

**IL PROFILO  
DI SALUTE  
DELLE MARCHE  
2007**

Agenzia Regionale Sanitaria

Ottobre 2007

## INDICE

### 1. INTRODUZIONE

### 2. LA POPOLAZIONE E IL TERRITORIO

2.1 Il territorio .....	pag.	37
2.2 Caratteristiche socio-demografiche.....	pag.	38
2.3 Fattori socio-economici.....	pag.	46

### 3. I GRANDI INDICATORI DI SALUTE

3.1 Mortalità.....	pag.	67
3.2 Mortalità evitabile.....	pag.	86
3.3 Morbosità generale.....	pag.	93
3.4 Il percorso nascita .....	pag.	98
3.5 Salute materno-infantile.....	pag.	112
3.6 Et� pediatrica e adolescenza (0-17 anni).....	pag.	117
3.7 Il soggetto anziano (>65 anni).....	pag.	129

### 4. I PRINCIPALI GRUPPI DI PATOLOGIE

4.1 Le malattie cardio-cerebro vascolari.....	pag.	151
4.2 I tumori .....	pag.	158
4.3 Gli screening.....	pag.	180
4.4 Le malattie infettive .....	pag.	191
4.5 Altre patologie rilevanti.....	pag.	215

### 5. LA SALUTE NEI SOGGETTI FRAGILI

5.1 Il soggetto con disagio/disturbo psichico e sensoriale.....	pag.	264
5.2 L'anziano non autosufficiente .....	pag.	283
5.3 L'immigrato .....	pag.	296

### 6. LA SICUREZZA COME ELEMENTO DI QUALIT  DELLA VITA

6.1 Incidenti stradali .....	pag.	315
6.2 Incidenti domestici .....	pag.	337
6.3 Sicurezza sul lavoro .....	pag.	356
6.4 Sicurezza nei comportamenti individuali.....	pag.	364
6.5 Sicurezza alimentare e tutela della salute nel consumatore .	pag.	387
6.6 Miglioramento della qualit� ambientale come determinante per la salute .....	pag.	394

# 1

## INTRODUZIONE

Il Profilo di salute di popolazione rappresenta uno strumento importante per definire le problematiche sanitarie della comunità; rappresenta inoltre un utile strumento informativo per la programmazione e quindi per i decisori, che hanno a disposizione elementi utili per orientare le scelte. Considerando che gli obiettivi fondamentali del Sistema Sanitario sono la tutela della popolazione e la promozione della salute, risulta inoltre evidente come la lettura epidemiologica dei fenomeni più rilevanti costituisca uno strumento utile per gli operatori sanitari dei vari ambiti. Da questo punto di vista la componente epidemiologica riveste un ruolo centrale, in quanto individua i problemi prioritari, effettua il monitoraggio dei programmi in corso di attuazione e valuta la loro efficacia. La Relazione sullo stato di salute della popolazione marchigiana, che aggiorna le precedenti edizioni, vuole essere anche uno strumento di lavoro per conoscere nella sua globalità la popolazione, partendo dalle problematiche di salute. Ma è anche un importante contributo rivolto a tutti i cittadini marchigiani, che possono avere un quadro chiaro ed esaustivo della realtà sanitaria in cui vivono.

La relazione è essenzialmente basata sui bisogni della popolazione ed è stata strutturata in modo da focalizzare i grandi temi di salute: l'analisi dei determinanti della salute e dei principali problemi sanitari e la conoscenza delle problematiche dei gruppi più fragili (bambini, anziani e immigrati) intendono fornire un quadro basato sulla realtà locale per offrire spunti di riflessione ed elementi utili al governo del sistema.

I dati rilevati confermano nel complesso la solidità del Servizio Sanitario Regionale e la sua capacità di rispondere efficacemente nei confronti dei bisogni di salute emergenti. I contenuti del Profilo di salute delle Marche hanno fornito un contributo importante alla stesura del nuovo Piano sanitario regionale, costituiscono un prezioso supporto a tutte le attività del sistema sanitario e potranno essere punto di riferimento per i Profili di Zona Territoriale.

In conclusione, va rilevato che la realizzazione di questo rapporto rappresenta un momento di collaborazione di tutti i nodi della Rete Epidemiologica delle Marche, già attiva ed in fase di consolidamento. Il coordinamento è stato effettuato dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale dell'Agenzia Regionale Sanitaria, che concretizza così uno dei suoi mandati, ossia la elaborazione e diffusione delle informazioni sui bisogni di salute della popolazione e sui fattori di rischio per la salute.

Maurizio Belligoni  
*Direttore ARS Marche*

Il nuovo Profilo di salute rappresenta un aggiornamento del precedente rapporto del 2005.

I principali fenomeni sanitari sono descritti attraverso gli indicatori disponibili da varie fonti correnti, altre volte sono desunti da studi specifici condotti per approfondire il settore d'interesse; vengono anche riportate alcune interessanti esperienze epidemiologiche effettuate in ambito regionale. Il presente lavoro si pone come punto di partenza per la realizzazione di un report più sintetico, che potrà avere una cadenza annuale. Quasi tutte le parti del Profilo sono state aggiornate con i più recenti dati disponibili al momento della stesura. Nell'ottica di una nuova progettazione, oltre che l'analisi dei dati è risultata importante la valutazione dei flussi informativi a disposizione a livello regionale, per un piano di miglioramento della loro qualità e di promozione di nuove fonti utilizzabili. Il report è stato realizzato grazie ai contributi di diversi Autori, che si sono occupati di tematiche specifiche e rappresenta anche un prodotto della collaborazione della Rete Epidemiologica delle Marche, che tra i principali obiettivi ha quello di realizzare dei Profili specifici per ogni Zona Territoriale, in modo da avere uno strumento utile per evidenziare ed affrontare tematiche specifiche di piccole aree. Si ringrazia tutti per la preziosa collaborazione, con la convinzione di aver messo le basi per un cambiamento migliorativo dei nostri sistemi.

Fabio Filippetti  
*Coordinatore Osservatorio Epidemiologico Regionale  
ARS Marche*

### **Coordinatori**

Maurizio **Belligoni** – Direttore Agenzia Regionale Sanitaria

Fabio **Filippetti** – Coordinatore Osservatorio Epidemiologico Regionale - Agenzia Regionale Sanitaria

### **La redazione dei testi è stata curata da**

Fabio **Filippetti** – Osservatorio Epidemiologico, ARS Marche

Daniel **Fiacchini**, Daniela **Vincitorio**, Massimiliano **Biondi**, Marco **Fanesi** – Scuola di Specializzazione in Igiene e Sanità pubblica, Università Politecnica delle Marche/Osservatorio Epidemiologico, ARS Marche

### **Autori**<sup>1</sup>

Miriam **Aguiar Matamoros**<sup>1</sup>; Silvia **Antonini**<sup>2</sup>; Remo **Appignanesi**<sup>3</sup>; Massimo **Baffoni**<sup>4</sup>; Marco **Baldini**<sup>5</sup>; Pamela **Barbadoro**<sup>1,6</sup>; Massimiliano **Biondi**<sup>1,6</sup>; Nicola **Blasi**<sup>18</sup>; Massimo **Boemi**<sup>6,8</sup>; Roberto **Calisti**<sup>9</sup>; Antonella **Capozucca**<sup>3</sup>; Enrica **Carducci**<sup>3</sup>; Flavia **Carle**<sup>10</sup>; Patrizia **Carletti**<sup>1</sup>; Valentino **Cherubini**<sup>11</sup>; Susanna **Cimica**<sup>1</sup>; Marcello M. **D'Errico**<sup>12</sup>; Gigliola **Damen**<sup>1,6</sup>; Giovanna V. **De Giacomi**<sup>13</sup>; Lucia **Di Furia**<sup>3</sup>; Lucilla **Dubbini**<sup>1</sup>; Anna **Duranti**<sup>14</sup>; Marco **Fanesi**<sup>1,6</sup>; Maria Soledad **Ferreiro Cotorruello**<sup>1</sup>; Daniel **Fiacchini**<sup>1,6</sup>; Fabio **Filippetti**<sup>1</sup>; Massimo **Frascarello**<sup>1,6</sup>; Paolo **Fumelli**<sup>8</sup>; Giordano **Giostra**<sup>15</sup>; Alessandra **Giustozzi**<sup>1</sup>; Franco **Gregorio**<sup>16</sup>; Marco **Guizzardi**<sup>5</sup>; Dzenana **Hazurovic**<sup>1</sup>; Vincenzo **Landro**<sup>7</sup>; Claudio M. **Maffei**<sup>3</sup>; Cristina **Mancini**<sup>3</sup>; Gabriele **Marconi**<sup>6</sup>; Mauro **Mariottini**<sup>5</sup>; Lucia **Martina**<sup>2</sup>; Paolo **Misericordia**<sup>7</sup>; Rossella **Montini**<sup>6</sup>; Marco **Morbidoni**<sup>4</sup>; Giovanni **Olimpi**<sup>7</sup>; Franco **Pannelli**<sup>17</sup>; Roberto **Papa**<sup>1</sup>; Cristiana **Pascucci**<sup>17</sup>; Rosanna **Passatempo**<sup>4</sup>; Fabio **Romagnoli**<sup>8</sup>; Rosanna **Rossini**<sup>4</sup>; Genesisio **Scaloni**<sup>3</sup>; Matteo **Scaradozzi**<sup>1</sup>; Paolo **Simoni**<sup>18</sup>; Cristiana **Sisti**<sup>19</sup>; Luana **Tantucci**<sup>6</sup>; Giuliano **Tagliavento**<sup>3</sup>; Roberto **Tomarelli**<sup>3</sup>; Giacomo **Vespasiani**<sup>20</sup>; Daniela **Vincitorio**<sup>1,6</sup> Susanna **Vitarelli**<sup>2</sup>.

### **Ringraziamenti**

Elisabetta Benedetti – Regione Marche

Manuela Facinelli - ASUR Marche

Orazio Gabrielli – Presidio Salesi AO Ospedali Riuniti Ancona

Tommaso Lenci - Regione Marche

Alberico Marcobelli – ARS Marche

Elsa Ravaglia – Asur ZT 10, Camerino

<sup>1</sup> ARS Marche; <sup>2</sup> Registro Tumori - Dipartimento Scienze Igienistiche e Ambientali Università degli Studi di Camerino; <sup>3</sup> Servizio Salute – Regione Marche; <sup>4</sup> Rete Epidemiologica Marche (U.O. Epidemiologia Zone Territoriali ASUR); <sup>5</sup> Servizio Epidemiologia Ambientale, Dipartimento ARPAM Ancona; <sup>6</sup> Scuola di Specializzazione in Igiene e Sanità pubblica, Università Politecnica delle Marche; <sup>7</sup> MMG provincia di Ascoli Piceno; <sup>8</sup> U.O. Malattie metaboliche e diabetologia INRCA Ancona; <sup>9</sup> Servizio Prevenzione e Sicurezza Luoghi di Lavoro, ZT 8 Civitanova Marche; <sup>10</sup> Centro Epidemiologia, Biostatistica e Informatica medica, Università Politecnica delle Marche; <sup>11</sup> Dipartimento di Pediatria, Università Politecnica delle Marche; <sup>12</sup> Cattedra di Igiene Università Politecnica delle Marche; <sup>13</sup> Agenzia per Servizi Sanitari Regionali, Roma; <sup>14</sup> Osservatorio Epidemiologico Veterinario, Istituto Zooprofilattico Sperimentale Umbria e Marche; <sup>15</sup> Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione, Zona Territoriale 7, Ancona; <sup>16</sup> Centro di malattie metaboliche e diabetologia, Ospedale "E. Profili", Zona Territoriale 6; <sup>17</sup> Registro Tumori Infantili e Adolescenti/Registro Mesoteliomi - Dipartimento Scienze Igienistiche e Ambientali Università degli Studi di Camerino; <sup>18</sup> U.O. Medicina Ospedale di Fermo, Zona Territoriale 11; <sup>19</sup> Servizio Informatica, Regione Marche; <sup>20</sup> Servizio Diabetologia ZT 12 San Benedetto del Tronto.



# Sintesi dei principali risultati



## LA POPOLAZIONE E IL TERRITORIO

### **Il territorio**

La regione Marche si estende su un territorio di 9.694 Km<sup>2</sup> (3,2% del territorio nazionale) con struttura geomorfologica molto variata. Gli abitanti sono 1.528.809 (al 1/1/2006) distribuiti in 246 Comuni.

### **La popolazione**

Nelle Marche la speranza di vita alla nascita per gli uomini è di 78, 8 anni e per le donne di 84,7 (dati Istat, 2005). Rappresenta dunque il valore più alto tra tutte le regioni italiane (dato medio nazionale: 77,6 maschi e 83,2 femmine). L'indice di vecchiaia (numero di ultrasessantacinquenni/popolazione tra 0 e 14 anni), pari al 172,7%, supera di 32,8 punti percentuale il dato nazionale. Nel 2005, come avviene ormai da 20 anni, il saldo naturale è risultato negativo (pari a -2.111 unità). Nel corso del 2005 si è registrato il più alto numero di nascite degli ultimi 10 anni, così come il più elevato numero di decessi. Attualmente gli ultrasessantacinquenni (più di 327.000) rappresentano il 22,6% della popolazione residente (in Italia 19%). L'Istat prevede che nel 2041 si possano raggiungere e superare le 520.000 unità.

### **Il nucleo familiare**

L'Indagine Multiscopo Istat sulle famiglie (2001-2002) evidenzia che la tipologia familiare prevalente nella regione Marche è quella delle coppie con figli, che costituiscono circa il 59% del totale dei nuclei, mentre quelli senza figli, costituiti sia da coppie di giovani che non hanno figli, sia da coppie di anziani, rappresentano circa un terzo del totale (il 30%) dei nuclei familiari marchigiani. Il restante 11% sono nuclei monogenitore. Le famiglie mono-

componenti (i cosiddetti *single*) e le famiglie monogenitore, cioè quelle costituite da una madre e un padre e uno o più figli di qualsiasi età, sono le tipologie familiari a diffusione crescente.

### **Fattori socio-economici**

Nella regione l'andamento dell'occupazione, nel decennio 1993-2002, è risultato essere positivo, con tassi costantemente superiori a quelli nazionali e delle regioni centrali. Nell'anno 2003 il tasso di occupazione in età lavorativa (15-64 anni) è risultato pari al 63,7%, superando notevolmente il dato nazionale (56%). Nelle Marche il tasso di disoccupazione della popolazione in età lavorativa (15-64 anni) nell'anno 2003, è risultato essere del 3,8%, minore della metà rispetto al dato medio italiano (8,7%). Relativamente al grado di istruzione il 3,1% della popolazione residente di età 6-14 anni nell'anno 2001 non è iscritta alla scuola dell'obbligo, mentre le persone senza titolo di studio o con il solo titolo elementare sono il 39,6%, valore superiore alla media italiana (37,3%). Di rilievo l'incremento della presenza straniera a tutti i livelli scolastici, più che triplicata negli ultimi anni. Dati Istat del 2002 evidenziano che la percentuale di famiglie che hanno una spesa mensile per consumi al di sotto della soglia di povertà (incidenza di povertà) è pari al 4,9%, cioè una famiglia su 20 è povera, mentre le famiglie a forte rischio di povertà rappresentano il 6,2% del totale. Pertanto, le famiglie marchigiane povere o a rischio di povertà sono, complessivamente, l'11,1% (valore inferiore alla media nazionale 19%).

## I GRANDI INDICATORI DI SALUTE

### Attività ospedaliera

Il passaggio obbligato per un processo di riorganizzazione della funzione ospedaliera è rappresentato dal presidiare l'appropriatezza delle prestazioni erogate. Negli ultimi anni sono stati realizzati rilevanti interventi: si è ridotto il numero dei ricoveri e delle giornate di degenza per alcune tipologie di ricovero a rischio di utilizzo inappropriato dell'ospedale. Un elemento critico rispetto alla necessità di garantire un'assistenza ospedaliera uniforme su tutto il territorio regionale è la forte disomogeneità tra le diverse zone territoriali, che si evince valutando i tassi di ospedalizzazione complessivi, il ricorso al ricovero in età pediatrica o il ricorso al ricovero in ambito psichiatrico. Altre significative aree di intervento sono rappresentate dalla rete dei poli ospedalieri chiamati alla riconversione verso nuovi modelli assistenziali (lungodegenze, riabilitazioni, hospice etc.) e dall'integrazione delle strutture di ricovero private nel contesto dell'offerta sanitaria di ciascuna zona. La lettura delle tipologie di patologie /interventi che determinano il ricovero (aggregate per DRG) mostrano il forte impatto di patologie cronico-degenerative (chemioterapie, insufficienza cardiaca, patologie cerebrovascolari, patologia articolare); da segnalare il dato relativo al parto cesareo per elevata cesarizzazione nelle strutture regionali.

### Mortalità generale

L'esame dei dati regionali di mortalità disponibili per gli ultimi anni ha evidenziato un tasso grezzo di mortalità annuale tra i residenti nelle Marche che si attesta attorno all'1% (circa 15.000 deceduti/anno), valore inferiore rispetto alla media nazionale e con tendenza alla progressiva diminuzione. Nell'anno 2003 (16.384 decessi) si è registrato un eccesso di mortalità nel periodo estivo, verosimilmente da collegare alle eccezionali condizioni climatiche osservate in tale periodo.

La mortalità per i tre principali gruppi di patologie (malattie del sistema circolatorio, neoplasie e malattie del sistema respiratorio), che sono le cause di morte più rappresentative dell'età avanzata, presenta tassi pressoché costanti. Correggendo questo ultimo dato per l'invecchiamento progressivo della popolazione si rileva, come tasso standardizzato, una spiccata tendenza alla riduzione della mortalità per cause cardiovascolari ed una riduzione, seppure meno marcata, della mortalità per tumori, più evidente nel sesso maschile.

## Mortalità evitabile

La Mortalità evitabile è un indicatore sentinella che considera l'evento morte quando esso si verifichi nella fascia d'età compresa fra i 5 e i 69 anni e quando esso sia determinato da cause che possono essere attivamente contrastate attraverso politiche sanitarie efficaci. L'indicatore appositamente costruito per classificare Regioni e AUSL sulla scorta del dato di Mortalità evitabile è il numero medio di giorni perduti ogni anno per decessi evitabili (per abitante in età compresa fra i 5 e i 69 anni).

La regione Marche risulta in posizione estremamente favorevole e figura al primo posto per la classifica dei giorni perduti per cause evitabili. Nel confronto fra i trienni in studio emerge un evidente miglioramento generale dell'indicatore. I giorni perduti per mortalità evitabile nelle Marche passano da 10,0 a 9,9, con una riduzione di circa un punto percentuale.

Solo per la causa "traumatismi e avvelenamenti" il dato regionale si presenta in eccesso rispetto al dato medio nazionale (3,59 vs 3,25).

## Il percorso nascita (indagine 2002)

La qualità dell'assistenza prenatale è soddisfacente, perché più del 99% delle gravidanze sono state assistite da un operatore sanitario ed il 95% delle donne ha effettuato un controllo entro il primo trimestre. Il 33% delle donne che effettuano controlli tardivi sono immigrate.

Le donne che hanno partecipato ad un corso di preparazione alla nascita durante l'ultima gravidanza sono complessivamente il 33%, ma solo il 5% delle immigrate frequentano i corsi.

Si riscontra un elevato grado di medicalizzazione della gravidanza, come testimoniato dall'alto numero di ecografie eseguite anche in gravidanze normali ed a basso rischio e dall'elevata percentuale di taglio cesareo (più del 34% e trend in crescita). Il 75% delle donne che riferiscono un decorso regolare della gravidanza ha eseguito 4 o più ecografie, il 25% più di 7. La stragrande maggioranza delle donne manifesta propensione ad allattare. Durante il puerperio è risultata evidente la discontinuità dell'assistenza durante il percorso nascita. Va rilevato che in tutte le fasi assistenziali del percorso nascita vi è un deficit di informazione. In conclusione, occorre recuperare la fisiologia dell'evento nascita, senza negare quei benefici in termini di riduzione della mortalità e morbilità materna e neonatale raggiunti negli ultimi anni.

Uno strumento sicuramente efficace per ottenere tutto questo è costituito dalla partecipazione ai corsi di preparazione alla nascita, che vanno quindi incentivati. Per raggiungere le donne immigrate, sono necessarie strategie mira-

te. La mancanza di continuità assistenziale dopo il parto andrebbe affrontata ridando impulso ai consultoriale.

### **Età pediatrica e adolescenza (0-17 anni)**

I dati regionali relativi alla mortalità infantile (del primo anno di vita) e neonatale (dei primi 28 giorni di vita) rispettivamente di 4,3 e 2,0 per 1000 nati vivi, si presentano di poco inferiori al dato medio nazionale. Il numero totale dei nati nelle Marche è passato da 12564 nel 2001 a 12.994 nel 2005. Sul totale dei nati lo 0,56% è nato con peso molto basso (VLBW); circa l'1% è costituito da neonati gravi pretermine che necessitano di terapia intensiva. Tutta la popolazione neonatale marchigiana è sottoposta a screening per le principali malattie metaboliche congenite (fenilchetonuria, fibrosi cistica, ipotiroidismo congenito), inoltre i tassi di copertura vaccinale risultano fra i più elevati su tutto il territorio nazionale. Per quanto attiene all'adolescenza, i dati ISTAT relativi all'abitudine al fumo mostrano come per la classe d'età 15-24 anni la percentuale di giovani fumatori si attesti al 19,3% per i maschi e al 15,2% per le femmine, con trend in diminuzione e valori inferiori a quelli registrati a livello nazionale. Soprappeso e obesità rappresentano un problema di salute sempre più frequente

### **Gli anziani (>65 anni)**

Nelle Marche gli anziani dall'1981 al 2005, sono continua crescita. Il 62% degli ultrasessantaquattrenni è sposato, 1 anziano su 3 ( il 33%) è vedovo. La vedovanza è una condizione tipicamente femminile, mentre gli uomini possono più frequentemente contare sulla presenza del coniuge. Il 15% degli anziani vive solo e la percentuale di anziani soli nelle Marche è una delle più basse tra le regioni italiane. L'ultrasessantaquattrenne, anche quando presenta deficit funzionali, è ancora aiutato dall'ambiente familiare e dalla rete informale. Tuttavia i profondi cambiamenti, in atto nella struttura familiare, pongono una inevitabile riflessione sulla tenuta di questa tipologia di assistenza: diventa prioritario perciò pensare ad alternative valide. Il 36% degli anziani giudica positivamente il proprio stato di salute, il 48% lo definisce discreto, mentre un 15% lo ritiene cattivo. Più frequentemente sono le donne, le persone che vivono sole e quelle che hanno il titolo di studio più basso a giudicare negativamente le proprie condizioni. Lo stato di salute degli anziani marchigiani è condizionato dalla presenza di malattie cronic-degenerative, spesso presenti in forma di pluripatologia, che influenzano in modo permanente la qualità di vita della persona. Tra le malattie croniche autoriferite quella prevalente è la

patologia a carico dell'apparato osteo-articolare: artrite ed artrosi soprattutto. I problemi osteo-articolari vengono pure segnalati, dai MMG, tra le patologie croniche a rilevante impatto sociale nella popolazione anziana, in particolare nel sesso femminile unitamente alle demenze/psicosi. Nel sesso maschile invece i MMG evidenziano la cardiopatia ischemica e la BPCO. Nelle Marche la popolazione anziana ha determinato circa il 47% delle degenze ospedaliere. Dall'analisi dei ricoveri spicca il peso delle malattie cronico-degenerative. Nelle Marche il 15% di anziani ha problemi di udito, il 16% ha difficoltà visive. Queste disabilità percettive influenzano in maniera rilevante la capacità di relazione dell'individuo e quindi la sua possibilità di integrazione nella vita sociale. I deficit visivi inoltre sono importanti fattori di rischio di caduta. L'evento caduta, non raro nella popolazione ultrasessantatreenne, visto che cade il 27% della popolazione anziana ogni anno, è una spia di una condizione di fragilità delle persone con più di 64 anni. L'approccio corretto delle politiche socio-sanitarie ai problemi legati all'anzianità è allora quello complessivo di Promozione della Salute del soggetto anziano, attuata con azioni mirate alla: prevenzione del decadimento psico-fisico; cura delle patologie; recupero (quando possibile) e mantenimento dell'autonomia.

## I PRINCIPALI GRUPPI DI PATOLOGIE

### Le malattie cardio e cerebrovascolari

Il numero complessivo di ricoveri di residenti nella Regione Marche per “Malattie ischemiche del cuore” è stato di 7.452 nel 2001, 6.863 nel 2002 e 5.869 nel 2003; il tasso standardizzato di ospedalizzazione (SHR) per malattie ischemiche del cuore nelle quattro province mostra una riduzione dei ricoveri in tutto il territorio regionale. I dati relativi ai ricoveri per l'Infarto acuto del miocardio manifestano invece un trend in aumento. Nelle Marche è stato istituito il Registro delle Sindromi Coronariche Acute, utile per il monitoraggio dell'applicazione del “Profilo di assistenza per l'infarto miocardico” su tutto il territorio regionale e per valutare l'efficacia e la qualità degli interventi stessi. Per quanto riguarda le patologie cerebrovascolari, il numero di ricoveri risulta piuttosto stabile (9.522 nel 2003).

### I Tumori

Utilizzando le fonti epidemiologiche disponibili (Registro Tumori di popolazione della provincia di Macerata, Registro regionale tumori infantili e degli adolescenti, Registro regionale mesoteliomi, dati di mortalità ISTAT), che per le tecniche di registrazione rilevano l'incidenza riferita ad alcuni anni prima, è stato stimato che nella nostra regione, per l'anno 2005 era atteso un numero complessivo di 8.729 nuovi casi di tumore (4.896 maschi e 3.833 femmine) a fronte di un numero medio annuo di 4.234 casi di decesso per cancro (2.479 maschi e 1.756 femmine: fonte ISTAT, 2000-2001).

I tumori più frequenti (escluse le neoplasie non melanocitarie delle pelle che rappresentano il 19% del totale dei casi) sono: nei maschi la prostata (16%), il polmone (11%), la vescica (11%), lo stomaco (9%) ed il colon (9%); nelle femmine, la mammella (21%), il colon (11%), lo stomaco (7%), il corpo dell'utero (4%) e il polmone (3%). Secondo i dati registrati in provincia di Macerata (1991-'92/1999-2000), per i maschi, risulta in aumento l'incidenza dei tumori della prostata, dei linfomi non Hodgkin, della vescica, mentre sono in diminuzione i linfomi di Hodgkin, i tumori del polmone e dello stomaco. Nelle femmine risultano in crescita i tumori della vescica, del polmone, della cervice uterina, i linfomi di Hodgkin e del colon-retto, mentre sono in diminuzione le leucemie, i tumori del corpo dell'utero e quelli dell'ovaio.

## Gli screening

La Regione Marche fin dal 1994 ha promosso in tutte le allora Aziende Sanitarie Locali la campagna di screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero e della mammella denominata "Benessere Donna". Nel triennio 2004-2006 le invitate allo screening citologico (età target 25-64 anni) sono state circa 452.000. La proporzione delle donne aderenti allo screening tra quelle che sono state invitate, nelle Marche nel 2006 è pari al 36,2%; il dato italiano ultimo disponibile riguarda l'anno 2005 e corrisponde al 36,9%. Per quanto riguarda la mammografia (età target 50-69 anni), nelle Marche nel biennio 2005-2006 sono stati effettuati 122.793 inviti. La proporzione delle donne aderenti allo screening tra quelle che sono state invitate, nelle Marche nel 2006 è pari al 59,3%; il dato italiano ultimo disponibile riguarda l'anno 2005 e corrisponde al 57,6%.

Nella regione lo screening dei tumori del colon-retto è stato attivato in via sperimentale su tre Comuni della ZT di Fano, individuata come ZT "pilota". La campagna di prevenzione è rivolta a soggetti di età compresa tra 50 e 69 anni e consiste nell'offerta attiva della ricerca del sangue occulto nelle feci; i soggetti positivi a questo test di screening vengono avviati all'esame di approfondimento diagnostico: la pancoloscopia.

## Le malattie infettive

Un elevato numero di casi di epatite B (34 casi nel 2006) continua ad essere rilevato nella Regione, ma il trend risulta in diminuzione. I dati del sistema di sorveglianza indicano che il principale fattore di rischio associato ai casi di epatite B è l'uso di droghe per via endovenosa. L'andamento della tubercolosi nelle Marche mostra un leggero aumento, così si passa dai 99 casi notificati nel 2002, ai 135 del 2005 ed ai 110 nel 2006. Nei cittadini stranieri il trend risulta in diminuzione, mentre per le fasce d'età il trend risulta in aumento nella fascia 25-64 anni.

Morbillo: dopo le epidemie del 1997 e del 2002-2003, anche nella regione è stata avviata la campagna straordinaria di vaccinazione, con l'obiettivo di arrivare all'eradicazione della malattia.

Influenza: ha un andamento regionale sovrapponibile a quello nazionale. La popolazione anziana non risulta tra le più colpite grazie alla copertura vaccinale che, nelle Marche, supera ormai il 70% dei soggetti di età superiore ai 64 anni.

Tetano: continua ad essere presente nella Regione tutti gli anni (7 casi nel 2000, 4 casi nel 2001, 8 casi nel 2002, 11 casi nel 2003, 5 casi nel 2004, 5 nel

2005 e 8 nel 2006). La malattia resta a carico delle fasce di età più avanzate che non risultano vaccinate.

AIDS: l'andamento della malattia rispecchia quello dell'Italia. Negli ultimi anni l'incidenza sembra tendere ad un livellamento sui 40 nuovi casi annui anche se questo va verificato in futuro.

## **Il Diabete**

Per il diabete mellito di tipo 1 sono disponibili i dati del Registro di Incidenza (RIDI) attivo dal 1990. Per quanto riguarda la diffusione di tale patologia nella popolazione infantile (0 - 14 anni di età), la Regione Marche si colloca tra le aree ad incidenza intermedia.

Lo studio Q.U.A.D.R.I. (Qualità dell'Assistenza alle persone Diabetiche nelle Regioni Italiane), ha permesso di avere una prima fotografia della qualità e modalità dell'assistenza erogata al paziente diabetico. La principale "figura" assistenziale per i problemi del diabetico, nella nostra Regione, è il Centro diabetologico, con la maggior parte dei pazienti intervistati (68%) seguiti più da vicino da questa struttura. Il livello di consapevolezza dei pazienti sui corretti stili di vita è complessivamente buono, mentre si evidenzia una difficoltà nel modificare alcuni comportamenti, come ad esempio un'alimentazione non controllata e l'abitudine a non svolgere una corretta attività fisica. Dal 2002 è attivo nella Regione il progetto speciale del Ministero della Salute "Applicazione e valutazione di un nuovo modello di assistenza per i pazienti diabetici nella Regione Marche".

## **L' Insufficienza renale cronica**

L'insufficienza renale cronica (IRC) è una malattia cronica, evolutiva, che può essere trattata con terapie "sostitutive" quali la dialisi ed il trapianto renale. La prevalenza di tale patologia nella regione Marche è dello 0,44%, per cui si stima che il numero di pazienti affetti da IRC sia di almeno 6.500, di cui circa 5.000 sarebbero pazienti con IRC non in dialisi. Tale prevalenza è simile a quella stimata da indagini puntuali condotte in altre regioni.

Nella regione Marche, al 31 dicembre 2003, i pazienti con IRC in trattamento sostitutivo (dialisi e trapianto) erano 1.546. La dialisi extracorporea è il tipo di terapia sostitutiva più diffuso (60 %), seguita dal trapianto renale (28,5 %) e dalla dialisi peritoneale (11,5%).

Dal 1996 vi è stato un incremento progressivo della prevalenza dei pazienti in dialisi dovuto principalmente alla estensione del trattamento dialitico a tipologie di pazienti non trattati in precedenza.

Anche l'incidenza (nuovi pazienti) in dialisi nella regione Marche è in aumento. Per quanto riguarda il trapianto renale, nel periodo 1996-2003, si è verificato un incremento della prevalenza delle persone portatrici di trapianto; tale aumento è sostanzialmente dovuto all'aumento della sopravvivenza di questi pazienti. Nel 2003 sono stati sottoposti a trapianto renale 40 pazienti marchigiani. I pazienti dializzati in lista di attesa per trapianto renale erano, al 31 dicembre 2003, 100, pari al 9% dei pazienti in dialisi. L'ARS Marche ha realizzato il "Profilo di assistenza per il paziente uremico cronico".

### **Le malattie respiratorie**

Le malattie respiratorie costituiscono la terza causa di morte nelle Marche così come nelle restanti regioni e in Italia, dopo le patologie del sistema circolatorio e quelle neoplastiche. Nell'ambito delle malattie respiratorie le Bronco Pneumopatie Cronico-Ostruttive (BPCO) hanno il maggior peso in termini di mortalità, seguite da polmonite e influenza, alle quali va attribuito l'incremento generale di mortalità per malattie respiratorie registrato negli ultimi anni.

La broncopatia cronica (bronchite cronica ostruttiva, enfisema, asma), da un'indagine condotta dall'ARS attraverso i medici MG nel 2004 risulta con una prevalenza pari al 2,5%. Tale prevalenza raggiunge il 10% negli ultrasessantatrenni.

Anche per quanto riguarda l'ospedalizzazione le BPCO risultano patologie a prevalente impatto sulla popolazione anziana. L'Influenza risulta una patologia a basso tasso di ospedalizzazione, mentre le polmoniti, che rappresentano una classica complicazione della patologia influenzale, risultano essere le patologie respiratorie caratterizzate dal più alto tasso di ricovero registrato nel triennio sul territorio regionale.

## LA SALUTE NEI SOGGETTI FRAGILI

### Il soggetto con disagio/disturbo psichico

Sulla base dei dati forniti dai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) si può stimare come nelle Marche vengano seguiti circa 30.000 pazienti. Per quanto riguarda la codifica di una diagnosi, possiamo evidenziare come le nevrosi depressive (28,4%) e le psicosi schizofreniche (27,9%) siano le patologie più frequenti.

La depressione è la principale causa del carico di malattia nelle donne di età compresa tra i 15 ed i 44 anni. Il ricovero ospedaliero si è reso necessario per 223 persone su 100.000 abitanti (anno 2003). L'aggregato di diagnosi principale più frequente nei soggetti ricoverati è stato quello dei disturbi affettivi (depressione, disturbi dell'umore) seguito da disturbi d'ansia, dissociativi e della personalità e da psicosi schizofrenica. La mortalità per suicidio ed autolesione è diminuita nel corso degli ultimi anni. Il suicidio continua ad essere un fenomeno di gran lunga più rilevante nei soggetti di sesso maschile, mentre l'opposto si verifica per i tentativi di suicidio. I Disturbi della Condotta Alimentare (DCA): Anoressia, Bulimia, Binge Eating risultano in progressivo aumento nella fascia di età adolescenziale e giovanile.

### Salute e disabilità

La condizione di disabilità consiste, secondo la definizione dell'OMS (*Organizzazione Mondiale della Sanità*), nella "riduzione o perdita di capacità funzionale o dell'attività conseguente ad una menomazione", di tipo anatomico, psicologico o fisiologico. La disabilità può condurre all'*handicap* cioè ad una condizione di svantaggio sociale ed ambientale delle persone disabili. Il 13% delle famiglie marchigiane convive quotidianamente con la disabilità ed il 7,4% con una disabilità grave. Su 1000 marchigiani, 56 dichiarano di essere affetti da disabilità. Nella nostra Regione l'attenzione nei confronti dell'*handicap* si è mantenuta sempre ad un livello alto e la Regione Marche ha dato vita alla Legge n° 18/96 "Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore delle persone handicappate"

### L'anziano non autosufficiente

Le demenze (Alzheimer, demenza vascolare e altre forme più rare) rappresentano condizioni patologiche estremamente invalidanti e sempre più frequenti nella popolazione, considerato il progressivo invecchiamento della stessa.

Sono state analizzate, dal 1/4 al 30/6 2004, 21 RSA e 92 Case di Riposo per un totale di 113 strutture. Sono complessivamente 5.160 gli ospiti in tali residenze, di cui 637 con età 65-74 anni (12,4%), 4094 con età maggiore di 74 anni (79,3%). L'età media degli ospiti è stata di 81,3 anni.

Complessivamente il 63,9% dei soggetti ospitati nelle residenze valutate è parzialmente o completamente non autosufficiente negli spostamenti; analizzando la prevalenza delle malattie ad alto carico assistenziale individuate dallo strumento RUG (un Sistema di classificazione dei pazienti in gruppi a differente assorbimento di risorse assistenziali) le patologie di più frequente riscontro negli ospiti osservati sono rappresentate da: diabete mellito, emiplegia/te-traplegia, afasia, patologie neurologiche centrali, decadimento dello stato nutrizionale, neoplasie.

Per quanto riguarda l'Assistenza Domiciliare, nell'anno 2003 nei 33 Distretti della Regione Marche sono stati assistiti a domicilio 44.238 pazienti di tutte le età, pari ad un tasso di *30,1* pazienti *per 1000* abitanti .

Il 91% dei pazienti in cura domiciliare ha un'età superiore ai 65 anni. Le patologie più frequenti nei pazienti assistiti sono quelle a carico dell'apparato cardiovascolare, del sistema nervoso e del sistema muscolo-scheletrico. I pazienti oncologici in terapia del dolore rappresentano spesso una fetta importante di assistiti. Da notare come, contestualmente ad altre patologie, il 14% dei soggetti in cura domiciliare presenti anche lesioni da decubito (2.964 pazienti).

## **L'immigrato**

Nelle Marche, al pari delle altre regioni italiane, si è verificato un costante e progressivo incremento della presenza di immigrati. Questi, nel decennio 1992-2002, si sono in pratica quadruplicati. Al 31.12.2002 gli immigrati provenienti dai paesi a forte pressione migratoria rappresentano il 3% della popolazione residente nelle Marche (2,5% in Italia); le donne sono il 48%. Il 50 % degli immigrati proviene dall'Europa centro-Orientale (Est Europa, Albania, Ex Jugoslavia. Nell'anno 2002, 8.292 immigrati (il 10% STP) hanno fatto ricorso al ricovero ospedaliero, per un totale di 10.734 ricoveri (pari al 3,4% di tutti i ricoveri nelle strutture sanitarie della regione). Le degenze in ospedale delle persone provenienti dall'Africa settentrionale, dall'Albania e dall'Est-Europa rappresentano il 53% di tutti i ricoveri effettuati dagli stranieri. Complessivamente nel 70% dei casi è la popolazione femminile a ricoverarsi soprattutto per motivi ostetrico-ginecologici. Ciò fornisce delle riflessioni su quali strategie culturalmente pertinenti debbano essere adottate allo scopo di

migliorare l'offerta assistenziale (ad es. materiale informativo, mediazione interculturale).

Tra le straniere non comunitarie le cause ostetriche di ricovero prevalgono nettamente sulle cause ginecologiche: ciò in relazione alla più giovane età ed al maggior numero di gravidanze. I parti delle donne straniere rappresentano il 14,5% del totale dei parti nella regione Marche: un valore in costante aumento negli ultimi anni. Il tasso di abortività spontanea per le donne straniere STP si mantiene nel corso degli anni costantemente elevato, mentre si assiste a una riduzione di quello delle donne straniere residenti. Le interruzioni volontarie della gravidanza (IVG) delle donne straniere rappresentano, nel 2002, il 27,8% delle IVG effettuate nelle strutture sanitarie della regione Marche e tale percentuale nelle Marche come in Italia è in aumento. I problemi più frequenti che conducono all'ospedalizzazione la popolazione immigrata maschile sono, invece, la patologia gastroenterica non infettiva (ulcera gastroduodenale, esofagite, gastrite), da ricondursi a condizioni di stress e cattiva alimentazione e le patologie osteoarticolari, quasi esclusivamente di origine traumatica, evidenziando la mancata tutela della popolazione immigrata negli ambienti di lavoro. In accordo con i dati nazionali ed internazionali, nell'insieme lo studio sullo stato di salute degli immigrati nella regione Marche suggerisce, anche per la nostra regione, l'urgenza di intraprendere iniziative specifiche, attive e culturalmente pertinenti per promuovere la salute sessuale delle immigrate, comprese quelle per aumentare l'accesso ai servizi di base ed azioni per migliorare le condizioni abitative e lavorative degli immigrati come strategia fondamentale per migliorarne l'inclusione sociale e, quindi, le condizioni di salute.

## LA SICUREZZA COME ELEMENTO DI QUALITÀ DELLA VITA

### Sicurezza stradale

Nel 2005 gli incidenti stradali verificatisi nelle Marche sono stati 6.838, in leggera diminuzione rispetto al 2004 (7.556) e al 2005 (7.363). Poco più dei 2/3 degli incidenti stradali si è verificata su strade urbane e il 5% sull'autostrada. Analizzando i dati riportando il numero di incidenti, morti e feriti per i km delle diverse tipologie di strade presenti nelle Marche, si riscontra che sono l'autostrada e le strade statali le più pericolose come numero di eventi per 100 km. Il rapporto di gravità (N° di deceduti per 100 feriti) e il rapporto di mortalità (N° di deceduti per 100 incidenti) più elevato nelle Marche è relativo all'autostrada, mentre in Italia al primo posto si trovano le strade provinciali. Il rapporto di lesività (N° di feriti per 100 incidenti) più elevato nelle Marche è relativo alle strade statali mentre in Italia al primo posto c'è la rete autostradale. I 7.556 incidenti stradali che si sono verificati nelle Marche nel 2004 hanno provocato 11.030 feriti e 183 morti.

Un ferito su 4 e un morto su 5 appartiene alla fascia di età 15-24 anni. Relativamente ai decessi in questa fascia di età il 39% è vittima dell'incidente in quanto persona trasportata. La più alta percentuale di vittime più che artefici di incidenti (pedoni e trasportati) è relativa alle persone anziane (44% del totale).

I dati relativi alla regione Marche mostrano una maggiore adesione alle norme sull'uso dei dispositivi di sicurezza rispetto all'Italia e al complesso delle regioni centrali.

Per quanto riguarda l'utilizzo dei mezzi di protezione, i dati relativi allo studio PASSI, basato su un'intervista telefonica, evidenziano che l'82% degli intervistati dichiara di usare sempre le cinture di sicurezza, mentre solo il 17% la utilizza nei sedili posteriori; Il 95% dichiara di utilizzare correttamente il casco quando va in moto o in motorino.

### Sicurezza domestica

Si stima che nella Regione Marche, ogni anno, circa 88.000 persone subiscano un incidente domestico (Istat, 1999). Le categorie più colpite sono coloro che passano più tempo in casa, ossia donne, bambini e anziani. L'incidente più frequente nei due sessi e nelle varie fasce d'età è la caduta, mediamente

il 50% dei casi, con punte nei bambini (60-70%) e negli anziani (70-80%). A livello regionale è stata avviata la sperimentazione del Progetto SINIACA in cinque PS, e dall'analisi preliminare dei dati dell'anno 2006 si evidenzia che un incidente domestico su 4 coinvolge gli ultrasessantenni, che tra gli ambienti più a rischio figurano la cucina e le scale, che in larga parte la dinamica dell'incidente riguarda la caduta/inciampamento, che rappresenta un problema rilevante per gli anziani. Di rilievo anche gli incidenti che occorrono durante i lavori domestici (cucina, garage, uso del fai-da-te).

### **Sicurezza sul lavoro**

La distribuzione territoriale delle *malattie professionali denunciate* negli anni 2000-2004 vede la provincia di Pesaro e Urbino come la più rappresentata (38 %) ; un notevole impulso alle denunce è dato certamente anche dalla maggiore attenzione al problema, oltre che alla presenza di rischi lavorativi diversi. All'interno dei territori si nota infatti una disomogeneità tra Zone territoriali. Molte delle malattie professionali non sono tabellate tanto che solo il 30% può esser fatto risalire a nosologie di legge; tra queste spiccano ancora le ipoacusie seguite a distanza dalle malattie cutanee. Per quanto riguarda le *Malattie professionali definite* dall'INAIL negli anni 2000-2004 hanno avuto riscontro positivo nella misura del 38% dei casi.

Per quanto riguarda le categorie, circa il 10% afferisce alla categoria *muratore*.

Se consideriamo gli *Infortuni Denunciati* negli anni 2000-2004 il settore 'costruzione mezzi di trasporto', ha il più alto tasso d'incidenza. Analizzando gli infortuni mortali, si può notare che il settore più colpito è quello delle 'costruzioni', seguito dai 'trasporti' e dalle 'industrie dei metalli'.

Per gli *Infortuni Definiti* negli anni 2000-2004, l'incidenza media regionale varia dal 55,8‰ (anno 2000) al 47,2‰ (anno 2004).

L'incidenza più elevata è nel settore 'costruzione mezzi di trasporto', seguito dalla 'industria della trasformazione', dalle 'costruzioni' e dalla 'industria dei metalli'.

Tra gli infortuni mortali denunciati e definiti nel triennio, il settore più colpito è quello delle 'costruzioni' seguito dai 'trasporti'. Una quota notevole è rappresentata dagli incidenti 'alla guida' e gli investimenti 'da mezzi di trasporto'. Nelle Marche per gli anni 2000- 2004 si registra un trend in diminuzione degli infortuni denunciati ed un decremento più rilevante per quelli definiti. Gli infortuni mortali indennizzati nel 2004 risultano 33 (a fronte dei 43 del 2000, con trend in decremento).

### **Sicurezza nei comportamenti individuali**

La dieta dei marchigiani è orientata, almeno “sulla carta”, ad un regime di tipo “mediterraneo”, ma la popolazione è soggetta sia al sovrappeso (soprattutto le donne con più di 65 anni rispetto al dato nazionale) sia all’obesità; gli uomini marchigiani tendono più del resto degli italiani ad esserlo dopo i 45 anni. Una possibile spiegazione a questi risultati può essere che ben il 36% dei marchigiani pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato e il 19% è completamente sedentario. Mentre l’abitudine al fumo, dei marchigiani, tende a eguagliare il dato nazionale con un 51,6% di non fumatori, (ma l’abitudine al fumo è in aumento tra i giovani) i consumi di alcol sono leggermente superiori ai valori nazionali (66% vs 64%,m studio PASSI). Va rilevato che nelle Marche la bevanda alcolica più consumata è il vino (63%) ed è in calo il consumo di superalcolici. Per quanto riguarda l’utenza SerT nel 2005 il numero di utenti risulta 4852 (di questi 3601 erano già in carico dagli anni precedenti mentre 1251 si sono rivolti ai SerT per la prima volta nell’anno 2005).

### **Sorveglianza Nutrizionale ed Educazione Alimentare nella popolazione scolastica della Regione Marche**

Nelle Marche è in corso un progetto regionale che prevede la costruzione di una rete informativa che rilevi lo stato di sovrappeso/obesità della popolazione in modo continuativo. Il Progetto, che coinvolge tutti i Servizi Igiene degli Alimenti e Nutrizione regionali, è rivolto alle scuole ed interessa gli alunni di 5,7, 9 e 12 anni di età. Nello studio pilota condotto nell’anno scolastico 2004/2005 sono stati indagati 2190 bambini, circa il 5% della popolazione scolastica. Dall’analisi dei dati emerge che: per quanto riguarda i bambini di 5 anni risulta in sovrappeso il 18,1% dei soggetti e in obesità l’8,6%; nei bambini di 7 anni le percentuali risultano di 19,7% e 10,2%; nei bambini di 9 anni sono 25,6% e 8,3% e nei dodicenni 22,2% e 5,3%. Quindi, se consideriamo la condizione di sovrappeso/obesità questa riguarda il 26,7% dei bambini di 5 anni, il 29,9% di quelli di sette anni, il 33,9 % di quelli di nove ed il 27,5% dei dodicenni. Per quanto riguarda i genitori, in quelli di sesso maschile risultano maggiormente presenti sia il sovrappeso (41,4% rispetto al 16,2% delle mamme) che l’obesità (7,5% vs 4,7%). Il sesso femminile è prevalente, invece, sia nella condizione di normopeso (69,9% vs 39,8%) che in quello del sottopeso (2,9% vs 0,1%). Circa le fonti di informazioni usate dai genitori nel campo dell’alimentazione, il Servizio Sanitario Naziona-

le risulta il più segnalato in assoluto. I dati evidenziano la rilevanza del problema, l'importanza del monitoraggio e dello sviluppo di strategie adeguate per la promozione della salute.

### **Sicurezza alimentare**

Il controllo degli alimenti, prodotti o commercializzati nella regione è affidato all'attività di vigilanza dei Dipartimenti di prevenzione. Gli accertamenti analitici sono effettuati dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale Umbria e Marche (IZSUM), per quanto riguarda gli alimenti di origine animale, e dai laboratori dell'ARPAM per quanto riguarda gli alimenti di origine vegetale. Gli allevamenti vengono tenuti costantemente sotto stretta sorveglianza e l'esiguo numero di focolai di malattia rilevati è indicativo di un alto livello di salute degli animali allevati. Per quanto riguarda le attività di lavorazione sottoposte a controllo (Regolamento 854/2000 CE) per il 2005 risultano 15.994, con il 2.5% di provvedimenti amministrativi.

Nel 2005 sono stati prelevati ed analizzati in tutta la regione 2981 campioni di alimenti di origine animale. L'irregolarità più frequentemente riscontrata riguarda la presenza di microrganismi patogeni e tra questi la Salmonella è il microrganismo che risulta più diffuso. La percentuale di campioni di alimenti risultati positivi per la presenza di Salmonella risulta comunque modesta e riguarda quasi esclusivamente le carni fresche o lavorate. Per quanto riguarda le allerte alimentari per alimenti destinati al consumo umano, nel 76% dei casi sono state dovute a contaminazioni chimiche. I casi di gastroenteriti da Salmonella mostrano un andamento decrescente dal 1999 al 2002, sono comunque la tipologia di tossinfezione più frequente e, considerando anche i problemi di sottotifica, rappresentano un problema sanitario rilevante.

### **Qualità ambientale**

Le Marche possono vantare l'88% di costa balneabile e l'approvvigionamento idrico ad uso abitativo è per l'85% derivato da acque profonde, in particolare da acque di sorgente. Il 60% delle falde acquifere marchigiane ha contaminazione antropica minima e buone caratteristiche idrochimiche. Le Marche sono tra le regioni a minore potabilizzazione dell'acqua prelevata e destinata al consumo umano. Infatti l'88.8% dell'acqua immessa nella rete idrica marchigiana è potabile senza necessità di trattamenti, contro il 68.9% rilevato a livello nazionale.

Sulla qualità dell'aria si può affermare che: i livelli di  $PM_{10}$  hanno segnato un miglioramento ma rappresentano un problema rilevante e che le concentrazioni di ozono sono risultate elevate nei mesi più caldi dell'anno. I siti contaminati regionali di interesse nazionale, secondo i dati APAT risultano essere il Basso bacino del fiume Chienti e Falconara marittima. Per quanto riguarda i rifiuti nel 2005 sono 16 le discariche autorizzate per lo smaltimento dei rifiuti urbani. Per quanto riguarda il rapporto Ambiente e Salute, sono stati condotti studi epidemiologici dall'ARPAM, mirati ad indagare alcuni aspetti specifici.

# 2

## IL TERRITORIO E LA POPOLAZIONE



## 2.1 IL TERRITORIO

### Fonti informative:

- ISTAT
- SISTAR Marche

Le Marche si estendono per una superficie di 9.694,1 Km<sup>2</sup> (il 3,2% del territorio italiano), con una struttura geomorfologica caratterizzata da una grande varietà: rilievi che dal crinale orientale degli Appennini si collegano, attraverso una serie di colline interrotte da brevi pianure alluvionali e litoranee, al mare Adriatico. La densità abitativa è 157 abitanti/Km<sup>2</sup>, inferiore alla densità media italiana che è 194/Km<sup>2</sup>. La zona montana, che si trova soprattutto sul versante interno, rappresenta il 31% dell'intera superficie; la zona collinare interna è quella maggiormente rappresentata e corrisponde al 36% della superficie. La zona collinare-litoranea rappresenta il restante 33% del territorio marchigiano.

La regione è suddivisa, a livello amministrativo, in quattro *province*<sup>1</sup> e 246 comuni (3% del totale dei comuni italiani) distribuiti, per quanto riguarda il Sistema Sanitario, in 13 Zone Territoriali ASUR e 24 Ambiti Socio Sanitari.

**Tabella 2.1.1 - Province delle Marche: superficie, densità demografica e n° comuni. (al 1 Gennaio 2006)**

Provincia	Superficie (Km <sup>2</sup> )	Popolazione	N. Comuni
Pesaro-Urbino	2892,4	368.669	67
Ancona	1940,2	464.427	49
Macerata	2774,2	315.065	57
Ascoli Piceno	2086,8	380.648	73
Totale	9694,1	1.528.809	246

Fonte: SISTAR-ISTAT

La provincia più estesa del territorio regionale è Pesaro-Urbino (29.8%) mentre la meno estesa è Ancona (20,0%). In termini comunali, la provincia più articolata è Ascoli Piceno (73 comuni, pari al 29.7% dei comuni marchigiani). L'incremento maggiore dal punto di vista demografico è stato registrato nella provincia di Pesaro che ha visto aumentare la propria popolazione del 7%. Tale incremento è dovuto sia al tasso di natalità pari a 9,4 nati per 1000 residenti che è il più alto della Regione, sia al saldo migratorio (9,9 x 1000 residenti).

<sup>1</sup> Con la legge n.147/2004, viene istituita la quinta provincia della regione: la Provincia di Fermo – dati non disponibili

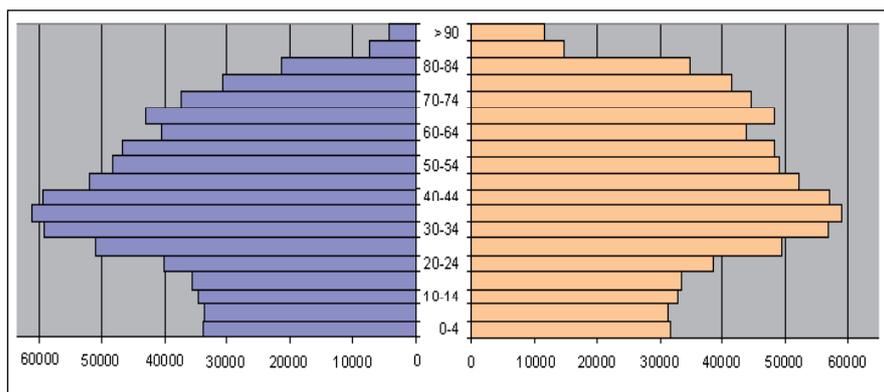
## 2.2 CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE

Fonti informative:

- ISTAT
- SISTRAR Marche

I cittadini residenti nei comuni della regione Marche, secondo i dati ISTAT aggiornati al 1° gennaio 2006, sono 1.528.809 di cui 784.351 femmine (pari al 51,3%) e 744.458 maschi (pari al 48,7%). La dinamica demografica, tipica delle regioni ad economia avanzata, è evidenziata dalla piramide delle età, una rappresentazione grafica che descrive la distribuzione per età di una popolazione: una base piuttosto “stretta”, un segmento mediano più allargato e un vertice “appiattito”, a testimoniare un calo delle nascite ed un aumento della popolazione più anziana, in particolare quella femminile (Figura 2.2.1). Questa configurazione è la conseguenza di una maggiore attesa di vita e del differenziale negativo tra i nati vivi ed i deceduti.

**Figura 2.2.1 - Piramide delle età. Regione Marche, Maschi/Femmine, anno 2005**



Fonte: ISTAT, 2005

La tendenza all'invecchiamento risulta presente a livello nazionale, ma nella nostra regione appare più spiccata, tanto che la speranza di vita alla nascita (78,8 anni per i maschi e 84,7 per le femmine) è maggiore del valore nazionale (rispettivamente di 77,6 e 83,2 anni al 2005).

La popolazione ultrasessantacinquenne è il 22,6% della popolazione totale (nell'anno 2001 risultava il 21,8%, con uno scarto di + 3,3% rispetto al censimento del 1991). Si rileva, inoltre, uno scarto percentuale generalmente accresciuto rispetto al dato nazionale per le età che caratterizzano i "grandi anziani" (75 anni e oltre).

L'età media dei residenti delle Marche è di 44,2 anni, valore maggiore di 1,6 anni rispetto al dato nazionale e comunque vicina ai valori espressi dalle regioni limitrofe (44,9 in Umbria, 44,9 in Emilia-Romagna, 45,2 in Toscana, 42,5 in Lazio e 43,3 in Abruzzo). La Tabella 2.2.1 analizza alcuni indicatori demografici strutturali della popolazione marchigiana, confrontati con i dati nazionali.

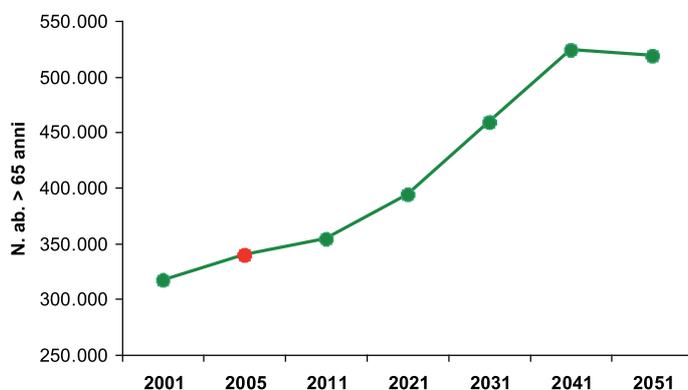
**Tabella 2.2.1 - Principali indicatori di struttura<sup>2</sup> della popolazione residente nelle Marche al 1 Gennaio 2006**

Indici	Marche	Italia centrale	Italia
Indice di vecchiaia	172,7%	161,8%	139,9%
Indice di dipendenza strutturale	55,4%	52,3%	51,1%
Indice di dipendenza strutturale degli anziani	35,1%	32,3%	29,8%

Fonte: ISTAT, 2007

<sup>2</sup> Indice di invecchiamento: rapporto percentuale tra i cittadini di 65 anni e più e l'intera popolazione.  
 Indice di vecchiaia: rapporto percentuale tra i cittadini di 65 anni e più e quelli compresi tra 0-14 anni.  
 Indice di dipendenza strutturale: rapporto percentuale tra i cittadini in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e quelli in età attiva (15-64 anni).  
 Indice di dipendenza strutturale degli anziani: rapporto percentuale tra i cittadini di 65 anni e più e quelli in età attiva (15-64 anni).

**Figura 2.2.2 - Proiezioni sulla popolazione anziana della Regione Marche (2001-2051) in valori assoluti.**



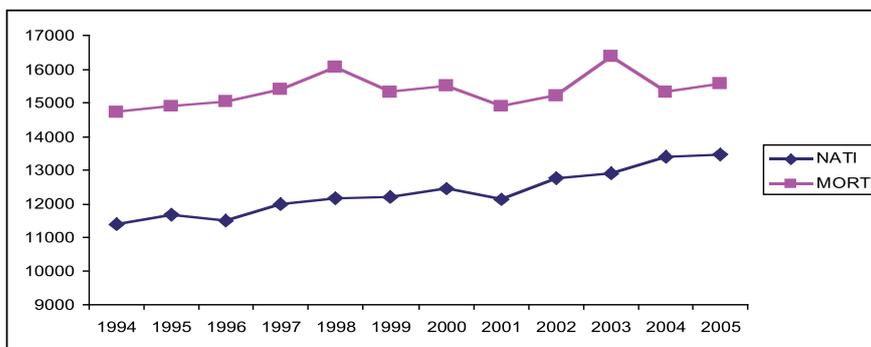
Fonte: ISTAT, 2004

Al 1/1/2003 il numero di persone con oltre sessantacinque anni ammontava a 327.122 unità; si prevede una quota pari a 523.830 nel 2041, con un tasso di incremento medio pari al 13% ogni dieci anni.

Nel 2051 la quota di anziani dovrebbe registrare una flessione di circa l'1% (Figura 2.2.2).

Nel 2005, come avviene ormai da 20 anni, il saldo naturale è risultato negativo, pari a -2111.

**Figura 2.2.3 - Nati e morti nella regione Marche, 1994-2005**



Fonte: ISTAT, 2006

Nel corso del 2005 si è registrato il più alto numero di nascite degli ultimi 10 anni (Figura 2.2.3). L'incremento demografico complessivo è ancora determinato da un saldo migratorio fortemente positivo.

Se consideriamo il dato sulla natalità e mortalità nelle varie Zone Territoriali dell'ASUR risulta evidente il saldo negativo, compensato però dall'arrivo di popolazione migrante. In Tabella 2.2.2 si riportano i dati provvisori al 31/12/2006.

**Tabella 2.2.2 Andamento demografico per Zona Territoriale delle Marche. Anno 2006\***

Z.T.	Totale Nati	Totale decessi	Differenza tra nati e deceduti	Popolazione residente al 31.12.06*	Natalità
1	1411	1291	120	150.485	0.080%
2	770	883	-113	83.094	-0.136%
3	1307	1228	79	136.064	0.058%
4	651	874	-223	78.293	-0.285%
5	1009	1253	-244	106.522	-0.229%
6	422	480	-58	47.992	-0.121%
7	2145	2298	-153	247.671	-0.062%
8	1197	1150	47	117.006	0.040%
9	1092	1326	-234	136.328	-0.172%
10	357	644	-287	49.080	-0.585%
11	1426	1676	-250	160.884	-0.155%
12	908	1009	-101	103.114	-0.098%
13	933	1188	-255	118.885	-0.214%
<b>Totale</b>	<b>13.628</b>	<b>15.300</b>	<b>- 1.672</b>	<b>1.535.418</b>	<b>-0.109%</b>

\*Dato regionale provvisorio al 31/12/06

## Il nucleo familiare

I cambiamenti che hanno interessato la famiglia italiana, negli ultimi decenni, delineano un modello in continua evoluzione: ad un aumento del numero di famiglie si associa una diminuzione del numero di componenti con evoluzione del profilo nucleare. Una “famiglia”, secondo l’Art. 4 del Regolamento Anagrafico della Popolazione Residente (D.P.R. n. 223/89), è costituita da persone che vivono insieme e legate fra loro da vincoli di matrimonio, parentela, adozione o affettivi. Un “nucleo” è l’insieme delle persone che formano una relazione di coppia o di tipo genitore-figlio. Una famiglia può essere formata da un nucleo, da un nucleo più altri membri aggregati, da più nuclei, o da persone sole.

Sono 577.034 le famiglie marchigiane al 31 dicembre 2003, con un numero medio di componenti di 2,6 (Tabella 2.2.3).

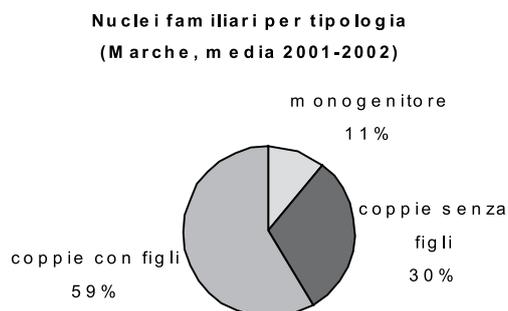
**Tabella 2.2.3 – Frequenza relativa di alcune tipologie familiari. Confronto Marche-Italia (Media 2001-2002)**

TERRITORIO	Famiglie di single	Nuclei familiari			Numero medio componenti familiari
		Coppie con figli	Coppie senza figli	Monogenitori	
Marche	21%	58,8%	30%	11,2%	2,6
Italia nord-occidentale	26,1%	55,7%	31,7%	12,5%	2,4
Italia nord-orientale	24,8%	57,3%	30,6%	12,1%	2,5
Italia centrale	25,8%	57,3%	30,3%	12,4%	2,5
Italia meridionale	19,6%	67,6%	21,2%	11,1%	3,0
Italia insulare	21,6%	65,9%	22,6%	11,5%	2,8
Italia	23,9%	60,2%	27,8%	12%	2,6

Fonte: ISTAT – Indagine Multiscopo sulle famiglie

L’Indagine Multiscopo sulle famiglie (campionaria annuale) svolta dall’Istat tra dicembre 2001 e marzo 2002, evidenzia che la tipologia prevalente è quella delle coppie con figli, che costituiscono circa il 59% del totale dei nuclei della regione, mentre quelle senza figli, costituite sia da coppie di giovani che non hanno figli, sia da coppie di anziani, rappresentano circa un terzo del totale (il 30%) dei nuclei familiari marchigiani. Il restante 11% sono nuclei monogenitore (Figura 2.2.4).

**Figura 2.2.4 – Nuclei familiari per tipologia. Marche, media 2001-2002**



Fonte: ISTAT – Indagine Multiscopo sulle famiglie

Le famiglie monocomponenti (i cosiddetti *single*) e le famiglie monogenitore, cioè quelle costituite da una madre o un padre e uno o più figli di qualsiasi età, sono le tipologie familiari a diffusione crescente.

Nel 2001, nelle Marche, il 21% del totale delle famiglie è rappresentato da persone che vivono sole, contro il 24% circa della media nazionale.

Dal Censimento della Popolazione e delle Abitazioni (Istat, 2001) risultano 49.228 nuclei monogenitoriali (Tabella 2.2.4).

**Tabella 2.2.4 – Nuclei familiari per tipologia e per provincia nelle Marche. Anno 2001**

Provincia	Coppie senza figli	Coppie con figli	Nuclei Monogenitoriali		Totale
			Padre con figli	Madre con figli	
Pesaro-Urbino	42.871	73.629	2.396	12.261	131.157
Ancona	32.356	61.932	2.155	10.125	106.568
Macerata	27.399	48.973	1.690	8.477	86.539
Ascoli Piceno	32.050	57.894	2.022	10.102	102.068
Totale	134.676	242.428	8.263	40.965	426.332

Fonte: SISTAR Marche (Censimento della Popolazione e delle Abitazioni 2001)

Espressione di una convivenza interrotta (per la morte di un genitore o a seguito di separazione dei coniugi) o mai iniziata (madri nubili) o di una convivenza “di fatto” non registrata anagraficamente, i nuclei monogenitoriali sono costituiti in prevalenza da madri con figli (40.965, pari al 9,6% del totale) rispetto ai padri con figli (8.263, pari all’1,9% del totale).

Dai dati dell'Indagine Multiscopo sulle Famiglie "Aspetti di vita quotidiana" (cfr, StatMarche 2 gennaio 2004) nel 2001 nella nostra regione la percentuale di giovani che vivono in famiglia ha raggiunto un valore pari al 63% contro il 60,1% della media nazionale (Tabella 2.2.5). Tale situazione è più simile a quella delle regioni del Sud (63,4%) che a quella delle vicine regioni centrali (61,3%).

**Tabella 2.2.5 – Percentuale di giovani con età 18-34 anni che vivono in famiglia, per area geografica. Variazione 1998-2001**

Territorio	1998	2001	Variazione %
Nord-ovest	57,8	58,4	+ 0,6
Nord-est	57,8	57,4	- 0,4
Centro	59,8	61,3	+ 1,5
<b>Marche</b>	<b>60,1</b>	<b>63,0</b>	<b>+ 2,9</b>
Sud	60,7	63,4	+ 2,7
Isole	59,5	58,4	- 1,1
Italia	59,1	60,1	+ 1,0

Fonte: SISTAR-ISTAT, 2004

Nelle Marche l'uscita dalla famiglia di origine è rimandata soprattutto dai giovanissimi (18-24 anni); l'89,1% di loro, infatti, vive con i propri genitori, contro il 49,6% dei meno giovani (25-34 anni). Tale fenomeno è ancora più evidente nel centro Italia dove la percentuale dei giovanissimi che restano in famiglia è 92,8% contro il 44,7% dei meno giovani (Tabella 2.2.6).

Dal 1998 nelle Marche si è assistito ad un aumento della percentuale di giovani tra i 18-34 anni che rimangono a vivere nelle famiglie di origine, in particolare la tendenza a stare in famiglia si sta spostando soprattutto fra i meno giovani. La percentuale dei giovanissimi che restano in famiglia è infatti diminuita del 4,6%, mentre si è registrata una tendenza a rimandare l'uscita dalla famiglia di origine nella fascia di età 25-34, con un valore percentuale pari a 49,6% nel 2001 contro il 42,1% del 1998.

**Tabella 2.2.6 – Percentuale di giovani con età 18-34 anni che vivono con almeno un genitore, per area geografica. Anni 1998-2001.**

Territorio	18-24		25-34	
	1998	2001	1998	2001
Nord-ovest	92,0	91,6	39,9	42,9
Nord-est	90,6	92,4	40,7	42,1
Centro	92,8	92,8	41,7	44,7
<b>Marche</b>	<b>93,7</b>	<b>89,1</b>	<b>42,1</b>	<b>49,6</b>
Sud	90,5	91,5	40,6	45,3
Isole	91,3	85,4	38,6	41,7
Italia	91,4	91,1	40,4	43,5

Fonte: SISTAR-ISTAT, 2004

Tale fenomeno seppur con entità minore si è evidenziato anche a livello nazionale; soprattutto fra i meno giovani dove la percentuale di coloro che restano in famiglia è aumentata del 3,5%.

In una comunità sempre più attenta alla continua rimodulazione delle politiche di welfare, la struttura del nucleo familiare (e le sue modifiche nel tempo) costituisce un parametro certamente rilevante per la programmazione e l'organizzazione sociale e sanitaria.

M.S.Ferreiro Cotorruelo, P.Carletti, D.Hazurovic,

## 2.3 – FATTORI SOCIO-ECONOMICI

### Fonti informative:

- ISTAT
- SISTRAR Marche
- ARMAL Marche
- Dossier Statistici Immigrazione Caritas/Migrantes
- Atlante sociale delle Marche (Diamanti I, Bordignon F)

### *L'occupazione*

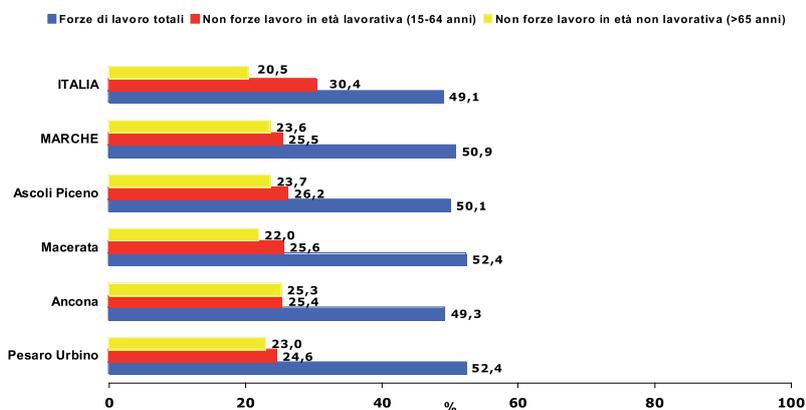
La distribuzione percentuale della popolazione attiva (forze di lavoro<sup>3</sup>) e della popolazione che non ha alcuna condizione professionale (non forze di lavoro<sup>4</sup>) nella regione Marche e in Italia nell'anno 2003 è mostrata nella Figura 2.3.1. Nella regione la percentuale di “non forze lavoro in età non lavorativa” (persone di 65 anni e più) è superiore a quella italiana a causa del maggior invecchiamento della popolazione marchigiana.

Il **tasso di attività**<sup>5</sup> nella regione è pari al 50,9%, analogo a quello italiano.

Il tasso di occupazione<sup>6</sup> in età lavorativa (15-64 anni) è del 63,7%, nettamente superiore a quello italiano (56%), e la differenza di genere è meno rilevante rispetto alla media italiana (18,9 vs. 26,6) (Tabella 2.3.1).

- 
- 3 Forze di lavoro: persone occupate e persone in cerca di occupazione, rappresentano la popolazione attiva, operante sul mercato del lavoro. (Definizione Istat)  
Occupato: persona di 15 anni e più che soddisfa almeno uno dei seguenti requisiti:
1. avere un'attività lavorativa, anche se nel periodo di riferimento non ha effettuato ore di lavoro;
  2. aver effettuato una o più ore di lavoro retribuite nel periodo di riferimento indipendentemente dalla condizione dichiarata;
  3. aver effettuato una o più ore di lavoro non retribuite presso un'impresa familiare. (Definizione Istat)
- Persona in cerca di occupazione: persona di 15 anni e più non occupata e che dichiara:
1. di non aver effettuato ore di lavoro nel periodo di riferimento;
  2. di essere alla ricerca di lavoro;
  3. di aver effettuato almeno un'azione di ricerca di lavoro attiva nelle quattro settimane che precedono al periodo di riferimento;
  4. di essere immediatamente disponibile (entro due settimane) ad accettare un lavoro, qualora gli venga offerto. (Definizione Istat)
- 4 Non forze di lavoro: persone che dichiarano di essere in condizione non professionale (casalinga, studente, ritirato dal lavoro) e di non aver svolto alcuna attività lavorativa, né di aver cercato lavoro nel periodo di riferimento; oppure di averlo cercato ma non con le modalità definite per le persone in cerca di occupazione. Le non forze di lavoro comprendono, inoltre, gli inabili e i militari di leva o in servizio civile sostitutivo e la popolazione in età fino a 15 anni. (Definizione Istat)
- 5 Tasso di attività: rapporto percentuale fra forze lavoro e popolazione in età di lavoro (ovvero fra forze di lavoro e popolazione residente dai 15 ai 70 anni, abitualmente utilizzato dall'Istat).
- 6 Tasso di occupazione: percentuale della popolazione residente di età > 15 anni che ha una occupazione.

**Figura 2.3.1 - Distribuzione percentuale delle "forze di lavoro" e delle "non forze di lavoro": Confronto province marchigiane-Marche-Italia. Anno 2003.**



Fonte: Sistar-Marche. Elaborazione Osservatorio Epidemiologico Regionale ARS Marche

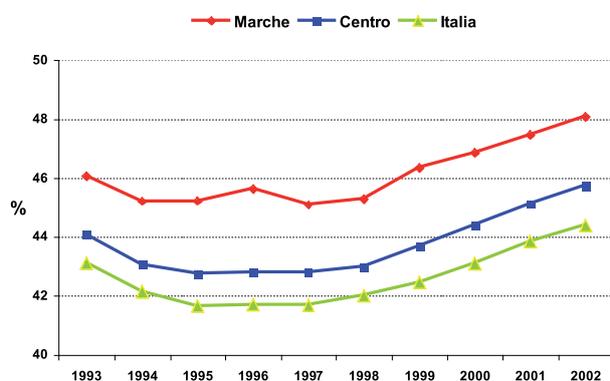
**Tabella 2.3.1 - Tasso percentuale di occupazione (T.O.) distribuito per sesso e per provincia delle persone da 15 – 64 anni e tasso di occupazione della popolazione totale marchigiana. Confronto Marche – Italia. Anno 2003.**

Territorio	Maschi	Femmine	T.O. popolazione totale
Pesaro-Urbino	75,8%	54,8%	65,4%
Ancona	72,5%	55,2%	63,8%
Macerata	73,3%	54,2%	63,8%
Ascoli Piceno	71,1%	52,2%	61,7%
<b>Marche</b>	<b>73,1%</b>	<b>54,2%</b>	<b>63,7%</b>
<b>Italia</b>	<b>69,3%</b>	<b>42,7%</b>	<b>56,0%</b>

Fonte: Sistar-Marche

Nella regione l'andamento dell'occupazione, nel decennio 1993-2002, è positivo, con tassi costantemente superiori a quelli nazionali e delle regioni centrali. Complessivamente dal 1993 al 2002 vi è stato un incremento del 2% (Figura 2.3.2.).

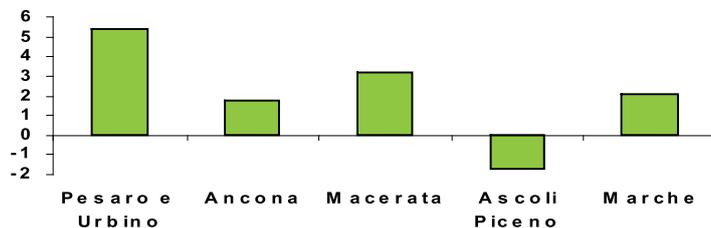
**Figura 2.3.2 - Tasso di occupazione delle persone di 15 anni e più, (valori percentuali) confronto Marche, Centro, Italia, anni 1993-2002.**



Fonti: Istat. Armal Marche

Dal confronto tra le province si rileva un aumento maggiore nella provincia di Pesaro Urbino ed una tendenza negativa in quella di Ascoli Piceno. (Figura 2.3.3.)

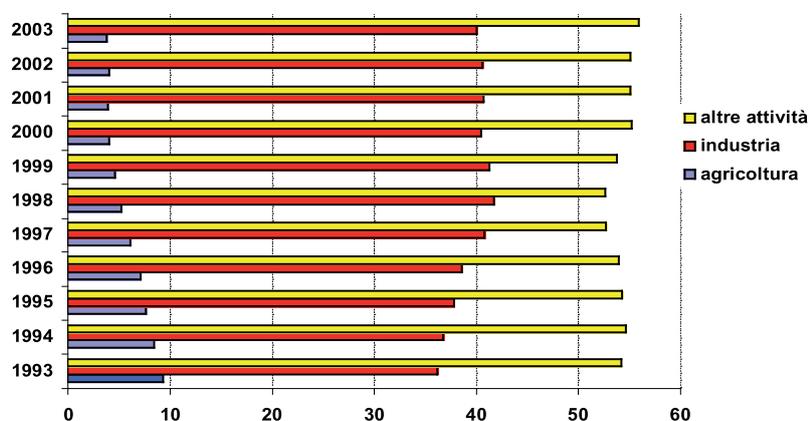
**Figura 2.3.3 - Differenza assoluta tra il tasso di occupazione (persone di 15 anni e più) dal 1993 al 2002, confronto province marchigiane.**



Fonti: Istat. Armal Marche. Elaborazione Osservatorio Epidemiologico Regionale ARS Marche

Nella figura 2.3.4. sono riportati i settori d'impiego degli occupati marchigiani, nel periodo 1993-2003: si osserva una diminuzione rilevante delle persone occupate nell'agricoltura (dal 9,4% al 3,9%) ed una certa stabilità negli altri settori. Tale riduzione è maggiore rispetto a quella italiana (dal 5,6% al 3,3%) e del centro Italia (dal 8,2% al 4,9%).

**Figura 2.3.4 - Tasso di occupazione regolare per attività economica, (valori percentuali) Marche. Periodo 1993-2003.**



Fonti: Istat, Armal Marche

Per quanto riguarda la popolazione femminile (Tabella 2.3.1), nell'anno 2003 questa risulta avere, mediamente, un tasso di occupazione superiore alla media nazionale (54,2% vs. 42,7%), con una certa variabilità tra le province; il settore di attività prevalente è quello dei servizi, seguito dall'agricoltura e dall'industria (Tabella 2.3.2).

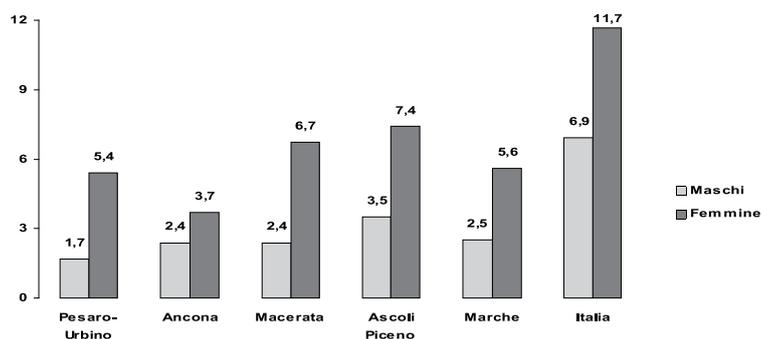
**Tabella 2.3.2 - Tasso di occupazione femminile (valori percentuali) per settore di attività economica, confronto province marchigiane, Marche, Italia, anno 2003.**

Territorio	Agricoltura	Industria	Servizi
Pesaro-Urbino	38,2	34,9	47,9
Ancona	41,1	33,9	47,4
Macerata	42,2	33,1	50,0
Ascoli Piceno	32,3	28,6	51,1
<b>Marche</b>	<b>38,4</b>	<b>32,6</b>	<b>48,9</b>
<b>Italia</b>	<b>30,7</b>	<b>23,7</b>	<b>45,7</b>

Fonte: Sistar-Marche

Nella regione Marche il **tasso di disoccupazione** della popolazione in età lavorativa (15-64 anni), nell'anno 2003, è del 3,8% (maschi + femmine), la metà circa di quello italiano (8,7%), con un minimo nella provincia di Pesaro Urbino (3,0%) ed un massimo in quella di Ancona (5,2%); tuttavia il tasso di disoccupazione femminile è doppio di quello maschile. La differenza di genere è maggiore nella provincia di Macerata e minore in quella di Ancona. (Figura 2.3.5).

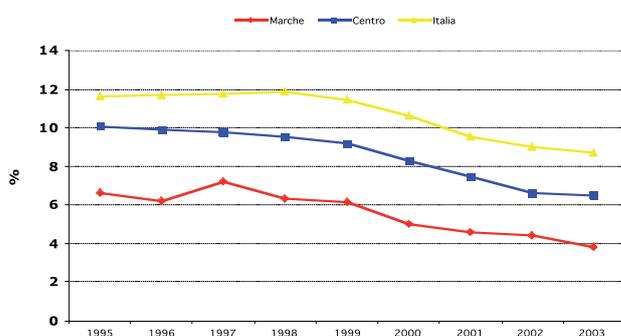
**Figura 2.3.5 - Tasso di disoccupazione in età lavorativa (15-64 anni), (valori percentuali) per sesso e per provincia, confronto Marche, Italia, anno 2003.**



Fonte: Sistar-Marche

Se esaminiamo il trend temporale risulta evidente che dal 1995 nelle Marche si registra una importante diminuzione della disoccupazione (Figura 2.3.6), particolarmente positivi risultano i dati relativi alla disoccupazione giovanile<sup>7</sup> ed alla disoccupazione di lunga durata<sup>8</sup> (Tabella 2.3.3).

**Figura 2.3.6 - Tasso di disoccupazione, (valori percentuali) confronto Marche, Centro, Italia, anni 1995-2003.**



Fonte: Istat. Indicatori di "contesto chiave" Asse III. Risorse umane. (Indicatori regionali per la valutazione delle politiche di sviluppo.)

**Tabella 2.3.3 - Tasso di disoccupazione giovanile, (valori percentuali) confronto Marche, Centro, Italia, anni 1997- 2003.**

Territorio	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>Marche</b>	<b>21,5</b>	<b>17,9</b>	<b>16,1</b>	<b>13,8</b>	<b>12,2</b>	<b>10,5</b>	<b>10,3</b>
Centro	33,1	31,0	29,6	26,3	24,2	22,0	22,4
Italia	34,0	33,8	32,9	31,1	28,2	27,2	27,1

Fonte: Istat. Indicatori di "contesto chiave" Asse III. Risorse umane. (Indicatori regionali per la valutazione delle politiche di sviluppo).

7 Tasso di disoccupazione giovanile: persone in cerca di occupazione in età 15-24 anni su forze di lavoro della corrispondente classe di età per 100.

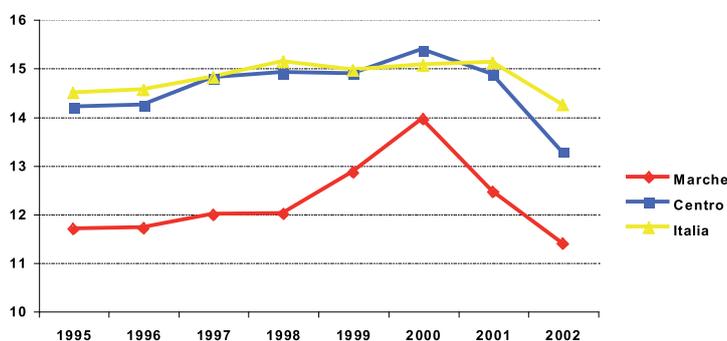
8 Tasso di disoccupazione di lunga durata: persone in cerca di occupazione da oltre 12 mesi sul totale delle persone in cerca di occupazione per 100.

Il **tasso di irregolarità**<sup>9</sup> nelle Marche negli anni 1995-2002 è costantemente inferiore a quello nazionale e del Centro Italia. Dal confronto si evidenzia che nella regione, nel periodo 1998-2001, il tasso di irregolarità ha subito un importante incremento, in particolare nell'anno 2000 (Figura 2.3.7).

L'irregolarità lavorativa si verifica principalmente nell'agricoltura (superiore al 25% nel 2002), dove si riscontra una forte riduzione del tasso di occupazione regolare (Figura 2.3.4).

Verosimilmente il carattere stagionale dell'attività favorisce l'impiego di lavoratori non regolari.

**Figura 2.3.7 - Tasso di irregolarità 15-64 anni, (valori percentuali) confronto Marche, Centro, Italia, anni 1995-2002.**



Fonte: Istat. Variabili di rottura (Indicatori regionali per la valutazione delle politiche di sviluppo).

<sup>9</sup> Tasso di irregolarità: percentuale di unità di lavoro irregolari sul totale delle unità di lavoro.

Unità di lavoro: numero di posizioni lavorative equivalenti a tempo pieno.

Le unità di lavoro irregolari comprendono le seguenti tipologie di attività lavorative:

- continuative svolte senza il rispetto della normativa vigente;
- occasionali svolte da persone che si dichiarano non attive in quanto studenti, casalinghe o pensionati;
- degli stranieri presenti e non regolari;
- plurime non dichiarate alle istituzioni fiscali.

### *L'istruzione*

Il 3,1% della popolazione residente nelle Marche di età 6-14 anni nell'anno 2001 non è iscritta alla scuola dell'obbligo (media italiana 3,7%) (Tabella 2.3.4). L' 8,2% della popolazione residente di età superiore a 11 anni non ha alcun titolo di studio (media italiana 6,8%). (Dati Istat, Censimento 2001)

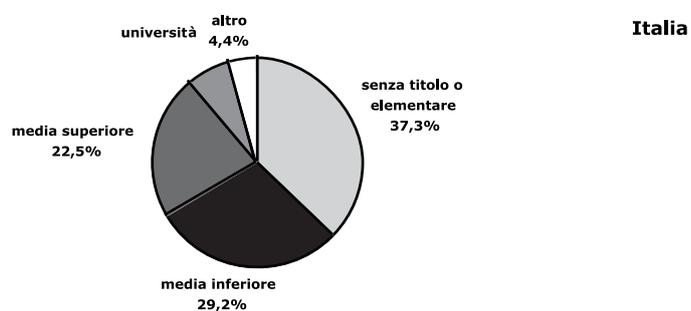
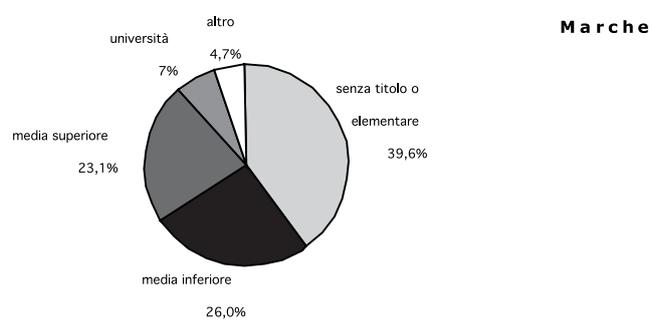
**Tabella 2.3.4 - Popolazione residente dai 6 ai 14 anni iscritta e non iscritta ad un corso regolare di studi, per regione e provincia (valori assoluti e percentuali). Anno 2001.**

Territorio	Iscritti	%	Non iscritti	%	Totale
Pesaro e Urbino	26.754	97,1	785	2,9	27.539
Ancona	32.524	96,6	1.148	3,4	33.672
Macerata	23.140	96,7	796	3,3	23.936
Ascoli Piceno	29.572	97,0	909	3,0	30.481
<b>Marche</b>	<b>111.990</b>	<b>96,9</b>	<b>3.638</b>	<b>3,1</b>	<b>115.628</b>
<b>Italia</b>	<b>4.778.782</b>	<b>96,3</b>	<b>183.621</b>	<b>3,7</b>	<b>4.962.403</b>

Fonte: ISTAT, Censimento 2001

La figura 2.3.8. mostra le percentuali dei residenti marchigiani per titolo di studio ed il confronto con l'Italia nel 2003. Nelle Marche le persone senza titolo di studio o con il solo titolo elementare sono il 39,6% (la percentuale sale al 43,3% nelle donne), valore superiore a quello medio nazionale (37,3%). Per gli studi superiori (media superiore e università) le Marche si situano nella media italiana.

**Figura 2.3.8 - Distribuzione percentuale di residenti nelle Marche per titolo di studio. Anno 2003.**



Fonte: ISTAT. Database HFA.

Nella scuola è rilevante, negli ultimi anni, l'incremento della presenza straniera, che nella regione si è più che triplicata dal 1999 al 2004, passando da 3.136 nell'anno scolastico (a.s.)1998/99 a 10.368 nell'a.s. 2002/03, pari al 5,9% del totale degli studenti nella regione. Tale percentuale risulta superiore alla media nazionale (3,5%). L'incremento interessa tutti i gradi scolastici. (Tabella 2.3.5).

Più della metà degli studenti stranieri proviene da Paesi europei non appartenenti alla Unione Europea ed il 25% circa dal continente africano.

**Tabella 2.3.5 - Presenza di studenti stranieri nella scuola marchigiana (valori percentuali), media Marche e media Italia. Anni scolastici 2000/01, 2001/02 e 2002/03.**

	2000/01	2001/02	2002/03
Infanzia	3,8	4,6	6,7
Elementare	4,0	5,0	7,5
Secondaria di I grado	3,1	4,3	6,8
Secondaria di II grado	1,4	1,9	3,3
Media Marche	3,0	3,8	5,9
Media Italia	1,8	2,3	3,5

Fonte: Dossiers Statistici Immigrazione Caritas/Migrantes 2002, 2003, 2004.

### ***La povertà e l'esclusione sociale***

La condizione di povertà, o deprivazione, va esplorata in tutte le sue dimensioni: economica, lavorativa, culturale, psico-sociale, relazionale, fattori questi che generano svariate forme di esclusione sociale. Si tratta di un fenomeno complesso, perché come affermano alcuni autori *“i processi di esclusione sono legati non solo alla disoccupazione e al basso reddito, ma anche alle condizioni abitative, ai livelli di istruzione, alle opportunità, alla salute, alla discriminazione, alla cittadinanza e alla integrazione nella comunità locale.”*<sup>10</sup>

Qualunque siano gli indicatori sociali utilizzati (economici, istruzione, casa, classe sociale, contesto) si evidenzia che le diseguaglianze socio economiche influenzano negativamente la salute e l'aspettativa di vita. Il profilo di salute di un individuo o di un gruppo dipende da determinanti non solo genetici e biologici, ma dagli stili di vita, dalle condizioni culturali, sociali, lavorative, economiche.

È noto che chi è “socialmente svantaggiato” si ammala di più; la condizione di malattia, a sua volta, genera ulteriore svantaggio.

Va rilevato che negli anni le diseguaglianze nella salute risultano in aumento.

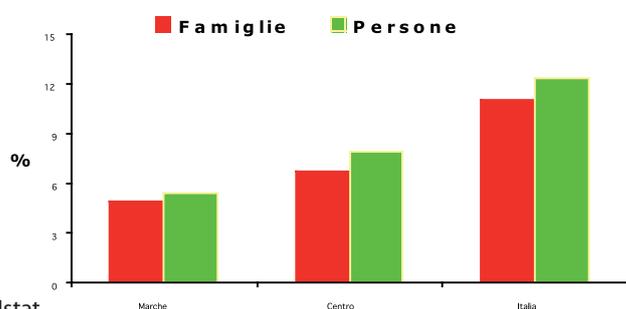
<sup>10</sup> Marmot M, Wilkinson G. Social determinants of health. New York, Oxford University Press, 1999.

### La povertà economica

Nella regione Marche, nel 2002, la percentuale di famiglie che hanno una spesa mensile per consumi al di sotto della soglia di povertà (incidenza di povertà<sup>11</sup>) è pari al 4,9%, cioè una famiglia su 20 è povera, per un ammontare di 26.933 famiglie e 78.793 persone (5,4% della popolazione marchigiana).

Tali prevalenze sono inferiori alla media italiana e del centro Italia. (Figura 2.3.9.)

**Figura 2.3.9 - Incidenza di povertà relativa di famiglie e persone povere. Confronto Marche, Centro, Italia, anno 2002**



Fonte: Istat

11 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:

Ampiezza della famiglia	Linea di povertà (euro per mese)	
	2002	2003
1	494,07	521,70
2 (linea standard)	823,45	869,50
3	1.095,19	1.156,44
4	1.342,22	1.417,29
5	1.564,56	1.652,05
6	1.778,65	1.878,72
7 o più	1.976,28	2.086,80

A conferma di questi dati si evidenzia che sia nel 2002 che nel 2003 l'incidenza di povertà nelle Marche è significativamente inferiore a quella nazionale (Tabella 2.3.6.).

**Tabella 2.3.6 - Incidenza di povertà relativa delle famiglie e intervallo di confidenza al 95% nella regione Marche. Confronto Marche-Centro-Italia. Anni 2002, 2003.**

Territorio	2002			2003		
	Incidenza (%)	I.C.95 %		Incidenza (%)	I.C.95 %	
		lim.Inf	lim.Sup.		lim.Inf	lim.Sup.
<b>Marche</b>	<b>4,9</b>	<b>3,7</b>	<b>6,1</b>	<b>5,7</b>	<b>4,0</b>	<b>7,4</b>
Centro	6,7	5,9	7,5	5,7	4,9	6,5
Italia	11,0	10,5	11,5	10,6	10,1	11,1

Fonte: Istat.

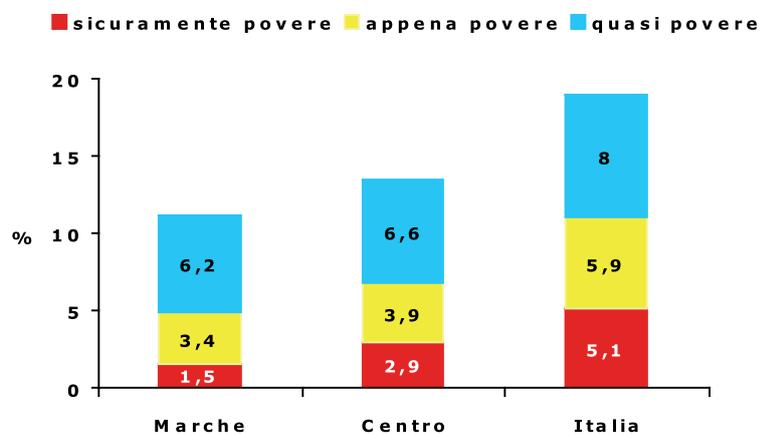
Oltre alle famiglie che hanno a disposizione un importo mensile pari o inferiore a quello considerato “soglia di povertà”, vanno considerate le famiglie che l'Istat definisce “quasi povere”<sup>12</sup>, cioè quelle con consumi superiori di non oltre il 20% alla soglia di povertà, che sono quindi, a forte rischio di povertà; nella regione Marche le famiglie a forte rischio di povertà rappresentano il 6,2% del totale. Pertanto, le famiglie marchigiane povere o a rischio di povertà sono, complessivamente nell'anno 2002, l'11,1% (valore inferiore alla media nazionale - 19% - e della Italia Centrale - 13,4% -). (Figura 2.3.10.)

I dati comunque sono da considerarsi una stima in difetto in quanto non rilevano le condizioni di alcuni gruppi sociali, quali immigrati clandestini, senza fissa dimora, detenuti.

<sup>12</sup> L'Istat classifica le famiglie in quattro categorie:

- quelle che possono essere definite “sicuramente povere” (con consumi inferiori all'80% della linea di povertà standard),
- quelle “appena povere” (tra l'80% della linea e la linea stessa),
- quelle “quasi povere” (con consumi superiori alla linea di non oltre il 20%) e
- quelle “sicuramente non povere” con consumi più elevati.

**Figura 2.3.10 - Distribuzione percentuale delle famiglie povere e quasi povere. Confronto Marche, Centro, Italia, anno 2002.**



Fonte: Istat.

Le tipologie familiari più a rischio di povertà sono le famiglie con 2 o più figli minori, le coppie con il capofamiglia di 65 anni e più, e le famiglie monogenitoriali. L'incidenza di povertà è superiore quando la persona di riferimento non ha alcun titolo di studio o ha la sola licenza elementare e se è ritirato del lavoro (Istat, 2002 e 2003).

*Altri indicatori di esclusione sociale*

*L'abitazione*

Il 16,35 % delle famiglie italiane dichiara di avere almeno un problema abitativo quali: scarsa luminosità, infiltrazioni d'acqua, infissi o pavimenti fatiscenti e, nelle Marche ciò si verifica con una frequenza analoga alle regioni del centro Italia e lievemente inferiore rispetto al resto dell'Italia. I problemi dell'abitazione sono particolarmente rilevanti tra le famiglie povere in tutto il paese; nella regione si verificano con una percentuale doppia nelle famiglie povere rispetto a quelle non povere (Tabella 2.3.7).

**Tabella 2.3.7.- Famiglie (valori percentuali) che hanno dichiarato alcuni problemi in relazione all'abitazione in cui vivono per tipo di problema, condizione di povertà e luogo di residenza. anno 2002.**

Territorio	Almeno un problema		
	Famiglie povere	Famiglie non povere	Totale
<b>Marche</b>	<b>27,0%</b>	<b>14,1%</b>	<b>14,7%</b>
Centro	21,9%	14,4%	14,9%
Italia	25,8%	15,1%	16,3%

*Fonte: Istat*

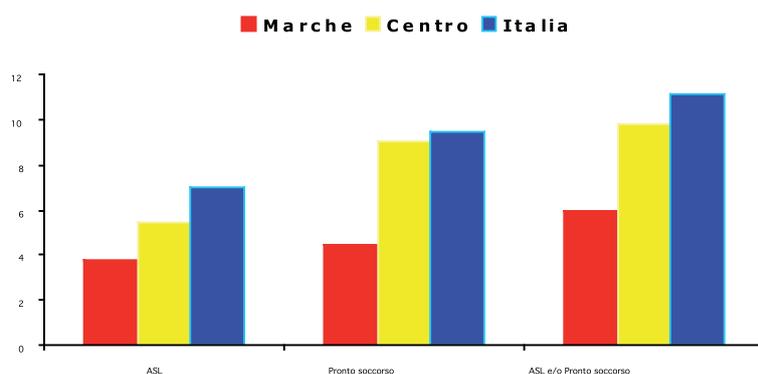
*L'accesso ai servizi*

Le informazioni in questo ambito vengono rilevate dalle difficoltà dichiarate dai cittadini per l'accesso ai servizi della ASL, al Pronto Soccorso e all'asilo nido/scuola materna.

In Italia la difficoltà di accesso a tali servizi viene dichiarata in media dal 10,3% delle famiglie non povere e dal 17,1% delle famiglie povere, specialmente se costituite da anziani soli. Esiste tuttavia un forte gradiente geografico nord-sud. Nelle Marche i dati riguardanti l'intera popolazione mostrano che le famiglie hanno minori difficoltà di accesso ai suddetti servizi rispetto dell'Italia.

Non sono disponibili dati relativi alle famiglie marchigiane povere (Figura 2.3.11).

**Figura 2.3.11 - Percentuale di famiglie con molta difficoltà nell'utilizzo dei servizi sanitari. Confronto Marche-Italia centrale-Italia. Anno 2002.**



Fonte: Istat.

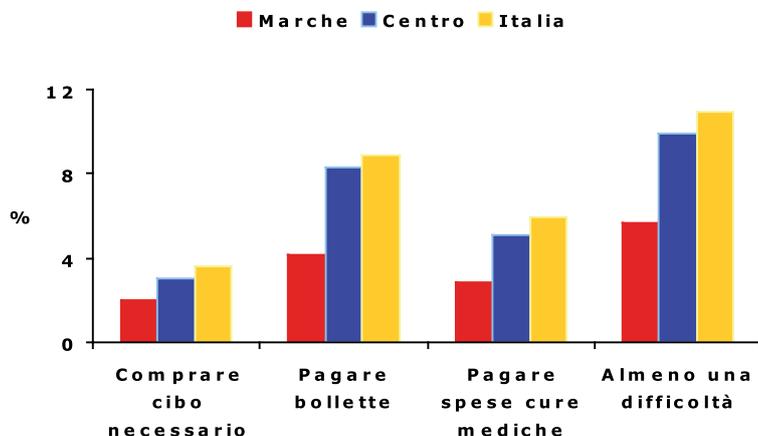
### *L'acquisizione di beni e servizi essenziali*

La rilevazione delle difficoltà per l'acquisto di alcuni servizi essenziali come il cibo, la luce, il gas, il telefono, le cure mediche, fornisce indicazioni ulteriori sulle condizioni di vita delle famiglie.

