



Provincia Autonoma di Trento
Assessorato alla Salute e Solidarietà sociale



Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari

Profilo di salute della provincia di Trento

aggiornamento 2014



Come è noto, la salute risulta da un equilibrio dinamico di fattori individuali, ambientali e socio-economici, i cosiddetti "determinanti della salute" che definiscono un contesto di vita specifico nel quale il raggiungimento del più alto standard di salute possibile è considerato, dalle Nazioni Unite e dalla Costituzione italiana, un diritto universale.

Mettere in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla è il processo che identifica la promozione della salute, che non è, e non può essere, una responsabilità esclusiva del settore sanitario. La disponibilità di informazioni sullo stato di salute di una comunità è un prerequisito di tale processo e deve dare supporto alla comunità nel definire le priorità, assumere decisioni, pianificare e realizzare le strategie che consentano di raggiungere un migliore livello di salute.

Con questo aggiornamento sintetico del Profilo di salute del Trentino si intende a contribuire a tale processo fornendo alcune informazioni chiave sulla salute in Trentino. Tali informazioni sono state anche utilizzate durante l'avvio della costruzione del Piano per la salute, per rendere trasparente e razionale la scelta degli obiettivi e delle strategie di intervento, da mettere in discussione, condividere e concordare con gli esperti dei singoli settori e con la cittadinanza, in una logica di salute in tutte le politiche, al fine di avere una società inclusiva, equa, sana e economicamente produttiva.

Donata Borgonovo Re
Assessora alla Salute e Solidarietà sociale

Introduzione

Il presente documento rappresenta un aggiornamento sintetico degli indicatori più importanti contenuti nel Profilo di salute della provincia di Trento. Seguendo l'impostazione del Profilo, le tematiche affrontate comprendono i determinanti di salute "distali" di natura socio-economica e ambientale, quelli "prossimali", cioè i comportamenti individuali legati alla salute, in parte scelte personali, in parte condizionate dall'ambiente socioeconomico, le principali cause di morte e alcuni aspetti del benessere psico-fisico.

Obiettivo della pubblicazione è mettere a disposizione del lettore un insieme di schede facilmente consultabili e informative di alcuni degli aspetti più rilevanti dello stato di salute della popolazione trentina.

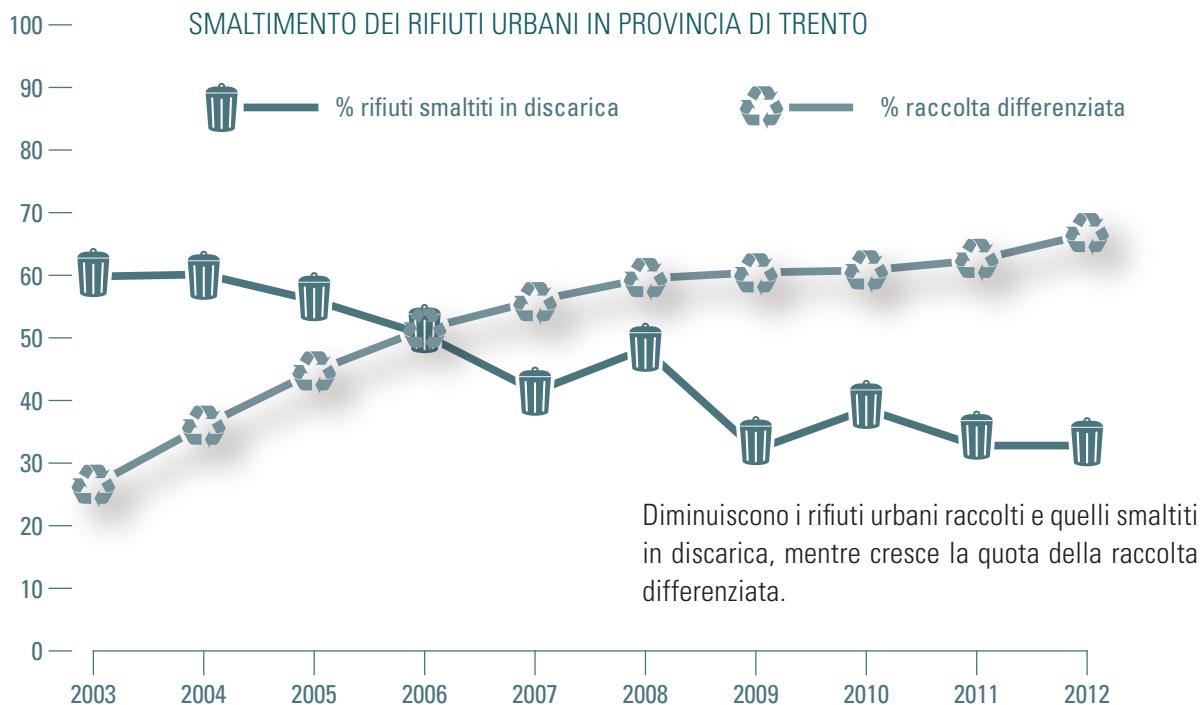
È stato scelto di non ripercorrere integralmente il precedente profilo, ma di focalizzare l'attenzione, per ogni aspetto trattato, su pochi argomenti di particolare interesse, privilegiando marcare eventuali differenze/disequità. Da questo aggiornamento sullo stato di salute risulta quindi un ritratto socio-sanitario, seppur grossolano e non esaustivo, da cui si riconosce una certa fisiognomia del Trentino. Per la descrizione dei singoli ambiti sono stati utilizzati in maniera integrata i diversi flussi e fonti di dati disponibili, fornendo le informazioni a livello provinciale, di distretto sanitario e, là dove disponibili, i dati di confronto a livello nazionale ed internazionale.

Ambiente

	Trentino	Italia
Spesa tutela ambiente (2011)*	351 euro pro capite	69 euro pro capite
% aree protette Rete Natura 2020 (2012)*	28%	21%
% costruzioni abusive (2011)*	1,4%	15%
Rifiuti urbani raccolti (2012)*	496 kg per abitante	504 kg per abitante
% rifiuti urbani smaltiti in discarica (2012)*	33% 162 kg per abitante	39% 196 kg per abitante
Tasso di motorizzazione (2011)**	542 auto per 1.000 abitanti	570 auto per 1.000 abitanti
% auto a trazione verde (2011)**	5,6%	7,2%
% famiglie che dichiarano problemi di inquinamento aria (2012)*	28%	36%
Densità verde urbano (2012)*	422 m ² per abitante <i>Comune di Trento</i>	33 m ² per abitante <i>capoluoghi di provincia</i>
Densità verde urbano (% superficie urbana - 2012)*	31% <i>Comune di Trento</i>	3% <i>capoluoghi di provincia</i>

Fonte: * ISTAT, ** ACI-CENSIS

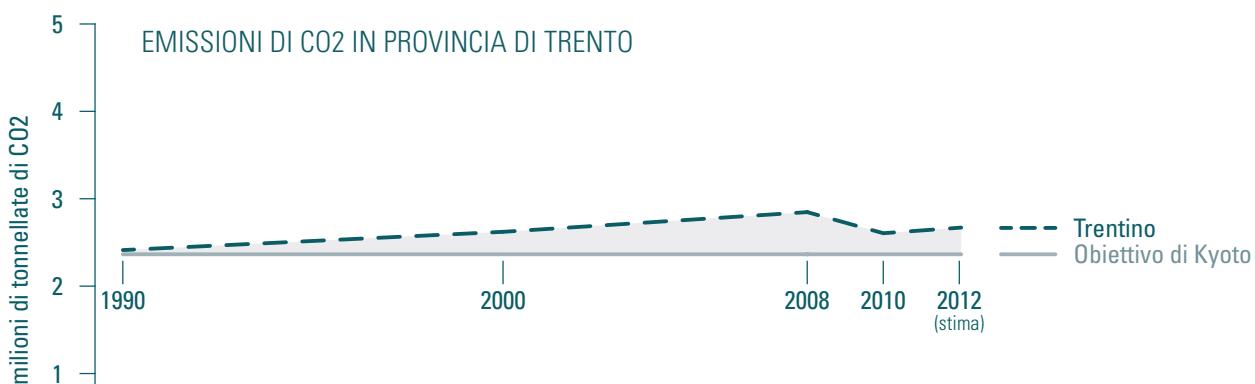
La provincia di Trento si è proposta di raggiungere l'autosufficienza energetica entro il 2050, puntando sul contributo delle fonti rinnovabili interne e mira al conseguimento dell'obiettivo **TRENTINO ZERO EMISSIONI** con la riduzione delle emissioni di gas climalteranti del 50% rispetto ai livelli del 1990 entro il 2030 e del 90% entro il 2050 (legge provinciale n. 5, 9 marzo 2010).



IL PROTOCOLLO DI KYOTO E GLI OBIETTIVI EUROPA 2020

Il Protocollo di Kyoto prevede l'obbligo in capo ai paesi industrializzati di ridurre, nel periodo 2008-2012, le emissioni climatiche in una misura non inferiore al 5% rispetto alle emissioni registrate nel 1990. L'obiettivo nazionale assegnato all'Italia è la riduzione del 6,5%, in ambito provinciale il Piano energetico stabilisce che il raggiungimento dell'obiettivo si concretizza con una riduzione del 2% delle emissioni. In Italia, la media delle emissioni per il quinquennio 2008-2012 conferma il pieno raggiungimento dell'obiettivo mostrando una riduzione del 7,9% rispetto al 1990, con le emissioni annuali dal 2009 costantemente inferiori all'obiettivo di Kyoto. In Trentino le emissioni di CO₂, ovvero il gas serra principale responsabile del surriscaldamento climatico al 2010 incrementano del 15% rispetto al 1990 e superano di 243.000 tonnellate l'obiettivo di Kyoto. Anche la stima delle emissioni per il 2012 vede il superamento dell'obiettivo.

Gli obiettivi del **pacchetto energia Europa 2020** prevedono entro il 2020: la riduzione delle emissioni di gas serra del 20% rispetto al 1990 (obiettivo nazionale per l'Italia riduzione del 13%), la copertura del 20% del consumo finale lordo di energia da fonti rinnovabili (per l'Italia 17%), la riduzione del 20% rispetto al 2005 dei consumi energetici, pari a un risparmio di 368 milioni di tonnellate di petrolio equivalente (per l'Italia 27,9 Mtpe). Per facilitarne il conseguimento, gli obiettivi nazionali Europa 2020 sono stati ripartiti tra le regioni con il decreto **Burden Sharing**. Per il Trentino il consumo finale lordo coperto da fonti rinnovabili è stato fissato al 35,5%, obiettivo che pare raggiungibile essendo tale quota già al 2010 pari al 30%. L'obiettivo del risparmio energetico ha fissato i consumi finali lordi a 1,38 Mtpe; l'andamento temporale dei consumi mostra dal 2005 una continua contrazione, nel 2010 si assesta a quota 1,66 Mtpe.

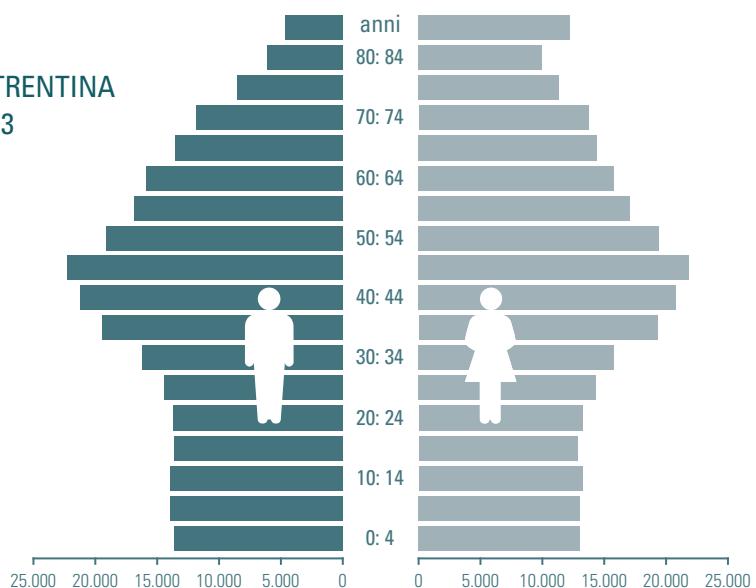


Popolazione

	Numero assoluto Trentino	Trentino	Centro Nord	Centro Sud	Est	Ovest	Italia
Popolazione residente (01.01.2013)	530.308	530.308	130.349	179.392	120.389	100.178	59.685.227
% popolazione ≥ 65 anni (01.01.2013)	106.365	20%	21%	20%	19%	20%	21%
% popolazione ≤ 14 anni (01.01.2013)	80.719	15%	15%	15%	16%	15%	14%
Indice di vecchiaia (01.01.2013)	—	132	142	132	124	129	151
% popolazione maschile (01.01.2013)	258.826	49%	48%	49%	49%	50%	48%
% popolazione femminile (01.01.2013)	271.482	51%	52%	51%	51%	50%	52%
% stranieri residenti (01.01.2013)	48.710	9,2%	10,5%	9,5%	6,9%	9,7%	7,4%
Tasso natalità (2012)	5.153 nati vivi	9,8‰	9,1‰	10,2‰	9,9‰	9,8‰	9,0‰

Fonte: ISTAT

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE TRENTE
per genere e classi d'età al 01.01.2013

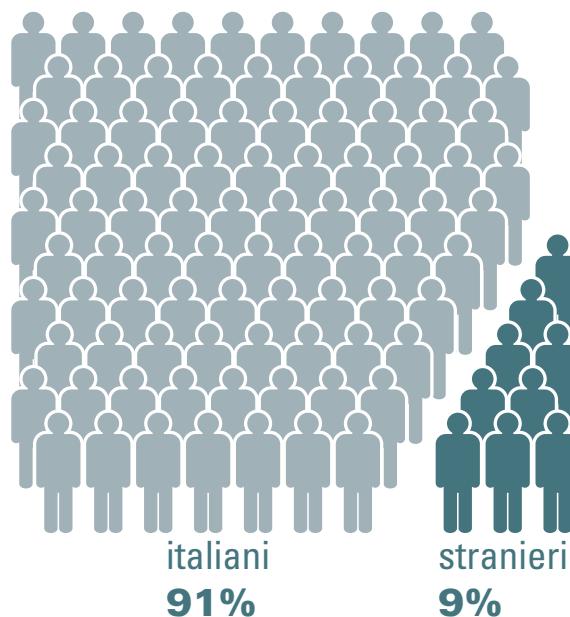


Al primo gennaio 2013 la popolazione residente in Trentino ammonta a 530.308 persone.

La struttura per età della popolazione evidenzia un **processo di invecchiamento in fase piuttosto avanzata**. La popolazione con meno di 15 anni rappresenta il 15% della popolazione totale, mentre quelle con più di 64 e di 74 anni sono rispettivamente il 20% e il 10% della popolazione. Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è mitigato dalla presenza degli stranieri, popolazione notevolmente più giovane di quella italiana. Se infatti l'indice di vecchiaia per gli italiani è pari a 148 (ossia ogni 100 giovani ci sono 148 anziani), per gli stranieri l'indice è pari a 15, vale a dire che ogni 100 giovani ci sono solamente 15 anziani.

Confermando una tendenza in atto dalla seconda metà degli anni '90, anche per il 2012 la provincia di Trento è caratterizzata da un **saldo naturale** (eccedenza o deficit di nascite rispetto ai decessi) **nettamente positivo** (+487 unità). I nati vivi residenti sono 5.153 e il conseguente tasso di natalità, pari a 9,8 nati per mille abitanti, è tra i più alti in Italia (media nazionale: 9,0%). Il numero dei morti residenti è di 4.666 persone e il tasso di mortalità è pari all'8,8 per mille abitanti, molto al di sotto della media nazionale, pari al 10,3%.

COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE TRENTINA PER CITTADINANZA



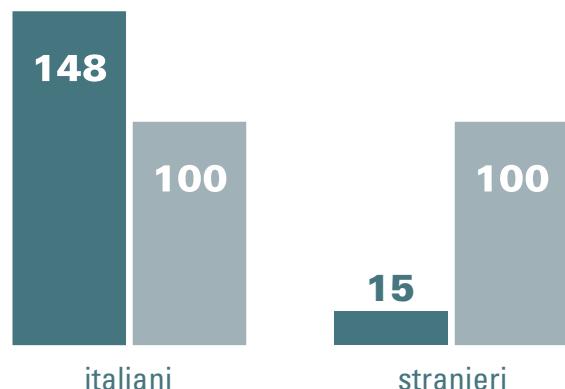
TASSO DI NATALITÀ PER CITTADINANZA

Numero di nascite
ogni 1.000 abitanti



INDICE DI VECCHIAIA per cittadinanza

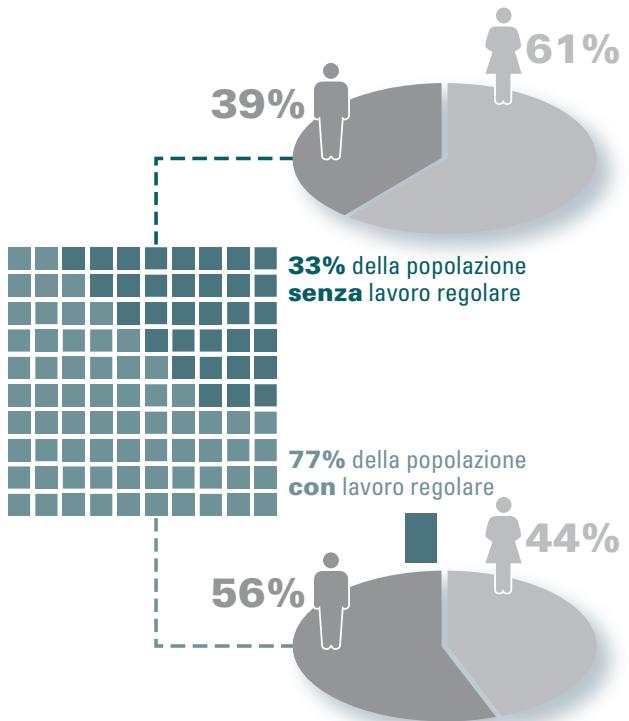
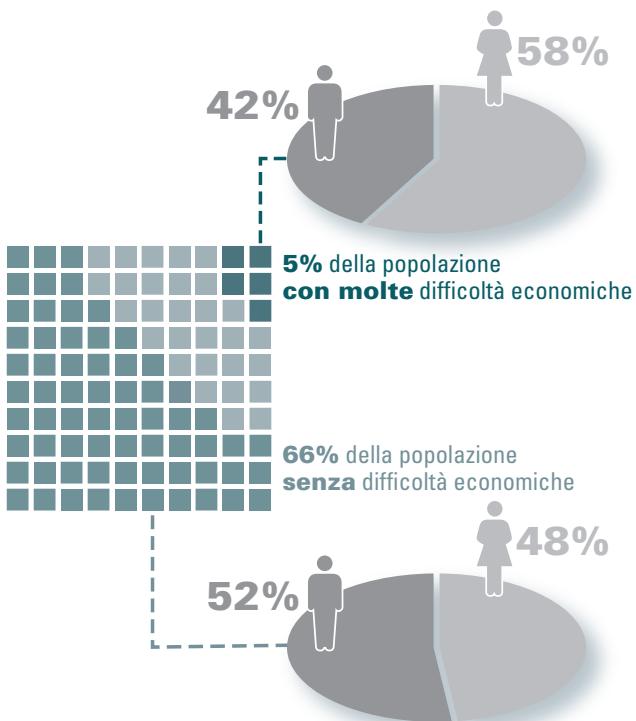
numero di anziani ogni 100 giovani

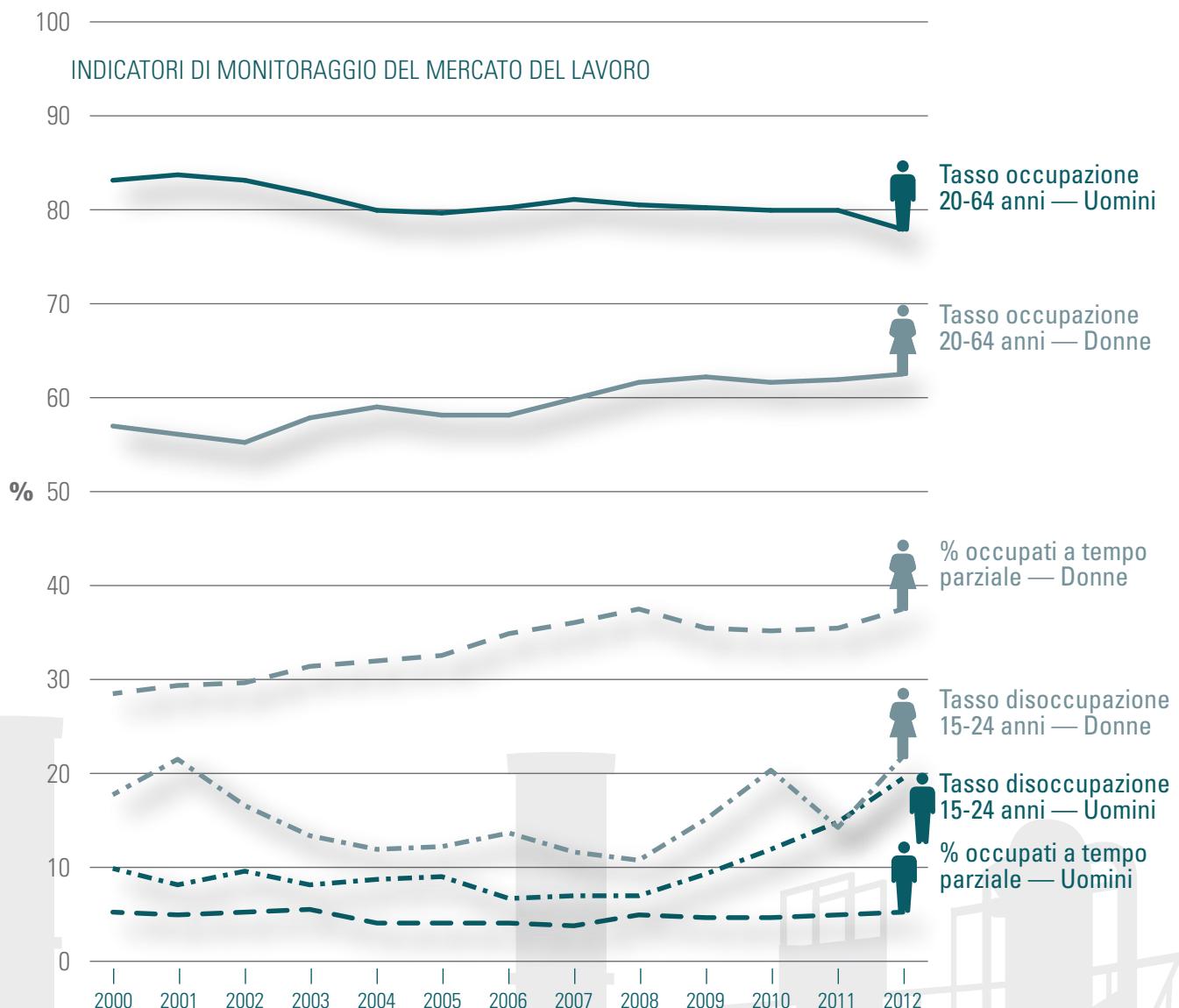


Lavoro e situazione economica

	Trentino	Trentino uomini	Trentino donne	Italia	Italia uomini	Italia donne
Tasso di occupazione 20-64 anni (2012) *	70%	78%	62%	61%	72%	51%
% occupati a tempo parziale (2012) *	19%	5%	37%	17%	7%	31%
Tasso di disoccupazione giovanile (2012) *	21%	20%	22%	35%	34%	38%
% dipendenti a tempo determinato (2012) *	17%	15%	20%	14%	13%	15%
% popolazione 18-65 anni senza lavoro regolare (2009-2012) **	33%	25%	40%	44%	34%	53%
% popolazione 18-69 anni con molte difficoltà economiche (2009-2012) **	5%	5%	6%	14%	14%	15%
% popolazione 18-69 anni senza difficoltà economiche (2009-2012) **	66%	68%	64%	44%	47%	42%

Fonte: * ISTAT, ** PASSI





Il tasso di occupazione della popolazione tra 20 e 64 anni è uno degli indicatori previsti dalla *Strategia Europa 2020* per lo sviluppo e l'occupazione. L'obiettivo fissato dall'Unione europea prevede nel 2020 una quota di popolazione occupata tra 20 e 64 anni pari al 75%. **In provincia di Trento il tasso di occupazione, pari al 70%,** è vicino all'obiettivo fissato e risulta tra i più elevati in Italia.

Il dato medio sintetizza un **forte disequilibrio di genere** che, sebbene tenda a ridursi per una contrazione dell'occupazione maschile e un incremento di quella femminile, nel 2012 rimane ancora di 16 punti percentuali. Le differenze di genere sono ancora più evidenti se si considera che il 37% delle donne occupate lo è a tempo parziale a fronte del 5% degli uomini.

In Trentino l'incidenza del part-time all'interno della forza lavoro femminile è tra le più elevate in Italia e se da un lato il part-time può essere considerato

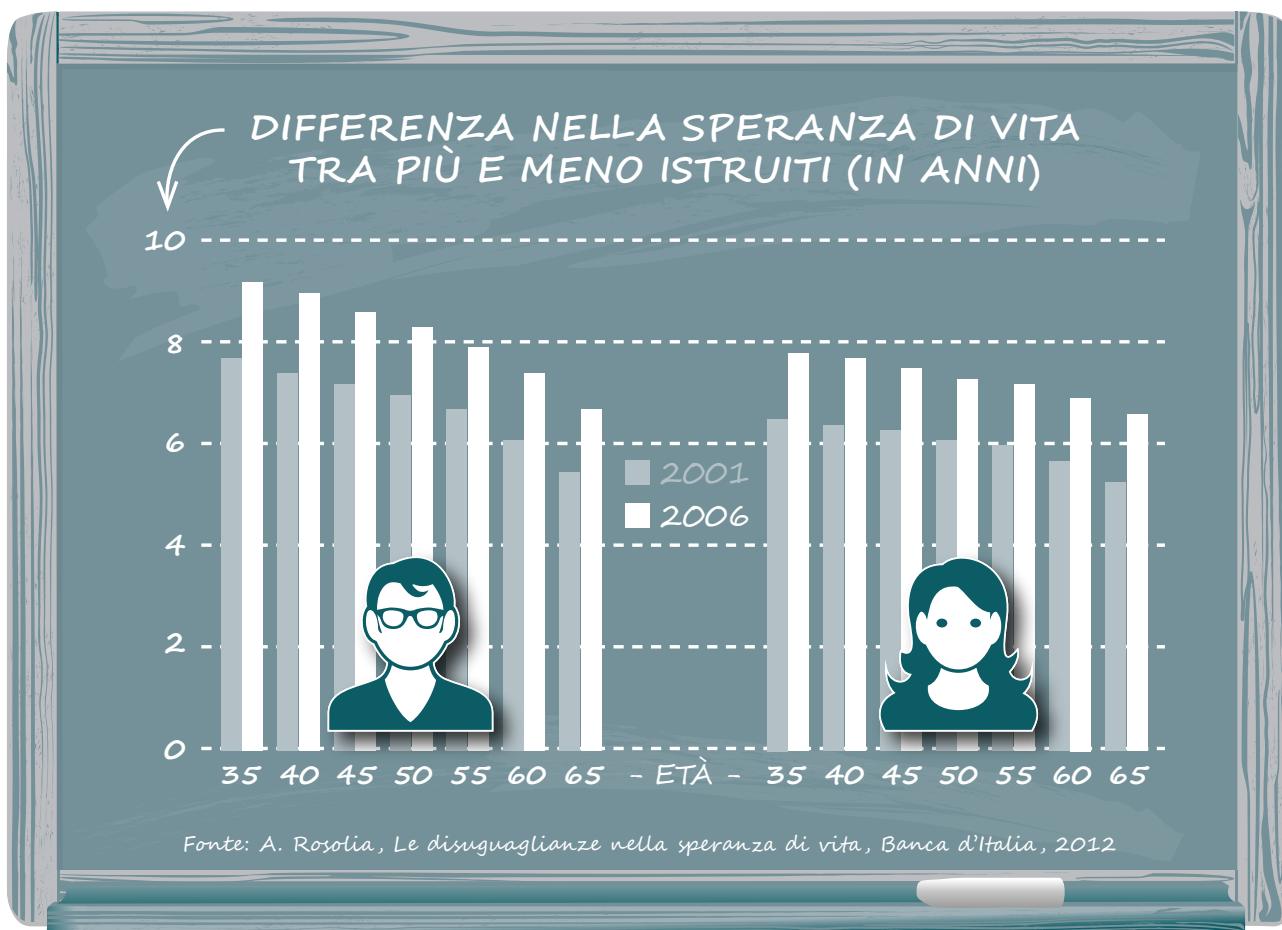
come uno strumento strategico per accrescere la partecipazione femminile nel mercato del lavoro e per facilitare la conciliazione tra tempi di lavoro e altri ambiti di vita, dall'altro va tenuta presente la rilevante crescita del part-time involontario: tra le lavoratrici occupate a tempo parziale, quelle che lo sono non per scelta, ma perché non hanno trovato un lavoro a tempo pieno sono passate dal 18% del 2008 al 36% del 2012.

In Trentino, come nel resto d'Italia, continua a peggiorare la condizione dei giovani. **Il tasso di disoccupazione giovanile nel 2012 è del 21%.** Anche in questo caso le giovani donne sono svantaggiate rispetto ai coetanei uomini e la tendenza alla riduzione della disparità di genere è dovuta al progressivo peggioramento dell'occupazione giovanile degli uomini invece che al miglioramento di quella delle donne.

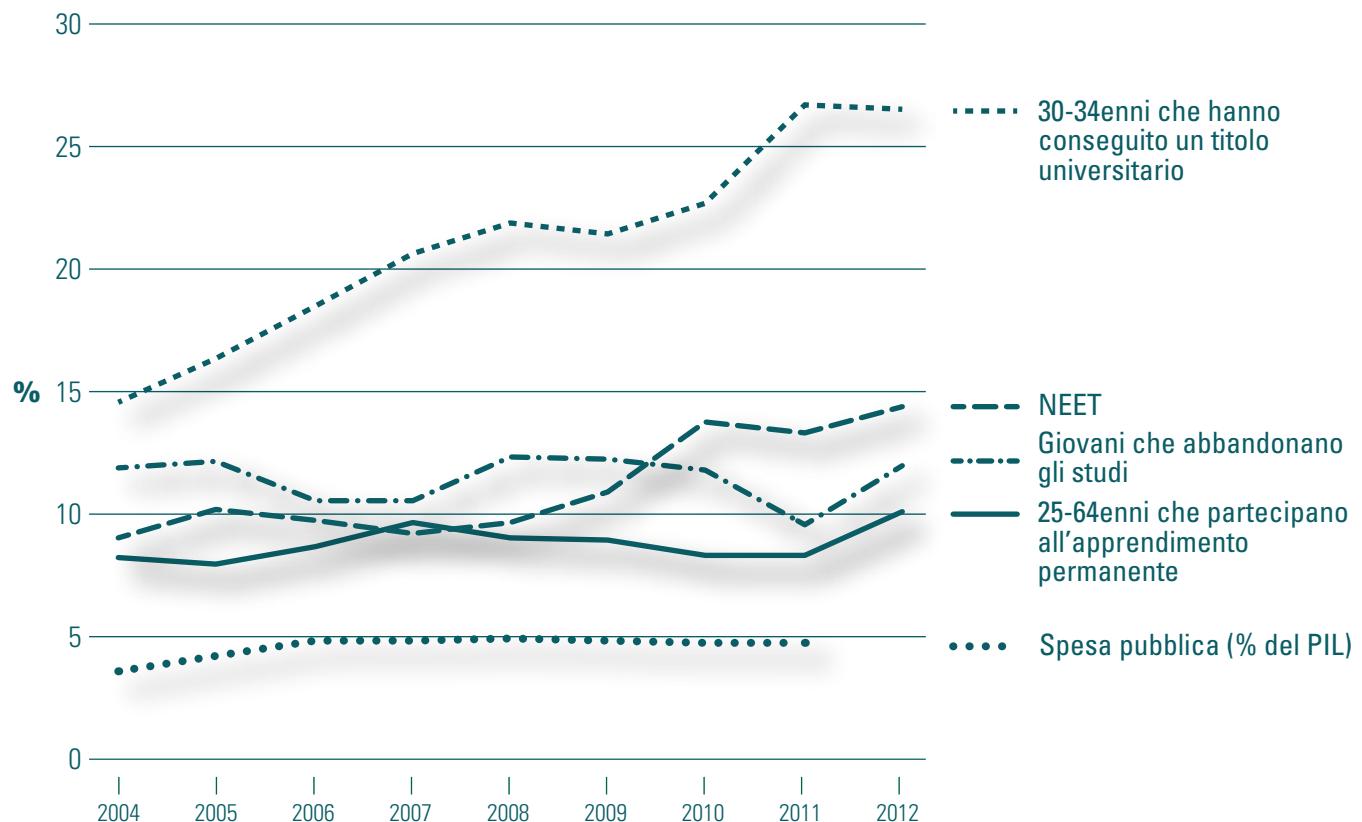
Istruzione

	Trentino	Italia	UE (valore migliore)
% spesa pubblica per istruzione sul PIL (2011)	4,7%	3,7%	7,8% Danimarca
% popolazione di 25-64 anni con titolo di studio ≤ scuola secondaria di secondo grado (2012)	35%	43%	7% Lituania
% giovani (18-24 anni) che abbandonano gli studi (2012)	12%	18%	4% Slovenia
% giovani (15-29 anni) che non lavorano e non studiano (2012)	14%	24%	6% Paesi Bassi
% 30-34enni con titolo di studio universitario (2012)	27%	22%	51% Irlanda
% 25-64enni che partecipano alla formazione permanente (2012)	10%	7%	32% Danimarca

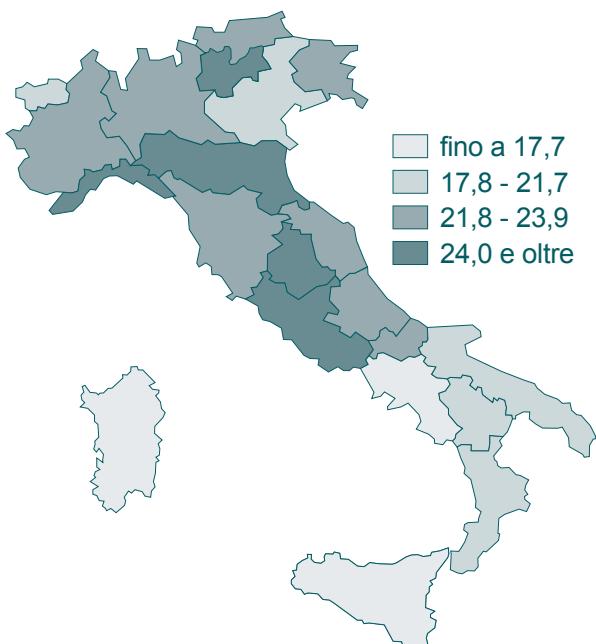
Fonte: ISTAT



INDICATORI DI MONITORAGGIO DELL'ISTRUZIONE



PROPORZIONE 30-34ENNI CON ISTRUZIONE UNIVERSITARIA



La provincia di Trento si colloca sistematicamente ai primi posti della classifica italiana degli indicatori di monitoraggio dell'istruzione e tendenzialmente mostra valori **in linea con la situazione media dell'Unione europea** sebbene rimanga lontana dai livelli di eccellenza registrati in alcuni paesi.

