



# PROFILI DI SALUTE 2023

## PROGETTO "ANCHISE"

ARSOLI – CAMERATA NUOVA – CERVARA DI ROMA – JENNE – SUBIACO - VALLEPIETRA



---

**Profili di salute 2023 Progetto Anchise**  
**Prima edizione - Stampa Ottobre 2023**

**A cura del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica,  
Dipartimento di Prevenzione, ASL Roma 5.**

**Fonte Immagini Pexels.com**



**La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattie o infermità.**

**Il godimento del più alto livello di salute raggiungibile è un diritto fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizione economica o sociale.**

**La salute di tutti i popoli è fondamentale per il raggiungimento della pace e della sicurezza e dipende dalla massima cooperazione degli individui e degli Stati.**

**I risultati ottenuti da qualsiasi Stato nella promozione e nella protezione della salute hanno valore per tutti.**

**Lo sviluppo diseguale nei diversi paesi nella promozione della salute e nel controllo delle malattie, in particolare delle malattie trasmissibili, rappresenta un pericolo comune.**

**Lo sviluppo sano del bambino è di fondamentale importanza; la capacità di vivere armoniosamente in un ambiente globale in continuo cambiamento è essenziale per tale sviluppo.**

**L'estensione a tutti i popoli dei benefici delle conoscenze mediche, psicologiche e affini è essenziale per il pieno raggiungimento della salute.**

**L'opinione informata e la cooperazione attiva da parte del pubblico sono della massima importanza per il miglioramento della salute delle persone.**

**I governi hanno una responsabilità per la salute dei loro popoli che può essere soddisfatta solo attraverso la fornitura di adeguate misure sanitarie e sociali.**

# Introduzione

La salute non riguarda solamente la mancanza di sintomi o patologie fisiche, ma comprende anche il benessere mentale e il buon funzionamento sociale. Un individuo in uno stato di salute ottimale dovrebbe essere in grado di affrontare le sfide quotidiane, sentirsi in equilibrio emotivo e interagire positivamente con la società.

La salute è un concetto complesso e multidimensionale che può variare da persona a persona. Può essere influenzata da vari fattori, tra cui genetica, ambiente, stile di vita, accesso alle cure mediche e altro ancora. Mantenere e promuovere la salute è un obiettivo importante per individui, comunità e società nel loro insieme.

I **profili di salute** rappresentano uno sguardo dettagliato sulla salute di una comunità. Analizzando dati demografici, abitudini di vita e patologie, emergono tendenze vitali per il benessere collettivo.

Questi guidano interventi locali, pianificando programmi di prevenzione e assistenza mirati, evidenziando disuguaglianze, e spingendo politiche per migliorare l'accesso alle risorse sanitarie, rappresentando dunque strumenti fondamentali per promuovere un miglioramento duraturo della salute condivisa.

Alessio Abbondanzieri

Alberto Perra

Hanno collaborato alla realizzazione del documento:

**Andrea Bongiovanni**, Università La Sapienza di Roma  
**Carlo Marfurt**, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica ASL Roma 5  
**Claudia Mosconi**, Università di Roma Tor Vergata  
**Giulia Santolini**, Università La Sapienza di Roma

# Indice

## PROFILI DI SALUTE COMUNI DEL PROGETTO ANCHISE

PAG.  
7

PAG.  
10

### INDICATORI SOCIODEMOGRAFICI

- 11 - Popolazione residente
- 12 - Piramide delle età
- 12 - Popolazione attiva
- 13 - Età Media
- 14 - Indice di vecchiaia
- 16 - Indice di dipendenza strutturale
- 18 - Percentuale popolazione occupata
- 20 - Basso titolo di studio
- 22 - Performance scolastica
- 24 - Percentuale stranieri residenti
- 26 - Lesività da incidenti stradali
- 28 - Percentuale raccolta differenziata

### INDICATORI SULLO STATO DI SALUTE

PAG.  
30

- 31 – Prevalenza di ipertensione arteriosa
- 32 – Prevalenza di diabete
- 34 – Adulti 18/69 che si dichiarano in buono stato di salute

PAG.  
36

### INDICATORI SUGLI STILI DI VITA

- 42 – Adulti 18/69 che consumano almeno 5 porzioni di frutta e/o verdura
- 44 – Adulti 18/69 anni in sovrappeso o obesità
- 46 – Adulti 18/69 anni fumatori
- 48 – Adulti con dipendenza gioco d'azzardo
- 50 – Okkio alla salute - Bambini

### INDICATORI SULL'ADESIONE ALLE STRATEGIE DI SANITA' PUBBLICA

PAG.  
52

- 54 – Adesione screening mammografico
- 56 – Adesione screening carcinoma colon-retto
- 58 – Adesione screening cervice uterina

PAG.  
60

### METADATI

# Prefazione

“

In questa fase storica del servizio sanitario pubblico, il nostro Paese e la nostra Regione stanno impegnando numerose risorse per riformare e rendere la sanità territoriale più efficiente e più “vicina” ai cittadini. Il momento è opportuno per lanciare i “Profili di salute”, iniziativa di grande importanza tanto da essere considerata un Livello Essenziale di Assistenza (LEA).

Di fatto si tratta di un pool di indicatori di salute, in genere intorno a 30, che riassumono a colpo d'occhio lo stato di salute di una specifica comunità coprendo una rosa di aspetti che spaziano dalla riuscita scolastica e lo stato di salute dei bambini al livello di adesione agli screening e al gioco d'azzardo della popolazione adulta.

Il valore formidabile dei profili di salute è costituito dal fatto che la facile comprensibilità di questi indicatori, riassumibili anche in una sola pagina, permette ai professionisti della salute di confrontarsi sui temi reali di una specifica comunità con i suoi attori principali, a cominciare dall'amministrazione comunale e le autorità continuando con le associazioni e tutte le organizzazioni della società civile fino ai singoli cittadini.

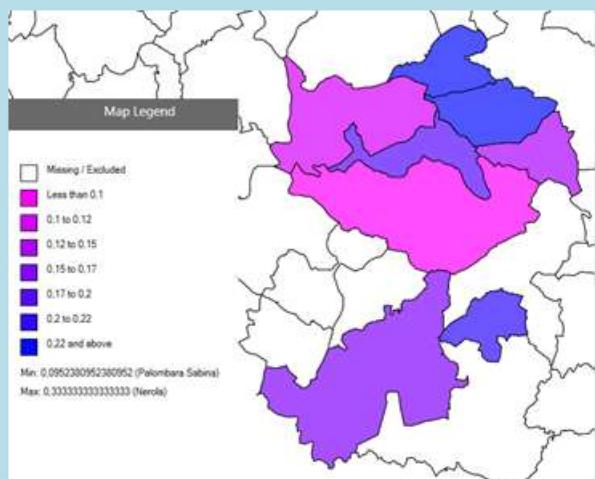
Inserendo i profili di salute fra i LEA, il legislatore si aspetta che dal confronto fra gli operatori del sistema sanitario locale e la comunità scaturiscano delle iniziative, sulla base delle priorità di salute identificate tramite i profili, al fine di migliorarne il livello di salute con la piena partecipazione della comunità stessa.

La nostra ASL è tra le prime, nella nostra Regione, a cominciare questo lavoro capillare con le comunità locali e, nei prossimi anni, garantirà la sua presenza costante in questa dinamica comunitaria orientata alla promozione della salute dei suoi cittadini.

”

Dott. Giorgio Giulio Santonocito  
Direttore Generale ASL Roma 5

# Come leggere i profili di salute



Mappa dei Comuni aderenti al Progetto «Anchise»: rappresentazione geografica dei dati dell'indicatore. Tutte le mappe hanno una gradazione di colore dal **rosa** (valore basso) al **blu** (valore più alto).



Rappresentazione grafica dell'indicatore.

- Con cerchio **azzurro** e con «**RL**» viene indicato il dato Regionale.
- Con cerchio **verde** e con «**ASL**» viene indicato il dato Aziendale.
- Con cerchio **arancio** e con «**MIN**» viene indicato il dato del Comune aderente al Progetto Anchise con valore più basso.
- Con cerchio **arancio** e con «**MAX**» viene indicato il dato del Comune aderente al Progetto Anchise con valore più alto.

La freccia indica la direzione migliore dell'indicatore.

Le fonti utilizzate per recuperare i dati sono: database aziendali, Istat, Open Salute Lazio, Sorveglianza PASSI ed altre fonti.



# salute comunitari

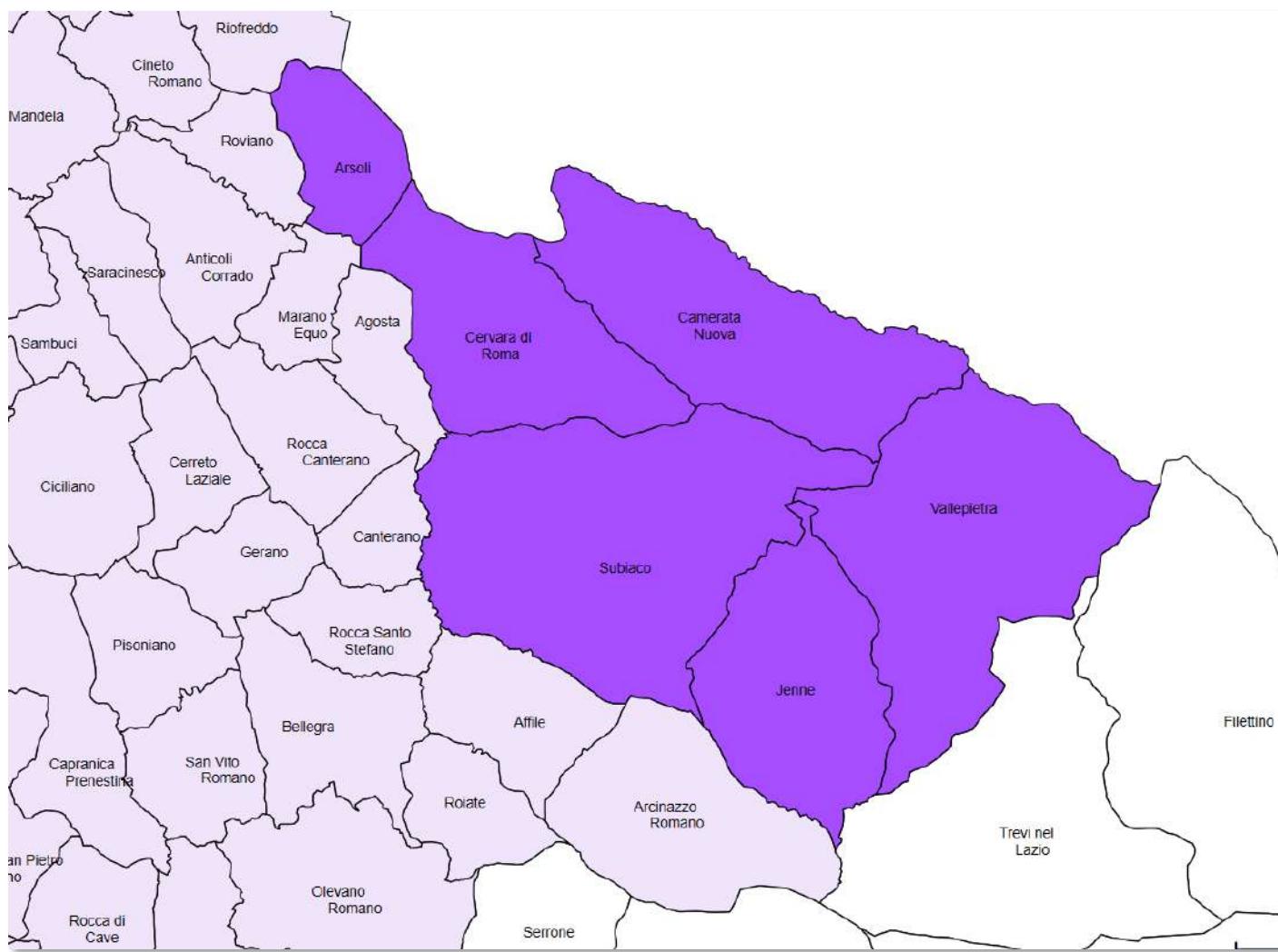
Pagina	Indicatore	Direzione	Valore Comuni Progetto Anchisse	Valore Massimo	Valore Minimo	Valore di riferimento Regione Lazio	Pool rif. Regione Lazio
Indice di Vecchiaia	↓		833,3	247	173,1		173,1
Indice di dipendenza strutturale	↓		84,6	52,6	54,6		247
Popolazione Occupata	↑		46,6	33,9	46		52,6
Basso titolo di studio	↓		24,7	17,3	16		54,6
Stranieri residenti			10,2	0,9	11	0,9	33,9
Lesività da incidenti stradali	↓		140	0	133	0	46
Raccolta differenziata	↑		63,7	15,4	53		46,6
Performance scolastica italiano	↑		73,5	66	80		17,3
Performance scolastica matematica	↑		64	54,9	66		17,3
Prevalenza ipertensione	↓		29,8	23,9	18,5		24,7
Prevalenza Diabete	↓		8,5	4,2	2,9		23,9
Adulti 18-69 Buono stato di salute	↑		97,7	92,3	66,5		23,9
Adulti 18-69 frutta e verdura	↑		40	15,4	16,5		23,9
Adulti 18-69 obesi/sovrappeso	↓		53,8	40	41		23,9
Adulti 18-69 fumatori	↓		61,8	50	31		23,9
Dipendenza gioco d'azzardo	↓		1970	308	1542		23,9
Adesione Screening Mammografico	↑		76,2	11,1	36		23,9
Adesione Screening CCR	↑		35,1	0	17		23,9
Adesione Screening Service	↑		40,5	13,8	24,8		23,9

**Direzione migliore dell'indicatore:** indica la direzione dei valori per i quali l'indicatore viene interpretato a risultato migliore o peggiore rispetto al riferimento regionale. **Valore piano di zona:** valore complessivo dei 9 Comuni appartenenti al piano di zona RM 5.2 pesato sulla popolazione residente dei singoli comuni. Rappresenta il valore centrale e può assumere 4 colorazioni in base al risultato regionale, se peggio che ma in linea con il risultato regionale, se peggiore. **Valore massimo e valore minimo:** valori più alto e valore più basso evidenziato per uno dei comuni del piano di zona RM 5.2. I valori tra il massimo ed il minimo vengono indicati nel grafico in . **Valore di rifer. ento Regione Lazio:** Valore calcolato sul totale dei Comuni della Regione Lazio.

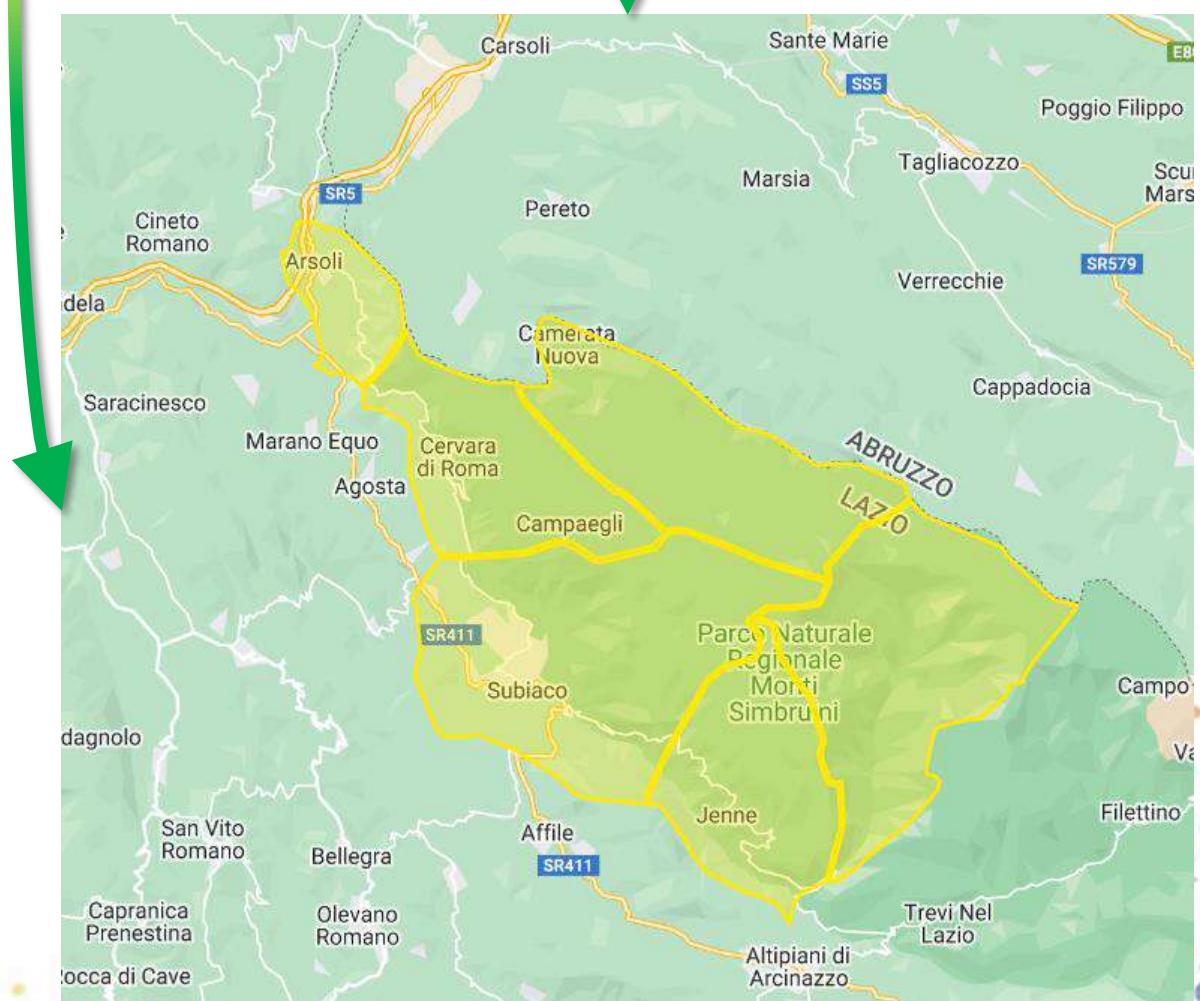
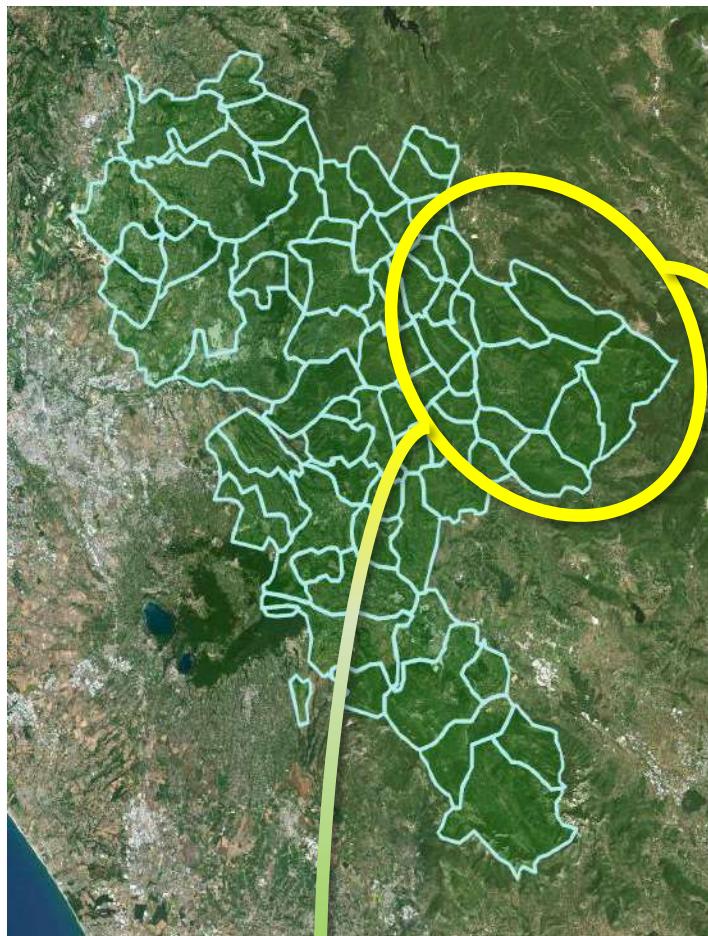
# PROGETTO "ANCHISE"

# PROGETTO "ANCHISE"

**ARSOLI – CAMERATA NUOVA – CERVARA DI ROMA – JENNE – SUBIACO - VALLEPIETRA**



# PROGETTO "ANCHISE"



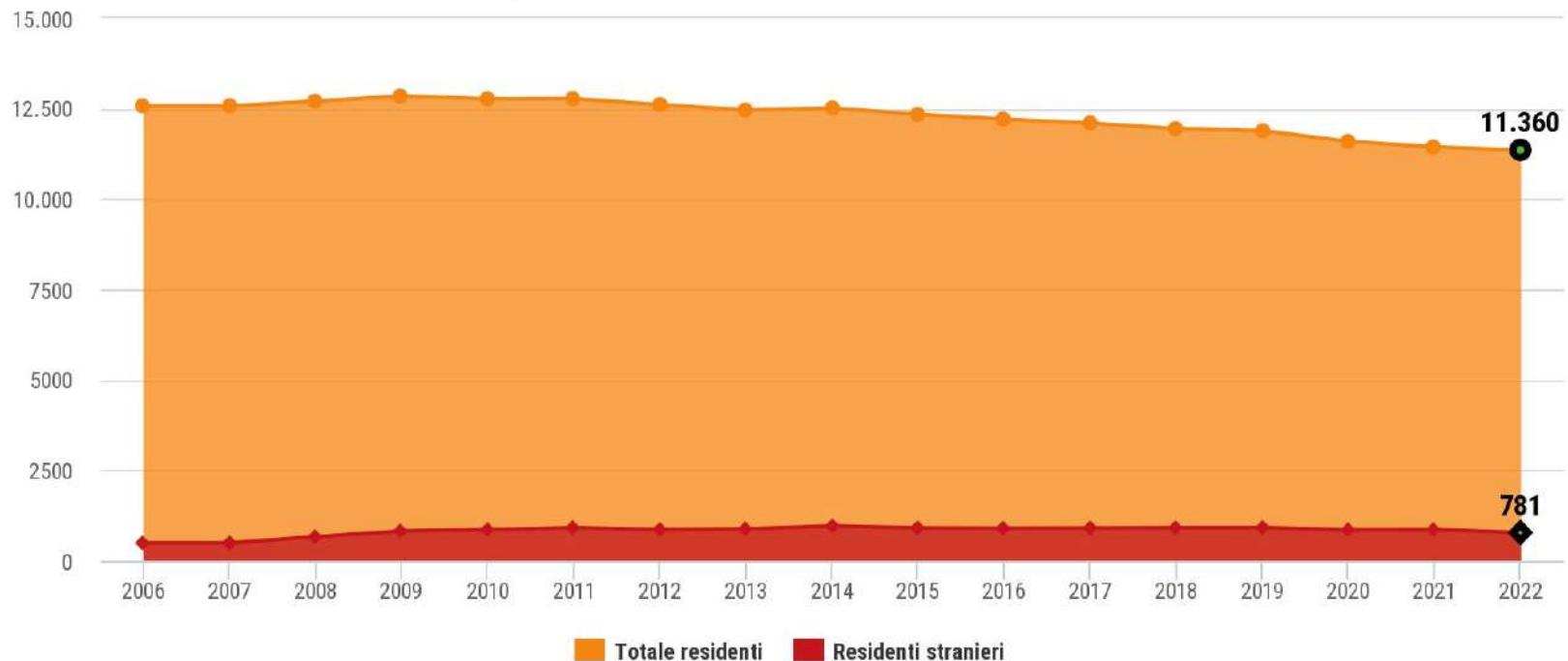
**PROGETTO  
"ANCHISE"**

## INDICATORI SOCIODEMOGRAFICI



# SOCIODEMOGRAFICI

Popolazione residente Area selezionata - 2022



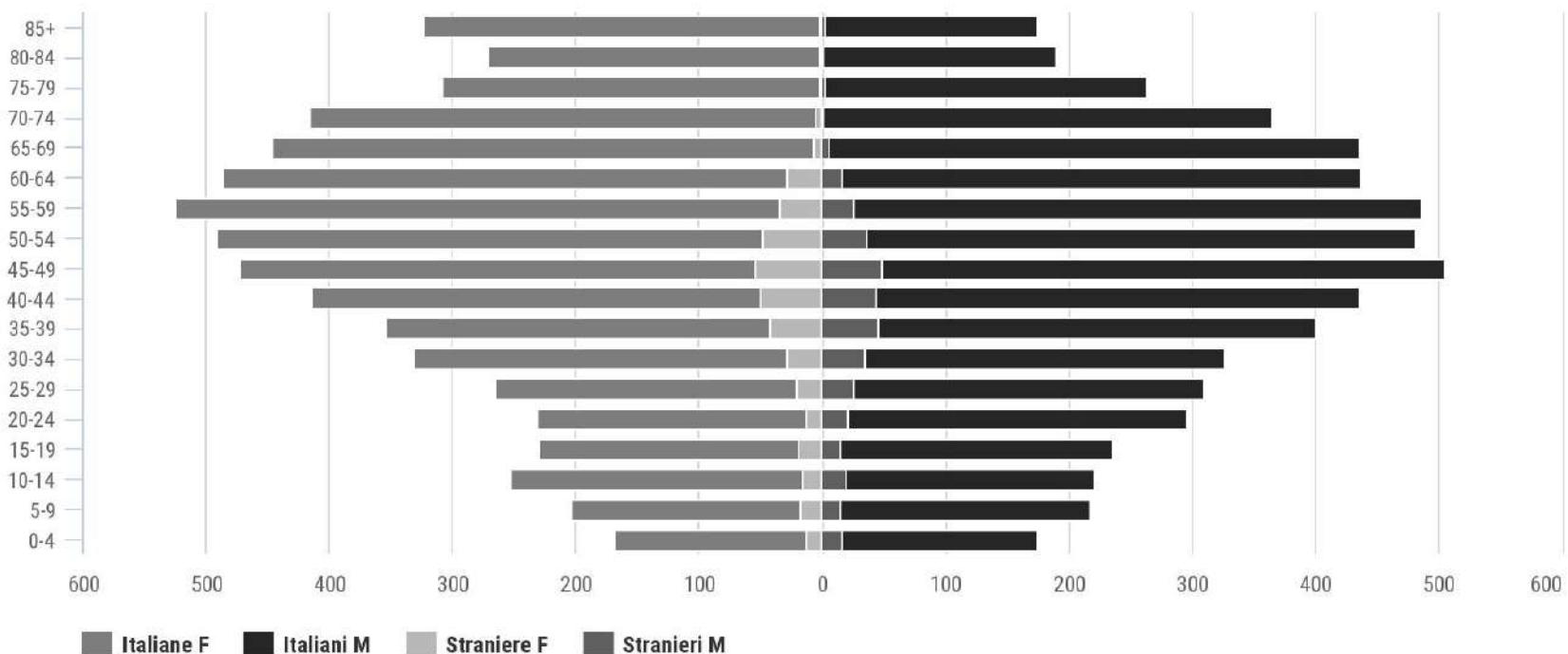
Fonte: ISTAT

I sei Comuni del Progetto «Anchise» hanno una popolazione residente di **11.360** persone (dato aggiornato al 2022). In particolare il Comune con più residenti è Subiaco con 8538 residenti mentre Vallepietra è il più piccolo con 248 residenti.



# Profili di salute – Indicatori:

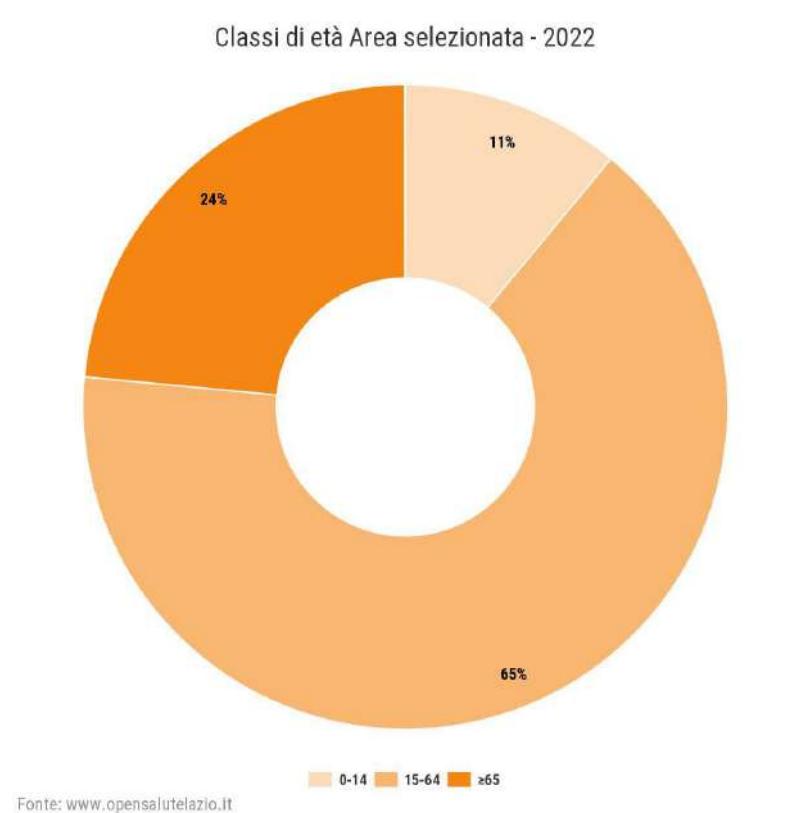
Distribuzione per classi di età Area selezionata - 2022



Fonte ISTAT

Piramide delle età dei Comuni del Progetto Anchise con distinzione tra i due sessi e la nazionalità.

