 582, pari al 16,4% di tutte le malattie infettive segnalate dall'Azienda USL di Bologna; nella tabella che segue sono elencate, in ordine di frequenza, le prime 10 notificate dal distretto corrispondenti al 77,7% del totale delle segnalazioni pervenute⁴³.

⁴³ I dati riportati si riferiscono ai casi confermati segnalati dal Distretto Pianura Est, relativi a residenti, domiciliati e non nel Distretto e/o in Azienda.

Tabella 13.6 Casi sporadici di malattia infettiva segnalati, numero di casi e numero di casi X100.000 abitanti in ordine di frequenza (prime 10 patologie), Distretto Pianura Est, 2017

Patologia	2017	
	Numero di casi	Numero di casi x 100.000 ab.
Varicella	216	135,1
Angina streptococcica e scarlattina	59	36,9
Infezioni intestinali da altri organismi	33	20,6
Altre elmintiasi intestinali	26	16,3
Faringite acuta	25	15,6
Influenza	24	15,0
Pediculosi e ftiriasi	22	13,8
Acariasi	18	11,3
Altre infezioni da salmonella	16	10,0
Bronchite e bronchiolite acute	13	8,1
Totale per le prime 10	452	
Totale segnalazioni	582	
Proporzioni prime 10 sul totale (%)	77,7	

Di seguito i casi di altre patologie infettive di interesse di sanità pubblica.

Tabella 13.7 Casi di malattia infettiva segnalati, numero di casi e numero di casi X100.000 abitanti, Distretto Pianura Est e Azienda USL di Bologna, 2017

Patologia	Distretto Pianura Est		AUSL di Bologna	
	Numero di casi	Numero di casi x 100.000 ab.	Numero di casi	Numero di casi x 100.000 ab.
Malattie prevenibili da vaccino				
Morbillo	1	0,6	34	3,9
Varicella	216	135,1	1.040	118,6
Parotite	1	0,6	7	0,8
Pertosse	8	5,0	42	4,8
Rosolia	2	1,3	2	0,2
Tetano	0		0	
Epatite A	10	6,3	110	12,5
Epatite B	1	0,6	9	1,0
Epatite C	0		1	0,1
Malattie invasive batteriche				
Meningococco (meningiti e altre forme invasive)	0		5	0,6
Pneumococco (meningiti)	1	0,6	15	1,7
Emofilo (meningiti)	0		1	0,1
Influenza	24	15,0	292	33,3
Malattie trasmesse da vettori				
Chikungunya-Dengue-Zika	2	1,3	8	0,9
West Nile neuroinvasiva	1	0,6	3	0,3
Encefalite da Toscana Virus	2	1,3	25	2,9
Leishmaniosi	1	0,6	15	1,7
Malaria	1	0,6	15	1,7
Malattie potenzialmente trasmesse da alimenti				
Legionella	8	5,0	58	6,6
Tubercolosi				
Tubercolosi ad interessamento polmonare	7	4,4	76	8,7
Tubercolosi ad interessamento extra polmonare	2	1,3	34	3,9

I tassi di incidenza di IMA e di ictus e il tasso di prevalenza del diabete del Distretto Pianura Est non presentano differenze statisticamente significative rispetto a quelli aziendale.

Tabella 13.8 Tasso standardizzato di incidenza per IMA e ictus X10.000 abitanti (pop. standard Italia 2001), Distretto Pianura Est Fonte, 2013-2017

	Numero casi	Tasso standardizzato X 10.000 abitanti	IC 95%	
Incidenza IMA				
Maschi	879	18,03	16,82	19,24
Femmine	509	10,32	9,41	11,23
Totale	1.388	14,05	13,30	14,80
Incidenza ictus				
Maschi	1.198	23,85	22,48	25,22
Femmine	1.207	24,28	22,90	25,66
Totale	2.405	24,07	23,10	25,04

Tabella 13.9 Tasso standardizzato di prevalenza del diabete (pop. standard Italia 2001), popolazione >18anni, Distretto Pianura Est, 2017

Prevalenza diabete	Numero casi	Tasso standardizzato X 100 abitanti	IC 95%	
Maschi	4.946	6,04	5,88	6,21
Femmine	4.290	5,13	4,98	5,29
Totale	9.236	5,57	5,45	5,68

14. PIANURA OVEST⁴⁴

14.1. Demografia



Comune	Maschi	Femmine	Totale
Anzola dell'Emilia	6.031	6.286	12.317
Calderara di Reno	6.488	6.791	13.279
Crevalcore	6.606	6.941	13.547
Sala Bolognese	4.170	4.219	8.389
San Giovanni in Persiceto	13.705	14.554	28.259
Sant'Agata Bolognese	3.703	3.655	7.358
Totale	40.703	42.446	83.149

Il Distretto Pianura Ovest comprende 6 comuni dell'area pianura. La popolazione al 01/01/2018 ammonta a 83.149 abitanti, 40.703 maschi (49%) e 42.446 femmine (51%). Rispetto all'anno precedente ha avuto una crescita dello 0,06%, crescita inferiore a quella aziendale (0,25%). La popolazione straniera rappresenta il 10,3% della popolazione totale (12,1% in Azienda USL).

Tabella 14.1 Dati demografici, Distretto Pianura Ovest, 2017

Superficie (Kmq)	374,9	Densità (ab/Kmq)	221,8
Popolazione al 01.01.2018	83.149	Stranieri	
Struttura popolazione		Stranieri residenti al 01.01.2018 8.578	
Età media	45,1	% Stranieri residenti 10,3	
Popolazione 0-5 anni (x 100)	5,28	Stranieri residenti -Femmine 4.643	
Popolazione 6-14 anni (x 100)	9,14	Stranieri residenti -Maschi 3.935	
Popolazione 15-64 anni (x 100)	63,16	Var. assoluta anno precedente -18	
Popolazione ≥ 65 anni (x 100)	22,42	Stranieri nati 132	
Popolazione ≥ 75 anni (x 100)	11,73	Stranieri morti 14	
Popolazione ≥ 85 anni (x 100)	3,61	Età media 33	
Donne 15-49 anni	17.191	Prime cittadinanze	
Rapporto di mascolinità	95,9	Romania 1.940	
Indice di vecchiaia	155,5	Marocco 1686	
Indice di dipendenza	58,3	Pakistan 974	
		Albania 538	
		Repubblica Cinese 517	
Movimenti		% Popolazione in area deprivata o molto deprivata (su dati censimento 2011) 38,6	
Nati vivi	624		
Morti	862		
Saldo naturale	-238		
Iscritti	3.236		
Cancellati	2.946		
Saldo migratorio	290		
Saldo complessivo	+52		

⁴⁴ Le fonti dei dati per la redazione del capitolo sono: il sistema di sorveglianza PASSI (dati sugli stili di vita e sugli indicatori "riferiti" relativi ai programmi di screening), la rilevazione puntuale Regione Emilia-Romagna (indicatori "osservati" sui programmi di screening) e il Servizio Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica Regione Emilia-Romagna (dati sulle coperture vaccinali).

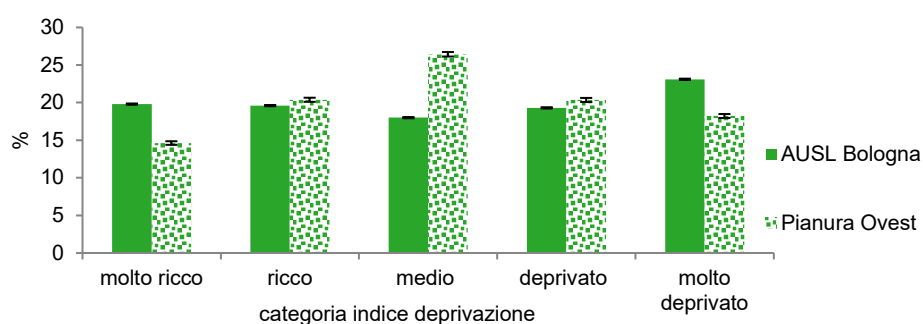
E' il distretto più giovane (Vedasi Allegato): l'età media (45,1 anni), la popolazione di età over 64 anni (22,42%) e l'indice di vecchiaia (155,5) sono i più bassi di tutti i distretti e del valore medio aziendale (46,5 anni, 24,4% e 190,6).

Tabella 14.2 Residenti per età e genere, Distretto Pianura Ovest, 2017

Classe età	Maschi	Femmine	Totale
0-5	2.204	2.186	4.390
6-14	3.815	3.783	7.598
15-64	26.396	26.123	52.519
65-74	4.289	4.596	8.885
75-84	2.988	3.768	6.756
≥85	1.011	1.990	3.001
Totale	40.703	42.446	83.149

Differenze statisticamente significative con i valori dell'Azienda USL di Bolgogna si osservano per tutte le categorie di deprivazione. Appare rilevante la maggiore concentrazione di residenti in zone della categoria intermedia e la minore concentrazione in quelle esterne ("molto ricco" e "molto deprivato").

Grafico 14.1 Indice di deprivazione, categorie in quintili, Distretto Pianura Ovest e Azienda Usi di Bologna, 2011

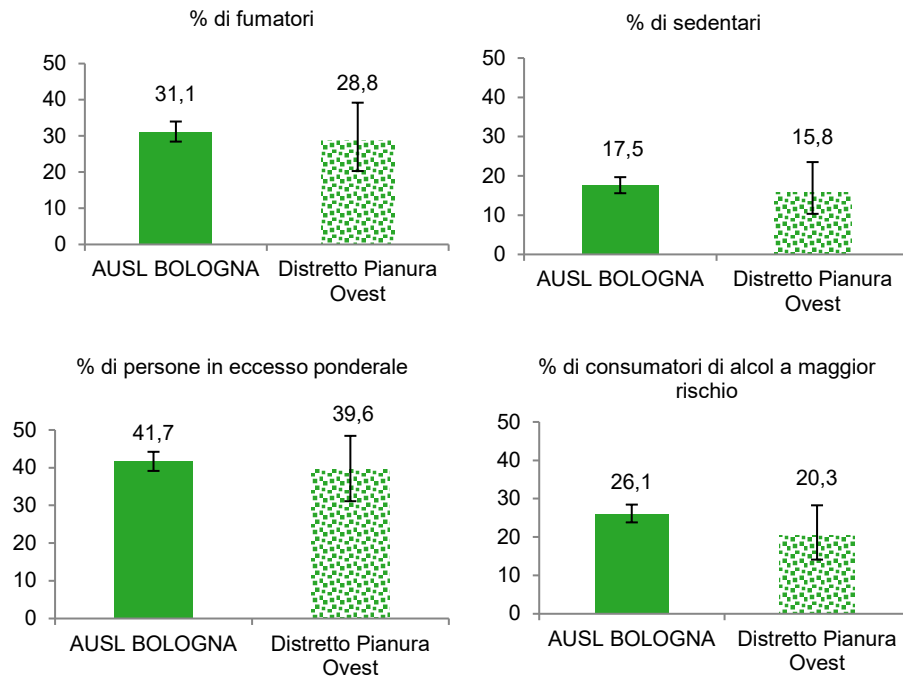


14.2. Stili di vita e prevenzione

Dall'indagine PASSI relativa al periodo 2014-2017 risulta che nel distretto il 28,8% della popolazione tra i 18 ed i 69 anni fuma, il 15,8% è sedentario e il 20,3% è un consumatore di alcol a maggior rischio⁴⁵; le tre percentuali sono le più basse dell'intero territorio dell'Azienda USL. Il 39,63% risulta essere in eccesso ponderale.

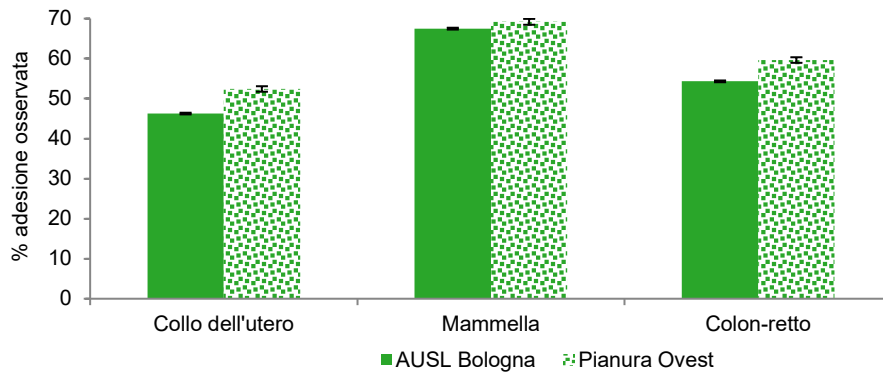
⁴⁵ I consumatori di alcol a maggior rischio sono i forti consumatori abituali e/o consumatori di alcol fuori pasto e/o consumatori binge (consumo di 5 o più unità alcoliche per gli uomini e 4 o più unità alcoliche per le donne in una unica occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni)

Grafico 14.2 Confronto indicatori stili di vita, Distretto Pianura Ovest e Azienda USL di Bologna, 2014-2017



Secondo la rilevazione puntuale, nel corso dell'ultimo round di screening, il Distretto Pianura Ovest evidenzia un'adesione a tutti gli screening organizzati significativamente più elevata rispetto al resto dell'Azienda USL.

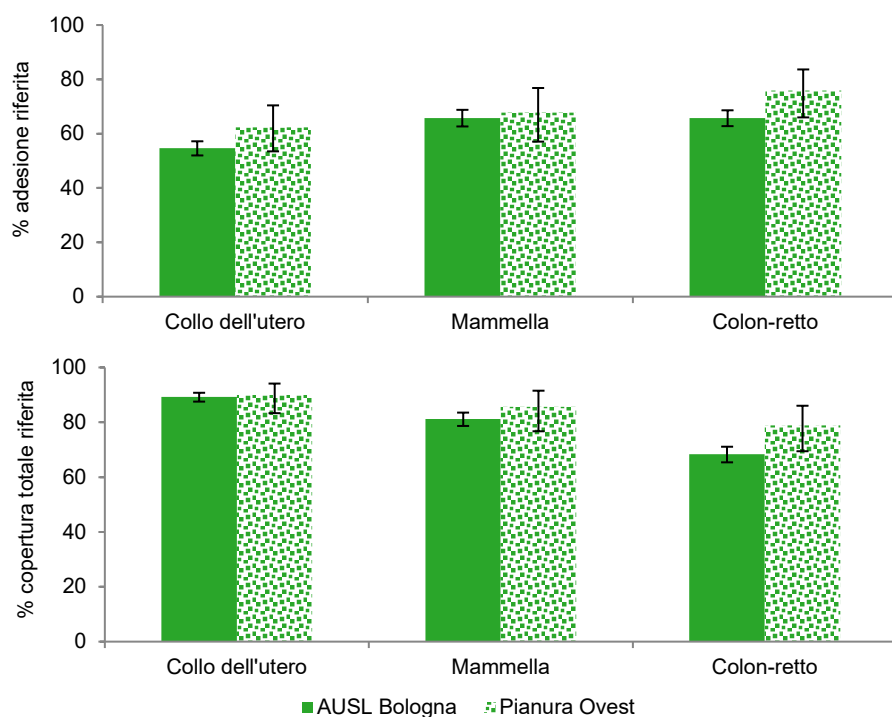
Grafico 14.3 Adesione osservata (%) al test di screening* (Pap test/test-HPV; Mammografia; FOBT), Distretto Pianura Ovest e Azienda USL di Bologna



*2015-2017 per collo dell'utero, 2016-2017 per mammella, 03/2016-03/2018 per colon-retto

Non si osservano invece differenze nei dati riferiti durante l'indagine PASSI.

Grafico 14.4 Adesione e copertura totale riferita (%) al test di screening° (Pap test/test-HPV; Mammografia; FOBT), Distretto Pianura Ovest e Azienda USL di Bologna



°2008-2017 per collo dell'utero e mammella, 2010-2017 per colon-retto

Nel 2016, le coperture vaccinali⁴⁶ al 24° mese nel Distretto Pianura Ovest per morbillo, varicella e rosolia risultano essere pari rispettivamente al 94,1% (683 bambini vaccinati), all'1,9% (14 bambini vaccinati) e al 93,8% (681 bambini vaccinati), tutti valori superiori a quelli aziendali.

Tabella 14.3 Copertura vaccinale al 24° mese per morbillo, varicella e rosolia, Distretto Pianura Ovest e Azienda USL di Bologna, 2016

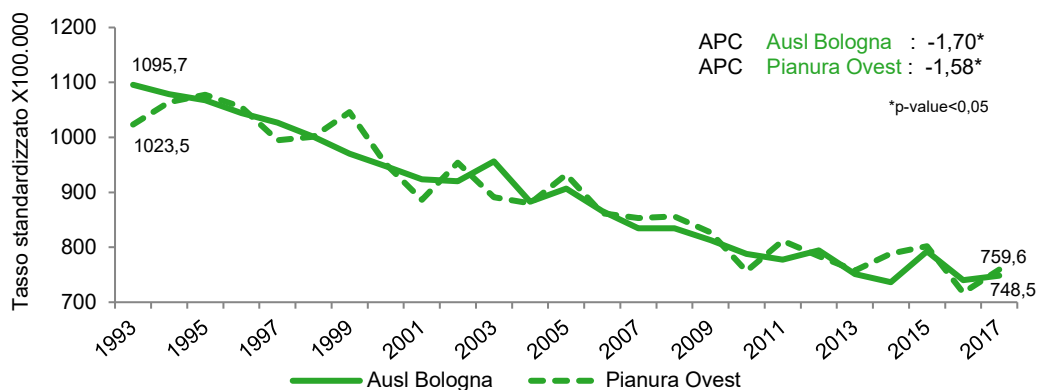
Copertura vaccinale al 24° mese – coorte di nascita 2014	Distretto Pianura Ovest		AUSL di Bologna	
	n	%	n	%
Morbillo	683	94,1	6.380	87,0
Varicella	14	1,9	114	1,6
Rosolia	681	93,8	6.371	86,9

14.3. Mortalità

Nel 2017 il tasso standardizzato di mortalità è di 759,6 decessi ogni 100.000 abitanti. L'andamento del tasso nel periodo 1993-2017 è in riduzione, in linea con quanto osservato a livello aziendale. Il calo percentuale medio annuo, statisticamente significativo, è dell'1,6% circa.