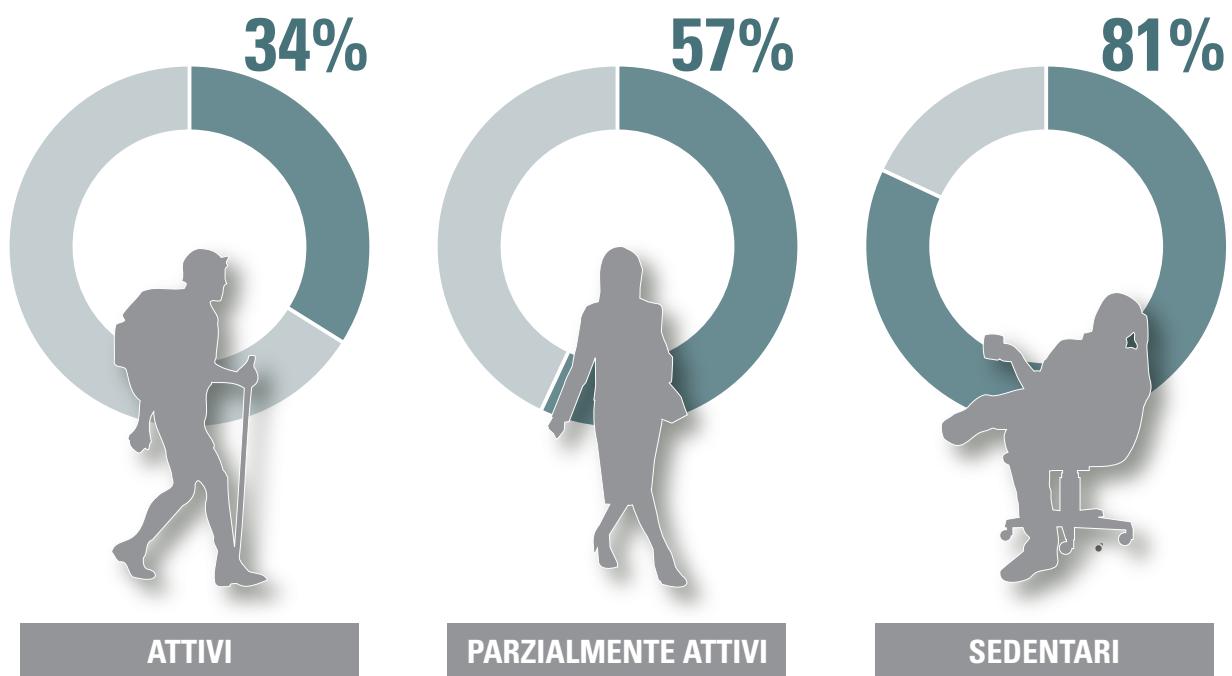
Gli andamenti temporali sono perlopiù stabili, con le eccezioni, in negativo, dell'incremento della percentuale di giovani che non studiano e non lavorano (neet) e in positivo del netto aumento della percentuale di 30-34enni che hanno conseguito un titolo universitario, che, sebbene sia ancora tra le più basse in Europa e lontana dall'obiettivo del 40% fissato dalla Commissione Europea nella Strategia Europa 2020, ha raggiunto l'obiettivo paese-specifico del 27% assegnato all'Italia.

Attività fisica

	Numero assoluto Trentino	Trentino	Centro Nord	Centro Sud	Est	Ovest	Italia
% popolazione 18-69 anni attiva (2009-2012)	142.686	40%	38%	41%	42%	43%	33%
% popolazione 18-69 anni parzialmente attiva (2009-2012)	153.387	43%	46%	42%	41%	42%	36%
% popolazione 18-69 anni sedentaria (2009-2012)	60.641	17%	18%	17%	17%	15%	31%
% popolazione 18-69 anni consigliata di fare attività fisica (2009-2012)	—	37%	39%	36%	36%	36%	31%

Fonte: PASSI

AUTOPERCEZIONE del livello di attività fisica: sufficiente  insufficiente



La maggior parte della popolazione adulta trentina è attiva (conduce un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica raccomandata) o almeno parzialmente attiva. Una minoranza, pari al 17% (ossia circa 60.000 persone), è sedentaria.

A livello nazionale, la prevalenza della sedentarietà risulta nettamente divisa in due macroaree, con una maggiore diffusione nelle regioni centro-meridionali. In Trentino è una delle più basse d'Italia, senza differenze significative nei quattro distretti e variazioni nel tempo.

La sedentarietà è più diffusa nelle donne (19%) che negli uomini (15%). Tra gli uomini aumenta al crescere dell'età, tra i cittadini stranieri e in chi ha difficoltà economiche, mentre nelle donne è più elevata tra chi ha livelli di istruzione bassi.

PREVALENZA DI PERSONE SEDENTARIE IN ITALIA



La percezione che una persona ha del livello di attività fisica praticato è importante poiché può condizionare cambiamenti verso uno stile di vita più attivo. **La maggior parte dei sedentari e oltre la metà dei parzialmente attivi è consapevole di fare poca attività fisica.**

Occorre fare leva su questa consapevolezza, dal momento che per queste persone potrebbe non essere troppo difficile incrementare i propri livelli di attività fisica e godere dei benefici che uno stile di vita più attivo comporta.

In questo è fondamentale l'azione dei medici di medicina generale e degli operatori sanitari in generale. Purtroppo l'interesse del mondo sanitario in questo senso è ancora limitato: solamente il 37% delle persone che si sono recate dal medico nell'ultimo anno ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica.

Stato nutrizionale e alimentazione

	Numero assoluto Trentino	Trentino	Centro Nord	Centro Sud	Est	Ovest	Italia
% popolazione 18-69 anni normopeso (2009-2012)	224.730	63%	67%	64%	59%	62%	58%
% popolazione 18-69 anni sovrappeso (2009-2012)	103.447	29%	25%	28%	33%	30%	31%
% popolazione 18-69 anni obesa (2009-2012)	28.537	8%	8%	8%	8%	8%	11%
% popolazione 18-69 anni che consumano almeno 5 porzioni di frutta e/o verdura (2009-2012)	—	16%	15%	16%	16%	14%	10%

Fonte: PASSI

Il 4% dei trentini adulti è sottopeso, il 59% è normopeso, il 29% sovrappeso e l'8% (circa 30.000 persone) obeso.

La prevalenza dell'eccesso ponderale è più bassa in Trentino rispetto alla media italiana e sebbene il Distretto Centro Nord abbia prevalenze più basse degli altri distretti, le differenze geografiche non sono significative. Anche l'andamento temporale non mostra variazioni.

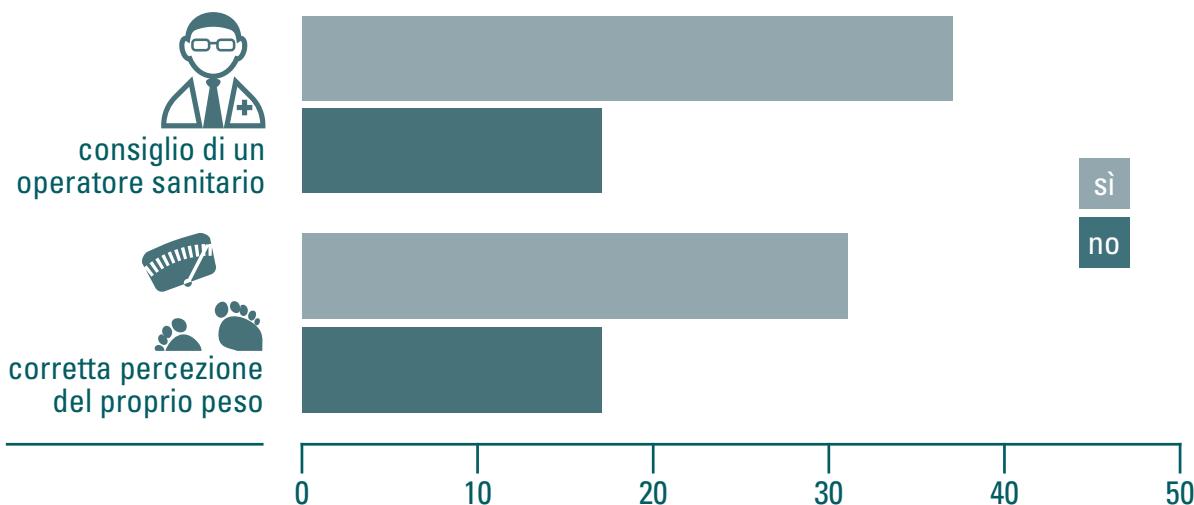
L'eccesso ponderale è più diffuso negli uomini (45%) che nelle donne (27%).

Mentre per gli uomini l'eccesso ponderale è solamente legato all'età (cresce al crescere dell'età), per le donne oltre che dall'età è influenzato anche dalla cittadinanza e dal livello di istruzione: sono sfavorite le donne straniere e quelle che hanno bassi livelli di istruzione.

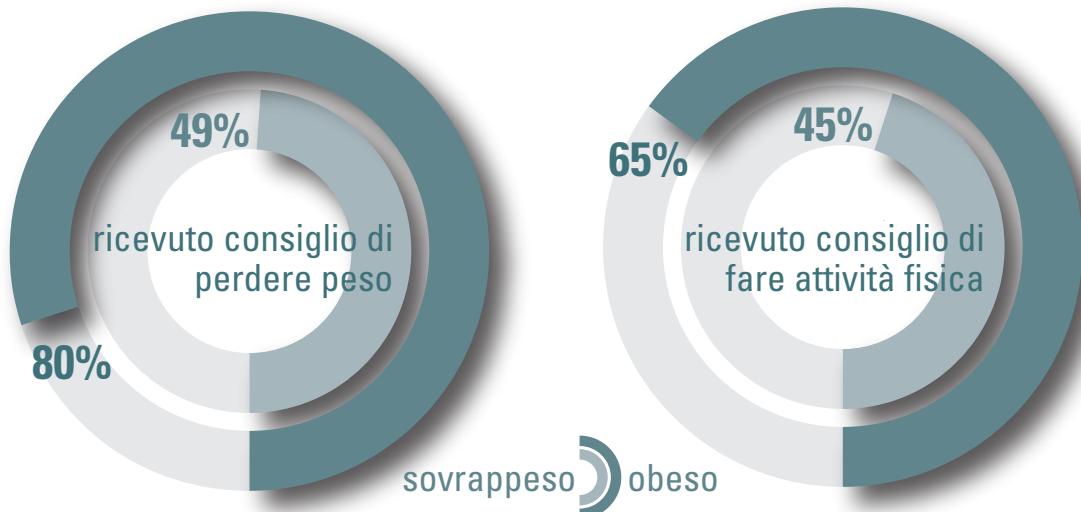
A livello nazionale la distribuzione geografica della **PREVALENZA DI PERSONE IN ECCESSO PONDERALE** disegna un chiaro gradiente nord-sud con una maggiore diffusione nelle regioni meridionali.



ATTUAZIONE DI UNA DIETA DA PARTE DI PERSONE OBESE/SOVRAPPESO PER AUTOPERCEZIONE DEL PROPRIO PESO E PER CONSIGLIO DI UN OPERATORE SANITARIO

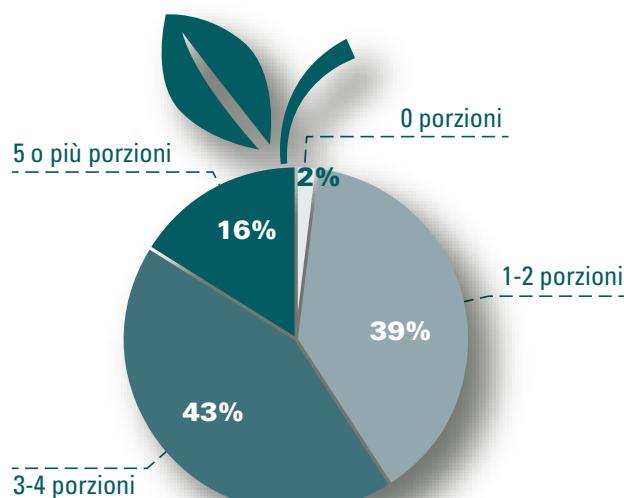


I CONSIGLI DEI MEDICI sono interventi di provata efficacia, il cui rapporto costi/benefici è estremamente vantaggioso. Tuttavia i dati del counselling evidenziano come i suggerimenti degli operatori sanitari non siano tanto preventivi in quanto indirizzati soprattutto alle persone obese: ricevono, infatti, il consiglio di perdere peso il 49% dei sovrappeso e l'80% degli obesi, di fare attività fisica il 45% dei sovrappeso e il 65% degli obesi (contro il 37% della popolazione generale).



FRUTTA E VERDURA

Praticamente tutti i trentini adulti mangiano almeno una porzione al giorno di frutta e/o verdura, però solo il 16% (superiore alla media nazionale) consuma la quantità minima consigliata (5 porzioni) utile a prevenire malattie cardiovascolari, neoplastiche ecc.



