



# **PROFILO DI SALUTE**

## **Regione Marche**

Marzo 2012

**AGENZIA REGIONALE SANITARIA**

**PP SISTEMA DI GOVERNO DEL SSR – OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO**

## IL TERRITORIO E LA POPOLAZIONE

La Regione Marche si estende su un territorio di 9.366 Km<sup>2</sup> (3 % del territorio nazionale) con struttura geomorfologica molto variata. La **popolazione** residente è pari a 1.565.335 (al 31/12/2010, *SIS Regione Marche* - Tabella 1); nel corso del 2010 la popolazione è cresciuta di 5.793 unità, per l'apporto positivo della componente migratoria che ha compensato l'azione delle componenti naturali (nascite e morti), che nel loro insieme hanno invece dato luogo ad un saldo negativo pari ad una diminuzione di 2.137 unità (Tabelle 2,3).

**Tabella 1. Popolazione, per sesso e Provincia, al 1 gennaio ed al 31 dicembre. Regione Marche, 2010.**

Province	Popolazione al 1 Gennaio 2010			Popolazione al 31 Dicembre 2010		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Provincia Pesaro e Urbino	179.043	186.745	365.788	179.171	187.792	366.963
Provincia Ancona	231.153	247.166	478.319	232.133	248.895	481.028
Provincia Macerata	157.446	166.923	324.369	157.858	167.504	325.362
Provincia Ascoli Piceno	103.618	109.968	213.586	103.686	110.382	214.068
Provincia Fermo	86.436	91.044	177.480	86.549	91.365	177.914
<b>Regione Marche</b>	<b>757.696</b>	<b>801.846</b>	<b>1.559.542</b>	<b>759.397</b>	<b>805.938</b>	<b>1.565.335</b>

Fonte SIS Regione Marche

**Tabella 2. Componenti naturali (nascite e morti) per sesso e provincia. Regione Marche anno 2010.**

Province	Nati			Morti		
	Maschi	Femm	Totale	Maschi	Femm	Totale
Provincia Pesaro e Urbino	1.750	1.646	3.396	1.768	1.840	3.608
Provincia Ancona	2.282	2.146	4.428	2.400	2.630	5.030
Provincia Macerata	1.570	1.411	2.981	1.751	1.769	3.520
Provincia Ascoli Piceno	890	872	1.762	1.051	1.063	2.114
Provincia Fermo	787	731	1.518	980	970	1.950
<b>Regione Marche</b>	<b>7.279</b>	<b>6.806</b>	<b>14.085</b>	<b>7.950</b>	<b>8.272</b>	<b>16.222</b>

Fonte SIS Regione Marche

**Tabella 3. Saldo naturale (nascite/ morti) e saldo migratorio per sesso e provincia. Regione Marche anno 2010.**

Province	Saldo Naturale			Saldo Migratorio		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Provincia Pesaro e Urbino	-18	-194	-212	146	1.241	1.387
Provincia Ancona	-118	-484	-602	1.098	2.213	3.311
Provincia Macerata	-181	-358	-539	593	939	1.532
Provincia Ascoli Piceno	-161	-191	-352	229	605	834
Provincia Fermo	-193	-239	-432	306	560	866
Regione Marche	-671	-1.466	-2.137	2.372	5.558	7.930

Fonte SIS Regione Marche

La speranza di vita alla nascita risulta per gli uomini di 80.1 anni e per le donne di 85.4 (stime *Istat* per il 2010), rispettivamente al primo ed al secondo posto delle graduatorie regionali (per la Provincia autonoma di Bolzano si stima 85.5 per le donne) (Tabella 4). Il dato medio nazionale stimato è di 79.2 per gli uomini, di 84,4 per le donne. Nell'anno 2006 i valori risultavano, per la nostra regione, di 79.5 anni per gli uomini e di 85.0 per le donne. Se consideriamo la speranza di vita a 65 anni, è stimata in 19.0 anni per gli uomini e 22.7 anni per le donne. La popolazione marchigiana sta progressivamente invecchiando e di conseguenza aumenta il carico sociale e sanitario connesso alla disabilità ed alla non autosufficienza.

**Tabella 4. Stima di vita alla nascita per le Marche e per area geografica Italia. Anni 2006.2010**

REGIONI	2006		2007		2008		2009		2010	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Marche	79,5	85,0	79,8	85,2	79,8	85,0	79,9	85,3	80,0	85,2
ITALIA	78,4	84,0	78,7	84,0	78,8	84,1	78,8	84,1	79,1	84,3
Nord	78,6	84,3	78,9	84,4	79,0	84,3	79,0	84,4	79,3	84,5
Centro	78,8	84,2	79,1	84,4	79,2	84,3	79,3	84,4	79,5	84,6
Sud	78,0	83,4	78,1	83,2	78,3	83,5	78,3	83,5	78,7	83,8

Fonte SIS Regione Marche, Istat

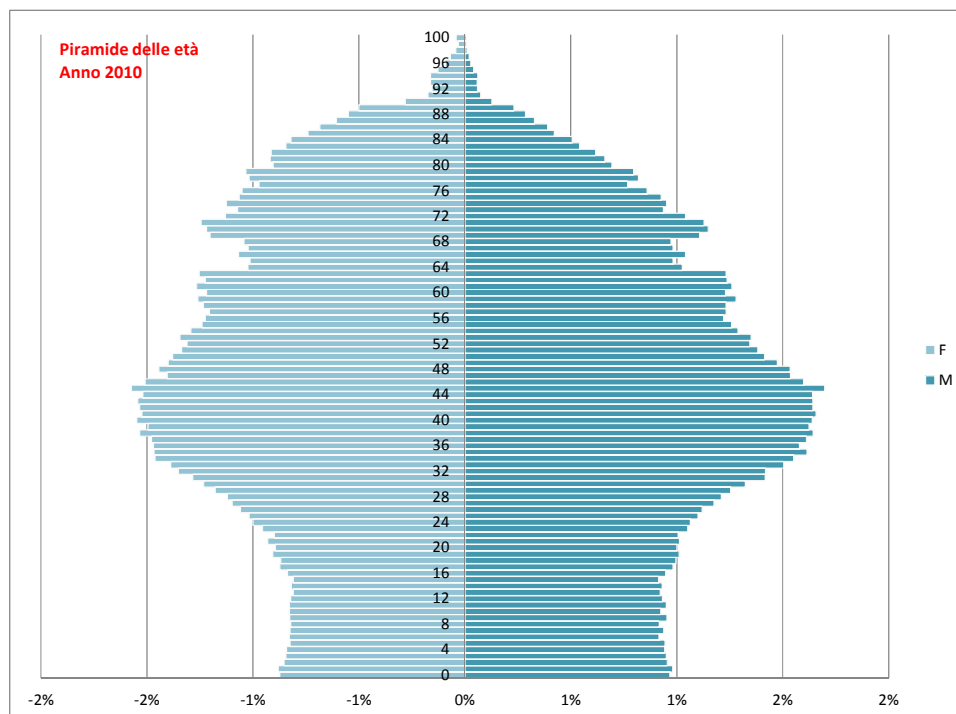
Anche le stime Istat per l'anno 2001 confermano l'andamento. Per le Marche si stima un'aspettativa di vita pari a 80,3 anni per gli uomini (seconda solo alla PA di Bolzano, 80,5) e pari a 85,4 per le donne (seconda solo al Trentino Alto Adige, 85,7 anni) (tabella 5).

**Tabella 5. Speranza di vita alla nascita e a 65 anni, per sesso e regione. Stime per l'anno 2011.**

REGIONI	Stime 2011	
	maschi	femmine
Piemonte*	79,2	84,4
Valle d'Aosta*	79,2	84,4
Lombardia	79,9	84,7
Trentino-Alto Adige	80,2	85,7
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>80,5</i>	<i>85,8</i>
<i>Trento</i>	<i>80,0</i>	<i>85,5</i>
Veneto	79,8	85,0
Friuli-Venezia Giulia	79,0	84,4
Liguria	79,1	84,1
Emilia-Romagna	80,0	84,7
Toscana	80,1	85,0
Umbria	80,0	85,1
<b>Marche</b>	<b>80,3</b>	<b>85,4</b>
Lazio	79,1	84,5
Abruzzo**	79,2	84,9
Molise**	79,2	84,9
Campania	77,7	83,0
Puglia	79,7	84,4
Basilicata	79,4	84,6
Calabria	79,4	84,7
Sicilia	78,7	83,4
Sardegna	78,8	84,9
<b>ITALIA</b>	<b>79,4</b>	<b>84,5</b>
<b>Nord</b>	<b>79,7</b>	<b>84,7</b>
<i>Nord-ovest</i>	<i>79,6</i>	<i>84,6</i>
<i>Nord-est</i>	<i>79,8</i>	<i>84,9</i>
<b>Centro</b>	<b>79,6</b>	<b>84,8</b>
<b>Mezzogiorno</b>	<b>78,8</b>	<b>83,9</b>
<i>Sud</i>	<i>78,8</i>	<i>84,0</i>
<i>Isole</i>	<i>78,7</i>	<i>83,8</i>

Fonte: Istat

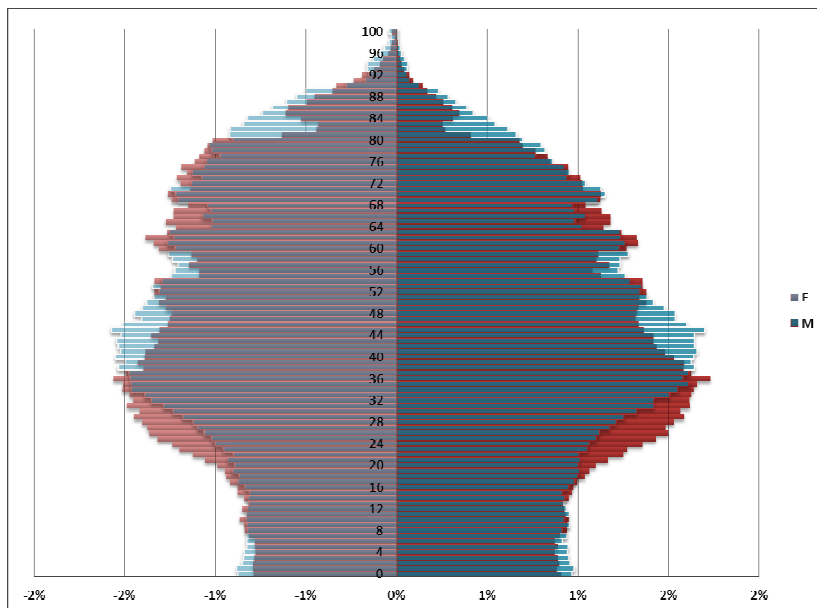
**Figura 1 Piramide delle età (Maschi/Femmine) Regione Marche al 31/12/2010**



Fonte . Istat

La piramide delle età (Fig. 1), che mette in relazione la numerosità con gli anni di età per sesso, mostra il tipico aspetto di una popolazione che tende al progressivo invecchiamento, con una base stretta ed un segmento mediano allargato. Nella parte superiore della piramide si evidenzia come il fenomeno dell'invecchiamento sia più marcato per la popolazione femminile rispetto a quella maschile. Se confrontiamo la piramide delle età degli anni 2001 e 2010, si nota che le due figure sovrapposte si diversificano per le barre più scure relative all'anno 2001 e quelle più chiare relative all'anno 2010. In pratica, la popolazione, pur aumentando leggermente alla base per un lieve incremento delle nascite, si sposta in generale verso l'alto, per effetto dell'incremento dell'aspettativa di vita. (Figura 2).

**Figura 2. Piramidi delle età relative agli anni 2001 e 2010 (le differenze di struttura vengono evidenziate dalle barre più scure relative all'anno 2001 e da quelle più chiare relative all'anno 2010).**



Fonte Istat

La popolazione straniera residente al 31/12/2010 risulta di 146.368 persone (9.4% dei residenti) con un leggero incremento dall'anno 2009 rispetto alla popolazione residente. Nel 2010 le iscrizioni alle anagrafi dei Comuni marchigiani di persone provenienti dall'estero hanno raggiunto il valore di oltre 8 persone ogni 1.000 cittadini residenti. In tabella 6 si riporta la cittadinanza dei cittadini stranieri residenti nelle Marche. Il crescente fenomeno dell'immigrazione rende necessario lo sviluppo di politiche che possano assicurare equità di accesso ai servizi per la popolazione immigrata.

**Tabella 6. Cittadini stranieri. Popolazione residente per sesso e cittadinanza. Regione Marche, al 31/12/2010.**

<b>Cittadinanza</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>TOT</b>
Romania	8.921	14.038	22.959
Albania	11.575	10.407	21.982
Marocco	7.875	6.800	14.675
Macedonia	5.935	4.940	10.875
Cina Rep. Popolare	4.759	4.404	9.163
Ucraina	1.083	4.282	5.365
Polonia	1.473	3.708	5.181
Tunisia	3.011	2.124	5.135
Moldova	1.498	3.240	4.738
Pakistan	2.545	1.486	4.031
India	2.237	1.507	3.744
Bangladesh	2.478	1.234	3.712
Nigeria	1.365	1.436	2.801
Perù	1.134	1.551	2.685
Senegal	1.976	631	2.607
Russia Federazione	306	1.222	1.528
Regno Unito	738	739	1.477
Bulgaria	461	960	1.421
Filippine	549	828	1.377
Germania	530	707	1.237
Brasile	297	816	1.113
Algeria	658	450	1.108
Sri Lanka	577	432	1.009
ALTRI	7421	9024	16445
<b>TOTALE</b>	<b>69.402</b>	<b>76.066</b>	<b>146.368</b>

Per quanto riguarda l'area materno-infantile, si rimanda all'apposito capitolo.

## Indicatori demografici

Si riportano di seguito i principali indicatori demografici, calcolati per area geografica (Regione Marche, e per ognuna delle cinque Aree Vaste ASUR) per gli anni 2008-2009-2010.

La Tabella 7 contiene una definizione sintetica degli indicatori utilizzati.

**Tabella 7. Descrizione degli indicatori demografici**

<b>Indicatore</b>	<b>Definizione</b>
<b>Tasso di natalità</b>	rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.
<b>Tasso di mortalità</b>	rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.
<b>Tasso migratorio totale</b>	rapporto tra il saldo migratorio dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000
<b>Tasso di crescita naturale</b>	differenza tra il tasso di natalità e il tasso di mortalità.
<b>Tasso di crescita totale</b>	somma del tasso di crescita naturale e del tasso migratorio totale.
<b>Indice di dipendenza anziani</b>	rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100
<b>Indice di dipendenza strutturale</b>	rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.
<b>Indice di vecchiaia</b>	rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100.

In generale, come evidenziato in Tabella 8, nelle Marche si rileva una diminuzione del tasso di natalità ed un tasso di mortalità sostanzialmente stabile, che confermano l'invecchiamento della popolazione regionale. Nel triennio considerato risulta in diminuzione il tasso migratorio, di conseguenza diminuisce, a fronte di un tasso di crescita naturale costante, il tasso di crescita totale. Per quanto riguarda gli indici. Quello di vecchiaia (169 per 100 nel 2010) risulta in leggera diminuzione, ma sempre con valori più elevati rispetto all'indice nazionale (144 nel 2010) e a quello dell'Italia centrale (160 nel 2010). Le stime Isat per il 2011 confermano il valore del 2010.

L'indice di dipendenza strutturale (56 per 100 nel 2010) e quello di dipendenza anziani (35 per 100 nel 2010) risultano stabili nel triennio. Anche in questo caso i valori risultano superiori a quelli nazionali (dipendenza strutturale: 52/100 in Italia e 53/100 nel centro Italia nel 2010; dipendenza anziani: 31/100 in Italia e 33/100 nel centro Italia nel 2010). Anche in questo caso, le stime Istat per l'anno 2011 confermano i valori del 2010. A seguire si riportano i valori dei tassi e degli indici demografici per Area vasta Asur (tabelle 8-13; Figure 3,4).



**Tabella 8. Indicatori demografici. Regione Marche, anni 2008-2010.**

<b>Indicatori</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Tasso natalità	9,4	9,3	9,0
tasso mortalità	10,6	10,4	10,4
tasso migratorio totale	11,9	6,4	5,1
Crescita Naturale	-1,1	-1,1	-1,4
Crescita totale	10,7	5,3	3,7
Indice dipendenza anziani	34,9	34,9	34,9
Indice dipendenza strutturale	55,4	55,4	55,6
Indice di vecchiaia	171,1	169,8	168,8

**Tabella 9. Indicatori demografici. Area Vasta 1, Regione Marche, anni 2008-2010.**

<b>Indicatori</b>	<b>Anno</b>		
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Tasso natalità	9,8	9,6	9,3
tasso mortalità	10,0	9,9	9,9
tasso migratorio totale	15,2	6,5	3,8
Crescita Naturale	-0,1	-0,3	-0,6
Crescita totale	15,1	6,2	3,2
Indice dipendenza anziani	32,9	32,9	33,1
Indice dipendenza strutturale	53,5	53,7	54,2
Indice di vecchiaia	159,5	157,6	157,1

**Tabella 10. Indicatori demografici. Area Vasta 2, Regione Marche, anni 2008-2010.**

<b>Indicatori</b>	<b>Anno</b>		
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Tasso natalità	9,9	9,6	9,3
tasso mortalità	10,7	10,8	10,6
tasso migratorio totale	11,7	6,2	6,7
Crescita Naturale	-0,8	-1,2	-1,3
Crescita totale	10,9	5,0	5,4
Indice dipendenza anziani	35,7	35,6	35,7
Indice dipendenza strutturale	56,2	56,3	56,6
Indice di vecchiaia	174,2	172,4	171,2

**Tabella 11. Indicatori demografici. Area Vasta 3, Regione Marche, anni 2008-2010.**

<b>Indicatori</b>	<b>Anno</b>		
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Tasso natalità	9,2	9,3	9,1
tasso mortalità	11,0	10,6	10,8
tasso migratorio totale	11,2	6,9	4,9
Crescita Naturale	-1,9	-1,2	-1,7
Crescita totale	9,3	5,6	3,2
Indice dipendenza anziani	36,1	35,9	35,9
Indice dipendenza strutturale	56,6	56,4	56,6
Indice di vecchiaia	176,0	174,7	172,8

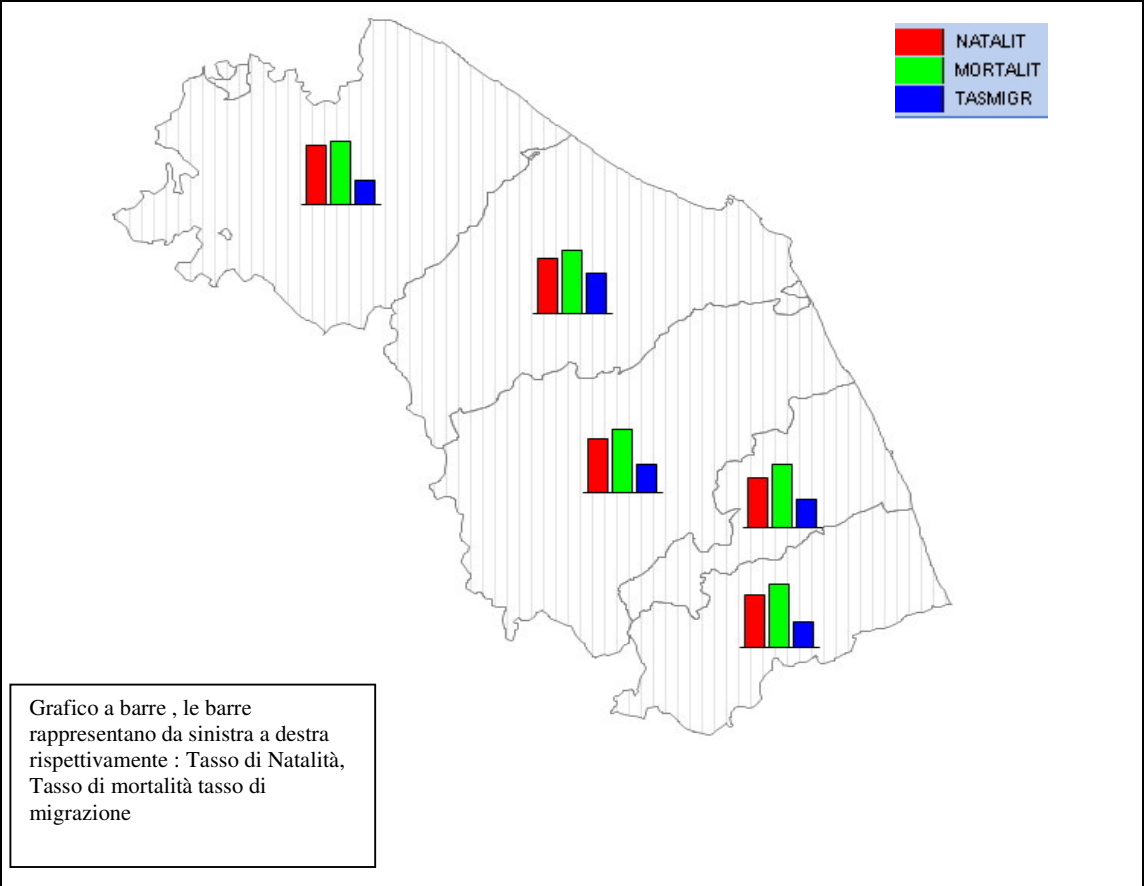
**Tabella 12. Indicatori demografici. Area Vasta 4, Regione Marche, anni 2008-2010.**

<b>Indicatori</b>	<b>Anno</b>		
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Tasso natalità	8,6	9,0	8,6
tasso mortalità	10,9	10,1	11,0
tasso migratorio totale	11,2	6,7	4,9
Crescita Naturale	-2,3	-1,1	-2,4
Crescita totale	8,9	5,6	2,4
Indice dipendenza anziani	35,8	35,6	35,3
Indice dipendenza strutturale	56,1	55,9	55,7
Indice di vecchiaia	175,6	174,8	172,6

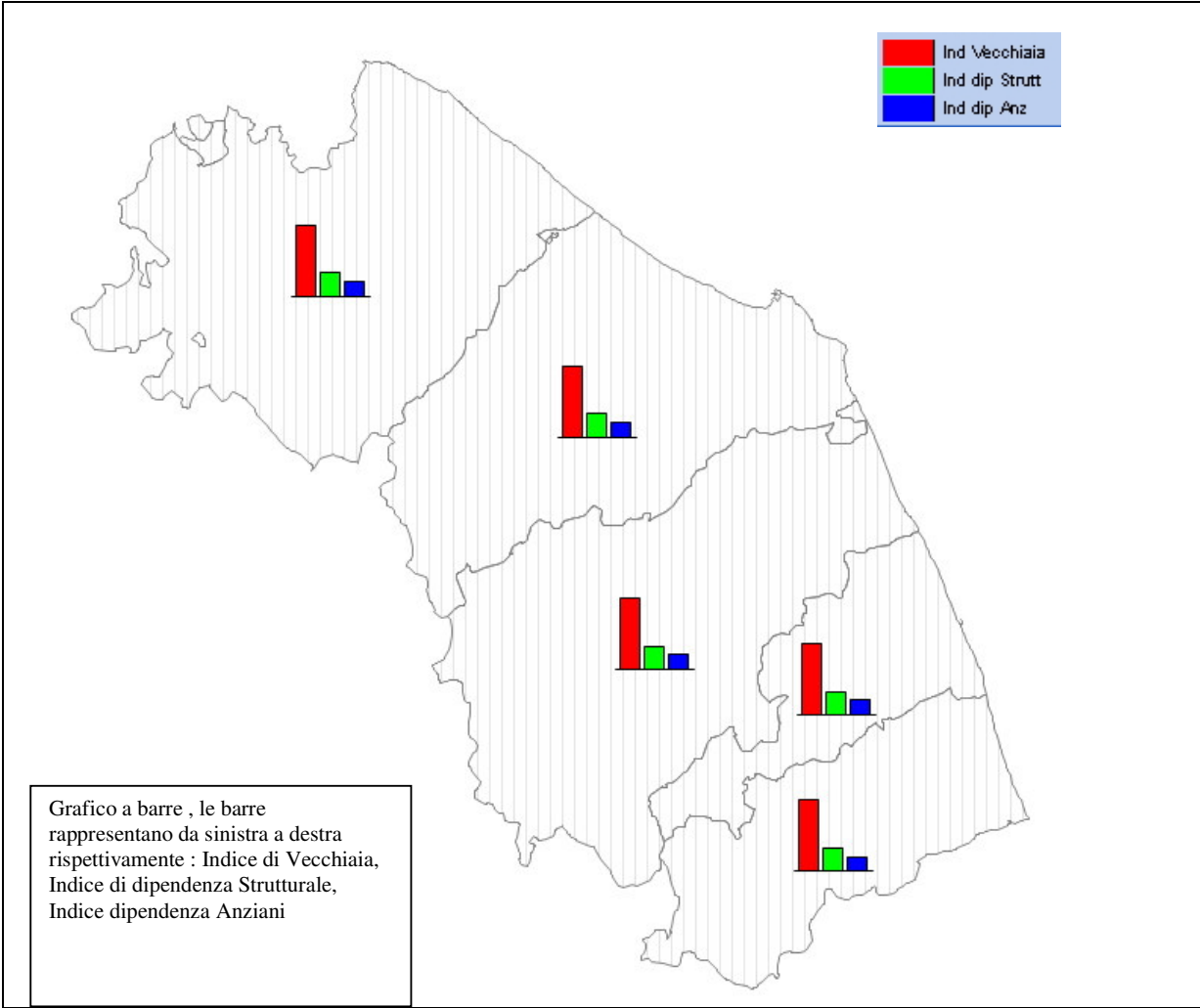
**Tabella 13. Indicatori demografici. Area Vasta 5, Regione Marche, anni 2008-2010.**

<b>Indicatori</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
tasso natalità	8,7	8,3	8,2
tasso mortalità	10,4	10,4	9,9
tasso migratorio totale	8,2	5,6	3,9
Crescita Naturale	-1,6	-2,1	-1,6
Crescita totale	6,6	3,5	2,3
Indice dipendenza anziani	34,5	34,6	34,6
Indice dipendenza strutturale	54,4	54,4	54,4
Indice di vecchiaia	173,2	174,0	174,8

**Figura 3, Tassi di natalità, mortalità e migratorio per Area Vasta. Regione Marche, anno 2010.**



**Figura 4. Indici di vecchiaia, dipendenza strutturale e dipendenza anziani per Area Vasta. Regione Marche, anno 2010.**



## FATTORI SOCIO-ECONOMICI

### L'occupazione

Nella regione Marche, nel 2009, il **tasso di occupazione**<sup>1</sup> in età lavorativa (15-64 anni) è pari al 63,8%, superiore a quello italiano (57,5%) e la differenza di genere è meno rilevante rispetto a quella nazionale (Tab. 1).

**Tab. 1 Tasso di occupazione per sesso e provincia delle persone in età lavorativa (15-64 anni). Regione Marche. Anno 2009.**

Territorio	Maschi	Femmine	Totale
Pesaro-Urbino	75,4	55,8	65,7
Ancona	70,2	60,4	65,3
Macerata	71,1	54,6	62,9
Ascoli Piceno	71,6	49,7	60,6
<b>Marche</b>	<b>72,0</b>	<b>55,4</b>	<b>63,8</b>
Italia	68,6	46,4	57,5

Fonte: Istat (Rilevazione sulle forze di lavoro)

Nella regione Marche il trend dell'occupazione si mantiene costante, con tassi costantemente superiori rispetto a quelli nazionali e con significative differenze di genere (Tab. 2).

**Tab. 2 Tasso di occupazione per sesso e anno delle persone in età lavorativa (15-64 anni). Confronto Marche-Italia. Anni 2004-2009.**

Anno	Marche			Italia		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
2004	73,3	54,2	63,8	69,7	45,2	57,4
2005	73,6	53,3	63,5	69,7	45,3	57,5
2006	74,8	53,8	64,4	70,5	46,3	58,4
2007	74,7	54,8	64,8	70,7	46,6	58,7
2008	73,4	55,9	64,7	70,3	47,2	58,7
2009	72,0	55,4	63,8	68,6	46,4	57,5

Fonte: Istat (Rilevazione sulle forze di lavoro)

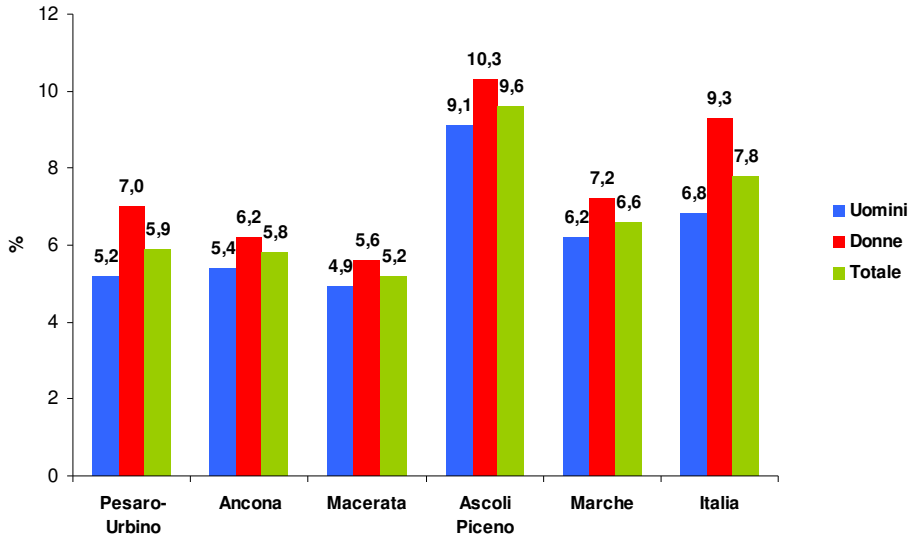
Passando a considerare il **tasso di disoccupazione** della popolazione in età lavorativa (15-64 anni), nella regione Marche, nell'anno 2009 è pari al 6,6%, più basso rispetto a quello nazionale pari al 7,8%.

Le differenze tra province sono poco rilevanti, eccetto che per Ascoli Piceno, nella quale complessivamente il tasso di disoccupazione raggiunge il 9,6% (contro il minimo della provincia di Macerata pari al 5,2%).

Si riscontrano tassi di disoccupazione femminile costantemente più alti rispetto alla popolazione maschile e la differenza maggiore la si rileva nella provincia di Pesaro-Urbino (7% vs 5,2%) (Fig. 1).

<sup>1</sup> Tasso di occupazione: percentuale di popolazione residente di età > 15 anni che ha un'occupazione

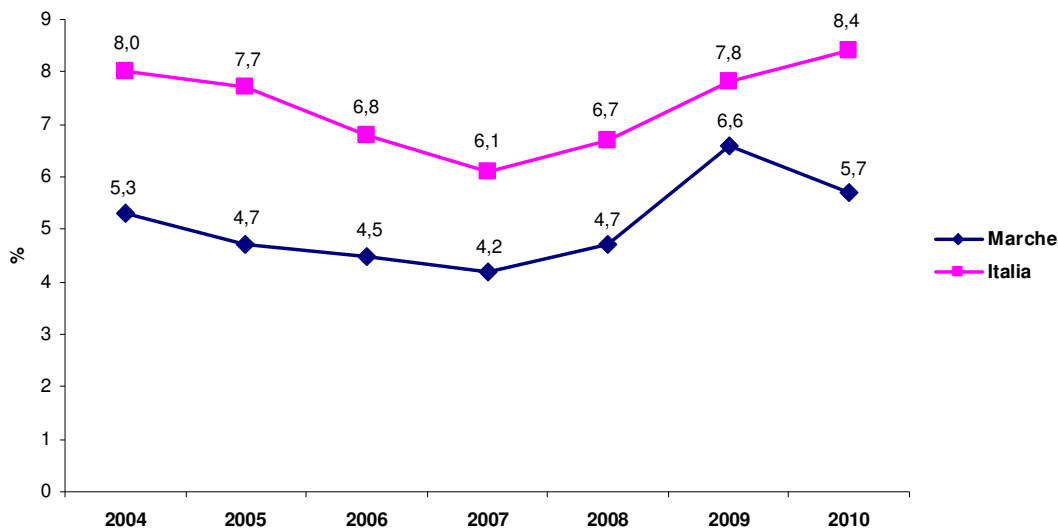
**Fig. 1 Tasso di disoccupazione per sesso e provincia delle persone in età lavorativa (15-64 anni). Regione Marche. Anno 2009.**



Fonte: Istat (Rilevazione sulle forze di lavoro)

Considerando il periodo 2004-2010, si evidenzia nel tasso di disoccupazione, un trend temporale decrescente fino al 2007, che poi aumenta progressivamente negli anni successivi. La regione Marche, che presenta un tasso costantemente più basso rispetto al dato nazionale, in tutto il periodo, presenta un calo tra il 2009 e il 2010, passando dal 6,6% al 5,7% (Fig. 2).

**Fig. 2 Tasso di disoccupazione delle persone in età lavorativa (15-64 anni). Confronto Marche-Italia. Anni 2004-2010.**



Fonte: Istat (Rilevazione sulle forze di lavoro)

In tutto il periodo considerato il tasso di disoccupazione femminile è nettamente superiore rispetto a quello maschile, sia nelle Marche che in Italia (Tab. 3).