La popolazione attiva (15-64 anni) rappresenta il 65% della popolazione residente



# SOCIODEMOGRAFICI



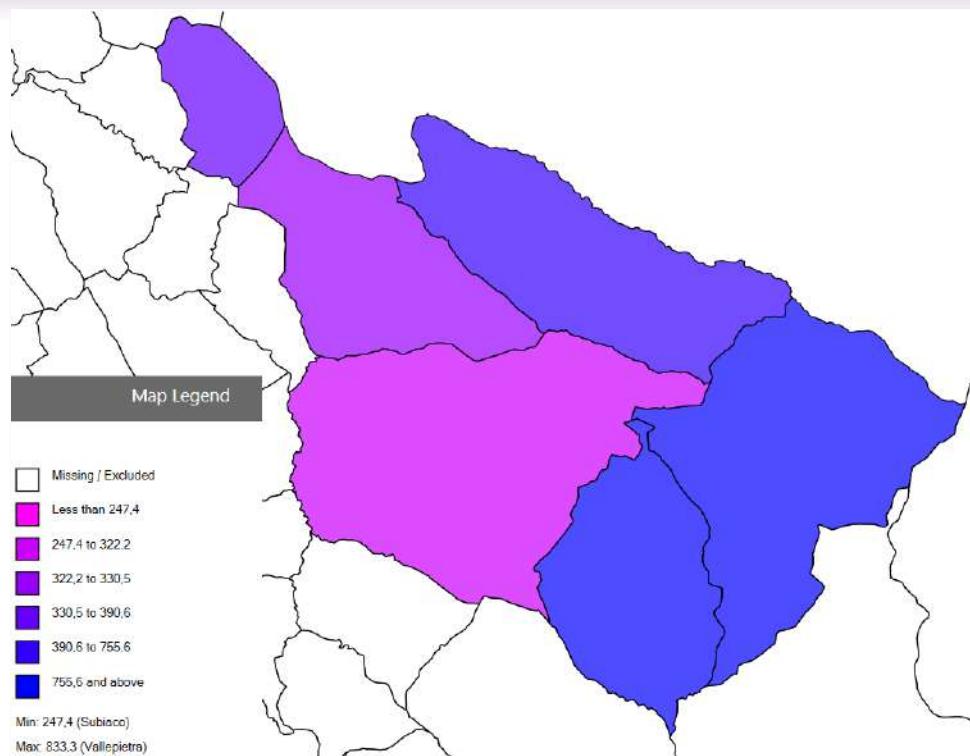
Dal 2002 aumento medio di circa 4 anni

Età media Regione Lazio: 45,2 anni

Età Media ASL Roma 5: 45,9 anni

COMUNE	ETA' MEDIA
Jenne	55,8
Vallepietra	55,5
Arsoli	50,8
Camerata Nuova	50,7
Cervaro di Roma	50,2
Subiaco	47,6

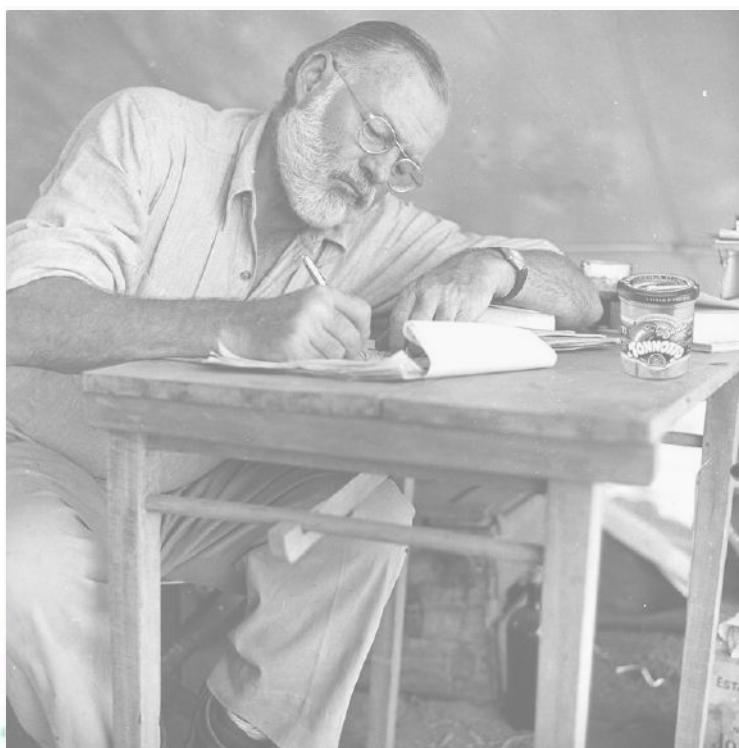
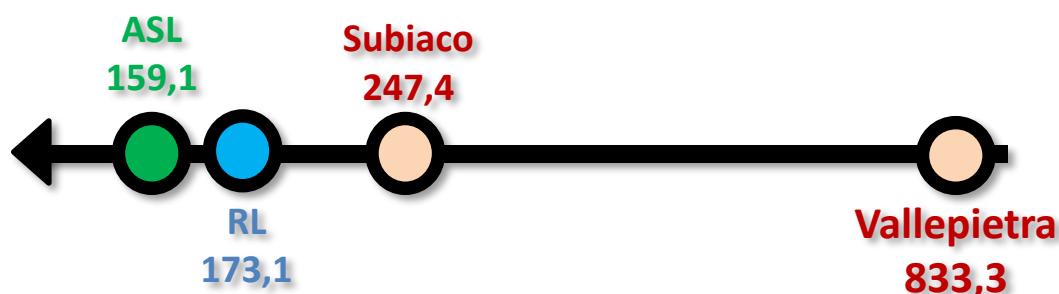
# Profili di salute – Indicatori:



## Indice di vecchiaia

Grado di invecchiamento della popolazione.  
È il rapporto percentuale tra:

$$\frac{\text{Numero di persone con più di 65 anni}}{\text{Numero di bambini fino ai 14 anni}}$$



## Indice di vecchiaia

Rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione.

È il rapporto percentuale tra il numero degli ultra sessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni.

L'indice di vecchiaia è un indicatore sintetico della struttura per età.

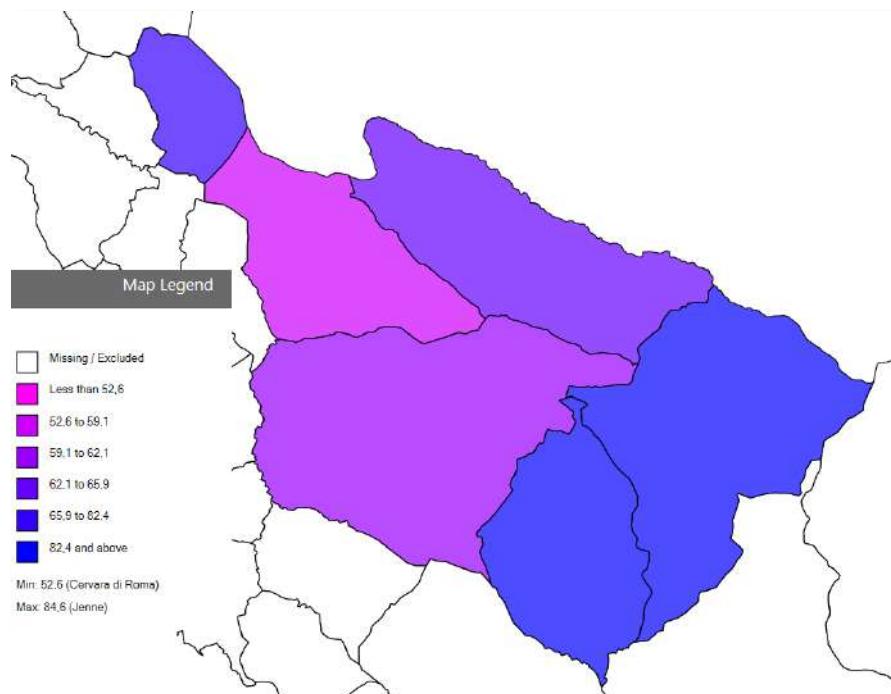
Rappresenta un indicatore dinamico che, assai meglio dell'età media, consente di mettere in evidenza il livello di invecchiamento di una popolazione.

Dal censimento 1991 si ricava un valore per l'Italia dell'indice di vecchiaia di 96,2. Ciò significa che nel 1991 in Italia c'erano 96,2 ultrasessantacinquenni ogni 100 giovani (età compresa tra 0 e 14 anni). Nel censimento 2001 lo stesso indicatore assume il valore di 131,4: nel 2001 in Italia c'erano 131,4 ultrasessantacinquenni ogni 100 giovani. La popolazione italiana dal 1991 al 2001 tende ad invecchiare.

In un futuro ormai prossimo, nel 2032, secondo le previsioni ISTAT, la quota di anziani over65 sul totale della popolazione dovrebbe raggiungere il 27,6%, con circa 17.600.000 anziani in valore assoluto.

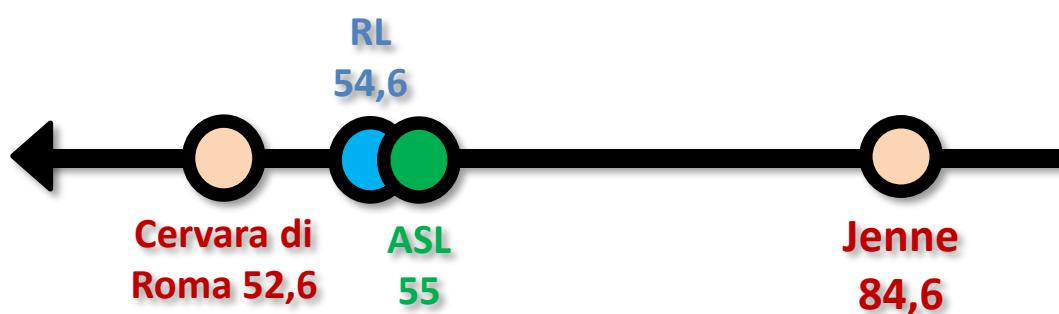
L'invecchiamento della popolazione ha conseguenze importanti e di ampia portata per tutti i settori della società ed impone l'adozione di politiche e azioni da parte dei governi e di tutte le parti in causa. I dati a disposizione indicano inoltre come all'avanzare dell'età le malattie croniche diventano la principale causa di morbilità, disabilità e mortalità, e gran parte delle cure e dell'assistenza si concentra negli ultimi anni di vita. Il carico delle malattie dell'anziano (malattie non trasmissibili, come quelle cardiovascolari, il diabete, la malattia di Alzheimer e altre patologie neurodegenerative, tumori, malattie polmonari croniche ostruttive e problemi muscoloscheletrici) ha come conseguenza diretta un aumento della pressione sul sistema sanitario.

# Profili di salute – Indicatori:



## Indice di dipendenza strutturale

Carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni).



## Indice di dipendenza strutturale

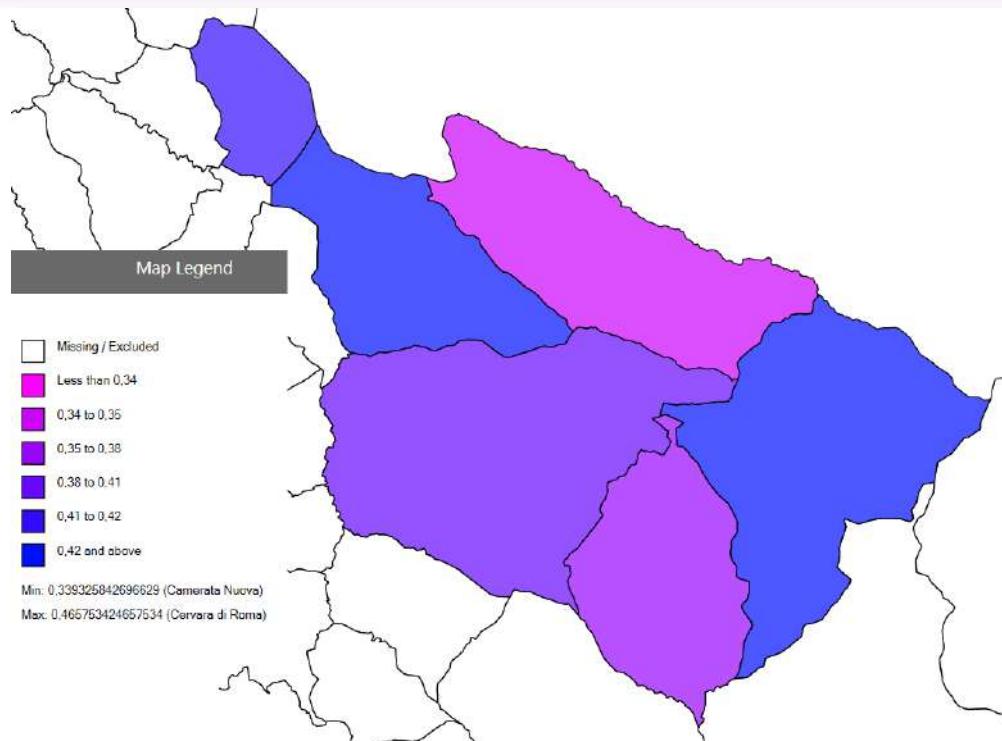
Rapporto percentuale tra la popolazione residente in età non attiva (0-14 anni e oltre 64 anni) e la popolazione residente attiva (15-64 anni).

Le dinamiche di natalità e mortalità incidono sulla struttura per età della popolazione. La flessione nella natalità e l'aumento della vita media hanno condotto a un significativo incremento della quota di popolazione anziana. La composizione per età ha subito e subirà, dunque, cambiamenti profondi. Nell'ultimo decennio del XX secolo l'indice di dipendenza strutturale (il peso della popolazione in età non lavorativa su quella in età lavorativa) ha invertito un secolare trend decrescente. Sulla base delle proiezioni Istat (scenario centrale), nel 2041 l'Italia si troverà in un territorio inesplorato con un indice di dipendenza strutturale superiore al massimo storico raggiunto all'inizio del Novecento quando, tuttavia, il peso della popolazione in età non attiva era elevato per la numerosità della popolazione tra 0 e 14 anni piuttosto che per il peso delle coorti più anziane come accade oggi. Per più di un secolo dall'Unità, la percentuale di popolazione anziana (>64), pur crescendo, si è attestata su livelli inferiori alla metà della popolazione più giovane (con meno di 15 anni). A partire dal secondo dopoguerra, ma soprattutto dalla fine degli anni Ottanta, si assiste a un progressivo mutamento strutturale che ha condotto la popolazione più anziana a superare quella più giovane alla fine del XX secolo, fino a divenire pari al 165 per cento della popolazione tra 0-14 anni nel 2017. Le prospettive per il prossimo cinquantennio sono di una ulteriore crescita del rapporto mentre l'età media della popolazione salirà di oltre 5 anni tra il 2017 e il 2061, passando da 44,9 a 50,2. L'indice di dipendenza strutturale nel 2017 si attestava al 53,9% nell'UE-28, indicando che per ogni persona a carico ce n'erano circa 2 in età lavorativa. Nel 2016 l'indice di dipendenza complessivo più basso tra gli Stati membri dell'UE è stato registrato in Slovacchia (43,8%) e il più alto in Francia (60,0%). Si osserva una tendenza all'aumento nell'UE-28 dell'indice di dipendenza totale che è aumentato di 5 punti percentuali (o del 10,2% rispetto al suo valore precedente) nello stesso periodo (dal 48,9% nel 2007 al 53,9% nel 2017).

L'indice di dipendenza viene considerato un indicatore di rilevanza economica e sociale.

Si tratta infatti di dati che per definizione sono raccolti in modo routinario, esaustivo, seguendo procedure standardizzate, codificati in modo preciso, di cui si conosce una serie storica più o meno lunga, confrontabili nel tempo e nello spazio a livello nazionale ed internazionale.

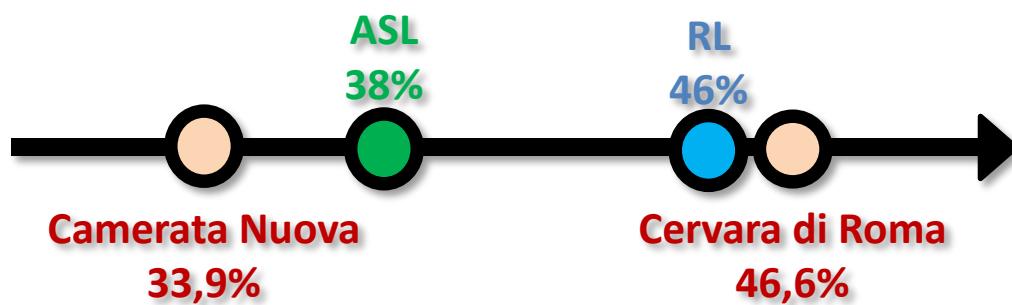
# Profili di salute – Indicatori:



Percentuale popolazione occupata  
Rapporto tra:

$$\frac{\text{Popolazione occupata con più di 15 anni}}{\text{Popolazione residente con più di 15 anni}}$$

Dati 2011



## Percentuale popolazione occupata

**Occupati residenti di età 20-64 aa sui residenti di età 20-64 aa**  
Gli occupati, coerentemente con gli standard dell'ILO, sono costituiti dalle persone che hanno svolto almeno un'ora di lavoro retribuita nella settimana di riferimento (oltre alle persone assenti dal lavoro in quella settimana).

Il tasso di occupazione è il principale indicatore del mercato del lavoro, in quanto indica la capacità dello stesso di utilizzare le risorse umane disponibili. Di fatto costituisce una misura del grado di coinvolgimento nel mercato del lavoro delle persone potenzialmente attive, poiché esclude i troppo giovani e gli anziani.

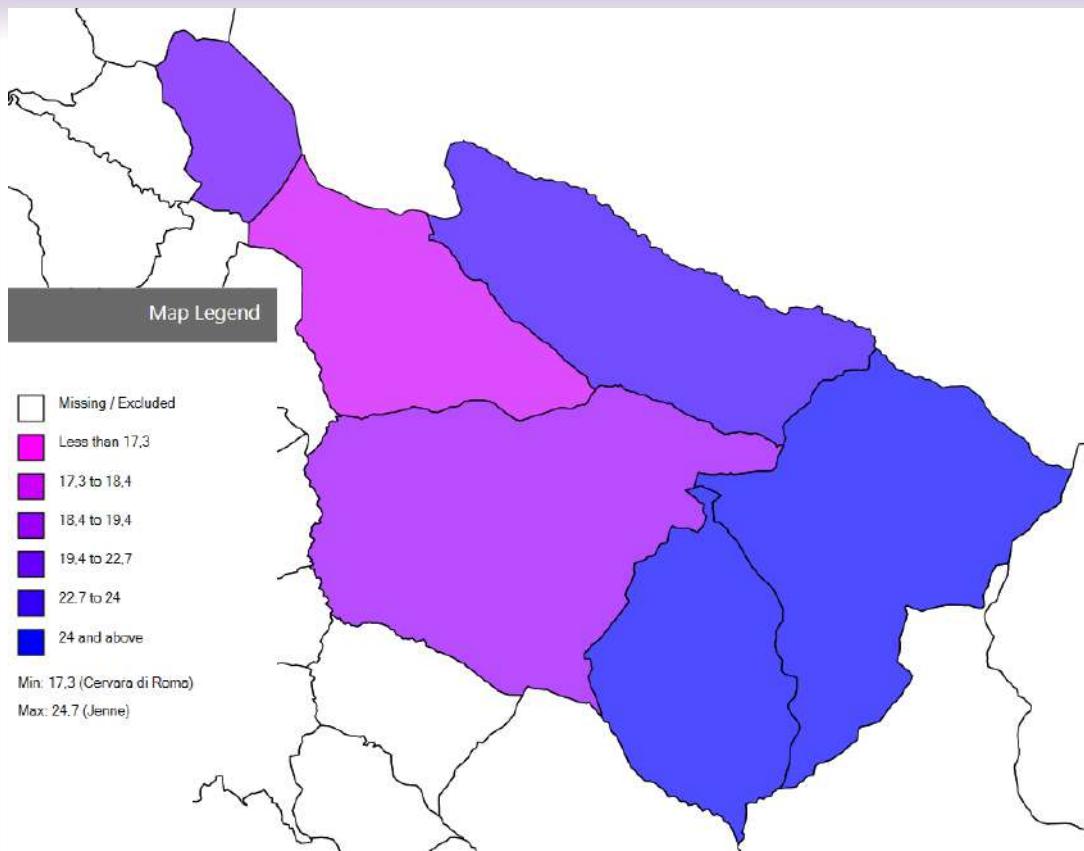
Nel primo trimestre 2018 si osserva una sostanziale stazionarietà dell'occupazione rispetto agli ultimi tre mesi del 2017, mentre si conferma una lieve crescita a livello tendenziale, in rallentamento rispetto al trimestre precedente.

Il lavoro indipendente continua a diminuire, mentre l'aumento del lavoro dipendente a tempo determinato continua per l'ottavo trimestre consecutivo.

E' un importante indicatore delle dinamiche del mercato del lavoro, e assume un significato ben più ampio nella valutazione dello stato di salute di un'economia e del benessere sociale di una popolazione.

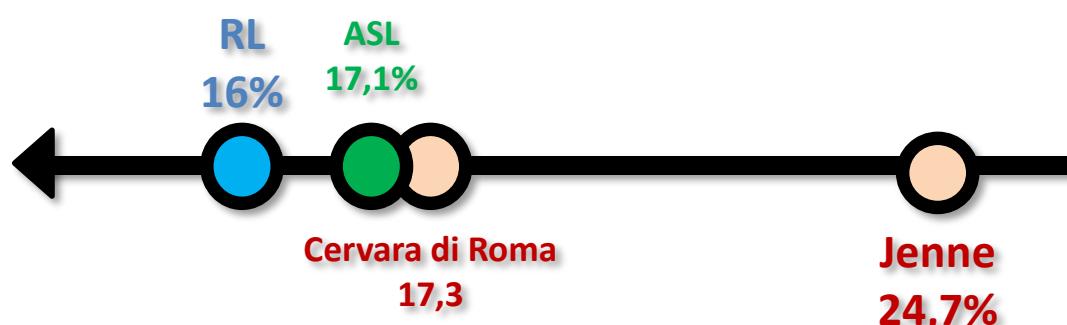
Nella società occidentale la propria posizione lavorativa è diventata un elemento essenziale per le propria identità. La perdita del lavoro ed uno stato di disoccupazione che perdura nel tempo può aver effetti infausti sullo stato di salute psicologica e provocare sintomi depressivi di varia intensità e fenomeni di abuso di farmaci e/o alcol.

# Profili di salute – Indicatori:



## Basso titolo di studio

Comprende tutti i soggetti dai 9 anni in su analfabeti, alfabeti privi di titolo di studio o in possesso di licenza di scuola elementare



## Basso titolo di studio

Nel 2017, in Italia, si stima che il 60,9% della popolazione di 25-64 anni abbia almeno un titolo di studio secondario superiore; valore distante da quello medio europeo (77,5%). Dal 2008 al 2017 la quota di popolazione con almeno il diploma secondario superiore è in deciso aumento. Più contenuta, rispetto alla media europea, è invece la crescita della quota di popolazione con un titolo terziario.

Il livello di istruzione delle donne risulta più elevato di quello maschile: il 63,0% ha almeno un titolo secondario superiore (contro 58,8% degli uomini) e il 21,5% ha conseguito un titolo di studio terziario (contro 15,8% degli uomini). Inoltre, i livelli di istruzione femminili stanno aumentando più velocemente di quelli maschili.

A differenza di quanto accaduto in altri paesi europei, negli ultimi nove anni, in Italia, la quota di stranieri in possesso almeno del titolo secondario superiore si è molto ridotta e al tempo stesso non è aumentata la quota di chi ha un titolo terziario.

Nel 2017, la quota di 18-24enni che hanno abbandonato precocemente gli studi si stima pari al 14,0%; per la prima volta dal 2008 il dato non ha registrato un miglioramento rispetto all'anno precedente.

In Italia l'abbandono scolastico precoce è molto più rilevante tra gli stranieri rispetto agli italiani (33,1% contro 12,1%). Tuttavia dal 2008 ad oggi, proprio tra gli stranieri si è registrato il miglioramento più consistente.

Le differenze territoriali negli abbandoni scolastici precoci sono molto forti – 18,5% nel Mezzogiorno, 10,7% nel Centro, 11,3% nel Nord – e non accennano a ridursi.

Nel 2017, la quota di 30-34enni in possesso di titolo di studio terziario è pari al 26,9% (39,9% la media Ue). Nonostante un aumento dal 2008 al 2017 di 7,7 punti l'Italia è la penultima tra i paesi dell'Unione e non è riuscita a ridurre il divario con l'Europa.

Esiste una correlazione fra diseguaglianze nell'istruzione e salute: chi ha svolto buone esperienze educative, relazionali ed emozionali a scuola gode di migliori condizioni di salute fisica, mentale, rispetto ai comportamenti e al benessere. Secondo gli studi effettuati negli Stati Uniti dalla National Health Interview Survey, l'esperienza educativa ha ricadute sul profilo psicologico, sulle prospettive di occupazione e di reddito, sulle capacità cognitive, sugli stili di vita rilevanti per la salute, sulle capacità di accesso ai servizi e sul capitale sociale.

E' stato recentemente condotto un nuovo studio sulle diseguaglianze nella mortalità per titolo di studio, presentato in occasione del convegno AIE 2017.

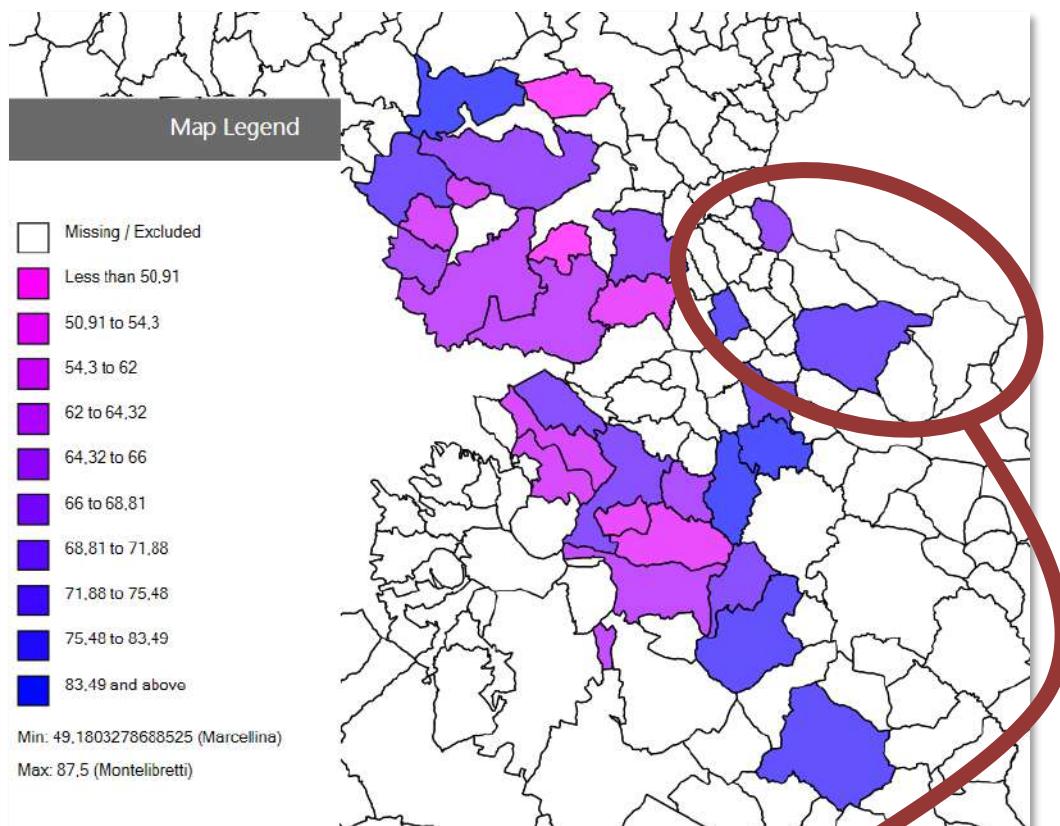
Dallo studio è emerso che la mortalità per tutte le cause in Italia è inversamente associata al livello di istruzione, sia tra gli uomini che tra le donne, quindi con tassi maggiori nei soggetti con un basso titolo di studio. Tra gli uomini con basso livello di istruzione il rischio di morte per tutte le cause è superiore del 34% rispetto a chi ha un livello alto, mentre tra le donne è più elevato del 22%. Il gradiente socio-economico della mortalità è più intenso tra gli uomini ( $RII=1,52$ ) rispetto alle donne ( $RII=1,31$ ).

La povertà individuale di credenziali educative, misurata dal titolo di studio, si conferma un determinante della mortalità. Una parte rilevante di queste diseguaglianze sono contrastabili con azioni mirate ai fattori di rischio comportamentali, il cui contrasto porterebbe a un sostanziale miglioramento della salute della popolazione.

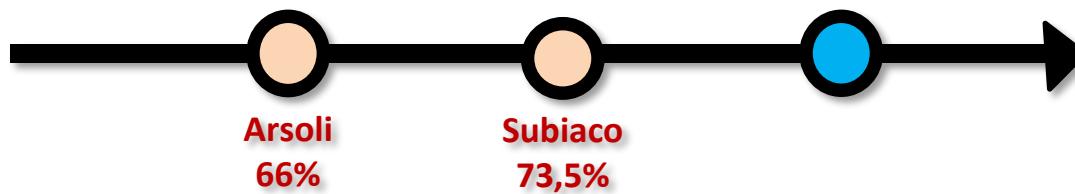
# Profili di salute – Indicatori:

## Performance scolastica – III Secondaria di I grado Dati INVALSI 2018/2019

Italiano



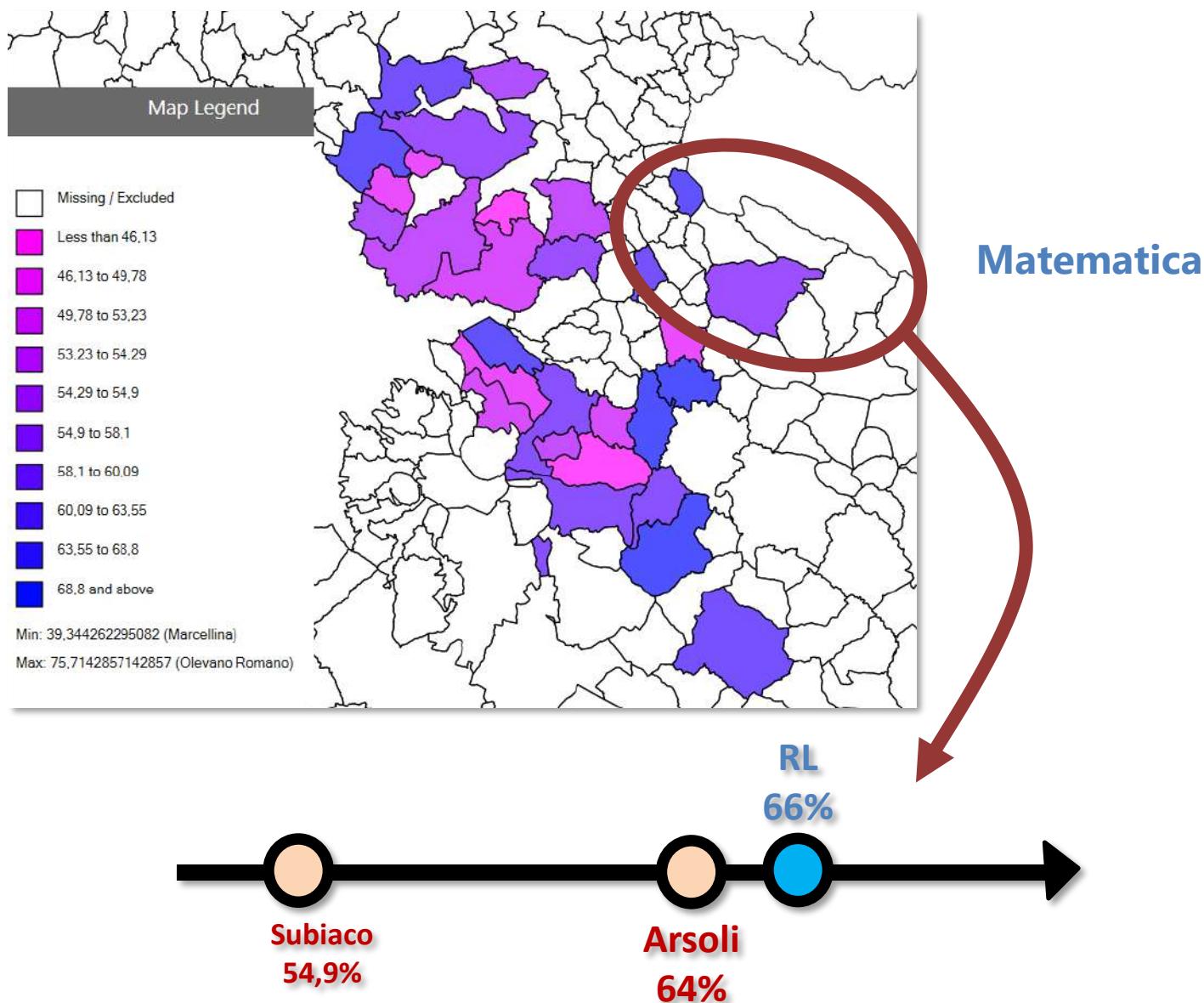
RL  
80%



L'Istituto nazionale per la valutazione del sistema educativo di istruzione e di formazione (Invalsi) pubblica ogni anno il Rapporto sulle rilevazioni nazionali degli apprendimenti, che riporta i dati delle indagini realizzate a maggio e giugno. Tra i risultati, si conferma il divario territoriale caratteristico del nostro Paese: considerando i risultati per la classe terza media, il Nord-ovest e il Nord-est registrano un punteggio superiore alla media nazionale, il Centro ottiene un risultato che non si discosta dalla media, il punteggio conseguito dalle due macro-aree del Sud, e in particolare dal Sud e Isole, è significativamente inferiore.