Fumo

	Numero assoluto Trentino	Trentino	Centro Nord	Centro Sud	Est	Ovest	Italia
% popolazione 18-69 anni non fumatrice (2009-2012)	185.491	52%	50%	51%	52%	55%	54%
% popolazione 18-69 anni ex fumatrice (2009-2012)	82.044	23%	23%	24%	23%	23%	18%
% popolazione 18-69 anni fumatrice (2009-2012)	89.179	25%	27%	25%	25%	22%	28%
% popolazione 18-69 anni fumatrice consigliata di smettere (2009-2012)	—	48%	41%	53%	42%	60%	52%
% case in cui si fuma alla presenza di bambini (2009-2012)	—	7%	—	—	—	—	16%

Fonte: PASSI

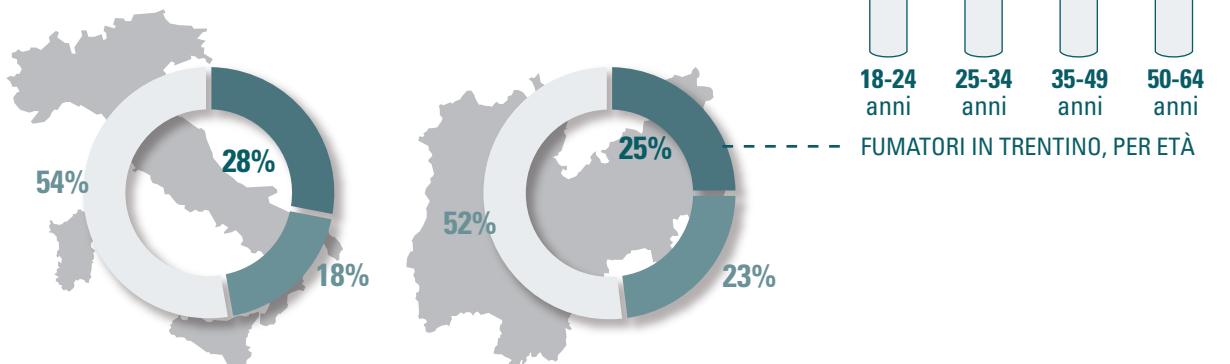
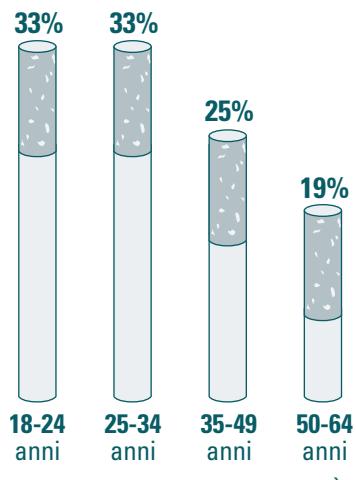
PREVALENZA DI FUMATORI IN ITALIA



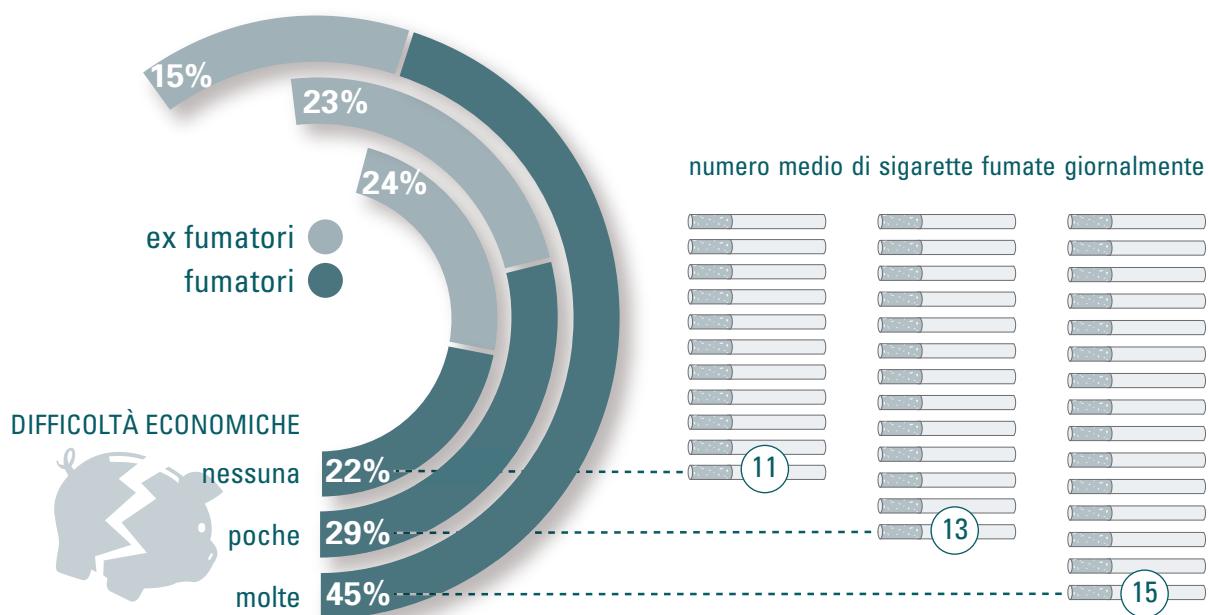
Il 75% dei trentini adulti non fuma: la metà non ha mai fumato nella propria vita, un quarto è un ex-fumatore. È invece un fumatore il 25% della popolazione, circa 90.000 adulti.

La prevalenza di fumatori in Trentino è tra le più basse d'Italia, senza differenze tra distretti sanitari e nel corso degli anni. Anche a livello nazionale la variabilità geografica è contenuta e non si osserva un chiaro gradiente.

Fumano di più gli uomini (30% vs. 20% delle donne) e per entrambi i generi valgono le associazioni con l'età e la disponibilità economica: **la prevalenza di fumatori si riduce all'aumentare dell'età, mentre incrementa all'aumentare delle difficoltà economiche.**



I PROBLEMI ECONOMICI impattano notevolmente sull'abitudine al fumo: tra le persone in difficoltà economica, rispetto a chi non lo è, c'è un maggior numero di fumatori (circa il doppio) che mediamente fuma un numero più elevato di sigarette. C'è, inoltre, una minor propensione a smettere di fumare.



Nonostante il fumo sia il principale fattore di rischio evitabile di morte prematura, **IL LIVELLO DI ATTENZIONE E DI INTERESSE DEGLI OPERATORI SANITARI** al problema del fumo dei propri assistiti potrebbe essere ben più elevato. Al 46% dei trentini che nell'ultimo anno sono stati dal medico è stato chiesto se fumasse e solo a un fumatore su due è stato consigliato di smettere.

Alcol

	Numero assoluto Trentino	Trentino	Centro Nord	Centro Sud	Est	Ovest	Italia
% popolazione 18-69 anni non consumatrice di alcol (2010-2012)	131.984	37%	34%	38%	36%	39%	46%
% popolazione 18-69 anni consumatrice moderata di alcol (2010-2012)	128.417	36%	39%	35%	38%	32%	37%
% popolazione 18-69 anni consumatrice a maggior rischio di alcol (2010-2012)	96.313	27%	27%	27%	26%	29%	17%
% popolazione 18-69 anni con consumo elevato di alcol consigliata di bere meno (2009-2012)	—	13%	—	—	—	—	12%
% popolazione 18-69 anni con consumo binge di alcol consigliata di bere meno (2010-2012)	—	6%	—	—	—	—	8%

Fonte: PASSI

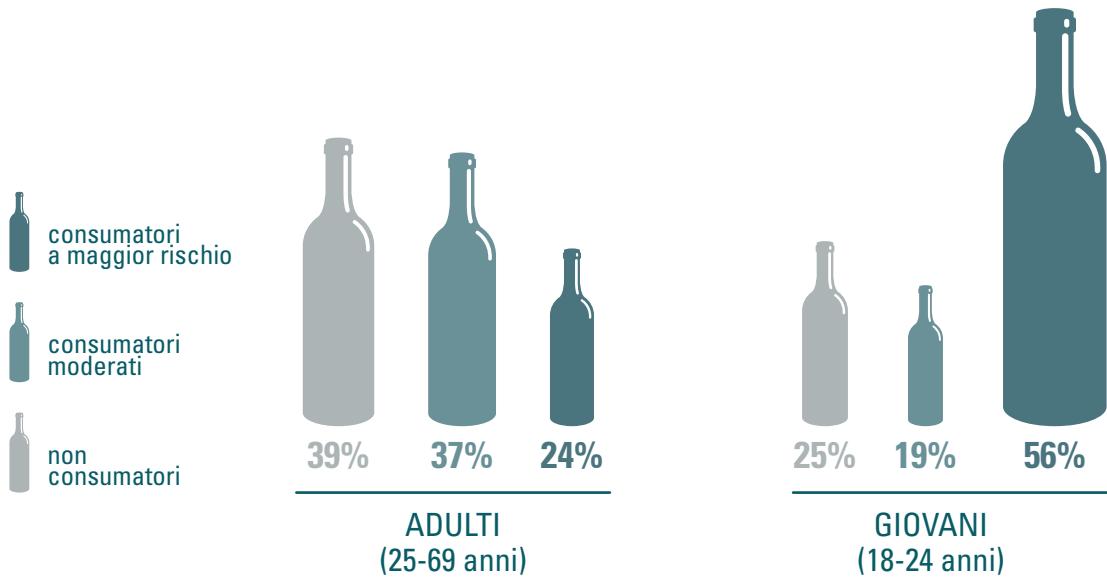
PREVALENZA DI CONSUMO DI ALCOL A MAGGIOR RISCHIO IN ITALIA



La maggior parte dei trentini adulti non consuma alcol o lo fa moderatamente, circa un adulto ogni quattro (96.000 persone) è un consumatore di alcol a maggior rischio. Le alte prevalenze di consumo di alcol sono omogenee sull'intero territorio provinciale e non mostrano variazioni nel tempo. La distribuzione del consumo alcolico a maggior rischio disegna un chiaro gradiente nord-sud con una maggiore diffusione nelle regioni del Nord Est.

L'avere prevalenze di consumo di alcol in Trentino tra le più elevate in Italia non provoca un particolare **INTERESSE NEL MONDO SANITARIO**, soltanto una piccola minoranza di consumatori a maggior rischio riceve il consiglio dal proprio medico di ridurre il consumo di alcol.





L'ABITUDINE AL CONSUMO DI ALCOL È FORTEMENTE ASSOCIATA ALL'ETÀ, in entrambi i generi. È più frequente nei giovani (+14%) rispetto agli adulti, ma è soprattutto la modalità di consumo a maggior rischio (binge, fuori pasto o consumo elevato) a essere molto più diffusa tra i giovani (+32%).

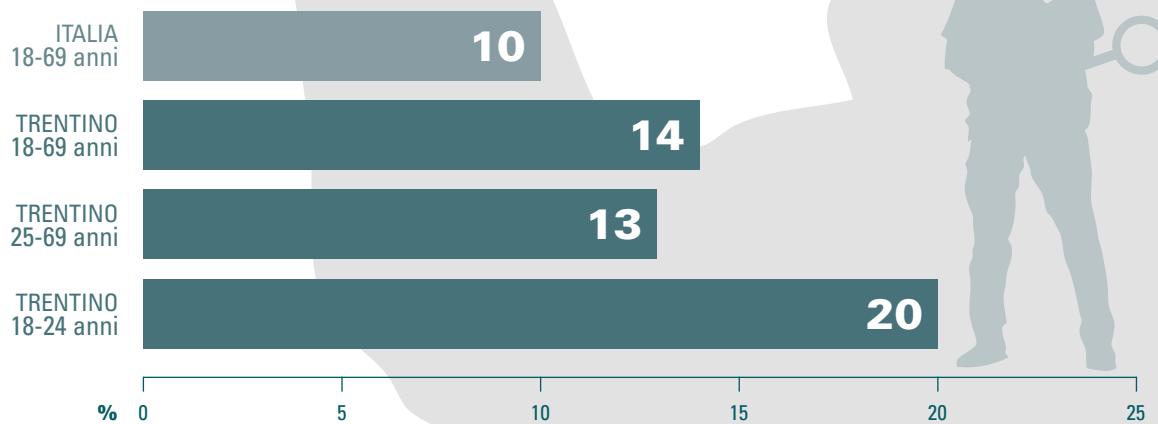
LA GUIDA SOTTO L'EFFETTO DELL'ALCOL

L'applicazione della legge che vieta la guida in stato d'ebbrezza riduce del 20% il numero di morti sulla strada (Organizzazione mondiale della sanità).

Il 10% dei trentini dichiara di avere guidato sotto l'effetto dell'alcol, il 7% di avere viaggiato con persone che stavano guidando sotto l'effetto dell'alcol.

Sebbene questo comportamento non sia particolarmente diffuso nei giovani (5% vs. 11% 25-69 anni), va comunque monitorato con attenzione poiché, a parità di alcolemia, sono esposti a un rischio maggiore di incidenti. Inoltre per i giovani fino ai 21 anni la soglia legale di alcolemia consentita è pari a zero, si tratta dunque di un comportamento sempre sanzionabile. Circa 4 guidatori ogni dieci hanno avuto controlli da parte delle forze dell'ordine, indipendentemente dall'età; **l'etilotest è stato fatto solo nel 14% dei casi**, con una maggiore propensione a concentrare questo tipo di controllo nelle età più giovani.

PERSONE FERMATE E SOTTOPOSTE ALL'ETILOTEST



Screening

Glossario

ESTENSIONE – percentuale di popolazione in età di screening invitata a eseguire il test di screening

ADESIONE – percentuale di popolazione invitata allo screening che ha effettuato il test di screening

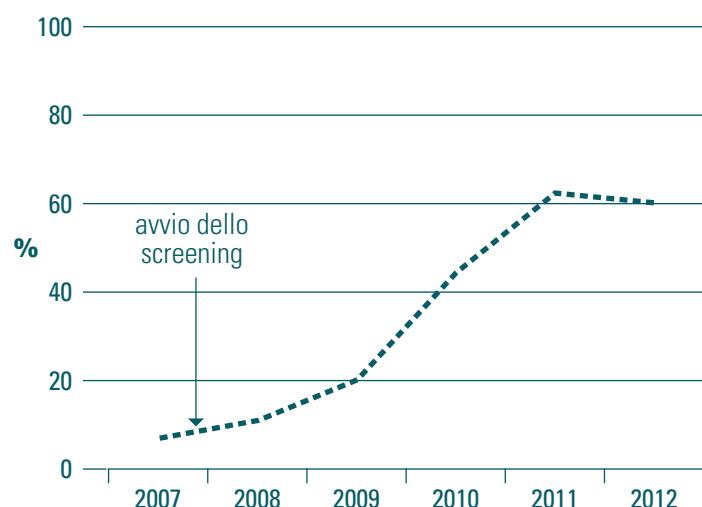
COPERTURA – percentuale di popolazione in età di screening che ha effettuato l'esame di screening indipendentemente se invitata o meno dal programma di screening

	Trentino*	Centro Nord*	Centro Sud*	Est*	Ovest*	Italia**
Screening della cervice						
Estensione (2010-2012)	100%	100%	100%	99%	99%	77%
Adesione (2012)	33%	34%	34%	34%	33%	41%
Copertura (2010-2012)	82%	81%	85%	82%	78%	77%
Screening della mammella						
Estensione (2011-2012)	100%	100%	100%	100%	100%	73%
Adesione (2012)	82%	81%	84%	79%	84%	58%
Copertura (2011-2012)	82%	85%	78%	85%	83%	70%
Screening del colon-retto						
Estensione (2011-2012)	94%	86%	100%	100%	98%	57%
Adesione (2012)	59%	63%	64%	57%	55%	46%
Copertura (2011-2012)	58%	52%	62%	61%	57%	37%

Fonte: *Servizio Epidemiologia clinica e valutativa - APSS, **Osservatorio Nazionale Screening

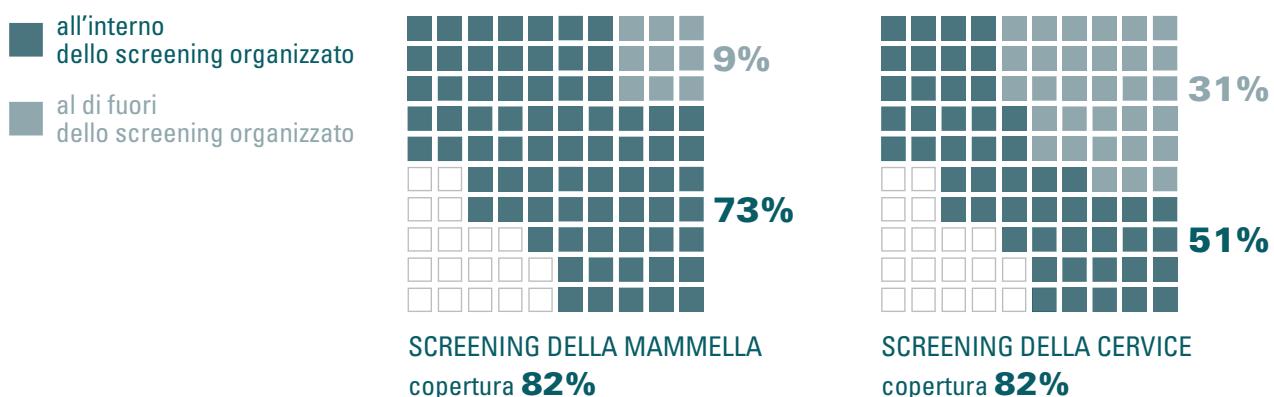
COPERTURA DELLO SCRE- NING DEL COLON- RETTO

Negli anni successivi all'avvio, in cui gli inviti sono stati estesi a tutta la provincia, la copertura mostra una notevole crescita fino ad arrivare al 60% degli ultimi anni, una delle più alte in Italia.



COPERTURA DEGLI SCREENING DELLA CERVICE E DELLA MAMMELLA

La copertura è elevata e pressoché identica per lo screening della mammella e della cervice. Ciò che differisce notevolmente è il tipo di partecipazione. Per lo screening della mammella si tratta quasi interamente di partecipazione all'interno del programma organizzato, mentre per lo screening della cervice il 31% delle donne esegue l'esame del Pap-test al di fuori del programma organizzato, in maniera spontanea.