**Tab. 3 Tasso di disoccupazione per sesso e anno delle persone 15-64 anni. Confronto Marche-Italia. Anni 2004-2009.**

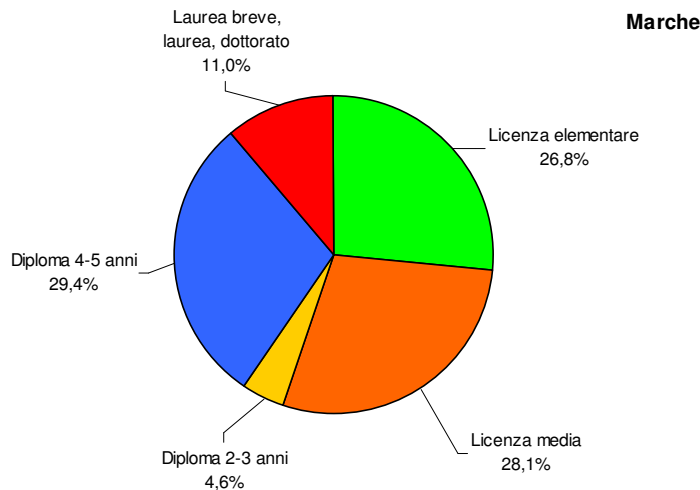
Anno	Marche			Italia		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
2004	3,8	7,3	5,3	6,4	10,5	8,0
2005	3,4	6,5	4,7	6,2	10,1	7,7
2006	3,2	6,4	4,5	5,4	8,8	6,8
2007	2,7	6,1	4,2	4,9	7,9	6,1
2008	3,9	5,7	4,7	5,5	8,5	6,7
2009	6,2	7,2	6,6	6,8	9,3	7,8

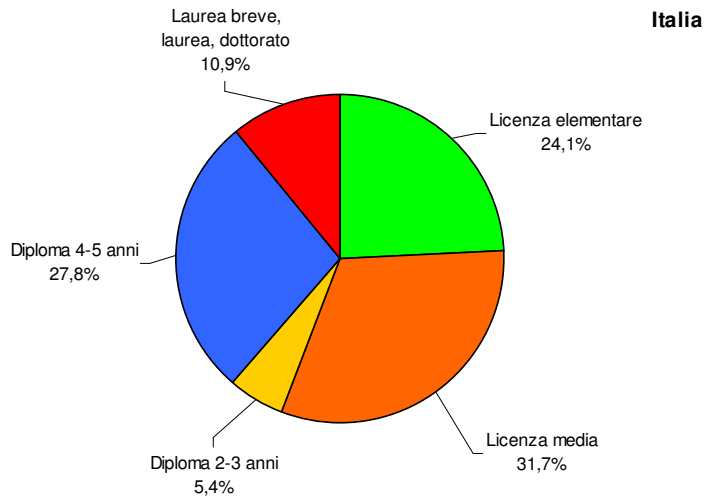
Fonte: Istat (Rilevazione sulle forze di lavoro)

### L'istruzione

La figura 3 mostra le percentuali dei residenti marchigiani per titolo di studio ed il confronto con l'Italia. Nella regione Marche, nel 2009, le persone con la sola licenza elementare sono il 26,8% e questo valore è lievemente superiore rispetto alla media nazionale pari al 24,1%. Rispetto all'istruzione superiore i dati marchigiani sono sovrapponibili a quelli nazionali (Fig. 3).

**Fig. 3 Tab. Distribuzione dei residenti di 15 anni e oltre per titolo di studio. Confronto Marche- Italia. Anno 2009.**





Fonte: Istat (Indagine sulle forze di lavoro)

Nel periodo 2006-2009 i dati rimangono sostanzialmente invariati, sia per le Marche, che per l'Italia (Tab. 4).

**Tab. 4 Distribuzione dei residenti di 15 anni e oltre per titolo di studio. Confronto Marche- Italia. Anni 2006- 2009.**

Titolo di studio	2006		2007		2008		2009	
	Marche	Italia	Marche	Italia	Marche	Italia	Marche	Italia
Licenza elementare	28,5	26,6	28,0	25,9	27,8	25,0	26,8	24,1
Licenza media	29,1	31,5	28,8	31,5	28,2	31,6	28,1	31,7
Diploma 2-3 anni	4,3	5,3	4,7	5,2	4,7	5,3	4,6	5,4
Diploma 4-5 anni	27,3	26,9	28,4	27,2	29,2	27,3	29,4	27,8
Laurea breve, laurea, dottorato	10,8	9,7	10,1	10,2	10,1	10,7	11,0	10,9
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>



## La povertà

Nella regione Marche, nel 2010, la percentuale di famiglie che hanno una spesa mensile per consumi al di sotto della soglia di povertà (incidenza di povertà<sup>2</sup>) è pari al 8,5%. Tale prevalenza è inferiore rispetto al dato nazionale (11%), ma in costante aumento (nel 2002 era pari al 4,9% nelle Marche, mentre in Italia era sempre dell'11%).

**Tab. 5 Incidenza di povertà relativa delle famiglie e intervallo di confidenza al 95%. Confronto Marche-Centro-Italia. Anni 2009-2010.**

Territorio	2009			2010		
	Incidenza	IC 95%		Incidenza	IC 95%	
		lim. inf.	lim. sup.		lim. inf.	lim. sup.
<b>Marche</b>	7,0	5,5	8,6	8,5	6,3	10,7
Centro	5,9	4,8	7,0	6,3	5,4	7,2
Italia	10,8	10,2	11,4	11,0	10,5	11,5

Fonte: Istat

<sup>2</sup> L'incidenza di povertà relativa è calcolata sulla base del numero di famiglie (e relativi componenti) che presentano spese per consumi al di sotto di una soglia convenzionale. Tale soglia viene fissata annualmente in base alla spesa media mensile pro-capite per consumi delle famiglie.

## LA MORTALITA' PER CAUSA

Per quanto riguarda la **mortalità** la causa di morte più rilevante nella popolazione marchigiana è quella per malattie cardiovascolari seguita dai tumori. Per le *malattie del sistema cardiocircolatorio* (6.612 decessi nel 2007), il tasso standardizzato di mortalità/10.000 risulta pari a 31.7/10.000; il tasso per il sesso maschile risulta 39.5/10.000 e quello per il sesso femminile 26.3/10.000. Nello specifico, per i disturbi circolatori dell'encefalo (1.863 decessi) si rileva un tasso standardizzato pari a 8.9/10.000 nel 2007; per quanto riguarda l'infarto del miocardio (877 decessi) il tasso risulta 4.4/10.000 (*SIS regione Marche*). Tra le altre cause di rilievo, per l'anno 2007 per le *malattie dell'apparato respiratorio* si rileva un tasso standardizzato 4.4/10.000, per le *malattie dell'apparato digerente* del 3.1/10.000, per il *diabete* 2.1/10.000. Per le *cause accidentali violente* il tasso è 3.7/10.000. In generale si osserva una diminuzione dei tassi relativi al 2007 rispetto al 2006. Tra i *tumori* il maggior numero di decessi è rilevato per le patologie neoplastiche a carico del polmone nei maschi e della mammella nelle donne. In particolare, nel sesso maschile tra i decessi per tumore (circa 2.600 casi/anno), per i tumori maligni di trachea, bronchi, polmoni il tasso standardizzato per l'anno 2007 risulta 7.9/10.000 (621 decessi), per i tumori maligni di colon, retto e ano il tasso è 3.6/10.000 (283 decessi) e per i tumori maligni dello stomaco 2.9/10.000 (232 decessi). Nel sesso femminile, tra i decessi per tumore (circa 1.900 casi/anno) nell'anno 2007 per il tumore maligno della mammella si registra il tasso standardizzato di mortalità 2.8/10.000 (295 decessi), per i tumori maligni di colon, retto e ano il tasso è 2.3/10.000 (260 decessi), per i tumori maligni di trachea, bronchi, polmoni il tasso standardizzato risulta 1.8/10.000 (178 decessi) e per i tumori maligni dello stomaco 1.3/10.000 (140 decessi). Tuttavia, ad un riconosciuto aumento dell'incidenza dei tumori corrisponde attualmente una minore mortalità per diagnosi più precoci e terapie più efficaci.

Di seguito, in Tabella 1, si riportano i decessi e tassi standardizzati nella regione Marche, per sesso e grandi gruppi di cause. I dati sono riferiti al biennio 2006-2007, gli ultimi dati disponibili Istat. A livello regionale sono iniziate le attività per l'avvio del Registro Cause di Morte regionale.

Nei Paesi a sviluppo avanzato, attualmente si sono raggiunti elevati livelli di sopravvivenza e la Marche sono la regione con l'aspettativa più alta d'Italia. Tale condizione è frutto di continui progressi in medicina e delle migliori condizioni di vita delle popolazioni che hanno contribuito a ridurre, notevolmente, i rischi di morte a tutte le età della vita. Negli ultimi anni l'aumento della sopravvivenza è stato in gran parte determinato dall'importante declino della mortalità nelle età anziane che ha prodotto un sensibile aumento della sopravvivenza oltre i 65 anni. Per le cause di morte, non si evidenziano sostanziali differenze rispetto alle altre realtà regionali

**Tabella 1, Decessi e tassi standardizzati nella regione Marche, per sesso e grandi gruppi di cause - Anni 2006, 2007 (a)**

GRUPPO ICD10 <sup>(b)</sup>	CAUSE DI MORTE	Decessi (numero)		Tassi stand. per 10.000
		2006	2007	
MASCHI				
C00-D48	Tumori	2.596		2.642
C16	<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	215		232
C18-C21	<i>Tumori maligni del colon, retto e ano</i>	281		283
C33-C34	<i>Tumori maligni della trachea, bronchi e polmoni</i>	645		621
C50	<i>Tumori maligni della mammella della donna</i>	-		-
E10-E14	Diabete mellito	202		188
G00-H95	Malattie del sistema nervoso	251		304
I00-I99	Malattie del sistema circolatorio	2.882		2.944
I21-I22	<i>Infarto del miocardio</i>	530		483
I60-I69	<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	750		811
J00-J99	Malattie del sistema respiratorio	607		565
K00-K93	Malattie dell'apparato digerente	310		335
V01-Y89	Cause accidentali e violente	462		433
-	Altre cause	543		533
<b>Totale</b>		<b>7.853</b>		<b>7.944</b>
FEMMINE				
C00-D48	Tumori	1.980		1.889
C16	<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	161		140
C18-C21	<i>Tumori maligni del colon, retto e ano</i>	249		260
C33-C34	<i>Tumori maligni della trachea, bronchi e polmoni</i>	163		178
C50	<i>Tumori maligni della mammella della donna</i>	306		295
E10-E14	Diabete mellito	239		234
G00-H95	Malattie del sistema nervoso	317		386
I00-I99	Malattie del sistema circolatorio	3.625		3.668
I21-I22	<i>Infarto del miocardio</i>	384		394
I60-I69	<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	1.139		1.052
J00-J99	Malattie del sistema respiratorio	382		360
K00-K93	Malattie dell'apparato digerente	302		278
V01-Y89	Cause accidentali e violente	272		238
-	Altre cause	694		869
<b>Totale</b>		<b>7.811</b>		<b>7.922</b>
TOTALE				
C00-D48	Tumori	4.576		4.531
C16	<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	376		372
C18-C21	<i>Tumori maligni del colon, retto e ano</i>	530		543
C33-C34	<i>Tumori maligni della trachea, bronchi e polmoni</i>	808		799
C50	<i>Tumori maligni della mammella della donna</i>	306		295
E10-E14	Diabete mellito	441		422
G00-H95	Malattie del sistema nervoso	568		690
I00-I99	Malattie del sistema circolatorio	6.507		6.612
I21-I22	<i>Infarto del miocardio</i>	914		877
I60-I69	<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	1.889		1.863
J00-J99	Malattie del sistema respiratorio	989		926
K00-K93	Malattie dell'apparato digerente	612		613
V01-Y89	Cause accidentali e violente	734		671
-	Altre cause	1.237		1.402
<b>Totale</b>		<b>15.664</b>		<b>15.866</b>

provvisorio ricavato dai modd. D7.

(b) Settori ICD10 - International Classification of Diseases X Rev. 2000.

Per valutare le variazioni della mortalità (oltre il primo anno di vita) negli anni, si fa riferimento al tasso di mortalità standardizzato per 10.000 abitanti, per sesso e grandi gruppi di cause (Tabella 2). Per attenuare il rischio di oscillazioni casuali, si è valutata la media dei periodi considerati: il triennio 1000-2001 ed il biennio 2006-2007.

L'analisi dei grandi gruppi di cause evidenzia tra i due periodi una generale riduzione dei tassi di mortalità, sia negli uomini che nelle donne. Il tasso standardizzato per età per le malattie del sistema circolatorio si riduce in pochi anni, passando nelle Marche, tra il 1999-2001 ed il 2006-2007 da un valore di 36.5 a 29.2/10.000 nei maschi e di un valore di 24.0 a 19.6/10.000 nelle femmine. La diminuzione avviene in tutte le province e per entrambi i generi. Si osserva questa variazione anche a livello nazionale, con dati più elevati. Anche per i tumori maligni si osserva una diminuzione dei tassi di mortalità regionali ed in tutte le province nei periodi considerati. Il tasso standardizzato passa nelle Marche, tra il 1999-2001 ed il 2006-2007 da un valore di 31.0 a 27.9/10.000 nei maschi e di un valore di 16.0 a 15.1/10.000 nelle femmine. Anche in questo caso, in linea con il dato generale nazionale.

Si osserva, infine, in generale una diminuzione di mortalità anche per cause violente

**Tabella 2. Tassi standardizzati di mortalità oltre l'anno di vita (per 10.000) per regione e provincia, sesso e causa di morte. Marche, medie dei periodi 1999-2001, 2006-2007**

REGIONE/PROVINCE	Malattie sistema circolatorio		Tumori maligni		Cause violente		Altre cause	
	1999-01	2006-7	1999-01	2006-7	1999-01	2006-7	1999-01	2006-7
<b>MASCHI</b>								
<b>MARCHE</b>	<b>36.5</b>	<b>29,2</b>	<b>31.0</b>	<b>27.9</b>	<b>6.1</b>	<b>5.2</b>	<b>19.3</b>	<b>19.7</b>
PESARO URBINO	35.1	27.9	32.1	27.5	6.9	4.4	20,9	18.3
ANCONA A	36.8	30.1	32.6	31.4	6.2	6.6	19.8	21.3
MACERATA	36.0	28.6	29.8	27.4	5.8	5.5	17.4	19.3
ASCOLI PICENO	37.8	29.8	29,3	24.7	5.4	4.2	18.9	19.2
<b>ITALIA</b>	<b>40.2</b>	<b>31.3</b>	<b>33.8</b>	<b>31.1</b>	<b>5.7</b>	<b>5.0</b>	<b>23.8</b>	<b>22.3</b>
<b>FEMMINE</b>								
<b>MARCHE</b>	<b>24.0</b>	<b>19.6</b>	<b>16.0</b>	<b>15.1</b>	<b>2.6</b>	<b>1.9</b>	<b>11.7</b>	<b>11.6</b>
PESARO URBINO	23.2	18.4	16.6	14.7	2.9	1.6	12.8	10.7
ANCONA A	23.3	20.4	16.6	16.3	2.5	2.1	11.5	12.9
MACERATA	24.5	18.7	16.0	15.4	2.6	2.3	10.9	10.8
ASCOLI PICENO	25.3	20.4	14.6	13.9	2.3	1.8	11.4	11.5
<b>ITALIA</b>	<b>27.0</b>	<b>21.5</b>	<b>17.3</b>	<b>16.6</b>	<b>2.4</b>	<b>2.0</b>	<b>14.5</b>	<b>14.4</b>

FONTE: Osservasalute 2010, dati Istat, standardizzazione in riferimento alla popolazione italiana censimento 1991

Sulla mortalità è stato effettuato uno studio, puramente descrittivo, da parte del Servizio Epidemiologia Ambientale dell'ARPAM, basato sui dati Istat. L'intento è stato quello di descrivere gli andamenti temporali della mortalità nel biennio 2006/2007 per le principali cause con l'obiettivo di rilevare i miglioramenti e i peggioramenti delle condizioni sanitarie della popolazione al fine di rispondere più adeguatamente ai bisogni di salute e aumentare quindi l'efficienza del sistema sanitario regionale.

Lo studio elabora i tassi di mortalità del 2006 e 2007, riferiti a 100.000 abitanti, pubblicati nei rapporti ISTISAN 10/26 e 10/27, standardizzati secondo la popolazione rilevata al censimento 2001 e classificati secondo la causa del decesso.

Il passaggio della codifica da ICD-9 a ICD-10 è avvenuto a partire dall'anno 2003 per cui è necessaria cautela nel valutare i trend tra il periodo 1981-2002 e gli anni successivi.

Per ogni anno (2006; 2007), fascia di età (0-74; tutte le età), genere (maschi; femmine) e causa di morte è stata individuata la posizione (*rango*) che la regione Marche occupa nella graduatoria di tutte le regioni italiane, relativa ai tassi standardizzati di mortalità ordinati in senso crescente. I ranghi possono variare da 1 a 21, indicando un diverso valore del tasso di mortalità per le Marche rispetto alle altre regioni italiane. Nello specifico si è definito:

- intervallo da 1-5: valore basso;
- intervallo da 6-16: valore medio.
- intervallo da 17-21: valore alto;

Al fine di mostrare gli aspetti della dinamica di breve e lungo periodo delle singole cause sono stati analizzati gli andamenti dei tassi standardizzati dal 2006 al 2007 calcolando, per il biennio, le variazioni percentuali di periodo e confrontando le tendenze osservate con quelle dell'arco temporale 1981-2003 (il 2004 ed il 2005 sono indisponibili).

La variazione percentuale di periodo ( $\frac{\text{tasso}_{2007} - \text{tasso}_{2006}}{\text{tasso}_{2006}} * 100$ ) esprime l'aumento o la diminuzione del tasso del 2007 in centesimi del tasso iniziale, ovvero del 2006. A parità di differenza di punti percentuali tra due tassi, la dimensione della variazione dipenderà dall'ordine di grandezza del valore iniziale.

L'utilizzo congiunto dell'informazione fornita dai ranghi e dalle variazioni percentuali di periodo consente di identificare le aree per le quali potrebbe essersi verificato un miglioramento o un peggioramento nella mortalità nel corso del biennio. Naturalmente un biennio, senza il conforto di altri dati, è insufficiente per esprimere valutazioni affidabili di trend.

La tabella 3 riporta i ranghi di ogni causa di morte della regione Marche rispetto alle regioni italiane per genere, biennio considerato e fascia di età; i dati evidenziati in verde indicano che i ranghi appartengono all'intervallo 1-5, quelli evidenziati in rosso all'intervallo 17-21. Le figure 1 - 4 descrivono graficamente l'attribuzione dei ranghi nei due anni in studio.

Tabella 3. Ranghi dei tassi di mortalità per causa, genere, fascia di età ed anno. Marche, anni 2006 e 2007.

CAUSA DI MORTE	ICD 10	Maschi				Femmine			
		0-74 anni		Tutte le età		0-74 anni		Tutte le età	
		2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
MORTALITÀ GENERALE	A00-T98	2	1	1	1	1	1	2	1
MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	A00-B99	3	2	7	4	1	6	3	9
TUBERCOLOSI	A15-A19,B9	4	4	13	5	5	9	4	11
AIDS	B20-B24	14	8	12	8	14	19	14	19
TUMORI	C00-D48	5	4	6	6	5	5	6	5
TUMORI MALIGNI	C00-C97	6	4	6	5	6	5	6	5
T. MALIGNO DELLO STOMACO	C16	12	12	16	16	20	18	20	19
T. MALIGNO DEL COLON-RETTO	C18-C21	10	14	6	10	2	7	7	6
T. MALIGNO DEL FEGATO E DEI DOTTI BILIARI INTRAEPATICI	C22	1	2	1	1	1	2	1	1
T. MALIGNO DEL PANCREAS	C25	10	13	12	12	15	10	17	8
T. MALIGNO DELLA TRACHEA, DEI BRONCHI E DEL POLMONE	C33-C34	8	7	8	8	7	9	8	8
T. MALIGNO DELLA PROSTATA	C61	6	4	4	7				
T. MALIGNO DELLA MAMMELLA	C50					6	5	8	7
T. MALIGNO DELL'UTERO	C53-C55					7	2	4	2
T. MALIGNO DELLA VESCICA	C67	15	6	9	3	16	6	3	9
T. MALIGNO DELL'ENCEFALO	C71	17	14	16	12	5	1	8	2
T. MALIGNI DEL TESSUTO LINFATICO, EMATOPOIETICO E TESSUTI CORRELATI	C81-C96	9	5	7	4	3	20	4	14
LEUCEMIE	C91-C95	5	17	5	6	2	18	3	17
DIABETE MELLITO	E10-E14	5	7	7	4	6	3	5	3
DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI	F00-F99	19	1	16	11	17	3	12	11
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DI SENSO	G00-H95	8	13	7	19	2	4	7	16
MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	I00-I99	3	1	3	7	1	3	8	11
CARDIOPATIE ISCHEMICHE	I20-I25	5	3	14	10	1	2	13	15
MALATTIE CEREBROVASCOLARI	I60-I69	14	7	11	12	5	5	13	10
MALATTIE DEL SISTEMA RESPIRATORIO	J00-J99	5	2	4	3	2	4	2	1
INFLUENZA	J10-J11	21	15	21	18	6	6	3	1
POLMONITE	J12-J18	12	11	14	12	10	20	12	11
ASMA	J45-J46	5	3	11	4	11	2	6	2
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	K00-K93	3	4	3	4	1	1	2	2
MALATTIE EPATICHE CRONICHE	K70,K73-K7	3	5	3	4	1	1	2	1
MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO	N00-N99	15	1	13	7	7	8	8	9
MALFORMAZIONI CONGENITE	Q00-Q99	15	12	19	11	13	7	14	5

CAUSA DI MORTE	ICD 10	Maschi				Femmine			
		0-74 anni		Tutte le età		0-74 anni		Tutte le età	
		2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
CAUSE MAL DEFINITE	R00-R99	1	3	2	2	5	2	2	4
CAUSE ESTERNE	V01-Y89	12	12	13	10	9	17	9	4
ACCIDENTI DA TRASPORTO	V01-V99	12	15	12	19	12	17	14	17
CADUTE	W00-W19	3	16	7	11	7	8	7	6
AUTOLESIONE INTENZIONALE	X60-X84	16	11	17	13	11	16	11	12

Figura 1. Ranghi per causa di morte anni 2006-2007. Maschi 0-74 anni

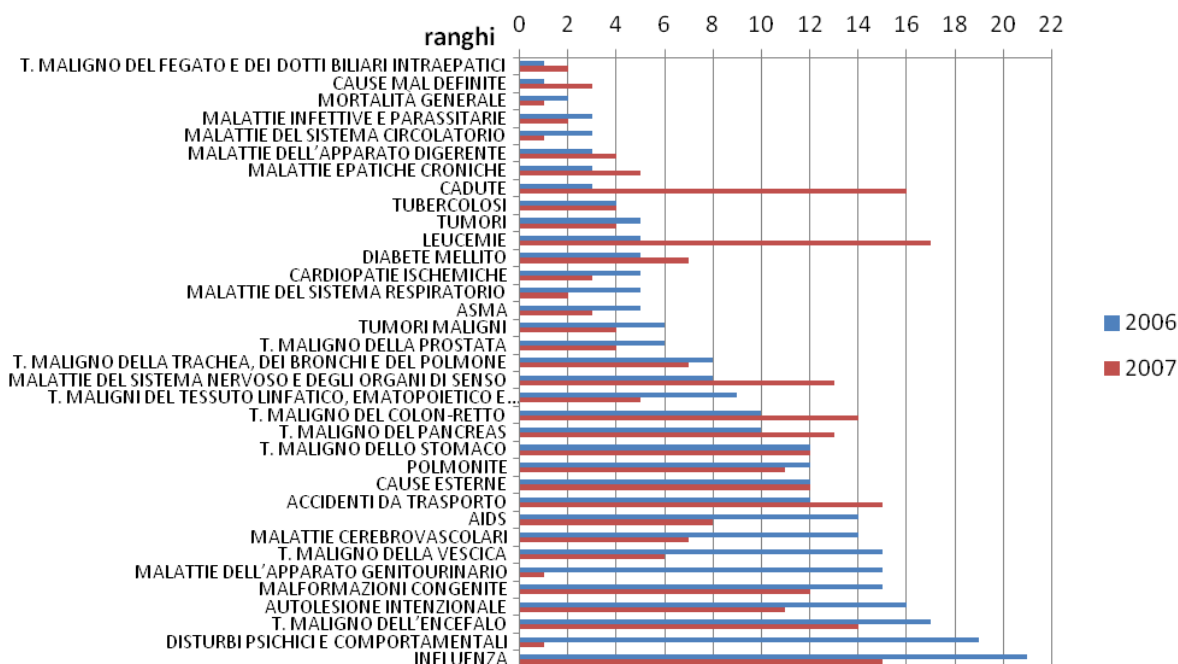
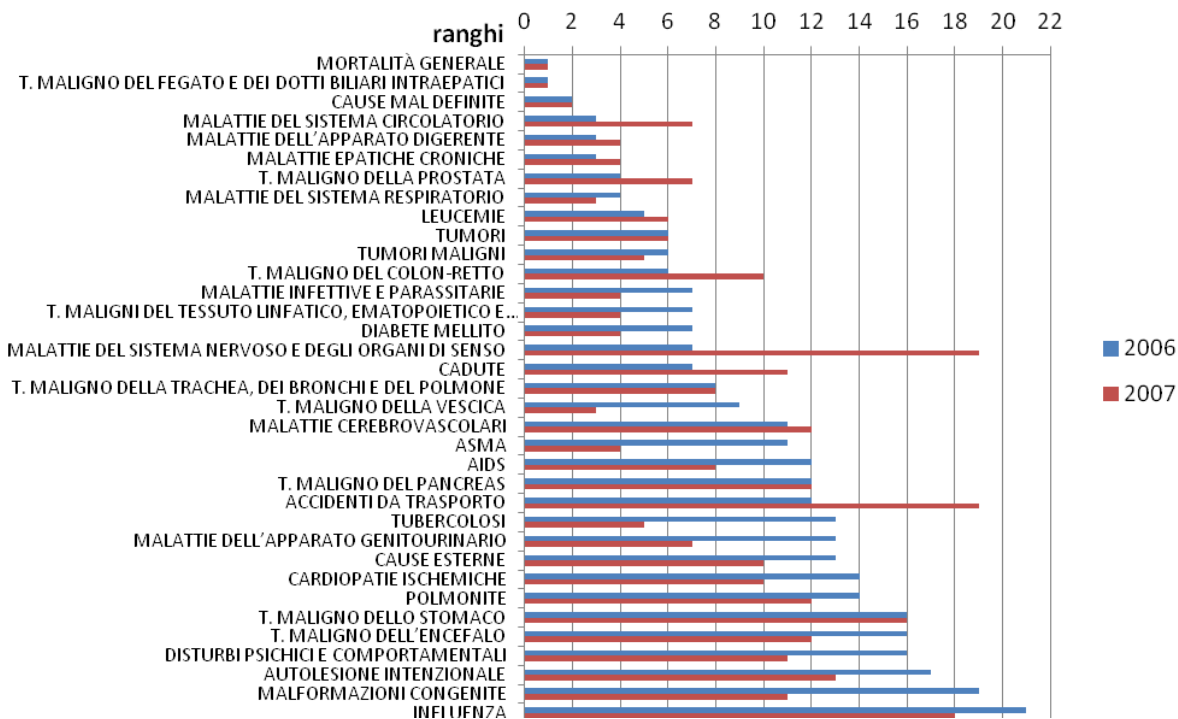
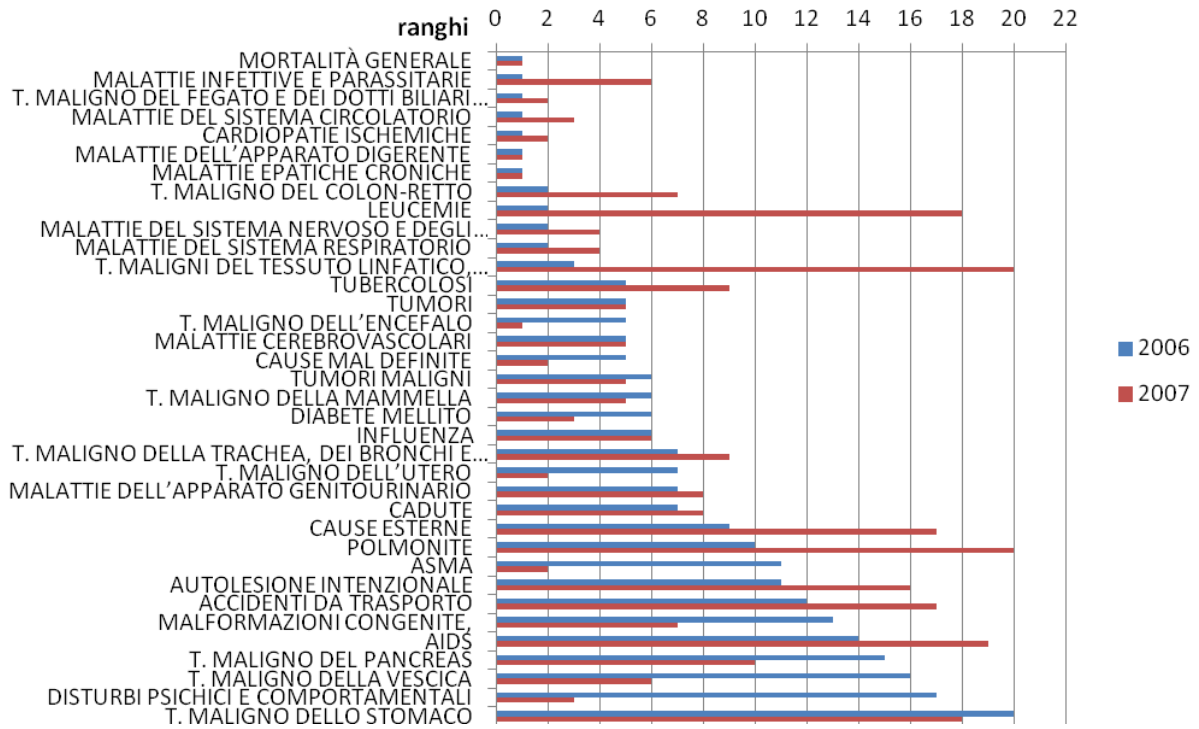


Figura 2. Ranghi per causa di morte anni 2006-2007. Maschi tutte le età

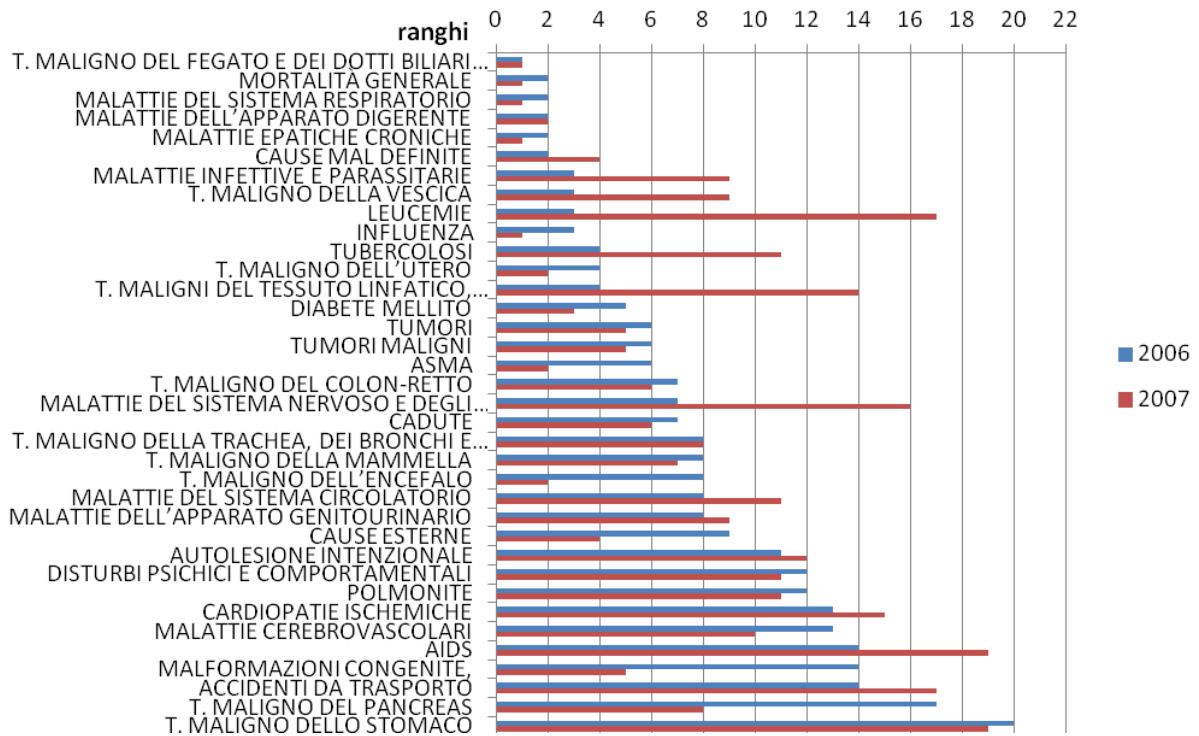




**Figura 3. Ranghi per causa di morte anni 2006-2007. Femmine 0-74 anni**



**Figura 4. Ranghi per causa di morte anni 2006-2007. Femmine tutte le età**



Le principali aree di interesse sono riconducibili a sei gruppi caratterizzati da:

1. tassi di mortalità bassi nel 2006 e nel 2007 e in entrambe le fasce d'età;
1. tassi di mortalità bassi nel 2006 e in evidente incremento nel 2007;
2. tassi di mortalità medio-alti nel 2006 e in ulteriore aumento nel 2007;
3. tassi di mortalità medio-alti nel 2006-2007 solo per le età avanzate;
4. tassi di mortalità medio-alti in diminuzione;
5. tassi di mortalità più alti nelle Marche rispetto alla media nazionale.