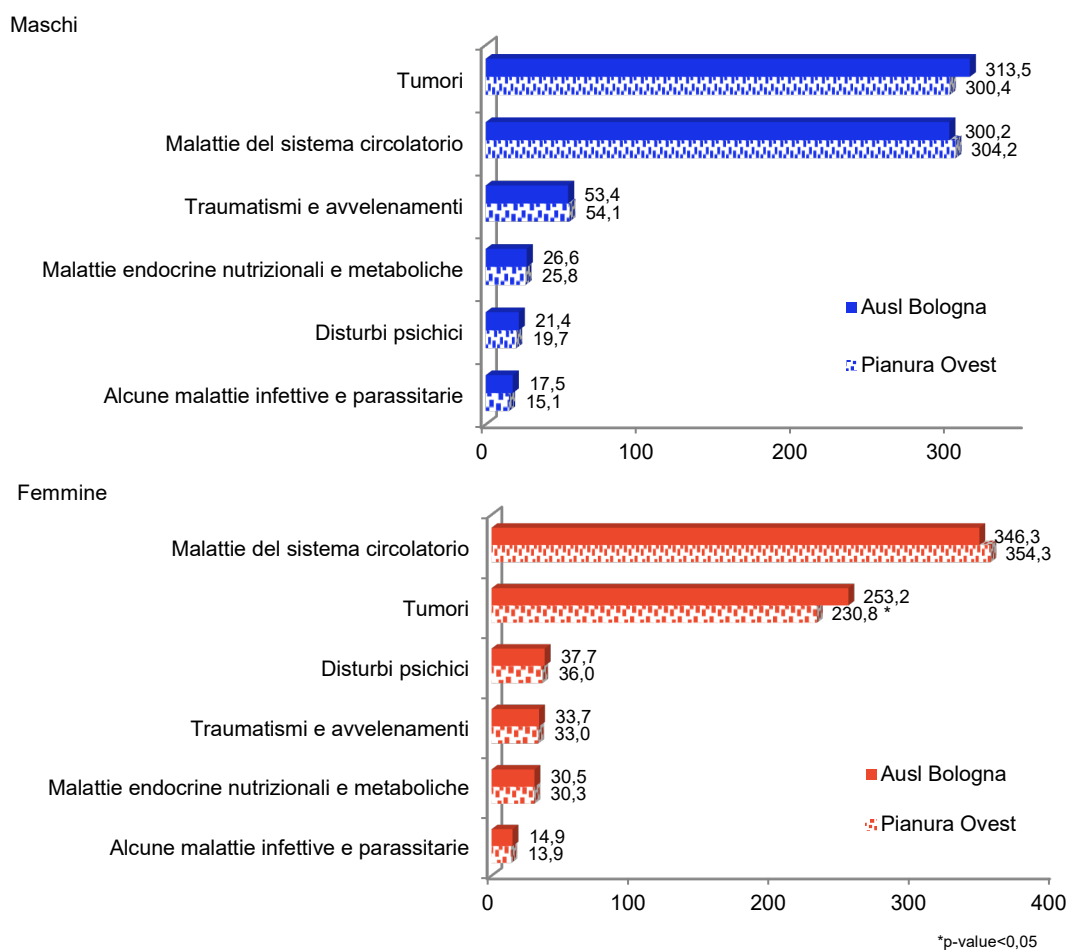
⁴⁶ La popolazione di riferimento per la costruzione degli indicatori di copertura vaccinale al 2016 è relativa ai residenti nel Distretto Pianura Ovest al 01/01/2016 per coorte di nascita 2014.

Grafico 14.5 Andamento del tasso standardizzato di mortalità (pop. standard Italia 2001), Distretto Pianura Ovest e Azienda USL di Bologna, 1993-2017.



Analizzando più approfonditamente le sei principali cause di morte del periodo 1993-2017, distinte per sesso, si nota, rispetto al dato aziendale, un tasso di mortalità per tumore inferiore sia nei maschi che nelle femmine, quest'ultimo statisticamente significativo.

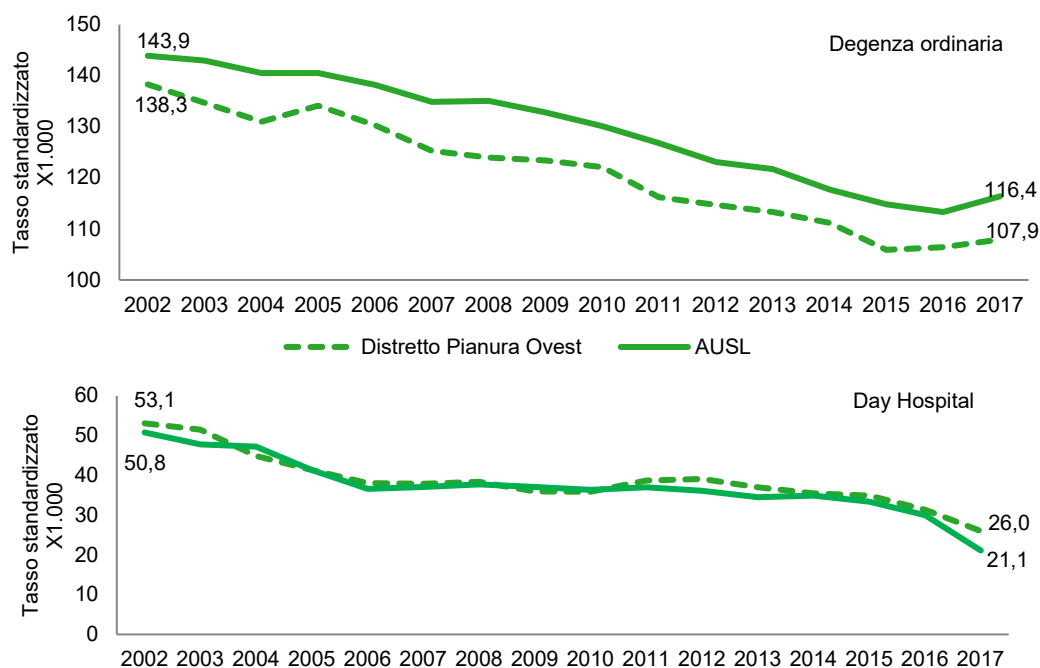
Grafico 14.6 Tassi standardizzati X100.000 delle sei principali cause di morte (pop. standard Italia 2001). Maschi e femminei. Distretto Pianura Ovest e Azienda USL di Bologna, 2013-2017



14.4. Ricoveri

Negli ultimi anni, nel Distretto Pianura Ovest, si registra un trend in diminuzione del tasso standardizzato di ospedalizzazione sia in regime ordinario che di Day Hospital, anche se nel 2017 si riscontra un aumento dei ricoveri ordinari. Questo trend rispecchia l'andamento del tasso aziendale. Nel 2017 il tasso in regime ordinario è di 107,9 per 1.000 abitanti, inferiore a quello aziendale (116,4); mentre quello in Day Hospital è 26 per 1.000 abitanti.

Grafico 14.7 Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutte le patologie (pop. standard Italia 2012), Distretto Pianura Ovest e Azienda USL di Bologna, degenza ordinaria e Day Hospital, 2002-2017



Nel Distretto Pianura Ovest nel 2017 ci sono stati 9.758 soggetti dimessi, le principali cause di ricovero in regime ordinario sono le malattie del sistema circolatorio, i codici V⁴⁷ e i tumori; le malattie dell'apparato respiratorio e le malattie dell'apparato digerente seguono con un numero di dimessi di poco inferiore.

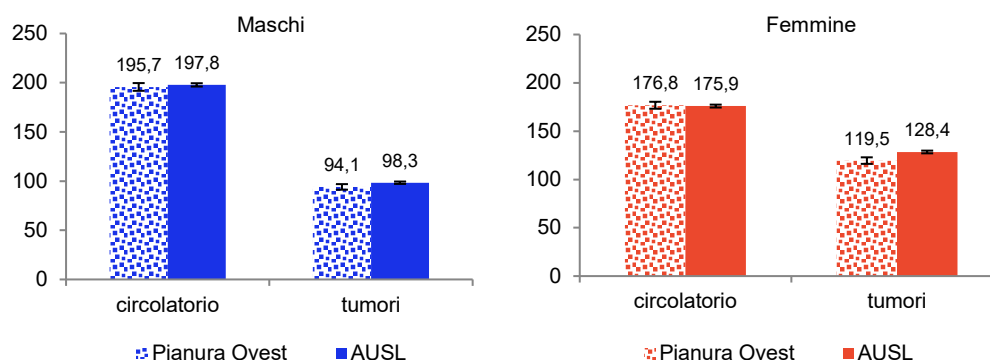
Tabella 14.4 Ricoveri ordinari per grandi gruppi di patologia (prime 5 cause) (pop. standard Italia 2001), Distretto Pianura Ovest, 2017

Cause di ricovero per grandi gruppi	Dimessi	% su tutti i ricoveri	Tasso standardizzato X1.000	IC 95%	
Malattie del sistema circolatorio	1.417	14,52	13,51	12,81	14,21
Codici V	923	9,46	10,48	9,81	11,15
Tumori	921	9,44	9,61	8,99	10,24
Malattie dell'apparato respiratorio	907	9,29	9,14	8,53	9,74
Malattie dell'apparato digerente	907	9,29	9,80	9,15	10,45

Il tasso di primo ricovero per le malattie dell'apparato circolatorio, riferito al periodo 2013-2017, risulta essere sostanzialmente simile tra Distretto e Azienda USL per entrambi i generi. Per quanto riguarda i tumori si registra un tasso distrettuale più basso per entrambi i generi e la differenza per le femmine risulta essere statisticamente significativa.

⁴⁷ Altri motivi di ricorso ai servizi sanitari; si utilizzano i Codici V per descrivere quelle circostanze diverse da malattie e traumatismi che rappresentano una causa di ricorso a ricoveri ospedalieri

Grafico 14.8 Tasso standardizzato di primo ricovero X10.000 abitanti per malattie dell'apparato circolatorio e tumori (pop. standard Italia 2001), degenza ordinaria, 2013-2017



Le differenze tra i tassi di primo ricovero per tipo di tumori, sempre per il periodo 2013-2017, con il tasso aziendale non sono statisticamente significative (Vedasi Allegato).

14.5. Altri indicatori di salute

Il 71,9% della popolazione di 18-69 anni intervistata nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI riferisce di avere una salute buona o molta buona, valore più basso tra tutti i distretti.

Il 4,96% dei soggetti di età superiore o uguale a 65 anni appartiene al livello fragilità alto o molto alto (il 5,75% a livello dell'Azienda USL).

Tabella 14.5 Indice di fragilità al 01/01/2018 nella popolazione over 65enne, Distretto Pianura Ovest e Azienda USL di Bologna.

Classe di fragilità	Distretto Pianura Ovest		AUSL di Bologna	
	n	%	n	%
0-14	11.683	62,19	129.876	60,10
14,1-30	4.415	23,51	52.890	24,47
30,1-50	1.755	9,34	20.910	9,68
50,1-80	846	4,50	11.122	5,15
80,1-100	86	0,46	1.295	0,60

La speranza di vita è di 81,7 anni per gli uomini e di 84,7 anni per le donne.

Nel 2017 le malattie infettive notificate dal Distretto Pianura Ovest sono state 440, pari al 12,4% di tutte le malattie infettive segnalate dall'Azienda USL di Bologna. Di seguito sono riportate le prime 10 malattie infettive corrispondenti al 90,0% del totale delle segnalazioni pervenute⁴⁸.

⁴⁸ I dati riportati si riferiscono ai casi confermati segnalati dal Distretto Pianura Ovest, relativi a residenti, domiciliati e non nel Distretto e/o in Azienda.

Tabella 14.6 Casi sporadici di malattia infettiva segnalati, numero di casi e numero di casi X100.000 abitanti in ordine di frequenza (prime 10 patologie), Distretto Pianura Ovest, 2017

Patologia	2017	
	Numero di casi	Numero di casi X100.000 ab.
Varicella	199	239,5
Angina streptococcica e scarlattina	61	73,4
Pediculosi e ftiriasi	37	44,5
Acariasi	29	34,9
Malattie specifiche da virus Coxsackie	18	21,7
Infezioni intestinali da altri organismi	13	15,6
Altre infezioni da salmonella	9	10,8
Altre elmintiasi intestinali	8	9,6
Mononucleosi infettiva	8	9,6
Encefalite da Toscana virus	7	8,4
Totale per le prime 10	396	
Totale segnalazioni	440	
Proporzioni prime 10 sul totale (%)	90,0	

Di seguito si riporta una tabella su altre patologie infettive di rilievo per la sanità pubblica.

Tabella 14.7 Casi di malattia infettiva segnalati, numero di casi e numero di casi X100.000 abitanti, Distretto Pianura Ovest e Azienda USL di Bologna, 2017

Patologia	Distretto Pianura Ovest		AUSL di Bologna	
	Numero di casi	Numero di casi X100.000 ab.	Numero di casi	Numero di casi X100.000 ab.
Malattie prevenibili da vaccino				
Morbillo	0		34	3,9
Varicella	199	239,5	1.040	118,6
Parotite	1	1,2	7	0,8
Pertosse	5	6,0	42	4,8
Rosolia	0		2	0,2
Tetano	0		0	
Epatite A	6	7,2	110	12,5
Epatite B	0		9	1,0
Epatite C	0		1	0,1
Malattie invasive batteriche	2	2,4	23	2,6
Meningococco (meningiti e altre forme invasive)	0		5	0,6
Pneumococco (meningiti)	2	2,4	15	1,7
Emofilo (meningiti)	0		1	0,1
Influenza	5	6,0	292	33,3
Malattie trasmesse da vettori				
Chikungunya-Dengue-Zika	0		8	0,9
West Nile neuroinvasiva	1	1,2	3	0,3
Encefalite da Toscana Virus	7	8,4	25	2,9
Leishmaniosi	0		15	1,7
Malaria	1	1,2	15	1,7
Malattie potenzialmente trasmesse da alimenti	26	31,3	426	48,6
Legionella	2	2,4	58	6,6
Tubercolosi	5	6,0	110	12,5
Tubercolosi ad interessamento polmonare	1	1,2	76	8,7
Tubercolosi ad interessamento extra polmonare	4	4,8	34	3,9

I tassi di incidenza per IMA e per ictus del Distretto Pianura Ovest non presentano differenze statisticamente significative rispetto ai dati aziendali.

Tabella 14.8 Tasso standardizzato di incidenza per IMA e ictus X10.000 abitanti (pop. standard Italia 2001). Distretto Pianura Ovest, 2013-2017

	Numero casi	Tasso standardizzato X10.000 abitanti	IC 95%	
Incidenza IMA				
Maschi	459	18,47	16,76	20,18
Femmine	307	11,79	10,46	13,12
Totale	766	15,02	13,95	16,10
Incidenza ctus				
Maschi	580	22,51	20,66	24,37
Femmine	589	22,92	21,05	24,79
Totale	1.169	22,72	21,41	24,04

Il tasso di prevalenza del diabete nel Distretto Pianura Ovest risulta essere superiore ed in modo statisticamente significativo al tasso aziendale in entrambi generi e nel totale.

Tabella 14.9 Tasso standardizzato di prevalenza del diabete nell'anno 2017 (pop. standard Italia 2001), popolazione >18 anni, Distretto Pianura Ovest

Prevalenza diabete	Numero casi	Tasso standardizzato X100 abitanti	IC 95%	
Maschi	2.888	6,71	6,47	6,95
Femmine	2.517	5,91	5,67	6,14
Totale	5.405	6,29	6,12	6,46

15. CITTA' DI BOLOGNA⁴⁹

15.1. Demografia



Quartiere	Maschi	Femmine	Totale
Borgo Panigale - Reno	28.861	31.996	60.857
Navile	33.502	35.296	68.798
Porto - Saragozza	32.404	37.012	69.416
San Donato - San Vitale	31.336	34.556	65.892
Santo Stefano	29.577	34.509	64.086
Savena	27.770	31.999	59.769
Senza fissa dimora	377	66	443
Bologna	183.827	205.434	389.261

Il Distretto Città di Bologna è situato al centro della Città Metropolitana di Bologna e comprende il solo Comune di Bologna suddiviso in 6 quartieri. La popolazione al 01/01/2018 ammonta a 389.261 abitanti, 205.434 femmine (52,8%) e 183.827 maschi (47,2%). E' il distretto più popolato e con maggiore densità abitativa dell'Azienda USL di Bologna. Nel 2017 si è registrata una crescita dello 0,23% rispetto all'anno precedente attribuibile al saldo migratorio positivo. La popolazione straniera rappresenta il 15,3% della popolazione totale, percentuale superiore in modo statisticamente significativo rispetto a quella aziendale (12,1%) e a quella di tutti gli altri Distretti (Vedasi Allegato).

Tabella 15.1 Dati demografici, Distretto Città di Bologna, 2017

Superficie (Kmq)	140,9	Densità (ab/Kmq)	2.763
Popolazione al 01.01.2018	389.261		
Struttura popolazione		Indicatori	
Età media	46,9	Tasso di natalità (x 1.000)	7,96
Popolazione 0-5 anni(x 100)	4,81	Tasso di mortalità (x 1.000)	12,5
Popolazione 6-14 anni(x 100)	7,01	Tasso di crescita naturale	-4,5
Popolazione 15-64 anni (x 100)	63,02	Tasso di immigrazione	40,68
Popolazione ≥ 65 anni (x 100)	25,16	Tasso di emigrazione	33,9
Popolazione ≥ 75 anni (x 100)	14,43	Tasso di crescita migratoria	6,78
Popolazione ≥ 85 anni (x 100)	4,94	Tasso di crescita totale	2,3
Donne 15-49 anni	82.731	Famiglie	
Rapporto di mascolinità	89,5	N. Famiglie	206.456
Indice di vecchiaia	212,8	% Famiglie monocomponenti	51,6
Indice di dipendenza	58,7	N. medio componenti	1,86
Movimenti		% Popolazione in area deprivata o molto deprivata su dati censimenti 2011	39,4
Nati vivi	3.095		
Morti	4.853		
Saldo naturale	-1.758		
Iscritti	15.817		
Cancellati	13.165		
Saldo migratorio	2.652		
Saldo complessivo	894		
		Stranieri	
		Stranieri residenti al 01.01.2018	59.698
		% Stranieri residenti	15,3
		Stranieri residenti - Femmine	32.103
		Stranieri residenti - Maschi	27.595
		Var. assoluta anno precedente	52
		Stranieri nati	854
		Stranieri morti	81
		Età media	34,6
		Prime cittadinanze	
		Romania	9.805
		Filippine	5.197
		Bangladesh	4.761
		Pakistan	4.069
		Moldova	3.827

⁴⁹ Le fonti dei dati per la redazione del capitolo sono: il sistema di sorveglianza PASSI (dati sugli stili di vita e sugli indicatori "riferiti" relativi ai programmi di screening), la rilevazione puntuale Regione Emilia-Romagna (indicatori "osservati" sui programmi di screening) e il Servizio Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica Regione Emilia-Romagna (dati sulle coperture vaccinali).

L'età media è di 46,9 anni e più del 25% della popolazione ha un'età superiore o uguale ai 65 anni. Risulta essere il distretto con il più alto indice di vecchiaia dopo quello dell'Appennino Bolognese.