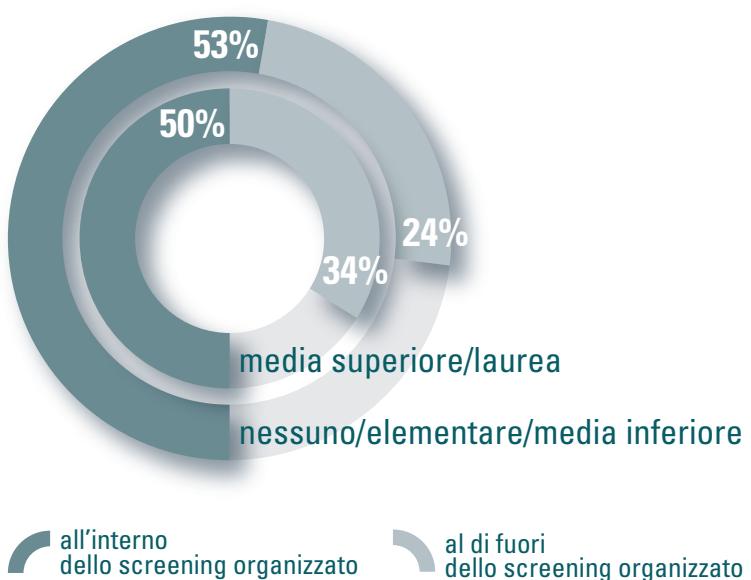


COPERTURA DELLO SCREENING ALLA CERVICE

La partecipazione complessiva allo screening della cervice è omogenea rispetto alle varie caratteristiche delle donne, con l'eccezione del titolo di studio: **hanno una maggior propensione a sottoporsi all'esame le donne con titoli di studio medio/alti.** La differenza è interamente spiegata dalla partecipazione spontanea: la partecipazione spontanea aumenta con i titoli di studio più elevati, lo screening organizzato, invece, cancella le differenze di adesione.

È essenziale per ciascun intervento medico assicurare che i potenziali benefici superino i rischi. Questo è particolarmente vero per gli screening poiché sono rivolti a persone asintomatiche e sane. Per raggiungere questo obiettivo è fondamentale il rispetto dei tempi negli intervalli tra un test e il successivo, perché ripetere il test prima del dovuto non solo non aumenta l'efficacia del programma, ma espone le persone al rischio di diagnosi errate (falsi positivi) e trattamenti talora più dannosi che utili con costi in termini umani (ansia, stress ecc) e per l'organizzazione sanitaria. Per lo screening alla cervice mediante Pap-test l'intervalllo raccomandato tra test negativi successivi è di tre anni, tuttavia la tendenza è di accorciare questo intervallo con la ripetizione anche annuale del test: in Trentino tra le donne che hanno eseguito l'esame negli ultimi tre anni, una ogni 6-7 lo ha fatto senza il rispetto della tempistica corretta.

COPERTURA DELLO SCREENING ALLA CERVICE PER TITOLO DI STUDIO DELLE DONNE



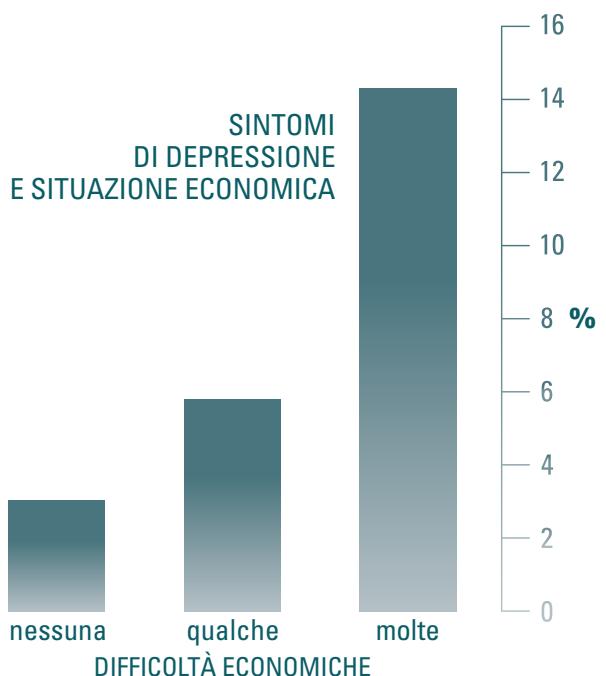
Salute mentale

	Numero assoluto Trentino	Trentino	Trentino Uomini	Trentino Donne	Italia	Italia Uomini	Italia Donne
Prevalenza di persone con sintomi di depressione (2009-2012)**	15.695	4,4%	2,8%	6,0%	7%	5%	9%
% di persone con sintomi di depressione che non ne parla con nessuno (2009-2012)**	5.493	35%	50%	28%	42%	47%	39%
Tasso grezzo di mortalità per suicidio (per 100.000 abitanti, 2008-2012)***	37 decessi/anno	7,2	11,4 29 decessi/anno	2,8 8 decessi/anno	6,8*	11,1*	2,8*
Anni di vita persi per suicidio (2008-2012)***	1.101 all'anno	30 a decesso	28,6 a decesso	34,8 a decesso	—	—	—
Tasso di accesso in pronto soccorso per autolesionismo (per 100.000 abitanti, 2012)****	251	47,8	52,8	43,1	—	—	—

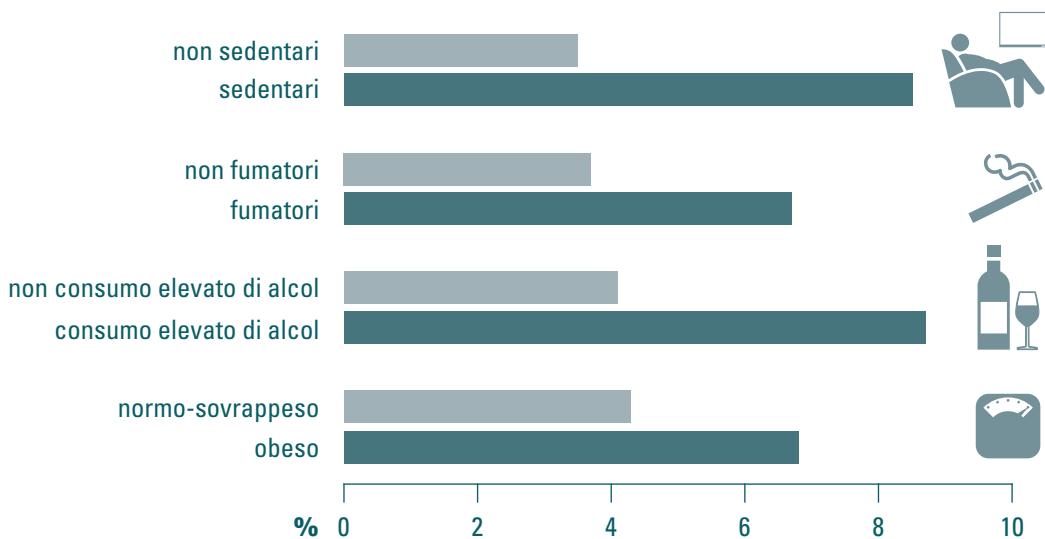
Fonte: *ISTAT, 2011, **PASSI, ***Registro mortalità, ****Pronto Soccorso

Il gradiente sociale e la situazione economica delle persone hanno un forte impatto sull'equilibrio mentale. Povertà, disoccupazione, cattive condizioni di lavoro e scadente formazione scolastica hanno un impatto negativo sul benessere psichico e accrescono enormemente il rischio di problemi di salute mentale. A loro volta i disturbi mentali influenzano il benessere: le persone che ne soffrono hanno meno possibilità di accesso a una buona istruzione, hanno livelli di disoccupazione elevati, i loro stipendi sono bassi, spesso sono socialmente isolate. In altre parole **la salute mentale è sia causa che conseguenza di disuguaglianze sociali**.

In Trentino, tra le persone che dichiarano molte difficoltà economiche la presenza dei sintomi di depressione è circa 5 volte quella che si riscontra tra le persone che non hanno problemi economici.



SINTOMI DI DEPRESSIONE E FATTORI DI RISCHIO



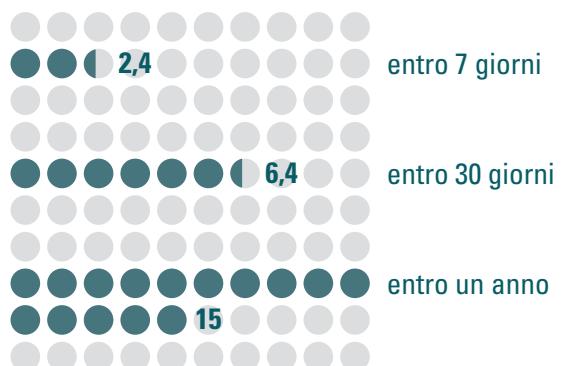
Salute psichica e fisica sono inseparabili. La presenza di disturbi mentali aumenta la possibilità di assumere comportamenti a rischio come: cattiva alimentazione, fumo, consumo di alcol e sostanze, eccesso ponderale e violenza; comportamenti però, che a loro volta, sono fattori di rischio per la salute mentale. Questi comportamenti a rischio, inoltre, sono associati anche a malattie croniche come tumori, malattie cardiovascolari e diabete, malattie che sono, esse stesse, fattori di rischio per i disturbi mentali.

L'OSPEDALIZZAZIONE DI PERSONE CON MALLATTIE MENTALI dovrebbe essere limitata ai soli casi più gravi. In Trentino il tasso di ospedalizzazione è pari a 72 per 100.000 nei minorenni e 392 per 100.000 nei maggiorenri, con tassi più elevati per le donne, indipendentemente dall'età.

Per una buona qualità dell'assistenza è necessario definire percorsi assistenziali integrati tra servizi ospedalieri e territoriali. Indicatori di qualità dell'assistenza e dell'integrazione sono rappresentati dalla percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni, che evidenzia una dimissione anticipata rispetto alle reali esigenze, entro 30 giorni ed entro l'anno che può segnalare una difficile integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali ed evidenziare problematiche di presa in carico dei pazienti da parte dei centri di sa-

lute mentale territoriali. In Trentino gli indicatori di qualità dell'assistenza e dell'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali sono soddisfacenti.

% RICOVERI RIPETUTI PER PATOLOGIE PSICHiatriche IN MAGGIorenNI



I SUICIDI

Nel quinquennio 2008-2012 ci sono stati 184 suicidi di residenti in Trentino, circa 37 all'anno. Si tratta di un evento tipicamente maschile e che provoca mediamente la perdita di circa 30 anni di vita potenziali ancora da vivere. Nel periodo considerato il numero di suicidi è rimasto costante. L'Organizzazione mondiale della sanità fissa come obiettivo al 2020 la riduzione del tasso di suicidio del 10%. Per il Trentino significa ridurre il tasso a 6 per 100.000 abitanti, che si traduce, nell'ipotesi di crescita demografica media, nel mantenimento sui livelli attuali del numero assoluto di decessi per suicidio.

Traumi

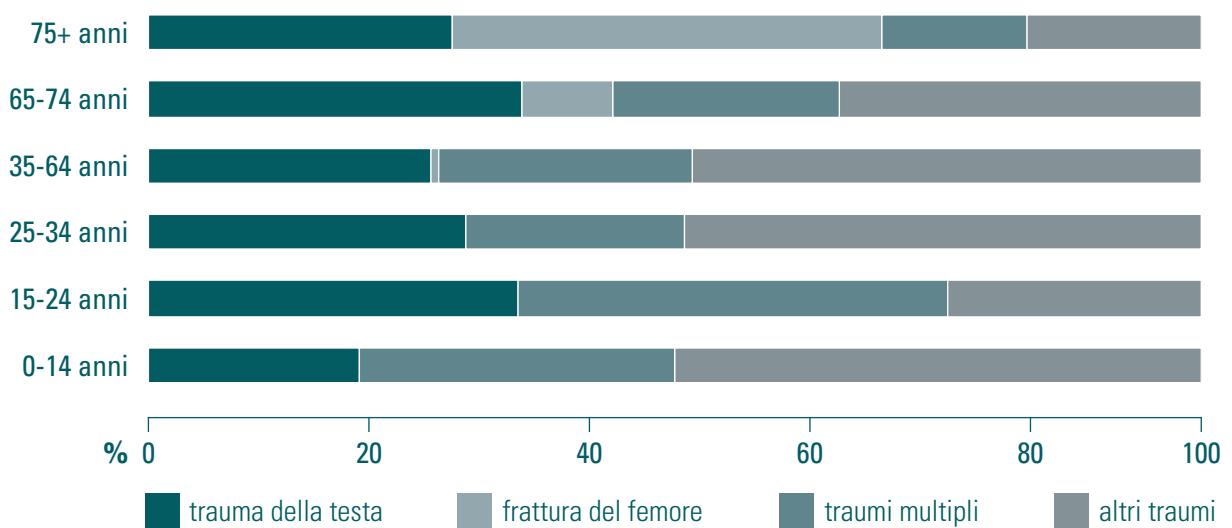
	Numero assoluto Trentino	Trentino	Centro Nord	Centro Sud	Est	Ovest
% decessi per traumi (2012)*	169	3,7%	3,5%	4,8%	3,1%	4,3%
% decessi evitabili per traumi (2012)*	75	44%	—	—	—	—
Anni di vita persi per traumi (2012)*	2.578	34,4 a decesso	—	—	—	—
% accessi in PS per traumi (2012)**	66.212	36%	32%	38%	38%	40%
% ricoveri per traumi (2012)***	7.145	8%	7,5%	8,3%	8,1%	8,2%
Tasso di ricovero per trauma (per 1.000 abitanti - 2012)***	—	13,4	12,8	13,8	13,4	14,3

Fonte: *Registro mortalità, **Pronto Soccorso, ***Ricoveri ospedalieri

Sebbene i traumi siano largamente prevenibili, restano ancora una causa rilevante di ospedalizzazione e di mortalità. In Trentino rientrano nelle prime quattro cause di morte, in particolare per gli uomini, e diventano la prima per i giovani tra i

15 e i 34 anni. Per la popolazione giovane si tratta soprattutto di traumi multipli, nella maggior parte dei casi in seguito a incidente stradale, per la popolazione più anziana il decesso è legato alla frattura del femore in seguito a caduta.

DECESI PER TIPO DI TRAUMA E ETÀ (2008-2012)



ACCESSI PER TRAUMA IN PRONTO SOCCORSO PER TIPO DI INCIDENTE



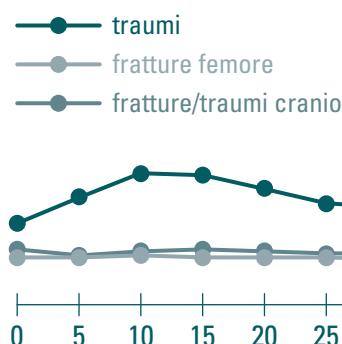
Per i bambini si tratta maggiormente di incidenti domestici e scolastici, per i ragazzi di incidenti sportivi e stradali.

Nei giovani adulti sono soprattutto incidenti stradali e infortuni sul lavoro, che diventano il principale motivo di trauma per gli adulti.

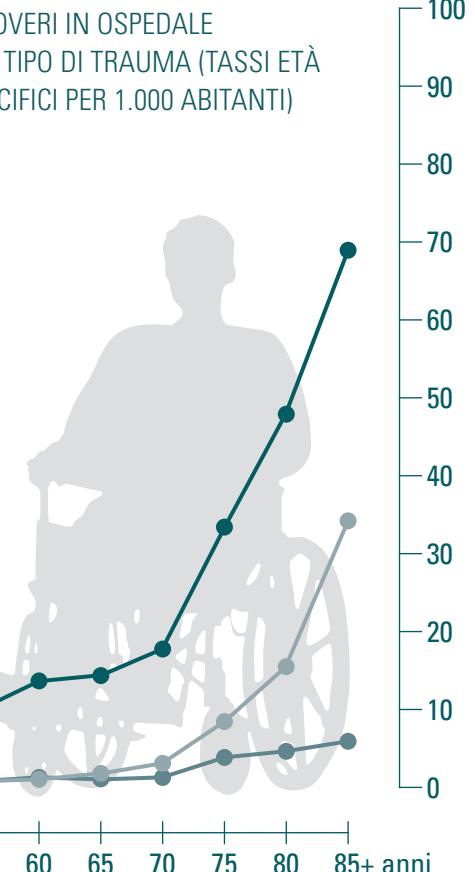
Gli incidenti domestici tornano a diventare la prima causa di trauma negli anziani.

Nel corso del 2012 i traumi hanno causato ai trentini 7.145 ricoveri (l'8% di tutti i ricoveri) per un totale di 68.000 giornate di degenze e 2.300 accessi in day hospital. **I ricoveri riguardano soprattutto le persone più anziane: si tratta spesso di frattura del femore in seguito a incidente domestico.**

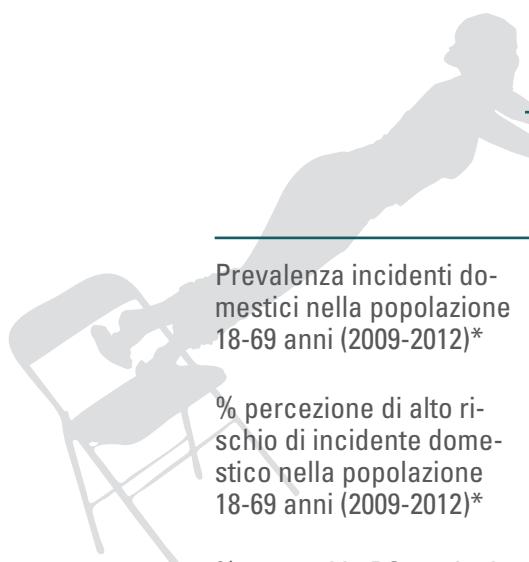
Rispetto ai bassi livelli di ospedalizzazione nelle età più giovani, si osserva un aumento dei ricoveri tra i 10 e i 20 anni, in parte legato agli incidenti stradali. Nelle età centrali i tassi di ospedalizzazione sono contenuti e i ricoveri sono dovuti a una combinazione di incidenti stradali, domestici e sul lavoro.