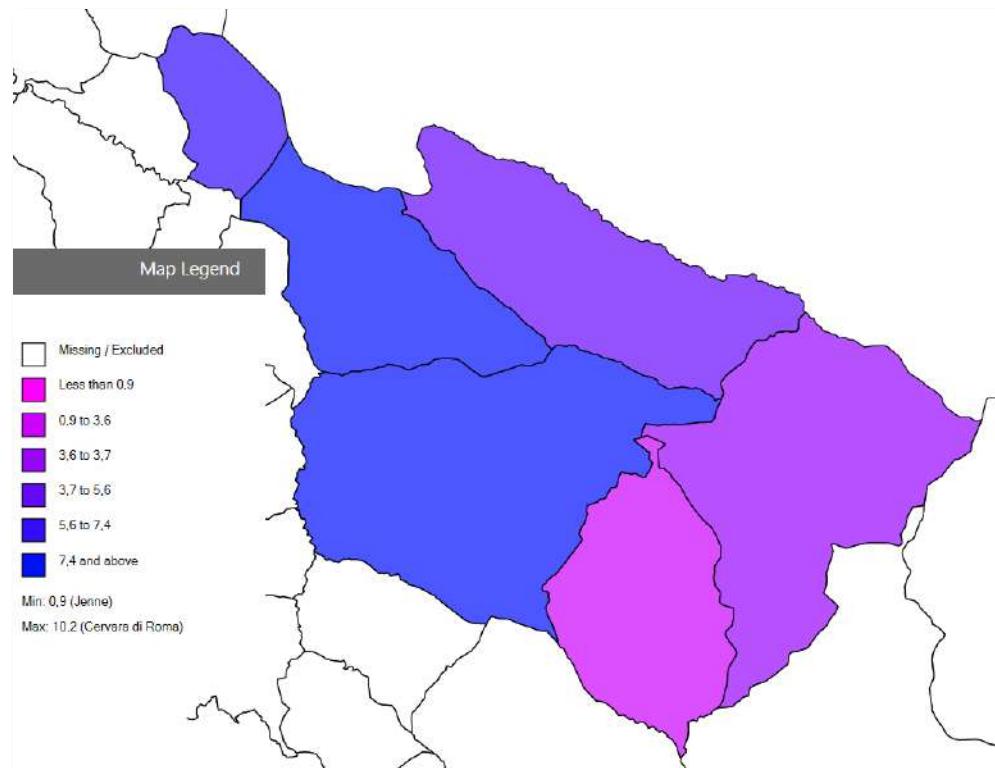
# SOCIODEMOGRAFICI

## Performance scolastica – III Secondaria di I grado Dati INVALSI 2018/2019

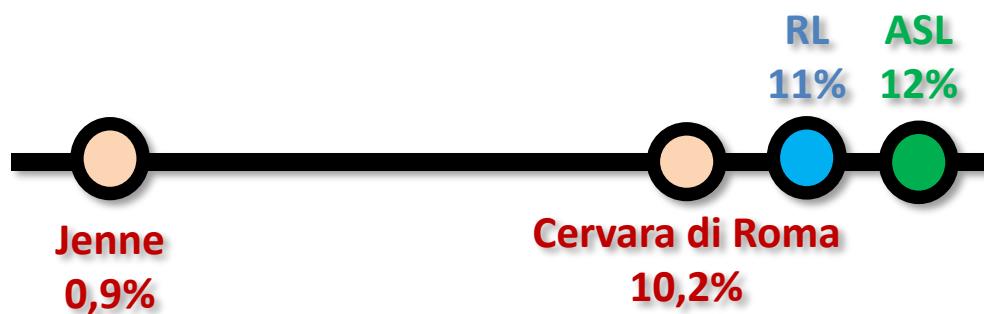


Gli studi condotti sulle disuguaglianze nella morbilità e nella mortalità indicano una netta eterogeneità associata a fattori socio-economici (istruzione, reddito, condizione occupazionale, classe sociale, eccetera), imputabile a differenze nell'esposizione a fattori di rischio e nelle possibilità di avere diagnosi tempestive e sottoporsi a trattamenti efficaci. Studi comparativi tra i diversi paesi europei mostrano che lo svantaggio sociale si associa a rischi più elevati di cattiva salute e di mortalità anche se con eterogeneità tra i paesi verosimilmente collegate a differenze nei sistemi sanitari e nelle politiche non sanitarie che hanno un impatto sulla salute.

# Profili di salute – Indicatori:



Percentuale stranieri residenti



## Percentuale stranieri residenti

Storicamente gli stranieri sul territorio italiano si sono concentrati soprattutto nelle regioni del Centro-Nord. Tuttavia, nel 2016 il loro numero è cresciuto nel Mezzogiorno (+4,3%) e nel Centro (+1,3%), mentre è lievemente diminuito nel Nord (-1% circa). In questa ripartizione, il calo demografico è dovuto anche all'elevato numero di cittadini stranieri divenuti italiani nel corso dell'anno. L'incremento per il Mezzogiorno è frutto soprattutto del movimento migratorio con l'estero, mentre il numero dei nati si conferma più elevato nel Nord e nel Centro, per la maggiore presenza di cittadini stranieri. Al 1° gennaio 2017, l'86,1% dei cittadini non comunitari regolarmente presenti in Italia hanno un permesso rilasciato o rinnovato nel Centro-Nord, mentre nel Mezzogiorno sono solo il 13,9%. Le incidenze più alte di permessi di soggiorno si riscontrano in Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio e Veneto. La riduzione dei nuovi flussi di ingresso ha riguardato invece soprattutto il Nord-ovest e il Mezzogiorno. Nel 2017 il tasso di occupazione degli stranieri cresce in tutte le aree del Paese e in particolare nel Nord-ovest per il contributo della componente maschile. Il tasso di disoccupazione della popolazione straniera si riduce nel Centro-Nord, e soprattutto nel Nord-ovest, e aumenta nel Mezzogiorno. Il tasso di inattività degli stranieri si conferma più basso di quello degli autoctoni in tutte le ripartizioni, tranne nel Nord, riducendosi peraltro nel Mezzogiorno. Per quanto riguarda il livello di istruzione, gli stranieri residenti nel Centro-Nord sono in media più istruiti di quelli che vivono nel Mezzogiorno.

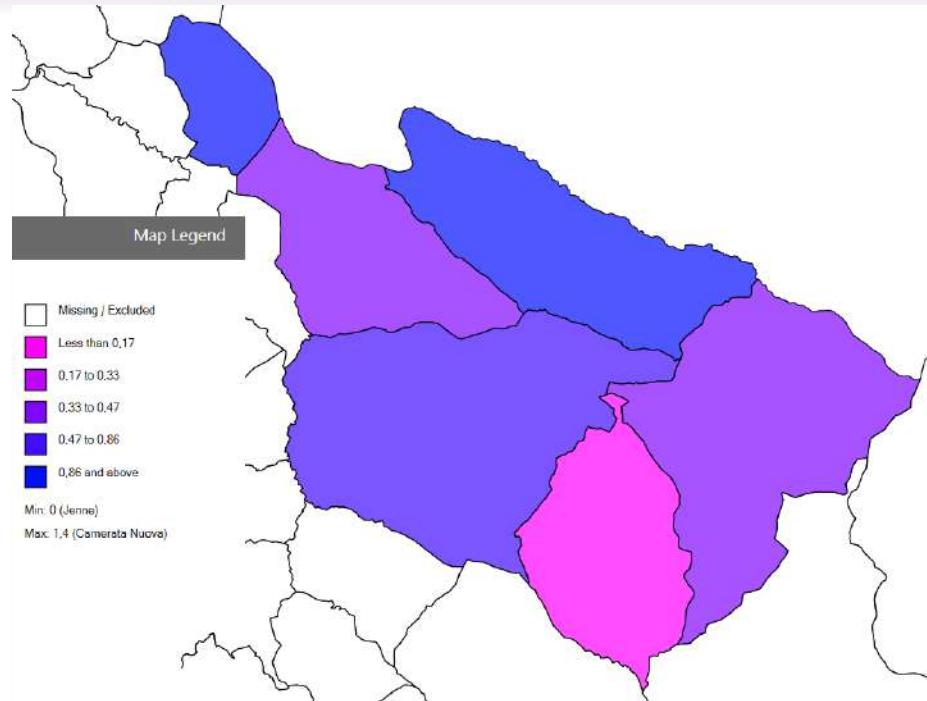
Attraverso i dati dell'indagine multiscopo ISTAT sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari della popolazione è stato effettuato un confronto tra le edizioni 2005 e 2012/2013 per valutare lo stato di salute fisico e mentale percepito della popolazione immigrata in periodo caratterizzato dalla crisi economica globale, che ha colpito in modo particolare le fasce di popolazione più deprivate, tra le quali gli immigrati. Effettuando un confronto con gli italiani si è osservato che, mentre nel 2005, gli stranieri presentavano uno stato di salute migliore, nel 2013 le differenze si sono ridotte e addirittura annullate per quanto riguarda la salute fisica, e, in aggiunta, è aumentata la quota di persone che dichiarano cattiva salute mentale, proporzionalmente in misura maggiore tra gli stranieri, soprattutto tra le donne. Inoltre, i dati del 2013 evidenziano che gli stranieri che risiedono in Italia da oltre 10 anni hanno una probabilità superiore del 20% di dichiarare cattiva salute percepita rispetto a chi risiede in Italia da meno tempo.

Considerando che il fenomeno della immigrazione per motivi economici è un fenomeno recente in Italia, ed essendo noto che al momento dell'arrivo gli immigrati presentano uno stato di salute migliore rispetto a quelli della popolazione residente, tale vantaggio di salute si sta rapidamente esaurendo, suggerendo che la programmazione sanitaria e la prevenzione devono rafforzare politiche orientate all'equità.

La congiuntura economica ha reso l'accesso all'assistenza sanitaria più difficile per molte famiglie, soprattutto nei gruppi più fragili della popolazione, tra i quali i migranti. Occorre promuovere politiche sanitarie che favoriscano il contrasto all'esclusione sociale e alla povertà, garantendo innanzitutto l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, presupposto imprescindibile per la riduzione delle disuguaglianze nella salute.

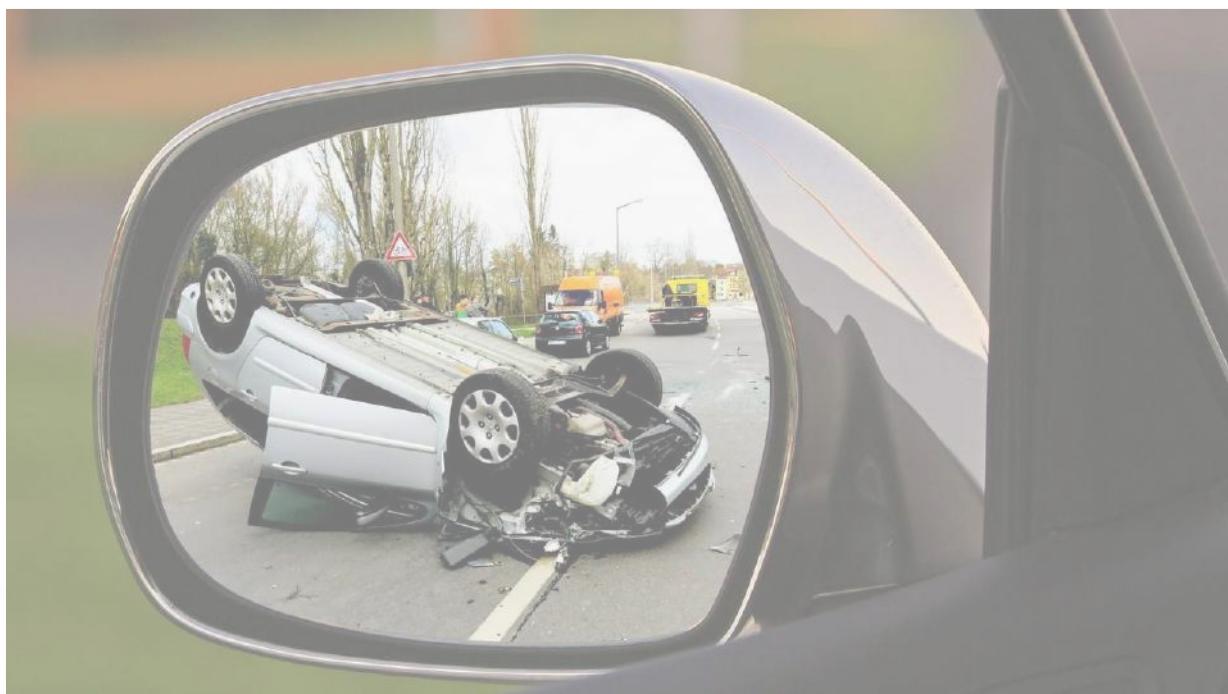
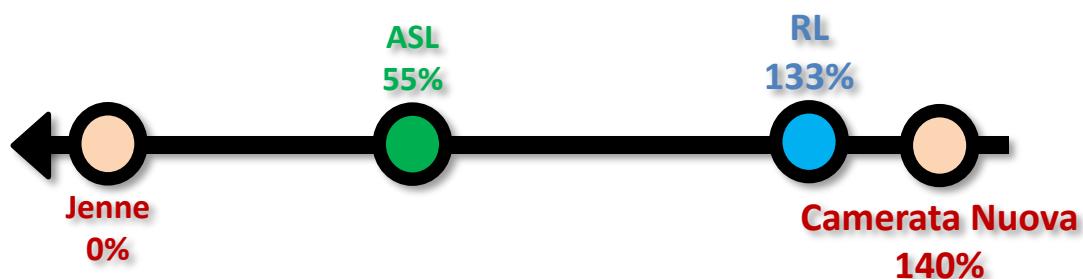
Il sistema di prevenzione di un Paese come l'Italia deve essere attrezzato per intervenire sui determinanti sociali delle malattie e gli stessi interventi previsti per la popolazione italiana devono essere proposti alla popolazione immigrata con un filtro culturale, attraverso cioè un adattamento che non è solo linguistico, per assicurarne la copertura.

# Profili di salute – Indicatori:



Lesività da incidenti stradali

Rapporto tra i feriti ed il numero degli incidenti stradali  
nel triennio 2018-2020  
Dati CEREMS



## Lesività da incidenti stradali

Gli incidenti stradali nel mondo sono una delle prime tre cause di morte nella fascia di popolazione compresa tra i 5 e i 44 anni di età. La stima delle conseguenze economiche degli incidenti stradali è molto alta, calcolata tra l'1% e il 3% del prodotto interno lordo di ciascun Paese.

Alcuni determinanti sono fattori di rischio legati alla persona che favoriscono l'evento incidente stradale, quali le condizioni di salute, l'età, l'assunzione di farmaci compromettenti l'attenzione, l'equilibrio e i riflessi. Altri fattori di rischio sono riconducibili a stili di vita che comportano consumo dannoso di alcol e sostanze psicotrope, e a scorretti comportamenti alla guida (utilizzo dei cellulari, disattenzione, eccessiva velocità, mancato utilizzo dei sistemi di protezione). Concorrono infine al verificarsi dell'incidente altri determinanti che sono invece attribuibili alla sicurezza delle strade, alla sicurezza dei veicoli.

Anche i fattori sociali entrano in azione nel determinismo degli incidenti stradali e si riferiscono, ad esempio, alle condizioni socioeconomiche disagiate, allo stato di migrante che di fatto determinano un minor accesso alle risorse di formazione e informazione sulle misure di prevenzione e più in generale all'acquisizione della cultura della sicurezza sulle strade.

Nel 2017 sono stati 174933 gli incidenti stradali con lesioni alla persona in Italia con 3378 vittime (morti entro 30 gg. Dall'evento) e 246750 feriti.

Il numero dei morti torna a crescere rispetto al 2016 (+2,9%) e tra le vittime sono in aumento i pedoni (+5,3%) e soprattutto i motociclisti (+11,9%).

gli incidenti ed i feriti hanno avuto una lieve diminuzione rispetto il 2016. aumentano invece i morti sull'autostrade (+8%) e sulle strade extraurbane (\*4,5%).

Tra i comportamenti errati più frequenti vi sono la distrazione alla guida, il mancato rispetto della precedenza e la velocità troppo elevata (nel complesso il 40,8%). le violazioni al Codice della Strada più sanzionate sono l'eccesso di velocità, il mancato utilizzo di dispositivi di sicurezza e l'uso di telefono cellulare alla guida.

Gli incidenti stradali sono un problema che interessa la sanità pubblica mondiale perché è forte l'impatto sulla salute delle persone.

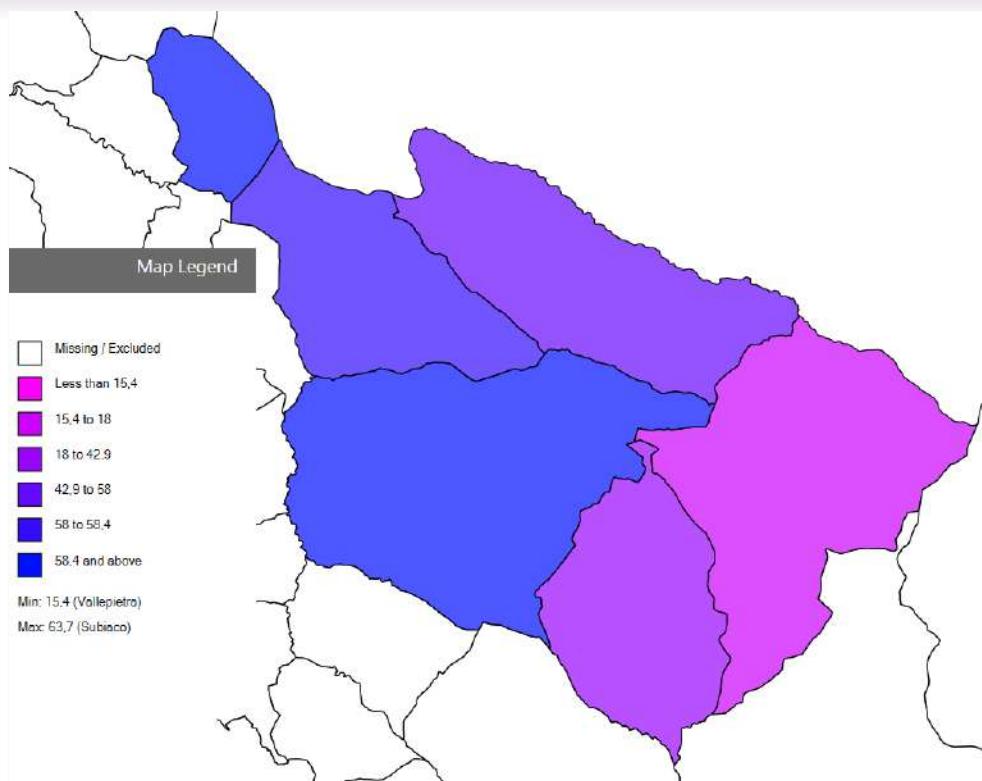
Per avere effetti sulla riduzione del numero e della gravità degli incidenti stradali è richiesto un programma che abbia tempi lunghi, la stabilizzazione degli interventi di prevenzione fino a ora attuati, l'attuazione di ulteriori misure di prevenzione e, considerata l'etiology multifattoriale che sta alla base di questa tipologia di incidenti, l'attuazione di interventi che incidano simultaneamente su più fattori di rischio.

Anche le campagne di sensibilizzazione rivolte alla popolazione sono importanti per sostenere l'applicazione della legislazione in quanto permettono di far conoscere meglio i rischi e le sanzioni delle infrazioni.

La prevenzione degli incidenti stradali richiede un approccio multisettoriale e il coinvolgimento di numerose Istituzioni. La sanità pubblica contribuisce, tuttavia, alla prevenzione degli incidenti stradali attraverso:

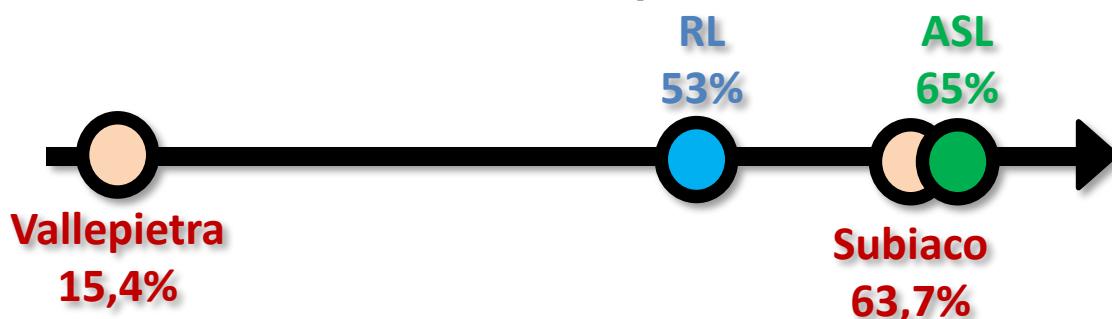
- informazione e formazione sui fattori che alterano lo stato psicofisico alla guida quali uso di alcol e droghe o l'assunzione di farmaci
- informazione e formazione sui pericoli legati alla guida senza cinture e senza casco e senza sistemi di ritenuta per i bambini
- attività di advocacy presso le altre istituzioni coinvolte, in particolare per promuovere una mobilità sostenibile e sicura (potenziamento del trasporto pubblico locale, pianificazione urbanistica, messa in sicurezza dei percorsi casa-scuola).

# Profili di salute – Indicatori:



Percentuale raccolta differenziata

Rapporto tra quantità di rifiuti urbani differenziati sul totale dei rifiuti urbani prodotti – Dati ISPRA



## Percentuale raccolta differenziata

Nella gestione dei rifiuti la raccolta differenziata indica un sistema di raccolta dei rifiuti che prevede una prima differenziazione da parte dei cittadini in modo da reindirizzare ciascuna tipologia di rifiuto differenziato verso un idoneo trattamento, il quale deve essere finalizzato, in via prioritaria, al recupero di materia.

Il D.Lgs. n. 152/2006 e la Legge 27 dicembre 2006, n. 296 individuano per il 2011 l'obiettivo di raccolta differenziata del 60% e del 65% per il 2012.

La direttiva 2008/98/CE, pur non prevedendo target di raccolta differenziata, richiede che si proceda all'attivazione della stessa e che siano conseguiti obiettivi di preparazione per il riutilizzo e riciclaggio almeno di quattro frazioni di rifiuti (carta, metalli, plastica e vetro).

Nel 2016, la percentuale di raccolta differenziata si attesta al 52,5% circa della produzione nazionale, con una crescita di 5 punti rispetto al 2015. Tale incremento è in parte attribuibile ad un cambiamento della metodologia di calcolo, che a partire dai dati 2016 include alcune frazioni precedentemente non contabilizzate, quali gli scarti della selezione della multimateriale, i rifiuti da spazzamento stradale destinati a recupero e i rifiuti da costruzione e demolizione provenienti da piccoli interventi di rimozione (DM 26 maggio 2016).

Nonostante l'incremento, registrato a livello nazionale, nel 2016 ancora non è stato raggiunto l'obiettivo del 60%, fissato dalla normativa nazionale per il 2011.

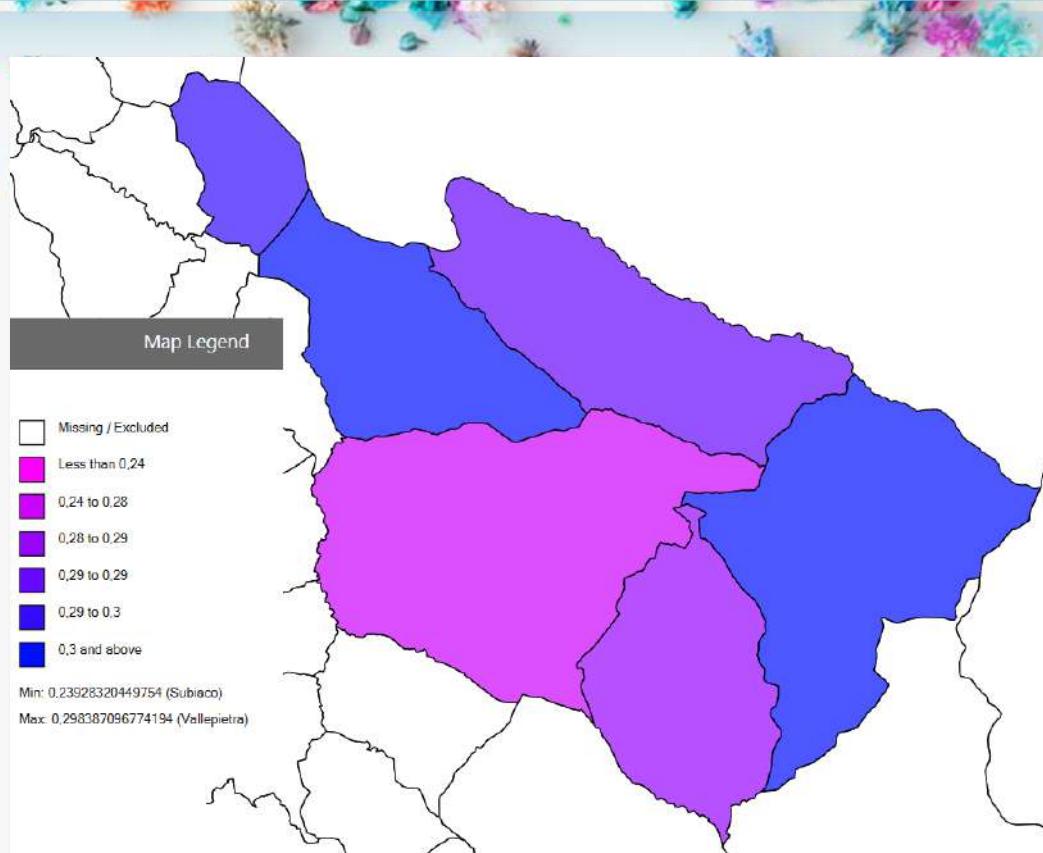
I rifiuti sono un importante fattore di pressione ambientale poiché il loro accumulo è causa di inquinamento dei suoli, dell'aria e dell'acqua con effetti sull'ecosistema, sulla salute umana e degli animali. Rifiuti urbani sono i rifiuti domestici provenienti dalle abitazioni, dallo spazzamento delle strade, di aree verdi e di aree cimiteriali e quelli che, in specifici casi, derivano da luoghi adibiti ad usi diversi da quelli abitativi, purché non pericolosi e assimilabili agli urbani per qualità e quantità. Tutti i materiali immessi sul mercato sono destinati, presto o tardi, a trasformarsi in rifiuti e tutti i processi produttivi generano rifiuti, che devono essere infine smaltiti. Il problema dei rifiuti dunque è correlato alla loro persistenza nell'ambiente, alla quantità in progressivo aumento, all'eterogeneità dei materiali che li compongono e, non ultimo, all'eventuale presenza di sostanze pericolose. Per questo motivo la prevenzione della produzione e della pericolosità dei rifiuti deve essere affiancata alla differenziazione, al riciclo dei materiali e al recupero energetico di quelli non ulteriormente valorizzabili.

L'Agenzia Europea per l'Ambiente ha stimato che ogni cittadino europeo produce 444 kg di rifiuti in media all'anno e, nonostante le numerose azioni messe in campo dalle istituzioni europee, nazionali e regionali, tale stima è destinata ad aumentare.