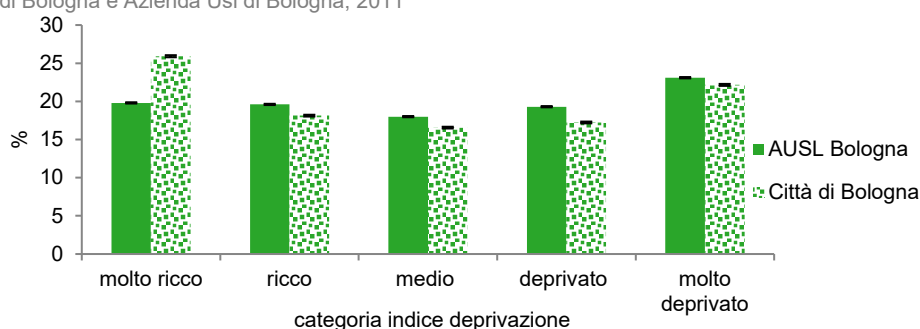
Tabella 15.2 Residenti per età, Distretto Città di Bologna, 2017

Classe età	Maschi	Femmine	Totale
0-5	9.532	9.195	18.727
6-14	14.230	13.060	27.290
15-64	120.393	124.911	245.304
65-74	18.576	23.199	41.775
75-84	15.073	21.852	36.925
≥85	6.023	13.217	19.240
Totale	183.827	205.434	389.261

E' il Distretto con il maggior numero di famiglie monocomponenti (51,6% vs 43,2% dell'Azienda USL).

Differenze statisticamente significative con l'Azienda USL di Bologna, in termini di distribuzione della popolazione nei quintili di deprivazione, si osservano per tutte le categorie. Si osservano, in particolare, 5 punti percentuali in più nella zona di categoria "molto ricco" rispetto al valore medio aziendale, mentre le altre categorie risultano essere tutte inferiori al valore aziendale medio.

Grafico 15.1 Indice di deprivazione, categorie in quintili, Distretto Città di Bologna e Azienda Usi di Bologna, 2011

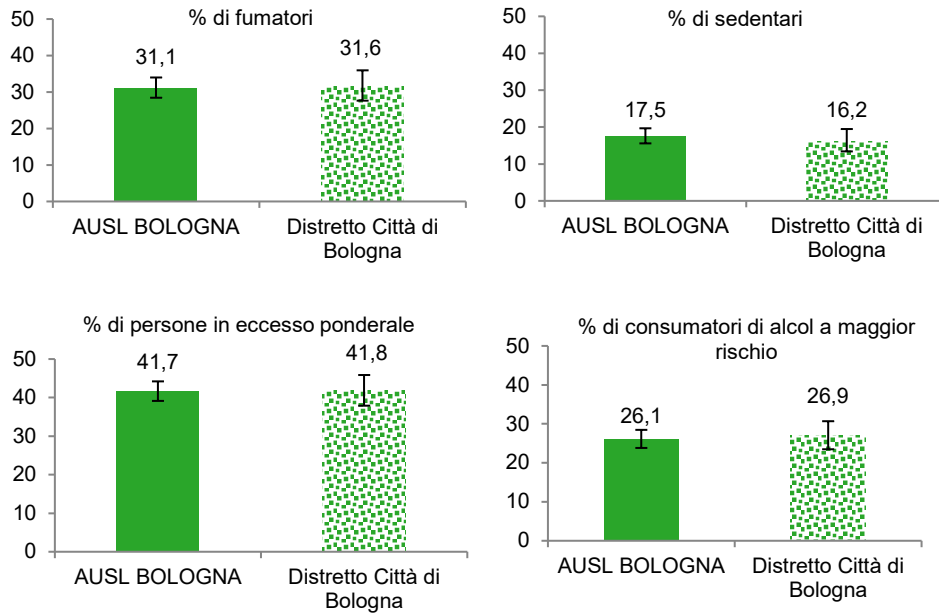


15.2. Stili di vita e prevenzione

Dal sistema di sorveglianza PASSI, relativo al periodo 2014-2017, risulta che nel Distretto di Bologna il 31,6% dei soggetti di età compresa tra i 18 ed i 69 anni fuma, il 16,2% è sedentario, il 41,8% risulta essere in eccesso ponderale e il 26,9% è un consumatore di alcol a maggior rischio⁵⁰.

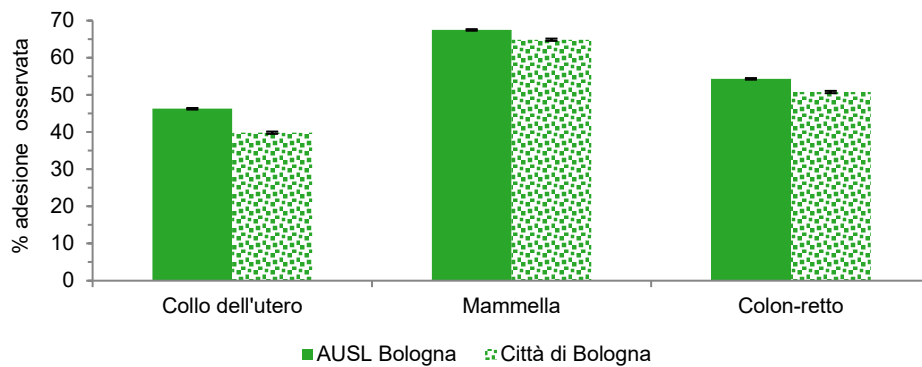
⁵⁰ I consumatori di alcol a maggior rischio sono i forti consumatori abituali e/o consumatori di alcol fuori pasto e/o consumatori binge (consumo di 5 o più unità alcoliche per gli uomini e 4 o più unità alcoliche per le donne in una unica occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni)

Grafico 15.2 Confronto indicatori stili di vita, Distretto Città di Bologna e Azienda USL di Bologna, 2014-2017



Secondo la rilevazione puntuale, nel corso dell'ultimo round di screening il Distretto Città di Bologna evidenzia un'adesione a tutti e tre i programmi di screening più bassa rispetto all'Azienda.

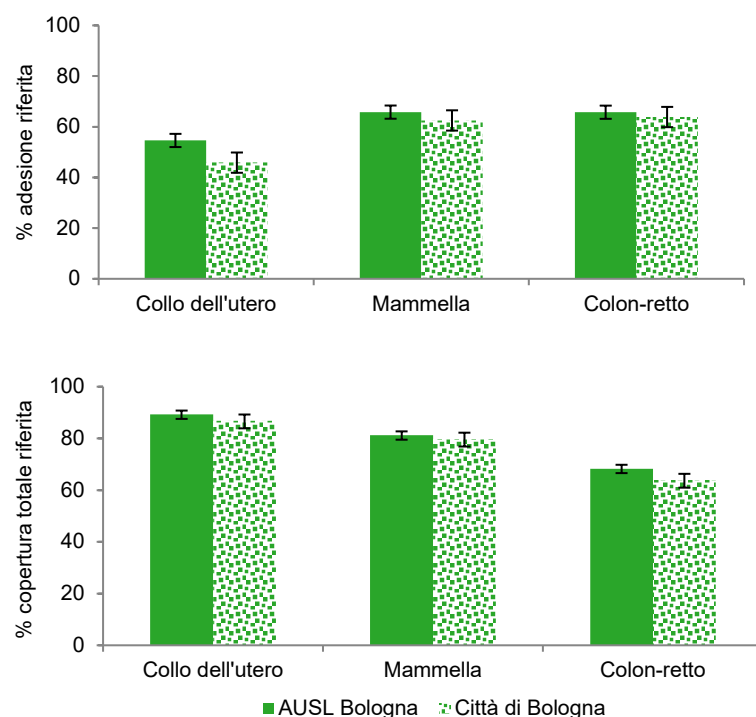
Grafico 15.3 Adesione osservata (%) al test di screening* (Pap test/test-HPV; Mammografia; FOBT), Distretto Città di Bologna



*2015-2017 per collo dell'utero, 2016-2017 per mammella, 03/2016-03/2018 per colon-retto

Secondo l'indagine PASSI nel Distretto Città di Bologna, nel corso del periodo esaminato, l'adesione all'interno dello screening organizzato del collo dell'utero è significativamente più bassa rispetto al resto del valore aziendale.

Grafico 15.4 Adesione e copertura totale riferita (%) al test di screening° (Pap test/test-HPV; Mammografia; FOBT), Distretto Città di Bologna



°2008-2017 per collo dell'utero e mammella, 2010-2017 per colon-retto

Nel 2016, le coperture vaccinali⁵¹ al 24° mese nel Distretto Città di Bologna per morbillo, varicella e rosolia risultano essere pari rispettivamente all'83,9% (2.760 bambini vaccinati), all'1,7% (55 bambini vaccinati) e all'83,8% (2.756 bambini vaccinati). I dati di copertura vaccinale relativi a morbillo e rosolia sono inferiori a quelli aziendali, mentre il dato di copertura per la varicella è in linea.

Tabella 15.3 Copertura vaccinale al 24° mese per morbillo, varicella e rosolia, Distretto Città di Bologna e Azienda USL di Bologna, 2016

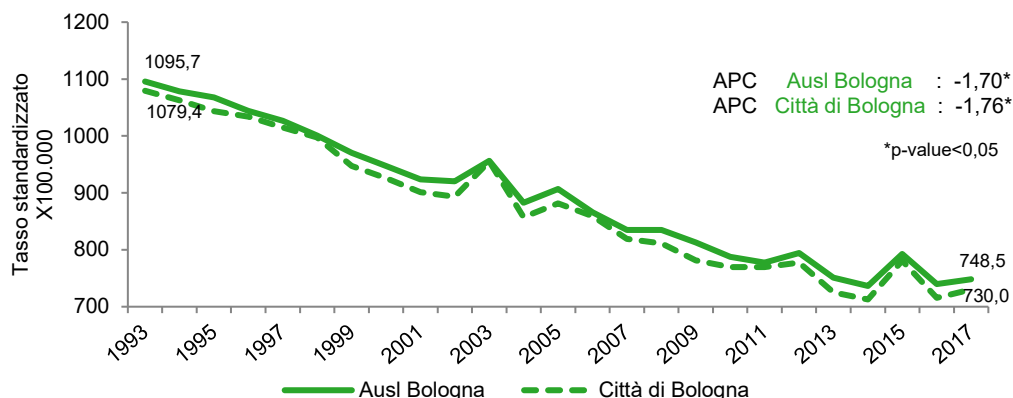
Copertura vaccinale al 24°mese – coorte di nascita 2014	Distretto Città di Bologna		AUSL di Bologna	
	n	%	n	%
Morbillo	2.760	83,9	6.380	87,0
Varicella	55	1,7	114	1,6
Rosolia	2.756	83,8	6.371	86,9

15.3. Mortalità

Nel 2017 nel Distretto Città di Bologna si sono osservati 4.838 decessi. L'andamento del tasso standardizzato di mortalità nel periodo 1993-2017 è in riduzione, in linea con quanto osservato a livello aziendale. Nel 2017, il tasso è di 730 decessi ogni 100.000 abitanti. Il calo percentuale medio annuo, statisticamente significativo, è stato dell'1,76%.

⁵¹ La popolazione di riferimento per la costruzione degli indicatori di copertura vaccinale al 2016 è relativa ai residenti nel Distretto Città di Bologna al 01/01/2016 per coorte di nascita 2014.

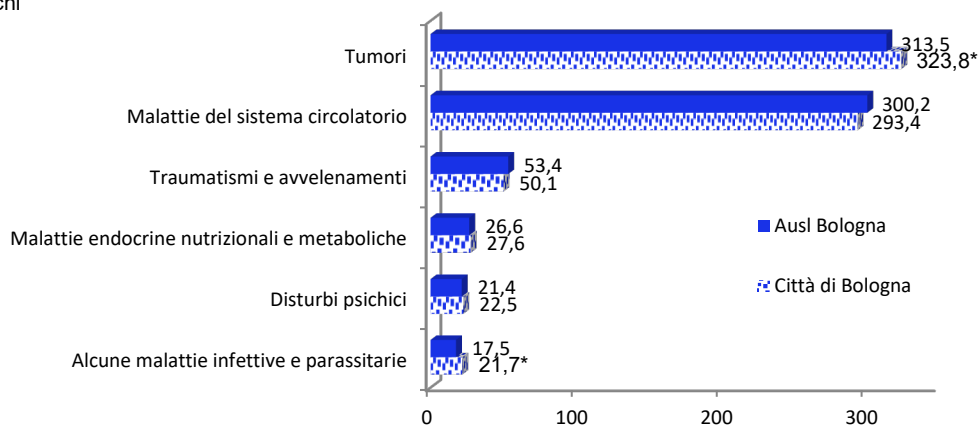
Grafico 15.5 Andamento del tasso standardizzato di mortalità (pop. standard Italia 2001), Distretto Città di Bologna e Azienda USL di Bologna, 1993-2017



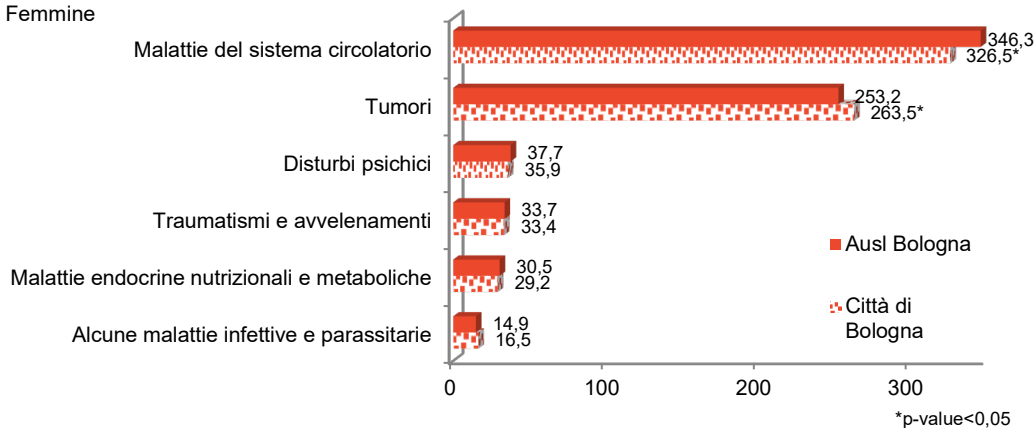
Nei due grafici riportati di seguito, si analizzano più approfonditamente le sei principali cause di morte del periodo 1993-2017, distinte per genere. Si nota, rispetto al dato aziendale, un tasso standardizzato di mortalità per tumore più alto ed in modo statisticamente significativo in entrambi i generi, e un tasso standardizzato per le malattie del sistema circolatorio significativamente più basso per le femmine. Nel Distretto Città di Bologna si registra, nel periodo 2009-2017, una mortalità per incidente stradale significativamente inferiore del 21% rispetto a quella del resto della Città Metropolitana.

Grafico 15.6 Tassi standardizzati X100.000 delle sei principali cause di morte (pop. standard Italia 2001). Maschi e femmine, Distretto Città di Bologna e Azienda USL di Bologna, 1993-2017

Maschi



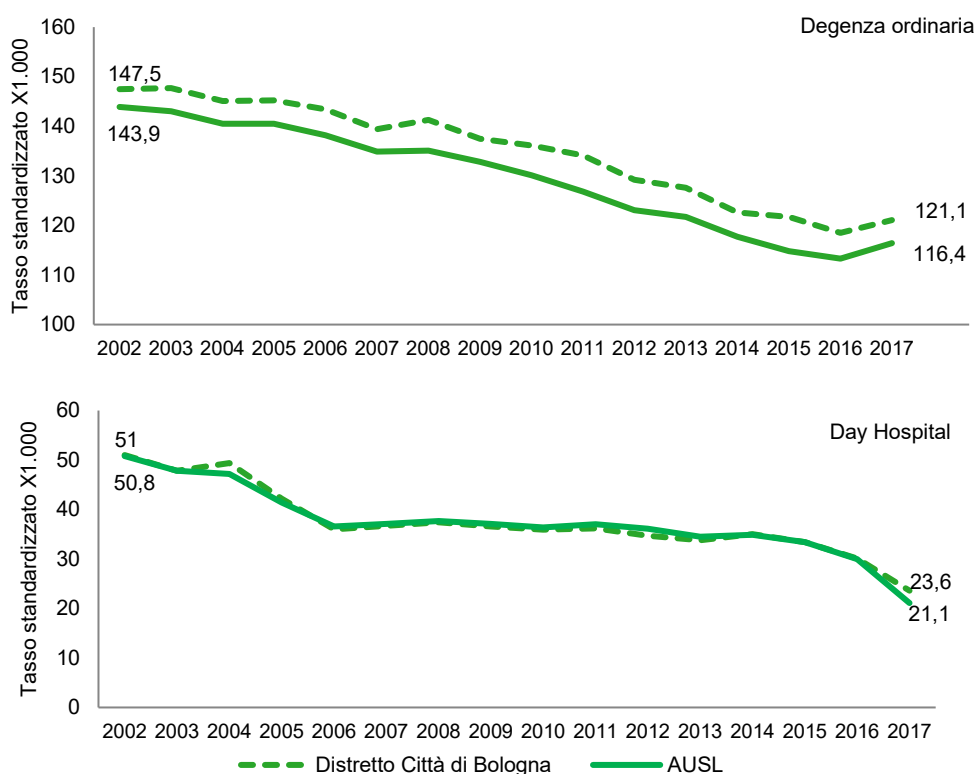
Femmine



15.4. Ricoveri

Negli ultimi anni, nel Distretto città di Bologna, si registra un trend in diminuzione del tasso di ospedalizzazione sia in regime ordinario che di Day Hospital, anche se nel 2017 si riscontra un aumento dei ricoveri ordinari. Questo trend rispecchia l'andamento del tasso aziendale. Nel 2017 il tasso in regime ordinario è di 121,1 per 1.000 abitanti e quello in Day Hospital è 23,6 per 1.000 abitanti, entrambi superiori a quelli aziendali.