RICOVERI IN OSPEDALE
PER TIPO DI TRAUMA (TASSI ETÀ
SPECIFICI PER 1.000 ABITANTI)



Incidenti domestici



	Numero assoluto Trentino	Trentino	Trentino uomini	Trentino donne	Italia	Italia uomini	Italia donne
Prevalenza incidenti domestici nella popolazione 18-69 anni (2009-2012)*	14.269	4%	4%	5%	4%	3%	4%
% percezione di alto rischio di incidente domestico nella popolazione 18-69 anni (2009-2012)*	—	4%	2%	6%	6%	5%	8%
% accessi in PS per incidente domestico (2012)**	9.725	15%	12%	19%	—	—	—

Fonte: *PASSI, **Pronto Soccorso

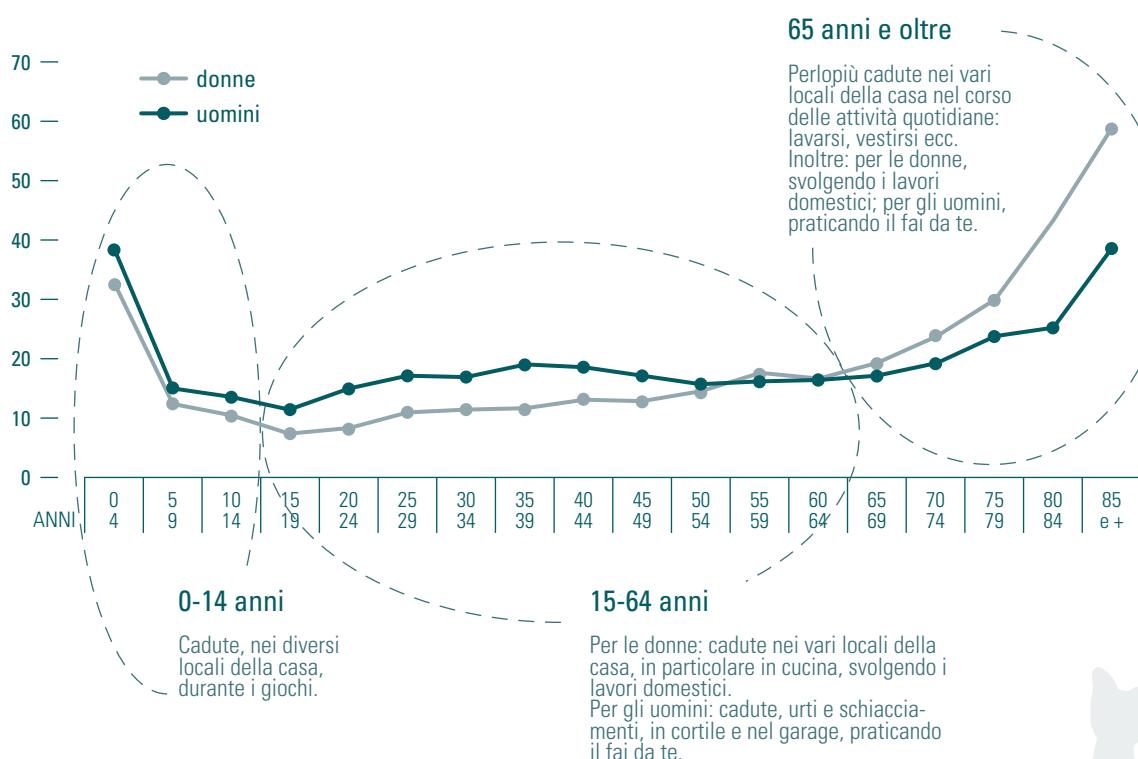
Un buon livello di **CONSAPEVOLEZZA DEL RISCHIO** è la condizione necessaria per mettere efficacemente in atto misure per la riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali. Tuttavia, sebbene gli incidenti domestici siano un fenomeno molto ampio che, in termini di esposizione, riguardano tutta la popolazione, **la percezione del rischio di subire un infortunio in ambito domestico non è per niente diffusa**, essendo la casa ritenuta generalmente un luogo sicuro. Solo il 4% della popolazione adulta trentina ritiene alta o molto alta la probabilità della propria famiglia di avere un infortunio domestico, anche per i nuclei familiari con presenza di bambini e/o di anziani, persone potenzialmente più a rischio.

La scarsa consapevolezza del rischio di infortunio domestico è più alta in Trentino rispetto alla media nazionale.

CONSAPEVOLEZZA DEL RISCHIO DI INFORTUNIO DOMESTICO



TASSO DI ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO PER INCIDENTE DOMESTICO IN RESIDENTI IN TRENTO (PER 1.000 ABITANTI). LUOGO, DINAMICA E TIPO DI ATTIVITÀ SVOLTA



Gli accessi in pronto soccorso per incidenti domestici sono circa 10.000 all'anno, rappresentano il principale motivo di accesso legato a eventi traumatici. Il numero assoluto di accessi è equamente suddiviso tra uomini e donne, con differenze legate alle età. Il fenomeno riguarda soprattutto i bambini e gli anziani. Per le età più giovani non ci sono particolari differenze tra bambini e bambine, né in termini numerici, né nella dinamica dell'incidente: sono principalmente cadute nei diversi locali della casa mentre il bambino sta giocando. Nell'età adulta c'è un eccesso di incidenti da parte degli uomini, cadute, urti e schiacciamenti che accadono in cortile e nel garage nel praticare il fai da te; per le donne, invece, si tratta di cadute nei vari locali della casa, in particolare in cucina, nel fare le faccende domestiche. La differenza in termini numerici si annulla tra i 50 e i 60 anni per poi ripresentarsi nelle età più anziane a sfavore però delle donne che presentano tassi più che doppi degli uomini e accessi tripli in termini assoluti: per entrambi i generi si tratta di cadute che avvengono nei vari locali della casa facendo le attività della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi ecc), a cui vanno aggiunti gli incidenti, per le donne, facendo le attività domestiche e per gli uomini il fai da te.

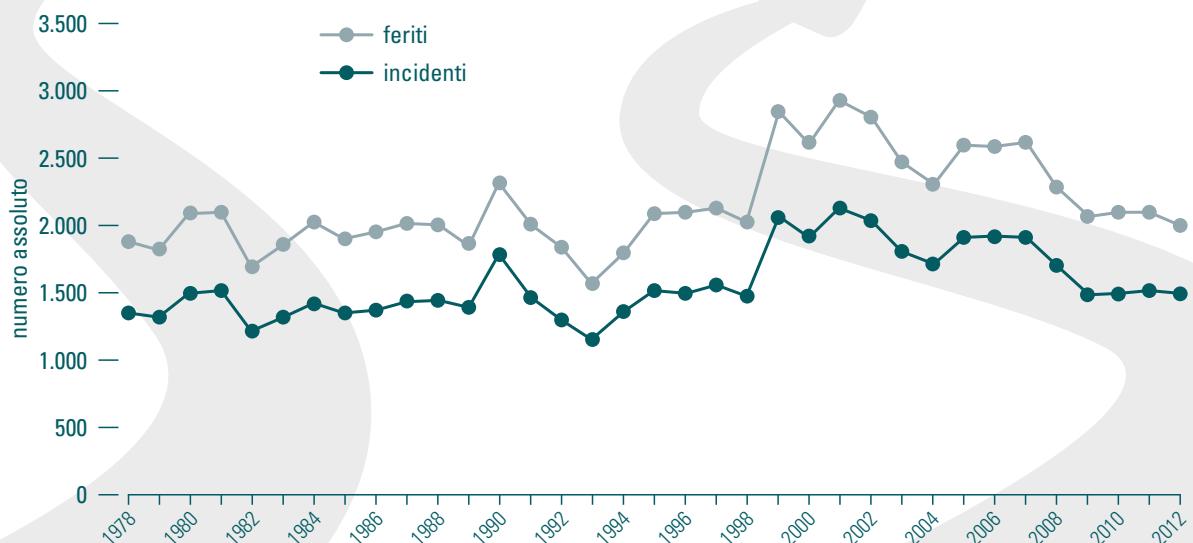


Incidenti stradali

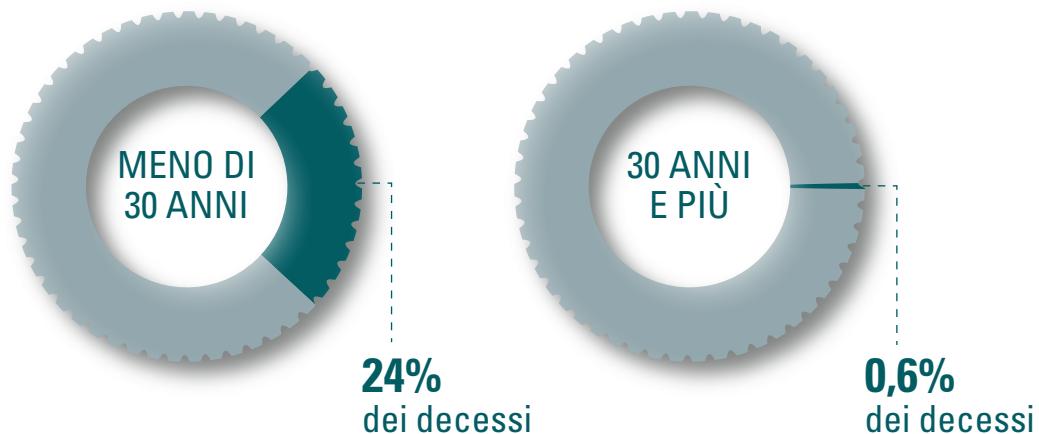
	Numero assoluto Trentino	Trentino	Trentino meno di 30 anni	Trentino 30 anni e più	Italia	Italia meno di 30 anni	Italia 30 anni e più
Decessi per incidente stradale (2008-2012)**	190	38 decessi/anno	11 decessi/anno	27 decessi/anno	4.252*	1.047*	3.205*
Tasso di mortalità per incidente stradale (per 10.000 persone - 2008-2012)**	190	0,73	0,66	0,76	0,72*	0,60*	0,77*
% accessi in PS per incidente stradale (2012)***	4.784	2,6%	2,9%	2,5%	—	—	—
% ricoveri per incidente stradale sui ricoveri per trauma (2012)****	412	6%	10%	5%	7%	—	—
% uso della cintura anteriore (2009-2012)*****	—	93%	93%	93%	84%	82%	84%
% uso della cintura posteriore (2009-2012)*****	—	40%	39%	40%	19%	15%	21%
% uso del casco (2009-2012)*****	—	97%	96%	97%	95%	93%	96%
% uso dei seggiolini per bambini (2011-2013)*****	—	86%	—	—	77%	—	—

Fonte: *ISTAT, 2011, **Registro mortalità, ***Pronto Soccorso, ****Ricoveri ospedalieri, *****PASSI

INCIDENTI STRADALI SUL TERRITORIO PROVINCIALE: NUMERO DI INCIDENTI E FERITI



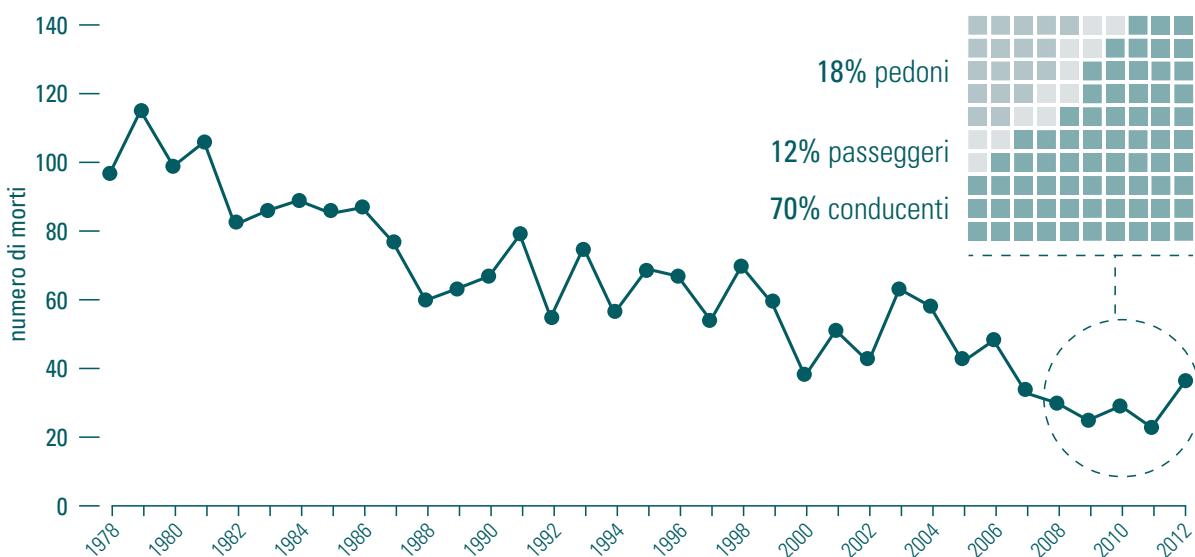
PERCENTUALE DEI DECESSI PER INCIDENTE STRADALE IN RESIDENTI TRENINTI



Rapportati alla numerosità della popolazione, i decessi per incidenti stradali avvengono in ugual misura alle differenti età. Però, poiché nella popolazione giovane la mortalità per le diverse cause è assai ridotta, gli incidenti stradali diventano una delle principali cause di morte per questa fetta di popolazione; al contrario nella popolazione adulta e anziana gli incidenti stradali si relativizzano dato un numero ben più elevato di decessi dovuti ad altre cause. Se oltre i 30 anni la mortalità per incidente stradale rappresenta lo 0,6% dell'intera mortalità, tale proporzione sale vertiginosamente nelle età inferiori, tanto da diventare il 24%. **L'impatto è altrettanto evidente nel calcolo degli anni di vita persi per singolo decesso (sull'intera popolazione mediamente 34 anni): 62 anni per chi muore entro i 30 anni e 23 anni per gli ultra 29enni.**



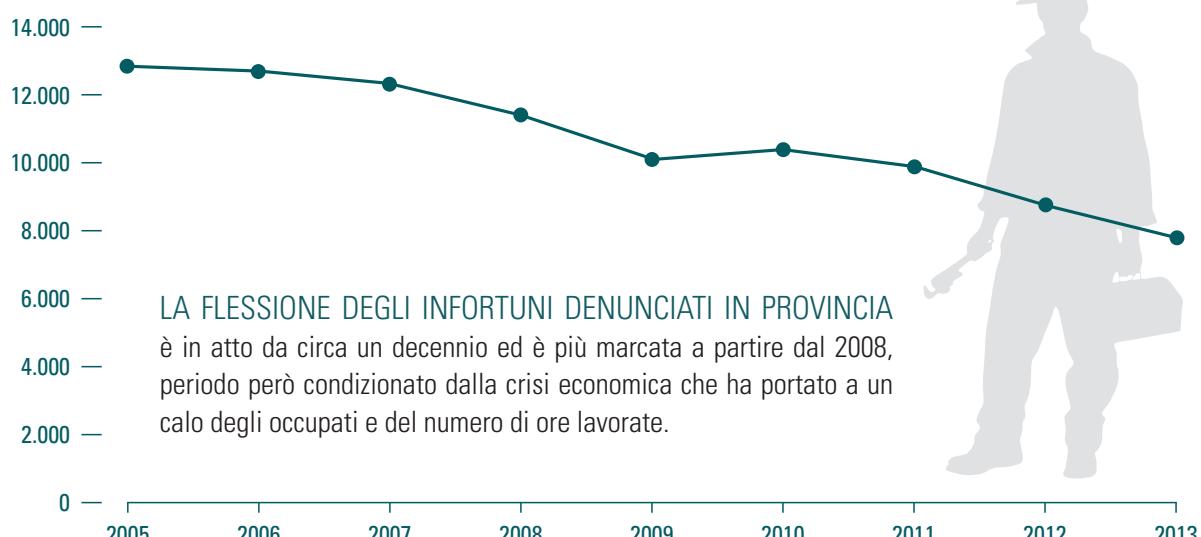
INCIDENTI STRADALI SUL TERRITORIO PROVINCIALE: NUMERO DI MORTI IN INCIDENTI STRADALI