Complessivamente il 5,7% delle famiglie marchigiane ha avuto, nell'anno 2002, almeno una difficoltà nell'acquisizione di beni e servizi essenziali: il 2% per comprare il cibo necessario, il 4,2% per pagare le bollette e il 2,8% per pagare le spese per cure mediche, percentuali inferiori a quelle nazionali e dell'Italia centrale; tuttavia non sono disponibili i dati regionali per le famiglie povere (Figura 2.3.12).

Nel Centro Italia la percentuale di famiglie con difficoltà è del 9,5% tra i non poveri ma è più del doppio tra i poveri (23,3%).

**Figura 2.3.12.- Famiglie (valori percentuali) con difficoltà nell'acquisizione di beni o servizi essenziali. Confronto Marche, Centro, Italia, anno 2002.**



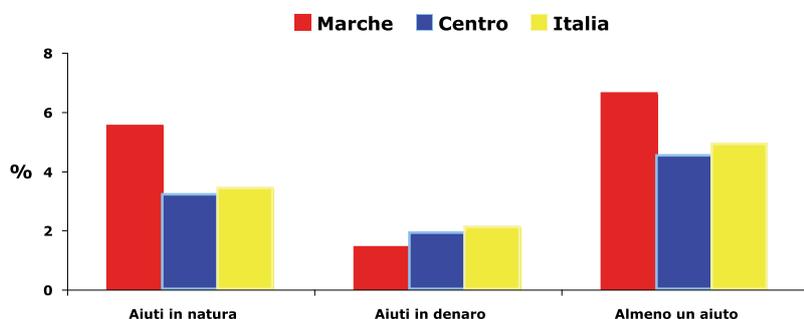
Fonte: Istat.

### *Gli aiuti informali*

Gli aiuti di vario tipo da parte di parenti e/o amici rappresentano una risorsa importante nei momenti di difficoltà e possono essere determinanti per la risoluzione di situazioni critiche per la famiglia o per il singolo.

Nella regione Marche la percentuale di famiglie che nell'anno 2002 ha ricevuto un qualche aiuto informale (prevalentemente in natura) è lievemente superiore alle medie nazionali e del Centro Italia (Figura 2.3.13.); da segnalare che l'ammontare degli aiuti in denaro ricevuti dalle famiglie marchigiane bisognose supera del 30% la media italiana (Marche: 3.336,34 euro; Italia: 2.493,45 euro).

**Figura 2.3.13.- Percentuale di famiglie che hanno ricevuto aiuti informali. Confronto Marche-Centro-Italia. Anno 2002.**



Fonte: Istat.

In caso di difficoltà dunque i marchigiani fanno riferimento ai familiari e in seconda battuta agli amici e alle associazioni di volontariato come il resto degli italiani, ma, rispetto a questi, contano di più sulle istituzioni quali la Chiesa, il Comune o lo Stato. (Tabella 2.3.8.)

**Tabella 2.3.8 – Fonte di aiuto dichiarata in caso di difficoltà. Confronto Marche-Italia. Anno 2001.**

Fonte di aiuto	Marche	Italia
Familiari	89,8%	92,1%
Amici	71,3%	76,8%
Associazioni di volontariato	63,1%	67,6%
Vicini di casa	55,0%	52,4%
Parrocchia	54,3%	51,9%
Gente del paese/città	39,2%	39,0%
Servizi del Comune	34,5%	33,2%
Lo Stato	21,0%	14,0%

Fonte: Atlante sociale delle Marche, anno 2001



# 3

## I GRANDI INDICATORI DI SALUTE



### 3.1 LA MORTALITÀ

#### Fonti informative:

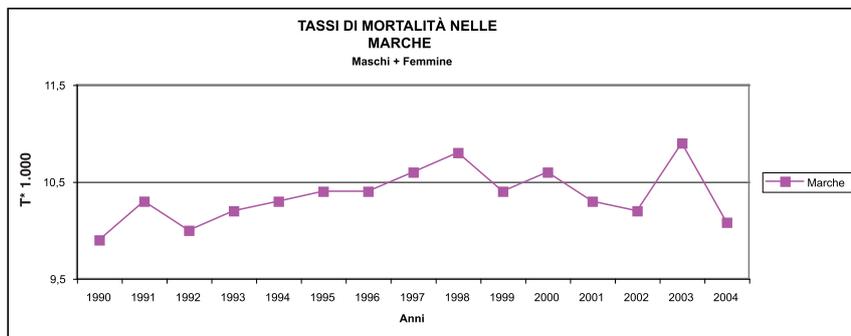
- ISTAT  
(tutti i dati di seguito riportati sono riferiti al 2004, anno per il quale sono disponibili i dati di mortalità ISTAT)

Ogni anno muoiono nelle Marche circa 15.000 persone pari all'1% dei residenti (fig. 3.1.2).

La popolazione marchigiana è in costante aumento e tende al progressivo invecchiamento con maggiore longevità in particolare del sesso femminile che, nelle classi di età più avanzate, supera di numerosità il sesso maschile.

Anche a causa di questo invecchiamento della popolazione il tasso di mortalità generale fino al 1998 è stato in leggero incremento per poi stabilizzarsi negli ultimi anni. Nell'anno 2003, pur essendosi verificato un brusco incremento della popolazione residente (+ 20.226 ab., pari all'1,4% della popolazione residente) per la regolarizzazione degli stranieri presenti in Italia, si è manifestato un picco di mortalità attribuibile in gran parte alle eccezionali condizioni climatiche del periodo estivo dell'anno (figg. 3.1.1-2).

**Figura 3.1.1 Tassi di mortalità per 1000 residenti nelle Marche negli anni 1990-2004.**

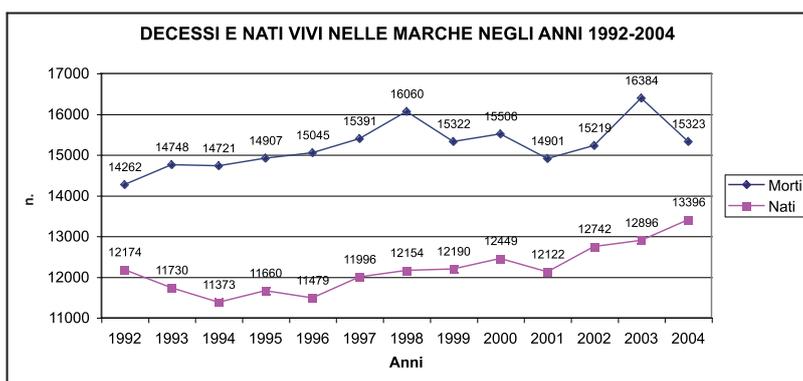


Nel corso del 2004 si è registrato il più alto numero di nati vivi dal 1992 (fig. 3.1.2).

Il saldo naturale, rappresentato dalla differenza tra il numero dei morti ed il numero dei nati vivi, anche se minore in valore assoluto rispetto a quello dell'anno precedente (1.927 contro 3.488 unità in meno rispettivamente nel 2004 e 2003), si presenta negativo come ormai avviene da molti anni (fig. 3.1. 2).

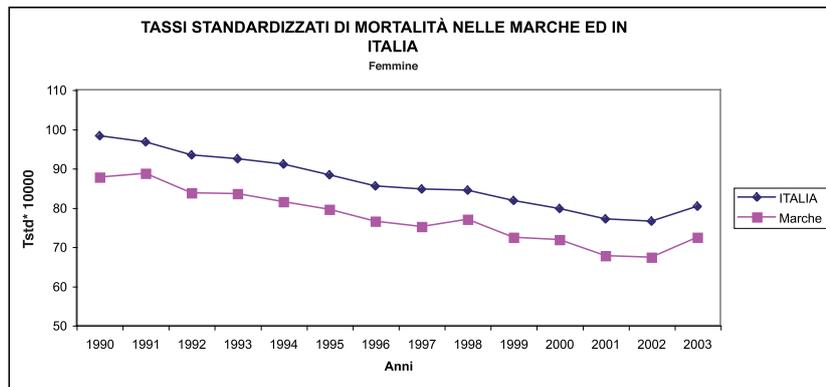
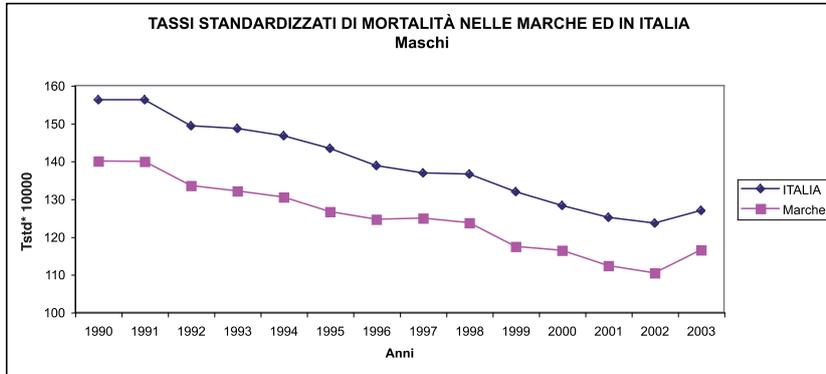
È da notare tuttavia come per la prima volta negli ultimi 12 anni il saldo naturale sia sceso al di sotto delle 2.000 unità. A tale diminuzione hanno contribuito prevalentemente gli andamenti tendenziali degli ultimi sei anni: la sostanziale stabilità dei decessi intorno alle 15.000 unità da un lato e l'innalzamento progressivo della natalità dall'altro. Fanno eccezione per i due indicatori il dato di mortalità nell'anno 2003 e quello di natalità nel 2001 che appaiono in controtendenza. L'incremento delle nascite ha coinciso con l'aumento delle iscrizioni anagrafiche successive alla regolarizzazione degli stranieri.

**Figura 3.1 2. Morti e nati vivi nelle Marche negli anni 1992-2004.**



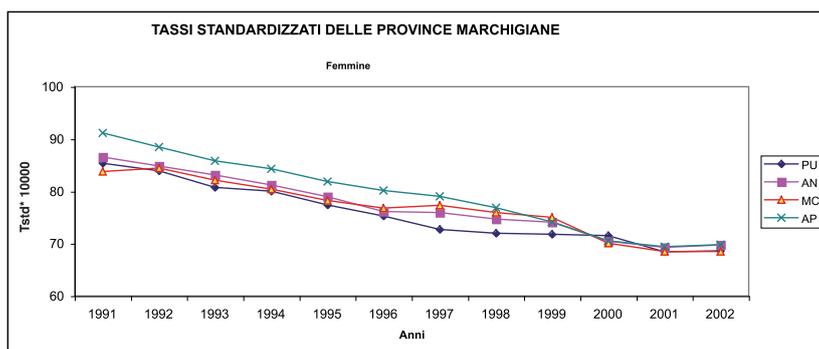
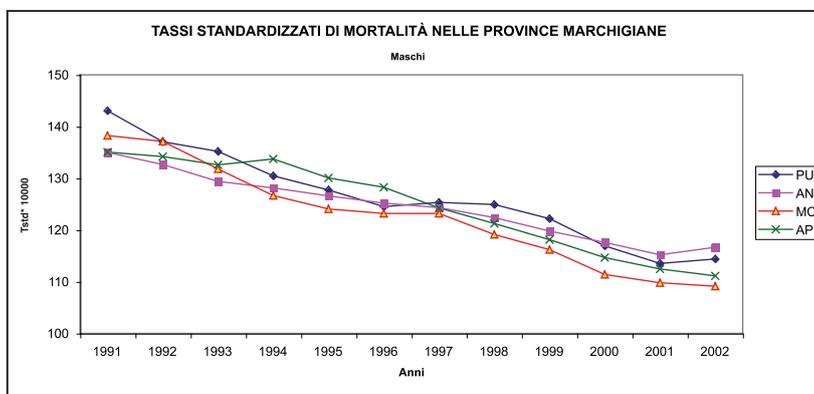
Le Marche presentano tassi standardizzati di mortalità generale nei due sessi inferiori a quelli medi nazionali. Se si esclude la ormai nota anomalia del 2003 si registra una tendenza progressiva alla diminuzione (fig. 3.1. 3).

**Figura 3.1.3 Confronto tassi standardizzati di mortalità generale per 10.000 residenti nelle Marche ed in Italia. Popolazione standard: Italia 2001. Anni 1990-2003. Maschi e femmine**



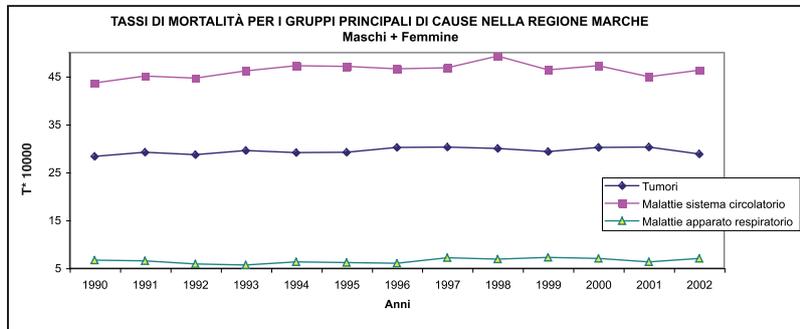
Piccole differenze si notano nei trend temporali della mortalità generale tra le province marchigiane; valori tendenzialmente più bassi si rilevano nella provincia di Macerata ma solo nel sesso maschile (fig. 3.1. 4).

**Figura 3.1.4. Confronto dei tassi standardizzati di mortalità generale per 10.000 tra le province marchigiane. Popolazione standard: Italia 2001. Anni 1991-2002. Maschi e femmine**



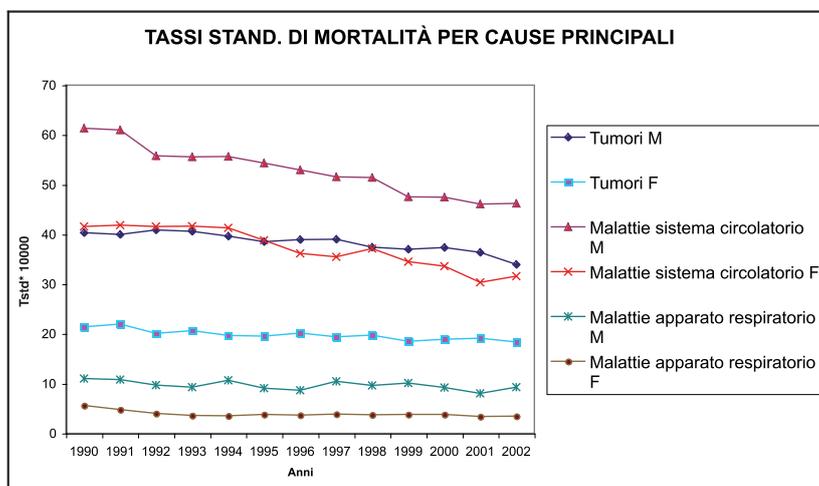
La mortalità per i tre principali gruppi di cause (malattie del sistema circolatorio, neoplasie e malattie dell'apparato respiratorio) presenta tassi grezzi pressoché costanti nel periodo considerato (fig. 3.1. 5).

**Figura 3.1.5. Tassi di mortalità per 10.000 residenti per i tre principali gruppi di patologie. Anni 1990-2002.**



Correggendo questo ultimo dato per l'invecchiamento progressivo della popolazione si rileva, come tasso standardizzato, una spiccata tendenza alla riduzione della mortalità per malattie del sistema circolatorio ed una riduzione, seppure meno marcata, della mortalità per tumori più evidente nel sesso maschile (fig. 3.1. 6).

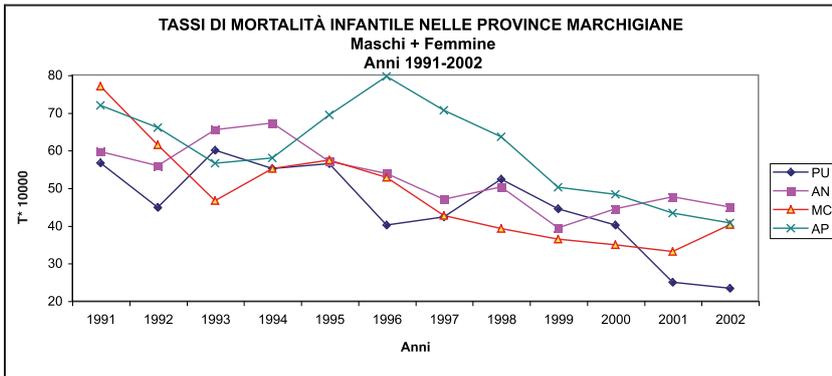
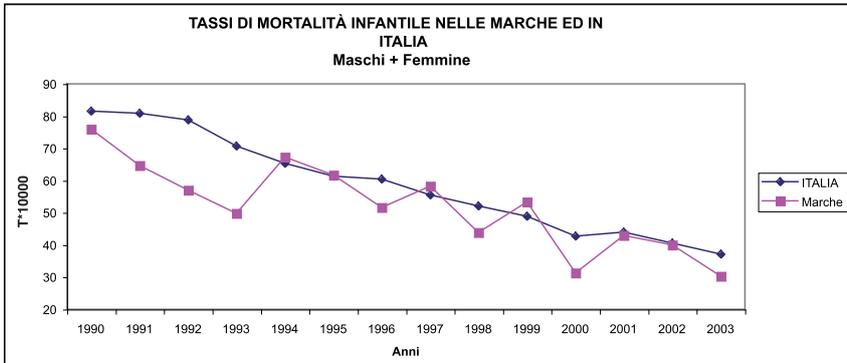
**Figura 3.1.6. Trend temporale dei tassi standardizzati di mortalità generale per 10.000 dei tre principali gruppi di cause di morte. Anni 1990-2002.**



La mortalità infantile è tendenzialmente in diminuzione e negli ultimi anni si è allineata ai valori nazionali. I tassi di mortalità infantile sono abbastanza simili tra le quattro province con valori leggermente più bassi negli ultimi anni per la provincia di Macerata e Pesaro-Urbino (fig. 3.1. 7).

A causa della bassa numerosità dei decessi infantili nella regione il grafico regionale presenta un aspetto irregolare (effetto a denti di sega).

**Figura 3.1.7. Tassi di mortalità infantile per 10.000 residenti nelle Marche. Tasso regionale e tassi provinciali.**



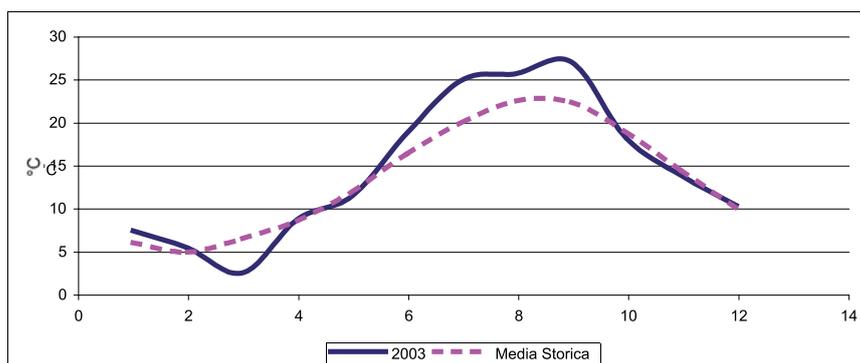
Nel periodo 2001-2004, la regione Marche evidenzia tassi standardizzati di mortalità generale inferiori alle altre regioni italiane (tabb. 3.1. 2, 3 e 4)<sup>7</sup>.

Dalle tabelle suddette si osserva, nel 2003, un marcato incremento della mortalità rispetto all'anno precedente e al successivo con, rispettivamente, 1.174 (7,18%) e 1.265 (7,74%) decessi in più. L'aumento del numero di morti nel 2003 sarebbe verosimilmente da imputare all'anomalia climatica dell'anno che ha fatto registrare un eccesso di mortalità concentrato nei mesi estivi. Ciò spiegherebbe, nelle stesse tabelle, per un fenomeno di "harvesting", la diminuzione del valore assoluto della mortalità generale nel 2004.

I valori medi mensili della temperatura nel 2003 presentano in generale un incremento rispetto alla media storica del periodo 1958/79 (fig. 3.1. 8)<sup>1</sup>. Il fenomeno è risultato particolarmente evidente in estate con un aumento di 4,3°C. In particolare nel mese di agosto si è raggiunta una temperatura media di 27°C (+4,7°C rispetto alla media storica). Il massimo incremento si è verificato nel mese di giugno con +4,9°C.

Durante il periodo estivo sono state registrate frequentemente temperature massime assolute di oltre 40°C lungo la fascia litoranea e medio collinare del territorio marchigiano.

**Figura 3.1.8. Temperature: andamento medio mensile 2003.**



Studi sulla relazione tra temperatura e mortalità hanno evidenziato un andamento a “U”, con tassi di mortalità più accentuati in inverno ed estate e con valori minimi nei giorni con temperatura compresa tra i 20-25°C. Per quello che riguarda le temperature elevate, l’attenzione degli esperti si è incentrata sugli effetti sulla salute provocati dalle cosiddette “ondate di calore”.

Nel periodo da giugno a settembre 2003, nelle Marche, si sono avuti 5.472 decessi con un aumento di 850 casi sullo stesso periodo dell’anno precedente pari ad una variazione del 18,4% (tab. 3.1. 1). In particolare si osserva un aumento della mortalità nel mese di agosto del 39,8%.

**Tabella 3.1.1. Morti nel 2002 e 2003. Differenze in valore assoluto e variazione percentuale\***

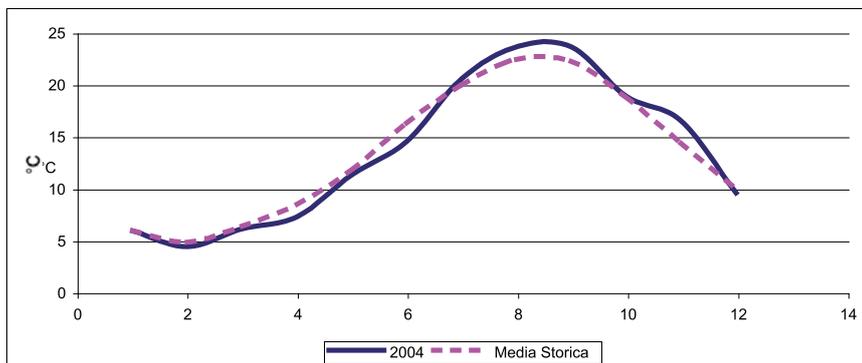
Mesi	2002	2003	Variazione 2003/2002	
			val. ass.	%
Giugno	1267	1397	130	10,3
Luglio	1242	1402	160	12,9
Agosto	1054	1473	419	39,8
Settembre	1059	1200	141	13,3
Totale periodo	4622	5472	850	18,4
Resto dell’anno	10597	10912	315	3,0
Totale anno	15219	16384	1165	7,7

\* Fonte Bilancio demografico regionale Marche – Anno 2003, ISTAT Ufficio Regionale per le Marche, 26 luglio 2004

Nel 2004 la temperatura media annua calcolata sul territorio regionale è stata di 13,5 °C molto vicina ai 13,4°C della media ventennale; il valore registrato in questo anno è il più basso dal 1998 ad oggi, periodo in cui la media annua ha toccato i 14,4 – 14,5 °C nel 2000, 2001, 2003.

Le temperature medie mensili più elevate (23,7 °C) nell’anno 2004 sono state raggiunte in luglio ed agosto mentre in giugno si è avuto il maggior incremento termico (+4,3 °C) rispetto all’anno precedente. Nei mesi estivi le temperature sono state lievemente al di sopra della media storica, tuttavia i mesi maggio-agosto hanno registrato valori inferiori ai corrispondenti mesi dell’anno 2003 (figg. 3.1.8-9).

**Figura 3.1.9. Temperature: andamento medio mensile 2004.**



Se vengono confrontati i decessi del 2004 con quelli del 2002 (15.088 contro 15.179) si osserva una riduzione della loro numerosità (tab. 3.1.2) che, se pur contenuta (91 in meno), rispetta il trend di decremento della mortalità regionale.

**Tabella 3.1.2. Graduatorie annuali delle Regioni italiane ordinate per decessi e tassi standardizzati per 10.000 (Tstd\*10000) di mortalità generale. Anni 2001-2004. (a)**

n.	2001			2002			2003			2004		
	Regione di decesso	Decessi	Tstd* 10000	Regione di decesso	Decessi	Tstd* 10000	Regione di decesso	Decessi	Tstd* 10000	Regione di decesso	Decessi	Tstd* 10000
1	Marche	15.077	68,06	Marche	15.179	66,43	Marche	16.353	69,53	Marche	15.088	63,54
2	Abruzzo	12.513	71,43	Trento	4.404	69,09	Abruzzo	12.942	69,70	Abruzzo	12.356	65,68
3	Bolzano-Bozen	3.647	71,85	Trentino-Alto Adige	8.124	70,35	Basilicata	5.442	71,90	Toscana	39.108	66,41
4	Trentino-Alto Adige	8.187	72,63	Molise	3.312	70,98	Trento	4.705	72,14	Trento	4.404	66,44
5	Molise	3.344	72,67	Toscana	40.652	71,81	Molise	3.441	72,22	Veneto	41.286	66,86
6	Toscana	40.589	73,02	Bolzano-Bozen	3.720	72,00	Umbria	9.804	72,47	Umbria	9.218	66,86
7	Veneto	41.743	73,11	Basilicata	5.287	72,01	Veneto	43.820	72,52	Puglia	30.960	67,36
8	Trento	4.540	73,22	Veneto	42.494	72,29	Toscana	42.603	73,28	Calabria	16.597	68,41
9	Basilicata	5.269	73,26	Umbria	9.494	72,40	Trentino-Alto Adige	8.695	73,75	Trentino-Alto Adige	8.249	68,56
10	Umbria	9.466	73,58	Calabria	16.771	72,42	Calabria	17.621	74,21	Emilia Romagna	45.661	68,64
11	Piemonte	48.509	73,58	Emilia Romagna	46.483	72,85	Lazio	47.899	75,15	Basilicata	5.295	69,18
12	Emilia Romagna	46.296	74,18	Abruzzo	13.102	73,00	Emilia Romagna	49.323	75,25	Lombardia	82.679	69,43
13	Puglia	31.571	74,55	Puglia	31.886	73,49	Puglia	33.847	75,38	Liguria	20.338	69,68
14	Calabria	16.985	74,73	Lombardia	85.030	74,77	Bolzano-Bozen	3.990	75,63	Sardegna	13.509	70,16
15	ITALIA	554.410	75,36	Sardegna	13.853	75,28	Friuli-Venezia Giulia	14.402	76,02	ITALIA	540.934	70,16
16	Lombardia	84.820	76,53	ITALIA	558.053	75,61	ITALIA	583.060	76,91	Molise	3.374	70,54
17	Sardegna	13.807	77,18	Liguria	21.650	76,12	Lombardia	90.401	77,29	Friuli-Venezia Giulia	13.481	70,62
18	Friuli-Venezia Giulia	14.205	78,04	Friuli-Venezia Giulia	14.310	76,89	Sardegna	14.606	77,48	Bolzano-Bozen	3.845	71,09
19	Liguria	21.962	78,12	Piemonte	48.524	77,95	Liguria	23.017	79,38	Piemonte	46.217	71,84
20	Lazio	48.517	79,64	Lazio	48.732	78,82	Piemonte	51.026	80,78	Lazio	46.931	72,37
21	Sicilia	44.659	80,81	Sicilia	45.471	80,55	Valle d'Aosta	1.332	81,34	Valle d'Aosta	1.230	75,15
22	Valle d'Aosta	1.291	82,70	Valle d'Aosta	1.341	84,68	Sicilia	48.157	82,95	Sicilia	44.826	75,77
23	Campania	45.600	87,32	Campania	46.358	86,49	Campania	48.329	87,37	Campania	44.531	78,49

(a) Sono esclusi i morti a meno di un anno di vita. Anni 2003-2004: dati provvisori per regione fatta eccezione per le province autonome di Trento e Bolzano-Bozen, i cui dati sono definitivi.

**Tabella 3.1.3 Graduatorie annuali delle Regioni italiane ordinate per tassi standardizzati\* per 10.000 (Tstd\*10000) di mortalità generale. Sesso maschile. Anni 2001-2004. (a)**

n.	2001		2002		2003		2004	
	Regione di decesso	Tstd* 10000						
1	Marche	90,81	Marche	88,42	Abruzzo	90,91	Marche	84,54
2	Calabria	92,51	Molise	91,37	Marche	91,4	Puglia	86,48
3	Basilicata	95,35	Calabria	91,58	Molise	91,75	Calabria	86,68
4	Molise	95,84	Basilicata	93,44	Basilicata	92,15	Basilicata	87,34
5	Puglia	95,88	Puglia	93,52	Calabria	92,73	Abruzzo	87,83
6	Abruzzo	96,28	Toscana	95,37	Toscana	96,19	Toscana	88,45
7	Toscana	97,6	Umbria	95,95	Puglia	96,84	Umbria	88,63
8	Bolzano-Bozen	97,67	Abruzzo	96,78	Umbria	97,49	Emilia-Romagna	90,85
9	Piemonte	97,87	Emilia-Romagna	97,36	Lazio	98,7	Veneto	92,21
10	Umbria	98,2	Bolzano-Bozen	97,44	Veneto	98,88	Sardegna	92,46
11	Emilia-Romagna	98,25	Trentino-Alto Adige	98,25	Emilia-Romagna	99,6	Trento	92,63
12	ITALIA	99,2	Sardegna	98,27	Trento	100,82	ITALIA	92,96
13	Sicilia	100,1	Trento	99,06	Sardegna	101	Molise	93,16
14	Veneto	101	ITALIA	99,85	ITALIA	101,03	Liguria	93,93
15	Trentino-Alto Adige	102,74	Veneto	100,46	Trentino-Alto Adige	101,5	Trentino-Alto Adige	94,03
16	Sardegna	103,21	Sicilia	100,72	Bolzano-Bozen	102,26	Friuli-Venezia Giulia	94,73
17	Lazio	104,48	Lazio	101,88	Sicilia	102,7	Lombardia	95,24
18	Liguria	105,06	Liguria	102,08	Liguria	103,64	Sicilia	95,25
19	Lombardia	105,55	Lombardia	102,35	Lombardia	105,13	Lazio	95,56
20	Trento	106,93	Piemonte	103,03	Friuli-Venezia Giulia	105,15	Bolzano-Bozen	95,76
21	Friuli-Venezia Giulia	107,98	Friuli-Venezia Giulia	104,66	Piemonte	105,93	Piemonte	95,82
22	Campania	112,6	Campania	110,54	Valle d'Aosta	109,96	Valle d'Aosta	100,22
23	Valle d'Aosta	113,29	Valle d'Aosta	115,77	Campania	112,14	Campania	101,01

**Tabella 3.1.4. Graduatorie annuali delle Regioni italiane ordinate per tassi standardizzati per 10.000 (Tstd\*10000) di mortalità generale. Sesso femminile. Anni 2001-2004. (a)**

n.	2001		2002		2003		2004	
	Regione di decesso	Tstd* 10000						
1	Trento	50,60	Trento	49,25	Trento	52,86	Trento	48,81
2	<b>Marche</b>	<b>51,74</b>	<b>Marche</b>	<b>50,29</b>	<b>Marche</b>	<b>53,28</b>	<b>Marche</b>	<b>48,07</b>
3	Trentino-Alto Adige	52,06	Trentino-Alto Adige	51,33	Abruzzo	53,84	Abruzzo	49,02
4	Abruzzo	52,90	Veneto	53,77	Umbria	53,99	Veneto	49,97
5	Bolzano-Bozen	53,77	Bolzano-Bozen	53,96	Veneto	54,58	Umbria	50,64
6	Veneto	54,42	Abruzzo	54,91	Trentino-Alto Adige	55,14	Toscana	50,67
7	Molise	54,64	Molise	54,98	Basilicata	55,60	Trentino-Alto Adige	51,10
8	Toscana	55,24	Toscana	55,07	Molise	56,71	Lombardia	52,46
9	Umbria	55,30	Umbria	55,08	Friuli-Venezia Giulia	56,76	Emilia-Romagna	52,68
10	Basilicata	55,53	Basilicata	55,10	Toscana	56,86	Sardegna	52,77
11	Piemonte	56,42	Emilia-Romagna	55,12	Emilia-Romagna	57,73	Liguria	52,98
12	Emilia-Romagna	56,75	Lombardia	56,99	Bolzano-Bozen	57,89	Molise	52,98
13	Sardegna	57,28	Sardegna	57,33	Lazio	58,32	Puglia	53,13
14	Lombardia	57,84	Calabria	57,56	Valle d'Aosta	58,86	Bolzano-Bozen	53,83
15	<b>ITALIA</b>	<b>58,10</b>	Friuli-Venezia Giulia	58,23	Sardegna	59,21	<b>ITALIA</b>	<b>53,93</b>
16	Friuli-Venezia Giulia	58,11	<b>ITALIA</b>	<b>58,41</b>	Lombardia	59,29	Calabria	54,28
17	Puglia	58,96	Liguria	58,41	Puglia	59,51	Basilicata	54,68
18	Liguria	60,04	Puglia	58,55	Calabria	59,70	Friuli-Venezia Giulia	54,74
19	Calabria	60,76	Piemonte	60,55	<b>ITALIA</b>	<b>59,76</b>	Piemonte	55,18
20	Lazio	61,87	Lazio	62,05	Liguria	62,54	Lazio	55,81
21	Valle d'Aosta	62,10	Valle d'Aosta	62,06	Piemonte	63,14	Valle d'Aosta	56,71
22	Sicilia	66,26	Sicilia	65,22	Sicilia	67,91	Sicilia	60,92
23	Campania	69,27	Campania	68,95	Campania	69,48	Campania	61,93

**Tabella 3.1. 5. Tassi standardizzati\*10000 (Tstd\*10000) delle Regioni italiane per grandi gruppi di cause – Anni 2001-2004.**

Regione di decesso	Malattie del sistema circolatorio				Malattie dell'apparato respiratorio				Tumori			
	Tstd*10000				Tstd*10000				Tstd*10000			
	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004
Piemonte	27,8	30,0	31,2	27,2	4,4	5,3	6,0	4,9	24,8	24,7	24,5	24,6
Valle d'Aosta	30,6	31,2	30,6	24,8	5,6	6,4	4,3	4,3	23,4	27,6	25,7	27,7
Lombardia	28,6	28,0	28,6	25,0	4,3	4,6	5,3	4,0	27,9	26,9	26,9	26,4
Trentino-Alto Adige	30,7	29,5	30,2	27,2	4,7	4,7	5,3	4,9	24,4	23,2	24,1	23,6
Trento	32,2	28,6	30,0	26,0	4,4	4,4	5,0	4,7	24,4	23,6	23,8	23,3
Bolzano-Bozen	28,9	30,6	30,3	28,7	5,0	5,1	5,6	5,1	24,6	22,8	24,5	23,9
Veneto	27,8	27,6	27,5	24,7	4,4	4,3	4,5	4,2	25,0	24,7	23,8	23,5
Friuli-Venezia Giulia	28,5	28,2	28,1	25,8	4,3	4,9	5,0	4,5	27,5	27,5	25,8	24,7
Liguria	28,4	28,1	29,6	25,2	4,0	4,1	4,8	3,5	25,2	24,5	24,6	23,2
Emilia Romagna	28,4	27,8	28,8	25,9	4,1	4,2	4,8	3,9	25,3	24,8	24,6	24,0
Toscana	29,1	28,5	29,1	25,6	4,1	4,1	5,0	3,8	23,9	23,5	23,3	23,1
Umbria	30,7	29,7	30,2	27,5	4,2	4,1	4,5	3,7	23,5	22,7	22,2	22,5
<b>Marche</b>	<b>27,6</b>	<b>27,7</b>	<b>29,0</b>	<b>24,6</b>	<b>3,8</b>	<b>4,1</b>	<b>4,6</b>	<b>3,6</b>	<b>22,2</b>	<b>21,0</b>	<b>21,0</b>	<b>21,6</b>
Lazio	32,6	32,1	30,0	28,6	4,2	4,3	4,8	3,7	24,7	24,5	23,1	23,6
Abruzzo	29,5	29,9	29,2	27,5	4,5	4,7	4,6	4,2	20,5	21,0	19,2	17,5
Molise	31,7	32,0	34,3	29,3	3,6	3,5	4,0	4,5	19,5	17,9	17,6	19,7
Campania	38,9	38,5	38,7	33,2	5,1	5,1	5,7	4,4	23,8	23,4	23,0	22,4
Puglia	30,0	29,6	30,5	25,8	5,0	5,2	6,0	4,0	22,2	21,4	20,7	20,6
Basilicata	32,0	32,0	32,2	30,0	4,6	4,4	5,6	3,9	18,9	18,7	17,6	19,0
Calabria	35,7	34,4	34,9	30,2	4,1	4,3	5,2	4,0	18,0	17,2	16,9	17,6
Sicilia	36,7	36,1	37,6	33,1	4,8	4,8	5,7	4,5	20,5	20,6	20,4	20,6
Sardegna	29,1	28,1	28,9	24,9	4,9	5,3	6,3	4,8	23,8	22,5	21,6	22,3
ITALIA	30,1	30,4	30,8	27,3	4,3	4,6	5,2	4,1	24,1	23,8	23,3	23,1

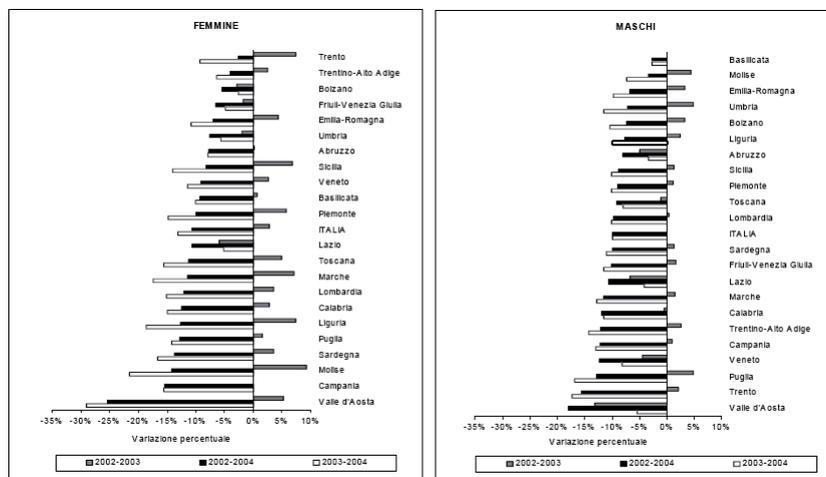
Il gruppo delle malattie del sistema circolatorio e quello delle malattie dell'apparato respiratorio mostrano, negli anni 2001-2004, tassi specifici di mortalità che riflettono l'andamento già evidenziato dalla mortalità generale nello stesso periodo. Anche in questi gruppi di patologie, infatti, si nota un incremento dell'occorrenza dell'evento sanitario nell'anno 2003 (tab. 3.1. 5). Nel 2004, invece, è rilevabile una diminuzione della mortalità rispetto all'anno precedente. Dissimile è la situazione per la mortalità nel gruppo delle neoplasie dove i tassi standardizzati non mostrano alcun incremento nel 2003. E' di interesse, invece, la loro lieve inversione di tendenza, registrata nel 2004, con un andamento crescente che interrompe quello costante dei due anni precedenti (tab. 3.1.5).

Tale evidenza può trovare una spiegazione nei dati che provengono dalla letteratura scientifica in cui si osserva una relazione tra "ondate di calore" e incrementi di mortalità per cause cardiovascolari, cerebrovascolari e respiratorie<sup>2-5</sup>. L'incremento della mortalità per tumori va studiata meglio su un più lungo periodo in quanto, ad un riconosciuto aumento dell'incidenza dei tumori, indipendentemente dalle classi di età<sup>8</sup>, corrisponde attualmente una minore mortalità per diagnosi più precoci e terapie più efficaci.

In genere le cause di mortalità che mostrano le maggiori differenze tra gli uomini e le donne sono le malattie del sistema circolatorio. Il confronto tra regioni per questo gruppo di cause fa registrare per le donne, che come noto hanno rischi di mortalità più bassi, rialzi nel 2002-2003 nonché riduzioni nel 2003-2004 (fig. 3.1.10).

Le spiegazioni dell'evoluzione della mortalità, in termini di variazioni regionali e di sesso osservate, vanno ricercate in molteplici fattori di natura ambientale, sociale e sanitaria le cui relazioni sono talvolta poco conosciute.

**Figura 3.1.10. Variazione dei tassi standardizzati di mortalità delle malattie del sistema circolatorio oltre il primo anno di vita per regione e sesso - Anni 2002-2003, 2002-2004, 2003-2004\* (dati provvisori; valori percentuali).**



\* Fonte: ISTAT. Stime preliminari della mortalità per causa nelle regioni italiane. Anno 2004. Informazioni n. 1 – 2007

Risultati leggermente diversi si rilevano per la mortalità infantile dove le Marche si posizionano nel 2003 al 5<sup>o</sup> posto; in posizione più favorevole rispetto alla media nazionale ed al valore medio delle regioni del centro Italia (tab. 3.1. 6).

**Tabella 3.1.6. Regioni italiane ordinate per tassi di mortalità infantile. Maschi + femmine anno 2003.**

TASSO DI MORTALITÀ INFANTILE		
n.	Aree	2003
1	Toscana	23,79
2	Friuli V.G.	24,36
3	Molise	26,81
4	Veneto	28,01
<b>5</b>	<b>Marche</b>	<b>30,24</b>
6	Sardegna	30,95
7	Emilia Romagna	31,59
8	Liguria	32,94
9	Lombardia	33,58
10	Abruzzo	33,73
11	Piemonte	33,82
12	Trentino A.A.	36,73
13	ITALIA	37,18
14	Basilicata	37,99
15	Lazio	38,82
16	Campania	40,34
17	Umbria	43,57
18	Puglia	49,06
19	Sicilia	51,45
20	Calabria	51,57
21	Valle d'Aosta	60,82
	Nord Est	29,84
	Nord	32,14
	Centro	33,67
	Nord Ovest	33,82
	Sud	43,41
	Mezzogiorno	44,6
	Isole	47,2

Per quanto concerne la speranza di vita alla nascita si possono fare le seguenti considerazioni.

In Italia, nel 2003, la speranza di vita alla nascita è pari a 77,2 anni per gli uomini e a 82,8 anni per le donne. Rispetto al 2002, gli uomini guadagnano soltanto 0,1 anni in termini di vita media mentre per le donne si registra una perdita di 0,2 anni. La relativa frenata della speranza di vita nel corso del 2003 è legata agli eventi di natura climatica già descritti precedentemente; gli eccessi di mortalità sono stati evidenziati soprattutto tra gli anziani e, in particolare, tra le donne che ne rappresentano la maggioranza<sup>6</sup>.

Nel 2004, in virtù di un effetto “selezione” dei soggetti più deboli, prematuramente scomparsi nel 2003, la speranza di vita alla nascita risale ai livelli (record per l'Italia) di 77,7 anni per i maschi e di 83,7 anni per le femmine. Le stime della speranza di vita alla nascita per il 2005 suggerirebbero un ritorno alla crescita regolare conosciuta nel recente passato. La vita media degli uomini raggiunge, infatti, i 77,6 anni (-0,1 rispetto all'eccezionale 2004 ma più 0,6 rispetto al 2001), quella delle donne gli 83,2 (-0,5 e +0,4, rispettivamente). A livello territoriale, nel 2005, la regione Marche è la più longeva: gli uomini e le donne hanno una speranza di vita alla nascita rispettivamente di 78,8 e 84,7 anni<sup>9</sup>.

## Bibliografia

<sup>1</sup>ASSAM. Andamento meteorologico 2003-2004. Disponibile online all'indirizzo <http://meteo.regione.marche.it/assam/> (ultimo accesso 29/01/2007).

<sup>2</sup>Belmin J. The consequences of the heat wave in August 2003 on the mortality of the elderly. The first overview Presse Med. 2003 Oct 18;32(34):1591-4.

<sup>3</sup>Bouchama A. The 2003 European heat wave. Intensive Care Med. 2004 Jan;30(1): 1-3.

<sup>4</sup>Bouchama A, Knochel JP. Heat stroke. N Engl J Med. 2002 Jun 20;346(25): 1978-88.

<sup>5</sup>Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Impact of heat waves on mortality--Rome, Italy, June-August 2003. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2004 May 7;53(17):369-71.

<sup>6</sup>ISTAT . Tavole di mortalità della popolazione residente Anno 2003. Nota Informativa, 24 ottobre 2006.

<sup>7</sup>ISTAT. Stime preliminari della mortalità per causa nelle regioni italiane. Anno 2004. Informazioni n. 1 – 2007.

<sup>8</sup>Newby JA, Howard CV. Environmental Influences in Cancer Aetiology. J Nutri and Environ Med. 2006, 1-59.

<sup>9</sup>ISTAT. Indicatori demografici. Anno 2005. Nota informativa, 24 aprile 2006.

### 3.2 LA MORTALITÀ EVITABILE

#### La fonte informative

- Atlante ERA (Epidemiologia e Ricerca Applicata) 2006. Mortalità evitabile e contesto demografico per USL.

La Mortalità evitabile è un indicatore sentinella che considera l'evento morte quando esso si verifichi nella fascia d'età compresa fra i 5 e i 69 anni e quando esso sia determinato da cause che possono essere attivamente contrastate attraverso politiche sanitarie efficaci. Non è un caso, evidentemente, che nel corso degli ultimi anni le morti evitabili siano progressivamente diminuite (tabella 3.2. 1).

**Tabella 3.2.1 – Mortalità evitabile in Italia**

	Morti v.a.	Variazioni cumulate	
		assolute	%
1995	84.929		
1996	82.033	- 2.896	- 3,4
1997	80.693	- 4.236	- 5,0
1998	78.974	- 5.955	- 7,0
1999	74.821	- 10.108	- 11,9
2000	72.066	- 12.863	- 15,1
2001	69.811	- 15.118	- 17,8
2002	68.771	- 16.158	- 19,0

Fonte: elaborazione ERA su dati Istat

L'indicatore appositamente costruito per classificare Regioni e AUSL sulla scorta del dato di Mortalità evitabile è il numero medio di giorni perduti ogni anno per decessi evitabili (per abitante in età compresa fra i 5 e i 69 anni).

L'indicatore dei giorni perduti per mortalità evitabile è sintetizzato a livello regionale nella tabella 3.2. 2, dove si riportano i dati del triennio di riferimento per la classifica 2005 sullo stato di salute (2000-02) e il confronto con il triennio 1996-98.

La regione Marche risulta in posizione estremamente favorevole e figura in testa alla classifica dei minor giorni perduti per cause evitabili. Nel confronto fra i trienni in studio emerge un evidente miglioramento generale dell'indicatore. I giorni perduti per mortalità evitabile nelle Marche passano da 10,0 a 9,9, con una riduzione di circa un punto percentuale.

**Tabella 3.2.2 – Giorni perduti per cause evitabili pro capite (5-69 anni) e Regione. Trienni 2000-02 e 1996-98**

	2000-2002 [a]	1996-1998 [b]	Differenza [a] – [b]
<b>Marche</b>	<b>9,9</b>	<b>10,0</b>	<b>- 0,1</b>
Liguria	9,9	10,0	- 0,1
Toscana	10,0	10,0	-
Calabria	10,0	10,6	- 0,6
Umbria	10,0	10,7	- 0,7
Puglia	10,2	10,6	- 0,4
Abruzzo	10,4	10,0	+ 0,4
Basilicata	10,6	11,1	- 0,5
Sicilia	10,6	11,1	- 0,5
Molise	10,9	11,6	- 0,7
Lazio	11,1	11,1	-
Veneto	11,2	12,1	- 0,9
Emilia Romagna	11,3	11,9	- 0,6
Lombardia	11,5	12,3	- 0,8
Campania	11,6	12,4	- 0,8
Trentino A. Adige	11,9	12,9	- 1,0
Friuli V. Giulia	12,1	13,5	- 1,4
Sardegna	12,1	12,9	- 0,8
Piemonte	12,2	12,7	- 0,5
Valle d'Aosta	15,7	15,0	+ 0,7
<b>Italia</b>	<b>11,1</b>	<b>11,6</b>	<b>- 0,5</b>

Fonte: elaborazione ERA su dati Istat

Nella tabella 3.2.3 viene riportato lo stesso indicatore con la possibilità di osservare quanto incidano le singole cause che determinano il complesso dei giorni perduti per cause evitabili, e quale peso abbiano le tipologie di intervento per contrastare attivamente le morti evitabili (prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene e assistenza sanitaria).

Si noti come in nessuna regione italiana i giorni perduti per mancata “prevenzione primaria” scendano al di sotto del 50% del totale dei giorni persi per

mortalità evitabile. Dalla lettura di questi dati si evince come nella regione Marche circa il 65% delle morti evitabili (6,4 giorni perduti per cause evitabili su un totale di 9,86) sarebbe attivamente contrastabile attraverso politiche pubbliche di prevenzione primaria.

Solo per la causa “traumatismi e avvelenamenti” il dato regionale si presenta in eccesso rispetto al dato medio nazionale (3,59 vs 3,25).

Le tabelle successive (tabelle 3.2. 4 e 5) consentono di approfondire l'analisi dei dati relativi alla regione Marche scendendo nel dettaglio provinciale e zonale. Le quattro province regionali mostrano un dato generale inferiore a quello medio nazionale, con il massimo divario registrato fra le province di Macerata (9,36 giorni perduti) e Pesaro Urbino (10,80).

**Tabella 3.2.3 - Giorni perduti per cause evitabili pro capite (5-69 anni) e Regione.**

Regioni	Posizione in classifica	Tutte le cause	Tumori *	Sistema cardiocircolatorio *	Traumatismi e avvelenamenti *	Altre cause *	Prevenzione primaria **	Diagnosi precoce e terapia **	Igiene e assistenza sanitaria **
Piemonte	20	12,25	4,41	2,79	4,18	0,87	8,08	1,29	2,89
Valle d'Aosta	21	15,74	5,17	3,21	5,99	1,36	11,05	1,36	3,33
Lombardia	14	11,48	4,72	2,62	3,35	0,78	7,39	1,28	2,81
p.a. Bolzano	19	12,18	3,51	2,30	5,38	1,00	8,50	1,04	2,64
p.a. Trento	15	11,52	4,58	2,45	3,62	0,87	7,69	1,16	2,68
Veneto	12	11,17	4,37	2,23	3,88	0,69	7,56	1,21	2,39
Friuli V. Giulia	17	12,06	4,67	2,56	3,98	0,85	8,06	1,44	2,56
Liguria	2	9,95	4,48	2,44	2,25	0,77	6,02	1,33	2,60
Emilia Romagna	13	11,32	4,02	2,59	4,04	0,67	7,42	1,21	2,69
Toscana	3	9,96	3,98	2,27	3,06	0,65	6,39	1,19	2,38
Umbria	5	10,01	3,47	2,56	3,37	0,60	6,20	1,19	2,62
<b>Marche</b>	<b>1</b>	<b>9,86</b>	<b>3,48</b>	<b>2,28</b>	<b>3,59</b>	<b>0,52</b>	<b>6,40</b>	<b>1,11</b>	<b>2,35</b>
Lazio	11	11,07	4,35	2,98	3,04	0,71	6,65	1,25	3,17
Abruzzo	7	10,38	3,52	2,70	3,51	0,65	6,47	1,11	2,79
Molise	10	10,94	3,22	3,22	3,76	0,74	6,63	0,91	3,40
Campania	16	11,62	4,87	3,88	2,00	0,87	6,53	1,24	3,86
Puglia	6	10,16	3,94	2,60	2,89	0,73	6,07	1,25	2,84
Basilicata	8	10,61	3,34	3,01	3,47	0,79	6,62	1,02	2,97
Calabria	4	9,97	3,43	3,00	2,83	0,70	5,87	1,06	3,04
Sicilia	9	10,62	3,87	3,36	2,67	0,72	6,14	1,22	3,26
Sardegna	18	12,10	4,49	2,61	4,08	0,93	7,90	1,22	2,99
<b>Italia</b>		<b>11,1</b>	<b>4,26</b>	<b>2,81</b>	<b>3,25</b>	<b>0,75</b>	<b>6,92</b>	<b>1,23</b>	<b>2,92</b>

Scendendo al dettaglio zonale le differenze riscontrabili fra differenti territori sono amplificate. La ZT 8 di Civitanova Marche (8,37 - 3<sup>A</sup> nella classifica generale delle ASL) occupa la prima posizione e la ZT 2 di Urbino l'ultima (11,90 - 139<sup>A</sup> nella classifica generale delle ASL), con un divario notevole: 3,53 giorni perduti per mortalità evitabile.

**Tabella 3.2.4 - Giorni persi per mortalità evitabile - classifica e indicatori per Provincia**

Province	Posizione in classifica	Tutte le cause	Tumori *	Sistema cardiocircolatorio *	Traumatismi e avvelenamenti *	Altre cause *	Prevenzione primaria **	Diagnosi precoce e terapia **	Igiene e assistenza sanitaria **
Pesaro-Urbino	49	10,8	3,70	2,43	4,14	0,55	7,05	1,13	2,62
Ancona	13	9,65	3,48	2,13	3,47	0,57	6,27	1,11	2,27
Macerata	6	9,36	3,34	2,21	3,31	0,50	5,99	1,14	2,22
Ascoli Piceno	14	9,65	3,37	2,38	3,47	0,43	6,29	1,06	2,30
<b>Marche</b>	<b>1</b>	<b>9,86</b>	<b>3,48</b>	<b>2,28</b>	<b>3,59</b>	<b>0,52</b>	<b>6,40</b>	<b>1,11</b>	<b>2,35</b>
<b>Italia</b>		<b>11,1</b>	<b>4,26</b>	<b>2,81</b>	<b>3,25</b>	<b>0,75</b>	<b>6,92</b>	<b>1,23</b>	<b>2,92</b>

Fonte: Elaborazioni ERA su dati ISTAT - Triennio 2000-2002

\* Giorni persi per causa di morte      \*\* Giorni persi per tipologia di intervento

**Tabella 3.2.5 - Giorni perduti per mortalità evitabile - classifica e indicatori per Zona Territoriale (ZT)**

ZT	Posizione in classifica	Tutte le cause	Tumori *	Sistema cardiocircolatorio *	Traumatismi e avvelenamenti *	Altre cause *	Prevenzione primaria **	Diagnosi precoce e terapia **	Igiene e assistenza sanitaria **
Pesaro	56	10,2	3,52	2,22	3,96	0,56	6,74	1,17	2,34
Urbino	139	11,9	3,54	2,56	5,29	0,58	8,08	0,92	2,97
Fano	53	10,2	3,86	2,46	3,45	0,47	6,45	1,21	2,59
Senigallia	77	10,6	3,41	2,37	3,94	0,86	7,36	<b>0,84</b>	2,37
Jesi	<b>9</b>	8,94	3,40	2,04	2,82	0,69	5,60	1,07	2,28
Fabriano	<b>10</b>	9,00	3,39	2,19	2,77	0,64	<b>5,15</b>	1,16	2,68
Ancona	27	9,63	3,51	2,05	3,66	0,41	6,33	1,18	2,13
Civitanova	<b>3</b>	<b>8,37</b>	3,27	<b>2,00</b>	<b>2,64</b>	0,46	5,38	0,95	<b>2,04</b>
Macerata	29	9,64	3,34	2,27	3,59	0,44	6,19	1,30	2,15
Camerino	18	9,49	3,31	2,03	3,43	0,72	6,14	1,12	2,23
Fermo	20	9,57	<b>2,86</b>	2,52	3,75	0,44	6,13	1,00	2,44
S. Benedetto	13	9,20	3,84	2,14	2,91	<b>0,32</b>	5,82	1,16	2,23
Ascoli Piceno	30	9,66	3,46	2,30	3,37	0,53	6,57	0,97	2,11
<b>Marche</b>	<b>1</b>	<b>9,86</b>	<b>3,48</b>	<b>2,28</b>	<b>3,59</b>	<b>0,52</b>	<b>6,40</b>	<b>1,11</b>	<b>2,35</b>
<b>Italia</b>		<b>11,1</b>	<b>4,26</b>	<b>2,81</b>	<b>3,25</b>	<b>0,75</b>	<b>6,92</b>	<b>1,23</b>	<b>2,92</b>

Fonte: Elaborazioni ERA su dati ISTAT - Triennio 2000-2002

\* Giorni perduti per causa di morte      \*\* Giorni perduti per tipologia di intervento

I tassi standardizzati per sesso e causa di mortalità evitabile (calcolati quindi sulla popolazione compresa fra i 5 e i 69 anni, tassi std per 100.000) rispecchiano a grandi linee i dati precedentemente presentati (tabelle 3.2. 6 e 7). Da notare le evidenti differenze riscontrabili fra generi. Queste differenze vanno sostanzialmente attribuite alla differente incidenza delle principali patologie che gravano sulla “prevenzione primaria” e sulla “diagnosi precoce e terapia”.

**Tabella 3.2.6 - Mortalità evitabile 5-69 anni. Tassi standardizzati per sesso e causa (cause evitabili) per Provincia**

Province	Maschi				Femmine			
	Prevenzione primaria	Diagnosi precoce e terapia	Igiene e assistenza sanitaria	Tutte le cause	Prevenzione primaria	Diagnosi precoce e terapia	Igiene e assistenza sanitaria	Tutte le cause
Pesaro U.	93,0	2,2	39,4	134,6	30,3	16,9	14,8	62,0
Ancona	87,1	2,0	37,7	126,8	21,8	17,8	12,3	51,9
Macerata	80,8	1,3	34,6	116,7	25,0	18,7	11,6	55,3
Ascoli P.	85,5	2,7	36,8	125,0	26,4	16,8	13,6	56,8
Marche	86,8	2,1	37,2	126,1	25,6	17,5	13,0	56,1
<b>Italia</b>	<b>99,5</b>	<b>2,5</b>	<b>45,3</b>	<b>147,3</b>	<b>27,2</b>	<b>19,5</b>	<b>16,0</b>	<b>62,7</b>

**Tabella 3.2.7 - Mortalità evitabile 5-69 anni. Tassi standardizzati per sesso e causa (cause evitabili) per Zona Territoriale**

ZT	Maschi				Femmine			
	Prevenzione primaria	Diagnosi precoce e terapia	Igiene e assistenza sanitaria	Tutte le cause	Prevenzione primaria	Diagnosi precoce e terapia	Igiene e assistenza sanitaria	Tutte le cause
Pesaro	86,1	2,6	40,2	128,9	33,1	16,5	9,2	58,8
Urbino	100,7	2,2	39,6	142,5	32,5	15,7	20,2	68,4
Fano	91,9	1,6	37,3	130,8	25,1	17,7	16,7	59,5
Senigallia	103,2	1,1	36,3	140,6	22,4	15,9	13,4	51,7
Jesi	81,6	2,5	38,7	122,8	21,1	17,5	11,7	50,3
Fabriano	75,9	2,5	44,8	123,2	17,3	19,0	13,6	49,9
Ancona	86,1	1,9	35,6	123,6	21,9	18,0	11,5	51,4
Civitanova	71,4	1,1	32,8	105,3	24,9	15,6	9,4	49,9
Macerata	80,2	1,6	32,7	114,5	26,2	21,7	11,2	59,1
Camerino	86,9	0,8	34,3	122,0	25,2	17,3	14,5	57,0
Fermo	78,3	3,2	37,8	119,3	27,9	15,5	13,4	56,8
S. Benedetto	79,4	2,4	34,0	115,8	25,7	18,1	11,6	55,4
Ascoli Piceno	95,4	2,4	36,5	134,3	24,0	15,9	15,5	55,4
Marche	86,8	2,1	37,2	126,1	25,6	17,5	13,0	56,1
<b>Italia</b>	<b>99,5</b>	<b>2,5</b>	<b>45,3</b>	<b>147,3</b>	<b>27,2</b>	<b>19,5</b>	<b>16,0</b>	<b>62,7</b>

Fonte (per entrambe le tabelle): Elaborazioni ERA su dati ISTAT - Triennio 2000-2002

### 3.3 LA MORBOSITÀ (*Ricoveri ospedalieri*)

Occorre premettere che il ruolo dell'ospedale nell'ambito di un sistema sanitario in un paese avanzato è soggetto ad una forte revisione; infatti mentre da un lato occorre garantire una forte riqualificazione delle strutture ospedaliere per garantire prestazioni di elevata specialità (per restare al passo dell'innovazione medica) al contempo si richiede una piena integrazione dall'ospedale con l'assistenza territoriale (assistenza domiciliare, residenzialità, ecc.) per la gestione del crescente numero di pazienti afflitti da patologie croniche.

Nella regione Marche tale intervento di riorganizzazione è già parte degli obiettivi programmatori che in particolare identificano le reti cliniche quale modello di riferimento; tale modello riconosce nella specializzazione dei diversi nodi della rete e nella capacità di ciascun nodo di indirizzare i pazienti verso la struttura specializzata la soluzione alla necessità di sviluppo del sistema e di equità del sistema.

Il passaggio obbligato per un processo di riorganizzazione della funzione ospedaliera è rappresentato dal presidiare l'appropriatezza (ovvero la garanzia di erogare a ciascun paziente l'assistenza necessaria, ovvero le prestazioni di dimostrata efficacia nel *contenitore assistenziale* adeguato) delle prestazioni erogate al fine di liberare le risorse da destinare all'innovazione. Su tale tema nelle Marche si sono realizzati i maggiori interventi (e raccolti i risultati) con una drastica riduzione del numero di ricoveri e delle giornate per alcune tipologie di ricoveri a rischio di utilizzo inappropriato dell'ospedale. In particolare si segnala l'azione sviluppata per la garanzia di un utilizzo uniforme a livello regionale ed appropriato del regime del day hospital in ambito medico e della day surgery o one day surgery (ovvero ricoveri diurni o al massimo con una notte di ricovero) per gli interventi di chirurgia minore.

D'altra parte occorre evidenziare che permangono forti disomogeneità tra le diverse Zone nell'utilizzo dell'ospedale. Analizzando i dati relativi ai ricoveri per mille abitanti (tasso di ospedalizzazione) nel 2005 si evidenziano valori che da Zona a Zona variano da un massimo di 204 per mille abitanti a un minimo di 164 (si consideri che il dato migliore è in linea con le indicazioni nazionali sul livello di ospedalizzazione ottimale).

Rimane la criticità relativa al ricorso al ricovero in età pediatrica che registra un ampio divario tra le diverse realtà regionali, segno della necessità di far maturare un nuovo modello di assistenza in età pediatrica che a fronte della

garanzia della continuità dell'assistenza consente di evitare il ricovero ospedaliero.

Significativo è anche il divario nel ricorso al ricovero in ambito psichiatrico con valori di ricoveri per mille abitanti che passano da 1,1 a 5,0; anche in questo caso si evidenzia l'importanza di favorire modelli assistenziali legati all'assistenza ambulatoriale e alla presa in carico del paziente.

La lettura delle tipologie di patologie / interventi che determinano il ricovero (aggragate secondo i DRG) mostrano il forte impatto di patologie cronico degenerative (chemioterapie, insufficienza cardiaca, patologie cerebrovascolari, patologia articolare); da segnalare il dato relativo al parto cesareo per elevata cesarizzazione nelle strutture regionali.

*I dati specifici relativi ai Ricoveri Ospedalieri sono inseriti nei capitoli specifici relativi alle diverse patologie. Di seguito si riportano alcune Tabelle riepilogative dei consumi attività di ricovero per tipologia*

**Tabella 3.3.1 - Consumi attività di ricovero per acuti, per area territoriale. Anno 2005**

		Ricoveri per acuti°					
		Tasso stand osp			GG deg / popol		
		Reg	Extra	Tot	Reg	Extra	Tot
ZT 1	Pesaro	151,1	37,8	188,9	772,5	144,9	917,4
ZT 2	Urbino	140,4	32,6	172,9	709,6	124,9	834,6
ZT 3	Fano	165,2	19,4	184,6	834,1	81,5	915,6
ZT 4	Senigallia	170,0	14,0	184,0	833,1	60,8	893,9
ZT 5	Jesi	181,5	11,7	193,2	908,1	50,2	958,3
ZT 6	Fabriano	167,1	19,0	186,1	787,4	80,8	868,2
ZT 7	Ancona	176,6	12,1	188,7	884,1	48,0	932,2
ZT 8	Civitanova M	166,9	14,0	181,0	895,3	55,5	950,8
ZT 9	Macerata	145,2	18,9	164,0	791,2	69,3	860,6
ZT 10	Camerino	167,2	20,0	187,2	831,8	77,9	909,7
ZT 11	Fermo	170,4	18,8	189,2	914,2	74,9	989,1
ZT 12	San Benedetto	174,1	30,4	204,6	894,3	128,5	1022,8
ZT 13	Ascoli Piceno	167,6	26,6	194,2	876,3	122,5	998,8

° escluse le dimissioni da lungodegenza, riabilitazione, psichiatria e il DRG 391 (neonato sano)

**Tabella 3.3.2 - Consumi attività di ricovero per lungodegenza, per area territoriale. Anno 2003**

		Ricoveri lungodegenza*					
		Tasso stand osp			GG deg / popol		
		Reg	Extra	Tot	Reg	Extra	Tot
ZT 1	Pesaro	1,4	0,2	1,6	33,3	5,7	39,2
ZT 2	Urbino	4,5	0,1	4,6	82,2	3,1	26,6
ZT 3	Fano	4,9	0,0	4,9	86,5	0,5	32,6
ZT 4	Senigallia	3,0	0,1	3,1	74,3	1,4	46,9
ZT 5	Jesi	1,8	0,0	1,8	67,9	0,2	71,0
ZT 6	Fabriano	1,2	0,0	1,2	48,1	2,6	26,8
ZT 7	Ancona	2,7	0,0	2,8	64,3	1,3	69,3
ZT 8	Civitanova M	1,5	0,0	1,5	30,8	1,1	45,2
ZT 9	Macerata	2,8	0,0	2,8	73,4	0,7	41,9
ZT 10	Camerino	1,6	0,0	1,6	27,1	1,2	17,1
ZT 11	Fermo	0,1	0,0	0,2	3,3	1,5	32,3
ZT 12	San Benedetto	1,2	0,0	1,2	28,1	1,1	61,6
ZT 13	Ascoli Piceno	0,6	0,0	0,6	16,6	0,2	89,4

\* Le dimissioni dalle strutture San Giuseppe, Villa Jolanda e Villa Silvia con codice di lungodegenza sono state attribuite alla psichiatria

**Tabella 3.3.3 - Consumi attività di ricovero per riabilitazione, per area territoriale. Anno 2005**

		Ricoveri riabilitazione					
		Tasso stand osp			GG deg / popol		
		Reg	Extra	Tot	Reg	Extra	Tot
ZT 1	Pesaro	0,3	2,6	2,9	7,6	62,0	69,6
ZT 2	Urbino	0,4	1,7	2,1	8,3	41,6	49,9
ZT 3	Fano	1,8	1,6	3,4	51,5	27,6	79,1
ZT 4	Senigallia	1,4	0,7	2,1	40,5	19,3	59,8
ZT 5	Jesi	1,7	0,5	2,2	47,0	10,7	57,7
ZT 6	Fabriano	2,6	2,5	5,1	81,7	18,4	100,1
ZT 7	Ancona	3,6	0,6	4,2	87,1	9,8	97,0
ZT 8	Civitanova M	2,7	0,7	3,4	87,7	12,4	100,1
ZT 9	Macerata	1,7	0,8	2,5	49,6	14,8	64,4
ZT 10	Camerino	1,1	1,5	2,6	32,3	22,4	54,7
ZT 11	Fermo	2,7	1,5	4,2	76,7	24,2	100,9
ZT 12	San Benedetto	2,7	3,2	5,9	35,8	42,4	78,2
ZT 13	Ascoli Piceno	1,2	1,7	3,0	37,6	27,0	64,6

**Tabella 3.3.4 - Consumi attività di ricovero per psichiatria, per area territoriale. Anno 2005**

		Ricoveri psichiatria*					
		Tasso stand osp			GG deg / popol		
		Reg	Extra	Tot	Reg	Extra	Tot
ZT 1	Pesaro	2,9	0,6	3,5	6,7	39,0	45,9
ZT 2	Urbino	1,9	0,2	2,1	2,8	85,4	29,4
ZT 3	Fano	2,6	0,2	2,7	2,4	87,0	35,0
ZT 4	Senigallia	2,6	0,2	2,8	1,3	75,6	48,2
ZT 5	Jesi	3,2	0,1	3,3	1,8	68,1	72,8
ZT 6	Fabriano	1,1	0,1	1,2	2,2	50,7	29,1
ZT 7	Ancona	3,2	0,2	3,4	1,5	65,7	70,8
ZT 8	Civitanova M	2,4	0,2	2,6	1,3	31,9	46,5
ZT 9	Macerata	2,6	0,1	2,7	1,5	74,1	43,3
ZT 10	Camerino	1,1	0,2	1,3	1,8	28,3	18,9
ZT 11	Fermo	4,2	0,1	4,2	1,1	4,9	33,5
ZT 12	San Benedetto	4,4	0,5	4,9	5,4	29,2	67,0
ZT 13	Ascoli Piceno	5,0	0,3	5,3	2,7	16,8	92,1

\* Le dimissioni dalle strutture San Giuseppe, Villa Jolanda e Villa Silvia con codice di lungodegenza sono state attribuite alla psichiatria

**Tabella 3.3.5 - Consumi attività di ricovero per i primi 20 DRG in regime ordinario. Anno 2005**

DRG aggregati	Strutture regionali		Strutture extraregionali		Totale	
	Nro	GG ord	Nro	GG ord	Nro	GG ord
interventi sul cristallino con o senza vitrectomia - drg 39	15723	1895	842	224	16565	2119
chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta - drg 410	7323	6046	851	1764	8174	7810
insufficienza cardiaca e shock - drg 127	7082	72025	139	1316	7221	73341
interventi per ernia inguinale e femorale, eta' > 17 - drg 161 + 162	4827	4979	151	293	4978	5272
malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio - drg 14	4737	65125	97	1255	4834	66380
aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia - drg 381	4236	2100	393	160	4629	2260
interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne - drg 358 + 359	3845	13673	535	1225	4380	14898
parto cesareo senza cc - drg 371	4076	19744	228	1229	4304	20973
interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori - drg 209	3200	37983	983	9823	4183	47806
interventi sul ginocchio drg 221+222	2801	2586	1356	1765	4157	4351
aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca - drg 138 + 139	3863	17402	155	551	4018	17953
polmonite semplice e pleurite, eta' > 17 - drg 89 + 90	3659	44034	76	811	3735	44845
legatura e stripping di vene - drg 119	3115	2434	287	235	3402	2669
psicosi - drg 430	2880	44971	323	4111	3203	49082
malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco - drg 124 + 125	2407	13361	679	1985	3086	15346
malattia polmonare cronica ostruttiva - drg 88	2801	26216	110	968	2911	27184
attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali - drg 15	2728	22015	148	429	2876	22444
malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto - drg 121 + 122 + 123	2657	23768	67	464	2724	24232
esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, eta' > 17 - drg 182 + 183	2426	14804	268	988	2694	15792
decompressione del tunnel carpale - drg 4	2120	187	487	75	2607	262

Nota: numero di ricoveri e giornate di degenza ordinaria consumate – esclusi i DRG di neonato sano e parto vaginale.

### **3.4 IL PERCORSO NASCITA (indagine 2002)**

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile (P.O.M.I.<sup>13</sup>) relativo al “Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000, dopo aver stabilito nella premessa che “la tutela della salute in ambito materno-infantile costituisce un impegno di valenza strategica dei sistemi socio-sanitari per il riflesso che gli interventi di promozione della salute, di cura e riabilitazione in tale ambito hanno sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale attuale e futura”, individua una serie di obiettivi da raggiungere, cui corrispondono dettagliate azioni ed indicatori. Fra gli obiettivi principali relativi al percorso nascita ci sono: l’umanizzazione, la riduzione dei tagli cesarei, la promozione dell’allattamento al seno, favorire l’avvicinamento puerpera-neonato. Nel raggiungimento di tali obiettivi, il P.O.M.I. assegna un ruolo centrale al Consultorio Familiare.

L’Osservatorio Epidemiologico Regionale nel 2002 ha partecipato ad un’indagine campionaria promossa dall’Istituto Superiore di Sanità (ISS) per:

- valutare quale sia l’effettivo bisogno di salute della popolazione marchigiana durante il percorso nascita,
- quale sia la disponibilità dei servizi in risposta a tali bisogni,
- la loro utilizzazione da parte delle donne,
- l’offerta attiva proposta,
- la continuità dell’assistenza,

in modo da poter definire interventi sanitari appropriati in termini di efficacia ed efficienza.

Lo studio ha riguardato un campione di 800 donne, italiane e straniere, residenti in tutta la regione Marche che avevano partorito da 1 anno alla data dell’intervista.

La selezione probabilistica del campione, rappresentativo dell’intera popolazione femminile marchigiana, è stata effettuata su base temporale: in ogni provincia, sono state individuate le donne residenti che avevano partorito e registrato all’anagrafe la nascita a partire dal 15 febbraio 2001. Lo strumento di rilevazione dei dati è consistito in un questionario predisposto da operatori del Laboratorio di Biostatistica dell’ISS ed operatori provenienti dalle regioni partecipanti all’indagine durante un apposito corso svolto presso l’ISS.

13 Ministero della Sanità. Decreto Ministeriale 24 aprile 2000. Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al “Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000” G.U. 7-6-2000

Le interviste sono state effettuate da personale (n. 50 tra ostetriche, infermiere professionali, assistente sanitarie, puericultrici, assistenti sociali) di tutte le AUSL regionali, addestrato durante corsi di formazioni svolti presso l'ARS in collaborazione con i responsabili dell'indagine dell'ISS.

### ***Caratteristiche socio-demografiche del campione***

Il campione è rappresentativo della popolazione femminile residente nelle Marche.

#### ***Età***

L'età delle donne intervistate va dai 18 ai 46 anni, con una media di 31,6. Tale dato si colloca nella media italiana: nel nostro paese negli ultimi 30 anni, si è avuto un aumento dell'età media delle donne al primo parto (29 anni nel 1965 e 30 nel 1996 secondo l'ISTAT).

#### **Livello di istruzione**

Mediamente nella regione è presente una netta prevalenza di donne con titolo di studio alto (66,8%): 51,8% con licenza di scuola media superiore e 15,0% con laurea.

#### **Professione della donna**

Considerando non occupate le casalinghe, le studentesse e le disoccupate ed occupate tutte le altre, si registra, a livello regionale, una percentuale del 62,6% di occupate con un minimo ad Ascoli Piceno (53,9%) ed un massimo a Macerata (69,5%).

La condizione professionale delle intervistate riflette una diversa opportunità di accesso al mondo del lavoro nelle varie zone della regione.

La percentuale di casalinghe, del 30% mediamente nella regione, varia dal 39% di Ascoli Piceno al 24% di Ancona.

Tra le occupate, la posizione professionale di gran lunga più frequente è quella di lavoratrice dipendente in ruoli esecutivi (43,3%).

#### **Parità**

Dall'anamnesi ostetrica, risulta che il 53,0% del campione è costituito da donne al primo figlio, con un massimo ad Ancona (circa 60%) ed un minimo ad Ascoli Piceno (poco più del 44%).

### *L'assistenza in gravidanza*

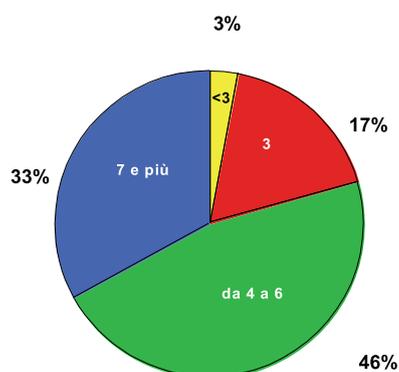
La percentuale di intervistate seguite da un operatore sanitario durante la gravidanza è del 99,7%, quasi la totalità.

Le figure professionali a cui le donne si rivolgono più frequentemente per essere seguite durante la gravidanza sono il ginecologo privato che lavora anche in ospedale ed il ginecologo privato, che, complessivamente vengono scelti dal 77% delle intervistate.

Il ricorso al consultorio familiare nella regione è risultato nella regione molto basso: circa il 2%.

Nella figura 3.4.1 è riportato il numero di ecografie eseguite in gravidanza: si evidenzia che il 79,5% delle donne intervistate ha eseguito 4 o più ecografie nel corso della gravidanza, il 33% ne ha eseguite più di 7 (Il numero di ecografie raccomandato in una gravidanza non a rischio è di 3).

**Figura 3.4.1 - Numero di ecografie eseguite in gravidanza. Regione Marche, anno 2002.**



È interessante notare che il 75,7% delle donne che riferiscono un decorso regolare della gravidanza ha eseguito 4 o più ecografie, il 25,5% più di 7.

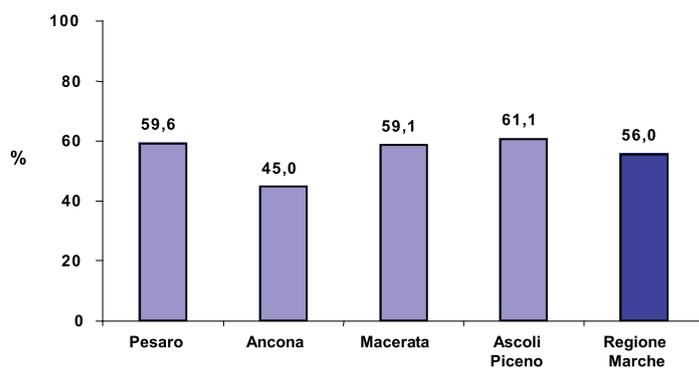
### *Adeguatezza dell'informazione ricevuta su travaglio e parto durante la gravidanza*

Per verificare quanto le donne fossero informate e consapevoli della gestione dell'evento nascita, è stata loro posta una serie di domande relative all'adeguatezza delle informazioni ricevute in gravidanza su molti temi, tra cui il travaglio, il parto, i punti nascita disponibili, l'allattamento, la contraccezione, ecc.

Al quesito se l'operatore sanitario che ha assistito la gravidanza abbia fornito informazioni sul travaglio e sul parto, il 56% delle donne intervistate ha riferito di averle ricevute adeguate, con oscillazioni da un minimo ad Ancona (45%) ad un massimo ad Ascoli Piceno (61,1%) (Figura 3.4.2).

Inoltre, le informazioni sui punti nascita disponibili, offerte da chi ha assistito la gravidanza, sono state considerate adeguate nel 36,8% dei casi, con valori più bassi a Pesaro e ad Ancona (31,9% e 28,5% rispettivamente).

**Figura 3.4.2 - Adeguatezza dell'informazione ricevuta su travaglio e parto durante la gravidanza. Regione Marche, anno 2002.**

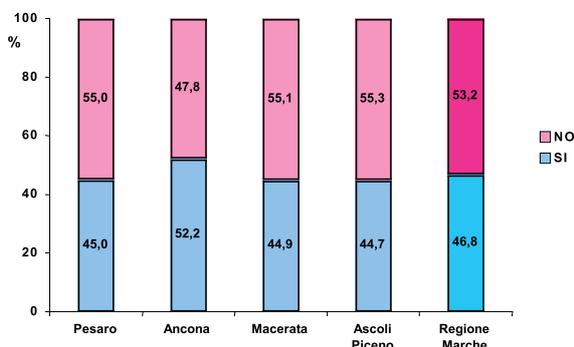


### I corsi di preparazione alla nascita

Le donne che hanno partecipato ad un corso di preparazione alla nascita durante l'ultima gravidanza sono state, nella regione, il 33,2%, con un minimo ad Ascoli Piceno (28,9%) ed un massimo ad Ancona (42,8%).

Nella figura 3.4.3 si evidenzia che, raggruppando le donne che hanno partecipato almeno una volta (durante l'ultima o in precedenti gravidanze) ad un corso di preparazione alla nascita, la media regionale è del 46,8% con un massimo ad Ancona (52,2%)

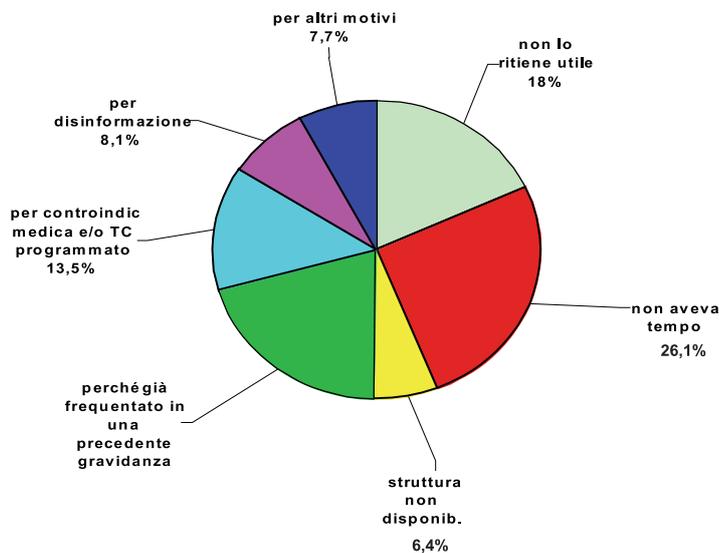
**Figura 3.4.3 - Partecipazione ad un corso di preparazione alla nascita almeno una volta. Regione Marche, anno 2002.**



Nella regione i corsi di preparazione alla nascita si sono svolti presso un consultorio familiare nel 65% dei casi, presso un ospedale nel 25% e presso una struttura privata nel 10% dei casi.

Nella figura 3.4.4 sono riportati i motivi della mancata partecipazione ad un corso di preparazione alla nascita.

**Figura 3.4.4 - Distribuzione percentuale dei motivi della mancata partecipazione al corso di preparazione alla nascita. Regione Marche, anno 2002.**



Escludendo le donne che riferiscono di non avervi partecipato per averlo già frequentato in una precedente gravidanza, il motivo più frequentemente addotto relativamente alla mancata partecipazione ad un corso di preparazione alla nascita, è stato la mancanza di tempo (26,1%).

Seguono, il non ritenerlo utile (18%), la controindicazione medica e/o il taglio cesareo programmato (13,5%).

L'8,1% delle donne riferisce di non essere a conoscenza dell'esistenza del corso e che nessuno l'ha informata in proposito.

Il 6,4% riporta di non averlo potuto frequentare per non aver trovato una struttura disponibile. La mancanza di una struttura disponibile è di una certa rilevanza soprattutto a Macerata ed a Pesaro dove rispettivamente il 10,1% ed il 9,3% delle donne intervistate riferisce di non aver potuto partecipare ad un corso per tale motivo.

Le donne che hanno frequentato almeno una volta il corso di preparazione alla nascita lo hanno ritenuto utile tanto la quasi totalità consiglierebbe ad un'amica di parteciparvi (93,7%)

### ***Il parto***

Globalmente, nel campione di donne partecipanti all'indagine, i parti a termine, tra le 37 e le 41 settimane, sono stati l'87,8%.

La quota di parti avvenuti ad un'epoca gestazionale inferiore a 37 settimane è del 6%, ciò in accordo con i dati nazionali (ISTAT).

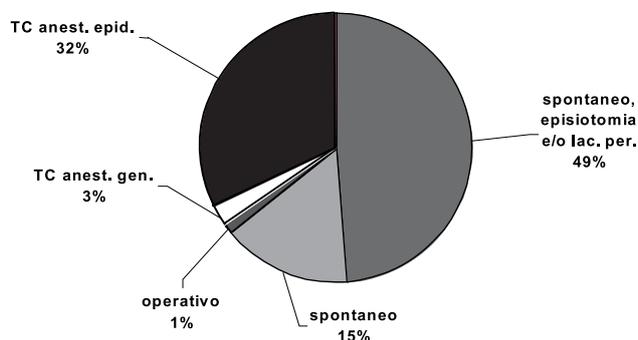
Il 91% delle donne ha partorito presso una struttura pubblica; l'8,8% in una struttura convenzionata o privata con un minimo in quest'ultimo caso a Pesaro (1,1%) ed un massimo ad Ascoli Piceno (25,2%).

Un solo parto è stato effettuato a domicilio, nessuno in casa di maternità.

Il peso medio neonatale è di 3.283 grammi e la percentuale di neonati di basso peso, inferiore a 2.500 grammi è del 5,8% (dato medio italiano secondo l'ISTAT: 6%).

La percentuale di gravidanze gemellari è del 3,3%. Nella figura 3.4.5 è riportata tipologia di parto.

**Figura 3.4.5 - Distribuzione percentuale della tipologia del parto. Regione Marche, anno 2002.**



Il parto spontaneo con episiotomia e/o lacerazione perineale e sutura risulta essere la modalità di parto più frequente (49%) seguita dal taglio cesareo in anestesia epidurale (32%), dal parto spontaneo senza episiotomia nè lacerazione perineale (15%) ed infine dal taglio cesareo in anestesia generale (3%).

In tutta la regione sono stati segnalati 9 parti operativi (ventosa e/o forcipe) per una percentuale pari all'1% dei parti totali.

La percentuale dei parti effettuati tramite taglio cesareo, è, nella regione, del 34,5% (Figura 3.4.6), in accordo con quanto rilevato nel 2001 dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO)<sup>14, 15</sup>.

Il valore più alto si registra ad Ascoli Piceno (39,7%), il più basso a Pesaro (29,1%).

La percentuale di tagli cesarei è maggiore nelle strutture private (39,1%) rispetto a quelle pubbliche (34,2%); (dati SDO 2001: 39,1% nelle strutture private e 33,9% nelle strutture pubbliche).

Da segnalare che, indipendentemente dal tipo di parto cui effettivamente la donna è andata incontro, l'84,7 % delle donne intervistate ha dichiarato che, potendo, avrebbe scelto di partorire con parto spontaneo.

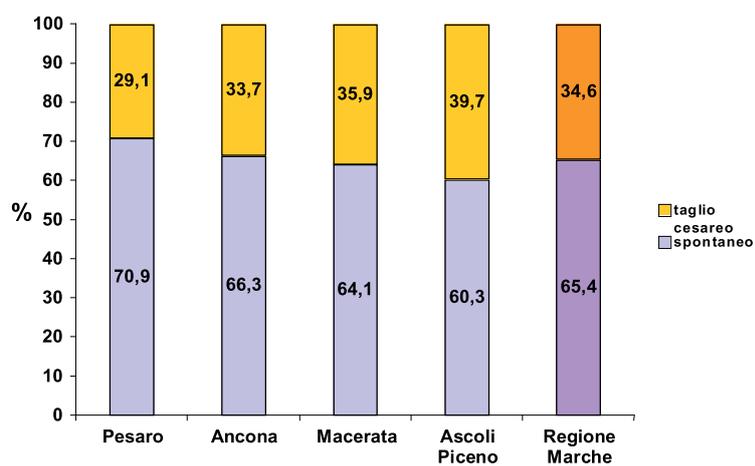
Il 96% delle donne precedentemente cesarizzate ripete lo stesso tipo di

14 Le "Raccomandazioni sulla nascita" pubblicate sulla rivista Lancet nel 1985 prodotte dall'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS (WHO. Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 2:436-7) sostengono l'importanza del sostegno psico-sociale dell'assistenza alla nascita quale determinate nella riduzione degli esiti negativi, raccomandano la partecipazione della donna alle decisioni sul parto, pongono un limite massimo del 15% alla percentuale di tagli cesarei, considerano non necessario ripeterli di routine nelle donne già cesarizzate, raccomandano la permanenza del neonato sano con la madre e l'immediato allattamento al seno.

15 "WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model" (WHORHR/01.30. Ginevra;WHO; 2002)

parto: pertanto il pregresso taglio cesareo costituisce ancora, nella nostra regione, un'indicazione assoluta a ripeterlo.

**Figura 3.4.6 - Percentuale del tipo di parto (spontaneo o cesareo) per provincia. Regione Marche, anno 2002.**



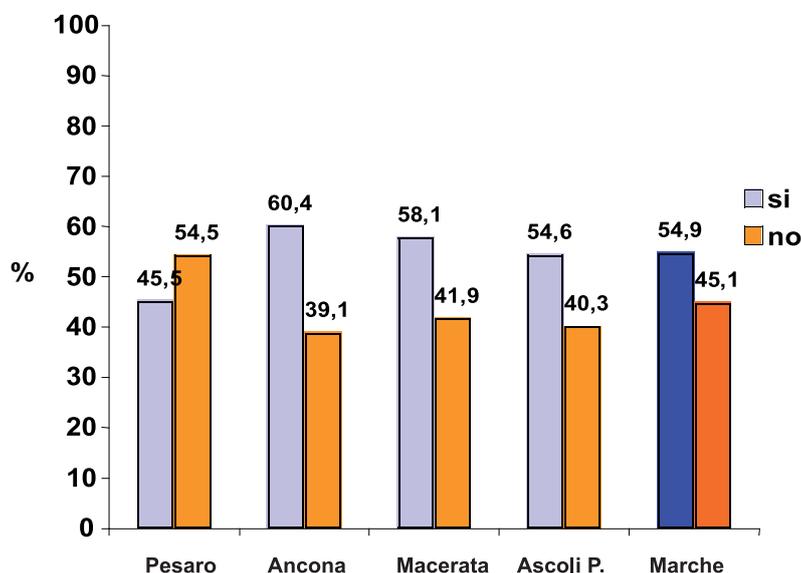
### Rooming-in

Durante il ricovero ospedaliero il rooming-in, cioè la possibilità per la donna di avere sempre il bambino con sé<sup>16</sup>, è stato effettuato nel 54,9% dei casi (con un massimo ad Ancona: 60,4% ed un minimo a Pesaro: 45,5%) (figura 3.4.7).

Nel 7,9% dei casi la donna lo avrebbe desiderato ma la struttura non lo prevedeva.

Mediamente, per le donne della regione, il desiderio di avere con sé il bambino durante il ricovero, indipendentemente dal fatto che lo si sia potuto effettivamente realizzare, è stato manifestato dal 62,8% delle intervistate.

**Figura 3.4.7 - Distribuzione della percentuale di donne, per provincia, che hanno usufruito del Rooming-in. Regione Marche, anno 2002.**



16 Il rooming-in è fortemente raccomandato anche nel P.O.M.I. in quanto ha una serie di azioni benefiche sul bambino e

### Allattamento

Il 96% delle donne marchigiane ha attaccato al seno il/la bambino/a dopo la nascita (figura 3.4.8).

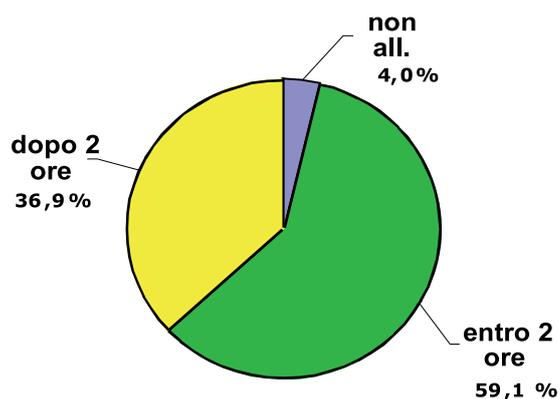
Il 59,1% delle donne lo ha fatto entro 2 ore dalla nascita (dato pressoché omogeneo nel territorio regionale) e l'88,7% lo ha fatto entro le 24 ore.

Percentuali più elevate di allattamento tardivo sono riscontrate nella provincia di Ascoli Piceno (14,8%).

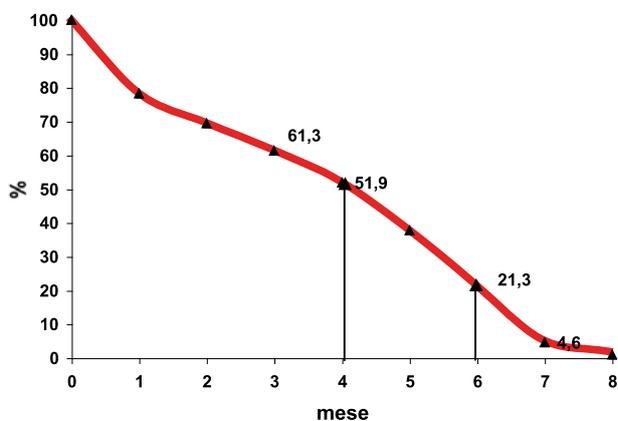
Nell'82,5% dei casi si è trattato di allattamento al seno completo (66,4% esclusivo e 16,1% predominante), tuttavia al rientro a casa, tale percentuale si è immediatamente ridotta di circa 9 punti (è passata al 73,3%) a favore dell'allattamento misto o artificiale.

Inoltre nonostante la buona propensione all'allattamento, soltanto il 63% continua ad allattare oltre il 3° mese ed il 40% oltre il 6° mese. (Figura 3.4.9)

**Figura 3.4.8 - Tempo di inizio dell'allattamento al seno.**

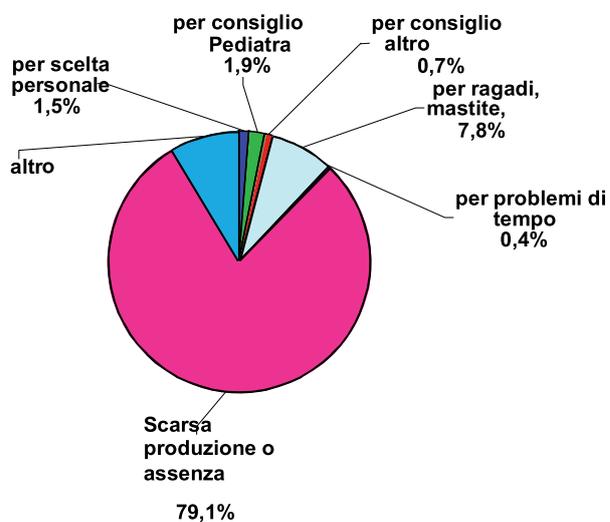


**Figura 3.4.9 - Prevalenza dell'allattamento totale al seno (esclusivo, dominante). Regione Marche, anno 2002.**



I motivi del mancato allattamento al seno o della interruzione prima del 3° mese sono illustrati nella Figura 3.4.10

**Figura 3.4.10 - Distribuzione in percentuale dei motivi del mancato allattamento al seno o della interruzione prima del 3° mese. Regione Marche, anno 2002.**



Nel 79,1% dei casi le donne che non hanno allattato o hanno smesso di farlo prima del 3° mese, riferiscono scarsa produzione o assenza di latte, nel 7,8% riportano problemi al seno e/o al capezzolo quali mastiti e ragadi.

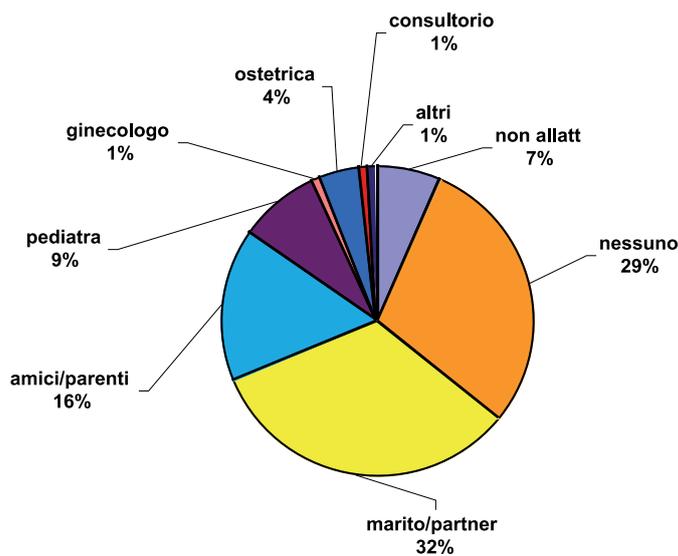
Se si va ad indagare la qualità dell'informazione fornita in gravidanza sull'allattamento, il quadro non è molto incoraggiante: meno del 40% delle intervistate riferisce di aver ricevuto informazioni adeguate in tal senso.

L'informazione relativa all'allattamento, inoltre, è stata riferita come inadeguata nel 23% dei casi circa ai corsi di preparazione alla nascita e in oltre il 26% dei punti nascita.

Inoltre poco meno di un terzo delle donne (29,2%) riferisce di non aver ricevuto sostegno da nessuno nell'allattamento a casa.

Il 48,6% di esse ha trovato aiuto nella rete degli amici e dei parenti, l'8,5% dal pediatra, il 4,2% dall'ostetrica, lo 0,6% dal ginecologo e meno dell'1% s'è rivolto al consultorio (Figura 3.4.11)

**Figura 3.4.11 - Sostegno nell'allattamento a domicilio.**



Va ricordato, infine che un sostegno ed un'assistenza adeguati nel puerperio siano considerati essenziali sia nel prolungamento dell'allattamento al seno che nella riduzione notevole di tutte le problematiche materne e/o neonatali. Nella regione tuttavia soltanto il 14,5% delle intervistate ha potuto usufruire di visite ostetriche a domicilio dopo il parto (13% attraverso il servizio pubblico, 1,5% attraverso quello privato). La percentuale minima di visite domiciliari la si è avuta nella provincia di Ancona (11,4%), la massima a Pesaro (19%). Fra le donne che non hanno ricevuto alcuna visita domiciliare il 30,5% non ha ricevuto alcun invito dalla struttura sanitaria per un controllo in puerperio; il 43,9% riferisce di essere stato invitato a recarsi presso l'ambulatorio ospedaliero, il 15,3% presso una struttura privata e solo il 7,4% presso il consultorio. Infine, da segnalare che solo il 5% delle donne ha partecipato ad incontri organizzati con altre mamme.

### **Contracezione nel puerperio**

Il 64,6% delle donne nella regione, riferisce di avere ripreso i rapporti sessuali entro 2 mesi dal parto

La maggior parte delle donne (66,2%) campione riferisce di avere scelto di utilizzare un mezzo contraccettivo alla ripresa dei rapporti sessuali, esprimendo con ciò una forte esigenza di contraccezione.

Ma le informazioni adeguate al riguardo sia da parte di chi ha assistito la gravidanza, che al corso di preparazione alla nascita, che soprattutto al punto nascita sono risultate largamente insufficienti.

Il 70,7% delle donne riferisce di non aver avuto alcuna informazione in proposito al punto nascita.

### ***In conclusione***

Occorre recuperare la fisiologia dell'evento nascita, senza negare quei benefici in termini di riduzione della mortalità e morbilità materna e neonatale che la migliorata assistenza ostetrica negli anni ha portato.

Uno strumento sicuramente efficace per ottenere tutto questo è costituito dalla partecipazione ai corsi di preparazione alla nascita, che vanno quindi incentivati. Tuttavia, è necessario che vengano organizzati in modo da far fronte alle reali esigenze della popolazione femminile (troppe donne hanno affermato di non avervi preso parte per problemi di tempo) e che, soprattutto sia data la possibilità a tutte le donne di parteciparvi, particolarmente a quelle meno istruite, disoccupate o casalinghe più giovani e immigrate

La partecipazione di donne provenienti da altri paesi avrebbe il duplice effetto di garantire una migliore e più adeguata assistenza ad esse e di costituire nello stesso tempo un prezioso arricchimento per le donne italiane, offrendo loro la possibilità di sperimentare percorsi diversi provenienti da altre culture. Per raggiungere le donne immigrate, sono necessarie strategie mirate ed è anche indispensabile dotare gli operatori di competenze interculturali e fornire loro la possibilità di avvalersi della mediazione linguistico-culturale, risultata efficace in contesti nazionali ed internazionali.