Grafico 15.7 Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutte le patologie (pop. standard Italia 2012), Distretto Città di Bologna e Azienda USL di Bologna, degenza ordinaria e Day Hospital, 2002-2017



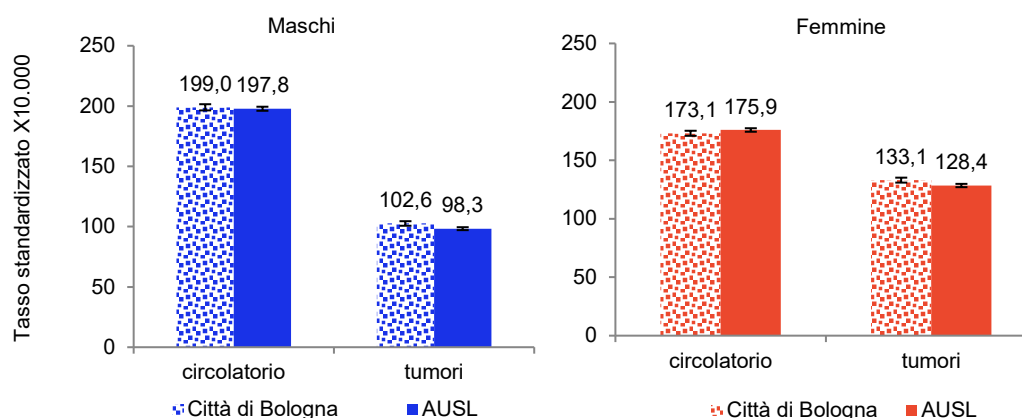
Nel Distretto Città di Bologna nel 2017 ci sono stati 56.028 soggetti dimessi. Le principali cause di ricovero in regime ordinario sono le malattie del sistema circolatorio, i traumatismi e avvelenamenti, i tumori e le malattie dell'apparato respiratorio.

Tabella 15.4 Ricoveri ordinari per grandi gruppi di patologia (prime 5 cause) (pop. standard Italia 2001), Distretto Città di Bologna, 2017.

Cause di ricovero per grandi gruppi	Dimessi	% su tutti i ricoveri	Tasso standardizzato X1.000	IC 95%	
Malattie del sistema circolatorio	8.569	15,29	15,18	14,85	15,51
Traumatismi e avvelenamenti	5.647	10,08	10,97	10,67	11,27
Tumori	5.595	9,99	11,97	11,65	12,29
Malattie dell'apparato respiratorio	5.288	9,44	10,27	9,98	10,57
Malattie dell'apparato digerente	4.745	8,47	10,12	9,82	10,42

Il tasso di primo ricovero per tumori nel periodo 2013-2017 è significativamente più alto nel Distretto Città di Bologna rispetto all'Azienda USL sia nei maschi che nelle femmine, mentre, per le malattie dell'apparato circolatorio, il tasso è sostanzialmente simile a quello aziendale.

Grafico 15.8 Tasso standardizzato di primo ricovero X10.000 abitanti per malattie dell'apparato circolatorio e tumori (pop. standard Italia 2001), degenza ordinaria, 2013-2017



15.5. Altri indicatori di salute

Il 73,8% della popolazione di 18-69 anni intervistata nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI riferisce di avere una salute buona o molta buona, a livello aziendale la percentuale è del 76,1%.

Il 6,27% dei soggetti di età superiore o uguale a 65 anni appartiene al livello di fragilità alto o molto alto (il 5,75% a livello dell'Azienda USL).

Tabella 15.5 Indice di fragilità al 01/01/2018 nella popolazione over 65enne, Distretto Città di Bologna e Azienda USL di Bologna

Classe di fragilità	Distretto		AUSL	
	Città di Bologna		di Bologna	
	n	%	n	%
0-14	57.383	58,43	129.876	60,10
14,1-30	24.735	25,19	52.890	24,47
30,1-50	9.930	10,11	20.910	9,68
50,1-80	5.491	5,59	11.122	5,15
80,1-100	668	0,68	1.295	0,60

La speranza di vita è di 81,5 anni per gli uomini, per le donne è di 85,7 anni ed è la più alta tra tutti i distretti.

Nel 2017 le malattie infettive notificate dal Distretto Città di Bologna sono state 1.764, pari al 49,7% di tutte le malattie infettive segnalate dall'Azienda USL di Bologna; di seguito sono elencate le prime 10 notificate dal Distretto Città di Bologna⁵² nell'anno 2017.

⁵² I dati riportati si riferiscono ai casi confermati segnalati dal Distretto Città di Bologna, relativi a residenti, domiciliati e non nel Distretto e/o in Azienda.

Tabella 15.6 Casi sporadici di malattia infettiva segnalati, numero di casi e numero di casi X100.000 abitanti in ordine di frequenza (prime 10 patologie), Distretto Città di Bologna, 2017

Patologia	2017	
	Numero di casi	Numero di casi x 100.000 ab.
Varicella	315	81,1
Influenza	212	54,6
Infezioni intestinali da altri organismi	193	49,7
Sifilide recente, latente	139	35,8
Infezione gonococcica	135	34,8
Angina streptococcica e scarlattina	126	32,4
Acariasi	91	23,4
Epatite virale	89	22,9
Tubercolosi	72	18,5
Bronchite e Bronchiolite acute	39	10,0
Totale per le prime 10	1.411	
Totale segnalazioni	1.764	
Proporzioni prime 10 sul totale (%)	80,0	

Per quanto riguarda le patologie infettive di maggior rilevanza per la salute pubblica, si presentano i casi segnalati nel 2017.

Tabella 15.7 Casi di malattia infettiva segnalati, numero di casi e numero di casi X100.000 abitanti, Distretto Città di Bologna e Azienda USL di Bologna, 2017

Patologia	Distretto Città di Bologna		AUSL di Bologna	
	Numero di casi	Numero di casi X100.000 ab.	Numero di casi	Numero di casi X100.000 ab.
Malattie prevenibili da vaccino				
Morbillo	25	6,4	34	3,9
Varicella	315	81,1	1.040	118,6
Parotite	4	1,0	7	0,8
Pertosse	11	2,8	42	4,8
Rosolia	0		2	0,2
Tetano	0		0	
Epatite A	84	21,6	110	12,5
Epatite B	5	1,3	9	1,0
Epatite C	0		1	0,1
Malattie invasive batteriche				
Meningococco (meningiti e altre forme invasive)	12	3,1	23	2,6
Pneumococco (meningiti)	4	1,0	5	0,6
Pneumococco (meningiti)	5	1,3	15	1,7
Emofilo (meningiti)	1	0,3	1	0,1
Influenza	212	54,6	292	33,3
Malattie trasmesse da vettori				
Chikungunya-Dengue-Zika	6	1,5	8	0,9
West Nile neuroinvasiva	0	0	3	0,3
Encefalite da Toscana Virus	4	1,0	25	2,9
Leishmaniosi	7	1,8	15	1,7
Malaria	11	2,8	15	1,7
Malattie potenzialmente trasmesse da alimenti				
Legionella	27	7,0	58	6,6
Tubercolosi				
Tubercolosi	72	18,5	110	12,5
Tubercolosi ad interessamento polmonare	54	13,9	76	8,7
Tubercolosi ad interessamento extra polmonare	18	4,6	34	3,9

I tassi di incidenza per IMA e per ictus del Distretto Città di Bologna sono sovrapponibili a quelli dell'Azienda USL.

Tabella 15.8 Tasso standardizzato di incidenza per IMA e per ictus X10.000 abitanti (pop. standard Italia 2001). Distretto Città di Bologna, 2013-2017

	Numero casi	Tasso standardizzato X10.000 abitanti	IC 95%	
Incidenza IMA				
Maschi	2.235	18,21	17,42	18,99
Femmine	1.741	10,86	10,33	11,39
Totale	3.976	14,41	13,95	14,88
Incidenza ictus				
Maschi	3.047	23,39	22,53	24,25
Femmine	3.489	22,32	21,55	23,08
Totale	6.536	22,84	22,26	23,41

Il tasso di prevalenza del diabete risulta essere significativamente più basso rispetto al valore aziendale per le femmine e nel complesso.

Tabella 15.9 Tasso standardizzato di prevalenza del diabete (pop. standard Italia 2001), popolazione >18 anni, 2017, Distretto Città di Bologna

Prevalenza diabete	Numero casi	Tasso standardizzato X100 abitanti	IC 95%	
Maschi	11.467	5,88	5,78	5,99
Femmine	11.194	4,95	4,85	5,04
Totale	22.661	5,40	5,32	5,47

APPROFONDIMENTO

16. MORTALITA' EVITABILE⁵³

16.1. Introduzione

L'uso moderno del concetto di mortalità evitabile inizia a metà degli anni '70, con l'istituzione del gruppo di lavoro condotto da Rutstein "Preventable and Manageable Disease Working Group", che riferisce la mortalità evitabile alle condizioni nelle quali, in presenza di cure mediche opportune ed efficaci, la morte prematura non dovrebbe verificarsi, distinguendo tra cause trattabili e cause prevenibili.

Nasce, quindi, un nuovo metodo per la valutazione degli esiti degli interventi sanitari, che si sviluppa attraverso l'uso di indicatori indiretti, riconducibili a condizioni negative della salute di una popolazione e che Rutstein definì "eventi sentinella". Inizialmente si trattava di una lista di patologie potenzialmente evitabili e suddivise in base a tre diverse tipologie di interventi: a) Prevenzione primaria, b) Diagnosi precoce e terapia c) Igiene ed assistenza sanitaria.

Nel corso del tempo la lista delle condizioni e dei limiti di età entro i quali considerare le singole cause evitabili, ha subito sostanziali variazioni.

In Europa Charlton prima e Simonato poi, hanno applicato questo concetto a livello di popolazioni, con analisi che hanno permesso di evidenziare le differenze geografiche internazionali e intranazionali dei paesi della Comunità Economica Europea.

Ulteriori contributi allo sviluppo e all'aggiornamento di questo indicatore sono arrivati da diversi autori che hanno proposto modifiche ed integrazioni alla lista delle cause potenzialmente evitabili.

L'Ufficio Nazionale di Statistica della Gran Bretagna (ONS) ha introdotto nuove definizioni di mortalità evitabile di seguito riportate.

- **Mortalità trattabile (amenable):** una morte è trattabile se, alla luce delle più recenti conoscenze e tecnologie mediche al momento della morte, tutte o la maggior parte delle morti per questa causa (con limiti di età appropriati) potrebbero essere evitate da una buona qualità delle cure.
- **Mortalità prevenibile (preventable):** una morte è prevenibile se, alla luce della comprensione dei determinanti di salute al momento della morte, tutte o la maggior parte delle morti per questa causa (con limiti di età appropriati) potrebbero essere evitate da interventi di sanità pubblica nel senso più ampio.
- **Mortalità evitabile (avoidable):** sono morti evitabili tutte quelle definite prevenibili, trattabili, o entrambe, in cui ogni morte viene contata una sola volta. Quando una causa di morte rientra sia nella definizione prevenibile che trattabile, le morti per quella causa sono contate in entrambe le categorie quando sono presentate separatamente.

In Italia, il progetto Epidemiologia e Ricerca Applicata (ERA) ha analizzato la mortalità evitabile come un rilevante indicatore di politica sanitaria, in quanto strumento che permette di segnalare le situazioni sanitarie critiche, di studiare azioni di contrasto e di verificare, nel tempo, il successo delle politiche intraprese.

In quest'ottica il gruppo di lavoro Mortalità Evitabile con intelligenza, MEV(i), ha proseguito questo percorso, con la pubblicazione di rapporti sulla mortalità evitabile, utilizzando sia la codifica convenzionale di Rutstein suddivisa per le tre tipologie di intervento, sia la nuova definizione proposta da EUROSTAT. Nelle analisi effettuate si conferma la generale diminuzione della mortalità evitabile in Italia nel corso degli ultimi anni e si ribadisce un'evidente disparità geografica, a livello sia regionale che provinciale.

16.2. Cause di morte evitabile

In questo rapporto le cause di mortalità evitabile considerate sono quelle comprese nella lista ONS 2016 suddivise in trattabili e prevenibili. Per il 2017 si effettuerà un confronto dei dati sia secondo la codifica convenzionale suddivisa in base alla tipologia di intervento come descritto in precedenza, sia secondo la definizione proposta da ONS. Poiché l'analisi prevede l'utilizzo

⁵³ La fonte dei dati per la redazione del capitolo è rappresentata dal Registro di Mortalità dell'Azienda USL di Bologna, 1993-2017.

dei dati dal 1993 al 2017, per la codifica delle cause di morte si è utilizzata la nona revisione ICD fino al 2008 e la decima per gli anni successivi. Il presente rapporto analizza la mortalità evitabile nella popolazione dell'Azienda USL di Bologna. Per il calcolo dei tassi standardizzati è stata utilizzata la popolazione europea 2013 quale popolazione di riferimento, troncata ai 74 anni di età. In questo rapporto le cause di mortalità evitabile considerate sono quelle comprese nella lista ONS 2016 suddivise in trattabili e prevenibili. Per il 2017 si effettuerà un confronto dei dati sia secondo la codifica convenzionale suddivisa in base alla tipologia di intervento come descritto in precedenza, sia secondo la definizione proposta da ONS. Poiché l'analisi prevede l'utilizzo dei dati dal 1993 al 2017, per la codifica delle cause di morte si è utilizzata la nona revisione ICD fino al 2008 e la decima per gli anni successivi. Il presente rapporto analizza la mortalità evitabile nella popolazione dell'Azienda USL di Bologna. Per il calcolo dei tassi standardizzati è stata utilizzata la popolazione europea 2013 quale popolazione di riferimento, troncata ai 74 anni di età.

Tabella 16.1 Elenco delle cause di morte considerate evitabili per raggruppamento, codice ICD-9 e ICD-10, classe d'età e suddivisione in trattabile/prevenibile

Cause di morte	Codici ICD-9	Codici ICD-10	Età	Trattabile	Prevenibile
Malattie infettive					
Tubercolosi	010-018	A15-A19, B90	0-74	•	•
Infezioni batteriche e protozoarie selezionate	034.1, 035, 482.8, 036, 038, 084, 320, 322, 462, 681-682	A38-A41, A46, A48.1, B50-B54, G00, G03, J02, L03	0-74	•	
Epatite C	070.4-070.5	B17.1, B18.2	0-74	•	•
Pertosse	33	A37	0-14	•	•
Morbillo	55	B05	1-14	•	•
Rosolia	56	B06	0-14		•
Altre infezioni (difterite, tetano, setticemia, poliomielite e varicella)	032, 037, 045, 052	A35, A36, A80, B01	0-19	•	•
Malattie infettive intestinali	001-009	A00-A09	0-14	•	
HIV/AIDS	271.9	B20-B24	Tutte	•	•
Tumori					
Tumore maligno del labbro, cavo orale e faringe	140-149	C00-C14	0-74		•
Tumore maligno dell'esofago	150	C15	0-74		•
Tumore maligno dello stomaco	160	C16	0-74		•
Tumore maligno del colon e retto	153-154	C18-C21	0-74	•	•
Tumore maligno del fegato	155	C22	0-74		•
Tumore maligno della trachea, bronchi, polmoni	162	C33-C34	0-74		•
Melanoma maligno della pelle	172	C43	0-74	•	•
Mesotelioma	163	C45	0-74		•
Tumore maligno della mammella	174	C50	0-74	•	•
Tumore maligno della cervice uterina	180	C53	0-74	•	•
Tumore maligno della vescica	188	C67	0-74	•	
Tumore maligno della tiroide	193	C73	0-74	•	
Malattia di Hodgkin	201	C81	0-74	•	
Leucemia	204, 205.0	C91, C92.0	0-44	•	
Tumore maligno del testicolo	186	C62	0-74	•	
Tumore maligno del corpo dell'utero e in sede non specificata dell'utero	182, 179	C54-C55	0-44	•	
Tumori benigni	210-229	D10-D36	0-74	•	
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche					
Diabete mellito	250	E10-E14	0-74	•	•

Cause di morte	Codici ICD-9	Codici ICD-10	Età	Trattabile	Prevenibile
Disturbi della ghiandola tiroidea	240-246	E00-E07	0-74	•	
Morbo di Addison	255.4	E27.1	0-74	•	
Malattie da uso di droghe					
Malattie alcool-correlate, escluse cause esterne	303, 291, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0-571.5, 571.8-571.9	F10, G31.2, G62.1, I42.6, K29.2, K70, K73, K74 (escl. K74.3-K74.5), K86.0	0-74		•
Disturbi psichici dovuti all'uso di sostanze illecite	304, 305.0, 305.2-305.9	F11-F16, F18-F19	0-74		•
Malattie del sistema nervoso					
Epilessia e stato epilettico	345	G40-G41	0-74	•	
Malattie cardiovascolari					
Cardiopatie reumatiche e altre malattie valvolari	390-398	I01-I09	0-74	•	
Malattie ipertensive	401-405	I10-I15	0-74	•	
Cardiopatie ischemiche	410-414	I20-I25	0-74	•	•
Trombosi venosa profonda con embolia polmonare	415.1, 451.1- 451.9, 453	I26, I80.1-I80.3, I80.9, I82.9	0-74		•
Malattie cerebrovascolari	430-438	I60-I69	0-74	•	
Aneurisma e dissezione dell'aorta	441	I71	0-74		•
Malattie respiratorie					
Influenza (incluso l'influenza suina)	487	J09-J11	0-74	•	•
Polmonite	480-486	J12-J18	0-74	•	
Malattie polmonari ostruttive croniche	490-496	J40-J44	0-74	•	•
Asma	493	J45-J46	0-74	•	
Malattie respiratorie selezionate	460-466	J00-J06, J20-J22, J30-J39	1-14	•	
Malattie dell'apparato digerente					
Ulcera gastrica e duodenale	531-534	K25-K28	0-74	•	
Addome acuto, appendicite, ostruzione intestinale, colecistiti/litiasi, pancreatiti, ernia	540-543, 550-553, 574-576, 574-577	K35-K38, K40-K46, K80-K83, K85, K86.1-K86.9, K91.5	0-74	•	
Malattie genito-urinarie					
Nefriti e nefrosi	580-589,	N00-N07, N17-N19, N25-N27	0-74	•	
Uropatia ostruttiva e iperplasia prostatica	591, 592, 594, 598, 600	N13, N20-N21, N35, N40, N99.1	0-74	•	
Condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale					
Complicazioni del periodo perinatale	630-676, 771.3	P00-P96, A33	Tutte	•	
Malformazioni congenite del sistema circolatorio	745-747	Q20-Q28	0-74	•	
Spina bifida	741	Q05	0-74		•
Accidenti					
Accidenti da trasporto	E810-E848	V01-V99	Tutte		•
Altre cause esterne di traumatismo accidentale	E850-E869, E880-E929	W00-X59	Tutte		•
Traumatismi non accidentali					
Suicidio e autolesione intenzionale	E950-E959, E980-E989	X60-X84, Y10-Y34	Tutte		•
Omicidio/aggressione	E960-E969	X85-Y09, U50.9	Tutte		•
Complicanze di assistenza medica e chirurgica	E878-E879	Y60-Y69, Y83-Y84	Tutte	•	•

16.2.1. Dati

Nel 2017 i deceduti totali residenti nell'Azienda USL di Bologna sono stati 10.302, di cui 4.795 maschi e 5.507 femmine. La mortalità evitabile rappresenta circa il 12%. Secondo la codifica più convenzionale, 622 decessi sono attribuibili a cause correlate alla prevenzione primaria (6,0%), 230 alla diagnosi precoce e terapia (2,2%) e 424 ad altra assistenza sanitaria (4,1%). Secondo la codifica ONS i morti per cause evitabili risultano 1303 (12,6%), in particolare 766 (7,4%) attribuibili a cause ritenute *trattabili (amenable)* e 1030 (10%) *prevenibili (preventable)*. Nei maschi i valori sono costantemente superiori a quelli delle femmine.