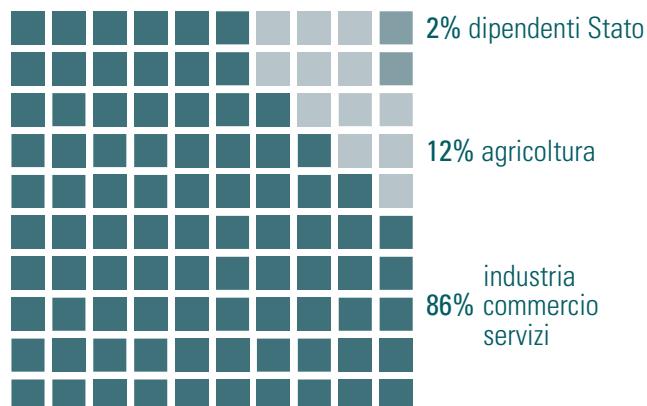
Infortuni sul lavoro

	Trentino	Trentino italiani	Trentino stranieri	Italia	Italia italiani	Italia stranieri
Infortuni sul lavoro (2013)*	7.776	6.135	1.641	605.484	551.109	94.375
Infortuni sul lavoro mortali (2013)*	6	4	2	719	604	115
Accessi in PS per infortuni sul lavoro (2012)**	6.842	5.716	1.126	—	—	—
Ricoveri per infortunio sul lavoro (2012)***	252	216	36	—	—	—

Fonte: *INAIL, **Pronto Soccorso, ***Ricoveri ospedalieri

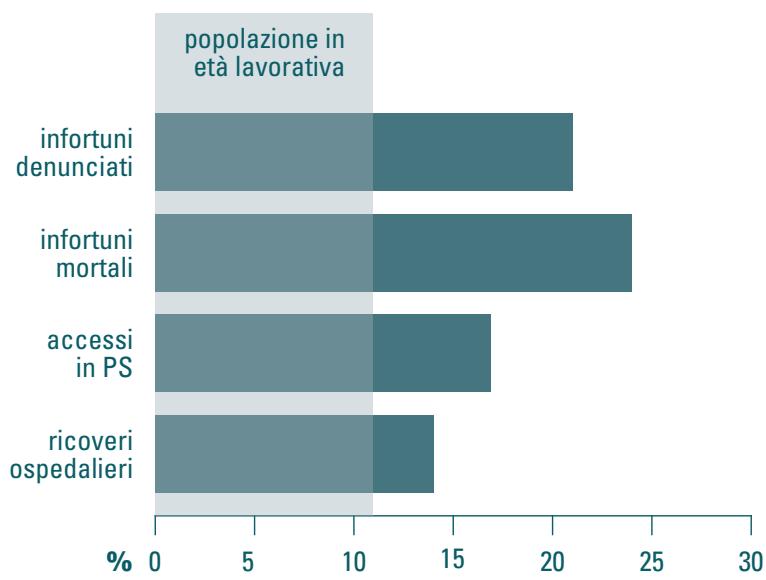


INFORTUNI DENUNCIATI
IN PROVINCIA DI TRENTO

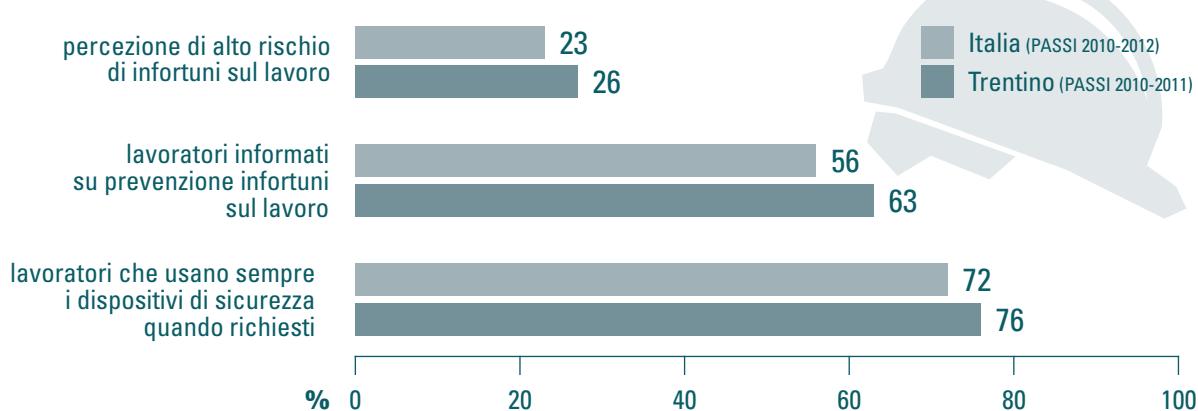




I dati degli infortuni sul lavoro mostrano una situazione sfavorevole per i **CITTADINI STRANIERI**, specchio di una situazione occupazionale altrettanto sfavorevole (occupati principalmente in lavori con mansioni manuali, scarse opportunità di attività impiegatizie o di impiego pubblico, alti livelli di sottoinquadramento). A fronte di un 11% di presenza straniera in età lavorativa nella popolazione trentina, riguardano gli stranieri il 20% degli infortuni denunciati, addirittura il 25% degli infortuni mortali (per il periodo 2009-2013), il 17% degli accessi in pronto soccorso e il 14% dei ricoveri per trauma in seguito a incidente sul lavoro.



Un'elevata **CONSAPEVOLEZZA DEL RISCHIO** e un'adeguata gestione del rischio sono requisiti fondamentali per ridurre il numero di infortuni sul lavoro.

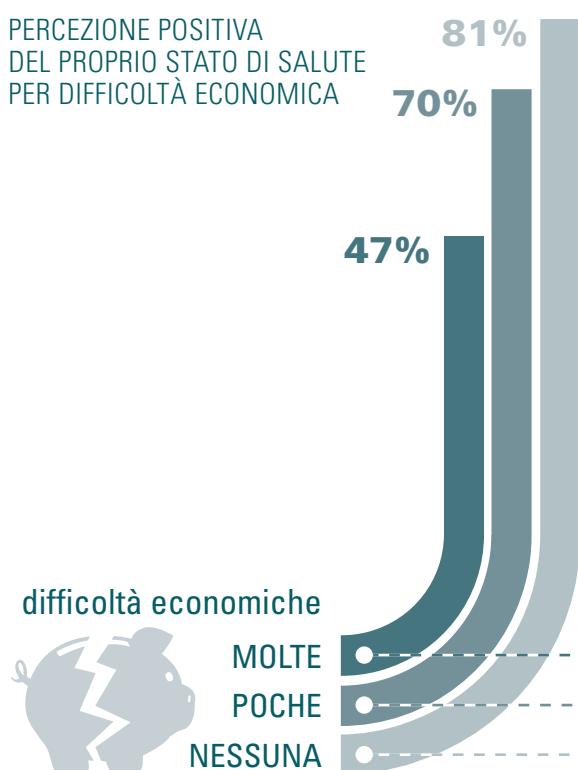


Aspettativa e qualità della vita

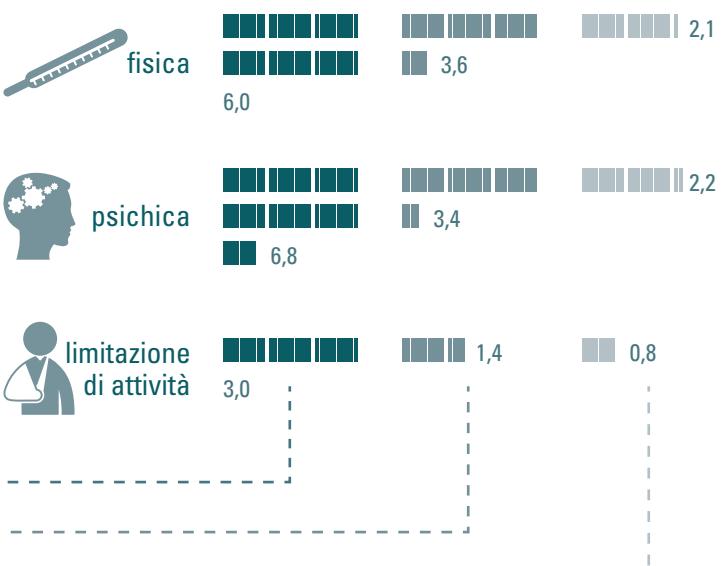
	Trentino	Trentino uomini	Trentino donne	Italia	Italia uomini	Italia donne
Speranza di vita alla nascita (2012)*	—	80,7 anni	85,9 anni	—	79,6 anni	84,4 anni
Speranza di vita a 75 anni (2012)*	—	11,8 anni	14,4 anni	—	11,0 anni	13,5 anni
% persone 18-69 anni che giudica buono il proprio stato di salute (2009-2012)**	76%	78%	74%	68%	72%	64%
% persone 18-69 anni in buona salute fisica (2009-2012)**	61%	68%	53%	64%	70%	58%
% persone 18-69 anni in buona salute psicologica (2009-2012)**	67%	75%	59%	70%	77%	64%
% persone 18-69 anni senza limitazioni delle attività abituali (2009-2012)**	84%	87%	82%	83%	86%	81%

Fonte: *ISTAT, **PASSI

PERCEZIONE POSITIVA
DEL PROPRIO STATO DI SALUTE
PER DIFFICOLTÀ ECONOMICA



GIORNI IN CATTIVA SALUTE NEGLI ULTIMI 30 GIORNI



PERCEZIONE POSITIVA DELLA PROPRIA SALUTE

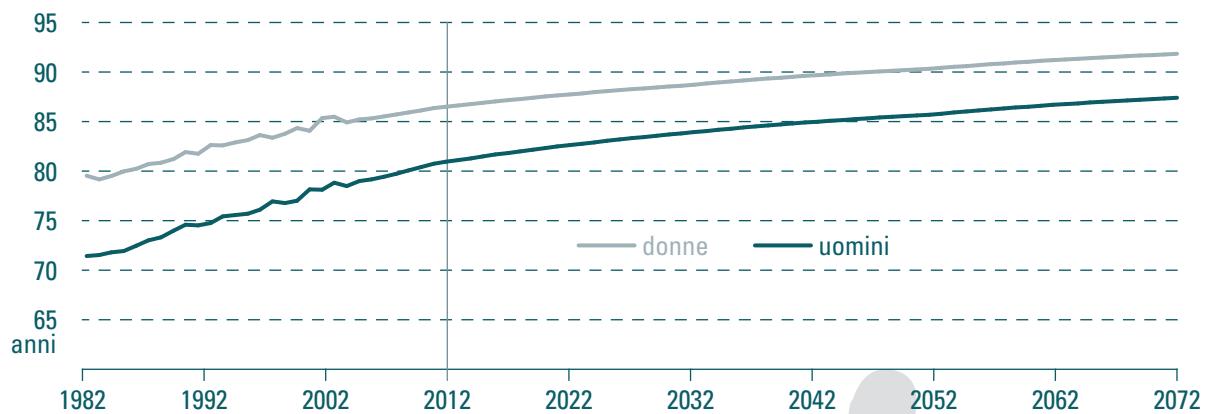
Il Trentino con il 76% di persone che percepiscono positivamente il proprio stato di salute, è una delle situazioni migliori d'Italia.

La percezione del proprio benessere peggiora con l'aumentare dell'età, tra le persone con almeno una patologia cronica e tra le persone con problemi economici.

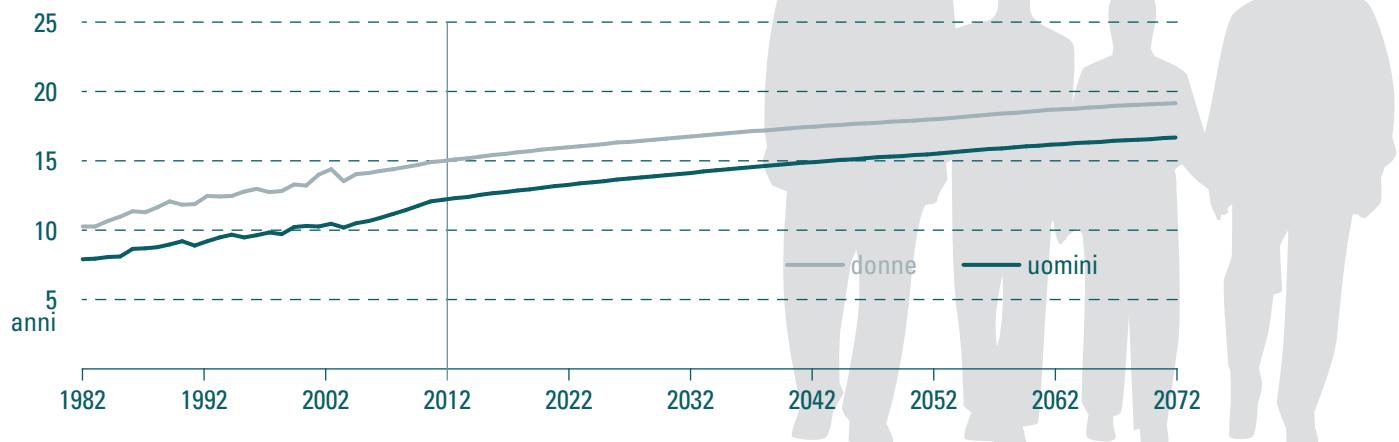


La **SPERANZA DI VITA** (ossia il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere) è progressivamente aumentata, non solo alla nascita, ma anche alle età più anziane, tendenza che proseguirà anche in futuro. È fondamentale che questi guadagni in longevità avvengano in buone condizioni di salute.

SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA



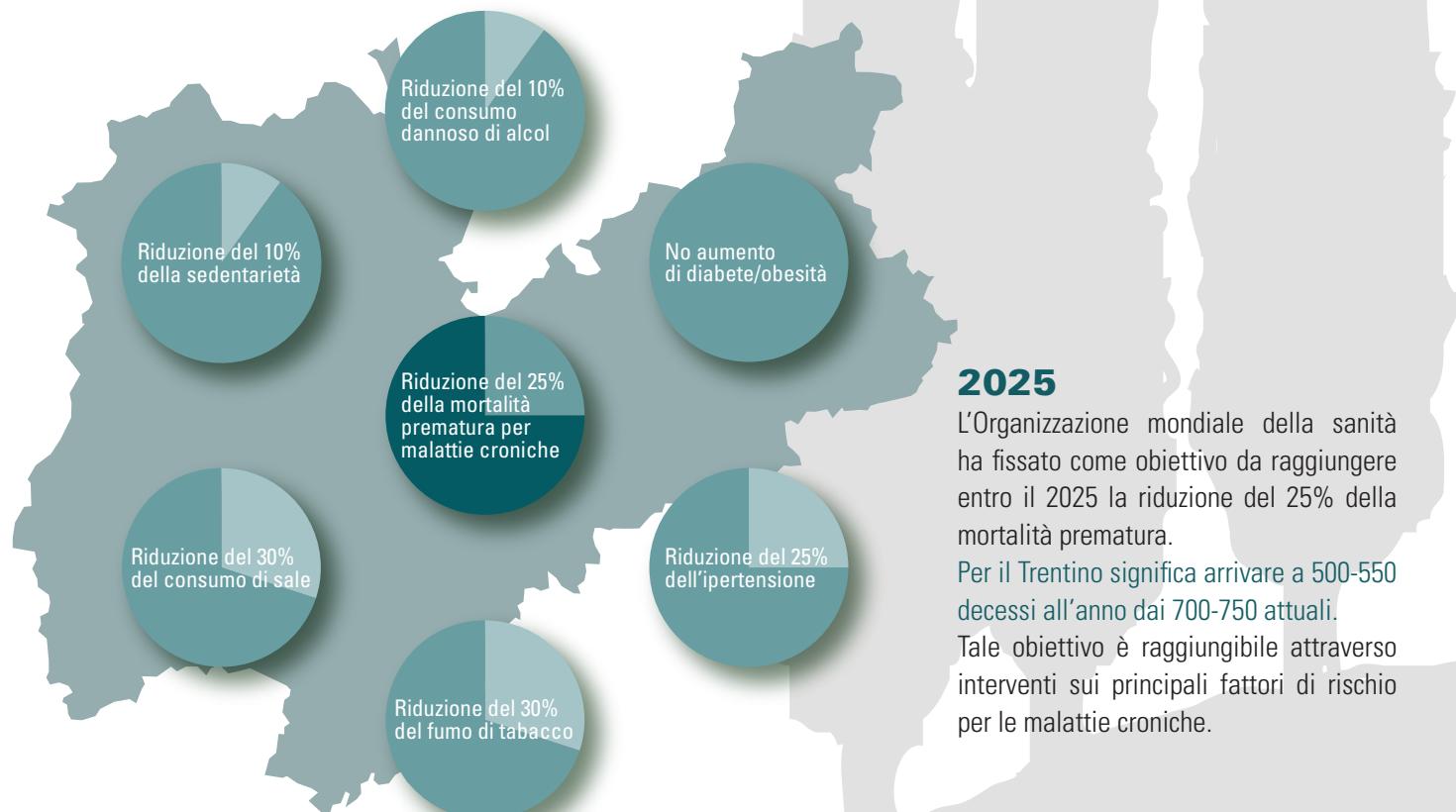
SPERANZA DI VITA A 75 ANNI



Mortalità

	Numero assoluto Trentino	Trentino	Centro Nord	Centro Sud	Est	Ovest	Italia*
Tasso mortalità (2012)	4.666 morti	8,8%	8,4%	9,1%	9,0%	8,8%	9,9%
% decessi per m.cardiovascolari (2012)	1.669	36%	36%	35%	40%	36%	38%
% decessi per tumori (2012)	1.458	32%	31%	32%	31%	34%	30%
% decessi per m.respiratorie (2012)	320	7%	8%	7%	7%	7%	7%
% decessi per diabete (2012)	122	2,7%	—	—	—	—	3,6%
% decessi per cause evitabili (2012)	736	16%	16%	16%	17%	15%	—
Anni di vita persi per mortalità evitabile (2012)	17.760	21,4 a decesso	24,4 a decesso	23,7 a decesso	24,0 a decesso	24,9 a decesso	—

Fonte: Registro mortalità, * ISTAT, 2011



2025

L'Organizzazione mondiale della sanità ha fissato come obiettivo da raggiungere entro il 2025 la riduzione del 25% della mortalità prematura.