#### . TASSI DI MORTALITÀ BASSI NEL 2006 E NEL 2007 E IN ENTRAMBE LE FASCE D'ETÀ

Dai ranghi osservati si individuano le cause di morte per le quali la regione Marche mostra, per il 2006 e 2007 e per entrambi i gruppi di età, una posizione in graduatoria entro i primi 5 posti, sottolineando in questo caso una situazione costantemente favorevole della mortalità rispetto al panorama italiano. Le più rilevanti cause sono: la mortalità generale, il tumore maligno del fegato e dei dotti biliari intraepatici, le malattie del sistema respiratorio, le malattie dell'apparato digerente e le malattie epatiche croniche (tabelle 4 e 5).

Le variazioni dei tassi dal 2006 al 2007 sono tendenzialmente in diminuzione, proseguendo il trend del periodo 1981-2003 per la mortalità generale e per le malattie del sistema respiratorio.

Laddove le variazioni dal 2006 al 2007 sono in aumento è da notare che la differenza assoluta tra i tassi è, per la maggior parte dei casi, largamente inferiore ad un punto (p.p.). Costituisce un'eccezione il gruppo delle malattie del sistema respiratorio nelle femmine tra 0-74 anni con un'a differenza di 1.21 p.p. (+30.8%).

**Tabella 4. Gruppo 1. Confronto dei tassi Marche e Italia della popolazione 0-74 anni**

<i>Popolazione 0-74 anni</i>							
Causa di morte	Genere	Marche			Italia		
		Tassi x 100.000 2006	Tassi x 100.000 2007	Variazione %	Tassi x 100.000 2006	Tassi x 100.000 2007	Variazione %
<b>MORTALITÀ GENERALE</b>	Maschi	376.86	357.74	-5.1	431.45	419.89	-2.7
	Femmine	177.44	174.1	-1.9	217.02	215.31	-0.8
<b>T. MALIGNO DEL FEGATO E DEI DOTTI BILIARI INTRAEPATICI</b>	Maschi	7.15	6.97	-2.5	14.07	13.51	-4.0
	Femmine	1.53	1.86	21.6	4.47	4.14	-7.4
<b>MALATTIE DEL SISTEMA RESPIRATORIO</b>	Maschi	14.66	11.74	-19.9	16.76	16.68	-0.5
	Femmine	3.93	5.14	30.8	6.4	6.57	2.7
<b>MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE</b>	Maschi	16.58	16.35	-1.4	22.14	20.85	-5.8
	Femmine	6.74	5.12	-24.0	10.05	9.69	-3.6
<b>MALATTIE EPATICHE CRONICHE</b>	Maschi	9.58	10.26	7.1	13.67	12.55	-8.2
	Femmine	3.28	1.92	-41.5	5.47	5.25	-4.0

In neretto : incremento percentuale di una differenza assoluta tra tassi superiore ad 1 p.p. oppure riduzione percentuale di una differenza assoluta tra tassi superiore ad 1 p.p.

**Tabella 5. Gruppo 1. Confronto dei tassi Marche e Italia della popolazione tutte le età**

<i>Popolazione tutte le età</i>							
Causa di morte	Genere	Marche			Italia		
		Tassi x 100.000 2006	Tassi x 100.000 2007	Variazione %	Tassi x 100.000 2006	Tassi x 100.000 2007	Variazione %
<b>MORTALITÀ GENERALE</b>	Maschi	1035.41	1030.6	<b>-0.5</b>	1125.59	1116.59	-0.8
	Femmine	614.12	606.74	<b>-1.2</b>	683.19	687.83	0.7
<b>T. MALIGNO DEL FEGATO E DEI DOTTI BILIARI INTRAEPATICI</b>	Maschi	12.03	12.86	6.9	24.05	23.28	-3.2
	Femmine	3.84	3.99	3.9	9.02	9.03	0.1
<b>MALATTIE DEL SISTEMA RESPIRATORIO</b>	Maschi	81.02	78.32	<b>-3.3</b>	88.85	90.35	1.7
	Femmine	28.41	26.93	<b>-5.2</b>	35.02	36.33	3.7
<b>MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE</b>	Maschi	39.23	39.86	1.6	46.05	44.46	-3.5
	Femmine	23.89	20.89	<b>-12.6</b>	28.51	28.26	-0.9
<b>MALATTIE EPATICHE CRONICHE</b>	Maschi	13.41	13.8	2.9	19.02	18.03	-5.2
	Femmine	5.91	3.96	<b>-33.0</b>	9.64	9.34	-3.1

In neretto : incremento percentuale di una differenza assoluta tra tassi superiore ad 1 p.p. oppure riduzione percentuale di una differenza assoluta tra tassi superiore ad 1 p.p.

**TASSI DI MORTALITÀ BASSI NEL 2006 MA IN EVIDENTE INCREMENTO NEL 2007**

Si individuano le cause di morte per le quali la regione Marche passa da una posizione in graduatoria entro i primi 5 posti nel 2006 ad una peggiore nel 2007, sottolineando il passaggio da una situazione favorevole rispetto alle regioni italiane ad una estremamente peggiorativa. Le cause di morte più rilevanti sono le leucemie e il tumore maligno del tessuto linfatico emopoietico e tessuti correlati (tabella 6 e 7).

Le variazioni dei tassi dal 2006 al 2007 sono considerevolmente in aumento, come rilevato tendenzialmente per il linfoma non Hodgkin nel periodo 1981- 2003; per le leucemie l'andamento nel periodo 1981-2003 risultava complessivamente irregolare.

Una riduzione dei tassi di mortalità si osserva invece per il tumore maligno del tessuto linfatico emopoietico e tessuti correlati nei maschi.

**Tabella 6. Gruppo 2. Confronto dei tassi Marche e Italia della popolazione 0-74 anni**

<i>Popolazione 0-74 anni</i>							
Causa di morte	Genere	Marche			Italia		
		Tassi x 100.000 2006	Tassi x 100.000 2007	Variazione %	Tassi x 100.000 2006	Tassi x 100.000 2007	Variazione %
<b>T. MALIGNI DEL TESSUTO LINFATICO, EMATOPOIETICO E TESSUTI CORRELATI</b>	Maschi	13.71	12.74	-7.1	14.46	14.77	2.1
	Femmine	7.03	10.01	<b>42.4</b>	9.13	8.89	-2.6
<b>LEUCEMIE</b>	Maschi	5.64	6.97	<b>23.6</b>	6.09	6.2	1.8
	Femmine	2.41	4.23	<b>75.5</b>	3.56	3.68	3.4

In neretto : incremento percentuale di una differenza assoluta tra tassi superiore ad 1 p.p. oppure riduzione percentuale di una differenza assoluta tra tassi superiore ad 1 p.p.

**Tabella 7. Gruppo 2. Confronto dei tassi Marche e Italia della popolazione tutte le età**

<i>Popolazione tutte le età</i>							
Causa di morte	Genere	Marche			Italia		
		Tassi x 100.000 2006	Tassi x 100.000 2007	Variazione %	Tassi x 100.000 2006	Tassi x 100.000 2007	Variazione %
<b>T. MALIGNI DEL TESSUTO LINFATICO, EMATOPOIETICO E TESSUTI CORRELATI</b>	Maschi	26.77	24.45	-8.7	27.72	28.05	1.2
	Femmine	15.32	17.07	11.4	17.41	17.05	-2.1
<b>LEUCEMIE</b>	Maschi	10.79	11.26	4.4	12.16	12.14	-0.2
	Femmine	5.45	7.65	40.4	6.7	6.79	1.3

In neretto : incremento percentuale di una differenza assoluta tra tassi superiore ad 1 p.p. oppure riduzione percentuale di una differenza assoluta tra tassi superiore ad 1 p.p.

**TASSI DI MORTALITÀ MEDIO-ALTI NEL 2006 E IN ULTERIORE AUMENTO NEL 2007**

Si individuano le cause di morte per le quali la regione Marche mostra un rango medio alto nel 2006 e in evidente incremento nel 2007.

Le cause di morte più rilevanti sono l'AIDS per le femmine, il tumore al colon-retto per i maschi e le malattie del sistema nervoso e organi di senso (tabella 8 e 8).

L'andamento negli anni precedenti del tumore maligno del colon-retto presenta oscillazioni annuali ma risulta tendenzialmente stabile dal 1993 al 2003.

Nella popolazione di tutte le età delle malattie del sistema nervoso e organi di senso si osserva un forte aumento dei tassi sia nei maschi (variazione assoluta di 8 p.p.: +25%) che nelle femmine (variazione assoluta di 6 p.p.: +23%), proseguendo l'aumento persistente verificatosi negli anni precedenti (n.d. 2004-2005).

**Tabella 8. Gruppo 3. Confronto dei tassi Marche e Italia della popolazione 0-74 anni.**

<i>Popolazione 0-74 anni</i>							
Causa di morte	Genere	Marche			Italia		
		Tassi x 100.000 2006	Tassi x 100.000 2007	Variazione %	Tassi x 100.000 2006	Tassi x 100.000 2007	Variazione %
<b>AIDS</b>	Maschi	1.66	1.76	6.0	2.48	2.72	9.7
	Femmine	0.7	0.96	37.1	0.7	0.64	-8.6
<b>T. MALIGNO DEL COLON-RETTO</b>	Maschi	18.78	19.06	1.5	18.84	18.35	-2.6
	Femmine	9.71	9.82	1.1	10.96	11.2	2.2
<b>MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DI SENSO</b>	Maschi	9.83	10.87	10.6	10.6	10.52	-0.8
	Femmine	5.21	6.5	24.8	7.06	7.61	7.8

In neretto : incremento percentuale di una differenza assoluta tra tassi superiore ad 1 p.p. oppure riduzione percentuale di una differenza assoluta tra tassi superiore ad 1 p.p.

**Tabella 9. Gruppo 3. Confronto dei tassi Marche e Italia della popolazione tutte le età**

<i>Popolazione tutte le età</i>							
Causa di morte	Genere	Marche			Italia		
		Tassi x 100.000 2006	Tassi x 100.000 2007	Variazione %	Tassi x 100.000 2006	Tassi x 100.000 2007	Variazione %
AIDS	Maschi	1.52	1.61	5.9	2.35	2.54	8.1
	Femmine	0.64	0.88	37.5	0.66	0.6	-9.1
T. MALIGNO DEL COLON-RETTO	Maschi	36.22	38.03	5.0	38.34	37.3	-2.7
	Femmine	21.7	20.25	-6.7	22.01	22.37	1.6
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOVO E DEGLI ORGANI DI SENSO	Maschi	31.77	39.75	25.1	34.24	34.9	1.9
	Femmine	24.84	30.48	22.7	26.77	28.47	6.4

In neretto : incremento percentuale di una differenza assoluta tra tassi superiore ad 1 p.p. oppure riduzione percentuale di una differenza assoluta tra tassi superiore ad 1 p.p.

#### TASSI DI MORTALITÀ MEDIO ALTI NEL 2006-2007 SOLO PER LE ETÀ AVANZATE

Si individuano le cause di morte per le quali la regione Marche mostra, sia per il 2006 che per il 2007, un rango molto più alto nella popolazione di tutte le età rispetto a quella tra 0-74 anni.

Le cause di morte per le quali si osserva una differenza consistente tra i tassi di mortalità nelle due fasce di età sono: le malattie del sistema circolatorio, le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebrovascolari (tabella 10 e 11).

Le grandi variazioni positive dei tassi di mortalità tra i due gruppi mostrano comprensibilmente la maggiore intensità del fenomeno per la popolazione di età avanzata rispetto a quella tra 0-74 anni.

**Tabella 10. Gruppo 4. Confronto dei tassi tra fasce d'età nella regione Marche.**

Causa di morte	Genere	Tassi x 100.000 2006			Tassi x 100.000 2007		
		0-74 anni	tutte le età	Variazione assoluta	0-74 anni	tutte le età	Variazione assoluta
MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	Maschi	94.27	385.28	291.01	89.01	381.73	292.72
	Femmine	34.14	259.96	225.82	31.14	256.99	225.85
CARDIOPATIE ISCHEMICHE	Maschi	45.64	161.33	115.69	42.53	154.57	112.04
	Femmine	11	85.17	74.17	10.64	84.25	73.61
MALATTIE CEREBROVASCOLARI	Maschi	22.33	98.96	76.63	17.97	100.2	82.23
	Femmine	9.99	82.25	72.26	9.79	76.81	67.02

**Tabella 11. Gruppo 4. Confronto dei tassi tra fasce d'età in Italia.**

Causa di morte	Genere	Tassi x 100.000 2006			Tassi x 100.000 2007		
		0-74 anni	tutte le età	Variazione assoluta	0-74 anni	tutte le età	Variazione assoluta
<b>MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO</b>	Maschi	108.94	410.61	301.67	103.98	403.29	299.31
	Femmine	46.64	281.28	234.64	44.85	280.14	235.29
<b>CARDIOPATIE ISCHEMICHE</b>	Maschi	51.12	156.57	105.45	47.83	152.24	104.41
	Femmine	15.22	84.31	69.09	14.6	83.44	68.84
<b>MALATTIE CEREBROVASCOLARI</b>	Maschi	21.49	105.39	83.9	20.04	101.98	81.94
	Femmine	12.79	83.73	70.94	12.13	82.81	70.68

### TASSI DI MORTALITÀ MEDIO-ALTI IN DIMINUZIONE

Si individuano delle cause di morte per le quali la regione Marche mostra un rango medio alto nel 2006 ma in evidente riduzione nel 2007.

Le cause di morte più rilevanti sono: il tumore maligno del pancreas, il tumore maligno della vescica, il tumore maligno dell'encefalo, i disturbi psichici e comportamentali, le malattie dell'apparato genitourinario e le malformazioni congenite (tabelle 12 e 13).

Le variazioni dei tassi dal 2006 al 2007 sono largamente in diminuzione, proseguendo il trend del periodo 1981-2003 nei maschi per il tumore maligno della vescica, per il tumore maligno dell'encefalo e per le malattie dell'apparato genitourinario. Le riduzioni dei tassi per il tumore maligno del pancreas (femmine) e per i disturbi psichici e comportamentali mostrano invece un'inversione di tendenza rispetto all'andamento del 1981-2003.

Laddove le variazioni dal 2006 al 2007 sono in aumento è da notare che la differenza assoluta tra i tassi è intorno ad un punto percentuale (p.p.) che può intendersi non rilevante.

**Tabella 1. Gruppo 5. Confronto dei tassi Marche e Italia della popolazione 0-74.**

*Popolazione 0-74 anni*

Causa di morte	Genere	Marche			Italia		
		Tassi x 100.000 2006	Tassi x 100.000 2007	Variazione %	Tassi x 100.000 2006	Tassi x 100.000 2007	Variazione %
<b>T. MALIGNO DEL PANCREAS</b>	Maschi	10.36	11.3	9.1	11.39	10.93	-4.0
	Femmine	6.94	6.15	-11.4	6.49	6.85	5.5
<b>T. MALIGNO DELLA VESCICA</b>	Maschi	6.65	5.1	<b>-23.3</b>	6.04	5.98	-1.0
	Femmine	1.1	0.66	-40.0	0.98	0.96	-2.0
<b>T. MALIGNO DELL'ENCEFALO</b>	Maschi	6.49	5.44	<b>-16.2</b>	5.47	5.41	-1.1
	Femmine	2.76	2.05	-25.7	3.42	3.26	-4.7
<b>DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI</b>	Maschi	5.25	1.68	<b>-68.0</b>	3.43	2.8	-18.4
	Femmine	1.74	0.73	<b>-58.0</b>	1.43	1.26	-11.9
<b>MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO</b>	Maschi	4.06	2.43	<b>-40.1</b>	4.07	3.93	-3.4
	Femmine	1.91	1.65	-13.6	2.44	2.49	2.0
<b>MALFORMAZIONI CONGENITE</b>	Maschi	2.47	2.17	-12.1	2.34	2.15	-8.1
	Femmine	2.03	1.32	-35.0	1.98	1.88	-5.1

In neretto : incremento percentuale di una differenza assoluta tra tassi superiore ad 1 p.p. oppure riduzione percentuale di una differenza assoluta tra tassi superiore ad 1 p.p.

**Tabella 2. Gruppo 5. Confronto dei tassi Marche e Italia della popolazione tutte le età.**

<i>Popolazione tutte le età</i>							
Causa di morte	Genere	Marche			Italia		
		Tassi x 100.000	Tassi x 100.000	Variazione %	Tassi x 100.000	Tassi x 100.000	Variazione %
		2006	2007		2006	2007	
<b>T. MALIGNO DEL PANCREAS</b>	Maschi	17.74	17.84	0.6	18.06	17.73	-1.8
	Femmine	14.84	11.47	<b>-22.7</b>	12.86	13.38	4.0
<b>T. MALIGNO DELLA VESCICA</b>	Maschi	15.72	14.44	<b>-8.1</b>	16.75	17.25	3.0
	Femmine	2.32	2.6	12.1	2.86	2.74	-4.2
<b>T. MALIGNO DELL'ENCEFALO</b>	Maschi	7.47	6.87	-8.0	6.77	6.77	0.0
	Femmine	3.99	2.86	<b>-28.3</b>	4.37	4.22	-3.4
<b>DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI</b>	Maschi	16.28	12.86	<b>-21.0</b>	13.26	13.44	1.4
	Femmine	13.01	11.49	<b>-11.7</b>	12.72	13.13	3.2
<b>MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO</b>	Maschi	19.02	18.35	-3.5	19.05	20.03	5.1
	Femmine	9.71	10.67	<b>9.9</b>	11.06	11.63	5.2
<b>MALFORMAZIONI CONGENITE</b>	Maschi	3	2.21	-26.3	2.41	2.28	-5.4
	Femmine	2.14	1.38	-35.5	2.06	1.96	-4.9

In neretto : incremento percentuale di una differenza assoluta tra tassi superiore ad 1 p.p. oppure riduzione percentuale di una differenza assoluta tra tassi superiore ad 1 p.p.

#### **TASSI DI MORTALITÀ PIÙ ALTI NELLE MARCHE RISPETTO ALLA MEDIA NAZIONALE.**

Si individuano delle cause di morte per le quali la regione Marche mostra un tasso di mortalità più alto rispetto alla media nazionale.

Le cause di morte più rilevanti sono il tumore maligno dello stomaco, le malattie del sistema nervoso e degli organi di senso, le cardiopatie ischemiche e gli incidenti da trasporto (tabelle 14 e 15).

Nelle malattie del sistema nervoso e degli organi di senso si passa da tassi largamente inferiori alla media nazionale nel 2006 a tassi superiori del 14% e 7% nel 2007, rispettivamente per i maschi e le femmine di tutte le età.

Gli incidenti da trasporto, per tutte le età, mostrano costantemente tassi superiori rispetto alla media nazionale ma in peggioramento dal 2006 al 2007 (maschi da +9% a +17%; femmine da +7% a +25%).

**Tabella 3. Gruppo 6. Confronto dei tassi Marche e Italia della popolazione 0-74.**

<i>Popolazione 0-74 anni</i>							
Causa di morte	Genere	2006			2007		
		Tassi x 100.000	Tassi x 100.000	Variazione %	Tassi x 100.000	Tassi x 100.000	Variazione %
		Marche	Italia		Marche	Italia	
<b>T. MALIGNO DELLO STOMACO</b>	Maschi	12.21	12.31	-0.8	11.55	11.85	-2.5
	Femmine	7.98	5.45	<b>46.4</b>	6.89	5.43	<b>26.9</b>

In neretto : incremento percentuale di una differenza assoluta tra tassi superiore ad 1 p.p. oppure riduzione percentuale di una differenza assoluta tra tassi superiore ad 1 p.p.

**Tabella 4. Gruppo 6. Confronto dei tassi Marche e Italia della popolazione tutte le età.**

<i>Popolazione tutte le età</i>							
Causa di morte	Genere	2006			2007		
		Tassi x 100.000 Marche	Tassi x 100.000 Italia	Variazione %	Tassi x 100.000 Marche	Tassi x 100.000 Italia	Variazione %
<b>T. MALIGNO DELLO STOMACO</b>	Maschi	28.19	24.38	15.6	26.86	23.29	15.3
	Femmine	14.41	11.47	25.6	13.36	11.37	17.5
<b>MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DI SENSO</b>	Maschi	31.77	34.24	-7.2	39.75	34.9	13.9
	Femmine	24.84	26.77	-7.2	30.48	28.47	7.1
<b>CARDIOPATIE ISCHEMICHE</b>	Maschi	161.33	156.57	3.0	154.57	152.24	1.5
	Femmine	85.17	84.31	1.0	84.25	83.44	1.0
<b>ACCIDENTI DA TRASPORTO</b>	Maschi	17.79	16.37	8.7	18.04	15.47	16.6
	Femmine	4.16	3.9	6.7	4.31	3.44	25.3

In neretto : incremento percentuale di una differenza assoluta tra tassi superiore ad 1 p.p. oppure riduzione percentuale di una differenza assoluta tra tassi superiore ad 1 p.p.

La regione Marche si riconferma la regione italiana con il tasso più basso di mortalità generale nel 2007. Nella graduatoria crescente dei tassi di mortalità, entra nelle prime 5 posizioni per il tumore maligno del fegato e dei dotti biliari intraepatici, per le malattie epatiche croniche, per quelle del sistema respiratorio e dell'apparato digerente.

Degna di particolare attenzione e sorveglianza sono invece le leucemie, il tumore maligno del tessuto linfatico emopoietico e tessuti correlati (femmine) e le malattie del sistema nervoso e organi di senso per le quali si evidenzia un apprezzabile peggioramento della mortalità dal 2006 al 2007.

Lo studio ha identificato le aree per le quali si è verificato un miglioramento o un peggioramento durante il biennio in studio, mettendo in evidenza ulteriori o nuovi bisogni di assistenza sanitaria. Gli incrementi dei tassi di mortalità di specifiche cause potrebbe rappresentare, se confermato anche dai dati futuri, un segnale che la domanda di assistenza per la patologia in questione è destinata ad aumentare, mentre alti tassi di mortalità stabili per le età avanzate ne rappresentano un bisogno costante.

L'indisponibilità dei dati di mortalità negli anni 2004-2005 rende limitato il contenuto informativo sull'andamento tendenziale dei tassi di mortalità emerso dallo studio, sebbene i dati degli ultimi anni 2006-2007, a oggi disponibili, siano stati integrati con le informazioni relative al periodo precedente 1981-2003. Inoltre la conoscenza dello stato di salute della popolazione, con particolare attenzione alle situazioni più critiche, è limitata all'ultimo dato del 2007 e pertanto può risultare parzialmente utile ai fini della pianificazione di una attività tempestiva di risanamento. Di fondamentale importanza sarà il Registro Cause di Morte Regionale in fase di attivazione.



## STILI DI VITA

Attraverso i dati provenienti dai sistemi di sorveglianza della popolazione possiamo avere un quadro della prevalenza degli stili di vita della popolazione (quali alcol, fumo, attività fisica e alimentazione) di rilevante impatto per la salute, e rappresentativi non solo della realtà regionale ma anche di Area Vasta.

I dati epidemiologici che verranno presentati nei paragrafi successivi sono estratti da due sistemi di Sorveglianza di popolazione:

- **PASSI** (*Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia*) che consiste in una rilevazione sistematica e continua di informazioni sui principali fattori comportamentali di rischio per la salute (fumo, alcol, sedentarietà, dieta, ecc) nella popolazione adulta tra i 18 ed i 69 anni e sulla relativa adozione e diffusione delle misure e interventi di prevenzione;
- **OKkio alla SALUTE** - *“Promozione della salute e della crescita sana dei bambini della scuola primaria”* che è un sistema di raccolta dati sulle abitudini alimentari e sull’attività fisica dei bambini di età compresa tra i 6 ed i 10 anni con l’obiettivo di descrivere nel tempo l’evoluzione della loro situazione nutrizionale e del loro ambiente scolastico, in relazione alle sue caratteristiche favorevoli a una corretta nutrizione e l’attività fisica in modo da suggerire azioni appropriate e soprattutto basate su prove di efficacia;

e da un’indagine:

- lo **studio HBSC** (*Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare*) che si propone di fotografare e monitorare la salute degli adolescenti italiani di 11, 13 e 15 anni con particolare riguardo ad abitudini alimentari scorrette, sedentarietà, abuso di alcol, consumo di tabacco, uso di sostanze stupefacenti.

I dati raccolti negli anni rappresentano un punto fermo importante per poter costruire trend temporali che consentano di valutare anche l’impatto di strategie e politiche complesse sui fattori di rischio correlati agli stili di vita.

### Consumo di alcol

Nonostante l’enorme impatto sulla salute pubblica per i rischi connessi ad un suo uso eccessivo, il problema alcol rimane attualmente sottostimato: all’accettazione sociale del bere si aggiunge una marcata comunicazione commerciale che spesso copre i messaggi della prevenzione.

In Europa si stima che l'alcol uccida circa 115.000 persone l'anno e 25.000 in Italia: cirrosi epatica e incidenti stradali sono le principali cause di morte alcol-correlate.

L’alcol è una sostanza tossica dannosa per l’organismo: non è fissato un livello soglia di “non pericolosità” e studi recenti confutano la considerazione diffusa che un consumo leggero di alcolici sia benefico per la salute e protegga il cuore. L’abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti a rischio per se stessi e per gli altri (quali ad esempio guida pericolosa di autoveicoli, infortuni e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, comportamenti sessuali a rischio, violenza); il danno causato dall’alcol si estende pertanto alle famiglie e alla collettività.

Si stima che i problemi di salute indotti dal consumo/abuso di prodotti alcolici siano responsabili del 9% della spesa sanitaria.

Il Piano Nazionale Alcol e Salute si propone di coordinare tutte le attività di prevenzione per ridurre i danni causati dall’alcol. L’emergere infatti di nuove culture del bere (dallo sballo del fine settimana alla moda degli aperitivi) sollecita la realizzazione di sistemi di monitoraggio adeguati a orientare le azioni, per contribuire in maniera efficace alla riduzione del rischio alcol-correlato sia nella popolazione generale sia nei sottogruppi target più vulnerabili.

Secondo la definizione dell’OMS, le persone a rischio particolare di conseguenze sfavorevoli per l’alcol sono i forti consumatori (più di 3 unità alcoliche al giorno per gli uomini e più di 2 per le donne), le persone che bevono abitualmente fuori pasto e quelle che indulgono in grandi bevute o *binge drink* (consumo di almeno una volta al mese di 6 o più unità di bevanda alcolica in un’unica

occasione). L'unità alcolica corrisponde ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

Inoltre, il consumo di alcol tra gli adolescenti è un fenomeno in crescita e che non può essere sottovalutato, anche perché è in questa età che si stabiliscono i modelli di consumo che saranno poi con ogni probabilità mantenuti nell'età adulta. Sembra infatti esistere un legame tra l'iniziazione in giovane età e l'abuso in età adulta (De Wit, 2000; Poikolainen, 2001), anche se alcuni autori considerano il consumo di alcol da parte dei giovani solo una fase del percorso adolescenziale senza che diventi necessariamente un problema in età adulta (Engels, 2000, 2006).

***Consumo di alcol nei ragazzi di 11, 13, 15 anni  
(dati estratti dallo studio HBSC, biennio 2009-2010)***

- Nella regione Marche, nel biennio 2009-2010, si rileva un *consumo regolare*<sup>3</sup> di alcol nel 6% dei ragazzi di 11 anni, nel 10% dei ragazzi di 13 anni e nel 28% dei 15enni.
- Considerando invece il consumo a rischio (bere alcolici ogni giorno/ogni settimana), questa abitudine viene rilevata nel 9% degli 11enni, nel 17% dei 13enni e nel 43% dei 15enni. Questo dato assume particolare rilevanza tenuto conto del fatto che secondo dati scientifici diffusi dal Ministero della Salute, chi inizia a bere prima dei 15 anni presenta un rischio 4 volte maggiore di sviluppare un'alcoldipendenza in età adulta.
- L'indagine rileva inoltre che l'abitudine ad ubriacarsi presenta un trend crescente secondo l'età e prevale in maniera rilevante nella fascia dei 15enni.
- Si evidenzia la tendenza a concentrare il consumo di bevande alcoliche nel fine settimana, infatti dichiara di aver bevuto nell'ultima settimana solo il sabato e la domenica: il 7% degli 11enni, il 15% dei 13enni e il 31% dei 15enni.

***Consumo di alcol negli adulti tra 18 ed i 69 anni  
(dati estratti dal sistema di sorveglianza PASSI, triennio 2007-2009)***

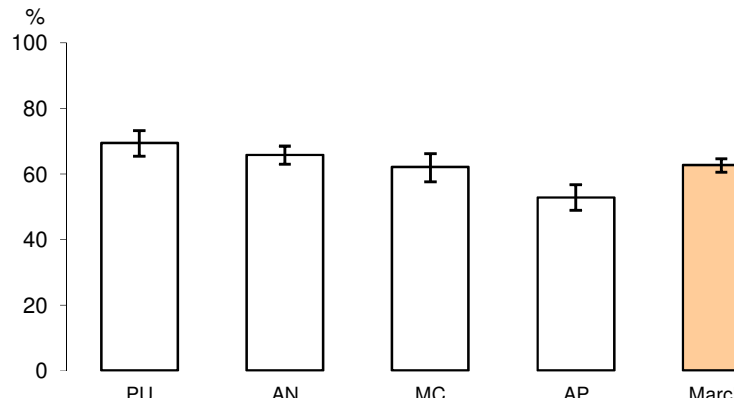
***Quante persone consumano alcol?***

- Nella regione Marche, nel triennio 2007-2009, la percentuale di persone intervistate che ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica è risultata del 63%. Il 59% degli intervistati ha riferito di consumare alcol durante tutta la settimana, mentre il 41% prevalentemente durante il fine settimana.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2009, la percentuale di bevitori è del 57%, con un evidente gradiente territoriale.
- Si sono osservate percentuali più alte di consumo:
  - nella fascia 18-24 anni (67%) e 25-34 anni (71%)
  - negli uomini (79%)
  - nelle persone con livello di istruzione alto (71%) e senza difficoltà economiche (66%).
- Nelle Aree Vaste della regione emerge un minore consumo ad Ascoli Piceno, con un range che va dal 53% di Ascoli al 70% di Pesaro Urbino.

---

<sup>3</sup> Secondo lo studio nazionale DOXA- Osservatorio Permanente Giovani e Alcol del 2010, si considera "regolare" il consumo di almeno un tipo di bevanda alcolica una volta la settimana.

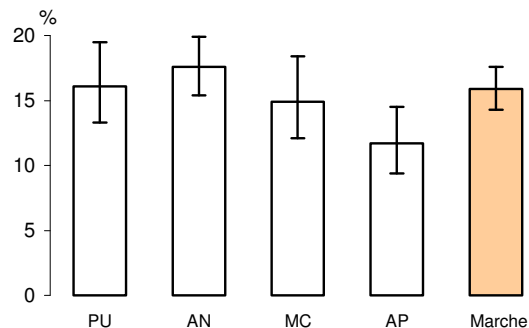
**Percentuale di persone che hanno bevuto almeno un'unità alcolica nell'ultimo mese per Area Vasta (%)**  
 Regione Marche - PASSI 2007-2009



- Complessivamente, nel triennio 2007-2009, nella regione Marche, il 16% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio<sup>4</sup> (forte bevitore e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore “binge”<sup>5</sup>). Nel dettaglio:
  - l’8% può essere considerato un bevitore “binge” (ha bevuto cioè nell’ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
  - il 7% ha riferito di aver bevuto nell’ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
  - il 4% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2009 la percentuale di bevitori a rischio è risultata del 18% (9% consumo forte, 6% consumo binge, 8% consumo fuori pasto) con un evidente gradiente territoriale.
- Tra le Aree Vaste regionali sono emerse differenze per le modalità di assunzione dell’alcol ritenute a rischio, con un range che va dal 12% di Ascoli Piceno al 18% di Ancona.

**Percentuale di bevitori a rischio con di “forte bevitore” per Area Vasta (%)**

Regione Marche - PASSI 2007-2009



<sup>4</sup> Sulla base della vecchia definizione INRAN di bevitore a rischio: >3 unità alcoliche/giorno per gli uomini e >2 unità alcolica/giorno per le donne.