Tabella 16.2 Numero assoluto dei decessi per mortalità evitabile secondo codifica convenzionale e codifica ONS, Distretti e Azienda USL di Bologna, 2017

Distretto	Totale decessi	Codifica convenzionale			Codifica ONS			Altri decessi
		Prevenzione primaria	Diagnosi precoce e terapia	Altra assistenza sanitaria	Evitabile	Trattabile	Prevenibile	
Reno, Lavino e Samoggia	1.258	88	31	48	174	97	147	1.084
Appennino Bolognese	742	48	23	35	101	57	77	641
San Lazzaro di Savena	884	56	16	44	118	69	95	766
Pianura Est	1.711	116	35	81	245	148	189	1.466
Pianura Ovest	869	58	18	36	114	66	89	755
Città di Bologna	4.838	256	107	180	551	329	433	4.287
AUSL Bologna	10.302	622	230	424	1.303	766	1.030	8.999

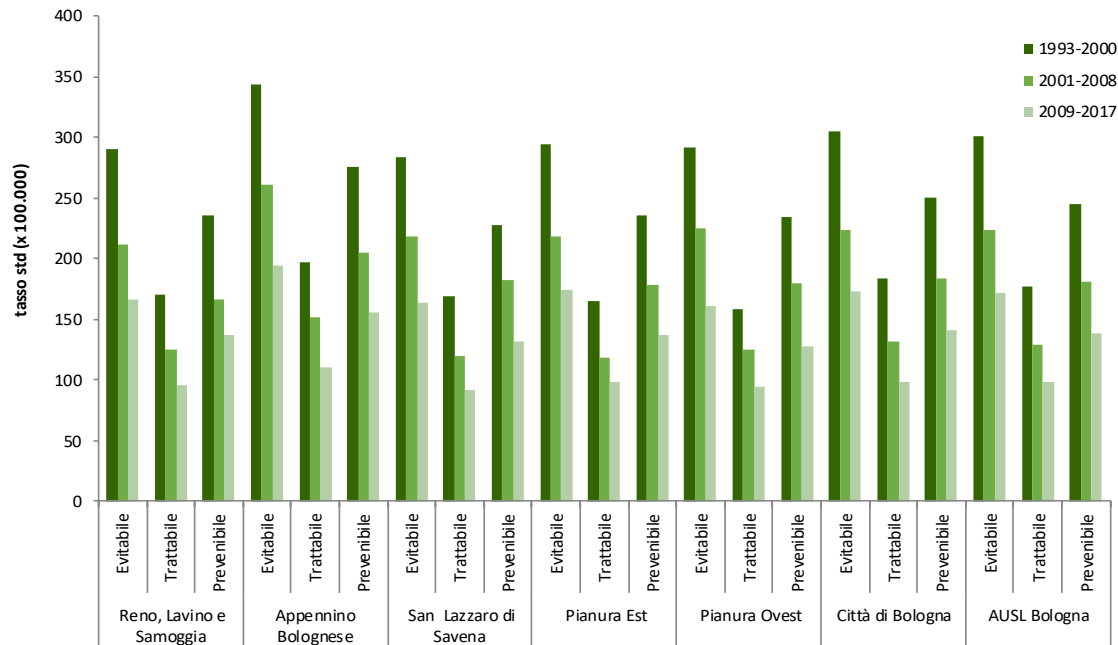
Nel 2017 il tasso standardizzato di mortalità evitabile non presenta differenze statisticamente significative tra i diversi distretti.

Tabella 16.3 Tasso standardizzato di mortalità evitabile, trattabile e prevenibile X100.000 abitanti (IC95%) per Distretti e Azienda USL di Bologna, 2017

Distretto	Evitabile	Trattabile	Prevenibile
Reno, Lavino e Samoggia	156,6 (133,3 - 179,8)	86,9 (69,6 - 104,2)	132,4 (110,9 - 153,8)
Appennino Bolognese	171,3 (137,8 - 204,9)	95,0 (70,3 - 119,7)	131,7 (102,1 - 161,2)
San Lazzaro di Savena	145,9 (119,6 - 172,3)	85,0 (64,9 - 105,0)	118,1 (94,2 - 141,9)
Pianura Est	159,6 (139,6 - 179,7)	95,9 (80,4 - 111,3)	122,8 (105,2 - 140,4)
Pianura Ovest	144,3 (117,8 - 170,8)	83,0 (63,0 - 103,1)	111,9 (88,6 - 135,2)
Città di Bologna	151,0 (138,4 - 163,6)	90,5 (80,7 - 100,2)	118,1 (107,0 - 129,2)
AUSL Bologna	153,6 (145,3 - 161,9)	89,9 (83,5 - 96,3)	121,2 (113,8 - 128,6)

L'analisi di periodo evidenzia un decremento statisticamente significativo dei valori nell'Azienda e in tutti i distretti. Tuttavia, nel periodo 2009-2017 il Distretto Appennino Bolognese presenta un dato significativamente superiore a quello aziendale ed il Distretto Pianura Ovest inferiore allo stesso.

Grafico 16.1 Tasso standardizzato di mortalità evitabile, trattabile e prevenibile X100.000 per Distretti e Azienda USL di Bologna, 1993-2017



Considerando il tasso standardizzato (TSD) di mortalità per le principali cause di morte evitabile, a livello aziendale si è avuto un calo statisticamente significativo nel tempo per tutte le cause. Anche a livello distrettuale si evidenziano cali, e solo il Distretto Appennino Bolognese presenta, nel periodo 2009-2017, un tasso significativamente superiore di quello aziendale.

Tabella 16.4 Tasso standardizzato di mortalità evitabile X100.000 abitanti (IC95%), per Distretti e Azienda USL di Bologna

Distretto	Causa di morte	1993-2000		2001-2008		2009-2017	
		Decessi	TSD	Decessi	TSD	Decessi	TSD
Reno, Lavino e Samoggia	Evitabile	2.161	291,1 (278,9 - 303,4)	1.702	212,2 (202,1 - 222,3)	1.627	166,3 (158,2 - 174,4)
	Trattabile	1.262	170,6 (161,1 - 180,0)	1.008	125,3 (117,6 - 133,1)	941	95,8 (89,7 - 101,9)
	Prevenibile	1.764	235,6 (224,6 - 246,6)	1.340	166,5 (157,6 - 175,5)	1.339	136,8 (129,5 - 144,1)
Appennino Bolognese	Evitabile	1.415	344,1 (326,2 - 362,1)	1.111	261,7 (246,3 - 277,1)	1.002	195,1 (183,0 - 207,2)
	Trattabile	816	197,2 (183,6 - 210,8)	646	152,0 (140,2 - 163,7)	566	110,2 (101,1 - 119,3)
	Prevenibile	1.137	275,8 (259,8 - 291,9)	875	205,6 (192,0 - 219,2)	801	155,4 (144,7 - 166,2)
San Lazzaro di Savena	Evitabile	1.385	284,3 (269,3 - 299,2)	1.231	219,1 (206,8 - 231,3)	1.150	164 (154,5 - 173,5)
	Trattabile	815	168,8 (157,2 - 180,5)	678	120,5 (111,4 - 129,5)	648	92,0 (84,9 - 99,1)
	Prevenibile	1.124	227,7 (214,4 - 241,0)	1.029	182,6 (171,4 - 193,7)	931	132,5 (124,0 - 141,0)
Pianura Est	Evitabile	2.814	294,3 (283,4 - 305,1)	2.279	218,9 (209,9 - 227,9)	2.295	174,3 (167,2 - 181,4)
	Trattabile	1.582	165,8 (157,6 - 174,0)	1.244	119,2 (112,6 - 125,9)	1.304	98,8 (93,4 - 104,1)
	Prevenibile	2.273	236,5 (226,8 - 246,2)	1.859	178,2 (170,1 - 186,3)	1.818	137,7 (131,4 - 144,1)
Pianura Ovest	Evitabile	1.483	291,5 (276,7 - 306,3)	1.231	224,7 (212,1 - 237,2)	1.109	161,9 (152,4 - 171,4)
	Trattabile	807	158,7 (147,7 - 169,6)	685	124,8 (115,4 - 134,1)	644	94,0 (86,8 - 101,3)
	Prevenibile	1.198	234,7 (221,4 - 248,0)	991	180,6 (169,4 - 191,9)	878	127,9 (119,4 - 136,3)
Città di Bologna	Evitabile	10.145	305,4 (299,4 - 311,4)	6.782	224,6 (219,2 - 229,9)	5.757	173,5 (169,1 - 178,0)
	Trattabile	6.151	184,3 (179,6 - 188,9)	4.010	131,9 (127,8 - 136,0)	3.284	98,8 (95,4 - 102,1)
	Prevenibile	8.342	250,1 (244,7 - 255,5)	5.562	183,6 (178,7 - 188,4)	4.698	141,3 (137,3 - 145,3)
AUSL Bologna	Evitabile	19.403	301,6 (297,3 - 305,8)	14.336	224 (220,3 - 227,7)	12.940	172,1 (169,2 - 175,1)
	Trattabile	11.433	177,2 (173,9 - 180,4)	8.271	128,7 (125,9 - 131,5)	7.387	98,0 (95,8 - 100,2)

Prevenibile 15.838 245 (241,1 - 248,8) 11.656 181,7 (178,4 - 185,0) 10.465 138,9 (136,3 - 141,6)

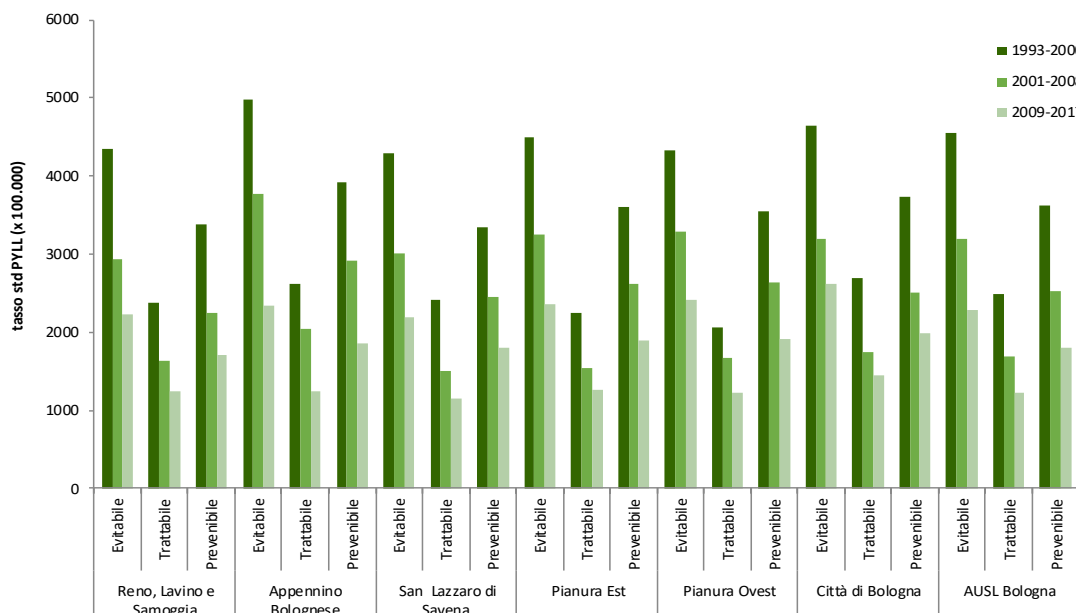
L'analisi per genere evidenzia come nei maschi i valori della mortalità evitabile, in tutte le sue componenti, risultino superiori a quelli delle femmine e si mantengano tali in tutti e tre i periodi in esame. In entrambi la mortalità evitabile presenta una riduzione nel tempo, ma nei maschi il decremento è superiore a quello delle femmine (-52,7% vs -32,4%).

Tabella 16.5 Tassi standardizzati per causa di morte evitabile, trattabile e prevenibile, per genere, Azienda USL di Bologna

Causa di morte	1993-2000		2001-2008		2009-2017		
	Decessi	TSD	Decessi	TSD	Decessi	TSD	
Maschi	Evitabile	12795	428,2 (420,8 - 435,6)	9215	304,8 (298,6 - 311)	8119	227,9 (222,9 - 232,8)
	Trattabile	6847	229,6 (224,2 - 235,1)	4823	159,5 (155 - 164)	4203	118 (114,4 - 121,5)
	Prevenibile	10643	354,2 (347,4 - 360,9)	7572	249,7 (244,1 - 255,4)	6628	185,6 (181,1 - 190,1)
Femmine	Evitabile	6608	191,8 (187,1 - 196,5)	5121	151,8 (147,7 - 156)	4821	121,9 (118,4 - 125,3)
	Trattabile	6847	132,5 (128,7 - 136,4)	3448	101,6 (98,2 - 105)	3184	80,3 (77,5 - 83,1)
	Prevenibile	10643	150,1 (146 - 154,2)	4084	120,8 (117,1 - 124,5)	3837	96,8 (93,7 - 99,9)
Totale	Evitabile	19403	301,6 (297,3 - 305,8)	14336	224 (220,3 - 227,7)	12940	172,1 (169,2 - 175,1)
	Trattabile	11433	177,2 (173,9 - 180,4)	8271	128,7 (125,9 - 131,5)	7387	98 (95,8 - 100,2)
	Prevenibile	15838	245 (241,1 - 248,8)	11656	181,7 (178,4 - 185)	10465	138,9 (136,3 - 141,6)

Anche l'analisi degli anni di vita persi (YPLL), evidenzia cali statisticamente significativi in tutti i distretti. Nel confronto con l'Azienda, il Distretto Appennino Bolognese mostra valori costantemente superiori in modo significativo; al contrario, il Distretto Reno, Lavino e Samoggia sempre significativamente sotto i valori attesi.

Grafico 16.2 Tasso standardizzato di anni di vita persi X100.000 per causa di morte evitabile, trattabile e prevenibile, Distretti e Azienda USL di Bologna, 1993-2017



L'analisi dei tassi standardizzati di mortalità per le principali cause di morte evitabile, evidenzia un trend in diminuzione statisticamente significativo sia a livello aziendale che distrettuale. Il distretto Appennino Bolognese presenta per le malattie cardiovascolari valori significativamente superiori a quelli aziendali in tutti e tre i sub-periodi analizzati.

Tabella 16.6 Tasso standardizzato di anni di vita persi X100.000 abitanti (IC95%) per le principali cause di morte, Distretti e Azienda USL di Bologna

Distretto	Periodo	Tumori	Malattie Cardiovascolari	Accidenti	Malattie respiratorie	Malattie da uso di droghe
Reno, Lavino e Samoggia	1993-2000	112,4(104,8-119,9)	94,8(87,8-101,8)	20,6(17,3-23,9)	13,7(11,0-16,4)	15,7(13,0-18,6)
	2001-2008	93,4(86,8-100,1)	62,1(56,7-67,6)	13,8(11,1-16,5)	8,6(6,6-10,6)	8,3(6,3-10,2)
	2009-2017	78,9(73,4-84,5)	39,7(35,8-43,7)	10,2(8,1-12,3)	7,6(5,9-9,4)	3,6(2,4-4,7)
Appennino Bolognese	1993-2000	125,7(114,8-136,5)	119,1(108,6-129,5)	28,4(23,1-33,7)	15,5(11,7-19,4)	18,2(14,0-22,4)
	2001-2008	111,8(101,7-121,8)	80,0(71,5-88,5)	17,1(13,1-21,1)	11,7(8,5-14,9)	11,4(8,2-14,6)
	2009-2017	87,4(79,4-95,4)	54,1(47,7-60,4)	11,1(8,1-14,1)	7,8(5,4-10,3)	7,0(4,7-9,3)
San Lazzaro di Savena	1993-2000	114,3(104,8-123,8)	84,9(76,7-93,2)	18,4(14,7-22,2)	15,3(11,8-18,8)	12,9(9,8-16,1)
	2001-2008	101,4(93,1-109,7)	59,6(53,3-66,0)	18,2(14,5-21,8)	7,6 (5,3-9,9)	7,2(5,0-9,4)
	2009-2017	76,5(70,1-82,9)	35,1(30,7-39,4)	10,8(8,3-13,4)	9,8 (7,5-12,1)	4,7(3,1-6,3)
Pianura Est	1993-2000	111,3(104,6-117,9)	95,9(89,7-102,1)	27,4(24,1-30,8)	10,7(8,6-12,8)	15,3(13,0-17,8)
	2001-2008	87,7(82,0-93,3)	66,1(61,2-71,0)	22,4(19,3-25,4)	9,2(7,4-11,0)	9,5(7,7-11,4)
	2009-2017	80,4(75,6-85,2)	41,0(37,5-44,5)	12,3(10,3-14,3)	7,0(5,6-8,5)	4,7(3,6-5,9)
Pianura Ovest	1993-2000	118,1(108,7-127,6)	93,7(85,3-102,1)	25,6(21,2-30,1)	8,1(5,6-10,5)	15,2(12,0-18,5)
	2001-2008	92,0(84,0-100,0)	68,9(61,9-75,8)	18,5(14,8-22,2)	12,2(9,3-15,1)	8,3(5,9-10,8)
	2009-2017	75,4(68,9-81,9)	39,6(34,9-44,3)	9,4(7,0-11,7)	6,2(4,3-8,1)	3,9(2,4-5,3)
Città di Bologna	1993-2000	125,0(121,2-128,7)	90,4(87,2-93,6)	18,1(16,5-19,6)	12,4(11,2-13,7)	13,4(12-14,6)
	2001-2008	102,2 (98,6-105,8)	59,7(57,0-62,5)	13,4(12,0-14,8)	11,3(10,1-12,5)	8,1(7,1-9,2)
	2009-2017	83,2 (80,2-86,3)	38,2(36,1-40,3)	9,8(8,7-10,9)	8,2(7,2-9,1)	5,3(4,5-6,0)
AUSL Bologna	1993-2000	120,2(117,6-122,9)	93,4(91,0-95,7)	21,3(20,1-22,5)	12,3(11,5-13,2)	14,2(13,3-15,0)
	2001-2008	98,3(95,9-100,8)	63,2(61,3-65,1)	16,2(15,2-17,2)	10,4(9,6-11,2)	8,5(7,8-9,2)
	2009-2017	81,1(79,1-83,1)	39,8(38,4-41,2)	10,5(9,7-11,2)	7,8(7,2-8,5)	4,9(4,4-5,4)

Anche gli anni di vita persi per le principali cause di morte evitabile mostrano cali statisticamente significativi nel tempo in tutti i distretti. e quindi nell'intera Azienda.