Per il Trentino significa arrivare a 500-550 decessi all'anno dai 700-750 attuali.

Tale obiettivo è raggiungibile attraverso interventi sui principali fattori di rischio per le malattie croniche.

La mortalità precoce (entro i 74 anni) è da considerarsi evitabile quando dovuta a fattori modificabili: stili di vita, adesione a interventi di prevenzione come screening e vaccinazioni, qualità e efficacia dell'assistenza sanitaria.

È quindi evitabile la mortalità per quelle cause alle quali è associato un rischio di morte che può essere ridotto o azzerato raggiungendo buoni livelli qualitativi di intervento pubblico sulla salute, dalla prevenzione alla cura e riabilitazione.

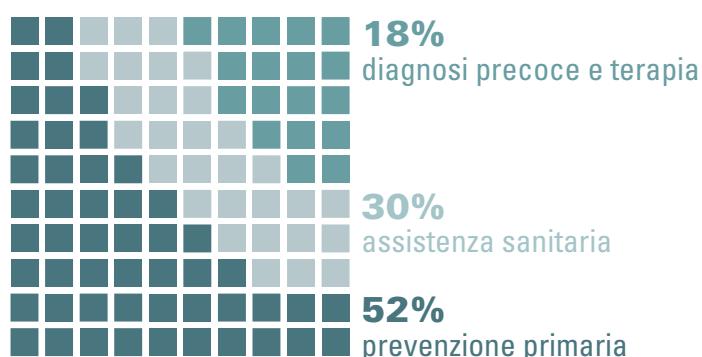
Nel 2012 i decessi evitabili nei residenti in provincia di Trento sono stati 736, che rappresentano il 16% dei decessi per tutte le cause e il 63% dei decessi per tutte le cause entro i 75 anni.

A causa di questi decessi sono andati perduti 17.760 anni di vita, 21,4 anni a singolo decesso.

La mortalità evitabile riguarda soprattutto gli uomini per i quali i decessi evitabili sono oltre il doppio di quelli delle donne (497 vs. 239).

Una prevenzione primaria più attenta potrebbe permettere una riduzione significativa della mortalità per alcune cause evitabili come il tumore dei pol-

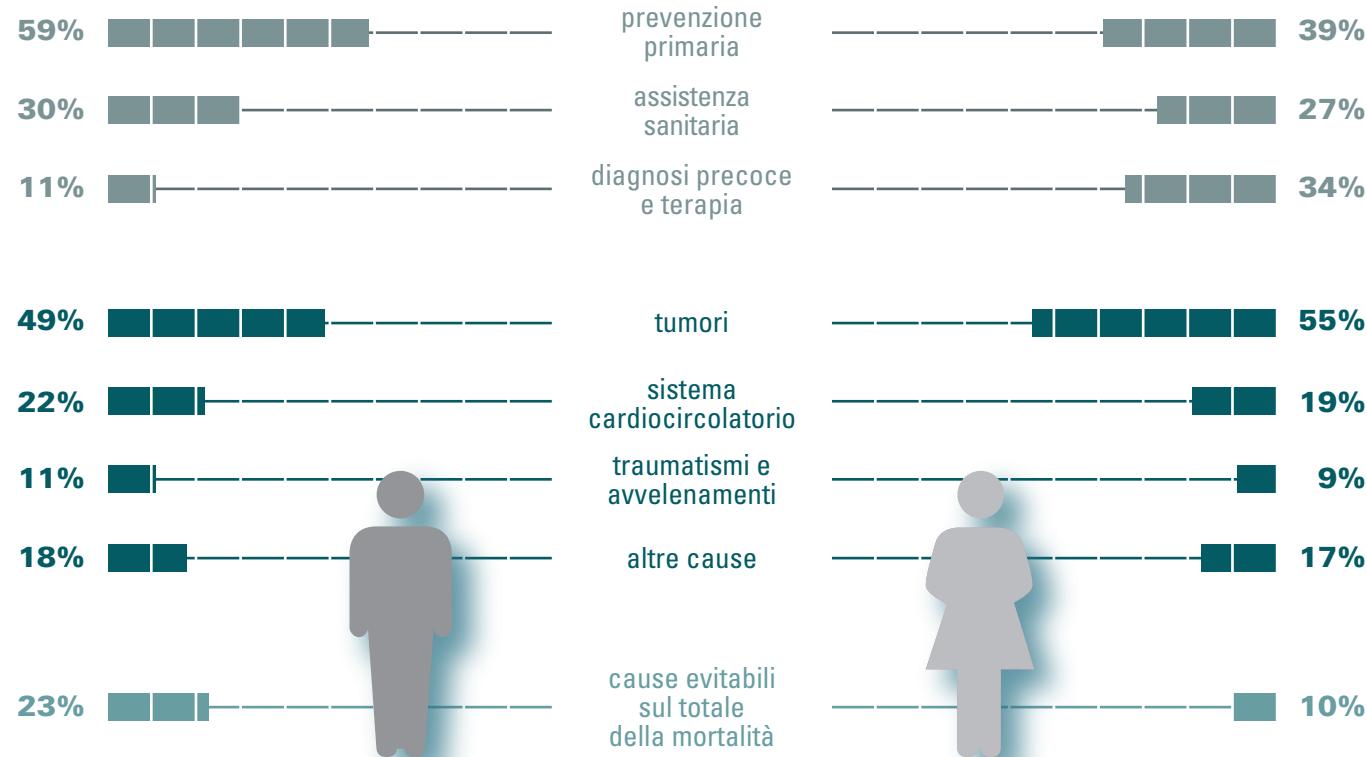
MORTALITÀ EVITABILE PER AREA DI INTERVENTO PREVALENTE



moni che rappresenta il 16% della mortalità evitabile, le malattie ischemiche del cuore (il 14%) e le morti violenti (il 10%) tra cui gli incidenti stradali prima causa di morte in età giovane-adulta.

Il 18% dei decessi evitabili è dovuto a cause evitabili con la diagnosi precoce e la terapia, mentre il restante 30% è dovuto a cause riconducibili all'assistenza sanitaria.

MORTALITÀ EVITABILE PER AREA DI INTERVENTO PRINCIPALE E PER GRUPPI DI CAUSE



Riassunto dei risultati principali

Il Trentino in buona salute

Lo stato di salute della popolazione del Trentino è complessivamente buono e i determinanti socio-economici della salute risultano uno dei molti punti di forza del Trentino: rispetto alla media italiana in Trentino ci sono meno problemi sociali, più lavoro, il reddito è maggiore e distribuito in maniera più equa, la qualità dell'istruzione è buona, l'ambiente naturale è una risorsa per la salute e il sistema sanitario è valido. I tassi di mortalità sono molto bassi da almeno un ventennio e l'aspettativa di vita si è allungata progressivamente nel corso del tempo. La grande maggioranza dei trentini afferma di sentirsi bene o molto bene, non fuma, non beve affatto, o solo raramente, bevande alcoliche. La quasi totalità dei trentini ha un comportamento responsabile alla guida di automobili e moto, non bevendo più di due bicchieri nell'ora prima di mettersi alla guida e mettendosi sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori o il casco. L'uso della cintura posteriore è meno frequente tuttavia, quattro persone ogni dieci dichiarano di usarla sempre. Quasi tutti gli intervistati mangiano quotidianamente almeno una porzione di frutta e verdura e la maggioranza della popolazione è normopeso e fisicamente attiva (almeno parzialmente).

Le problematiche principali

Sarebbe comunque un errore ritenere che non ci siano problemi. Si registra anche in Trentino una crescente disoccupazione (soprattutto giovanile), permane la disuguaglianza di genere nell'occupazione, il lavoro a termine e i contratti atipici stanno aumentando, il 6-10% della popolazione ha molte difficoltà economiche. Rimane una minoranza di popolazione, consistente e stabile nel tempo, che presenta uno stile di vita rischioso per la salute. Una persona su quattro non è ancora riuscita a smettere di fumare o consuma alcol in maniera nociva alla salute. Una piccola minoranza mette a

rischio la propria vita (e quella degli altri) guidando anche sotto l'effetto dell'alcol, oppure senza allacciare le cinture (soprattutto sui sedili posteriori); oltre una persona su tre è in sovrappeso, solo una su sei mangia le 5 porzioni di frutta e verdura come raccomandato e ancora una su sei conduce uno stile di vita sedentario, non raramente in maniera inconsapevole. Per molti di questi fattori di rischio si evidenzia inoltre un gradiente socio-economico che vede penalizzati i ceti meno abbienti o meno istruiti ponendo anche un problema di equità e di giustizia sociale. Questi fattori aumentano significativamente il rischio di ammalarsi di malattie cardiovascolari, di tumori e di altre malattie croniche o di morire per un incidente, a loro volta alla base della maggioranza dei decessi evitabili che si verificano ogni anno in Trentino (700 decessi/anno entro i 75 anni di età)

L'attività di promozione di sani stili di vita degli operatori sanitari

L'attenzione degli operatori sanitari nei confronti degli stili di vita adottati dai propri assistiti/pazienti è ancora limitata e non cresce nel tempo: solo la metà dei fumatori riceve il consiglio di smettere di fumare; a solo la metà delle persone in eccesso ponderale viene suggerito di perdere peso; ancora meno persone (un terzo) ricevono il consiglio di praticare attività fisica e quasi nessuno tra chi consuma alcol a livelli considerati a maggior rischio riceve il consiglio di bere meno.

I confronti nel tempo

Il trend temporale dei principali indicatori degli stili di vita e dei fattori di rischio non mostra cambiamenti significativi. Questo è da considerare una buona notizia per alcuni comportamenti per cui sono stati raggiunti valori dell'indicatore talmente elevati che un cambiamento significherebbe necessariamente un peggioramento (rispetto della legge di divieto del fumo, cinture di sicurezza anteriori e casco, estensione degli screening). Questo non è però vero per altri aspetti per i quali sarebbe auspicabile un miglioramento che stenta a verificarsi (nessuna riduzione della percentuale di fumatori, di consumatori ad alto rischio di alcol, nessun aumento dell'uso delle cinture posteriori ecc.). Per alcuni comportamenti, infine, anche l'assenza di un trend all'aumento può essere giudicato parzialmente positivo, come ad esempio l'assenza dell'aumento

della popolazione in eccesso ponderale, in controtendenza rispetto a quanto si osserva in altri paesi in cui l'epidemia di obesità non tende a fermarsi.

I confronti geografici

Non si rilevano differenze significative tra i diversi distretti sanitari. Rispetto alle altre regioni italiane la popolazione trentina vive più a lungo, si sente meglio e conduce una vita più attiva e salutare, fatta eccezione per il consumo di alcol a maggior rischio più diffuso in Trentino che nel resto d'Italia.

Spunti per l'azione

Obiettivo a lungo termine è l'allungamento dell'aspettativa di vita in buona salute e la riduzione della mortalità evitabile. È dunque fondamentale

promuovere in questo contesto la salute continuando a sostenere la maggioranza della popolazione nelle sue scelte salutari cercando di renderle ancora più facili. Questo approccio, delineato anche nel programma ministeriale "Guadagnare Salute", potrà inoltre facilitare modifiche nel comportamento in chi ancora presenta uno stile di vita rischioso per la salute. Nel contempo occorre rafforzare le campagne indirizzate ai gruppi a rischio più elevato ponendo particolare attenzione ai determinanti sociali (istruzione, stabilità lavorativa e di reddito) e alla riduzione delle diseguaglianze sociali presenti sul territorio trentino. Attività da affrontare in maniera intersetoriale e partecipata, coinvolgendo la società nel suo insieme attraverso l'approccio della salute in tutte le politiche.

Tabella riassuntiva dei problemi emersi dal profilo

Ambito	Problematica	Argomento
Ambiente	Livello di emissioni di CO2	Riscaldamento globale
	Traffico autoveicolare	Inquinamento atmosferico Sedentarietà
Popolazione	Invecchiamento della popolazione	Sostegno a sottogruppi di popolazioni con bisogni particolari
Lavoro e situazione economica	Disoccupazione (giovanile) in aumento	Occupazione
	Svantaggio delle donne nell'occupazione	Diseguaglianza di genere Diritti delle donne
	Svantaggio delle donne nella disponibilità economica	Diseguaglianza di genere Diritti delle donne
Istruzione	Persone con basso grado di istruzione	Sostegno a sottogruppi di popolazioni con bisogni particolari
	Prevalenza di giovani con diploma universitario lontana dagli obiettivi europei	Promozione dell'istruzione superiore
	Prevalenza neet in aumento	Promozione dell'istruzione superiore Sostegno a sottogruppi di popolazioni con bisogni particolari
Attività fisica	Scarsa consapevolezza del rischio e scarsa qualità dell'autopercezione del livello di attività fisica	Stili di vita
	Consigli dei medici poco frequenti	Stili di vita
	Prevalenza di sedentarietà più elevate tra le persone con difficoltà economiche e tra le persone con livelli di istruzione bassi	Diseguaglianza sociale nella salute

Ambito	Problematica	Argomento
Stato nutrizionale e alimentazione	Scarsa qualità dell'autopercezione del sovrappeso	Stili di vita
	Consigli dei medici poco frequenti prima dell'istaurarsi dell'obesità	Stili di vita
	Prevalenza di eccesso ponderale più elevate tra le persone con livelli di istruzione bassi	Disuguaglianza sociale nella salute
	Scarso consumo delle 5 porzioni giornaliere di frutta e verdura	Stili di vita
	Scarsità di interventi di sanità pubblica sul contesto di vita e di lavoro obesogenico	Salute in tutte le politiche
Fumo	Percentuale di fumatori stabile nel tempo	Stili di vita
	Consigli dei medici poco frequenti	Stili di vita
	Prevalenza di fumatori più elevate tra le persone con difficoltà economiche	Disuguaglianza sociale nella salute
Alcol	Elevata percentuale di bevitori a rischio	Stili di vita
	Elevata percentuale di bevitori a rischio nei giovani	Stili di vita in particolari sottogruppi della popolazione
Salute mentale	Persone con sintomi di depressione non si rivolgono a nessuno per aiuto	Stigma sociale
	Prevalenza di sintomi di depressione più elevata tra le persone con problemi economici	Disuguaglianza sociale nella salute
	Prevalenza di persone con sintomi di depressione più elevata in persone con fattori di rischio per la salute	Stili di vita
Incidenti domestici	Scarsa percezione del rischio	Prevenzione traumi e ferite
Incidenti stradali	Scarso uso delle cinture posteriori	Prevenzione traumi e ferite
	Pochi controlli con etilotest	Prevenzione traumi e ferite
Infortuni sul lavoro	Lavoratori immigrati spesso vittime di infortuni	Prevenzione traumi e ferite Disuguaglianza sociale nella salute
Aspettativa e qualità della vita	Prevalenza di percezione negativa dello stato di salute psico-fisico più elevata tra le donne	Disuguaglianza di genere nella salute
	Prevalenza di percezione negativa dello stato di salute psico-fisico più elevata tra le persone con problemi economici	Disuguaglianza sociale nella salute
Mortalità	Mortalità evitabile da interventi di prevenzione e di maggiore qualità assistenziale	Prevenzione e qualità dell'assistenza
	Mortalità evitabile più elevata negli uomini	Disuguaglianza di genere nella salute

Profilo di salute della provincia di Trento

Aggiornamento 2014

A cura dell'Osservatorio per la salute,
Dipartimento Salute e Solidarietà Sociale,
Provincia autonoma di Trento

L'Osservatorio per la salute è composto da:
Laura Battisti, Elena Contrini, Pirous Fateh-Moghadam, Laura Ferrari, Maria Grazia Zuccali

Si ringraziano le operatrici e gli operatori di servizi, istituzioni ed enti che,
attraverso la raccolta, l'archiviazione e l'elaborazione dei dati, hanno contribuito
a rendere possibile la stesura di questo Profilo di salute.

Un ringraziamento particolare per la collaborazione va a tutti i cittadini
intervistati nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI.

Maggiori informazioni possono essere richieste a:
Osservatorio per la salute,
Dipartimento Salute e Solidarietà Sociale
Via Gilli 4, 38121 Trento
dip.salute@provincia.tn.it
telefono 0461.494171
<http://www.trentinosalute.net>