La mancanza di continuità assistenziale dopo il parto andrebbe affrontata ridando impulso ai consultori, come del resto ampiamente sottolineato nel Progetto Obiettivo Materno Infantile in modo che essi, in collaborazione con i punti nascita garantiscano la presa in carico della donna fin dall'inizio della gravidanza per continuarla nel puerperio, momento in cui l'abbandono da parte delle strutture sanitarie è stato manifestato con più forza dalle donne.

Infine va sottolineato che se si vuole attuare un'efficace opera di prevenzione non ci si può limitare ad interventi volti all'utenza spontanea ma occorre implementare interventi di offerta attiva. La promozione della salute richiede strategie operative volte a raggiungere chi è a rischio, cioè chi ha maggiore probabilità di produrre quegli esiti negativi che si vuol prevenire e, "poiché la popolazione a maggior rischio è generalmente quella più difficile da raggiungere, le attività di prevenzione e diagnosi precoce passano attraverso una offerta attiva modulata per superare le barriere della comunicazione, anche mirando a recuperare i non rispondenti.

### 3.5 SALUTE MATERNO-INFANTILE

#### INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA (IVG)

Il tasso standardizzato di abortività volontaria per le donne residenti nelle Marche è diminuito da 16,8 per 1000 donne in età 15-49 anni nel 1981 (5.206 IVG) a 7,4 nel 2001 (2.602 IVG), dimostrando una variazione percentuale di -56%. Negli ultimi anni il dato regionale si è stabilizzato con valori minimi registrati nel biennio 2000-2001 (7,4 x 1000) e valori massimi relativi all'anno 2003 (7,9 x 1000). Il dato regionale relativo al periodo 1996-2005 è costantemente inferiore al dato nazionale (tabella 3.5.1).

**Tabella 3.5.1 - Tasso standardizzato di abortività volontaria per regione di residenza. Anni 1996-2005.**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Marche	7,6	7,7	7,7	7,5	7,4	7,4	7,7	7,9	7,5	7,5
Italia	9,4	9,5	9,4	9,5	9,3	9,1	9,3	9,3	10,0	9,3

Tasso di abortività volontaria = (N. interruzioni volontarie di gravidanza / N. donne in età 15-49 anni) x 1000, calcolato con la popolazione intercensuale ricostruita

Fonti: Istat - Elaborazione Osservasalute, 2006 (Anni 1996-2003); Rapporto del Ministero della Salute sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza, 2006 (Anni 2004 e 2005)

#### RAPPORTO DI ABORTIVITÀ SPONTANEA

Relativamente al rapporto di abortività spontanea (N. Aborti spontanei di donne in età 15-49 / Nati vivi da donne in età 15-49 anni x 1000, calcolato con la popolazione intercensuale ricostruita) la situazione regionale è in controtendenza rispetto a quella del Centro-Italia e nazionale. Infatti sul territorio nazionale si è registrato un aumento del fenomeno nel tempo. L'andamento del fenomeno nel Centro-Italia rispecchia la situazione nazionale. Nelle Marche, al contrario, il rapporto di abortività si è ridotto, passando da 126,8 aborti spontanei per mille nati vivi nel 1982 a 113,7 nel 2001, che di poco si discosta dal valore medio nazionale (115,3 aborti spontanei per mille nati vivi) (tabella 3.5.2).

**Tabella 3.5.2 – Rapporto standardizzato di abortività spontanea (aborti spontanei per 1000 nati vivi) – Confronto Marche, Centro, Italia – Anni 1982, 1991, 2001**

Area	1982	1991	2001
Marche	126,8	128,4	113,7
Centro	98,1	114,9	137,9
Italia	93,9	105,8	115,3

Fonte: Istat Elaborazione: Osservasalute, 2004

L'ultimo aggiornamento disponibile, riferito all'anno 2003, stabilisce un rapporto di abortività regionale di 117,7 x 1000 nati vivi. I dati della tabella 3.5.3 dimostrano che l'età avanzata della donna rappresenta un fattore associato ad un rischio di abortività spontanea più elevato. In particolare un rischio significativamente più elevato si nota a partire dalla classe di età 35-39 anni, quando il valore dell'indicatore supera di oltre il 60% quello riferito alla classe di età precedente e si quadruplica nelle donne sopra i 39 anni. I valori regionali sono costantemente inferiori a quelli nazionali.

**Tabella 3.5.3 – Rapporti di abortività spontanea per classi di età nell'anno 2003. Confronto Marche - Italia.**

	Classi di età							
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	15-49
Marche	161,7	74,4	83,2	99,5	155,7	407,2	706,2	117,7
Italia	135,7	100,9	93,3	103,4	169,3	422,0	969,1	127,6

Fonti: Istat - Elaborazione Osservasalute, 2006

## PROPORZIONE DI PARTI CESAREI

La proporzione dei parti cesarei ( $N.$  parti cesarei /  $N.$  totale di parti x 100) ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in tutti i paesi Occidentali. Attualmente si è ben lontani dai valori di riferimento dell'OMS che considera ideale una proporzione di tagli cesarei non superiore al 15%. Sul versante nazionale, attraverso il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, il Ministero della Salute ha fissato al 20% il valore di riferimento per questo indicatore.

Nel 2004 a livello nazionale la proporzione dei tagli cesarei sul totale dei parti risulta 38%, con valori stabili o tendenzialmente in aumento in tutte le regioni. Per quanto riguarda le Marche risultano 33,2% nel 1998, 35,4% nel 2003 e 35,5% nel 2004. Il trend risulta quindi in aumento ma in maniera contenuta (Tabella 3.5.4).

**Tabella 3.5.4 – Percentuale di tagli cesarei (Variazione percentuale). Anni 1998-2004, 2003-2004. Confronto Marche - Italia**

	Classi di età			Variaz.1998-2004	Variaz. 2003-2004
	1998	2003	2004		
Marche	33,2	35,4	35,5	2,3	0,1
Italia	31,4	36,6	38,0	6,6	1,4

Fonti: Istat - Elaborazione Osservasalute, 2006

### ETÀ MEDIA DELLA MADRE AL PARTO

L'età media della madre al parto è in progressivo e costante aumento nella regione Marche così come in Italia. Il dato regionale si attesta attualmente a 31 anni di vita (Tabella 3.5.5).

**Tabella 3.5.5 – Età media della madre al parto nel periodo 1980-2004. Confronto Marche – Centro - Italia.**

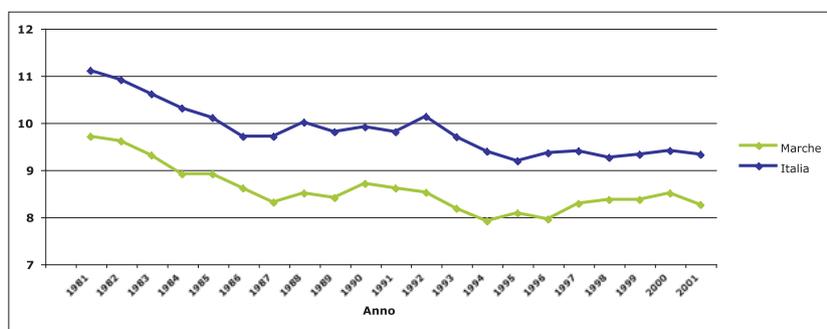
	Anno di rilevamento						
	1980	1984	1988	1992	1996	2000	2004
Marche	27,2	27,9	28,8	29,7	30,5	30,7	31,1
Centro	27,3	28	28,9	29,8	30,6	31,1	31,6
Italia	27,5	27,9	28,6	29,3	30	30,4	30,9

Fonti: Istat – Database Health for All, aggiornamento 2006

## TASSI DI NATALITÀ

Considerati i dati disponibili attualmente per un confronto, nella regione Marche il tasso di natalità (N. medio annuale di nati vivi su 1000 residenti) nel periodo 1981-2001 presenta un andamento simile a quello nazionale ma con valori sempre inferiori ad esso. Si è passati dal 9,7 per 1000 del 1981 all' 8,25 per 1000 del 2001 contro valori nazionali di 11,1 e 9,3 per 1000 rispettivamente. Nel quinquennio 1997-2001 il dato nazionale sembra essersi stabilizzato attorno al valore del 9,4 per 1000 e il dato regionale attorno all' 8,3 per 1000 (figura 3.5.1).

**Figura 3.5.1 – Tassi di natalità, confronto Marche-Italia. Periodo 1981-2001**



Fonte: Istat

Se consideriamo, oltre alla serie storica, gli ultimi dati a disposizione relativi alla natalità, si rileva come questa a livello regionale mostri un trend in leggero aumento (Tabella 3.5.6)

Il dato provinciale, relativamente all'anno 2000, mostra i valori più elevati registrati nelle province di Pesaro e Urbino e Ancona (rispettivamente 8,6 e 8,3 per 1000) mentre il valore più basso è l' 8,0 per 1000 di Macerata e Ascoli Piceno. Quest'ultima provincia, se si considera il periodo 1991-2000, manifesta fra tutte le province la più elevata variazione percentuale del tasso di natalità (-12,6%).

**Tabella 3.5.6 – Tasso di natalità. Confronto Marche – Centro - Italia. Anni 2003-2006**

	Anno			
	2003	2004	2005	2006*
Marche	8,6	8,9	8,8	9,0
Centro	9,0	9,4	9,2	9,2
Italia	9,4	9,7	9,5	9,5

Fonti: Istat - \* dati provvisori

## ALLATTAMENTO

L'allattamento al seno presenta numerosi vantaggi per il bambino (la completezza dei principi nutritivi, le proprietà antinfettive e anti allergiche) e per la madre (fattore protettivo nei confronti del cancro della mammella). L'allattamento precoce al seno è un fattore associato alla riuscita e alla durata dell'allattamento al seno. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda l'allattamento esclusivo al seno (solo latte materno) fino alla conclusione del sesto mese di vita del neonato. Il neonato dovrebbe essere allattato, anche se non esclusivamente, fino al compimento del primo anno di vita (OMS, 2001).

I dati regionali sull'allattamento relativi allo studio Icona mostrano che il 95,7% dei neonati partecipanti allo studio è stato attaccato al seno al momento della nascita e che il 90% delle madri allattava al seno alla dimissione. I valori nazionali sono rispettivamente di 93% e 88%. La percentuale di bambini allattati esclusivamente al seno fino a tre mesi è stata del 63,9% e quella dei bambini allattati fino al sesto mese di vita è stata di 32,7%, valori di poco superiori ai valori medi nazionali che corrispondono rispettivamente al 61% e al 29%. La percentuale dei bambini marchigiani allattati secondo una qualunque modalità ("esclusiva" o "non esclusiva", cioè predominante o mista) è stata del 78,5% a tre mesi e del 53,1% a sei mesi dalla nascita. Da rilevare il dato secondo il quale oltre il 18% delle donne non si è sentito sufficientemente sostenuto per realizzare l'allattamento al seno.

### 3.6 ETÀ PEDIATRICA E ADOLESCENZA

#### Speranza di vita alla nascita

La durata media della vita in Italia risulta tra le più lunghe del mondo. La situazione nella regione Marche rispecchia l'evoluzione particolarmente favorevole sperimentata nel nostro paese e i dati risultano migliori dei valori medi nazionali. Nel 2005, come già rilevato in altri capitoli, la speranza di vita alla nascita si è attestata sui 78,8 anni per i maschi e sugli 84,7 anni per le femmine, contro un dato nazionale di 76,8 per i maschi e 82,9 per le femmine. Tra il 1951 e il 2005 la life expectancy degli uomini marchigiani è aumentata di oltre 12 anni e nelle donne di oltre i 15 anni. Permane costante il divario fra i generi (figura 3.6.1).

#### Fonti informative:

- ISTAT
- Archivio SDO Agenzia Regionale Sanitaria
- Centro Screening Neonatale Regionale
- Ministero della Salute

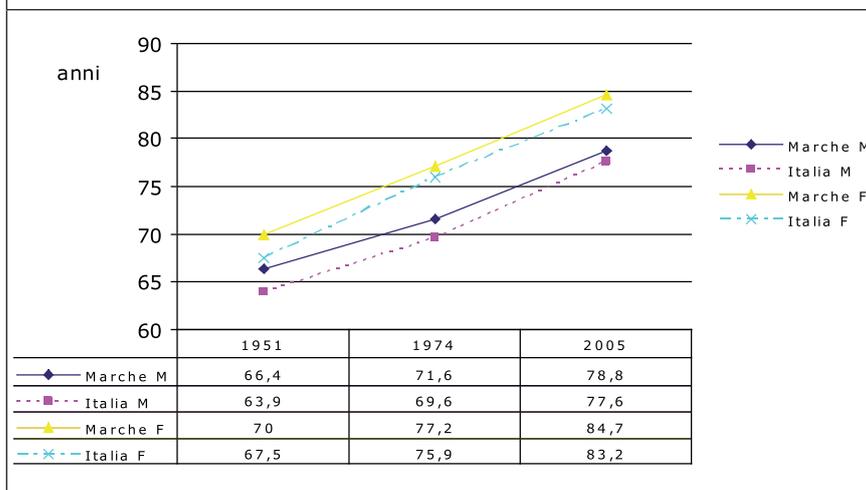
I dati inerenti le caratteristiche demografiche della popolazione infantile come la speranza di vita alla nascita e i dati di mortalità sono stati acquisiti dall'ISTAT.

I dati relativi al basso peso alla nascita, alle malformazioni e ai ricoveri ospedalieri sono stati ottenuti attraverso le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). I dati relativi agli screening neonatali provengono dal Centro Screening Neonatale Regionale. I dati di copertura vaccinale sono stimati dal Ministero della Salute sulla base dei riepiloghi inviati dalle Regioni e Province Autonome. Per gran parte dei dati, al fine di permettere una più attenta valutazione dei fenomeni, sono stati presentati andamenti temporali e confronti tra realtà marchigiana e nazionale. Per tutti i risultati si è optato per un livello massimo di disaggregazione provinciale.

Per gli aspetti della salute adolescenziale si è fatto riferimento alle seguenti pubblicazioni:

- Bocchini C, Di Stanislao F, Filippetti F, Simonetti R. *Rapporto sull'infanzia e l'adolescenza nella Regione Marche* (pagg 81-222) in: *Al servizio dell'infanzia e dell'adolescenza. Lo sviluppo programmatico e organizzativo del nuovo sistema regionale*, Regione Marche, 2005.
- *Indagine epidemiologica svolta a conclusione di un progetto sull'Epidemiologia di Campo organizzato dalla Zona Territoriale 7, da Arpa Marche e Istituto Zooprofilattico Umbria-Marche in collaborazione con il Dipartimento Servizi alla persona e alla Comunità e l'Agenzia Sanitaria Regionale con patrocinio dell'Asur.*

**Figura 3.6.1 - Evoluzione della speranza di vita alla nascita<sup>s</sup> per sesso nel dopoguerra (1951, 1974, 2005). Confronto Marche-Italia**



Health For All – Istat, 2006

• La speranza di vita alla nascita è il numero medio di anni che un bambino nato in un certo anno vivrebbe se nel corso della sua vita fosse esposto agli stessi rischi di morte che le persone viventi in quello stesso anno sperimentano alle diverse età

### Mortalità

I tassi di mortalità infantile e neonatale rappresentano efficaci indicatori della salute del bambino nel primo anno di vita. Il tasso di mortalità infantile è il principale indicatore per la valutazione delle condizioni sanitarie, socio-economiche, ambientali e della qualità delle cure materne e infantili mentre il tasso di mortalità neonatale è maggiormente legato a fattori biologici ed all'assistenza alla gravidanza.

Dalla tabella 3.6.1 si evince come il dato regionale relativo all'anno 2001 si presenti di poco inferiore al dato medio nazionale, sia per il tasso di mortalità infantile che per il tasso di mortalità neonatale; quest'ultimo costituisce la quota più rilevante della mortalità infantile complessiva.

**Tabella 3.6.1 - Tassi di mortalità infantile e neonatale (x 1.000 nati vivi) nelle regioni italiane. Anno 2001**

Regione di residenza	T. di mortalità infantile*	T. di mortalità neonatale <sup>§</sup>
Piemonte	3,6	1,5
Valle d'Aosta	3,6	2,7
Lombardia	3,9	1,7
Trentino A.A.	2,3	1,1
Veneto	2,4	1,0
Friuli V.G.	3,7	1,9
Liguria	4,5	2,7
Emilia Romagna	3,6	1,4
Toscana	3,3	1,7
Umbria	3,0	1,6
<b>Marche</b>	<b>4,3</b>	<b>2,0</b>
Lazio	4,4	2,0
Abruzzo	5,0	2,9
Molise	5,8	2,3
Campania	5,4	2,9
Puglia	5,6	2,6
Basilicata	5,0	2,7
Calabria	5,9	3,2
Sicilia	6,3	3,0
Sardegna	3,9	1,9
<b>ITALIA</b>	<b>4,4</b>	<b>2,1</b>

Fonte: ISTAT

\* N. deceduti di 0-1 anni/N. nati vivi nello stesso anno per 1000 nati vivi

§ N. deceduti nelle prime quattro settimane di vita/N. nati vivi nello stesso anno per 1000 nati vivi

### Basso peso alla nascita

Nel 2005 sono nati nelle Marche 12.994 bambini (fonte SDO, esclusi nati fuori regione). Lo 0,56% di questi è nato con peso molto basso alla nascita (VLBW - Very Low Birth Weight < 1500 grammi).

L'analisi per provincia del basso peso alla nascita (Low Birth Weight < 2500 grammi) mostra valori variabili dallo 0,65% di Pesaro-Urbino allo 1,3% di Ancona, del tutto sovrapponibili ai dati di letteratura (0,6-1,0 per 100 nati vivi) (tabella 3.6.2).

**Tabella 3.6.2 - Distribuzione assoluta e percentuale per provincia di residenza e peso alla nascita dei bambini residenti nelle Marche. Anno 2005.**

Territorio	< 1500		1500-2499		≥ 4500	
	N.	%	N.	%	N.	%
Pesaro	17	0,10	107	0,64	16	0,10
Ancona	32	0,19	190	1,14	27	0,16
Macerata	27	0,16	83	0,50	15	0,09
Ascoli P.	18	0,10	164	0,98	14	0,08
<b>Totale</b>	<b>94</b>	<b>0,56</b>	<b>544</b>	<b>3,25</b>	<b>72</b>	<b>0,43</b>

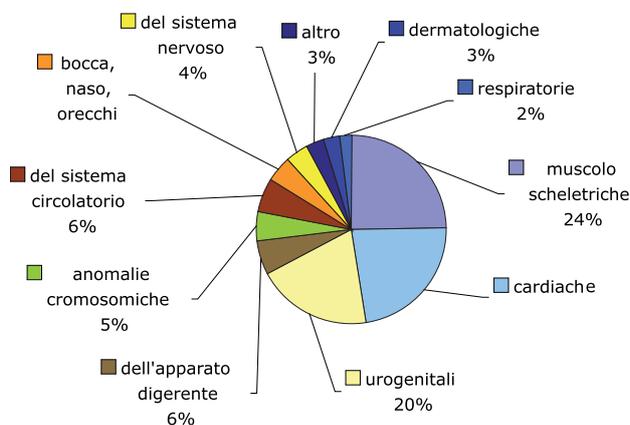
Fonte: Archivio regionale delle SDO – Drg 386-391

### Malformazioni

Nella regione Marche è stato soltanto recentemente istituito un registro delle malformazioni congenite. I dati riportati di seguito sono relativi ai ricoveri verificatisi nell'anno 2003 con diagnosi di malformazione alla dimissione. Nel complesso si sono registrate 268 dimissioni relative a patologie malformative.

Le principali cause di ricovero sono state le malformazioni muscoloscheletriche (24% delle ospedalizzazioni), le cardiache (23%) e le urogenitali (20%) (figura 3.6.2).

**Figura 3.6.2 - Distribuzione percentuale delle dimissioni per malformazione per tipologia malformativa nelle Marche. Anno 2003**



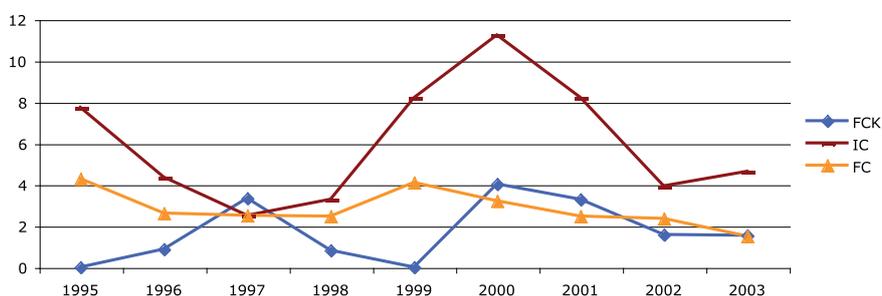
Tra le malformazioni muscoloscheletriche quelle relative a piede e mano sono le più frequenti, con oltre il 65% dei ricoveri (39 ricoveri complessivi), mentre lussazione e sublussazione congenita dell'anca hanno dato luogo al 15% delle ospedalizzazioni (12 ricoveri). Il 26% delle dimissioni per malformazioni cardiache è conseguenza del difetto del setto interventricolare e il 21% è relativo al difetto del setto interatriale del tipo ostium secundum. Ipospadias, testicolo non disceso-criptorchidismo-testicolo ectopico sono responsabili di oltre il 40% delle malformazioni dell'apparato genito-urinario.

### Gli screening neonatali

Da oltre 15 anni tutta la popolazione neonatale marchigiana è sottoposta a screening. Dall'inizio dell'attività sono comunque trascorsi circa 15 anni prima che lo screening si diffondesse capillarmente a tutti i punti nascita.

Attualmente lo screening è attivato nei confronti di Fenilchetonuria, Ipotiroidismo Congenito e Fibrosi Cistica (rispettivamente dal 1973, dal 1981 e dal 1995).

**Figura 3.6.3 - Andamento del tasso d'incidenza\* per 10.000 nati vivi delle patologie sottoposte a screening neonatale nella regione Marche. Periodo 1995-2003**



FCK = Fenilchetonuria; IC = Ipotiroidismo Congenito; FC = Fibrosi Cistica

\*Tasso d'incidenza = rapporto tra N. di nuovi casi in un anno e N. dei nati vivi nello stesso anno per 10.000 nati vivi

Nella figura 3.6.3 viene rappresentato l'andamento del tasso d'incidenza per le suddette patologie nel periodo 1995-2003. La Fenilchetonuria presenta un'incidenza variabile, fino a valori di 4 per 10.000 nati vivi; nel 1995 e nel 1999 non sono stati diagnosticati nuovi casi. La Fibrosi Cistica manifesta il trend più costante con valori d'incidenza compresi tra il 4,3 per 10.000 del 1995 e l'1,5 del 2003. Al contrario, per l'Ipotiroidismo Congenito, si segnalano maggiori fluttuazioni con valore minimo segnalato nel 1997 (2,5 per 10.000) e valore più elevato segnalato nel 2000 (11,2 per 10.000).

### **Ricoveri ospedalieri**

Nelle tabella 3.6.3 sono classificate in ordine di frequenza le principali cause di ospedalizzazione per MDC (Major Diagnostic Category) relative all'anno 2005. I primi dieci gruppi MDC rappresentano oltre il 90% delle cause di ospedalizzazione per i bambini di 0-1 anni e oltre l'80% dei soggetti da 1 a 17 anni.

Per la classe d'età 0-1 anni le principali cause di ospedalizzazione che seguono l'MDC delle malattie e dei disturbi neonatali (46,2%) sono i disturbi dell'apparato respiratorio (10,1%) e le malattie e i disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici (5,6%) che sono in aumento rispetto alla precedente rilevazione del 2003.

Nella classe d'età 1-17 anni le prime cause di ospedalizzazione divengono le malattie e i disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola (15,3%) e le malattie e i disturbi del sistema nervoso (11,7%). Le malattie e i disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici salgono al terzo posto tra le cause di ospedalizzazione (11,6% - quinto posto nel 2003).

Considerando la distribuzione percentuale delle dimissioni per DRG prodotti nell'anno 2005 nella classe d'età 1-17 anni il DRG Tonsillectomia e/ o Adenoidectomia rappresenta la prima causa di ospedalizzazione (6,2%), il DRG Convulsioni e cefalea si colloca al secondo posto (6,0% delle ospedalizzazioni) e il DRG Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo al terzo (5,5%). Le patologie dell'apparato respiratorio (DRG Bronchite e asma, DRG Otiti medie e infezioni alte vie respiratorie, DRG Polmonite semplice e pleurite) rientrano tutte tra le prime dieci cause di ospedalizzazione e determinano nel complesso l'8,8% dei ricoveri, delineando una situazione che rispetto al 2003 è pressochè invariata. Il DRG Bronchite e asma rappresenta la prima causa di ospedalizzazione nella classe 0-1 anni (9,1%) se si escludono i DRG relativi ai nuovi nati, normali o con affezioni (DRG 388-391).

**Tabella 3.6.3 – Distribuzione percentuale delle dimissioni per MDC\* in età pediatrica (0-1 e 1-17 anni). Anno 2005**

Rank <sup>§</sup>	0-1 anni			Rank	1-17 anni		
	Descrizione MDC	N	%		Descrizione MDC	N	%
<b>1 (-)</b>	MALATTIE E DISTURBI DEL PERIODO NEONATALE	2949	46,2	<b>1 (-)</b>	MALATTIE E DISTURBI DELL'ORECCHIO, DEL NASO, DELLA BOCCA E DELLA GOLA	3083	15,3
<b>2 (-)</b>	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RESPIRATORIO	642	10,1	<b>2 (-)</b>	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	2360	11,7
<b>3 (8)</b>	MALATTIE E DISTURBI ENDOCRINI, NUTRIZIONALI E METABOLICI	356	5,6	<b>3 (5)</b>	MALATTIE E DISTURBI ENDOCRINI, NUTRIZIONALI E METABOLICI	2348	11,6
<b>4 (5)</b>	MALATTIE E DISTURBI DELL' ORECCHIO, DEL NASO, DELLA BOCCA E DELLA GOLA	352	5,5	<b>4 (3)</b>	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	2112	10,5
<b>5 (6)</b>	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	340	5,3	<b>5 (4)</b>	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	2099	10,4
<b>6 (3)</b>	MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE	305	4,8	<b>6 (-)</b>	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RESPIRATORIO	1399	6,9
<b>7 (4)</b>	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	292	4,6	<b>7 (8)</b>	MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE	918	4,5
<b>8 (7)</b>	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	229	3,6	<b>8 (7)</b>	MALATTIE E DISTURBI DELL' APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	814	4,0
<b>9 (-)</b>	MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (SISTEMICHE O DI SEDI NON SPECIFICATE)	214	3,4	<b>9 (-)</b>	MALATTIE E DISTURBI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTO-CUTANEO E DELLA MAMMELLA	792	3,9
<b>10 (-)</b>	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	134	2,1	<b>10 (-)</b>	MALATTIE E DISTURBI MENTALI	657	3,3

Fonte: Archivio SDO, Agenzia Regionale Sanitaria Marche

\*MDC: ciascuno dei gruppi di diagnosi (25 in totale) che costituiscono l'architettura di base del sistema di classificazione DRG; ciascun gruppo comprende tutte le diagnosi correlate ad un determinato criterio di rilevanza clinica (anatomico o eziologico).

§Rank: fra parentesi vengono riportate le posizioni in classifica relative all'anno 2003

### Copertura vaccinale

La vaccinazione dei bambini è uno dei più importanti interventi di sanità pubblica. La copertura vaccinale indica la percentuale di vaccinati rispetto alla popolazione target.

Per quanto riguarda le Marche, secondo i dati ministeriali del 2003, la copertura vaccinale risulta più elevata rispetto a quella nazionale per tutte le vaccinazioni a esclusione di quella per l'Epatite B (Marche 95,1 vs Italia 95,3) (Tabella 3.6.4).

**Tabella 3.6.4 - Tassi di copertura vaccinale per tipologia e regione. Anno 2003**

Regione di residenza	Polio3	DT-DTP	HBV	MPR	Hib
Piemonte	97	96,9	96,8	88,6	94,0
Valle D'Aosta	99,5	99,4	99,3	91,8	98,7
Lombardia	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
P.A. Bolzano	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
P.A. Trento	96,7	96,8	96,0	84,7	94,1
Veneto	97,2	97,2	97,0	92,2	96,0
Friuli V.G.	97,1	97,2	96,5	92,1	95,5
Liguria	96,5	96,5	96,4	87,2	94,6
Emilia-Romagna	97,7	97,7	97,4	92,9	96,3
Toscana	95,2	95,9	95,8	89,3	95,3
Umbria	97,9	97,8	97,8	93,2	97,1
<b>Marche</b>	<b>98,1</b>	<b>98,1</b>	<b>97,9</b>	<b>87,5</b>	<b>97,1</b>
Lazio	91,1	90,8	91,6	87,7	89,0
Abruzzo	98,1	98,2	98,1	88,8	98,1
Molise	98,4	98,4	98,4	86,1	98,4
Campania	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
Puglia	99	98,6	99,1	90,2	96,8
Basilicata	98,9	98,9	98,9	87,6	98,9
Calabria	94,6	81,6	81,6	78,4	84,5
Sicilia	92,9	97,8	92,5	83,8	92,6
Sardegna	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
<b>Italia (medie)</b>	<b>96,8</b>	<b>96,1</b>	<b>95,9</b>	<b>88,3</b>	<b>94,9</b>

Se si confrontano i risultati attuali con quelli relativi all'anno 2000 si osserva che quasi tutti i tassi di copertura vaccinale restano pressoché stabili. Rappresentano un'eccezione i dati relativi alle vaccinazioni per *Haemofilus influenzae* tipo B (Hib) e Morbillo (nel 2000 rispettivamente di 88,9% e 80%), che hanno dimostrato in tre anni un incremento percentuale di 6,7% e 5,6% rispettivamente.

Per i dati regionali più recenti si rimanda al capitolo relativo alle malattie infettive.

## Adolescenza

### *Obesità e Sovrappeso*

Da alcuni anni sovrappeso e obesità rappresentano un problema di salute sempre più frequente anche nei più giovani. Il confronto fra i dati Istat degli anni 2000 e 2005 relativi alla nostra regione, mostra un aumento nella percentuale delle giovani donne con problemi di obesità e un notevole incremento nella percentuale dei giovani uomini in sovrappeso (tabelle 3.6.5 e 3.6.6).

**Tabella 3.6.5 - Percentuale di adolescenti in età 15-24 anni con obesità. Confronto Marche, Centro, Italia. Anni 2000 e 2005 (tassi per 100 persone).**

Livello Territoriale	Femmine		Maschi	
	2000	2005	2000	2005
Marche	0	3,73	1,66	1,6
Centro	0,57	0,5	1,22	1,37
Italia	1,58	1,24	1,69	2,82

Fonte: Database Health For All, 2006

**Tabella 3.6.6 - Percentuale di adolescenti in età 15-24 anni in Sovrappeso. Confronto Marche, Centro, Italia. Anni 2000 e 2005 (tassi per 100 persone).**

Livello Territoriale	Femmine		Maschi	
	2000	2005	2000	2005
Marche	7,16	4,74	14,48	23,86
Centro	6,53	10,34	14,51	16,61
Italia	7,71	8,59	18,52	18,82

Fonte: Database Health For All, 2006

### ***Attività fisica***

In materia di attività fisica nella regione Marche la percentuale della popolazione che pratica sport o una qualche attività fisica una o più volte a settimana si attesta attorno al 58%, circa il 30% di questa pratica sport in modo continuativo o saltuario. Rispetto a chi intraprende la pratica sportiva l'età di inizio della stessa è per il 67% dei casi l'età inferiore ai 18 anni, una percentuale distante dal valore medio nazionale pari al 76,3% (*Istat, Indagine multiscopo, 2002*).

### ***Abitudine al fumo***

Dati Istat relativi all'anno 2005 stabiliscono che il 19,32% dei giovani uomini marchigiani (età 15-24) presenta abitudine al fumo. Nel sesso femminile la percentuale di fumatrici scende, seppure di poco, attestandosi al 15,16%. Nel confronto con i dati nazionali le Marche presentano valori inferiori, più accentuati per il genere maschile rispetto al femminile (Tabella 3.6.7).

**Tabella 3.6.7 - Giovani di 15-24 anni di età ed abitudine al fumo per sesso. Anno 2005 (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età).**

	Fumatori	
	M	F
Marche	19,32	15,16
Centro	28,24	17,83
Italia	27,11	16,4

Fonte: Database Health For All, 2006

### **Indagine epidemiologica di campo sulla salute degli adolescenti**

Nel 2004 è stata eseguita una ricerca volta ad indagare lo stile e la percezione della qualità della vita degli adolescenti del capoluogo marchigiano. L'indagine, condotta su un campione di 270 ragazzi delle scuole superiori nell'ambito della Zona Territoriale 7 di Ancona, si prefiggeva lo scopo di portare ad una conoscenza diretta e approfondita della realtà adolescenziale della città, di evidenziare nodi critici e disagi come base e punto di partenza per un'azione mirata da parte di insegnanti, operatori e amministratori. I questionari sottoposti agli studenti contenevano domande su comportamenti, caratteristiche

oggettive e percezioni soggettive. Le aree tematiche principali sono state: il peso e la percezione del proprio corpo; il fumo; l'uso di alcolici e stupefacenti; i comportamenti sessuali; la percezione generale della propria qualità della vita. Il campionamento è stato eseguito in modo che fosse rappresentativo della popolazione studentesca di Ancona della stessa età.

Tra i dati acquisiti: l'81% del campione è risultato normopeso, l'11% sottopeso e il 7% sovrappeso, l'1% obeso. Il 53% del campione vuole dimagrire e questa percentuale non comprende solo gli obesi e i sovrappeso ma anche i normopeso e i sottopeso. Si rileva così una percezione distorta del proprio corpo, più diffusa, come era prevedibile, nelle adolescenti.

Il 56% del campione fuma e ha iniziato in età precoce (14 anni circa); di questo il 41% non si considera fumatore evidenziando anche in questo caso una distorsione dell'autopercezione del problema. L'82% fa uso di alcolici più o meno frequentemente; di questo, il 53% è stato nell'ultima settimana, almeno una volta, bevitore binge, ossia ha assunto più di 5 unità alcoliche nella stessa occasione; un quarto dei bevitori ha guidato o è stato passeggero di auto guidate da persone sotto effetto di alcolici. Il 31% fa uso di stupefacenti con una netta prevalenza della cannabis, ma anche con percentuali significative di cocaina (7%) ed ecstasy (4%). Il 50% usa metodi anticoncezionali; di questi solo il 63% usa il preservativo, gli altri si espongono ad un rischio epidemiologico oltre che a gravidanze indesiderate. Si evidenzia una scarsa consapevolezza della necessità di contraccettivi.

#### **Rapporto sull'infanzia e l'adolescenza nella Regione Marche**

Il rapporto sull'infanzia e l'adolescenza nella regione Marche (Bocchini C, 2005) è un tentativo di rappresentare un quadro complessivo aggiornato dei principali fenomeni che coinvolgono la fascia di popolazione 0-17 anni nella nostra regione. Esso è stato redatto lungo gli assi del 1° rapporto predisposto dal Centro documentazione e analisi per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani delle Marche, modificandolo in alcune sezioni.

Il rapporto cerca innanzitutto di delineare aspetti importanti della mappa dei bisogni socio-sanitari della popolazione minorenni, identificando una sorta di profilo della comunità giovanile della Regione, per poi analizzare lo stato dei servizi di offerta del sistema.

Nel primo capitolo (contesto demografico e familiare) vengono analizzati i principali indici demografici, familiari e socioeconomici che configurano lo scenario di fondo, presente e futuro, entro cui si manifestano i bisogni della popolazione giovanile; nel secondo capitolo (salute e stili di vita) viene analizzata la domanda socio-educativa e sociosanitaria partendo dalla rilevazione di condizioni di salute, compor-

tamenti, stili di vita e manifestazioni di disagio e devianza che si ripercuotono nella configurazione dei bisogni sociali in senso ampio; nel terzo capitolo (offerta) viene descritto il sistema dell'offerta educativa sociale e sanitaria, come risposta alla configurazione dei bisogni appartenenti alla fascia di età minorenni.

Le fonti consultate sono state l'ISTAT, il Ministero della Giustizia, il Ministero della Pubblica Istruzione, il Centro regionale di documentazione analisi per l'infanzia e l'adolescenza e le banche dati dell'Agenzia Sanitaria Regionale. In più sono stati reperiti dati su siti internet nazionali attinenti problematiche specifiche (es. handicap, ecc.).

Il Rapporto delinea un quadro descrittivo che conferma e connota il grande tema della complessità sociale e la necessità di integrare tutte le aree della collettività che interagiscono con la dimensione di vita di bambini ragazzi giovani e loro famiglie. Pertanto tale rapporto contribuisce ad avviare il disegno promosso dal documento 'Sviluppo programmatico ed organizzativo' del Sistema dei servizi per l'infanzia, che lo precede nella pubblicazione omnia.

Detto documento si costituisce come rivisitazione delle politiche adottate dalla Regione Marche, assumendo come focus la qualità della vita dei bambini giovani adolescenti e loro famiglie: quale immagine di infanzia, quali prospettive per il suo sviluppo e, quali opportunità emergono dal quadro dei provvedimenti regionali, all'interno della legislazione nazionale. In modo tale da poter offrire uno schema metodologico di organizzazione integrata dei servizi e di progettazione operativa degli interventi da adottare come riferimento flessibile per garantire sia unitarietà e contestualità dell'azione che miglioramento della qualità dell'offerta dei servizi.

È a tale rapporto che si rimanda per un approfondimento relativo alle tematiche di infanzia e adolescenza nelle Marche.

C. Mancini, G.V. De Giorgi, P. Carletti, L. Dubbini, M. Frascarelli,  
R. Passatempo, M. Fanesi, R. Appignanesi

### **3.7. IL SOGGETTO ANZIANO**

L'invecchiamento della popolazione rappresenta un fenomeno che pone dei problemi rilevanti sia dal punto di vista delle politiche sanitarie ed assistenziali che di quelle socio-economiche. L'insorgere di forti squilibri tra il gruppo degli ultrasessantatenni ed i soggetti in età lavorativa (15-64 anni) solleva preoccupazioni inerenti i rapporti intergenerazionali, la tenuta del sistema familiare, la capacità di innovazione e di iniziativa economica. In una società in cui le persone rappresentano il bene principale, gli anziani dovrebbero essere visti come una risorsa preziosa, mai come un problema. Pertanto i loro bisogni sociali e di salute sono una priorità per l'intera comunità civile che è tenuta a dare risposte efficaci.

#### **Fonti informative:**

- ISTAT;
- Sistar Marche;
- l'archivio regionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), ARS Marche;
- lo "Studio Argento";
- l'indagine "Le patologie croniche a rilevante impatto sociale nella regione Marche".

#### **Lo Studio Argento**

È un'indagine campionaria con disegno di tipo trasversale (di prevalenza) che l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), nel 2002, ha condotto in 11 regioni italiane, tra cui le Marche, per avere informazioni sullo stato di salute della popolazione anziana non inserita in strutture socio-sanitarie assistenziali. In ogni regione è stato selezionato un campione di 210 persone di 65 anni e più rappresentativo della popolazione ultrasessantatenne ed adeguato per ottenere delle stime regionali. Gli anziani selezionati erano residenti in 30 Comuni marchigiani scelti in modo casuale con probabilità proporzionale al numero dei residenti. Le informazioni sono state raccolte tramite un questionario standardizzato, predisposto dall'ISS, somministrato tramite intervista diretta.

Il coordinamento dello Studio, nella nostra Regione, è stato affidato all'Osservatorio Epidemiologico Regionale che ha:

- diretto le fasi operative della raccolta dati;
- validato i dati
- elaborato le informazioni
- prodotto un report.

**L'indagine "Impatto" sulla prevalenza di condizioni patologiche a rilevante impatto sociale nelle Marche**

è uno studio condotto dall'Osservatorio Epidemiologico regionale nel 2001. Esso è consistito nella rilevazione, tra gli assistiti dei Medici di Medicina Generale, di alcune condizioni patologiche che comportano un rilevante impegno assistenziale ed economico per le famiglie e la collettività, legato alla situazione di fragilità dei soggetti malati. Le malattie prese in esame sono state:

- la cardiopatia ischemica,
- la demenza/psicosi,
- la patologia neurologica,
- la broncopatia cronica,
- i tumori maligni,
- la patologia osteo-articolare,
- il diabete complicato,
- l'insufficienza renale cronica

La rilevazione è stata effettuata direttamente dai MMG utilizzando una scheda appositamente predisposta dall'Agenzia Regionale Sanitaria Marche in collaborazione con gli stessi MMG.

Il campione di assistiti oggetto dello studio sono risultati complessivamente 680.233, cioè il 46% della popolazione assistita regionale

*Caratteristiche socio-demografiche*

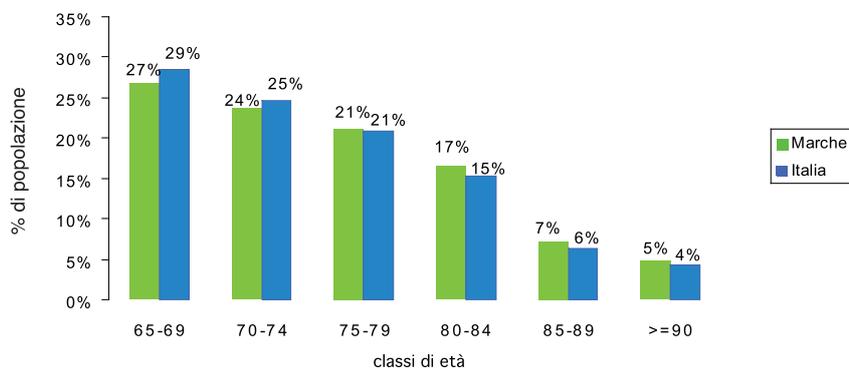
**3.7.1 Caratteristiche socio-demografiche**

*Presenza e distribuzione della popolazione anziana*

Nel 2006 le persone di 65 anni o più, residenti nelle Marche, sono pari a 345.099 individui; di questi il 57,6% è costituito da donne. Complessivamente rappresentano il 25,6% della popolazione residente nelle Marche (il 19,7 % in Italia). Dal 1981 al 2001 gli anziani sono in crescita con un incremento percentuale, per ciascun anno censuario, di circa 3 punti (15.3% del totale dei residenti delle Marche, nel censimento 1981; 18.5% nel censimento 1991; 21,7% nel censimento 2001).

La fig. 3.7.1 mostra il confronto Marche - Italia relativamente alla distribuzione percentuale della popolazione anziana per classi di età: la proporzione di persone di 74 anni e più nella nostra Regione è costantemente più elevata rispetto ai soggetti delle stesse classi di età, in Italia.

**Fig. 3.7.1 Distribuzione % della popolazione anziana per classi di età. Confronto Marche-Italia, all'1-1-2006**



Nelle Marche, nel 2006, ci sono circa 172 anziani ogni 100 ragazzi di età inferiore ai 15 anni. Questo rapporto definito “indice di vecchiaia” è più alto rispetto alla media italiana (che è pari a 140 ogni 100 soggetti tra 0 e 14 anni). L’indice di vecchiaia inoltre non è uguale in tutta la Regione: nella Zona territoriale n° 8 di Civitanova Marche, per esempio, questo rapporto è parecchio inferiore a quello della Zona territoriale n° 10 di Camerino (Tab.3.7.1).

**Tab.3.7.1. Indicatori demografici: confronto tra Zone territoriali, regione Marche ed Italia. Anno 2006.**

Aree geografiche	Indice di vecchiaia*	Indice di dipendenza senile***
Z.T.1	154,3	31,4
Z.T.2	174,8	35,4
Z.T.3	165,3	33,6
Z.T.4	190,5	37,4
Z.T.5	179,0	36,7
Z.T.6	189,7	38,6
Z.T.7	168,6	34,2
Z.T.8	152,3	32,1
Z.T.9	188,6	38,3
Z.T.10	221,0	42,3
Z.T.11	175,1	35,8
Z.T.12	164,6	33,8
Z.T.13	177,7	35,3
<b>Marche</b>	<b>172,7</b>	<b>35,1</b>
<b>Italia</b>	<b>139,9</b>	<b>29,3</b>

\* pop di 65 anni e più per 100 giovani di età tra 0-14 anni

\*\* pop di 65 anni e più per 100 persone di età 15-64 anni

Fonte:www.sistar.marche.it

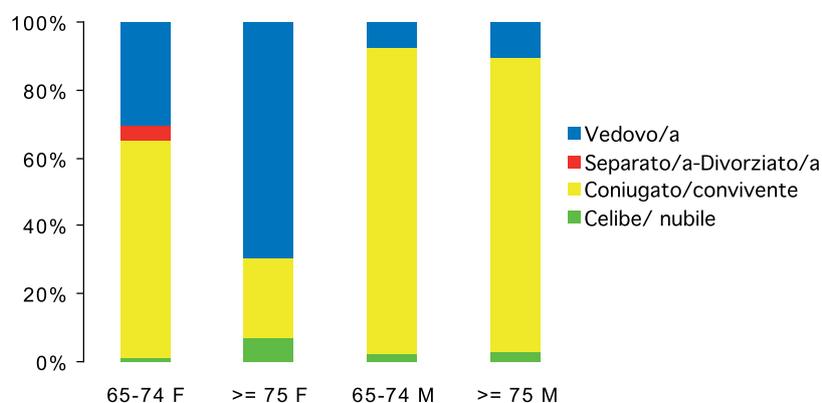
Sempre in Tab.3.7.1 viene indicato, per Zona territoriale, l'“indice di dipendenza senile” che consente di conoscere il peso economico-sociale della popolazione anziana rispetto alla popolazione in età lavorativa. Il dato regionale di circa 35 ultrasessantaquattrenni per 100 soggetti tra i 15 ed i 64 anni supera di gran lunga quello italiano.

### *Stato Civile <sup>(1)</sup>*

Il 62% (I.C al 95%: 55,2-69,1) degli ultrasessantaquattrenni marchigiani è sposato, mentre 1 anziano su 3, il 33% (I.C. al 95%: 26,2-39,7) è vedovo.

La Figura 3.7.2 mostra la distribuzione percentuale degli anziani intervistati nell'indagine Argento, per stato civile, classi di età e sesso.

**Fig. 3.7.2 Stato civile, per sesso ed età.**  
**Studio Argento, regione Marche, anno 2002.**



La percentuale di persone vedove aumenta con l'aumentare dell'età: è pari al 21% (I.C. al 95%: 13,8-30,3) nella classe di età 65-74 anni e sale al 45% (I.C. al 95%: 35,0%-55,8%) tra i soggetti di 75 anni e più.

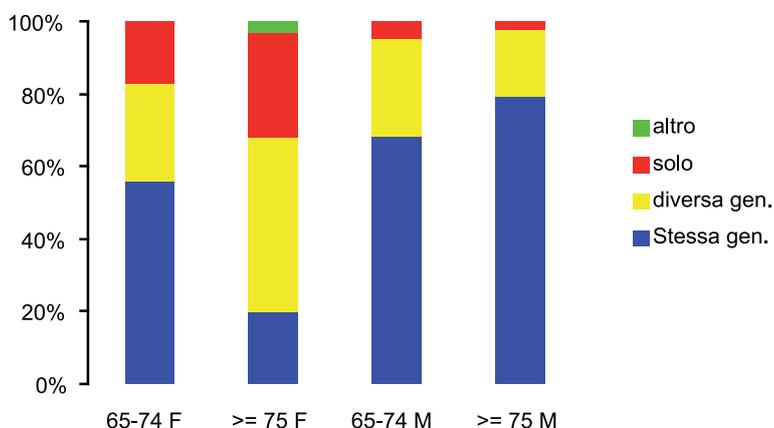
Il rapporto tra i vedovi dei 2 sessi è profondamente diverso: tra le donne ultrasessantatrenni il 48,7% (I.C. al 95%: 39,5-58,1) è rappresentato da vedove, mentre tra gli uomini della stessa fascia di età solo il 9% (I.C. al 95%: 3,6-17,2) è costituito da vedovi.

### *Convivenza <sup>(1)</sup>*

Un anziano su 2, il 53% (I.C. al 95%: 45,6-59,9), vive con il coniuge o con familiari della stessa generazione, circa 1 su 3, il 31% (I.C. al 95%: 24,8-38,1), abita con parenti di diversa generazione (figli, nipoti ecc...), il 15% (I.C. al 95%: 10,4-20,8) è solo. La condizione di solitudine è una caratteristica prevalente nel sesso femminile, specie nelle donne ultrasessantatrenni.

In Figura 3.7.3 viene evidenziata la distribuzione percentuale delle persone intervistate, nello studio Argento, per tipologia di convivenza, sesso e classi di età.

**Figura 3.7.3 - Convivenza, per sesso ed età. Indagine Argento, regione Marche, anno 2002.**



**Istruzione <sup>(1)</sup>**

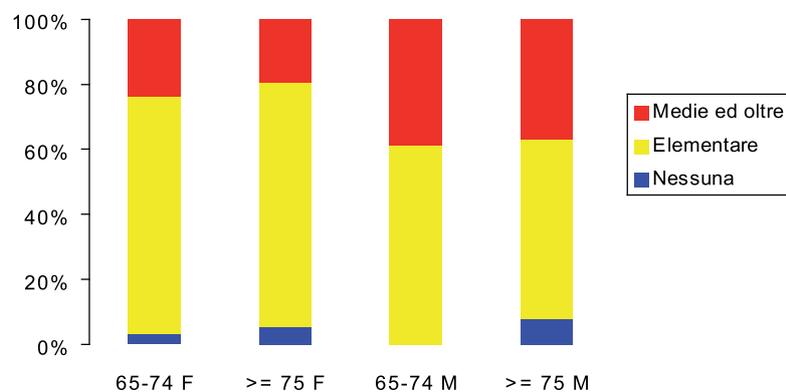
Il grado di istruzione è un indicatore fortemente correlato con le condizioni socio-economiche di un individuo che, a loro volta, influenzano lo stato di salute. Ad un basso grado di scolarità corrispondono svantaggiate condizioni socio-economiche, a cui conseguono:

- a) una maggiore esposizione a fattori di rischio comportamentali ed occupazionali;
- b) un maggior ritardo diagnostico legato ad un più difficoltoso accesso ai servizi sanitari;
- c) un minor corretto utilizzo delle strutture sanitarie.

Il 61% (I.C. al 95%:53,9-67,9) degli ultrasessantaquattrenni marchigiani ha frequentato da 3 - 5 anni di scuola elementare.

Lo Studio Argento ha evidenziato (Figura 3.7.4) come la condizione di analfabetismo, complessivamente presente nel 4% degli intervistati, aumenti nelle classi di età più avanzate.

**Figura 3.7.4 - Istruzione, per sesso ed età.  
Studio Argento, regione Marche, anno 2002**



***Abitudini di vita***

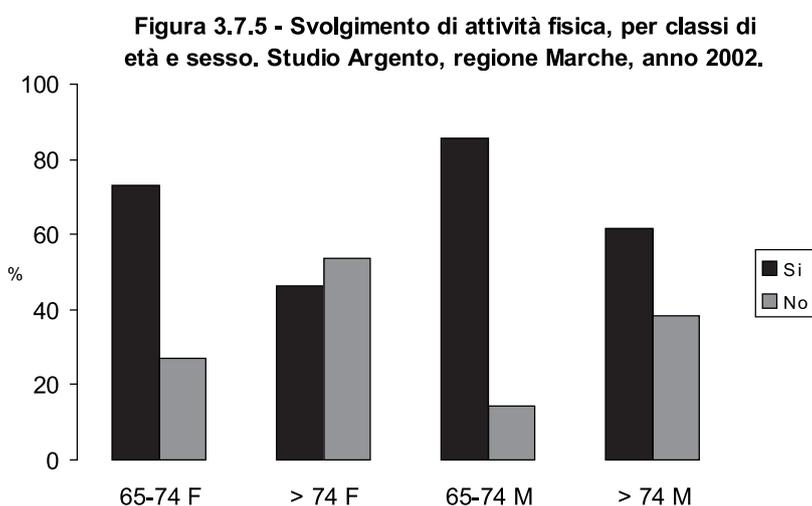
L'attività fisica – qualsiasi attività motoria, anche moderata, ma costante - riduce i rischi di morbilità e mortalità in tutte le fasce di popolazione, quindi anche tra gli anziani. Essa inoltre gioca un ruolo importante nella prevenzione delle cadute <sup>(3)</sup> e della depressione.

**Attività fisica <sup>(1)</sup>**

Nelle Marche circa due anziani su tre, il 66% (I.C. al 95%: 58,8-72,4) riferiscono di svolgere un esercizio fisico costante più volte alla settimana. Per svolgimento di esercizio fisico si deve intendere l'effettuazione di una "qualsiasi attività motoria" più che un'attività sportiva vera e propria. Ciò in quanto il fare del movimento moderato, ma costante, è comunque correlato con i benefici per la salute.

Su 10 uomini ultrasessantaquattrenni circa 7, il 74% (I.C. al 95%: 62,7-83,0), effettuano costantemente una qualche attività motoria; mentre tra le donne circa 6 su 10 (61%; I.C. al 95%: 51,1-69,3) svolgono attività motoria.

Nella Figura 3.7.5 viene evidenziata la distribuzione percentuale delle persone intervistate nell'indagine Argento per svolgimento di esercizio fisico, sesso e classi di età.



L'esercizio fisico effettuato più frequentemente è rappresentato dal camminare a passo sostenuto che viene regolarmente praticato dal 38% degli anziani (I.C. al 95%: 30,9-44,8); seguito dal "lavorare nell'orto o nei campi" svolto dal 27% (I.C. al 95%: 20,6-33,3) degli ultrasessantaquattrenni. Ciò testimonia la vocazione lavorativa contadina della popolazione anziana della nostra Regione.

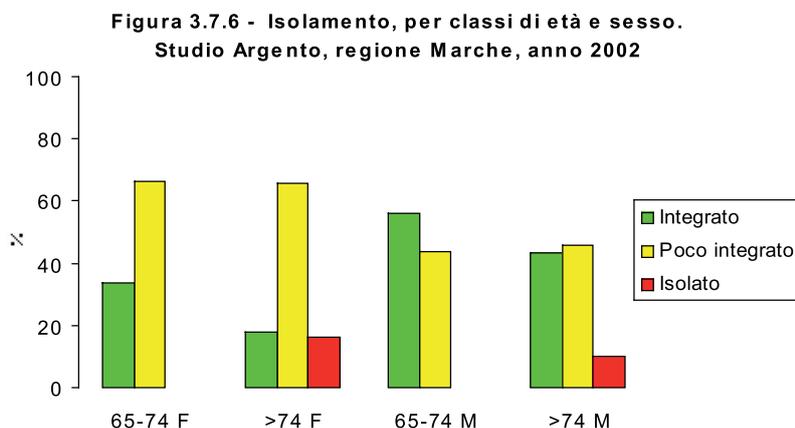
**Partecipazione alla vita sociale <sup>(1)</sup>**

Lo svolgimento o meno di una qualche attività sociale: a) rappresenta un buon indice della qualità della vita; b) influenza la domanda di assistenza sanitaria; c) è un indicatore utile alla programmazione sociale.

Nelle Marche il 37% (I.C. al 95%: 29,2-43,0) della popolazione anziana riferisce di essere “totalmente integrata”; vale a dire che essa svolge comunemente le 3 seguenti attività: a) intrattenere relazioni abituali con persone che non appartengono esclusivamente alla cerchia familiare; b) uscire frequentemente di casa; c) partecipare alle attività sociali del proprio territorio.

Invece circa 1 ultrasessantatreenne su 2, il 57% (I.C. al 95%: 50,4-64,6) ne svolge almeno una risultando “parzialmente integrato”. Il 7% di anziani (I.C. al 95%: 3,5-11,0) non ne svolge nessuna: è questa la fascia della esclusione sociale.

Nella Figura 3.7.6 viene evidenziata la distribuzione percentuale delle persone intervistate per grado di integrazione sociale, sesso e classi di età.



Il vivere con il coniuge o con familiari della stessa generazione favorisce il mantenimento di relazioni sociali. L'essere donna ultrasessantatreenne risulta invece una condizione di svantaggio riguardo alla partecipazione alla vita sociale.

### **Morbosità**

Lo stato di salute della popolazione anziana è spesso condizionato dalla presenza di malattie croniche che influenzano in modo permanente la qualità di vita della persona.

Di seguito verranno analizzati l'autopercezione dello stato di salute degli ultrasessantaquattrenni marchigiani e la prevalenza delle principali malattie cronico-degenerative.

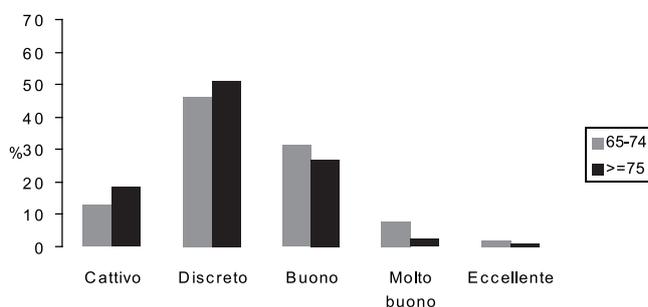
### **Salute Percepita <sup>(1)</sup>**

La dimensione soggettiva della salute ha una rilevanza notevole sui comportamenti, sulla domanda di servizi sanitari e sulle aspettative dei cittadini.

Nelle Marche il 36% degli anziani (I.C. al 95%: 29,5-43,8) giudica positivamente (buono, molto buono od eccellente) il proprio stato di salute; il 48% (I.C. al 95%: 41,0-55,8) lo definisce discreto, mentre il 15% (I.C. al 95%: 10,4-21,2) lo ritiene "cattivo". La Figura 3.7.7 mostra la percezione dello stato di salute nella popolazione dei soggetti intervistati dello Studio Argento, per classi di età.

Negli anziani con più di 74 anni è prevalente una percezione "negativa" delle condizioni di salute.

**Figura 3.7.7 - Stato di salute percepito, per fasce di età.  
Regione Marche, anno 2002**



Nell'autopercezione dello stato di salute vi sono delle differenze di genere (da rilevare, pur tenendo conto della sovrapposizione degli I.C.): complessivamente le donne si percepiscono "meno bene" degli uomini. Infatti tra le ultrasessantaquattrenni 1 su 3, il 32% (I.C. al 95%: 23,6-42,2) giudica positivamente la propria salute, mentre tra gli uomini di 65 anni e più è il 42% (I.C. al 95%: 30,8-53,4) a dare un giudizio positivo.

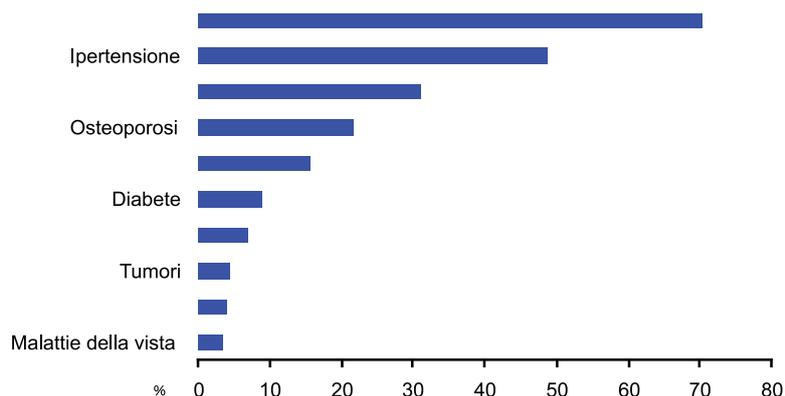
**Presenza di patologie croniche** <sup>(1,2)</sup>

Gli anziani, soprattutto nelle età più avanzate rischiano di soffrire di più patologie croniche contemporaneamente. Questa situazione, definita polipatologia, pone gli ultrasessantatenni in una condizione di “difficoltà/fragilità” non soltanto “fisica”, ma anche “organizzativo-gestionale” nella conduzione delle normali attività quotidiane, nell’attenzione ad una corretta assunzione delle diverse medicine, nella capacità di accudire la casa, fare la spesa ecc...

Complessivamente la condizione patologica più frequentemente riferita è l’artrite/artrosi: ne soffre il 70% (I.C. al 95%: 63,5-76,6) degli anziani della nostra Regione; a seguire si ha l’ipertensione dichiarata dal 49% degli ultrasessantatenni (I.C. al 95%: 41,6-55,9) e le malattie cardiovascolari ammesse dal 31% (I.C. al 95%: 24,8-38,1) dei soggetti di 65 anni e più <sup>(1)</sup>.

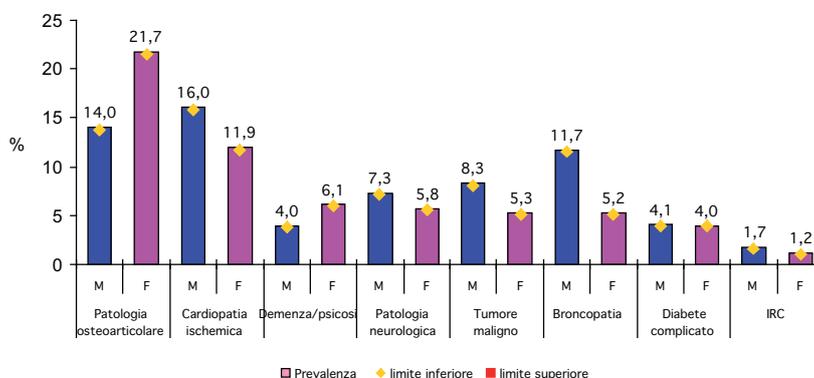
La Figura 3.7.8 è riporta la distribuzione delle malattie croniche tra gli anziani intervistati nello Studio Argento.

**Figura 3.7.8 - Malattie diagnosticate negli ultrasessantatenni. Studio Argento, regione Marche, anno 2002**



Nella Figura 3.7.9 è riportata la prevalenza, per sesso, di condizioni patologiche croniche “a rilevante impatto sociale” (ossia condizioni patologiche che comportano un importante impegno, assistenziale ed economico, per le famiglie e la collettività, legato alla situazione di “fragilità” dei soggetti malati) diagnosticate, nel 2001, dai Medici di Medicina Generale nella popolazione degli assistiti marchigiani con più di 64 anni.

**Figura 3.7.9 - Prevalenza delle patologie croniche nella popolazione anziana, per sesso. Indagine "Impatto", regione Marche anno 2001**



In generale la patologia osteo-articolare e le malattie del cuore (cardiopatía ischemica), sono le condizioni patologiche croniche che affliggono di più gli anziani marchigiani.

Esistono poi delle differenze di genere nella frequenza di riscontro clinico-diagnostico delle malattie croniche ad "elevato impatto sociale": infatti la patologia osteo-articolare è stata prevalentemente diagnosticata dai MMG nelle donne così come la demenza/psicosi, mentre la broncopneumopatia cronica ostruttiva e la cardiopatía ischemica sono più frequenti tra gli uomini.

***Disabilità percettive, difficoltà masticatorie (1)***

Le disabilità percettive, quali i difetti della vista e dell'udito, possono condizionare la qualità di vita ed il livello di integrazione sociale dell'anziano, incidendo sulle sue capacità di comunicazione e sulle sue abilità quotidiane.

Il 15% (I.C. al 95%: 10,4-20,8) dei marchigiani ha problemi di udito, mentre il 16% (I.C. al 95%: 10,8-21,4) ha difficoltà nella visione. I deficit visivi sono, oltretutto, un riconosciuto importante fattore di rischio per cadute,

evento, quest'ultimo assai temibile nella popolazione anziana a causa dei possibili importanti effetti invalidanti che ne possono derivare, unitamente alle gravi conseguenze di tipo psicologico <sup>(3)</sup>.

Circa 1 ultrasessantaquattrenne su 3, il 31% (I.C. al 95%: 25,1-38,5), dichiara di avere problemi nella masticazione. Le difficoltà masticatorie, negli anziani spesso sottovalutate/trascurate in quanto ritenute "normali" per l'età, condizionando in maniera pesante la dieta dell'individuo, producono importanti ripercussioni sul suo "benessere" fisico.

### *Focus sulle cadute <sup>(1)</sup>*

Nelle Marche, nel 2002, 1 anziano su 4, il 27% (I.C. al 95%: 21,2-34,0) è caduto nell'ambito del proprio ambiente domestico. Il rischio di caduta aumenta con l'aumentare dell'età e nel sesso femminile. I luoghi della casa dove sono avvenute più frequentemente le cadute risultano: la camera da letto, la cucina, le scale interne dell'abitazione ed il bagno. Alcuni dispositivi anticaduta, utili per prevenire questo evento e/o limitarne le conseguenze (ad es. i maniglioni nella vasca da bagno o nella doccia, i sottotappeti antiscivolo e la luce accesa durante la notte per illuminare il percorso letto-bagno), sono scarsamente presenti nelle abitazioni degli anziani marchigiani.

### ***Ospedalizzazione della popolazione anziana***

Dall'analisi effettuata per l'anno 2003 del ricorso all'ospedalizzazione dei soggetti anziani emerge quanto segue: nelle Marche, la popolazione anziana che rappresenta il 22% della popolazione marchigiana totale, ha determinato circa il 47% delle degenze ospedaliere.

L'analisi dei ricoveri del triennio 2001-2003, disaggregati per le fasce d'età 65-74 anni e  $\geq 75$  anni, conferma l'azione di incremento dell'appropriatezza nel ricorso al ricovero dell'anziano con una riduzione dei ricoveri ordinari e potenziamento dei regimi alternativi (in particolare la day surgery).

A tale proposito, si riporta, di seguito, il tasso di ospedalizzazione per acuti in strutture regionali per fasce d'età relativo agli anni 2003-2005 (Tabella 3.7.2)

Tabella 3.7.2 - Tasso di ospedalizzazione per acuti in strutture regionali per fascia di età e zona. Anni 2003-2005

	Produzione regionale 15-64										Passiva extraregionale Anno 2004		
	<15					>64					<15	15-64	>64
	03	04	05	03	04	05	03	04	05				
101 Pesaro	10,5	10,9	10,9	65,3	65,4	65,4	77,9	81,2	77,9	4,4	20,1	13,3	
102 Urbino	14,5	12,7	12,7	64,3	61,2	61,2	66,1	68,1	67,4	3,4	18,0	11,2	
103 Fano	15,2	14,7	14,7	76,1	74,7	74,7	79,4	78,2	77,3	2,4	12,1	4,9	
104 Senigallia	15,8	17,2	17,2	79,2	79,2	79,2	75,6	79,5	77,4	1,7	9,3	3,1	
105 Jesi	18,1	17,5	17,5	80,5	80,4	80,4	82,5	82,0	83,6	1,6	7,4	2,6	
106 Fabriano	14,2	14,5	14,5	77,0	75,0	75,0	71,1	74,9	75,3	2,6	12,3	4,2	
107 Ancona	14,3	14,4	14,4	75,6	78,1	78,1	83,4	86,5	87,3	1,4	8,0	2,7	
108 Civitanova M	14,5	14,3	14,3	75,0	75,6	75,6	75,7	76,8	79,5	1,5	9,0	3,5	
109 Macerata	10,4	10,2	10,2	64,9	64,8	64,8	67,4	69,9	70,1	2,1	12,3	4,4	
110 Camerino	13,3	13,8	13,8	77,4	78,5	78,5	79,0	78,3	76,5	2,0	12,3	5,7	
111 Fermo	15,8	15,7	15,7	75,1	74,0	74,0	84,0	85,2	83,7	1,5	12,4	4,9	
112 San Benedetto Tr	13,8	13,4	13,4	78,7	76,3	76,3	81,8	83,7	87,2	3,0	17,8	9,6	
113 Ascoli Piceno	14,4	13,5	13,5	79,2	77,8	77,8	81,6	80,4	80,5	2,6	16,1	7,9	
<b>Valore medio reg</b>	<b>14,2</b>	<b>14,1</b>	<b>14,0</b>	<b>74,5</b>	<b>73,9</b>	<b>72,1</b>	<b>77,3</b>	<b>78,8</b>	<b>78,7</b>	<b>2,3</b>	<b>12,9</b>	<b>6,0</b>	

Nota: esclusa attività di psichiatria, lungodegenza, riabilitazione e i neonati sani  
Fonte : Reporting flusso SDO, anno 2005

Tornando alla precedente analisi, nelle Marche nel 2002 ci sono stati, in regime ordinario, circa 245 ricoveri ogni 1.000 persone residenti nella fascia di età 65-74 anni, che sono saliti a circa 409 ogni 1.000 soggetti negli ultrasettantatrenni. Questi valori sono molto al di sopra del dato registrato per la popolazione generale pari a 152 per 1.000. In particolare nella fascia degli ultrasettantatrenni esso è più del doppio.

In regime di day-hospital ci sono stati, circa 77 ricoveri ogni 1.000 persone residenti nella fascia di età 65-74 anni, che sono saliti a circa 98 ogni 1.000 soggetti con più di 74 anni. Nella popolazione generale per il day-hospital il tasso di ospedalizzazione è pari a 48 degenze ogni 1.000 residenti <sup>(4)</sup>.

Dall'analisi dei ricoveri aggregati per DRG omologhi (dal punto di vista della significatività clinica) spicca il peso delle malattie cronico-degenerative, in questa fascia di popolazione, anche nel ricorso all'ospedalizzazione infatti:

- gli interventi sul cristallino con o senza vitrectomia sono in assoluto il motivo più frequente di ricorso al ricovero in ospedale; quindi seguono i problemi cardiovascolari (l'insufficienza cardiaca e shock; le aritmie ed alterazione della conduzione cardiaca) e quelli cerebro-vascolari (malattie cerebro-vascolari specifiche eccetto TIA), infine la chemioterapia, per cui la patologia neoplastica;
- importanti dal punto di vista della frequenza sono anche i ricoveri per le malattie polmonari acute/croniche (polmonite semplice e pleurite; BPCO);

**Tabella 3.7.3 Ricoveri ospedalieri: primi 20 DRG per età > 64 anni  
- anno 2005**

DRG aggregati	Strutture regionali		Strutture extraregionali		Totale	
	Nro	GG ord	Nro	GG ord	Nro	GG ord
interventi sul cristallino con o senza vitrectomia - drg 39	13973	1660	680	128	14653	1788
insufficienza cardiaca e shock - drg 127	6648	68249	115	1065	6763	69314
malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio - drg 14	4171	57967	63	916	4234	58883
chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta - drg 410	4047	3120	169	124	4216	3244
interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori - drg 209	2758	33311	703	7302	3461	40613
polmonite semplice e pleurite, età > 17 - drg 89 + 90	2967	36872	58	636	3025	37508
aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca - drg 138 + 139	2928	14608	81	352	3009	14960
malattia polmonare cronica ostruttiva - drg 88	2485	23918	83	761	2568	24679
attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali - drg 15	2401	19988	107	305	2508	20293
interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 - drg 161 + 162	2265	2894	55	139	2320	3033
malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto - drg 121 + 122 + 123	2051	19487	41	339	2092	19826
malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco - drg 124 + 125	1474	9006	354	1080	1828	10086
malattie degenerative del sistema nervoso - drg 12	1647	26155	147	2693	1794	28848
insufficienza renale - drg 316	1548	16388	60	504	1608	16892
malattie vascolari periferiche - drg 130 + 131	1364	8580	240	948	1604	9528
interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 - drg 210 + 211	1498	18964	42	457	1540	19421
edema polmonare e insufficienza respiratoria - drg 87	1261	13952	65	862	1326	14814
neoplasie maligne dell'apparato digerente - drg 172 + 173	1269	10841	55	399	1324	11240

Quanto descritto sopra è sostanzialmente sovrapponibile con ciò che accade a livello nazionale <sup>(5)</sup>;

Dato che le principali cause di ricovero, in questo target di popolazione, sono le patologie croniche (escluso la cataratta) si può pensare ad un possibile contenimento del ricorso all'ospedalizzazione attraverso interventi che mirino a:

- a) un monitoraggio “stretto” e “continuo” delle condizioni del paziente, al proprio domicilio, da parte del Medico di Medicina Generale, per permettere il mantenimento del soggetto il più a lungo possibile in condizioni di stabilità pur nel vissuto di patologia cronica;
- b) un “potenziamento” di modalità assistenziali alternative, in primis l'assistenza domiciliare, che non comportino lo sradicamento, anche temporaneo, dell'anziano dal proprio ambiente evitandone così il “disorientamento” e migliorando la qualità della vita anche nella fase della malattia.

Da sottolineare però che in un ottica di “Promozione della Salute della persona anziana”, va contemporaneamente data importanza, e di conseguenza perseguita con convinzione, la strada dell'individuazione ed attuazione di interventi volti alla prevenzione del decadimento psico-fisico.

Gli anziani hanno il diritto di vivere con serenità questa loro fase della vita in cui si ha potenzialmente ancora un ruolo importante da svolgere (ideando e perseguendo progetti di vita in ambito personale e sociale), pur in una situazione condizionata da processi biologici di usura fisica e da una realtà sociale che tende a creare isolamento.

L'approccio corretto delle politiche socio-sanitarie ai problemi legati all'anzianità è allora quello complessivo di Promozione della Salute del soggetto anziano, attuata con azioni mirate alla:

- prevenzione del decadimento psico-fisico;
- cura delle patologie;
- recupero (quando possibile) e mantenimento dell'autonomia.

## Bibliografia

1. Mancini C., De Giacomi G.V., Carletti P., Dubbini L. *“La Salute degli anziani nella regione Marche. Studio Argento”*. Regione Marche, Agenzia Regionale Sanitaria, giugno 2004. [www.ars.marche.it](http://www.ars.marche.it)
2. Cimica S., De Giacomi G.V., Carletti P., Mancini C., *“Le patologie croniche a rilevante impatto sociale nella regione Marche”*. Regione Marche, Agenzia Regionale Sanitaria, febbraio 2004. [www.ars.marche.it](http://www.ars.marche.it)
3. Mancini C., Williamson D. F., Binkin N., Michieletto F., De Giacomi G.V. e Gruppo Profeta 2001. *“Le cadute tra gli anziani, un problema sottovalutato: Studio Argento 2001-2002”*. Workshop: “Prima Conferenza Internazionale sul programma di formazione in epidemiologia applicata (PROFEA)”. Roma, 20 luglio 2004. [www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)
4. Ministero della Salute: *“Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - dati SDO 2002”*. [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)
5. Ministero della Salute – Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico e degli Investimenti strutturali e tecnologici. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria: *“Stato di Salute e prestazioni sanitarie nella popolazione anziana”*. Anno 2000



# 4

## I PRINCIPALI GRUPPI DI PATOLOGIE



#### 4.1 LE MALATTIE CARDIO E CEREBROVASCOLARI

Le malattie cardiovascolari, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi, rappresentano ancora oggi la principale causa di morte nel nostro paese. In particolare la cardiopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia, (28% di tutti i decessi), mentre gli accidenti cerebrovascolari sono al terzo posto con il 13%, dopo i tumori.

Nell'elaborazione dei dati, l'analisi dei DRG ha comportato la necessità di una standardizzazione espressa attraverso il rapporto standardizzato di ospedalizzazione (SHR)<sup>17</sup>.

##### Fonti informative:

- Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), ARS Marche.

#### *La cardiopatia ischemica*

Nell'analisi della patologia cardiovascolare è stata studiata la cardiopatia ischemica come causa di ricovero ospedaliero. All'interno del gruppo di diagnosi "malattie ischemiche del cuore" è stato poi esaminato in dettaglio "l'infarto del miocardio".

#### *Ricoveri per malattie ischemiche del cuore<sup>18</sup>*

Il numero complessivo di ricoveri di residenti nella Regione Marche per "Malattie ischemiche del cuore" (codici ICD IX 410-414) è stato di 7452 nel 2001, 6863 nel 2002 e 5869 nel 2003 con un tasso grezzo rispettivamente di 50,72; 46,71 e 39,94 per 10000 (Tabella 4.1.1).

<sup>17</sup> L'SHR è una tecnica epidemiologica che consente di eliminare gli errori di confondimento determinati dalla diversa composizione per età e sesso delle diverse province.

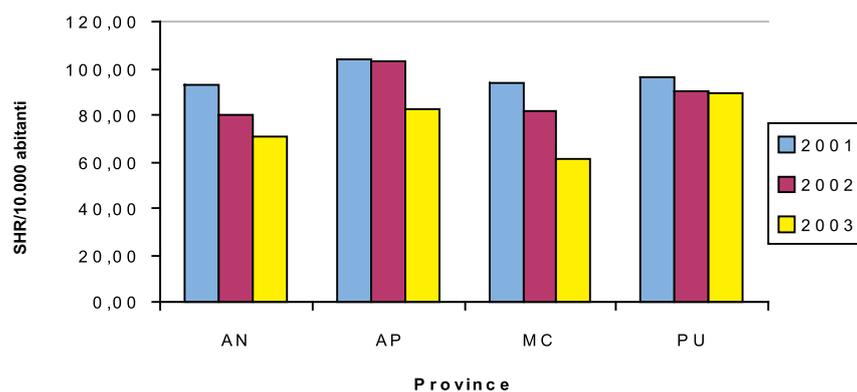
<sup>18</sup> Criteri di selezione dei ricoveri: Ricoveri Ordinari; dimissioni dal 1/1/2001 al 31/12/2003; residenza nelle Marche; presenza di codici ICD-IX 410-414 per le malattie ischemiche del cuore e ICD IX 414 per l'IMA in diagnosi principale; Standardizzazione: Dati Standardizzati con metodo diretto (per 10.000 abitanti) sulla popolazione delle Marche (Dati ISTAT, Censimento 2001).

**Tabella 4.1.1 - Ricoveri per malattie ischemiche del cuore, per provincia distribuiti per anno. Regione Marche periodo 2001-2003.**

Provincia	2001	2002	2003
AN	2270	1973	1726
AP	1997	1988	1592
MC	1466	1277	956
PU	1719	1625	1595
<b>Tot</b>	<b>7452</b>	<b>6863</b>	<b>5869</b>

Il rapporto standardizzato di ospedalizzazione (SHR) per malattie ischemiche del cuore nelle quattro province mostra una riduzione dei ricoveri in tutto il territorio regionale (Figura 4.1.1).

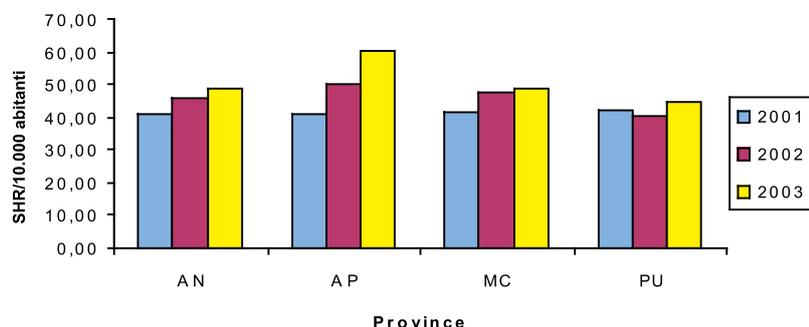
**Figura 4.1.1 - SHR per Malattie ischemiche del cuore (Codici ICD IX 410-414), per provincia. Regione Marche, anni 2001-2003.**



***Ricoveri per infarto acuto del miocardio***

I dati relativi ai ricoveri delle quattro province della regione marche manifestano un trend in aumento per l'Infarto acuto del miocardio. In particolare, la provincia di Ascoli Piceno mostra un valore superiore rispetto alle altre realtà provinciali (Figura 4.1.2).

**Figura 4.1.2 - SHR per IMA (Codice ICD IX 410), per provincia. Regione Marche, anni 2001-2003.**



#### **Il Registro "Sindromi Coronariche Acute" della Regione Marche**

Con il DGR N° 56 del 18/01/05, la Regione Marche ha approvato, in via sperimentale fino al 31 dicembre 2005, l'istituzione del Registro Marchigiano delle Sindromi Coronariche Acute. Gli obiettivi del registro sono strutturati su due aree di attività, un'Area istituzionale Regionale ed un'Area di Ricerca e sono così definiti:

- Per l'area "Istituzionale regionale":
  - rilevazione dei dati necessari al monitoraggio dell'applicazione del "Profilo di assistenza per "l'infarto miocardico acuto ST-sovraslivellato" su tutto il territorio Marchigiano
  - analisi dell'adeguamento agli standard regionali relativi alla qualità dell'assistenza prestata ai pazienti con infarto miocardico acuto ST-sovraslivellato
- Per l'area di attività e di ricerca:
  - rilevazione di dati epidemiologici sulle sindromi coronariche acute nella Regione Marche in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale e la Rete Epidemiologica Marchigiana
  - rilevazione di dati relativi all'efficacia degli interventi clinico-assistenziali (outcome) sui pazienti con sindrome coronarica acuta della Regione Marche
  - effettuazione di progetti di ricerca relativi alle Sindromi Coronariche Acute definiti di volta in volta dal Comitato Scientifico.

La struttura organizzativa del registro si articola in:

- **Un comitato scientifico**, costituito dai Direttori delle Unità Operative di Cardiologia, UTIC, Emodinamica, Cardiocirurgia della Regione Marche e della Unità Operativa di Medicina Generale del Presidio Ospedaliero di Osimo; dal Direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria della Regione Marche; dal Responsabile dell'Assistenza Ospedaliera del Dipartimento dei Servizi alla Persona e alla Comunità della Regione Marche; dal coordinatore regionale del Progetto Profili di Assistenza della Regione Marche; da un Chairman ed un Cochairman individuati tra esperti in Ricerca clinica cardiologica nazionali ed internazionali.
- Un gruppo Regionale di Esperti Profilo IMA e Cordinatori Profilo IMA delle Aziende Ospedaliere e delle Zone Territoriali della Regione Marche.
- **Un comitato esecutivo**, composto dal cochairman; da cinque Direttori di Unità Operativa facenti parte del Comitato Scientifico e indicati dal Comitato Scientifico; dal coordinatore regionale del Progetto Profili di Assistenza della Regione Marche; da un esperto in ricerca clinica Cardiologia.
- **Un Comitato aggiudicazione eventi**, con il compito di validare gli eventi che vengono rilevati dai centri periferici esaminando tutta la documentazione ritenuta necessaria.
- **Un Gruppo operativo** composto da: Un Coordinatore Organizzativo; da un gruppo di addetti al monitoraggio della qualità dei dati del Registro; un gruppo di addetti alla segreteria amministrativa del Registro; da un informatico.
- **Un writing committee**, costituito da: un esperto in statistica sanitaria ed un esperto in epidemiologia come componenti stabili. La restante composizione del Writing Committee è flessibile in base al contenuto di ciascuna pubblicazione scientifica e di norma prevede la presenza di chi ha proposto lo studio, di chi ha preparato il protocollo e di chi ha analizzato i dati.

### *Ricoveri per patologia cerebrovascolare<sup>19</sup>*

Negli anni oggetto dell'analisi il numero di ricoveri per patologia cerebrovascolare è stato piuttosto stabile quantificandosi in 9716 nel 2001; 9882 nel 2002 e 9522 nel 2003. Per quanto concerne la distribuzione dei ricoveri per patologia sono stati considerati i quattro gruppi rappresentati nella tabella 4.1.2.

<sup>19</sup> Criteri di selezione dei ricoveri: Ricoveri Ordinari; dimissioni dal 1/1/2001 al 31/12/2003; residenza nelle Marche; presenza in diagnosi principale di codici: ICD-IX 433-434 per occlusione e stenosi delle arterie precerebrali e cerebrali, ICD IX 430-432 per emorragia subaracnoidea, emorragia cerebrale e altre non specificate emorragie intracraniche, ICD IX 435 per ischemia cerebrale transitoria, ICD IX 436-437 per disturbi circolatori acuti mal definiti; Standardizzazione: Dati Standardizzati con metodo diretto (per 10.000 abitanti) sulla popolazione delle Marche (Dati ISTAT, Censimento 2001).

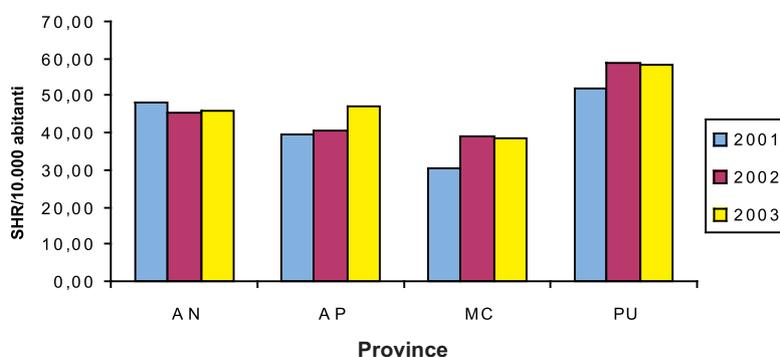
**Tabella 4.1.2 - Ricoveri per patologia cerebrovascolare, nella regione Marche, distribuiti per categoria diagnostica. Anni 2001-2003.**

	Occlusione cerebrale			Emorragia subaracnoidea, Emorragia cerebrale e altre non specificate emorragie intracraniche			Dist. Circol. Mal definiti			TIA		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003
PS	931	1051	1041	209	208	221	803	585	612	506	634	676
AN	1193	1122	1134	293	272	316	548	564	492	611	557	476
MC	482	615	610	201	235	209	932	926	781	457	471	434
AP	746	769	888	239	239	249	989	970	779	576	664	604
<b>Totale</b>	<b>3352</b>	<b>3557</b>	<b>3673</b>	<b>942</b>	<b>954</b>	<b>995</b>	<b>3272</b>	<b>3045</b>	<b>2664</b>	<b>2150</b>	<b>2326</b>	<b>2190</b>

*Ricoveri per occlusione o stenosi delle arterie precerebrali e cerebrali*

La provincia di Pesaro mostra un tasso standardizzato di ricoveri sensibilmente superiore rispetto alle altre province (Figura 4.1.3).

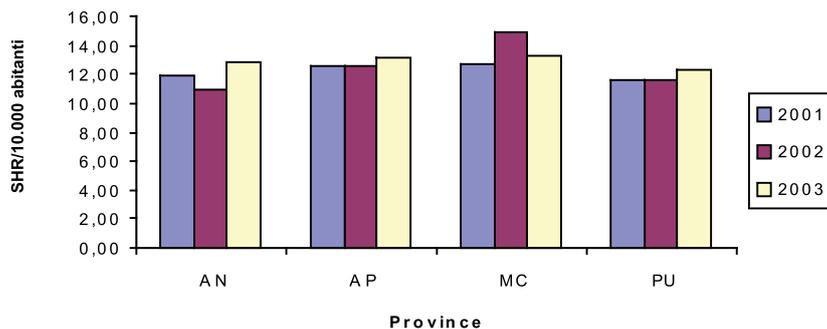
**Figura 4.1.3 - SHR per occlusione e stenosi delle arterie precerebrali e cerebrali (Codici ICD IX 433-434), per provincia. Regione Marche, anni 2001-2003.**



Ricoveri per emorragia subaracnoidea, emorragia cerebrale e altre non specificate emorragie intracraniche.

Le quattro province non evidenziano differenze e le variazioni annuali sono complessivamente stabili (Figura 4.1.4).

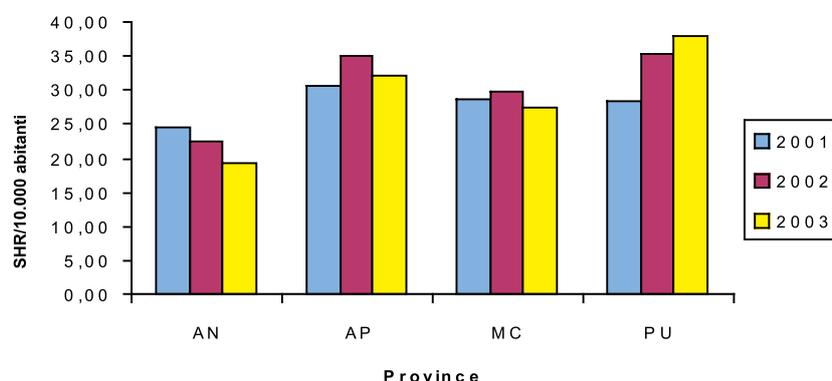
**Figura 4.1.4 - SHR per emorragia subaracnoidea, emorragia cerebrale e altre non specificate emorragie intracraniche (Codici ICD IX 430-432 ), per provincia. Regione Marche anni 2001-2003.**



***Ricoveri per Ischemia Cerebrale Transitoria***

La provincia di Pesaro mostra un trend in aumento dei ricoveri per ischemia cerebrale transitoria mentre la provincia di Ancona evidenzia una diminuzione del tasso standardizzato di ricoveri. Le province di Ascoli e Macerata sono invece caratterizzate da una maggiore variabilità (Figura 4.1.5).

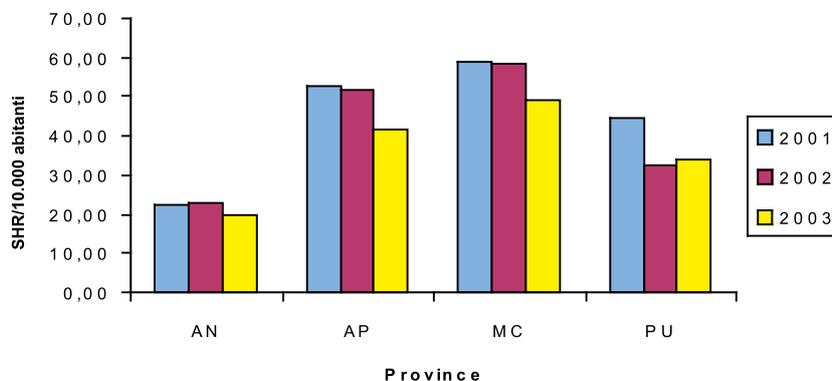
**Figura 4.1.5 - SHR per ischemia cerebrale transitoria (Codice ICD IX 435), per provincia. Regione Marche, anni 2001-2003.**



*Ricoveri per disturbi circolatori acuti mal definiti*

La provincia di Ancona mostra valori sensibilmente inferiori rispetto alle altre province che comunque evidenziano una tendenza in decremento nei ricoveri (Figura 4.1.6).

**Figura 4.1.6 - SHR per disturbi circolatori acuti mal definiti (Codici ICD IX 436-437), per provincia. Regione Marche, anni 2001-2003.**



## 4.2 I TUMORI

### 4.2.1 Incidenza, mortalità e sopravvivenza

**Fonti informative:**

- ISS (Osservatorio della mortalità per tumori maligni nelle Marche dal 1980 al 2002);
- Registro tumori di popolazione della provincia di Macerata (1991-2000);
- Registro di mortalità della provincia di Macerata (1991-2004);
- Registro popolazione della provincia di Macerata (1991-2004).

#### *Incidenza, mortalità e sopravvivenza in provincia di Macerata*

In provincia di Macerata ogni anno (stima al 2002) sono complessivamente registrati circa 2.200 nuovi casi di tumore (56% nei maschi e 44% nelle femmine). I tumori più frequenti nei maschi, escluse le neoplasie non melanocitarie della pelle che rappresentano il 19% del totale dei casi, sono la prostata (17%), il polmone (10%), il colon-retto (11%), la vescica (8%) e lo stomaco (8%) ; nelle femmine, la mammella (20%), il colon-retto (11%), lo stomaco (7%), l'utero (5%) e il polmone (3,6%).

La frequenza della patologia tumorale aumenta con l'età dei soggetti: in un anno, i pazienti con meno di 20 anni sono circa 0,4%, al di sotto di 50 anni sono 6% maschi e 11% femmine e fra gli anziani rappresentano 93% maschi ed 88% femmine.

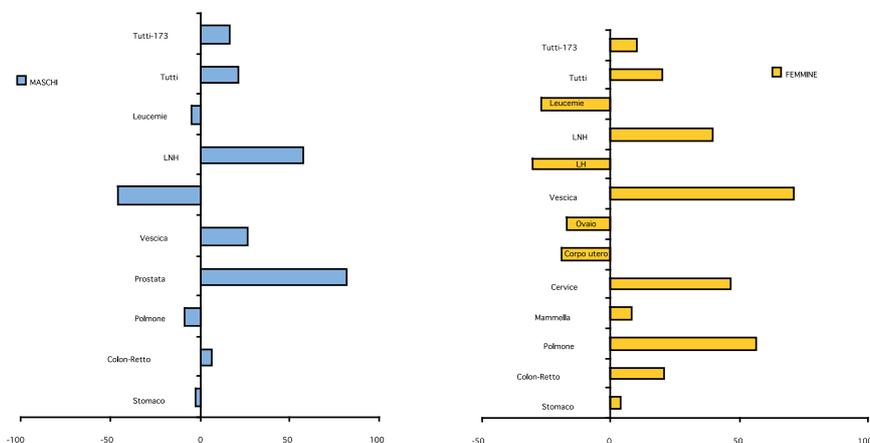
Nel decennio 1991-'00, l'incidenza complessiva dei tumori è andata aumentando: tale aumento è la risultante di andamenti contrapposti presenti nelle diverse sedi. Nei maschi, infatti aumenta l'incidenza dei tumori della prostata (+ 82%), dei linfomi non Hodgkin (+ 57%), dei tumori della vescica (+ 27%), mentre diminuisce l'incidenza dei linfomi di Hodgkin (- 46%), dei carcinomi del polmone (- 8%) e dello stomaco (- 2%).

Nelle femmine sono aumentati i tumori della vescica (+ 71%), del polmone (+ 56%), della cervice uterina (+ 46%), dei linfomi non Hodgkin (+ 40%), i linfomi di Hodgkin (- 30%) e del colon-retto (+ 21%) mentre sono diminuiti le leucemie (- 27%), del corpo dell'utero (- 19%) ed i tumori dell'ovaio (- 17%). (Tab. 4.2.1, Fig. 4.2.1).

**Tab. 4.2.1 - Incidenza del cancro in provincia di Macerata: numero dei casi, tassi standardizzati per età (popolazione italiana 1981) per 100.000 residenti, per alcune sedi e variazioni percentuali, Maschi e Femmine.**

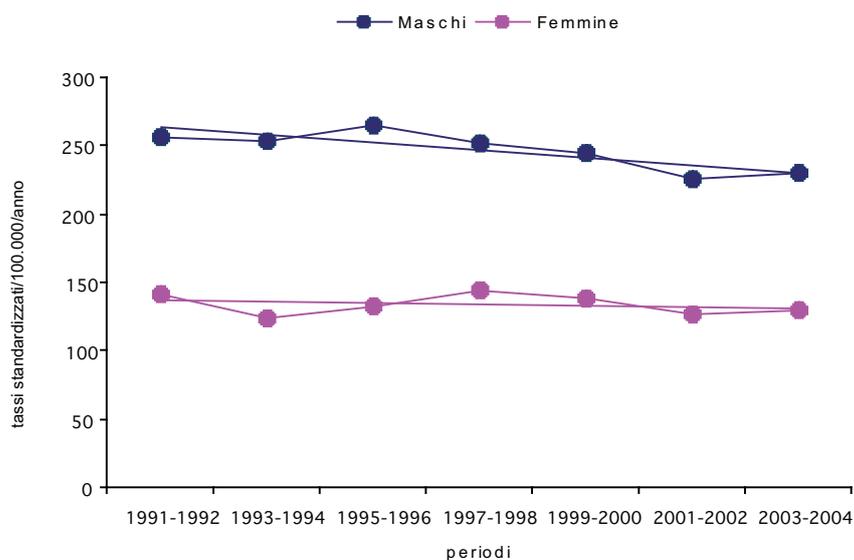
SEDI	Maschi					Femmine				
	1991-'92		1999-'00			1991-'92		1999-'00		
	casi	tassi st	casi	tassi st	var%	casi	tassi st	casi	tassi st	var%
Stomaco	175	49,1	204	48,0	-2,2	108	21,9	129	22,7	3,7
Colon-Retto	237	66,8	293	71,2	6,6	184	39,8	249	48,2	21,1
Polmone	260	74,3	275	68,3	-8,1	42	9,6	72	15,0	56,3
Mammella	-	-	-	-	-	310	79,8	374	86,3	8,1
Prostata	195	52,5	411	95,4	81,7	-	-	-	-	-
Cervice	-	-	-	-	-	15	4,3	25	6,3	46,5
Corpo utero	-	-	-	-	-	78	18,9	70	15,3	-19,0
Ovaio	-	-	-	-	-	52	12,7	47	10,5	-17,3
Vescica	157	44,4	233	56,4	27,0	26	5,2	49	8,9	71,2
LH	14	4,8	8	2,6	-45,8	11	3,3	9	2,3	-30,3
LNH	40	11,7	72	18,4	57,3	37	9,0	57	12,6	40,0
Leucemie	45	13,1	45	12,5	-4,6	35	9,7	30	7,1	-26,8
Tutti	1.774	503,9	2.502	614,3	21,9	1.392	326,3	1.893	392,1	20,2
<b>Tutti-173</b>	<b>1.512</b>	<b>430,1</b>	<b>2.029</b>	<b>500,7</b>	<b>16,4</b>	<b>1.209</b>	<b>288,1</b>	<b>1.494</b>	<b>317,6</b>	<b>10,2</b>

**Fig. 4.2.1 - Incidenza per cancro in provincia di Macerata: variazioni temporali dei tassi standardizzati di alcune sedi (1991-'92 vs 1999-'00).**



I dati forniti dal Registro di Mortalità della provincia di Macerata per il biennio 2003-2004 indicano che ogni anno nel nostro territorio si verificano, in media, 940 decessi per cancro (530 maschi e 410 femmine). Dall'inizio degli anni '90 ad oggi, il numero complessivo dei casi di decesso per neoplasie è aumentato, ma l'andamento temporale dei tassi standardizzati evidenzia una leggera diminuzione della mortalità complessiva in entrambi i sessi (Fig. 4.2.2).

**Fig. 4.2.2 - Mortalità per cancro in provincia di Macerata: andamenti temporali (tutte le sedi). Maschi e Femmine.**



Le sedi in cui la mortalità è in diminuzione sono lo stomaco in entrambi i sessi (- 34% nei maschi e -33% nelle femmine), la prostata e il polmone nei maschi (- 16%), mentre quelle in aumento sono il colon-retto in entrambi i sessi (+16%) e il polmone nelle femmine (+ 45%).

**Tab. 4.2.2 - Mortalità per cancro in provincia di Macerata: numero dei casi, tassi standardizzati per età e sesso (popolazione italiana 1981) per 100.000 residenti, per alcune sedi e variazioni percentuali, Maschi e Femmine.**

SEDI	Maschi					Femmine				
	1991-'92		2003-'04			1991-'92		2003-'04		
	casi	tassi st	casi	tassi st	var%	casi	tassi st	casi	tassi st	Var%
Stomaco	133	37,0	117	24,5	-33,8	95	17,1	83	11,5	-32,7
Colon-retto	97	26,5	141	30,8	16,2	73	13,7	111	15,9	16,1
Polmone	239	68,1	252	57,4	-15,7	41	8,8	70	12,8	45,5
Mammella	-	-	-	-	-	127	29,2	122	24,2	-17,1
Prostata	84	22,0	99	18,4	-16,4	-	-	-	-	-
<b>Tutti</b>	<b>916</b>	<b>257,2</b>	<b>1062</b>	<b>230,1</b>	<b>-10,5</b>	<b>683</b>	<b>141,1</b>	<b>821</b>	<b>129,4</b>	<b>-8,3</b>

La sopravvivenza relativa per tutte le sedi a 5 anni dalla diagnosi (casi incidenti negli anni 1995-'99), presenta, nel complesso, un andamento migliore nelle femmine (57%) che nei maschi (50%) ed i valori, in entrambi i sessi, diminuiscono all'aumentare dell'età. Fra le sedi tumorali a prognosi più infausta figurano il pancreas (3% nei maschi e 9% nelle femmine), il polmone (13% nei maschi e 17% nelle femmine), l'encefalo (22% nei maschi e 17% nelle femmine), lo stomaco (35% nei maschi e 34% nelle femmine) e l'ovaio (38%) mentre quelle con buona prognosi sono la prostata (83%), la mammella femminile (84%), il melanoma cutaneo (85% nei maschi e 86% nelle femmine), la tiroide (74% nei maschi e 87% nelle femmine) e la vescica (74% nei maschi e 72% nelle femmine).