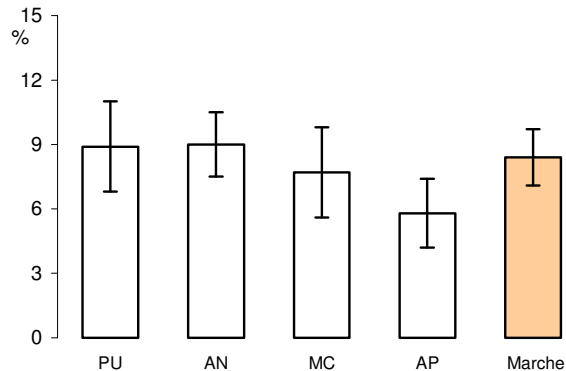
<sup>5</sup> Consumatore “binge”: ha bevuto nell’ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

### ***Caratteristiche dei bevitori “binge”***

- Nella regione Marche, questo modo di consumo di alcol ritenuto ad alto rischio riguarda l'8% degli intervistati e risulta più diffuso:
  - tra i più giovani nella fascia di 25-34 anni (17%)
  - negli uomini (15% vs 2% nelle donne)
  - nelle persone con molte difficoltà economiche (12%).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2009, la percentuale di bevitori “binge” è risultata del 6%.
- Nelle Aree Vaste regionali la percentuale di bevitori “binge” varia dal 6% di Ascoli Piceno al 9% di Ancona.

### Percentuale di bevitori "binge" per Area Vasta (%)

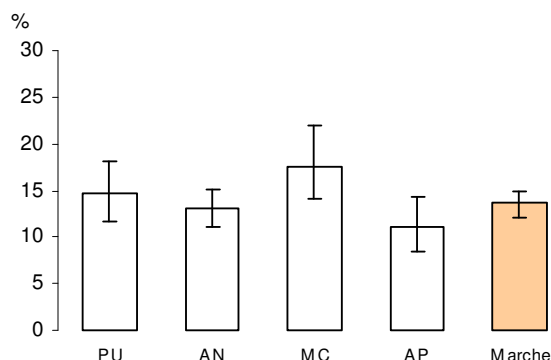
Regione Marche - PASSI 2007-2009



### ***A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?***

- Nella regione Marche, nel triennio 2007-2009, solo il 14% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Nelle ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, il 14% del campione ha riferito che un operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol.
- Tra le Aree Vaste della regione, per Macerata si rileva una percentuale più alta di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol, con un range che va dall'11% di Ascoli Piceno al 18% di Macerata.
- Nella regione Marche solo il 3% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di bere meno; la percentuale sale al 5% tra i bevitori a rischio, in particolare:
  - 10% nei forti bevitori,
  - 5% nei bevitori "binge"
  - 3% nei bevitori fuori pasto.
- Nelle ASL partecipanti al sistema a livello nazionale il 6% dei consumatori a rischio ha riferito di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo da parte di un operatore sanitario.

**Percentuale di persone a cui un operatore sanitario  
ha chiesto informazioni sul consumo di alcol  
per Area Vasta (%)**  
Regione Marche - PASSI 2007-2009



### **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella Regione Marche si stima che circa tre persone su cinque di 18-69 anni consumino bevande alcoliche e una su sei abbia abitudini di consumo considerabili a rischio per quantità o modalità di assunzione.

I risultati sottolineano l'importanza di diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo dell'alcol sia nella popolazione generale - aumentandone il livello di informazione e consapevolezza - sia negli operatori sanitari che raramente si informano sulle abitudini dei loro assistiti in relazione all'alcol e pure raramente consigliano di moderarne l'uso nei bevitori a rischio.

Le strategie d'intervento, come per il fumo, devono mirare a realizzare azioni coordinate nell'ambito delle attività di informazione/educazione (con il coinvolgimento di famiglia, scuola e società) supportate dai mass-media. Le azioni devono essere finalizzate da un lato a promuovere comportamenti rispettosi della sicurezza (es. limite dei 0,5 gr/litro di alcolemia per la guida) e dall'altro all'offerta di sostegno efficace per chi desidera uscire dalla dipendenza alcolica.

### **L'abitudine al fumo**

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce: si stima che in Italia il 15-20% delle morti complessive sia attribuibile al fumo. Il fumo rappresenta un rilevante fattore di rischio anche per chi vi è esposto solo passivamente.

L'abitudine al fumo negli ultimi 40 anni ha subito notevoli cambiamenti: la percentuale di fumatori negli uomini, storicamente più elevata, si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere nei due sessi valori paragonabili.

I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare. Smettere di fumare significa infatti dimezzare il rischio di infarto già dopo un anno e dopo 10 anni dimezzare anche il rischio di tumore del polmone.

La recente entrata in vigore della norma sul divieto di fumo nei locali pubblici, che completa quella relativa al divieto di fumare nei luoghi di lavoro, è un evidente segnale dell'attenzione al problema e si è dimostrata efficace nel ridurre l'esposizione al fumo passivo.

E' inoltre in preoccupante aumento la percentuale di giovani che fumano, ed è dimostrato che gli adolescenti che iniziano a fumare in giovane età hanno una maggiore probabilità di sviluppare

dipendenza (Tyas, 1998). Ne deriva che una corretta valutazione della diffusione del fenomeno dell'abitudine al fumo rappresenta un processo indispensabile per poter definire politiche efficaci di salute pubblica volte sia a promuovere la cessazione, sia a prevenire l'inizio e l'instaurarsi dell'abitudine (Cavallo et al., 2007).

***Abitudine al fumo nei ragazzi di 11, 13, 15 anni  
(dati estratti dallo studio HBSC, biennio 2009-2010)***

- Nella regione Marche, nel biennio 2009-2010, tra i 15enni il 75% dichiara di non fumare, ma il 12% è già un fumatore abituale (dichiarendo di fumare "ogni giorno").
- Da aggiungere il comportamento a rischio degli sperimentatori (che fumano almeno una volta/meno di una volta a settimana), che tra i 15enni è pari al 13%.
- Non si osservano differenze significative tra i sessi, in nessuna delle tre fasce di età considerate.
- Anche tra i fumatori occasionali (meno di una sigaretta a settimana), sebbene le percentuali maggiori interessino sempre i 15enni, si osserva una certa quota, pari al 5%, anche tra i 13enni.
- Tra i ragazzi di 15anni, il numero di sigarette fumate giornalmente risulta superiore a 6 al giorno nel 7% dei casi, mentre l'8% dichiara di fumare da 1 a 5 sigarette al giorno.

***Abitudine al fumo negli adulti tra 18 ed i 69 anni  
(dati estratti dal sistema di sorveglianza PASSI, triennio 2007-2009)***

***Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?***

- Nella regione Marche, nel triennio 2007-2009, rispetto all'abitudine al fumo di sigaretta il 29% degli intervistati ha riferito di essere fumatore, il 50% di non fumare e il 20% di essere un ex fumatore<sup>6</sup>.
- L'1% degli intervistati ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (i cosiddetti "fumatori in astensione"), e in base alla definizione OMS vanno ancora considerati fumatori.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2009, i fumatori rappresentano il 29%, i non fumatori il 52% e gli ex fumatori il 20%.
- Si è osservata una prevalenza più elevata di fumatori:
  - tra le persone sotto ai 50anni (soprattutto nella fascia 25-34anni) (40%)
  - tra gli uomini (35%)
  - tra le persone con difficoltà economiche (molte/qualcuna) (75%).
- Tra le Aree Vaste regionali non emergono differenze significative per quanto concerne la prevalenza di fumatori, con un range che va dal 29% di Ancona e Macerata al 31% di Pesaro Urbino.

---

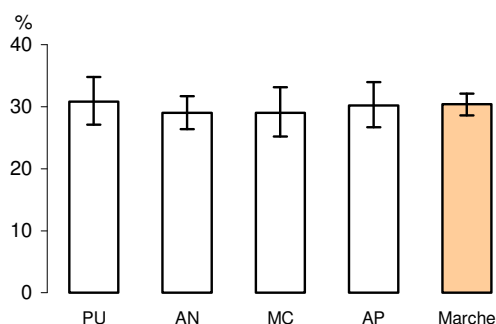
<sup>6</sup> *Fumatore*: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

*Fumatore in astensione*: soggetto che attualmente non fuma, ma ha smesso da meno di 6 mesi

*Ex fumatore*: soggetto che attualmente non fuma, da oltre 6 mesi

*Non fumatore*: soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma

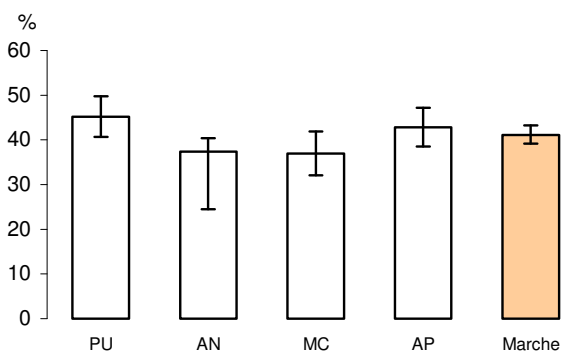
**Fumatori per Area Vasta (%)**  
 Regione Marche - PASSI 2007-2009



**A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?**

- Nella regione Marche, nel triennio 2007-2009, circa il 41% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto da un operatore sanitario domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2009, il 41% degli intervistati ha riferito di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo.
- In particolare, nella regione Marche, ha riferito di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo:
  - il 64% dei fumatori
  - il 29% dei non fumatori.
  - il 39% degli ex fumatori
- Tra le Aree Vaste regionali non si rilevano differenze significative nella percentuale di persone interpellate da un operatore sanitario sulle abitudini sul fumo, con un range che va dal 37% di Macerata al 45% di Pesaro Urbino.

**Persone interpellate da un operatore sanitario sulle proprie abitudini al fumo per Area Vasta (%)**  
 Regione Marche - PASSI 2007-2009

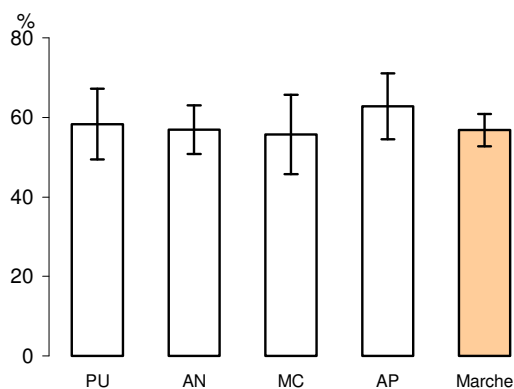




## **A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? Perché?**

- Nella regione Marche, nel triennio 2007-2009, il 57% dei fumatori, ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (23%), mentre nel 20% dei casi è stato dato per motivi di salute e nel 13% dei casi per entrambi i motivi.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2009, la percentuale di fumatori che ha riferito di aver ricevuto consiglio di smettere è risultata pari al 60%.
- Nelle Aree Vaste regionali non sono emerse differenze significative per quanto concerne la percentuale di fumatori ai quali è stato consigliato di smettere di fumare, con un range che va dal 56% di Macerata al 63% di Ascoli Piceno.

**Fumatori a cui è stato consigliato  
da un operatore sanitario di smettere di fumare  
per Area Vasta (%)**  
Regione Marche - PASSI 2007-2009



## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella regione Marche, come a livello nazionale, si stima che circa una persona su tre sia classificabile come fumatore; in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano in giovani e adulti nella fascia 18-49 anni.

Il 57% dei fumatori ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, anche se migliorabile.

## Attività fisica

### **Premessa**

L'adozione di uno stile di vita sano è garanzia di una buona salute o forma fisica.

Per mantenersi in buona salute è necessario “muoversi” cioè camminare, ballare, giocare, andare in bicicletta.

Una modica attività fisica, svolta con regolarità, contribuisce a ridurre i rischi collegati all'obesità e al sovrappeso e a prevenire malattie cardiovascolari, diabete, osteoporosi; giova inoltre al benessere psicologico, riducendo ansia, depressione, senso di solitudine etc.

Uno stile di vita sedentario contribuisce invece allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle cardiovascolari: per le cardiopatie ischemiche ad esempio si stima che l'eccesso di rischio attribuibile alla sedentarietà ed i conseguenti costi sociali siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili al fumo, ipertensione e obesità.

Per i bambini e i ragazzi la partecipazione ai giochi e ad altre attività fisiche, sia a scuola che durante il tempo libero, è essenziale per:

- un sano sviluppo dell'apparato osteoarticolare e muscolare;
- il benessere psichico e sociale;
- controllare il peso corporeo;
- favorire il funzionamento degli apparati cardiovascolare e respiratorio.

Inoltre, lo sport e l'attività fisica contribuiscono ad evitare, nei giovani, l'instaurarsi di comportamenti sbagliati, quali l'abitudine a fumo e alcol e l'uso di droghe.

Anche per gli anziani l'esercizio fisico è particolarmente utile in quanto:

- ritarda l'invecchiamento;
- previene l'osteoporosi;
- contribuisce a prevenire la disabilità;
- contribuisce a prevenire la depressione e la riduzione delle facoltà mentali;
- contribuisce a ridurre il rischio di cadute accidentali, migliorando l'equilibrio e la coordinazione.

Uomini e donne di qualsiasi età possono trarre vantaggio anche solo da 30 minuti di moderato esercizio quotidiano.

Non è necessario però dedicarsi ad una attività specifica. Infatti l'attività fisica può essere di tipo sportivo oppure connessa con le attività quotidiane, ad esempio spostarsi a piedi o in bicicletta per andare a lavoro o a scuola, usare le scale invece dell'ascensore. L'importante è mantenersi attivi sfruttando ogni possibile occasione, ad esempio: dedicarsi ai lavori di giardinaggio, fare la spesa, portare a spasso il cane.

## Attività fisica nei bambini di 8-9 anni (terze classi elementari)

(dati estratti dal sistema di sorveglianza OKKIO alla salute, anno 2010)

Praticare una regolare attività fisica, insieme a una corretta alimentazione, contribuisce al mantenimento dello stato di salute fin dall'infanzia e favorisce il controllo del peso corporeo. Nei bambini viene consigliata ogni giorno almeno un'ora di attività fisica, includendo l'attività motoria svolta a scuola, quella strutturata con personale specializzato e il gioco all'aperto.

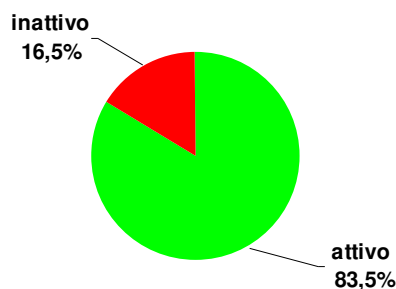
In "OKKIO alla Salute" **il bambino è definito attivo** se ha svolto almeno 1 ora di attività fisica il giorno precedente all'indagine (cioè attività motoria a scuola e/o attività sportiva strutturata e/o ha giocato all'aperto nel pomeriggio).

L'attività fisica è stata studiata quindi non come abitudine, ma solo in termini di prevalenza puntuale riferita al giorno precedente all'indagine.

### Frequenza di bambini fisicamente attivi ed inattivi

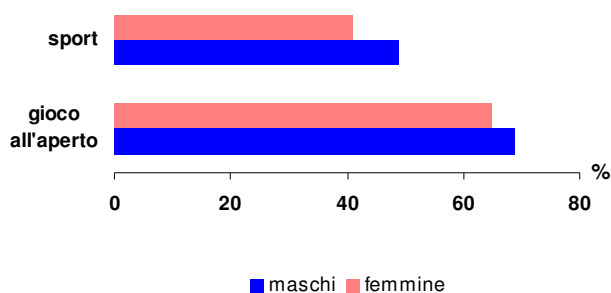
- Nel 2010 l'83% dei bambini è risultato attivo il giorno prima dell'indagine. Tale valore è sovrapponibile con il dato nazionale.

Attività fisica il giorno precedente l'indagine (%).  
Regione Marche OKKIO, anno 2010



- Il 66,7% dei bambini ha giocato all'aperto il pomeriggio antecedente all'indagine.
- I maschi giocano più all'aperto e fanno più sport delle femmine. Le differenze sono statisticamente significative

Bambini che hanno giocato all'aperto od hanno fatto sport il giorno precedente l'indagine (%).  
Regione Marche, OKKIO anno 2010

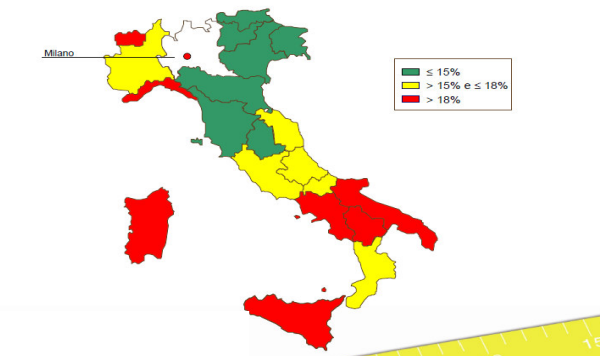


## Italia

### Dati nazionali

- A livello nazionale il 18 % dei bambini non ha svolto attività fisica il giorno prima dell'indagine.
- La regione con la prevalenza di inattività più bassa è la provincia autonoma di Bolzano (6%), mentre il valore più elevato è stato riscontrato in Puglia (27%).

### Bambini non attivi. Okkio alla SALUTE 2010

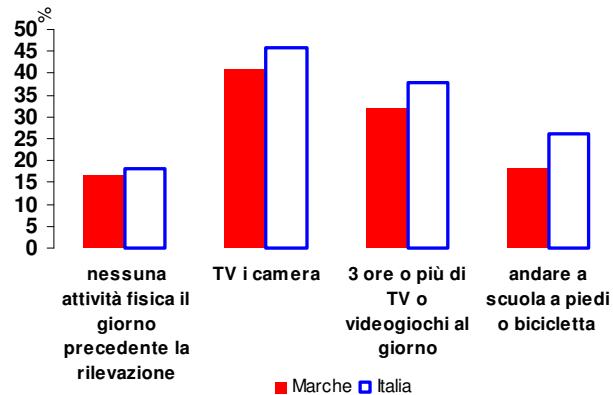


### Scarsa attività fisica e comportamenti sedentari

Riguardo alla sedentarietà tra i bambini:

- Il 17% circa dei piccoli non ha fatto movimento il giorno precedente l'indagine (valore questo sostanzialmente sovrapponibile a quello italiano pari al 18%);
- 4 bambini su 10 hanno la tv in camera (41%; 46% il dato nazionale);
- 1 bambino su 3 vede la tv o gioca con i videogiochi per più di 3 ore al giorno (32% vs il 38% dell'Italia);
- Solo il 18% dei bambini va a scuola a piedi od in bicicletta (26% dato nazionale).

### Scarsa attività fisica e comportamenti sedentari (%). Regione Marche, OKKIO, anno 2010

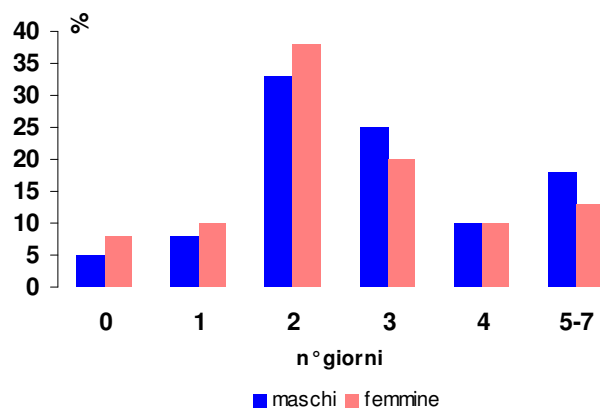


### Informazioni sull'attività fisica dei bambini, fornite dai genitori

Per una *stima complessiva* dell'attività fisica dei bambini si è ricorsi all'informazione fornita dai genitori a cui si è chiesto quanti giorni in una settimana normale i loro figli giocano all'aperto o fanno sport strutturato per almeno un'ora.

- Il 36% dei bambini fa un'ora di attività fisica per 2 giorni alla settimana; il 6,9% neanche un giorno e solo il 15,6% da 5 a 7 giorni.
- I maschi fanno attività fisica più delle femmine (differenza è statisticamente significativa).
- A livello nazionale 1 bambino su quattro (22%) pratica sport per non più di un'ora a settimana.
- La percezione che le persone hanno del livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo. Solo il 43% delle madri di figli "poco

### Giorni di attività fisica per almeno un' ora alla settimana (%). Regione Marche, OKKIO anno 2010



attivi" ritiene che il proprio figlio svolga un'attività motoria insufficiente.

## Attività fisica nei ragazzi di 11, 13, 15 anni

(dati estratti dallo studio HBSC biennio 2009-2010)

Le linee guida internazionali, americane e dell'Unione Europea, raccomandano nei ragazzi in età dello sviluppo di fare una moderata o intensa attività fisica, ogni giorno per almeno 60 minuti, in grado di generare un incremento della respirazione, della sudorazione e del senso di affaticamento (WHO, 2010; U.S. DHHS, 2008; Corbin, 1998).

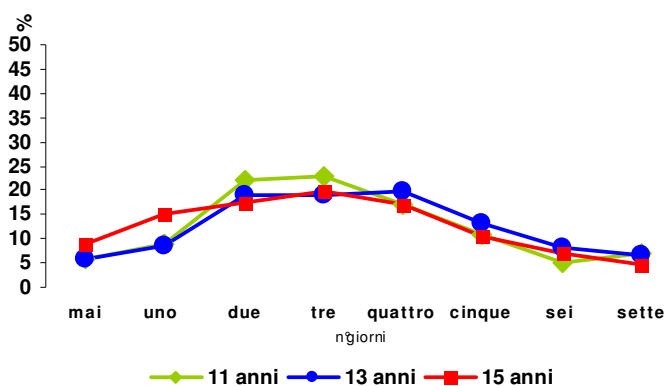
Le attività moderate (da 3,5 a 7 Kcal/min) comprendono: camminare, andare in bicicletta, ballare, fare attività in palestra e in piscina, svolgere lavori domestici.

Le attività intense (oltre 7 Kcal/min) comprendono: la corsa, step, karate, judo e la maggior parte degli sport competitivi (CDC, 2009; U.S. DHHS, 2008).

### Frequenza di ragazzi che svolgono attività fisica moderata od intensa

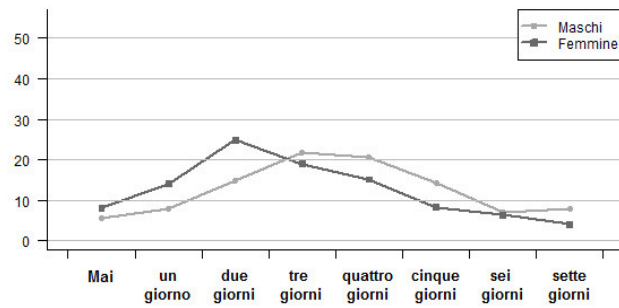
- Nelle Marche, nel biennio 2009-2010, circa il 60% dei ragazzi delle classi di età 11 e 15 anni svolge un'attività fisica moderata od intensa per tre o meno giorni alla settimana. Tale valore scende al 51% nella classe dei 13enni.
- Il 6% circa degli 11enni e dei 13enni non svolge mai attività fisica, tale percentuale sale al 9% nei 15enni.
- La frequenza di coloro che raggiungono il valore raccomandato di sette giorni alla settimana con almeno un'ora di attività fisica è rispettivamente del 7% a undici anni ed a tredici anni e del 5% a quindici anni.
- All'aumentare dell'età si riscontra dunque una diminuzione del tempo dedicato a questa attività.
- Tale tendenza è confermata anche a livello nazionale dove i ragazzi di 15 anni (47,5% dei maschi e 26,6% delle femmine) svolgono meno attività fisica degli undicenni e dei tredicenni (50,9% dei maschi e 33,7% delle femmine).

N° giorni di effettuazione dell'attività fisica (almeno 60 minuti al giorno), nell'ultima settimana (%). Regione Marche, HBSC anni 2009-2010



- I ragazzi rispetto alle ragazze svolgono con maggiore frequenza l'attività fisica (3-4 giorni alla sett/vs 2 giorni). Inoltre la proporzione di adolescenti che raggiunge il valore raccomandato dalle Linee Guida è più elevata nei maschi.
- Anche dai dati nazionali si evince che le femmine svolgono meno attività fisica dei compagni maschi in tutte e tre le classi di età.

**N° giorni di effettuazione dell'attività fisica (almeno 60 minuti al giorno), nell'ultima settimana, per genere (%).**  
 Regione Marche. HBSC anni 2009-2010



## Attività fisica negli adulti tra i 18 ed i 69 anni

(dati estratti dal sistema di sorveglianza PASSI, triennio 2007-2009)

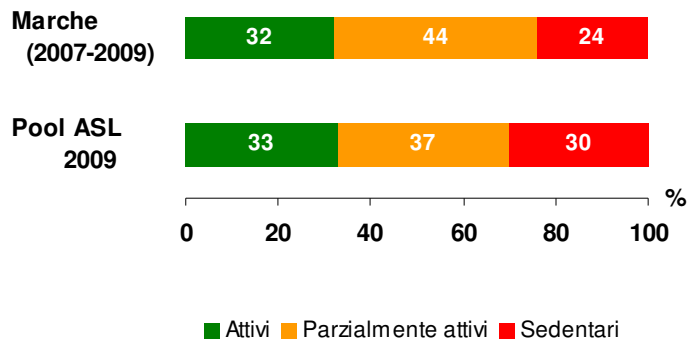
Nel Sistema di Sorveglianza PASSI viene definita:

- *fisicamente attiva* la persona che svolge un lavoro pesante oppure aderisce alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 min per almeno 3 giorni);
- *parzialmente attiva* la persona che non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati;
- *sedentaria* la persona che non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.

### Frequenza di persone fisicamente attive e di quelle sedentarie

- Nel triennio 2007-2009, nelle Marche una persona su tre (32%), di età compresa tra i 18 ed i 69 anni, riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo; il 44% non effettua un lavoro pesante o pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed è quindi considerato parzialmente attivo, mentre il 24% è completamente sedentario.
- Queste stime corrispondono in Regione, nella fascia 18-69 anni, a circa:
  - 334 mila soggetti attivi;
  - 460 mila persone parzialmente attive;
  - 250 mila sedentari.
- Nel 2009 dal pool di ASL partecipanti al sistema PASSI si stima che gli attivi siano il 33%; i parzialmente attivi il 37% ed i completamente sedentari il 30%.

Livello di attività fisica,  
confronto regione Marche-Pool nazionale Passi (%).  
Regione Marche- PASSI 2007-2009



#### Definizioni

- *attivo*: lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 min per almeno 3 giorni)
- *parzialmente attivo*: non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati
- *sedentario*: non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero

### Caratteristiche dei sedentari

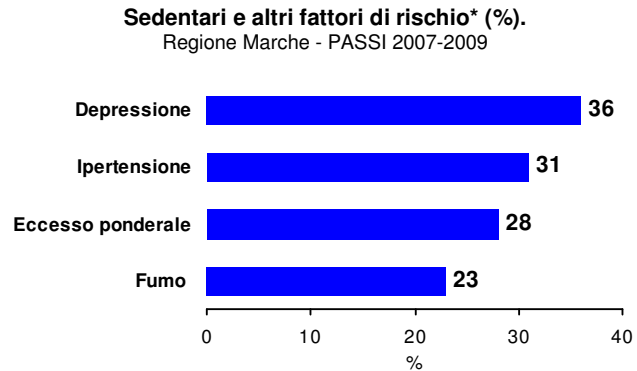
Nelle Marche, le persone sedentarie aumentano con il crescere dell'età; sono più numerose nei soggetti con basso livello d'istruzione ed in quelli con maggiori difficoltà economiche.

Un maggiore rischio di sedentarietà nelle persone della classe d'età 50-69 anni ed in quelle con livello di istruzione basso (elementari) trova una conferma anche dal punto di vista della significatività statistica.



## Compresenza nelle persone sedentarie di altre condizioni di rischio per la salute

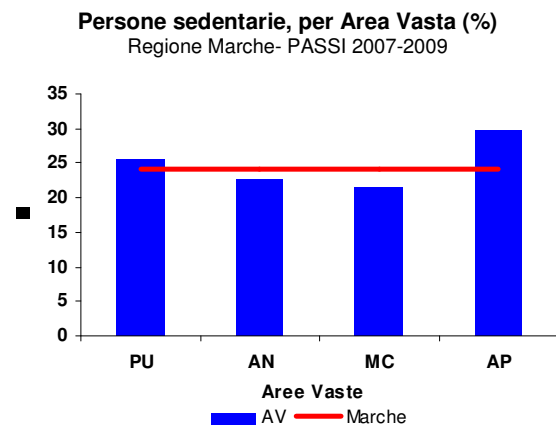
- Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio per la salute; in particolare lo si riscontra nel:
  - 36% delle persone depresse;
  - 31% degli ipertesi;
  - 28% delle persone in eccesso ponderale;
  - 23% dei fumatori.



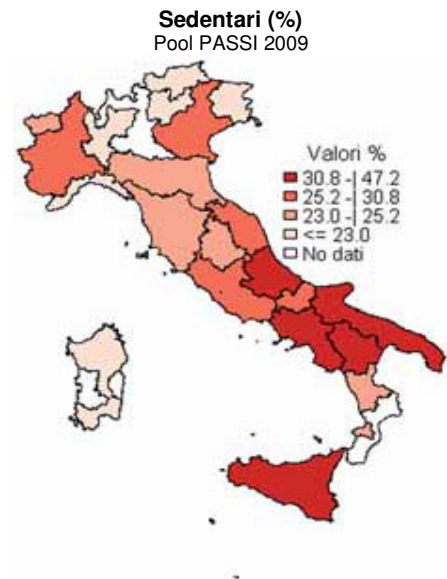
\* ogni variabile considerata indipendentemente

## Distribuzione dei sedentari nelle Marche ed in Italia

- Nelle Aree Vaste regionali sono emerse differenze riguardo la percentuale di persone sedentarie. Il range varia dal 22% di Macerata al 30% di Ascoli Piceno.



- La mappa riporta la situazione relativa alla percentuale di persone che fanno scarsa attività fisica nelle Regioni e Asl che hanno raccolto nel 2009 un campione rappresentativo. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale, con un gradiente Sud-Nord. Il valore più basso lo si registra nella P.A. di Bolzano (13%), quello più alto in Basilicata (47%).



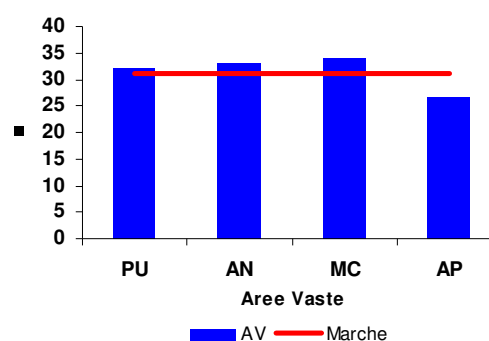
## La promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari, nelle Marche ed in Italia

- Nelle Marche, nel triennio 2007-2009, una persona su tre (32%) riferisce che un medico o un altro operatore sanitario gli ha chiesto se svolge attività fisica; al 31% è stato consigliato di praticarla di più e regolarmente.
- Tali valori sono in linea con quanto registrato dal pool di ASL nazionali partecipanti, nel 2009, al sistema Passi

Attenzione da parte di un operatore sanitario	Marche 2007-2009	% Pool PASSI 2009
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha chiesto se fa regolare attività fisica	32	31
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha consigliato di fare più attività fisica	31	31

- Nelle Aree Vaste regionali la percentuale di persone che ha riferito di aver ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di svolgere più attività fisica varia dal 27% di Ascoli Piceno al 34% di Macerata.

**Persone consigliate dall'operatore sanitario di fare più attività fisica, per Area Vasta (%).**  
Regione Marche - PASSI 2007-2009



## Conclusioni e raccomandazioni

Dai dati dei sistemi di sorveglianza di popolazione presenti nella regione Marche si evince che le persone sedentarie sono pari al:

- 17% tra i bambini (fonte OKKIO alla Salute, anno 2010);
- 6% tra gli 11enni ed i 13enni ed il 9% tra i 15enni (fonte HBSC, biennio 2009-2010);
- 24% tra gli adulti di 18-69 anni (fonte PASSI, triennio 2007-2010).

La frequenza di sedentarietà è alta anche in sottogruppi di popolazione che potrebbero beneficiare di più degli effetti dello svolgimento di un'attività fisica, come le persone con sintomi di depressione, gli ipertesi ed in quelle in eccesso ponderale.

Per essere fisicamente attivi è sufficiente incrementare il cosiddetto "trasporto attivo": cercare cioè di abbandonare il più possibile uno stile di vita caratterizzato dallo spostamento passivo da uno spazio chiuso all'altro (abitazione, automobile, ascensore, posto di lavoro, centro commerciale, scale mobili, telecomando ecc...) ed attivarsi, prendere possesso dell'ambiente, camminare o usare la bicicletta per muoversi.

E' importante che gli operatori sanitari raccomandino lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli, in combinazione con altri interventi anche a livello ambientale, possono essere molto utili nell'influenzare l'adozione di uno stile di vita attivo da parte dei loro assistiti.