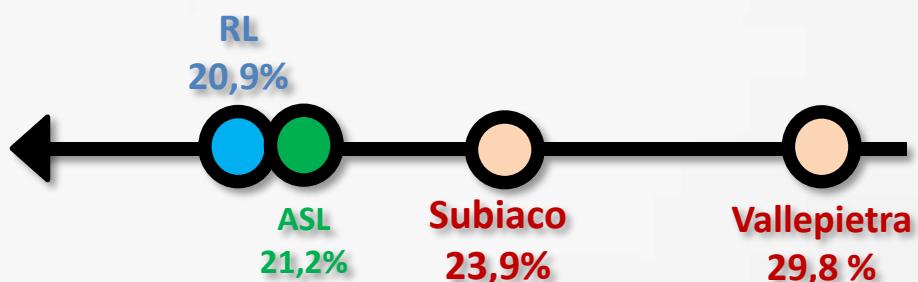
# **INDICATORI STATO DI SALUTE**



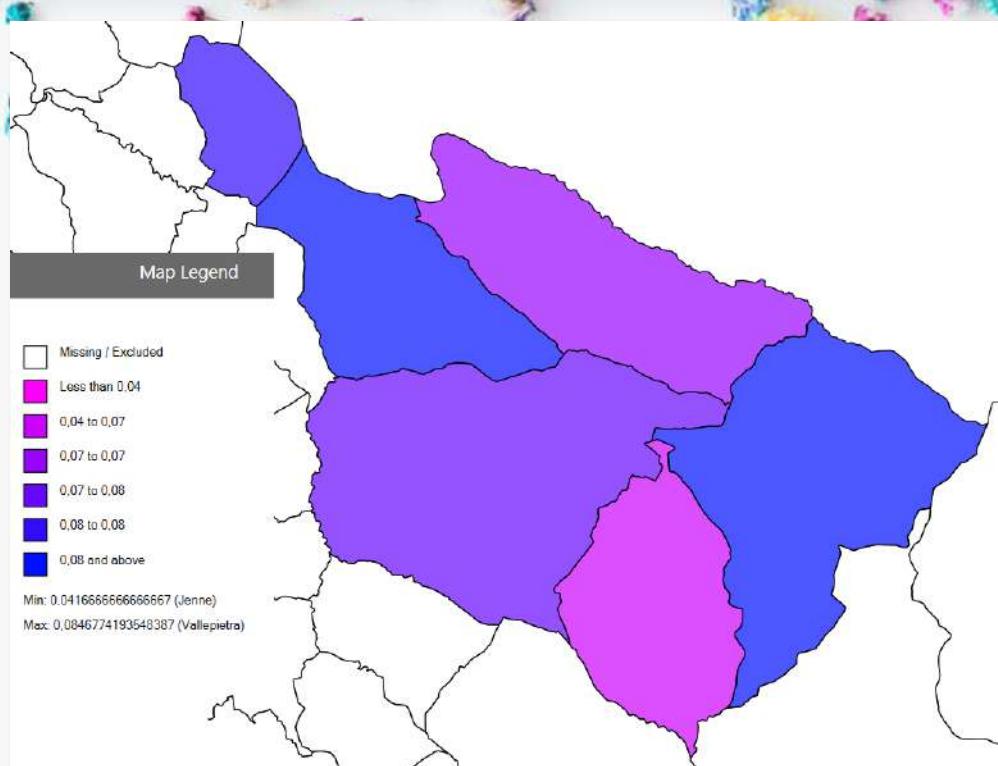
# STATO DI SALUTE



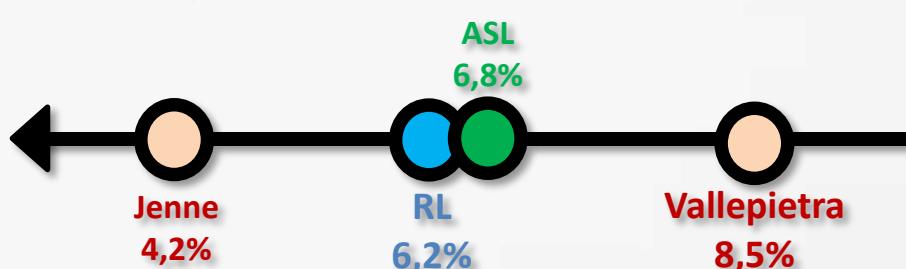
Prevalenza di ipertensione arteriosa  
Tasso grezzo su popolazione residente



# Profili di salute – Indicatori:



Prevalenza di diabete (tipo 1 e 2)  
Tasso grezzo su popolazione residente



## Prevalenza di diabete

Il diabete mellito, in aumento in tutto il mondo, è una condizione a forte impatto sullo stato di salute della popolazione, con un carico assistenziale rilevante e costi stimati pari, in Italia, al 6,65% della spesa sanitaria. Mentre il diabete di tipo 1, a genesi autoimmune, colpisce prevalentemente i giovani, il tipo 2, tipico dell'età adulta, è molto più diffuso ed è frequentemente presente insieme a sovrappeso, sedentarietà, dislipidemia e ipertensione, e correlato con fattori socio-economici. Il diabete di tipo 2 può essere in parte prevenuto e controllato con l'attività fisica e una dieta adeguata.

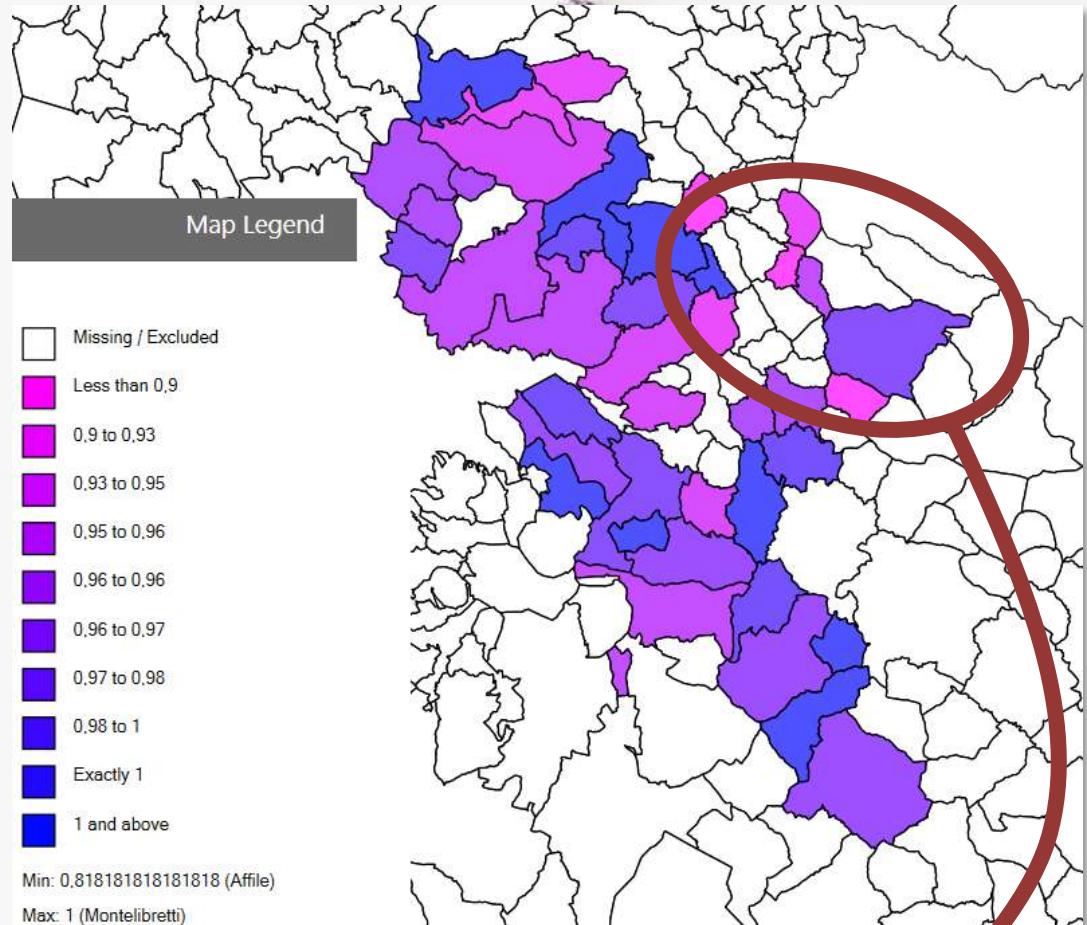
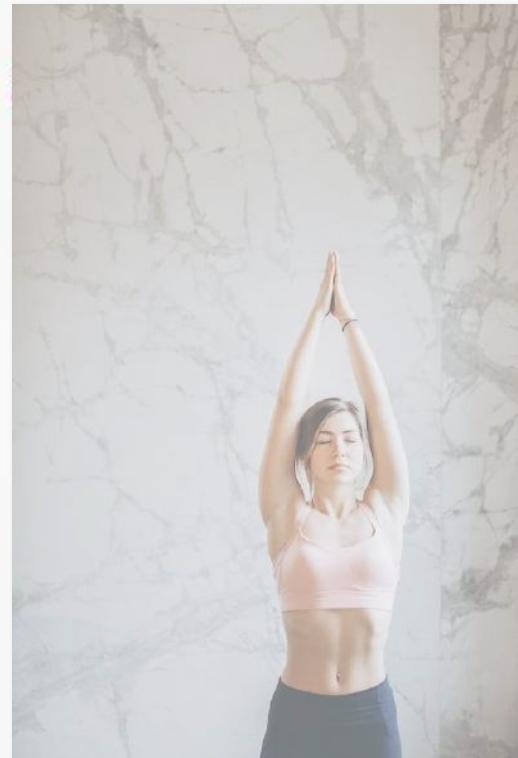
Nel triennio 2007-09, l'8% degli intervistati (40-69 anni) ha dichiarato di avere il diabete. La proporzione è in linea con le stime di altre fonti informative.

La prevalenza è significativamente più alta negli uomini, 9% vs 7% nelle donne, nelle persone con età compresa tra 50 e 69 anni (11%) rispetto a quelle più giovani (3%), nelle persone con bassa istruzione (11% vs 5%) e in quelle che dichiarano molte difficoltà economiche (9% vs 6%). Ha il diabete il 17% degli obesi contro il 4% dei normopeso e il 10% dei sedentari rispetto al 7% delle persone che svolgono almeno qualche attività fisica; è, inoltre, presente un gradiente territoriale (Nord 6%, Centro 8%, Sud 10%).

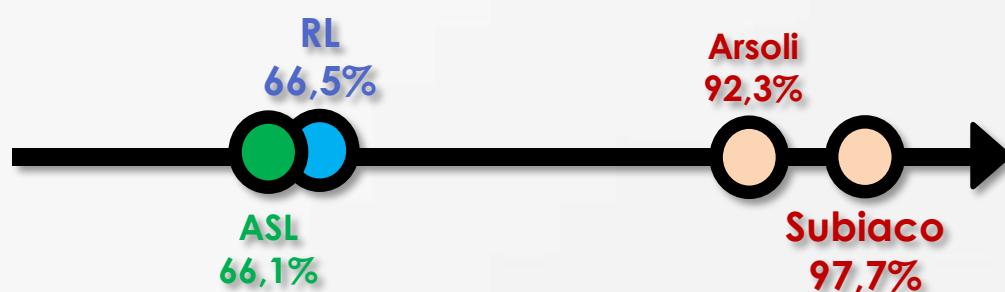
I determinati socio-economici si confermano fattori di rischio significativi per il diabete, patologia con un carico assistenziale e una ricaduta economica importanti per il sistema sanitario.

Per stimare la prevalenza di adulti che riferiscono una diagnosi di diabete; per contribuire a delineare il quadro informativo necessario per programmare, attuare e valutare appropriati interventi preventivi e per contribuire a ridurre i rischi per la salute associati alla patologia.

# Profili di salute – Indicatori:



Adulti 18-69 anni che si dichiarano in  
buono stato di salute  
Sorveglianza PASSI

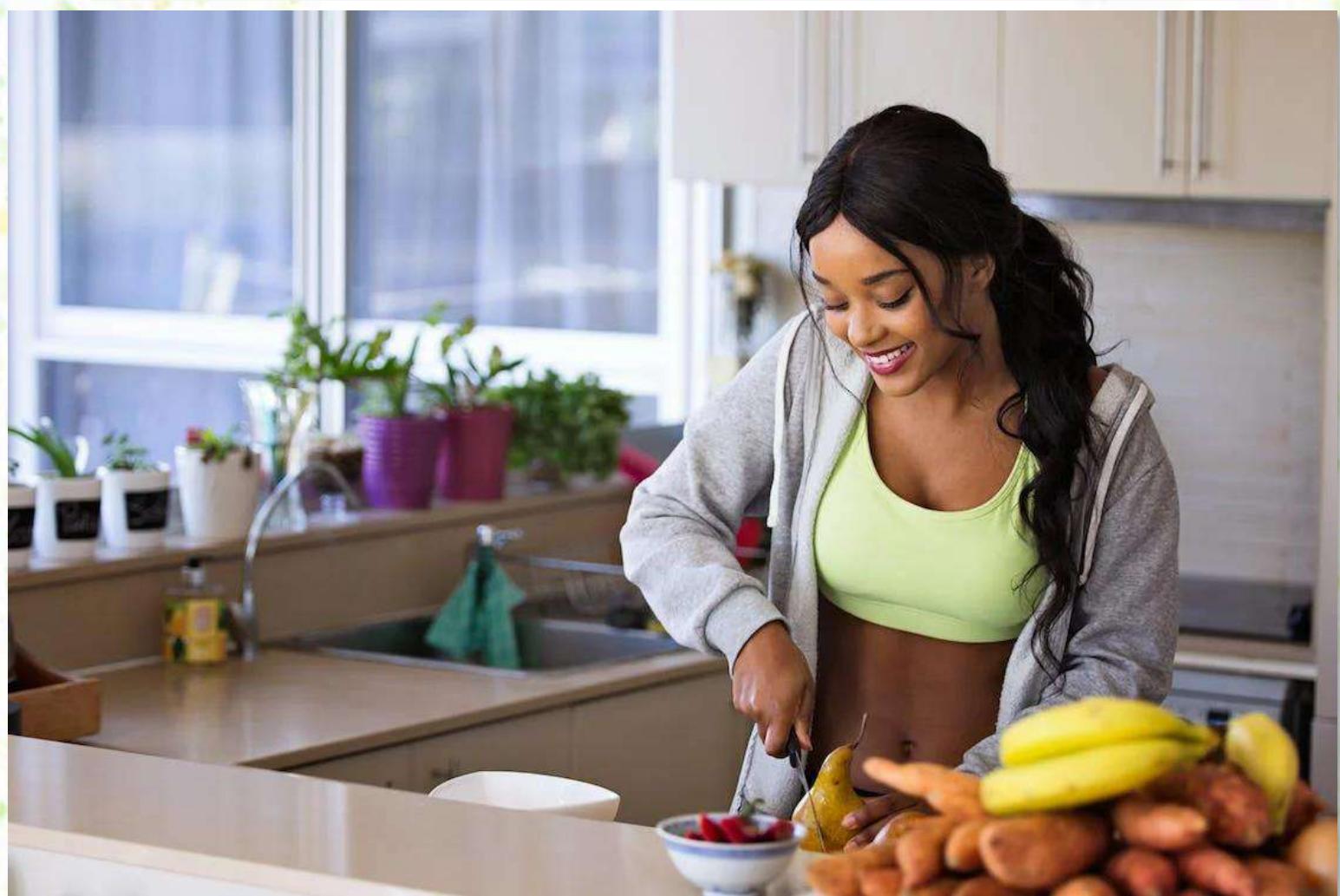


## Adulti 18-69 anni che si dichiarano in Buono stato di salute

La "qualità della vita relativa alla salute" è una valutazione soggettiva globale dello stato di salute che include il benessere fisico e mentale, e diversi fattori ad esso correlati tra cui: le condizioni e i comportamenti associati alla salute (come ipertensione, fumo, sedentarietà), lo stato funzionale, lo stato socio-economico e il grado di integrazione sociale. Nella maggior parte dei Paesi europei sono condotte regolarmente indagini in cui è presente una domanda sulla salute percepita, che è una delle misure della qualità della vita. Sebbene i confronti tra Paesi possano risultare di difficile interpretazione per l'influenza di fattori socio-culturali e altri limiti, è stato rilevato che la maggioranza della popolazione adulta in Europa si sente in buona salute, con le performance migliori in Irlanda, Svezia e Svizzera ( $\approx 80\%$ ), performance vicine alla media europea (67%) per Paesi come Francia, Germania e Italia, e valori inferiori al 60% nei Paesi dell'Europa orientale e in Portogallo. In tutta Europa, gli uomini hanno un migliore stato di salute percepito rispetto alle donne, i giovani migliore delle persone in età più avanzata, gli occupati uno stato di salute migliore delle persone senza lavoro. La gran parte della popolazione adulta italiana (circa 7 persone su 10) giudica positivo il proprio stato di salute, dichiarando di sentirsi bene o molto bene. Una piccola percentuale di persone (circa il 3%) riferisce di sentirsi male o molto male; la restante parte degli intervistati dichiara di sentirsi "discretamente". Sono più soddisfatti della propria salute i giovani, gli uomini, le persone con un livello socio-economico più elevato, per istruzione o condizioni economiche, i cittadini stranieri rispetto agli italiani e chi è libero da condizioni patologiche severe fra quelle indagate da Passi. Vi è un gradiente geografico a sfavore dei residenti nelle Regioni meridionali, fra i quali è mediamente minore la quota di coloro che dichiarano di essere in buona salute con qualche eccezione (Abruzzo e Puglia). Dal 2008 aumenta in modo statisticamente significativo la quota di persone che si dichiarano in buona salute, ovunque nel Paese.

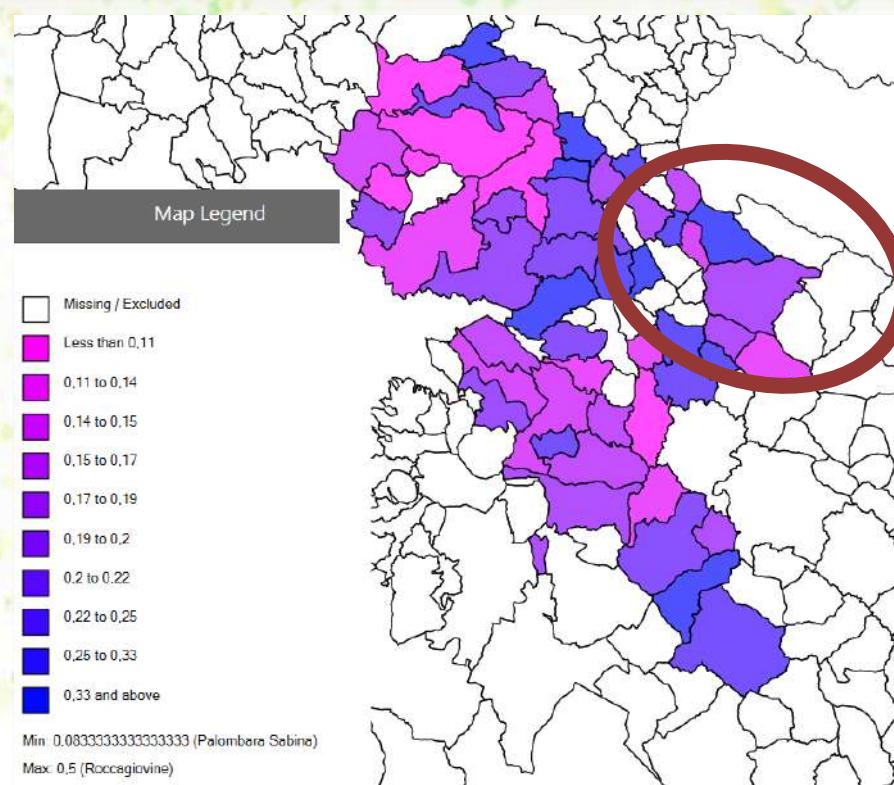
Si tratta di un indicatore basato su un giudizio soggettivo che può includere quindi aspetti che è difficile rilevare oggettivamente, ad esempio l'integrazione sociale, le risorse fisiologiche e psicologiche, o la reazione della persona all'eventuale presenza di una malattia.

## INDICATORI STILI DI VITA





# Profili di salute – Indicatori:



Adulti 18-69 anni che consumano almeno 5 porzioni  
di frutta e/o verdura  
Sorveglianza PASSI



## Adulti 18-69 anni che consumano almeno 5 porzioni di frutta e/o verdura

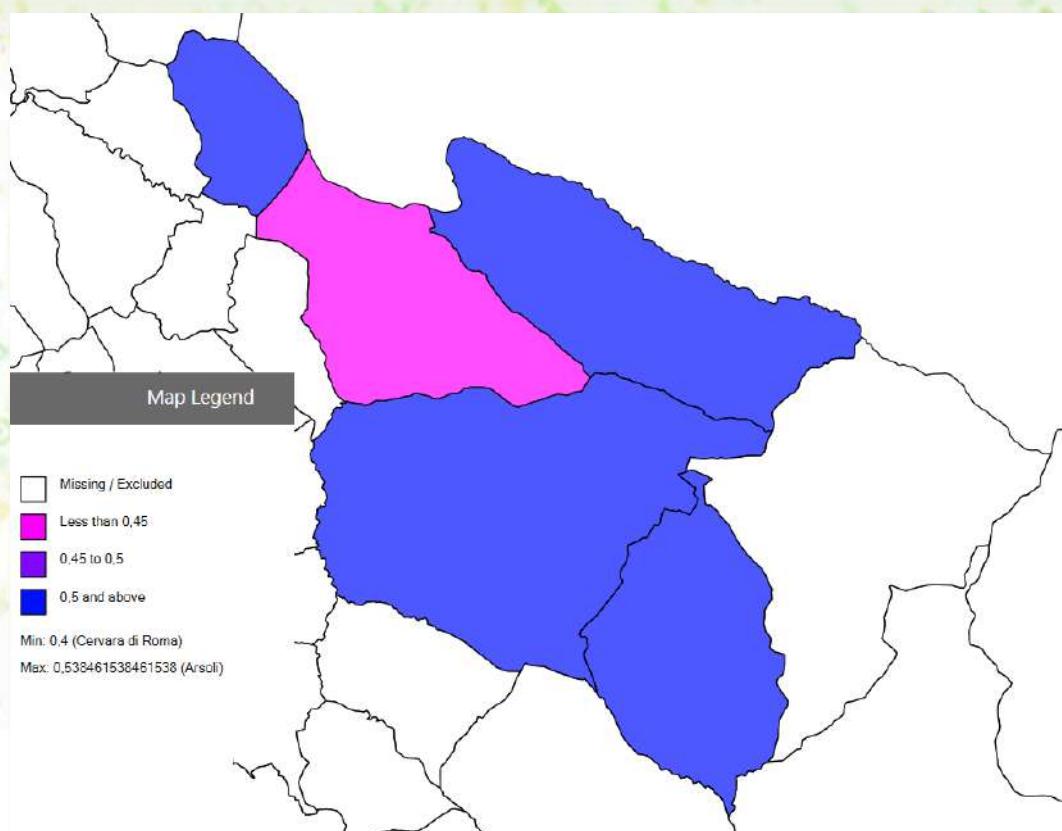
Adequate quantità di frutta e verdura, oltre a proteggere da malattie cardiovascolari, neoplastiche e respiratorie (asma e bronchiti), assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici), sostanze protettive antiossidanti e consentono di ridurre l'apporto calorico della dieta, grazie al fatto che questi alimenti danno una sensazione di sazietà. L'Organizzazione mondiale della sanità stima che a livello globale circa 16 milioni anni di vita aggiustati per disabilità e 1,7 milioni di morti sono attribuibili allo scarso consumo di frutta e verdura. Inoltre si stima che il 14% dei decessi per cancro al tratto gastro-intestinale, circa l'11% dei morti per malattie ischemiche del cuore e il 9% dei morti per ictus sono da attribuire allo scarso consumo di frutta e verdura. La soglia di 400 grammi di frutta e verdura al giorno (escluse le patate e altri tuberi amidacei), corrispondente a circa cinque porzioni (five-a-day), è la quantità minima consigliata dall'Oms per essere efficace nella prevenzione delle malattie croniche (malattie cardiache, cancro, diabete, obesità).

Una porzione di frutta e verdura corrisponde quindi a circa 80 grammi la quantità che sta in una mano oppure in mezzo piatto nel caso di verdure cotte.

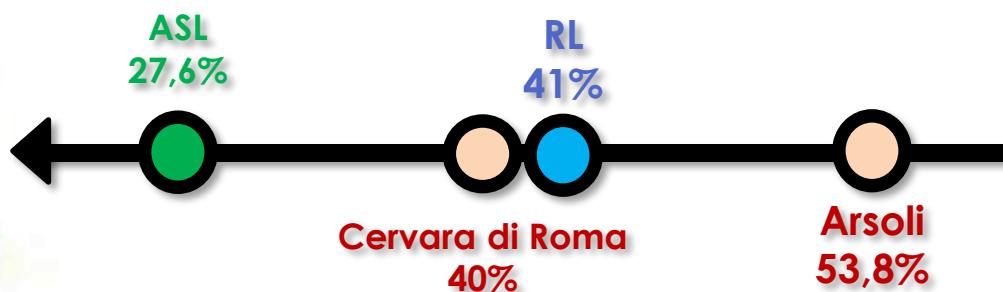
I dati della sorveglianza Passi <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/frutta.asp> indicano che nella regione Lazio il consumo di cinque porzioni di frutta e verdura è simile rispetto il dato nazionale (9.3% contro il 10%) mentre è di poco migliore per il consumo di 3/4 porzioni al giorno.

La sorveglianza Passi si caratterizza come una sorveglianza in sanità pubblica che raccoglie, in continuo e 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. Le persone che hanno un regime alimentare ricco di frutta e verdura hanno un ridotto rischio di malattie croniche, tra cui l'ictus, altre patologie cardiovascolari, alcun tipi di tumori, malattie respiratorie, ecc. Le linee guida per una sana alimentazione italiana raccomandano di consumare almeno 5 porzioni al giorno di frutta, insalata e ortaggi.

# Profili di salute – Indicatori:



Adulti 18-69 anni in sovrappeso/obesità  
Sorveglianza PASSI



## Adulti 18-69 anni in sovrappeso/obesità

La situazione nutrizionale e le abitudini alimentari hanno un impatto considerevole sulla salute di una popolazione. Un'alimentazione ipercalorica e sbilanciata e il conseguente eccesso di peso favoriscono l'insorgenza di numerose patologie e aggravano le patologie preesistenti, riducendo la durata della vita e peggiorandone la qualità.

L'Oms stima che a livello globale circa 3,4 milioni di adulti muoiono all'anno per cause correlate all'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità). Si stima che il 44% dei casi di diabete, il 23% delle malattie ischemiche del cuore e tra il 7% e il 41% di alcune forme di cancro sono attribuibili all'eccesso ponderale.

Per quanto riguarda i tumori il World Cancer Research Fund International (Wcri) documenta la relazione causale tra eccesso ponderale e 7 forme di cancro: esofago, pancreas, colecisti, colon-retto, mammella (post-menopausa), endometrio e rene.

L'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse) ha stimato che una persona gravemente obesa perde in media 8-10 anni di vita, quanto un fumatore. Ogni 15 kg di peso in eccesso il rischio di morte prematura aumenta del 30%. Bambini con almeno un genitore obeso hanno una probabilità 3-4 volte maggiore di essere obesi: la causa è in parte genetica (rendendo gli individui ancora più vulnerabili in un contesto obesogenico) e in gran parte è dovuta al fatto che i bambini acquisiscono gli stili di vita dei genitori (dieta poco salutare e vita sedentaria).

In Italia l'eccesso ponderale è il quarto fattore più importante per la morte prematura e gli anni vissuti in disabilità.

Nella sorveglianza di popolazione le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (IMC oppure Body Mass Index - BMI), calcolato dividendo il peso (in kg) per la statura (in m) al quadrato.

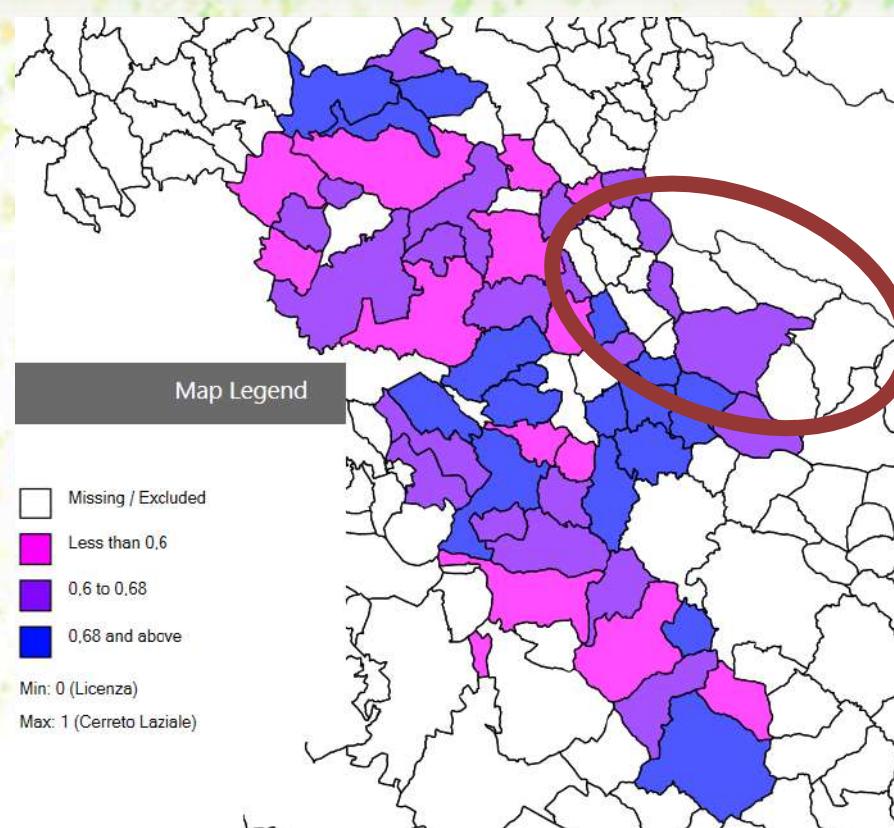
Il BMI è rappresentato in 4 categorie:

- sottopeso (< 18,5)
- normopeso (18,5-24,9)
- sovrappeso (25-29,9)
- obeso ( $\geq$  30)

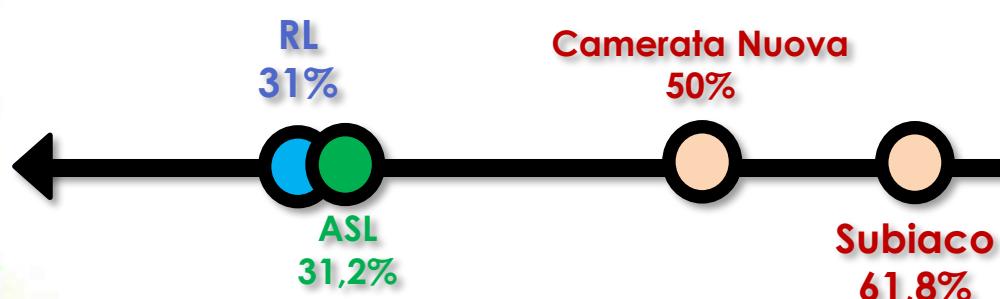
Lo studio della sorveglianza <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso.asp> indica che nella regione Lazio gli adulti in sovrappeso/obesità sono il 31.9% , valore simile a quello nazionale che è di 31.7%.

Essere in sovrappeso o, ancor più, obesi aumenta il rischio di molteplici patologie croniche, tra cui l'infarto del miocardio, l'ictus, l'ipertensione, il diabete mellito, l'osteoartrosi, e alcune tipologie di tumori. Un'adeguata attività fisica per quantità, intensità e durata e un basso apporto calorico possono ridurre l'IMC.