### *La mortalità per tumori nella regione*

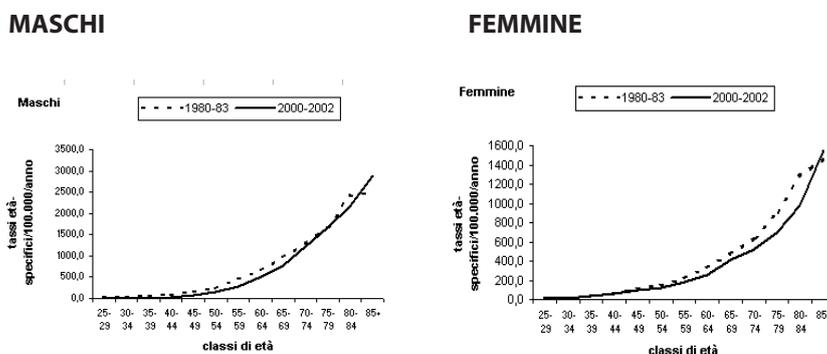
Il numero complessivo di morti per tumori maligni nella regione Marche, nel periodo 1980-'83, raggiungeva in media, ogni anno, 3.343 unità (1.958 maschi e 1.385 femmine). Negli anni successivi, il numero di decessi è notevolmente cresciuto tanto che, *nel triennio 2000-2002, su una popolazione media di 1.471.038 abitanti*, sono morte per tumore 4.185 persone (2430 maschi e 1755 femmine) pari al 31% del totale dei decessi per tutte le cause nei maschi e 23% nelle femmine. Fig 4.2.3

L'aumento di frequenza assoluta dei decessi per cancro registrato nel suddetto periodo è accompagnato però, a partire dalla metà degli anni '80, da una riduzione del rischio complessivo di mortalità per neoplasie. Se eliminiamo,

infatti, l'effetto dovuto alla diversa struttura per età della popolazione marchigiana nei due periodi considerati, si osserva che negli anni 1980-'83 il tasso di mortalità era 285,5 per 100.000 residenti nei maschi e 152,7 nelle femmine, mentre nel periodo 2000-2002 è stato rispettivamente di 201,7 e 143,8.

L'apparente contraddizione tra incremento totale del numero dei decessi e riduzione del rischio può essere spiegata, sostanzialmente, dall'invecchiamento della popolazione e da fenomeni generazionali: l'aumento della mortalità nei maschi, infatti, è legata solo al numero di decessi in alcune coorti di anziani (di oltre i 75 anni) che presentano tassi tuttora in crescita, mentre ciò non avviene nelle femmine (Fig. 4.2.3).

**Fig. 4.2.3 - Mortalità per cancro nelle Marche (tutte le sedi): confronto dei tassi età-specifici (per 100.000 residenti/anno) in due periodi: 1980-'83 vs 2000-'02.**



All'interno della Regione, la distribuzione della mortalità presenta, sia nei maschi che nelle femmine, un gradiente di valori a diminuire dalle province del centro-nord a quelle del centro-sud (in provincia di Ancona e Pesaro Urbino si riscontrano i valori più elevati, in quelle di Macerata ed Ascoli Piceno i più bassi) (Tabb. 4.2.3, 4.2.4).

**Tab. 4.2.3 - Mortalità per cancro nelle Marche (periodo 2000-2002): tassi standardizzati per età e sesso (popolazione italiana 1981) per 100.000 residenti/anno, per alcune sedi e per provincia, Maschi.**

SEDI	PU		AN		MC		AP		MARCHE	
	casi	tassi st								
Stomaco	200	22.0	210	18.6	187	22.7	141	15.5	738	19.5
Colon	119	13.7	204	18.0	127	16.5	150	15.6	600	16.1
Retto	60	7.2	62	5.5	50	6.2	56	6.9	228	6.4
Pancreas	89	11.1	120	11.4	60	8.5	73	7.9	342	9.8
Polmone	442	55.4	602	57.0	378	52.4	451	54.2	1.873	55.1
Prostata	147	14.2	186	13.5	145	14.0	181	15.9	659	14.3
Vescica	90	9.5	119	9.4	64	7.2	82	8.2	355	8.7
Rene	43	5.4	82	7.4	46	5.9	36	4.2	207	5.8
Linfomi	66	7.9	76	6.8	46	5.9	62	8.2	250	7.2
Mielomi	30	3.5	33	2.9	19	2.8	24	2.6	106	2.9
Leucemie	80	10.2	83	7.8	52	7.4	63	7.0	278	8.1
<b>Tutte le sedi</b>	<b>1.780</b>	<b>212.1</b>	<b>2.313</b>	<b>209.2</b>	<b>1.488</b>	<b>191.9</b>	<b>1.709</b>	<b>191.2</b>	<b>7.290</b>	<b>201.7</b>

**Tab. 4.2.4 - Mortalità per cancro nelle Marche (periodo 2000-2001): tassi standardizzati per età e sesso (popolazione italiana 1981) per 100.000 residenti/anno, per alcune sedi e per provincia, Femmine.**

SEDI	PU		AN		MC		AP		MARCHE	
	casi	tassi st								
Stomaco	147	15.2	132	10.5	125	13.8	120	12.8	524	12.9
Colon	113	12.8	191	15.4	121	15.6	114	12.9	539	14.3
Retto	41	4.7	60	5.2	28	3.5	36	3.9	165	4.4
Pancreas	68	8.0	114	9.3	75	8.8	73	8.2	330	8.6
Polmone	112	14.3	158	14.6	79	11.0	107	12.9	456	13.3
Mammella	177	22.8	267	26.3	166	24.2	192	24.3	802	24.5
Utero	36	4.5	44	3.8	37	5.2	41	5.2	158	4.6
Ovaio	65	7.8	85	8.6	57	8.5	43	5.5	250	7.6
Vescica	23	2.3	17	1.1	14	1.3	13	1.1	67	1.4
Rene	20	2.4	47	4.3	10	1.1	16	1.9	93	2.6
Linfomi	48	5.9	66	5.1	43	5.1	49	5.3	206	5.4
Mielomi	29	3.4	34	2.7	25	2.6	17	2.0	105	2.7
Leucemia	49	5.5	77	6.6	54	7.0	48	5.6	228	6.2
<b>Tutte le sedi</b>	<b>1.235</b>	<b>143.3</b>	<b>1.737</b>	<b>151.3</b>	<b>1.118</b>	<b>143.4</b>	<b>1.176</b>	<b>135.2</b>	<b>5.266</b>	<b>143.8</b>

Nelle Marche, il cancro rappresenta, attualmente, la prima causa di morte negli adulti e la seconda negli anziani. In particolare, il 79% dei deceduti ha oltre 65 anni, il 4% ha meno di 50 anni e solo lo 0,2% ha un'età compresa tra 0 e 19 anni (Tab. 4.2.5). Le sedi di tumore che più frequentemente conducono a morte gli uomini sono quelle del polmone (55,1, tasso per 100.000 abitanti, standardizzato con pop. italiana censimento 1981), dello stomaco (19,5), del colon (16,1), e della prostata (14,3). Nelle donne, invece, sono più frequenti i decessi per neoplasie della mammella (24,5), del colon (14,3), del polmone (13,3) e dello stomaco (12,9) (Tabb. 4.2.3, 4.2.4).

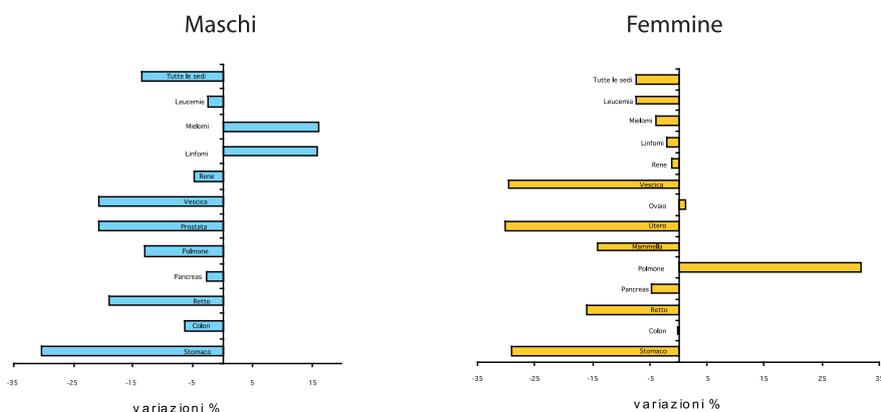
**Tab. 4.2.5 - Mortalità per cancro nelle Marche (2000-2002). Decessi per classi di età e percentuale cumulativa, M+F**

Classi di età	N	%	% cum.
0-19	27	0.2	0.2
20-49	537	4.3	4.5
50-64	2064	16.4	20.9
65-74	3555	28.3	49.2
75+	6373	50.8	100
Totale	12.556	100,0	

La riduzione della mortalità è invece più evidente nelle età meno anziane: tale tendenza, già presente nelle classi giovanili all'inizio degli anni '80, ha coinvolto, successivamente, anche le persone di età più adulta.

Rispetto alla situazione descritta nella precedente edizione riferita agli anni 1992-'95, nel triennio 2000-2002 la mortalità neoplastica risulta complessivamente in diminuzione (- 14% nei maschi, - 7% nelle femmine). Tale riduzione interessa buona parte delle sedi tumorali, mentre rimane tuttora in aumento la mortalità per cancro del polmone nelle donne (+ 32%) e per mielomi e linfomi nei maschi (+ 16%) (Fig. 4.2.4).

**Figura 4.2.4 - Mortalità per cancro nelle Marche: variazioni temporali dei tassi standardizzati per età e sesso di alcune sedi (1992-'95 vs 2000-2002).**



A livello provinciale, le variazioni temporali dei tassi evidenziano, per lo stesso periodo, una diminuzione della mortalità compresa tra - 16% di Pesaro Urbino e - 11% di Ancona nei maschi e tra -10% di Ascoli Piceno e - 5% di Pesaro ed Ancona per le femmine (Tabb. 4.2.6, 4.2.7).

Le principali sedi tumorali che registrano una mortalità in aumento per i maschi sono: in provincia di Macerata i linfomi (+ 19 %) e il colon (+ 15%), in provincia di Pesaro Urbino i mielomi (+ 39%) e le leucemie (+ 38%), in provincia di Ancona il rene (+ 16%) e i mielomi (+14%), in provincia di Ascoli Piceno i linfomi (+36%) e i mielosi (+21%); per le femmine: in provincia di Pesaro Urbino il polmone (+ 52%) e i mielomi (+ 28%), in provincia di Ancona, il rene (+33%), il polmone (+ 24%) e l'ovaio (+ 15%); in provincia di Macerata il polmone (+ 30 %), i linfomi (+ 19%), il pancreas (+ 13%) e l'ovaio (+ 12%), in provincia di Ascoli Piceno, sostanzialmente, è in aumento solo il polmone (+28%).

**Tab. 4.2.6 - Mortalità per cancro nelle Marche: variazioni temporali dei tassi standardizzati per età e sesso di alcune sedi (1992-'95 vs 2000-2002), per provincia. Maschi**

SEDI	PU			AN			MC			AP			MARCHE		
	1992-95	2000-02	var%												
Stomaco	34,9	22,0	-37,0	23,9	18,6	-22,0	28,0	22,7	-18,8	26,5	15,5	-41,6	28,0	19,5	-30,3
Colon	15,4	13,7	-10,8	21,0	18,0	-14,2	14,3	16,5	15,4	16,4	15,6	-5,1	17,2	16,1	-6,4
Retto	7,6	7,2	-5,6	7,1	5,5	-23,2	8,7	6,2	-28,1	8,4	6,9	-18,3	7,9	6,4	-19,1
Pancreas	10,7	11,1	3,5	10,5	11,4	8,3	9,3	8,5	-8,7	9,7	7,9	-18,9	10,1	9,8	-2,8
Polmone	67,4	55,4	-17,8	69,4	57,4	-17,3	59,3	52,4	-11,7	55,6	54,2	-2,6	63,4	55,1	-13,1
Prostata	19,5	14,2	-27,2	17,5	13,5	-22,9	17,7	14,0	-20,7	18,2	15,9	-12,5	18,1	14,3	-20,9
Vescica	11,3	9,5	-15,7	10,7	9,4	-11,8	10,6	7,2	-32,5	11,2	8,2	-27,2	10,9	8,7	-20,8
Rene	6,7	5,4	-20,0	6,4	7,4	15,7	6,2	5,9	-4,9	5,2	4,2	-17,7	6,1	5,8	-4,9
Linfomi	7,3	7,9	7,8	6,6	6,8	3,1	4,9	5,9	19,1	5,9	8,2	39,5	6,2	7,2	15,9
Mielomi	2,5	3,5	38,7	2,5	2,9	13,5	2,9	2,8	-2,5	2,1	2,6	21,1	2,5	2,9	16,1
Leucemie	7,4	10,2	37,6	8,3	7,8	-5,2	9,1	7,4	-18,3	8,7	7,0	-18,9	8,3	8,1	-2,5
<b>Tutte le sedi</b>	<b>250,9</b>	<b>212,1</b>	<b>-15,5</b>	<b>236,6</b>	<b>209,2</b>	<b>-11,6</b>	<b>224,7</b>	<b>191,9</b>	<b>-14,6</b>	<b>219,3</b>	<b>191,2</b>	<b>-12,8</b>	<b>233,1</b>	<b>201,7</b>	<b>-13,5</b>

**Tabella 4.2.7 - Mortalità per cancro nelle Marche: variazioni temporali dei tassi standardizzati per età e sesso di alcune sedi (1992-'95 vs 2000-2002), per provincia. Femmine**

SEDI	PU			AN			MC			AP			MARCHE		
	1992-95	2000-02	var%	1992-95	2000-02	var%									
Stomaco	21,5	15,2	-29,3	15,6	10,5	-32,8	18,9	13,8	-27,0	17,5	12,8	-26,6	18,1	12,9	-29,1
Colon	14,3	12,8	-10,5	15,0	15,4	2,8	14,9	15,6	5,3	12,8	12,9	1,0	14,3	14,3	-0,2
Retto	5,8	4,7	-19,0	5,5	5,2	-6,8	4,0	3,5	-13,3	5,4	3,9	-27,4	5,2	4,4	-15,9
Pancreas	9,0	8,0	-10,9	10,2	9,3	-9,0	7,8	8,8	13,0	8,7	8,2	-5,5	9,0	8,6	-4,6
Polmone	9,4	14,3	52,0	11,8	14,6	23,9	8,5	11,0	29,7	10,1	12,9	27,7	10,1	13,3	31,8
Mammella	24,9	22,8	-8,6	30,5	26,3	-14,0	30,2	24,2	-20,0	28,2	24,3	-13,9	28,6	24,5	-14,2
Utero	5,6	4,5	-19,4	7,2	3,8	-47,6	7,3	5,2	-27,9	6,1	5,2	-15,3	6,6	4,6	-30,1
Ovaio	8,0	7,8	-2,3	7,5	8,6	14,5	7,6	8,5	11,7	7,0	5,5	-21,2	7,5	7,6	1,3
Vescica	1,9	2,3	21,5	2,6	1,1	-58,8	1,8	1,3	-27,9	1,6	1,1	-26,6	2,0	1,4	-29,7
Rene	2,2	2,4	7,1	3,2	4,3	32,9	2,3	1,1	-54,4	2,5	1,9	-23,5	2,6	2,6	-1,2
Linfomi	7,1	5,9	-16,9	4,8	5,1	7,2	4,3	5,1	18,1	5,8	5,3	-7,8	5,5	5,4	-2,1
Mielomi	2,6	3,4	27,8	2,8	2,7	-4,4	3,4	2,6	-23,3	2,3	2,0	-12,2	2,8	2,7	-4,0
Leucemia	6,0	5,5	-8,4	6,9	6,6	-5,3	7,0	7,0	-0,6	6,6	5,6	-15,9	6,6	6,2	-7,3
<b>Tutte le sedi</b>	<b>156,7</b>	<b>143,3</b>	<b>-8,5</b>	<b>159,7</b>	<b>151,3</b>	<b>-5,2</b>	<b>152,6</b>	<b>143,4</b>	<b>-6,1</b>	<b>150,7</b>	<b>135,2</b>	<b>-10,3</b>	<b>155,3</b>	<b>143,8</b>	<b>-7,4</b>

**Stima dei casi incidenti nelle Marche**

Il numero di nuovi casi di tumore che ogni anno insorgono nelle Marche non è noto per l'assenza di un sistema di registrazione della patologia neoplastica su base regionale. Utilizzando i dati di incidenza per tutti i tipi di tumore rilevati in provincia di Macerata e quelli per le classi di età 0-19 anni nella regione Marche (dati provenienti rispettivamente, dal Registro tumori provincia di Macerata relativi agli anni 1998-'99 e dal Registro tumori infantili e negli adolescenti delle Marche relativi agli anni 1998-2001), è stato recentemente stimato che nella nostra regione, per l'anno 2005 è atteso un numero complessivo di 8.729 nuovi casi di tumore (4.896 maschi e 3.833 femmine) (*Stima dei casi incidenti di tumore maligno, escluse le neoplasie non melanocitarie della cute, nella regione Marche al 2005*: dati forniti al Servizio Assistenza Territoriale e Integrazione Socio-sanitaria della Regione Marche) (Tab. 4.2.8).

**Tab. 4.2.8 - Stima dei casi incidenti di tumore maligno nella regione Marche al 2005.**

Classi di età	Maschi					Femmine				
	PU	AN	MC	AP	MARCHE	PU	AN	MC	AP	MARCHE
0-19	21	29	25	27	102	18	27	13	15	73
20-34	22	22	19	23	86	22	60	27	15	124
35-54	87	148	75	107	417	164	252	142	177	735
55-64	192	260	168	190	810	129	196	125	145	595
65-74	408	509	377	444	1738	202	290	224	233	949
75+	391	529	401	422	1743	302	421	299	335	1357
<b>Totale</b>	<b>1121</b>	<b>1497</b>	<b>1065</b>	<b>1213</b>	<b>4896</b>	<b>837</b>	<b>1246</b>	<b>830</b>	<b>920</b>	<b>3833</b>

#### 4.2. 2 I TUMORI INFANTILI ED I MESOTELIOMI

##### *Incidenza e sopravvivenza per tumori infantili e negli adolescenti nelle Marche*

Nella regione Marche, dal 1990 al 2005, sono stati registrati, complessivamente, 543 casi di neoplasie pediatriche (56% nei maschi e 44% nelle femmine) e 155 casi di tumore negli adolescenti (55% nei maschi e 45% nelle femmine).

Nell'ultimo triennio disponibile (2003-2005) sono stati rilevati 120 nuovi casi di tumore infantile, distribuiti con un numero di casi uguale tra maschi e femmine, la cui incidenza complessiva (tasso standardizzato per età e sesso) è di 196,2 casi per 1.000.000/anno (Tabella 4.2.9). Negli adolescenti, nello stesso periodo, sono stati diagnosticate 65 nuove neoplasie (55% nei maschi e 45% femmine) con un'incidenza complessiva di 313,0 casi per 1.000.000/anno.

Secondo i dati dell'ultimo triennio, i tumori infantili più frequenti sono le leucemie (24%), i linfomi (12%) e le neoplasie del sistema nervoso centrale (SNC) (22%) che, insieme, costituiscono complessivamente il 58% di tutti i casi (Tabella 4.2.10).

Circa il 45% di tutti i tumori infantili insorge nei primi 4 anni di vita ed il 32% di questi è costituito dalle leucemie di cui quelle linfatiche acute (LLA) sono circa l'83%.

I linfomi aumentano progressivamente nelle tre classi di età, in particolare nei preadolescenti (10-14 anni): in quest'ultima classe la frequenza dei linfomi rappresenta il 24% di tutti i tumori.

I tumori del SNC, infine, sono discretamente più frequenti nell'ultima classe di età (10-14 anni).

Negli adolescenti, nell'ultimo triennio, i linfomi sono circa un terzo (32%) di tutti i tumori, seguiti dai carcinomi ed altri tumori epiteliali (15%), dalle leucemie (14%), dai tumori del SNC (11%) e delle cellule germinali (10%): tali neoplasie costituiscono, complessivamente, l'82% di tutte le neoplasie (Tabella 4.2.10 e Figura 4.2.5)

**Tabella 4.2.9 - Incidenza dei tumori infantili e negli adolescenti\* delle Marche: tassi standardizzati\*\* per 1.000.000 residenti/anno suddivisi per categorie diagnostiche (ICCC\*\*\*). Maschi + Femmine.**

Categorie diagnostiche ICCC	0-14 anni		15-19 anni	
	1990-2002	2003-2005	1998-2002	2003-2005
Leucemie	50.5	46.5	28.1	44.6
Linfomi	23.1	25.2	92.7	101.6
SNC	38.7	44.6	30.9	34.1
SNS	11.1	11.0	-	-
Retinoblastomi	3.2	5.3	-	-
T.renali	9.5	10.6	2.8	-
T.epatici	1.9	3.1	-	-
T.osso	12.1	3.7	11.2	19.2
T.tessuti molli	8.5	11.8	19.7	29.0
T.a cellule germinali	5.9	10.8	22.5	33.0
Carcinomi e altri T.epiteliali	7.2	21.7	39.3	46.9
Altri tumori	2.5	1.9	2.8	4.4
<b>Totale</b>	<b>174.1</b>	<b>196.2</b>	<b>250.1</b>	<b>313.0</b>

\*negli adolescenti la rilevazione è iniziata nel 1998

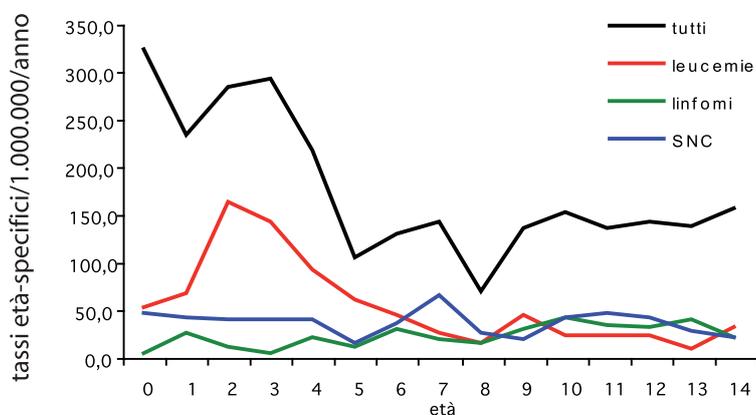
\*\* per sesso ed età con popolazione Italia 1981

\*\*\*International Classification of Childhood Cancer.....

**Tabella 4.2.10- Frequenza dei tumori infantili e negli adolescenti delle Marche registrati nel periodo 2003-2005: distribuzione del numero dei casi incidenti per classi di età e per categorie diagnostiche ICCC. Maschi + Femmine.**

Categorie diagnostiche ICCC	Classi di età				
	0-4	5-9	10-14	0-14	15-19
Leucemie	17	8	4	29	9
Linfomi	1	3	10	14	21
SNC	8	6	12	26	7
SNS	7	1	-	8	-
Retinoblastomi	4	-	-	4	-
T.renali	4	3	-	7	-
T.epatici	1	-	1	2	-
T.osso	-	1	1	2	4
T.tessuti molli	6	2	-	8	6
T.a cellule germinali	5	-	2	7	7
Carcinomi e altri T.epiteliali	1	-	11	12	10
Altri tumori	-	-	1	1	1
<b>Totale</b>	<b>54</b>	<b>24</b>	<b>42</b>	<b>120</b>	<b>65</b>

**Figura 4.2.5 - Incidenza dei tumori infantili delle Marche rilevati nel periodo 1990-2005: andamento dei tassi età-specifici in alcune categorie diagnostiche (ICCC). Maschi + Femmine.**



Nell'ultimo triennio (2003-2005), rispetto al periodo precedente (1990-2002), l'incidenza complessiva dei tumori pediatrici ha subito un incremento totale pari al 13%, legato, sostanzialmente, all'aumento di frequenza dei tumori del SNC (+15%), dei retinoblastomi (+166%) dei tumori dei tessuti molli (+39%), dei tumori a cellule germinali (+83%), delle neoplasie epiteliali (+201%), controbilanciato, tuttavia, dalla diminuzione dell'incidenza delle leucemie (-8%) e dei tumori dell'osso (-69%) (Tabella 4.2.9).

I dati di incidenza delle neoplasie negli adolescenti dell'ultimo periodo considerato (2003-2005), evidenziano, rispetto al quinquennio precedente (1998-2002), un incremento complessivo dei tassi pari al 25%, riferibile alle variazioni registrate in tutte le categorie diagnostiche, fatta eccezione per i tumori renali (Tabella 4.2.9).

Sia in età pediatrica che negli adolescenti, l'incidenza dei tumori nelle Marche sembra essere generalmente più elevata di quella di molte altre aree geografiche con l'eccezione di quella registrata nei registri del SEER americano; sono, tuttavia, da tenere in considerazione i differenti periodi di registrazione a cui si fa riferimento, essendo i dati marchigiani sicuramente più aggiornati rispetto a quelli riportati in letteratura. In ambito italiano, le Marche si collocano tra le aree a maggior rischio sia per i tumori infantili che quelli in età adolescenziale (Tabella 4.2.11).

**Tabella 4.2.11 - Incidenza dei tumori infantili e negli adolescenti: tassi standardizzati per età e sesso. Dati dei Registri italiani (1993-'98). Maschi + Femmine.**

0-14 anni		15-19 anni	
REGISTRI TUMORI	Tasso st	REGISTRI TUMORI	Tasso st
FERRARA	224.4	FIRENZE-PRATO	326.6
BIELLA	206.9	PARMA	315.6
<b>MARCHE*</b>	<b>196,2**</b>	<b>MARCHE*</b>	<b>313,0**</b>
FIRENZE-PRATO	185.2	FERRARA	267.7
UMBRIA*	182.4	UMBRIA*	262.4
VENETO	181.9	GENOVA	262.3
VARESE	174.2	NAPOLI	254.2
PIEMONTE*	172.3	VENETO	249.8
NAPOLI	168.0	BIELLA	249.5
PARMA	157.9	ROMAGNA	241.0
POOL	154.9	POOL	226.5
NOR-DEST	151.9	NOR-DEST	223.7
GENOVA	144.1	RAGUSA	220.3
RAGUSA	141.8	SASSARI	208.3
SASSARI	139.3	VARESE	206.4
ROMAGNA	132.4	TORINO	181.3
MODENA	126.7	MODENA	170.2

\*Valore regionale

\*\*Periodo 2003-2005

La sopravvivenza osservata a 5 anni dalla diagnosi, per i casi di tumore infantile incidenti negli anni 1990-'98 e 1995-'98, ha subito un miglioramento complessivo pari al 17%.

Nell'ultimo periodo, in particolare, la prognosi è migliorata per leucemie, LH, LnH e Burkitt, linfomi e per i tumori del SNC. La prognosi per la LLA è buona (84%), ma l'aspettativa di vita per tale neoplasia, nel suddetto periodo, non sembra essere migliorata (Tabella 4.2.12)

**Tabella 4.2.12 - Sopravvivenza osservata (a 5 anni dalla diagnosi) per tumori infantili nelle Marche, per periodi. Casi incidenti negli anni 1990-'94 e 1995-'98 (Maschi + Femmine).**

Categorie e sottocategorie	1990-'94		1995-'98	
	Casi	S. oss. %	Casi	S. oss. %
LLA	39	85.9	38	84.1
LnLA	6	50.0	4	50.0
LEUCEMIE	50	77.0	44	81.8
LH	7	85.7	7	100.0
LNH e Burkitt	8	50.0	8	100.0
LINFOMI	19	63.2	17	94.1
Ependimoma	3	33.3	3	50.0
Astrocitoma	8	75.0	13	53.9
Medulloblastoma	5	20.0	4	37.5
SNC	22	50.0	31	57.2
<b>Tutte le sedi</b>	<b>146</b>	<b>64.2</b>	<b>144</b>	<b>75.1</b>

*Incidenza e sopravvivenza per Mesotelioma (Mm) nelle Marche*

Dal 1996 al 2004 il Registro regionale dei Mesoteliomi maligni (Mm) ha rilevato, complessivamente, 230 casi: 173 nei maschi (75%) e 57 nelle femmine (25%). Il 90% dei pazienti presentava un Mm della pleura, il 10% del peritoneo e in un solo caso è stato riscontrato un Mm del pericardio.

Il mesotelioma è più frequente (M/F = 3) ed insorge più precocemente negli uomini (età media nei maschi 67 anni, nelle femmine 71 anni). Complessivamente alla diagnosi solo il 10% dei pazienti aveva un'età inferiore a 56 anni, mentre il 70% aveva più di 65 anni (Tabella 4.2.13).

**Tabella 4.2.13 - Casi incidenti di Mm nelle Marche (1996-2004) suddivisi per classi di età e sesso.**

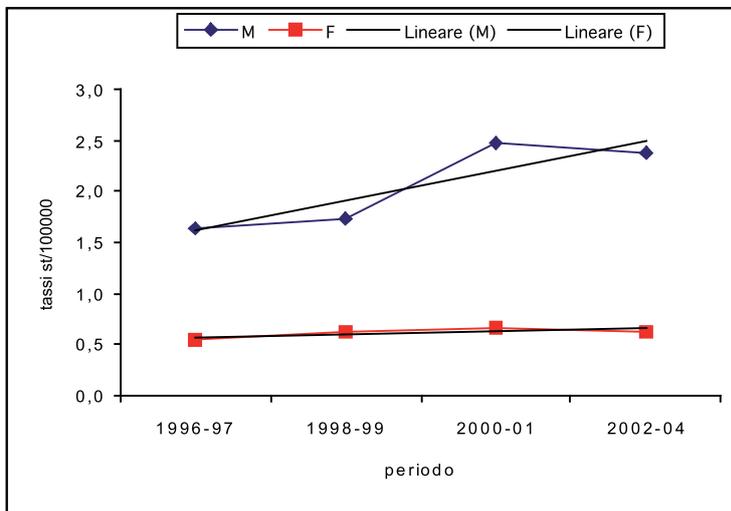
Classi di età	Maschi	%	Femmine	%	Totali	%
0-44	5	3	2	4	7	3
45-54	13	8	2	4	15	7
55-64	43	25	12	21	55	24
65-74	71	41	14	25	85	37
75+	41	24	27	47	68	30
<b>Totali</b>	<b>173</b>	<b>100</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>230</b>	<b>100</b>

La maggior parte dei casi registrati, in relazione alla documentazione diagnostica acquisita (citologica, istologica ed immunohistochimica) è Mm Certo (89%) e solo l'11% è stato incluso nell'archivio con un livello di certezza diagnostica inferiore (5% Probabile e 6% Possibile).

Il tasso di incidenza standardizzato complessivo di tutti i casi di Mm dal 1996 al 2004 è pari a 2,1/100.000/anno nei maschi e 0,7/100.000/anno nelle femmine, ma se si considerano i soli mesoteliomi della pleura l'incidenza scende di poco, passando rispettivamente a 1,9 e 0,6.

L'andamento temporale dei tassi di incidenza mostra un'evidente tendenza all'aumento nei soli uomini, ed una tendenza alla stabilità nelle donne (Figura 4.2.6).

**Figura 4.2.6 - Incidenza del Mm di tutte le sedi nelle Marche: andamento dei tassi standardizzati\* per 100.000 residenti per periodi.**



\*per sesso età (popolazione Italia 1991)

A livello subregionale è la provincia di Ancona a presentare sia il maggior numero di casi (100) sia il tasso più alto (3,2 nei maschi), così come la sua Zona territoriale n. 7 che ha ben 66 casi (Tabella 4.2.14). Una zona ad alto rischio è anche la provincia di Pesaro Urbino che mostra anche il tasso più ele-

vato della Regione nelle femmine (0,9), mentre le province a sud presentano un'incidenza più bassa della patologia (Macerata 1,7 nei maschi e 0,4 nelle femmine; Ascoli Piceno 1,0 nei maschi e 0,5 nelle femmine) (Tabella 4.2.15). Questo andamento diversificato tra nord e sud della Regione si mantiene nel tempo, tanto che mentre ad Ancona e Pesaro Urbino si osserva un trend dell'incidenza in aumento, a Macerata e ad Ascoli i tassi sono sostanzialmente stabili nel corso del decennio 1996-2004 (Figura 4.2.7).

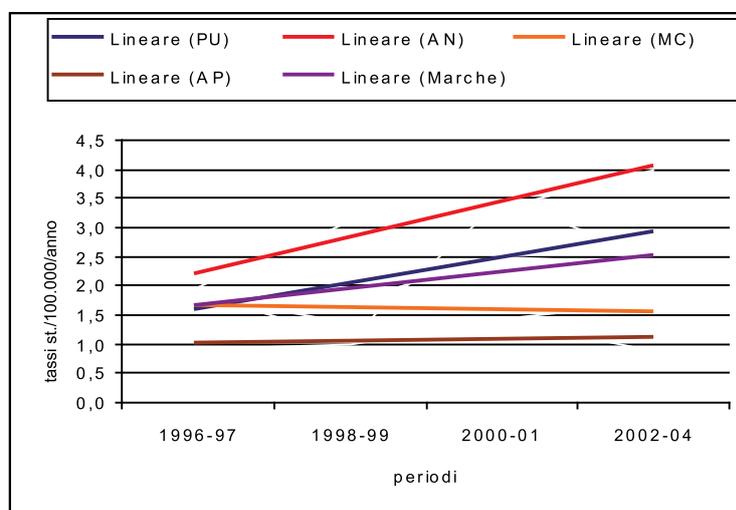
**Tabella 4.2.14 - Casi incidenti di Mm nelle Marche (1996-2004) distribuiti per Zona territoriale ASUR (maschi + femmine).**

Zone Territoriali ASUR	N. casi	%
n. 1	28	12
n. 2	7	3
n. 3	26	11
Prov. PU	61	
n. 4	15	7
n. 5	10	4
n. 6	7	3
n. 7	68	30
Prov. AN	100	
n. 8	17	7
n. 9	17	7
n. 10	2	1
Prov. MC	36	
n. 11	18	8
n. 12	6	3
n. 13	9	4
Prov. AP	33	
Marche	230	100

**Tabella 4.2.15 - Incidenza di Mm per provincia e la Regione Marche, per periodo e sesso: tassi standardizzati.**

Province	PU		AN		MC		AP		Marche	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
1996-97	1,8	1,0	2,0	1,2	1,8	0,9	0,9	0,0	1,7	0,8
1998-99	1,1	1,0	3,1	0,8	1,4	0,0	1,0	0,4	1,7	0,6
2000-01	3,4	0,8	3,3	1,0	1,4	0,0	1,4	0,6	2,5	0,7
2002-04	2,5	0,7	4,0	0,4	1,7	0,6	0,9	0,8	2,4	0,6
1996-04	2,3	0,9	3,2	0,8	1,6	0,4	1,0	0,5	2,1	0,7

**Figura 4.2.7 - Incidenza del Mm di tutte le sedi nei Maschi delle Marche: andamento dei tassi standardizzati per province e periodi.**



Il Mm è considerato un tumore a bassa incidenza ma ad alta letalità. Nella casistica esaminata in questa sede, il 93% dei malati (213 casi) è deceduto e di questi, il 62% (133 casi) muore ad 1 anno dalla diagnosi. Nella nostra Regione, la sopravvivenza complessiva media dei casi presenti in archivio è di 14 mesi. Entro i 6 mesi dalla diagnosi muore il 31% dei pazienti ed entro 1 anno il 60%.

La sopravvivenza media per i casi di mesotelioma pleurico è di circa 14 mesi, mentre per i mesoteliomi peritoneali diventa di 24, tuttavia per entrambe le sedi la sopravvivenza mediana è di 9 mesi.

È opinione comune che il Mm pleurico sia una patologia di origine professionale riconducibile ad una pregressa esposizione ad amianto. Per il 39% dei 230 casi indagati (89 casi) è stato possibile ricondurre la patologia all'esposizione certa, probabile o possibile all'amianto (Tabella 4.2.16).

**Tabella 4.2.16 – Livelli di esposizione nei 230 casi di mesotelioma. Periodo 1996-2004, Maschi + Femmine.**

esposizione	n	%
Certa	48	21
Probabile	20	9
Possibile	21	9
Improbabile	2	1
Ignota	52	23
Da definire	87	38
	230	100

Sono stati inoltre analizzati, per i soli periodi lavorativi (180) con esposizione finale certa, probabile o possibile i settori professionali considerati più a rischio. Tra questi, chiaramente il settore della cantieristica navale (fabbricazione mezzi trasporto) e l'edilizia hanno un ruolo preponderante, ma non sono trascurabili settori economici come l'agricoltura, il trasporto e la lavorazione di metalli o minerali (Tabella 4.2.17).

**Tabella 4.2.17 – Esposizione ad amianto Certa, Probabile, Possibile per Settori Economici\*. Periodo 1996-2004, Maschi + Femmine.**

Settori Economici*	n	%
fabbricazione mezzi trasporto	39	22
costruzioni edili	36	20
agricoltura, caccia e silvicoltura	16	9
trasporto, magazzinaggio e comunicazioni	15	8
produzione e lavorazione metalli	14	8
lavorazione minerali	11	6
commercio	6	3
altro	43	24
Totale	180	100

\*ATECO91

La distribuzione territoriale e la frequenza dei casi rilevati nelle Marche ha contribuito all'identificazione dei siti regionali in cui era presente e/o veniva usato asbesto. In particolare, sono stati confermati i settori in cui la presenza del suddetto minerale era già nota, come nei cantieri navali, in edilizia e in agricoltura ed, in alcuni casi, ha permesso di identificare siti non ritenuti a rischio.

La distribuzione geografica dei casi all'interno delle Marche, infine, oltre a confermare la presenza di alcuni importanti "siti di amianto" dislocati prevalentemente lungo la costa (Pesaro, Fano, Senigallia, Ancona, Civitanova) dove, dal dopoguerra in poi si sono concentrate alcune attività cantieristiche navali, di demolizione di carrozze ferroviarie, di produzione di cemento-amianto e manufatti in cemento-amianto, suggerisce l'esistenza di altre limitate fonti di esposizione regionale (Ascoli Piceno, Macerata, Fabriano e Jesi) da individuare anche all'interno del territorio e da tenere sotto controllo.

**LO STUDIO OCCAM***R. Calisti, M. Fanesi, M. Biondi*

Il progetto OCCAM (OCcupational CANcer Monitoring) nasce nel 2000 dalla collaborazione tra ISPESL e Istituto Nazionale dei Tumori di Milano (referente: Dr Paolo Crosignani) per stimare il rischio dei tumori di origine professionale per area geografica (provincia, regione ecc.), sede d'insorgenza della malattia e comparto produttivo. Permette inoltre di individuare i casi di possibile origine professionale per stabilire le priorità nell'attività di prevenzione negli ambienti di lavoro e per promuovere nei casi accertati l'attivazione di procedure di risarcimento. Consiste nella realizzazione di studi caso-controllo che confrontano le storie professionali, ottenute attraverso il "linkage" automatizzato con gli archivi INPS, di chi si è ammalato di tumore (casi), con quelle di chi è senza malattia (campioni di popolazione/controlli). In una prima fase le indagini sono state condotte utilizzando i casi rilevati dai Registri Tumori Italiani. Successivamente si sono sperimentate come fonte di casi le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) che rispetto ai registri tumori comprendono aree più vaste del paese e sono disponibili più rapidamente. OCCAM è anche previsto dalla legislazione vigente all'art. 7. del D.lgs. 66/2000 che prevede che "L'ISPESL realizza, nei limiti delle ordinarie risorse di bilancio, sistemi di monitoraggio dei rischi cancerogeni di origine professionale utilizzando le informazioni raccolte dai sistemi di registrazione delle patologie attivi sul territorio regionale, nonché i dati di carattere occupazionale, anche a livello nominativo, rilevati nell'ambito delle rispettive attività istituzionali dall'Istituto nazionale della previdenza sociale - INPS, dall'Istituto nazionale di statistica - ISTAT, dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro - INAIL e da altre istituzioni pubbliche". OCCAM ha consentito di identificare settori produttivi a rischio in tutte le regioni ove è stato sperimentato (Lombardia, Toscana, Marche) e di identificare numerosi casi di tumore di origine professionale che non sarebbero mai stati rilevati. Le principali realizzazioni di OCCAM sono reperibili sul sito [www.occam.it](http://www.occam.it). A seguito viene riportata la Tabella riassuntiva contenente i dati relativi ai tumori di presunta origine professionale aggiustati per sesso ed espressi come numero di casi osservati ed attesi rilevati per la Regione Marche nel periodo 2000-2005. I dati sono da considerarsi presuntivi e pertanto necessitano di ulteriori verifiche e approfondimenti in ambito territoriale.

**Tabella 4.2.18 Tumori di possibile origine professionale nella Regione Marche per sede e sesso ; OCCAM 2000-2005.**

Tumori	Sesso	Osservati	Attesi
Cavità nasali	F	16	0
	M	44	35
Fegato	F	135	96
	M	375	236
Laringe	F	44	34
	M	412	420
Leucemia	F	239	172
	M	385	266
Linfoma di Hodgkin	F	114	40
	M	132	64
Linfoma non Hodgkin	F	418	341
	M	595	380
Mieloma	F	143	98
	M	179	123
Pancreas	F	260	185
	M	372	219
Pleura	F	35	5
	M	88	35
Polmone	F	500	254
	M	1756	1819
Tessuti molli	F	137	39
	M	118	53
Testicolo	M	118	87
Vescica	F	278	235
	M	1351	1085
Totale		8244	6321

### 4.3 GLI SCREENING ONCOLOGICI

#### *Gli screening oncologici nella regione Marche*

##### **Introduzione**

Un programma di screening oncologico ha come obiettivo la diminuzione della mortalità e/o dell'incidenza di una neoplasia attraverso l'identificazione di tumori non sintomatici e l'adozione di percorsi diagnostico-terapeutici, conseguenti all'anticipato riconoscimento dello stato di malattia, capaci di modificarne la storia naturale.

Per essere programmato e realizzato, lo screening oncologico deve avere le seguenti caratteristiche:

- riguardare patologie di grande rilevanza epidemiologica;
- basarsi su prove di efficacia;
- attenersi a linee guida di qualità, coerenti con quelle internazionali.

Per i tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto è stato dimostrato che i programmi di screening non solo salvano numerose vite umane, ma aumentano la sopravvivenza e la qualità della vita. L'attivazione di programmi di screening per questi tre tumori è quindi sostenuta dalle istituzioni nazionali ed internazionali.

##### **Riferimenti normativi nazionali e regionali**

In Italia si sono succeduti negli ultimi anni numerosi provvedimenti normativi in materia di prevenzione oncologica, tra questi si ricordano:

- l'Accordo dell'8 marzo 2001, tra il Ministero della Sanità le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle linee guida concernenti la prevenzione, la diagnosi e l'assistenza in oncologia;
- la Legge finanziaria 2001, art. 85 in cui sono stati definiti come esenti da ticket, la mammografia (ogni due anni per le donne tra 45 e 69 anni); l'esame citologico cervico-vaginale (ogni tre anni, per le donne tra 25 e 65 anni); la colonscopia (ogni cinque anni, per la popolazione a rischio individuata secondo criteri determinati con decreto del Ministro della Salute);
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 che inserisce tra i Livelli Essenziali di Assistenza gli screening per il tumore al seno, alla cervice uterina ed al colon-retto;
- la Legge 138 del 2004 in cui all'art.2 bis ha previsto degli interventi per colmare gli squilibri sanitari e sociali connessi alla disomogenea situazione registrabile tra le varie realtà regionali in materia di prevenzione secondaria

dei tumori della cervice uterina, della mammella e per attivare lo screening del cancro del colon retto;

- l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che include il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, in cui è ricompreso l'obiettivo di estendere gli screening oncologici.

La Regione Marche fin dal 1994, con la Deliberazione Amministrativa n°163, ha promosso in tutte le allora Aziende Sanitarie Locali la campagna di screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero e della mammella denominata "Benessere Donna". Tale atto aveva previsto l'esenzione ticket sugli esami riguardanti la prevenzione dei tumori della sfera genitale femminile a favore delle donne che, in quanto appartenenti alle fasce di età a rischio, si fossero sottoposte periodicamente ai controlli.

Nel 1999 con la Delibera di Giunta Regionale (D.G.R.) n°1095 il legislatore regionale ha inteso ridefinire in maniera più puntuale la campagna di prevenzione di massa, assicurando da parte della Regione una forte azione di coordinamento, standardizzazione, monitoraggio delle iniziative intraprese, informazione della popolazione e promozione della partecipazione.

Nel biennio 2005-2006 poi il livello regionale, al fine di recepire le recenti normative nazionali in materia di screening oncologici, con la D.G.R. 899 del 18 luglio 2005 ed relativi cronoprogrammi ha steso il nuovo Piano regionale screening: l'intento è quello di consolidare lo screening del tumore della mammella e delle cervice uterina su tutto il territorio regionale ed attivare lo screening del tumore del colon-retto.

#### Fonti:

Per l'analisi dello stato dell'arte, nella Regione Marche, dello screening del tumore della mammella e della cervice uterina si sono utilizzate le seguenti fonti:

- l'ISTAT per i dati riguardanti la demografia;
- le survey 2006 e 2007(1°parte) del Gruppo Italiano per lo screening citologico (GISCI) e del Gruppo Italiano per lo screening mammografico (GISMA), svolte per conto dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), per i dati di attività e di qualità;
- l' AIRT Working Group. Italian Cancer Figures – Report 2006. Incidence, mortality, and estimates, Epidemiologia & Prevenzione - gennaio-febbraio 2006, per i dati di incidenza e mortalità del cervicocarcinoma;
- il Decreto del Ministero della Salute del 2 dicembre 2004: "Piano per lo screening del Cancro del Seno, della Cervice Uterina e del Colon-retto", per i dati di incidenza e mortalità del tumore della mammella e del colon-retto in Italia;
- il sito web [http://www.tumori.net/it/stime.php?page=mammella\\_inc](http://www.tumori.net/it/stime.php?page=mammella_inc), per i dati di incidenza del tumore della mammella nelle Marche;
- il sito web [http://www.tumori.net/it/stime.php?page=colon\\_inc](http://www.tumori.net/it/stime.php?page=colon_inc) per i dati di incidenza del tumore del colon-retto nelle Marche.

#### ***4.3.1 Lo screening del tumore della cervice uterina.***

In Italia il cervicocarcinoma è al quinto posto, per incidenza, dopo il tumore della mammella, del colon-retto, del polmone e dell'endometrio; ogni anno si contano circa 3.500 nuovi casi, e circa 1.000 morti.

Lo screening si è dimostrato efficace nel ridurre incidenza e mortalità di questa neoplasia e nel rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati; esso si basa sull' "offerta attiva" del pap-test ogni tre anni alle donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni.

Nelle Marche il "programma organizzato" di screening dei tumori del collo dell'utero è partito in tutte le Zone territoriali nell'arco temporale dei 12 mesi del 2001; il pap-test di screening attualmente viene offerto alle residenti di età compresa tra i 25-64/65 anni con la seguente periodicità: 0, 1, 3 anni. Al primo test negativo infatti segue un invito a ripetere l'esame dopo un anno; se entrambi i test sono risultati negativi il successivo invito a sottoporsi allo screening è inviato dopo tre anni.

Da quanto sopra-menzionato si evince che nelle Marche la periodicità e la fascia di età della popolazione target di questo screening differiscono lievemente da quanto stabilito a livello nazionale. Il livello regionale sta rivedendo il programma organizzato con l'obiettivo di adeguare l'organizzazione ai nuovi standard e di aggiornare /completare il protocollo diagnostico-terapeutico.

Nel triennio 2004-2006 le invitate allo screening citologico sono state circa 452.000 donne corrispondenti al 107% della popolazione obiettivo: tale dato è spiegato con la peculiare periodicità marchigiana dell'offerta attiva del test di screening per cui in un triennio tutte le donne che entrano per la prima volta nello screening sono "testate" due volte.

La proporzione delle donne aderenti allo screening tra quelle che sono state invitate, nelle Marche nel 2006 è pari al 36,2%; il dato italiano ultimo disponibile riguarda l'anno 2005 e corrisponde al 36,9%.

In tabella 4.3.1 vengono riportati i valori di adesione disaggregati per Zona Territoriale.

**Tabella 4.3.1 Screening citologico, adesione all'invito, per Zona Territoriale. Regione Marche, anno 2006**

N° ZT	Nome	N° invitate*	N° aderenti**	% Adesione
1	Pesaro°	23.564	2.146	9,1
2	Urbino	5.264	3.125	59,4
3	Fano	9.867	5.900	59,8
4	Senigallia	5.011	2.890	57,7
5	Jesi	9.568	2.679	28,0
6	Fabriano	3.583	833	23,2
7	Ancona	23.039	8.116	35,2
8	Civitanova	5.683	3.166	55,7
9	Macerata	14.209	4.920	34,6
10	Camerino	3.481	2.641	75,9
11	Fermo	14.458	4.177	28,9
12	S. Benedetto	7.147	3.035	42,5
13	Ascoli	8.925	4.815	53,9
	<b>Marche</b>	<b>133.779</b>	<b>48.443</b>	<b>36,2</b>

° l'adesione risente dell'elevato n° di inviti effettuato  
Fonte:

\*n°invitate 2006: pop invitata tra 25-64 o 65 anni dichiarata da ciascuna Zona Territoriale, survey GISCI 2007

\*\*n°aderenti 2006: pop aderente tra 25-64 o 65 anni dichiarata da ciascuna Zona Territoriale, survey GISCI 2007

In alcune Zone Territoriali la bassa adesione riscontrata potrebbe essere attribuibile alla presenza di attività di screening spontaneo maggiormente diffusa. È noto, infatti, che, a fronte dell'attività di screening organizzato, esiste una quota considerevole di pap-test eseguiti ambulatorialmente in strutture pubbliche o private convenzionate, comunque al di fuori del contesto di un programma organizzato.

In tabella 4.3.2 sono riportati i valori di alcuni indicatori di attività relativi all'anno 2005 ed i rispettivi standard di accettabilità e di desiderabilità stabiliti dal Gruppo Italiano per lo screening citologico.

**Tabella 4.3.2 Screening citologico, indicatori di attività.  
Regione Marche, anno 2005**

Indicatori	Marche <sup>°</sup>	Italia <sup>°°</sup>	standard GISCI	
			accettabile	desiderabile
proporzione di pap-test inadeguati	1,3%*	3,1%	< 7%	< 5%
proporzione donne con indicazione a ripetere la citologia	3,7%**	5,8%	non rilevato	non rilevato
compliance alla ripetizione della citologia	70,9%***	48,2%	non rilevato	non rilevato
tasso di invio in colposcopia (%) (referral rate)	1,9%§	2,3%	< 3%	non rilevato
compliance alla colposcopia (ASCUS+)	90,4%^	84,7%	> = 80%	> = 90%
compliance alla colposcopia (HSIL+)	91,8%^	90%	> = 90%	> = 95%
VPP per CIN2+ per lesioni citologiche ASCUS+	26,4%^	17%	non rilevato	non rilevato

\*dato relativo a 12 ZT su 13

\*\* dato relativo a 10 ZT su 13

\*\*\* dato relativo a 4 ZT su 13

§dato relativo a 11 ZT su 13

^ dato relativo a 8 ZT su 13

^^ dato relativo a 5 ZT su 13

**Fonte:**

<sup>°</sup> Zone Territoriali, survey GISCI 2006, riguardante l'attività 2005.

<sup>°°</sup> survey GISCI 2006, riguardante l'attività 2005.

Dall'analisi dei dati di attività si possono fare alcune osservazioni:

- i valori dei principali indicatori sembrano rientrare negli standard di accettabilità e/o desiderabilità stabiliti dal GISCI, ma i dati sono parziali. Le Zone Territoriali hanno grandi difficoltà a fornire le informazioni necessarie al calcolo di tutti gli indicatori e questo rende difficile una valutazione complessiva dell'andamento dello screening;

- i dati riguardanti l'invito a ripetere il pap-test e l'invio in colposcopia mostrano valori inferiori al dato nazionale; le analisi di queste informazioni, per Zona Territoriale, evidenziano una difformità di comportamenti che denota la mancanza di un protocollo regionale;

- l'adesione alla colposcopia è buona ed è un indice del buon funzionamento dei servizi di II° livello dello screening;

- il Valore Predittivo Positivo (VPP), che è l'indicatore che informa su quanto il sospetto diagnostico ottenuto dal pap-test sia effettivamente confermato istologicamente, è superiore al dato nazionale.

Riguardo gli esiti di salute derivati dal programma di screening complessivamente nel 2005 nella regione Marche, in base ai dati disponibili, su 55.351 donne screenate (tra aderenti all'invito e spontanee di screening) sono state riscontrate 46 lesioni istologiche del tipo "Neoplasia Cervicale Intraepiteliale con cambiamenti cellulari anormali (CIN2 o più gravi) e precisamente: 1 caso di cancro invasivo; 1 caso di adenocarcinoma in situ; 20 casi di CIN3; 24 casi di CIN2.

Il tasso di identificazione o "Detection Rate (D.R.)" calcolato per le 6 Zone Territoriali (su 13) di cui si dispone del numeratore e del denominatore corrisponde a: 2 lesioni CIN2+ ogni 1.000 screenate.

Tale valore è ovviamente sottostimato in quanto 7 ZT non hanno fornito le informazioni.

Nella survey GISCi 2006 il valore medio nazionale corrisponde al 2,8 per 1.000.

#### ***4.3.2 Lo screening del tumore della mammella***

Il tumore della mammella è la neoplasia più frequente tra le donne. Nel 2002 in Italia il carcinoma della mammella ha causato la morte di circa 12.000 donne (17 per 100.000 donne).

Mentre l'incidenza di questa neoplasia è in costante aumento negli ultimi 20 anni (dai 115 casi per centomila donne del 1986 a 135 nuovi casi per centomila donne della fine degli anni novanta), la mortalità è invece in lieve diminuzione dal 1980 ad oggi. Alla fine degli anni '90 essa si attesta attorno ai 35 decessi per 100.000 donne.

La sopravvivenza a cinque anni stimata dai registri italiani al 2000 è circa l'80% con un costante miglioramento negli ultimi 20 anni.

Nelle Marche si stima che nel 2005 ci siano stati 1.027 nuovi casi di tumore mammario, pari ad un tasso standardizzato (sulla popolazione europea) di 97 casi ogni 100.000 donne

Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre di circa il 30% la mortalità per questa causa nelle donne tra i 50 ed i 69 anni.

Analogamente allo screening per il cervico-carcinoma nella regione

Marche il programma organizzato di screening del tumore della mammella è partito in tutte le Zone territoriali nell'arco temporale dei 12 mesi del 2001, eccetto Fabriano in cui è iniziato nel 2004.

La mammografia di screening viene offerta, ogni due anni, alle donne di età compresa tra 45/50anni e 69 anni.

Il livello regionale sta rivedendo il programma organizzato con l'obiettivo di adeguare l'organizzazione ai nuovi standard e di aggiornare /completare il protocollo diagnostico-terapeutico.

Le donne nella fascia di età 50-69 anni (la fascia di età target), nelle Marche, sono circa 190.000. Nel biennio 2005-2006 sono stati effettuati 122.793 inviti. Complessivamente il 64,7% della popolazione target è stata raggiunta dall'invito: occorre incrementare l'attività.

La proporzione delle donne aderenti allo screening tra quelle che sono state invitate, nelle Marche nel 2006 è pari al 59,3% valore superiore allo standard GISMa di accettabilità pari a  $\geq 50\%$ ; il dato italiano ultimo disponibile riguarda l'anno 2005 e corrisponde al 57,6%.

In tabella 4.3.3 vengono riportati i valori di adesione disaggregati per Zona Territoriale.

**Tabella 4.3.3 Screening mammografico, adesione all'invito, per Zona Territoriale. Regione Marche, anno 2006**

N° ZT	Nome	N° invitate*	N° aderenti**	% Adesione
1	Pesaro°	10.429	3.501	36,1
2	Urbino	3.139	2.524	80,4
3	Fano	6.018	4.688	77,9
4	Senigallia	3.029	1.872	61,8
5	Jesi	6.449	3.104	48,4
6	Fabriano	2.797	813	29,1
7	Ancona	7.847	6.141	78,3
8	Civitanova	4.269	2.754	64,5
9	Macerata	2.342	1.201	51,3
10	Camerino	2.058	1.450	70,5
11	Fermo	4.198	2.148	51,2
12	S. Benedetto	2.119	1.908	91,6
13	Ascoli	6.715	3.811	57,1
	<b>Marche</b>	<b>61.409</b>	<b>35.915</b>	<b>59,3</b>

°l'adesione risente dell'elevato n° di inviti effettuato

**Fonte:**

\*n° invitate 2006: pop invitata tra 45 o 50-69 anni dichiarata da ciascuna Zona Territoriale, survey GISMa 2007

\*\*n° aderenti 2006: pop aderente tra 45 o 50-69 anni dichiarata da ciascuna Zona Territoriale, survey GISMa 2007

Cinque Zone Territoriali su 13 presentano, nel 2006, valori di adesione all'invito  $\geq$  al 70% che rappresenta lo standard di desiderabilità fissato dal GISMa.

In tabella 4.3.4 sono riportati i valori di alcuni indicatori di qualità relativi all'anno 2005 ed i rispettivi standard di accettabilità e di desiderabilità stabiliti dal Gruppo Italiano per lo screening mammografico.

**Tabella 4.3.4. Screening mammografico, indicatori di qualità.  
Regione Marche, anno 2005**

Indicatori	primi esami				esami successivi			
	standard GISMa		Marche <sup>o</sup>	Italia <sup>oo</sup>	standard GISMa		Marche <sup>o</sup>	Italia <sup>oo</sup>
	accettabile	desiderabile			accettabile	desiderabile		
tasso di richiamo per primi esami ed esami successivi (%)	< 7%	< 5%	7,2%*	8,8%	< 5%	< 3%	4,3%*	4,8%
detection rate (x 1.000)	assente	assente	2,8%0**	4,7%0	non rilevato	non rilevato	3,7%6***	4,8%0
rapporto benigni/maligni alla biopsia	$\leq$ 1:1	$\leq$ 1:2	0,5**	0,3	$\leq$ 1:2	$\leq$ 1:4	0,1**	0,2

\*dato relativo a 8 ZT su 13

\*\*dato relativo a 5 ZT su 13

\*\*\*dato relativo a 4 ZT su 13

**Fonte:**

<sup>o</sup> Zone Territoriali, survey GISMa 2006, riguardante l'attività 2005.  
<sup>oo</sup> survey GISMa 2006, riguardante l'attività 2005.

Dall'analisi dei dati riportati in tabella 4 si possono fare alcune osservazioni:

- i valori dei principali indicatori anche per questo screening, analogamente allo screening citologico, sono largamente condizionati dalla incompletezza delle informazioni fornite dalle Zone Territoriali. Molte ZT infatti hanno grandi difficoltà a raccogliere i numeratori ed i denominatori necessari al calcolo degli indicatori e questo rende complessa/impossibile la valutazione dell'andamento dello screening;

- i dati riguardanti il tasso di richiami per primi esami ed esami successivi mostrano valori inferiori al valore nazionale; le analisi di queste informazioni, per Zona Territoriale, evidenziano una difformità di comportamenti che denota la mancanza di un protocollo regionale;

- i dati relativi al rapporto tra diagnosi istologiche benigne e maligne, anche se parziali, sono buoni.

Riguardo gli esiti di salute derivati dal programma di screening complessivamente nel 2005 nella regione Marche, in base ai dati disponibili, su 35.019 donne esaminate sono state identificate 84 neoplasie maligne e precisamente: 13 in donne esaminate per la prima volta (primi esami) e 71 in donne che erano già entrate nel percorso di screening (esami successivi).

Il tasso di identificazione o “Detection Rate (D.R.)” della Regione Marche nel 2005, calcolato per i primi esami e per gli esami successivi, è riportato in tabella 4.

Tali valori sono ovviamente sottostimati in quanto quattro ZT non hanno fornito le informazioni, mentre altre cinque Zone Territoriali hanno fornito solo dati aggregati.

### 4.3.3 LO SCREENING DEL TUMORE DEL COLON-RETTO

Il cancro del colon-retto in Italia rappresenta la seconda causa di morte per tumore, dopo il cancro al polmone tra gli uomini e dopo il cancro del seno tra le donne: sono circa 34.000 i soggetti che ogni anno si ammalano di carcinoma colon-rettale e circa 19.000 sono, ogni anno, i decessi.

Vi è un'incidenza variabile della neoplasia nelle diverse regioni: da 26 a 53 casi per anno ogni 100.000 abitanti. I tassi più elevati si registrano nel Centro-Nord del Paese.

Nel 2005 si calcola che nelle Marche siano stati diagnosticati nuovi casi in circa 730 uomini e 485 donne.

I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci e la sigmoidoscopia; questi esami sono in grado di diagnosticare le lesioni precancerose e/o il cancro negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

Nella Regione questo screening è stato attivato in via sperimentale su tre Comuni della ZT di Fano, individuata con DGR 1443/06, come ZT "pilota". La campagna di prevenzione è rivolta a soggetti di età compresa tra 50 e 69 anni e consiste nell'offerta attiva della ricerca del sangue occulto nelle feci; i soggetti positivi a questo test di screening vengono avviati all'esame di approfondimento diagnostico: la pancolonscopia.

Attualmente è in corso la fase di valutazione della sperimentazione. Si prevede l'estensione dello screening su tutto il territorio regionale a partire dal secondo semestre dell'anno 2007.

#### **Conclusioni**

È ormai provato dalla letteratura che la presenza nel territorio di programmi di screening organizzati, caratterizzati dall' "invito attivo" a sottoporsi ai test di screening, aumenta la percentuale di persone che effettuano gli esami nei tempi e nelle modalità raccomandate: ciò rende più efficace la campagna di prevenzione oncologica.

Nella regione Marche, la ancora recente attivazione degli screening dei tumori della sfera genitale femminile (per non parlare dello screening del tumore del colon-retto che è stato avviato solo in fase sperimentale) rende ancora precoce una loro valutazione in termini di "impatto sulla salute" della popolazione marchigiana.

Il livello di attenzione su questo argomento è molto elevato infatti a seguito dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e della conseguente elaborazione

dei Piani regionali della Prevenzione 2005-2007, nella Regione i programmi di screening di popolazione per la prevenzione dei tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto hanno assunto/stanno assumendo rilevanza prioritaria nell'ambito dei programmi di sanità pubblica.

Il livello regionale infatti sta procedendo con le seguenti azioni di:

- revisione/completamento dei protocolli diagnostico-terapeutici, per gli screening della sfera genitale femminile, alla luce delle più recenti prove di efficacia;
- riorganizzazione e gestione dei percorsi di screening come processi ed i particolare come "profili di assistenza";
- implementazione del modello organizzativo, già sperimentato, dello screening del tumore del colon-retto e sua messa a regime su tutto il territorio regionale.

#### 4.4 Le Malattie Infettive

*Fonti informative:*

*Archivio notifica malattie infettive, Servizio Salute Regione Marche, ISS, Min Salute*

Le malattie infettive rappresentano ancora un rilevante problema di sanità pubblica, anche se le migliorate condizioni socio-economiche, l'utilizzo dei vaccini, l'impiego dei farmaci antibiotici ed i sistemi di sorveglianza hanno contribuito a ridurre drasticamente la mortalità per queste cause. La tabella 4.4.1 riporta le malattie infettive notificate con maggiore frequenza nelle Marche tra il 2000 e il 2006. La malattia infettiva che colpisce il maggior numero di marchigiani è la **varicella** che è anche l'unica malattia esantematica dell'infanzia per la quale non è ancora attuata una vaccinazione di massa. La maggior parte dei soggetti colpiti è compresa nella fascia di età fra 0 e 15 anni (88,6%), tuttavia il numero di giovani e di adulti che contraggono la malattia non è trascurabile considerando che la varicella in età adulta ha una più elevata frequenza di complicazioni. Solo nel 2004, 234 soggetti fra i 15 e i 24 anni e 470 soggetti fra i 25 e i 64 anni hanno contratto la malattia. È anche interessante notare che la varicella non ha più, almeno nelle Marche, il tipico andamento a ondate epidemiche, ma è costantemente presente con un numero di casi che, negli ultimi 10 anni è oscillato fra 3612 (1997) e 6673 (1995)

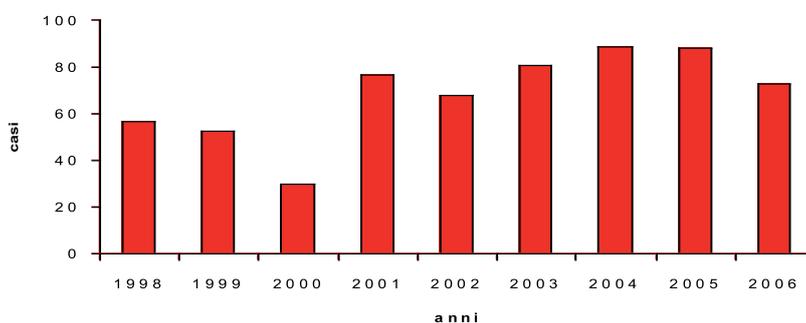
**Tabella 4.4.1 – Notifiche delle principali malattie infettive nella regione Marche – Periodo 2000-2006.**

Malattia	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Varicella	4183	4046	5534	5640	5704	4795	5338
Scarlattina	348	444	715	351	729	389	408
Salmonellosi	430	354	367	351	299	261	211
Meningo enc. Virali	36	77	68	81	89	88	73
Parotite epidemica	2370	141	145	119	42	57	25
Rosolia	504	2008	321	319	17	4	11
Pertosse	79	68	60	26	15	25	20
Epatite B	43	46	44	42	52	35	34
Epatite A	23	28	38	29	22	17	23

Costantemente presente è anche la **scarlattina**, malattia non prevenibile con vaccinazione, causata dallo streptococco beta emolitico di gruppo A. La malattia, un tempo molto grave, attualmente è benigna, colpisce prevalentemente nella prima infanzia e solo raramente richiede il ricovero ospedaliero. Parimenti presenti sono le **salmonellosi**. E' importante sottolineare che i casi notificati sono sempre sporadici, non collegati dal punto di vista epidemiologico e per i quali è praticamente impossibile identificare se siano in relazione a qualche alimento particolare. Resta comunque importante la sorveglianza dei vari ceppi sierologici della malattia effettuata sia nei soggetti malati che nelle matrici alimentari. Malattie come la **pertosse** e la **parotite epidemica** sono in diminuzione grazie alla vaccinazione, tuttavia la costante presenza delle malattie indica che l'intervento vaccinale può essere migliorato.

In aumento sono invece le **meningiti virali**. La malattia è causata da diversi tipi di virus, a volta difficili da identificare e con modalità di trasmissione diversa, per cui è difficile stabilire le reali caratteristiche epidemiologiche del fenomeno. L'andamento delle notifiche a partire dal 1998 è riportato nella Figura 4.4.1. Paragonando i dati all'andamento nazionale non si riscontrano differenze significative in quanto la malattia è presente nel territorio nazionale tutti gli anni con fluttuazioni.

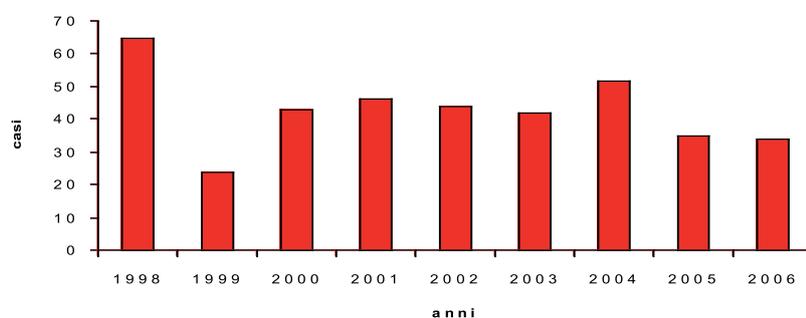
**Figura 4.4.1 – Casi di Meningite Virale nella regione Marche – Periodo 1998-2006.**



Un elevato numero di casi di **epatite B** continua ad essere rilevato nella Regione. La figura 4.4.2 mostra l'andamento della malattia a partire dal 1998. I soggetti colpiti sono prevalentemente i giovani adulti maschi. L'obbligatorietà della vaccinazione nei neonati e negli adolescenti di 11 anni è iniziata nel 1991, attualmente pertanto sono vaccinati tutti i soggetti fino all'età di 23-

24 anni. I casi notificati riguardano, in effetti, i soggetti di età superiore, con qualche eccezione dovuta a individui di età inferiore immigrati e non vaccinati. Il numero resta però elevato anche rispetto all'andamento nazionale in cui invece si rileva una progressiva diminuzione dei nuovi casi. I dati del sistema di sorveglianza delle epatiti acute istituito dall'Istituto Superiore di Sanità (SEIEVA) indica che il principale fattore di rischio rilevato nei casi di epatite B è l'uso di droghe per via endovenosa. La stessa fonte indica invece che il principale fattore di rischio per l'epatite A, trasmessa prevalentemente dagli alimenti, è il viaggio, non necessariamente all'estero, considerato che l'epatite A è endemica in molte regioni italiane. Anche il numero di epatiti A è comunque relativamente elevato e apparentemente non tende alla diminuzione

**Figura 4.4.2 – Casi di Epatite B nella regione Marche  
Periodo 1998-2006.**



#### Altre malattie infettive di particolare interesse nella Regione Marche

**Tubercolosi:** L'Italia è un paese a bassa endemia tubercolare, tuttavia i casi di malattia tendono a concentrarsi in particolari gruppi a rischio i quali dovrebbero essere oggetto di interventi di controllo mirati. (Figure 4.4.3, 4.4.4, 4.4.5, 4.4.6). Il tasso grezzo annuale di incidenza per 100000 abitanti è passato da 6,73 nel 2002 (99 casi) a 7,20 nel 2006 (110 casi) con un picco di 8,89 nel 2005 (135 casi).

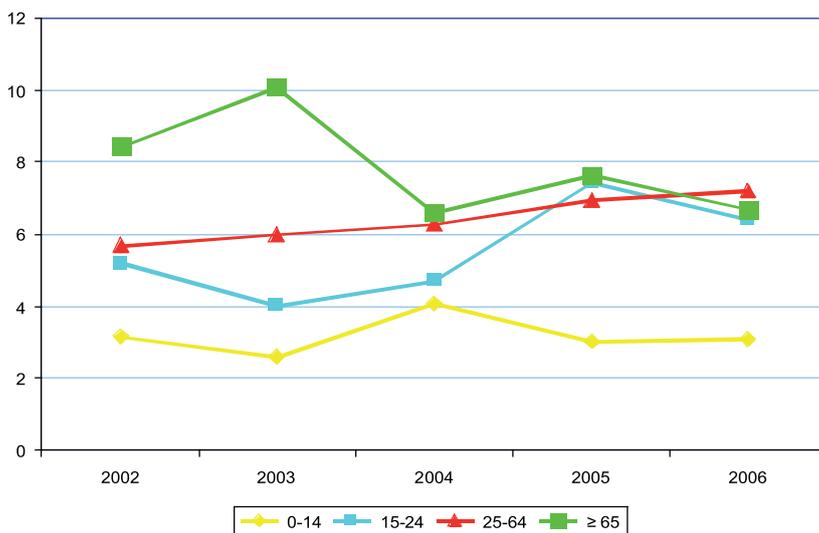
Nei cittadini stranieri il tasso di incidenza per 100000 abitanti mostra un trend in netta diminuzione dal 70,7 (2002) a 37,2 (2006) seppur elevato.

Nella fascia 25-64 anni il trend è in aumento (range: 5,70-7,22) tanto che nel 2006 il tasso d'incidenza ha superato quello relativo agli over-sessantatenni (6,70) storicamente la fascia più rappresentata. Nello stesso

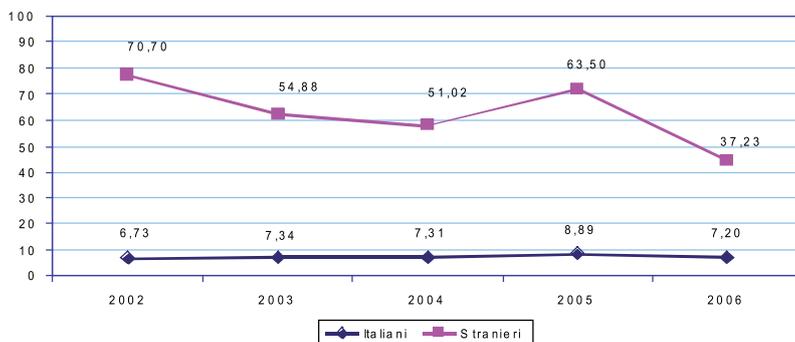
anno, il 47,5% dei casi notificati nei soggetti tra 25 e 64 anni, riguarda cittadini stranieri.

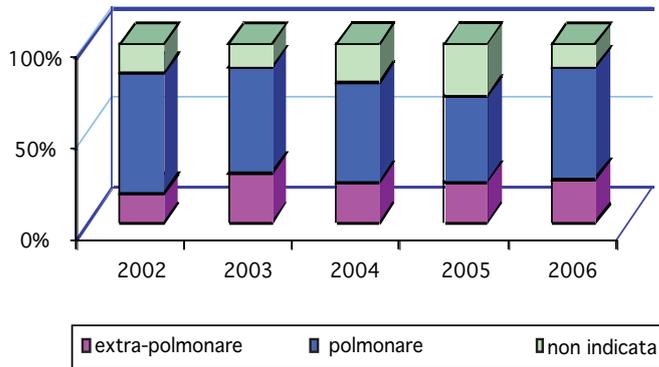
La forma polmonare risulta prevalente con una percentuale media del 71,2%.

**Figura 4.4.3 – Incidenza di Tubercolosi per fasce di età nelle Marche – Periodo 2002-2006.**



**Figura 4.4.4 – Incidenza di Tubercolosi per nazionalità nelle Marche Periodo 2002-2006.**

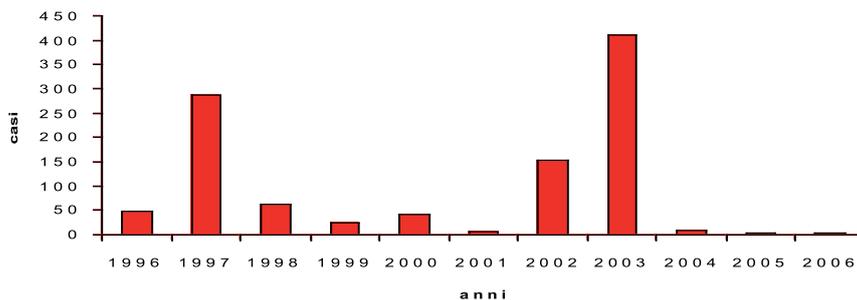


**Figura 4.4.5 – Incidenza di Tubercolosi per forma clinica**

La categoria dei soggetti migranti costituisce una considerevole riserva di casi di tubercolosi in gran parte importati dai paesi ad alta endemia. Emerge l'esigenza di un attento monitoraggio di tale popolazione a rischio con particolare attenzione alla fascia tra i 25 e 64 anni corrispondente a quella con maggiori contatti sociali.

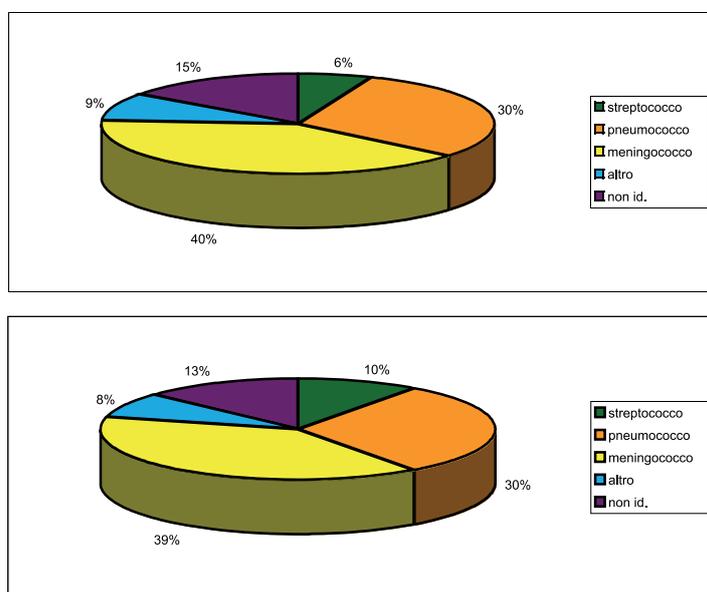
**Morbillo:** Il morbillo è una malattia infettiva altamente contagiosa che continua ad essere una importante causa di morbosità e di mortalità sia nei paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo. Considerato che da anni esistono vaccini efficaci e sicuri, la Regione Europea dell'OMS ha fissato l'obiettivo di interrompere la trasmissione indigena dell'infezione entro il 2007 e di certificarne l'eliminazione nel 2010. L'Italia è una delle nazioni a maggior rischio a causa di una copertura vaccinale scarsa e disomogenea. La copertura vaccinale delle Marche viene discussa altrove, tuttavia è interessante notare che la malattia continua ad essere presente in corrispondenza delle epidemie nazionali. In particolare (Figura 4.4.6), nelle Marche sono state rilevate epidemie nel 1997 e successivamente negli anni 2002-2003; le ultime due, che possono essere considerate come una unica epidemia, hanno colpito complessivamente 550 soggetti. Considerando che mediamente le notifiche vengono effettuate in ragione di una ogni 4 casi reali si può comprendere come l'impatto della epidemia sia stato rilevante, malgrado le buone coperture vaccinali. La malattia ha colpito prevalentemente soggetti di età tra i 6 e i 18 anni ma non sono mancati casi in età adulta e casi in bambini piccoli. Negli ultimi anni, in corrispondenza della campagna straordinaria di vaccinazione attuata in tutte le Zone dalla Regione Marche, i casi di morbillo si sono quasi azzerati e dunque sembra raggiungibile il target di eradicazione.

**Figura 4.4.6 – Casi di morbillo nella regione Marche – Periodo 1998-2006.**



**Meningiti batteriche:** sono oggetto di sorveglianza speciale da parte del Ministero della Salute. Come per le meningiti virali, anche nelle batteriche gli agenti eziologici sono numerosi per cui l'andamento totale, comunque contenuto, non ha grande rilevanza. La figura 4.4.7 mostra la distribuzione per agente eziologico nel triennio 1999-2001 e 2002-2004. Il totale dei casi è rispettivamente di 33 e di 40 ma la distribuzione resta quasi identica. Il tipo di meningite più frequente è quella da meningococco con 29 casi in 6 anni seguita da quella da pneumococco con 22 casi nello stesso periodo. Purtroppo il sistema di sorveglianza non permette di identificare i sierogruppi responsabili della malattia. Nel caso del meningococco questo avrebbe una certa rilevanza in quanto attualmente in Europa il numero di casi di gruppo sierologico B si sta riducendo mentre i casi dovuti al gruppo C sono in aumento e contro quest'ultimo è stato recentemente messo in commercio un vaccino pediatrico, così come contro lo pneumococco. È importante sottolineare che la meningite batterica, di qualunque tipo, anche se colpisce specialmente i bambini, viene riscontrata in tutte le fasce di età. Nei sei anni considerati 19 casi su 73 sono avvenuti in bambini di età inferiore ad un anno mentre 10 casi avevano più di 50 anni ed altri 10 avevano fra 20 e 50 anni.

**Figura 4.4.7 – Casi di meningite batterica nella regione Marche  
Periodo 1999-2001 e 2002-2004.**

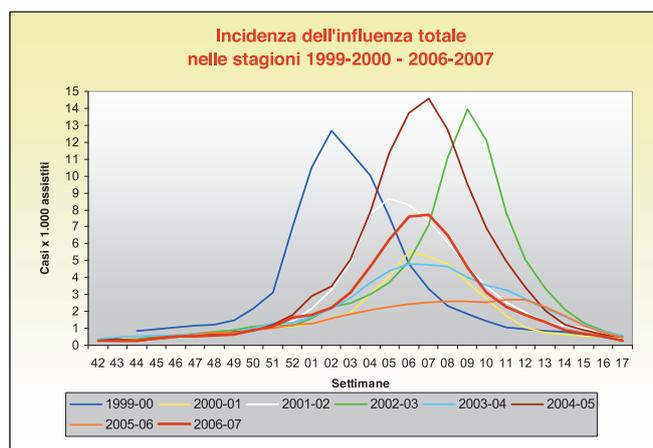


**Malaria:** è una tipica malattia d'importazione che, tuttavia è presente tutti gli anni nelle Marche. Nel 2004 sono stati notificati 6 casi, mentre nel 2005 e nel 2006 sono stati notificati rispettivamente 17 e 15 casi. Tra i 15 casi notificati nel 2006, di età compresa fra gli 11 e i 53 anni, si riscontrano 3 notifiche in soggetti italiani e 12 in stranieri residenti in regione.

**Influenza:** è una malattia virale che costituisce un rilevante problema di sanità pubblica a causa della sua ubiquità e contagiosità, per la variabilità antigenica dei virus influenzali, per l'esistenza di serbatoi animali, e il conseguente alto rischio di mutazioni genomiche potenzialmente responsabili dell'insorgenza di ceppi pandemici (vedi box 4.4.1), e per le possibili gravi complicanze. Si stima che nei Paesi industrializzati la mortalità per influenza rappresenti la terza causa di morte per malattie infettive. Le ripercussioni sanitarie ed economiche della malattia costituiscono un rilevante problema, sia nell'ambito della comunità che per il singolo individuo.

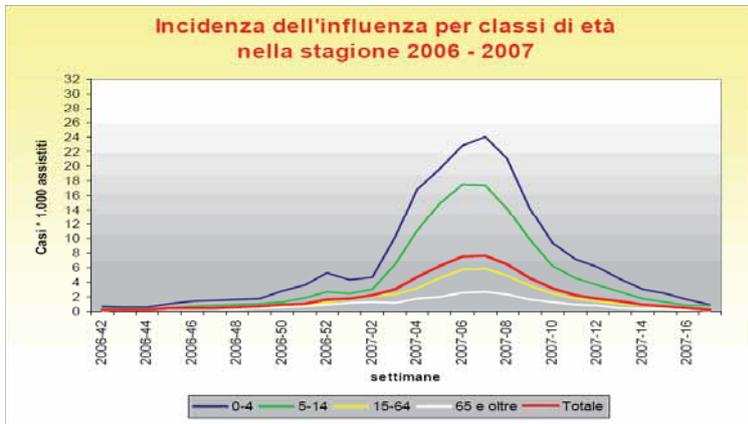
Sul piano economico, l'assenteismo lavorativo e la perdita di giornate produttive rappresentano sicuramente la voce più sostanziosa dei costi complessivi. Inoltre, le complicanze, come l'incremento dei casi di ospedalizzazione, tendono ad aumentare notevolmente la richiesta di assistenza sanitaria e, quindi, i costi diretti della malattia impropri. I sintomi dell'influenza inoltre spesso si confondono con altri caratterizzanti affezioni delle prime vie aeree: si parla pertanto di Sindromi simil-influenzali. La sorveglianza sentinella dell'influenza viene svolta attraverso la collaborazione degli Assessorati Regionali alla Sanità, dell'ISS e del Centro Interuniversitario per la ricerca sull'influenza (CIRI), dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, dei Laboratori Universitari di Riferimento e viene coordinata dal Ministero della Salute. Il grafico riporta l'incidenza delle sindromi influenzali nelle stagioni 1999-2000, 2000-2001, 2001-2002, 2002-2003, 2003-2004, 2004-2005, 2005-2006 e 2006-2007. (Figura 4.4.8)

**Figura 4.4.8 – Incidenza dell'influenza in Italia, 1999-2007**



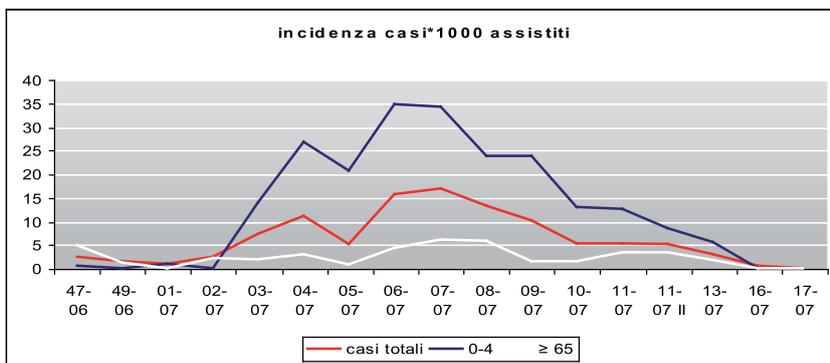
Durante la diciassettesima settimana del 2007, il valore dell'incidenza totale è pari a 0,26 casi per 1000 assistiti. Nella fascia di età 0-4 anni l'incidenza è pari a 0,99 casi per mille assistiti, nella fascia di età 5-14 anni l'incidenza è pari a 0,77, nella fascia 15-64 anni a 0,18 e tra gli individui di età pari a 65 anni e oltre a 0,08 casi per mille assistiti.

**Figura 4.4.9 – Incidenza dell’influenza in Italia per classi di età, 06-07**



Nella Regione Marche il trend stagionale per quanto riguarda la stagione 2006-2007 risulta simile a quello nazionale; i casi si concentrano soprattutto nel periodo compreso tra la sesta e la settima settimana del 2007. Sebbene il tasso medio di incidenza calcolato sul totale della popolazione regionale, sia più elevato (6,2 vs 3,2 casi\*1000 assistiti) rispetto al tasso medio nello stesso periodo a livello nazionale, la popolazione anziana non risulta tra le più colpite grazie alla copertura vaccinale che, nelle Marche, da diversi anni, raggiunge circa il 70% dei soggetti di età superiore ai 64 anni. Il tasso medio tra i bambini 0-4 anni, nonostante alcuni picchi corrispondenti al rialzo registrato nei casi totali, è pressoché in linea con il dato nazionale. (12,9 vs 10,1 casi\*1000 assistiti).

**Figura 4.4.10 – Incidenza dell’influenza nelle Marche per classi di età, 06-07**



**Pandemia influenzale: la preparazione nella regione Marche***D. Fiacchini*

I virus influenzali si caratterizzano per le frequenti mutazioni dei geni responsabili della codifica delle proteine virali di superficie, emoaagglutinina (H) e neuroaminidasi (N). Attraverso queste mutazioni emergono nuove varianti virali responsabili delle comuni epidemie influenzali stagionali. Ad intervalli irregolari, appaiono sottotipi virali completamente nuovi, risultato di imprevedibili ricombinazioni genomiche fra virus umani e suini o avicoli.

Qualora insorgesse un nuovo virus influenzale con caratteristiche di infettività e contagiosità interumana, nei confronti del quale la popolazione generale fosse sprovvista di immunità specifica, si avrebbero tutte le condizioni per l'insorgenza di una pandemia influenzale.

Le pandemie influenzali sono eventi rari, imprevedibili ma certi. Nel secolo scorso si sono verificati tre eventi pandemici: nel 1918-1919, nel 1957-1958 e nel 1968-1969. Nel 1957 e nel 1968 gli eventi pandemici furono responsabili di un notevole eccesso di mortalità per influenza e polmonite. La pandemia del 1918 rappresentò uno dei peggiori eventi pandemici nella storia dell'umanità (circa 40 milioni di morti in tutto il mondo). Non è possibile prevedere né quando si verificherà né quale sarà l'impatto di una nuova pandemia.

Per l'estensione del fenomeno e la possibilità che dall'incontro fra virus aviari e umani emergano ceppi pandemici, preoccupano le attuali epidemie di influenza aviaria (Virus H3N1, H5N1 e, recentemente, H7N2), che da alcuni anni sono responsabili di casi umani isolati e, almeno per un ceppo virale, con un tasso elevato di letalità (per l'H5N1 si contano 309 casi umani e 187 decessi dal 2003 al maggio 2007).

Nel 2005 l'OMS ha lanciato l'allarme e ha promosso la preparazione delle singole nazioni all'evento pandemico. Nel 2006 il Ministero della Salute - CCM, recependo le direttive internazionali, ha rilasciato il Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale. Le regioni sono attualmente impegnate nella stesura dei piani pandemici regionali (alcuni già deliberati).

Nel febbraio 2006 la Regione Marche ha pubblicato le "Linee guida di sanità pubblica in caso di influenza aviaria". Nello stesso mese è stato identificato il Comitato Pandemico Regionale con specifici compiti di progettazione e coordinamento delle attività previste dal piano pandemico nazionale nel territorio regionale. Il piano pandemico regionale è attualmente in stesura e nei prossimi mesi le prime attività per la preparazione ad un'eventuale evento pandemico verranno implementate sul territorio regionale.

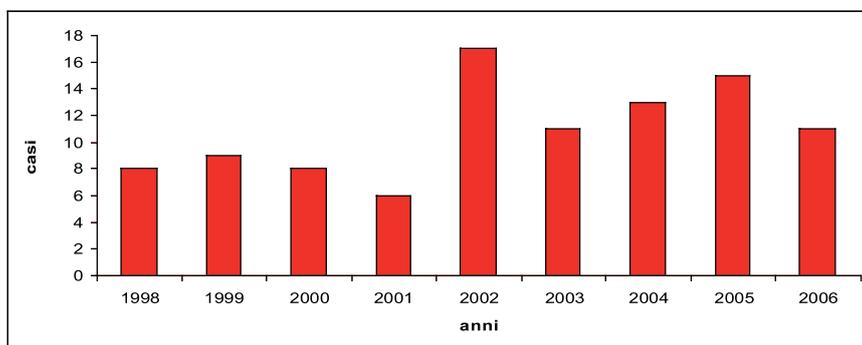
**Sifilide:** La sifilide, una malattia complessa sessualmente trasmissibile, è causata dal batterio *Treponema pallidum*. La sifilide è una malattia genitale che causa ulcere ed escoriazioni e facilita la trasmissione dell'Aids. Secondo i CDC americani, il rischio di trasmissione del virus HIV è da 2 a 5 volte più

elevato quando è presente anche una infezione da sifilide. Nel mondo, secondo l'OMS, la sifilide colpisce circa 12 milioni di persone, ed è largamente diffusa in Africa, Asia ed America Latina.

La sifilide si trasmette di persona in persona direttamente attraverso le ferite e le ulcere che si formano nelle zone genitali, rettali e sulla bocca a seguito di contatto sessuale. La malattia si sviluppa in diversi stadi, ciascuno caratterizzato da sintomi e decorso diverso. La malattia può facilmente essere trasmessa fin dal primo stadio. Nell'Europa occidentale, secondo l'Ufficio regionale dell'Oms, la prevalenza della malattia è in declino dalla seconda guerra mondiale, e oggi il tasso di incidenza è meno del 5 per 100.000. Dal 1989, però, c'è stato un allarmante incremento del tasso di malattia nei paesi dell'Europa orientale, precedentemente appartenenti al blocco sovietico. L'incidenza della malattia era in quei paesi del 5-15 per 100.000 nel 1990, ed è cresciuta fino al 120-170 per 100.000 alla fine del decennio. Per fronteggiare questa nuova emergenza, che rischia di configurarsi come un serio problema di salute pubblica per l'intera regione, è stata lanciata una task force europea contro le Malattie sessualmente trasmissibili.

In Italia, un decreto regio della regione Piemonte prevedeva uno screening obbligatorio per la sifilide per tutti i pazienti ricoverati nelle strutture sanitarie. In seguito a uno studio effettuato dal Servizio Sovrazonale di Epidemiologia (ASL 20 Alessandria) nell'ambito della EBP e presentato al III convegno sulla EBP nell'aprile 2003, lo screening obbligatorio è stato abolito con decreto regionale. Negli ultimi anni sembra essere "riesplosa" la sifilide anche nel nostro paese: Gli indici più alti sono stati rilevati a Roma e Milano. È riesplosa in tutte le categorie sociali: uomini e donne, eterosessuali ed omosessuali. Alto il numero tra i transessuali e le prostitute. La media dei casi di sifilide registrati ogni anno nei centri sentinella dell'Istituto Superiore di Sanità (Torino, Genova, La Spezia, Trento, Milano, Gorizia, Taranto, Brescia) è passata da 50 casi negli anni '90, a raddoppiarsi nel 2001, per raddoppiarsi nuovamente l'anno successivo raggiungendo quota 200. La popolazione extracomunitaria è ancora indietro per quanto riguarda l'informazione e la prevenzione. Nella Regione Marche il trend in progressivo ed allarmante aumento è confermato: nel quinquennio 2001-2006 si sono registrati ben 73 nuovi casi di sifilide, più del doppio rispetto al quinquennio antecedente (Figura 4.4.11). Questi numeri potrebbero addirittura essere in aumento, se si considera che nel mese di aprile 2007, i casi registrati sono già otto rispetto agli undici complessivi dell'anno 2006. Più del 70% dei casi di nazionalità nota sono a carico di residenti italiani.

**Figura 4.4.11 – Casi di sifilide nella regione Marche  
Periodo 1998-2006.**



**Tetano:** continua ad essere presente nella Regione tutti gli anni (8 casi nel 2002, 11 casi nel 2003, 5 casi nel 2004, 5 casi nel 2005 e 8 casi nel 2006). La malattia resta a carico delle fasce di età più avanzate (età media dei casi nel quinquennio 2000-2004 = 73,3); 6 casi su 35 si sono verificati in soggetti al di sotto dei 60 anni fra cui 2 extracomunitari non vaccinati (età 39 e 33 anni). Le femmine vengono colpite più dei maschi (77% F e 23% M), verosimilmente perchè i maschi hanno avuto più probabilità di essere vaccinati durante il servizio militare o in ambito lavorativo.

La presenza del tetano resta comunque un segnale estremamente negativo, in quanto l'efficacia e la sicurezza della vaccinazione antitetanica, obbligatoria dal 1963 e disponibile da molti anni prima, sono ormai consolidate; nonostante questo sono ancora molti i soggetti non vaccinati.

**Notifiche di focolaio epidemico:** questa particolare categoria di notifica, riferita a infezioni – tossinfezioni alimentari, pediculosi, scabbia e tigna consente di valutare il numero di episodi epidemici, il numero dei soggetti coinvolti negli eventi e il numero complessivo di persone che, per le modalità di trasmissione dell'infezione sono state considerate a rischio di contagio.

Il dato regionale per il biennio 2005-2006 indica la pediculosi quale più frequente responsabile di focolaio epidemico (tabella 4.4.2). Nel 2005 la proporzione tra notifiche e numero di casi è di 1:8,5 per le infezioni e tossinfezio-

ni alimentari; 1:3,5 per la pediculosi; 1:2,9 per la scabbia e 1:2,8 per la tigna. Mentre la proporzione tra numero di casi e persone a rischio è più elevata nella pediculosi e pari a 1:10,2 (perché tipica dell'ambiente scolastico – scuole materne ed elementari); inferiore per le altre tipologie di focolaio epidemico: 5,7 per la scabbia; 1:5 per la tigna; 1:2 per le infezioni e tossinfezioni alimentari.

**Tabella 4.4.2 – Notifiche di focolaio epidemico nel biennio 2005 – 2006. Regione Marche**

Province	2005			2006*		
	Notifiche	N Casi	Persone a Rischio	Notifiche	N Casi	Persone a Rischio
Inf. - tossinf. aliment.	7	60	116	11	160	239
Pediculosi	127	446	4549	118	512	2858
Scabbia	48	138	784	34	135	289
Tigna	5	14	70	10	27	244
Totale	187	658	5519	178	862	3672

\* Dati provvisori

**Infezioni e tossinfezioni alimentari:** nonostante gli enormi progressi nel campo dell'igiene degli alimenti, dalla formazione degli alimentaristi all'educazione sanitaria della popolazione, passando attraverso le normative sulla sicurezza degli alimenti, le infezioni e le tossinfezioni alimentari continuano ad essere un rilevante problema di sanità pubblica. Nel biennio 2005 – 2006 le notifiche di infezione e tossinfezione alimentare sono state complessivamente 22, con un valore più che raddoppiato nel 2006 rispetto all'anno precedente, sia per il numero complessivo di notifiche che per il numero di persone coinvolte negli eventi epidemici (tabella 4.4.3). Considerando la disaggregazione del dato regionale per provincia di notifica si nota l'elevato numero di eventi notificati a Macerata rispetto alle altre province marchigiane: nel 2005 a Macerata sono stati notificati oltre il 50% e nel 2006 oltre il 90% degli episodi di infezione e tossinfezioni alimentare. Questo dato potrebbe deporre per un fenomeno di sottonotifica nelle altre province regionali.

**Tabella 4.4.3 – Notifiche di focolaio epidemico nel biennio 2005 – 2006.  
Regione Marche**

Province	2005			2006*		
	Notifiche	N Casi	Persone a Rischio	Notifiche	N Casi	Persone a Rischio
Pesaro	2	17	73	1	2	7
Ancona	1	9	-	3	7	10
Macerata	4	34	43	9	169	260
Ascoli Piceno	-	-	-	2	6	11
Tot Marche	7	60	116	15	184	288

\* Dati provvisori

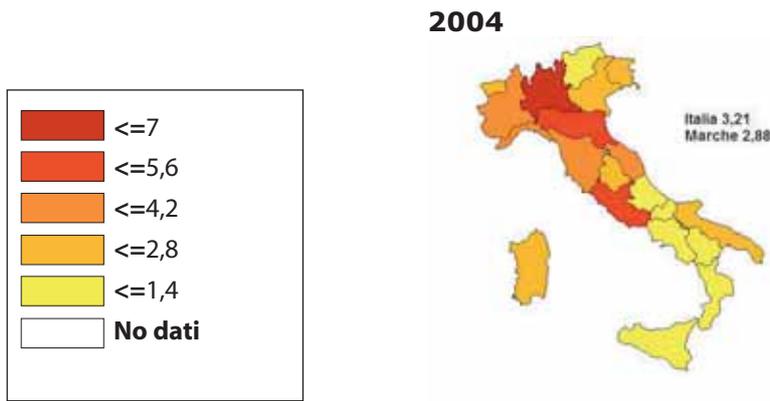
**AIDS:** Nonostante l'infezione da HIV non sia più all'attenzione dell'opinione pubblica la malattia continua ad essere presente sul territorio regionale. La lunga sopravvivenza che i successi terapeutici degli anni '90 hanno regalato alla malattia non toglie nulla alla severità della stessa. I tassi di incidenza dell'AIDS, la sindrome terminale che chiude la storia naturale dell'infezione da HIV, indicano circa 3 nuovi casi all'anno ogni 100.000 abitanti. Un numero a prima vista basso, ma inaccettabile se si considera che l'infezione da HIV è un'infezione altamente prevenibile.

**Figura 4.4.12 - Tasso di incidenza di AIDS per regione di residenza (per 100.000 ab.). Periodo 2002-2004.**

**2002**

**2003**

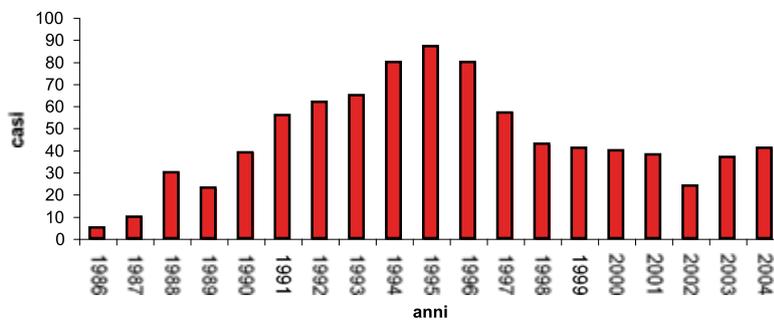




Fonte Istat: Database Health For All, 2006

Nelle Marche l'andamento della malattia è riportato nella figura 4.4.13 e rispecchia quello dell'Italia. Negli ultimi anni l'incidenza sembra tendere ad un livellamento sui 40 nuovi casi annui anche se questo dato andrà verificato nei prossimi anni.

**Figura 4.4.13 – Casi di AIDS nelle Marche. Periodo 1986-2004**



### L'attività vaccinale

Per completare l'argomento malattie infettive, si riportano di seguito alcuni dati relativi alla copertura vaccinale regionale.