## Peso corporeo e abitudini alimentari

### Premessa

Una dieta squilibrata e gli stili di vita non salutari rappresentano importanti fattori di rischio per la salute di una popolazione a causa dell'instaurarsi di diverse patologie croniche quali le cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasie, l'ictus, l'ipertensione, il diabete mellito.

L'eccesso di peso è correlato con una riduzione di aspettativa e qualità di vita nei paesi industrializzati.

Le persone vengono classificate nelle seguenti 4 categorie in base al valore dell'Indice di Massa Corporea (*Body Mass Index* o BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato:

- sottopeso (BMI <18,5),
- normopeso (BMI 18,5-24,9),
- sovrappeso (BMI 25,0-29,9),
- obeso (BMI ≥ 30).

Ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo: è ormai evidente per esempio la protezione, rispetto alle neoplasie, associata all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (*"five a day"*).

### Stato ponderale ed abitudini alimentari nei bambini di 8- 9 anni

(terze classi elementari)

(dati estratti dal sistema di sorveglianza OKKIO alla salute, anno 2010)

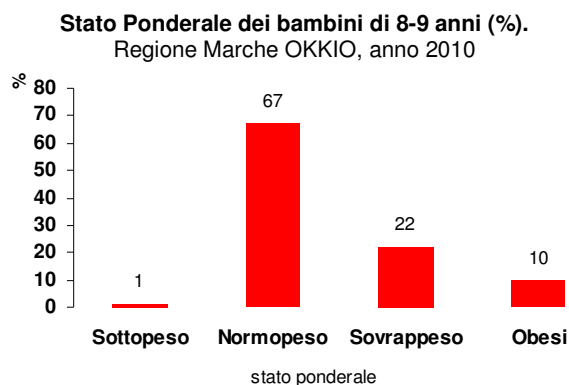
L'obesità ed il sovrappeso in età evolutiva tendono a persistere in età adulta ed a favorire lo sviluppo delle patologie croniche. Negli ultimi 25 anni la prevalenza dell'obesità nei bambini è triplicata ed il trend è in continuo aumento, pertanto anche in Italia la prevenzione dell'obesità infantile è diventato un obiettivo prioritario per la Salute Pubblica.

### Stato ponderale

#### Distribuzione dello stato ponderale nei bambini marchigiani ed in quelli italiani

I Nel 2010 tra i bambini della nostra Regione il 9,5% risulta obeso, il 22,4% in sovrappeso, il 67,4% normopeso e lo 0,7% sottopeso.

II Complessivamente il 32% dei bambini è in eccesso ponderale.

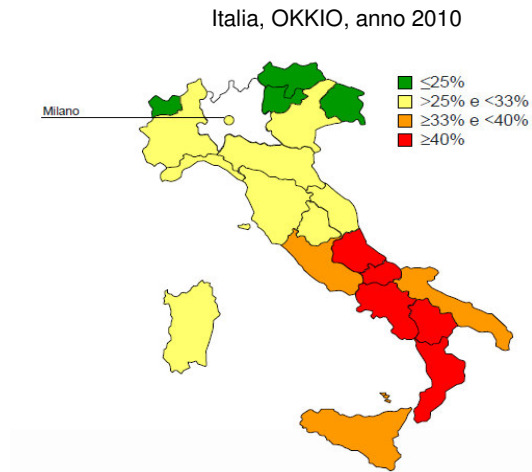


III

Sovrappeso ed obesità per Regioni (%).

IV In Italia l'11,1% dei bambini sono obesi ed il 22,9% risultano in sovrappeso.

V Si evidenzia una spiccata variabilità interregionale con percentuali più basse nell'Italia settentrionale e più alte nel Sud (dal 15% di sovrappeso ed obesità nella Provincia Autonoma di Bolzano al 48% in Campania).

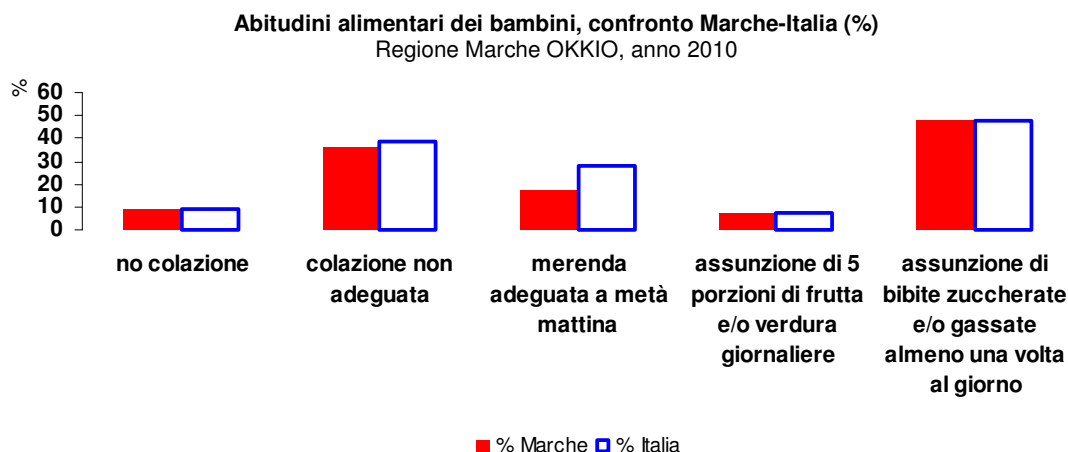


## Abitudini alimentari

### Abitudini alimentari, non corrette, dei bambini

Una dieta ad alto tenore di grassi e con contenuto calorico eccessivo è associata ad un aumento del peso corporeo che nel bambino tende a conservarsi fino all'età adulta. Una dieta qualitativamente equilibrata, in termini di bilancio fra grassi, proteine e glicidi e la sua giusta distribuzione nell'arco della giornata, contribuisce a produrre e/o a mantenere un corretto stato nutrizionale.

La figura sottostante evidenzia le abitudini alimentari non corrette dei bambini delle terze classi delle scuole elementari.



#### Prima colazione

- *non svolgimento della prima colazione*: esistono diversi studi che dimostrano la correlazione tra l'abitudine a non consumare la prima colazione e l'insorgenza del sovrappeso; nelle Marche, nel 2010, la frequenza di bambini che non fanno la prima colazione è pari al 9%, questo valore è invariato rispetto al 2008;
- *colazione non adeguata*: una colazione qualitativamente non adeguata, ossia sbilanciata in termini di carboidrati e proteine, viene effettuata da circa un bambino su tre (36%).

#### Merenda a metà mattina:

- *merenda adeguata a metà mattina*: a metà mattina, se è stata assunta una prima colazione adeguata, dovrebbe essere consumata una merenda contenente circa 100 calorie (pari a uno yogurt, un frutto od un succo di frutta senza zuccheri aggiunti). Nella nostra Regione solo una piccola parte dei bambini (17%) consuma una merenda adeguata a metà mattina, valore questo in aumento rispetto al dato del 2008 pari al 7%.

#### Assunzione di frutta e verdura:

il consumo di frutta e verdura nell'arco della giornata garantisce un adeguato apporto di fibre e sali minerali e consente di limitare la quantità di calorie introdotte. Nelle Marche circa un bambino su tre (32%) mangia frutta meno di una volta al giorno o mai nell'arco della settimana ed il 47% dei bambini mangia una porzione di verdura meno di una volta al giorno o mai nel corso della settimana. Solo il 7% dei bambini aderiscono al "five day" così come raccomandato dalle Linee Guida (erano l'1,5% nel 2008).

#### Assunzione di bibite zuccherate e/o gassate:

mediamente in una lattina di bevanda zuccherata (33 cc) è contenuta una quantità di zuccheri aggiunti pari a 40-50 grammi, fra 5 e 8 cucchiaini, con l'apporto calorico che ne consegue. Esiste una forte associazione tra il consumo di bevande zuccherate e l'obesità. Nella nostra Regione il 53% dei bambini consuma bevande zuccherate meno di una volta al giorno o mai, mentre la proporzione di quelli che consumano bevande gassate meno di una volta al giorno o mai sale al 91%. Il dato complessivo 2010 di coloro che assumono bevande zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno è del 48% in aumento rispetto al 40% del 2008.

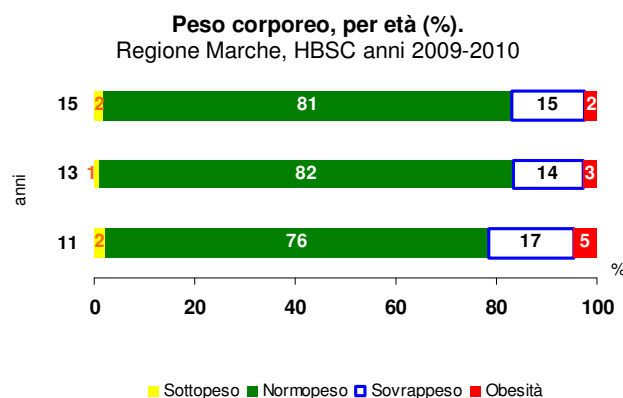
## Stato ponderale ed abitudini alimentari nei ragazzi di 11, 13, 15 anni (dati estratti dallo studio HBSC biennio 2009-2010)

I comportamenti alimentari acquisiti nell'adolescenza sono abitualmente mantenuti da adulti e quindi possono avere ricadute sulla prevenzione di malattie sia a medio che a lungo termine. L'obesità nei bambini e nei ragazzi è associata ad un aumento di ipertensione, iperlipidemia, diabete di tipo 2 e sviluppo precoce di lesioni aterosclerotiche. La presenza di questi fattori di rischio vascolari, se anche non dà luogo necessariamente ad una morbilità nell'età dello sviluppo, aumenta il rischio di malattie cardiovascolari in età adulta.

### Stato ponderale

#### Distribuzione del peso corporeo nei ragazzi marchigiani

- Nelle Marche, nel biennio 2009-2010 la condizione di eccesso ponderale (sovrappeso/obesità) interessa oltre il 21% degli undicenni, si riduce nei tredicenni per poi stabilizzarsi a quindici anni (17% dei soggetti).
- Sono soprattutto i maschi ad essere in sovrappeso od obesi.
- Questi valori sono sovrapponibili a quelli nazionali.

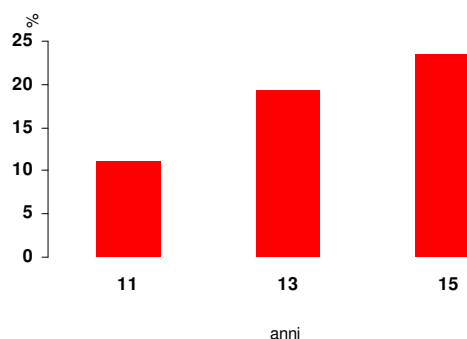


### Abitudini alimentari

#### Abitudini alimentari, non corrette, dei ragazzi

#### Ragazzi che non fanno la prima colazione durante i giorni di scuola, per età (%).

Regione Marche, HBSC anni 2009-2010



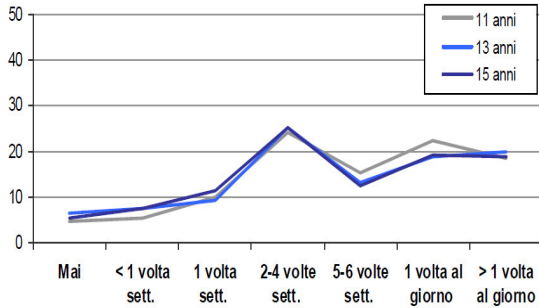
#### Assunzione di frutta e verdura:

nel biennio 2009-2010 nelle Marche complessivamente solo 1 ragazzo su 5 consuma frutta più di una volta al giorno (circa il 20%); non ci sono particolari differenze comportamentali nelle 3 diverse classi di età. A livello nazionale si evidenzia una diminuzione del consumo con il crescere dell'età ed un maggior consumo

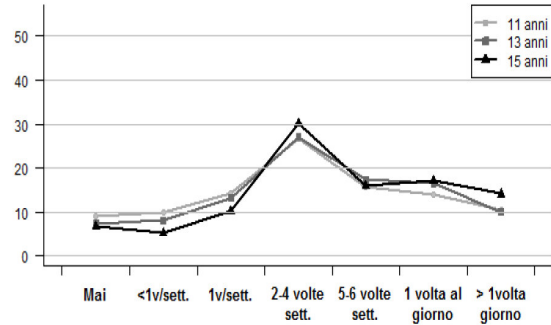
nelle femmine rispetto ai maschi (40,2% vs 35,3%: nei quindicenni).

Per quanto riguarda la verdura, nelle Marche le frequenze di consumo sono ancora più basse di quelle della frutta, complessivamente circa il 10% dei ragazzi assume verdura più volte al giorno. Anche in questo caso le femmine consumano più verdura dei coetanei maschi (23,2% vs 17% nei quindicenni). Non emergono differenze significative nelle diverse età.

**Consumo di frutta, per età (%).**  
Regione Marche, HBSC anni 2009-2010



**Consumo di verdura, per età (%).**  
Regione Marche, HBSC anni 2009-2010



**Bevande zuccherate e/o gassate:**

circa il 14% dei ragazzi marchigiani consuma bevande zuccherate e circa il 27% mangia dolci almeno una volta al giorno.

## Stato ponderale ed abitudini alimentari

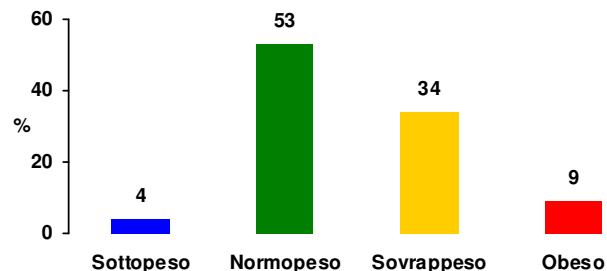
### degli adulti tra i 18 ed i 69 anni

(dati estratti dal sistema di sorveglianza PASSI, triennio 2007-2009)

#### Peso corporeo

- VI Nel triennio 2007-2009 nelle Marche il 4% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 53% normopeso, il 34% sovrappeso e il 9% obeso.
- VII Complessivamente si stima che il 43% della popolazione regionale tra i 18 ed i 69 anni presenti un eccesso ponderale pari a circa 443 mila persone.
- VIII Nel 2009 a livello nazionale è in eccesso ponderale il 43% delle persone, (32% in sovrappeso ed 11% obesi) con prevalenze più elevate nel Sud dell'Italia.

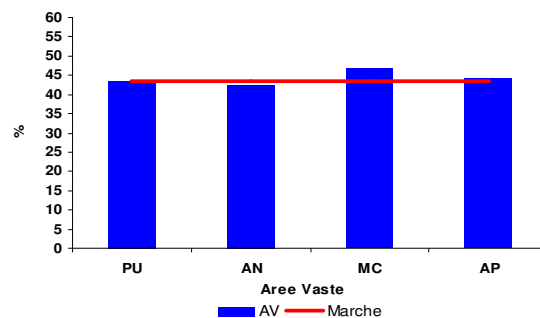
Situazione nutrizionale della popolazione (%).  
Regione Marche – PASSI 2007-2009



#### Distribuzione delle persone con eccesso ponderale, per Area Vasta.

- Tra le Aree Vaste della regione non sono emerse differenze significative relativamente all'eccesso ponderale (range dal 42% di Ancona al 47% di Macerata).

Persone in eccesso ponderale, per Area Vasta  
(BMI >= 25) (%)  
Regione Marche - PASSI 2007-2009



#### Caratteristiche delle persone in eccesso ponderale

Il Sistema Passi registra le più elevate prevalenze di eccesso ponderale:

- nella classe di età 50-69 anni (44% dei soggetti);
- negli uomini (41% vs il 26% delle donne);
- nelle persone con basso livello di istruzione (licenza di scuola elementare o nessuna 42,5% vs il 25,6% dei laureati).

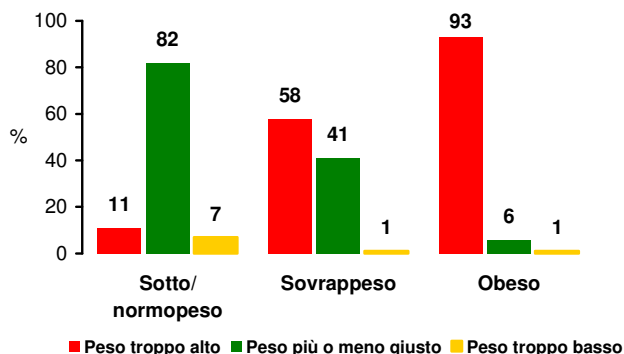


## Autopercezione del proprio peso corporeo

La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita.

- La percezione del proprio peso non sempre coincide con il BMI: nel triennio 2007-2009 infatti nelle Marche si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI negli obesi (93%) e nei normopeso (82%); tra le persone in sovrappeso invece ben il 41% ritiene il proprio peso giusto e l'1% troppo basso.
- La percezione del proprio peso è diversa per sesso: tra le donne normopeso il 79% considera il proprio peso più o meno giusto (vs l'86% degli uomini), mentre tra quelle in sovrappeso 1 su 4 (26%) considera il proprio peso più o meno giusto (uno su due tra gli uomini).

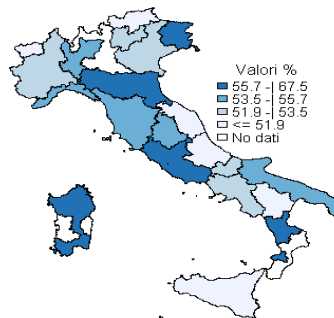
**Percezione del proprio peso (%)**  
Regione Marche – PASSI 2007-2009



## Attenzione degli operatori sanitari verso le persone in eccesso ponderale: consiglio di perdere peso

- Nel triennio 2007-2009 nella nostra Regione una persona su due (53%), tra quelle in eccesso ponderale, ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno riferito questo consiglio il 45% delle persone in sovrappeso e l'83% delle persone obese.
- Nel 2009 tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, complessivamente il 57% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio; in particolare il 48% delle persone in sovrappeso e l'81% delle persone obese.

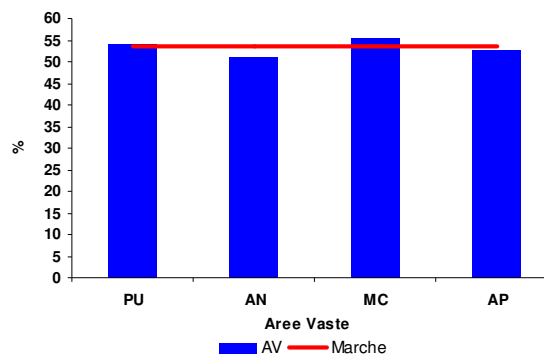
**Persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario (%)**  
Pool PASSI 2009



### Distribuzione delle persone in eccesso ponderale, che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso, per Area Vasta.

- Nelle Aree Vaste della Regione la percentuale di persone intervistate in eccesso ponderale che ha riferito di aver ricevuto il consiglio varia dal 51% di Ancona al 55% di Macerata.

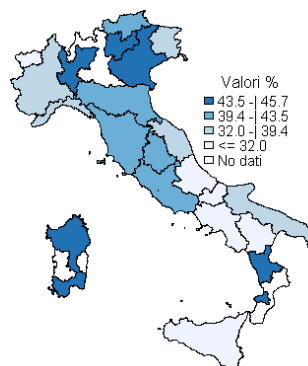
**Persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario, per Area Vasta (%)**  
Regione Marche - PASSI 2007-2009



### Attenzione degli operatori sanitari verso le persone in eccesso ponderale: consiglio di svolgere attività fisica

- Nel triennio 2007-2009 nelle Marche il 28% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (26% nei sovrappeso e 34% negli obesi).
- Circa quattro persone su dieci (39%), tra quelle in eccesso ponderale, hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare il 37% delle persone in sovrappeso e il 48% di quelle obese.
- Tra quanti hanno ricevuto questo consiglio, il 73% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 70% di chi non l'ha ricevuto.
- Nel 2009 tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 38% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica; in particolare il 33% delle persone in sovrappeso e il 45% degli obesi.

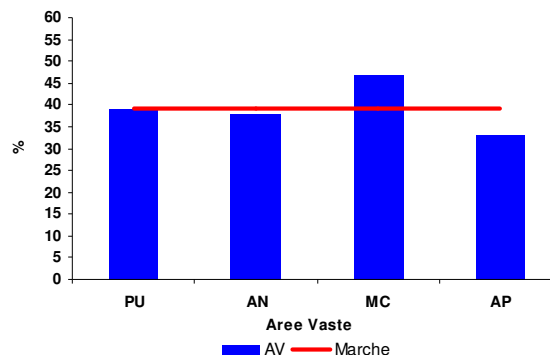
**Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica (%)**  
Pool PASSI 2009



### Distribuzione delle persone in eccesso ponderale, che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica, per Area Vasta.

- Nel triennio 2007-2009 nelle Aree Vaste regionali, la percentuale di persone che ha riferito di aver ricevuto il consiglio varia dal 33% di Ascoli Piceno) al 47% di Macerata.

**Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica, per Area Vasta (%)**  
Regione Marche - PASSI 2007-2009



### Dieta alimentare

Nel triennio 2007-2009 circa una persona su quattro (24%) tra quelle in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso.

La proporzione di persone con eccesso ponderale che segue una dieta è significativamente più alta:

- nelle donne (34% vs 18% negli uomini)
- negli obesi (29% vs 23% nei sovrappeso)
- nelle persone in sovrappeso (esclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso "troppo alto" (30%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (14%)

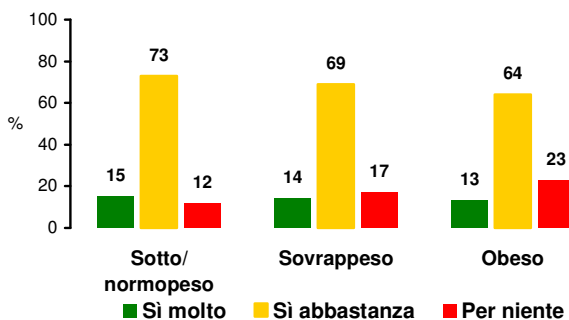
Circa una persona in eccesso ponderale su tre (37%), tra quelle che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario, segue una dieta (vs il 14% di coloro che non hanno ricevuto nessun consiglio).

### Abitudini alimentari

#### Autoconsiderazioni sulla propria alimentazione

- Nel triennio 2007-2009 nelle Marche l'85% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute, in particolare:
  - l'88% delle persone sottopeso/normopeso
  - l'83% dei sovrappeso
  - il 77% degli obesi.

**Alimentazione positiva per la propria salute (%).**  
Regione Marche - PASSI 2007-2009



## Adesione al “five a day”, cioè mangiare almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno

IX L'abitudine di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno è diffusissima nella quasi totalità della popolazione delle Marche (98%), ma solo una persona su dieci (10%) consuma le 5 porzioni raccomandate.

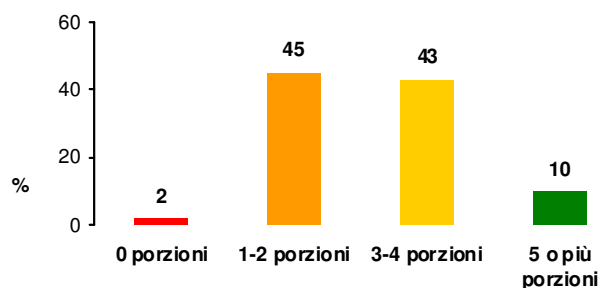
X La pratica di mangiare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa:

- nelle persone sopra ai 50 anni;
- nelle donne

Non emergono differenze significative legate alla condizione economica.

### Numero di porzioni di frutta e verdura consumate durante il giorno (%)

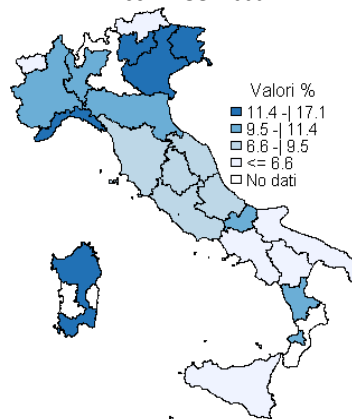
Regione Marche – PASSI 2007- 2009



XI Nel 2009 tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, l'adesione al “five a day” registra un range che va dal 6% della Basilicata al 17% del Friuli Venezia Giulia.

### Persone che aderiscono al “five a day” (%)

Pool PASSI 2009

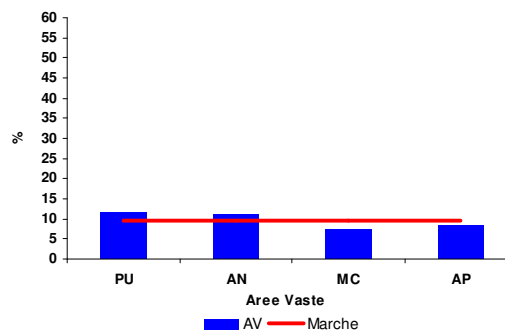


## Adesione al “five a day”, per Area Vasta

- Nelle Aree Vaste della Regione la percentuale di persone intervistate che aderisce al “five a day” varia dal 12% di Pesaro Urbino al 7% di Macerata.

### Persone che aderiscono al “five a day” (%)

Regione Marche - PASSI 2007- 2009



## Conclusioni e raccomandazioni

Utilizzando i dati di sorveglianza di popolazione disponibili nella regione Marche si evidenzia che:

1) il **problema di un eccesso ponderale** è presente:

- nel 32% dei bambini (fonte: OKKIO alla salute, anno 2010);
- nel 21% degli undicenni e nel 17% dei quindicenni (fonte HBSC, biennio 2009-2010);
- nel 43% delle persone tra i 18 ed i 69 anni (fonte PASSI, triennio 2007-2009);

2) fin da bambini vengono assunte **abitudini alimentari non corrette** come:

- il non fare colazione la mattina (registrato nel 9% dei bambini ed in un ragazzo su 3 tra gli 11 ed i 15 anni),
- la scarsa adesione al “five day”, comune in tutte le età.

L'eccesso ponderale corrisponde ad un cambiamento complesso della società, legato alle condizioni dell'ambiente costruito, dei trasporti, dell'agricoltura e dell'offerta alimentare ed anche alla pubblicità oltre che alle caratteristiche individuali.

Per questo motivo, al di là dei programmi sanitari rivolti agli individui, per aumentare la consapevolezza dell'importanza di mantenere/raggiungere il peso ideale attraverso una sana alimentazione è indispensabile mettere in atto politiche intersettoriali volte a favorire una dieta povera di grassi o alimenti altamente energetici e ricca di frutta e verdura.

A livello nazionale e regionale il programma “Guadagnare Salute ha fatto sue queste raccomandazioni con l'obiettivo di aumentare il “valore della salute” in tutte le politiche.

## INTERVENTI SULLA SALUTE E SERVIZI SANITARI

Tra gli interventi sulla salute vanno citati gli screening. Gli inviti per lo screening dei tumori del collo dell'utero presentano un valore di buon livello se paragonato al panorama nazionale. Pur non essendo presenti a livello nazionale degli standard rispetto all'adesione a questo screening, le Marche sono poco al di sotto della soglia considerata "accettabile" ( $\geq 40\%$ ) secondo gli standard piemontesi. Per lo screening mammografico, complessivamente a livello regionale, viene rispettato lo standard di accettabilità di adesione grezza stabilito dal GISMa.- In tutto il territorio regionale è attivo, dall'anno 2010, lo screening del colon retto. Tale screening prevede una periodicità di inviti biennale. Ad oggi la regione ha da poco completato il primo anno di inviti della popolazione con una discreta adesione, sia per quanto riguarda la ricerca del sangue occulto nelle feci, che per i successivi approfondimenti diagnostici tramite colonscopia.

Riguardo l'ospedalizzazione, In quasi tutte le aree territoriali delle Marche è presente un trend in calo dei posti letto ospedalieri, in osservanza delle direttive nazionali e regionali di razionalizzazione della spesa sanitaria. Nell'anno 2010 sono stati 95.645 i pazienti ricoverati in regime di Ricovero Ordinario e 40.283 quelli in regime di DH. Il maggior numero di dimissioni relative ai ricoveri ordinari riguarda i ricoveri per malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio, dell'apparato osteomuscolare, e dell'apparato digerente. Per quanto riguarda le procedure più eseguite (Tabella 1), analizzando separatamente i ricoveri ordinari da quelli in day-hospital, troviamo per i primi (escludendo l'assistenza manuale al parto) al primo posto il taglio cesareo cervicale basso (2.749), seguito dalla colecistectomia per via laparoscopica (2.312), dalla riparazione omolaterale di ernia inguinale (1.944), dalla resezione transureterale di lesione vescicale o neoplasia (1.737), dal taglio cesareo tradizionale (1.725) e dalla sostituzione totale del ginocchio (1.496) e dell'anca (1.395). Tra i ricoveri in Day-Hospital prevalgono gli interventi di rimozione della cataratta attraverso la tecnica di facoemulsificazione. (8.091), il raschiamento dell'utero mediante aspirazione per IVG (2.020), l'asportazione radicale di lesione della cute (1.175), la turbinectomia (1.090), la liberazione del tunnel carpale (1.028). Interessante e meritevole di approfondimento la diversa distribuzione delle cause di ricovero nella popolazione immigrata, in cui prevalgono i traumatismi e gli avvelenamenti nel sesso maschile e le complicazioni della gravidanza, parto e puerperio tra le donne.

Cresce, a fronte di una domanda dovuta all'invecchiamento il numero di strutture dedicate all'assistenza residenziale e semiresidenziale. L'asse dell'assistenza si sposta sempre più verso il territorio, come testimonia l'esponenziale crescita dei casi trattati in ADI.

**Tabella 1. Pazienti ricoverati e totale delle procedure per categorie di età per i primi venti interventi più numerosi. Regione Marche, 2010.**

Intervento principale	Totale	Totale	Neonati	Neonati	Età	Età	Età Adulta	Età Adulta	Terza Età	Terza Età
	Pazienti	Procedure	Pazienti	Procedure	Pediatria	Pediatria	Pazienti	Procedure	Pazienti	Procedure
<b>Totale 2010</b>	<b>95.645</b>	<b>95.645</b>	<b>363</b>	<b>363</b>	<b>3.532</b>	<b>3.532</b>	<b>56.487</b>	<b>56.487</b>	<b>35.263</b>	<b>35.263</b>
7359 - Altra assistenza manuale al parto	6.297	6.297					6.297	6.297		
741 - Taglio cesareo cervicale basso	2.749	2.749					2.749	2.749		
5123 - Colecistectomia laparoscopia	2.312	2.312			7	7	1.552	1.552	753	753
5304 - Riparazione monolaterale di ernia inguinale indiretta con innesto o protesi	1.944	1.944			2	2	1.006	1.006	936	936
5749 - Altra resezione transuretrale di lesione vescicale o neoplasia	1.737	1.737					347	347	1.390	1.390
740 - Taglio cesareo tradizionale	1.725	1.725					1.725	1.725		
8154 - Sostituzione totale del ginocchio	1.426	1.426					198	198	1.228	1.228
8151 - Sostituzione totale dell'anca	1.395	1.395					369	369	1.026	1.026
7751 - Asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli ed osteotomia del primo metatarso	1.393	1.393			1	1	959	959	433	433
3859 - Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore	1.382	1.382					962	962	420	420
7935 - Riduzione aperta di frattura del femore, con fissazione interna	1.382	1.382			7	7	191	191	1.184	1.184
6902 - Dilatazione e raschiamento a seguito di parto o aborto	1.002	1.002					1.002	1.002		
806 - Asportazione di cartilagine semilunare del ginocchio	980	980			3	3	806	806	171	171
0066 - Angioplastica percutanea coronarica transluminale (PTCA) o aterectomia coronarica	961	961					417	417	544	544
4709 - Altra appendectomia	895	895	2	2	298	298	552	552	43	43
8522 - Quadrantectomia della mammella	844	844			1	1	490	490	353	353
6029 - Altra prostatectomia transuretrale	838	838					214	214	624	624

Fonte:ARS, PF Assistenza ospedaliera ed emergenza urgenza

Le tabelle che seguono mostrano la distribuzione dei venti DRG più frequenti prodotti per tutti i Ricoveri Ordinari (Tabella 2) e per Day Hospital (Tabella 3) relativa all'anno 2010. Sono riportati i 20 DRG più frequenti ad esclusione di quelli relativi al parto/puerperio (parto e neonati). Questi DRG spiegano più della metà della casistica relativa alle attività di ricovero e l'80% di quelle in day hospital.

Considerato che nelle Marche, come in Italia, le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari determinano un elevato carico di malattia nella popolazione adulta, soprattutto anziana, anche in termini di invalidità, disabilità ed impegno assistenziale sono state esaminate le dimissioni per Infarto Acuto del Miocardio e per malattie cerebrovascolari. Trattandosi di una valutazione generale sono stati utilizzati i tassi grezzi e non standardizzati.

Si riporta quindi di seguito nelle tabelle il tasso di ospedalizzazione (numero di dimissioni ospedaliere sulla popolazione residente per 100.000) in regime di Ricovero Ordinario negli anni 2008 e 2010 nella popolazione per diagnosi principale.

Per quanto riguarda i ricoveri per IMA (diagnosi ICD IX CM 410) i tassi risultano in leggero decremento e risultano essere nel sesso maschile nettamente più elevati rispetto al sesso femminile (tabella 4).