# Profilo di salute – Indicatori:



# Adulti 18-69 anni fumatori Sorveglianza PASSI

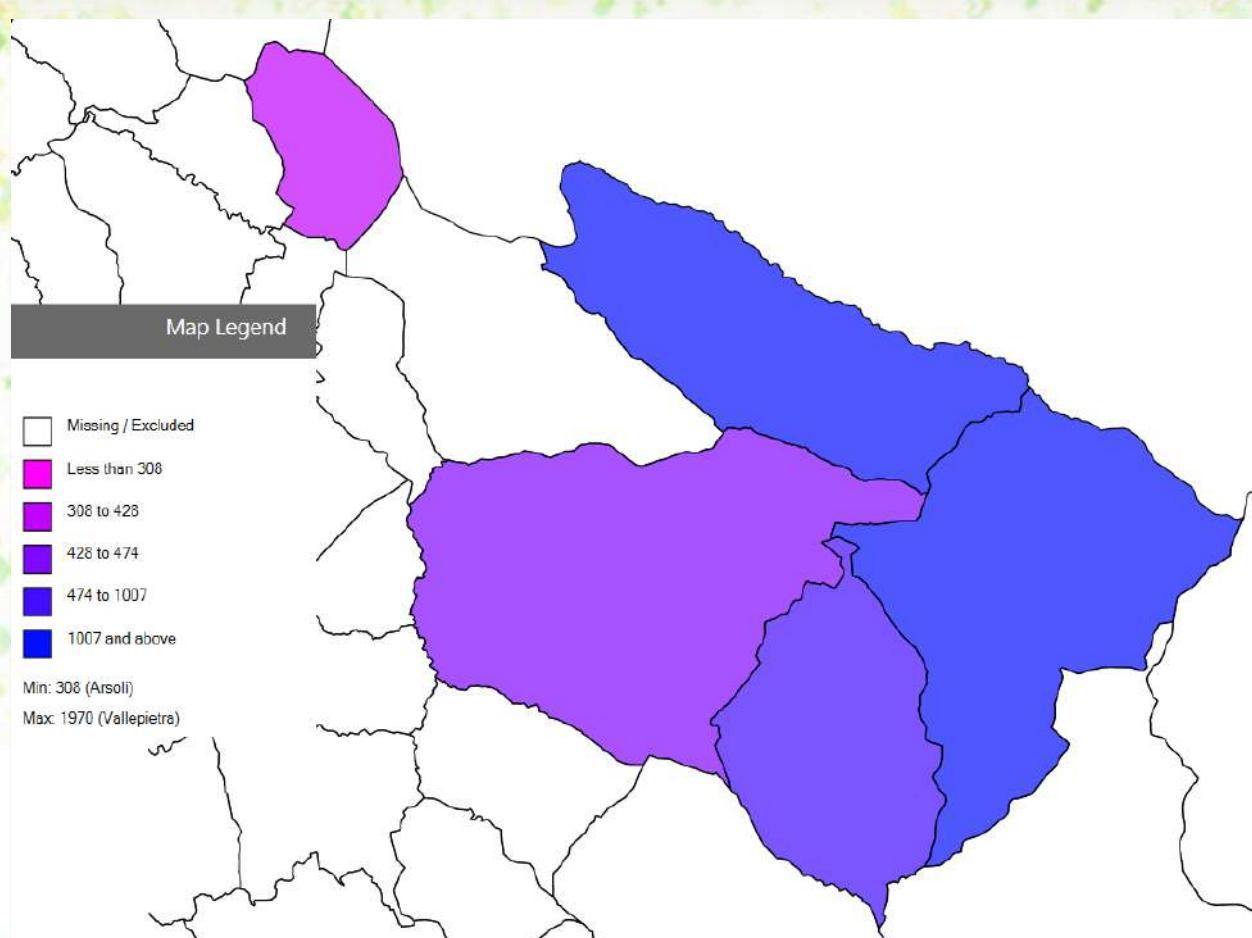


## Adulti 18-69 anni fumatori

Il fumo di tabacco, oggi in Italia, costituisce la prima causa evitabile di morte prematura. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, basandosi sui dati del 2004, ha stimato che nella popolazione di 30 anni e più, il fumo provoca oltre 80.000 decessi all'anno: il 24% di tutti i decessi tra gli uomini e il 7% dei decessi tra le donne. Esistono diversi metodi per effettuare tale stima e, a seconda del metodo applicato, in Italia si ottengono risultati variabili fra i 70 e gli 85 mila decessi all'anno, con oltre un milione di anni di vita potenziale persi. In Italia, la maggioranza degli adulti 18-69enni non fuma (56%) o ha smesso di fumare (18%), ma un italiano su 4 fuma (26%). Il fumo di sigaretta è più frequente fra le classi socioeconomiche più svantaggiate (meno istruiti e/o con maggiori difficoltà economiche) e negli uomini. Il consumo medio giornaliero è di circa 12 sigarette, tuttavia un quarto dei fumatori ne consuma più di un pacchetto. La variabilità regionale mostra in testa alla classifica delle Regioni con le più alte quote di fumatori alcune del Centro-Sud, in particolare Umbria, Abruzzo, Lazio, Sicilia e Campania. Anche in Emilia-Romagna la prevalenza di fumo resta elevata. Dal 2008, la percentuale di fumatori va riducendosi significativamente in tutto il territorio italiano. Questa riduzione interessa in particolar modo le classi sociali più agiate (senza difficoltà economiche) e meno le persone economicamente più svantaggiate, fra le quali è più alta la quota di fumatori. La quota di ex fumatori cresce all'avanzare dell'età, è maggiore fra le persone senza difficoltà economiche, fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri e fra i residenti nelle Regioni settentrionali; ma la quota più alta di ex fumatori è tra i residenti della Sardegna. Ancora troppo bassa l'attenzione degli operatori al fumo: solo 1 fumatore su 2 riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da un medico o da un operatore sanitario.

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura. A seconda del metodo usato, si stima che fra i 70 e gli 80 mila decessi all'anno, in Italia, siano attribuibili all'abitudine al fumo con oltre un milione di anni di vita potenziale persi.

# Profili di salute – Indicatori:



# Dipendenza gioco d'azzardo



## Dipendenza gioco d'azzardo

Novantacinque miliardi di euro: è la cifra spesa nel 2016 dagli italiani nel gioco. Ben oltre la metà di questi 95 miliardi, più di 49 miliardi, sono stati giocati su Awp e Vlt. Il numero degli apparecchi attivi sul territorio è di oltre 400mila, così divisi: 354.905 slot e 54.262 vlt.

È la Lombardia a guidare la classifica nazionale delle regioni italiane che nel 2016 hanno giocato di più in assoluto su Slot e video lottery, seguita da Lazio, Veneto, Emilia Romagna, Campania, Piemonte, Toscana, Puglia, Sicilia, Liguria.

Nella regione Lazio ammontano a 5 miliardi e quasi 125 milioni i soldi giocati tra slot e Vlt (ripartiti quasi equamente tra i due tipi di apparecchi) su una popolazione che sfiora i 6 milioni di abitanti (5.898.124) e che può giocare su 40.609 apparecchi (33.649 slot e 6.960 Vlt).

Nel 2016 il 71,6 per cento delle vincite è tornato nelle tasche dei giocatori, che però continuano a giocare alimentando un circolo vizioso. Il resto degli incassi, pari a oltre il 28 per cento (28,3%) va allo Stato (17,5% contro il 13% del 2015), agli esercenti (6%), ai gestori (4,3%) e ai concessionari (0,5%). Nel 2016, il settore dei giochi ha garantito entrate erariali intorno ai 10,5 miliardi, di cui 5,8 miliardi dai soli apparecchi.

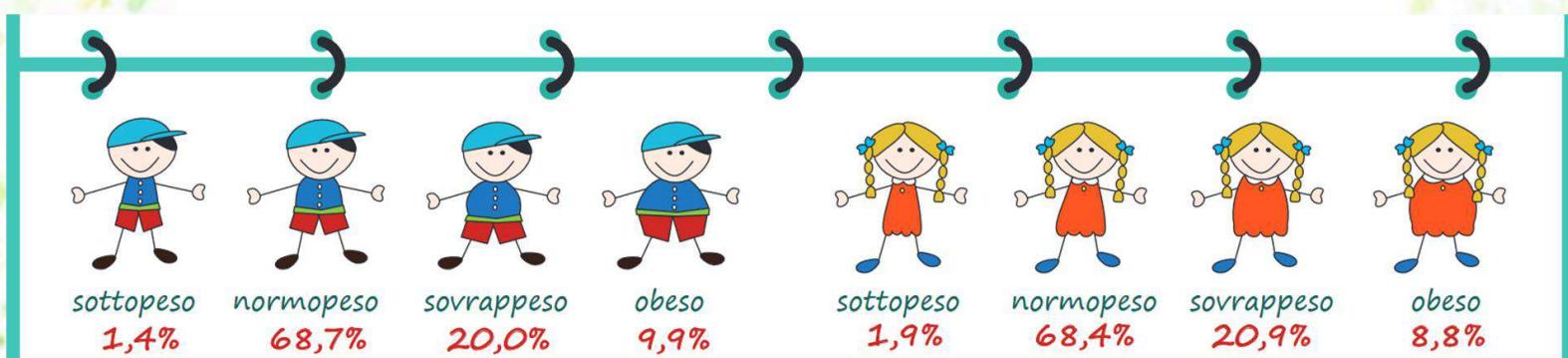
Quanti siano gli italiani malati di gioco d'azzardo patologico è una delle stime più difficili da fare. I dati oscillano tra 1,5 e oltre il 3 per cento di giocatori problematici e circa il 2 per cento di giocatori patologici (pari a oltre un milione di persone). Ma potrebbero essere molti di più i ludopatici impigliati nelle maglie del sommerso.

L'aspetto sociale più significativo è che le richieste d'aiuto arrivano dai familiari, in particolare i figli chiamano per i genitori e i nipoti per i nonni. Il gioco d'azzardo tocca in particolare gli anziani.

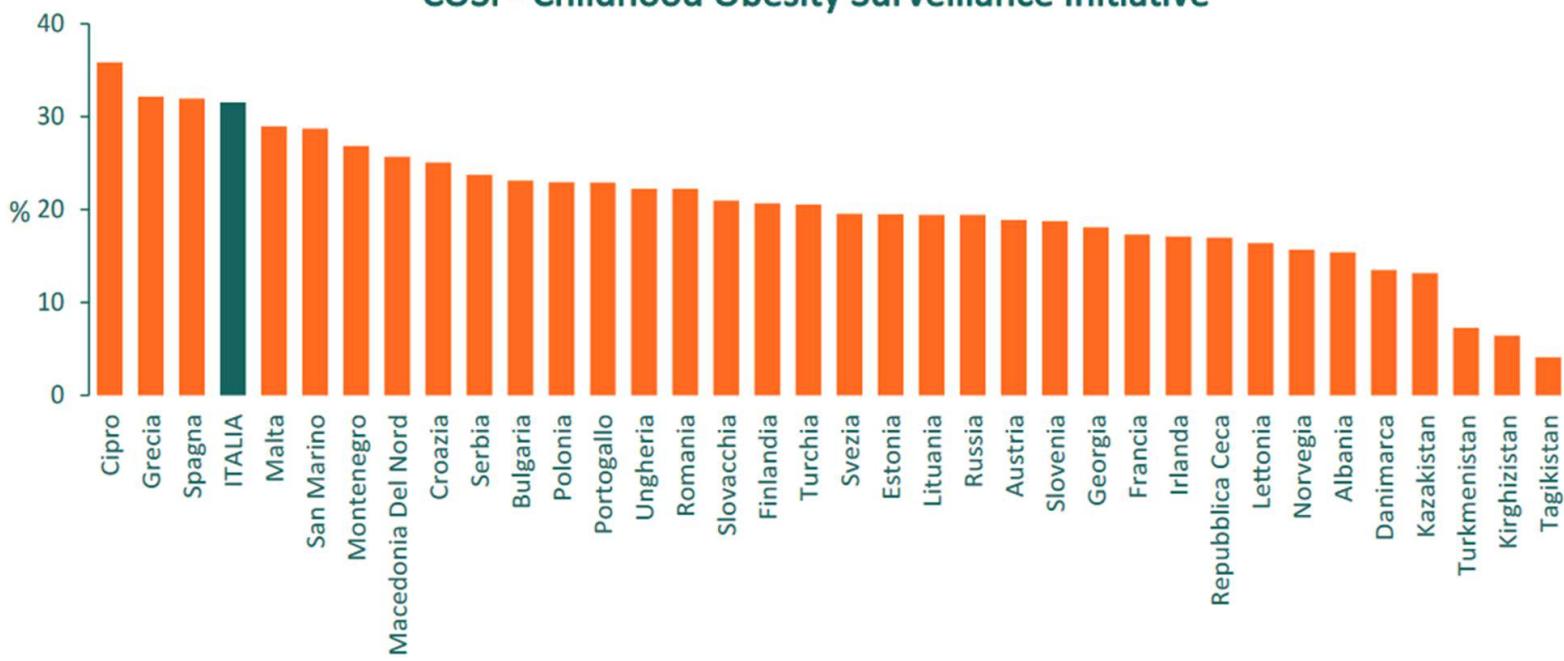
# Profili di salute – Indicatori:



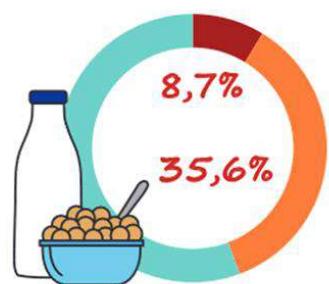
Sistema di sorveglianza OKKIO alla SALUTE sul sovrappeso e l'obesità e i fattori di rischio correlati nei bambini delle scuole primarie (6-10 anni). Obiettivo principale è descrivere la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, delle abitudini alimentari, dei livelli di attività fisica svolta dai bambini e delle attività scolastiche favorenti la sana nutrizione e l'esercizio fisico.



COSI - Childhood Obesity Surveillance Initiative

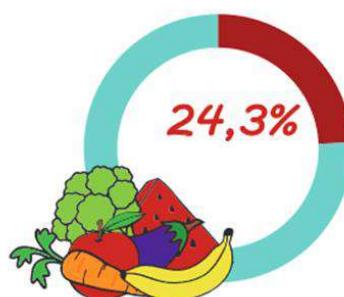


# STILI DI VITA



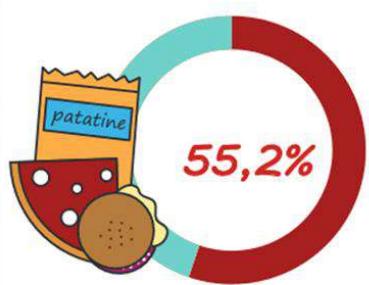
## colazione

Non fa colazione quotidianamente l'8,7% dei bambini.  
Fa una colazione non adeguata, ossia sbilanciata in termini di carboidrati e proteine, il 35,6% dei bambini.

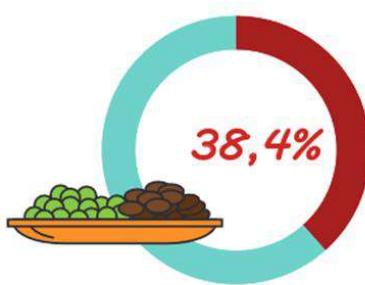


## consumo non quotidiano di frutta e/o verdura

Il 24,3% consuma frutta e/o verdura meno di una volta al giorno.

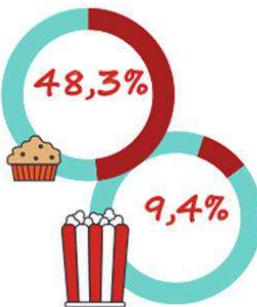
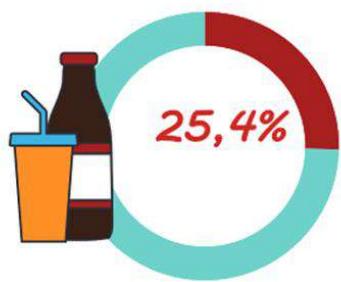


Il 55,2% dei bambini consuma una merenda di metà mattina abbondante e di conseguenza non adeguata.



## consumo quotidiano di bevande zuccherate/gassate

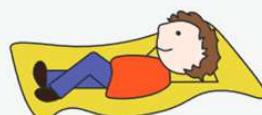
Il 25,4% consuma quotidianamente bibite zuccherate/gassate.



## ATTIVITÀ FISICA

Il 20,3% dei bambini non ha svolto attività fisica il giorno precedente l'indagine.

20,3%



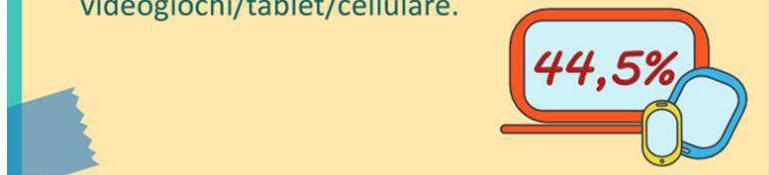
Il 73,6% dei bambini non si reca a scuola a piedi o in bicicletta.



## SEDENTARIETÀ

Il 43,5% dei bambini ha la TV nella propria camera da letto.

Il 44,5% dei bambini trascorre più di 2 ore al giorno davanti a TV e/o videogiochi/tablet/cellulare.

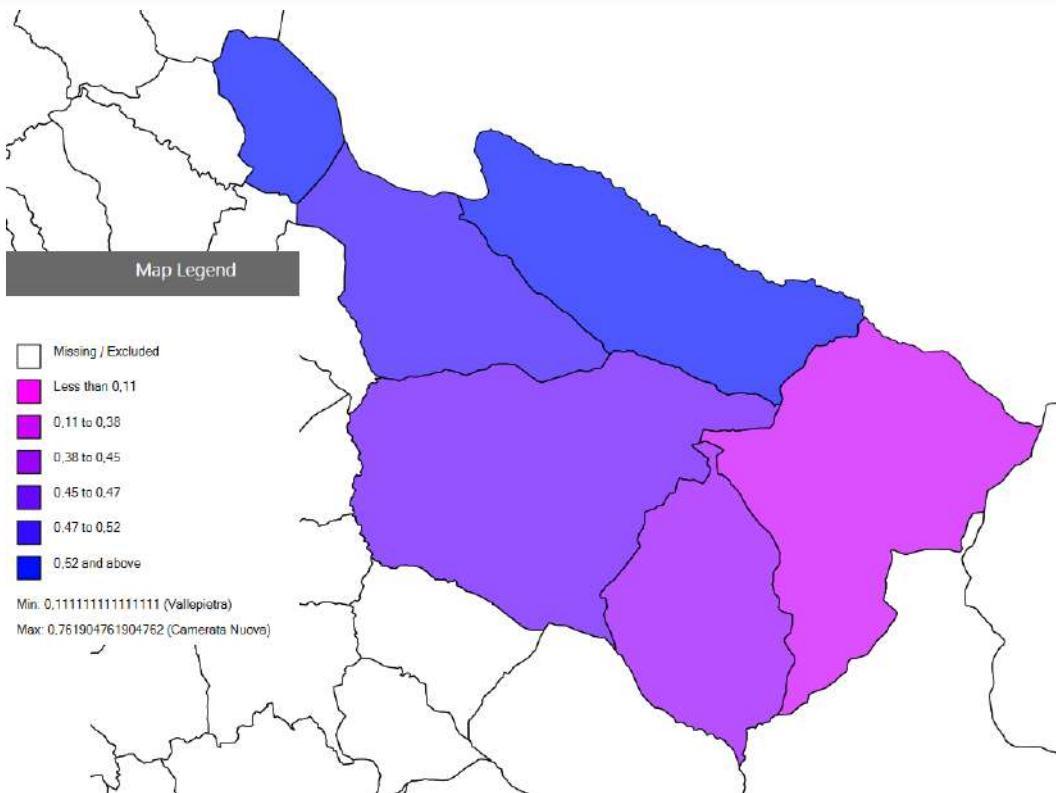


# INDICATORI ADESIONE ALLE STRATEGIE SANITARIE

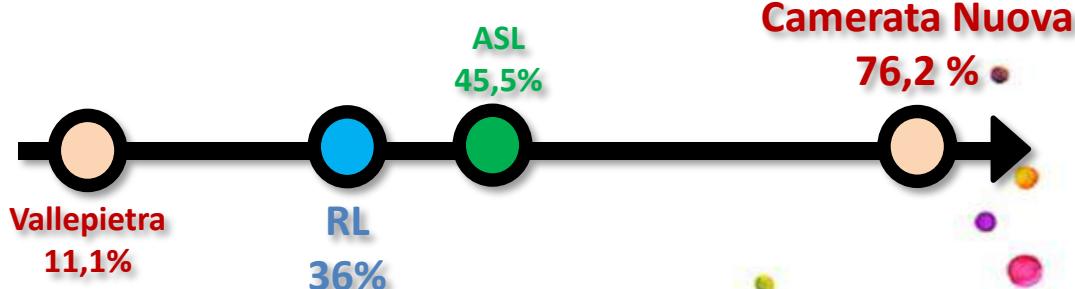


# ADESIONE ALLE STRATEGIE SANITARIE

# Profili di salute – Indicatori:



**Adesione screening mammografico 2021**  
Rapporto tra invitati e rispondenti nella popolazione  
target 50-69 anni



## Adesione screening mammografico

Il carcinoma mammario rappresenta la prima causa di morte per tumore nelle donne, con oltre 12.000 decessi annuali (fonte ISTAT).

È la prima causa di morte nelle diverse età della vita, rappresentando il 29% delle cause di morte oncologica prima dei 50 anni, il 21% tra i 50 e i 69 anni e il 14% dopo i 70 anni.

Si stima che nel 2018 verranno diagnosticati in Italia circa 52.800 nuovi casi di carcinomi della mammella femminile. Non considerando i carcinomi cutanei, il carcinoma mammario è la neoplasia più diagnosticata nelle donne, in cui circa un tumore maligno ogni tre (29%) è un tumore mammario.

Le donne sopra i 50 anni d'età hanno un maggior rischio di sviluppare un tumore mammario.

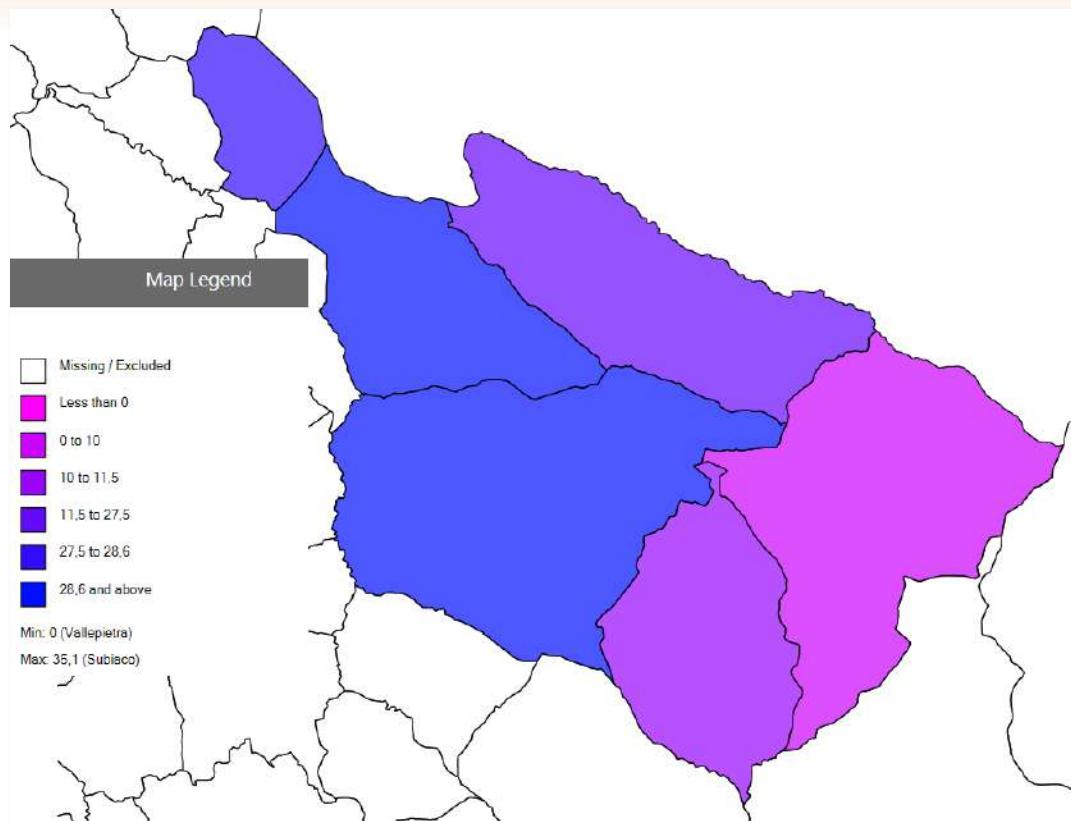
Sono stati identificati altri fattori di rischio legati a fattori riproduttivi (menarca precoce e una menopausa tardiva; nulliparità, una prima gravidanza a termine dopo i 30 anni, il mancato allattamento al seno), fattori ormonali (terapia ormonale sostitutiva assunta durante la menopausa), fattori dietetici e metabolici (elevato consumo di alcool e di grassi animali e basso consumo di fibre vegetali), pregressa radioterapia (a livello toracico e specialmente se prima dei 30 anni d'età) e precedenti displasie o neoplasie mammarie. Inoltre, il 5%-7% dei tumori mammari risulta essere legato a fattori ereditari, 1/4 dei quali determinati dalla mutazione di due geni, BRCA 1 e/o BRCA 2.

Le differenze tra macro-aree osservate nel periodo 2010-2014, che confermano una maggiore incidenza al Nord (162,9 casi/100.000 donne) rispetto al Centro (141,5 casi/100.000 donne) e al Sud-Isole (127,1 casi/100.000 donne), esprimono la somma dei diversi fattori in gioco, dalla diversa diffusione dello screening mammografico alle disomogeneità nella presenza dei fattori di rischio precedentemente indicati.

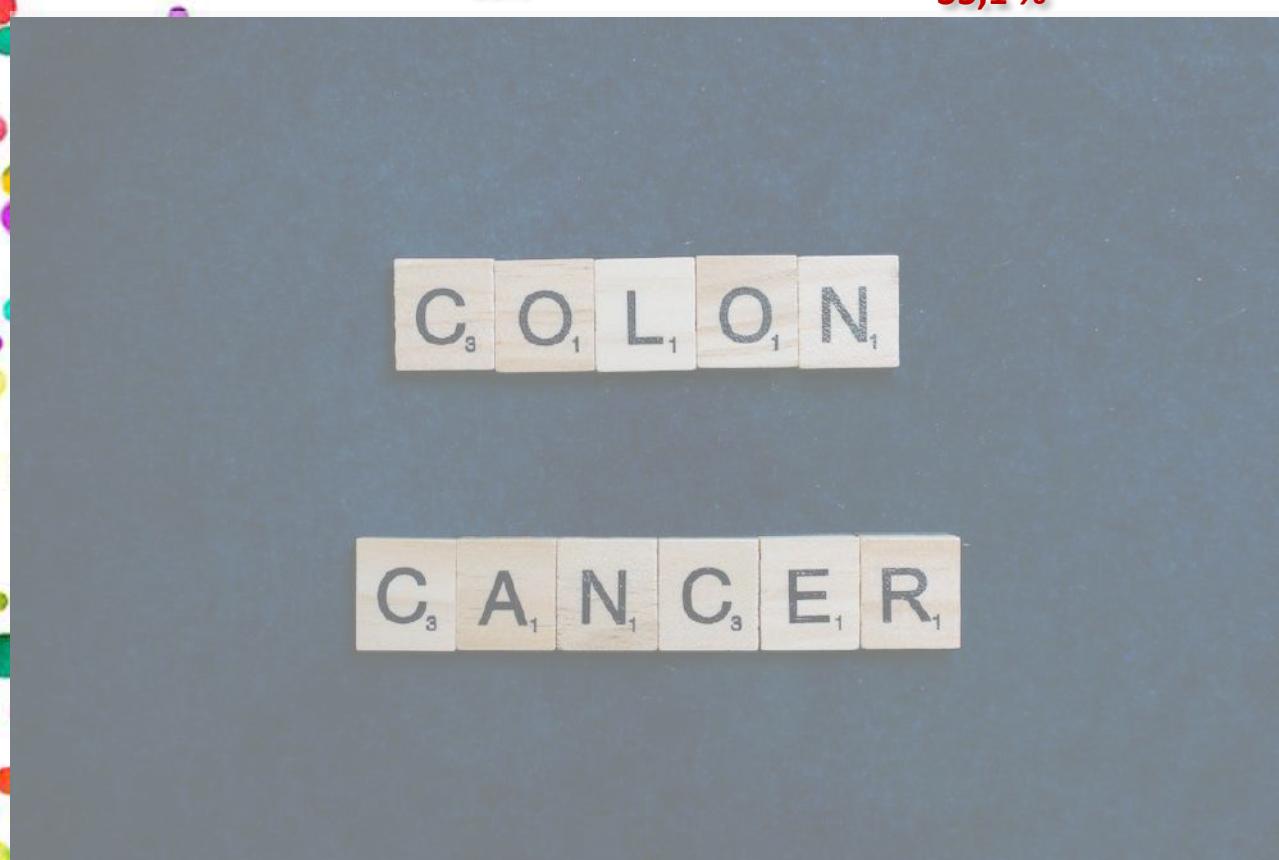
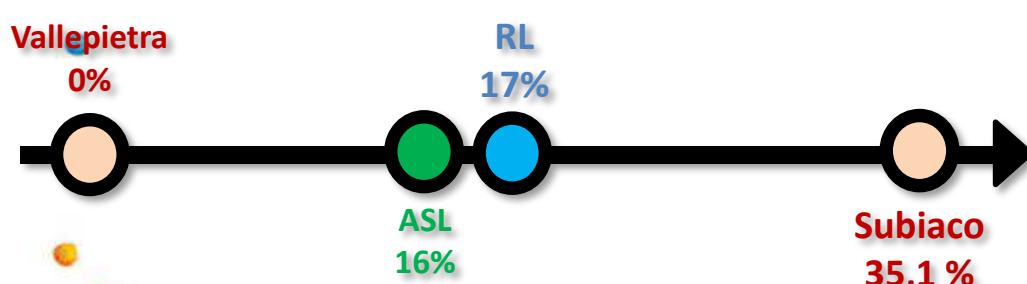
Nelle donne senza segni e/o sintomi di tumore mammario, una diagnosi precoce di carcinoma mammario in uno stadio iniziale di malattia, quando il trattamento può essere più efficace e molto elevata la possibilità di ottenere guarigioni, può essere ottenuta con una Rx-mammografia. Numerosi studi hanno dimostrato come lo screening mammografico possa ridurre la mortalità da carcinoma mammario e aumentare le opzioni terapeutiche.

Nei programmi di screening, la mammografia con cadenza biennale è indicata in tutte le donne dai 50 ai 69 anni d'età.