Le coperture vaccinali a 24 mesi (rilevamento 2006 su nati 2004) risultano buone per quanto riguarda le vaccinazioni obbligatorie; la copertura contro morbillo parotite e rosolia è migliorata ma non raggiunge ancora il valore ottimale (95%); la copertura di vaccinazione antinfluenzale negli adulti negli ultimi anni è decisamente migliorata e infatti per gli ultrasessantacinquenni risulta del 66.9% per la campagna antinfluenzale 2005-2006, non raggiungendo complessivamente l'ottimale di copertura del 75% previsto dagli standard nazionali.

**Tab. 4.4.4. Attività vaccinale nella regione Marche. Anno 2006  
(Coperture vaccinali a 24 mesi)**

<b>Bambini: coorte nati nell'anno 2004 = 13424</b>		
<b>Vaccino</b>	<b>Cicli vaccinali completati al 31 dicembre 2006</b>	<b>%</b>
Antipolio <sup>(a)</sup>	13.265	98,82
DT <sup>(a)</sup>	18	0,13
DTP <sup>(a)</sup>	13.246	98,67
DT+ DTP	13.264	98,81
Antiepatite B <sup>(a)</sup>	13.261	98,79
Morbillo <sup>(b)</sup>	7	0,05
MPR <sup>(b)</sup>	11.379	84,77
Morbillo+ MPR	11.386	84,82
Hib <sup>(c)</sup>	13.177	98,16

(a ) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi

(b ) Ciclo vaccinale di base completo = 1 dose

(c ) Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età

### **Infezioni ospedaliere**

Si definiscono Infezioni Ospedaliere “le infezioni che insorgono durante il ricovero in ospedale, o in alcuni casi dopo che il paziente è stato dimesso, e che non erano manifeste clinicamente né in incubazione al momento dell’ammissione”. Nonostante i notevoli progressi sulla conoscenza dei fattori di rischio e sugli interventi di prevenzione, tali infezioni rappresentano tuttora un problema di rilevante importanza, in termini di impatto clinico sui pazienti ospedalizzati ed in termini di costi ad esse associati. Inoltre il cambiamento nell’ambito dei modelli assistenziali richiede una revisione della definizione riportata nel senso di allargare la problematica al tema più generale delle infezioni associate ad attività assistenziale per ricomprendere sia le infezioni legate a procedure ambulatoriali che quelle che possono diffondersi in strutture extraospedaliere (ad esempio in pazienti assistiti in ADI).

Le Infezioni Ospedaliere rappresentano un indicatore della qualità dell’assistenza prestata in ospedale: già il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000 (parte I, Obiettivo II) riportava un obiettivo specifico da perseguire, ossia la riduzione dell’incidenza (nuovi casi) del 25%; inoltre, nel Manuale di Accredimento delle strutture sanitarie della Regione Marche, tra i requisiti richiesti figurano la necessità di strategie di controllo delle I.O. e la necessità di una loro sorveglianza.

Risulta evidente la necessità di prevenzione e lotta alle infezioni ospedaliere nell’ambito della tematica più generale della gestione del rischio clinico, ovvero nella prevenzione degli eventi avversi nell’ambito dell’attività sanitaria (lesioni da decubito, cadute accidentali, ecc.).

### **PROGETTO INF-OSS – Progetto Nazionale sui Programmi aziendali di controllo del rischio infettivo**

Come già detto le infezioni correlate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria rappresentano un problema molto rilevante, per frequenza, impatto clinico e costi associati.

Il Centro per la Prevenzione e Controllo delle Malattie – CCM del Ministero della Salute ha finanziato il Progetto “Prevenzione e controllo delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie– Progetto INF-OSS”, con l'obiettivo di armonizzare le politiche e gli strumenti di sorveglianza e controllo di questo fenomeno nelle diverse regioni italiane.

La Regione Marche ha aderito al progetto INF-OSS. Il coordinamento a livello regionale è stato affidato alla SOD di Igiene Ospedaliera dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona.

Gli obiettivi dell'indagine conoscitiva sono:

- Descrivere in tutte le regioni italiane lo stato dei programmi di controllo delle infezioni allo scopo di individuare le principali criticità e le esperienze di eccellenza e consentire la disponibilità di dati utili a valutare i progressi nel tempo.
- Valutare il grado di integrazione del programma di controllo del rischio con altri programmi delle aziende sanitarie (gestione del rischio, qualità dell'assistenza, governo clinico) e individuare esperienze innovative di comunicazione del rischio ai pazienti ed esperienze di successo nel controllo delle infezioni correlate all'assistenza.
- Descrivere le politiche e le procedure adottate per la pulizia e sanificazione delle strutture.

Ulteriore progetto al quale partecipa la Regione Marche è la Campagna nazionale sul Progetto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)

“Sfida globale per la sicurezza del paziente- Cure Pulite (Global Patient Safety Challenge – Clean Care is Safer Care)” attraverso il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1. Migliorare l'igiene delle mani
2. Sicurezza del sangue
3. Sicurezza delle iniezioni & vaccinazioni
4. Sicurezza nelle pratiche cliniche
5. Sicurezza di acqua, bonifica & smaltimento dei rifiuti

Fattore chiave per raggiungere gli obiettivi della GPSC è il coinvolgimento a livello globale di politici, operatori sanitari e pazienti, per far sì che *Clean Care is Safer Care* diventi una realtà.

Obiettivo specifico dell'attuale campagna "Cure Pulite sono Cure più Sicure" (Clean Care is Safer Care) è quello di ridurre le infezioni correlate all'assistenza principalmente attraverso la promozione della corretta igiene delle mani.

### ESPERIENZE REGIONALI

Nell'ambito regionale in diverse strutture sono attivi sistemi di sorveglianza delle infezioni ospedaliere; di seguito si riporta quello dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona.

Viene anche citata una pubblicazione "storica" riguardante un'indagine di prevalenza delle I.O. svolta in ambito regionale nel lontano 1989.

#### *La sorveglianza attiva delle infezioni chirurgiche: esperienza nell'Azienda ospedaliero-universitaria Ospedali Riuniti di Ancona*

Il programma di sorveglianza delle ISO (Infezioni del Sito Operatorio), avviato nel marzo 1998, interessa le 15 Unità Operative chirurgiche, 23 dal 2004 (presidi Salesi e Lancisi), dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona ed è basato sulla revisione bisettimanale delle cartelle cliniche e delle cartelle infermieristiche dei pazienti ricoverati sottoposti ad intervento chirurgico e sul monitoraggio degli esami colturali eseguiti su tamponi delle ferite chirurgiche dal laboratorio di Microbiologia. Su una scheda di rilevazione appositamente predisposta, per ciascun paziente vengono registrati: dati amministrativi relativi al ricovero, il punteggio di gravità delle condizioni cliniche secondo l'American Society of Anesthesiologists (ASA score), il tipo (secondo l'ICD-9CM) e la durata dell'intervento chirurgico ed eventuali infezioni del sito operatorio. Sulla base di tali dati è possibile calcolare i tassi di ISO per raggruppamenti di procedure chirurgiche e categorie di rischio e confrontarli con i tassi dello studio americano National Nosocomial Infection Study (NNIS). La scheda è di agevole compilazione e garantisce l'anonimato del paziente che viene identificato e registrato con un codice di reparto e con le prime cinque lettere del cognome. Tutte le fasi metodologiche (raccolta, archiviazione, elaborazione dei dati e produzione di carte statistiche di processo) sono effettuate con il supporto del software "SOR.R.I.S.O. (SORveglianza

Routinaria delle Infezioni del Sito Operatorio), appositamente sviluppato in ambiente MS Access 1997. Non appena il rilevatore evidenzia un caso di infezione sospetto od accertato, ne informa il coordinatore del gruppo di lavoro che provvederà tempestivamente a segnalarlo alla Unità Operativa interessata, allo scopo di prendere i più opportuni provvedimenti. Entro la prima settimana del mese successivo a quello di rilevazione, viene eseguito un output dei dati, che vengono trasmessi alle singole Unità Operative.

***Programma di sorveglianza circolazione dei microrganismi caratterizzati da una multiresistenza agli antibiotici.***

Giornalmente personale della SOD di Igiene Ospedaliera raccoglie presso il Laboratorio di Microbiologia i dati sugli isolamenti di tali microrganismi ed avverte in tempo reale le Unità Operative interessate (in questo caso tutte, non solamente quelle chirurgiche) al fine di provvedere ad applicare ai pazienti coinvolti le opportune misure di isolamento, in modo da evitare la trasmissione del microrganismo tra paziente e paziente e la sua diffusione ambientale.

***Razionalizzazione dell'uso degli antibiotici nella profilassi preoperatoria***

Il progetto ha previsto inizialmente una fase caratterizzata dal censimento dei protocolli adottati dai reparti chirurgici per le diverse tipologie di interventi. La seconda fase del progetto ha visto riunirsi più volte il gruppo di lavoro che, sulla base delle proprie esperienze ed acquisendo dati dalla letteratura e dalle linee guida più recenti in tema di profilassi antibiotica, ha elaborato delle proprie indicazioni per i diversi tipi di interventi previsti nei protocolli dei reparti. Il primo documento prodotto, comprendente le indicazioni generali per una corretta profilassi e i protocolli per ogni tipologia di intervento, è stato discusso con i Responsabili (o loro delegati) delle singole Unità Operative, allo scopo di condividerli ed acquisirne il consenso alla applicazione.

Contestualmente, sono stati acquisiti altri dati, riguardanti:

- il costo degli antibiotici utilizzati per i regimi di profilassi (dati ottenuti dalla Farmacia)
- gli isolamenti di microrganismi da tamponi delle ferite e drenaggi (dati ottenuti dalla Microbiologia del Laboratorio Analisi e dalla sorveglianza sulle infezioni del sito operatorio)

Il costo dei diversi regimi di profilassi è stato inserito nel documento che il gruppo di lavoro ha fornito ai reparti chirurgici. Il momento successivo del progetto è stato quello di verificare la reale applicazione dei protocolli

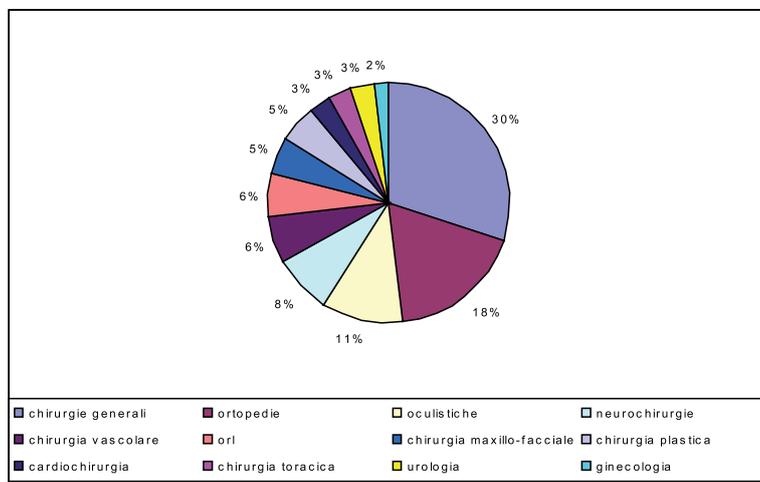
durante l'attività operatoria routinaria, verificare cioè la rispondenza tra protocollo ufficiale e profilassi effettivamente praticata. Si è deciso pertanto di procedere ad uno studio retrospettivo, a partire dal mese di aprile 2001, con lo scopo di ottenere dati sulla applicazione dei protocolli di profilassi. Le schede di rilevazione affluiscono al Centro di elaborazione attivato presso la Cattedra di Igiene, dove si provvede alla codifica e all'analisi dei dati mediante un software appositamente predisposto. La valutazione viene espressa in conformità (al protocollo), non conformità (per molecola, dosaggio o durata) e non valutabilità. I risultati dello studio sono poi stati inviati alle singole Unità Operative, richiedendo, se necessario, le motivazioni della mancata applicazione dei protocolli e programmando un incontro con il gruppo di lavoro.

La sorveglianza sull'applicazione dei protocolli di profilassi, così come quella sulla circolazione dei multiresistenti e sulle infezioni del sito operatorio, è in corso.

### ***Risultati***

Dal 1998 al 2006 sono stati sorvegliati in totale 63173 interventi chirurgici. La maggior parte degli interventi sono stati monitorati nelle chirurgie generali (33%); seguono le ortopedie (20%), le oculistiche (11%), le neurochirurgie (9%), ORL (7%), chirurgia plastica, vascolare e maxillo-facciale (6%), urologie e chirurgia toracica (3%) (figura 4.4.14)

**Figura 4.4.14 – Percentuale degli interventi sorvegliati nei reparti nell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona dal 1998 al 2006.**



Il 54% dei soggetti sottoposti a intervento chirurgico è di sesso maschile con una età media di 54.3 anni. La degenza media è stata di 7.6 (DS 14.8) giorni con un massimo nelle unità operative di neurochirurgia 13.1 (DS 12.9) ed un minimo nelle oculistiche 2.6 (DS 2.7). La degenza media pre-operatoria è pari a 2.4 giorni (DS 4.6) con oscillazione da 0.9 giorni (DS 1.7) nelle oculistiche a 4.9 giorni (DS 9.1) nelle neurochirurgie. Il 58.3% degli interventi appartiene alla categoria di interventi puliti, il 35.6% sono interventi puliti-contaminati e solo il 6.1% è rappresentato da interventi contaminati o sporchi.

La maggior parte degli interventi è stata eseguita in pazienti in buone o discrete condizioni di salute, come testimoniato dal punteggio ASA (80% degli interventi con ASA uguale a 1 o 2). La maggior parte degli interventi sono stati effettuati con tempi  $\leq 2$  ore (77.6%).

In totale sono state riscontrate 1626 infezioni, per una frequenza di infezione pari a 2.6/100 interventi sorvegliati.

Dal 1998 al 2006 si è registrato un decremento del tasso di infezione pari al 55%.

La percentuale di infezione del sito chirurgico aumenta proporzionalmente all'aumentare dello SCORE ASA, dall' 1.9% in ASA 1 all'11.9% in ASA 5 classe 1; della classe di contaminazione, da 1.4% per interventi in classe 1 al 13% per interventi in classe 4; del tempo di durata dell'intervento chirurgico, dall' 1.9% al 6.4% per interventi  $\geq 2$  ore. Analogamente, la percentuale di infezione varia in ragione del tipo di intervento, da 0% nelle nefrectomie e nelle riduzioni di ferite aperte al 16,6% nelle amputazioni degli arti. Nell'ambito della classificazione NNIS sono stati sorvegliati 42234 interventi ovvero il 67% di tutte le procedure chirurgiche. Gli interventi sull'apparato muscolo-scheletrico sono risultati i più frequenti (23.4%), in particolare la riduzione aperta delle fratture (18.6%) e le protesi dell'anca (14.1%). Seguono gli interventi effettuati sull'apparato digerente (19%), sul sistema nervoso (12.7%), sui tegumenti (10.9%). La maggior frequenza di infezioni si è rilevata per gli interventi che hanno previsto innesto di pelle (14.3%), amputazione degli arti e chirurgia del colon (13.8%), chirurgia gastrica (12.7%), chirurgia dei dotti biliari, fegato, pancreas (11.1%).

Per quanto riguarda i microrganismi, in totale sono stati effettuati 25530 campionamenti microbiologici. Sono risultati positivi 1003 campioni (3.93%). Il microrganismo più frequentemente isolato è risultato *Staphylococcus aureus* (26.1%), seguito da *Escherichia coli* (16.2%) e *Pseudomonas aeruginosa* (15.1%).

Per quanto riguarda l'applicazione dei protocolli di profilassi antibiotica i risultati sono più che soddisfacenti: infatti alla fine del 2004 il 93% delle Unità Operative (14) applicava conformemente il protocollo per quanto riguarda l'utilizzo della molecola in più del 50% delle procedure chirurgiche; dosaggio e durata (conformità > 50%) venivano correttamente applicati rispettivamente nel 53% e 73% dei reparti chirurgici.

Anche il confronto dei dati rilevati nei bimestri aprile-maggio 2001 e novembre-dicembre 2006 ha dimostrato un trend positivo; infatti si è passati dal 13% al 75% di conformità globale; la stratificazione per molecola, dosaggio e durata ha evidenziato un incremento percentuale più che soddisfacente: dal 33 all' 85% di adesione relativamente alla molecola; dal 17 all' 80% per il dosaggio e dal 20 al 63% per la durata, a testimonianza di una significativa sensibilizzazione delle equipe chirurgiche ottenuta grazie all'intervento del gruppo di lavoro.

**Indagine di prevalenza delle infezioni ospedaliere negli ospedali delle Marche. Igiene Moderna (1992): 97, 74-85.**

*I. Annino, F. Filippetti, E. Ravaglia*

È stato condotto in 30 ospedali della regione Marche uno studio di prevalenza delle Infezioni ospedaliere. L'indagine è stata effettuata in 160 reparti in cui sono stati esaminati 2898 pazienti nei quali è stato osservato: un tasso di prevalenza globale delle infezioni di 5,6%; il maggiore tasso di infezioni nel reparto di terapia intensiva 9,9%; i tassi di prevalenza più bassi nei reparti di medicina 6,7% e di chirurgia 4,2%.

La rilevazione è stata effettuata nei mesi di ottobre e novembre 1989 dalle unità partecipanti al Corso regionale per infermieri addetti al controllo delle infezioni ospedaliere (I.C.N.), allora in svolgimento presso l'Istituto di Igiene dell'Università di Ancona.

F. Carle, V. Cherubini, M. Boemi, P. Fumelli, F. Romagnoli, F. Gregorio, C. Mancini,  
G.V. De Giacomo, G. Vespasiani

## 4.5. ALTRE PATOLOGIE RILEVANTI

### 4.5.1 Il diabete mellito: epidemiologia e assistenza

Al momento attuale non è possibile avere un quadro epidemiologico completo del diabete nella popolazione marchigiana, ma sono disponibili i risultati di indagini condotte su problemi specifici e riferiti ad alcune aree della Regione. Fa eccezione il diabete mellito di tipo 1 per cui sono disponibili i dati del Registro di Incidenza attivo dal 1990.

#### Fonti informative:

- RIDI (Registro Italiano Diabete mellito Insulino-dipendente);
- ISTAT;
- Studio sulla Prevalenza del Diabete Mellito tipo II sulla popolazione della ZT 6, Fabriano (1999-2000);
- Sorveglianza delle amputazioni non traumatiche degli arti inferiori, regione Marche (1997-1998);
- Studio Q.U.A.D.R.I. (Qualità dell'Assistenza alle persone Diabetiche nelle Regioni Italiane), 2004;
- Studio sulla mortalità dei soggetti diabetici residenti nella provincia di Ancona (coorte 1988-1993)

### *Epidemiologia del diabete mellito di tipo 1 (DMT1): i dati di incidenza del RIDI*

Il Registro di incidenza del diabete mellito tipo 1<sup>20</sup>, già citato nel primo rapporto sullo stato di salute della Regione Marche (1), istituito il 1 gennaio 1990, costituisce un' importante fonte di dati per quanto riguarda l' incidenza nella popolazione marchigiana del diabete infantogiovanile e del giovane adulto.

La registrazione dei nuovi casi di DMT1 riguarda la popolazione residente nella Regione Marche di età compresa tra 0 e 14 anni; dall'1.1.1997 la rilevazione è stata estesa alla classe di età 15-29 anni.

Il Registro, attivo dal 1 gennaio 1990, è inserito nel progetto nazionale RIDI (Registro Italiano Diabete mellito Insulino-dipendente) e nel progetto internazionale DIAMOND (DIAbetes MONDiale).

Il RIDI, istituito nel 1996, nasce come progetto di cooperazione tra SID

<sup>20</sup> Organizzazione del Registro di incidenza della Regione Marche Sede del Registro e Responsabile:  
Valentino Cherubini, Centro Regionale di Diabetologia Pediatrica, Istituto di Clinica Pediatrica, Università degli Studi, Azienda Ospedaliera "G. Salesi"  
Elaborazione dati:  
Centro di Epidemiologia, Biostatistica e Informatica medica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi

(Società Italiana di Diabetologia), AMD (Associazione Medici Diabetologi) e SIEDP (Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica), allo scopo di coordinare i Registri di Incidenza già attivi e promuovere l'attivazione di nuovi Registri nelle aree non ancora sottoposte ad osservazione epidemiologica (2). La struttura organizzativa prevede diversi Registri Locali ed un Centro di Coordinamento nazionale, con sede ad Ancona, presso il Centro Regionale di Diabetologia Pediatrica.

Attualmente sono attivi 7 Registri Regionali (Liguria, Marche, Umbria, Lazio, Abruzzo, Campania,

Sardegna) e 5 Registri Provinciali (Trento, Torino, Pavia, Modena, Prato-Firenze). Il database nazionale comprende 4289 casi di età inferiore ai 15 anni con nuova diagnosi tra 1984 e 2002.

Ogni Registro Locale opera come un registro indipendente seguendo un protocollo standardizzato per la registrazione dei casi uguale per tutti i registri, di seguito brevemente riassunto.

La definizione di DMT1 avviene attraverso la data della prima somministrazione di insulina che è considerata la data della diagnosi di diabete. Il caso viene identificato attraverso i seguenti requisiti minimi: data di nascita, sesso, data di diagnosi, comune di residenza. Ogni registro utilizza almeno due fonti indipendenti di reclutamento, in modo da poter stimare la completezza di registrazione con il metodo cattura-ricattura.

Nel primo rapporto sullo stato di salute della Regione Marche, pubblicato nel 1999, il tasso regionale medio di incidenza standardizzato per età sulla popolazione mondiale nel periodo 1989-1998, per la classe di età 0-14 anni, era risultato del 9,6 per 100.000 anni-persona (IC95%: 8.3-11.1).

Nella Regione, non si osservavano differenze statisticamente significative nell'incidenza di diabete di tipo 1 per classi di età, sesso e provincia di residenza.

L'analisi dell'andamento temporale della malattia, non evidenziava un incremento statisticamente significativo nei 10 anni considerati.

Suddividendo i casi per classi di età si osservava come la classe più giovane (0-4 anni) fosse caratterizzata da un incremento dell'incidenza medio annuale del 12%, statisticamente significativo ( $p < 0.01$ ).

Per quanto riguarda la classe di età 15-29 anni, il tasso medio annuale di incidenza standardizzato per età sulla popolazione mondiale è risultato del 6,1 per 100000 anni-persona senza sostanziali differenze per sesso.

Confrontando, per i due anni disponibili (1997-1998), l'incidenza tra 15-29 anni e tra 0-14 anni, non si osservano differenze statisticamente significative.

Nel 2004, il RIDI ha pubblicato uno studio longitudinale di 10 anni in cui sono stati confrontati i tassi di incidenza dei Registri Locali (tabella 4.5.1.1) (3).

**Tabella 4.5.1.1 - Tassi di incidenza di DMT1 (per 100000 anni-persona) nella popolazione giovanile (0-14 anni) per registro, area geografica e genere (1990-99).**

	Casi	Anni persona	Tassi di incidenza standardizzati * per età	IC 95% #
<b>Maschi</b>				
Torino	167	1,444,818	11.06	9.48 - 12.91
Pavia	36	287,218	12.13	8.49 - 16.79
Liguria	124	893,677	13.54	11.31 - 16.21
NORD ITALIA	327	2625713	12.03	10.78 - 13.42
Prato-Firenze	96	709,218	13.02	10.59 - 15.97
Umbria	67	552,863	12.40	9.69 - 15.85
Marche	104	1,010,665	10.10	8.29 - 12.29
Lazio	359	4,006,647	8.81	7.93 - 9.78
CENTRO ITALIA	626	6,279,392	9.80	9.06 - 10.61
Campania	403	6,164,187	6.37	5.77 - 7.04
SUD ITALIA	1356	15,069,292	8.78	8.25 - 9.35
ITALIA PENINSULARE	660	1,461,924	43.31	40.11 - 46.78
Sardegna				
<b>Femmine</b>				
Torino	139	1,367,388	9.96	8.41 - 11.81
Pavia	34	270,965	11.95	8.28 - 16.71
Liguria	89	845,828	10.51	8.49 - 13
NORD ITALIA	262	2,484,180	10.37	9.17 - 11.73
Prato-Firenze	53	679,220	7.72	5.83 - 10.18
Umbria	56	521,612	11.13	8.48 - 14.57
Marche	93	956,318	9.60	7.79 - 11.82
Lazio	333	3,803,133	8.56	7.68 - 9.55
CENTRO ITALIA	535	5,960,282	8.85	8.12 - 9.64
Campania	362	5,897,456	6.02	5.42 - 6.68
SUD ITALIA	1159	14,341,918	7.95	7.46 - 8.46
ITALIA PENINSULARE	427	1,376,378	30.13	27.36 - 33.17
Sardegna				

\* Sulla popolazione standard mondiale

# IC 95% = intervalli di confidenza al 95%

L'incidenza del diabete tipo 1 nelle Marche colloca la regione fra le aree

ad incidenza intermedia secondo la classificazione proposta dal Diamond Study Group (1. area a incidenza molto bassa: <1/100,000 anni-persona (ap); 2. aree a bassa incidenza: 1–4.99/100,000 ap; 3. aree a incidenza intermedia: 5–9.99/100,000 ap; 4. aree ad alta incidenza: 10–19.99/100,000 ap; 5. aree a incidenza molto alta: ≥ 20/100,000 ap ); non sono presenti differenze significative legate al genere.

***Prevalenza del diabete mellito di tipo 2 (DMT2): lo studio di Fabriano***

Un interessante tentativo di stima della prevalenza del diabete nella nostra regione e' quello offerto dallo studio condotto sulla popolazione dell'area della Zona Territoriale (ZT) 6 di Fabriano (provincia di Ancona) composta da 44864 residenti al 1 gennaio 2000 (4).

I casi prevalenti di diabete erano rappresentati dai soggetti residenti nella Zona territoriale 6 di Fabriano nel periodo giugno 1999 - giugno 2000 e con diagnosi di diabete precedente il 30 giugno 2000.

L'identificazione dei casi è stata effettuata attraverso la consultazione di 6 fonti:

1) l'archivio del Centro Antidiabetico (CAD) della ZT 6 di Fabriano, da cui sono stati estratti tutti i pazienti, afferenti al Centro e in vita, con diagnosi di diabete precedente il 30 giugno 2000 effettuata secondo i criteri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e residenti nel territorio della ZT 6 nel periodo in studio; il CAD è stata considerata la fonte primaria.

2) I Medici di Medicina Generale (MMG).

3) Il laboratorio analisi della ZT 6, da cui sono stati estratti tutti i soggetti con almeno una determinazione dell'emoglobina glicata (HbA1c) nel periodo di studio. Tale fonte è stata scelta sulla base di due considerazioni: (i) l'indicazione per la prescrizione della determinazione dell' HbA1c è specifica per il monitoraggio della patologia diabetica; (ii) i percorsi diagnostico-assistenziali concordati tra CAD e MMG prevedono che l'HbA1c sia richiesta solo per il controllo dei pazienti con diabete noto.

4) L'archivio informatizzato della ZT 6 relativo alla fornitura dei presidi sanitari per la cura del diabete da cui sono stati estratti tutti i soggetti con almeno una richiesta nel periodo considerato.

5) L'archivio informatizzato delle esenzioni dal contributo alle spese sanitarie per patologia della ZT 6, da cui sono stati estratti tutti i soggetti con l'esenzione per diabete nel periodo in studio.

6) L'archivio informatizzato delle Schede di Dimissioni Ospedaliere

(SDO) della ZT 6, da cui sono stati estratti tutti i pazienti con almeno un ricovero identificato dai codici ICD-IX 250.0-250.9 (Diabete Mellito) nel periodo in studio.

Ogni soggetto identificato da ciascuna delle 6 fonti è stato considerato un caso di diabete. Per ogni caso sono stati registrati cognome e nome, sesso, data di nascita e codice di iscrizione al Sistema Sanitario Nazionale (codice assistito). Attraverso il codice assistito è stato effettuato l'appaiamento tra le fonti, allo scopo di considerare i pazienti identificati da più fonti una sola volta.

### ***Stima dei casi prevalenti***

La stima dei casi di diabete è stata effettuata attraverso l'applicazione del metodo di cattura-ricattura che consente di stimare la quota di casi non identificati da alcuna delle fonti ma che potrebbe essere rilevata considerando una ulteriore fonte ignota. Il modello è stato applicato considerando sia la dipendenza che la possibile eterogeneità tra le fonti.

### ***Stima della prevalenza***

La prevalenza osservata del diabete noto è stata calcolata, per il totale dei soggetti, per genere e classi di età in anni compiuti al 1 gennaio 2000, mediante il rapporto tra i casi di diabete identificati da almeno una delle 6 fonti considerate e la popolazione residente nella ZT 6 di Fabriano al 1 gennaio 2000 (dati ISTAT).

Allo scopo di confrontare i valori di prevalenza con quelli di altri studi italiani, la prevalenza osservata è stata standardizzata per età sulla popolazione italiana al 1 gennaio 2000 (dati ISTAT).

La prevalenza stimata (rapporto tra i casi stimati e la popolazione di riferimento) è stata calcolata per il totale dei soggetti e per genere.

Per tutti i valori di prevalenza sono stati calcolati gli intervalli di confidenza al 95%.

Il numero di casi stimati è risultato pari a 1930 pazienti (IC95% = 980-3880) che sommati ai casi osservati conducono a un totale di casi prevalenti nell'area geografica in studio pari a 4220 pazienti (IC95% 3270-6170).

La prevalenza di DM osservata è risultata pari al 5,1% (IC95%=4,9%-5,3%). In entrambi i sessi si è osservato un incremento statisticamente significativo della prevalenza all'aumentare dell'età rispettivamente fino a 69 anni per i maschi e fino a 79 anni per le femmine (tabella 4.5.1.2). La popolazione femminile tra i 40 e i 79 anni di età è caratterizzata da un rischio di DM inferiore rispetto alla popolazione maschile; nella popolazione più anziana ( $\geq 80$

anni) la prevalenza diminuisce in modo significativo solo nel sesso maschile (9.9% vs 16.5%) e non si osservano differenze significative tra i due sessi.

La standardizzazione per età conduce a una stima della prevalenza inferiore a quella grezza (4,4% vs 5,1% rispettivamente) ed evidenzia una prevalenza di DM significativamente inferiore nel genere femminile rispetto al genere maschile (4,0% vs 4,8% rispettivamente). La prevalenza stimata con il metodo cattura-ricattura è pari a 9.4% (IC95%=7.3%-13.8%) e non si osservano differenze statisticamente significative tra i due sessi.

La prevalenza di diabete noto osservata, sia grezza, che standardizzata per età, è risultata maggiore rispetto ai valori riportati in altri studi italiani, che vanno da un valore minimo di 2.1% a un valore massimo di 3.2%.

Il confronto dei valori di prevalenza è tuttavia difficile in quanto gli studi sono stati condotti con metodologie che differiscono sia per il numero e il tipo di fonti utilizzato che per l'accuratezza delle fonti stesse nella rilevazione dei casi di diabete. Le differenze osservate potrebbero essere dovute oltre che a una diversa distribuzione delle caratteristiche dei pazienti, in primo luogo l'età, anche a differenze nella tipologia dell'assistenza erogata e nelle modalità di accesso alla stessa.

La distribuzione della prevalenza di DM osservata nello studio in funzione dell'età è simile a quella descritta dagli altri studi italiani e sembra confermare l'ipotesi che l'aumento della speranza di vita media determini un aumento delle patologie cronico-degenerative nella popolazione più anziana. Il decremento della prevalenza di DM che si osserva nella popolazione maschile di 80 anni o più, può essere dovuto alla presenza di "un effetto sopravvivenza"; è noto infatti che i soggetti affetti da diabete muoiono in età più giovane rispetto ai soggetti non affetti dalla malattia. Tale ipotesi è supportata dall'osservazione che il decremento non si osserva nelle donne, dove la speranza di vita è maggiore che negli uomini e quindi il possibile "effetto sopravvivenza" potrebbe essere spostato in avanti rispetto all'età.

**Tabella 4.5.1.2 - Prevalenza osservata e stimata e intervalli di confidenza al 95% nella popolazione della ZT 6 di Fabriano nel periodo 30 giugno 1999-30 giugno 2000**

Prevalenza osservata ETÀ (anni)	Maschi			Femmine			Totale		
	casi (N)	popolazione (N)	Prevalenza % (IC95%)	casi (N)	popolazione (N)	Prevalenza % (IC95%)	casi (N)	popolazione (N)	Prevalenza % (IC95%)
<40	49	10432	0.47 (0.35-0.62)	48	9735	0.49 (0.36-0.65)	97	20167	0.48 (0.39-0.59)
40-59	321	5681	5.65 (5.06-6.28)	171	5616	3.04 (2.61-3.53)	492	11297	4.36 (3.99-4.75)
60-69	356	2547	13.98 (12.65-15.38)	258	2912	8.86 (7.85-9.95)	614	5459	11.25 (10.42-12.12)
70-79	356	2146	16.59 (15.04-18.23)	409	3018	13.55 (12.35-14.83)	765	5164	14.81 (13.86-15.81)
≥80	88	891	9.88 (8-12.03)	234	1886	12.41 (10.95-13.98)	322	2777	11.60 (10.43-12.84)
Totale	1170	21697	5.39 (5.1-5.7)	1120	23167	4.83 (4.56-5.12)	2290	44864	5.10 (4.9-5.31)
Prevalenza osservata standardizzata (*)			4.76 (4.7-4.81)			4.03 (3.98-4.07)			4.38 (4.34-4.43)
Prevalenza stimata con il metodo cattura-ricattura			7.67 (6.54-9.82)			10.64 (7.14-20.16)			9.41 (7.29-13.75)

(\*) valori standardizzati per età sulla popolazione italiana al 1 gennaio 2000  
IC95% = intervallo di confidenza al 95%

***Epidemiologia delle complicanze del diabete mellito: la Sorveglianza delle Amputazioni non Traumatiche degli Arti Inferiori (AnTAI)***

Una delle complicanze maggiormente invalidanti del diabete mellito è rappresentata dalla amputazione non traumatica degli arti inferiori (AnTAI). Il rischio stimato di amputazione nel paziente diabetico è da 15 a 45 volte maggiore di quello del soggetto non diabetico. L'ulcera delle estremità inferiori, che nella maggior parte dei casi rappresenta la prima fase del processo che porterà ad amputazione, risulta una delle più comuni cause di ospedalizzazione del paziente diabetico.

Programmi specifici di prevenzione e cura delle lesioni delle estremità inferiori si sono dimostrati in grado di ridurre il rischio di AnTAI. La valutazione dell'efficacia di tali programmi si basa sulla disponibilità di un sistema di sorveglianza epidemiologica del fenomeno amputazione nella popolazione a cui è rivolto il programma stesso.

Di seguito vengono riportati i risultati del primo studio di sorveglianza delle AnTAI nella popolazione marchigiana (5), il cui obiettivo principale era la valutazione dell'impatto prodotto dalla malattia diabetica sulle amputazioni non traumatiche degli arti inferiori.

Tutte le AnTAI verificatesi nella Regione Marche negli anni 1997-1998 sono state identificate utilizzando l'Archivio regionale delle schede di dimissione ospedaliera (SDO). Le informazioni relative a genere, data di nascita, durata del ricovero, diagnosi di diabete e livello di amputazione sono state verificate esaminando le cartelle cliniche dei pazienti. Sono state considerate amputazioni maggiori tutte quelle implicanti una sezione chirurgica craniale al tarso e minori quelle eseguite a livello tarsale o distalmente a tale struttura anatomica.

Nella popolazione di amputati è stata stimata la prevalenza del diabete (e gli intervalli di confidenza al 95%) in funzione del genere, età all'amputazione, livello di amputazione e storia di amputazioni multiple. In seguito è stato stimato l'effetto di tali variabili nel modificare la probabilità di essere diabetico per un soggetto sottoposto all'amputazione

Nell'intervallo temporale considerato sono stati identificati 555 casi di AnTAI corrispondenti ad un tasso di incidenza di 19.1 per 100.000 anni-persona (I.C. 95% 1.76 – 20.7).

La stima della prevalenza di diabete è stata effettuata sui 372 pazienti (226 uomini - 61% - e 146 donne) sottoposti ad intervento nelle strutture della Regione e per i quali è stato possibile esaminare le cartelle cliniche. L'età mediana alla prima amputazione era di 77 anni (25° p.-75° p. = 69-84 anni).

La prevalenza del diabete fra gli amputati era pari al 56% (I.C. 95%: 51-61%) in assenza di differenze fra uomini e donne e per livello di amputazione, mentre si osserva un decremento significativo della prevalenza all'aumentare dell'età ( $p=0.001$ , Tabella 4.5.1.3).

**Tabella 4.5.1.3 - Prevalenza di diabete nella popolazione di pazienti amputati residenti nella Regione Marche nel periodo 1997-1998, in funzione del genere, dell'età e del livello di amputazione.**

	n	Prevalenza (%)	I.C. 95%
Genere			
Maschi	226	54	47 - 60
Femmine	146	60	52 - 67
Età (anni)			
<60	43	65	50 - 78
60-69	55	65	52 - 77
70-79	124	61	53 - 69
80-89	122	48	40 - 57
≥90	28	32	18 - 51
Livello di amputazione			
Minore	167	59	51 - 66
Maggiore	191	55	48 - 62

L'età all'amputazione era significativamente minore nei pazienti diabetici rispetto ai non diabetici. (età mediana 74 anni [25°p -75°p = 67-82 anni] vs 80 anni, [25°p -75°p = 71-85 anni],  $p= 0.001$ ) e tale differenza era riscontrabile in entrambi i sessi. Inoltre, i soggetti diabetici che avevano subito una amputazione minore erano significativamente più giovani dei non diabetici (età mediana 72 anni vs 77 anni,  $p=0.029$ ), mentre non si osservava alcuna differenza nell'età per le amputazioni maggiori.

Non si osservavano differenze nella durata dell'ospedalizzazione fra diabetici e non diabetici (degenza mediana 16 giorni [25°p -75°p = 9-25 giorni] vs 15 giorni [25°p -75°p = 8-29 giorni] rispettivamente,  $p=0.875$ ), mentre l'intervento di amputazione maggiore determinava un tempo di ospedalizzazione significativamente superiore rispetto all'amputazione minore solo nei pazienti diabetici (degenza mediana 18 giorni [25°p -75°p = 11-30 giorni] vs 14 giorni [25°p -75°p = 7-23 giorni],  $p=0.011$ ).

La prevalenza del diabete fra i pazienti amputati della Regione Marche è risultata simile a quella rilevata in altri studi italiani e conferma l'elevato im-

patto del diabete sulle amputazioni non traumatiche degli arti inferiori.

***Valutazione dell'assistenza al paziente diabetico: lo studio QUADRI nella regione Marche***

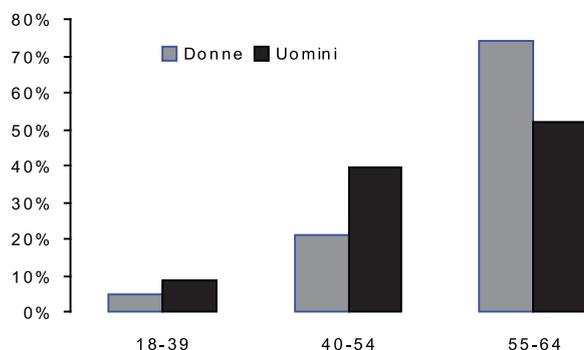
L'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con le Regioni e con le società scientifiche d'interesse diabetologico (SID ed AMD), ha condotto un'indagine, denominata Studio Q.U.A.D.R.I. (Qualità dell'Assistenza alle persone Diabetiche nelle Regioni Italiane: [www.epicentro.iss.it/quadri/default.htm](http://www.epicentro.iss.it/quadri/default.htm)) per fornire un quadro nazionale e regionale, affidabile ed aggiornato, sulla qualità e modalità dell'assistenza utilizzando il punto di vista del malato. Tra gli obiettivi specifici dello Studio sono compresi: la descrizione delle conoscenze sulla malattia da parte dei pazienti e la valutazione del grado di informazioni loro fornite sulle misure comportamentali e terapeutiche da intraprendere per controllare la patologia, in modo da evitare le complicazioni più frequenti.

Per valutare l'assistenza al paziente diabetico è stata condotta un'indagine campionaria, con disegno di tipo trasversale (di prevalenza) in 21 regioni italiane. La popolazione in studio è costituita da soggetti inclusi nelle liste di esenzione ticket per diabete di età compresa tra 18 e 64 anni. La rilevazione dei dati è stata effettuata attraverso un questionario standardizzato, somministrato tramite intervista diretta. Nella regione Marche, per selezionare le persone da intervistare, è stato condotto un campionamento casuale semplice direttamente sulla lista degli esenti ticket per diabete. Sono stati così estratti in modo casuale i 100 soggetti, di età compresa tra 18 e 64 anni, titolari dell'intervista e gli eventuali rimpiazzati. La dimensione del campione è stata calcolata per ottenere una precisione della stima pari a  $\pm 10\%$ , con un intervallo di confidenza al 95%.

La registrazione e l'analisi dei dati raccolti sono state effettuate utilizzando il software EPI-Info, versione 3.3 del 2004.

***Il campione:*** Nelle Marche è stato intervistato l'87% dei titolari; i rifiuti sono stati pari all'11%. Il 60% delle persone intervistate è rappresentato da uomini; l'età mediana è pari a 56 anni. La figura 4.5.1.1 mostra la distribuzione del campione per sesso e classi di età. Il 48% delle persone intervistate ha un livello di istruzione basso (nessuno/elementare).

**Figura 4.5.1.1 - Distribuzione del campione per sesso e classi di età. Studio Quadri, regione Marche, anno 2004.**



**Caratteristiche cliniche:** Nel 26% (I.C.95% = 17,6%-36,0%) dei casi la diagnosi di diabete è stata effettuata prima dei 40 anni; il 73% (I.C.95% = 62,9%-81,5%) del campione ha la malattia da 5 anni o più. Nelle Marche la maggioranza degli intervistati, il 68% (I.C.95% = 57,7%-77,3%), ha dichiarato di essere stata seguita nell'ultimo anno da un centro diabetologico, mentre la quota di soggetti che si è rivolta al proprio medico di base è risultata pari al 30% (I.C.95% = 20,8%-40,1%).

La terapia con antidiabetici orali è risultato il trattamento più frequente, 63% (I.C.95% = 52,0%-72,2%). Complessivamente il 28% (I.C.95% = 19,4%-38,2%) dei pazienti pratica insulina da sola od in associazione con antidiabetici orali, mentre l'8% (I.C.95% = 3,7%-15,8%) è in trattamento con sola dieta.

**Aspetti assistenziali:** Lo Studio Quadri ha posto l'attenzione su alcuni importanti elementi della strategia assistenziale per il diabete come l'educazione all'autogestione di questa patologia e l'osservanza di stili di vita sani (6). L'indagine quindi ha voluto esplorare aspetti dell'informazione ricevuta dai pazienti su come gestire la propria malattia, nonché le indicazioni loro fornite sui comportamenti corretti da adottare (7) (8).

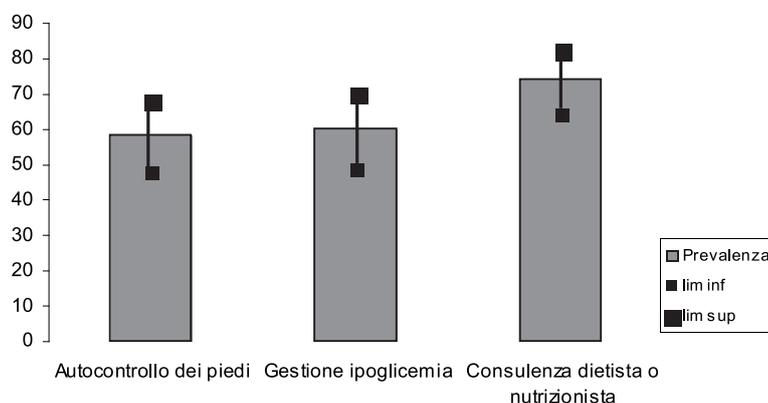
**Autogestione:** le persone con diabete dovrebbero:

- controllare regolarmente i propri piedi per riconoscere, quanto prima possibile, le alterazioni, inizialmente anche modeste, che possono però rapidamente evolvere e condurre a conseguenze gravi;
- saper gestire un'eventuale crisi ipoglicemica per ridurre il rischio di effetti collaterali potenzialmente gravi del trattamento;
- saper controllare, con la consulenza di un dietologo o di un nutrizionista, la loro dieta ed operare le eventuali necessarie modifiche. Questo perché un'alimentazione bilanciata concorre a garantire un migliore controllo dei valori glicemici ed ad acquisire il peso ideale, contribuendo in tal modo a ridurre il rischio di complicanze.

Nelle Marche (Figura 4.5.1.2):

- poco più di 1 paziente su 2 (il 58%: I.C.95% = 47,8%-68,3%) ha dichiarato di conoscere l'importanza del controllo giornaliero dei piedi, essenziale per prevenire il "piede diabetico" (50% il valore nazionale); tra questi il 36% (I.C.95% = 23,4%-49,6%) esegue l'auto-ispezione giornaliera;
- il 60% (I.C.95% = 48,7%-70,1%) degli intervistati, in cura con farmaci e/o insulina, ha dichiarato di aver ricevuto consigli su cosa fare in caso di crisi ipoglicemica (il dato nazionale è pari al 69%);
- il 74% (I.C.95% = 64,0%-82,4%) ha usufruito della consulenza di un dietologo o nutrizionista per avere le adeguate informazioni circa il rispetto di corrette abitudini alimentari (52% in Italia).

**Figura 4.5.1.2 - Informazioni per l'autogestione della patologia: prevalenze ed I.C. al 95%. Studio Quadri, regione Marche. Anno 2004**



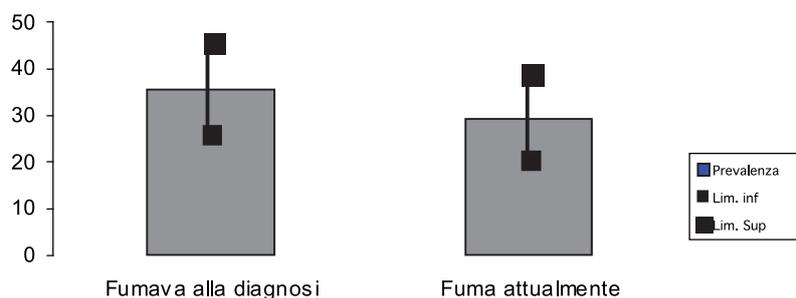
**Osservanza di stili di vita sani:** le persone diabetiche dovrebbero essere informate sul fatto che:

- il fumo aumenta il rischio di complicanze, soprattutto il rischio di malattie cardiovascolari ed ictus;
- l'attività fisica è utile per mantenere un buon controllo della glicemia e di altri fattori correlati con il diabete (ipertensione, controllo lipidico, controllo del peso), riducendo in questa maniera il rischio di malattie cardiovascolari;
- è importante il controllo del peso poiché il sovrappeso o l'obesità aumentano il rischio di complicanze macrovascolari.

### Fumo

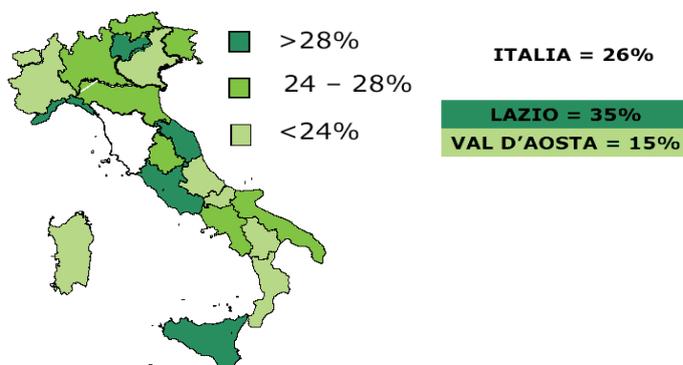
Nelle Marche il 35% (I.C.95% = 25,9%-45,8%) delle persone diabetiche fumava al momento della diagnosi (Figura 4.5.1.3).

**Figura 4.5.1.3 - Abitudine al fumo. Prevalenze ed I.C. al 95%. Studio Quadri, regione Marche. Anno 2004**



Alla data dell'intervista fuma il 29% (I.C.95% = 20,3%-39,3%) dei soggetti intervistati (26% il dato italiano) (Figura 4.5.1.4), nonostante il 75% (I.C.95% = 55,1%-89,3%) di essi abbia ricevuto il consiglio di smettere (il 90% in Italia)

**Figura 4.5.1.4 – Distribuzione percentuale dell’abitudine al fumo delle persone con diabete in Italia. Anno 2004**

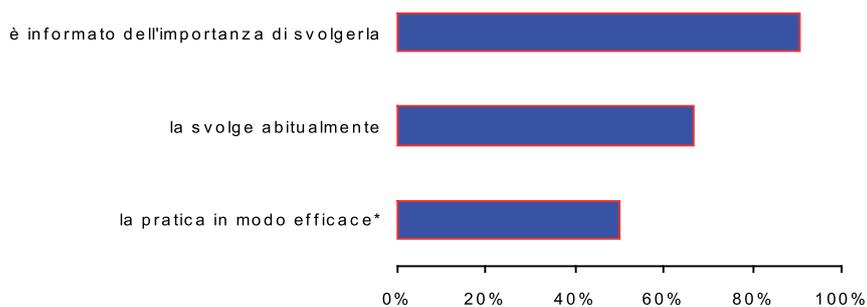


Angelo D'Argenzio: "Informazioni, educazione e comportamenti delle persone con diabete." Studio Quadri, Roma 1 ottobre 2004 www.epicentro.iss.it

**Attività fisica**

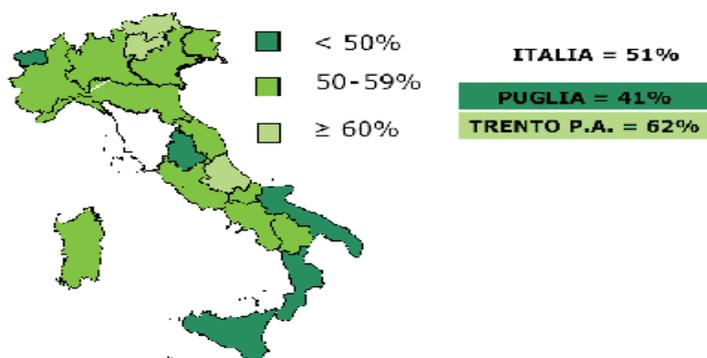
Nelle Marche il 91% delle persone intervistate (I.C.95% = 82,9%-95,6%), ha dichiarato di aver ricevuto informazioni relative ad un corretto esercizio fisico; il 67% (I.C.95% = 56,3%-76,0%) dice di svolgere attività fisica "abituamente", ma solo il 50% (I.C.95% = 36,9%-60,4%) lo fa, come suggerito dalle linee guida, per 3-4 volte alla settimana, per almeno ½ ora al giorno (Figura 4.5.1.5).

**Figura 4.5.1.5 - Conoscenza e pratica dell’attività fisica. Studio Quadri, regione Marche. Anno 2004**



\* svolta 3-4 volte o più alla settimana, per almeno ½ al giorno

**Figura 4.5.1.6 - Distribuzione percentuale dell'abitudine ad un'attività fisica efficace\*. Anno 2004**



\*

almeno mezz'ora al giorno per 3-4 volte la settimana

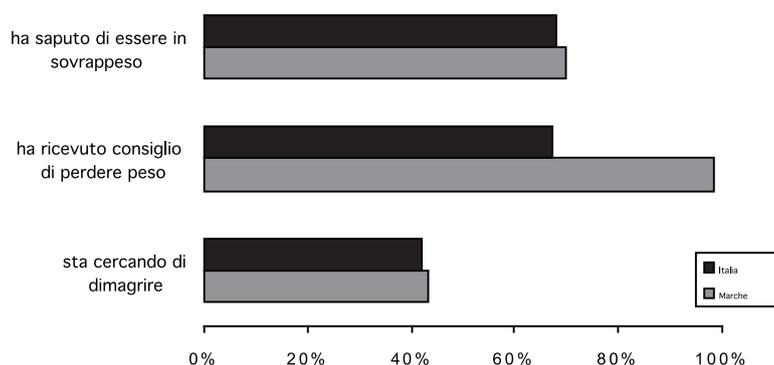
Angelo D'Argenzio: "Informazioni, educazione e comportamenti delle persone con diabete." Studio Quadri, Roma 1 ottobre 2004. [www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)

In Italia il 92% dei diabetici intervistati è informato sull'importanza di effettuare una corretta attività fisica; il 69% la svolge abitualmente, ma è il 51% a praticarla in modo efficace (Figura 4.5.1.6)

**Controllo del peso**

il 70% (I.C.95% = 56,6%-78,7%) dei diabetici intervistati è consapevole di essere in eccesso di peso (68% in Italia); la totalità di essi ha ricevuto il consiglio di dimagrire (67% il dato nazionale), ma solo il 43% (I.C.95%= 31,2%-56,0%) dichiara che sta facendo qualcosa per dimagrire (52% in Italia) (Figura 4.5.1.7)

**Figura 4.5.1.7 - Conoscenza e controllo dell'eccesso di peso: confronto Marche-Italia. Studio Quadri, regione Marche. Anno 2004**



**Esiti assistenziali:** nello studio QUADRI vengono valutati due importanti esiti assistenziali: i ricoveri ospedalieri che possono considerarsi un indicatore del livello di controllo della malattia nei soggetti diabetici, e il giudizio sullo stato di salute percepita dal paziente stesso che, in generale, è un buon indice del senso di benessere del soggetto.

**Ricoveri ospedalieri:** nelle Marche il tasso di ricovero dei soggetti diabetici, aggiustato per età e durata della malattia, è risultato pari al 14,1% (I.C.95% = 7,1%-21,1%): il valore più basso, assieme alla Liguria, tra le Regioni in studio. Il dato italiano è del 19%.

**Stato di Salute percepita:** la percezione globale del proprio stato di salute è un importante indice di qualità della vita, che secondo diversi studi si cor-

rela con più fattori: tra i più importanti l'età, il genere, il livello di istruzione, le condizioni economiche, la presenza di malattie croniche e di disabilità (9). Il 72% (I.C.95% = 62,2%-81,1%) delle persone intervistate esprime un giudizio complessivamente positivo del proprio stato di salute (Figura 4.5.1.8); mentre circa 1 diabetico su 4, il 28% (I.C.95% = 18,9%-37,8%), ha una percezione negativa della sua salute: 1 su 3 (il 33%) in Italia.

**Figura 4.5.1.8 – Giudizio dello stato di salute**



Salvatore Sccondotto: "Lo studio QUADRI, le caratteristiche cliniche del campione". Roma – ISS 1 ottobre 2004.  
www.epicentro.iss.it

### **Conclusioni**

- Il campione regionale, così come quello nazionale, mostra una maggior percentuale di soggetti tra i 55-64 anni rispetto ai più giovani. La distribuzione per età è quella attesa, considerando che in Italia l'età mediana dei diabetici è alta (circa il 60% ha 65 anni o più).
- Un risultato rilevante è il basso livello di istruzione degli intervistati (quasi un paziente su 2 ha al massimo la licenza elementare). Ciò rappresenta una sfida per lo sviluppo di appropriati materiali e programmi di educazione sanitaria.
- La principale "figura" assistenziale per i problemi del diabetico, nel-

la nostra Regione, è il Centro diabetologico, con la maggior parte dei pazienti intervistati (68%) seguiti più da vicino da questa struttura-

- La riuscita delle strategie assistenziali nella cura del diabete è condizionata dalla partecipazione attiva dei pazienti, che hanno un ruolo essenziale nella realizzazione delle attività volte a prevenire le gravi complicanze della malattia.

Lo Studio ha messo in evidenza che:

- sono circa 2 pazienti su 3 (il 60% con un I.C.95% = 48,7%-70,1%), tra coloro che assumono farmaci e/o insulina, ad aver ricevuto informazioni su come gestire un'eventuale crisi ipoglicemica (il 69% in Italia);
- le istruzioni sull'autocontrollo dei piedi sono state ammesse dal 58% degli intervistati (I.C.95% = 47,8%-68,3%): valore questo superiore al dato italiano del 50%, ma comunque indicante che poco meno della metà degli intervistati non ha ricevuto queste informazioni;
- per la consulenza dietologica il valore del 74% (I.C.95% = 64,0%-82,4%), maggiore del dato italiano, pari al 52%, rivela una particolare attenzione nei confronti di tale importante aspetto della gestione della malattia.
- Il livello di consapevolezza dei pazienti sui corretti stili di vita è complessivamente buono, mentre si evidenzia una difficoltà nel modificare alcuni comportamenti, ad esempio:
  - benché nelle Marche tutti i pazienti in sovrappeso abbiano ricevuto il consiglio di dimagrire solo 1 su 2 circa (il 43% con I.C.95% = 31,2%-56,0%) si impegna per riuscire a raggiungere questo obiettivo;
  - il 92% degli intervistati sa che è utile svolgere una corretta attività fisica, ma a praticarla in modo "efficace" è il 50% (I.C.95% = 36,9%-60,4%) dei soggetti.

**Concludendo: gli spunti di riflessione riguardano il campo dell'informazione e dell'educazione:**

- è necessario garantire le informazioni laddove sono apparse più carenze le conoscenze;
- i comportamenti attuati dimostrano la scarsa efficacia degli attuali interventi educativi: è necessario rimodulare le forme della comunicazione rispetto ai corretti stili di vita. Il counselling e la promozione della salute individuale dovrebbero essere inseriti sistematicamente

nei programmi di incontro con i pazienti.

*Lo studio di mortalità di Ancona*

Diversi studi hanno evidenziato come i pazienti affetti da diabete abbiano un rischio di morire superiore rispetto ai soggetti della stessa età e genere e come tale eccesso di rischio sia differente nei diversi Paesi del Mondo.

La terapia a cui vengono sottoposti i pazienti diabetici è mirata ad evitare la comparsa delle complicanze o almeno a limitarne la gravità e/o ad allontanarle nel tempo. Quindi è ipotizzabile che un'assistenza medica adeguata e soprattutto continua durante tutta la vita dei soggetti malati possa migliorare il decorso della malattia in modo importante.

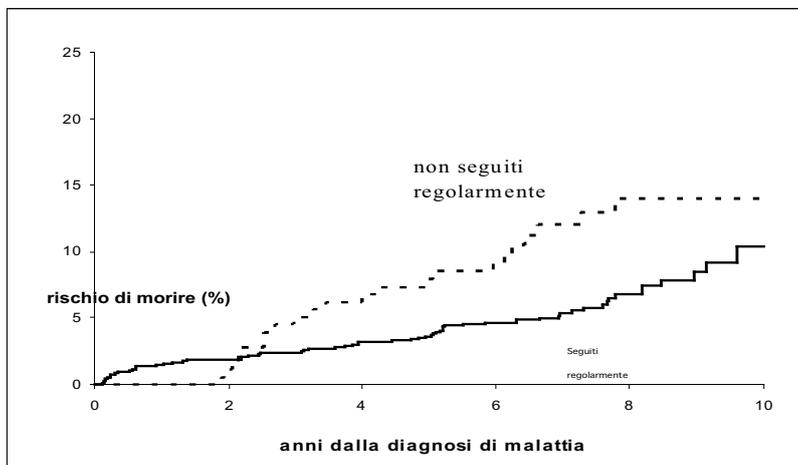
Partendo da questa ipotesi, il Centro di Diabetologia dell'INRCA (CAD) in collaborazione con il Centro di Epidemiologia e Biostatistica dell'Università Politecnica delle Marche, ha condotto uno studio per valutare se e quanto un'assistenza regolare e specialistica al paziente diabetico possa diminuire il suo rischio di decesso (10).

Per lo studio di mortalità sono stati considerati tutti gli individui (n=1070, 569 uomini e 501 donne) residenti nella Provincia di Ancona e nei quali era stato diagnosticato per la prima volta il diabete mellito dopo i 30 anni di età dal Centro di Diabetologia, tra il 1988 e il 1993. Per tutti i pazienti è stata verificata l'esistenza in vita al 31 marzo 1998 e, per i deceduti, sono stati rilevati dalla scheda di morte ISTAT la data e la causa del decesso. La coorte in studio è stata suddivisa in due gruppi (893 soggetti seguiti regolarmente e 177 soggetti non seguiti regolarmente) sulla base della regolarità con cui è stato seguito il calendario dei controlli periodici previsto dal Centro.

Per entrambi i gruppi è stata stimata la sopravvivenza a 10 anni dalla diagnosi ed è stata confrontata la mortalità con quella della popolazione residente nella Provincia di Ancona, mediante il calcolo del rapporto standardizzato (per età) di mortalità (RSM), che stima l'eccesso o il difetto di casi rispetto al numero atteso dei decessi sulla base della mortalità nella popolazione della Provincia di Ancona; l'effetto dell'età è stato poi indagato calcolando i tassi di mortalità età-specifici (TM) e relativi intervalli di confidenza al 95%.

Confrontando la sopravvivenza a 10 anni dalla diagnosi di malattia nei due gruppi di pazienti adulti suddivisi in base alla regolarità dell'assistenza ricevuta, si è osservato come i soggetti che hanno rispettato il calendario dei controlli periodici previsto dal Centro abbiano un rischio di morire ridotto del 50% rispetto ai pazienti che dopo la prima visita non sono più tornati al Centro, indipendentemente dalla loro età e dal loro genere (figura 4.5.1.9).

**Figura 4.5.1.9 - Rischio di morire in funzione degli anni dalla diagnosi di diabete mellito nei pazienti seguiti regolarmente dal Centro di Diabetologia dell'INRCA di Ancona e nei pazienti non seguiti regolarmente**

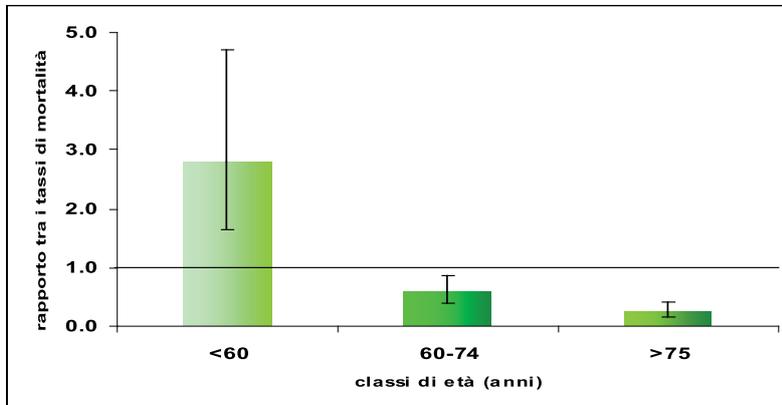


Questi risultati sono quindi a sostegno dell'ipotesi che una regolare assistenza mirata al controllo delle complicanze, come quella erogata dai Centri di Diabetologia sia indispensabile per ridurre il rischio di morte nei pazienti diabetici, come riportato da altri Autori.

Durante il periodo dello studio tra i pazienti seguiti dal CAD si sono verificati 56 decessi (41 nei maschi e 15 nelle femmine) verso i 118 (67 nei maschi e 51 nelle femmine) decessi attesi sulla base della mortalità della popolazione di età, genere e zona di residenza paragonabile (RSM = 0.47, IC95%= 0.36-0.62). Nel gruppo di pazienti non seguiti regolarmente dal CAD il numero di decessi è risultato paragonabile a quello atteso (RSM = 0.98, IC95%= 0.61-1.48).

È interessante osservare come l'effetto della regolarità dell'assistenza sia diverso in funzione dell'età degli individui (figura 4.5.1.10).

**Figura 4.5.1.10 - Confronto della mortalità tra i pazienti seguiti regolarmente dal Centro di diabetologia dell'INRCA di Ancona e gli individui residenti nella Provincia di Ancona**



i segmenti verticali indicano la significatività statistica del valore del rapporto tra i tassi di mortalità età-specifici indicato dalla barra verde; un rapporto tra tassi uguale a 1 indica che i pazienti diabetici hanno la stessa mortalità della popolazione della provincia di Ancona, un rapporto superiore a 1 indica un eccesso di decessi, un rapporto inferiore a 1 un difetto di decessi rispetto alla popolazione della provincia.

Al di sotto dei 60 anni di età i pazienti affetti da diabete hanno una mortalità circa 3 volte superiore rispetto a quella della popolazione di confronto, come riportato dalla letteratura scientifica. Con l'aumentare dell'età, il rapporto si inverte e la mortalità nei pazienti diabetici si riduce del 30% tra i 60 e 75 anni e ben del 60% negli ultrasettantacinquenni, rispetto alla popolazione residente nella stessa area geografica e di età e genere paragonabile.

L'assistenza regolare e specialistica fornita dal CAD sembra dunque non solo ridurre il rischio di morte associato alla patologia diabetica, ma anche l'effetto di altri fattori legati all'invecchiamento degli individui. Presso il Centro, i pazienti diabetici usufruiscono di controlli periodici, consigli per l'alimentazione e lo stile di vita e possibilità di diagnosi precoce in assenza di sintomatologia di patologie gravi come i tumori, tutte prestazioni associate sicuramente a un miglioramento generale dello stato di salute ma che non sono certo erogate, e erogabili, a tutta la popolazione anziana apparentemente sana.

È evidente che la regolarità dei controlli è solo un indicatore della qualità dell'assistenza che in realtà ha molte dimensioni (adeguatezza e accessibilità della struttura, competenza del personale, disponibilità di tecnologie diagnostiche e terapeutiche avanzate, ecc). Tuttavia l'analisi critica delle motivazioni

che hanno portato i pazienti ad avere controlli discontinui ed occasionali nel periodo in studio potrebbe suggerire interventi diretti a migliorare la qualità dell'assistenza del Centro Antidiabetico.

Proseguendo lo studio gli Autori hanno osservato che 37 dei 155 pazienti (24%) in vita nel 1998 e non seguiti regolarmente dal CAD si sono ripresentati al Centro nei successivi 3 anni e che il 70% di questi presentava un diabete scompensato e/o una complicanza sintomatica, ovvero un potenziale aggravamento della malattia che è stato verosimilmente il motivo del secondo ricorso alla struttura sanitaria.

Questa analisi preliminare sembra suggerire la necessità di sensibilizzare maggiormente, e già dalla prima visita, i pazienti riguardo i rischi elevati per la loro salute che comporta la malattia diabetica e quindi sulla conseguente importanza dei controlli periodici anche in assenza di sintomi specifici. Questa maggior sensibilizzazione potrebbe risultare più efficace se effettuata in collaborazione con i medici di medicina generale che rappresentano il naturale primo contatto dei pazienti, soprattutto affetti da una malattia cronica, con l'assistenza sanitaria.

### **Il nuovo modello di assistenza integrata della regione Marche**

Nelle Marche è ormai a regime da diversi anni una rete di condivisione dei dati clinici assistenziali per i pazienti diabetici. A questa rete sono collegati i Centri di Pesaro, Urbino, Fano, Senigallia, Ancona INRCA, Macerata, Tolentino, Fermo e San Benedetto del Tronto.

Tutti i dati clinici dei soggetti diabetici che afferiscono a questi Centri sono disponibili per il paziente e per il diabetologo curante in tutto il territorio regionale. In funzione di questa situazione è stato possibile effettuare un confronto degli indicatori di qualità dell'assistenza ai pazienti trattati nelle Marche con i dati rilevati a livello nazionale. Per fare questa estrapolazione sono stati utilizzati gli standard pubblicati nel "FILE DATI AMD" e l'elaborazione degli indicatori ad essi correlati (disponibili sul sito <http://www.aemmedi.it/annali-amd/2006/annali06.pdf>) (11).

La correlazione tra la buona media assistenziale e l'istituzione della rete che ha richiesto/indotto un'omogeneizzazione/standardizzazione dei comportamenti, appare abbastanza diretta anche se non bisogna dimenticare che il punto di partenza regionale è storicamente buono.

La rete diabetologica nelle Marche (sono operativi 86 centri, con 123.863 pazienti diabetici) ha permesso anche la sperimentazione della condivisione assistenziale tra Diabetologi e Medici di Medicina Generale sul problema del diabete.

#### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. La salute nelle Marche. Agenzia Regionale Sanitaria, Regione Marche, Giunta regionale, 2000.
2. Cherubini V., Mascioli G., Carle F. Incidenza del diabete mellito tipo 1 nell'età infantile: lo studio RIDI. *Il Diabete* 2004, 16 (4): 274-28
3. Carle F, Gesuita R., Bruno G., Coppa G.V., Falorni A., Lorini R., Martinucci M.E. Pozzilli P, Prisco F, Songini M, Tenconi MT, Cherubini V, and RIDI Study Group\*. Diabetes incidence in age-group 0-14 years in Italy: a 10 years prospective study. *Diabetes Care*. 2004, 27(12): 2790-6.
4. Gregorio F, Evangelisti L., Venanzoni P, Gesuita R., Minnucci A., Vespasiani G., Carle F. Prevalenza di diabete noto in una popolazione del Centro Italia. *MeDia* 2004, 4: 209-216
5. Romagnoli F, Carle F, Boemi M, Gesuita R, Scaradozzi M, Bandoni M, Fumelli P. Diabetes and non traumatic Lower Extremity Amputation in a Region of Central Italy. *Diabetes Nutr. Metab.* 2003 16: 155-159.
6. Commissione nazionale AMD-SID-SIMG. L'assistenza al paziente diabetico; Raccomandazioni cliniche e organizzative dei AMD-SID-SIMG. Dall'assistenza integrata al Team diabetologico e al Disease management del diabete. UTET 2001.
7. Nicolucci A: et alii, Patterns of care of an Italian diabetic population, *Diabetic Medicine*, 1997;14:158-166.
8. AMD, Associazione Medici Diabetologi, Onlus, Rapporto Sociale Diabete 2003.
9. Istat - Rapporto annuale sulla situazione del paese nel 2000.
10. Carle F, Romagnoli F, Boemi M., Gesuita R., Fumelli D., Fumelli P., Does continuous good health care in Diabetic Centres reduce mortality risk? Satellite Symposium International Diabetes Epidemiology Group, Acapulco (Mexico) 1-4 Novembre 2000, P-410: 68
11. Cimino A., Giorda C., Meloncelli I., Nicolucci A., Pellegrini F, Rossi MC, Vespasiani G., Indicatori di qualità dell'assistenza diabetologica in Italia. *Annali AMD* 2006. AMD, Roma 2006.

#### 4.5.2 L'INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

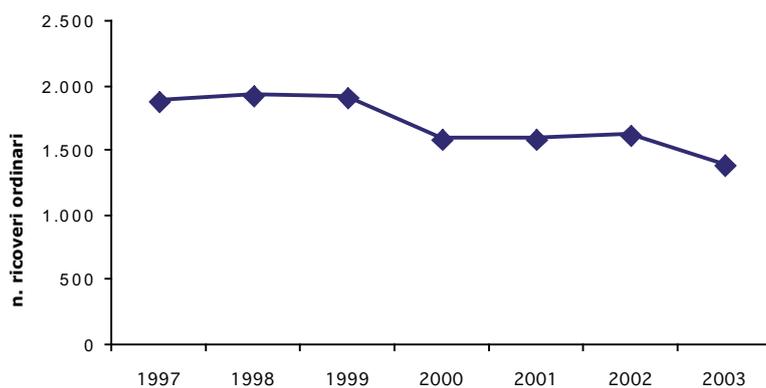
##### Insufficienza renale cronica non in dialisi

L'insufficienza renale cronica (IRC) è una malattia cronica, evolutiva, che può essere trattata con terapie "sostitutive" quali la dialisi ed il trapianto renale. La prevalenza di tale patologia nella regione Marche, come risulta da un recente studio<sup>21</sup>, è dello 0,44%, per cui si stima che il numero di pazienti affetti da IRC sia di almeno 6.500, di cui circa 5.000 sarebbero pazienti con IRC non in dialisi. Tale prevalenza è simile a quella stimata da indagini puntuali condotte in altre regioni.

Il numero di ricoveri ospedalieri ordinari dei residenti marchigiani per IRC è riportato nella figura 4.5.2.1, tali ricoveri hanno subito, nel periodo 1997 – 2003, una riduzione del 26,2 %.

Il 68% di tali ricoveri sono dovuti a pazienti con IRC non in dialisi; il rimanente 32% sono ricoveri di pazienti in terapia dialitica. L'età media dei pazienti ricoverati con IRC è passata da 67,7 anni nel 1997 a 69,2 anni nel 2003. A causa del progressivo invecchiamento queste persone sono spesso affette da pluripatologie (malattie cardiovascolari, diabete) ed hanno, pertanto, bisogni socio-assistenziali complessi.

**Figura 4.5.2.1- Numero di ricoveri ordinari dei residenti marchigiani per Insufficienza renale cronica, anni 1997-2003.**



Fonte: schede di dimissione ospedaliera, anni 1997-2003. Elaborazione OER/ARS Marche.

<sup>21</sup> Fonti: "Impatto sulla prevalenza di alcune condizioni patologiche a rilevante impatto sociale nella Regione Marche", Flusso informativo sui Centri Dialisi della Regione Marche, Osservatorio Epidemiologico Regionale/ARS Marche. ([www.ars.marche.it](http://www.ars.marche.it))

Dalle elaborazioni dell'OER/ARS Marche risulta che il 17% dei pazienti con IRC non in dialisi si ricovera almeno una volta all'anno (con una media di 1,28 ricoveri/pazienti/anno) con una degenza media di 8,9 giorni<sup>22</sup>.

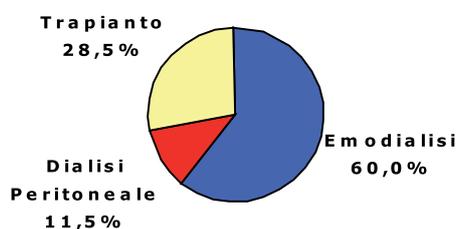
#### **Insufficienza renale cronica in trattamento sostitutivo**

Nella regione Marche, al 31 dicembre 2003, i pazienti con IRC in trattamento sostitutivo (dialisi e trapianto) erano, 1.546. La prevalenza, pari a 1.027 pazienti per milione di abitanti (paz./p.m.a.), è superiore a quella italiana (864 paz./p.m.a. al 31 dicembre 2002 secondo il Registro Italiano di Dialisi e Trapianto).

La dialisi extracorporea è il tipo di terapia sostitutiva più diffuso (60 %), seguita dal trapianto renale (28,5 %) e dalla dialisi peritoneale (11,5%) (Figura 4.5.2.2). Si segnala un progressivo aumento dell'età media dei pazienti in dialisi da 65 anni nel 1995 a 71 nel 2003.

Nella figura 4.5.2.3. è riportato l'andamento della distribuzione percentuale dei trattamenti dal 1995 al 2003. L'aumento della proporzione di pazienti in terapia sostitutiva con trapianto renale suggerisce una migliore accessibilità a tale tipo di trattamento.

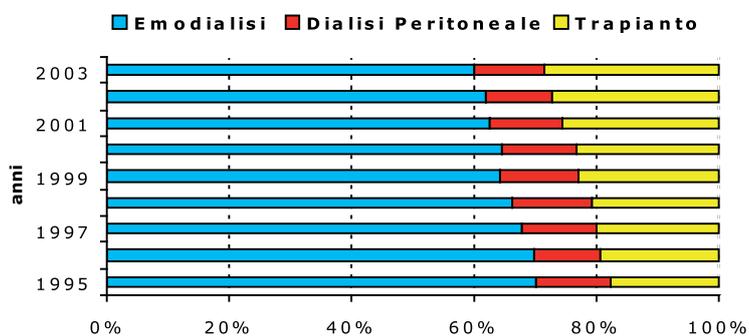
**Figura 4.5.2.2.- Percentuale di pazienti uremici cronici in trattamento sostitutivo, per modalità di trattamento, Marche, anno 2003.**



Fonti: Scheda informativa sui Centri Dialisi, OER/ARS Marche, anno 2003. Centro regionale per le attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti della regione Marche, anno 2003.

<sup>22</sup> Fonti: Indagine "Impatto sulla prevalenza di alcune condizioni patologiche a rilevante impatto sociale nella Regione Marche" OER/ARS Marche. Flusso informativo sui Centri Dialisi della Regione Marche OER/ARS Marche. Schede di dimissione ospedaliera, anni 1997-2003. Elaborazione OER/ARS Marche.

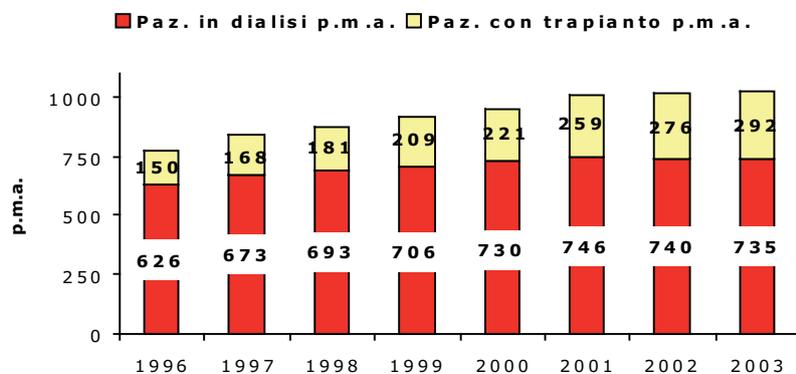
**Figura 4.5.2.3 Percentuale di pazienti uremici cronici in trattamento sostitutivo, per modalità di trattamento, Marche, anni 1995-2003.**



Fonti: Scheda informativa sui Centri Dialisi, REM/ARS Marche, anni 2000- 2003. Registro marchigiano di dialisi e trapianto, anni 1995-1999. Centro regionale per le attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti della regione Marche, anno 2003.

Dal 1996 vi è stato un incremento progressivo della prevalenza dei **pazienti in dialisi** (Figura 4.5.2.4.) dovuto principalmente alla estensione del trattamento dialitico a tipologie di pazienti non trattati in precedenza, ed all'aumento dell' "età dialitica" (durata del trattamento dialitico) (il 3,6% dei pazienti è in dialisi da più di 20 anni).

**Figura 4.5.2.4 Prevalenza dei pazienti in dialisi e con trapianto renale nella popolazione marchigiana residente, per milione di abitanti (p.m.a.), Marche, anni 1996-2003.**

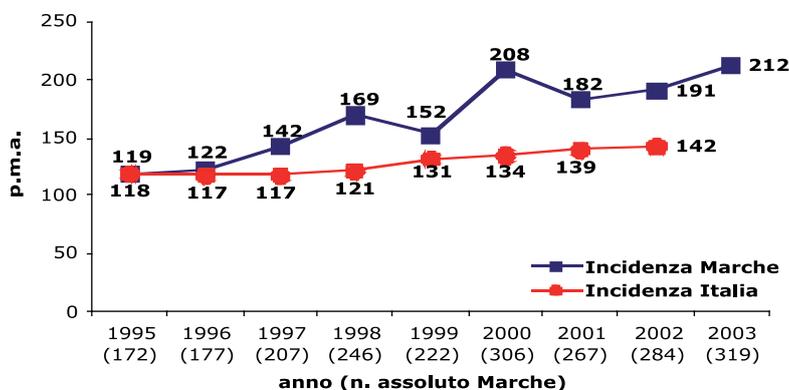


Fonti: Scheda informativa sui Centri Dialisi, REM/ARS Marche, anni 2000- 2003. Registro marchigiano di dialisi e trapianto, anni 1995-1999. Centro regionale per le attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti della regione Marche, anno 2003.

Anche l'incidenza (nuovi pazienti<sup>23</sup>) in dialisi nella regione Marche è in aumento, risultando costantemente superiore ai valori medi italiani; da 119 paz./p.m.a. nell'anno 1995 è passata a 212 paz./p.m.a. nel 2003. L'aumento dell'incidenza è legato principalmente al fatto che oggi, grazie anche al miglioramento delle tecniche dialitiche, si possono trattare pazienti anziani e/o con pluripatologia che precedentemente venivano esclusi da tale trattamento. (Figura 4.5.2.5.)

23 In accordo con il registro nazionale di dialisi e trapianto, per nuovo caso in dialisi si intende "paziente che non ha precedente storia di trattamento dialitico e che inizia il trattamento dialitico cronico".

**Figura 4.5.2.5 Incidenza dei pazienti in dialisi, per milione di abitanti (p.m.a.), Marche, Italia, anni 1995-2003.**



Fonti: Scheda informativa sui Centri Dialisi, REM/ARS Marche, anni 2000- 2003. Registro marchigiano di dialisi e trapianto, anni 1995-1999. Registro italiano di dialisi e trapianto, anni 1995-2002.

Il tasso di mortalità dei pazienti in dialisi è salito da 11,6/100 pazienti trattati/anno nell'anno 1996 a 16/100 pazienti trattati/anno nell'anno 2003 (I.C. 95% 15-18). La tendenza in aumento della mortalità è legata all'invecchiamento della popolazione dialitica e al fatto, come già evidenziato, che vengono trattati pazienti complessi, in precedenza non sottoposti a terapia<sup>24</sup>.

Nel periodo 1997-2003, il 34% dei pazienti in dialisi si è ricoverato almeno una volta all'anno (media di 1,38 ricoveri/paziente/anno), con una degenza media di 9,8 giorni. Il ricorso al ricovero da parte di questi pazienti è doppio rispetto ai pazienti con IRC non in dialisi<sup>25</sup>.

Per quanto riguarda il **trapianto renale**, nel periodo 1996-2003, si è verificato un incremento della prevalenza delle persone portatrici di trapianto; tale aumento è sostanzialmente dovuto all'aumento della sopravvivenza di questi pazienti. (Figura 4.2.5.4.)

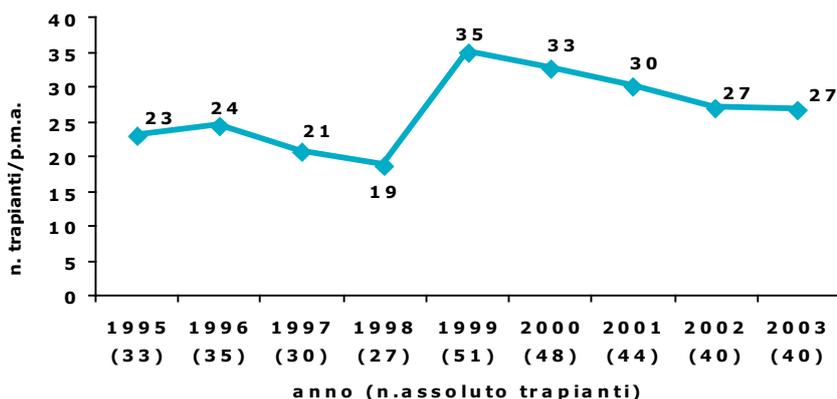
24 (Fonti: Registro marchigiano di dialisi e trapianto, Scheda informativa sui Centri Dialisi, REM/ARS Marche, Centro regionale per le attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti della regione Marche, anno 2003, Elaborazione OER/ARS Marche).

25 (Fonti: Indagine "Impatto sulla prevalenza di alcune condizioni patologiche a rilevante impatto sociale nella Regione Marche" OER/ARS Marche. Flusso informativo sui Centri Dialisi della Regione Marche OER/ARS Marche. Schede di dimissione ospedaliera, anni 1997-2003. Elaborazione OER/ARS Marche.)

Il numero di nuovi pazienti trapiantati è stato, negli anni, variabile; nel 2003 sono stati sottoposti a trapianto renale 40 pazienti marchigiani (incidenza di 27 paz./p.m.a.<sup>26</sup>) (Figura 4.2.5.6.).

I pazienti dializzati in lista di attesa per trapianto renale erano, al 31 dicembre 2003, pari al 9% dei pazienti in dialisi (100 pazienti).<sup>27</sup>

**Figura 4.5.2.6.- Incidenza dei pazienti con trapianto renale, per milione di abitanti (p.m.a.), Marche, anni 1995-2003.**



Fonti: Scheda informativa sui Centri Dialisi, REM/ARS Marche, anni 2000- 2002. Registro marchigiano di dialisi e trapianto, anni 1995-1999. Centro regionale per le attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti della regione Marche, anno 2003.

In conclusione, va rilevato che:

- la lunga durata della malattia insufficienza renale cronica
- l'elevata disabilità ad essa associata
- la necessità di continuità assistenziale
- il crescente invecchiamento della popolazione in generale e dei pazienti in dialisi con conseguente aumento dei bisogni socio-assistenziali
- le richieste dei malati e dell' associazione dei malati
- la complessità della risposta assistenziale
- la rilevanza economica del trattamento

hanno indotto l'ARS Marche a realizzare un **profilo di assistenza per il**

<sup>26</sup> Fonte: Centro regionale per le attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti della regione Marche, anno 2003.

<sup>27</sup> Fonte: Scheda informativa sui Centri Dialisi, REM/ARS Marche, anno 2003.

**paziente uremico cronico** con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari attraverso la presa in carico precoce della IRC in fase conservativa a livello territoriale e ambulatoriale, la riduzione delle complicanze dell'uremia e della dialisi, la riduzione della mortalità e dell'ospedalizzazione di questi pazienti. La realizzazione ed implementazione di tale profilo è un obiettivo del Piano Sanitario Regionale 2003-2006.

### 4.5.3 LE MALATTIE RESPIRATORIE

Le malattie respiratorie (esclusi i tumori dell'apparato respiratorio, che i sistemi di classificazione internazionale delle malattie fanno rientrare nel capitolo delle neoplasie) permangono come terza causa di morte nelle Marche così come nelle restanti regioni e in Italia, dopo le patologie del sistema circolatorio e quelle neoplastiche (vedi capitolo sulla mortalità generale).

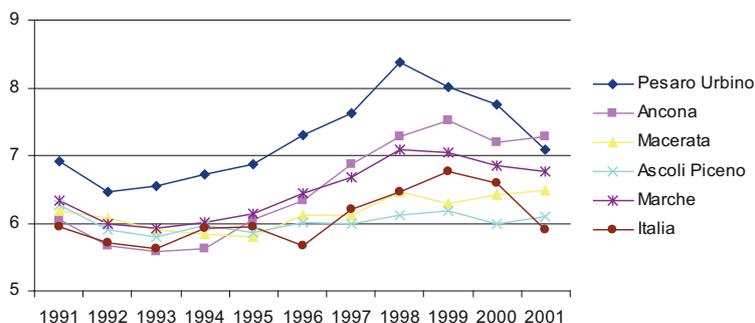
#### Le fonti informative

- Istat "Health for All" (aggiornamento 2006);
- Studio sulle patologie croniche a rilevante impatto sociale nella regione Marche, OER, ARS Marche, 2004;
- Archivio Regionale SDO, ARS Marche

I tassi di mortalità sono calcolati su 10.000 abitanti e i codici IX revisione utilizzati sono i seguenti:  
 Malattie dell'apparato respiratorio (Codici IX revisione: 460-519)  
 Polmonite e influenza (Codici IX revisione: 480-487)  
 Malattie polmonari croniche ostruttive (Codici IX revisione: 490-496)

L'andamento dei tassi di mortalità per 10.000 abitanti relativi alle malattie dell'apparato respiratorio è rappresentato nella figura seguente (Figura 4.5.3.1).

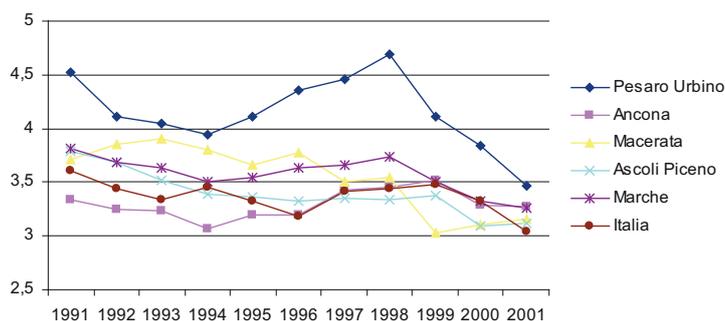
**Figura 4.5.3.1 - Tassi di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio nelle Marche e in Italia. Periodo 1991-2000**



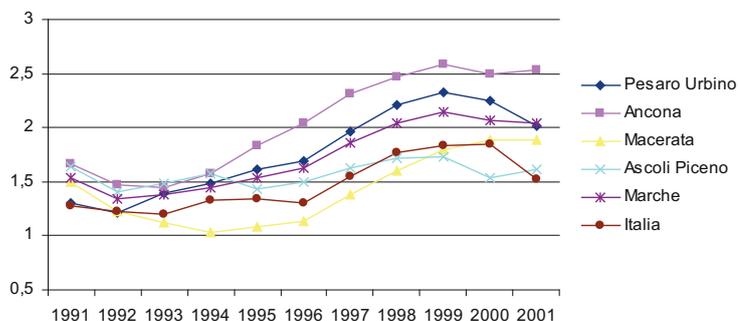
Il trend nel periodo 1991-2001 evidenzia dei tassi di mortalità regionali maggiori rispetto al livello nazionale. Rispetto al dato medio regionale le province di Pesaro e Ancona mostrano i valori più elevati.

Nell'ambito delle malattie respiratorie le Bronco Pneumopatie Cronico-Ostruttive (BPCO) hanno il maggior peso in termini di mortalità, seguite da polmonite e influenza. Le figure 4.5.3.2 e 3 dimostrano come alla mortalità per polmonite e influenza vada attribuito l'incremento generale di mortalità per malattie respiratorie registrato negli ultimi anni.

**Figura 4.5.3.2 - Tassi di mortalità per malattie polmonari croniche ostruttive nelle Marche e in Italia. Periodo 1991-2001**



**Figura 4.5.3.3 - Tassi di mortalità per Polmonite e Influenza nelle Marche e in Italia. Periodo 1991-2001**



### ***Indagine epidemiologica sulle BPCO***

Nel 2004 l' Agenzia Regionale Sanitaria ha pubblicato i risultati di un'indagine condotta attraverso i Medici di Medicina Generale con l'obiettivo di valutare la prevalenza delle condizioni patologiche croniche a rilevante impatto sociale nella regione Marche. Tra le patologie considerate è stata inclusa la broncopatia cronica (bronchite cronica ostruttiva, enfisema, asma estrinseco, intrinseco, non specificato).

I risultati dell'indagine mettono in luce una prevalenza della broncopatia cronica pari al 2,5%. Tale prevalenza raggiunge il 10% negli ultrasessantaquattrenni.

Nell'indagine Multiscopo ISTAT 1999/2000, l'insieme di bronchite, enfisema e insufficienza respiratoria è al quarto posto tra le malattie croniche più frequenti con una prevalenza del 4,6%.

La diversa prevalenza nei due studi potrebbe essere spiegata da una sovrastima nell'indagine ISTAT (in quanto i dati si riferiscono alla percezione che le persone hanno sul proprio stato di salute) e da una sottostima della insufficienza respiratoria negli ambulatori dei MMG, in quanto l'insufficienza respiratoria lieve-media è quasi sempre asintomatica in condizioni di riposo.

Va inoltre rilevato che i due studi comprendevano una differente aggregazione di patologie.

In fase di elaborazione è stata condotta un'analisi multivariata che ha prodotto i seguenti risultati:

1. L'aumento dell'età è associato all'aumento del rischio di sviluppare una broncopatia cronica.
2. Chi non vive in città presenta un rischio maggiore del 19% rispetto a chi vive in città.
3. Gli uomini hanno un rischio più che raddoppiato rispetto alle donne di soffrire di broncopatia cronica.

### **Ospedalizzazione per malattie respiratorie**

Le malattie respiratorie costituiscono un'importante causa di ricovero in ospedale.

Nelle seguenti tabelle vengono riportati i tassi di ospedalizzazione specifici per età per 10.000 residenti marchigiani, relativi al biennio 2004-2005 (tabella 4.5.3.1). Appare evidente come gli episodi di ospedalizzazione per asma

siano più frequenti in età pediatrica e giovanile. Nel complesso il fenomeno dell'ospedalizzazione per asma è generalmente contenuto rispetto a quello relativo alle altre malattie respiratorie.

**Tabella 4.5.3.1 - Ricoveri Ordinari per Asma nella Regione Marche. Tassi di ospedalizzazione specifici per classi di età nel biennio 2004-2005**

	Tutte le età		0-19 anni		Oltre i 65 anni	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Ancona	3,86	4,01	15,30	17,00	2,12	1,92
Ascoli P.	4,00	3,38	15,16	12,66	2,15	2,03
Macerata	1,89	1,89	5,22	5,41	1,90	0,88
Pesaro	3,36	2,65	12,12	8,08	1,48	0,54
Marche	3,37	3,09	12,43	11,35	1,94	1,40

Dalla tabella 4.5.3.2 si evince che, al contrario delle patologie asmatiche, le BPCO sono condizioni a prevalente impatto sulla popolazione anziana, infatti gli episodi di ricovero relativi ai pazienti ultrasessantacinquenni rappresentano un'ampia quota rispetto al numero complessivo delle ospedalizzazioni. La provincia di Pesaro Urbino presenta il più elevato numero di ospedalizzazioni BPCO-correlate.

**Tabella 4.5.3.2 - Ricoveri Ordinari per BPCO nella Regione Marche. Tassi di ospedalizzazione specifici per classi di età nel biennio 2004-2005**

	Tutte le età		0-64 anni		Oltre i 65 anni	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Ancona	17,65	16,09	2,86	2,15	69,91	65,36
Ascoli P.	19,64	20,73	2,61	2,75	82,39	86,95
Macerata	17,87	18,86	3,51	3,00	66,97	73,12
Pesaro	26,22	24,20	3,79	3,25	110,00	102,45
Marche	20,24	19,76	3,15	2,74	81,64	80,92

Le BPCO provocano un tasso di ospedalizzazione maggiore nel sesso maschile rispetto al femminile. Questa differenza è evidente per tutti gli anni in studio e per entrambe le fasce d'età considerate (tabella 4.5.3.3).

**Tabella 4.5.3.3 - Ricoveri Ordinari per BPCO nella Regione Marche. Tassi di ospedalizzazione specifici per classi di età e sesso nel biennio 2004-2005**

Anni	2004		2005	
	M	F	M	F
0-64	4,12	2,17	3,11	2,36
> 65	122,01	52,36	123,50	50,04
Totale	26,35	14,48	25,80	14,06

Relativamente ai ricoveri ordinari per influenza, nell'anno 2005 si sono registrati tassi di ospedalizzazione più elevati rispetto all'anno precedente, variabili dallo 0,7 per 10.000 abitanti nella provincia di Macerata all' 1,07 per 10.000 abitanti nella provincia di Ancona (tabella 4.5.3.4). Valori comunque inferiori rispetto a quelli del triennio 2001-2003 (Profilo di Salute della regione Marche – Anno 2005).

**Tabella 4.5.3.4 - Ricoveri Ordinari per Influenza nella Regione Marche. Tassi di ospedalizzazione specifici per classi di età nel biennio 2004-2005**

	Tutte le età		0-64 anni		Oltre i 65 anni	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Ancona	0,74	1,07	0,72	0,94	0,81	1,52
Ascoli P.	0,54	0,92	0,41	0,72	0,76	1,65
Macerata	0,36	0,70	0,39	0,73	0,29	0,59
Pesaro	0,51	1,00	0,43	0,94	0,81	1,21
Marche	0,56	0,94	0,54	0,84	0,62	1,28

Se l'Influenza risulta la patologia a più basso tasso di ospedalizzazione, le polmoniti, al contrario, risultano essere le patologie respiratorie caratterizzate dal più alto ricorso al ricovero ordinario sul territorio regionale. Rispetto al triennio 2001-2003, indagato nel precedente Profilo di Salute, il tasso di ospedalizzazione per polmoniti si è ridotto (tabella 4.5.3.5). Considerando che la polmonite rappresenta una classica complicazione della patologia influenzale è ipotizzabile una riduzione delle ospedalizzazioni per polmonite in relazione alla scarsa attività influenzale degli ultimi anni. Questi episodi di ospedalizzazione sono più frequenti nel sesso maschile (Marche 2005, M: 36,08/10.000, F: 26,32/10.000) e nell'età senile (Marche 2005, 0-64 anni: 12,30/10.000, >65 anni: 98,44/10.000).

**Tabella 4.5.3.5 - Ricoveri Ordinari per Polmonite nella Regione Marche. Tassi di ospedalizzazione specifici per classi di età nel biennio 2004-2005**

	Tutte le età		0-64 anni		Oltre i 65 anni	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Ancona	29,49	34,33	11,41	13,01	93,34	109,61
Ascoli P.	22,19	27,00	11,46	13,24	61,73	77,70
Macerata	30,66	30,73	12,34	11,31	93,34	97,15
Pesaro	27,87	31,43	10,54	11,26	92,61	106,77
Marche	27,51	31,06	11,40	12,30	85,39	98,44

*Alcuni dati sulla gestione delle patologie respiratorie da parte dei Medici di Medicina Generale: il PICENUM Study*

Di seguito si riportano informazioni su uno studio realizzato da alcuni medici di medicina generale (che per la sua rilevanza viene descritto a seguire) dal quale traiamo i seguenti risultati, relativi alle patologie respiratorie a carico degli assistiti:

- Sul totale degli assistiti dei MMG partecipanti allo studio, la prevalenza di asma bronchiale risulta di 1.6% (1038 su 65026 pazienti) e la prevalenza di BPCO risulta del 2.2% (1524 su 65026)
- Il 24% della popolazione affetta da asma è sottoposta a vaccinoprofilassi antinfluenzale
- Al 21% di popolazione affetta da asma vengono prescritti farmaci di primo impiego per il controllo a lungo termine dell'asma (steroidi inalatori)
- Il 41% dei pazienti affetti da BPCO è stato sottoposto a vaccinazione antinfluenzale nei precedenti 12 mesi
- Il 9% dei pazienti affetti da BPCO è stato sottoposto a vaccinazione antipneumococcica
- Il 4% dei pazienti affetti da BPCO è stato sottoposto a emogasanalisi nel precedente anno
- Il 24% dei pazienti affetti da BPCO è stato sottoposto a spirometria nel precedente anno

Sebbene questi dati abbiano il limite di non poter essere estesi all'intera popolazione marchigiana, ci è parso opportuno dare rilevanza ad un'interessante esperienza locale, che rappresenta anche un'importante percorso di miglioramento nella gestione delle più comuni patologie, applicabile anche su ampia scala.

*Per concludere questa parte relativa ad alcune specifiche patologie, si riporta in conclusione un quadro attuale proprio del Picenum Study, che rappresenta un'importante esperienza territoriale nella nostra regione.*

**Il P.I.C.E.N.U.M. study (Performance Indicators Continuous Evaluation as Necessity for Upgrade in Medicine). Gli Indicatori di Performance nella pratica clinica: uno strumento per il miglioramento continuo della qualità e per l'integrazione tra Medicina Generale e Medicina Ospedaliera.**

*P. Misericordia, V. Landro, G. Olimpi, N. Blasi, P. Simoni*

### ***Abstract***

Dopo aver individuato, su un campione di n. 10 Medici di Medicina Generale (MMG) della Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) Marche – Zona Territoriale 11 (ZT 11), le patologie croniche ad alta prevalenza e ad elevata richiesta di impegno e risorse per la Medicina Generale (MG), è stato costruito un set di 36 Indicatori di Performance (IP), di processo e di esito, per le patologie individuate, accreditati da società internazionali specializzate nella valutazione della qualità in ambito sanitario. Gli indicatori così selezionati sono stati applicati, in fasi successive, ai database (software Millewin) di 50 MMG della provincia di Ascoli Piceno.

Sono stati così ottenute delle Performance Measures (PMs) utili alla analisi dei processi assistenziali ed il cui monitoraggio nel tempo diventa importante elemento in un percorso di miglioramento continuo della qualità; i dati sinora raccolti evidenziano un progressivo aumento nella registrazione delle diagnosi ed un incremento consistente nella adesione agli IP selezionati.

Considerando che nel periodo di riferimento, l'unica "variabile" inserita nel sistema è stata la misurazione e la rilevazione dei dati registrati, è lecito supporre che i miglioramenti ottenuti siano da attribuire alla stessa applicazione degli

IP e alla consapevolezza dei MMG entrati nello studio di essere sottoposti ad un processo di audit.