Anche per le malattie cerebrovascolari (diagnosi ICD IX CM 430-438) il tasso di ospedalizzazione tra i tre anni considerati, in entrambi i generi, si evidenzia un trend decrescente dell'ospedalizzazione per queste patologie, sempre con differenze, ma meno accentuate, tra i due sessi (tabella 5).



**Tabella 2, Numero di dimessi per Area Vasta per i 20 DRG più frequenti prodotti per tutti i ricoveri ordinari. Marche, 2010.**

N.	DESCRIZIONE	AREA VASTAN. 1	AREA VASTAN. 2	AREA VASTAN. 3	AREA VASTAN. 4	AREA VASTAN. 5	MARCHE
1	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	2019	2352	1228	920	861	<b>7380</b>
2	SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	956	1409	893	450	537	<b>4245</b>
3	EMORRAGIA INTRACRANICA O INFARTO CEREBRALE	838	1223	803	527	442	<b>3833</b>
4	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	615	1140	727	346	333	<b>3161</b>
5	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	841	884	699	315	389	<b>3128</b>
6	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	798	867	571	478	326	<b>3040</b>
7	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	693	743	688	289	421	<b>2834</b>
8	PSICOSI	660	767	501	374	421	<b>2723</b>
9	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETÀ > 17 ANNI CON CC	599	696	464	184	316	<b>2259</b>
10	ISCHEMIA CEREBRALE TRANSITORIA	566	319	571	350	324	<b>2130</b>
11	INSUFFICIENZA RENALE	430	580	499	262	283	<b>2054</b>
12	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	439	851	371	222	162	<b>2045</b>
13	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZACC	455	571	434	206	249	<b>1915</b>
14	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	628	499	326	91	209	<b>1753</b>
15	INTERVENTI SU ANO E STOMA SENZA CC	421	576	300	179	248	<b>1724</b>
16	ALTREDIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	396	623	364	115	208	<b>1706</b>
17	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA SENZA CC	369	546	289	104	308	<b>1616</b>
18	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA	422	397	334	205	244	<b>1602</b>
19	INTERVENTI SUL PIEDE	321	447	360	234	213	<b>1575</b>
20	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	252	477	270	251	239	<b>1489</b>

**Tabella 3, Numero di dimessi per Area Vasta per i 20 DRG più frequenti prodotti per tutti i day Hospital, Marche, 2010.**

DESCR	AREA VASTAN. 1	AREA VASTAN. 2	AREA VASTAN. 3	AREA VASTAN. 4	AREA VASTAN. 5	Totali
1 CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	1828	2033	1488	1179	892	7420
2 INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	2403	2769	782	280	722	6956
3 INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	412	785	202	71	239	1709
4 INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	374	507	397	123	154	1555
5 INTERVENTI SULLA BOCCA SENZA CC	96	815	288	165	81	1445
6 INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZACC	378	291	306	221	247	1443
7 TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZACC	305	495	193	122	234	1349
8 DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	228	209	241	210	293	1181
9 MALATTIE ENDOCRINE SENZA CC	184	433	246	150	158	1171
10 INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	300	276	227	142	207	1152
11 INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	232	482	102	65	163	1044
12 DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI	164	370	151	88	269	1042
13 MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	170	453	141	116	152	1032
14 ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	204	426	101	77	94	902
15 LEGATURA E STRIPPING DI VENE	162	218	206	103	171	860
16 ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA ECCETTO ANCA E FEMORE SENZA CC	170	164	143	63	138	678
17 INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	146	159	186	60	121	672
18 LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	89	313	130	100	27	659
19 CIRCONCISIONE, ETÀ > 17 ANNI	117	184	106	104	89	600
20 MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	67	306	96	40	38	547

**Tabella 4. Numero totale di ricoveri ordinari per IMA, per anno e per Area Vasta e relativi tassi grezzi di ospedalizzazione per 100.000 residenti. Marche, anni 2008-2010.**

TOTALI IMA Area Vasta	numero assoluto			tasso grezzo ospedal./100.000		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
AREA VASTA TERRITORIALE N. 1	775	794	779	219,47	224,85	220,60
AREA VASTA TERRITORIALE N. 2	1335	1245	1138	277,96	259,22	236,94
AREA VASTA TERRITORIALE N. 3	851	692	736	280,59	228,16	242,67
AREA VASTA TERRITORIALE N. 4	601	579	535	346,87	334,17	308,78
AREA VASTA TERRITORIALE N. 5	553	516	477	263,44	245,81	227,23
<b>Totale Marche</b>	<b>4115</b>	<b>3826</b>	<b>3665</b>	<b>268,1</b>	<b>246,6</b>	<b>235,0</b>
<b>MASCHI</b>						
Area Vasta	2008	2009	2010	2008	2009	2010
AREA VASTA TERRITORIALE N. 1	489	523	476	282,64	302,30	275,13
AREA VASTA TERRITORIALE N. 2	799	756	723	344,18	325,66	311,44
AREA VASTA TERRITORIALE N. 3	559	447	512	379,14	303,18	347,26
AREA VASTA TERRITORIALE N. 4	393	377	337	465,55	446,59	399,21
AREA VASTA TERRITORIALE N. 5	401	372	328	392,97	364,55	321,43
<b>Totale Marche</b>	<b>2641</b>	<b>2475</b>	<b>2376</b>	<b>353,7</b>	<b>327,9</b>	<b>313,6</b>
<b>FEMMINE</b>						
Area Vasta	2008	2009	2010	2008	2009	2010
AREA VASTA TERRITORIALE N. 1	286	271	303	158,79	150,46	168,23
AREA VASTA TERRITORIALE N. 2	536	489	415	216,01	197,07	167,25
AREA VASTA TERRITORIALE N. 3	292	245	224	187,35	157,20	143,72
AREA VASTA TERRITORIALE N. 4	208	202	198	234,11	227,36	222,85
AREA VASTA TERRITORIALE N. 5	152	144	149	140,91	133,49	138,13
<b>Totale Marche</b>	<b>1474</b>	<b>1351</b>	<b>1289</b>	<b>187,0</b>	<b>169,6</b>	<b>160,8</b>

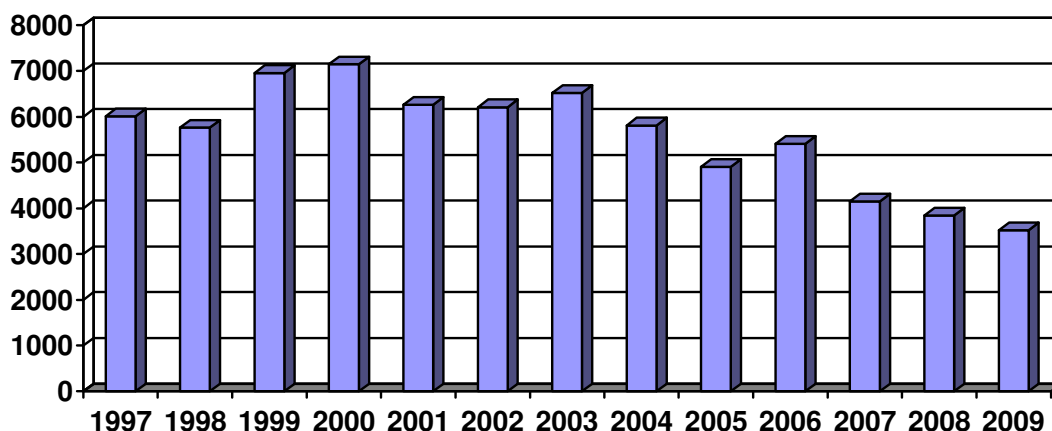
**Tabella 4. Numero totale di ricoveri ordinari per malattie cerebrovascolari, per anno e per Area Vasta e relativi tassi grezzi di ospedalizzazione per 100.000 residenti. Marche, anni 2008-2010.**

TOTALI	Numero			Totale	tasso grezzo di ospedalizzazione per 100.000		
	2008	2009	2010		2008	2009	2010
AREA VASTA TERRITORIALE N. 1	2412	2330	2403	<b>7145</b>	683,05	659,83	680,50
AREA VASTA TERRITORIALE N. 2	2485	2556	2476	<b>7517</b>	517,41	532,19	515,53
AREA VASTA TERRITORIALE N. 3	2236	2254	2133	<b>6623</b>	737,24	743,18	703,28
AREA VASTA TERRITORIALE N. 4	1335	1143	1116	<b>3594</b>	770,50	659,69	644,10
AREA VASTA TERRITORIALE N. 5	1193	1216	1116	<b>3525</b>	568,32	579,28	531,64
<b>Totale Marche</b>	<b>9661</b>	<b>9499</b>	<b>9244</b>	<b>28404</b>	<b>629,43</b>	<b>612,29</b>	<b>592,74</b>
<b>MASCHI</b>							
Area Vasta	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Totale</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
AREA VASTA TERRITORIALE N. 1	1206	1147	1280	3633	697,07	662,97	739,84
AREA VASTA TERRITORIALE N. 2	1221	1244	1223	3688	525,96	535,87	526,83
AREA VASTA TERRITORIALE N. 3	1091	1110	1046	3247	739,97	752,86	709,45
AREA VASTA TERRITORIALE N. 4	646	572	565	1783	765,25	677,59	669,30
AREA VASTA TERRITORIALE N. 5	572	596	603	1771	560,55	584,07	590,93
<b>Totale Marche</b>	<b>4736</b>	<b>4669</b>	<b>4717</b>	<b>14122</b>	<b>634,21</b>	<b>618,64</b>	<b>622,55</b>
<b>FEMMINE</b>							
Area Vasta	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Totale</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
AREA VASTA TERRITORIALE N. 1	1206	1183	1123	<b>3512</b>	697,07	683,78	649,10
AREA VASTA TERRITORIALE N. 2	1264	1312	1253	<b>3829</b>	544,49	565,16	539,75
AREA VASTA TERRITORIALE N. 3	1145	1144	1087	<b>3376</b>	776,59	775,92	737,26
AREA VASTA TERRITORIALE N. 4	689	571	551	<b>1811</b>	816,19	676,40	652,71
AREA VASTA TERRITORIALE N. 5	621	620	513	<b>1754</b>	608,57	607,59	502,73
<b>Totale Marche</b>	<b>4925</b>	<b>4830</b>	<b>4527</b>	<b>14282</b>	<b>624,91</b>	<b>606,28</b>	<b>564,57</b>

## MALATTIE INFETTIVE

Per quanto riguarda le malattie infettive, nella regione Marche per le malattie notificate in classe II si registra in generale un trend in diminuzione per il periodo 1997-2009 (Figura 1). In Tabella 1 si riportano i tassi di notifica, per le principali malattie di classe II, ricavati dai dati del sistema SIMI. Da rilevare che i dati si riferiscono alle malattie notificate (secondo DM) e che anche nella nostra regione, in particolare per le malattie meno gravi, è presente il problema della sottonotifica

**Figura 1. Numero di notifiche di malattie infettive totali per anno. Marche.1997-2009**



Fonte SIMI

**Tabella 1. Tassi di notifica per patologia infettiva per anno. Regione Marche, 1997-2009.**

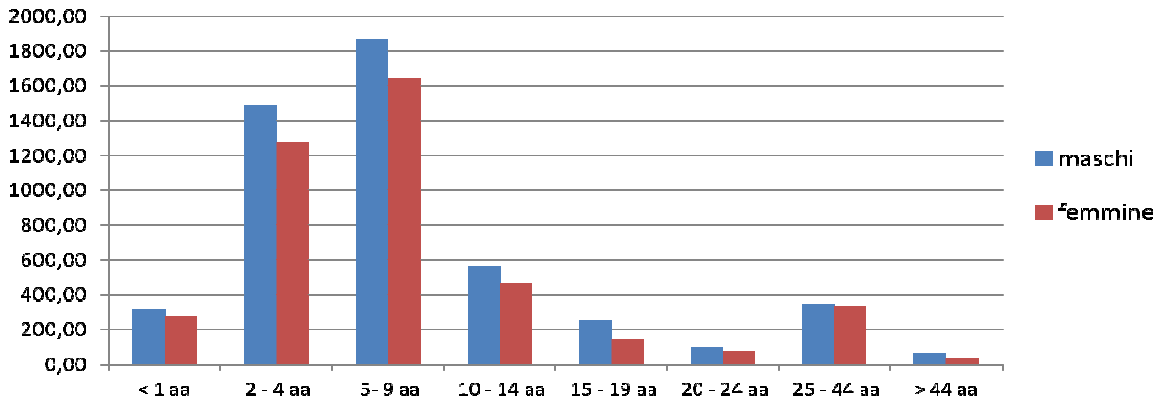
Patologia	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
pertosse	2,8	11,5	7,4	5,3	4,5	3,9	1,7	1,0	1,6	1,3	1,3	0,5	0,6
meningite meningo.	0,3	0,5	0,3	0,1	0,3	0,4	0,3	0,3	0,7	0,5	0,1	0,1	0,2
varicella	184,6	303,4	293,6	275,3	266,9	365,6	372,9	377,1	317,5	353,0	267,8	225,5	231,3
morbillo	18,5	4,3	3,8	1,7	0,3	9,4	26,9	0,7	0,3	0,1	0,5	2,3	0,1
rosolia	30,4	3,1	8,6	33,3	132,8	21,0	21,2	1,1	0,2	0,7	1,8	22,5	0,1
epatite B	2,5	3,9	1,5	2,7	2,9	2,9	2,7	3,3	2,1	2,3	2,0	2,0	1,1
parotite epidemic	160,3	56,1	147,1	156,6	8,6	9,5	7,8	2,8	3,8	1,7	2,4	2,4	0,6
<b>Totale</b>	<b>399,5</b>	<b>382,8</b>	<b>462,4</b>	<b>474,8</b>	<b>416,3</b>	<b>412,7</b>	<b>433,5</b>	<b>386,1</b>	<b>326,1</b>	<b>359,6</b>	<b>275,9</b>	<b>255,4</b>	<b>234,0</b>

\*calcolati sulla popolazione regionale del 2003 per 100000 ab

Fonte SIMI

Per quanto riguarda la distribuzione delle notifiche per classe di età, risulta evidente che queste patologie colpiscono in particolare la fascia pediatrica (Figura 2).

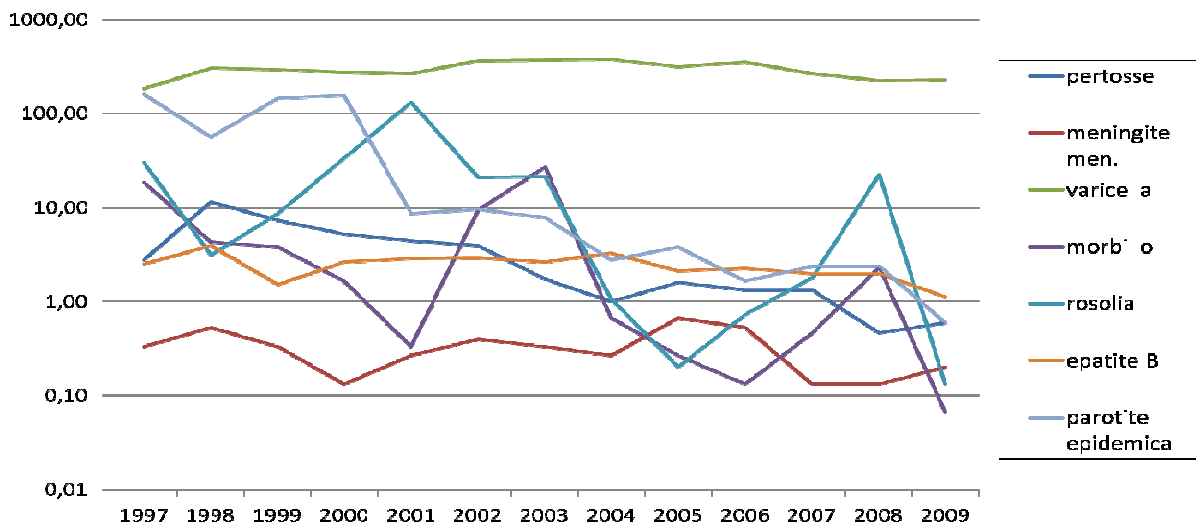
**Figura 2. Tasso\* di notifica complessivo per fascia d'età e sesso (reg. Marche; 1997-2009).**



\* Calcolato sulla popolazione regionale del 2003 per 100000 ab

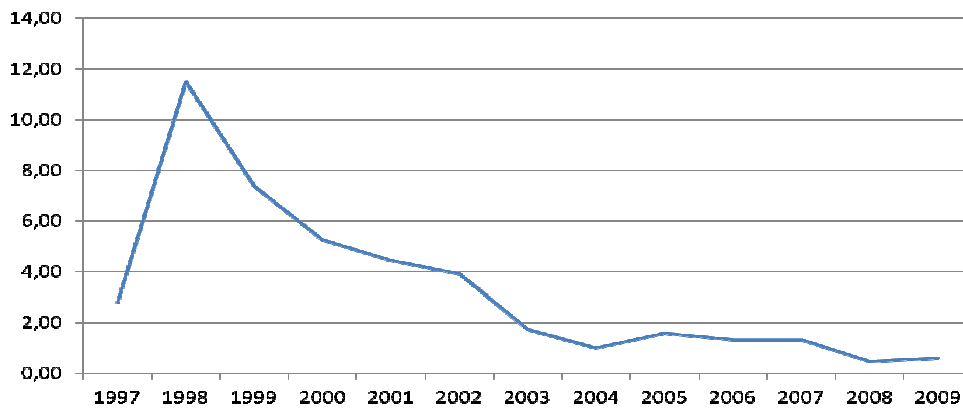
Si analizzano, di seguito, i trend temporali dei tassi di notifica di alcune malattie. In generale risulta evidente per alcune patologie, in particolare suscettibili di vaccinazione, un trend in diminuzione. Per la varicella si registrano ancora tassi alti e per il morbillo è evidente un recente picco epidemico. Analogo picco epidemico si è registrato nell'anno 2010 (dati non ancora ufficiali, circa 30 casi). Anche per l'epatite B il trend è in diminuzione.

**Figura 3. Tassi di notifica per patologia infettiva per anno. Regione Marche anni 1997-2009.**



**Figura 4. Tasso di notifica di pertosse nella regione Marche (1997-2009)**

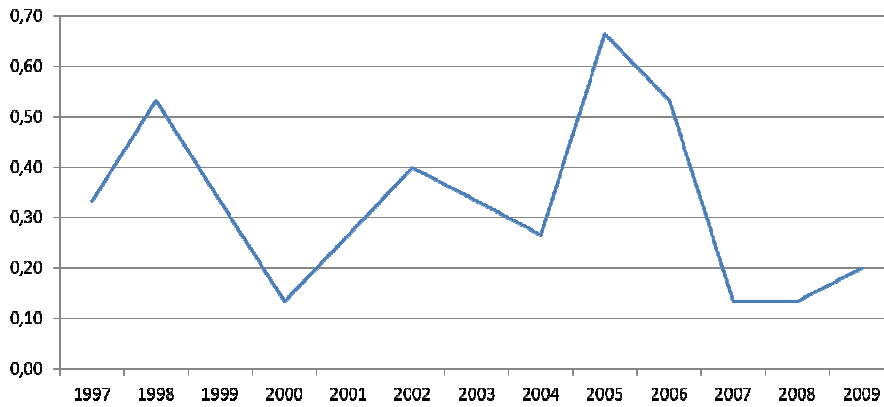
(n° totale di casi = 652 - Tasso\* medio di notifica = 3,33 (min = 0,60 nel 2009; max = 11,50 nel 1998) )



\* Tasso calcolato sulla popolazione regionale del 2003 Fonte : SIMI Marche

**Figura 5. Tasso\* di notifica di meningite meningococcica nella regione Marche (1997-2009)**

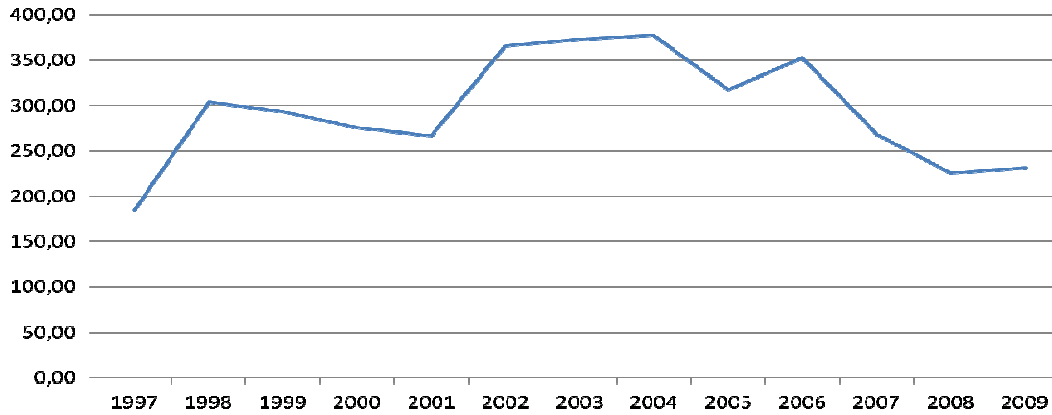
(n° totale di casi = 64, Tasso\* medio di notifica = 0,33 (min = 0,13 nel 2000, 2008; max = 0,66 nel 2005)



\* Tasso calcolato sulla popolazione regionale del 2003 Fonte : SIMI Marche

**Figura 6. Tasso di notifica di varicella nella regione Marche (1997-2009)**

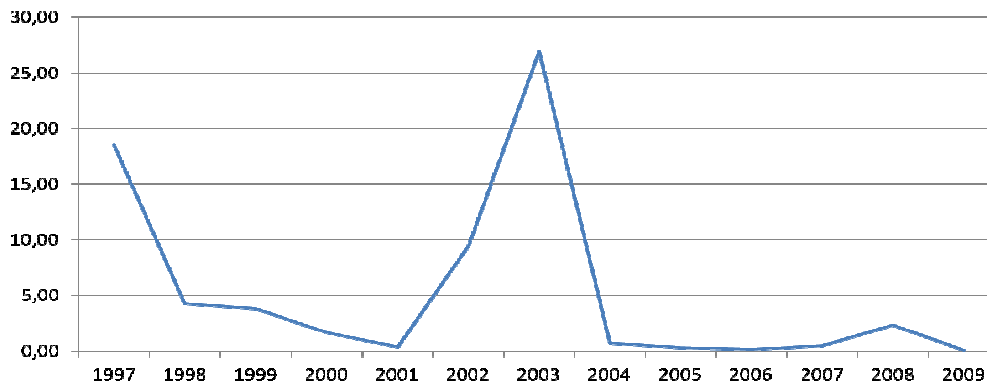
(n° totale di casi = 57700, Tasso\* medio di notifica = 294,95 (min = 184,61 nel 1997; max = 377,05 nel 2004)



\* Tasso calcolato sulla popolazione regionale del 2003 Fonte : SIMI Marche

**Figura 7. Tasso\* di notifica di morbillo nella regione Marche (1997-2009)**

(n° totale di casi = 1036, Tasso\* medio di notifica = 5,30 (min = 0,07 nel 2009; max = 26,91 nel 2003)

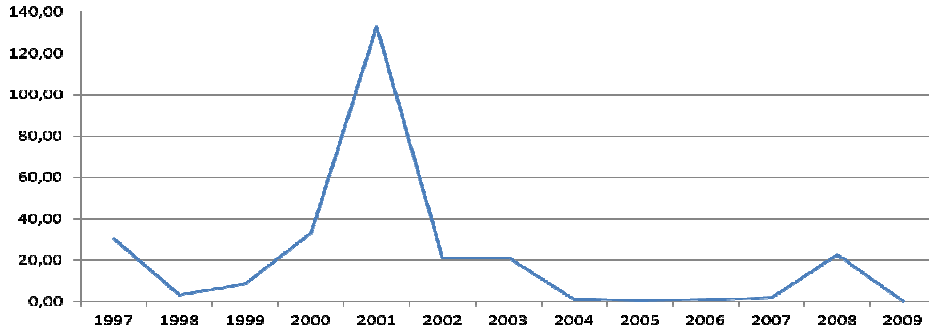


\* Tasso calcolato sulla popolazione regionale del 2003 Fonte : SIMI Marche



**Figura 8. Tasso\* di notifica di rosolia nella regione Marche (1997-2009)**

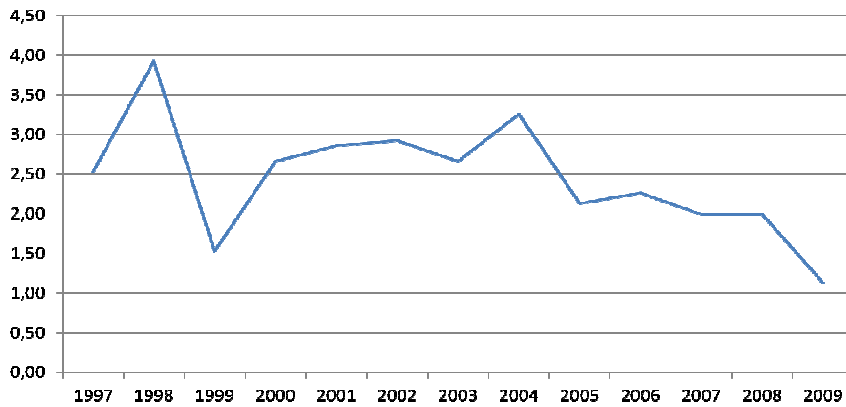
(n° totale di casi = 4167 - Tasso\* medio di notifica = 21,30 (min = 0,20 nel 2005; max = 132,84 nel 2001)



\* Tasso calcolato sulla popolazione regionale del 2003 Fonte : SIMI Marche

**Figura 9. Tasso\* di notifica di epatite B nella regione Marche (1997-2009)**

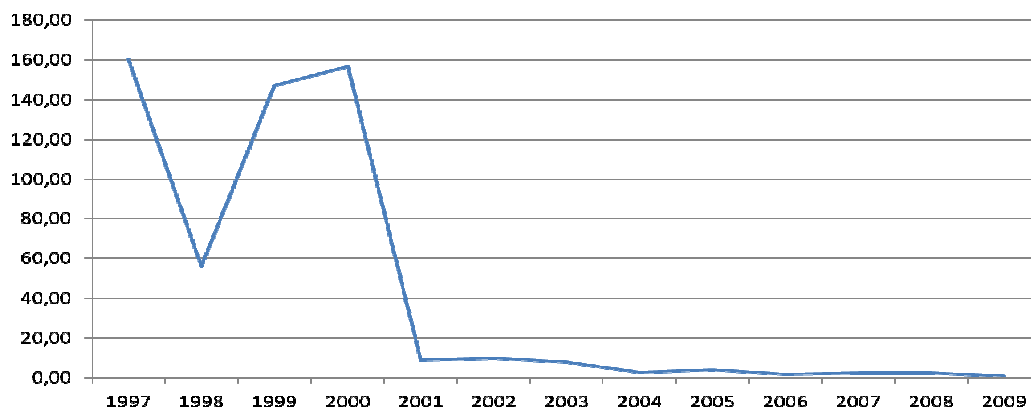
(n° totale di casi = 479, Tasso\* medio di notifica = 2,45 (min = 1,13 nel 2009; max = 3,92 nel 1998)



\* Tasso calcolato sulla popolazione regionale del 2003 Fonte : SIMI Marche

### Figura 10. Tasso\* di notifica di parotite epidemica nella regione Marche (1997-2009)

(n° totale di casi = 8421, Tasso\* medio di notifica = 43,05 (min = 0,60 nel 2009; max = 160,28 nel 1997)



Evidenziate le dimensioni del fenomeno basandosi sulle notifiche pervenute ai Servizi di Igiene e sanità Pubblica, occorre rilevare che anche nella nostra regione, ma in maniera più limitata, si evidenzia uno slittamento verso fasce di popolazione più adulte dei casi di patologia per il non raggiungimento dei tassi di copertura vaccinale adeguati. I suscettibili residui, non raggiunti da vaccinazione, si spostano in età adulta mantenendo la suscettibilità e quindi il rischio di contrarre l'infezione.

Per valutare sommariamente le complicanze di alcune patologie infettive, si è proceduto ad esaminare i dati relativi ai ricoveri ospedalieri.

**Tabella 2. Ricoveri ospedalieri e notifiche pervenute ai SISP per alcune malattie infettive. Marche 1997-2010**

patologia	tot ricoveri	n° notifiche
pertosse	100	652
meningite meningococcica.	39	64
varicella	498	57700
morbillo	172	1036
rosolia	72	4167
epatite B	562	479

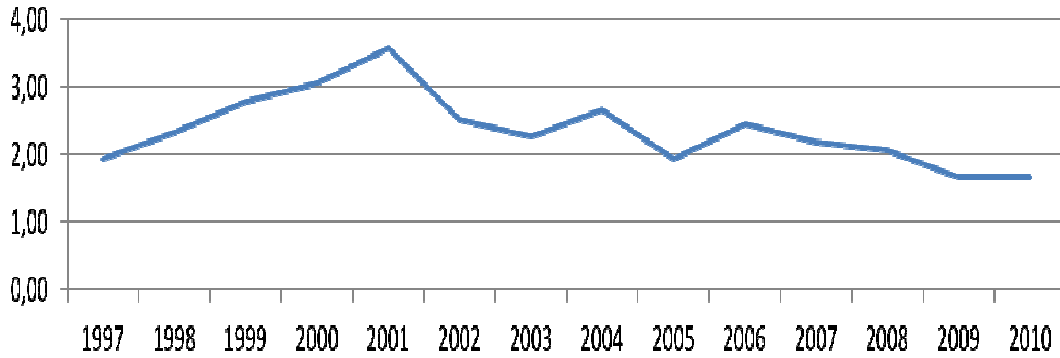
*\*Sono stati utilizzati per la ricerca i codici ICD9 di diagnosi principale ed i rispettivi sottocodici specifici per malattia infettiva Fonte SDO - ARS*

In particolare, per quanto riguarda le complicanze, è stata fatta una valutazione per varicella, morbillo e rosolia.

Per la *varicella* nel periodo esaminato si sono verificati 498 ricoveri (Figura 11) e nei ricoverati si registrano soprattutto casi in età pediatrica ma anche nella fascia d'età 25-44 anni. Le complicanze

più frequenti registrate sulle SDO sono le encefaliti e le polmoniti emorragiche, rispettivamente circa il 10% ed il 4% dei ricoveri (Tabella 3).

**Figura 11. Tasso di ricovero per varicella. Regione Marche 1997-2010**



\*calcolato sulla popolazione regionale del 2003 per 100000 ab Fonte: SIMI - ARS

**Tabella 3. Complicanze nei ricoverati per varicella. Marche, 1997-2010.**

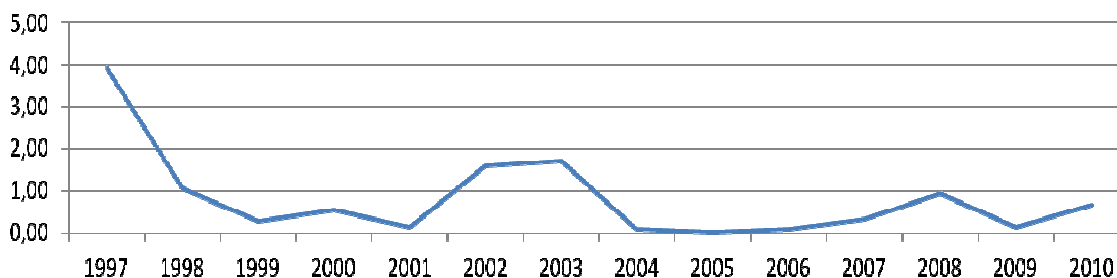
(Tot ricoveri = 498)

Complicanze	n°	% complicanze
encefalite	49	9,84%
polmonite emorr.	20	4,02%
mielite	3	0,60%
"con complicanze"	126	25,30%
"senza complicanze"	300	60,24%
<b>Totale con complicanze</b>	<b>198</b>	<b>39,8</b>

Fonte: SDO - ARS

Per quanto riguarda il *morbillo* nel periodo esaminato si sono verificati 172 ricoveri (Figura 12) e nei ricoverati si registrano soprattutto casi in età giovanile, nella fascia d'età 25-44 anni. Le complicanze più frequenti registrate sulle SDO sono le polmoniti e le encefaliti, rispettivamente circa l'8% ed il 5% dei ricoveri (Tabella 4).