# Profili di salute – Indicatori:



**Adesione screening carcinoma colon-retto 2021**  
Rapporto tra invitati e rispondenti nella popolazione target 50-74 anni



## Adesione screening carcinoma colon-retto

Il tumore del colon retto si trova al secondo posto sia tra gli uomini (15% di tutti i nuovi tumori) sia tra le donne (13%), preceduto rispettivamente dalla prostata e dalla mammella. Nel 2015 sono stati osservati 18.935 decessi per carcinoma del colon-retto (ISTAT), di cui il 53% negli uomini. La sopravvivenza a 5 anni in Italia è pari al 66% per il colon e al 62% per il retto, omogenea tra uomini e donne.

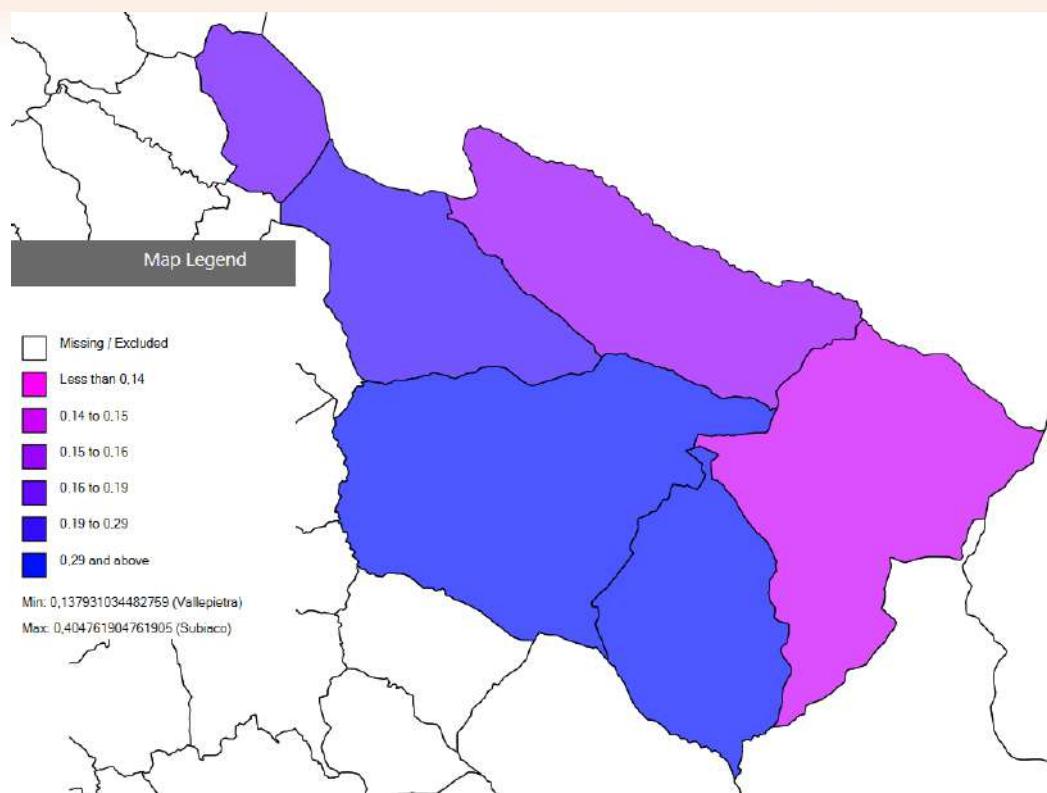
Sono stimate circa 51.000 nuove diagnosi di tumore del colon-retto nel 2018.

Esiste una certa variabilità geografica nell'incidenza del tumore del colon-retto nel nostro paese con un rapporto fra le aree con i tassi più alti e quelle con i più bassi, generalmente quelle dell'Italia meridionale e insulare, intorno a 2 sia fra gli uomini sia fra le donne.

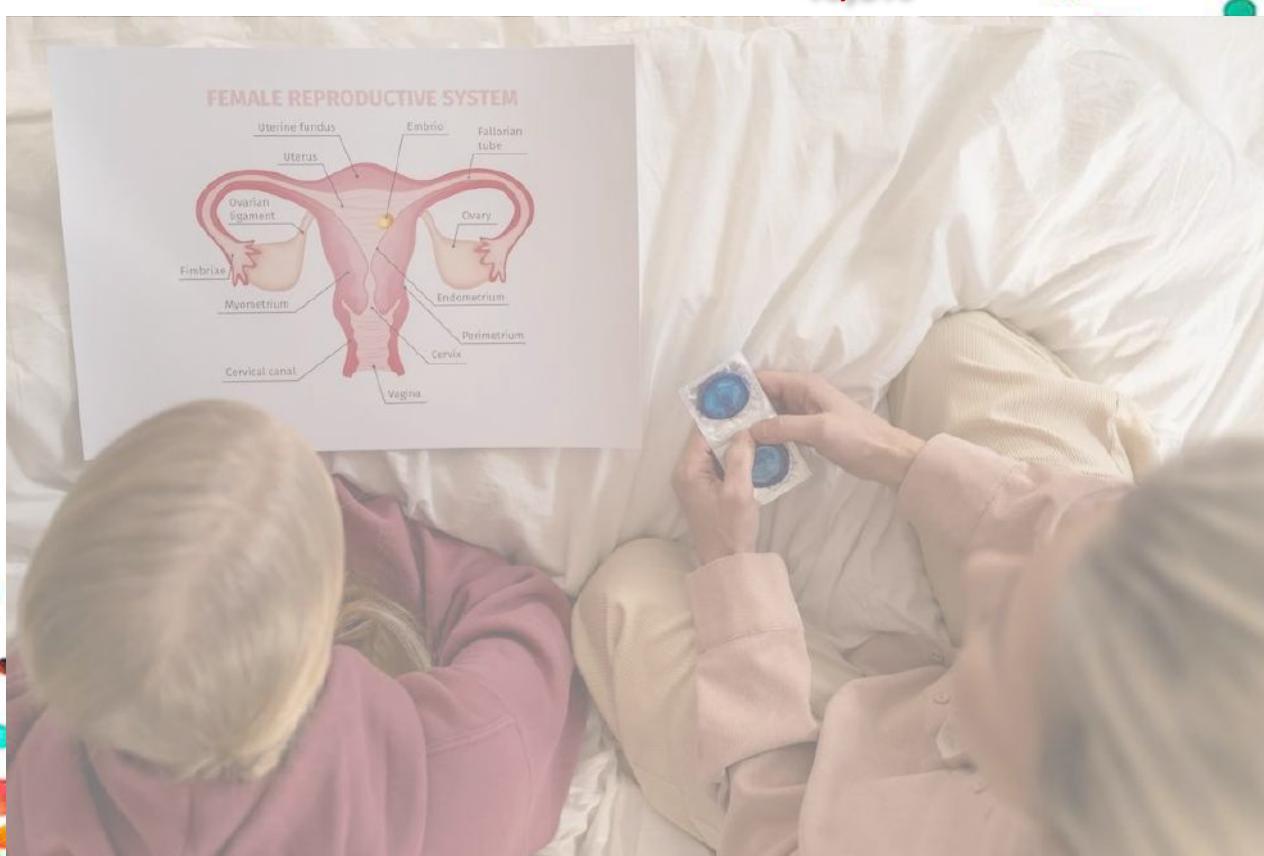
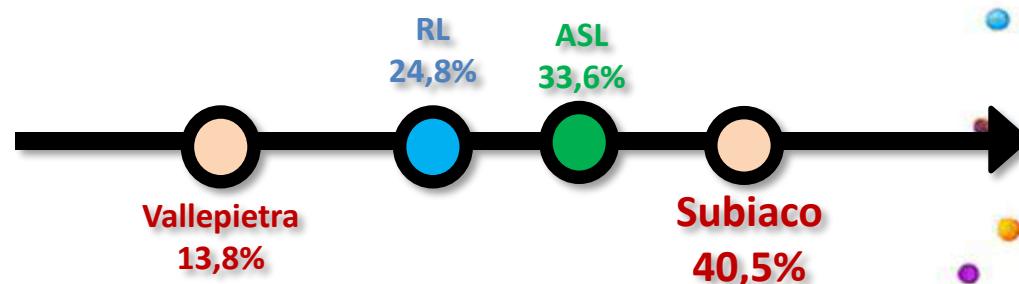
Per quanto riguarda gli andamenti nel tempo, il tumore del colon-retto mostra una tendenza all'aumento dell'incidenza con mortalità in riduzione.

Il carcinoma del colon-retto è tra i tumori a maggiore incidenza nella popolazione italiana ed è al secondo posto tra i tumori come causa di morte sia negli uomini sia nelle donne. Lo screening è in grado di ridurre la mortalità, ed è per questa ragione che il ministero della Salute raccomanda ai servizi sanitari l'esecuzione di screening di popolazione, con l'offerta del test ogni due anni alle persone tra 50 e 69 anni.

# Profili di salute – Indicatori:



**Adesione screening cervice uterina 2021**  
Rapporto tra invitati e rispondenti nella popolazione  
target 30-64 anni



## Adesione screening collo uterino

Il tumore della cervice è più frequente nella fascia giovanile (4% dei casi, quinta neoplasia più frequente) mentre dopo i 50 anni rappresenta complessivamente l'1% dei tumori femminili.

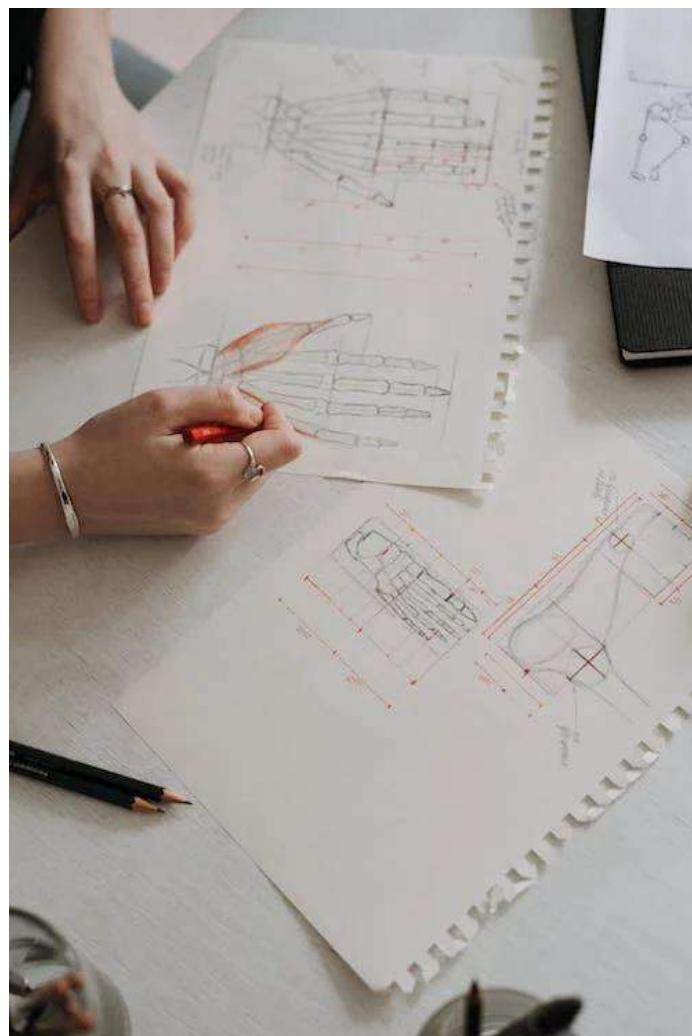
Si stima che il rischio di sviluppare un tumore della cervice uterina nell'arco della vita di una donna sia di 1 su 158.

Il trend di incidenza della cervice uterina appare in lieve riduzione (-0,4%/anno).

L'incidenza presenta gradienti Nord-Sud, con valori leggermente inferiori nel meridione.

La diagnosi precoce rappresenta l'arma più efficace nella prevenzione del carcinoma della cervice uterina. In Italia la diffusione del Pap-test a livello spontaneo, a partire dagli anni '60 e, soprattutto, l'avvio dei programmi di screening organizzato hanno rappresentato i principali fattori di riduzione dell'incidenza e ancor più della mortalità per questa neoplasia.

I programmi di screening regionali hanno invitato nel 2015 il 76% delle donne in età 25-64 anni.



## METADATI

# ANATOMIA DEGLI INDICATORI

# METADATI E DESCRIZIONE INDICATORI

Gli indicatori sono misure sintetiche che puntano a descrivere al meglio un sistema/organizzazione con il numero minore possibile di elementi ci aiutano a capire quel sistema/organizzazione ed a compararlo con altri e a migliorarlo: sono "dati sui dati" che aiutano a comprendere come l'indicatore è definito, come viene misurato e come dovrebbe essere interpretato.

In epidemiologia, i metadati di un indicatore si riferiscono alle informazioni di base che descrivono le caratteristiche e i dettagli fondamentali di un determinato indicatore utilizzato per valutare una situazione di salute o una condizione medica nella popolazione. Gli indicatori epidemiologici sono misure quantitative o qualitative utilizzate per monitorare, valutare e comparare la distribuzione e l'andamento di malattie, fattori di rischio o altri eventi di salute all'interno di una popolazione.

I metadati degli indicatori forniscono informazioni dettagliate e descrittive sugli indicatori utilizzati per valutare lo stato di salute complessivo di un individuo o una popolazione. Questi metadati sono essenziali per comprendere la validità, l'affidabilità e l'interpretazione degli indicatori stessi.

In sintesi, i metadati degli indicatori offrono una comprensione completa e approfondita di cosa rappresentano i dati di un indicatore specifico, come sono stati ottenuti e come dovrebbero essere interpretati nel contesto della salute o di altri domini di interesse. Sono uno strumento fondamentale per garantire l'accuratezza, la coerenza e la comprensione dei dati raccolti e dei risultati derivati da essi.

Svolgono un ruolo cruciale nell'interpretazione corretta dei risultati epidemiologici. Forniscono contesto e trasparenza sulle informazioni che stanno alla base degli indicatori, aiutando gli epidemiologi e i ricercatori a comprenderne la validità, l'affidabilità e l'applicabilità ai contesti specifici.

## Età media

<b>Definizione dell'indicatore</b>	È la media delle età di una popolazione a una certa data espressa in anni e decimi di anno.
<b>Livello rappresentatività</b>	Nazionale, Regionale, Comunale
<b>Periodicità</b>	Annuale, tornata censuaria con cadenza decennale
<b>Giustificazione: cosa vuol misurare</b>	<p>La popolazione è un importante dato che fotografa le caratteristiche strutturali della popolazione italiana e suoi cambiamenti evidenziando anche miglioramenti in termini di qualità della vita e sanità.</p> <p>L'età media della popolazione italiana i 45 anni: al 1 gennaio 2018, il 22,6% della popolazione ha età compiuta superiore o uguale ai 65 anni, il 64,1% ha età compresa tra 15 e 64 anni mentre solo il 13,4% ha meno di 15 anni.</p> <p>Rispetto a 10 anni fa le distanze tra le classi di età più rappresentative si sono ulteriormente allungate. Le persone che prevalentemente sono da ritenersi in età di pensionamento hanno cumulato 2,4 punti percentuali in più rispetto al 2008 mentre, al contrario, le persone prevalentemente in condizione attiva o formativa sono rispettivamente scese di 1,6 e 0,7 punti percentuali.</p>
<b>Giustificazione: Importanza in salute pubblica</b>	<p>La conoscenza dei dati sulla popolazione e dell'età media consente di definire il contesto di base per promuovere la salute della popolazione italiana.</p> <p>Si tratta infatti di dati che per definizione sono raccolti in modo routinario, esaustivo, seguendo procedure standardizzate, codificati in modo preciso, di cui si conosce una serie storica più o meno lunga, confrontabili nel tempo e nello spazio a livello nazionale ed internazionale.</p>
<b>Giustificazione: scopo dell'inclusione</b>	L'età media è un indicatore di tendenza centrale che sintetizza in un unico indice la struttura per età della popolazione. E' da considerarsi un indicatore molto influenzato dai valori estremi della distribuzione e per questo motivo è da utilizzarsi con cautela.
<b>Interpretazione: cosa significa un alto o basso livello</b>	Spine chart associata. Se il pallino è a sinistra la popolazione ha un'età media minore e viceversa se è a destra.

# METADATI E DESCRIZIONE INDICATORI

## SPECIFICHE DELL'INDICATORE ETA' MEDIA

Variabile	Rapporto tra la somma delle età di tutti gli individui residenti nella regione/ASL /comune e il numero dei residenti totali nella regione/ASL /comune
Statistica	Rapporto
Genere	Maschi/femmine
Gruppo età	0-100 e più anni
Definizione numeratore	Somma dei singoli prodotti ottenuti da ogni età per il numero di residenti della medesima età
Fonte numeratore	ISTAT
Definizione denominatore	Numero complessivo di persone residenti
Fonte denominatore	ISTAT

## Indice di vecchiaia

<b>Definizione dell'indicatore</b>	Rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrassessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni.
<b>Livello rappresentatività</b>	Nazionale, Regionale, Provinciale, ASL, Distretto, Comunale
<b>Periodicità</b>	Annuale
<b>Giustificazione: cosa vuol misurare</b>	L'indice di vecchiaia è un indicatore sintetico della struttura per età. Rappresenta un indicatore dinamico che, assai meglio dell'età media, consente di mettere in evidenza il livello di invecchiamento di una popolazione.
<b>Giustificazione: Importanza in salute pubblica</b>	Dal censimento 1991 si ricava un valore per l'Italia dell'indice di vecchiaia di 96,2. Ciò significa che nel 1991 in Italia c'erano 96,2 ultrasessantacinquenni ogni 100 giovani (età compresa tra 0 e 14 anni). Nel censimento 2001 lo stesso indicatore assume il valore di 131,4: nel 2001 in Italia c'erano 131,4 ultrasessantacinquenni ogni 100 giovani. La popolazione italiana dal 1991 al 2001 tende ad invecchiare. In un futuro ormai prossimo, nel 2032, secondo le previsioni ISTAT, la quota di anziani over65 sul totale della popolazione dovrebbe raggiungere il 27,6%, con circa 17.600.000 anziani in valore assoluto. L'invecchiamento della popolazione ha conseguenze importanti e di ampia portata per tutti i settori della società ed impone l'adozione di politiche e azioni da parte dei governi e di tutte le parti in causa. I dati a disposizione indicano inoltre come all'avanzare dell'età le malattie croniche diventano la principale causa di morbilità, disabilità e mortalità, e gran parte delle cure e dell'assistenza si concentra negli ultimi anni di vita. Il carico delle malattie dell'anziano (malattie non trasmissibili, come quelle cardiovascolari, il diabete, la malattia di Alzheimer e altre patologie neurodegenerative, tumori, malattie polmonari croniche ostruttive e problemi muscoloscheletrici) ha come conseguenza diretta un aumento della pressione sul sistema sanitario.
<b>Giustificazione: scopo dell'inclusione</b>	La salute deve essere l'obiettivo fondamentale come risposta della società al problema dell'invecchiamento della popolazione. Garantire dunque che le persone che vivono una vita più lunga, vivano anche una vita più sana, questo darà maggiori opportunità e ridurrà i costi per gli anziani, le famiglie e la società.
<b>Interpretazione: cosa significa un alto o basso livello</b>	Spine chart associata. Se il pallino è a sinistra della media la situazione è peggiore della media e viceversa se è a destra. Un indice di vecchiaia peggiore della media è dipendente dalla numerosità della popolazione anziana residente, non volendo significare il fallimento degli interventi proposti, piuttosto che si dovranno attivare ancora più azioni a sostegno; viceversa un diminuito indice di vecchiaia indica, oltre ad un aumento del numero delle nascite, che vi può essere stato un aumento della mortalità tra le persone anziane non solo per patologia, ma anche per la fine naturale del ciclo della vita.

# METADATI E DESCRIZIONE INDICATORI

## SPECIFICHE DELL'INDICATORE INDICE DI VECCHIAIA

Variabile	Prevalenza % della popolazione residente > di 65 aa su quella di età 0-14 aa
Statistica	Rapporto %
Genere	Uomini/Donne
Gruppo età	Popolazione residente >65 aa e 0-14 aa
Definizione numeratore	Popolazione residente > di 65 aa
Fonte numeratore	ISTAT
Definizione denominatore	Popolazione residente di età 0-14 aa
Fonte denominatore	ISTAT 2016 2017

## Indice di dipendenza strutturale

<b>Definizione dell'indicatore</b>	L'indice di dipendenza strutturale (o totale-IDT) calcola quanti individui ci sono in età non attiva ogni 100 in età attiva.
<b>Livello rappresentatività</b>	Nazionale, Regionale, Comunale
<b>Periodicità</b>	Annuale
<b>Giustificazione: cosa vuol misurare</b>	<p>Le dinamiche di natalità e mortalità incidono sulla struttura per età della popolazione. La flessione nella natalità e l'aumento della vita media hanno condotto a un significativo incremento della quota di popolazione anziana. La composizione per età ha subito e subirà, dunque, cambiamenti profondi. Nell'ultimo decennio del XX secolo l'indice di dipendenza strutturale (il peso della popolazione in età non lavorativa su quella in età lavorativa) ha invertito un secolare trend decrescente. Sulla base delle proiezioni Istat (scenario centrale), nel 2041 l'Italia si troverà in un territorio inesplorato con un indice di dipendenza strutturale superiore al massimo storico raggiunto all'inizio del Novecento quando, tuttavia, il peso della popolazione in età non attiva era elevato per la numerosità della popolazione tra 0 e 14 anni piuttosto che per il peso delle coorti più anziane come accade oggi. Per più di un secolo dall'Unità, la percentuale di popolazione anziana (&gt;64), pur crescendo, si è attestata su livelli inferiori alla metà della popolazione più giovane (con meno di 15 anni). A partire dal secondo dopoguerra, ma soprattutto dalla fine degli anni Ottanta, si assiste a un progressivo mutamento strutturale che ha condotto la popolazione più anziana a superare quella più giovane alla fine del XX secolo, fino a divenire pari al 165 per cento della popolazione tra 0-14 anni nel 2017. Le prospettive per il prossimo cinquantennio sono di una ulteriore crescita del rapporto mentre l'età media della popolazione salirà di oltre 5 anni tra il 2017 e il 2061, passando da 44,9 a 50,2. L'indice di dipendenza strutturale nel 2017 si attestava al 53,9% nell'UE-28, indicando che per ogni persona a carico ce n'erano circa 2 in età lavorativa. Nel 2016 l'indice di dipendenza complessivo più basso tra gli Stati membri dell'UE è stato registrato in Slovacchia (43,8%) e il più alto in Francia (60,0%). Si osserva una tendenza all'aumento nell'UE-28 deol'indice di dipendenza totale che è aumentato di 5 punti percentuali (o del 10,2% rispetto al suo valore precedente) nello stesso periodo (dal 48,9% nel 2007 al 53,9% nel 2017).</p>
<b>Giustificazione: Importanza in salute pubblica</b>	<p>L'indice di dipendenza viene considerato un indicatore di rilevanza economica e sociale.</p> <p>Si tratta infatti di dati che per definizione sono raccolti in modo routinario, esaustivo, seguendo procedure standardizzate, codificati in modo preciso, di cui si conosce una serie storica più o meno lunga, confrontabili nel tempo e nello spazio a livello nazionale ed internazionale.</p>
<b>Interpretazione: cosa significa un alto o basso livello</b>	<p>Spine chart associata.</p> <p>Se il pallino è a sinistra della media la situazione è peggiore della media e viceversa se è a destra.</p>
<b>Interpretazione: possibili errori legati al tipo di misura, a bias o confondimento</b>	E' un indicatore che risente della struttura economica della popolazione: ad esempio, in società con una importante componente agricola i soggetti molto giovani o anziani non possono essere considerati economicamente o socialmente dipendenti dagli adulti; al contrario, nelle strutture più avanzate, una parte degli individui considerati nell'indice al denominatore sono in realtà dipendenti in quanto studenti o disoccupati. L'indicatore nei paesi in via di sviluppo assume valori maggiori rispetto alle popolazioni più avanzate economicamente; ciò è in gran parte dovuto alla maggiore presenza di individui giovani a causa della loro più elevata fecondità.

# METADATI E DESCRIZIONE INDICATORI

## SPECIFICHE DELL'INDICATORE INDICE DI DIPENDENZA STRUTTURALE

Variabile	Rapporto percentuale tra la popolazione residente in età non attiva (0-14 anni e oltre 64 anni) e la popolazione residente attiva (15-64 anni)
Statistica	Rapporto
Genere	Maschi/femmine
Gruppo età	0-100 e più anni
Definizione numeratore	Numero di persone residenti in età non attiva (0-14 anni e oltre 64 anni)
Fonte numeratore	ISTAT
Definizione denominatore	Numero di persone residenti in età attiva (15-64 anni)
Fonte denominatore	ISTAT

## Adulti 18/69 anni che dichiarano infortuni domestici

<b>Definizione dell'indicatore</b>	Prevalenza di persone di età 18-69 anni, che dichiarano di aver avuto, nei 12 mesi precedenti, un infortunio domestico per il quale è stato necessario il ricorso al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale, residenti ed iscritti all'anagrafe assistiti della ASL
<b>Livello rappresentatività</b>	Nazionale, Regionale, Distrettuale
<b>Periodicità</b>	Annuale
<b>Giustificazione: cosa vuol misurare</b>	<p>Nella popolazione adulta italiana la consapevolezza del rischio di infortunio domestico è scarsa: meno di 7 intervistati su 100 considerano alta la possibilità di avere un infortunio in casa (facendo riferimento a loro stessi o ai propri familiari).</p> <p>Questa consapevolezza è maggiore in età adulta, dopo i 35 anni, tra chi vive con anziani o bambini, tra le donne, e tra chi ha più difficoltà economiche. Si osservano differenze significative per Regioni di residenza, ma non c'è un chiaro gradiente geografico. Meno di 3 intervistati su 100 riferiscono di aver avuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, un infortunio in casa tale da richiedere il ricorso a cure mediche (medico di famiglia, pronto soccorso o ospedale). Gli incidenti domestici sono più frequenti al crescere dell'età, fra le donne e fra le persone con maggiori difficoltà economiche o con un basso titolo di studio. La distribuzione geografica della percentuale di infortuni domestici non mostra una grande variabilità regionale. L'analisi dell'andamento temporale mostra una diminuzione statisticamente significativa degli infortuni domestici</p>
<b>Giustificazione: Importanza in salute pubblica</b>	<p>La legge n. 493 del 3 dicembre 1999, "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici", oltre a prevedere l'assicurazione obbligatoria per questo tipo di rischio, affida al Servizio sanitario nazionale il compito di promuovere la sicurezza domestica, attraverso azioni di informazione ed educazione volte a rimuovere le cause di nocività e infortuni negli ambienti di civile abitazione. Le Asl dovrebbero individuare e valutare i rischi per la sicurezza domestica e fornire assistenza per eliminare i pericoli presenti nelle abitazioni, collaborando con altri organi preposti alla sicurezza, come ad esempio i vigili del fuoco.</p> <p>È infine rilevante la competenza e la vigilanza di coloro che si prendono cura dei soggetti più vulnerabili (bambini e grandi anziani), per cui campagne specifiche sono raccomandate per neo-genitori, insegnanti, personale di assistenza. In quest'ottica i corsi pre-parto, le visite ai nuovi nati, i momenti vaccinali, le visite del pediatra di libera scelta possono costituire un momento importante di sensibilizzazione al problema per quanto riguarda la prevenzione degli incidenti nel bambino. Esistono programmi efficaci per la prevenzione delle cadute degli anziani (individuati dal Sistema nazionale linee guida), e anche degli infortuni dei bambini e di quelli legati al lavoro domestico. Inoltre le Regioni e le Aziende sanitarie sono impegnate nel Piano nazionale di prevenzione degli incidenti domestici.</p>
<b>Giustificazione: scopo dell'inclusione</b>	Legge n. 493/1999, Passi, Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018
<b>Interpretazione: cosa significa un alto o basso livello</b>	Spine chart associata. Vedi spine chart associata. Se il pallino è a destra della linea la situazione è peggiore della media e viceversa se è a sinistra, ma il fatto che sia migliore della media non giustifica un NON intervento in salute pubblica.
<b>Interpretazione: possibili errori legati al tipo di misura, a bias o confondimento</b>	<p>Criteri di inclusione nella sorveglianza Passi sono: la residenza nel territorio della ASL e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana (per gli stranieri), l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.</p> <p>L'indicatore non rileva tutti gli incidenti domestici ma si riferisce alla prevalenza di infortunio domestico per il quale è stato necessario il ricorso al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale.</p>

# METADATI E DESCRIZIONE INDICATORI

## SPECIFICHE DELL'INDICATORE ADULTI 18/69 ANNI CHE DICHIARANO INFORTUNI DOMESTICI

<b>Variabile</b>	Prevalenza di persone residenti di età 18-69 anni, che dichiarano di aver avuto, nei 12 mesi precedenti, un infortunio domestico
<b>Statistica</b>	Percentuale
<b>Genere</b>	maschi e femmine
<b>Gruppo età</b>	18 - 69 anni
<b>Periodo</b>	Annuale
<b>Possibili analisi di disuguaglianze su sottogruppi</b>	Gli incidenti sono più frequenti al crescere dell'età: tra le donne, e tra le persone più svantaggiate per istruzione o difficoltà economiche.
<b>Definizione numeratore</b>	Persone residenti di età 18-69 anni che hanno avuto infortunio domestico con ricorso a medico o pronto soccorso
<b>Fonte numeratore</b>	Dati PASSI
<b>Definizione denominatore</b>	Intervistati che hanno risposto alla domanda se hanno avuto infortunio domestico con ricorso a medico o pronto soccorso. Sono esclusi dal denominatore i valori mancanti; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
<b>Fonte denominatore</b>	Dati PASSI
<b>Qualità del dato: accuratezza e completezza</b>	I dati PASSI sono riferiti.

## Popolazione occupata

<b>Definizione dell'indicatore</b>	Occupati residenti di età 20-64 aa sui residenti di età 20-64 anni. Gli occupati, coerentemente con gli standard dell'ILO, sono costituiti dalle persone che hanno svolto almeno un'ora di lavoro retribuita nella settimana di riferimento (oltre alle persone assenti dal lavoro in quella settimana)
<b>Livello rappresentatività</b>	Macroarea/Regione/Provincia/ASL/Distretto/Comune
<b>Periodicità</b>	Annuale
<b>Giustificazione: cosa vuol misurare</b>	Il tasso di occupazione è il principale indicatore del mercato del lavoro, in quanto indica la capacità dello stesso di utilizzare le risorse umane disponibili. Di fatto costituisce una misura del grado di coinvolgimento nel mercato del lavoro delle persone potenzialmente attive, poiché esclude i troppo giovani e gli anziani. Nel primo trimestre 2018 si osserva una sostanziale stazionarietà dell'occupazione rispetto agli ultimi tre mesi del 2017, mentre si conferma una lieve crescita a livello tendenziale, in rallentamento rispetto al trimestre precedente. Il lavoro indipendente continua a diminuire , mentre l'aumento del lavoro dipendente a tempo determinato continua per l'ottavo trimestre consecutivo.
<b>Giustificazione: Importanza in salute pubblica</b>	E' un importante indicatore delle dinamiche del mercato del lavoro, e assume un significato ben più ampio nella valutazione dello stato di salute di un'economia e del benessere sociale di una popolazione.
<b>Giustificazione: scopo dell'inclusione</b>	Nella società occidentale la propria posizione lavorativa è diventata un elemento essenziale per le propria identità. La perdita del lavoro ed uno stato di disoccupazione che perdura nel tempo può aver effetti infausti sullo stato di salute psicologica e provocare sintomi depressivi di varia intensità e fenomeni di abuso di farmaci e/o alcol.
<b>Interpretazione: cosa significa un alto o basso livello</b>	Spine chart associata. Se il pallino è a sinistra della media la situazione è peggiore della media e viceversa se è a destra.