Contemporaneamente un analogo set di indicatori, selezionato con le stesse modalità, è stato applicato alle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) di 23 UU.OO. di Medicina Interna della Regione Marche, riferite a ricoveri effettuati dal 1997 al 2002, per le patologie più frequenti alla prima diagnosi di dimissione, gettando le basi per una forte integrazione tra la medicina delle cure primarie e quella delle cure secondarie sia nei percorsi di prevenzione-diagnosi-cura che nel metodo di lettura di rispettivi indicatori di processo e di esito.

La prospettiva è quella di implementare sempre più marcatamente nella Regione Marche la valutazione dei processi assistenziali utilizzando lo strumento degli IP.

### ***Premessa***

Anche in ambito sanitario la possibilità di misurare i prodotti finali od intermedi dei vari processi costituisce un elemento insostituibile per pianificarne e garantirne il miglioramento.

Sia la medicina delle cure primarie territoriali, che quella delle cure secondarie ospedaliere debbono pertanto, inevitabilmente, disporre di modalità di esame del proprio operato.

Se per le attività svolte in ambito ospedaliero almeno i dati che “istituzionalmente” vengono raccolti dovrebbero fornire elementi di studio e di verifica, per quanto riguarda la medicina territoriale e, segnatamente, la MG, non esistono sistematiche metodologie di osservazione e di analisi.

Negli ultimi anni, in realtà, anche nella MG italiana è progressivamente cresciuto l'interesse per l'individuazione ed applicazione di metodi in grado di misurare processi ed esiti; sotto la spinta innovativa del contratto della MG britannica, si sono moltiplicate anche sul nostro territorio nazionale iniziative, che pur non rappresentando ancora un meccanismo di sistema, mostrano una crescente attenzione per le tematiche correlate al monitoraggio dei percorsi assistenziali e alla valutazione degli esiti.

Non risultano disponibili comunque esperienze in cui, anche per ambiti geografici e/o assistenziali contenuti, vengano confrontati ed integrati, in modo sistematico, i risultati ottenuti dall'assistenza territoriale ed ospedaliera, misurati attraverso specifici indicatori di processo e di esito: modalità di osservazione che fornirebbe indicazioni particolarmente utili ad una corretta e completa analisi dei percorsi assistenziali.

In questo ambito deve essere collocato il PICENUM study, nato allo scopo di evidenziare la “vera” attività della MG, ma anche di programmare, consentire ed apprezzare i miglioramenti nella qualità delle sue performances; di integrare inoltre, ai dati provenienti dalla MG quelli relativi alla Medicina Ospedaliera, per entrambi attingendo informazioni dai database che routinariamente vengono utilizzati per la registrazione delle proprie attività, gettando così le basi per un percorso ad elevato grado di condivisione, sia nei processi di prevenzione-diagnosi-cura che nel metodo di lettura di rispettivi indicatori di processo e di esito.

### ***Obiettivi dello studio***

- Analizzare i processi di cura nei confronti delle patologie croniche prevalenti utilizzando lo strumento degli IP.
- Utilizzare dati provenienti da flussi informativi routinari, costanti ed esaustivi
- Disporre, attraverso l'applicazione degli IP alla Medicina Generale e alla Medicina Ospedaliera, di informazioni utili allo studio dettagliato e completo dei processi di cura.
- Definire un percorso ad elevato grado di condivisione ed integrazione tra la medicina generale del territorio e la medicina ospedaliera, sia nei processi di prevenzione-diagnosi-cura che nel metodo di lettura dei rispettivi indicatori di processo e di esito.
- Utilizzare gli Indicatori di Performance in un sistema orientato al miglioramento continuo della qualità.
- Dimostrare che l'attività della MG non deve essere valutata unicamente dagli “indicatori di consumo”.
- Individuare uno strumento “di qualità” fruibile dal medico per l'audit della propria attività.
- Intervenire secondo appropriatezza nei confronti del paziente affetto da patologia cronica.
- Utilizzare modalità di registrazione e rilevazione dei dati routinarie, senza particolari condizionamenti nella organizzazione della attività lavorativa quotidiana degli operatori coinvolti.

## ***Materiali e metodi***

### *Identificazione delle patologie prevalenti*

Nell'estate del 2003 un gruppo di studio integrato di MMG e Medici Ospedalieri della ZT11 dell'ASUR ha identificato le patologie croniche prevalenti per la MG e per la Medicina Ospedaliera; tali patologie sono state identificate sulla base dei dati raccolti nel comune software gestionale ambulatoriale (Millewin) di 10 MMG operanti nella stessa ZT; queste sono risultate essere: Asma bronchiale, BPCO, Scompenso cardiaco, Cardiopatia ischemica cronica, Diabete mellito tipo 2, Ipertensione arteriosa essenziale, Ipercolesterolemia (queste ultime a configurare con il "Fumo di sigaretta" il "Rischio cardiovascolare globale - RCG").

Le patologie prevalenti nelle cure secondarie ospedaliere sono state individuate dall'analisi delle SDO ospedaliere delle 45 UU.OO. di Medicina interna della Regione Marche; l'analisi statistica è stata condotta con il software Epi-Info versione 6.0; le patologie più frequenti nella diagnosi di dimissione dei 374.332 ricoveri esaminati dal 1997 al 2002 sono risultate essere: Malattie cerebrovascolari, Scompenso cardiaco, Broncopolmoniti e polmoniti, BPCO, Cardiopatia ischemica cronica.

Le patologie prevalenti individuate comuni alla MG ed ospedaliera sono pertanto risultate: Asma, BPCO, Scompenso cardiaco, Cardiopatia ischemica cronica; nello studio, sono state inoltre prese in considerazione, per l'elevata prevalenza, le malattie cerebrovascolari (elevata prevalenza nella medicina ospedaliera) e le patologie che costituiscono il RCG (elevata prevalenza nella MG).

### *Selezione degli Indicatori di Performance*

Dalla letteratura sono stati selezionati alcuni IP utilizzati da Istituzioni e Società internazionali dedicate alla valutazione e alla ricerca della qualità in ambito sanitario. Le Istituzioni prese maggiormente a riferimento sono state: Agency for Healthcare Research and Quality, *AHRQ*; National Quality Measures Clearinghouse, *NQMC*; Royal College of General Practitioners, *RCGP*; American Health Quality Association, *AHQA*; American Academy of Family Physicians, *AAFP*.

Per ognuna delle patologie prevalenti selezionate sono stati quindi indi-

viduati IP, per un totale di **52 indicatori** che sono stati classificati in quattro gruppi:

due gruppi (IP di processo e di esito: n. 36; IP per ricoveri ospedalieri di patologie ambulatoriali: n. 5) riguardanti l'attività della MG ed altri due (IP di mortalità ospedaliera: n. 4; IP di "volume routinario": n. 7) l'attività della Medicina Ospedaliera.

#### *I Medici di Medicina Generale partecipanti*

Sono stati reclutati, sulla base dell'interesse mostrato nei confronti dell'iniziativa, in un primo momento 10 MMG della ZT11 dell'ASUR, che utilizzavano per la propria attività il software Millewin e successivamente altri 40 MMG, sempre utenti Millewin, operanti nel territorio della provincia di Ascoli Piceno, per un totale di 50 MMG (66.000 assistiti; 25% della popolazione ultra14enne residente nella provincia); 33 di questi appartengono alla ZT11 (40.000 assistiti; 30% della popolazione ultra14enne residente nella ZT11).

#### *L'applicazione e la costruzione degli indicatori*

Gli IP selezionati sono stati applicati ai database (software Millewin) dei MMG partecipanti, ogni 6 mesi, per un totale di sei successive rilevazioni (1.9.2003; 1.3.2004; 1.9.2004; 1.3.2005; 1.9.2005; 1.3.2006); per la costruzione dei 36 indicatori (numeratore e denominatore) sono state allestite queries elettroniche di ricerca per l'estrazione dei dati da Millewin:

§ n. 53 queries direttamente per estrarre dati necessari alla costruzione degli indicatori

§ n. 13 queries che costituiscono strumenti di supporto alla corretta registrazione di dati richiesti (queries di facilitazione).

La rilevazione dei dati è stata effettuata da ogni MMG partecipante sul proprio database, utilizzando le queries di ricerca e riportando i risultati su fogli di report, che sono stati successivamente inviati (e-mail) ai responsabili dello studio.

L'applicazione degli indicatori è stata estesa, per rendere quanto più omogenei i dati raccolti, a 23 UU.OO. di Medicina Interna della Regione Marche che hanno presentato almeno 4 tra le 5 patologie prevalenti nella diagnosi di dimissione. Il software utilizzato per la raccolta dati dai file.DBF, contenen-

ti le SDO delle UU.OO. di Medicina Interna regionali, forniti dall'Agenzia Sanitaria della Regione Marche, è stato Epi-Info versione 6. Per tali UU.OO sono stati raccolti dati riferiti al periodo 1997-2002. Gli indicatori utilizzati sono individuati dal rapporto tra numeratore (ad esempio: numero dei pazienti affetti da scompenso cardiaco in terapia con ACE inibitori) e denominatore (numero dei pazienti affetti da scompenso cardiaco) su un numero totale di riferimento (100).

Sulla base dei dati riferiti all'ultima rilevazione (Marzo 2006) è stato definito per ogni indicatore un Livello di Performance Raggiungibile (LPR), individuato al 75° percentile tra i MMG che si sono collocati al di sopra della media per lo stesso indicatore; tale valore dovrebbe essere utilizzato come standard "realistico" da diffondere tra i MMG partecipanti alle successive rilevazioni di dati.

#### *La diffusione dei risultati ai MMG partecipanti*

Le Performance Measures (PMs), i dati di prevalenza e quelli riferiti alle variazioni delle stesse PMs sono stati pubblicati in Internet in un sito dedicato, da dove, per ogni medico partecipante, è possibile accedere anche ad una area protetta da password, dove poter consultare i propri risultati, rapportarli al dato medio, al LRP ed ai corrispondenti dati relativi agli altri MMG partecipanti (*benchmarking*), che compaiono, chiaramente, in anonimo.

***Risultati conseguiti***

Ad ogni rilevazione, oltre alla definizione delle PMs (Tab I), è stato possibile individuare la prevalenza delle patologie croniche oggetto dello studio (Fig. 1). Il numero delle diagnosi registrate nei database dei 10 MMG partecipanti a tutte le 6 rilevazioni, per quanto riguarda le patologie croniche oggetto dello studio, è incrementato del 22.8 % tra la prima (1.9.2003) e l'ultima rilevazione (1.3.2006); un incremento del 17.0 % è stato evidenziato per lo stesso parametro nei 20 MMG sempre partecipanti dalla seconda all'ultima rilevazione. Più consistenti sono state le variazioni positive dei dati riguardanti il miglioramento globale delle performance misurate nei 10 MMG partecipanti a tutte le 6 rilevazioni (+51.9 % alla rilevazione del 1.3.2006 rispetto a quella dell'1.9.2003) e nei 20 MMG partecipanti alle ultime 5 rilevazioni (+28.2 % alla rilevazione del 1.3.2006 rispetto a quella precedente del 1.3.2004).

Sono state inoltre individuate le PMs riguardanti le attività delle UU.OO. di Medicina Interna sulla base dell'analisi delle SDO ospedaliere (Tab II).

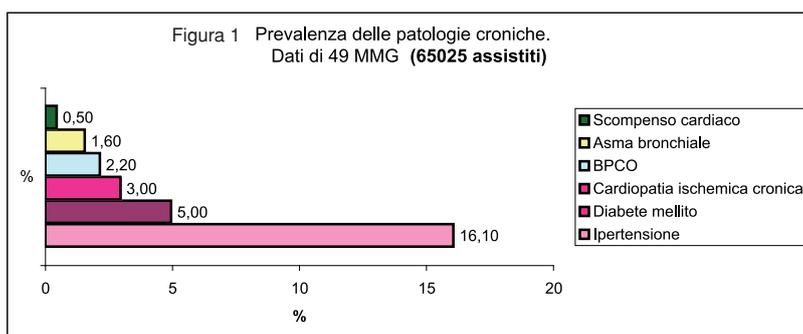
***Discussione***

Gli elementi caratterizzanti di questa iniziativa, che vorrebbe inserirsi tra quelle orientate al monitoraggio ed al miglioramento della qualità in ambito sanitario, sono:

- l'uso di IP fortemente accreditati dalle più qualificate istituzioni e società internazionali specializzate nella valutazione della qualità negli interventi sanitari.
- l'individuazione di ambiti clinici a maggior impegno, sia per la medicina generale che ospedaliera.
- il coinvolgimento di MMG di una unica realtà territoriale, rappresentativi di una ampia fascia della categoria per raccogliere dati con modalità condivise, seguendo condizioni operative "realistiche" e non "di eccellenza", elemento che garantisce una elevata riproducibilità dell'esperienza.
- l'integrazione tra la medicina territoriale e la medicina ospedaliera, sia nei processi di prevenzione-diagnosi-cura che nel metodo di lettura nei rispettivi indicatori di processo ed esito.
- l'identificazione di uno strumento da fornire al medico per il *self-audit* dell'attività, con possibilità di raffronto con dati che rappresentano livelli medi comportamentali.

L'incremento nella registrazione delle diagnosi e il più significativo aumento nell'adesione "globale" agli IP si sono verificati significativamente sin dalle prime rilevazioni, a rimarcare l'efficacia nel miglioramento della qualità degli interventi, promosso unicamente dalla consapevolezza di sottoporre il proprio operato ad un processo di *audit*; è ipotizzabile che, oltre ad una maggior attenzione in alcuni aspetti del clinical-management, siano migliorate le modalità di registrazione ed archiviazione degli stessi dati.

La diffusione dei risultati attraverso il WEB e l'individuazione dei Livelli Raggiungibili di Performance, costituiscono ulteriori stimoli al confronto per i MMG che partecipano.



**Tabella I: Gli Indicatori di Performance e le Performance Measures (PMs) rilevate al 01.03.2006**

INDICATORI DI PROCESSO E DI ESITO PER LA MEDICINA GENERALE		DATI RILEVATI AL 01.03.06 (65026 pz)
<b>SCOMPENSO CARDIACO</b>		
Percentuale di pazienti affetti da scompenso cardiaco congestizio in terapia con ACE-inibitori		424 casi (0.5 %)
Percentuale di pazienti affetti da scompenso cardiaco congestizio sottoposti a valutazione della funzione ventricolare sinistra		50.8
Percentuale di pazienti affetti da scompenso cardiaco congestizio invitati alla riduzione di apporto di sodio nella dieta		53.7
		2.9
<b>CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA</b>		
Percentuale dei pazienti affetti da Cardiopatia Ischemica Cronica (CIC) sottoposti a misurazione della pressione arteriosa		2063 casi (3.0 %)
Percentuale dei pazienti affetti da CIC sottoposti a valutazione del profilo lipidico		71.8
Percentuale dei pazienti con pregresso IMA che presentano colesterolemia $\geq$ 200 mg/dl e/o LDL > a 130 mg/dl sottoposti a trattamento con statine		49.6
Percentuale dei pazienti affetti da CIC trattati con aspirina		45.9
Percentuale dei pazienti affetti da CIC trattati con $\beta$ -bloccante		57.2
Percentuale dei pazienti affetti da CIC fumatori avvisati sul pericolo e che ricevono l'invito a smettere		40.5
		14.6
<b>ASMA BRONCHIALE</b>		
Percentuale di popolazione affetta da asma a cui vengono prescritti farmaci di primo impiego per il controllo a lungo termine dell'asma (steroidi inalatori)		1038 casi (1.6 %)
Percentuale di popolazione affetta da asma sottoposta a vaccinoprofilassi antinfluenzale		21.1
		23.6
<b>BPCO</b>		
Percentuale di pazienti affetti da BPCO sottoposti a spirometria nel precedente anno		1524 casi (2.2 %)
Percentuale di pazienti affetti da BPCO sottoposti a emogasanalisi nel precedente anno		23.5
Percentuale di pazienti affetti da BPCO sottoposti a vaccinazione antipneumococcica		4.1
Percentuale di pazienti affetti da BPCO che sono stati sottoposti a vaccinazione antinfluenzale nei precedenti 12 mesi		9.0
		41.1

<b>DIABETE MELLITO</b>		
Percentuale di popolazione diabetica sottoposta a dosaggio dell'HbA1c nel precedente anno		
Percentuale di popolazione diabetica sottoposta a determinazione dell'assetto lipidico nei precedenti 2 anni		
Percentuale della popolazione diabetica adulta sottoposta ad esame del FOO nel precedente anno		
Percentuale della popolazione diabetica adulta sottoposta ad esame obiettivo del piede nel precedente anno		
Percentuale della popolazione diabetica adulta sottoposta a vaccinazione antinfluenzale		
Percentuale di popolazione diabetica adulta con HbA1c $\leq$ 7.4 % all'ultima determinazione		
Percentuale di popolazione diabetica adulta con valori di PA $\leq$ 145/85 mmHg all'ultima determinazione		3350 casi (5.0 %)
	PMs (%)	
	59.7	
	76.1	
	27.9	
	2.1	
	39.9	
	27.5	
	36.0	
<b>IPERTENSIONE ARTERIOSA</b>		
Percentuale di popolazione di età uguale o superiore ai 21 anni sottoposta a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni		
Percentuale della popolazione ipertesa sottoposta a rilevazione dei valori pressori nei precedenti 6 mesi		
Percentuale della popolazione ipertesa sottoposta a determinazione della creatinemia, nel precedente anno		
Percentuale della popolazione ipertesa sottoposta a determinazione dell'assetto lipidico nel precedente anno		
Percentuale della popolazione ipertesa con valori PA $\leq$ 150/90 mmHg all'ultima determinazione		
Percentuale di pazienti con diagnosi attiva di ipertensione la cui più recente rilevazione pressoria è risultata $\geq$ 160/100 o di cui non disponiamo di rilevazioni pressorie negli ultimi 12 mesi		10855 casi (16.1 %)
	PMs (%)	
	29.6	
	42.9	
	58.1	
	57.9	
	51.3	
	45.0	
<b>IPERCOLESTEROLEMIA</b>		
Percentuale di uomini (età 35-65 anni) e donne (età 45-65 anni) sottoposti a dosaggio della colesterolemia negli ultimi 5 anni		
Percentuale di popolazione (maschi >45 anni, femmine >55 anni) con uno o più fattori di rischio per CIC (*) sottoposta a dosaggio del colesterolo LDL		
Percentuale di popolazione affetta da CIC sottoposta a farmacoterapia per ridurre i livelli di LDL colesterolo		
Percentuale di popolazione affetta da CIC con livelli di LDL colesterolo <100 mg/dl		
Percentuale di popolazione con 2+ fattori di rischio per CIC (*) con livelli di LDL colesterolo <130 mg/dl		
Percentuale di popolazione con 0-1 fattore di rischio per CIC (*) con livelli di LDL colesterolo <160 mg/dl		
	PMs (%)	
	61.6	
	36.5	
	45.1	
	10.2	
	15.9	
	4.4	
<b>FUMO DI SIGARETTA</b>		
Percentuale di fumatori avvisati sul pericolo e che ricevono l'invito a smettere		
Percentuale di pazienti che correntemente non usano tabacco		
	PMs (%)	
	9.0	
	8.9	

**Tabella II: Gli Indicatori di Performance e le Performance Measures (PMs) relative alle 23 UU.OO. di Medicina Interna della Regione Marche (SDO anni 1997-2002)**

DATI RIFERITI AL PERIODO 1997-2002	
INDICATORI PER LA MEDICINA GENERALE: PER RICOVERI OSPEDALIERI DI PATOLOGIE AMBULATORIALI	PMS (/1000)
Tasso di ospedalizzazione per diabete mellito (prima diagnosi alla SDO)	0,8
Tasso di ospedalizzazione per BPCO (prima diagnosi alla SDO)	1,7
Tasso di ospedalizzazione per polmonite (prima diagnosi alla SDO)	1,4
Tasso di ospedalizzazione per ipertensione arteriosa (prima diagnosi alla SDO)	1,7
Tasso di ospedalizzazione per asma bronchiale (prima diagnosi alla SDO)	0,7
INDICATORI PER LA MEDICINA OSPEDALIERA: PER MORTALITÀ OSPEDALIERA	PMS (/1000)
Tasso di mortalità ospedaliera per scompenso cardiaco (prima diagnosi alla SDO)	1,1
Tasso di mortalità ospedaliera per BPCO (prima diagnosi alla SDO)	1,6
Tasso di mortalità ospedaliera per cardiopatia ischemica cronica (prima diagnosi alla SDO)	4,6
Tasso di mortalità ospedaliera per malattie cerebrovascolari (prima diagnosi alla SDO)	8,3
INDICATORI PER LA MEDICINA OSPEDALIERA: DI VOLUME ROUTINARIO	PMS (%)
Percentuale di pazienti ricoverati per scompenso cardiaco congestizio sottoposti a valutazione della funzione ventricolare sinistra (FE)	7,9
Percentuale di pazienti ricoverati per BPCO sottoposti a spirometria	1,8
Percentuale di pazienti ricoverati per BPCO sottoposti ad emogasanalisi	34,1
Percentuale di pazienti ricoverati per cardiopatia ischemica cronica sottoposti ad ecocardiografia	10,4
Percentuale di pazienti ricoverati per cardiopatia ischemica cronica sottoposti ad ECG	15,7
Percentuale di pazienti ricoverati per malattia cerebrovascolare sottoposti a TAC cerebrale	25,1
Percentuale di pazienti ricoverati per malattia cerebrovascolare sottoposti ad ecodoppler dei TSA	4,8



# 5

## LA SALUTE NEI SOGGETTI FRAGILI

### **5.1 IL SOGGETTO CON DISAGIO/DISTURBO PSICHICO E SENSORIALE**

#### FONTI INFORMATIVE:

- Database Health For All Italia – ISTAT relativamente ai dati su suicidi e tentati suicidi
- DEMO – ISTAT, 2005
- Database SDO - ARS Marche
- Database Farmaceutica – ARS Marche
- Database Sistema Informativo Statistico Psichiatrico – Regione Marche
- Database ambulatorio per i Disturbi della Condotta Alimentare –Clinica Psichiatrica AOU Ospedali Riuniti di Ancona
- Regione Marche – DSPC: Progetto Obiettivo Salute Mentale 2004-2006

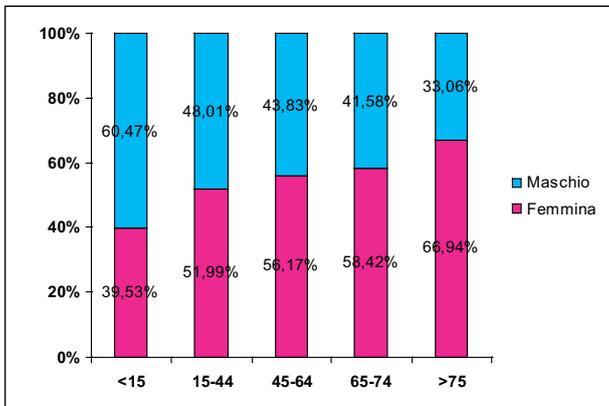
I disturbi mentali costituiscono un importante problema di sanità pubblica. Si presentano, infatti, in tutte le classi d'età, sono associati a difficoltà nelle attività della vita quotidiana, nel lavoro, nei rapporti interpersonali e sono all'origine di elevati costi sociali ed economici per i pazienti ed i loro familiari. In Italia, con la riforma psichiatrica, negli ultimi 25 anni, è maturato un grande cambiamento culturale, che ha mutato il destino di migliaia di uomini e donne ed ha avviato un processo di emancipazione nei confronti della diversità che ha permesso di evidenziare disuguaglianze ed esclusioni sociali spesso correlate al disagio psichico.

#### ***Il disturbo mentale nelle Marche***

Sulla base dei dati forniti dai dipartimenti di salute mentale (DSM) si può stimare come nelle Marche vengano seguiti circa 30.000 pazienti<sup>1</sup> di età compresa tra i 6 ed i 98 anni (figura 5.1.1).

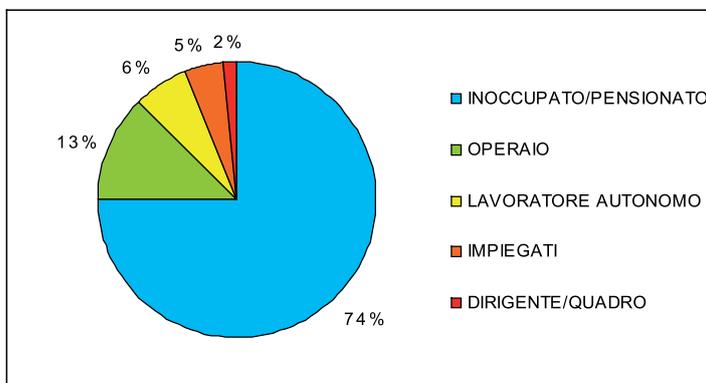
L'età degli utenti in carico, e cioè di quelli con almeno tre contatti l'anno con le strutture ambulatoriali del DSM o che abbiano avuto almeno un ricovero in strutture riabilitative residenziali od ospedaliere, è abbastanza alta (media 54, mediana 52 anni). Ad una prevalenza di maschi fino ai 15 anni (circa il 70%), si contrappone quella maggiore delle femmine dopo il 45esimo anno di età (oltre il 40%).

**Figura 5.1.1 – Popolazione seguita dai Dipartimenti di Salute Mentale nella nostra regione per sesso e classi di età. Anno 2004**



I due terzi dei soggetti seguiti non sono occupati, rari i dirigenti. Rispetto al titolo di studio un'alta percentuale (49,8%) di soggetti ha scolarità medio bassa (nessun titolo, elementare o media inferiore); diversi utenti possiedono un diploma di scuola media superiore (18,6%); pochi sono i soggetti con diploma universitario o laurea (4,4%); in una rilevante parte (circa il 27,2%) dei casi non è stato possibile registrare il dato.

**Figura 5.1.2 - Condizione professionale dei soggetti afferenti ai DSM - Marche, 2003**



Per quanto riguarda la codifica di una diagnosi, possiamo evidenziare come le nevrosi depressive (28,4%) e le psicosi schizofreniche (27,9%) siano le patologie più frequenti.

In accordo alle statistiche internazionali le patologie psichiche (depressione maggiore, disturbi d'ansia, disturbi del comportamento alimentare) sembrano prevalenti tra le donne. La depressione, in modo particolare, è la principale causa del carico di malattia nelle donne di età compresa tra i 15 ed i 44 anni; in generale, tutti i dati internazionali concordano sul fatto che le donne soffrono di depressione da due a tre volte più degli uomini.

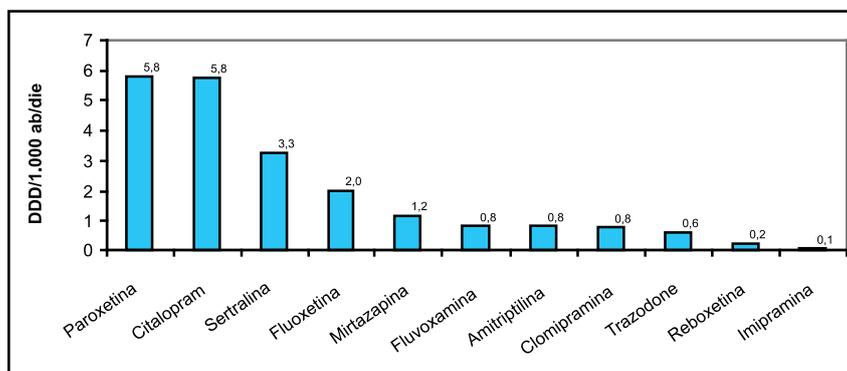
Come vedremo oltre, la prevalenza delle pazienti diventa molto rilevante nei disturbi dell'alimentazione, dove il rapporto femmine maschi può arrivare a 9:1.

### *Somministrazione assistita dei farmaci psicotropi*

Oltre 100.000 marchigiani hanno utilizzato almeno una volta, nel corso del 2003, farmaci psicotropi.

La classe di farmaci più frequentemente prescritta è quella degli antidepressivi: più di 92 soggetti su 1.000 ne hanno ricevuto almeno una prescrizione, con una prevalenza che aumenta con l'età (fino a 193/1.000 nei soggetti >75 anni) ed è superiore nelle donne rispetto agli uomini (come prevedibile) di circa 1,6-2,2 volte.

**Figura 5.1.3 – Antidepressivi più frequentemente utilizzati, DDD<sup>2</sup>/1.000 abitanti – Marche, 2003**

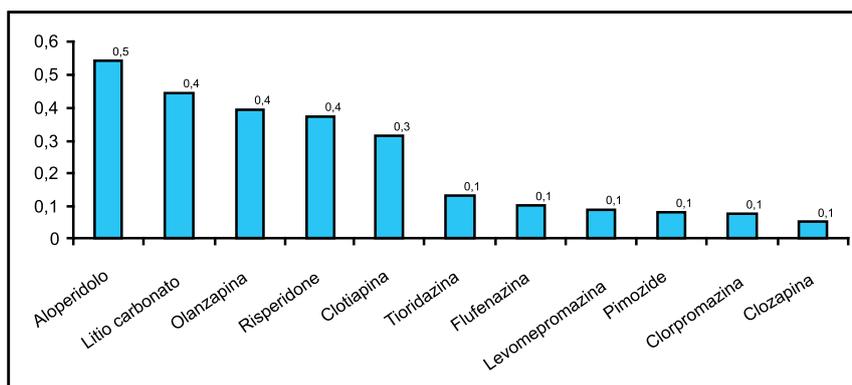


Gli SSRI (la classe di antidepressivi di nuova generazione che agisce sul sistema della Serotonina, es: paroxetina e citalopram) sono risultati i farmaci antidepressivi più prescritti in tutte le fasce di età.

Il 55% dei soggetti che riceve prescrizioni di antidepressivi viene trattato solo sporadicamente (1 o 2 prescrizioni); i restanti assistiti per la maggior parte ricevono un ciclo molto breve, talvolta con intervalli di tempo liberi da terapia o cambiamenti di farmaco. Questo fenomeno potrebbe essere dovuto al controllo di un disturbo episodico o al mancato completamento dell'intero ciclo terapeutico.

Per quanto riguarda gli altri farmaci, circa 20 soggetti su 1.000 hanno ricevuto almeno una prescrizione di antipsicotico nel 2003, con una prevalenza che aumenta attorno ai 20 anni ed è superiore negli uomini (1,6-2,2 volte rispetto alle donne).

**Figura 5.1.4 – Antipsicotici più frequentemente utilizzati, DDD<sup>2</sup>/1.000 abitanti – Marche, 2003**



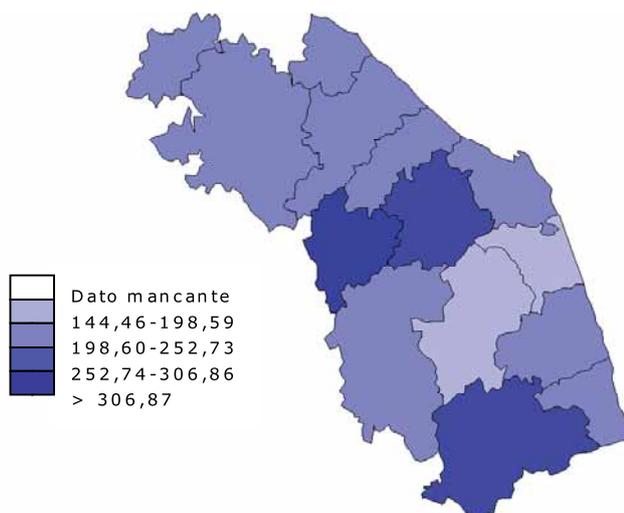
Accanto all'uso di sostanze classiche come l'aloiperidolo, si trova quello degli antipsicotici atipici, come: risperidone, olanzapina e clozapina.

Nella nostra Regione, la spesa sostenuta dal SSN per i farmaci attivi sul SNC è stata nel 2003 di poco inferiore ai 16 milioni di euro (circa 11 Euro per ogni marchigiano), questo valore mostra una lieve flessione rispetto all'anno precedente. Le Zone Territoriali in cui la spesa pro-capite è stata più alta sono state quelle di Fermo e Senigallia, la spesa è stata più bassa, invece, nelle Zone di San Benedetto del Tronto e Fabriano.

*Il ricorso al ricovero ospedaliero<sup>3</sup>*

Il ricovero ospedaliero si è reso necessario per 223 persone su 100.000 abitanti (anno 2003) con un numero massimo di pazienti nella Zona di Fabriano (361 persone su 100.000 abitanti) vs un minimo di 144 a Civitanova; la tendenza (dal 2001 al 2003) risulta in diminuzione.

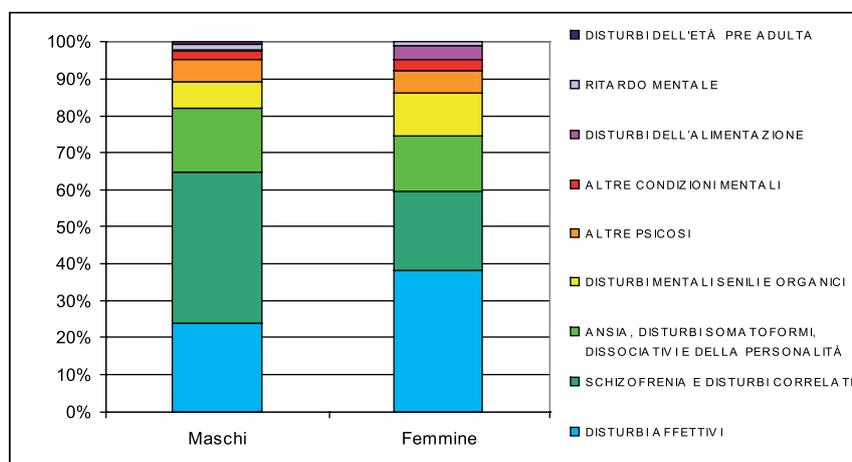
**Figura 5.1.5 –Pazienti andati incontro a ricovero ospedaliero con diagnosi principale psichiatrica su 100.000 ab.<sup>4</sup> – Marche, 2003**



Ogni paziente è stato ricoverato mediamente dalle 2 alle 3 volte l'anno, la proporzione di soggetti con ricoveri ripetuti è stata bassa (4,8%) rispetto ad altre realtà regionali, a testimonianza di un discreto supporto a livello territoriale.

L'aggregato di diagnosi principale più frequente nei soggetti ricoverati è stato quello dei disturbi affettivi (depressione, disturbi dell'umore) con il 27,3% nel 2003 seguito da disturbi d'ansia, dissociativi e della personalità (23,3%) e da psicosi schizofrenica (Figura 5.1.6).

**Figura 5.1.6 – Distribuzione delle diagnosi principali per sesso- Marche, 2003**



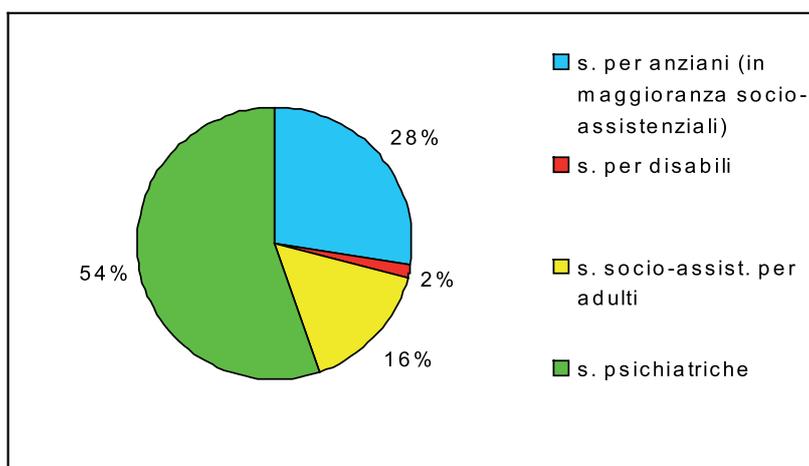
Come già ricordato le donne rappresentano circa il 53% dei pazienti ricoverati con diagnosi principale psichiatrica ed il 55% dei ricoveri e delle giornate di degenza.

La percentuale di Trattamenti Sanitari Obbligatorî (TSO)<sup>5</sup> rispetto al totale dei ricoveri è risultata pari a circa l'1‰ (range: 0,3 ‰, San Benedetto – 2‰, Pesaro); la fascia di età in cui questo intervento è stato più frequente è quella compresa tra i 15 ed i 44 anni (2,3‰ di tutti i ricoveri). Il ricorso al TSO ha mostrato, comunque, una tendenza alla diminuzione nel periodo 2001-2003.

### *Soggetti ospitati presso strutture residenziali*

Sono stati 344 i pazienti affetti da disturbi psichici ospitati presso strutture residenziali della nostra regione nel 2002. In figura 5.1.7 si riporta la distribuzione percentuale.

**Figura 5.1.7 – Soggetti con disturbi psichiatrici ospitati presso strutture residenziali – Marche, 2002**



### **La mortalità per disturbi psichici**

La mortalità per disturbi psichici nella nostra Regione si attesta su valori paragonabili a quelli medi nazionali, mostrando un lieve eccesso sia negli uomini che nelle donne.

Si discosta, in particolare, dalla media regionale, la provincia di Ascoli Piceno che 2001 presenta valori di 0,13 decessi/100.000 abitanti negli uomini ed 0,09/100.000 abitanti nelle donne (Tabella 5.1.1).

La classe di età in cui i decessi per questa causa sono più frequenti è quella dei grandi anziani (oltre 75 anni), anche se casi di morte si riscontrano anche in fasce di età giovani in entrambi i sessi. Da ricordare come tra le cause di morte per disturbo psichico siano comprese quelle da abuso di sostanze.

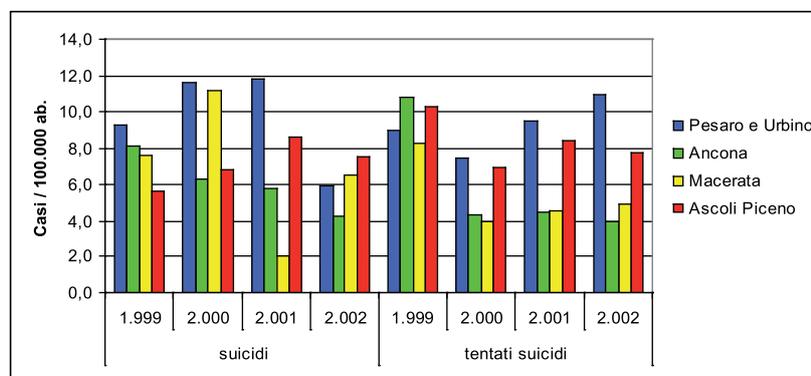
**Tabella 5.1.1 – Tasso standardizzato di mortalità per disturbi psichici per sesso e provincia – Marche vs Italia, 1997-2001**

	1997		1998		1999		2000		2001	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Pesaro	1,76	1,16	1,64	1,28	1,59	1,33	1,86	1,36	1,49	1,30
Ancona	1,18	1,86	2,70	1,03	1,66	1,16	1,65	1,44	1,47	1,38
Macerata	1,56	1,10	1,46	1,23	1,28	1,19	1,22	1,10	1,32	1,16
Ascoli	0,52	0,37	0,59	0,36	0,67	0,22	0,45	0,23	0,13	0,09
Marche	1,93	1,44	1,99	1,57	2,03	1,57	1,89	1,51	1,91	1,50
Italia	1,39	1,08	1,41	1,51	1,35	1,15	1,31	1,16	1,32	1,19

*Mortalità per suicidio ed autolesione*

La mortalità per suicidio ed autolesione, oltre a rappresentare una causa di morte evitabile, è testimone di una sofferenza psichica e sociale. Nella nostra regione il tasso di eventi è andato a diminuire nel corso degli ultimi anni (1999-2002), pur mostrando dati ancora elevati nelle province di Ascoli Piceno e Pesaro-Urbino (Figura 5.1.8).

**Figura 5.1.8 – Tassi standardizzati di suicidio e tentato suicidio nelle province delle Marche – 1999-2002**



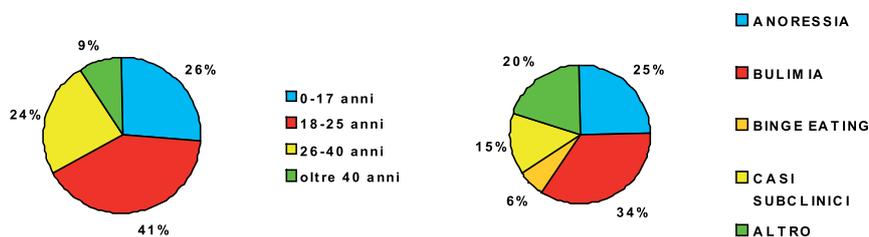
Il suicidio continua ad essere un fenomeno di gran lunga più rilevante nei soggetti di sesso maschile, mentre l'opposto si verifica per i tentativi di suicidio. Questa predominanza nel sesso maschile, diventa ancora più rilevante se si considera la fascia di età superiore ai 75 anni, quando il tasso di suicidi sale a 4,78/100.000 abitanti negli uomini contro un tasso di 0,55/100.000 abitanti nelle donne. Questa tragica fotografia di una scelta estrema (che andrebbe analizzata su un più lungo periodo in modo da valutare l'impatto delle variabili socio-demografiche) deve, comunque, attrarre l'attenzione su un problema di fragilità dell'uomo anziano. Analogamente preoccupa la comparsa di eventi in età adolescenziale, dove il tentativo di suicidio è di gran lunga più rappresentato, soprattutto nel sesso femminile.

#### DISTURBI DELLA CONDOTTA ALIMENTARE

I Disturbi della Condotta Alimentare (DCA): Anoressia, Bulimia, Binge Eating (introduzione di consistenti quantità di cibo con perdita di controllo sul proprio comportamento) comprendono quadri clinici di interesse psicopatologico ed internistico in progressivo aumento nella fascia di età adolescenziale e giovanile.

Si stima che nelle Marche i casi prevalenti di anoressia siano pari al 0,8% della popolazione femminile tra gli 11 e i 26 anni (circa 680 casi); estendendo la valutazione alla bulimia ed ai casi sub-clinici, il numero dei pazienti che necessita di una risposta sanitaria supera le diecimila unità. Il punto di riferimento regionale per queste patologie è l'Ambulatorio per i Disturbi della Condotta Alimentare Psicogeni della Clinica Psichiatrica di Ancona che ha iniziato la sua attività nel 1999. L'89% dei pazienti afferenti all'Ambulatorio è di sesso femminile con una maggioranza di pazienti di età inferiore ai 25 anni (Figura 5.1.9); il disturbo più frequente è la bulimia, seguito dall'anoressia.

**Figura 5.1.9 – Distribuzione per età e patologia dei pazienti afferenti all'ambulatorio.**



Nel 52% dei casi è possibile la realizzazione di una presa in carico totale del paziente, in circa il 36% dei casi la presa in carico è stata parziale, da rilevare la difficile prosecuzione delle cure: abbandonate dal 12% dei pazienti.

**FONTI INFORMATIVE:**

- ISTAT, indagine su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" - 3° e 4° trimestre 1999
- ISTAT, [www.handicapincifre.it](http://www.handicapincifre.it)
- Monitoraggio CONI-FSN-DSA 2001 - I Dati Territoriali: [http://www.coni.it/fileadmin/template/main/new\\_coni/mondo\\_sportivo/\\_temp\\_/01nds511-15.pdf](http://www.coni.it/fileadmin/template/main/new_coni/mondo_sportivo/_temp_/01nds511-15.pdf)
- Centro Regionale di Ricerca e Documentazione sulla Disabilità (CRRDD): già da 3 anni raccoglie i dati relativi alla ripartizione del fondo regionale previsto dalla L.r. 18/96. La rilevazione è pienamente informatizzata e consente di disporre delle principali informazioni su 27 categorie di interventi. La relazione sull'analisi dei dati relativi ai piani della L.R. 18/96 per l'anno 2003 è stata pubblicata e può essere richiesta al:  
Referente - Dott.ssa Elena Grilli - Tel. 0718064150 - Fax 0718064198 - E-mail [crrdd@regione.marche.it](mailto:crrdd@regione.marche.it)
- Sistar - Marche,
- Rapporto Osservasalute 2004 – Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane
- Ufficio Scolastico Regionale per le Marche - Ufficio IV / Uffici Studi provinciali

Come illustrato nel recente Progetto Obiettivo Salute Mentale 2004-2006, i servizi di salute mentale, dovrebbero dare priorità ad interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi (senza, ovviamente, trascurare i disturbi minori), da cui possono derivare disabilità tali da compromettere l'autonomia e l'esercizio dei diritti, con alto rischio di cronicizzazione e di emarginazione sociale. A questo fine i Dipartimenti di Salute Mentale delle Marche debbono assicurare la presa in carico e la risposta ai bisogni di tutte le persone portatrici di una domanda di intervento ed attuare specifici protocolli di collaborazione fra i servizi per l'età evolutiva e per l'età adulta, il dipartimento per le dipendenze patologiche ed i Comuni.

Interventi di prevenzione dovranno poi essere mirati alla individuazione del disagio nella popolazione giovanile-adolescenziale, dei soggetti e dei contesti a rischio, con lo scopo di limitare evoluzioni più gravemente disabilitanti.

L'integrazione socio-sanitaria, inoltre, rappresenta una grossa opportunità di continuo miglioramento per i pazienti ed i familiari, anche attraverso l'attuazione di innovativi modelli preventivi, gestionali e la valorizzazione del contributo dei soggetti non istituzionali e del privato non-profit.

## Salute e disabilità

La condizione di disabilità consiste, secondo la definizione dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), nella "riduzione o perdita di capacità funzionale o dell'attività conseguente ad una menomazione", di tipo anatomico, psicologico o fisiologico. La disabilità può condurre all'handicap cioè ad una condizione di svantaggio sociale ed ambientale delle persone disabili. Prima di presentare un quadro generale dei dati relativi alla stima delle persone con disabilità è opportuno chiarire le ragioni per le quali è difficile rilevarne il numero preciso. I principali motivi sono: la mancanza di accordo universale riguardo la definizione stessa di disabilità; la difficoltà nella rilevazione delle disabilità mentali rispetto a quelle fisiche; la sottostima del fenomeno nei bambini di età inferiore ai 6 anni; la carenza di dati attendibili sui disabili ospiti di residenze; la scarsa accessibilità dell'attuale sistema di certificazione della disabilità (supporto cartaceo, diversi strumenti di registrazione...). Abbandonata quindi l'ipotesi di un censimento, la soluzione migliore per l'individuazione di tutta la popolazione disabile appare l'integrazione di varie fonti informative. Una panoramica sulla disabilità non può prescindere dall'indagine sulla "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari" che l'ISTAT svolge ogni cinque anni e che costituisce attualmente l'unica fonte di dati uniforme a livello nazionale. Secondo questa stima (Tabella 5.1.2), la regione Marche presenta valori simili a quelli nazionali, anche se con un numero di persone disabili superiore a quello delle Regioni confinanti (tranne l'Abruzzo).

**Tabella 5.1.2 – Persone con disabilità di 6 anni e più che vivono in famiglia: confronto Regione Marche – Italia, Anni 1999-2000**

Area geografica	Tasso standardizzato per 1.000, 6-64 anni	Tasso standardizzato per 1.000, oltre 65 anni	Tasso standardizzato per 1.000, oltre 75 anni
Marche	15,3	192,7	339,9
Italia	15,2	192,8	329,7

Il 13% delle famiglie marchigiane convive quotidianamente con la disabilità ed il 7,4% con una disabilità grave. Il deficit è classificato dall'ISTAT in quattro categorie: confinamento individuale, difficoltà nel movimento, difficoltà nelle funzioni, difficoltà sensoriali (Tabella 5.1.3).

**Tabella 5.1.3 – Persone di 6 anni e più disabili per tipo di disabilità (per 1000 persone). Marche, 1999-2000**

	Disabilità	Confinamento individuale	Deficit funzioni	Deficit movimento	Deficit vista, udito, parola
Marche	56,0	25,6	36,0	21,9	16,3

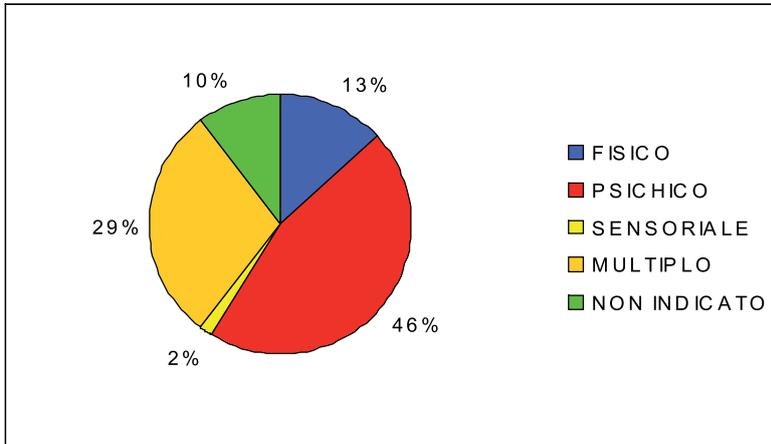
Su 1000 marchigiani, 56 dichiarano di essere affetti da disabilità che spesso sono di diverso tipo.

Le persone affette da disabilità percepiscono il loro stato di salute in maniera peggiore rispetto ai non disabili (Tabella 5.1.4). La percezione dello stato di salute è notevolmente importante come stima della tendenza al ricorso ai servizi socio-sanitari. Dati ISTAT nazionali riportano, infatti, come il 51,8% dei disabili ha effettuato almeno una visita nelle ultime quattro settimane precedenti l'intervista, contro il 25,8% della popolazione senza disabilità. Su 100 disabili di 6 anni e più le consultazioni presso un medico generico sono state circa 69 a fronte delle 20 effettuate dalla popolazione senza disabilità. Circa il 14% dei disabili è stato ricoverato almeno una volta negli ultimi 3 mesi precedenti l'intervista a fronte del 3% circa della popolazione senza disabilità.

**Tabella 5.1.4 – Persone di 6 anni e più che vivono in famiglia e dichiarano di percepire il loro stato di salute male o molto male, per presenza di disabilità. Marche, 2003**

	Quozienti grezzi		Quozienti standardizzati	
	Disabili	Non disabili	Disabili	Non disabili
Marche	59,9	6,7	52,4	6,7

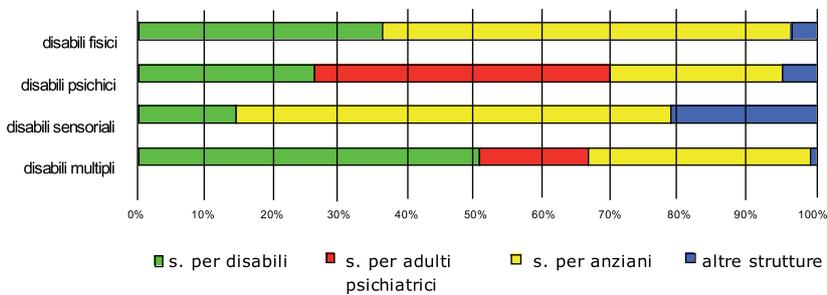
**Figura 5.1.10 - Disabili ospitati presso strutture residenziali Marche, 2002**



Nel 2002, nella nostra regione, 779 persone affette da disabilità sono state ospitate in strutture residenziali (Figura 5.1.10)

La distribuzione per tipologia di struttura ospitante è illustrata nella Figura 5.1.11.

**Figura 5.1.11 – Distribuzione dei disabili per tipo di struttura Marche, 2002**



### Legge regionale 18/1996

Al fine di dare una risposta concreta e mirata alle esigenze territoriali, la Regione Marche ha dato vita alla Legge n° 18/96: "Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore delle persone handicappate". Come visto, al momento non è possibile rintracciare dati esaustivi sulla disabilità quindi, pur consapevoli della limitatezza dei dati, riportiamo di seguito delle considerazioni effettuate sulla base dell'unica fonte informativa esistente ad oggi: il Centro Regionale di Ricerca e Documentazione sulla Disabilità.

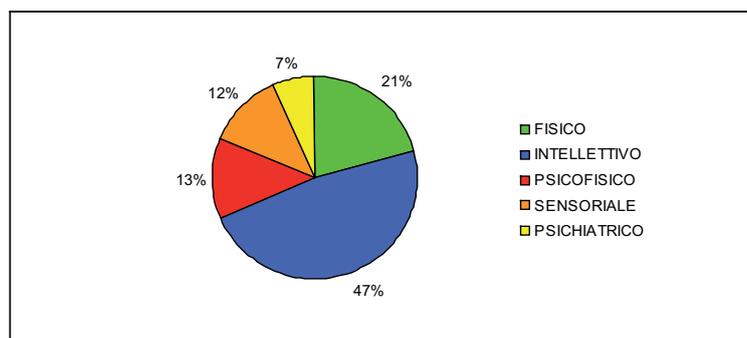
I disabili che nel 2003 hanno usufruito degli interventi della L.R. 18/96 sono stati 6.691 (di cui il 54% in situazione di gravità) a cui si aggiungono i 655 disabili gravi che hanno beneficiato dell'assistenza domiciliare indiretta. Dei 6.691 soggetti 1.842 (27,5%) sono minori. La loro distribuzione per Provincia (Tabella 5.1.5) evidenzia valori simili, con una maggiore concentrazione nella Provincia di Pesaro (in valore assoluto, gli interventi sono stati più numerosi in provincia di Ancona).

**Tabella 5.5 – Distribuzione per Provincia dei soggetti beneficiari degli interventi previsti dalla L.R. 18/1996, Anno 2003**

Provincia	Pesaro	Ancona	Macerata	Ascoli
Tasso per 1.000 ab.	4,7	4,6	4,2	4,5

Il tipo di disabilità prevalente nei beneficiari degli interventi della L.R. 18 è quello di tipo intellettuale (Figura 5.1.12).

**Figura 5.1.12 – Tipo di disabilità prevalente dei soggetti che hanno beneficiato degli interventi previsti nella LR 18/1996. Anno 2003**



Gli interventi che hanno registrato il maggior numero di richieste sono i servizi di trasporto (33%), quelli relativi all'assistenza domiciliare ed educativa (18%), gli interventi inerenti l'inserimento occupazionale (18%), scolastico (15%) e nei Centri socio educativi diurni.

### **Disabili in situazione di particolare gravità**

Oltre il 60% delle 655 persone in situazione di disabilità particolarmente grave, sono maschi con un'età media di 28 anni.

Nel 43% dei casi di particolare gravità, si tratta di disabilità plurime; molto frequente è anche la disabilità di tipo intellettivo.

Analogamente a quanto emerso dall'indagine ISTAT, la maggior parte delle persone in situazione di particolare gravità vive in casa ed è un familiare ad effettuare l'assistenza (anche se solo in un caso su 100 usufruisce dei congedi parentali dal lavoro). Nel 36% dei casi la persona frequenta la scuola o un centro diurno.

### **Scuola e lavoro**

Nella sfida per la partecipazione sociale delle persone con disabilità si vengono a sommare problematiche derivanti non solo dalla condizione del soggetto ma soprattutto dal contesto ambientale e culturale. L'inserimento nel mondo scolastico e del lavoro e l'autonomia economica sono fattori estremamente importanti per l'integrazione sociale e per il miglioramento della qualità di vita delle persone con disabilità. L'Italia ha pienamente riconosciuto l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità nella scuola già dagli anni '70, assumendo un ruolo leader nelle politiche di istruzione e formazione. Nell'Anno Scolastico 2002-2003, nella nostra Regione, oltre 3.200 sono stati gli alunni portatori di disabilità, in lieve aumento rispetto al precedente (Tabella 5.1.6).

**Tabella 5.1.6 – Numero di alunni portatori di handicap, Marche A.S. 2002/2003**

PROVINCIA	Scuola dell'Infanzia	Scuola Elementare	Scuola secondaria 1° grado	Scuola secondaria 2° grado	Totale
Ancona	126	329	236	240	931
Ascoli	90	347	245	201	883
Macerata	84	252	187	194	717
Pesaro	59	280	191	191	721
Marche	359	1.208	859	826	3.252

### Disabilità e lavoro

La legislazione italiana in tema di persone con disabilità ha avuto un'evoluzione significativa con la legge 68/99 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili", la cui finalità è "la promozione dell'inserimento e della integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato". Nelle Marche è stata recentemente varata la DGR 218/2005: "Norme Regionali per l'occupazione, la Tutela e la Qualità del Lavoro" che, riguardo l'inserimento lavorativo delle persone disabili, promuove sia azioni di avvio al lavoro e di primo intervento, sia di accompagnamento ad una positiva e stabile integrazione nell'ambiente di lavoro per i soggetti disabili. In attesa di un lavoro ad hoc in corso di pubblicazione da parte dell'ARMAL si allegano gli ultimi dati forniti dall'ISTAT (Tabella 5.1.7).

**Tabella 5.1.7 - Percentuale di occupati fra i beneficiari della disciplina sulle assunzioni obbligatorie l.482/68, Marche – Italia, 1999**

	Invalidi civili e di guerra	Invalidi per servizio	Invalidi del lavoro	Invalidi civili	Sordomuti	Ex TBC	Vittime del dovere	Totale
Marche	99,3	91,4	81,6	32,5	60,6	-	100	45
Italia	96,9	83,3	73,1	32,5	56,9	63,1	39,6	42,7

## **Disabilità e vita sociale**

Il tema della disabilità e del tempo libero costituisce un terreno di grande attualità ed interesse, anche se ancora poco analizzato. Infatti, benché negli ultimi anni la disabilità e i molteplici aspetti ad essa legati siano stati oggetto di crescente attenzione, la maggior parte degli interventi è stata per lungo tempo indirizzata soprattutto all'ambito degli aspetti socio-sanitari essenziali come la terapia, la riabilitazione, ecc. Sarebbe auspicabile, tuttavia, fondare gli interventi sulla visione globale della persona disabile come portatrice di bisogni e desideri al pari di tutti gli altri individui, e quindi anche del bisogno di poter vivere il proprio tempo libero ed il proprio privato nella misura del possibile; il valore di questi momenti liberi dovrebbe essere riconosciuto come tempo di crescita, utile alleato nella prevenzione di emarginazione ed isolamento sociale.

Handicap e sessualità un tema che ciclicamente riemerge a riproporre domande e timori. Eppure basterebbero le statistiche che ci dicono che, tra i 15-44 anni, l'85,2% degli uomini disabili è celibe e il 75,5% delle donne disabili è nubile, a dimostrare quanto sia indispensabile fare passi avanti su questo tema, che ci coinvolge profondamente come elemento fondante della nostra esistenza personale.

Ma l'integrazione si realizza anche attraverso lo sport. Nelle Marche circa 16 persone diversamente abili per 100.000 abitanti sono tesserate FISS (Federazione italiana Sport Disabili) contro una media nazionale di 13,3; la Provincia di Macerata è quella più attiva come numero di tesserati (31,9 per 100.000 abitanti).

## **Sport**

Nelle Marche circa 16,1 persone diversamente abili per 100.000 abitanti sono tesserate FISS (Federazione italiana Sport Disabili) contro una media nazionale di 13,3; la Provincia di Macerata è quella più attiva come numero di tesserati (31,9 per 100.000 abitanti). Nella sfida per la partecipazione sociale delle persone con disabilità si vengono a sommare problematiche derivanti non solo dalla condizione del soggetto ma soprattutto dal contesto ambientale e culturale. L'inserimento nel mondo scolastico e del lavoro e l'autonomia economica sono fattori estremamente importanti per l'integrazione sociale e per il miglioramento della qualità di vita delle persone con disabilità.

Note al capitolo

1. I dati riferiti ai pazienti in carico presso i DSM sono stati stimati grazie al Sistema Informativo Psichiatrico informatizzato (SISP – Marche), che la Regione ha avviato tenendo conto delle indicazioni concordate a livello nazionale con le altre Regioni e con il Ministero della Salute e sono stati tratti da stime del Dipartimento per i Servizi alla Persona ed alla Comunità (DSPC).

2. DDD (Defined Daily Doses): Dosi giornaliere prescritte su 1.000 abitanti, rappresentano una stima dell'utilizzo di farmaci, es: 10 DDD/1.000 abitanti significa che 10 persone su 1.000 utilizzano quel farmaco.

3. Sono stati valutati i ricoveri ordinari con diagnosi principale psichiatrica (ICD IX-CM tra 290-319) escludendo quelli dovuti all'abuso di sostanze ed alle patologie tipiche dell'età avanzata.

4. Tasso standardizzato con metodo diretto sulla popolazione residente al 2001.

5. Il Trattamento Sanitario Obbligatorio (ai sensi dell'Art.34 Legge 833/78) si rende necessario "solo se esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere", inoltre l'art. 2 della 180 ribadisce "..... Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio chi vi è sottoposto ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato...".

## 5.2 L'ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE

Gli anziani marchigiani, con problemi di mobilità, che presentano cambiamenti importanti dello stato cognitivo-comportamentale e quindi della propria sfera relazionale, come pure gli anziani con inadeguato supporto familiare, sono cittadini ai quali le istituzioni socio-sanitarie rivolgono con crescente attenzione il proprio impegno. L'obiettivo è quello di fornire risposte appropriate a strati crescenti della popolazione con necessità di interventi assistenziali complessi e continuativi.

Tra i cittadini che manifestano cronicità un problema rilevante è quello delle demenze.

Per quanto riguarda il nostro modello sanitario, i bisogni di salute relativi alle condizioni di vita degli anziani non autosufficienti, trovano risposta oltre che nella rete ospedaliera, anche in ambito Residenziale e Semiresidenziale, come pure nel Sistema delle Cure Domiciliari.

### Le Demenze

Le demenze (Alzheimer, demenza vascolare e altre forme più rare) rappresentano condizioni patologiche estremamente invalidanti e sempre più frequenti nella popolazione, considerato il progressivo invecchiamento della stessa. I dati che seguono sono relativi all'ospedalizzazione dei pazienti dementi nella nostra Regione.

Il numero di dimissioni ospedaliere degli ultrasessantacinquenni con diagnosi principale di demenza, rispetto alla popolazione residente (per 10.000 ab.), aumenta, nel periodo 2001-2003, in modo costante con l'età. Si osservano, infatti, tassi di ospedalizzazione che incrementano a partire dal 7,23 registrato per la classe di età 65-69 anni, arrivando al 75,25 negli ultranovantenni. Il sesso femminile presenta il tasso di ospedalizzazione più elevato in tutti e tre gli anni del periodo in studio. Nel 2001 si evidenziano le maggiori differenze da attribuire al sesso, con i più alti tassi di ospedalizzazione per il sesso femminile in tutte le classi di età, a cominciare dai 70 anni. Il tasso medio di ospedalizzazione sul triennio è di 30,31 nelle femmine contro il 26,71 nei maschi (Tabella 5.2.1).

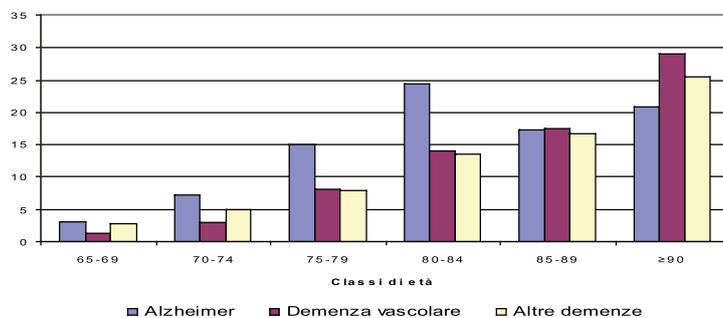
**Tabella 5.2.1 - Tassi di ospedalizzazione per età e per sesso (N. di dimissioni/N. residenti x 10000) nella regione Marche con diagnosi principale di demenza, 2001-2003.**

Classi di età	2001			2002			2003		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
65-69	9,12	7,38	8,19	7,14	8,25	7,73	5,91	5,64	5,77
70-74	14,40	17,57	16,14	11,95	16,23	14,31	15,76	14,45	15,04
75-79	29,14	40,53	35,79	26,77	27,26	27,06	28,46	30,88	29,87
80-84	50,41	53,43	52,30	40,91	42,04	41,62	67,21	58,68	61,88
85-89	60,66	71,90	68,17	56,41	42,30	46,98	40,44	38,60	39,21
≥90	88,83	97,79	95,44	63,45	65,19	64,74	76,14	61,82	65,57
Totale	28,46	36,75	33,26	24,71	26,32	25,64	26,96	27,85	27,48

La figura 5.2.1 indica i dati relativi ai tassi di ospedalizzazione specifici per età e tipologia di demenza.

Per tutte le demenze è evidente un progressivo incremento del tasso di ospedalizzazione con l'aumentare dell'età. La Malattia di Alzheimer manifesta il maggior incremento del tasso di ospedalizzazione nell'età compresa tra i 65 e gli 84 anni; segue una flessione per la classe di età 85-89 anni e il successivo incremento negli ultranovantenni.

**Figura 5.2.1 - Tassi di ospedalizzazione per età e tipologia di demenza (N. dimissioni/N. residenti x 10.000), regione Marche 2001-2003.**



I risultati relativi ai tassi di ospedalizzazione standardizzati per ZT di residenza mostrano notevoli disomogeneità su tutto il territorio regionale (Tabella 5.2.2).

Il valore più alto è stato registrato ad Ancona nel 2003 (89,81 per 100.000 nel 2003) e il più basso a Civitanova (20,55 per 100.000 nel 2002). Il tasso di ospedalizzazione ha subito una flessione nel 2002 seguita da un successivo incremento nel 2003 nelle Zone di Pesaro, Urbino, Jesi, Ancona, Civitanova, S. Benedetto e Ascoli Piceno. Le Zone di Fano, Senigallia, Macerata, Camerino e Fermo hanno fatto registrare un tasso di ospedalizzazione per demenza in progressiva riduzione nel corso dei tre anni. Si è, al contrario, registrato un incremento del tasso di ospedalizzazione per demenza nelle Zone Territoriali, di Fabriano, Ancona, Civitanova e Ascoli Piceno.

**Tabella 5.2.2 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per ASL di residenza e anno di dimissione x 100.000 pazienti > 65, anni 2001-2003, regione Marche.**

ASL	2001	2002	2003
ZT 1 Pesaro	64,87	38,96	51,94
ZT 2 Urbino	54,65	39,44	41,95
ZT 3 Fano	70,87	55,10	48,55
ZT 4 Senigallia	58,55	43,11	34,40
ZT 5 Jesi	58,82	28,07	42,26
ZT 6 Fabriano	24,92	41,04	49,82
ZT 7 Ancona	86,03	82,72	89,81
ZT 8 Civitanova	35,59	20,55	37,40
ZT 9 Macerata	78,31	53,40	43,36
ZT 10 Camerino	67,30	51,46	51,19
ZT 11 Fermo	52,91	39,12	36,40
ZT 12 S. Benedetto	54,14	39,35	39,52
ZT 13 Ascoli Piceno	51,67	37,99	63,97

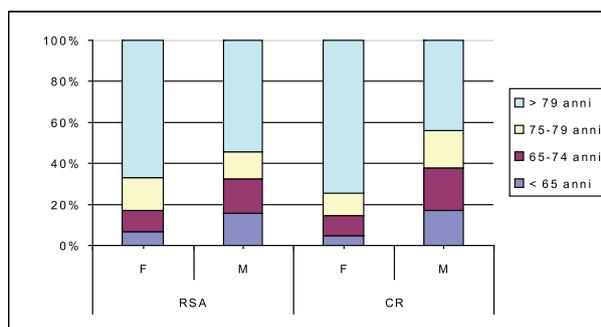
***La non autosufficienza in Casa di Riposo (CR) e in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)***

Il progressivo invecchiamento della popolazione si accompagna, anche nella nostra regione, ad un aumento dell'incidenza di disabilità ed eventuale supporto sociosanitario: quando un nucleo familiare non è più in condizione di occuparsi di una persona con problemi di autonomia, può risultare necessaria l'istituzionalizzazione in residenze socio-sanitarie.

Abbiamo analizzato, dal 1 aprile al 30 giugno 2004, 21 RSA e 92 Case di

Riposo per un totale di 113 strutture. Sono complessivamente 5.160 gli ospiti in tali residenze, di cui il 73,4% donne ed il 26,6% uomini. L'età media degli ospiti è stata di 81,3 anni (con un *range* compreso tra i 9 ed i 104 anni). Nella Figura 5.2.2 sono riportati i valori percentuali degli ospiti in esame, stratificati per classi di età e tipologia di strutture di residenza.

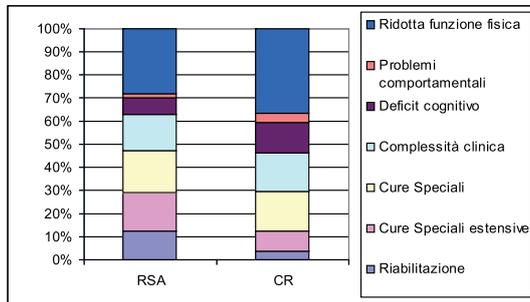
**Figura 5.2.2 – Distribuzione degli ospiti per sesso, classi di età e tipologia di residenza. Regione Marche, 2004.**



Le pazienti di sesso femminile hanno un'età superiore rispetto ai pazienti di sesso maschile.

Complessivamente, sono stati studiati 934 ospiti nelle residenze sanitarie assistite (18% degli ospiti coinvolti nello studio) e 4.450 nelle case di riposo (82% degli ospiti).

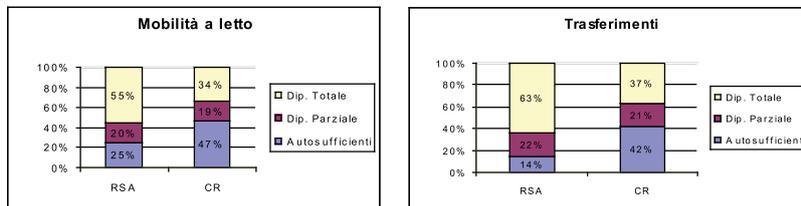
**Figura 5.2.3 - Pazienti per macroraggruppamenti RUG III<sup>28</sup> e tipologia di residenza. Regione Marche 2004.**



Come piuttosto prevedibile, vista l'attuale mancanza di sistemi standardizzati per la classificazione dell'eleggibilità dei pazienti al ricovero in strutture a prevalente assistenza sanitaria piuttosto che sociale nella nostra Regione, non si registra una evidente differenza nei bisogni assistenziali degli ospiti secondo la classificazione risultante dal sistema RUG: in entrambi i casi, infatti, sono predominanti pazienti con riduzione della funzione fisica. In RSA sono lievemente più frequenti (anche se in valore assoluto minore) rispetto alle CR i soggetti che necessitano di cure speciali e riabilitazione.

Le attività in cui gli ospiti hanno minore autonomia sono la capacità di spostarsi e di utilizzare il bagno.

**Figura 5.2.4 – Abilità in alcune attività di vita quotidiana per tipologia di residenza. Regione Marche 2004.**

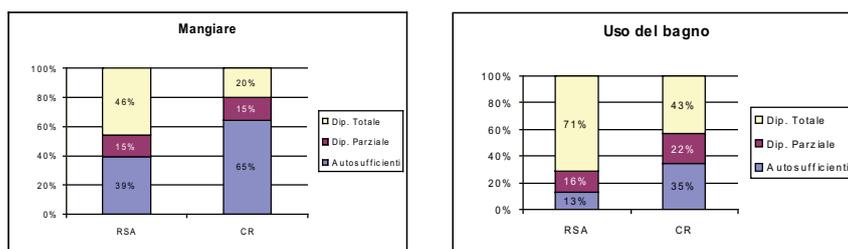


28 La scheda di Valutazione RUG III (1994, Fries) è una versione ridotta della scheda di valutazione multidimensionale conosciuta come Resident Assessment Instrument (RAI, o VAOR© nella versione Italiana) correntemente utilizzata negli U.S.A. per la valutazione e programmazione dell'assistenza ai pazienti ospiti nelle Nursing Home. Il Sistema RUG è un sistema di classificazione dei pazienti in gruppi a differente assorbimento di risorse assistenziali. La costruzione delle classi RUG avviene a partire da alcune informazioni, contenute nell'MDS (Minimum Data Set), con maggiore significato in una ottica di valutazione del carico assistenziale: individua, nei 7 raggruppamenti (classi) principali, 44 gruppi di assorbimento omogeneo di risorse.

Complessivamente il 63% dei soggetti ospitati nelle residenze valutate è parzialmente o completamente non autosufficiente negli spostamenti; circa il 57% dei soggetti non è completamente autosufficiente nella mobilità a letto. Il dettaglio percentuale per tipologia di residenza è espresso nella Figura 5.2.4.

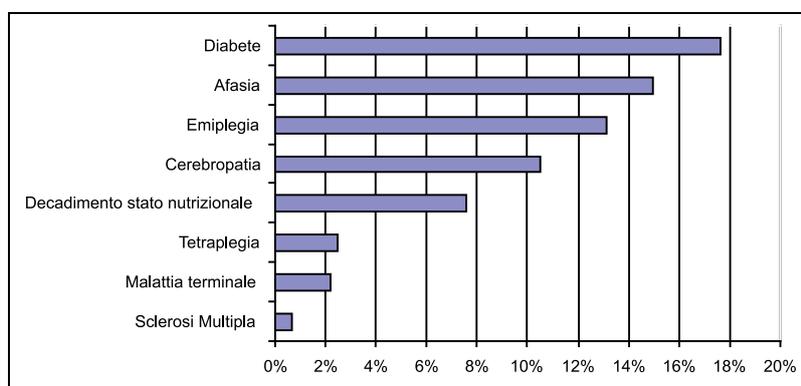
Il 70% dei soggetti è parzialmente o completamente non autosufficiente nell'uso del bagno e circa il 40% ha limitazioni nel mangiare (Figura 5.2.5).

**Figura 5.2.5 – Abilità in alcune attività di vita quotidiana per tipologia di residenza. Regione Marche 2004.**



Analizzando la prevalenza delle malattie ad alto carico assistenziale individuate dallo strumento RUG, ed illustrate nella Figura 5.2.6, le patologie di più frequente riscontro negli ospiti osservati sono rappresentate da: diabete mellito, afasia, emiplegia, patologie neurologiche centrali, decadimento dello stato nutrizionale, tetraplegia e neoplasie.

**Figura 5.2.6 - Patologie ad alto impegno assistenziale rilevate negli ospiti delle residenze. Regione Marche 2004.**



### La non autosufficienza nel Sistema delle Cure Domiciliari

Di fronte all'invecchiamento della popolazione e all'incremento di necessità di interventi assistenziali continuativi si sta spostando l'assistenza dall'ospedale alla rete territoriale, riservando il ricovero a situazioni più complesse e di carattere acuto.

Per Assistenza Domiciliare s'intende l'effettuazione, al domicilio del paziente, di prestazioni sanitarie più o meno complesse ed integrate a prestazioni socio assistenziali in un programma personalizzato di assistenza.

Tale intervento ha come finalità quella di garantire un adeguato livello assistenziale con lo scopo di salvaguardare l'autonomia degli individui e la loro permanenza nel proprio nucleo familiare, nel rispetto dei principi di appropriatezza, continuità ed efficacia delle cure.

Il percorso del paziente all'interno del sistema delle Cure Domiciliari (CD) (Studio ARS, 2003) può essere sintetizzato come segue:

- La richiesta di attivazione del servizio parte, generalmente, dal Medico di Medicina Generale (MMG) cui risponde, solitamente, una Caposala. La Segreteria Organizzativa, nel 28% sottopone i casi alla (Unità di Valutazione Distrettuale (UVD) e nel 66% attiva il Nucleo Operativo.
- Le UVD hanno valutato 11.209 casi di cui 80% sono stati inseriti in

CD e il 20% in altri regimi (RSA, ecc.). Il ruolo di case manager viene svolto dagli II.PP. e dai MMG.

- Nei distretti della Regione Marche sono stati assistiti a domicilio 44.238 pazienti con un tasso di *30,1 per 1000 ab* (3,6 < 65 anni e 127 > 65 anni): nel 43% si è trattato di ADP; nel 30% assistenza infermieristica; nell'8% assistenza riabilitativa e nel 19% di ADI.
- L'erogazione delle Cure è avvenuta nel 90% dei casi presso il domicilio del paziente, che è stato trattato, in media, per 148 giorni l'anno.
- Nel 50% dei casi i pazienti restano in ADI, nel 30% si è registrato il decesso, nel 13% si sono raggiunti gli obiettivi prefissi dai piani di assistenza, nel 7% è avvenuto il trasferimento in residenze o ospedale.
- Nei sistemi di supporto è risultato fortemente carente l'uso di tecnologie informatiche, problematica l'individuazione di centri di costo specifici per CD, da sviluppare con maggiore coerenza i sistemi formativi e premianti.

Nell'anno 2003 nei 33 Distretti della Regione Marche sono stati assistiti a domicilio 44.238 pazienti di tutte le età, pari ad un tasso di 30,1 pazienti per 1000 abitanti (Tabella 5.2.3).

**Tabella 5.2.3 – Pazienti in cure domiciliari nelle Marche (2003)**

TIPOLOGIA	N.	Tasso/1000 ab.
ADP	19.179	13,1
AID	13.388	9,1
ADR	3.572	2,4
ADI	8.099	5,5
Totale	44.238	30,1

***Le Cure Domiciliari per classi di età***

Il 91% dei pazienti in cura domiciliare ha un'età superiore ai 65 anni.

Nella fascia di popolazione degli ultrasessantacinquenni il tasso di cure domiciliari è risultato pari a 3,6 per 1.000 ab. < 65 anni e 127,0 per 1.000 ab. > 65 anni.

Il dato che nelle Marche, nel 2003, è circa il 13% della popolazione > 65 anni abbia usufruito di una forma di assistenza domiciliare, evidenzia la rile-

vanza di questa forma di assistenza e lascia stimare una copertura soddisfacente del bisogno di assistenza della popolazione.

In realtà la copertura avviene soprattutto nei soggetti di età superiore ai 75 anni. Infatti, l'analisi dei dati (24.501 casi su 44.238) relativi ai Distretti<sup>29</sup> che hanno fornito i casi raggruppati nelle tre fasce di età richieste nel questionario (0-64; 65-74; > 75 anni) evidenzia come:

- il 90% dei casi sia riferibile a pazienti di età superiore ai 65 anni, ma distribuito con il 66% dei pazienti > 75 anni e il 24% nell'età compresa tra i 65 ed i 74 anni;
- i tassi risultino essere di 61,9 x 1.000 tra i 65 ed i 74 anni e di 198,4 x 1.000 oltre i 75 anni.

#### **Tipologie delle Cure Domiciliari**

Tra le quattro tipologie di cure domiciliari analizzate:

- ADP (Assistenza Domiciliare Programmata: solo MMG)
- AID (Assistenza Infermieristica Domiciliare: I.P + MMG)
- ADR (Assistenza Domiciliare Riabilitativa: Terapista Riab. + MMG)
- ADI (Assistenza Domiciliare Integrata : almeno 2 figure professionali, in presenza di un piano assistenziale approvato in sede di UVD, es: MMG + IP e/o Medico specialista e/o Terapisti Riab. e/o Servizi Sociali)

l'ADP e l'AID rappresentano le forme più frequenti di erogazione di prestazioni (rispettivamente il 43 ed il 30% del totale), seguite dall'ADI (19%) e dall'ADR (8%).

Questa distribuzione percentuale delle varie tipologie assistenziali, presenta notevoli differenze tra Distretti, anche della stessa Zona Territoriale.

I tassi nella popolazione > 65 anni, per tipologia di CD, si distribuiscono nel modo seguente:

ADP – Il tasso regionale è di  $66,5 \times 1000 \text{ ab.}$  Tale tasso tende ad essere più elevato nelle aree più settentrionali della Regione sia a livello di Zona Territoriale (Figura 5.2.8.) che di singoli Distretti;

AID – Il tasso regionale è di  $38,1 \times 1000 \text{ ab.}$  Tale tasso tende ad essere più elevato nel sud della Regione (Figura 5.2.9); da notare che la copertura infermieristica nei Distretti di Pesaro, Matelica, Camerino e San Severino include

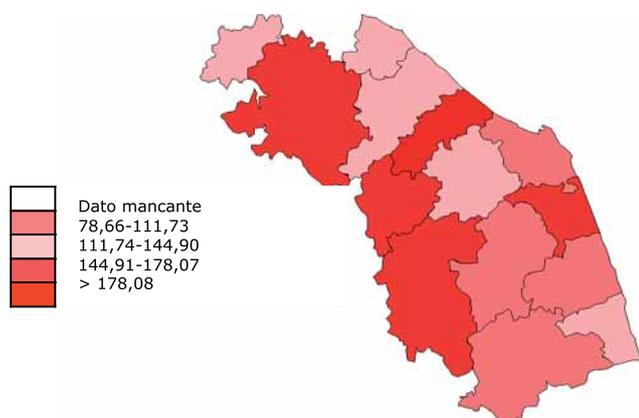
29 2: Pesaro, Cagli, Urbino, Urbania, Macerata F., Jesi C, Fabriano, Civitanova, Matelica, Camerino, San Severino, San Benedetto, Ascoli, Offida, Amandola.

anche il numero di soggetti a cui è stato offerto il solo servizio di prelievo a domicilio;

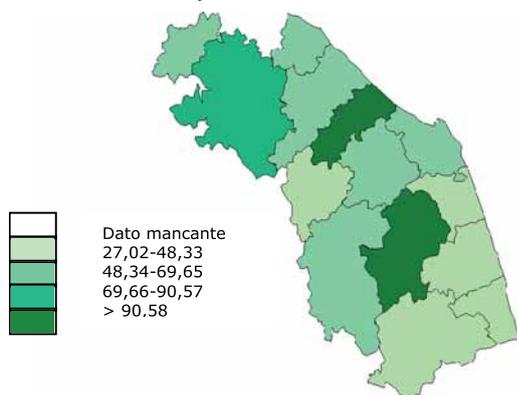
ADR – Il tasso regionale è di  $9,8 \times 1000 \text{ ab}$ . Anche tale forma di assistenza domiciliare tende ad essere più elevato nel sud della Regione, va, comunque, evidenziato come, essendo un servizio gestito frequentemente in appalto, il dettaglio sui dati non sia, purtroppo, sempre disponibile (Figura 5.2.10);

ADI – Il tasso regionale è di  $22,6 \times 1000 \text{ ab}$ . Non si nota un gradiente di distribuzione nord-sud o tra entroterra e costa, tuttavia, le differenze tra Zone e Distretti sono marcate e lasciano intuire differenti modalità di classificazione delle prestazioni (Figura 5.2.11).

**Figura 5.2.7 – Tassi di Cure Domiciliari x 1000 ab > 65 anni per Zona Territoriale – Marche, 2003**

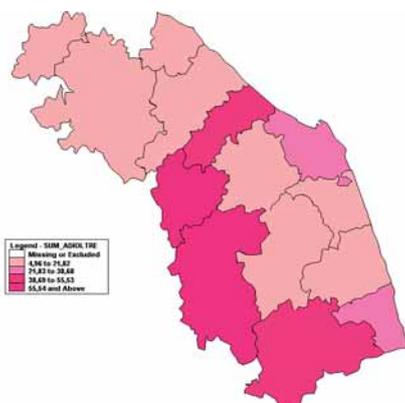


**Figura 5.2.8 - Tasso ADP (solo MMG) x 1000 abitanti di età > 65 anni per Zona Territoriale – Marche, 2003.**





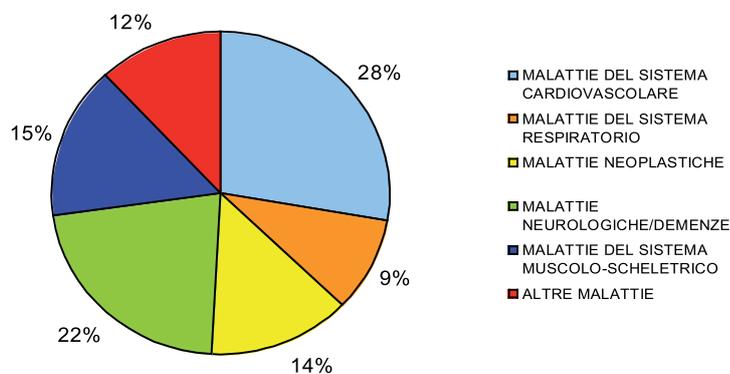
**Figura 5.2.11 - Tassi ADI x 1000 abitanti di età > 65 anni per Zone Territoriali - Marche, 2003.**



***Le patologie trattate e gli esiti***

Le patologie più frequenti nei pazienti assistiti sono quelle a carico dell'apparato cardiovascolare, del sistema nervoso e del sistema muscolo-scheletrico. I pazienti oncologici in terapia del dolore rappresentano spesso una fetta importante di assistiti. Il dato è riferito alla patologia principale che ha condotto alle cure. Peraltro, la salute del paziente anziano tende frequentemente ad una condizione di polipatologia che ne rende problematica la inclusione in una specifica, singola, categoria.

**Figura 5.2.12 – Patologia per cui i pazienti sono assistiti a domicilio – Marche, 2003**



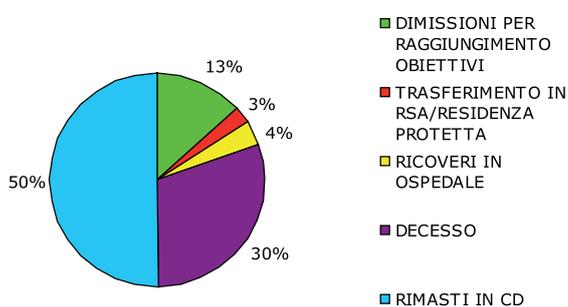
\* di cui 14% con lesioni da decubito

Da notare come, contestualmente ad altre patologie, il 14% dei soggetti in cura domiciliare presenti anche lesioni da decubito (2.964 pazienti).

***Gli esiti***

Come già rilevato, circa il 50% dei pazienti è rimasto in cura nel sistema domiciliare per tutta la durata dell'anno, gli esiti dichiarati si distribuiscono come segue: il 13% è stato dimesso per raggiungimento degli obiettivi di cura, il 4% è stato ricoverato in ospedale, il 3% è stato trasferito in RSA o RP e il 30% è deceduto.

**Figura 5.2.13 – Esiti dei pazienti in ADI – Marche, 2003**



Accanto ad una durata media della degenza di 148 giorni, con un minimo di 26 giorni, alcuni Referenti dichiarano come questa possa arrivare a 365 giorni/anno, suggerendo come il paziente trattato a domicilio possa rimanere a carico dell'assistenza domiciliare anche per anni.

### 5.3 L'IMMIGRATO

Fonti informative:

- ISTAT
- Archivio Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) ARS Marche
- SISTAR

La stima della popolazione immigrata presente nella regione Marche è stata effettuata sulla base dei dati relativi ai "Permessi di Soggiorno" elaborati dall'ISTAT. Lo stesso data-base è stato utilizzato per i motivi di soggiorno.

Dall'archivio SDO regionale sono stati invece selezionati i ricoveri riguardanti la popolazione immigrata extracomunitaria. La selezione è stata operata utilizzando i campi: "Comune di nascita" e "Residenza". Il campo "Nazionalità", pur presente nel tracciato record, non è stato preso in considerazione in quanto molto spesso non è correttamente compilato ed inoltre il suo utilizzo potrebbe comportare una sottostima della componente femminile che con il matrimonio acquisisce la cittadinanza italiana.

L'utilizzo dei campi SDO sopramenzionati ha portato all'individuazione di due sottogruppi di popolazione straniera dai quali, in seguito, sono state sottratte le persone nate all'estero in paesi dell'Unione Europea, Stati Uniti, Canada, Giappone ed Australia.

Il 1° gruppo è costituito dagli stranieri nati all'estero e residenti in Italia: esso rappresenta i cittadini immigrati regolarmente residenti nelle Marche.

Il 2° gruppo è invece formato dagli stranieri nati all'estero e residenti all'estero: esso individua le persone temporaneamente presenti (STP) in stato di indigenza.

Si precisa che nel gruppo 1° si è proceduto ad una ulteriore selezione: sono state infatti escluse le persone con nome e cognome italiani in modo da individuare i "veri immigrati extracomunitari" regolarmente residenti. L'artificio si basa sulla seguente considerazione: le Marche, nella prima metà del XX secolo e negli anni 1950-1960 ha subito consistenti flussi emigratori, con conseguente formazione di famiglie all'estero che, successivamente, sono rientrate in patria; di fatto, quindi, i componenti di tali famiglie sono italiani a tutti gli effetti.

Per quanto riguarda l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) sono stati utilizzati i dati elaborati dal Sistema Informativo Statistico Regionale.

La regione Marche, negli ultimi venti anni viene interessata, al pari delle altre regioni italiane, da una crescente presenza di immigrati che, al 31.12.2002<sup>30</sup>, sono il 3% della popolazione residente (2,5% in Italia).

La Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) rappresenta al momento l'unica fonte informativa, affidabile, sui problemi di salute di questa popolazione, in quanto non esistono, nella nostra Regione, altri flussi informativi consolidati e stabili da cui poter trarre informazioni valide.

30 Nella lettura dei dati si tenga conto che il provvedimento legislativo 189 del 30 Luglio 2002 ha favorito la trasformazione di numerosi immigrati irregolari in stranieri regolarmente residenti nel nostro Paese.

I dati di letteratura evidenziano che la perdita di salute per questa fascia di popolazione è legata sostanzialmente alle condizioni di deprivazione ed esclusione sociale in cui si trova costretta a vivere.

In particolare i fattori di rischio per la salute risultano essere:

- Il basso reddito e la sfavorevole condizione lavorativa (cioè la sua assenza, la sottooccupazione o precarietà, oppure anche la sua scarsa tutela);
- il basso livello d'istruzione (da cui può derivare: minori abilità, uno scarso valore attribuito alla tutela della salute, una scarsa attenzione alla prevenzione...);
- la condizione abitativa (vale a dire la sua assenza od inadeguatezza, oppure le scarse condizioni igieniche...);
- l'alimentazione e gli stili di vita in genere;
- la discriminazione etnica e culturale;
- il malessere psicologico per il "fallimento" del proprio progetto di vita;
- la condizione di clandestinità;
- la difficoltà di accesso ai servizi sanitari.

Tutti questi fattori sono estremamente complessi; pertanto vanno affrontati con strategie complessive, basate sull'informazione, la prevenzione ed un'offerta attiva di servizi socio-sanitari mirata. Strategie, appunto, che si propongono l'obiettivo di migliorare lo stato di salute degli immigrati anche attraverso la realizzazione di interventi volti ad un favorire le loro condizioni socio-economiche.

### **Caratteristiche demografiche della popolazione straniera immigrata nella regione Marche**

#### *Presenza straniera*

Nelle Marche, nel 2002, risultano presenti 47.090 persone straniere (pari al 3,2% dei residenti); il 92% di queste, cioè 43.172 individui, provengono da Paesi in via di sviluppo (PVS) a forte pressione migratoria.

**Tabella 5.3.1. Stranieri non comunitari residenti nella regione Marche, per aree di provenienza e sesso al 31.12.2002**

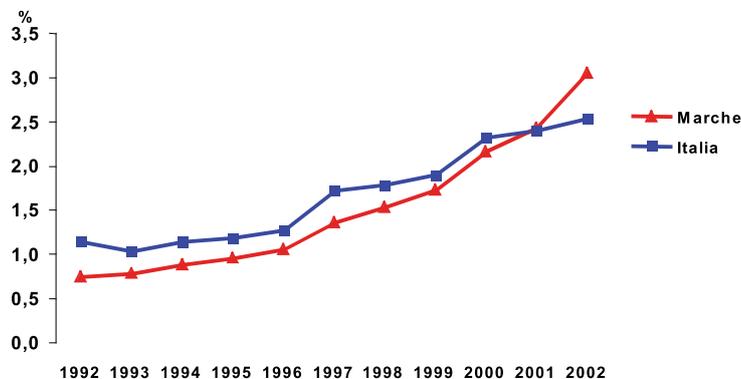
Aree di provenienza	Uomini		Donne		Totale		% Donne
	N°	%	N°	%	N	%	
Africa settentrionale	5.657	25	3.204	15	8.861	21	36
Albania	4.799	21	3.633	18	8.432	20	43
Ex Jugoslavia	3.502	16	2.458	12	5.960	14	41
Est Europa	2.009	9	5.245	25	7.254	17	72
Asia Centro meridionale	2.025	9	1.056	5	3.081	7	34
Africa (non settentrionale)	1.920	9	1.102	5	3.022	7	36
America Centro meridionale	1.088	5	2.541	12	3.629	8	70
Asia Orientale	993	4	1.227	6	2.220	5	55
Asia Occidentale	475	2	238	1	713	2	33
<b>Totale</b>	<b>22.468</b>	<b>100</b>	<b>20.704</b>	<b>100</b>	<b>43.172</b>	<b>100</b>	<b>48</b>

Fonte ISTAT: permessi di soggiorno - elaborazione Osservatorio Disuguaglianze / ARS Marche

Dalla Tabella 5.3.1 si evince che il 50% degli immigrati proviene da paesi dell'Europa Centro-Orientale (Albania, Ex-Jugoslavia, Ex-URSS).

La Figura 5.3.1 mostra come la presenza straniera nell'ultimo decennio sia praticamente quadruplicata

**Figura 5.3.1 - Prevalenza della popolazione straniera immigrata nella regione Marche, anni 1992 – 2002.**

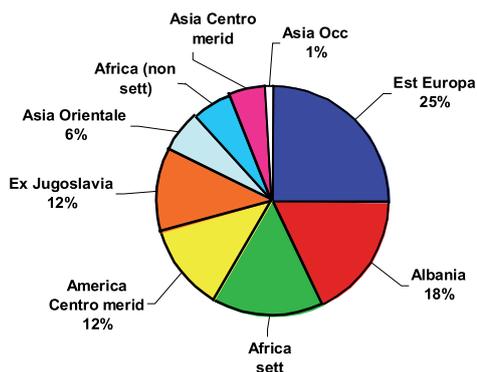


Fonte ISTAT: permessi di soggiorno - elaborazione Osservatorio Disuguaglianze / ARS Marche

**La componente femminile**

Nel 2002 le donne sono il 48% della popolazione immigrata presente nella regione (il 44% nel 1997; il 46% nel 2000): viene confermato il fenomeno della crescente femminilizzazione dei flussi migratori.

**Figura 5.3.2 - Popolazione femminile immigrata, residente nella regione Marche al 31.12.2002, per area geografica di provenienza.**



Fonte Istat, Permessi di soggiorno, elaborazione Osservatorio sulle Diseguaglianze, ARS Marche

Le donne provenienti dai Paesi dell'Europa Centro-Orientale (Est-Europa, Albania, ex-Jugoslavia) rappresentano il 55% delle donne immigrate nella regione (Figura 5.3.2).

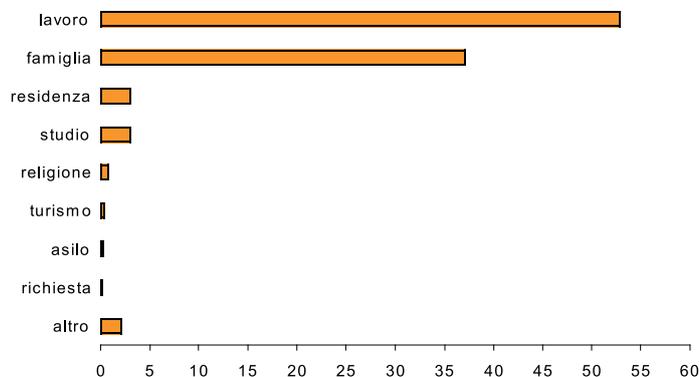
La componente femminile della popolazione immigrata dall'Est-Europa e dall'America Centro Meridionale costituisce rispettivamente il 72% ed il 70% del totale (Tabella 5.3.1).

Anche il numero delle donne asiatiche, nell'ambito delle rispettive comunità di appartenenza, è in crescita.

Attualmente le collettività femminili più numerose, in Regione, sono, in ordine decrescente, le albanesi, le marocchine, le rumene, le macedoni, le polacche, le tunisine, le cinesi, le ucraine, le russe, le nigeriane e le peruviane.

## Permessi di soggiorno

**Figura 5.3.3 - Motivi del rilascio del permesso di soggiorno alle persone straniere presenti nella regione Marche al 31.12.2002.**



Fonte ISTAT, Permessi di soggiorno, elaborazione Osservatorio sulle Diseguaglianze, ARS Marche

1 immigrato su 2 (il 54%) si trova nelle Marche per motivi di lavoro; 1 su 3 circa (il 37%) per motivi familiari.

Da segnalare la percentuale praticamente nulla di persone con permesso di soggiorno per asilo o richiesta di asilo: ciò è da imputare alle attuali politiche italiane che rendono sempre più difficoltosa l'accoglienza dei soggetti stranieri non comunitari.

## Lo stato di salute degli stranieri non comunitari

### *Il ricorso all'ospedalizzazione da parte della popolazione immigrata regolarmente residente*

Nell'anno 2002 i ricoveri ospedalieri sono stati 9.312 (il 3% di tutti i ricoveri avvenuti nelle strutture sanitarie marchigiane per acuti pari a 309.545 degenze) (Tabelle 5.3.2 e 5.3.3). Il 70% è dovuto a pazienti di sesso femminile: soprattutto donne dei paesi arabi del Nord-Africa, dell'Albania, dell'Est Europa, della Ex-Jugoslavia e dell'America Centro meridionale.

**Tabella 5.3.2 - Numero e distribuzione percentuale dei ricoveri nelle strutture sanitarie della regione Marche degli immigrati residenti, per sesso ed aree di provenienza. Anno 2002**

Aree di provenienza	Uomini		Donne		Totale		% Donne
	N°	%	N°	%	N	%	
Africa settentrionale	741	26,5	1.209	18,6	1.950	20,9	62,0
Albania	549	19,6	1.030	15,8	1.579	17,0	65,2
Est Europa	267	9,5	1.181	18,1	1.448	15,5	81,6
Ex Jugoslavia	326	11,7	752	11,5	1.78	11,6	69,8
America Centro meridionale	231	8,3	783	12,0	1.014	10,9	77,2
Asia Centro meridionale	247	8,8	352	5,4	599	6,4	58,8
Africa (non settentrionale)	215	7,7	455	7,0	670	7,2	67,9
Asia Orientale	67	2,4	293	4,5	360	3,9	81,4
Asia Occidentale	52	1,9	75	1,2	127	1,4	59,1
altro (nc)	102	3,6	385	5,9	487	5,2	79,1
<b>Totale</b>	<b>2.797</b>	<b>100</b>	<b>6.515</b>	<b>100</b>	<b>9.312</b>	<b>100</b>	<b>70</b>

Fonte: data base SDO, anno 2002.

Elaborazione: Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche

Il maggior numero di degenze è stato effettuato da persone provenienti dall’Africa settentrionale, dall’Albania e dall’Est Europa: complessivamente il 53% di tutti i ricoveri. Tale andamento riflette le caratteristiche dei flussi migratori del territorio.