Tabella 16.7 Tasso standardizzato di anni di vita persi X100.000 (IC95%) per le principali cause di morte, Distretti e Azienda USL di Bologna

Distretto	Periodo	Tumori	Malattie cardiovascolari	Accidenti	Malattie respiratorie	Disturbi per uso di droghe
Reno, Lavino e Samoggia	1993-2000	1.302(1.277-1.328)	925(904-947)	673(654-693)	145(136-154)	283(271-295)
	2001-2008	1.077(1.054-1.100)	630(613-648)	381(366-396)	72 (66-78)	137(129-145)
	2009-2017	946(926-965)	380(368-392)	267(256-278)	56 (52-61)	47(43-52)
Appennino Bolognese	1993-2000	1.486(1.448-1.524)	1.208(1.174-1.242)	810(781-839)	191(176-206)	356(337-374)
	2001-2008	1.377(1.342-1.412)	912(883-941)	481(459-502)	106(97-116)	169(156-181)
	2009-2017	997(969-1.024)	589(568-611)	235(220-249)	81(72-89)	113(104-123)
San Lazzaro di Savena	1993-2000	1.348(1.317-1.380)	848(823-873)	567(546-588)	133(123-144)	232(219-245)
	2001-2008	1.101(1.074-1.128)	645(624-666)	528(508-549)	75(68-83)	125(116-134)
	2009-2017	894(871-916)	334(320-347)	277(263-291)	112(104-120)	80(73-87)
Pianura Est	1993-2000	1.323(1.301-1.346)	947(928-966)	913(89 -933)	102(96-109)	266(256-276)
	2001-2008	1.033(1.014-1.053)	680(664-696)	748(730-766)	103(97-109)	144(137-151)
	2009-2017	979(962-995)	394(384-405)	375(364-387)	62(58-66)	74(70-79)
Pianura Ovest	1993-2000	1.401(1.369-1.433)	929(902-955)	848(823-874)	52(46-58)	252(238-265)
	2001-2008	1.111(1.083-1.138)	736(713-759)	613(591-635)	114(105-123)	115(106-124)
	2009-2017	892(870-914)	409(394-424)	239(227-252)	44(39-49)	50(45-55)

Città di Bologna	1993-2000	1.426(1.413-1.439)	880(870-890)	546(537-555)	153(148-157)	295(289-301)
	2001-2008	1.213(1.200-1.226)	586(577-595)	378(370-386)	119(115-123)	166(161-171)
	2009-2017	961(951-972)	379(372-386)	257(251-263)	72(69-75)	83(80-86)
AUSL Bologna	1993-2000	1.390(1.381-1.399)	917(910-925)	672(665-678)	135(132-138)	282(278-286)
	2001-2008	1.156 (1.147-1.164)	649(642-655)	488(482-494)	106(103-108)	150(146-15)
	2009-2017	951(944-958)	394(389-398)	279(275-283)	70(68-72)	75(73-77)

I tumori e le malattie cardiovascolari, in calo in modo significativo, rimangono nel tempo le cause più frequenti di morti evitabili senza nessuna differenza per genere. Seguono i traumatismi accidentali, di cui gli incidenti stradali rappresentano il 66%, e le malattie da uso di droghe nei maschi; nelle femmine invece le malattie respiratorie e i traumatismi accidentali. Gli incrementi registrati a carico delle malattie infettive e delle malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche nel periodo 2009-2017 non sono significativi.

Tabella 16.8 Tasso standardizzato di mortalità per cause evitabili X100.000 per genere, Azienda USL di Bologna

Causa di morte	1993-2000		2001-2008		2009-2017	
	M	F	M	F	M	F
Tumori	162,8	85,0	124,3	76,1	97,6	66,7
Malattie cardiovascolari	138,7	54,8	92,6	37,1	57,1	24,2
Accidenti	32,0	10,9	24,4	8,3	16,3	4,8
Malattie da uso di droghe	22,0	7,0	12,6	4,6	7,8	2,2
Malattie respiratorie	17,9	7,7	14,6	6,7	10,5	5,5
Traumatismi non accidentali	16,6	6,9	11,1	4,8	12,2	4,3
Malattie infettive	16,4	6,9	6,8	3,8	8,2	4,5
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	9,6	5,7	9,6	5,0	10,4	5,4
Condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	5,9	3,6	4,1	2,7	2,5	1,6
Malattie genito-urinarie	2,8	1,7	2,4	1,6	2,1	1,1
Malattie dell'apparato digerente	3,0	1,2	1,7	0,9	2,6	1,0
Malattie del sistema nervoso	0,6	0,3	0,5	0,2	0,6	0,5

Pur registrando nel tempo riduzioni significative, il maggior numero di anni di vita persi sono da attribuirsi ai tumori, alle malattie cardiovascolari ed ai traumatismi accidentali. Da evidenziare l'aumento nell'ultimo periodo di analisi dei traumatismi non accidentali nei maschi di cui i suicidi rappresentano il 94%.

Tabella 16.9 Tasso standardizzato di anni di vita persi X100.000 per cause di morte evitabile, genere, Azienda USL di Bologna

Causa di morte	1993-2000		2001-2008		2009-2017	
	M	F	M	F	M	F
Tumori	1.716,8	1.111,9	1.316,9	1.017,1	1.042,3	872,4
Malattie cardiovascolari	1.395,1	487,4	972,8	350,8	592,9	210,0
Accidenti	1.002,2	335,1	731,1	241,5	442,0	117,8
Malattie infettive	563,9	236,9	153,0	75,3	142,0	73,7
Malattie da uso di droghe	458,5	107,4	233,1	68,4	127,3	26,9
Condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	419,2	254,2	288,3	169,3	177,6	108,6
Traumatismi non accidentali	415,7	172,7	289,5	109,7	311,1	110,2
Malattie respiratorie	185,8	88,7	145,6	69,0	88,5	53,4
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	91,3	47,8	92,4	41,2	94,4	46,1
Malattie dell'apparato digerente	25,6	12,3	17,6	10,1	26,7	11,0
Malattie genito-urinarie	19,2	14,9	24,5	15,3	15,7	8,0
Malattie del sistema nervoso	14,6	9,3	12,1	2,9	12,2	5,9

Nella tabella successiva, vengono presentati i dati relativi alle principali cause di morte evitabile dell'intero periodo in analisi, distinti per genere. I distretti che presentano tassi superiori all'atteso sono il distretto Appennino Bolognese per i tumori e per le malattie da uso di droghe nei maschi e per le malattie cardiovascolari in entrambi i generi; il Distretto Città di Bologna per i tumori in entrambi i generi e il Distretto Pianura Est per i traumatismi accidentali nei maschi.

Tabella 16.10 Tasso standardizzato di mortalità per le principali cause evitabili X100.000, per genere, Distretti e Azienda USL di Bologna, 1993-2017

Distretto	Tumori		Malattie cardiovascolari		Accidenti		Malattie respiratorie		Malattie da uso droghe	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Reno, Lavino e Samoggia	117,2	71,5	91,6	36,4	22,3	7,1	12,3	7,3	14,1	3,7
Appennino Bolognese	140,3	73,7	110,7	53,6	28,7	7,9	15,9	7,1	18,0	5,6
San Lazzaro di Savena	118,3	73,3	82,0	32,6	24,6	6,9	14,3	7	11,9	4
Pianura Est	118,2	66,8	91,9	39,1	30,1	9,9	11,9	5,9	14,1	4,8
Pianura Ovest	119,2	69,2	93,3	37,7	25,3	9,3	12,1	5,6	13,5	3,8
Città di Bologna	132,6	80,7	94,7	37,3	20,9	7,2	15,6	6,6	13,5	4,8
AUSL Bologna	126,3	75,4	93,7	38,1	24	7,9	14,1	6,6	13,8	4,5

Con l'asterisco si evidenziano i tassi standardizzati di anni di vita persi con valori significativamente più alti di quelli aziendali.

Tabella 16.11 Tasso standardizzato di anni di vita persi X100.000 per le principali cause di morte evitabili, per genere, Distretti e Azienda USL di Bologna, 1993-2017

Distretto	Tumori		Malattie cardiovascolari		Accidenti		Malattie da uso di droghe		Malattie respiratorie	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Reno, Lavino e Samoggia	1.212,0	988,2	948,2	312,4	691,6	173,4	252,4	50,7	102,9	71,2
Appennino Bolognese	1.525,9*	995,7	1.210,7*	529,4*	794,9*	188,1	335,4*	75,0*	156,6*	84,6*
San Lazzaro di Savena	1.247,6	940,4	887,7	285,2	692,7	220,2	238,7	48,4	149,2*	62,9
Pianura Est	1.290,8	902,6	926,8	363,6*	980,0*	327,5*	246,0	64,1	109,7	66,6
Pianura Ovest	1.255,6	977,0	974,0	354,3	798,5*	292,1*	212,9	51,5	86,3	52,8
Città di Bologna	1.396,6*	1.035,1*	949,9	324,5	596,0	192,2	287,7*	75,9*	161,2*	70,9
AUSL Bologna	1.337,0	992,0	960,5	341,6	718,2	226,3	268,1	65,9	136,4	68,8

16.2.2. Mortalità alcool-correlata

Per quanto riguarda le cause di morte per patologie alcool-correlate vengono analizzate quelle incluse nella lista del CDC di Atlanta utilizzata da Dalmaso e Coll. e di seguito riportata. Essa considera una serie di cause, ciascuna accompagnata dalla frazione attribuibile che indica, per ogni specifica causa, la percentuale di morti attribuibile all'esposizione all'alcool. Il numero di decessi associato a questa causa di morte è quindi costituito dalla somma delle frazioni attribuibili relative alle singole cause di morte considerate. Per alcune cause (tumore della laringe, tumore del fegato, ictus emorragico, ictus ischemico e incidenti stradali da veicolo a motore) i coefficienti sono differenziati per genere; per gli incidenti stradali da veicolo a motore essi sono differenziati anche per fasce di età.

Tabella 16.12 Cause di morte alcool-correlate

Cause di morte	Frazione attribuibile		Codici ICD-9	Codici ICD-10
	Uomini	Donne		
Pancreatite acuta		0,24	577.0	K85
Abuso di alcool		1,00	303.0, 305.0	F10.0, F10.1
Cardiomiopatia alcolica		1,00	425.5	I42.6
Sindrome di dipendenza da alcool		1,00	303.9	F10.2
Polineuropatia alcolica		1,00	357.5	G62.1
Pancreatite cronica indotta da alcool		1,00	-	K86.0
Gastrite alcolica		1,00	535.3	K29.2
Malattia epatite alcolica		1,00	571.0-571.3	K70.0-K70.4, K70.9
Miopatia alcolica		1,00	-	G72.1
Psicosi alcolica		1,00	291	F10.3-F10.9
Tumore della mammella		0,01	174	C50
Epatite cronica		0,01	571.4	K73
Pancreatite cronica		0,84	577.1	K86.1
Degenerazione del sistema nervoso dovuta dall'alcool		1,00	-	G31.2
Epilessia		0,15	345	G40, G41
Tumore dell'esofago		0,03	150	C15
Varici esofagee		0,40	456.0-456.2	I85
Sindrome fetale alcolica		1,00	655.4, 760.7	Q86.0
Feto e neonato affetto dall'uso materno di alcool		1,00	-	P04.3, O35.4
Emorragia gastroesofagea		0,47	530.7	K22.6

Ipertensione	0,01		401-405	I10-I15
Tumore della laringe	0,07	0,06	161	C32
Tumore del fegato	0,05	0,04	155	C22
Cirrosi epatica non specificata	0,40		571.5-571.9	K74.3, K74.6, K76.0, K76.9
Basso peso alla nascita, prematurità, IUGR, morte	0,01		656.5, 764, 765	O36.4, O36.5, P05, P07
Tumore dell'orofaringe	0,02		141, 143-146, 148, 149	C01-C06, C09-C10, C12-C14
Ipertensione portale	0,40		572.3	K76.6
Tumore della prostata	0,01		185	C61
Psoriasi	0,04		696.1	L40.0-L40.4, L40.8, L40.9
Aborto spontaneo	0,04		634	O03
Ictus emorragico	0,07	0,02	430-432	I60-I62, I69.0-I69.2
Ictus ischemico	0,03	0,01	433-435, 437. 362.3	G45, I63, I65-I67, I69.3
Aritmia cardiaca sopraventricolare	0,03		427.0, 427.2, 427.3	I47.1, I47.9, I48
Trasporti spaziali	0,18		E840-E845	V95-V97
Avvelenamento da alcool	1,00		980.0, 980.1, E860.0-E860.2, E860.9	X45, Y15, T51.0, T51.1, T51.9
Soffocamento	0,18		E911	W78-W79
Maltrattamento infantile	0,16		E967	X85-Y09, Y87.1
Annegamento	0,34		E910	W65-W74
Eccessivo livello ematico di alcool	1,00		790.3	R78.0
Cadute accidentali	0,32		E880-E888, E848	W00-W19
Accidenti da incidenti e da fuoco	0,42		E890-E899	X00-X09
Accidenti da arma da fuoco	0,18		E922	W32-W34
Omicidio	0,47		E960-E966, E968-E969	X85-Y09, Y87.1
Ipotermia	0,42		E901	X31
Incidenti non stradali da veicolo a motore	0,18		E820-E825	V02.0, V03.0, V04.0, V09.0, V12-V14(.0-.2), V19.0-V19.3, V20-V28(.0-.2), V29.0-V29.3, V30-V39(.0-.3), V40-V49(.0-.3), V50-V59(.0-.3), V60-V69(.0-.3), V70-V79(.0-.3), V81.0, V82.0, V83-V86(.4-.9), V88.0-V88.8, V89.0
Incidenti stradali da veicolo a motore				
<i>anni 0-14</i>	0,16	0,15		V02(.1..9), V03(.1..9),
<i>anni 15-19</i>	0,27	0,19		V04(.1..9), V09.2, V12-V14(.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28(.3-.9), V29.4-V29.9, V30-V39(.4-.9), V40-V49(.4-.9), V50-V59(.4-.9), V60-V69(.4-.9), V70-V79(.4-.9), V81.1, V82.1, V83-V86(.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2
<i>anni 20-24</i>	0,47	0,33		
<i>anni 25-34</i>	0,49	0,33	E810-E819	
<i>anni 35-44</i>	0,47	0,35		
<i>anni 45-54</i>	0,4	0,25		
<i>anni 55-64</i>	0,28	0,15		
<i>anni 65+</i>	0,13	0,08		
Altri accidenti	0,18		E917-E920	W24-W31, W45
Accidenti ferroviari e da altri veicoli stradali	0,18		E800-E807, E826-E829	V01, V05-V06, V09.1, V09.3, V09.9, V10-V11, V15-V18, V19.3, V19.8-V19.9, V80.0-V80.2, V80.6-V80.9, V81.2-V81.9, V82.2-V82.9, V87.9, V88.9, V89.1, V89.3, V89.9
Avvelenamento non da alcool	0,29		E850-E869, E924.1	X40-X44, X46-X49
Suicidio	0,23		E950-E959	X60-X64, X66-X84, Y87.0
Suicidio da e per esposizione da alcool	1,00		-	X65
Accidenti da trasporto per acqua	0,18		E830-E838	V90-V94

L'analisi del periodo 1993-2017 evidenzia come in media circa 100 morti all'anno siano da considerarsi alcool-correlate. Il Distretto Appennino Bolognese, presenta tutti i valori superiori a quelli aziendali e, relativamente ai soli tassi di anni di vita persi, anche i Distretti Pianura Est e Pianura Ovest.

Tabella 16.13 Decessi, YPLL e relativi tassi standardizzati X100.000 (IC95%), per cause di morte alcool correlate, per Distretti e Azienda USL di Bologna, 1993-2017.

Distretto	Decessi Medi Annuali	TSD Decessi	YPLL	TSD YPLL
Reno, Lavino e Samoggia	11,5	11,7 (10,3 - 13,1)	6.290	268,7 (262,0 - 275,4)
Appennino Bolognese	8,3	15,8 (13,6 - 18,0)	4.344	347,4 (337,0 - 357,8)
San Lazzaro di Savena	8,2	11,9 (10,3 - 13,5)	4.595	278,4 (270,3 - 286,5)
Pianura Est	18,8	14,3 (13,0 - 15,6)	11.431	359,5 (352,8 - 366,2)
Pianura Ovest	9,4	13,5 (11,8 - 15,2)	5.487	323,1 (314,5 - 331,8)
Città di Bologna	44,3	12,0 (11,3 - 12,7)	23.792	277,8 (274,2 - 281,4)
AUSL Bologna	100,5	12,8 (12,2 - 13,3)	55.939	300,3 (297,7 - 302,8)

Dal periodo 1993-2000 al triennio 2009-2017 la mortalità alcool-correlata ha fatto registrare nell'AUSL di Bologna una riduzione di oltre il 45%. Il decremento è risultato statisticamente significativo in tutti i distretti.

Tabella 16.14 Decessi medi annui e tasso standardizzato X100.000 (IC95%) per cause di morte alcool correlate, Distretti e Azienda USL di Bologna

Distretto	1993-2000		2001-2008		2009-2017	
	Decessi Medi Annuali	TSD Decessi	Decessi Medi Annuali	TSD Decessi	Decessi Medi Annuali	TSD Decessi
Reno, Lavino e Samoggia	15,8	17,0(14,1-20,0)	10,8	10,9(8,5-13,2)	8,3	8,0(6,2-9,8)
Appennino Bolognese	10,5	21(16,5-25,5)	8,0	15,3(11,5-19,0)	6,3	11,3(8,3-14,2)
San Lazzaro di Savena	9,6	15,3(11,8-18,7)	8,8	12,7(9,7-15,7)	6,3	8,4(6,2-10,6)
Pianura Est	23,9	19,7(16,9-22,5)	19,5	15,1(12,7-17,5)	13,7	9,6(7,9-11,3)
Pianura Ovest	12,4	19,2(15,4-23,0)	9,4	13,7(10,5-16,8)	6,6	8,6(6,4-10,9)
Città di Bologna	60,6	15,5(14,1-17,0)	40,6	11,3(10,0-12,5)	33,1	9,2(8,2-10,3)
AUSL Bologna	133,3	17,1(16,0-18,1)	97,3	12,5(11,6-13,4)	74,3	9,1(8,4-9,8)

Anche per quanto riguarda il tasso di anni di vita persi, il calo nel tempo risulta significativo sia in Azienda (-50%) che in tutti i distretti. Il Distretto Appennino Bolognese presenta valori costantemente superiori a quelli aziendali, il Distretto San Lazzaro di Savena è quello con i valori inferiori.