**Figura 12. Tasso di ricovero per morbillo. Regione Marche 1997-2010**



\*calcolato sulla popolazione regionale del 2003 per 100000 ab Fonte: SIMI - ARS

**Tabella 4. Complicanze nei ricoverati per morbillo. Marche, 1997-2010.**

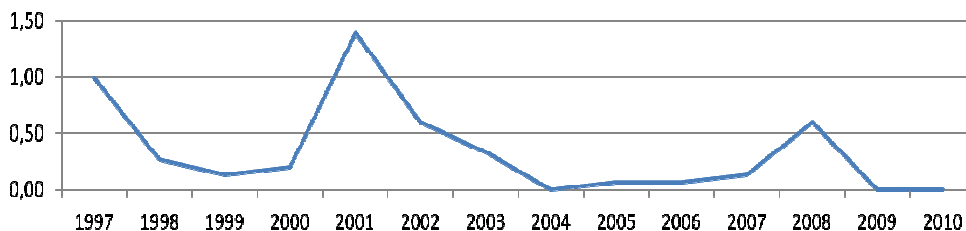
Tot ricoveri = 172

Complicanze	n°	% complicanze
encefalite	9	5,2%
polmonite	14	8,1%
otite media	1	0,6
“con complicanze”	23	13,4
“senza complicanze”	125	72,7%
<b>Totale con complicanze</b>	<b>47</b>	<b>27,3%</b>

Fonte: SDO - ARS

Per quanto riguarda la *rosolia* nel periodo esaminato si sono verificati 72 ricoveri (Figura 13) e nei ricoverati si registrano soprattutto casi nelle fasce d'età 15-19anni, 10-14 anni e 25-44 anni. Le complicanze più frequenti registrate sulle SDO sono le meningoencefaliti (6%) (Tabella 5).

**Figura 13. Tasso di ricovero per rosolia. Regione Marche 1997-2010**



\*calcolato sulla popolazione regionale del 2003 per 100000 ab Fonte: SIMI - ARS

**Tabella 5. Complicanze nei ricoverati per rosolia. Marche, 1997-2010.**

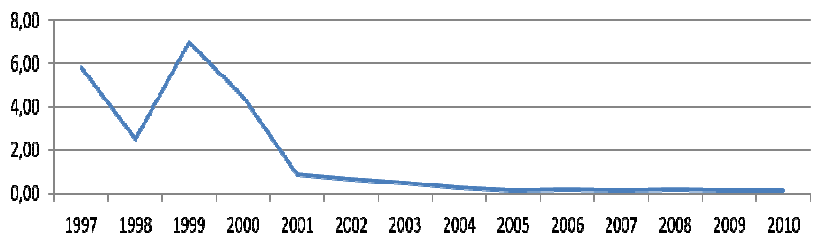
Tot ricoveri n = 72

Complicanze	n°	% complicanze
meningoencefalite	4	5,6%
"complicanze"	12	16,7%
"senza complicanze"	56	77,8%
<b>Totale con complicanze</b>	<b>16</b>	<b>22,2%</b>

Fonte: SDO - ARS

Per la *parotite* nel periodo esaminato si sono verificati 346 ricoveri (Figura 14) e nei ricoverati si registrano soprattutto casi nella fascia pediatrica ma anche in quella 25-44 anni. Le complicanze più frequenti registrate sulle SDO sono le orchiti (13%), le meningiti (10%) e le pancreatiti (11%) (Tabella 6).

**Figura 14. Tasso di ricovero per parotite. Regione Marche 1997-2010**



\*calcolato sulla popolazione regionale del 2003 per 100000 ab Fonte: SIMI – ARS

**Tabella 6. Complicanze nei ricoverati per parotite. Marche, 1997-2010.**

Tot ricoveri n = 346

Tipologia di caso	n°	% complicanze
<b>orchite</b>	46	13,3%
<b>meningite</b>	36	10,4%
<b>encefalite</b>	7	2,0%
<b>pancreatite</b>	39	11,3%
<b>epatite</b>	7	2,0%
<b>"con complicanze"</b>	38	11,0%
<b>"senza complicanze"</b>	173	50,0%
<b>Totale con complicanze</b>	173	50,0%

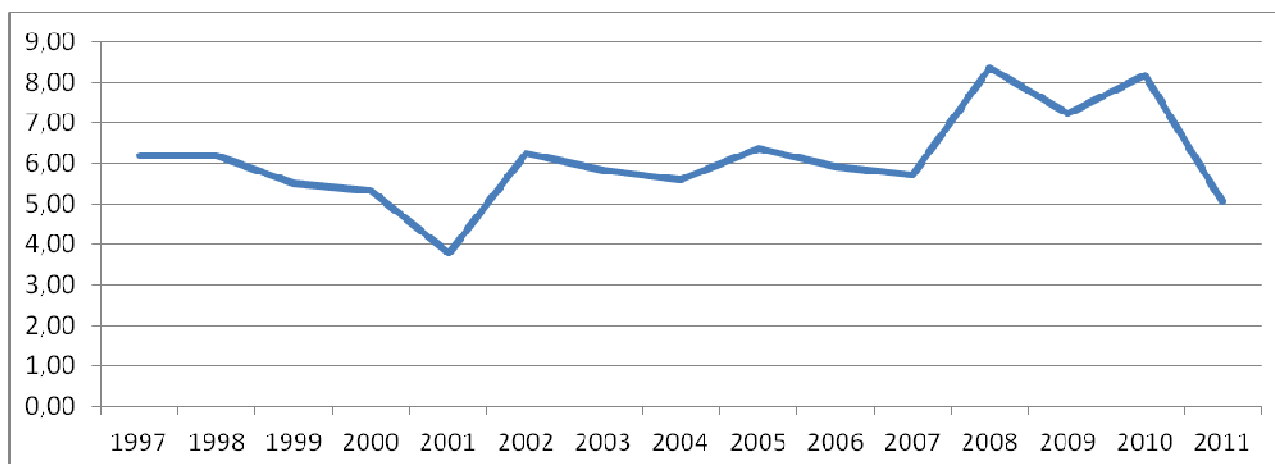
Fonte: SDO - ARS

Un discorso a parte merita la *Tubercolosi*, La fonte dei dati utilizzata per l'aggiornamento epidemiologico relativo alla Regione Marche è rappresentata dal SIMI, cui affluiscono dal 1996 tutte le notifiche di Micobatteriosi (tubercolare e non) secondo quanto previsto dal DM 15 dicembre 1990 e DM 29 luglio 1998.

Dal gennaio 1997 all'agosto 2011 sono stati notificati nella regione 1377 casi di *Micobatteriosi tubercolare*, riportando un tasso grezzo medio di notifica (calcolato sulla popolazione "intermedia" del 2004) di 6,10 casi per 100000 abitanti, inferiore quindi al tasso grezzo medio rilevato sull'intero territorio nazionale (che negli ultimi 25 anni si è dimostrato sostanzialmente stabile sui 7 casi per 100000 abitanti). A iniziare dal 2008, però, si è registrato un significativo incremento dei tassi, che ha rilevato un picco massimo nel 2008 (tasso di 8,37), mantenendosi negli anni successivi costantemente superiore al dato medio regionale (i dati del 2011 sono solo parziali, in quanto riferibili ai casi notificati fino al mese di agosto).

L'andamento del tasso di notifica di tubercolosi nelle Marche è riportato in Figura 15 (calcolato sulla popolazione regionale del 2004 per 100000 abitanti).

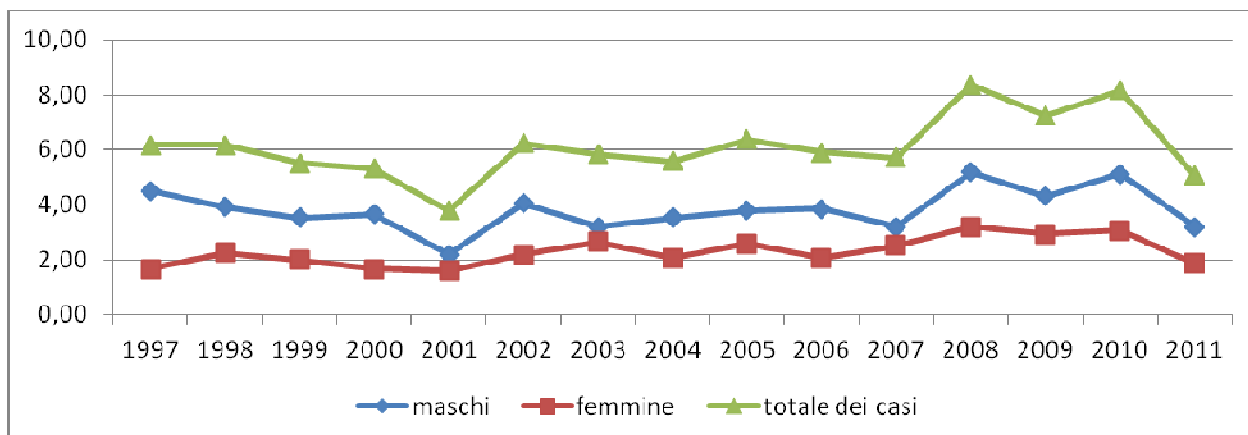
**Fig 15. Andamento del tasso di notifica di TB nelle Marche per 100.000 abitanti (gennaio 1997- agosto 2011)**



In linea con il dato medio nazionale, la percentuale di casi di recidiva registrata dal sistema di notifica è stata del 10,8% dei casi.

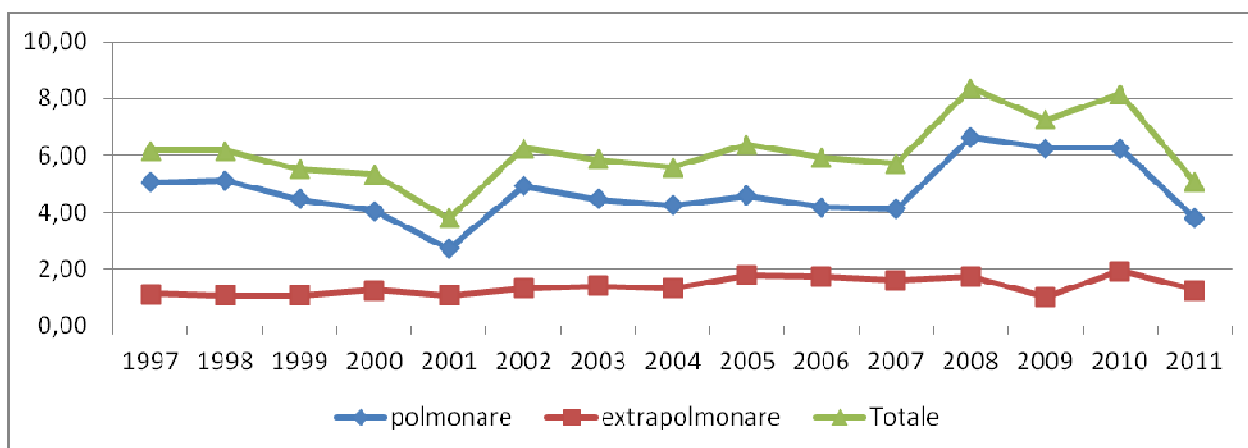
La distribuzione dei casi per sesso ha costantemente dimostrato una netta predilezione per il sesso maschile, che ha presentato un tasso di notifica superiore in tutti gli anni (tasso medio di 3,85 casi nei maschi vs un tasso medio di 2,31 nelle femmine).

**Figura 16: Andamento del tasso di notifica di TB nelle Marche per 100000 abitanti e per sesso (gennaio 1997- agosto 2011)**



Per quanto riguarda la distribuzione dei casi per sede anatomica si è rilevata, in linea con i dati nazionali, una stabile netta prevalenza dei casi polmonari ed una sostanziale stabilità dei tassi intorno al valore medio di 1,4 per 100.000 abitanti dei casi extrapolmonari.

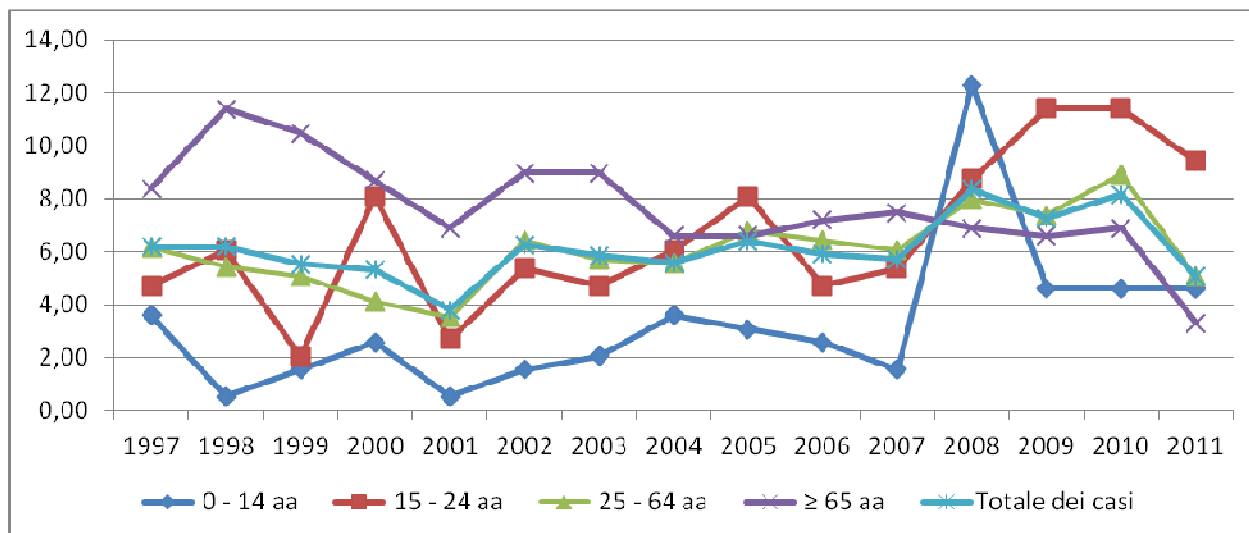
**Figura 16. Andamento del tasso di notifica di TB nelle Marche per 100.000 abitanti per sede anatomica (gennaio 1997 – agosto 2011)**



Dal 1997 al 2007 (con l'eccezione del 2005) la fascia d'età più colpita è rappresentata dagli ultrasessantacinquenni, ma a partire dal 2008 si rileva un progressivo e costante aumento delle fascia d'età intermedie (15- 24 anni e 25 – 64 anni). Nel 2008 si è registrato un picco di incidenza nella fascia d'età pediatrica, ascrivibile ad un focolaio epidemico che ha interessato una scuola nella Zona Territoriale di Fermo.



**Figura 17. Andamento del tasso specifico di notifica di TB nelle Marche per 100000 abitanti per fascia d'età (gennaio 1997 – agosto 2011)**



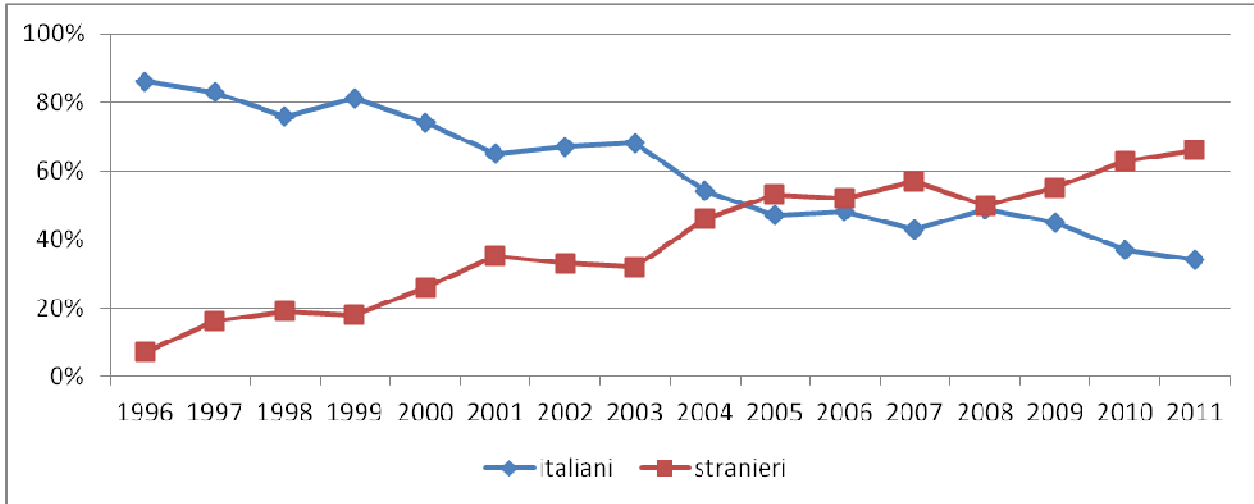
Per quanto riguarda la distribuzione dei casi di TB per nazionalità il 58% dei casi era italiano e il 42% straniero, con una distribuzione per sesso che anche in questo caso prediligeva quello maschile (62% dei casi tra i cittadini stranieri). Di questi, il 35% proveniva da Paesi europei (non CEE), e soprattutto dall'Europa dell'est, il 31% dall'Africa, il 24% dall'Asia e solo un 10% dall'America centro-meridionale.

.Il 73% dei pazienti di nazionalità non italiana aveva un'età compresa tra i 25 e 64 anni, mentre solo un 2,2% aveva più di 65 anni (mentre tra gli italiani questa fascia d'età rappresentava il 47% di tutti i casi).

Dall'analisi dei dati si evidenzia come – nel corso di questi 15 anni – vi sia stato un progressivo e costante aumento dei casi nella popolazione straniera, fino all'inversione del dato percentuale a partire dal 2005, anno a cominciare dal quale il numero di casi notificati nei soggetti stranieri si è mantenuto costantemente più alto rispetto ai pazienti di nazionalità italiana.

I dati che riguardano la distribuzione dei casi nel corso degli anni per nazionalità vengono riportati in percentuale sul totale dei casi, data la difficoltà di calcolare un tasso d'incidenza preciso per la difficoltà di reperire un denominatore adeguato (e realistico).

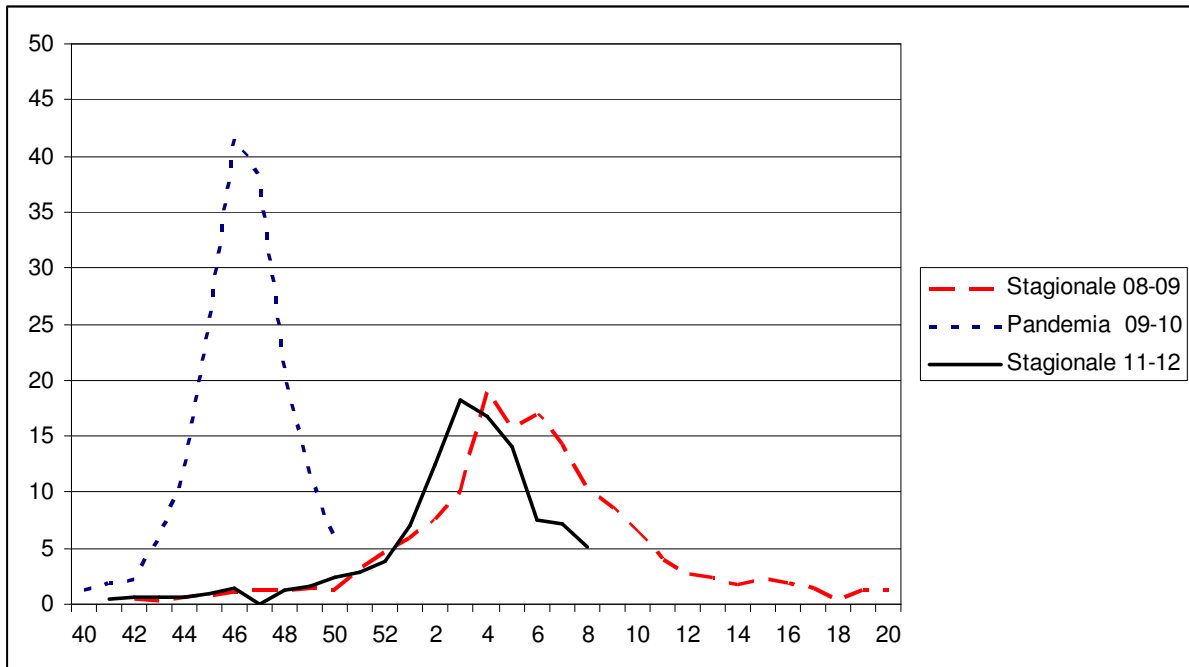
**Figura 18. Distribuzione percentuale dei casi ti TB per nazionalità nelle Marche (gennaio 1997 – agosto 2011)**



L'andamento della Tuberculosis è pressoché costante, con una maggiore frequenza nei soggetti di sesso maschile e negli stranieri residenti.

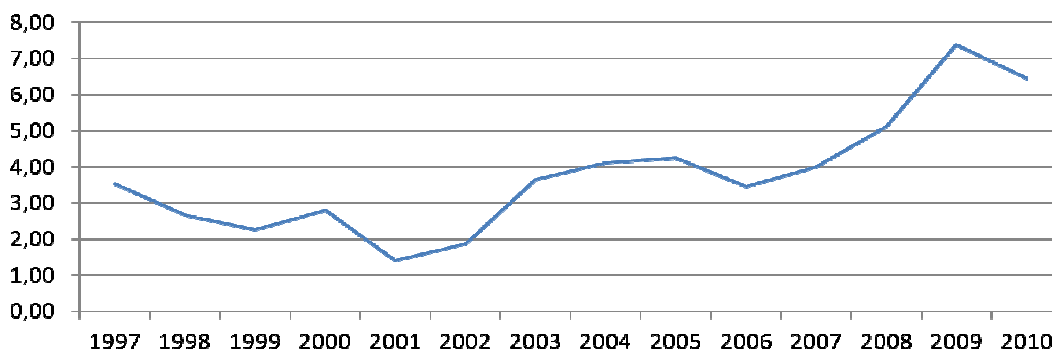
L'*influenza* manifesta un andamento regionale sovrapponibile a quello nazionale; nel periodo 2009-2010 il sistema sanitario si è trovato ad affrontare un problema "eccezionale" quale la pandemia influenzale, che ha provocato un notevole numero di casi ma è risultato un fenomeno contenuto in termini di ospedalizzazione e mortalità. Le curve epidemiche relative alle altre influenze stagionali sono simili a quelle nazionali.

**Figura 19. Curve epidemiche influenzali (Incidenza/100.000). Marche, stagione 2008-2009, pandemia 2009-2010, stagionale 2011-2012.**



Va rilevato che per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le strategie vaccinali adottate in questi anni nella regione Marche hanno permesso di raggiungere la maggior parte delle persone sopra i 65 anni: sulla base dei registri vaccinali infatti la maggioranza delle Aree Vaste è prossima al 75% di copertura in questa fascia di popolazione. Questi rilevanti risultati sono stati ottenuti grazie alla proficua collaborazione dei Medici di Medicina Generale, nei cui ambulatori vengono eseguite le vaccinazioni. I dati *PASSI 2007-2009* mostrano come nelle persone sotto ai 65 anni affette da patologie croniche la copertura stimata risulti invece essere ancora insufficiente rispetto all'obiettivo prefissato: si stima infatti che solo una persona su tre si sia vaccinata in questo sottogruppo a rischio. Un problema da tenere presente, anche in ottica preventiva vaccinale, sono i ricoveri per polmonite pneumococcica, a carico soprattutto degli anziani,

**Figura 20. Tasso\* di ricovero per polmonite pneumococcica nella reg. Marche (1997-2010)**



\*calcolato sulla popolazione regionale del 2003 per 100000 ab

Le **coperture vaccinali** a 24 mesi risultano buone per quanto riguarda le vaccinazioni obbligatorie. La copertura contro morbillo, parotite epidemica e rosolia è notevolmente migliorata, anche rispetto ai dati del rilevamento 2006, sebbene il valore ottenuto non raggiunga lo standard stabilito a livello mondiale. La campagna vaccinale stagionale contro l'influenza, orientata principalmente alla protezione dei soggetti anziani, ha prodotto risultati ancora lontani dagli standard ministeriali. L'indagine ICONA 2008 (Indagine di Copertura vaccinale Nazionale nei bambini e negli adolescenti) ha rilevato le coperture vaccinali relative alla coorte di nascita 2006. In Tabella 7 si riportano le stime di copertura vaccinale a 12 mesi e tra i 12 ed i 24 mesi e relativi IC al 95%. I valori stimati risultano superiori ai valori nazionali e coincidono per quanto riguarda la vaccinazione Hib.

**Tabella 7. Coperture vaccinali % (ed IC 95%) a 12 mesi e tra i 12 ed i 24 mesi. Coorte di nascita 2006.**

vaccinazione	Copertura vaccinale a 12 mesi*	Copertura vaccinale tra i 12 ed i 24 mesi **
Polio	88,0 (83,6-92,5)	98,1 (95,8-100)
DT	88,5 (83,9-93,0)	98,6 (96,4-100)
Pertosse	88,0 (83,1-92,9)	98,1 (95,8-100)
HBV	88,5 (83,9-93,0)	98,6 (96,4-100)
Hib	87,1 (82,2-92,0)	96,2 (93,0-99,3)
MPR/Morbillo		91,0 (86,0-95,9)

\* tre dosi di Polio, DT, Pertosse, HBV, Hib

\*\* tre dosi di Polio, DT, Pertosse, HBV, Hib, una dose di MRP/Morbillo per i bambini di età > 15 mesi  
Rapporti ISTISAN 09/29

Per quanto riguarda il luogo di esecuzione delle vaccinazioni e tipo di vaccino utilizzato, il 100% della vaccinazione MPR/morbillo e il 99% delle altre sono state somministrate presso la ASL. Il 99% dei bambini è stato vaccinato con un vaccino esavalente e il 100% dei bambini sono stati vaccinati contro il morbillo con prodotti trivalenti. Riguardo le motivazioni della mancata o ritardata esecuzione delle vaccinazioni, la presenza di una malattia intercorrente del bambino è il motivo riportato più di frequente per tutte le vaccinazioni.

Le coperture vaccinali risultano così stimate: il 31,6% dei bambini ha ricevuto un ciclo vaccinale completo per pneumococco; di questi, il 12,9% è stato vaccinato con 3 dosi nel primo anno di vita e il 18,7% con una dose nel secondo anno di vita. La copertura vaccinale per meningococco C è pari al 24,9% complessivamente, e al 2,9% e al 22% nel primo e nel secondo anno di vita rispettivamente. La copertura vaccinale per influenza è dell'1,9%, quella per epatite A è dell'1%.

## SALUTE MATERNO-INFANTILE

Per i sistemi sanitari la tutela della salute materno-infantile costituisce un impegno a valenza strategica per le conseguenze che gli interventi di promozione della salute e di cura in tale ambito, hanno sul benessere psico-fisico nell'intera popolazione attuale e futura.

In Italia, in questi anni, si è assistito ad una crescente medicalizzazione della gravidanza e del parto, la cui massima espressione è il parto con taglio cesareo.

### **Parti con Taglio Cesareo (TC)**

I dati sul ricorso a questa modalità di parto in Italia sono noti: l'Italia è passata dall'11% sul totale dei parti del 1980 al 28% del 1996 fino a sfiorare il 38% nel 2008, conquistando il primo posto in Europa.

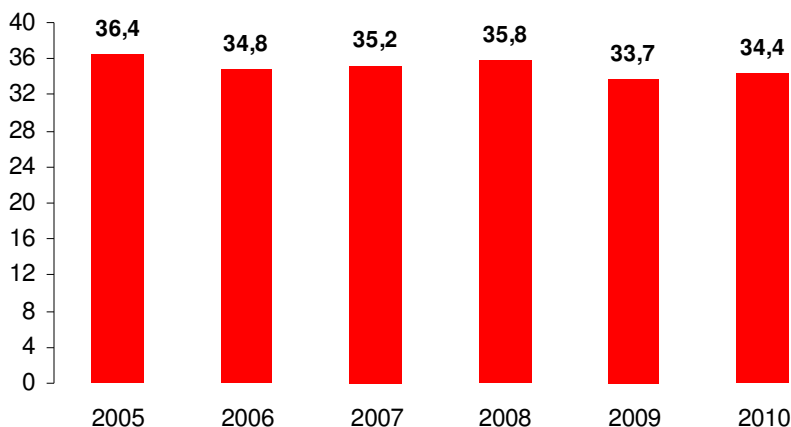
Altrettanto nota è la forte variabilità che si registra tra le diverse Regioni (dal 60% della Campania al 24% del Friuli Venezia Giulia) e tra le diverse tipologie di strutture in cui la donna partorisce (si passa dal 75% nelle case di cura private al 35% degli ospedali pubblici). Una variabilità, che come spesso avviene in sanità, può essere un forte indicatore di non appropriatezza delle pratiche messe in atto dagli operatori sanitari.

Le informazioni, estratte dalla banca dati SDO delle Marche, indicano che nel 2010 nei Punti Nascita del territorio regionale sono avvenuti 14.021 parti con un trend in costante diminuzione dal 2007.

La proporzione dei tagli cesarei è pari al 34,4%, valore ben al di sopra della soglia del 10-15% che, secondo la raccomandazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, pubblicata nel 1985, garantisce il massimo beneficio complessivo per la madre e per il feto.

Nella figura 1 si riporta l'andamento regionale della proporzione dei parti avvenuti con taglio cesareo dal 2005 al 2010.

**Fig. 1 Parti con taglio cesareo (%). Regione Marche, anni 2005-2010**



Fonte: data base SDO regionale

A livello regionale dal 2005 al 2010, si registra un incremento del numero assoluto di parti effettuati con taglio cesareo pari al 39%.

Tra i 17 Punti Nascita della regione è evidente un' elevata variabilità nel ricorso a questa modalità di parto (range: 20,4%-54,7%). Questa variabilità è costante nel tempo.

La banca dati del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) permette di scomporre l'informazione sul taglio cesareo nelle seguenti due tipologie: TC d'elezione e TC in travaglio; queste possono

essere considerate una proxy rispettivamente del TC programmato e del TC urgente<sup>7</sup>. Si fa presente però che nei TC in travaglio sono inclusi anche i TC d'elezione con travaglio anticipato. Nel 2009 (ultimo anno disponibile) il 22,6% di tutti i parti (3.228 parti, pari al 65,1% di tutti i TC) sono stati cesarei d'elezione ed il 12,1% (1.731 parti, pari al 34,9% di tutti i TC) sono stati cesarei in travaglio.

Il ricorso al taglio cesareo d'elezione aumenta con l'aumentare dell'età della donna, mentre la proporzione di cesarei in travaglio è all'incirca stabile in tutte le classi d'età.

La tabella 1 mostra la proporzione dei TC d'elezione od in travaglio effettuati nel biennio 2008-2009, per Area Vasta.

**Tab. Parti cesarei d'elezione ed in travaglio, per Area Vasta (%).  
Regione Marche, anni 2008-2009**

Area Vasta	Cesarei d'elezione		Cesarei in travaglio	
	2008	2009	2008	2009
1	23%	21%	11%	12%
2	25%	24%	13%	14%
3	24%	24%	12%	9%
4	16%	15%	6%	7%
5	18%	21%	9%	12%
<b>Totale Regione</b>	<b>23%</b>	<b>23%</b>	<b>12%</b>	<b>12%</b>

Complessivamente nelle Marche un maggior ricorso al taglio cesareo lo si riscontra con una probabilità statisticamente significativa nelle:

- donne di 35 anni o più rispetto a quelle di 20-34 anni;
- donne con livello d'istruzione medio basso (licenza di scuola media inferiore o meno) rispetto a quelle con diploma di scuola media superiore o laurea.

Nelle donne immigrate invece la probabilità di partorire con questa modalità di parto è di gran lunga minore rispetto alle donne italiane.

Molte e diverse possono essere le cause che hanno determinato negli ultimi anni un aumento della proporzione di donne che partorisce con TC, tra esse:

- il desiderio delle donne di programmare il momento della nascita del proprio figlio unitamente a quello di ridurre l'ansia e la paura del parto e la convinzione della donna (o quella dei loro familiari) che il TC sia privo di rischi. Nella esperienza clinica per esempio è frequente trovarsi di fronte a richieste di partorire attraverso TC da parte di donne che, dopo aver raggiunto una posizione soddisfacente nel lavoro, programmano un figlio in età avanzata. Esse desiderano il TC perché, oltre che poter pianificare il momento del parto in funzione delle loro esigenze, sono convinte di correre "meno rischi" per se stesse e per il nascituro che, nella maggior parte dei casi, costituirà, volutamente, tutta la loro prole (figlio unico);
- la presenza sempre più consistente nelle sale parto di una generazione di medici con una cultura di una medicina difensiva e con minori competenze "ostetriche tradizionali", il timore dei medici e del personale paramedico di essere incolpati di negligenza, imperizia o inosservanza di norme e, talora, anche la pressione psicologica della gestante o dei familiari inducono più facilmente a programmare il parto con TC;
- i fattori sociali e culturali, quali ad esempio l'attuale tendenza a posticipare l'età della prima gravidanza e la cittadinanza. I dati evidenziano, infatti, che la probabilità di partorire con taglio

<sup>7</sup> Il TC si definisce d'elezione quando viene pianificato per fare fronte a situazioni particolari (parto podalico, anomalie dell'inserzione placentare, parto plurimo, macrosomia fetale ecc...) che renderebbero il parto impossibile o pericoloso. In alcuni casi può essere una scelta della donna. Il **parto cesareo d'elezione** in alcuni casi può avvenire **in travaglio** per il "sopraggiungere anticipato del travaglio stesso".

Esiste poi il parto con **TC urgente** (non programmato) effettuato spesso **in travaglio** per anomalie della dilatazione del collo uterino, della meccanica del parto oppure per il sopraggiungere di una sofferenza fetale ed il **TC urgente al di fuori del travaglio** (meno frequente) determinato da alcune condizioni quali ad es. il distacco intempestivo della placenta.