**Le cause di ricovero più frequenti degli immigrati regolarmente residenti**

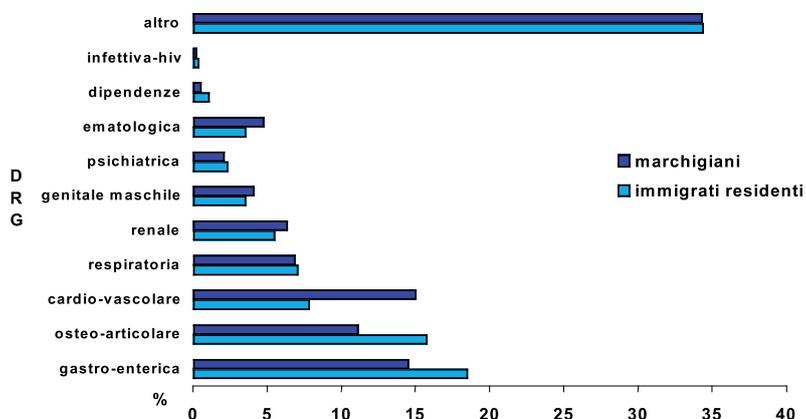
**Tabella 5.3.3 - Numero e distribuzione percentuale dei DRG per patologia: confronto tra immigrati residenti e residenti marchigiani. Regione Marche, anno 2002.**

n. DRG	Patologia	Pop. immigrata residente		Popolazione marchigiana	
		N°	%	N°	%
370-384	ostetrica	3.232	34,7	21.301	6,9
146-208	gastro-enterica	1.070	11,5	37.121	12,0
209-256	osteo-articolare	733	7,9	34.378	11,1
353-369	ginecologica	538	5,8	10.497	3,4
104-145	cardio-vascolare	530	5,7	40.054	12,9
302-333	renale	330	3,5	14.842	4,8
75-102	respiratoria	346	3,7	16.606	5,4
334-352	genitale maschile	99	1,1	6.040	2,0
424-432	psichiatrica	180	1,9	6.417	2,1
392-414	ematologica	213	2,3	14.405	4,7
433-437	dipendenze	57	0,6	1.083	0,3
488-490	infettiva - hiv	22	0,2	494	0,2
altro		<b>1.962</b>	21,1	106.307	34,3
<b>Totale</b>		<b>9.312</b>	<b>100</b>	<b>309.545</b>	<b>100</b>

Le patologie ostetrico-ginecologiche, quelle gastro-enteriche non infettive ed i problemi osteo-articolari rappresentano il 60% dei motivi di degenza della popolazione straniera non comunitaria residente.

La prima causa di ricovero per gli uomini, come negli anni precedenti, è rappresentata da un insieme di malattie di natura non infettiva a carico dell'apparato gastro-intestinale (ulcera, esofagite, gastrite, duodenite...), seguita dai problemi osteo-articolari, spesso dovuti a traumi, suggerendo quindi che per questa fascia di popolazione i problemi di salute sono legati sostanzialmente a stili di vita insalubri (Figura 5.3.4)

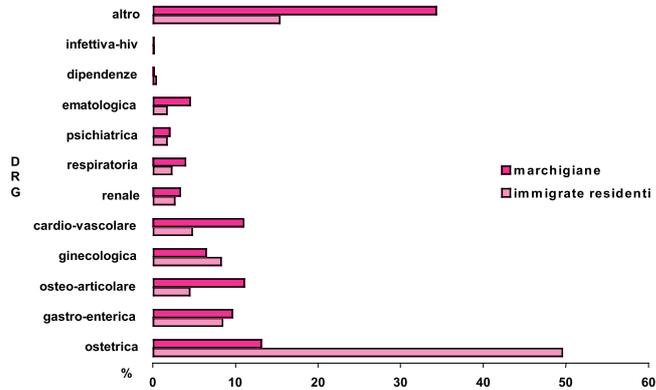
**Figura 5.3.4 - DRG: confronto tra gli uomini immigrati residenti ed i marchigiani. Regione Marche, 2002**



Fonte: data base SDO, anno 2002, Elaborazione: Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche

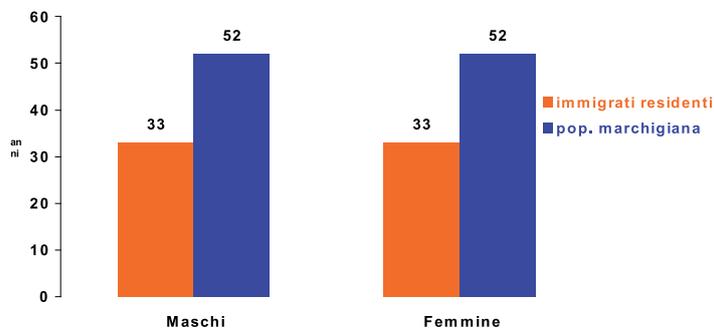
Riguardo invece il sesso femminile: 1 immigrata non comunitaria residente su 2 (il 58%) si ricovera in ostetricia-ginecologia (Figura 5.3.5)

**Figura 5.3.5 - DRG: confronto tra le donne immigrate residenti e le marchigiane. Regione Marche, 2002**



Dalla Figura 5.3.6 si evince che l'età media dei ricoverati marchigiani, in entrambi i sessi, è più elevata rispetto a quella dei soggetti non comunitari residenti: 52 verso 33 anni.

**Figura 5.3.6 - Distribuzione per sesso dell'età media dei ricoverati: confronto tra la popolazione immigrata residente e quella Marchigiana. Regione Marche, anno 2002.**

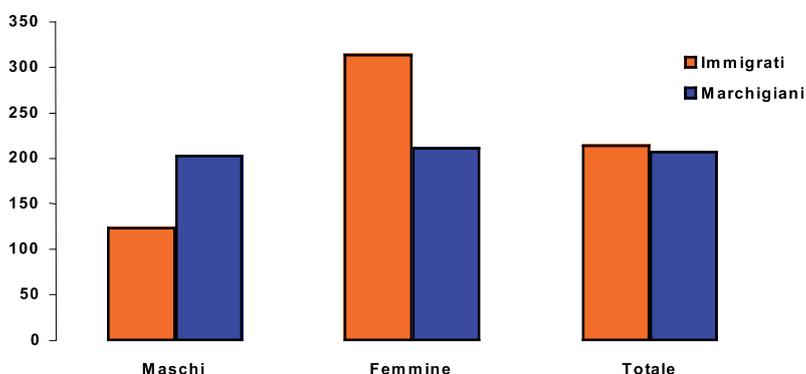


Fonte: data base SDO, anno 2002. Elaborazione: Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche

Questo perché i motivi di ricovero in ospedale per i marchigiani sono rappresentati dalle problematiche legate all'età avanzata (gli interventi per cataratta, le malattie cardiovascolari, l'ictus, la BPCO), mentre quelli degli immigrati regolari sono le patologie acute specialmente di tipo ortopedico-chirurgico.

*Tasso di ospedalizzazione: confronto stranieri non comunitari residenti-popolazione marchigiana*

**Figura 5.3.7 - Tasso di ospedalizzazione in base al sesso, (x 1.000) degli stranieri non comunitari residenti e della popolazione marchigiana. Anno 2002.**



Fonte: data base SDO, anno 2002. Elaborazione: Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche

In numerose indagini qualitative locali e nazionali viene segnalato che una scarsa accessibilità ai servizi ambulatoriali di base, unitamente alle difficoltà di comunicazione e relazionale con i pazienti stranieri, possono indurre i medici a cercare di risolvere i problemi di salute ricoverando i pazienti<sup>31</sup>.

Dalla Figura 5.3.7 emerge l'elevato tasso di ospedalizzazione delle donne immigrate causato dalla problematica ostetrica.

31 Bibliografia di riferimento: "L'assistenza sanitaria agli stranieri nelle Aziende Sanitarie della regione Marche: indagine sulla conoscenza da parte degli operatori sulle problematiche dell'accessibilità ai servizi da parte degli immigrati (Oss. Diseguaglianze/ARS Marche, anno 2001), "Corso di Formazione per mediatori e mediatrici linguistico-culturali in ambito socio sanitario 1999-2000, quaderno a cura dell'Associazione Senza Confini, anno 2003), "La tutela della salute femminile e procreazione per una utenza multiculturale" Quaderno a cura dell'Associazione Senza Confini, anno 2000)

***Le cause di ricovero più frequenti degli immigrati irregolari (STP)***

Nel 2002 nelle strutture sanitarie per acuti della regione Marche si sono ricoverate 855 persone STP. Esse hanno prodotto 1.422 ricoveri. L'età media dei ricoverati è pari a 29 anni per entrambi i sessi: è questa una popolazione ancora più giovane degli immigrati regolari. Il 59% del totale delle degenze è dovuto alla popolazione femminile.

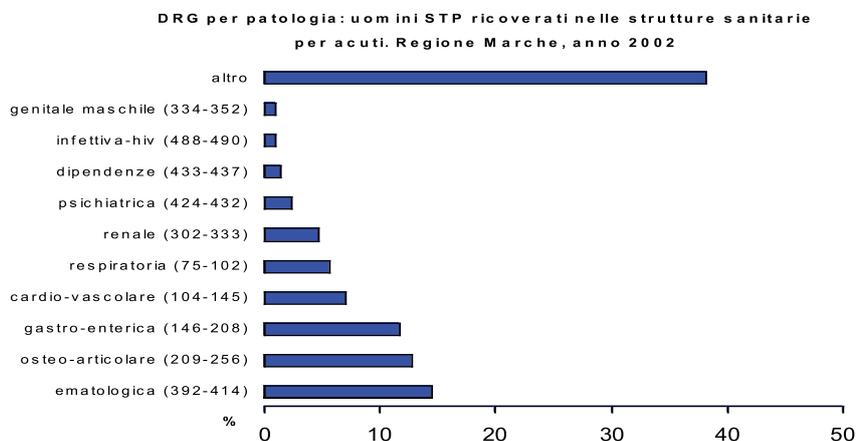
La percentuale del ricorso all'ospedalizzazione delle donne STP è inferiore a quella delle straniere non comunitarie regolarmente residenti (70% di tutti i ricoveri di questo gruppo di popolazione).

Ciò potrebbe dipendere da un insieme di fattori quali:

- una minore presenza di clandestine donne
- le condizioni di estrema precarietà che ostacolano una scelta di maternità
- una maggiore difficoltà di accesso ai servizi rispetto al resto delle immigrate.

In Figura 5.3.8 sono rappresentati i più frequenti motivi di ricovero degli uomini STP

**Figura 5.3.8 - Distribuzione percentuale dei DRG, per patologia, degli uomini STP ricoverati nelle strutture sanitarie per acuti. Regione Marche, anno 2002 .**



I ricoveri per cause ematologiche (DRG 392-414) sono il principale motivo di ricorso all'ospedalizzazione negli uomini (il secondo motivo, per frequenza, nella popolazione STP totale).

Tali degenze per circa 1/5 dei casi (22,5%), si verificano nella fascia di età 0 -14 anni. Esse sono dovute,

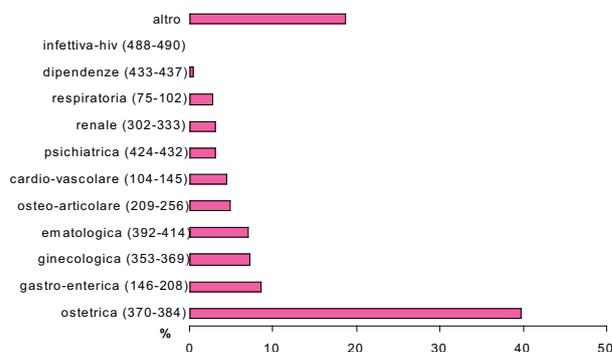
nell' 82,6% dei casi, a pazienti stranieri trasferiti in Italia per cure nell'ambito di programmi umanitari (45,8%), od a pazienti con permesso di soggiorno per "cure mediche" (36,8%), questi ultimi non a carico del Servizio Sanitario Regionale. Soltanto l'8% di tali ricoveri sono effettuati dagli immigrati STP, cioè a clandestini presenti nel territorio marchigiano e, quindi, a carico del SSR.

I trapianti di midollo, (DRG 481) sono stati fatti a 17 immigrati non residenti, a 9 immigrati residenti e a 91 residenti marchigiani. Negli immigrati non residenti il trapianto è stato effettuato quasi esclusivamente a bambini (fascia di età 1-14 anni), provenienti da zone di guerra del Medio Oriente (Israele, e Paesi del Golfo), di cui 7 sono arrivati in Italia nell'ambito di programmi umanitari.

Le patologie osteo-articolari, spesso di natura traumatica e le malattie gastro-enteriche non infettive (ulcera, esofagite, ecc...) si confermano essere, dopo le cause ematologiche, anche nei soggetti stranieri non comunitari STP, i prioritari problemi di salute che portano all'ospedalizzazione (Figura 5.3.8).

Nelle donne il primo motivo di ricovero è la problematica ostetrica seguita dalle patologie gastro-enteriche e ginecologiche; meno rilevanti, rispetto agli uomini, sono le malattie osteo-articolari (Figura 5.3.9)

**Figura 5.3.9 - Distribuzione percentuale dei DRG, per patologia, delle donne STP ricoverate nelle strutture sanitarie per acuti. Regione Marche, anno 2002 .**



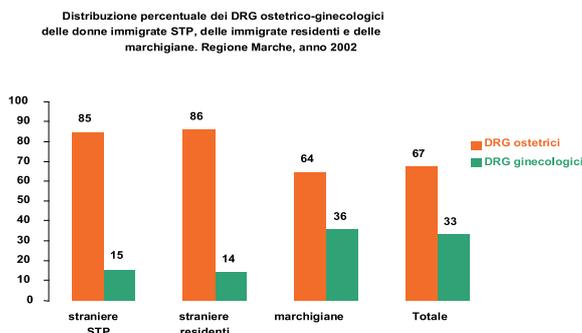
**Focus sulla problematica ostetrico-ginecologica**

I motivi ostetrico-ginecologici rappresentano, nel 2002, per le immigrate residenti, per le STP e per le marchigiane rispettivamente il 58%, il 47% ed il 20% di tutte le degenze.

Tra le straniere non comunitarie le cause ostetriche di ricovero prevalgono nettamente sulle cause ginecologiche (Figura 5.3.10): ciò in relazione alla più giovane età ed al maggior numero di gravidanze. Infatti nel gruppo delle immigrate regolari i soli motivi ostetrici legati al parto, rappresentano circa la metà delle cause di ricovero (49,6%) contro il 13,1% delle marchigiane.

Da sottolineare tuttavia, anche i ricoveri per cause ginecologiche i quali rappresentano la terza motivazione di ricorso all'ospedale sia per le immigrate residenti che per le STP, mentre costituiscono una causa meno frequente di ricovero per le donne marchigiane.

**Figura 5.3.10 - DRG ostetrico-ginecologici: confronto immigrate regolari, straniere STP, marchigiane. Regione Marche, anno 2002**



Fonte: data base SDO, anno 2002. Elaborazione: Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche

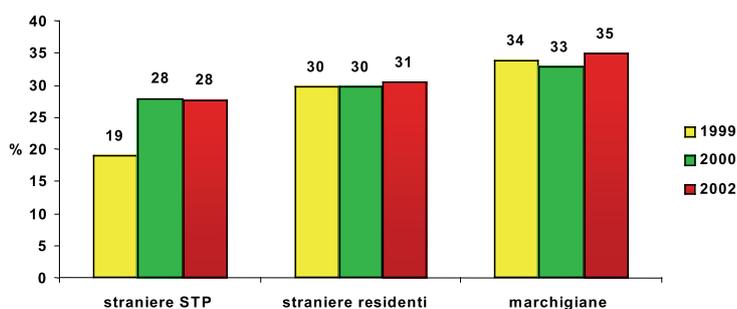
**Parti**

I parti delle donne straniere rappresentano il 14,5% del totale dei parti nella regione Marche: un valore in costante aumento negli ultimi anni (4% nel 1997, 9% nel 1999, 11% nel 2000).

Nel 2002 una donna marchigiana su 3 (il 35%) ha partorito con taglio cesareo: tale percentuale è pari al 31% tra le immigrate regolari ed al 28% nelle STP.

La Figura 5.3.11 evidenzia tra le immigrate irregolari un trend di cesarei in aumento: si ipotizza quindi una condizione di progressiva medicalizzazione della gravidanza anche per questa fascia di popolazione.

**Figura 5.3.11 - Cesarei: confronto immigrate regolari, straniere STP, marchigiane. Regione Marche, 1999-2000-2002.**

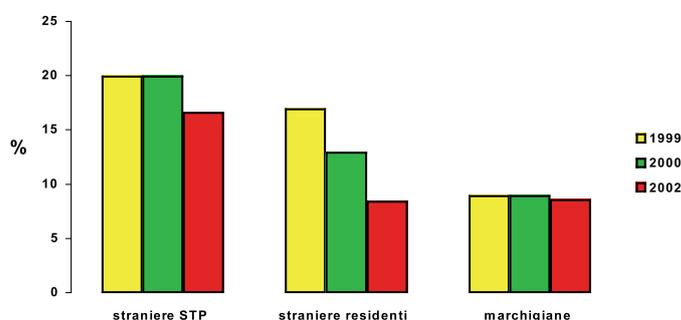


Fonte: data base SDO, anno 2002. Elaborazione: Osservatorio epidemiologico sulle Diseguglianze/ARS Marche

### ***Abortività spontanea***

Il fenomeno dell'abortività spontanea, analizzato per gli anni 1999, 2000 e 2002 tra le straniere STP, mostra un trend in diminuzione pur mantenendo valori costantemente più elevati rispetto alla popolazione femminile marchigiana (circa il doppio). Sempre nello stesso periodo temporale si assiste invece ad una riduzione dell'abortività spontanea tra le immigrate residenti (Figura 5.3.12). Ciò conferma che le condizioni di vita per le donne clandestine sono molto meno salubri rispetto alle residenti.

**Figura 5.3.12 - Tasso di abortività spontanea x 100 gravidanze note: confronto tra donne marchigiane, straniere residenti e straniere STP. Regione Marche, anno 2002.**

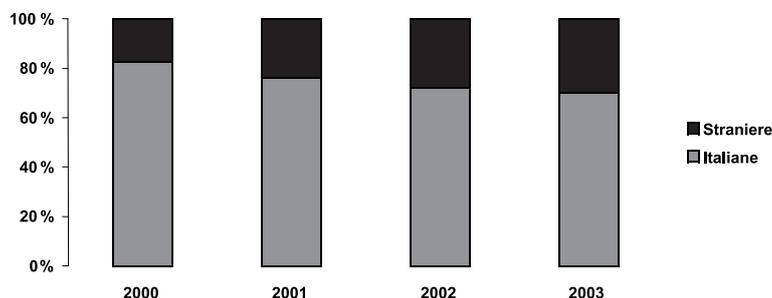


Fonte: data base SDO, anno 2002. Elaborazione: Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche

### ***Interruzioni Volontarie di Gravidanza***

Le interruzioni volontarie della gravidanza (IVG) delle donne straniere sono, nella regione Marche come del resto in tutta l'Italia, un fenomeno in costante aumento (Figura 5.3.15): nel 2002, il 27,8% di tutte le IVG effettuate nelle strutture sanitarie della Regione sono state fatte da donne non italiane. In particolare 1 IVG su 2 (il 59%) è praticata da donne provenienti da paesi Europei non UE.

**Figura 5.3.13 - Andamento delle IVG delle donne italiane e straniere (%) effettuate nelle strutture marchigiane nel periodo 2002-2003.**



Fonte: SIS - Regione Marche. Elaborazione: Osservatorio epidemiologico sulle Diseguglianze/ARS Marche

Al termine di questo focus si riportano le informazioni più importanti scaturite da un'indagine campionaria sul percorso nascita effettuata nella regione Marche in collaborazione con l'ISS<sup>32</sup>. L'analisi dei dati sull'assistenza alla gravidanza ed al parto, nella popolazione femminile straniera non comunitaria, contenuti nello Studio hanno evidenziato i seguenti punti critici:

- un elevato rischio di effettuare tardivamente i controlli in gravidanza (rischio relativo di effettuare un controllo tardivo tra le immigrate rispetto alle marchigiane pari a 4,5);
- una mancata partecipazione ai corsi di preparazione alla nascita (partecipano ai corsi il 33% delle marchigiane contro il 5% delle immigrate);
- una scarsa fruizione dell'assistenza domiciliare post-parto (ne fruiscono il 14,5% delle marchigiane contro il 9,5% delle immigrate);
- una maggiore carenza nelle informazioni ad es. sul parto e travaglio (il 60% delle immigrate riferisce di aver avuto informazioni inadeguate su travaglio e parto durante la gravidanza vs il 44% delle marchigiane).

32 Dubbini L, De Giacomi V. G, Carletti P, Mancini C: Il Percorso nascita nella regione Marche, 2003

In conclusione i dati suggeriscono l'urgenza di intraprendere:

- iniziative specifiche, attive e culturalmente pertinenti per promuovere la salute sessuale delle immigrate, comprese quelle per aumentare l'accesso ai servizi di base (consultori ecc...),
- azioni per migliorare le condizioni abitative e lavorative degli immigrati come strategia fondamentale per migliorarne l'inclusione sociale e, quindi, le condizioni di salute.



# 6

## LA SICUREZZA COME ELEMENTO DELLA QUALITÀ DELLA VITA



## 6.1. INCIDENTI STRADALI

*Fonti informative:*

*"Sistar Marche" (www.sistar.marche.it)*

*"Statistica degli incidenti stradali", pubblicazione annuale a cura dell'ISTAT in collaborazione con l'ACI.*

*"Sistema Ulisse", osservatorio nazionale sull'uso dei dispositivi di sicurezza (www.iss.it/binary/publ/cont/1123-3117\_2006\_1\_06\_39.1169476725.pdf)*

*"Guida e comportamenti a rischio: risultati generali dell'indagine AMR 2003" (http://www.epicentro.iss.it/focus/stradale/incidenti2003.pdf)*

*"Studio PASSI Marche 2005", in press (www.epicentro.iss.it/passi/pdf/Marche\_PASSI.pdf)*

### Introduzione

Secondo i dati contenuti nel rapporto Istat-Aci relativo agli incidenti stradali avvenuti in Italia nel 2005, ogni giorno in Italia si verificano in media 617 incidenti, che causano 15 decessi, il ricovero in ospedale di 860 persone di cui circa 60 riportano invalidità permanenti. Nel 2005 si sono verificati più di 225 mila incidenti stradali, che hanno provocato il decesso di più di 5 mila persone, mentre altre 313.727 hanno subito lesioni di diversa gravità. Rispetto al 2004, è in calo il numero degli incidenti (-1,8%), quello dei morti (-4,7%) e dei feriti (-2,7%) (Tabella 6.1.1). Nonostante questo gli incidenti stradali costituiscono un problema di sanità pubblica drammaticamente attuale, prioritario, sia per l'alto numero di morti e di invalidità permanenti che causano, sia per la rilevanza dei costi socio-sanitari.

**Tabella 6.1.1 - Incidenti e persone infortunate secondo la conseguenza per regione - Anno 2005**

REGIONI	INCIDENTI STRADALI	INFORTUNATI			
		Numero Morti	Numero Feriti	Per 100 infortunati	
				Morti	Feriti
Piemonte	14.751	433	21.452	2,0%	98,0%
Valle d'Aosta	367	13	508	2,5%	97,5%
Lombardia	44.548	790	56.842	1,4%	98,6%
Trentino -A.Adige	3.501	175	4.633	3,6%	96,4%
Veneto	17.425	540	24.122	2,2%	97,8%
Friuli -Venezia -Giulia	4.899	165	6.505	2,5%	97,5%
Liguria	9.321	104	12.296	0,8%	99,2%
Emilia -Romagna	21.929	555	30.161	1,8%	98,2%
Toscana	19.940	348	26.214	1,3%	98,7%
Umbria	3.308	94	4.644	2,0%	98,0%
<b>Marche</b>	<b>6.838</b>	<b>147</b>	<b>9.959</b>	<b>1,5%</b>	<b>98,5%</b>
Lazio	32.090	571	44.268	1,3%	98,7%
Abruzzo	4.389	128	6.661	1,9%	98,1%
Molise	452	23	756	3,0%	97,0%
Campania	10.457	313	15.698	2,0%	98,0%
Puglia	9.591	349	16.142	2,1%	97,9%
Basilicata	773	38	1.286	2,9%	97,1%
Calabria	3.274	144	5.599	2,5%	97,5%
Sicilia	13.471	364	20.192	1,8%	98,2%
Sardegna	3.754	132	5.789	2,2%	97,8%
<b>ITALIA</b>	<b>225.078</b>	<b>5.426</b>	<b>313.727</b>	<b>1,7%</b>	<b>98,3%</b>

Fonte: Istat      Elaborazioni: Sistema Informativo Statistico      - Regione Marche

### Incidenti nelle Marche per rete stradale

La rete stradale marchigiana extraurbana, lunga complessivamente 14.000 Km, è costituita in prevalenza da strade comunali extraurbane (ca 7.000 Km), strade statali (463), strade provinciali (6207Km) e da autostrada (200Km).

Nel 2005 gli incidenti stradali verificatisi nelle Marche sono stati 6.838, in diminuzione rispetto al 2004 (7.556) e al 2003 (7.363).

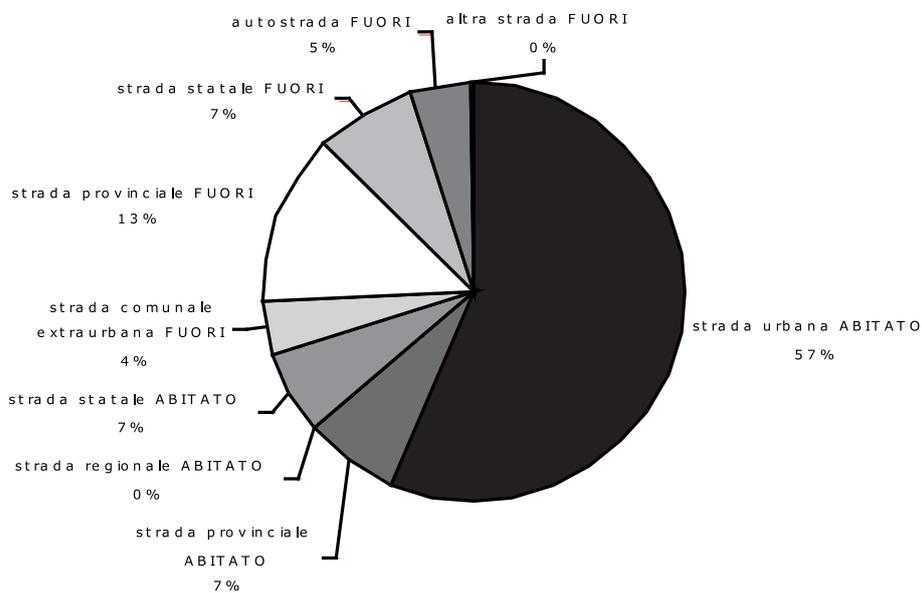
L'analisi epidemiologica viene effettuata sull'anno 2004, per il quale sono attualmente disponibili le disaggregazioni subregionali. Nella tabella 6.1.2 viene evidenziata la distribuzione percentuale degli incidenti stradali per categoria di strada e per provincia.

Poco più dei 2/3 degli incidenti stradali si è verificata su strade urbane e il 5% sull'autostrada (Tabella 6.1.2 e Figura 6.1.1).

**Tabella 6.1.2 – Distribuzione degli incidenti stradali per categoria di strada e per provincia, regione Marche. Anno 2004.**

	LOCALIZZAZIONE DELL'INCIDENTE								
	NELL'ABITATO				FUORI L'ABITATO				
	strada urbana ABITATO	strada provinciale ABITATO	strada regionale ABITATO	strada statale ABITATO	strada comunale extraurbana FUORI	strada provinciale FUORI	strada statale FUORI	autostrada FUORI	altra strada FUORI
AN	1.601	136	2	43	90	249	188	98	4
AP	1.038	128	0	126	62	248	58	151	2
MC	511	167	0	155	66	291	164	31	5
PU	996	110	0	159	77	193	126	79	5
	4.146	541	2	483	295	981	536	359	16

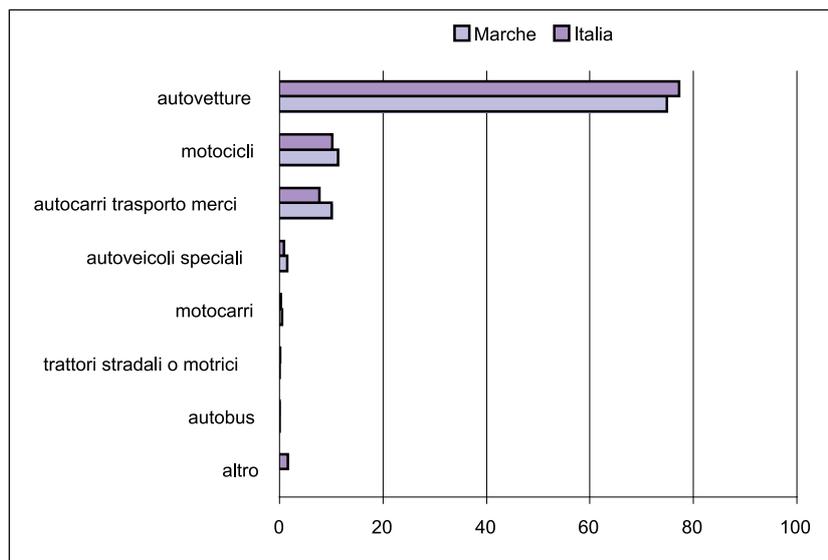
**Figura 6.1.1 – Distribuzione percentuale degli incidenti stradali per categoria di strada e per provincia, regione Marche. Anno 2004.**



Fonte: Sistar Marche

Dalle risultanze del Pubblico Registro Automobilistico, il parco veicolare nelle Marche, nel 2004, era costituito da 1.243.645 veicoli di cui il 75% erano rappresentati da autovetture, il 12% motocicli e il 10% autocarri (Figura 6.1.2)

**Figura 6.1.2. Composizione percentuale del parco veicolare in Italia e nelle Marche – Anno 2004**



Nel decennio 1995-2004 l'incremento complessivo del numero dei veicoli registrato nella nostra Regione è stato pari al 21% e quello delle autovetture pari al 13%.

### Incidenti, morti e feriti

Nelle Marche, nel 2004 (ultimo anno in cui i dati ISTAT-ACI sono disponibili per disaggregazione subregionale), si sono verificati 7.556 *incidenti stradali* che hanno provocato il *ferimento* di 11.030 persone e la *morte* di 183 vittime.

Rispetto alla situazione registrata 10 anni prima (1995), gli *incidenti stradali* nel 2004 sono aumentati di 952 unità (+ 14,4 %), i decessi sono diminuiti di 10 unità (- 5,2%) ed il numero dei feriti è aumentato 1605 unità (+ 17,0%).

La variazione percentuale dell'indicatore di *incidentalità stradale* (rapporto tra il numero degli incidenti per 100 mila veicoli) calcolato negli anni 1995 e 2004 evidenzia che mediamente, nelle Marche, il rischio di incidente stradale è diminuito (- 5,7 %). Tale fenomeno, tuttavia, non risulta omogeneo all'interno del territorio regionale: è aumentato in provincia di Pesaro-Urbino e di Ascoli Piceno (+ 10,2% e + 20,1%), mentre è diminuito in provincia di Ancona e di Macerata (- 24,1% e - 10,0 % rispettivamente) (Tabella 6.1.3).

**Tabella 6.1.3 - Incidenti stradali nelle Marche per 100 mila veicoli negli anni 1995 e 2004**

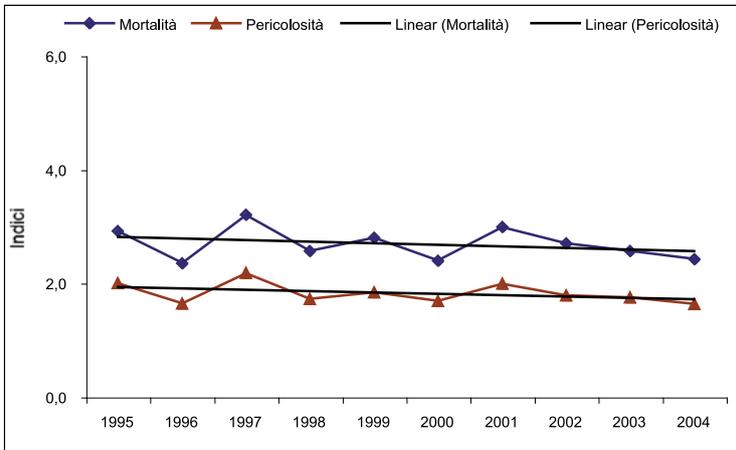
Province	1995	2004	Variazione%
Pesaro-Urbino	578	637	+ 10,2
Ancona	851	646	- 24,1
Macerata	599	539	- 10,0
Ascoli Piceno	488	590	+ 20,1
Marche	645	608	- 5,7

Elaborazioni su dati ISTAT-ACI. Statistica degli incidenti stradali.  
Anni 2003-2004

Il rischio generale di morire per un incidente stradale (*indice di mortalità stradale*) nella nostra Regione è complessivamente in diminuzione (- 17,2%), il rischio di subire lesioni (*indice di lesività*) è in lieve aumento (+ 2,8%) e il rischio di morire per le vittime di incidenti (*indice di pericolosità*) è in diminuzione (- 20,0%) (Figure 6.1.3 e 6.1.4).

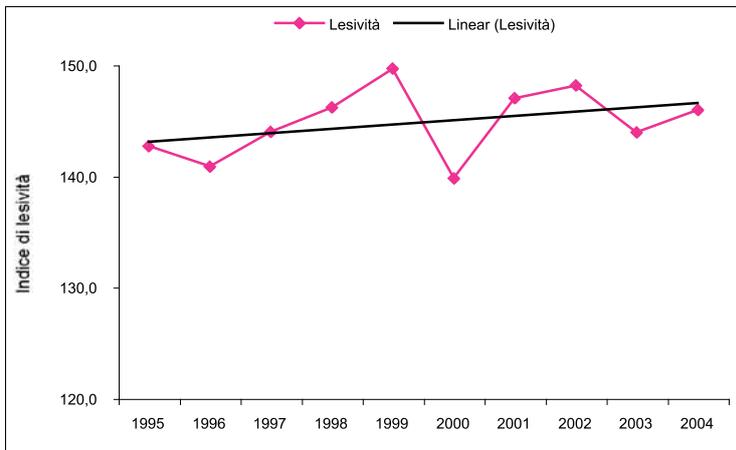
Nelle province, tali fenomeni, presentano andamenti tra loro non sovrapponibili: l'indice di *mortalità stradale* più alto si riscontra in provincia di Macerata (3,1%) seguito da quello delle province di Ancona (2,8%), Ascoli Piceno (2,0%) e Pesaro Urbino (1,9%).

**Figura 6.1.3 - Trend temporale degli indici di Mortalità (morti ogni 100 incidenti) e Pericolosità stradale (deceduti per 100 infortunati, morti+feriti) nelle Marche (1995-2004)**



Elaborazione su dati ISTAT. Serie storica veicoli 1921-1993 e ISTAT-ACI. Statistica degli incidenti stradali. Anni 2003-2004)

**Figura 6.1.4 - Trend temporale dell'indice di Lesività stradale (feriti per 100 incidenti) nelle Marche (1995-2004).**



Elaborazione su dati ISTAT. Serie storica veicoli 1921-1993 e ISTAT-ACI. Statistica degli incidenti stradali. Anni 2003-2004

Le linee di tendenza lineare, che complessivamente evidenziano con maggiore immediatezza il trend temporale, invece delle linee spezzate dei diagrammi, mostrano che il *rischio di morte* legato ad incidenti stradali:

- in provincia di Ancona è tendenzialmente in aumento; in provincia di Macerata tale tendenza è più attenuata;
- in provincia di Pesaro Urbino ed Ascoli Piceno è in diminuzione (Figura 6.1.5 a).

Gli indici di *lesività*, nel tempo, sono tendenzialmente:

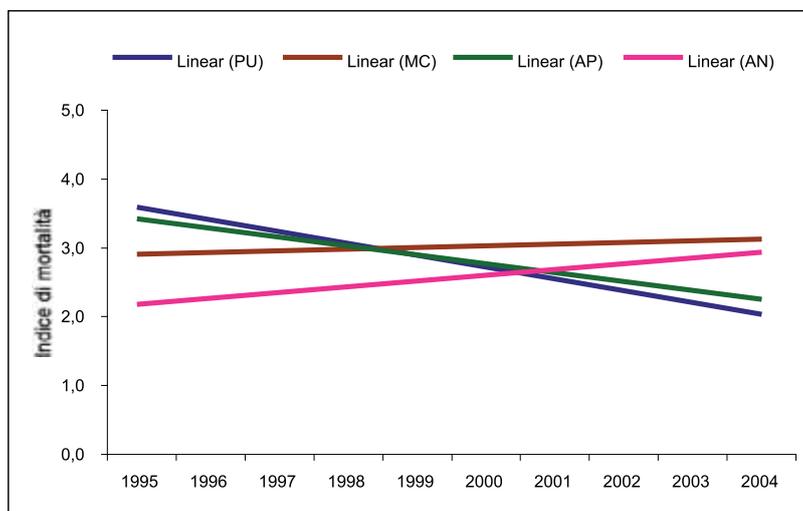
- stabili nelle province di Pesaro Urbino ed Ascoli Piceno;
- in aumento nelle province di Ancona e Macerata (Figura 6.1.5 b).

Gli indici di *pericolosità*, che come abbiamo detto sopra, esprimono meglio il livello di gravità dell'incidente stradale, in quanto, rispetto all'indice di mortalità, si riferiscono al numero complessivo di morti e feriti, piuttosto che agli incidenti:

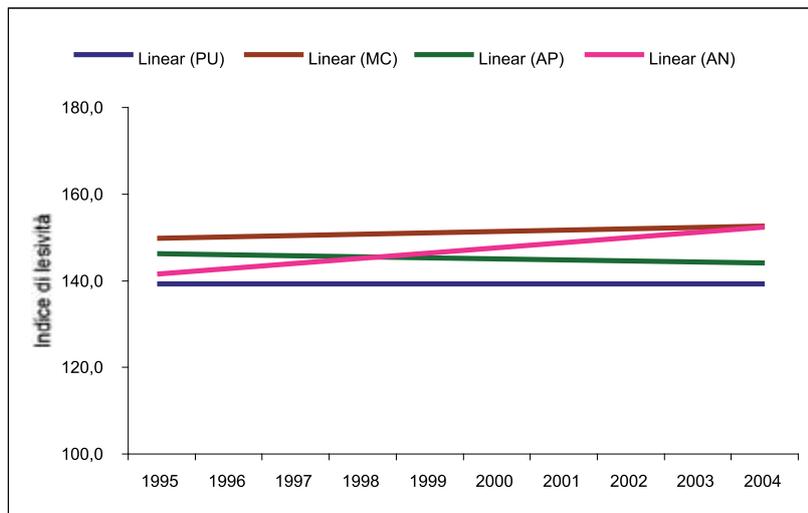
- tendono a diminuire in provincia di Pesaro ed Ascoli Piceno;
- tendono ad aumentare in provincia di Ancona;
- tendono a stabilizzarsi in provincia di Macerata (Figura 6.1.5 c)

**Figura 6.1.5 - Trend temporale degli indici di mortalità (a), lesività (b) e pericolosità (c) per incidenti stradali nelle province delle Marche (1995-2004).**

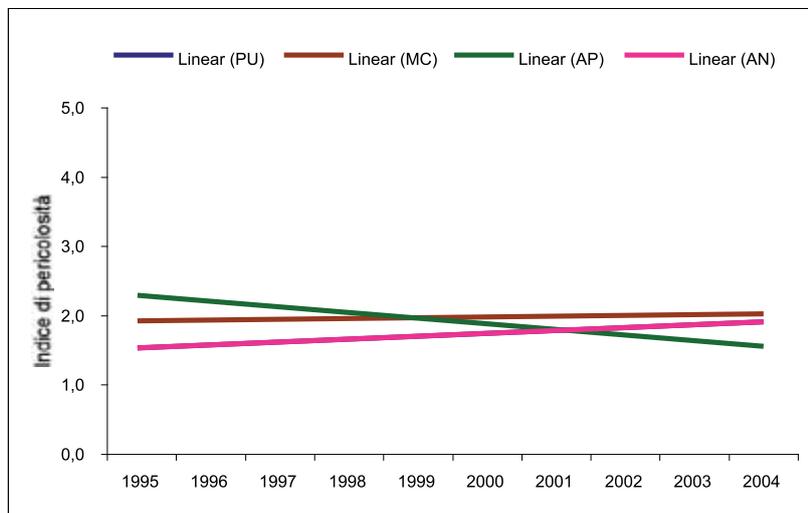
(a)



(b)



(c)



### Incidenti, morti e feriti per strada e per provincia

Si riportano, di seguito, in Tabella 6.1.4 i numeri assoluti di incidenti stradali, morti e feriti per provincia, nell'arco di tempo 1995-2004.

**Tabella 6.1.4 - Numero di incidenti stradali (a), morti (b) e feriti (c) nelle Marche (1995-2004), per provincia <sup>(1,2)</sup>**

(a)

Anni/Prov.	PU	AN	MC	AP	Marche
1995	1.407	2.695	1.279	1.223	6.604
1996	1.580	2.794	1.425	1.389	7.188
1997	1.293	2.400	1.222	1.415	6.330
1998	1.056	2.652	1.231	1.680	6.619
1999	1.029	2.560	1.400	1.748	6.737
2000	2.178	2.409	1.450	1.846	7.883
2001	1.921	2.313	1.593	1.639	7.466
2002	1.994	2.497	1.558	1.498	7.547
2003	1.913	2.703	1.478	1.838	7.932
2004	1.942	2.411	1.390	1.813	7.556

(b)

Anni/Prov.	PU	AN	MC	AP	Marche
1995	50	52	42	49	193
1996	37	61	32	39	169
1997	47	68	41	47	203
1998	39	60	32	39	170
1999	37	57	46	49	189
2000	42	62	36	49	189
2001	58	68	53	44	223
2002	43	66	50	45	204
2003	38	68	44	41	191
2004	37	67	43	36	183

(c)

Anni/Prov.	PU	AN	MC	AP	Marche
1995	1.967	3.747	1.880	1.831	9.425
1996	2.130	3.881	2.106	2.008	10.125
1997	1.752	3.493	1.866	2.002	9.113
1998	1.492	3.894	1.851	2.438	9.675
1999	1.572	3.803	2.163	2.545	10.083
2000	2.801	3.495	2.151	2.572	11.019
2001	2.645	3.488	2.448	2.396	10.977
2002	2.828	3.793	2.334	2.227	11.182
2003	2.597	3.898	2.201	2.392	11.088
2004	2.704	3.609	2.131	2.586	11.030

<sup>1</sup>ISTAT Serie storica veicoli 1921-1993

<sup>2</sup>ISTAT-ACI Statistica degli incidenti stradali. Anni 2003-2004

Le strade urbane sono a più alta *incidentalità stradale* (71,0% del totale), ma esse presentano gli indici più bassi di mortalità (1,3%), lesività (139,0%) e pericolosità (0,9%)

Sulle strade provinciali, che rappresentano il 17,6% della rete viaria marchigiana (Conto Nazionale dei Trasporti 2001), si verifica il 13,0% di tutti gli incidenti con un indice di mortalità pari al 5,4%, un alto rapporto di lesività (158,1%) ed uno dei più elevati indici regionali di pericolosità stradale (3,3%).

Le strade statali e regionali presentano indici di *mortalità* (6,2%), *lesività* (172,0) e *pericolosità stradale* alti (3,5%).

Le autostrade, dove il livello di incidentalità, rispetto ad altri tipi di strade, è basso (4,8%), risultano il luogo dove il rischio di *lesività* è più alto (180,0%).

A livello provinciale le strade che presentano il *rischio di morte* più elevato per incidente stradale sono le autostrade ricadenti in provincia di Ancona (12,2%), le strade statali e regionali in provincia di Macerata e di Ancona (8,6% e 8,0 rispettivamente), le strade comunali extraurbane delle province di Macerata ed Ascoli Piceno (5,5 e 3,1% rispettivamente) e le strade urbane della provincia di Macerata (1,6%). Sul totale della propria rete stradale è la provincia di Macerata ad avere il più alto rischio di mortalità per incidenti stradali (3,1%).

Le strade marchigiane che presentano il più alto *livello di lesività* sono le autostrade, in particolare quelle del tratto anconetano ed ascolano (187,8% e 178,8% rispettivamente) e le strade statali regionali lungo la costa anconetana e maceratese (184,6% e 173,8% rispettivamente).

La provincia a più elevato rischio di *lesività* sul totale della rete stradale è quella di Macerata (153,3%, a fronte di un indice regionale di 146,0%).

Secondo la loro categoria, le strade più pericolose sono, complessivamente, quelle statali e regionali, seguite da quelle provinciali e dalle autostrade; le province la cui rete stradale complessiva ha livelli di pericolosità più alti sono quelle di Macerata e di Ancona (2,0% e 1,8% rispettivamente). In provincia di Macerata la pericolosità stradale è legata, soprattutto, alle strade comunali extraurbane (3,8% a fronte di un indice regionale di 1,8%), in provincia di Ancona al tratto autostradale (6,1% a fronte di un indice regionale di 2,8%) e alle strade statali e regionali (4,1% a fronte di un indice regionale di 3,5%).

**Tabella 6.1.5 - Numero di incidenti e persone infortunate nelle Marche per provincia e secondo la categoria della strada - Anno 2004**

PROVINCE	Autostrade e Raccordi		Strade Statali e Regionali		Strade Provinciali	
	Incidenti	Morti	Incidenti	Morti	Incidenti	Feriti
Pesaro	79	3	126	3	196	296
Ancona	98	12	188	15	249	397
Macerata	31	-	164	10	291	455
Ascoli P.	151	4	58	5	248	408
<b>Marche</b>	<b>359</b>	<b>19</b>	<b>536</b>	<b>33</b>	<b>984</b>	<b>1.556</b>
	<b>Strade Comunali Extraurbane</b>		<b>Strade Urbane</b>		<b>Totale</b>	
	<b>Incidenti</b>	<b>Morti</b>	<b>Incidenti</b>	<b>Morti</b>	<b>Incidenti</b>	<b>Feriti</b>
Pesaro	84	1	1.457	19	1.942	2.704
Ancona	94	1	1.782	27	2.411	3.609
Macerata	71	4	833	13	1.390	2.131
Ascoli P.	64	2	1.292	11	1.813	2.586
<b>Marche</b>	<b>313</b>	<b>8</b>	<b>5.364</b>	<b>70</b>	<b>7.556</b>	<b>11.030</b>

Fonte: ISTAT-ACI Statistica degli incidenti stradali. Anni 2003-2004

**Tabella 6.1.6 - Indici di mortalità, lesività e pericolosità stradale nelle Marche per provincia e secondo la categoria della strada- Anno 2004**

PROVINCE	Autostrade e Raccordi		Strade Statali e Regionali		Strade Provinciali				
	mortalità	lesività	pericol.	mortalità	lesività	pericol.			
Pesaro	3,8	179,7	2,1	2,4	154,0	1,5	5,6	151,0	3,6
Ancona	12,2	187,8	6,1	8,0	184,6	4,1	4,8	159,4	2,9
Macerata	--	171,0	0	6,1	173,8	3,4	5,5	156,4	3,3
Ascoli P.	2,6	178,8	1,5	8,6	165,5	5,0	5,6	164,5	3,3
Marche	5,3	180,8	2,8	6,2	172,0	3,5	5,4	158,1	3,3
	<b>Strade Comunali Extraurbane</b>			<b>Strade Urbane</b>			<b>Totale</b>		
	mortalità	lesività	pericol.	mortalità	lesività	pericol.	mortalità	lesività	pericol.
Pesaro	1,2	138,1	0,8	1,3	134,2	1,0	1,9	139,2	1,3
Ancona	1,1	150,0	0,7	1,5	142,5	1,0	2,8	149,7	1,8
Macerata	5,5	146,5	3,8	1,6	148,1	1,0	3,1	153,3	2,0
Ascoli P.	3,1	131,3	2,4	0,9	133,7	0,6	2,1	142,6	1,4
Marche	2,6	142,2	1,8	1,3	139,0	0,9	2,4	146,0	1,6

Elaborazione su dati ISTAT-ACI. Statistica degli incidenti stradali. Anni 2003-2004

**Tabella 6.1.7 - Incidenti e persone infortunate nelle Marche per provincia e secondo la conseguenza. Anno 2004**

PROVINCE	Totale incidenti			di cui mortali		
	N.	Persone Infortunate		N.	Persone Infortunate	
		Morti	Feriti		Morti	Feriti
Pesaro	1.942	37	2.704	36	37	23
Ancona	2.411	67	3.609	61	67	65
Macerata	1.390	43	2.131	37	43	23
Ascoli P.	1.813	36	2.586	34	36	47
Marche	7.556	183	11.030	168	183	158

Fonte: ISTAT-ACI Statistica degli incidenti stradali. Anni 2003-2004

### Incidenti, morti e feriti secondo il tipo di infortunio e di scontro

Nelle Marche, e in tutte le province, l'incidentalità veicolare è legata in primo luogo a fuoriuscita dei veicoli dalla sede stradale o sbandamento (46,4%), ad investimento di pedone (29,1%) e ad urto del veicolo in marcia contro un ostacolo accidentale o fisso (12,5%) (Tabella 6.1.5).

L'incidentalità tra veicoli in marcia è legata prevalentemente a scontro frontale-laterale (47,4%), tamponamento del veicolo che precede (26,5%) e scontro laterale (12,9%) (Tabelle 6.1.6 e 6.1.7).

**Tabella 6.1.8 - Incidenti a veicoli nelle Marche, per provincia e secondo il tipo di evento. Anno 2004**

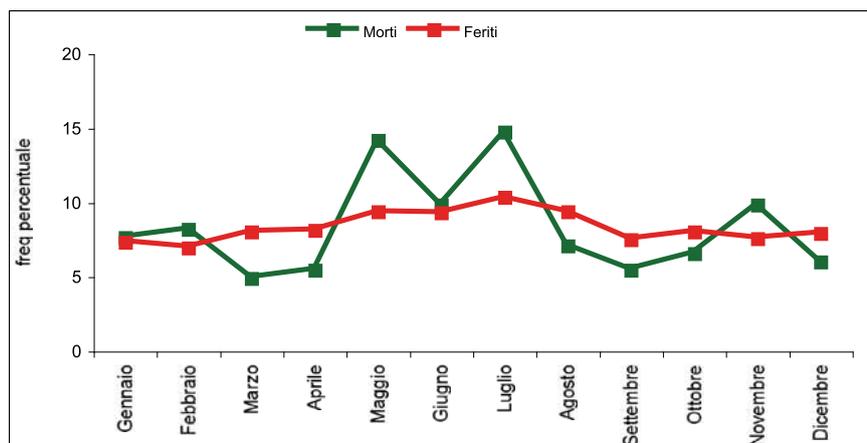
PROV	Investimento di pedone	Urto del veicolo in marcia con		Fuoriuscita sbandamento o altro	Infortunio per frenata improvvisa	Infortunio per caduta da veicolo	Tot
		Veicolo in sosta	Ostacolo accidentale o fisso				
PU	134	9	58	169	2	48	420
AN	157	24	90	238	9	28	546
MC	92	12	33	185	-	13	335
AP	116	18	34	204	2	41	415
Marche	499	63	215	796	13	130	1.716

Fonte: ISTAT-ACI. Statistica degli incidenti stradali. Anni 2003-2004

### Incidenti e persone infortunate nelle Marche secondo il mese

Secondo i dati ISTAT-ACI del 2004, nelle Marche, il mese in cui si verifica il maggior numero di incidenti stradali è luglio (813 casi pari a 11% del totale degli incidenti dell'anno), ma in generale, tra maggio e agosto si registrano non solo le percentuali più alte di incidenti, ma anche le percentuali le più alte di feriti e di morti (Figura 6.1.6).

**Figura 6.1.6 - Incidenti e persone infortunate nelle Marche, suddivisi per mese. Anno 2004**



Elaborazione su dati ISTAT-ACI. Statistica degli incidenti stradali. Anni 2003-2004

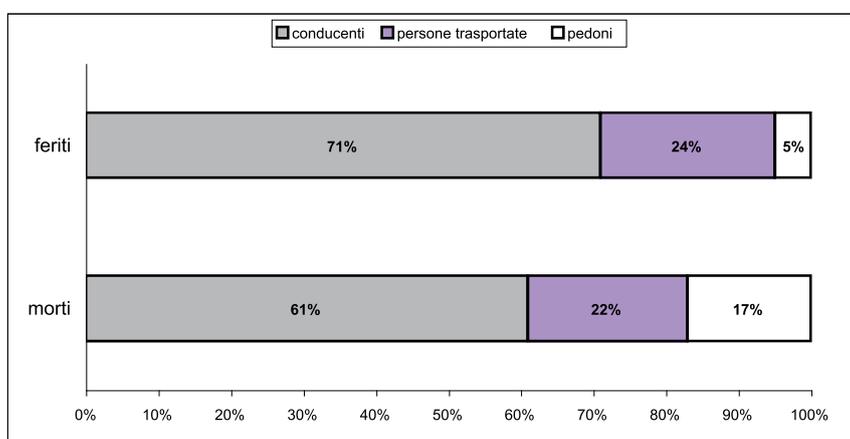
### Persone coinvolte in incidenti stradali: conducenti, trasportati e pedoni

Fra le vittime più gravi degli incidenti stradali, a livello regionale, figurano i conducenti dei veicoli (61%), che pagano anche il più alto prezzo in termini di infortuni (71%); ad essi fanno seguito le persone trasportate (22% e 24% rispettivamente) e i pedoni (17% e 5%) (Tabella 6.1.9 e Figura 6.1.7).

**Tabella 6.1.9 - Conducenti, persone trasportate e pedoni infortunati nelle Marche secondo il sesso e la conseguenza dell'incidente. Anno 2004**

Persone coinvolte	Morti				Feriti			
	Maschi	Femmine	Totale	%	Maschi	Femmine	Totale	%
Conducenti	100	11	111	61	5.571	2.228	7.799	71
Persone trasportate	18	23	41	22	1.131	11.544	2.675	24
Pedoni	19	12	31	17	350	206	556	5
Totale	137	46	183	100	7.052	3.978	11.030	100

**Figura 6.1.7 - Incidenti stradali nelle Marche: conducenti, persone trasportate e pedoni secondo le conseguenze**



**Tabella 6.1.10 - Distribuzione percentuale dei conducenti, persone trasportate e pedoni coinvolti in incidenti stradali nelle Marche, per classi di età. Anno 2004**

Classi di età	Conducenti (%)	Persone trasportate (%)	Pedoni (%)
<=5	0	4	1
6-9	0	4	4
10-14	1	4	5
15-17	6	6	4
18-20	7	9	3
21-24	10	11	3
25-29	13	11	6
30-44	32	21	16
45-54	13	8	8
55-59	4	3	6
60-64	3	3	7
65+	8	9	34
imprecisata	3	7	3
totale	100	100	100

In relazione all'età degli infortunati, sia tra i conducenti, che le persone trasportate e i pedoni, sono i giovani (21-29 anni) ad essere i più coinvolti. Questi, infatti, nell'ambito della propria classe, subiscono, in media, circa 400 incidenti per anno di vita; seguono i giovanissimi (18-20 anni) con circa 200 casi e i giovani adulti (30-34 anni) con 165 incidenti (Tabella 6.1.10).

#### **Analisi dei ricoveri ospedalieri per incidenti stradali nelle Marche**

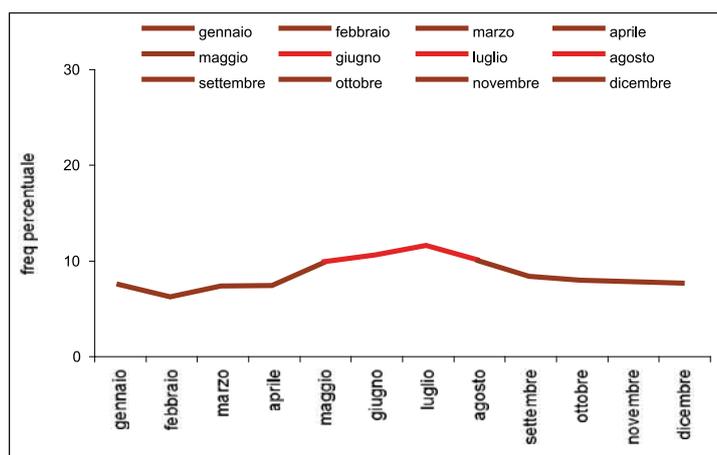
Negli anni 2001-2005, sono stati effettuati 8445 ricoveri per incidenti stradali di soggetti residenti nella Regione (in media 1689 ricoveri per anno) (Tabella 6.1.11). Il numero dei ricoveri, nel corso del quinquennio considerato, è diminuito complessivamente di circa un terzo e il 48% dei ricoveri è concentrato nei primi due anni di osservazione. Fra i ricoverati, la frequenza dei maschi è quasi doppia di quella delle femmine (66% contro 34% rispettivamente).

**Tabella. 6.1.11 - Distribuzione dei ricoveri per incidenti stradali nella Regione Marche, per anno.**

Anno	N° ricoveri	%	Cumul.
2001	2.157	26	26
2002	1.836	22	48
2003	1.557	18	66
2004	1.370	16	82
2005	1.525	18	100
totale	8.445	100	

Il trend temporale dei ricoveri evidenzia che, mediamente, nelle Marche, si registrano circa 700 ricoveri per incidenti stradali al mese e che i mesi a più alta incidentalità (41% dei casi) sono quelli compresi tra maggio e agosto (Figura 6.1.8).

**Figura 6.1.8 – Distribuzione delle frequenza percentuale dei ricoveri per incidenti stradali nelle Marche (2001-2005), per mese.**

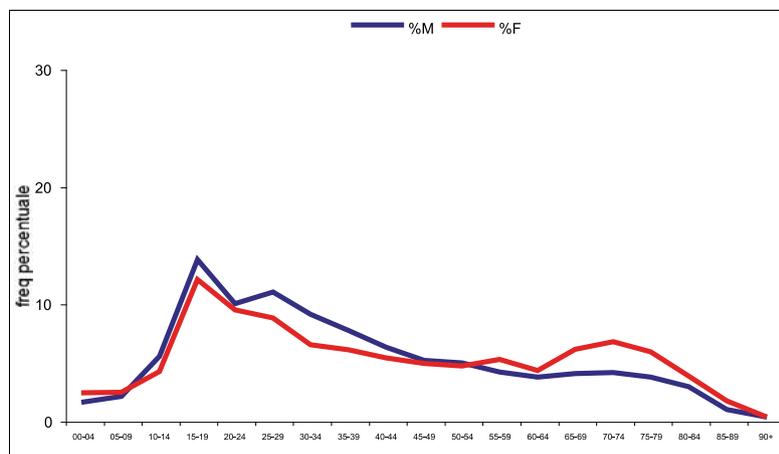


La distribuzione percentuale dei ricoveri per incidenti stradali, per sesso (Figura 6.1.9), evidenzia che:

- il ricorso alle cure ospedaliere prevale sempre nei maschi fino a circa 50 anni di età; nelle età successive prevalgono le donne;
- in relazione all'età, i ricoveri sono molto più frequenti nella classe di età

compresa tra 15 e 29 anni (giovani), in particolare sono più elevati nei maschi; le donne invece prevalgono dopo i 60 anni (anziane).

**Figura 6.1.9 - Distribuzione percentuale dei ricoveri per incidenti stradali per sesso e per classi d'età, Marche (2001-2005).**



Degli 8.445 ricoverati per incidente stradale, il 92% ha avuto una dimissione ordinaria e meno dell'1% dei pazienti è deceduto durante la degenza ospedaliera (Tabella 6.1.11).

**Tabella 6.1.11 - Distribuzione dei ricoveri per incidente stradale nelle Marche per modalità di dimissione, Anni 2001-2005**

Modalità dimissione	N ricoveri	%
Deceduto	73	0.9
Ordinario a domicilio	7771	92.0
Ordinario c/ RSA	21	0.2
Protetta al domicilio	43	0.5
Volontaria	217	2.6
Trasferimento altro istituto	290	3.4
Trasferimento stesso istituto	8	0.1
Trasferimento in riabilitativa	18	0.2
Dimissione con attiv ADI	4	0.0
totale	8.445	100

### Comportamento alla guida

Relativamente alle cause di incidente stradale imputabili ai comportamenti scorretti, sono possibili stime per le Marche, essendo disponibili solamente i dati italiani aggiornati.

Il 2,1% degli incidenti e il 3,6% dei morti in Italia è causato da circostanze riferibili allo stato psico-fisico del conducente, in particolare l'1,5% dei decessi è imputabile alla guida in stato di ebbrezza.

In base alle rilevazioni compiute da dicembre 2000 a novembre 2001 dall'Osservatorio nazionale sull'uso dei dispositivi di sicurezza (Sistema Ulisse), soltanto il 31% dei conducenti in Italia allaccia le cinture di sicurezza durante la guida, con valori medi più ridotti nell'Italia centrale (25%)

Le rilevazioni sull'uso del casco hanno registrato un andamento nel complesso più soddisfacente: i dati mostrano che l'uso del casco riguarda in media l'80% degli utenti, con valori, anche in questo caso, più elevati nelle regioni dell'Italia settentrionale e centrale (mediamente attorno al 95%).

I dati relativi alla regione Marche mostrano una maggiore adesione alle norme sull'uso dei dispositivi di sicurezza rispetto all'Italia e al complesso delle regioni centrali (Tabella 6.1.12).

**Tabella 6.1.12 – Distribuzione percentuale d'uso dei dispositivi di sicurezza alla guida. Confronto Marche - Italia. Anno 2003**

	% uso casco	% uso cintura di sicurezza
Italia	80,2	31,4
Centro	94,2	25,5
Marche	96,6	27,8

Fonte: Sistema ULISSE

Da una recente indagine nazionale sui comportamenti alla guida dei ragazzi dai 14 ai 19 anni è emerso che circa il 20% degli intervistati non usa mai le cinture di sicurezza in città, il 17% di chi utilizza il ciclomotore afferma di non usare mai il casco in città.

Relativamente alla guida in stato di ebbrezza, circa 1 ragazzo su 5 e una ragazza su 30 tra i 18 e i 19 anni ha dichiarato di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente l'indagine.

### **Lo studio PASSI 2005**

Lo studio PASSI si inserisce tra le attività promosse dal Ministero della Salute ed in particolare dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM). PASSI rappresenta attualmente un sistema di sorveglianza, mentre nell'anno 2005 è stata condotta una fase pilota con uno studio trasversale di prevalenza puntuale tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato, condotto nei mesi di Aprile e Maggio 2005. La popolazione in studio è stata costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria della Regione Marche. I principali ambiti studiati sono attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcol, sicurezza stradale, ipertensione e ipercolesterolemia, diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero, della mammella e del colon-retto.

Nell'ambito della sicurezza stradale gli obiettivi sono quelli di:

- stimare la prevalenza di persone che utilizzano i dispositivi di sicurezza (cintura anteriore, cintura posteriore, casco);
- stimare la proporzione di persone che riferiscono di aver guidato dopo assunzione di alcolici;
- stimare la proporzione di persone trasportate da chi ha assunto alcolici.

Nelle Marche la percentuale di persone intervistate che riferisce di usare sempre la cintura di sicurezza è pari all'82%; tra le persone che viaggiano sul sedile posteriore, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso (17%). Inoltre nelle quattro aree provinciali con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne l'uso della cintura anteriore (range dal 78% all'86%). Tra le persone che vanno in moto o in mo-

torino il 95% riferisce di usare sempre il casco.

Per quanto riguarda invece la guida in stato d'ebbrezza, il 9% degli intervistati (pari ad un 14% di coloro che hanno guidato) dichiara di aver guidato in stato d'ebbrezza nel mese precedente l'indagine; questo comportamento è maggiormente diffuso tra i più giovani (classe d'età 18-24) e nei maschi. Il 14% degli intervistati riferisce di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza almeno 1 volta nell'ultimo mese.

## 6.2 INCIDENTI DOMESTICI

### Fonti informative:

- Istat. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Roma 1999.
- Regione Marche. Piano Sanitario Regionale 2003-2006.
- Taggi F. La sorveglianza e la prevenzione degli infortuni in ambienti di civile abitazione: alcune riflessioni per l'attuazione dell'art. 4 della legge 493/1999. Rapporti
- ISTISAN 01/11. Roma, 2001.
- Censis. Primo rapporto annuale sul valore della sicurezza in Italia. Roma 2004.
- Dati preliminari Progetto SINIACA Regione Marche

Gli incidenti domestici rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica; diversi Paesi europei ed extraeuropei hanno avviato da alcuni anni politiche riguardo le tematiche di sicurezza e prevenzione.

A livello sovranazionale gli incidenti domestici hanno assunto dimensioni ritenute "allarmanti". Come rileva l'Organizzazione Mondiale della Sanità, questa tipologia di eventi, che non risparmia nessuna fascia d'età, rappresenta nei Paesi sviluppati la prima causa di morte per i bambini tra 0-4 anni. In un comunicato nell'ambito della Giornata Mondiale della Sanità 2003, il Direttore Generale dell'OMS, Dr. Brundtland G.H., sottolineò come "le più grandi minacce per la salute dei bambini si trovano proprio nei luoghi che dovrebbero essere i più sicuri per loro: in casa, nella scuola e nella comunità. Ogni anno oltre 5 milioni di bambini di età tra 0 e 14 anni muore... per malattie dovute all'ambiente in cui vivono, imparano e giocano... queste morti possono essere evitate... ogni bambino ha il diritto di crescere in buona salute in casa, a scuola e nella comunità". La Comunità europea ha dato inizio ad un programma per il monitoraggio di questi eventi attraverso la sorveglianza degli incidenti registrati nelle strutture di emergenza (*Elhass*: *Système Européen de Surveillance des Accidents*), a cui è seguita la costituzione di una banca dati europea integrata nella rete telematica *Euphin* (European Union Public Health Information Network). È di recente attivazione un network telematico integrato: "EU The Injury Database (IDB)" che raccoglie i dati europei relativi all'incidentalità domestica relazionandosi all'*Elhass*. Secondo i dati *Elhass*, tra il 1998 e il 2000 in Europa quasi 20 milioni di persone (il 7% dei residenti) sono state vittime di incidenti domestici, con oltre 5 milioni di ricoverati e

56 mila morti.

In Italia circa 2.800.000 persone l'anno sono soggette a incidente domestico; di queste l'ISS stima, mediante i dati del sistema SINIACA, che 1.700.000 richiedano assistenza in PS ospedaliero, 130.000 necessitino conseguentemente di ricovero e 4.500 vadano incontro a decesso. La caduta è la dinamica di incidente più frequente, provocando il 68% dei morti, il 58% dei ricoveri e il 46% degli arrivi in pronto soccorso e causando soprattutto fratture agli arti inferiori e traumi cranici.

Nel nostro Paese l'interesse destato da questa problematica è lievitato a seguito della legge *L. 296/06* (Finanziaria 2007), in cui viene sancita una variazione della quota di indennizzabilità per gli infortuni domestici che comportino una inabilità permanente non inferiore al 27% (il limite precedente era al 33%). La tutela assicurativa è riconosciuta anche in caso di infortunio mortale, sia che la morte derivi direttamente dall'infortunio sia che questa si verifichi successivamente ed in conseguenza dell'infortunio indennizzato. Almeno tre dimensioni entrano nel determinismo degli incidenti domestici: la qualità del sistema abitativo, le caratteristiche dei prodotti che entrano in casa e il comportamento individuale.

Per quanto riguarda la regione Marche, si stima che ogni anno circa 88.000 persone subiscano un incidente domestico (Multiscopo Istat, 1999). Le categorie colpite sono quelle che trascorrono maggior tempo in casa e quindi anziani, donne e bambini. Va inoltre rilevato che tre quarti di tutti gli incidenti colpiscono le donne, in assoluto le casalinghe; negli anziani la caduta causa elevati carichi di disabilità; nelle età molto giovani (fino a 14 anni) sono più colpiti i maschi; la struttura edilizia è all'origine di un quinto degli incidenti.

Va rilevato che nell'anno 1988 la regione Marche aveva partecipato allo Studio Italiano Sugli Incidenti (SISI), che faceva riferimento ai casi di incidente domestico in arrivo al PS. In ambito regionale erano stati scelti sei centri di riferimento rappresentati dai PS di Osimo, Fabriano, Recanati, S. Benedetto del Tronto, Pesaro, Ancona. A distanza di 10 anni, nel 1998, sempre a cura dell'Istituto Superiore di Sanità è stata condotta un'indagine campionaria sulla prevalenza del fenomeno in età pediatrica e per la regione Marche aveva partecipato la ASL di Fabriano. L'incidente più frequente nelle varie fasce d'età era rappresentato dalla caduta, mediamente il 50% dei casi.

La prevenzione degli incidenti domestici rappresenta un obiettivo importante per la Sanità pubblica regionale: il Piano Sanitario Regionale 2003-2006 individuava la sicurezza domestica tra gli obiettivi specifici per la salute; sulla base delle direttive nazionali è stato inoltre formalizzato il progetto specifico regionale del Piano Nazionale della Prevenzione 2005/2007 riguardante la si-

curezza domestica (DGR 77 del 30/1/2003).

Considerato il fatto che gli interventi preventivi devono essere progettati anche sulla base dei dati epidemiologici, e che quelli attualmente disponibili sono insoddisfacenti in termini di qualità e completezza, la sorveglianza dell'incidentalità domestica rappresenta un'attività essenziale e si basa soprattutto sulla raccolta dati prevista dal progetto SINIACA, attualmente attivo presso cinque strutture di Pronto Soccorso regionali. Le informazioni derivate da questo sistema di monitoraggio specifico verranno integrate da quelle desunte dai sistemi informativi correnti (SDO, mortalità).

È pertanto infatti continuare a sviluppare politiche di prevenzione, attraverso la promozione e la diffusione di linee guida e l'effettuazione di campagne di informazione e di educazione alla sicurezza.

La dimensione complessiva del fenomeno sull'infortunistica domestica è studiata da indagini campionarie sulla popolazione. Di particolare importanza l'indagine Multiscopo dell'Istat (1999) che ha rilevato gli aspetti principali relativi agli incidenti occorsi in ambiente domestico, escludendo quelli con esito mortale. Gli incidenti domestici (i.d.) rappresentano un fenomeno in costante crescita. Si stima che a livello nazionale (fonte Ipsel), tra il 1998 ed il 2000, il numero di persone infortunate in casa sia passato da 2.113.000 a 3.480.000. Operando una semplice proporzione, nella Regione Marche, annualmente, il fenomeno riguarda circa il 6% della popolazione.

I dati di morbosità sono di difficile rilevazione in quanto questi tipi d'infortuni vengono denunciati solo quando comportano lesioni che richiedono l'ospedalizzazione, quindi sfuggono le lesioni di lieve e media entità. A livello nazionale si evidenzia una falda di microincidentalità domestica del tutto sommersa che, nel 2003, ha coinvolto il 27% degli italiani (fonte Censis).

Il maggior numero di incidenti domestici, si ha in abitazioni di medie dimensioni, interessa più spesso gli anziani, ma la categoria più esposta è rappresentata dalle donne, non solo casalinghe.

Le cause principali di incidente domestico sono rappresentate dalle attività svolte in cucina o dall'utilizzo di utensili (33%), soprattutto il coltello. Subito dopo vengono le cadute, che causano gravi inabilità ed aumento della mortalità. Le lesioni più frequenti sono ferite ed ustioni.

Le parti del corpo di gran lunga più interessate sono gli arti (81%), mentre nei bambini piccoli da 0 a 4 anni è più interessato il capo (43%).

**Tabella 6.2.1 – Persone che negli ultimi tre mesi hanno subito incidenti in ambiente domestico, per regione – Anno 1999**

	Totale (migliaia)	Quozienti per 1000 persone	Numero di incidenti	Media per infortunato
Piemonte	44	10.5	52	1.2
Valle d'Aosta	1	11.8	1	1.0
Lombardia	106	11.8	122	1.2
Trentino-Alto Adige	11	12.0	13	1.1
-Bolzano	8	18.1	10	1.2
-Trento	3	6.2	3	1.0
Veneto	70	15.8	85	1.2
Friuli-Venezia Giulia	19	16.3	20	1.1
Liguria	21	12.9	22	1.1
Emilia-Romagna	60	15.2	78	1.3
Toscana	40	11.3	50	1.3
Umbria	11	12.8	11	1.0
Marche	22	15.0	25	1.2
Lazio	43	8.2	48	1.1
Abruzzo	18	14.1	20	1.1
Molise	6	17.5	6	1.1
Campania	53	9.2	75	1.4
Puglia	73	17.9	91	1.2
Basilicata	5	9.1	5	1.0
Calabria	15	7.2	15	1.1
Sicilia	113	22.3	138	1.2
Sardegna	32	19.6	39	1.2
<b>Italia</b>	<b>762</b>	<b>13.3</b>	<b>918</b>	<b>1.2</b>

Fonte: Istat

### *Le cadute negli anziani*

La caduta rappresenta un evento temibile nell'anziano, sia per le possibili conseguenze di ordine traumatico che per le ripercussioni psicologiche. Dai risultati dello Studio Argento, un'indagine sulla salute degli anziani condotta nell'anno 2002 anche nelle Marche con un campione di 210 soggetti con 65 anni e più, il 27% degli intervistati ha riferito di aver subito una caduta nell'ultimo anno e l'8% è caduto più di una volta, . Il 41% delle persone dichiara di essere caduto in casa e gli ambienti domestici dove avvengono più

frequentemente le cadute sono la camera da letto (23%), la cucina (18%), le scale (14%), il bagno (9%). Dai dati raccolti emerge che 13 anziani ogni 100 residenti sono andati in ospedale in seguito ad una caduta avvenuta nel corso dell'anno precedente l'intervista. I principali fattori di rischio correlati alle cadute sono: il sesso (le donne cadono più spesso degli uomini), l'età avanzata, la diminuzione visiva, il deficit cognitivo, il non regolare svolgimento di esercizio fisico.

### *Il Progetto SINIACA nella regione Marche*

Il Servizio di Sanità Pubblica della Regione Marche, in osservanza della legge 03.12.99 n. 493 "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici", e del Piano Sanitario Regionale 2003/2006, ha istituito, aderendo così al SINIACA, il progetto di rilevazione degli infortuni in ambiente domestico.

Con Decreto n° 66 del 18/12/2003, è stato approvato il progetto sperimentale regionale;

lo studio è stato avviato, nell'anno 2004, coinvolgendo tre postazioni di Pronto Soccorso (Osimo, Senigallia, Camerino). Nel periodo di sperimentazione sono stati registrati su scheda informatizzata tutti gli infortuni domestici per cui è stato richiesto intervento al PS. La prima fase, oltre al fine della raccolta dei dati, è stata avviata per evidenziare eventuali problematiche in fase di rilevazione, registrazione ed elaborazione.

Allo stato attuale, il progetto SINIACA Marche vede la partecipazione di 5 Unità Operative di Pronto Soccorso. Nello specifico, hanno aderito all'indagine anche il PS di Pesaro e quello di Ascoli Piceno (per quest'ultimo va comunque reso compatibile l'archivio informatizzato con quanto previsto dal SINIACA). Quindi, con l'analisi dei dati pervenuti, saranno possibili stime più approfondite e puntuali del fenomeno.

In ambito regionale disporre di un flusso di informazioni certe e complete consente di poter contare su indicatori di processo e di risultato affidabili, non soltanto nell'individuazione delle priorità da affrontare ma anche per valutare la reale efficacia delle iniziative intraprese. Ciò consentirà inoltre di determinare con più precisione l'entità dei costi sociali e delle risorse da impiegare per interventi mirati di prevenzione.

## Metodologia

I PS partecipanti al Progetto della regione Marche hanno proceduto alla rilevazione degli accessi relativi agli incidenti domestici. Si è evidenziata una certa difformità nella rilevazione: alcune postazioni hanno effettuato una registrazione diretta degli eventi su programma informatico appositamente fornito dall'ISS; altre postazioni hanno invece revisionato i casi sulla base del registro cartaceo, inserendo successivamente i dati al pc; il PS di Ascoli Piceno ha fornito i dati stessi estraendoli dal database delle prestazioni. In quest'ultimo caso questo non è risultato fruibile sulla base dei parametri attuali per la disomogeneità della codifica.

## Risultati

Il presente report si basa sui dati trasmessi, al 23 gennaio 2007, dai PS partecipanti al Progetto SINIACA relativi all'anno 2006.

Nella tabella che segue si riporta la situazione per ogni postazione.

**Tabella 6.2.2 Numero di record trasmessi, per periodo di tempo, al 23/1/2007 dai PS partecipanti al progetto SINIACA regionale. Marche anno 2006.**

PS	N. RECORD	%	PERIODO DELLA RILEVAZIONE	NOTE
OSIMO	1926	49.9	1-1/31-12-2006	
SENIGALLIA	1102	28.5	1-1/31-12-2006	
CAMERINO MATELICA	129 354	3.3 9.2	1-1/31-5-2006	La rilevazione è stata condotta fino al 31/12 ma i dati informatizzati sono relativi a questo periodo
PESARO	352	9.1	1-1/1-4-2006	La rilevazione è stata sospesa
ASCOLI PICENO	ND	ND	ND	Non sono stati analizzati i dati in quanto il formato degli stessi non è compatibile con quello del progetto Siniaca
Totale	3863	100,0		

Nell'anno 2006, considerando i dati relativi ai record trasmessi e validati a livello centrale (Tabella 6.2.2), sono stati analizzati in totale 3.863 casi di incidente domestico pervenuti ai PS partecipanti allo studio (è stato inserito nell'analisi anche il Punto di Primo Soccorso di Matelica). Gli incidenti hanno riguardato nel complesso 1.874 maschi (48,9% ) e 1.959 femmine (51,1%). In 30 casi non era riportato il sesso.

Per quanto riguarda le classi di età coinvolte (Tabella 6.2.3), si evidenzia che il 25,0% degli incidenti domestici rilevati si è verificato in soggetti con più di 70 anni; il 10,6% in soggetti con età compresa tra 1 e 10 anni. I neonati (0-12 mesi), la cui numerosità peraltro appare assolutamente irrilevante, sono stati esclusi dall'analisi in quanto si ritiene opportuna un'analisi specifica, considerando le peculiarità di questa categoria.

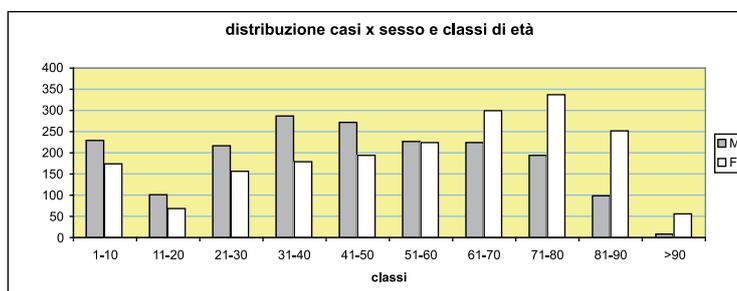
Per ciò che concerne, il sesso, gli ultrasessantenni rappresentano il 33,2 % di tutte le femmine ed il 16,4 % dei maschi (Figura 6.2.1). Dal grafico si evidenzia che mentre i soggetti di sesso maschile sono prevalenti nelle prime fasce d'età, dopo i 60 anni tale tendenza si inverte, anche per il fatto che le femmine hanno una maggiore aspettativa di vita rispetto ai maschi. Va notato che i casi tra 1 e 4 anni ammontano al 6,6% del totale, i casi in ultrasessantenni al 32,2%.

**Tabella 6.2.3. Incidenti domestici rilevati nei PS partecipanti all'indagine per sesso e fascia d'età. Marche, Siniaca 2006**

Sesso	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	>90	TOTALE
<b>M</b>	229	103	218	287	273	228	224	194	101	11	1868
<b>F</b>	175	70	157	181	194	224	300	337	253	57	1948
<b>TOTALE</b>	404	173	375	468	467	452	524	531	354	68	3816

Età non indicata in 47 casi

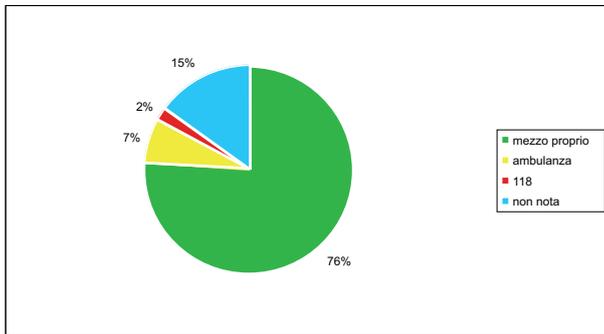
**Figura 6.2.1 Distribuzione dei casi rilevati nei PS partecipanti all'indagine per sesso e classi d'età. Marche, Siniaca 2006.**



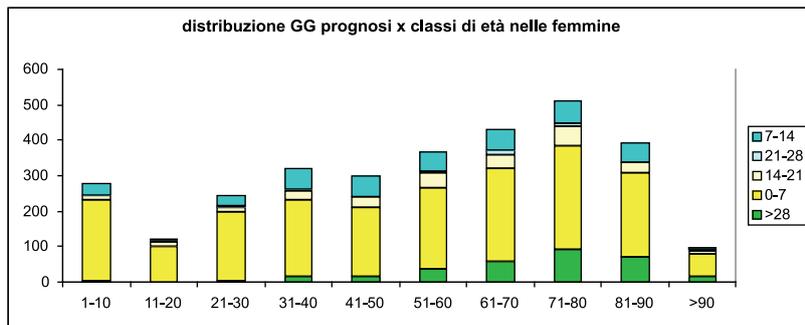
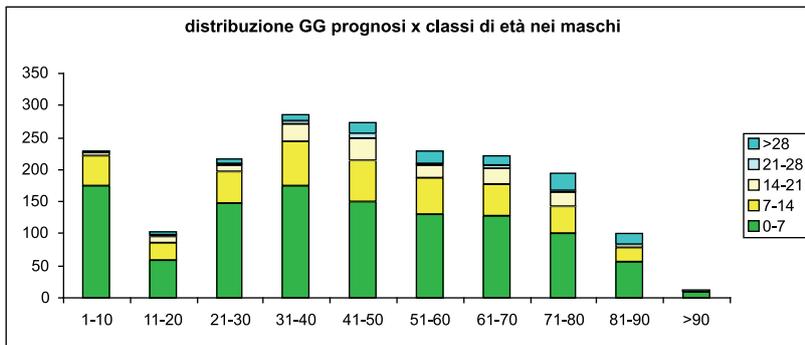
Riguardo l'orario di accadimento degli incidenti domestici rilevati, risulta maggiore nelle fasce orarie 8-12 e 16-20. L'arrivo al PS riporta una distribuzione simile, ma il periodo di maggiore afflusso è relativo alla fascia oraria 8-12. Infatti, una parte di incidenti, quelli di minore entità, viene osservato anche diverso tempo dopo l'accadimento.

Per la gran parte dei casi l'accesso al PS (Figura 6.2.2) avviene con mezzo proprio (76,0%); nel 7,0% degli infortuni l'arrivo è con ambulanza, nel 2% tramite il 118, mentre nel 15% dei casi l'informazione non è riportata. Anche questo dato evidenzia come la gravità sia correlata ad una contenuta percentuale di pazienti. Infatti, la prognosi viene definita riservata soltanto in 3 casi. Questa risulta inferiore a 7 giorni nel 61% dei casi verificatisi in soggetti di sesso maschile e in circa il 57% di quelli di sesso femminile. Di particolare interesse, come si può evincere dalla lettura della Figura 6.2.3, è una maggiore consistenza delle giornate di prognosi assegnate che si evidenzia nella fascia di età più avanzata del sesso femminile (la frequenza cumulativa percentuale delle giornate di prognosi superiori a 28 giorni, risulta del 78,4%).

**Figura 6.2.2. Modalità di raggiungimento delle postazioni dei PS partecipanti all'indagine. Marche, Siniaca 2006.**



**Figura 6.2.3. Distribuzione dei gg di prognosi per sesso e classi di età. Marche, Siniaca 2006.**



Se consideriamo la distribuzione percentuale dei casi arrivati ai PS in base al triage effettuato, risulta che in 3448 casi (89,5%) il codice era individuato come verde, in 289 casi (7,5%) come bianco e solo in 4 casi (0,1%) come rosso. Anche questo dato identifica l'incidente domestico come un'evenienza frequente ma solitamente non grave (Tabella 6.2.4).

**Tabella 6.2.4 Numero di accessi ai PS partecipanti all'indagine per incidente domestico per categoria di triage. Marche, Siniaca 2006**

Triage	n.	%
Bianco	289	7,50%
Verde	3448	89,50%
Giallo	110	2,90%
Rosso	4	0,10%
<b>Totale</b>	<b>3851</b>	<b>100,00%</b>

Per quanto riguarda il trattamento dei casi al PS, è possibile rilevare che soltanto nel 18,5% dei casi è stata effettuata una medicazione, nel 16,5% dei casi una suturazione e nel 12,3% dei casi la immobilizzazione. Nel 39,2% è stato effettuato "altro trattamento" che però non risulta specificato (Tabella 6.2.5). Nel 93,5% dei casi gli infortunati non sono stati ricoverati; nel 5,2% sono stati destinati in strutture ospedaliere (ricovero, Day hospital, trasferimento in altre strutture); lo 0,2% degli infortunati ha rifiutato il ricovero e lo 0,9% è stato trattenuto in astanteria (Tabella 6.2.6).

**Tabella 6.2.5. Tipologia di trattamento effettuati ai PS partecipanti all'indagine per incidente domestico. Marche, 2006.**

Trattamento PS	n.	%
nessuno	274	7,10%
medicazione	712	18,50%
sutura	636	16,50%
immobilizzazione	475	12,30%
intervento chirurgico	22	0,60%
altro	1508	39,20%
non noto	223	5,80%
<b>Totale</b>	<b>3850</b>	<b>100,00%</b>

**Tabella 6.2.6. Destinazione dei casi con accesso ai PS partecipanti all'indagine per incidente domestico. Marche, Siniaca 2006**

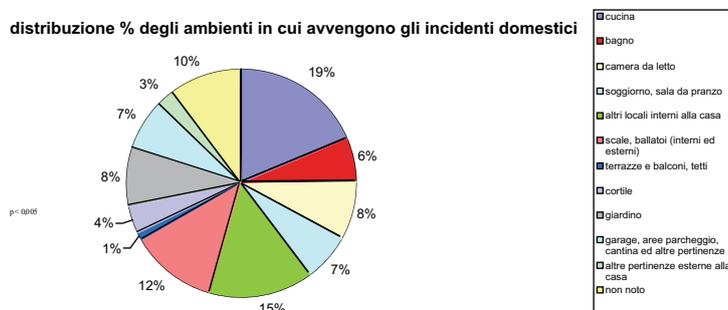
Destinazione	n.	%
casa (non ricoverato)	3604	93,50%
rifiuta il ricovero	8	0,20%
astanteria	33	0,90%
reparto	125	3,20%
day hospital	6	0,20%
obitorio	8	0,20%
trasferito in altra struttura	68	1,80%
non nota	3	0,10%
<b>Totale</b>	<b>3855</b>	<b>100,00%</b>

Esaminando le modalità e le caratteristiche degli infortuni domestici, per quanto riguarda l'ambiente di accadimento, il 18,6% dei casi avviene in cucina, il 12,3% in scale/ballatoi, il 14,8% dei casi in altri locali interni della casa, l'8,4% nella camera da letto, l'8,2% in giardino e il 7,3% in garage/cantina. (tabella 6.2.7, Figura 6.2.4). Se correliamo l'ambiente con il sesso dell'infortunato, si nota che emergono alcune differenze e, in particolare, le donne si infortunano soprattutto in cucina, mentre gli uomini in garage/cantina (Figura 6.2.5).

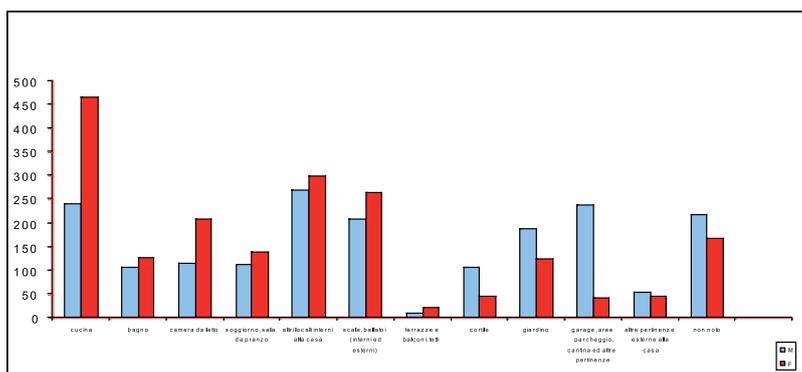
**Tabella 6.2.7. Ambiente di accadimento dell'incidente domestico con accesso ai PS partecipanti all'indagine. Marche Siniaca, 2006.**

Ambiente	n.	%
cucina	718	18,60%
bagno	234	6,10%
camera da letto	325	8,40%
soggiorno, sala da pranzo	257	6,70%
altri locali interni alla casa	570	14,80%
scale, ballatoi (interni ed esterni)	473	12,30%
terrazze e balconi, tetti	34	0,90%
cortile	156	4,00%
giardino	318	8,20%
garage, aree parcheggio, cantina ed altre pertinenze	281	7,30%
altre pertinenze esterne alla casa	100	2,60%
non noto	392	10,20%
<b>Totale</b>	<b>3858</b>	<b>100,00%</b>

**Figura 6.2.4. Distribuzione percentuale dell'ambiente dove si sono verificati gli incidenti domestici con accesso ai PS partecipanti all'indagine. Marche, Siniaca 2006.**



**Figura 6.2.5. Numero di incidenti domestici con accesso al PS partecipanti all'indagine per ambiente di accadimento e sesso. Marche, Siniaca 2006.**



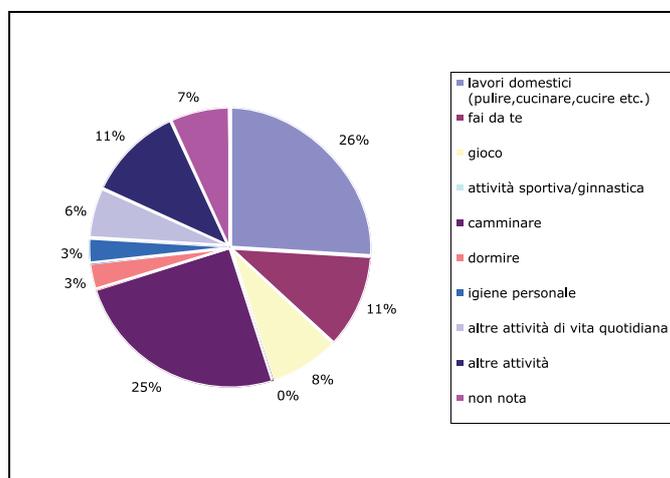
Un dato rilevante per quanto riguarda le strategie preventive è quello delle attività svolte al momento dell'accadimento dell'incidente domestico (tabella 6.2.8, Figura 6.2.6). Nel 26,6% dei casi questa attività riguarda il lavoro domestico (pulire, cucinare, ecc.), nel 24,7% il camminare. E' particolarmente rilevante il problema delle cadute negli anziani; nelle donne ultrasessantacinquenni infatti, in più di 2/3 dei casi, occorrono camminando e svolgendo i lavori domestici e sono responsabili del 63% della mortalità per incidente domestico; più spesso coinvolte nei casi mortali sono le scale.

Per quanto concerne il sesso maschile si evidenzia una sostanziale differenza rispetto alle donne: nel 10,6% dei casi totali l'infortunio avviene durante attività tipo "fai-da-te" e questa tipologia di attività svolta al momento dell'incidente caratterizza tutti gli uomini adulti. Una delle fasce di età "fragili" è rappresentata dai bambini (1-10 anni ed in particolare quelli di età compresa tra 1 e 4 anni) nei quali l'attività ludica, sicuramente determinante per un corretto ed equilibrato sviluppo fisico e cognitivo, rappresenta tuttavia un fattore di rischio da considerare attentamente in ottica preventiva (Figura 6.2.7).

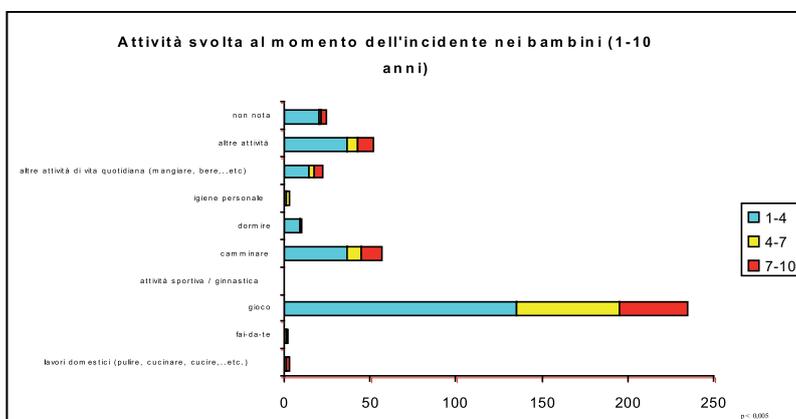
**Tabella 6.2.8. Attività svolte al momento dell'incidente domestico nei casi pervenuti ai PS partecipanti all'indagine. Marche, Siniaca, 2006.**

Attività svolta al momento dell'incidente	n.	%
lavori domestici (pulire, cucinare, cucire,..etc.)	1026	26,60%
fai-da-te	408	10,60%
gioco	300	7,80%
attività sportiva / ginnastica	5	0,10%
camminare	951	24,70%
dormire	99	2,60%
igiene personale	128	3,30%
altre attività di vita quotidiana (mangiare, bere,..etc)	231	6,00%
altre attività	431	11,20%
non nota	278	7,20%
Totale	3857	100,00%

**Figura 6.2.6. Distribuzione percentuale delle attività svolte al momento dell'incidente domestico nei casi pervenuti ai PS partecipanti all'indagine. Marche, Siniaca, 2006.**



**Figura 6.2.7. Distribuzione delle attività svolte al momento dell'incidente domestico nei bambini della fascia di età 1-10 anni. Marche, Siniaca, 2006.**



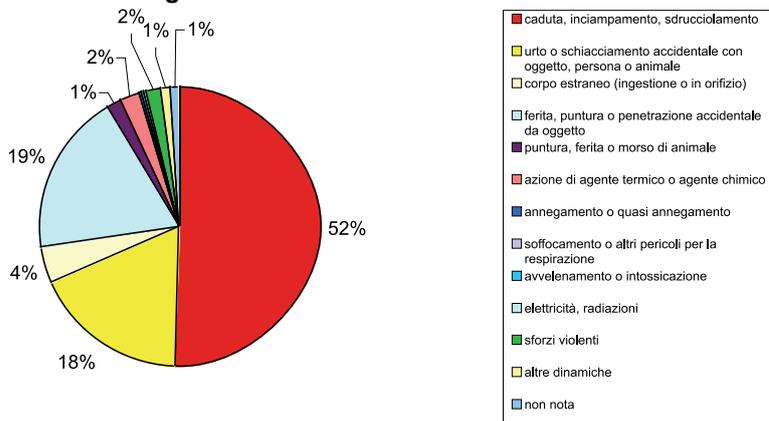
Oltre all'ambiente di accadimento ed alle attività svolte al momento dell'incidente, altra informazione rilevante è quella che riguarda la dinamica (tabella 6.2.9, grafico 6.2.8). In larga parte si tratta di caduta/inciampamento/sdruciolamento (50,7% dei casi) e, come già rilevato, questa dinamica è soprattutto a carico degli anziani, per la presenza di problemi di vista e mobilità. Si rileva dallo Studio Argento già citato, che soltanto nel 10% dei casi vi è una adeguata illuminazione notturna nelle abitazioni degli anziani. Nelle donne ultrasessantacinquenni questa modalità è presente in almeno tre incidenti su quattro ed è di riscontro molto frequente anche nei bambini. Valori rilevanti anche per l'urto/shiacciamento accidentale (17,7%) e per la ferita/puntura/penetrazione (19,0%) : queste dinamiche incidentali sono rappresentate soprattutto nei maschi adulti.

**Tabella 6.2.9. Dinamica degli incidenti domestici nei casi pervenuti ai PS partecipanti all'indagine. Marche, Siniaca, 2006.**

Dinamica incidente	n.	%
caduta, inciampamento, sdruciolamento	1956	50,70%
urto o schiacciamento accidentale con oggetto, persona o animale	684	17,70%
corpo estraneo (ingestione o in orifizio)	155	4,00%
ferita, puntura o penetrazione accidentale da oggetto	734	19,00%
puntura, ferita o morso di animale	57	1,50%
azione di agente termico o agente chimico	96	2,50%
annegamento o quasi annegamento	1	0,00%
soffocamento o altri pericoli per la respirazione	5	0,10%
avvelenamento o intossicazione	12	0,30%
elettricità, radiazioni	7	0,20%
sforzi violenti	64	1,70%
altre dinamiche	43	1,10%
non nota	45	1,20%
<b>Totale</b>	<b>3859</b>	<b>100,00%</b>

**Figura 6.2.8. Distribuzione percentuale della dinamica degli incidenti domestici pervenuti ai PS partecipanti all'indagine. Marche, Siniaca, 2006.**

**Distribuzione % degli incidenti in base alla dinamica**

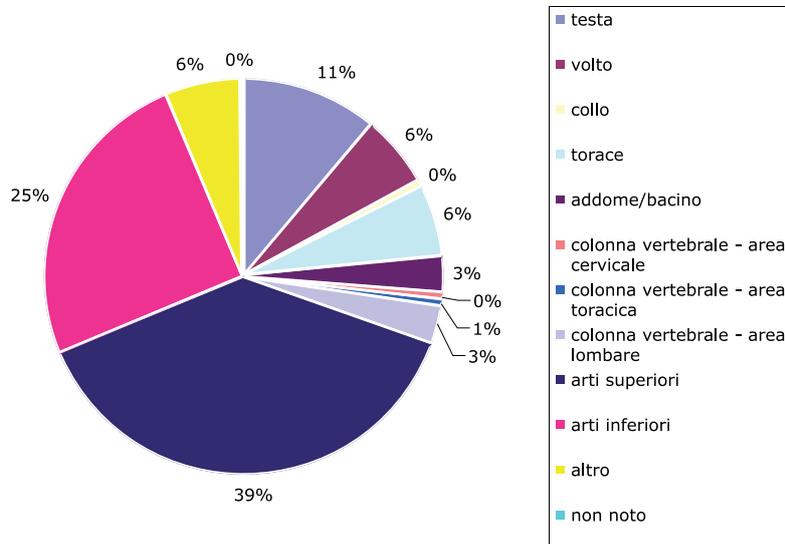


Direttamente collegate alla dinamica degli incidenti domestici sono la sede e la natura delle lesioni. Per quanto riguarda la sede, queste sono soprattutto a carico degli arti superiori ed inferiori (38,3% e 24,9%); nei maschi è riportata la lesione agli arti superiori nel 40,9% dei casi; nelle femmine ancora una volta la fascia di età a maggior rischio è quella delle ultrasessantacinquenni che presentano il 60% circa delle lesioni a carico degli arti (le lesioni agli arti superiori ed inferiori mostrano la medesima distribuzione percentuale). Nell'11.5% dei casi ad essere colpita è la testa e nel 6.3% dei casi è il volto. Tuttavia nei bambini tra 1 e 10 anni questa percentuale sale fino al 51,2% (tale percentuale è la risultante della somma delle lesioni a carico della testa e del volto). Nel 5.8% dei casi la lesione è localizzata al torace (tabella 6.2.10, Figura 6.2.9).

**Tabella 6.2.10. Localizzazione della sede delle lesioni per incidente domestico negli accessi ai PS partecipanti all'indagine. Marche, Siniaca, 2006.**

Sede lesione	n.	%
testa	442	11,50%
volto	243	6,30%
collo	15	0,40%
torace	224	5,80%
addome / bacino	103	2,70%
colonna vertebrale - area cervicale	15	0,40%
colonna vertebrale - area toracica	31	0,80%
colonna vertebrale - area lombare	107	2,80%
arti superiori	1478	38,30%
arti inferiori	959	24,90%
altro	229	5,90%
non noto	12	0,30%
<b>Totale</b>	<b>3858</b>	<b>100,00%</b>

**Figura 6.2.9. Distribuzione percentuale della localizzazione della sede delle lesioni per incidente domestico negli accessi ai PS partecipanti all'indagine. Marche, Siniaca, 2006.**



Se consideriamo la natura della lesione provocata dall'incidente domestico, questa risulta soprattutto rappresentata da: contusione/abrasione/stiramento (36,3%), ferita/lacerazione (28,9%) e frattura chiusa (13,3%) (tabella 6.2.11). Molto rilevante il problema delle fratture negli anziani (più della metà di quelle verificatesi), associate a cadute. In particolare una donna ultrasessantacinquenne su tre coinvolta in un incidente domestico riporta una frattura chiusa.