Tabella 16.15 Anni di vita persi e tassi standardizzati anni di vita persi X100.000 (IC95%) per cause di morte alcool correlate, Distretti e Azienda USL di Bologna

Distretto	1993-2000		2001-2008		2009-2017	
	YPLL	TSD YPLL	YPLL	TSD YPLL	YPLL	TSD YPLL
Reno, Lavino e Samoggia	2.945	411(396-426)	1.787	236(225-247)	1.560	175(166-183)
Appennino Bolognese	1.858	484(462-506)	1.431	351(333-369)	1.056	220(206-233)
San Lazzaro di Savena	1.804	350(334-366)	1.594	300(285-315)	1.197	191(180-202)
Pianura Est	4.774	496(482-510)	3.845	387(374-400)	2.812	229(220-238)
Pianura Ovest	2.432	474(455-493)	1.803	335(319-351)	1.250	186(175-196)
Città di Bologna	10.491	368(361-375)	7.027	262(256-268)	6.274	202(197-207)
AUSL Bologna	24.302	410(405-416)	17.489	298(293-302)	14.148	202(199-205)

16.2.3. Mortalità fumo-correlata

Per quanto riguarda le cause di morte fumo-correlate sono analizzate quelle patologie per le quali è riconosciuto un importante ruolo causale del fumo di sigaretta e che sono riportate nella lista proposta dal CDC di Atlanta utilizzata da Dalmasso e Coll. Tutte le cause sono differenziate per genere e alcune (malattie ischemiche del cuore, malattie cerebrovascolari e aritmie cardiache) sono differenziate anche per fasce di età.

Tabella 16.16 Cause di morte fumo-correlate

Cause di morte	Frazione attribuibile		Codice ICD-9	Codice ICD-10
	Uomini	Donne		
Tumore del polmone	0,85	0,74	162, 231.2	C33, C34, D02.2
Broncopneumopatie croniche ostruttive	0,82	0,69	490-492, 496	J40-J44
Malattie ischemiche del cuore				
<i>anni 0-64</i>	0,42	0,37	410-414	I20-I25
<i>anni 65+</i>	0,13	0,08		
Malattie cerebrovascolari				
<i>anni 0-64</i>	0,43	0,42	430-438	I60-I69
<i>anni 65+</i>	0,15	0,09		
Malattie delle arterie, arteriole e capillari	0,42	0,25	440-448	I70-I79
Polmonite ed influenza	0,19	0,09	480-487	J10-J18
Insufficienza cardiaca e altre malattie cardiache	0,15	0,07	428, 429	I50, I51
Tumore dell'esofago	0,51	0,39	150, 230.1	C15, D00.1
Tumore del pancreas	0,21	0,15	157, 230.9	C25, D01.7
Aritmie cardiache				
<i>anni 0-64</i>	0,41	0,38	427	I46-I49
<i>anni 65+</i>	0,13	0,07		
Tumore delle labbra, della bocca e della faringe	0,54	0,43	140, 141, 143-146, 148, 149, 230.0	C00-C06, C09, C10, C13, C14, D00.0

Nel periodo 1993-2017 nella nostra azienda la mortalità fumo correlata è stimata in circa 450 morti all'anno pari a 55 decessi ogni 100.000 abitanti.

Tabella 16.17 Decessi, YPLL e relativi tassi standardizzati X100.000 (IC95%) per cause di morte fumo-correlate, per Distretti e Azienda USL di Bologna, 1993-2017

Distretto	Decessi Medi Annuali	TSD Decessi	YPLL	TSD YPLL
Reno, Lavino e Samoggia	53,0	52,1(49,3-54,9)	14.544	576,8(567,5-586,1)
Appennino Bolognese	35,1	64,7(60,4-69,0)	10.069	764,3(749,5-779,2)
San Lazzaro di Savena	36,0	50,9(47,6-54,3)	9.901	558,3(547,3-569,2)
Pianura Est	72,1	54,0(51,5-56,5)	20.584	611,0(602,7-619,3)
Pianura Ovest	37,3	53,4(50,0-56,9)	10.781	614,0(602,4-625,5)
Città di Bologna	215,2	55,1(53,6-56,5)	56.645	608,5(603,5-613,5)
AUSL Bologna	448,7	54,6(53,6-55,7)	122.523	611,2(607,8-614,6)

Dal periodo 1993-2000 al triennio 2009-2017 la mortalità fumo-correlata ha fatto registrare un decremento di circa il 40%. Il calo registrato è significativo in tutti i distretti, con valori che, nell'ultimo periodo, risultano in linea con il dato aziendale.

Tabella 16.18 Decessi medi annui e tassi standardizzati X100.000 (IC95%) per cause di morte fumo-correlate, Distretti e Azienda USL di Bologna

Distretto	1993-2000		2001-2008		2009-2017	
	Decessi Medi Annuali	TSD Decessi	Decessi Medi Annuali	TSD Decessi	Decessi Medi Annuali	TSD Decessi
Reno, Lavino e Samoggia	65,3	69,7(63,7-75,6)	51,0	50,7(45,8-55,6)	43,8	39,9(36,0-43,8)
Appennino Bolognese	44,0	86,0(77,0-95,0)	34,6	65,1(57,4-72,8)	27,3	47,3(41,3-53,2)
San Lazzaro di Savena	39,4	64,1(57,0-71,2)	38,3	54,1(48,0-60,2)	31,1	39,3(34,7-43,9)
Pianura Est	84,1	70,4(65,1-75,7)	71,4	54,7(50,2-59,1)	62,2	42,1(38,6-45,5)
Pianura Ovest	45,6	72,1(64,7-79,4)	39,0	56,9(50,6-63,2)	28,2	36,9(32,4-41,4)
Città di Bologna	292,9	69,4(66,6-72,2)	208,4	55,0(52,3-57,6)	152,1	40,9(38,7-43,1)
AUSL Bologna	571,4	70,4(68,4-72,4)	442,8	55,1(53,3-57,0)	344,8	40,9(39,4-42,3)

Anche per quanto riguarda il tasso di anni di vita persi, il calo nel tempo risulta significativo sia in Azienda (-33%) che in tutti i distretti. Il Distretto Appennino Bolognese presenta valori costantemente superiori a quelli aziendali. Nel periodo 2009-2017 i Distretti Pianura Est e San Lazzaro di Savena sono quelli con i valori inferiori.

Tabella 16.19 Anni di vita persi e tassi standardizzati anni di vita persi X100.000 (IC95%) per cause di morte fumo-correlate, Distretti e Azienda USL di Bologna

Distretto	1993-2000		2001-2008		2009-2017	
	YPLL	TSD YPLL	YPLL	TSD YPLL	YPLL	TSD YPLL
Reno, Lavino e Samoggia	5.727	758(738-777)	4.499	569(552-585)	4.316	442(429-455)
Appennino Bolognese	3.993	1030(998-1062)	3.286	787(760-814)	2.792	546(526-566)
San Lazzaro di Savena	3.739	723(699-746)	3.291	587(567-607)	2.870	414(399-429)
Pianura Est	7.775	812(794-830)	6.553	627(612-642)	6.254	460(448-471)
Pianura Ovest	4.233	839(814-864)	3.743	683(661-705)	2.806	399(384-414)
Città di Bologna	24.399	774(765-784)	17.964	625(616-634)	14.283	436(428-443)
AUSL Bologna	49.865	795(788-802)	39.335	631(625-637)	33.321	442(437-447)

17. GLOSSARIO

Indice di vecchiaia: rapporto tra la popolazione di età maggiore di 64 anni e la popolazione con meno di 15 anni

Indice di dipendenza: rapporto fra la popolazione residente in età non attiva (0-14 anni e over 65) e la popolazione in età potenzialmente lavorativa (15-64 anni)

Indice di ricambio: rapporto tra la popolazione di età compresa tra 60-64 anni e la popolazione di età compresa fra 15-19 anni

Rapporto di mascolinità: rapporto fra il numero di maschi e il numero delle femmine

Popolazione in età lavorativa: percentuale della popolazione compresa fra 15-64 anni sul totale della popolazione residente

Tasso di natalità: rapporto fra il numero dei nati vivi e il numero totale della popolazione residente (x1.000)

Saldo naturale: differenza tra il numero di nati vivi e il numero di morti

Saldo migratorio: differenza tra il numero di iscritti per trasferimento da altro Comune o dall'Estero e il numero di cancellati per trasferimento presso altro Comune o all'Estero

Saldo migratorio estero: differenza tra il numero degli iscritti per trasferimento di residenza dall'estero ed il numero di cancellati per trasferimento di residenza all'estero

Saldo complessivo: somma algebrica del saldo naturale e del saldo migratorio

Tasso migratorio totale: rapporto fra saldo migratorio e ammontare medio della popolazione residente (x1.000)

Tasso di crescita naturale: rapporto fra saldo naturale e ammontare medio della popolazione residente (x1.000)

Stranieri residenti: percentuale degli stranieri iscritti in anagrafe sul totale della popolazione residente

Famiglie unipersonali: percentuale delle famiglie costituite da una sola persona sul totale delle famiglie

Famiglie unipersonali di over 65enni: percentuale di famiglie costituite da una sola persona di età uguale o superiore a 65 anni sul totale delle famiglie unipersonali

Livello di istruzione basso: percentuale di popolazione con nessun titolo di studio/licenza elementare/licenza media inferiore sul totale della popolazione residente (Censimento 2011)

Popolazione deprivata/molto deprivata: percentuale di popolazione residente in zone censuarie deprivate/molto deprivate, sul totale della popolazione residente, sulla base dell'indice di deprivazione al censimento 2011 (indice sintetico basato su 5 variabili censuarie: % popolazione con licenza elementare o meno, % disoccupati, % abitazioni in affitto, % famiglie monogenitoriali, numero occupanti abitazioni per 100 mq)

Speranza di vita alla nascita: numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere al momento della sua nascita in base ai tassi di mortalità registrati nell'anno considerato

Intervalli di confidenza al 95% (IC95%): intervallo dei valori entro cui si colloca, con probabilità del 95%, il valore del parametro osservato. L'ampiezza dell'intervallo di confidenza è strettamente legata dalla numerosità dei casi rilevati nella popolazione in studio e alla dimensione della stessa

Tasso* di ospedalizzazione: numero di ricoveri/popolazione residente (x1.000)

Tasso* di primo ricovero: numero di soggetti ricoverati per una determinata patologia/popolazione residente (x10.000).

Tasso* di mortalità: numero di deceduti/popolazione residente (x 100.000)

Anni di vita potenziali persi (Years of Potential Life Lost- YPLL): perdita di vita in anni determinata dalla morte prematura. Il valore è calcolato come differenza tra la speranza di vita

alla nascita e l'effettiva età del paziente al momento del decesso per cause ritenute potenzialmente evitabili. In definitiva, rappresentano la differenza tra l'età reale alla morte di ciascun individuo deceduto nell'anno o nel periodo in studio e l'età media alla morte della popolazione di riferimento nello stesso periodo di tempo. Il valore di età preso come riferimento entro il quale le morti sono da considerarsi evitabili è 74 anni. In effetti, trattandosi di un indicatore di mortalità prematura i casi di decesso tra i giovani rispetto agli anziani pesano in maggior misura.

Mortalità evitabile: morti attribuibili a cause per le quali esistono interventi di promozione della salute, prevenzione, diagnosi e terapia efficaci, che potrebbero ridurre le morti premature

Tasso* di anni di vita potenzialmente persi (TSD-YPLL): numero medio annuo di anni di vita potenzialmente persi ogni 100.000 residenti, entro i 74 anni di età, per una specifica causa di morte in riferimento ad una popolazione standard. Il ricorso al tasso standardizzato permette di fare analisi comparative tra periodi e realtà territoriali diverse

*Tutti i tassi riportati sono standardizzati. Il tasso standardizzato si ottiene utilizzando il metodo diretto di standardizzazione, ovvero aggiustando i tassi età specifici della popolazione in studio mediante dei "pesi" forniti dalla struttura per classi d'età di una popolazione standard di riferimento.

18. FONTI INFORMATIVE

- Arpae - Direzione Tecnica - Centro Tematico Regionale Impianti a Rischio di Incidente Rilevante Report stabilimenti a rischio di incidente rilevante Regione Emilia Romagna. 2017
https://www.arpae.it/dettaglio_documento.asp?id=4213&idlivello=1500
- Arpae Emilia-Romagna. Acque superficiali fluviali, Report Provincia di Bologna 2014-2015. 2017
- Arpae Emilia-Romagna. Catasto dei siti contaminati Arpa Emilia-Romagna. Report 2015. 2015
- Arpae Emilia-Romagna. La qualità dell'ambiente in Emilia Romagna-annuario dei dati 2016. 2017
- Arpae – Sezione Provincia di Bologna. <http://www.arpa.emr.it/index.asp?idlivello=4>
- Azienda USL di Bologna, Imola, Arpae Sezione Provinciale – Bologna Progetto Biogas Protocollo operativo di vigilanza e controllo sugli impianti a Biogas alimentati a biomasse della Provincia di Bologna. 2014
- Azienda USL di Bologna. Profilo di salute della popolazione residente in prossimità dell'Aeroporto G. Marconi di Bologna, 2018
<https://www.ausl.bologna.it/news/current/auslnews.2018-11-27.9063337123/files/Profilo-salute-zona-aeroporto-26nov.pdf>
- Azienda USL di Bologna. Registro di mortalità 1993-2017
- Blueap. Profilo climatico locale. Analisi delle vulnerabilità all'impatto dei cambiamenti climatici. 2014
- Buzzi N, Cananzi G, Conti S et al. ERA - Epidemiologia e Ricerca Applicata: Atlante 2007 - Mortalità evitabile per genere e Usl. Roma: Tipografia Agenzia D. 2007
- Buzzi N, Cananzi G, Conti S, et al. ERA - Epidemiologia e Ricerca Applicata: Atlante 2006 - Mortalità evitabile per genere e Usl. Roma: Tipografia Agenzia D; 2006
- Buzzi N, Cananzi G, Mozzetta I, Maurici M, Tondo. Rapporto MEV(i) 2017: Treviso apre la classifica, Napoli la chiude MEV(i) - Mortalità Evitabile (con intelligenza) 2017
- Buzzi N. Rapporto MEV(i) Speciale EuroStat 2016. EuroStat vs MEV(i): stesso risultato nazionale e forti disomogeneità regionali. Mortalità evitabile con intelligenza. 2016
- Charlton JRH, Hartley RM, Silver R, et al. Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales. Lancet 1983;i:691–6
- Città Metropolitana di Bologna. I redditi dichiarati nei comuni della Città Metropolitana di Bologna. Anno d'imposta 2016. 2018
- Città Metropolitana di Bologna. Osservatorio metropolitano dell'incidentalità stradale
https://www.cittametropolitana.bo.it/statistica/Osservatorio_incidenti_stradali/Incidentalita_stradale_nel_territorio_metropolitano_bolognese
https://www.cittametropolitana.bo.it/statistica/Engine/RAServeFile.php/f/IncidentiStradali/CM-Bologna-Incidenti_2017.pdf
- Dep Lazio, Centro di competenza nazionale Dipartimento della Protezione civile. Risultati dei Sistemi di allarme e del sistema di Sorveglianza della Mortalità giornaliera e degli accessi in pronto soccorso. Estate 2017. Sintesi dei risultati, 2017
- Eurostat. Avoidable deaths in 2013 One death out of three in the EU could have been avoided in the light of current medical knowledge and technology.
<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7335847/3-24052016-AP-EN.pdf/4dd0a8ad-5950-4425-9364-197a492d3648>

HBSC. Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare. <http://www.hbsc.unito.it/it/>

Holland WW. European Community Atlas of Avoidable Death. Ed. Oxford University Press. 1988

Holland WW. European Community Atlas of Avoidable Death. Second edition volume I. Oxford. Oxford University Press. 1991

Holland WW. European Community Atlas of Avoidable Death. Second edition volume II. Oxford. Oxford University Press. 1993

Istat. Aggiornamento indicatori BES. 2018

Istat. I.Stat 2018 <http://dati.istat.it/>

Istat. Persone senza dimora 2015

Kossarova, Holland, Nolte, McKee. Measuring 'avoidable' mortality: methodological note. Directorate-General "Employment, Social Affairs and Equal Opportunities", Brussels, Belgium. 2009

LEA, Livelli essenziali di assistenza

Marmot M, Wilkinson R. Social Determinants of Health, New York: Oxford University Press, 1999

McDonald L. Florence Nightingale and the early origins of evidence-based nursing Evidence-Based Nursing 2001;4:68-69

Ministero della Giustizia. Statistiche. https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14.page

Nolte E, McKee CM. Measuring the health of nations: updating an earlier analysis. Health Aff (Millwood) 2008;27(2):593

Nolte E, McKee M. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. 2004; London: The Nuffield Trust

Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. BMJ 2004;328(7438):494

Nomisma. Dal disagio abitativo all'emarginazione grave a Bologna. 2016

Office for National Statistics. Definition of avoidable mortality. 2011

Olatunde O, Windsor-Shellard B, Campbell A. Revised Definition of Avoidable Mortality. 2016 Office for National Statistics

Regione Emilia-Romagna e Arpa Emilia-Romagna. Piano regionale di Gestione dei Rifiuti della gesti Regione Emilia-Romagna. 2016

Regione Emilia-Romagna, Assessorato politiche per la salute. Relazione sull'interruzione volontaria di gravidanza in Emilia-Romagna nel 2016. Dicembre 2017. http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/applicazioni/ig/files/Relazione_IVG_2016.pdf

Regione Emilia-Romagna. CedAP - Certificato di Assistenza al Parto <http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/cedap>

Regione Emilia-Romagna. Dati ambientali Emilia Romagna. <http://webbook.arpa.emr.it/>

Regione Emilia-Romagna. I programmi di screening oncologici della Regione Emilia Romagna – I dati dei seminari regionali 2017 - gennaio 2018.