La scheda CeDAP nazionale e regionale contempla la distinzione tra TC d'elezione e TC in travaglio. Questa classificazione, tuttavia non consente di individuare con chiarezza i TC non urgenti d'elezione (TC d'elezione), i TC d'elezione in travaglio e i TC urgenti siano essi in travaglio (frequentissimi) che non in travaglio (meno frequenti).

cesareo aumenta nelle donne di oltre 34 anni e che l'essere immigrata rappresenta un fattore di protezione.

Se è vero che nella pratica clinica ci si trova a dover far fronte a donne che chiedono di partorire con TC è altrettanto noto che in letteratura sono pubblicate indagini campionarie i cui risultati evidenziano chiaramente che la preferenza delle donne è per il parto naturale; ad esempio uno studio condotto nel 2003 in Italia in 23 ospedali di 12 regioni d'Italia, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, ha mostrato che 9 donne su 10 tra quelle che avevano appena partorito spontaneamente e 7 su 10 tra quelle che erano state sottoposte a un taglio cesareo affermavano di prediligere il parto spontaneo a quello cesareo.

Di fronte alla richiesta di TC da parte della donna, in assenza di motivazioni cliniche, c'è la necessità di fornire alla stessa una corretta informazione sui pro ed i contro di questa modalità di parto: a tal proposito il Sistema Nazionale per le Linee Guida, nel gennaio 2010, ha elaborato un documento con l'obiettivo di migliorare la comunicazione tra le donne e gli operatori sanitari e favorire scelte consapevoli e condivise sul parto.

Preziose occasioni di fornire informazioni corrette alla donna sulla gravidanza e sul parto possono essere rappresentate dal colloquio pre-concezionale, che andrebbe incentivato, e dalla prima visita che dovrebbe essere fatta il più presto possibile per una presa in carico precoce della gravida. Inoltre in letteratura vi sono segnalazioni che la partecipazione ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) riduce il rischio di parto con TC; l'offerta dei CAN pertanto andrebbe incentivata (nelle Marche, nel 2001, avevano frequentato un CAN circa un terzo delle partorienti)<sup>8</sup>.

### ***Le nuove nascite***

Nel 2010 il numero dei nuovi nati rilevato dall'ISTAT<sup>9</sup> è pari a 14.085 unità; rispetto al 2009 sono nati 535 bambini in meno; anche nella nostra regione così come a livello nazionale è in atto una fase di calo delle nascite. La lenta, ma continua ripresa della natalità, avviatasi a partire dal 1995, sembra dunque essersi interrotta.

I nati da genitori entrambi stranieri sono in costante aumento, nel 2009 rappresentano il 18,2% del totale dei nati (il dato italiano è pari al 13,6%); quelli nati da almeno un genitore straniero il 24% (18% in Italia) valore questo tre volte superiore corrispondente al dato del 1995 pari all'8,5%.

### **Peso alla nascita**

Dalla fonte regionale del Certificato di Assistenza al parto si possono ricavare alcuni indici dello stato di salute dei nuovi nati. L'ultima annualità disponibile corrisponde all'anno 2009.

Nel 2009 il peso medio alla nascita dei nuovi nati è stato di 3.200 grammi.

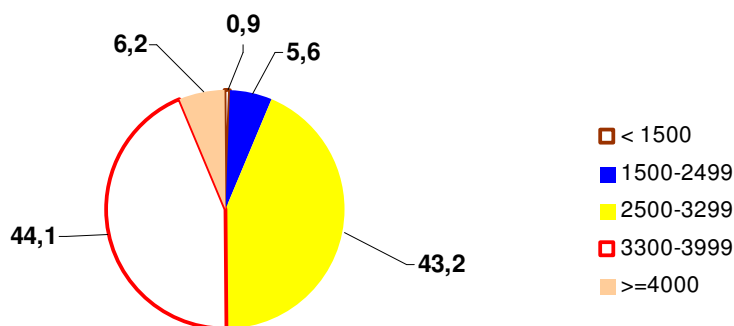
La proporzione di nati vivi di peso inferiore ai 2.500 grammi (nati di basso peso) è del 6.4% (932 neonati); quella dei neonati con peso inferiore ai 1.500 grammi (nati di peso molto basso) è dello 0.9% (124 neonati). La media regionale dei neonati di peso maggiore o uguale ai 4.000 grammi è pari al 6.2% (figura 2). Tali dati sono sovrapponibili a quelli registrati in Italia.

---

<sup>8</sup> Report: "Il percorso nascita nella Regione Marche" [www.ars.marche.it/osservatorio\\_dis/](http://www.ars.marche.it/osservatorio_dis/)

<sup>9</sup> Natalità e fecondità della popolazione residente: caratteristiche e tendenze recenti. Anni 2009-2010. Fonte: ISTAT <http://www.istat.it/it/archivio/38402>

Fig. 2 Nuovi nati per peso alla nascita (%). Regione Marche, anno 2009



Fonte: data-base regionale CeDAP

Il 70% dei neonati di peso inferiore a 1.000 grammi e il 79% di quelli con peso inferiore a 1.500 grammi, sono nati nell'unico punto nascita con terapia intensiva neonatale presente nella Regione Marche (tabella 2).

Tab. 2 Nati per peso alla nascita e Punti Nascita con o senza terapia intensiva neonatale (%). Regione Marche, anno 2009

Punto nascita	Peso alla nascita					
	<1000		tra 1000-1.499		tra 1.500-2499	
	N°	%	N°	%	N°	%
Punto nascita con T.I.N. (Salesi)	46	69,7	46	79,3	280	34,7
Altri Punti Nascita	20	30,3	12	20,7	528	65,3
<b>Totale regione</b>	<b>66</b>	<b>100</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>808</b>	<b>100,0</b>

Complessivamente nelle Marche un maggior riscontro di basso peso alla nascita (bambini nati con peso < a 1.500 grammi) lo si è evidenziato con probabilità statisticamente significative nelle:

- immigrate rispetto a quelle italiane;
- donne di età >= 35 anni rispetto a quelle di età compresa tra 20-34 anni;
- nullipare rispetto alle pluripare.

#### Natimortalità

Nel 2009, dalla banca dati regionale del Certificato di Assistenza al Parto, sono stati registrati complessivamente 38 nati morti; il tasso di natimortalità pari al 2,6 per mille è in diminuzione nel periodo 2004-2009 (tabella 3). In Italia nel 2007 dalla fonte CeDAP si evince un tasso di natimortalità pari a 2,8 per mille.

Tabella 3 Tasso (x 1.000) di natimortalità. Regione Marche, anni 2004-2009.

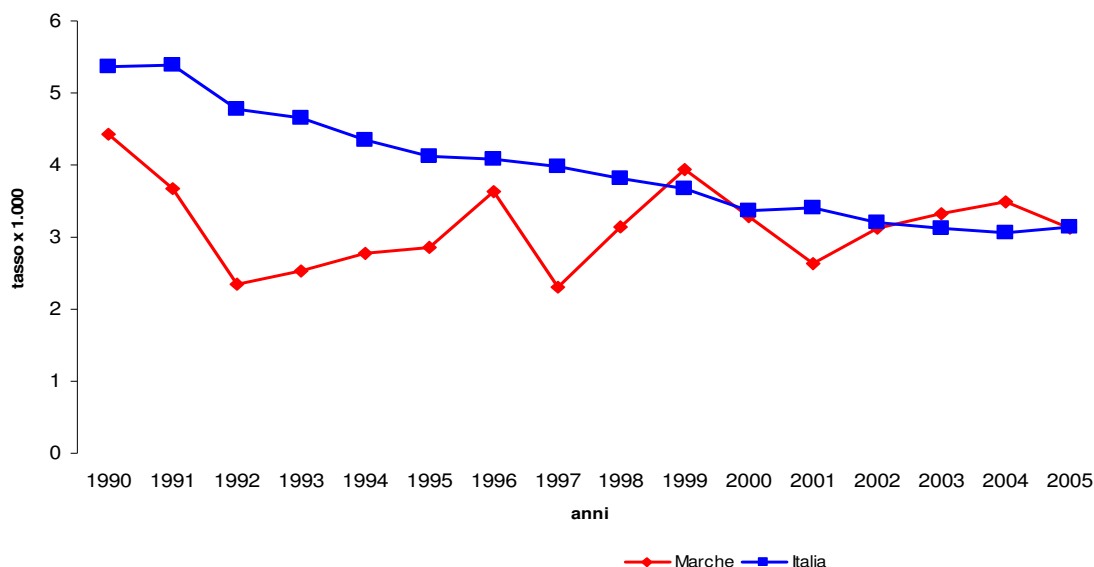
Anno	N° nati-morti	Tot nati	Tasso (x 1.000) di natimortalità
2004	56	12.557	4,5
2005	44	13.157	3,3
2006	45	13.114	3,4
2007	38	13.738	2,8
2008	42	14.508	2,9
2009	38	14.513	2,6

Fonte: banca dati regionale CeDAP



Nella figura 3 si riporta il confronto Marche-Italia del tasso di natimortalità per il periodo 1990-2005 (fonte Istat): è evidente un trend in diminuzione per quanto riguarda i valori italiani ed un andamento irregolare/altalenante per le Marche sostanzialmente dovuto all'esiguità dei casi.

**Fig. 3 Tasso di natimortalità (x 1.000). Confronto Marche-Italia, periodo 1990-2005.**



Fonte: Healt for all, Istat

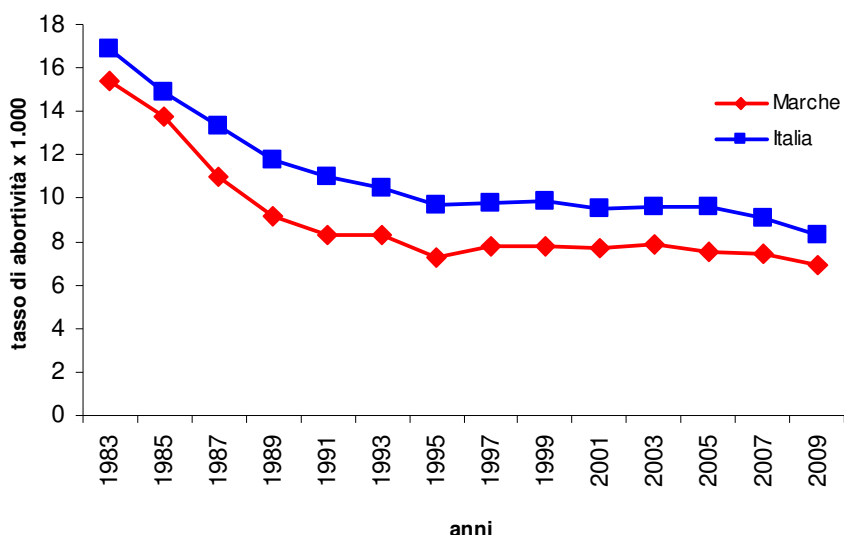
### **Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)**

A partire dagli anni Ottanta, dopo un iniziale aumento del fenomeno delle interruzioni volontarie di gravidanza, dovuto all'emergere dell'aborto clandestino presente in Italia prima della legalizzazione dell'Ivg, si è osservata una riduzione degli interventi da 234.801 nel 1982 a 118.579 nel 2009 (-50,9%) e una sostanziale scomparsa dell'aborto clandestino con conseguente eliminazione della mortalità e morbosità materna a esso associate.

La diminuzione del numero di IVG si è osservata in tutte le Regioni.

Nella figura 4 si riporta il confronto Marche- Italia dell'andamento del tasso di abortività (che rappresenta il numero di interruzioni volontarie di gravidanza ogni 1.000 donne in età feconda tra 15-49 anni) che è ritenuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso dell'IVG .

Fig. 4 Tasso di abortività per 1.000 donne di età 15-49 anni. Confronto Marche-Italia, anni 1983-2009



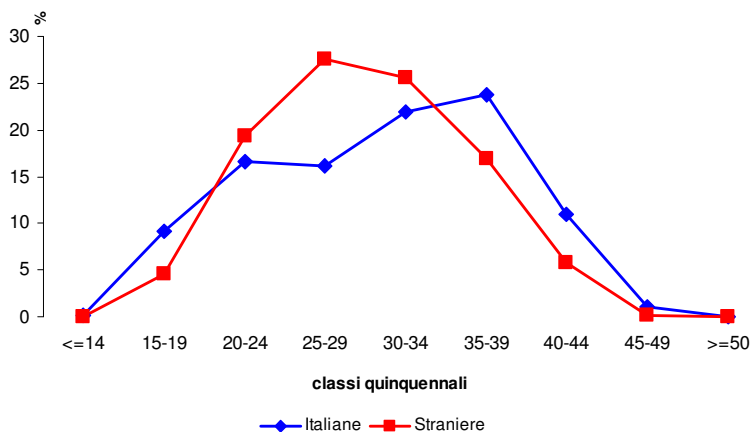
Fonte: Ministero della Salute, relazioni annuali al Parlamento

La serie storica dei dati relativi all'IVG nelle Marche mostra una forte diminuzione degli interventi verificatasi nei 15 anni successivi all'applicazione della legge 194 del 1978 per stabilizzarsi a partire dalla metà degli anni '90.

I dati provvisori pubblicati dall'ISTAT<sup>10</sup> indicano che nel 2010 nelle Marche sono stati effettuati 2.301 IVG con una variazione percentuale di -6% rispetto al 2009 (2.458 interventi), mentre il tasso di abortività è pari al 6,6 per 1.000 donne.

Nel 2009 nelle Marche la maggior frequenza di IVG tra le donne italiane avviene nella classe di età 35-39 anni, mentre tra le straniere in quella 25-29 anni (Fig 5)

Fig. 5 IVG per classi quinquennali di età (%). Regione Marche, anno 2009



Fonte banca dati regionale SDO

<sup>10</sup> Relazione del Ministro della Salute al Parlamento, anno 2011  
<http://www.salute.gov.it/saluteDonna/archivioDocumentiSaluteDonna.jsp?lingua=italiano&id=1585>

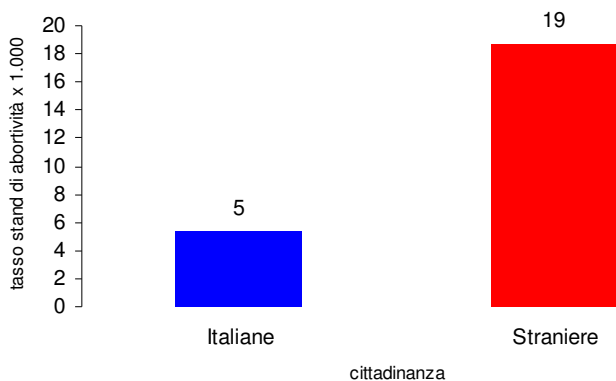
Le caratteristiche dell'evoluzione del fenomeno evidenziano che il ricorso all'aborto non rappresenta una scelta d'elezione, ma una conseguenza estrema in seguito al fallimento e/o all'uso scorretto di metodi per il controllo della fecondità.

Inoltre, la riduzione più rapida registrata tra le donne con titolo di studio elevato, le occupate e le coniugate, dimostra che la legalizzazione dell'Ivg ha favorito una maggiore circolazione di informazioni sulla procreazione responsabile e un aumento relativo delle conoscenze, della consapevolezza e delle competenze delle donne e delle coppie. I professionisti sanitari, primi fra tutti quelli dei consultori familiari, hanno dato un contributo rilevante a questo cambiamento.

Negli ultimi anni, in seguito all'aumento dell'immigrazione nel nostro Paese, specialmente da aree in cui l'aborto è molto frequente, si è osservato un incremento del contributo all'IVG da parte di donne straniere. Nel 2009, nelle Marche circa quattro IVG su dieci hanno riguardato le donne straniere (38%).

In figura 6 è riportato il tasso standardizzato di abortività delle italiane e delle straniere nella nostra Regione.

**Fig. 6 Tasso di abortività volontaria standardizzato (x 1.000). Confronto italiane-straniere, regione Marche, anno 2009**



Fonte: banca dati regionale SDO

Nelle tabelle 4 e 5 vengono riportati i tassi grezzi di abortività volontaria nelle italiane e nelle straniere, per Area Vasta della regione, relativi all'anno 2009.

**Tab. 4 Tasso grezzo (x 1.000) di abortività volontaria, nelle donne italiane, per Area Vasta.**

Regione Marche, anno 2009

AV di res	Tot IVG di italiane residenti	N° italiane residenti di età 15-49 anni	Tasso grezzo di abortività volontaria x 1.000
1	439	87.143	5,0
2	530	109.247	4,9
3	288	69.581	4,1
4	146	36.886	4,0
5	178	51.123	3,5
<b>Totale</b>	<b>1.581</b>	<b>353.980</b>	<b>4,5</b>

**Tab. 5 Tasso grezzo (x 1.000) di abortività volontaria, nelle donne straniere, per Area Vasta.**

Regione Marche, anno 2009

AV di res	Tot IVG di straniere residenti	N° donne straniere residenti di età 15-49 anni	Tasso grezzo di abortività volontaria x 1.000
1	163	11.063	14,7
2	291	13.827	21,0
3	203	10.206	19,9
4	77	4.936	15,6
5	121	4.898	24,7
<b>Totale</b>	<b>855</b>	<b>44.930</b>	<b>19,0</b>

Fonti: per gli interventi di IVG = banca dati regionale SDO

per la popolazione = [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it)

Anche nel caso delle straniere si è rilevato che l'alto ricorso all'aborto dipende principalmente da cattive conoscenze in ambito riproduttivo e dal fallimento o uso scorretto di metodi per il controllo della fecondità, ma anche da condizioni legate allo status di immigrate quali la precarietà del lavoro, le situazioni abitative disagiate ed i problemi economici.

## SICUREZZA STRADALE, DOMESTICA E LAVORATIVA

Di notevole rilevanza sono le tematiche della sicurezza ed in particolare di quella stradale, domestica e quella lavorativa.

Nel 2010 per gli **incidenti stradali** non si conferma il trend in diminuzione osservato negli ultimi anni: gli incidenti risultano 6.728, quindi in incremento, ma la pericolosità si conferma in decremento: anche se aumentano i feriti (9.874), i deceduti risultano 109 (Tabella 1).

Come è noto, gli incidenti stradali rappresentano un problema di sanità pubblica prioritario nel nostro Paese: sono infatti la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni. Gli incidenti stradali più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è attribuibile alla guida sotto l'effetto dell'alcol. A livello preventivo, oltre agli interventi a livello ambientale-strutturale, sono riconosciute come azioni di provata efficacia il controllo della guida sotto l'effetto dell'alcol o di sostanze stupefacenti e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza (casco, cinture e seggiolini). Nella regione Marche la percentuale di intervistati che ha riferito di usare sempre i dispositivi di sicurezza è risultata pari al 96% per l'uso del casco, all'83% per la cintura anteriore di sicurezza, al 18% per l'uso della cintura posteriore (*Passi 2007-2009*). L'8% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente. Se si considerano solo le persone che nell'ultimo mese hanno effettivamente guidato, la percentuale sale al 13%.

L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol sembra essere ugualmente diffusa in tutte le classi di età, mentre è più frequente tra gli uomini rispetto alle donne. Il 9% degli intervistati ha riferito di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto effetto dell'alcol.

**Tabella 1. Numero incidenti, morti e feriti da incidente stradale. Regione Marche anni 2000-2010.**

<u>ANNO</u>	<u>INCIDENTI</u>	<u>MORTI</u>	<u>FERITI</u>
2000	8.587	190	11.919
2001	8.316	228	12.059
2002	8.612	209	12.607
2003	8.405	193	11.921
2004	7.597	185	11.067
2005	7.213	150	10.470
2006	7.577	171	11.193
2007	7.149	147	10.230
2008	6.919	132	9.996
2009	6.617	117	9.624
2010	6.728	109	9.874

Fonti: Istat-Aci, elab. Sistar Regione Marche

Se si considerano gli indici di mortalità, lesività e pericolosità (descritti in Tabella 2), proprio per l'aumento nel 2010 di incidenti e feriti e della diminuzione dei decessi, si osserva: una ulteriore diminuzione dell'indice di mortalità, che conferma il trend in decremento; un aumento dell'indice di lesività, che conferma il trend in aumento negli ultimi quattro anni; una diminuzione dell'indice di pericolosità.

**Tabella 2. Indice di mortalità, indice di lesività, indice pericolosità per incidenti stradali. Regione Marche, anni 2000-2009.**

ANNO	INDICE DI MORTALITA'	INDICE DI LESIVITA'	INDICE DI PERICOLOSITA'
	Numero medio di morti ogni 100 incidenti	Numero medio di feriti ogni 100 incidenti	Numero medio di morti ogni 100 infortunati
2000	2,21	138,80	1,57
2001	2,74	145,01	1,86
2002	2,43	146,39	1,63
2003	2,30	141,83	1,59
2004	2,44	145,68	1,64
2005	2,08	145,15	1,41
2006	2,26	147,72	1,50
2007	2,06	143,10	1,42
2008	1,91	144,47	1,30
2009	1,77	145,44	1,22
2010	1,62	146,76	1,10

Fonti: Istat-Aci, elab. Sistar Regione Marche

Se consideriamo il fenomeno incidenti stradali per ambito provinciale, si nota che gli incidenti nel triennio 2008-2010 tendenzialmente risultano in diminuzione nella province di Pesaro Urbino e Macerata, risultano stabili in quella di Ancona ed incremento per Ascoli Piceno/Fermo ( i dati disaggregati sono rilevati dall'anno 2010) (Tabella 3).

**Tabella 3. Incidenti stradali, morti e feriti per provincia. Marche anni 2008-2010.**

area	2008			2009			2010		
	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti
Marche	6.919	132	9.996	6.617	117	9.624	6.728	109	9.874
<i>Pesaro e Urbino</i>	1.639	32	2.229	1.549	29	2.115	1.490	27	2.070
<i>Ancona</i>	2.183	42	3.253	2.009	35	2.974	2.048	33	3.088
<i>Macerata</i>	1.371	31	2.067	1.308	25	1.948	1.290	23	1.959
<i>Ascoli Piceno</i>	1.726	27	2.447	1.751	28	2.587	1.056	12	1.461
<i>Fermo</i>	-	-	-	-	-	-	844	14	1.296
ITALIA	218.963	4.725	310.745	215.405	4.237	307.258	211.404	4.090	302.735

Fonti: Istat-Aci, elab. Sistar Regione Marche

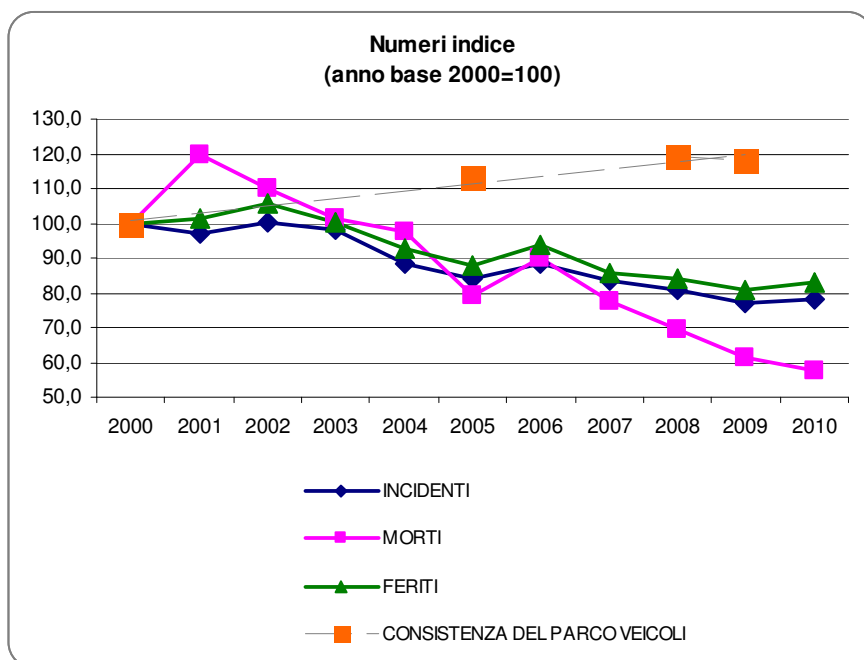
Una ulteriore considerazione può essere fatta considerando gli Indicatori di variazione rispetto all'anno base 2000 (considerato =100) e cioè il Numero indice del numero di incidenti, il Numero indice del numero dei morti, il Numero indice del numero dei feriti, il numero indice della consistenza veicolare (Tabella 4). Come risulta evidente nella Figura 1, a fronte di un aumento del parco veicolare, dall'anno 2000 si osserva un trend in netta diminuzione per quanto riguarda i decessi da incidente stradale. Anche per i numeri indice relativi ad incidenti e feriti il trend è in diminuzione, ma abbastanza stabile negli ultimi anni.

**Tabella 4. Indicatori di variazione: Regione Marche anni 2000-2009 (anno base: 2000= 100)**

ANNO	NUMERO INDICE DEL NUMERO DI INCIDENTI (anno base 2000=100)	NUMERO INDICE DEL NUMERO DEI MORTI (anno base 2000=100)	NUMERO INDICE DEL NUMERO DEI FERITI (anno base 2000=100)	NUMERO INDICE DELLA CONSISTENZA DEL PARCO VEICOLARE (anno base 2000=100)
2000	100,0	100,0	100,0	100,0
2001	96,8	120,0	101,2	
2002	100,3	110,0	105,8	
2003	97,9	101,6	100,0	
2004	88,5	97,4	92,9	
2005	84,0	78,9	87,8	113,1
2006	88,2	90,0	93,9	
2007	83,3	77,4	85,8	
2008	80,6	69,5	83,9	119,1
2009	77,1	61,6	80,5	117,9
2010	78,4	57,4	82,8	nd

Numero indice=(valore anno t / valore anno base)x100  
 Fonti: Istat-Aci, elab. Sistar Regione Marche

**Figura 1. Andamento degli Indicatori di variazione per incidenti stradali. Anni 2000-2010.**



Altro tema di salute rilevante è quello degli **incidenti domestici**. I gruppi di popolazione maggiormente a rischio sono bambini e anziani, in particolare sopra i 75 anni; il principale carico di disabilità da incidente domestico è rappresentato dagli esiti di frattura del femore nell'anziano. I dati del sistema di sorveglianza SINIACA, che nel periodo 2005-2006 è stato attuato in cinque PS regionali, con rilevazione ad hoc per gli incidenti domestici, forniscono alcune indicazioni per focalizzare il problema. Nel biennio considerato sono stati validati 10.750 casi di incidente domestico pervenuti dai cinque PS partecipanti alla rilevazione (i casi con età <1 anno sono stati esclusi). Gli incidenti hanno riguardato nel complesso 5.103 maschi (48%) e 5.647 femmine (52%). Per quanto riguarda le classi di età coinvolte, si evidenziava che il 13% degli incidenti rilevati si è verificato in soggetti con età 1-17 anni; il 17% in soggetti con età 18-34 anni, il 18% nella fascia d'età 35-49 anni, il 26% in quella 50-69 anni, il 26% in soggetti con più di 70 anni. I neonati (< 1 anno), con numerosità peraltro molto contenuta (29 casi), sono stati esclusi in quanto si ritiene opportuna un'analisi specifica, considerando le peculiarità di questa categoria. Per ciò che concerne, il sesso, il 34 % delle femmine ed il 18 % dei maschi risultava di 70 o più anni; va tenuto presente che le femmine anziane sono più numerose, avendo una maggiore aspettativa di vita rispetto ai maschi. Esaminando le modalità e le caratteristiche degli infortuni domestici, per quanto riguarda l'ambiente di accadimento, il 19% dei casi avveniva in cucina, il 14% dei casi in altri locali interni della casa, il 13% in scale/ballatoi, il 10% nella camera da letto, il 9% in garage/cantina e il 9% in giardino. Se correliamo l'ambiente con il sesso dell'infortunato, si notano alcune differenze e, in particolare, le donne si infortunano soprattutto in cucina, mentre gli uomini in garage/cantina. Un altro dato rilevante per quanto riguarda le strategie preventive è quello delle attività svolte al momento dell'accadimento dell'incidente domestico. Nel 26% dei casi questa attività riguardava il lavoro domestico (pulire, cucinare, ecc.), nel 20% il camminare. Rilevante il problema delle cadute negli anziani: nelle donne con 70 anni e più, infatti, in più di 2/3 dei casi gli incidenti occorreano camminando e svolgendo i lavori domestici; sono invece quasi esclusivamente gli uomini adulti coinvolti in infortuni durante attività tipo "fai-da-te". Una delle fasce di età "fragili" è rappresentata dai bambini (in particolare quelli di età compresa tra 1 e 4 anni) nei quali l'attività ludica, necessaria per un corretto ed equilibrato sviluppo fisico e cognitivo, rappresenta tuttavia un fattore di rischio da considerare attentamente in ottica preventiva. Oltre all'ambiente di accadimento ed alle attività svolte al momento dell'incidente, altra informazione rilevante è quella che riguarda la dinamica dell'incidente. In larga parte si tratta di caduta/inciampamento/sdruciolamento (52% dei casi) e, come già rilevato, questa dinamica è soprattutto a carico degli anziani, per la presenza di problemi di vista e mobilità. Si rilevava, dallo Studio Argento già citato, che soltanto nel 10% dei casi vi è una adeguata illuminazione notturna nelle abitazioni degli anziani. Nelle donne di 70 o più anni questa modalità è presente in almeno tre incidenti su quattro ed è di riscontro frequente anche nei bambini. Valori rilevanti anche per l'urto/shiacciamento accidentale (18%) e per la ferita/puntura/penetrazione (16%): queste dinamiche incidentali sono rappresentate soprattutto nei maschi adulti. Molto rilevante il problema delle fratture negli anziani, associate a cadute. In particolare una donna con 70 o più anni su tre coinvolta in un incidente domestico riporta una frattura chiusa. Nella regione Marche la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: il 90% degli intervistati 18/69 anni (*Passi 2007-2009*) ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente.-

Altro argomento importante sono gli **infortuni sul lavoro**. Dagli oltre 32 mila infortuni che venivano denunciati nelle Marche nel 2007, si è giunti a poco più di 25 mila casi nel 2010, esattamente 25.160 (Tabella 5). La forte contrazione del fenomeno, realizzatasi nei tre anni precedenti (nel 2008 risultavano 30.419 e nel 2009 risultano 26.160), ha subito un rallentamento nel 2010: mille in meno rispetto al 2009, una diminuzione del 3,8%. Il dato non è comunque da considerarsi negativo, visto anche che la riduzione media registrata a livello nazionale è dell'1,9%.



Il trend è verosimilmente attribuibile ad una minor incidenza della crisi economica sul mondo del lavoro determinata dalla crescita dei livelli produttivi in molti settori. Non va però trascurato il fatto che sul rallentamento del trend decrementale degli infortuni potrebbe aver influito la minor attenzione alla sicurezza ed il conseguente calo degli investimenti in prevenzione..

Come si rileva dalla tabella 5, in ambito territoriale il maggior decremento si registra nella provincia di Macerata (-5,9%) mentre la provincia che ha visto l'andamento meno positivo è quella di Pesaro-Urbino che ha sostanzialmente mantenuto i livelli del 2009 oltre ad essere stata interessata da un aumento degli infortuni mortali.

Sempre in tema di infortuni mortali, nelle Marche si sono registrati complessivamente sei casi in meno rispetto al 2009, ma con un andamento territoriale molto diversificato: a fronte di una minima variazione in aumento (un caso nell'anconetano), si passa ad una drastica riduzione nella province di Ascoli Piceno e Fermo che, insieme, hanno registrato nel 2010 tre casi a fronte dei 9 dell'anno precedente. Un dato altrettanto positivo si registra nel maceratese che vede dimezzare il numero, mentre nel pesarese si contano tre casi in più. Pur considerato che trattandosi di un numero limitato di casi non sono facili considerazioni epidemiologiche, va comunque rilevato che la positività dei dati esposti è ulteriormente confermata dall'Indice di frequenza relativa infortunistica (il rapporto tra gli eventi lesivi indennizzati, esclusi gli infortuni in itinere, ed il numero di addetti). Nell'ultima elaborazione, che prende in considerazione gli infortuni del triennio 2006 – 2008, le Marche registrano un indice pari a 31,3 infortuni per mille addetti, in calo di due punti rispetto alla precedente elaborazione (33,13 sul triennio 2005 – 2007), migliorando di una posizione la sua collocazione nella corrispondente classifica regionale (dall'ottavo al nono posto).

**Tabella 5. Infortuni sul lavoro denunciati all'INAIL e casi mortali per provincia. Regione Marche, anni 2009-2010.**

PROVINCE E REGIONI	TOTALE INFORTUNI		VAR % 2009/2008	CASI MORTALI	
	2009	2010		2008	2009
ANCONA	9.257	8.828	-4,6	8	9
ASCOLI PICENO		3.283			1
FERMO	5.425	1.927	-4,0	9	2
MACERATA	5.072	4.771	-5,9	8	4
PESARO - URBINO	6.406	6.351	-0,9	7	10
<b>MARCHE</b>	<b>26.160</b>	<b>25.160</b>	<b>-3,8</b>	<b>32</b>	<b>26</b>
				<b>1.053</b>	
<b>ITALIA</b>	<b>790.112</b>	<b>775.374</b>	<b>-1,9</b>		<b>948</b>

Fonte: Rapporto annuale INAIL