# METADATI E DESCRIZIONE INDICATORI

## SPECIFICHE DELL'INDICATORE POPOLAZIONE OCCUPATA

<b>Variabile</b>	Prevalenza % di occupati residenti di età 20-64 aa sui residenti di età 20-64 aa
<b>Statistica</b>	Rapporto %
<b>Genere</b>	Uomini/Donne
<b>Gruppo età</b>	20-64 anni
<b>Definizione numeratore</b>	Occupati residenti di età 20-64 aa
<b>Fonte numeratore</b>	ISTAT/a misura di comune 2015
<b>Definizione denominatore</b>	Popolazione residente di età 20-64 aa
<b>Fonte denominatore</b>	ISTAT/a misura di comune 2015

## Performance scolastica

<b>Definizione dell'indicatore</b>	Risultati ottenuti nelle prove standardizzate per la 3 classe delle scuole medie inferiori
<b>Livello rappresentatività</b>	Nazionale, Regionale, Comunale
<b>Periodicità</b>	Anno scolastico
<b>Giustificazione: cosa vuol misurare</b>	<p>Per migliorare la qualità dell'offerta formativa scolastica e degli apprendimenti, il Sistema nazionale di valutazione (SNV) valuta l'efficienza e l'efficacia del sistema educativo di istruzione e formazione. Il SNV si sviluppa su tre dimensioni: la valutazione delle istituzioni scolastiche, la valutazione della dirigenza scolastica e la valorizzazione del merito professionale dei docenti. Il processo di valutazione inizia con l'autovalutazione.</p> <p>Lo strumento utilizzato è il Rapporto di autovalutazione (RAV).</p> <p>Il RAV fornisce una rappresentazione della scuola attraverso un'analisi del suo funzionamento e costituisce la base per individuare le priorità di sviluppo verso cui orientare il piano di miglioramento scolastico. Il RAV è articolato in 5 sezioni (contesto, esiti, processi, autovalutazione, priorità). Ogni sezione è costituita da un certo numero di indicatori. Nell'area degli esiti il punto 2.2 "Risultati nelle prove standardizzate" permettendo l'analisi dei risultati conseguiti nelle prove standardizzate nazionali consente di riflettere sul livello di competenze raggiunto dalla scuola in relazione alle scuole del territorio, a quelle con background socio-economico simile e al valore medio nazionale. Per punto la scuola deve esprimere un giudizio complessivo, utilizzando una scala di possibili situazioni che va da 1 a 7.</p> <p>L'Istituto nazionale per la valutazione del sistema educativo di istruzione e di formazione (Invalsi) ha di recente pubblicato il Rapporto sulle rilevazioni nazionali degli apprendimenti 2016-17, che riporta i dati delle indagini realizzate a maggio e giugno 2017. Tra i risultati, si conferma il divario territoriale caratteristico del nostro Paese: considerando i risultati per la classe terza media, il Nord-ovest e il Nord-est registrano un punteggio superiore alla media nazionale, il Centro ottiene un risultato che non si discosta dalla media, il punteggio conseguito dalle due macro-aree del Sud, e in particolare dal Sud e Isole, è significativamente inferiore.</p>
<b>Giustificazione: Importanza in salute pubblica</b>	E' noto che chi ha un basso livello d'istruzione ha un'aspettativa di vita minore. Gli ultimi dati ISTAT disponibili evidenziano come l'aspettativa di vita media alla nascita varia da 82,3 anni per gli uomini con livello di istruzione alto (+3,1 anni) a 79,2 anni per i meno istruiti . Tra le donne da 86,0 (+1,5 anni) a 84,5 anni. La forbice si amplia notevolmente quando si prendono in considerazione anche i dati regionali (+6,1 anni negli uomini e +4 anni nelle donne); la maggiore sopravvivenza si osserva a Bolzano mentre è la Campania ad essere la regione più svantaggiata con la più bassa speranza di vita, pari a 77,5 e 82,9 anni per uomini e donne meno istruiti. Marche e Umbria hanno i differenziali tra alto e basso livello di istruzione più contenuti rispetto alle altre regioni sia per gli uomini (1,9 e 2,1 anni) che per le donne (0,7 e 0,5 anni). In queste regioni si osservano anche le più alte speranze di vita per i livelli di istruzione bassi. Anche la Calabria ha differenziali bassi tra gli uomini (2,6 anni), ma ciò è dovuto al fatto che la speranza di vita è più bassa della media nazionale sia tra quanti hanno un livello di istruzione alto sia tra i meno istruiti. Tra le regioni con i gradienti più elevati per gli uomini si osservano il Molise, la Valle d'Aosta, Campania, Lazio, Friuli-Venezia Giulia e Sardegna (valori tra 3,9 e 3,5 anni). La Campania si caratterizza per una forte diseguaglianza nella mortalità per titolo di studio e al contempo per i valori più bassi d'Italia nelle speranze di vita per tutti i livelli di istruzione. Questo risultato si conferma anche per le donne campane.
<b>Giustificazione: scopo dell'inclusione</b>	Gli studi condotti sulle diseguaglianze nella morbilità e nella mortalità indicano una netta eterogeneità associata a fattori socio-economici (istruzione, reddito, condizione occupazionale, classe sociale, eccetera), imputabile a differenze nell'esposizione a fattori di rischio e nelle possibilità di avere diagnosi tempestive e sottoporsi a trattamenti efficaci. Studi comparativi tra i diversi paesi europei mostrano che lo svantaggio sociale si associa a rischi più elevati di cattiva salute e di mortalità anche se con eterogeneità tra i paesi verosimilmente collegate a differenze nei sistemi sanitari e nelle politiche non sanitarie che hanno un impatto sulla salute.
<b>Interpretazione: cosa significa un alto o basso livello</b>	Se il pallino è a sinistra della linea la situazione è peggiore della media e viceversa se è a destra
<b>Interpretazione: possibili errori legati al tipo di misura, a bias o confondimento</b>	Errori di somministrazione dei questionari/errori di correzione delle prove/dati missing. Le prove possono risultare di difficoltà non equivalente l'una rispetto alle altre soprattutto nelle singole domande all'interno di prove che pure in media siano di equivalente difficoltà media complessiva.

# METADATI E DESCRIZIONE INDICATORI

## SPECIFICHE DELL'INDICATORE PERFORMANCE SCOLASTICA

Variabile	Somma dei punteggi del punto 2.2 "Risultati nelle prove standardizzate del RAV ottenuti dalle 3 classi delle scuole medie inferiori del territorio/numero delle scuole medie inferiori del territorio
Statistica	Media
Genere	Maschi/femmine
Gruppo età	Alunni frequentanti la 3 media inferiore
Definizione numeratore	AS 2016/2017 (ultimo a disposizione)
Fonte numeratore	Dati INVALSI 2018-2019
Definizione denominatore	Somma dei punteggi del punto 2.2 "Risultati nelle prove standardizzate del RAV ottenuti dalle 3 classi delle scuole medie inferiori del territorio
Fonte denominatore	Dati INVALSI 2018-2019

## Stranieri residenti

<b>Definizione dell'indicatore</b>	Popolazione straniera residente sulla popolazione residente totale
<b>Livello rappresentatività</b>	Nazionale/regionale/provinciale/ASL/distretto/comunale
<b>Periodicità</b>	Annuale
<b>Giustificazione: cosa vuol misurare</b>	<p>Storicamente gli stranieri sul territorio italiano si sono concentrati soprattutto nelle regioni del Centro-Nord. Tuttavia, nel 2016 il loro numero è cresciuto nel Mezzogiorno (+4,3%) e nel Centro (+1,3%), mentre è lievemente diminuito nel Nord (-1% circa). In questa ripartizione, il calo demografico è dovuto anche all'elevato numero di cittadini stranieri divenuti italiani nel corso dell'anno. L'incremento per il Mezzogiorno è frutto soprattutto del movimento migratorio con l'estero, mentre il numero dei nati si conferma più elevato nel Nord e nel Centro, per la maggiore presenza di cittadini stranieri. Al 1° gennaio 2017, l'86,1% dei cittadini non comunitari regolarmente presenti in Italia hanno un permesso rilasciato o rinnovato nel Centro-Nord, mentre nel Mezzogiorno sono solo il 13,9%. Le incidenze più alte di permessi di soggiorno si riscontrano in Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio e Veneto. La riduzione dei nuovi flussi di ingresso ha riguardato invece soprattutto il Nord-ovest e il Mezzogiorno. Nel 2017 il tasso di occupazione degli stranieri cresce in tutte le aree del Paese e in particolare nel Nord-ovest per il contributo della componente maschile. Il tasso di disoccupazione della popolazione straniera si riduce nel Centro-Nord, e soprattutto nel Nord-ovest, e aumenta nel Mezzogiorno. Il tasso di inattività degli stranieri si conferma più basso di quello degli autoctoni in tutte le ripartizioni, tranne nel Nord, riducendosi peraltro nel Mezzogiorno. Per quanto riguarda il livello di istruzione, gli stranieri residenti nel Centro-Nord sono in media più istruiti di quelli che vivono nel Mezzogiorno.</p> <p>Attraverso i dati dell'indagine multiscopo ISTAT sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari della popolazione è stato effettuato un confronto tra le edizioni 2005 e 2012/2013 per valutare lo stato di salute fisico e mentale percepito della popolazione immigrata in periodo caratterizzato dalla crisi economica globale, che ha colpito in modo particolare le fasce di popolazione più deprivate, tra le quali gli immigrati. Effettuando un confronto con gli italiani si è osservato che, mentre nel 2005, gli stranieri presentavano uno stato di salute migliore, nel 2013 le differenze si sono ridotte e addirittura annullate per quanto riguarda la salute fisica, e, in aggiunta, è aumentata la quota di persone che dichiarano cattiva salute mentale, proporzionalmente in misura maggiore tra gli stranieri, soprattutto tra le donne. Inoltre, i dati del 2013 evidenziano che gli stranieri che risiedono in Italia da oltre 10 anni hanno una probabilità superiore del 20% di dichiarare cattiva salute percepita rispetto a chi risiede in Italia da meno tempo.</p>
<b>Giustificazione: importanza in salute pubblica</b>	<p>La crisi economica sembra essere in grado di accelerare il processo di assimilazione degli stranieri agli stili di vita delle fasce di popolazione più deprivata. Considerando che il fenomeno della immigrazione per motivi economici è un fenomeno recente in Italia, ed essendo noto che al momento dell'arrivo gli immigrati presentano uno stato di salute migliore rispetto a quelli della popolazione residente, tale vantaggio di salute si sta rapidamente esaurendo, suggerendo che la programmazione sanitaria e la prevenzione devono rafforzare politiche orientate all'equità.</p>
<b>Giustificazione: scopo dell'inclusione</b>	<p>La congiuntura economica ha reso l'accesso all'assistenza sanitaria più difficile per molte famiglie, soprattutto nei gruppi più fragili della popolazione, tra i quali i migranti. Occorre promuovere politiche sanitarie che favoriscano il contrasto all'esclusione sociale e alla povertà, garantendo innanzitutto l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, presupposto imprescindibile per la riduzione delle disuguaglianze nella salute.</p> <p>Il sistema di prevenzione di un Paese come l'Italia deve essere attrezzato per intervenire sui determinanti sociali delle malattie e gli stessi interventi previsti per la popolazione italiana devono essere proposti alla popolazione immigrata con un filtro culturale, attraverso cioè un adattamento che non è solo linguistico, per assicurarne la copertura.</p>
<b>Interpretazione: cosa significa un alto o basso livello</b>	<p>Spine chart associata.</p> <p>Se il pallino è a sinistra della media la popolazione straniera è meno rappresentata della media e viceversa se è a destra.</p>

# METADATI E DESCRIZIONE INDICATORI

## SPECIFICHE DELL'INDICATORE STRANIERI RESIDENTI

Variabile	Rapporto fra la popolazione residente straniera e la popolazione residente totale
Statistica	Rapporto %
Genere	Maschi/femmine
Gruppo età	0/100+ anni
Definizione numeratore	Popolazione straniera residente
Fonte numeratore	ISTAT/a misura di comune 2015
Definizione denominatore	popolazione residente totale
Fonte denominatore	ISTAT/a misura di comune 2015

## Lesività da incidenti stradali

<b>Definizione dell'indicatore</b>	Rapporto tra il numero di feriti e il numero di incidenti su strade provinciali del territorio ASL
<b>Livello rappresentatività</b>	Nazionale, Regionale, Distrettuale, Comunale
<b>Periodicità</b>	Biennale
<b>Giustificazione: cosa vuol misurare</b>	<p>Gli incidenti stradali nel mondo sono una delle prime tre cause di morte nella fascia di popolazione compresa tra i 5 e i 44 anni di età. La stima delle conseguenze economiche degli incidenti stradali è molto alta, calcolata tra l'1% e il 3% del prodotto interno lordo di ciascun Paese.</p> <p>Alcuni determinanti sono fattori di rischio legati alla persona che favoriscono l'evento incidente stradale, quali le condizioni di salute, l'età, l'assunzione di farmaci compromettenti l'attenzione, l'equilibrio e i riflessi. Altri fattori di rischio sono riconducibili a stili di vita che comportano consumo dannoso di alcol e sostanze psicotrope, e a scorretti comportamenti alla guida (utilizzo dei cellulari, disattenzione, eccessiva velocità, mancato utilizzo dei sistemi di protezione). Concorrono infine al verificarsi dell'incidente altri determinanti che sono invece attribuibili alla sicurezza delle strade, alla sicurezza dei veicoli.</p> <p>Anche i fattori sociali entrano in azione nel determinismo degli incidenti stradali e si riferiscono, ad esempio, alle condizioni socioeconomiche disagiate, allo stato di migrante che di fatto determinano un minor accesso alle risorse di formazione e informazione sulle misure di prevenzione e più in generale all'acquisizione della cultura della sicurezza sulle strade.</p> <p>Nel 2017 sono stati 174933 gli incidenti stradali con lesioni alla persona in Italia con 3378 vittime (morti entro 30 gg. Dall'evento) e 246750 feriti.</p> <p>Il numero dei morti torna a crescere rispetto al 2016 (+2,9%) e tra le vittime sono in aumento i pedoni (+5,3%) e soprattutto i motociclisti (+11,9%).</p> <p>gli incidenti ed i feriti hanno avuto un lieve diminuzione rispetto al 2016. aumentano invece i morti sull'autostrade (+8%) e sulle strade extraurbane (*4,5%).</p> <p>Tra i comportamenti errati più frequenti vi sono la distrazione alla guida, il mancato rispetto della precedenza e la vloctà troppo elevata (nel complesso il 40,8%). le violazioni al Codice della Strada più sanzionate sono l'eccesso di velocità, il mancato utilizzo di dispositivi di sicurezza e l'uso di telefono cellulare alla guida.</p>
<b>Giustificazione: Importanza in salute pubblica</b>	<p>Gli incidenti stradali sono un problema che interessa la sanità pubblica mondiale perché è forte l'impatto sulla salute delle persone.</p> <p>Per avere effetti sulla riduzione del numero e della gravità degli incidenti stradali è richiesto un programma che abbia tempi lunghi, la stabilizzazione degli interventi di prevenzione fino a ora attuati, l'attuazione di ulteriori misure di prevenzione e, considerata l'etologia multifattoriale che sta alla base di questa tipologia di incidenti, l'attuazione di interventi che incidano simultaneamente su più fattori di rischio.</p> <p>Anche le campagne di sensibilizzazione rivolte alla popolazione sono importanti per sostenere l'applicazione della legislazione in quanto permettono di far conoscere meglio i rischi e le sanzioni delle infrazioni.</p> <p>La prevenzione degli incidenti stradali richiede un approccio multisettoriale e il coinvolgimento di numerose Istituzioni. La sanità pubblica contribuisce, tuttavia, alla prevenzione degli incidenti stradali attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• informazione e formazione sui fattori che alterano lo stato psicofisico alla guida quali uso di alcol e droghe o l'assunzione di farmaci</li> <li>• informazione e formazione sui pericoli legati alla guida senza cinture e senza casco e senza sistemi di ritenuta per i bambini</li> <li>• attività di advocacy presso le altre istituzioni coinvolte, in particolare per promuovere una mobilità sostenibile e sicura (potenziamento del trasporto pubblico locale, pianificazione urbanistica, messa in sicurezza dei percorsi casa-scuola).</li> </ul>
<b>Giustificazione: scopo dell'inclusione</b>	<p>Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018</p> <p>La rilevazione degli incidenti stradali è inserita nel Programma statistico nazionale e ha come riferimento normativo la Decisione del Consiglio europeo n. 704 del 30 novembre 1993 relativa alla creazione di una banca di dati comunitaria sugli incidenti stradali.</p>
<b>Interpretazione: cosa significa un alto o basso livello</b>	Vedi spine chart associata. Se il pallino è a destra della linea la situazione è migliore della media e viceversa se è a sinistra, ma il fatto che sia migliore della media non giustifica un NON intervento in salute pubblica.
<b>Interpretazione: possibili errori legati al tipo di misura, a bias o confondimento</b>	Criteri di inclusione sono gli incidenti stradali verificatisi nell'arco di un anno solare sull'intero territorio nazionale, verbalizzati da un'autorità di polizia, che hanno causato lesioni alle persone. Sono esclusi gli incidenti con lesioni lievi non rilevati da un'autorità di polizia.

# METADATI E DESCRIZIONE INDICATORI

## SPECIFICHE DELL'INDICATORE LESIVITA' DA INCIDENTI STRADALI

Variabile	Rapporto tra il numero di feriti e il numero di incidenti moltiplicato 100 su strade provinciali del territorio ASL
Statistica	Rapporto
Genere	Maschi/femmine
Gruppo età	0-100+ anni
Definizione numeratore	2016/2017
Fonte numeratore	Dati CEREMS 2018-2020
Definizione denominatore	Numero di feriti su strade provinciali del territorio ASL
Fonte denominatore	Dati CEREMS 2018-2020

## Percentuale raccolta differenziata

<b>Definizione dell'indicatore</b>	Raccolta differenziata dei rifiuti urbani espressa in tonnellate
<b>Livello rappresentatività</b>	Regionale, provinciale, distrettuale, comunale
<b>Periodicità</b>	Annuale
<b>Giustificazione: cosa vuol misurare</b>	<p>Nella gestione dei rifiuti la raccolta differenziata indica un sistema di raccolta dei rifiuti che prevede una prima differenziazione da parte dei cittadini in modo da reindirizzare ciascuna tipologia di rifiuto differenziato verso un idoneo trattamento, il quale deve essere finalizzato, in via prioritaria, al recupero di materia.</p> <p>Il D.Lgs. n. 152/2006 e la Legge 27 dicembre 2006, n. 296 individuano per il 2011 l'obiettivo di raccolta differenziata del 60% e del 65% per il 2012.</p> <p>La direttiva 2008/98/CE, pur non prevedendo target di raccolta differenziata, richiede che si proceda all'attivazione della stessa e che siano conseguiti obiettivi di preparazione per il riutilizzo e riciclaggio almeno di quattro frazioni di rifiuti (carta, metalli, plastica e vetro).</p> <p>Nel 2016, la percentuale di raccolta differenziata si attesta al 52,5% circa della produzione nazionale, con una crescita di 5 punti rispetto al 2015. Tale incremento è in parte attribuibile ad un cambiamento della metodologia di calcolo, che a partire dai dati 2016 include alcune frazioni precedentemente non contabilizzate, quali gli scarti della selezione della multimateriale, i rifiuti da spazzamento stradale destinati a recupero e i rifiuti da costruzione e demolizione provenienti da piccoli interventi di rimozione (DM 26 maggio 2016).</p> <p>Nonostante l'incremento, registrato a livello nazionale, nel 2016 ancora non è stato raggiunto l'obiettivo del 60%, fissato dalla normativa nazionale per il 2011.</p>
<b>Giustificazione: Importanza in salute pubblica</b>	<p>I rifiuti sono un importante fattore di pressione ambientale poiché il loro accumulo è causa di inquinamento dei suoli, dell'aria e dell'acqua con effetti sull'ecosistema, sulla salute umana e degli animali. Rifiuti urbani sono i rifiuti domestici provenienti dalle abitazioni, dallo spazzamento delle strade, di aree verdi e di aree cimiteriali e quelli che, in specifici casi, derivano da luoghi adibiti ad usi diversi da quelli abitativi, purché non pericolosi e assimilabili agli urbani per qualità e quantità. Tutti i materiali immessi sul mercato sono destinati, presto o tardi, a trasformarsi in rifiuti e tutti i processi produttivi generano rifiuti, che devono essere infine smaltiti.</p> <p>Il problema dei rifiuti dunque è correlato alla loro persistenza nell'ambiente, alla quantità in progressivo aumento, all'eterogeneità dei materiali che li compongono e, non ultimo, all'eventuale presenza di sostanze pericolose. Per questo motivo la prevenzione della produzione e della pericolosità dei rifiuti deve essere affiancata alla differenziazione, al riciclo dei materiali e al recupero energetico di quelli non ulteriormente valorizzabili.</p> <p>L'Agenzia Europea per l'Ambiente ha stimato che ogni cittadino europeo produce 444 kg di rifiuti in media all'anno e, nonostante le numerose azioni messe in campo dalle istituzioni europee, nazionali e regionali, tale stima è destinata ad aumentare.</p>
<b>Giustificazione: scopo dell'inclusione</b>	Normativa Nazionale ed Europea
<b>Interpretazione: cosa significa un alto o basso livello</b>	<p>Spine chart associata.</p> <p>Se il pallino è a sinistra della linea media la situazione è peggiore della media, se il pallino è a destra la situazione è migliore.</p> <p>L'intervento in salute pubblica è comunque giustificato anche se la situazione si pone a destra della media.</p>

# METADATI E DESCRIZIONE INDICATORI

## SPECIFICHE DELL'INDICATORE PERCENTUALE RACCOLTA DIFFERENZIATA

Variabile	Quantità della raccolta differenziata dei rifiuti urbani espressa in tonnellate
Statistica	Percentuale
Genere	Rifiuti urbani
Gruppo età	//
Definizione numeratore	2016
Fonte numeratore	I dati vengono raccolti ed elaborati a livello di singolo comune, fatta eccezione per quei casi in cui le informazioni risultano disponibili esclusivamente aggregate per ATO, Comunità montane, Consorzi o Unioni di Comuni.
Definizione denominatore	Quantità in tonnellate rifiuti urbani differenziati (RD)
Fonte denominatore	ISPRA Protezione e la Ricerca Ambientale

## Prevalenza diabete

<b>Definizione dell'indicatore</b>	Adulti in età 18-69 anni anno che dichiarano che, nel corso della vita, un medico ha diagnosticato loro il diabete, residenti ed iscritti all'anagrafe assistiti della ASL
<b>Livello rappresentatività</b>	Nazionale, Regionale, Distrettuale
<b>Periodicità</b>	Annuale
<b>Giustificazione: cosa vuol misurare</b>	<p>Il diabete mellito, in aumento in tutto il mondo, è una condizione a forte impatto sullo stato di salute della popolazione, con un carico assistenziale rilevante e costi stimati pari, in Italia, al 6,65% della spesa sanitaria. Mentre il diabete di tipo 1, a genesi autoimmune, colpisce prevalentemente i giovani, il tipo 2, tipico dell'età adulta, è molto più diffuso ed è frequentemente presente insieme a sovrappeso, sedentarietà, dislipidemia e ipertensione, e correlato con fattori socio-economici. Il diabete di tipo 2 può essere in parte prevenuto e controllato con l'attività fisica e una dieta adeguata. Nel triennio 2007-09, l'8% degli intervistati (40-69 anni) ha dichiarato di avere il diabete. La proporzione è in linea con le stime di altre fonti informative.</p> <p>La prevalenza è significativamente più alta negli uomini, 9% vs 7% nelle donne, nelle persone con età compresa tra 50 e 69 anni (11%) rispetto a quelle più giovani (3%), nelle persone con bassa istruzione (11% vs 5%) e in quelle che dichiarano molte difficoltà economiche (9% vs 6%). Ha il diabete il 17% degli obesi contro il 4% dei normopeso e il 10% dei sedentari rispetto al 7% delle persone che svolgono almeno qualche attività fisica; è, inoltre, presente un gradiente territoriale (Nord 6%, Centro 8%, Sud 10%).</p> <p>I determinati socio-economici si confermano fattori di rischio significativi per il diabete, patologia con un carico assistenziale e una ricaduta economica importanti per il sistema sanitario.</p>
<b>Giustificazione: Importanza in salute pubblica</b>	Per stimare la prevalenza di adulti che riferiscono una diagnosi di diabete; per contribuire a delineare il quadro informativo necessario per programmare, attuare e valutare appropriati interventi preventivi e per contribuire a ridurre i rischi per la salute associati alla patologia.
<b>Giustificazione: scopo dell'inclusione</b>	Passi, Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018
<b>Interpretazione: cosa significa un alto o basso livello</b>	Vedi spine chart associata. Se il pallino è a destra della linea la situazione è peggiore della media e viceversa se è a sinistra, ma il fatto che sia migliore della media non giustifica un NON intervento in salute pubblica.

# METADATI E DESCRIZIONE INDICATORI

## SPECIFICHE DELL'INDICATORE PREVALENZA DIABETE

Variabile	Prevalenza di adulti di età 18–69 anni a cui un medico ha diagnosticato il diabete .
Statistica	Percentuale
Genere	Maschi/Femmine
Gruppo età	18–69 anni
Definizione numeratore	2008–2017
Fonte numeratore	I sottogruppi all'interno della comunità più esposti alla patologia del diabete sono i gruppi con un livello di istruzione più bassa e con una patologia di obesità.
Definizione denominatore	Persone di età 18–69 anni a cui un medico ha diagnosticato il diabete
Fonte denominatore	Dati OPENSALUTELAZIO

## Adulti 18/69 che si dichiarano in buono stato di salute

<b>Definizione dell'indicatore</b>	Adulti in età 18-69 anni che si dichiarano in buona salute, residenti ed iscritti all'anagrafe assistiti della ASL
<b>Livello rappresentatività</b>	Nazionale, Regionale, Distrettuale
<b>Periodicità</b>	Annuale
<b>Giustificazione: cosa vuol misurare</b>	<p>La “qualità della vita relativa alla salute” è una valutazione soggettiva globale dello stato di salute che include il benessere fisico e mentale, e diversi fattori ad esso correlati tra cui: le condizioni e i comportamenti associati alla salute (come ipertensione, fumo, sedentarietà), lo stato funzionale, lo stato socio-economico e il grado di integrazione sociale. Nella maggior parte dei Paesi europei sono condotte regolarmente indagini in cui è presente una domanda sulla salute percepita, che è una delle misure della qualità della vita. Sebbene i confronti tra Paesi possano risultare di difficile interpretazione per l'influenza di fattori socio-culturali e altri limiti, è stato rilevato che la maggioranza della popolazione adulta in Europa si sente in buona salute, con le performance migliori in Irlanda, Svezia e Svizzera (<math>\approx 80\%</math>), performance vicine alla media europea (67%) per Paesi come Francia, Germania e Italia, e valori inferiori al 60% nei Paesi dell'Europa orientale e in Portogallo. In tutta Europa, gli uomini hanno un migliore stato di salute percepito rispetto alle donne, i giovani migliore delle persone in età più avanzata, gli occupati uno stato di salute migliore delle persone senza lavoro. La gran parte della popolazione adulta italiana (circa 7 persone su 10) giudica positivo il proprio stato di salute, dichiarando di sentirsi bene o molto bene. Una piccola percentuale di persone (circa il 3%) riferisce di sentirsi male o molto male; la restante parte degli intervistati dichiara di sentirsi "discretamente". Sono più soddisfatti della propria salute i giovani, gli uomini, le persone con un livello socio-economico più elevato, per istruzione o condizioni economiche, i cittadini stranieri rispetto agli italiani e chi è libero da condizioni patologiche severe fra quelle indagate da Passi. Vi è un gradiente geografico a sfavore dei residenti nelle Regioni meridionali, fra i quali è mediamente minore la quota di coloro che dichiarano di essere in buona salute con qualche eccezione (Abruzzo e Puglia). Dal 2008 aumenta in modo statisticamente significativo la quota di persone che si dichiarano in buona salute, ovunque nel Paese.</p>
<b>Giustificazione: Importanza in salute pubblica</b>	Si tratta di un indicatore basato su un giudizio soggettivo che può includere quindi aspetti che è difficile rilevare oggettivamente, ad esempio l'integrazione sociale, le risorse fisiologiche e psicologiche, o la reazione della persona all'eventuale presenza di una malattia.
<b>Giustificazione: scopo dell'inclusione</b>	Passi, Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018
<b>Interpretazione: cosa significa un alto o basso livello</b>	Vedi spine chart associata. Se il pallino è a destra della linea la situazione è peggiore della media e viceversa se è a sinistra, ma il fatto che sia migliore della media non giustifica un NON intervento in salute pubblica.