Regione Emilia-Romagna. Mappatura degli edifici pubblici o privati aperti al pubblico con presenza di Amianto. Giugno 2015

Regione Emilia-Romagna. Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018.
<https://salute.regione.emilia-romagna.it/prp/piano-regionale>

Regione Emilia-Romagna. Rilevazione PUNTUALE:
<http://salute.regione.emilia-romagna.it/screening>

Regione Emilia-Romagna. Servizio Prevenzione collettiva e Sanità pubblica. Coperture vaccinali nell'infanzia e nell'adolescenza. 2006.
<http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/rapporti/rapporto-coperture-vaccinali-nellinfanzia-e-nelladolescenza-anno-2016-2017/view>

Regione Emilia-Romagna. Servizio Prevenzione collettiva e Sanità pubblica.
<http://salute.regione.emilia-romagna.it/sanita-pubblica/aids>

Regione Emilia-Romagna. SISEPS - Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali <http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps>

Regione Emilia-Romagna. SMI - Sistema Malattie Infettive
<http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/applicazioni/smi-malattie-infettive>

Regione Emilia-Romagna. Statistica. Popolazione. <http://statistica.regione.emilia-romagna.it/servizi-online/statistica-self-service-1/popolazione>

Regione Emilia-Romagna. Statistica. I sistemi di sorveglianza della sanità pubblica.
<http://salute.regione.emilia-romagna.it/sanita-pubblica/sorveglianza/passi-er>

Rustein DD, Berenberg W, Chalmers TC et al. Measuring the quality of medical care. *New Engl. J Med*; 1976; 294:582-588

Rutstein DD. Monitoring progress and failure: sentinel health events (unnecessary diseases, disabilities and untimely deaths). In: Abelin T, Brzezinski ZJ, Carstairs VL, eds. *Measurement in health promotion and protection*. WHO regional publications, European series no. 22. Copenhagen: WHO, 1987:195-212

Servizio sanitario regionale. Il radon ambientale in Emilia-Romagna. 2007

Simonato L, Bellini P, Cappi S. Tendenze della mortalità evitabile 1955-1992. Rapporto sulla salute in Europa a cura di Marco Geddes. EDIESSE. 1995

Sistema di sorveglianza PASSI d'Argento <http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/>

Sistema di sorveglianza PASSI per l'Italia. <http://www.epicentro.iss.it/passi/>

Tobias M, Yeh LC. How much does health care contribute to health gain and to health inequality? Trends in amenable mortality in New Zealand 1981-2004. *Aust N Z J Public Health*. 2009;33(1):70-8

19. ALLEGATO

SINTESI INDICATORI AUSL DI BOLOGNA E DISTRETTI (dati aggiornati al 01.01.2018)

Indicatore	AUSL di Bologna	Distretto						
		Reno, Lavino e Samoggia	Appennino Bolognese	San Lazzaro di Savena	Pianura Est	Pianura Ovest	Città di Bologna	
Demografia								
Popolazione e territorio	Superficie (kmq)	2.915	404,4	816,1	422,8	756,1	374,9	140,9
	Densità abitativa (ab/kmq)	301,7	278,7	68,2	184,6	212,6	221,8	2.763
	Popolazione	879.504	112.710	55.627	78.029	160.728	83.149	389.261
	Femmine	456.368	58.070	27.972	40.140	82.306	42.446	205.434
	Maschi	423.136	54.640	27.655	37.889	78.422	40.703	183.827
	Rapporto di mascolinità	92,7	94,1	98,9	94,4	95,3	95,9	89,5
	Età media (anni)	46,5	46,3	47,8	47,1	45,4	45,1	46,9
	Popolazione 0-5 anni (x100)	4,88	4,93	4,26	4,57	5,17	5,28	4,81
	Popolazione 6-14 anni (x100)	7,93	8,64	7,66	8,28	8,94	9,14	7,01
	Popolazione 15-64 anni (x100)	62,80	62,02	61,92	61,79	63,30	63,16	63,02
	Popolazione ≥ 65 anni (x100)	24,40	24,40	26,16	25,36	22,59	22,42	25,16
	Popolazione ≥ 75 anni (x100)	13,30	13,00	13,52	13,11	11,74	11,73	14,43
	Popolazione ≥ 85 anni (x100)	4,32	3,94	4,33	3,81	3,71	3,61	4,94
	Donne 15-49 anni	182.001	22.829	10.522	15.282	33.446	17.191	82.731
Movimenti	Nati vivi	6.539	774	372	526	1.148	624	3.095
	Morti	10.321	1.271	730	894	1.711	862	4.853
	Saldo naturale	-3.782	-497	-358	-368	-563	-238	-1.758
	Iscritti	36.583	4.675	2.293	3.421	7.141	3.236	15.817
	Cancellati	30.635	3.870	1.940	2.872	5.842	2.946	13.165
	Saldo migratorio	5.948	805	353	549	1.299	290	2.652
	Saldo complessivo	2.166	308	-5	181	736	52	894
Stranieri	Stranieri residenti	106.488	11.348	5.559	6.387	14.918	8.578	59.698
	Stranieri residenti (x100)	12,1	10,1	9,99	8,19	9,28	10,3	15,3
	Stranieri residenti - Femmine	57.875	6.176	3.015	3.623	8.315	4.643	32.103
	Stranieri residenti - Maschi	48.613	5.172	2.544	2.764	6.603	3.935	27.595
	Variazione assoluta anno precedente	898	164	41	190	469	-18	52
	Stranieri nati	1.552	174	81	92	219	132	854
	Stranieri morti	147	13	7	11	21	14	81
	Stranieri saldo naturale	1.405	161	74	81	198	118	773

Indicatore		AUSL di Bologna	Distretto					Città di Bologna
			Reno, Lavino e Samoggia	Appennino Bolognese	San Lazzaro di Savena	Pianura Est	Pianura Ovest	
	Stranieri iscritti	13.455	1.434	803	1.025	2.435	1.194	6.564
	Stranieri cancellati	12.557	1.270	762	835	1.966	1.212	6.512
Altri indicatori demografici	Tasso di natalità (x1.000)	7,46	6,91	6,69	6,76	7,18	7,53	7,96
	Tasso di mortalità (x1.000)	11,77	11,35	13,13	11,49	10,69	10,40	12,50
	Tasso di crescita naturale (x1.000)	-4,31	-4,44	-6,44	-4,73	-3,52	-2,87	-4,50
	Tasso di immigrazione (x1.000)	41,71	41,76	41,25	43,98	44,64	39,05	40,68
	Tasso di emigrazione (x1.000)	34,93	34,57	34,90	36,92	36,52	35,55	33,90
	Tasso di crescita migratoria (x1.000)	6,78	7,19	6,35	7,06	8,12	3,50	6,78
	Tasso di crescita totale (x1.000)	2,47	2,75	-0,09	2,33	4,60	0,60	2,30
	Tasso generico di fecondità (x1.000)	35,9	33,9	35,4	34,4	34,3	36,3	37,4
	Donne in età feconda (15-49 anni)	182.001	22.829	10.522	15.282	33.446	17.191	82.731
	Indice di vecchiaia (x100)	190,6	179,7	219,6	197,4	160,1	155,5	212,8
Indice di dipendenza (x100)	59,3	61,2	61,5	61,8	58,0	58,3	58,7	
Famiglie	426.667	51.513	26.086	36.129	70.592	35.891	206.456	
Famiglie monocomponenti (%)	43,2	35,6	39,7	36,7	33,2	32,5	51,6	
N. medio componenti	2,04	2,18	2,12	2,15	2,27	2,31	1,86	
Popolazione in area deprivata o molto deprivata (su dati censimento 2011) (%)	42,4	45,7	43,5	40,2	33,8	38,6	39,4	
Stili di vita e prevenzione								
Stili di vita (2014-2017)	Sedentari (%)	17,53	17,99	20,81	20,95	18,11	15,83	16,22
	Soggetti in eccesso ponderale (%)	41,65	33,06	42,61	46,97	45,50	39,63	41,83
	Fumatori (%)	31,14	32,28	35,41	30,6	28,44	28,83	31,64
	Consumatori di alcol a maggior rischio (%)	26,07	22,91	22,75	24,21	31,73	20,29	26,93
Screening del carcinoma della cervice uterina	Adesione osservata, rilevazione puntuale 2015-2017 (%)	46,3	50,2	53,8	49,5	52,0	52,4	39,8
	Adesione riferita, PASSI 2008-2017 (%)	54,6	54,5	67,9	59,5	64,1	62,3	45,9

Indicatore		AUSL di Bologna	Distretto					
			Reno, Lavino e Samoggia	Appennino Bolognese	San Lazzaro di Savena	Pianura Est	Pianura Ovest	Città di Bologna
	Copertura totale riferita, PASSI 2008-2017(%)	89,3	94,8	89,4	86,7	91,9	89,9	86,8
Screening del carcinoma mammario	Adesione osservata, rilevazione puntuale 2016-2017 (%)	67,5	68,4	69,1	70,8	69,9	69,2	64,9
	Adesione riferita, PASSI 2008-2017 (%)	65,8	60,9	70,1	72,4	72,3	67,7	62,5
	Copertura totale riferita, PASSI 2008-2017(%)	81,2	77,7	77,7	81,9	86,8	85,6	79,8
Screening del carcinoma del colon-retto	Adesione osservata, rilevazione puntuale 03/2016-03/2018 (%)	54,3	55,3	53,6	54,9	58,7	59,7	50,8
	Adesione riferita, PASSI 2010-2017 (%)	65,8	62,7	65,7	71,2	64,7	75,9	63,9
	Copertura totale riferita, PASSI 2010-2017(%)	68,3	67,4	66,9	72,2	67,9	78,9	66,0
Vaccinazioni (2016)	Copertura vaccino anti-morbillo, 24° mese coorte 2014	87,0	90,2	89,2	89,5	86,8	94,1	83,9
	Copertura vaccino anti-varicella, 24° mese coorte 2014	1,6	1,6	2,1	0,5	1,4	1,9	1,7
	Copertura vaccino anti-rosolia, 24° mese coorte 2014	86,9	90,0	89,2	89,5	86,8	93,8	83,8
Indicatori generali dello stato di salute								
	Salute percepita buona o molto buona (%)	76,1	79,8	74,4	79,1	80,5	71,9	73,8
	Speranza di vita alla nascita in anni M	81,4	81,4	81,1	81,1	81,2	81,7	81,5
	Speranza di vita alla nascita in anni F	85,5	85,6	84,2	85,6	85,4	84,7	85,7
	Soggetti ≥65 anni con livello di fragilità alto o molto alto; numero (%)	12.417 (5,75)	1.405 (5,06)	895 (6,06)	1.143 (5,73)	1.883 (5,15)	932 (4,96)	6.159 (6,27)
Mortalità per causa	Tasso di mortalità generale M (x100.000)	708,0	706,5	739,7	706,8	722,8	675,6	705,1
	Tasso di mortalità generale F (x100.000)	773,1	765,1	900,2	778,5	778,8	822,4	749,2
	Tasso di mortalità	748,5	746,6	833,7	754,6	762,3	759,6	730,0

Indicatore	AUSL di Bologna	Distretto					
		Reno, Lavino e Samoggia	Appennino Bolognese	San Lazzaro di Savena	Pianura Est	Pianura Ovest	Città di Bologna
generale TOT (x100.000)							
Tasso di mortalità per mal. sistema circolatorio M (x100.000)	205,8	209,5	258,6	175,4	217,8	206,7	197,6
Tasso di mortalità per mal. sistema circolatorio F (x100.000)	259,5	269,3	369,4	281,6	274,2	258,8	235,7
Tasso di mortalità per mal. sistema circolatorio TOT (x100.000)	235,3	243,1	319,3	230,0	250,0	236,5	217,9
Tasso di mortalità per tumore M (x100.000)	246,3	228,1	247,9	243,2	253,3	239,2	252,3
Tassodi mortalità per tumore F (x100.000)	215,1	192,6	241,1	214,6	213,1	226,7	215,6
Tasso di mortalità per tumore TOT (x100.000)	233,4	214,7	248,5	234,0	237,7	238,0	234,3
Tassodi mortalità per tumore della mammella (x100.000)	32,7	30,5	36,7	21,7	26,7	32,8	36,7
Tasso di mortalità per tumore della prostata (x100.000)	15,7	13,7	4,4	15,9	19,0	14,5	16,9
Tasso di mortalità per tumore del polmone M (x100.000)	59,1	62,0	70,0	55,0	52,1	43,7	63,5
Tassodi mortalità per tumore del polmone F (x100.000)	28,5	30,9	13,7	27,9	28,0	30,2	29,4
Tasso di mortalità per tumore del polmone TOT (x100.000)	44,4	47,8	44,3	43,1	41,2	38,1	46,2
Tasso di mortalità per tumore del colon-retto M (x100.000)	26,9	34,3	29,4	27,7	24,4	17,4	28,0
Tasso di mortalità per tumore del colon-retto F (x100.000)	23,7	22,4	40,9	32,6	19,1	25,5	21,2
Tasso di mortalità per tumore del colon-retto TOT (x100.000)	25,6	29,1	35,5	30,5	22,4	22,0	24,4
Tasso stand. di anni di vita persi (YPLL) per cause di	2.508	2.704	2.855	2.211	2.694	1.981	2.471

Indicatore	AUSL di Bologna	Distretto					
		Reno, Lavino e Samoggia	Appennino Bolognese	San Lazzaro di Savena	Pianura Est	Pianura Ovest	Città di Bologna
mortalità evitabile M (x100.000)							
Tasso stand. di anni di vita persi (YPLL) per cause di mortalità evitabile F (x100.000)	1.436	1.345	1.409	1.484	1.482	1.828	1.373
Tasso stand. di anni di vita persi (YPLL) per cause di mortalità evitabile TOT (x100.000)	1.957	2.009	2.152	1.841	2.081	1.911	1.890
Tasso di mortalità incidenti stradali M (x100.000)	8,6	13,8	10,4	5,6	14,0	8,0	5,2
Tasso di mortalità incidenti stradali F(x100.000)	4,4	3,9	2,7	0,00	6,7	14,2	2,9
Tasso di mortalità incidenti stradali TOT (x100.000)	6,51	8,9	6,5	2,8	10,4	11,2	3,9
Ricoveri Tasso di ospedalizzazione degenza ordinaria (x1.000)	116,4	111,2	125,0	121,4	107,1	107,9	121,1
Tasso di ospedalizzazione Day Hospital (x1.000)	21,1	23,5	22,0	22,0	23,4	26,0	23,6
Primo ricovero (2013-2017) Tasso primo ricovero per tumore M (x10.000)	98,3	91,3	94,9	101,5	95,0	94,1	102,6
Tasso primo ricovero per tumore F(x10.000)	128,4	119,6	117,7	132,7	128,9	119,5	133,1
Tasso primo ricovero per tumore della mammella (x10.000)	21,3	22,0	20,0	20,8	20,8	20,3	21,7
Tasso primo ricovero per tumore della prostata (x10.000)	11,6	11,8	11,4	12,3	11,0	10,6	12,0
Tasso primo ricovero per tumore del polmone M (x10.000)	8,9	8,2	9,4	8,4	8,5	8,4	9,5
Tasso primo ricovero per tumore del polmone F (x10.000)	5,6	5,4	5,4	6,1	5,1	5,0	5,8
Tasso primo ricovero per tumore del colon-retto M (x10.000)	7,4	7,5	7,5	7,9	7,2	7,2	7,4

Indicatore	AUSL di Bologna	Distretto					
		Reno, Lavino e Samoggia	Appennino Bolognese	San Lazzaro di Savena	Pianura Est	Pianura Ovest	Città di Bologna
Tasso primo ricovero per tumore del colon-retto F (x10.000)	6,5	5,4	7,5	6,6	6,5	6,2	6,6
Tasso primo ricovero per mal. sistema circolatorio M (x10.000)	197,8	189,6	217,8	201,9	191,8	195,7	199,0
Tasso primo ricovero per mal. sistema circolatorio F (x10.000)	175,9	172,0	210,4	187,0	167,1	176,8	173,1
Incidenza (2013-2017) Tasso di incidenza per IMA M (x10.000)	18,4	17,6	20,2	19,0	18,0	18,5	18,2
Tasso di incidenza per IMA F (x10.000)	11,0	10,3	13,1	12,0	10,3	11,8	10,9
Tasso di incidenza per IMA TOT (x10.000)	14,6	13,8	16,5	15,4	14,1	15,0	14,4
Tasso di incidenza per ictus M (x10.000)	23,5	21,5	26,4	24,7	23,9	22,5	23,4
Tasso di incidenza per ictus F (x10.000)	22,9	21,8	23,5	24,6	24,3	22,9	22,3
Tasso di incidenza per ictus TOT (x10.000)	23,2	21,6	24,9	24,7	24,1	22,7	22,8
Prevalenza Tasso di prevalenza del diabete M (%)	6,1	6,1	6,2	5,9	6,0	6,7	5,9
Tasso di prevalenza del diabete F (%)	5,2	5,5	5,7	5,2	5,1	5,9	5,0
Tasso di prevalenza del diabete TOT (%)	5,6	5,8	5,9	5,5	5,6	6,3	5,4
Malattie infettive Morbillo, numero (numero di casi x100.000)	34 (3,88)	4 (3,57)	0	4 (5,14)	1 (0,63)	0	25 (6,44)
Varicella, numero (numero di casi x100.000)	1.040 (118,6)	115 (102,7)	82 (147,3)	113 (145,2)	216 (135,1)	199 (239,5)	315 (81,1)
Malattie invasive batteriche, numero (numero di casi x100.000)	23 (2,62)	3 (2,68)	1 (1,80)	1 (1,29)	4 (2,50)	2 (2,41)	12 (3,09)
Tubercolosi, numero (numero di casi x 100.000)	110 (12,54)	6 (5,36)	8 (14,37)	8 (10,28)	11 (6,88)	5 (6,02)	72 (18,54)
Chikungunya-Dengue-Zika, numero (numero di casi x100.000)	8 (0,91)	0	0	0	2 (1,25)	0	6 (1,54)
Casi di West Nile	3 (0,34)	0	0	1 (1,29)	1 (0,63)	1 (1,20)	0

Indicatore	AUSL di Bologna	Distretto						
		Reno, Lavino e Samoggia	Appennino Bolognese	San Lazzaro di Savena	Pianura Est	Pianura Ovest	Città di Bologna	
neuroinvasiva, numero (numero di casi x100.000)								
Casi di Encefalite da Toscana Virus, numero (numero di casi x100.000)	25 (2,85)	9 (8,03)	2 (3,59)	1 (1,29)	2 (1,26)	7 (8,43)	4 (1,03)	
Leishmaniosi, numero (numero di casi x100.000)	15 (1,71)	3 (2,68)	0	4 (5,14)	1 (0,63)	0	7 (1,80)	
Malaria, numero (numero di casi x100.000)	15 (1,71)	2 (1,79)	0	0	1 (0,63)	1 (1,20)	11 (2,83)	
Malattie potenzialment e trasmesse da alimenti, numero (numero di casi x100.000)	426 (48,58)	28 (25,00)	30 (53,89)	52 (66,83)	64 (40,02)	26 (31,30)	226 (58,19)	

Note

I dati demografici provengono da due fonti differenti (Regione Emilia Romagna e ISTAT).

Evidenziati in grassetto i valori che mostrano una differenza statisticamente significativa rispetto al valore aziendale.

I tassi di mortalità, di primo ricovero, incidenza e prevalenza diabete sono standardizzati con popolazione standard Italia 01/01/2001.

I tassi di ospedalizzazione sono standardizzati con popolazione standard Italia 01/01/2012.

Gli indicatori si riferiscono al 2017 se non altrimenti specificato.