# METADATI E DESCRIZIONE INDICATORI

## SPECIFICHE DELL'INDICATORE ADULTI 18/69 ANNI CHE SI DICHIARANO IN BUONO STATO DI SALUTE

Variabile	Prevalenza di adulti di età 18–69 anni che riferiscono che il proprio stato di salute attuale è “buono” o “molto buono”.
Statistica	Percentuale
Genere	Maschi/Femmine
Gruppo età	18–69 anni
Definizione numeratore	2008–2017
Fonte numeratore	l'età, il sesso, l'istruzione, il reddito e le caratteristiche psico-sociali
Definizione denominatore	Intervistati in età 18–69 anni che riferiscono che il proprio stato di salute attuale è “buono” o “molto buono”.
Fonte denominatore	Dati PASSI

## Adulti 18/69 anni fisicamente attivi

<b>Definizione dell'indicatore</b>	Prevalenza di adulti 18-69 fisicamente attivi residenti ed iscritti all'anagrafe assistiti della ASL
<b>Livello rappresentatività</b>	Nazionale, Regionale, Aziendale, Distrettuale
<b>Periodicità</b>	Annuale
<b>Giustificazione: cosa vuol misurare</b>	<p>L'attività fisica è definita come qualsiasi attività muscolo-scheletrica che comporta un dispendio energetico. È quindi possibile essere fisicamente attivi grazie all'attività lavorativa, al trasporto attivo (camminare, andare in bicicletta), alle attività del tempo libero. Le attività svolte nel tempo libero possono essere suddivise in esercizio fisico e sport, definito come attività strutturata che segue determinate regole e obiettivi (gare). L'attività fisica praticata regolarmente induce numerosi benefici per la salute, aumenta il benessere psicologico e svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione della malattie cronico degenerative.</p> <p>Per lo studio PASSI sono valide le seguenti definizioni operative:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Persona fisicamente attiva: è una persona che: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ svolge un lavoro pesante, cioè un lavoro che richiede un notevole sforzo fisico (ad esempio il manovale, il muratore, l'agricoltore) e/o</li> <li>◦ aderisce alle linee guida sulla attività fisica:</li> <li>◦ 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, e/o</li> <li>◦ attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni settimanali.</li> </ul> </li> <li>• Persona parzialmente attiva: è una persona che non svolge un lavoro pesante dal punto di vista fisico, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati dalle linee guida.</li> <li>• Persona sedentaria: è una persona che non fa un lavoro pesante e che, nel tempo libero, non svolge attività fisica moderata o intensa.</li> </ul> <p>Dai dati 2013 della sorveglianza Passi emerge che il 30% della popolazione di 18-69 anni può essere considerato completamente sedentario, ovvero svolge un lavoro sedentario o al più che richiede un moderato sforzo fisico, ma non svolge alcuna attività fisica nel tempo libero, neppure di moderata entità, il 36% può essere considerato parzialmente attivo, e solo il 33% può essere considerato attivo, ovvero svolge una attività fisica nel tempo libero in linea con le raccomandazioni Oms o svolge un'attività lavorativa che richiede un notevole sforzo fisico. La sedentarietà è significativamente più frequente in alcuni gruppi di popolazione: fra i più anziani di 50-69 anni (34%), fra le donne (32%), fra le persone con molte difficoltà economiche (40%), fra i meno istruiti (40%). Forte è il gradiente Nord-Sud che vede le regioni meridionali con le più alte proporzioni di persone sedentarie. Troppo bassa appare ancora l'attenzione degli operatori sanitari al problema della sedentarietà: meno di un intervistato su tre (29%) riferisce di aver ricevuto il consiglio di praticare attività fisica.</p>
<b>Giustificazione: Importanza in salute pubblica</b>	<p>L'attività fisica svolta con regolarità induce numerosi benefici per la salute, aumenta il benessere psicologico e previene la morte prematura. In particolare, chi pratica regolarmente l'attività fisica riduce significativamente il rischio di avere problemi di: ipertensione, malattie cardiovascolari (malattie coronariche e ictus cerebrale), diabete di tipo 2, osteoporosi, depressione, traumi da caduta degli anziani, alcuni tipi di cancro.</p> <p><u>La sedentarietà provoca danni alla salute fisica e psicologica ed aumenta i rischi.</u></p>
<b>Giustificazione: scopo dell'inclusione</b>	PASSI, Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018
<b>Interpretazione: cosa significa un alto o basso livello</b>	Vedi spine chart associata. Se il pallino è a destra della linea la situazione è migliore della media e viceversa se è a sinistra, ma il fatto che sia migliore della media non giustifica un NON intervento in salute pubblica.

# METADATI E DESCRIZIONE INDICATORI

## SPECIFICHE DELL'INDICATORE ADULTI 18/69 ANNI FISICAMENTE ATTIVI

Variabile	Prevalenza di adulti di età 18–69 anni fisicamente e parzialmente attivi
Statistica	Percentuale
Genere	Maschi/femmine
Gruppo età	18–69 anni
Definizione numeratore	2008–2017
Fonte numeratore	I gruppi più disagiati economicamente, nella fascia di età 50–69 anni e con un livello di istruzione più bassa sono i sottogruppi all'interno della comunità che risultano essere più sedentari
Definizione denominatore	Persone di età 18–69 anni fisicamente e parzialmente attivi
Fonte denominatore	Dati PASSI

# Profili di salute – Indicatori:

## Adulti 18/69 che consumano almeno 5 porzioni di frutta e/o verdura

<b>Definizione dell'indicatore</b>	Prevalenza di adulti 18-69 anni che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno, residenti ed iscritti all'anagrafe assistiti della ASL
<b>Livello rappresentatività</b>	Nazionale, Regionale, Distrettuale
<b>Periodicità</b>	Annuale
<b>Giustificazione: cosa vuol misurare</b>	<p>Adequate quantità di frutta e verdura, oltre a proteggere da malattie cardiovascolari, neoplastiche e respiratorie (asma e bronchiti), assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici), sostanze protettive antiossidanti e consentono di ridurre l'apporto calorico della dieta, grazie al fatto che questi alimenti danno una sensazione di sazietà. L'Organizzazione mondiale della sanità stima che a livello globale circa 16 milioni anni di vita aggiustati per disabilità e 1,7 milioni di morti sono attribuibili allo scarso consumo di frutta e verdura. Inoltre si stima che il 14% dei decessi per cancro al tratto gastro-intestinale, circa l'11% dei morti per malattie ischemiche del cuore e il 9% dei morti per ictus sono da attribuire allo scarso consumo di frutta e verdura. La soglia di 400 grammi di frutta e verdura al giorno (escluse le patate e altri tuberi amidacei), corrispondente a circa cinque porzioni (five-a-day), è la quantità minima consigliata dall'Oms per essere efficace nella prevenzione delle malattie croniche (malattie cardiache, cancro, diabete, obesità).</p> <p>Una porzione di frutta e verdura corrisponde quindi a circa 80 grammi la quantità che sta in una mano oppure in mezzo piatto nel caso di verdure cotte.</p> <p>I dati della sorveglianza Passi <a href="http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/frutta.asp">http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/frutta.asp</a> indicano che nella regione Lazio il consumo di cinque porzioni di frutta e verdura è simile rispetto il dato nazionale (9.3% contro il 10%) mentre è di poco migliore per il consumo di 3/4 porzioni al giorno.</p>
<b>Giustificazione: Importanza in salute pubblica</b>	<p>La sorveglianza Passi si caratterizza come una sorveglianza in sanità pubblica che raccoglie, in continuo e 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. Le persone che hanno un regime alimentare ricco di frutta e verdura hanno un ridotto rischio di malattie croniche, tra cui l'ictus, altre patologie cardiovascolari, alcuni tipi di tumori, malattie respiratorie, ecc.</p> <p>Le linee guida per una sana alimentazione italiana raccomandano di consumare almeno 5 porzioni al giorno di frutta, insalata e ortaggi.</p>
<b>Giustificazione: scopo dell'inclusione</b>	Passi, Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018
<b>Interpretazione: cosa significa un alto o basso livello</b>	Vedi spine chart associata. Se il pallino è a destra della linea la situazione è migliore della media e viceversa se è a sinistra, ma il fatto che sia migliore della media non giustifica un NON intervento in salute pubblica.
<b>Interpretazione: possibili errori legati al tipo di misura, a bias o confondimenti</b>	Criteri di inclusione nella sorveglianza Passi sono: la residenza nel territorio della ASL e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana (per gli stranieri), l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

# METADATI E DESCRIZIONE INDICATORI

## SPECIFICHE DELL'INDICATORE ADULTI 18/69 ANNI CHE CONSUMANO ALMENO 5 PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA

Variabile	Prevalenza di adulti di età 18–69 anni che dichiarano un consumo abituale giornaliero di almeno cinque porzioni di frutta e/o verdura
Statistica	Percentuale
Genere	Maschi/femmine
Gruppo età	18–69 anni
Definizione numeratore	Serie decennale dati PASSI 2008–2017
Fonte numeratore	I gruppi più disagiati economicamente e con un livello di istruzione più bassa sono i sottogruppi all'interno della comunità che non consumano le 5 porzioni di frutta e verdura al giorno
Definizione denominatore	Persone di età 18–69 anni che riportano un consumo abituale giornaliero di almeno cinque porzioni di frutta e/o verdura
Fonte denominatore	Dati PASSI

## Adulti 18/69 anni in sovrappeso o obesità

<b>Definizione dell'indicatore</b>	Prevalenza di adulti in età 18-69 in sovrappeso/obesità, residenti in un comune del distretto ed iscritti all'anagrafe assistiti della ASL
<b>Livello rappresentatività</b>	Nazionale, Regionale, Aziendale, Distrettuale
<b>Periodicità</b>	annuale
<b>Giustificazione: cosa vuol misurare</b>	<p>La situazione nutrizionale e le abitudini alimentari hanno un impatto considerevole sulla salute di una popolazione. Un'alimentazione ipercalorica e sbilanciata e il conseguente eccesso di peso favoriscono l'insorgenza di numerose patologie e aggravano le patologie preesistenti, riducendo la durata della vita e peggiorandone la qualità.</p> <p>L'Oms stima che a livello globale circa 3,4 milioni di adulti muoiono all'anno per cause correlate all'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità). Si stima che il 44% dei casi di diabete, il 23% delle malattie ischemiche del cuore e tra il 7% e il 41% di alcune forme di cancro sono attribuibili all'eccesso ponderale.</p> <p>Per quanto riguarda i tumori il World Cancer Research Fund International (Wcri) documenta la relazione causale tra eccesso ponderale e 7 forme di cancro: esofago, pancreas, colecisti, colon-retto, mammella (post-menopausa), endometrio e rene.</p> <p>L'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse) ha stimato che una persona gravemente obesa perde in media 8-10 anni di vita, quanto un fumatore. Ogni 15 kg di peso in eccesso il rischio di morte prematura aumenta del 30%. Bambini con almeno un genitore obeso hanno una probabilità 3-4 volte maggiore di essere obesi: la causa è in parte genetica (rendendo gli individui ancora più vulnerabili in un contesto obesogenico) e in gran parte è dovuta al fatto che i bambini acquisiscono gli stili di vita dei genitori (dieta poco salutare e vita sedentaria).</p> <p>In Italia l'eccesso ponderale è il quarto fattore più importante per la morte prematura e gli anni vissuti in disabilità.</p> <p>Nella sorveglianza di popolazione le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (IMC oppure Body Mass Index - BMI), calcolato dividendo il peso (in kg) per la statura (in m) al quadrato.</p> <p>Il BMI è rappresentato in 4 categorie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⌚ sottopeso (&lt; 18,5)</li> <li>⌚ normopeso (18,5-24,9)</li> <li>⌚ sovrappeso (25-29,9)</li> <li>⌚ obeso (<math>\geq 30</math>)</li> </ul> <p>Lo studio della sorveglianza <a href="http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso.asp">http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso.asp</a> indica che nella regione Lazio gli adulti in sovrappeso/obesità sono il 31.9%, valore simile a quello nazionale che è di 31.7%.</p>
<b>Giustificazione: Importanza in salute pubblica</b>	Essere in sovrappeso o, ancor più, obesi aumenta il rischio di molteplici patologie croniche, tra cui l'infarto del miocardio, l'ictus, l'ipertensione, il diabete mellito, l'osteoartrosi, e alcune tipologie di tumori. Un'adeguata attività fisica per quantità, intensità e durata e un basso apporto calorico possono ridurre l'IMC.
<b>Giustificazione: scopo dell'inclusione</b>	PASSI, Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018
<b>Interpretazione: cosa significa un alto o basso livello</b>	Vedi spine chart associata. Se il pallino è a destra della linea la situazione è peggiore della media e viceversa se è a sinistra, ma il fatto che sia migliore della media non giustifica un NON intervento in salute pubblica.
<b>Interpretazione: possibili errori legati al tipo di misura, a bias o confondimento</b>	I dati sono autoriferiti, i rispondenti tendono spesso a sovrastimare la propria altezza e a fornire una sottostima del loro peso, determinando un IMC personale in genere inferiore rispetto a quello reale.

# METADATI E DESCRIZIONE INDICATORI

## SPECIFICHE DELL'INDICATORE ADULTI 18/69 ANNI IN SOVRAPPESO O OBESITÀ

Variabile	Prevalenza di adulti di età 18–69 anni che hanno un Indice di massa corporea (IMC) >25 kg/m <sup>2</sup>
Statistica	Percentuale
Genere	Maschi/femmine
Gruppo età	18–69 anni
Definizione numeratore	2008–2017
Fonte numeratore	I gruppi più disagiati economicamente, nella fascia di età 50–69 anni e con un livello di istruzione più bassa sono i sottogruppi all'interno della comunità che risultano essere più in sovrappeso/obesità.
Definizione denominatore	Persone di età 18–69 anni che hanno un Indice di massa corporea (IMC) >25 kg/m <sup>2</sup> calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza.
Fonte denominatore	Dati PASSI

## Adulti 18/69 anni fumatori

<b>Definizione dell'indicatore</b>	Adulti in età 18-69 anni che dichiarano di aver fumato nella loro vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatori al momento dell'intervista, o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi, residenti ed iscritti all'anagrafe assistiti della ASL
<b>Livello rappresentatività</b>	Nazionale, Regionale, Distrettuale
<b>Periodicità</b>	Annuale
<b>Giustificazione: cosa vuol misurare</b>	<p>Il fumo di tabacco, oggi in Italia, costituisce la prima causa evitabile di morte prematura. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, basandosi sui dati del 2004, ha stimato che nella popolazione di 30 anni e più, il fumo provoca oltre 80.000 decessi all'anno: il 24% di tutti i decessi tra gli uomini e il 7% dei decessi tra le donne. Esistono diversi metodi per effettuare tale stima e, a seconda del metodo applicato, in Italia si ottengono risultati variabili fra i 70 e gli 85 mila decessi all'anno, con oltre un milione di anni di vita potenziale persi. In Italia, la maggioranza degli adulti 18-69enni non fuma (56%) o ha smesso di fumare (18%), ma un italiano su 4 fuma (26%). Il fumo di sigaretta è più frequente fra le classi socioeconomiche più svantaggiate (meno istruiti e/o con maggiori difficoltà economiche) e negli uomini. Il consumo medio giornaliero è di circa 12 sigarette, tuttavia un quarto dei fumatori ne consuma più di un pacchetto. La variabilità regionale mostra in testa alla classifica delle Regioni con le più alte quote di fumatori alcune del Centro-Sud, in particolare Umbria, Abruzzo, Lazio, Sicilia e Campania. Anche in Emilia-Romagna la prevalenza di fumo resta elevata. Dal 2008, la percentuale di fumatori va riducendosi significativamente in tutto il territorio italiano. Questa riduzione interessa in particolar modo le classi sociali più agiate (senza difficoltà economiche) e meno le persone economicamente più svantaggiate, fra le quali è più alta la quota di fumatori. La quota di ex fumatori cresce all'avanzare dell'età, è maggiore fra le persone senza difficoltà economiche, fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri e fra i residenti nelle Regioni settentrionali; ma la quota più alta di ex fumatori è tra i residenti della Sardegna. Ancora troppo bassa l'attenzione degli operatori al fumo: solo 1 fumatore su 2 riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da un medico o da un operatore sanitario.</p>
<b>Giustificazione: Importanza in salute pubblica</b>	<p>Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura. A seconda del metodo usato, si stima che fra i 70 e gli 80 mila decessi all'anno, in Italia, siano attribuibili all'abitudine al fumo con oltre un milione di anni di vita potenziale persi.</p>
<b>Giustificazione: scopo dell'inclusione</b>	Passi, Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018
<b>Interpretazione: cosa significa un alto o basso livello</b>	Vedi spine chart associata. Se il pallino è a destra della linea la situazione è peggiore della media e viceversa se è a sinistra, ma il fatto che sia migliore della media non giustifica un NON intervento in salute pubblica.
<b>Interpretazione: possibili errori legati al tipo di misura, a bias o confondimento</b>	<p>Criteri di inclusione nella sorveglianza Passi sono: la residenza nel territorio della ASL e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana (per gli stranieri), l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.</p> <p>L'indicatore misura un comportamento riferito dall'intervistato ed è in teoria soggetto a distorsione legata alla desiderabilità sociale del comportamento, che può essere considerato sconveniente e soggetto a stigmatizzazione. In teoria, ciò può spingere alcuni rispondenti a negare il comportamento con conseguente sottostima della prevalenza.</p>

# METADATI E DESCRIZIONE INDICATORI

## SPECIFICHE DELL'INDICATORE ADULTI 18/69 ANNI FUMATORI

Variabile	Prevalenza di adulti di età 18–69 anni che dichiarano di essere fumatori
Statistica	Percentuale
Genere	Maschi/Femmine
Gruppo età	18–69 anni
Definizione numeratore	2008–2017
Fonte numeratore	l'età, il sesso, l'istruzione, il reddito, la provenienza
Definizione denominatore	Intervistati in età 18–69 anni che dichiarano di aver fumato nella loro vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatori al momento dell'intervista, o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi
Fonte denominatore	Dati PASSI

## Adulti con dipendenza gioco d'azzardo

<b>Definizione dell'indicatore</b>	<p>Giocate annue pro capite residenti &gt;= 18 aa con le slot machine (VLT e AWP) nei comuni della ASL</p> <p>VLT: Le Videolottery sono apparecchi che accettano anche banconote, sono presenti in locali dedicati e consentono giocate e vincite più alte rispetto alle AWP</p> <p>AWP: Chiamate anche "New Slot", sono apparecchi elettronici che accettano solo monete e sono presenti anche in bar e tabaccherie</p>
<b>Livello rappresentatività</b>	Regionale, provinciale, distrettuale, comunale
<b>Periodicità</b>	Annuale (2016)
<b>Giustificazione: cosa vuol misurare</b>	<p>Novantacinque miliardi di euro: è la cifra spesa nel 2016 dagli italiani nel gioco. Ben oltre la metà di questi 95 miliardi, più di 49 miliardi, sono stati giocati su Awp e Vlt. Il numero degli apparecchi attivi sul territorio è di oltre 400mila, così divisi: 354.905 slot e 54.262 vlt.</p> <p>È la Lombardia a guidare la classifica nazionale delle regioni italiane che nel 2016 hanno giocato di più in assoluto su Slot e video lottery, seguita da Lazio, Veneto, Emilia Romagna, Campania, Piemonte, Toscana, Puglia, Sicilia, Liguria.</p> <p>Nella regione Lazio ammontano a 5 miliardi e quasi 125 milioni i soldi giocati tra slot e Vlt (ripartiti quasi equamente tra i due tipi di apparecchi) su una popolazione che sfiora i 6 milioni di abitanti (5.898.124) e che può giocare su 40.609 apparecchi (33.649 slot e 6.960 Vlt).</p> <p>Nel 2016 il 71,6 per cento delle vincite è tornato nelle tasche dei giocatori, che però continuano a giocare alimentando un circolo vizioso. Il resto degli incassi, pari a oltre il 28 per cento (28,3%) va allo Stato (17,5% contro il 13% del 2015), agli esercenti (6%), ai gestori (4,3%) e ai concessionari (0,5%). Nel 2016, il settore dei giochi ha garantito entrate erariali intorno ai 10,5 miliardi, di cui 5,8 miliardi dai soli apparecchi.</p>
<b>Giustificazione: Importanza in salute pubblica</b>	<p>Quanti siano gli italiani malati di gioco d'azzardo patologico è una delle stime più difficili da fare. I dati oscillano tra 1,5 e oltre il 3 per cento di giocatori problematici e circa il 2 per cento di giocatori patologici (pari a oltre un milione di persone). Ma potrebbero essere molti di più i ludopatici impigliati nelle maglie del sommerso. L'aspetto sociale più significativo è che le richieste d'aiuto arrivano dai familiari, in particolare i figli chiamano per i genitori e i nipoti per i nonni. Il gioco d'azzardo tocca in particolare gli anziani.</p>
<b>Giustificazione: scopo dell'inclusione</b>	PRP
<b>Interpretazione: cosa significa un alto o basso livello</b>	<p>Spine chart associata.</p> <p>Se il pallino è a sinistra della linea media la situazione è peggiore della media, se il pallino è a destra la situazione è migliore.</p> <p>L'intervento in salute pubblica è comunque giustificato anche se la situazione si pone a destra della media.</p>
<b>Interpretazione: possibili errori legati al tipo di misura, a bias o confondimenti</b>	Per l'anno 2016 sono mancati i dati relativi alle altre forme di gioco d'azzardo gestiti dai Monopoli (Bingo, Gratta e vinci, Superenalotto, Lotto, Ippica ecc)

# METADATI E DESCRIZIONE INDICATORI

## SPECIFICHE DELL'INDICATORE ADULTI CON DIPENDENZA GIOCO D'AZZARDO

Variabile	Valore in € delle giocate annue pro capite dei residenti >= 18 aa nei comuni della ASL
Statistica	Rapporto
Genere	Giocate annue
Gruppo età	>0 18 aa
Definizione numeratore	2016
Fonte numeratore	
Definizione denominatore	Giocate annue espresse in €
Fonte denominatore	Dati Aams (Agenzia delle Dogane e dei Monopoli) elaborati da Visual Lab del Gruppo Gedi

## Adesione screening mammografico

<b>Definizione dell'indicatore</b>	Numero di persone che hanno effettuato un test di screening sul totale di persone invitate.
<b>Livello rappresentatività</b>	Nazionale, regionale, aziendale, comunale
<b>Periodicità</b>	annuale
<b>Giustificazione: cosa vuol misurare</b>	<p>Anche per il 2015 il carcinoma mammario ha rappresentato la prima causa di morte per tumore nelle donne, con 12.274 decessi (fonte ISTAT). È la prima causa di morte nelle diverse età della vita, rappresentando il 29% delle cause di morte oncologica prima dei 50 anni, il 21% tra i 50 e i 69 anni e il 14% dopo i 70 anni.</p> <p>Si stima che nel 2018 verranno diagnosticati in Italia circa 52.800 nuovi casi di carcinomi della mammella femminile. Non considerando i carcinomi cutanei, il carcinoma mammario è la neoplasia più diagnosticata nelle donne, in cui circa un tumore maligno ogni tre (29%) è un tumore mammario.</p> <p>Le donne sopra i 50 anni d'età hanno un maggior rischio di sviluppare un tumore mammario.</p> <p>Sono stati identificati altri fattori di rischio legati a fattori riproduttivi (menarca precoce e una menopausa tardiva; nulliparità, una prima gravidanza a termine dopo i 30 anni, il mancato allattamento al seno), fattori ormonali (terapia ormonale sostitutiva assunta durante la menopausa), fattori dietetici e metabolici (elevato consumo di alcool e di grassi animali e basso consumo di fibre vegetali), pregressa radioterapia (a livello toracico e specialmente se prima dei 30 anni d'età) e precedenti displasie o neoplasie mammarie. Inoltre, il 5%-7% dei tumori mammari risulta essere legato a fattori ereditari, 1/4 dei quali determinati dalla mutazione di due geni, BRCA 1 e/o BRCA 2.</p> <p>Le differenze tra macro-aree osservate nel periodo 2010-2014, che confermano una maggiore incidenza al Nord (162,9 casi/100.000 donne) rispetto al Centro (141,5 casi/100.000 donne) e al Sud-Isole (127,1 casi/100.000 donne), esprimono la somma dei diversi fattori in gioco, dalla diversa diffusione dello screening mammografico alle disomogeneità nella presenza dei fattori di rischio precedentemente indicati.</p>
<b>Giustificazione: Importanza in salute pubblica</b>	<p>Nelle donne senza segni e/o sintomi di tumore mammario, una diagnosi precoce di carcinoma mammario in uno stadio iniziale di malattia, quando il trattamento può essere più efficace e molto elevata la possibilità di ottenere guarigioni, può essere ottenuta con una Rx-mammografia. Numerosi studi hanno dimostrato come lo screening mammografico possa ridurre la mortalità da carcinoma mammario e aumentare le opzioni terapeutiche.</p> <p>Nei programmi di screening, la mammografia con cadenza biennale è indicata in tutte le donne dai 50 ai 69 anni d'età.</p>
<b>Giustificazione: scopo dell'inclusione</b>	Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018
<b>Interpretazione: cosa significa un alto o basso livello</b>	<p>Spine chart associata.</p> <p>Se il pallino è a sinistra della linea la situazione è peggiore della media e viceversa se è a destra.</p> <p>L'adesione (specialmente quella corretta) è uno dei parametri fondamentali per valutare i programmi di screening in quanto ha un effetto diretto e proporzionale sulla loro efficienza e sull'impatto in termini di riduzione della mortalità. Bassi tassi di adesione possono vanificare l'imponente sforzo organizzativo che lo screening comporta.</p>

# METADATI E DESCRIZIONE INDICATORI

## SPECIFICHE DELL'INDICATORE ADESIONE SCREENING MAMMOGRAFICO

<b>Variabile</b>	Numero di persone che hanno effettuato un test di screening sul totale di persone invitate
<b>Statistica</b>	Percentuale
<b>Genere</b>	Femmine
<b>Gruppo età</b>	Età compresa 50 e 69 anni
<b>Definizione numeratore</b>	2017/2018
<b>Fonte numeratore</b>	Territorio di residenza – Dati ASL
<b>Definizione denominatore</b>	Numero di persone che hanno effettuato un test di screening
<b>Fonte denominatore</b>	Territorio di residenza – Dati ASL

## Adesione screening carcinoma colon retto

<b>Definizione dell'indicatore</b>	Numero di persone che hanno effettuato un test di screening sul totale di persone invitate.
<b>Livello rappresentatività</b>	Nazionale, regionale, aziendale, comunale
<b>Periodicità</b>	annuale
<b>Giustificazione: cosa vuol misurare</b>	<p>Il tumore del colon retto si trova al secondo posto sia tra gli uomini (15% di tutti i nuovi tumori) sia tra le donne (13%), preceduto rispettivamente dalla prostata e dalla mammella. Nel 2015 sono stati osservati 18.935 decessi per carcinoma del colon-retto (ISTAT), di cui il 53% negli uomini. La sopravvivenza a 5 anni in Italia è pari al 66% per il colon e al 62% per il retto, omogenea tra uomini e donne.</p> <p>Sono stimate circa 51.000 nuove diagnosi di tumore del colon-retto nel 2018.</p> <p>Esiste una certa variabilità geografica nell'incidenza del tumore del colon-retto nel nostro paese con un rapporto fra le aree con i tassi più alti e quelle con i più bassi, generalmente quelle dell'Italia meridionale e insulare, intorno a 2 sia fra gli uomini sia fra le donne.</p> <p>Per quanto riguarda gli andamenti nel tempo, il tumore del colon-retto mostra una tendenza all'aumento dell'incidenza con mortalità in riduzione.</p>
<b>Giustificazione: Importanza in salute pubblica</b>	Il carcinoma del colon-retto è tra i tumori a maggiore incidenza nella popolazione italiana ed è al secondo posto tra i tumori come causa di morte sia negli uomini sia nelle donne. Lo screening è in grado di ridurre la mortalità, ed è per questa ragione che il ministero della Salute raccomanda ai servizi sanitari l'esecuzione di screening di popolazione, con l'offerta del test ogni due anni alle persone tra 50 e 69 anni.
<b>Giustificazione: scopo dell'inclusione</b>	Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018
<b>Interpretazione: cosa significa un alto o basso livello</b>	<p>Spine chart associata.</p> <p>Se il pallino è a sinistra della linea la situazione è peggiore della media e viceversa se è a destra.</p> <p>L'adesione (specialmente quella corretta) è uno dei parametri fondamentali per valutare i programmi di screening in quanto ha un effetto diretto e proporzionale sulla loro efficienza e sull'impatto in termini di riduzione della mortalità. Bassi tassi di adesione possono vanificare l'imponente sforzo organizzativo che lo screening comporta</p>

# METADATI E DESCRIZIONE INDICATORI

## SPECIFICHE DELL'INDICATORE ADESIONE SCREENING CARCINOMA COLON RETTO

<b>Variabile</b>	Numero di persone che hanno effettuato un test di screening sul totale di persone invitate
<b>Statistica</b>	Percentuale
<b>Genere</b>	Maschi/femmine
<b>Gruppo età</b>	Età compresa 50 e 69 anni
<b>Definizione numeratore</b>	2018
<b>Fonte numeratore</b>	Territorio di residenza – Dati ASL
<b>Definizione denominatore</b>	Numero di persone che hanno effettuato un test di screening
<b>Fonte denominatore</b>	Territorio di residenza – Dati ASL

## Adesione screening cervice uterina

<b>Definizione dell'indicatore</b>	Numero di persone che hanno effettuato un test di screening sul totale di persone invitate.
<b>Livello rappresentatività</b>	Nazionale, regionale, aziendale, comunale
<b>Periodicità</b>	annuale
<b>Giustificazione: cosa vuol misurare</b>	<p>Il tumore della cervice è più frequente nella fascia giovanile (4% dei casi, quinta neoplasia più frequente) mentre dopo i 50 anni rappresenta complessivamente l'1% dei tumori femminili.</p> <p>Si stima che il rischio di sviluppare un tumore della cervice uterina nell'arco della vita di una donna sia di 1 su 158.</p> <p>Il trend di incidenza della cervice uterina appare in lieve riduzione (-0,4%/anno).</p> <p>L'incidenza presenta gradienti Nord-Sud, con valori leggermente inferiori nel meridione.</p>
<b>Giustificazione: Importanza in salute pubblica</b>	<p>La diagnosi precoce rappresenta l'arma più efficace nella prevenzione del carcinoma della cervice uterina. In Italia la diffusione del Pap-test a livello spontaneo, a partire dagli anni '60 e, soprattutto, l'avvio dei programmi di screening organizzato hanno rappresentato i principali fattori di riduzione dell'incidenza e ancor più della mortalità per questa neoplasia.</p> <p>I programmi di screening regionali hanno invitato nel 2015 il 76% delle donne in età 25-64 anni.</p>
<b>Giustificazione: scopo dell'inclusione</b>	Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018
<b>Interpretazione: cosa significa un alto o basso livello</b>	<p>Spine chart associata.</p> <p>Se il pallino è a sinistra della linea la situazione è peggiore della media e viceversa se è a destra.</p> <p>L'adesione (specialmente quella corretta) è uno dei parametri fondamentali per valutare i programmi di screening in quanto ha un effetto diretto e proporzionale sulla loro efficienza e sull'impatto in termini di riduzione della mortalità. Bassi tassi di adesione possono vanificare l'imponente sforzo organizzativo che lo screening comporta.</p>

# METADATI E DESCRIZIONE INDICATORI

## SPECIFICHE DELL'INDICATORE ADESIONE SCREENING CERVICE UTERINA

Variabile	Numero di persone che hanno effettuato un test di screening sul totale di persone invitate
Statistica	Percentuale
Genere	Femmine
Gruppo età	Età compresa 30-64 anni
Definizione numeratore	2017/2018
Fonte numeratore	Territorio di residenza – Dati ASL
Definizione denominatore	Numero di persone che hanno effettuato un test di screening
Fonte denominatore	Territorio di residenza – Dati ASL