**Tabella 6.2.11. Natura delle lesioni per incidente domestico negli accessi ai PS partecipanti all'indagine. Marche, Siniaca, 2006.**

Natura delle lesioni	n.	%
contusione / abrasione / stiramento	1400	36,30%
lussazione / distorsione	394	10,20%
ferita / lacerazione / scuoiamento	1116	28,90%
lesione penetrante, con o senza ritenzione corpo estraneo	95	2,50%
frattura chiusa	511	13,30%
frattura aperta	5	0,10%
lesione ai nervi o al midollo spinale	1	0,00%
lesione cerebrale (trauma intracranico)	1	0,00%
lesione vasi sanguigni	8	0,20%
lesione interna	28	0,70%
lesione organi	7	0,20%
ustioni	82	2,10%
corpi estranei (ingestione o in orifizio)	79	2,00%
avvelenamento o intossicazione (inalazione inclusa)	10	0,30%
shock elettrico	1	0,00%
amputazione, avulsione, perdita parziale	7	0,20%
altro	67	1,70%
non nota	43	1,10%
Totale	3855	100,00%

Dall'analisi complessiva dei dati in nostro possesso emergono alcune problematiche relative al settore dell'incidentalità domestica di notevole rilievo per la Sanità Pubblica: i dati analizzati evidenziano che la problematica maggiormente rilevante è quella delle cadute/inciampamenti/sdruciolamenti nelle persone anziane, che avvengono nelle scale/ballatoi ma anche in altri luoghi della casa. Di rilievo anche gli incidenti che occorrono durante i lavori domestici (rilevanti gli incidenti in cucina nelle donne e nei garage negli uomini, soprattutto per il fai-da-te).

Dal contesto emerge quindi la necessità di avviare interventi di promozione della salute soprattutto negli anziani. Tra questi nella regione Marche sono in previsione visite domiciliari di tecnici adeguatamente formati per evidenziare i fattori di rischio presenti nelle abitazioni, la preparazione di una checklist per l'individuazione del rischio domestico, un corso di Formazione per insegnanti per la prevenzione degli incidenti a casa e a scuola, ed altre iniziative in collaborazione con Associazione Casalinghe ed Inail.

È inoltre in fase progettuale una collaborazione attiva con il Coordinamento Nazionale SINIACA, per lo sviluppo e l'implementazione delle ma-

trici di rischio.

La tutela della salute negli ambienti di civile abitazione, non può essere tuttavia delegata alla sola Sanità Pubblica, bensì deve far parte di un quadro più ampio che coinvolga tutti gli attori pubblici e non, in un'ottica volta allo sviluppo di una cultura di prevenzione sociale partecipata

### 6.3. Sicurezza sul lavoro

**Fonte:**

Servizio Salute, P.di F.Sanità Pubblica, Giunta Regione Marche (progetto Nuovi Flussi Informativi INAIL-ISPEL-Regioni)

Per maggiori dettagli si rimanda alla pubblicazione specifica "La salute e il Lavoro nelle Marche. Anni 2000-2004" (Servizio Salute della Regione Marche, ASUR, INAIL, ARS, Assessorato Attività Produttive Regione Marche, Università Politecnica delle Marche, 2006) scaricabile dal sito "marcheinsalute" (link [http://www.marcheinsalute.it/viewdoc.asp?CO\\_ID=3967&tree=1134](http://www.marcheinsalute.it/viewdoc.asp?CO_ID=3967&tree=1134))

#### Settori di attività

Il settore d'attività prevalente nella nostra regione è quello dell'artigianato (dal 51,5% al 49,9%) (Tabella 6.3.1).

Suddividendo le aziende per i vari comparti produttivi abbiamo la predominanza del settore "costruzioni" (17,1% di media nel periodo) seguito dal "commercio al dettaglio" (11,3% di media nel periodo).

**Tabella 6.3.1 - Settori di attività produttive secondo classificazione INAIL. Anni 2000-2003.**

	Anno 2000	%	Anno 2001	%	Anno 2002	%	Anno 2003	%
<b>Indeterminato</b>	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%	1	0,0%
<b>1 - Industria</b>	13.313	12,0%	14.385	12,8%	14.631	12,6%	14.535	12,4%
<b>2 - Artigianato</b>	57.219	51,5%	56.385	50,0%	58.147	50,2%	58.627	49,9%
<b>3 - Terziario</b>	35.731	32,2%	37.285	33,1%	38.503	33,2%	39.618	33,7%
<b>4 - Altre attività</b>	2.799	2,5%	2.616	2,3%	2.611	2,3%	2.640	2,2%
<b>5 - Speciali</b>	2.013	1,8%	2.001	1,8%	1.988	1,7%	1.969	1,7%
<b>TOTALE</b>	111.075	100,0%	112.673	100,0%	115.881	100,0%	117.390	100,0%

#### Addetti

La maggior parte delle imprese (in media il 44% circa) ha un solo addetto; le imprese fino a 15 addetti rappresentano la quasi totalità (96,7%) delle ditte presenti nelle Marche.

La maggior parte delle imprese (in media il 46%) ha un solo addetto, le imprese fino a 15 addetti rappresentano la quasi totalità (96%) delle ditte presenti nelle Marche.

Il numero medio di addetti titolari o soci nei tre anni è di circa 73.000 con il settore costruzioni predominante, seguito dalle industrie conciarie. Il numero medio dei dipendenti nei tre anni è circa 450.000, calcolato dall'INAIL sulla media del monte salari annuale. Predominanti le industrie delle costruzioni, conciarie, delle attività immobiliari, a seguire il commercio

### **Malattie professionali denunciate nel periodo 2000-2004**

Da notare che però la voce comparto non è compilata in circa 1/3 dei casi (2335 missing, 34,8%) per cui risulta difficile valutare appropriatamente la distribuzione delle m.p. per comparto lavorativo

La lettura del fenomeno dal punto di del gruppo Ateco conferma la prevalenza di F Costruzioni, DC Industrie conciarie, fabbricazione di prodotti in cuoio, pelle e similari, seguite da DN Altre industrie manifatturiere e DJ-Produzione di metallo e fabbricazione di prodotti in metallo.

La provincia più presente è quella di Pesaro Urbino che durante l'intero quinquennio mostra una lieve tendenza alla diminuzione .

La zona Territoriale più frequente nell'elenco delle denunce è infatti Pesaro, seguita da Fano e da quelle di altre grandi città marchigiane (Macerata, Ancona e ad Ascoli Piceno) ove si concentrano peraltro molti residenti e molte attività produttive. Un notevole impulso alle denunce è dato certamente anche dalla maggiore attenzione al problema, oltre che alla presenza di rischi lavorativi diversi.

Per le fasce d'età, la percentuale maggiore si concentra attorno alla fascia 50-64 anni seguita da quella 30-49 e dalla 65e+.

La qualifica professionale più frequente è, come ormai da anni, dopo quella indistinta di "operatore", quella di "muratore (circa l'8,8% dei casi) seguita da " falegname" e "meccanico" (dopo altre due voci indistinte o non conosciute).

La malattia più rappresentata è quella "non tabellata o contratta in lavorazioni non tabellate" soprattutto per l'industria (65,2% dei casi) e per l'agricoltura (8,5%); tra le malattie tabellate resta in testa l'ipoacusia nelle sue diverse origini (da martellatura, scricatura, da frantumazione o macinazione ai frantoi, da lavorazione meccanica del legno, ecc.).

### **Malattie professionali definite nel periodo 2000-2004**

Le definizioni che l'Inail ha portato a termine nel periodo 2000-2004 sono state 7621; di queste il 62 % circa sono negative, il 22,54 % sono m.p. con esito permanente. Un 10 % circa sono malattie riconosciute regolari ma non indennizzate.

In totale si contano nei cinque anni 104 decessi riconosciuti da causa lavorativa.

Valutando le malattie professionali definite per gruppi ATECO, e non tenendo conto dei missing per tale dato, i gruppi F (costruzioni), seguito DN (altre industrie manifatturiere) da DJ (produzione metalli), e DC (industria conciaria), sono i più frequenti.

E' ancora la provincia di Pesaro Urbino a rappresentare la maggioranza delle m.p. definite (circa 38% contro il 16% di Ascoli Piceno); ciò è vero anche se si considerano gli addetti per provincia con lievi differenze per i dati di Macerata e Ancona.

Il sesso maschile continua a essere rappresentato nel 70-90% dei casi: di più in patologie da lavorazioni pesanti (con uso di aria compressa, martelli pneumatici, ecc.) e meno da lavorazioni che prevedano l'uso di sostanze chimiche varie (amine aromatiche, resine, oligomeri, elastomeri, gomma arabica, ecc.) dove un maggior numero di donne sono presenti.

La qualifica professionale più frequente è quella di "muratore" (circa il 10%) seguita da "operatore" e "proprietario/assistente coltivatore diretto".

Riferendosi ai postumi delle malattie, la maggior parte di quelle definite si concentrano nella classe "6-15%"; più del 94 % del totale definite si concentra sotto il 32% di postumi.

### **Infortuni: generalità**

Si definisce "infortunio sul lavoro" ogni incidente avvenuto per causa violenta in occasione di lavoro, dal quale sia derivata la morte o un'inabilità permanente al lavoro (assoluta o parziale) o una inabilità temporanea assoluta che comporti l'astensione dal lavoro per più di tre giorni (D.P.R. 30 giugno 1965, n.1124 e successive modifiche ed integrazioni).

Nella tabella 6.3.2 sono riportati i dati riepilogativi: gli infortuni denunciati, definiti, le giornate indennizzate, gli infortuni permanenti, stradali ed "in itinere" relativi agli anni 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004.

**Tabella 6.3.2 - Riepilogo dati regione Marche**

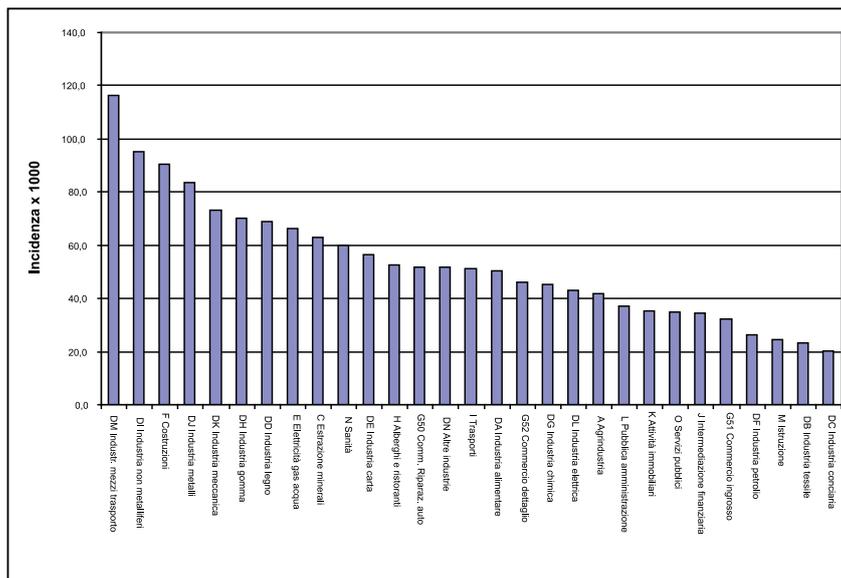
	A. 2000	A. 2001	A. 2002	A. 2003	A. 2004
infortuni denunciati	33.698	34.407	33.894	32.813	31.138
infortuni definiti	24.441	24.696	23.985	23.003	21.533
Dipendenti (INAIL)	365.957	390.720,4	359.544,8	384.826,9	/
Artigiani (INAIL)	72.428,5	75.670	75.611,7	73.626,2	/
giornate indennizzate	704.138	702.241	700.070	680.850	587.880
infortuni permanenti indenn.	1.047	877	1.009	1.070	594
infortuni mortali indennizzati	43	49	35	48	33
Inf. Strad.ind.. (esc. in itinere)	2.046	1.547	872	742	596
Inf. Strad.apermanenti indenn.	145	95	57	57	31
Inf. mortali strad.indenn.	17	10	7	8	2
infortuni in itinere indenn.	1.518	2.237	2.816	3.014	2.794
Inf. in itinere perma. indenn.	110	141	188	217	97
Inf. in itinere mortali indenn.	4	14	10	11	10

Tutti dati si riferiscono ad infortuni di dipendenti delle aziende dell'industria e artigianali e quelli di titolari, familiari e soci d'azienda artigiana (codice INAIL 110 e 113), che rappresentano l'80,7% di tutti gli infortuni.

#### ***Infortuni Denunciati nel periodo 2000 - 2004***

Nei raggruppamenti considerati, il gruppo DM "costruzione mezzi di trasporto", ha il più alto tasso d'incidenza negli ultimi due anni considerati (2003-2004), seguito dal DI "fabbricazione di prodotti della lavorazione di minerali non metalliferi" e dal F "costruzioni". Analizzando gli infortuni mortali nel periodo, si può notare che il settore più colpito è sempre quello delle "costruzioni", seguito dai "trasporti" e "industrie metalli".

**Fig. 6.3.1 - Tasso incidenza infortuni denunciati**

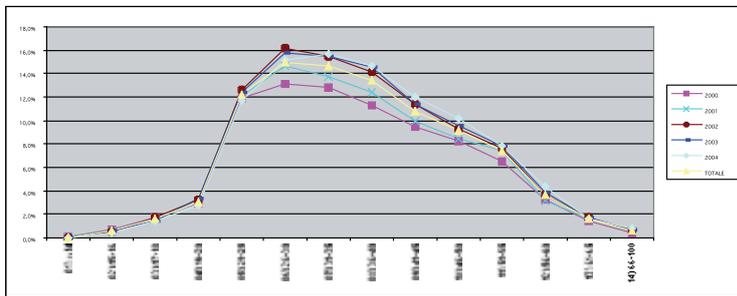


I tassi d'incidenza degli infortuni totali rilevati per provincia variano dal 53,8‰ in provincia d'Ascoli Piceno (anno 2004), all'83,5‰ della provincia di Ancona (anno 2000), con una incidenza regionale del 63,4 ‰ (anno 2004) – 76,9 ‰ (anno 2000).

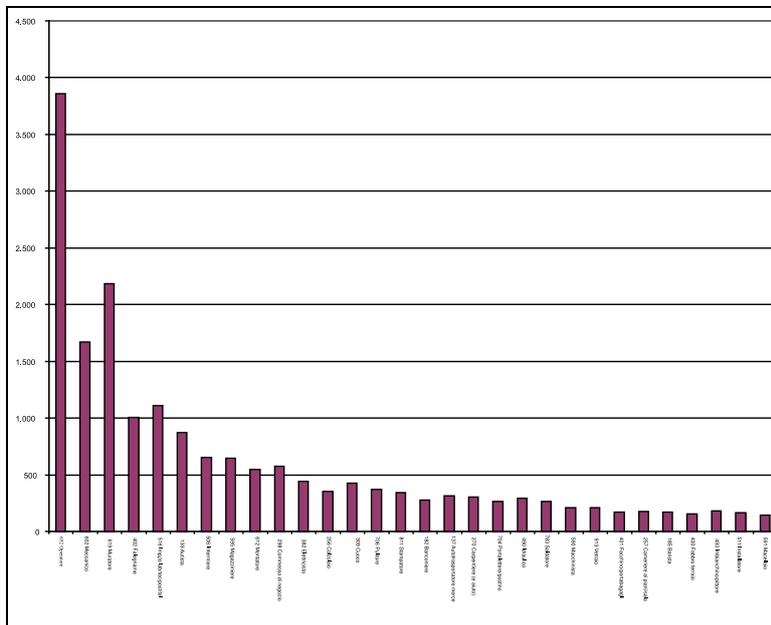
I maschi rappresentano la categoria maggiore degli infortunati (77%) mentre la fascia d'età più colpita è tra i 26 – 30 anni (15 %) seguita da quella tra i 31 e 35 anni (14,6%).

La qualifica professionale più frequente è quella degli “operatori” (12,3%), poi del “meccanico” (7,1 %), del “muratore” (6,8%) e del “falegname” (3,8%).

**Fig. 6.3.2 - Infortuni denunciati suddivisi per classi di età**



**Fig. 6.3.3 - Infortuni denunciati suddivisi per qualifica professionale**



L'andamento degli infortuni presenta un picco massimo nei mesi di giugno e luglio. La maggior parte (91,3%) sono accaduti nei giorni feriali, principalmente nei primi giorni della settimana. Gli infortuni denunciati accadono principalmente nella decima ora solare (ore 10.00) con picchi alle 11.00, alle 12.00 ed alle 17.00, in maniera predominante nella prima-seconda ora lavorativa.

Suddividendo gli infortuni denunciati per le 13 Zone Territoriali marchigiane (tabella 6.3.3), abbiamo tassi d'incidenza variabili dal 42,8‰ (Zona T. 11, per infortuni denunciati nel 2004) al 102,2‰ (Zona T. 5, per infortuni denunciati 2000).

**Tabella 6.3.3 - Infortuni denunciati suddivisi per Zona Territoriale**

Anno	2000	2001	2002	2003	2004	periodo
Zona T.1 Pesaro	5.028	4.858	4.251	4.148	3.931	22.216
Zona T.2 Urbino	1.354	1.514	1.619	1.577	1.505	7.569
Zona T.3 Fano	2.581	3.052	3.308	3.136	3.215	15.292
Zona T.4 Senigallia	1.679	1.853	1.758	1.697	1.617	8.604
Zona T.5 Jesi	3.231	3.158	3.212	3.105	2.809	15.515
Zona T.6 Fabriano	2.170	2.282	2.051	2.001	1.666	10.170
Zona T.7 Ancona	5.613	5.410	5.628	5.633	5.365	27.649
Zona T.8 Civitanova	2.467	2.388	2.463	2.275	2.237	11.830
Zona T.9 Macerata	2.611	2.432	2.234	2.259	2.171	11.707
Zona T.10 Camerino	834	886	958	822	833	4.333
Zona T.11 Fermo	2.111	2.313	2.319	2.319	2.112	11.174
Zona T.12 S. B.tto	1.395	1.581	1.606	1.546	1.492	7.620
Zona T.13 Ascoli P.	2.624	2.680	2.487	2.295	2.185	12.271
Totale	33.698	34.407	33.894	32.813	31.138	165.950

### ***Infortunati Definiti nel periodo 2000-2004***

L'incidenza media regionale registra i seguenti valori:

55,8‰ nell'anno 2000, 53,0‰ nel 2001, 51,1‰ nel 2002, 50,2‰ nel 2003, 47,2‰ nel 2004.

Incidenza più elevata è nel gruppo ATECO "costruzione mezzi di trasporto", seguito dalla "industria non metalliferi" e dalle "costruzioni".

Tra gli infortuni mortali denunciati e definiti nel triennio, il settore più colpito è quello delle "costruzioni" seguito dai "trasporti".

Suddividendo gli infortuni per le 13 Zone Territoriali marchigiane abbiamo tassi d'incidenza variabili dal 30,2‰ (ZT 11, per infortuni definiti positivamente 2004) all' 81‰ (ZT 6, per infortuni definiti positivamente 2000), con una durata media che varia dai 22,9 giorni (ZT 6, anno 2004) ai 34,9 giorni (ZT 9 e 10, anni 2001 e 2003).

Per le forme di accadimento e gli agenti materiali coinvolti nell'infortunio: tra le forme più rappresentate troviamo gli impatti violenti: "colpito da", "ha urtato contro", "si è colpito con", seguiti da "è caduto in piano su".

Gli agenti materiali maggiormente coinvolti negli infortuni sono i "materiali solidi", "mezzi di trasporto terrestri non su rotaie" e "superfici di lavoro e transito".

Incrociando le prime forme di accadimento con i primi agenti materiali si nota che:

- gli investimenti sono quasi sempre "da mezzi di trasporto non su rotaia"
- al secondo posto ci sono incidenti avvenuti a persone "alla guida" di "mezzi di trasporto non su rotaia"
- seguono le "cadute in piano" su "superfici di lavoro e transito" "colpito" da "materiali solidi".

## 6.4 – SICUREZZA NEI COMPORAMENTI INDIVIDUALI

Fonti informative:

- **Studio PASSI per L'Italia** - Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia – ARS Marche 2005, CCM, Ministero della Salute.
- **ISTAT: Stili di vita e condizioni di salute – Indagine Multiscopo annuale sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana” - anno 2006:** Il volume contiene i dati dell'indagine condotta tra il dicembre 2003 ed il marzo 2004. Le informazioni sono state raccolte in parte per intervista diretta, in parte per autocompilazione di un questionario.
- **ISTAT: Annuario Statistico Italiano 2006:** Viene offerta una sintesi delle informazioni statistiche di maggior rilievo prodotte dall'ISTAT e da altri enti del Sistema statistico nazionale in campo ambientale, demografico, sociale ed economico. I dati pubblicati sono generalmente riferiti al 2003 e disaggregati a livello regionale <http://www.istat.it/>
- Elaborazione delle Schede di dimissione ospedaliera: Archivio SDO, Agenzia sanitaria regionale, anno 2006;
- Servizio Salute Regione Marche – elaborazione dati dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche (DDP) e del Ministero della Salute.

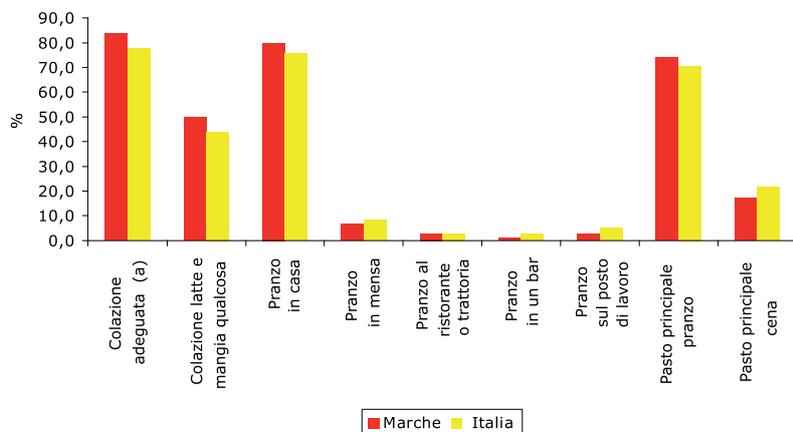
### Alimentazione

#### *Stile Alimentare*

Negli ultimi anni si sta registrando un cambiamento generale delle abitudini degli italiani, tale si mostra anche nelle Marche.

Nel 2003 il pranzo continua a rappresentare il pasto principale dei marchigiani, anche se si nota una leggera diminuzione di chi lo dichiara il più importante a favore della cena (pasto principale: pranzo 74,1% 2003 contro il 78,1% del 2001; cena 17,2% 2003 contro 12,8% nel 2001) e viene consumato soprattutto in casa (80% dato marchigiano rispetto al 75,6%, dato italiano). In lieve aumento sono i marchigiani che consumano il pranzo fuori casa (in mensa: 6,9% 2003 contro il 4,3% del 2001 mentre rimangono basse le percentuali di chi lo consuma in ristoranti e bar).

**Figura 6.4.1 – Persone di 3 anni e più per stile alimentare. Confronto Marche – Italia, 2003 (composizione %).**

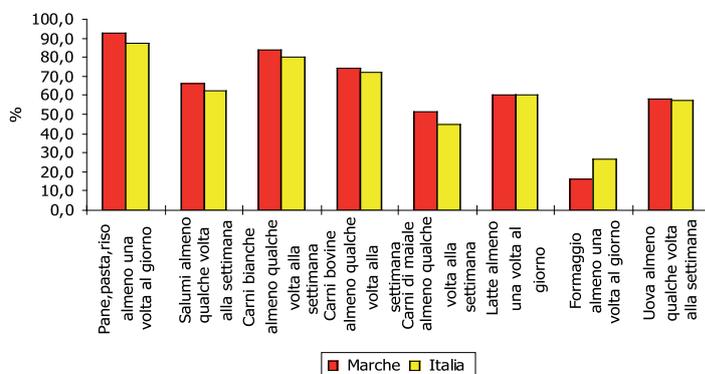


(a) Per adeguata, si intende una colazione in cui non si assumono soltanto tè o caffè, ma si beve latte e/o si mangia qualcosa

Fonte: ISTAT - Indagine multiscopo 2006

La dieta regionale è di tipo “mediterraneo” e la quota di popolazione che mangia pane, pasta, riso almeno una volta al giorno è leggermente aumentata rispetto agli anni precedenti (92,8% 2003 vs 89,8% del 2001).

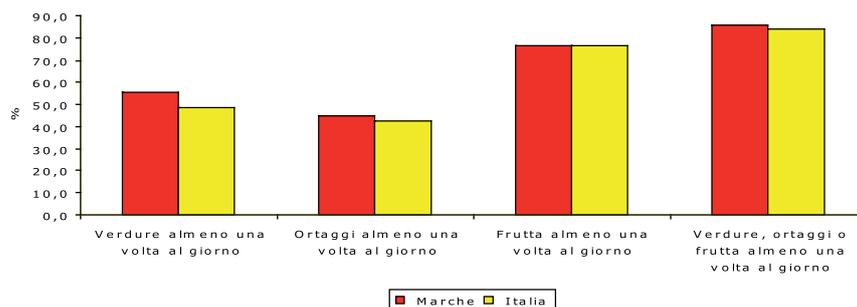
**Figura 6.4.2 – Persone di 3 anni e più per consumo di alcuni cibi. Confronto Marche – Italia, 2003 (composizione %)**



• Fonte: ISTAT - Indagine multiscopo 2006

Più della metà della popolazione marchigiana mangia carne o insaccati almeno qualche volta alla settimana, preferendo in particolare le carni bianche (84%). In generale il consumo di carne e insaccati è superiore rispetto ai dati italiani.

**Figura 6.4.3 – Persone di 3 anni e più per consumo di alcuni cibi. Confronto Marche – Italia, 2003 (composizione %).**



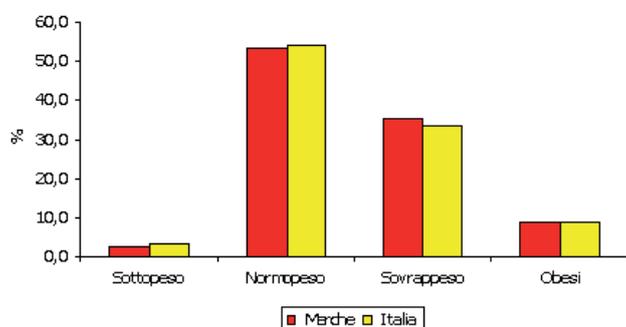
Fonte: ISTAT - Indagine multiscopo 2006

Sono in aumento i consumi di frutta e verdura, infatti marchigiani che dichiarano di assumerne almeno una volta al giorno verdure, ortaggi e frutta, nel 2003, sono rispettivamente il 55,4%, 44,9%, 76,7% (contro i 51,5%, il 40,1% e il 76,9% del 2002). Il 96% dei marchigiani cuoce i cibi utilizzando olio di oliva o grassi vegetali, il 97% condisce a crudo con olio di oliva o grassi vegetali.

### *Obesità*

Secondo i dati ISTAT, nel 2003, le persone di 15 anni e più in sovrappeso rappresentano il 35,3% dei marchigiani (in leggero aumento rispetto al 2002: 34,2%).

**Figura 6.4.4 – Percentuale di persone di 18 anni e più per indice di massa corporea; confronto Marche – Italia, 2003.**



Fonte: ISTAT - Indagine multiscopo 2006.

Per quanto riguarda i soggetti in eccesso ponderale lo *Studio PASSI per l'Italia*, che a livello nazionale è stato attuato nel 2005 dalla maggior parte delle regioni, evidenzia che il 40% della popolazione risulta essere in sovrappeso o obesa, tale condizione cresce con l'età (risultano, infatti, esserlo circa il 57% gli ultracinquantenni), con il livello di istruzione e con il sesso maschile. Tra le persone in eccesso ponderale il 31% svolge una dieta ed il 24,8% fa attività fisica per perdere peso.

**Tabella 6.4.1 – Popolazione in sovrappeso o obesa. Marche, anno 2005.**

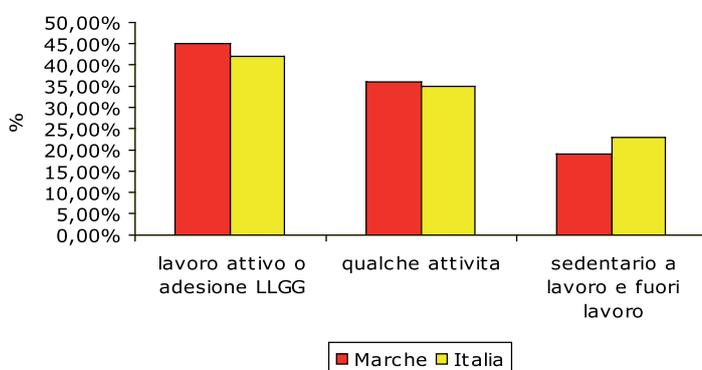
Caratteristiche demografiche		%
<b>Totale</b>		<b>39,7</b> (IC 95%36,3-43,3)
<b>Età, anni</b>		
	18 – 24	13,3
	25 – 34	20,4
	35 – 49	40,7
	50 – 69	56,6
<b>Sesso</b>		
	Uomini	47,3
	Donne	32,8
<b>Istruzione</b>		
	bassa	47,6
	alta	59,0

Fonte: Studio PASSI per l'Italia 2005, ARS Marche.

### Attività fisica

Interessanti risultano i dati sull'attività fisica svolta dai marchigiani, emersi dal Rapporto dello *Studio PASSI per l'Italia* effettuato nella nostra regione. Il 45% del campione intervistato dichiara di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica, (ossia esegue 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana), il 36% non effettua lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato e circa il 19% è completamente sedentario.

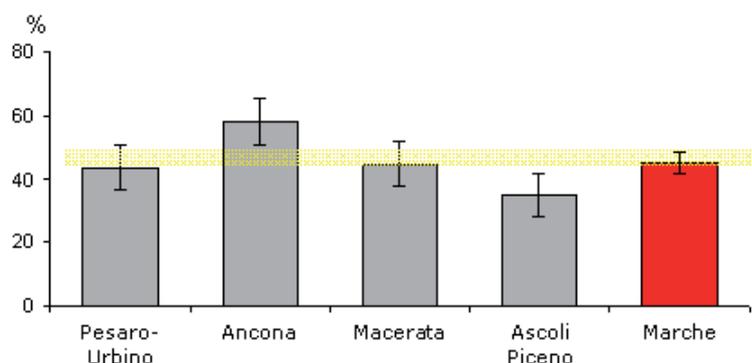
**Figura 6.4.5 – Percentuale di persone per attività fisica. Marche, anno 2005.**



Fonte: Studio PASSI per l'Italia 2005, ARS Marche.

A livello provinciale la percentuale di soggetti che aderisce alle linee guida o svolge un lavoro fisicamente pesante varia da 34,9% di Ascoli Piceno a 58,2% di Ancona.

**Figura 6.4.6 – Persone che aderiscono alle linee guida o eseguono un lavoro fisicamente pesante (%). Marche, anno 2005.**



Fonte: Fonte:Studio PASSI per l'Italia 2005, ARS Marche.

Dallo studio i completamente sedentari risultano i meno giovani (22,7%) le donne (21,7%) e le persone con basso livello di istruzione (20,5%) ossia coloro che non hanno nessun titolo di studio, o licenza elementare, o licenza media inferiore.

**Tabella 6.4.2 – Popolazione sedentaria. Marche, anno 2005.**

Caratteristiche Demografiche		Sedentari, %*
<b>Totale</b>		<b>18,6</b> (IC95%:16,0-21,6)
<b>Età</b>		
	18 - 34	14,7
	35 - 49	17,6
	50 - 69	22,7
<b>Sesso</b>		
	uomini	15,2
	donne	21,7
<b>Istruzione</b>		
	bassa	20,5
	alta	17,1

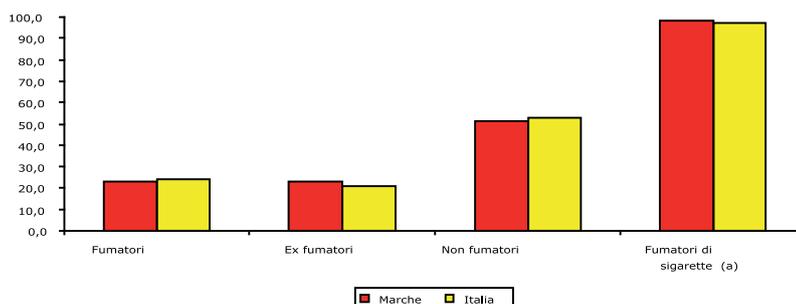
\* chi svolge meno di 10 minuti d'attività fisica alla settimana e non effettua un lavoro pesante

Fonte:Studio PASSI per l'Italia 2005, ARS Marche.

## Fumo

Dai dati ISTAT del 2003 emerge che i fumatori sono il 23,9% dei marchigiani e di questi, il 98,1% fuma sigarette. Gli ex fumatori sono il 22,8%. Non fuma il 51,6% dei marchigiani.

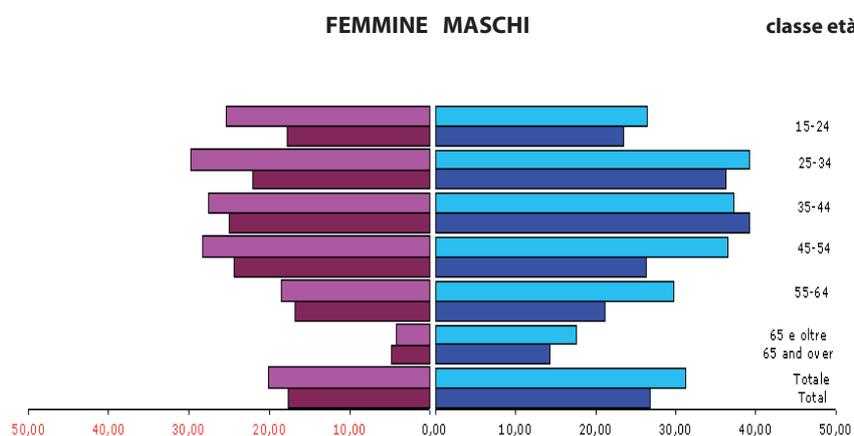
**Figura 6.4.7 – Persone di 14 anni e più per abitudine al fumo e numero di sigarette fumate; confronto Marche - Italia, 2003.**



Fonte: ISTAT

L'abitudine al fumo si sta diffondendo sempre di più tra i soggetti giovani nell'età compresa tra i 25 e 34 anni. Negli ultimi anni, infatti, è aumentata la frequenza del consumo di tabacco nelle classi di età più basse. La percentuale maggiore dei fumatori maschi appartiene alla classe di età 35-44 (39,20%), mentre la percentuale più elevata delle fumatrici è nella classe di età tra i 25-34 anni (29,85% del 2003 vs 29% della classe tra i 35-44 anni nel 2001); ha subito una riduzione, rispetto agli anni precedenti, la diffusione del fumo fra i giovanissimi tra i 15 e i 24 anni (24,42% 2003 vs. 27,1% nel 2001).

**Figura 6.4.8 - Fumatori di 15 anni e più per sesso e classe di età. Confronto Marche – Italia, 2003 (tassi per 100 persone).**

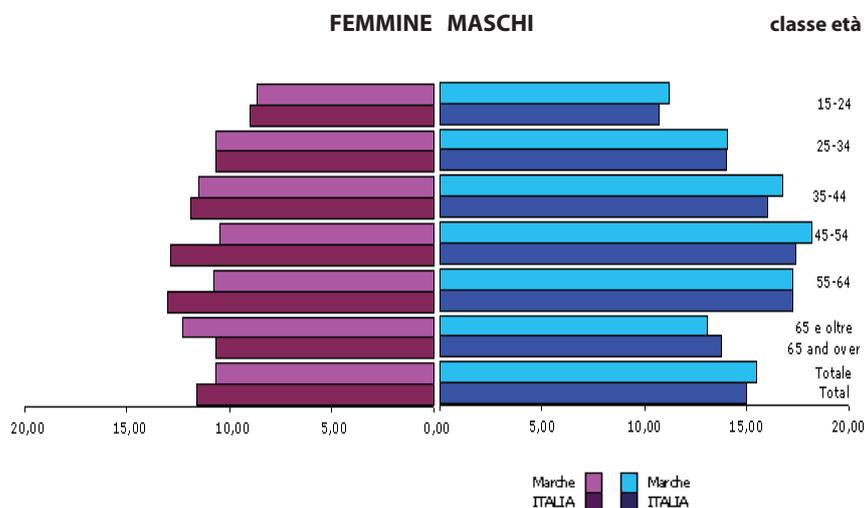


Fonte: ISTAT.

In media vengono fumate 14 sigarette al giorno; il 9,67% dei fumatori fuma più di 20 sigarette al giorno.

Fra i maschi il valore più alto di sigarette fumate (17) si registra nella classe di età 45-54; nelle femmine, il numero maggiore fumato è di 12 sigarette al giorno nelle ultra 65enni. Negli ultimi anni il numero di sigarette giornaliere fumate dai giovani (15-24 anni) si è ridotto (6,9 nel 2003 contro 12,3 nel 2001).

**Figura 6.4.9 - Numero medio giornaliero di sigarette consumate per sesso e classe di età. Confronto Marche – Italia, 2003.**



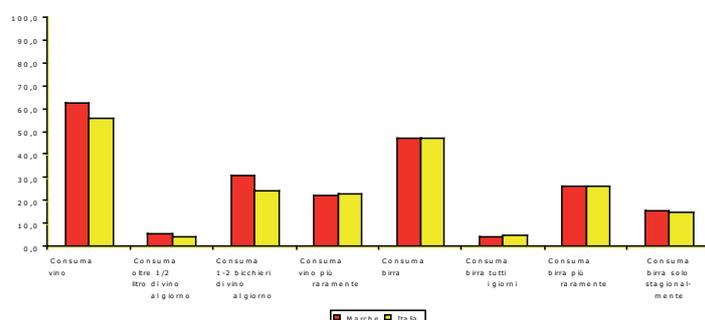
Fonte: ISTAT.

## Alcol

### Consumi di alcol

Dall'indagine *Multiscopo* eseguita dall' ISTAT nel 2003 emerge che nella nostra regione la bevanda alcolica più consumata è il vino (62,6% 2003 vs 66,4% del 2001) con diverse modalità: il 31,3% ne beve 1 o 2 bicchieri al giorno; il 22,7% lo assume saltuariamente; il 5,6% ne consuma più di mezzo litro/die (8% nel 2001). In calo è il consumo di alcolici: 27,3% nella nostra regione rispetto 29,3% dell'intera nazione.

**Figura 6.4.10 – Percentuali di persone di 14 anni e più per consumo di vino e birra e superalcolici almeno qualche volta nell'anno. Confronto fra regione Marche – Italia, 2003.**



Fonte: ISTAT- indagine multiscopo 2003.

Il consumo di alcol insieme alle altre abitudini di vita non corrette (alimentazione sbilanciata, fumo e sedentarietà) è un grave problema che non riguarda solo la persona che ne abusa, ma anche la collettività intera. Dai risultati dello *Studio PASSI per l'Italia* la percentuale di marchigiani che ha dichiarato di consumare alcolici risulta essere leggermente superiore rispetto al resto dell'Italia (66%vs 64%).

**Tabella 6.4.3 - % di consumatori di bevande alcoliche per età, sesso e livello d'istruzione. Marche, anno 2005.**

Caratteristiche Demografiche	% che ha bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica* nell'ultimo mese
<b>Totale</b>	<b>65,5</b> (IC95%:62,2-68,8)
<b>Età, anni</b>	
18 - 24	67,5
25 - 34	64,1
35 - 49	68,9
50 - 69	62,5
<b>Sesso</b>	
Uomini	78,8
Donne	53,4
<b>Istruzione</b>	
Bassa	64,6
Alta	65,5

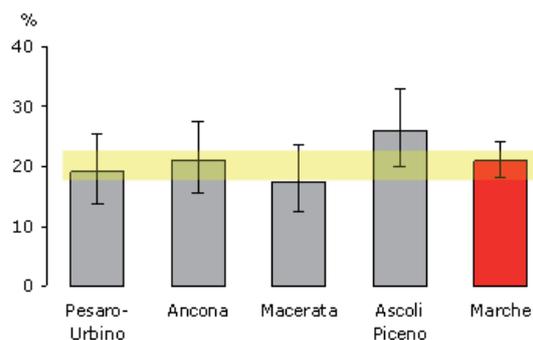
Fonte:Studio PASSI per l'Italia 2005, ARS Marche.

I tassi più elevati tra coloro che hanno dichiarato di aver assunto una o più unità di bevande alcoliche (\*una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) si riscontrano nelle fasce di età 18-24 anni e 35-49 anni, tra i maschi e tra i soggetti con elevato livello di istruzione.

### *Dipendenza da alcol*

Il primo passo verso la dipendenza dalle bevande alcoliche è l'assunzione "a rischio", ossia: più di 5 unità alcoliche nella stessa occasione (bevitore binge); oppure consumo fuori pasto; oppure consumo forte (assunzione di più di 3 bevande/giorno per i maschi, più di 2/giorno per le femmine). Grazie allo *Studio PASSI per l'Italia* abbiamo rilevato che il 17% di coloro che hanno dichiarato di assumere bevande alcoliche è un bevitore "a rischio".

**Figura 6.4.11 - %di consumatori a rischio (forti bevitori, bevitori fuori pasto e binge). Marche, anno 2005.**

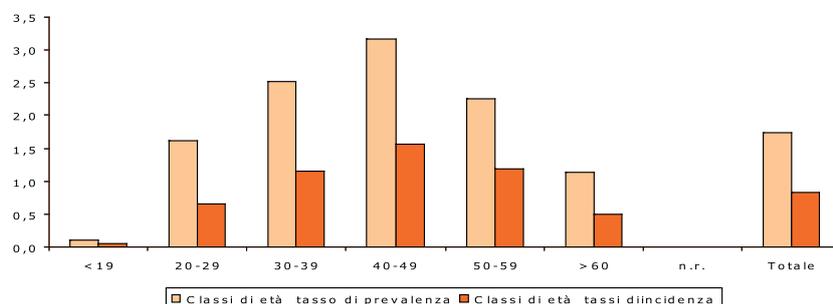


Fonte: Studio PASSI per l'Italia 2005, ARS Marche.

La distribuzione per provincia dei consumatori "a rischio" evidenzia un range che va da 19,1% (Macerata) ad 26% (Ascoli Piceno).

Gli utenti alcolodipendenti che nel 2005 si sono rivolti Dipartimento Dipendenze Patologiche DDP (14 in tutto il territorio regionale), sono stati 1033 con età media pari a 43 anni circa. Dall'analisi dei tassi si nota come la classe di età più colpita dall'alcolismo è quella dai 40 ai 49 anni.

**Figura 6.4.12 - Tassi di prevalenza e incidenza annuale (x 1000 abitanti) per classi di età. Totale degli utenti Alcoldipendenti. Marche, anno 2005.**

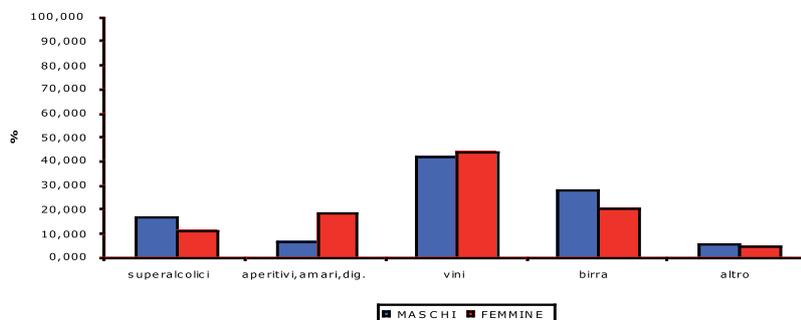


Fonte: elaborazione del Servizio Salute Regione Marche su dati del Ministero della salute

Il confronto dei dati con il 2003, però, evidenzia un leggero incremento del tasso di prevalenza a carico della classe di età inferiore a 19 anni (0,01 nel 2003 contro 0,1 nel 2005).

Le bevande alcoliche più frequentemente consumate dagli utenti dei DDP sono il vino per il 42% dei maschi e il 44,% delle femmine; le donne, oltre che al vino, preferiscono anche consumare aperitivi e digestivi (19,2% contro il 6,7% degli uomini).

**Figura 6.4.13 - Percentuale della tipologia di bevande alcoliche di uso prevalente degli Utenti in carico ai DDP. Marche, anno 2003.**



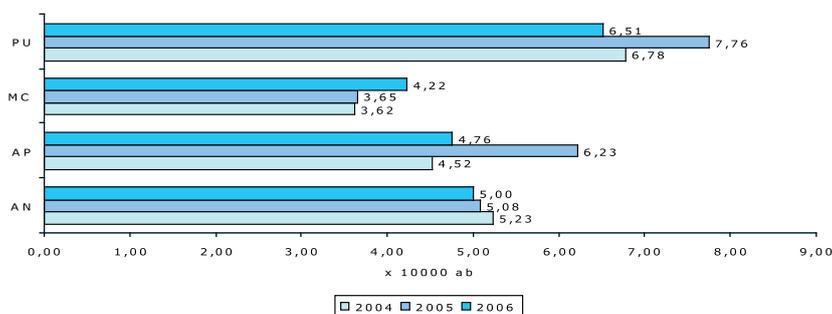
Fonte: elaborazione del Servizio Salute Regione Marche su dati del Ministero della salute.

Questi dati rispecchiano la situazione dei consumi di alcolici nella regione.

### Ricoveri alcol-correlati

Dal 2004 al 2006 il territorio regionale ha avuto una media annua di 813 ricoveri per epatopatie alcoliche (ICD IX 571.0 – 571.3). Il tasso più alto di degenze per tali malattie è stato registrato nel 2005, (5,7 x 10.000 abitanti). I tassi di ospedalizzazione per provincia, nel triennio indagato, evidenziano un eccesso di ricoveri nella circoscrizione di Pesaro-Urbino rispetto alle altre province con un picco di 7,76 x10.000 registrato nel 2005. La provincia di Macerata risulta avere il tasso più basso della regione, rispettivamente di 3,62 x10000, 3,65 x10000, 4,22 x10000 negli anni considerati, mostrando una tendenza al progressivo incremento.

**Figura 6.4.14 - Tassi di ricoveri per epatopatia alcolica per provincia nel periodo 2004-2006.**

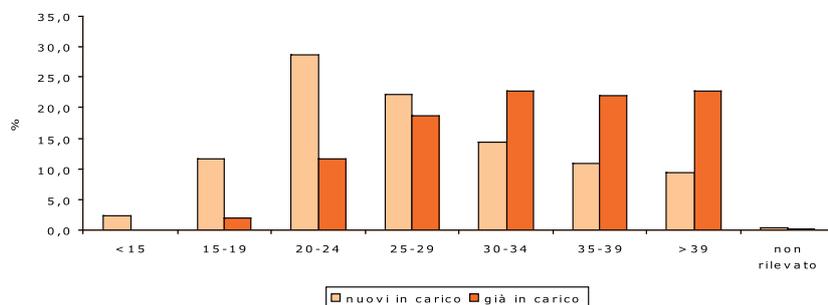


Fonte: Flusso informativo regionale SDO 2007 e dati Sistar 2005.

### Tossicodipendenze

In Italia “tossicodipendenza” significa spesso uso endovenoso di eroina, sia perché circa l’86% delle persone che si rivolgono ai DDP presenta questo tipo di problema, sia perché l’uso di eroina endovena presenta una forte associazione con diversi effetti sulla salute (Studio VEdeTTE).

**Figura 6.4.15 - Tassi di prevalenza e incidenza annuale regionale (x 1000 abitanti) per classi di età del totale degli utenti Tossicodipendenti. Marche, anno 2005.**

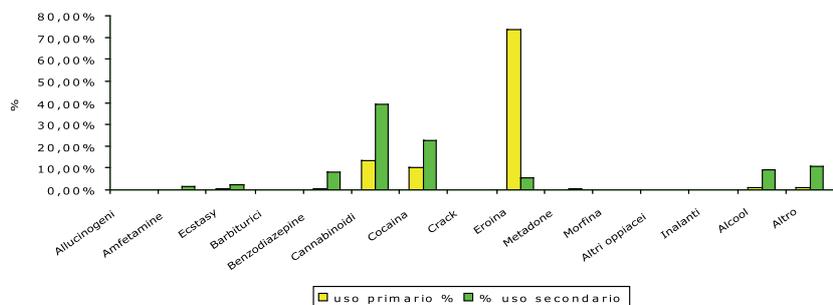


Fonte: elaborazione del Servizio Salute Regione Marche su dati del Ministero della salute.

Nel 2005 il numero di utenti dei DDP sono stati 4852, di questi 3601 erano già in carico dagli anni precedenti mentre 1251 si sono rivolti per la prima volta nell'anno 2005.

Nella nostra regione, gli utenti che si sono rivolti per la prima volta ai DDP, nel 2005, sono per il 73,4% eroino-dipendenti (inferiore al 2003 che registrava 77,1%), mentre solo il 13,6% dipendenti dalla cannabis.

**Figura 6.4.16 - Uso primario e secondario di sostanze. Percentuale di soggetti distribuiti per sostanza stupefacente d'abuso. Marche, anno 2005.**



Fonte:elaborazione del Servizio Salute Regione Marche su dati del Ministero della salute.

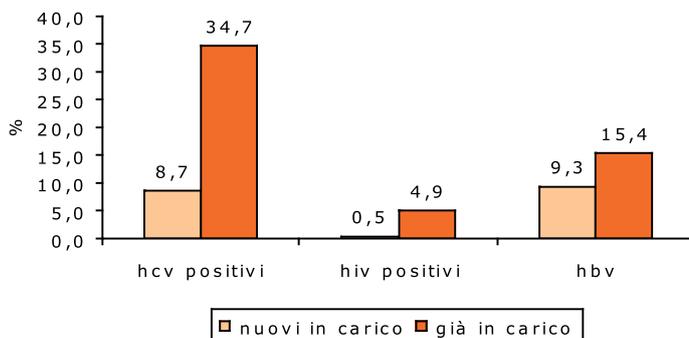
Facendo un confronto tra il 2004 e il 2005 si vede che il consumo primario di allucinogeni, droghe sintetiche, cannabinoidi e oppiacei è calato nel tempo a favore dell'aumento del consumo di eroina (73,4% 2005) e di cocaina che ha subito, a sua volta, un netto incremento nel breve periodo di un anno (10% nel 2005 e 8% nel 2004).

Il fenomeno tossicodipendenza colpisce prevalentemente la classe di età 20-24 anni con il 28,6 nuovi utenti.

### Effetti sulla salute

Le infezioni tipiche di chi fa uso di droghe sono quelle da HIV, HBV e HCV, soprattutto a causa della pratica di scambio di siringhe usate.

**Figura 6.4.17 – Percentuale degli HIV, HBV, HCV positivi sul totale degli utenti dei DDP di cui si conosce il profilo sierologico. Marche, anno 2005.**



Fonte: elaborazione del Servizio Salute Regione Marche su dati del Ministero della salute.

Nella regione, nell'anno 2005 i profili sierologici degli utenti dei DDP mostrano la prevalenza dell'epatite virale C (su 1000 ab.) al primo posto tra le infezioni a trasmissione parenterale con 0,8; al secondo posto l'epatite B con 0,39; e solo all'ultimo posto la sieropositività per il virus HIV 0,11.

Nella nostra regione è stato avviato un importante progetto di sorveglianza nutrizionale ed educazione alimentare rivolto all'età scolastica, che ha visto la partecipazione dei SIAN regionali ed è stato coordinato dal dr. Giordano Giostra (responsabile SIAN ZT 7, Ancona). Si riporta di seguito una breve nota informativa al riguardo, rimandando gli interessati, per tutte le informazioni dettagliate, al Report specifico.

***Sorveglianza Nutrizionale ed Educazione Alimentare nella popolazione scolastica della regione Marche: il progetto SIAN.***

G. Giostra

Il progetto regionale è nato dalla considerazione che nelle Marche la rilevazione epidemiologica riferita alla condizione di sovrappeso/obesità non ha mai avuto un riscontro di carattere generale. Sono state svolte esperienze locali, destinate a target non sempre omogenei e seguendo metodiche diverse, che hanno fornito indicazioni rilevanti, ma che però non possono rappresentare la base su cui impostare un sistema operativo di intervento a valenza complessiva.

Gli obiettivi del progetto prevedono: la costruzione di una rete informativa che rilevi lo stato di sovrappeso/obesità della popolazione in esame in modo continuativo; la valutazione epidemiologica degli ambiti di connessione tra le abitudini alimentari e lo stato di sovrappeso/obesità riscontrato e, sulla base dei dati raccolti, la realizzazione di interventi di prevenzione.

Il target specifico è rappresentato dai docenti scolastici, dalle famiglie degli alunni coinvolti, dal personale addetto alle mense scolastiche

Il Progetto è rivolto alle scuole dell'infanzia (ex materne), del primo ciclo (ex elementari) e del secondo ciclo (ex media inferiori), interessando quindi gli alunni aventi 5,7, 9 e 12 anni di età.

Si è ritenuto di agire sui giovanissimi di appena 5 anni preso atto della conoscenza, ormai consolidata, che la correlazione tra obesità in età prescolare ed età adulta studiata secondo il metodo del BMI (Indice di massa corporea) è massima proprio tra i 4 ed i 6 anni (fase in cui inizia la seconda fase di incremento ponderale chiamato "adiposità rebound") e non presenta particolari differenziazioni tra i due sessi.

Gli obiettivi generali del progetto sono: conoscitivo (acquisire notizie sulle abitudini alimentari presenti in famiglia), educativo (trasmettere le conoscenze di base intorno alla corretta alimentazione secondo le Linee Guida dell'INRAN), comportamentale (promuovere un corretto stile di vita riducendo

le occasioni di sedentarietà), di salute (tendere alla riduzione del rischio della incidenza e della prevalenza di obesità e sovrappeso).

Il Progetto è articolato in diversi settori. Nella scuola dell'infanzia si basa sull'apprendimento in forma ludica (conoscere gli alimenti); nella scuola primaria 2a classe ha l'obiettivo di sorvegliare i parametri antropometrici (misura del peso e della statura); nella scuola primaria 4<sup>a</sup> classe si sviluppa il tema "riconoscere gli alimenti - gioco è salute?", con l'intento di fornire le conoscenze essenziali sugli alimenti e la nutrizione e far prendere conoscenza dell'importanza dell'attività fisica. Per quanto riguarda la scuola secondaria di primo grado 2<sup>a</sup> classe, con il tema "mangio bene per crescere meglio" si intende far comprendere il legame esistente tra alimentazione attività fisica e stato di salute per arrivare ad una autovalutazione sulla correttezza della propria dieta.

Il progetto è articolato in varie fasi e vede un coinvolgimento differenziato del personale ASUR, operatori scolastici, genitori e bambini.

Una parte rilevante del Progetto riguarda le rilevazioni delle misure antropometriche e la somministrazione di questionari sulle abitudini alimentari

### **I risultati dello studio pilota**

Nell'anno scolastico 2004/2005, è stato condotto, su tutto il territorio regionale, il Progetto pilota e di seguito si riportano alcuni risultati.

Nel complesso sono stati indagati 2190 bambini (5% della popolazione scolastica delle età considerate):

- 408 bambini di 5 anni
- 600 bambini di 7 anni
- 575 bambini di 9 anni
- 607 ragazzi di 12 anni

Le valutazioni sono state effettuate secondo la metodica di Cole et al. 2000 (Valori soglia internazionali dell'IMC età e sesso specifici per la definizione del sovrappeso e dell'obesità in età evolutiva).

Hanno partecipato i Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione di tutta la Regione Marche ad esclusione della Asur Zona Territoriale n. 11 di Fermo e, limitatamente alla sola popolazione infantile, la Asur Zona Territoriale n. 5 di Jesi.

### Lo stato nutrizionale dei bambini

Dall'analisi dei dati emerge che dei bambini di 5 anni risulta in sovrappeso il 18,1% dei soggetti e in obesità l'8,6%; nei bambini di 7 anni le percentuali risultano di 19,7% e 10,2%; nei bambini di 9 anni sono 25,6% e 8,3% e nei dodicenni 22,2% e 5,3% (Tabella 1, Figura 1).

**Tabella 1. Stato nutrizionale dei bambini studiati nel progetto per età. Marche, anno scolastico 2004-2005.**

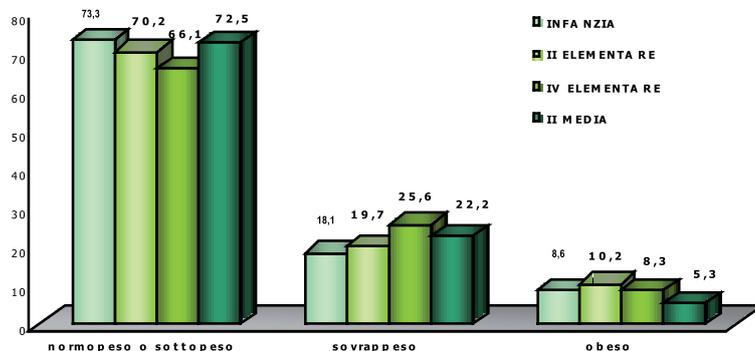
INFANZIA	v.a.	%
Normopeso o sottopeso	299	73,3
sovrappeso	74	18,1
obeso	35	8,6
<b>Totale</b>	<b>408</b>	<b>100,0</b>

II ELEMENTARE	v.a.	%
Normopeso o sottopeso	421	70,2
Sovrappeso	118	19,7
Obeso	61	10,2
<b>Totale</b>	<b>600</b>	<b>100,0</b>

IV ELEMENTARE	v.a.	%
Normopeso o sottopeso	380	66,1
Sovrappeso	147	25,6
Obeso	48	8,3
<b>Totale</b>	<b>575</b>	<b>100,0</b>

II MEDIA	v.a.	%
Normopeso o sottopeso	440	72,5
Sovrappeso	135	22,2
Obeso	32	5,3
<b>Totale</b>	<b>607</b>	<b>100,0</b>

**Figura 1: Stato nutrizionale dei bambini per età.  
Marche, anno scolastico 2004-2005.**

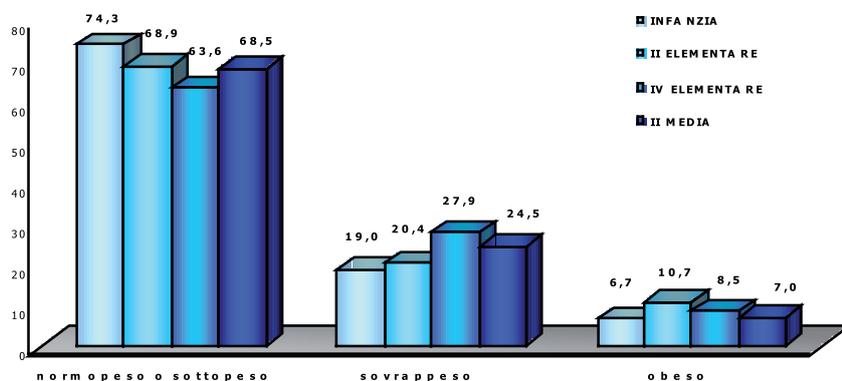


Se analizziamo i dati per sesso, si rileva un andamento che per il sovrappeso parte dal 19,0% dei ragazzi di 5 anni per giungere al 24,5% nei ragazzi di seconda media. Per l'obesità le percentuali variano da 6,7 a 7. Il picco del sovrappeso (27,9% dei ragazzi testati) si osserva ai 9 anni e quello dell'obesità (10,7%) ai 7 anni (Tabella 2, Figura 2).

**Tabella 2: Stato nutrizionale dei maschi, per età.  
Marche, anno scol. 2004-2005.**

MASCHI	INFANZIA	II ELEMENTARE	IV ELEMENTARE	II MEDIA
normopeso o sottopeso	74,3	68,9	63,6	68,5
sovrappeso	19,0	20,4	27,9	24,5
obeso	6,7	10,7	8,5	7,0
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Figura 2: Stato nutrizionale dei maschi, per età.  
Marche, anno scolastico 2004-2005.**

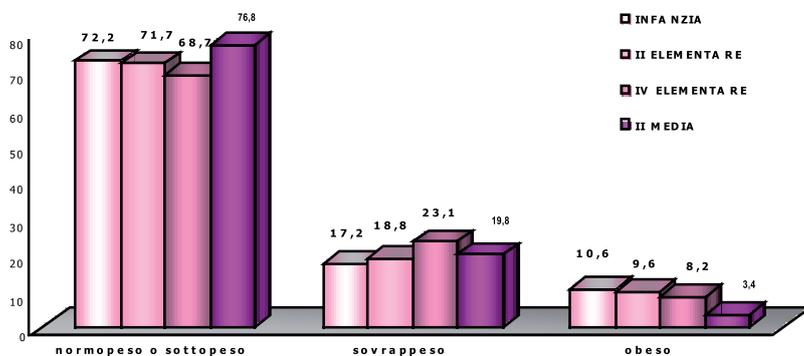


Anche nel sesso femminile si assiste ad un picco dei casi di sovrappeso (23,1%) all'età di 9 anni, mentre l'obesità è massimamente rilevata all'età di 5 anni (10,6%) (Tabella 3, Figura 3).

**Tabella 3: Stato nutrizionale delle femmine, per età.  
Marche, anno scol. 2004-2005.**

FEMMINE	INFANZIA	II ELEMENTARE	IV ELEMENTARE	II MEDIA
normopeso o sottopeso	72,2	71,7	68,7	76,8
sovrappeso	17,2	18,8	23,1	19,8
obeso	10,6	9,6	8,2	3,4
Totale	100	100	100	100

**Figura 3: Stato nutrizionale delle femine, per età.  
Marche, anno scol. 2004-2005.**



La sola lettura di tali dati riscontra nelle popolazioni in studio nella Regione Marche una prevalenza di sovrappeso + obesità secondo i seguenti valori:

- 5 anni 26,7%
- 7 anni 29,9 %
- 9 anni 33,9 %
- 12 anni 27,5 %

### Lo stato nutrizionale dei genitori

È da tempo risaputo come l'influenza genetica, con diversa penetranza ed espressività, concorra nella predisposizione all'insorgenza del sovrappeso/obesità. Si è pertanto voluto parametrare lo stato di sovrappeso/obesità dei singoli genitori con quello riscontrato nei loro figli.

Di seguito si riportano i risultati acquisiti in aggregato complessivo.

**Tabella 4. Stato nutrizionale dei genitori.  
Marche, anno scolastico 2004-2005.**

Stato nutrizionale madre	v.a.	%
Sottopeso	46	2,9
Normopeso	1.112	69,9
Soprappeso	258	16,2
Obeso	74	4,7
Totale	1.490	93,7
Non risponde	100	6,3
<b>Totale</b>	<b>1.590</b>	<b>100,0</b>

Stato nutrizionale padre	v.a.	%
Sottopeso	1	0,1
Normopeso	633	39,8
Soprappeso	658	41,4
Obeso	119	7,5
Totale	1.411	88,7
Non risponde	179	11,3
<b>Totale</b>	<b>1.590</b>	<b>100,0</b>

Si evidenzia come nei genitori di sesso maschile siano maggiormente presenti sia il soprappeso (41,4% rispetto al 16,2% delle mamme) che l'obesità (7,5% contro il 4,7% delle femmine). Il sesso femminile è prevalente, invece, sia nella condizione di normopeso (69,9% contro il 39,8% dei papà) che in quello del sottopeso (2,9% contro lo 0,1% dei maschi).

Un aspetto che merita di essere evidenziato è quali fonti di informazione alimentare vengono dichiarate dai genitori.

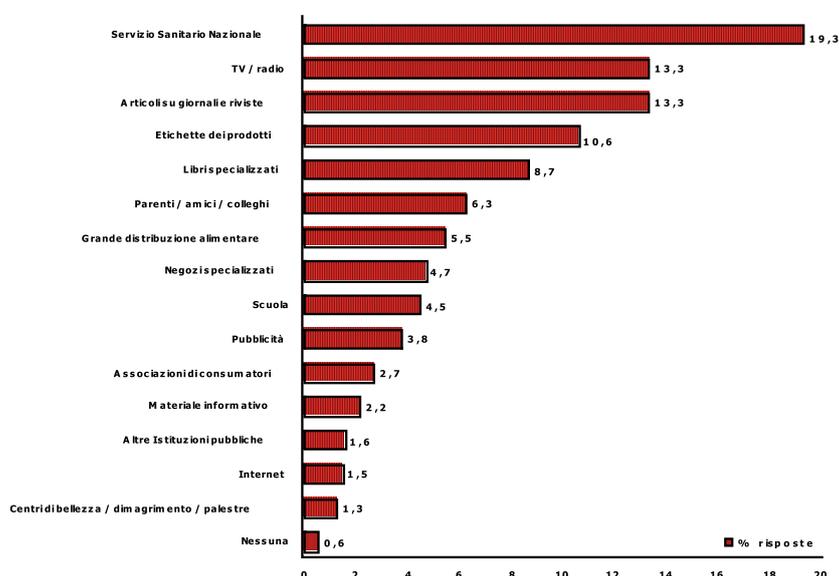
La nostra società è infatti costantemente invasa da messaggi che riguardano la salubrità e la nutrizione in ambito alimentare. Stampa, riviste più o meno specializzate, media, esperti, talk show, per non parlare poi di internet e dunque della diretta accessibilità da parte di ogni utente ad una rete informa-

tiva incontrollabile. Tutto ciò contribuisce a diffondere le informazioni più disparate su tali argomenti che troppe volte acquistano anche una valenza politica o risultano essere strumenti di orientamento dei consumi alimentari oltre che di diffusione di stati di forte emotività generalizzata.

Pertanto ci siamo chiesti quali fossero le fonti a cui si rivolgono i marchigiani per acquisire notizie ed informazioni riguardo tale materia.

L'analisi del dato evidenzia come il Servizio Sanitario nazionale sia il più segnalato in assoluto seguito dai media, come le associazioni dei consumatori siano non sufficientemente ascoltate e come solo il 10,6% dei consumatori abbia l'abitudine di leggere le etichette dei generi alimentari che intende acquistare. La stessa scuola sembra rivestire un ruolo marginale quale fonte informativa (Figura 4).

**Figura 4. : Fonti di informazione alimentare dichiarate dai genitori. Marche, anno scolastico 2004-2005.**



### **6.5 SICUREZZA ALIMENTARE E LA TUTELA DELLA SALUTE NEL CONSUMATORE**

Il tema dell'igiene degli alimenti riveste un ruolo molto importante nella tutela della salute; un cibo mal prodotto, conservato o manipolato in modo inadeguato o lasciato al pericolo di inquinamento può trasformarsi in un prodotto dannoso per chi lo consuma.

La qualità igienica di un qualsiasi prodotto alimentare è legata in gran parte ai comportamenti adottati da tutti coloro che, a vario titolo, intervengono nelle diverse fasi della sua lavorazione, a partire dalla materia prima fino alla tavola del consumatore. Anche le più recenti normative in campo alimentare sottolineano la necessità che fra gli operatori del settore alimentare si favorisca anzitutto la diffusione di comportamenti ed abitudini corretti, per i quali un'adeguata informazione ed il coinvolgimento di tutti gli attori della filiera costituiscono premessa indispensabile per una migliore tutela della salute del singolo e della collettività.

La sicurezza alimentare rappresenta quindi una questione strategica per le molteplici implicazioni sociali, economiche e politiche ad essa connesse.

Individuare, valutare e gestire strategie ed azioni necessarie per garantirla, rappresentano requisiti preliminari per la tutela della salute pubblica, ma anche per la salvaguardia degli interessi dei consumatori e degli addetti al settore.

Per raggiungere elevati livelli di sicurezza alimentare si deve concretamente prevedere:

- il controllo igienico-sanitario sulle produzioni primarie (allevamenti e coltivazioni), con particolare riguardo alla presenza di residui di farmaci, fitosanitari e contaminanti ambientali.
- La programmazione di progetti integrati di controllo ufficiale di filiera elaborati secondo criteri di priorità e di valutazione del rischio;
- La consapevolezza di tutti che l'esercizio continuo e preventivo del controllo ufficiale come elemento regolatore esterno dei processi produttivi evita al sistema di rincorrere le emergenze sanitarie.
- La sorveglianza e la verifica periodica della concreta attuazione dei programmi di autocontrollo delle imprese, per orientarli sempre più verso obiettivi sanitari e priorità emergenti.
- Lo sviluppo delle attività di sorveglianza delle malattie trasmesse da alimenti al fine di garantire rapidi interventi correttivi nel sistema.
- La garanzia di disporre di un'attiva, efficiente e corretta comunicazione del rischio che consenta di condividere e diffondere in tempo reale i rischi emergenti e le azioni di contrasto messe in atto dalle autorità competenti.

I nuovi regolamenti europei sulla sicurezza alimentare (c.d. "pacchetto igiene") considerano il controllo di filiera (cioè realizzato a partire dagli allevamenti e dalle coltivazioni, attraverso le diverse lavorazioni, fino al piatto del consumatore) un aspetto fondamentale per il raggiungimento di adeguati livelli di sicurezza alimentare e danno agli stati membri specifiche e puntuali indicazioni sull'organizzazione del sistema, articolato in una struttura "a rete" che consenta azioni integrate di controllo nei diversi punti della filiera alimentare.

I nodi di tale sistema si identificano con i diversi livelli istituzionali di controllo ( U.E.-Ministero della Salute, Regioni , ASL , Istituti Zooprofilattici Sperimentali ed Agenzie Regionali per la Protezione Ambientale).

Nella Regione Marche il controllo degli alimenti è affidato ai Dipartimenti di Prevenzione delle Zone Territoriali della Azienda Sanitaria Unica Regionale che operano in collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale Umbria e Marche (IZSUM), per quanto riguarda gli accertamenti analitici effettuati su alimenti di origine animale e con i laboratori dell'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale delle Marche (ARPAM) per quanto riguarda gli alimenti di origine vegetale.

Di seguito vengono riportati i dati relativi ad alcune tra le tante attività di controllo svolte dai Servizi veterinari e di igiene degli alimenti e della nutrizione, nell'anno 2005.

### **Attività di controllo svolta nell'ambito delle malattie infettive degli animali**

Gli allevamenti vengono tenuti sotto costante sorveglianza attraverso test diagnostici effettuati sugli animali, ed i focolai di infezione sono prontamente risanati impedendo così l'ulteriore diffusione della malattia ed il possibile passaggio dell'infezione all'uomo.

Nella tabella 6.5.1 si illustrano le attività di controllo di alcune malattie infettive degli animali da allevamento trasmissibili all'uomo .

L'esiguo numero di focolai di malattia rilevati è indicativo di un alto livello di salute degli animali allevati.

**Tabella 6.5.1- Dati sul controllo degli allevamenti bovini e sull'andamento epidemiologico dal 2002 al 2006**

anno	Brucellosi bovina		Brucellosi ovicaprina		Tubercolosi bovina	
	% allevamenti controllati	n° focolai	% allevamenti controllati	n° focolai	% allevamenti controllati	n° focolai
2006	100	3	99,8	0	99,9	1
2005	100	0	99,8	0	100	2
2004	93,9	0	99,9	1	98	1
2003	100	0	100	3	100	0
2002	99,6	0	97,2	4	99,5	2

(Fonte:Osservatorio Epidemiologico Veterinario IZS di Ancona)

### Attività di controllo svolte nell'ambito dell'alimentazione animale

La prevenzione della BSE ( la c.d. malattia della “ mucca pazza”) avviene attraverso il controllo degli alimenti somministrati agli animali allevati.

In particolare è fondamentale escludere la eventuale presenza di proteine di mammiferi nei mangimi destinati a bovini ed ad altre specie di interesse zootecnico. Nella tabella 6.5.2 le attività di controllo effettuate negli allevamenti, nelle rivendite di alimenti zootecnici e negli stabilimenti di produzione.

**Tabella 6.5.2 Campioni effettuati per la ricerca delle proteine animali negli alimenti zootecnici – anno 2005**

anno	camp. analizzati	% irregolari
2000	66	6
2001	193	5
2002	222	0,5
2003	155	0
2004	260	0
2005	223	0
TOTALE	1119	1,3

(Fonte:Osservatorio Epidemiologico Veterinario IZS di Ancona)

### **Attività di controllo nelle fasi di lavorazione e somministrazione degli alimenti**

Le attività di lavorazione e somministrazione degli alimenti sono costantemente oggetto di controlli da parte dei Dipartimenti di prevenzione attraverso sopralluoghi e controlli analitici dei prodotti lavorati. Nella tabella 6.5.3 sono sintetizzati i dati relativi alle strutture sottoposte a vigilanza.

**Tabella 6.5.3- Attività di lavorazione degli alimenti sottoposte a controllo ( Regolamento 854/2004 CE) - anno 2005**

Numero attività**controllate	% provvedimenti amministrativi sulle unità controllate
15994	2,5%

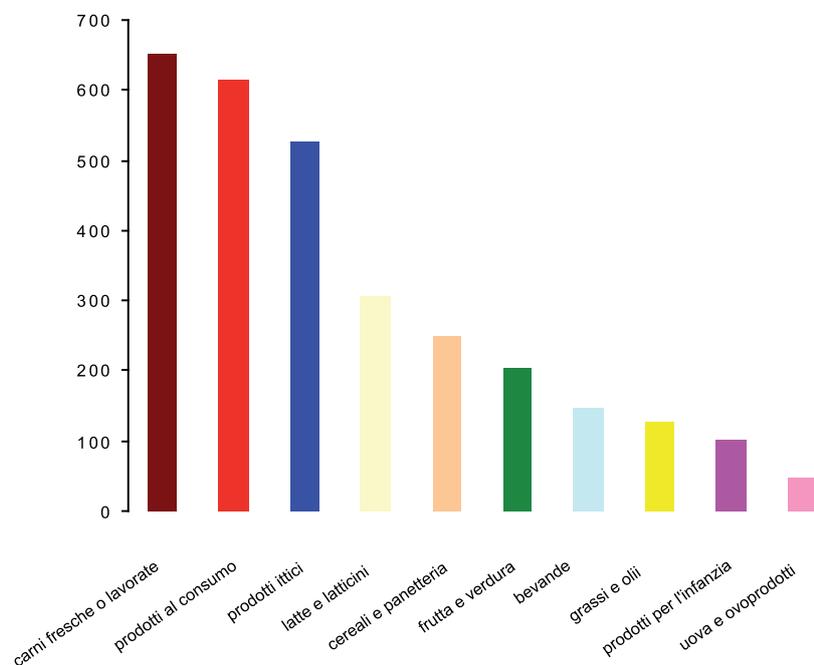
\*\* Includere le attività di ristorazione pubblica e collettiva

(Fonte: P.F.Veterinaria e Sicurezza Alimentare)

Gli operatori dei Dipartimenti di prevenzione, in occasione dei sopralluoghi nelle strutture dove avviene la lavorazione o la somministrazione degli alimenti, procedono al prelievo di alcuni campioni da sottoporre, presso i laboratori dell'IZS e dell'ARPAM a ricerche analitiche. Nel caso si evidenzino, nei campioni analizzati, la presenza di contaminanti, chimici o biologici potenzialmente dannosi per il consumatore, le partite di alimenti corrispondenti vengono ritirate dal commercio o dalla somministrazione. Nel 2005 in tutta la regione Marche sono stati prelevati ed analizzati 2981 campioni di alimenti (Fonte: Osservatorio Epidemiologico Veterinario IZS di Ancona)

In figura 6.5.1 viene illustrata la loro distribuzione per tipologia

**Figura 6.5.1 - Distribuzione per tipologia dei campioni di alimenti di origine animale analizzati nelle Marche presso l'IZS e l'ARPAM. Anno 2005**



Carni fresche e lavorate, prodotti ittici e prodotti al consumo, per le caratteristiche intrinseche e di lavorazione, sono considerati alimenti ad elevato rischio di contaminazione microbiologica e presenza di residui e vengono infatti privilegiati nel campionamento (Tabella 6.5.4).

**Tabella 6.5.4- campioni di alimenti analizzati nelle Marche nel 2005 presso i laboratori dell'IZS e dell'ARPAM e irregolarità riscontrate.**

categorie di alimenti	campioni analizzati	irregolarità microbiologiche			irregolarità chimiche
		Salmonella	Listeria	altre	
carni fresche e lavorate	651	13	2	3	2
prodotti ittici	527	2	3	1	15
prodotti al consumo	616	0	0	5	0
latte e latticini	305	1	1	8	0
uova ovoprodotti	49	0	0	2	2
Cereali e panetteria	250	0	0	2	0
Frutta e verdura	205	0	0	1	0
bevande	148	0	0	1	0
Grassi e oli	127	0	0	0	1
Prodotti per infanzia	103	0	0	0	0
totale	2981	16	6	23	20

(Fonte: Osservatorio Epidemiologico Veterinario IZS di Ancona)

L'irregolarità più frequentemente riscontrata riguarda la presenza di microrganismi e tra questi la Salmonella è il germe che risulta più diffuso. Le matrici alimentari maggiormente interessate da questa contaminazione sono le carni fresche o lavorate.

### Allerte alimentari per alimenti destinati al consumo umano

Nel caso in cui arrivino in commercio alimenti pericolosi, esistono procedure rapide ed efficaci per ritirarli dal circuito commerciale ed in casi di rischio grave ed immediato, fornire l'informazione diretta al consumatore.

Si tratta di un sistema rapido di allerta attivo in tutti i paesi europei, basato sullo scambio di informazioni in tempo reale tra i nodi di una rete informatizzata che comprende la Commissione Europea e gli Stati membri dell'Unione; per l'Italia il punto di contatto del sistema è presso il Ministero della Salute. Il meccanismo delle comunicazioni rapide costituisce uno strumento essenziale per la tutela del consumatore

I dati di seguito indicati ( tabella 6.5.5 ) sono relativi alle allerte alimentari attivate nella nostra regione, anche a causa di alimenti oggetto di allerta, prodotti in altre regioni o Stati membri della UE

**Tabella 6.5.5 Allerte alimentari diffuse nella regione Marche- Rilevazioni Gennaio- Novembre 2005**

Cause determinanti l'allerta	% cause determinanti
Contaminazioni Chimiche	76,4%
Contaminazioni Biologiche / microbiologiche	15,6%
Altro	7,8%
Totale	100%

(Fonte P.F.Veterinaria e Sicurezza Alimentare)

La tabella individua nelle cause chimiche il determinante prevalente delle allerte alimentari nel periodo preso in esame.

## 6.6 - MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ AMBIENTALE COME DETERMINANTE PER LA SALUTE

### Fonti informative:

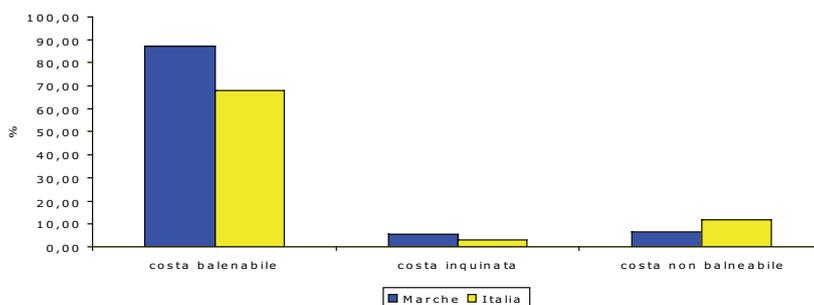
- Rapporto sulla qualità delle acque di balneazione anno 2003: elaborazione del Ministero della Salute su dati ISTAT; <http://www.ministerosalute.it/promozione/balneazione/balneazione.jsp>
- Annuario dei dati ambientali 2006: Agenzia per la protezione dell'ambiente e per i servizi tecnici. [http://www.apat.gov.it/site/it-IT/APAT/Pubblicazioni/Stato\\_Ambiente/Annuario\\_Dati\\_Ambientali/](http://www.apat.gov.it/site/it-IT/APAT/Pubblicazioni/Stato_Ambiente/Annuario_Dati_Ambientali/)
- Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale delle Marche
- I dati riguardanti gli effetti dell'inquinamento sulla salute fanno riferimento allo studio eseguito dal Servizio di Epidemiologia Ambientale, ARPAM – Valutazione di impatto sanitario del PM<sub>10</sub> e dell'O<sub>3</sub> in 12 comuni della regione Marche nel 2006. [www.arpa.marche.it](http://www.arpa.marche.it)
- Osservatorio Rifiuti delle Province di Ancona, Ascoli Piceno, Macerata, Pesaro-Urbino.

### Acqua

#### *Acque superficiali e profonde*

La costa marchigiana è totalmente controllata con prelievi periodici sia ai fini di protezione ambientale che di tutela della salute. Le Marche con il 87,5%, è fra le regioni a percentuale maggiore di costa balneabile.

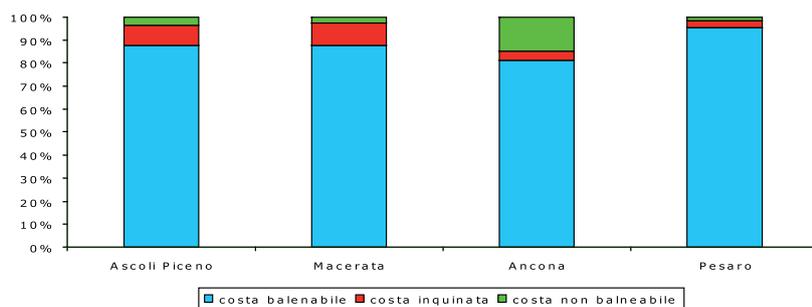
**Figura 6.6.1 – Percentuale di costa per caratteristiche di balneabilità. Confronto Marche – Italia, anno 2005.**



Fonte: Ministero della Salute.

La distribuzione delle caratteristiche di balneabilità per provincia vede Pesaro al primo posto con 95,52% di costa balneabile. La provincia di Macerata risulta avere il primato di costa più inquinata, infatti a causa dell'inquinamento il 9,5% della costa provinciale totale non è balneabile.

**Figura 6.6.2 – Percentuale di costa per provincia e per caratteristiche di balneabilità. Marche, anno 2005.**



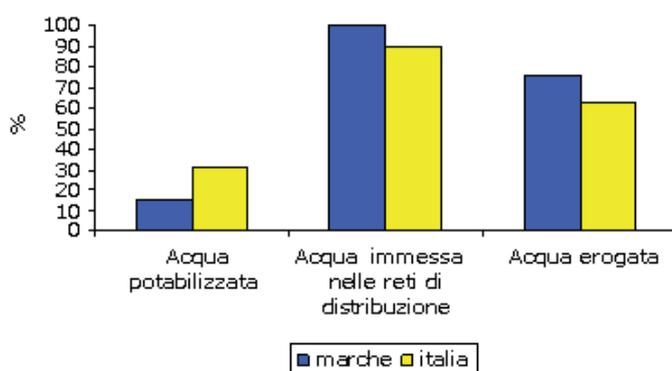
Fonte: Ministero della Salute.

La provincia di Ancona ha, con 14,6%, la percentuale maggiore di costa non balneabile per cause diverse dall'inquinamento (zone portuali e foci dei fiumi).

**Acque destinate al consumo umano**

L'85% circa dell'approvvigionamento idrico marchigiano deriva dalle acque profonde del sottosuolo (fonte APAT). La provincia di Ascoli Piceno possiede rifornimento idrico prevalentemente da acqua sorgiva (86%). Macerata ed Ancona hanno una distribuzione di acqua derivata da falde profonde rispettivamente del 58% (36% acque sorgive) 88% per la seconda (fonte ARPAM).

**Figura 6.6.3 – Percentuale di acqua ad uso potabile per caratteristiche sul totale di acqua prelevata. Marche, anno 2005.**



Fonte: ISTAT.

Il 15,12% dell'acqua prelevata nelle Marche, destinata al consumo umano, viene potabilizzata. Il totale dell'acqua prelevata viene immessa nella rete di distribuzione e di questa il 75,74% risulta erogata all'utenza.

Le Marche sono tra le regioni con minore potabilizzazione dell'acqua prelevata e destinata al consumo umano. Infatti l' 88,84% dell'acqua immessa nelle rete idrica marchigiana è potabile senza necessità di trattamenti, contro il 68,9% di quella del resto della nazione.

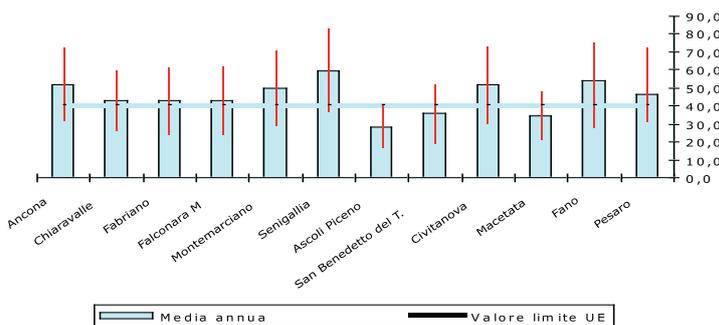
**Aria**

**La qualità dell'aria**

La combinazione tra condizioni meteorologiche ed immissione in atmosfera di prodotti delle combustioni, innalza pericolosamente il livello delle polveri sottili (PM<sub>10</sub> e PM<sub>2,5</sub>), queste, per le loro dimensioni non vengono fermate nelle prime vie aeree (cavità nasali e trachea), potendo raggiungere in tal modo gli alveoli polmonari ed espletare in quella sede azioni nocive o addirittura permettendo l'assorbimento diretto delle sostanze tossiche che le compongono. Il monitoraggio di questi inquinanti è effettuato attraverso centraline di rilevamento dei parametri atmosferici, ormai presenti in molte città.

Nelle Marche le stazioni di rilevamento delle polveri sottili sono posizionate in punti ad alto traffico.

**Figura 6.6.4 - Media annua e ± deviazione standard (DS) delle concentrazioni giornaliere in µg/m<sup>3</sup> del PM<sub>10</sub>. Marche, anno 2006.**



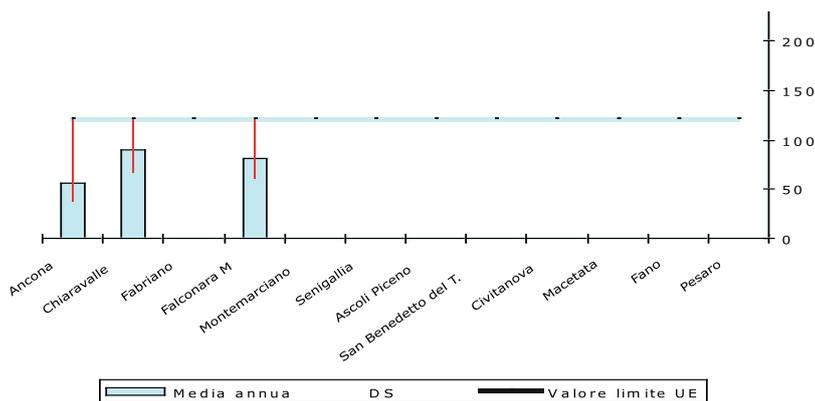
Fonte: Servizio di epidemiologia ambientale ARPAM.

Solamente i comuni di Ascoli Piceno, Macerata e San Benedetto del T. sono riusciti a rispettare il vincolo di 40 µg/m<sup>3</sup> imposto dalla direttiva 99/30/EC, mentre nessuno ha rispettato quello di 20 µg/m<sup>3</sup> che rappresenta il limite da raggiungere entro il 2010.

Altri importanti inquinanti per la salute umana sono gli ossidi di azoto ( $\text{NO}_x$ ), l'ossido di carbonio (CO), l'ozono ( $\text{O}_3$ ) e vari composti carboniosi (IPA, Benzene, ecc.).

Particolare attenzione destano nelle Marche le concentrazioni di ozono  $\text{O}_3$ , costituente principale dello "smog fotochimico".

**Figura 6.6.5 - Media annua e  $\pm$  deviazione standard (DS) delle concentrazioni giornaliere in  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  del  $\text{O}_3$ . Marche, anno 2006.**

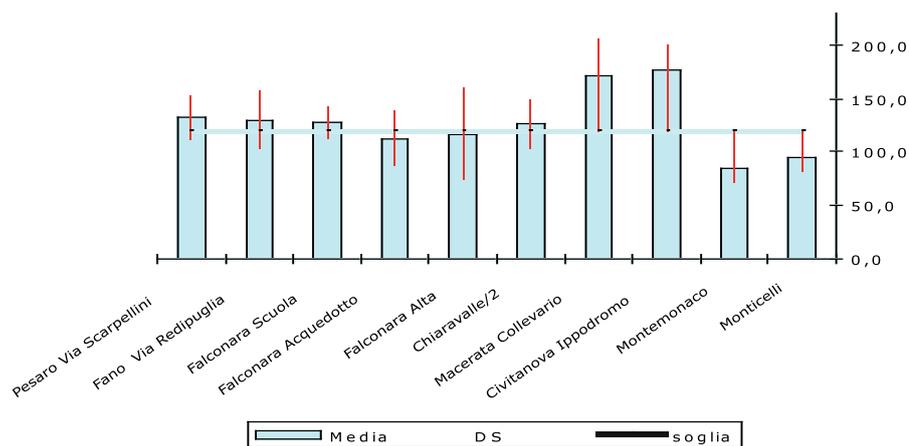


Fonte: Servizio di epidemiologia ambientale ARPAM.

La valutazione della media annua delle concentrazioni di  $\text{O}_3$  indica che, nelle tre stazioni da cui sono pervenuti i dati, viene rispettato il valore limite di  $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$ .

I livelli di O<sub>3</sub> aumentano in maniera preoccupante nei mesi più caldi dell'anno e nelle ore di maggior irraggiamento solare e tendono a mescolarsi più rapidamente con gli altri gas inquinanti frutto delle emissioni dei trasporti su strada.

**Figura 6.6.6 - Media estiva (Aprile-Settembre) e  $\pm$  deviazione standard (DS) delle concentrazioni giornaliere in  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  del O<sub>3</sub>. Marche, anno 2006.**



Fonte: Servizio tutela ambientale regione Marche.

Nei mesi estivi, solo le due stazioni di rilevamento di Montemonaco e Monticelli non hanno mai superato la soglia.

### Effetti dell'inquinamento sulla salute

Numerosi studi hanno dimostrato l'esistenza di un'associazione tra gli agenti inquinanti atmosferici e particolari eventi sanitari. Sulla base dei rischi individuati, lo studio condotto dal Servizio di Epidemiologia Ambientale: "Valutazione di Impatto Sanitario del PM<sub>10</sub> e O<sub>3</sub> in 12 comuni della regione Marche nel 2006" ha rilevato che sono attribuibili al PM<sub>10</sub> l'aumento della mortalità e dei ricoveri sia per cause cardiovascolari che respiratorie e sia per tutte le altre cause.

**Tabella 6.6.1 – Eventi sanitari in eccesso attribuibili alle polveri sottili al di sotto dei 10 micron di diametro aerodinamico (PM<sub>10</sub>) e O<sub>3</sub> in alcuni comuni delle Marche, anno 2006.**

	MORTALITÀ						RICOVERI OSPEDALIERI		
	Tutte le Cause		Cause Cardiovascolari		Cause Respiratorie		Cause Cardiache	Cause Respiratorie	
	ICD-9: 1-799		ICD-9: 390-459		ICD-9: 460-519, esclusa 487		ICD-9: 390-429	ICD-9: 460-519, esclusa 487	
	INQUINANTE		INQUINANTE		INQUINANTE		INQUINANTE	INQUINANTE	
	PM <sub>10</sub> Rif. 10µg/m <sup>3</sup>	O <sub>3</sub> Rif. 70µg/m <sup>3</sup>	PM <sub>10</sub> Rif. 10µg/m <sup>3</sup>	O <sub>3</sub> Rif. 70µg/m <sup>3</sup>	PM <sub>10</sub> Rif. 10µg/m <sup>3</sup>	O <sub>3</sub> Rif. 70µg/m <sup>3</sup>	PM <sub>10</sub> Rif. 10µg/m <sup>3</sup>	PM <sub>10</sub> Rif. 10µg/m <sup>3</sup>	O <sub>3</sub> Rif. 70µg/m <sup>3</sup>
COMUNE	Eventi in eccesso (IC 95%)	Eventi in eccesso (IC 95%)	Eventi in eccesso (IC 95%)						
Ancona	26 (17-34)	1 (0-1)	18 (10-25)	<1	3 (1-5)	<1	24 (0-48)	28 (9-50)	1 (0-3)
Chiaravalle	3 (2-4)	1 (0-1)	2 (1-3)	1 (0-1)	1 (0-1)	<1	3 (0-5)	4 (1-7)	2 (0-5)
Fabiano	6 (4-8)	n.d.	4 (2-6)	n.d.	1 (0-2)	n.d.	6 (0-13)	7 (2-12)	n.d.
Falconara M.ma	5 (3-6)	1 (0-1)	4 (2-5)	1 (0-1)	1 (0-1)	<1	5 (0-10)	6 (2-11)	2 (0-5)
Montemarciano	2 (1-2)	n.d.	1 (1-2)	n.d.	<1	n.d.	2 (0-3)	2 (1-4)	n.d.
Senigallia	14 (9-18)	n.d.	9 (5-12)	n.d.	3 (1-4)	n.d.	11 (0-21)	14 (5-25)	n.d.
Ascoli Piceno	6 (4-8)		4 (2-5)		1 (0-2)		5 (0-1)	7 (2-13)	
San Benedetto del Tronto	6 (4-8)		4 (2-6)		1 (0-1)		8 (0-16)	9 (3-17)	

Fonte: Valutazione di impatto sanitario del PM<sub>10</sub> e dell'O<sub>3</sub> in 12 comuni della regione Marche nel 2006. Servizio di Epidemiologia Ambientale, ARPAM.

## Rifiuti

### *Siti inquinati e discariche*

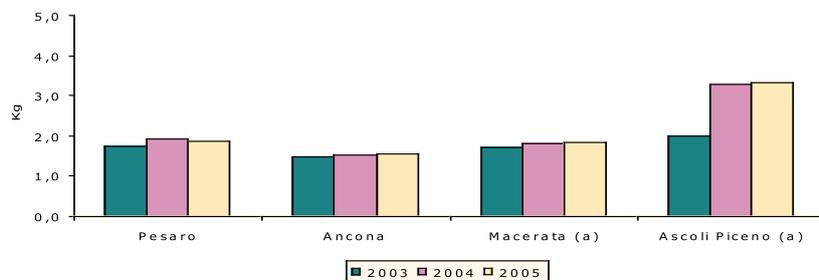
I siti contaminati regionali di interesse nazionale (Annuario ambientale 2006-APAT) secondo i dati APAT, risultano essere il Basso bacino del fiume Chienti e Falconara Marittima.

Nel 2005 sono 16 le discariche autorizzate per lo smaltimento dei rifiuti urbani nelle Marche, ma solo 12 possiedono un piano approvato di adeguamento allo smaltimento. La provincia di Ancona (4 discariche attive), smaltisce la maggior quantità di rifiuti solidi urbani (223.726 tonnellate – 481 t x1000ab), mentre la provincia di Macerata è quella che ne elimina di meno (63.712 tonnellate – 202 t x1000ab) in 2 discariche (Rapporto rifiuti 2006 – Osservatorio Nazionale Rifiuti). L' impianto di incenerimento di Cosmari ha distrutto nel 2005 19.207 tonnellate circa il 2,1% in più dell'anno precedente. (Rapporto rifiuti 2006 – Osservatorio Nazionale Rifiuti).

### *Rifiuti urbani*

La provincia di Ascoli Piceno è primo posto nella produzione pro-capite di rifiuti (rispettivamente 3,3 Kg/die pro capite 2004-2005), ma è anche la provincia con maggiore raccolta differenziata.

**Figura 6.6.7 - Produzione di rifiuti solidi urbani pro-capite al giorno (Kg/ab die), raccolta differenziata e indifferenziata. Marche, anno 2005.**



Fonte: Osservatorio Nazionale Rifiuti.

## 6.7 Ambiente e salute nelle Marche

Anche nella nostra regione viene posta molta attenzione, dalla comunità scientifica e dalla popolazione, alle tematiche ambientali, con particolare riferimento al rapporto ambiente-salute.

In conclusione di questo rapporto, abbiamo ritenuto utile inserire una parte scritta dal dott. Mariottini relativa ad attività epidemiologiche specifiche svolte dal Servizio di Epidemiologia Ambientale dell'ARPAM, che costituisce anche un "nodo" della Rete Epidemiologica delle Marche.

Quanto riportato sotto è in fase di aggiornamento, ma abbiamo ugualmente deciso di inserirlo perché rappresenta la traccia storica delle ricerche di epidemiologia ambientale nella nostra regione. Va però ricordato che sono stati realizzati studi specifici più recenti di rilevanza epidemiologica (come "Valutazione di impatto sanitario del PM10 e dell'O3 in dodici comuni della regione Marche nel 2006" o "Stato di salute delle popolazioni residenti in aree prossime ad impianti di smaltimento di Rifiuti Solidi Urbani"), per i quali si rimanda al sito dell'ARPAM ([www.arpa.marche.it](http://www.arpa.marche.it))

### *Attività ed esperienze del Servizio di epidemiologia ambientale del Dipartimento provinciale ARPAM di Ancona*

Il rapporto ambiente-salute è ormai da diversi anni al centro dell'attenzione delle tematiche ambientali sia in campo nazionale che internazionale ed è stato oggetto di molti trattati e progetti elaborati ad ogni livello in cui è stata evidenziata la priorità di sviluppare politiche ambientali orientate alla tutela della salute delle popolazioni.

La tutela dell'ambiente, inteso nella accezione più ampia, comprende sia la tutela della qualità dell'aria, delle acque, dei suoli, la sicurezza degli alimenti, la difesa dalle radiazioni ionizzanti e non, dal rumore, dai composti tossici dispersi nell'ambiente ma anche l'igiene delle abitazioni, i corretti stili di vita, la gestione degli eventi ambientali estremi e degli eventuali atti terroristici e fondamentalmente l'informazione e l'educazione delle popolazioni.

Circa il 20% di tutte le malattie nei paesi industrializzati è imputabile a cause ambientali<sup>1</sup>; in Europa (15 paesi) ogni anno circa 60.000 decessi possono essere associati ad esposizioni prolungate ad elevati livelli di particolato atmosferico<sup>3</sup> e nell'intera regione europea si stima che ca. 100 mila decessi/anno siano attribuibili all'inquinamento da traffico veicolare<sup>4</sup>. Più del 30% della popolazione EU15 è esposta a rumore notturno eccedente i 55 dB(A); ogni

anno in Europa si contano circa 127.000 decessi e 2,4 milioni di lesioni per traumi legati al traffico stradale con il 30% dei decessi che interessa giovani sotto i 30 anni. Sempre in Europa si stima che l'inattività fisica sia responsabile di circa 600.000 morti all'anno. Il 43% dei decessi per tumore ed il 40% delle nuove diagnosi di neoplasia nel 2000 sono da attribuire a cause ambientali in senso lato (inquinanti, fumo, dieta e agenti infettivi)<sup>5</sup> e almeno il 2% dei nuovi casi di tumore sono associabili all'esposizione ai soli agenti inquinanti (Travis e Hester 1990). Solo il 2-8% dei tumori è attribuibile a cause di origine professionale.

Le classi economicamente e socialmente più svantaggiate vivono in ambienti più degradati, si ammalano di più, hanno minori possibilità di accesso alle cure o alle cure più efficaci e quindi vanno maggiormente incontro a disabilità cronica, disagio e morte.

Gli anziani, gli ammalati ed i bambini sono più vulnerabili agli effetti degli inquinanti ambientali e, ad oggi, non è ancora certo se i limiti posti internazionalmente dalla normativa per i contaminanti ambientali siano realmente in grado di proteggere anche queste categorie. In Europa il 10% dei bambini soffre di asma e l'incidenza del sintomo è 10 volte superiore nell'Europa occidentale che nell'Europa orientale. Nella regione europea più di 50.000 bambini < 5 anni muoiono ogni anno per infezioni delle basse vie respiratorie dovute ad inquinamento indoor<sup>6</sup>; la casa è inoltre un importante fonte di rischio per incidenti che rappresentano la maggior causa di morte dei bambini tra i 5 e 15 anni<sup>5</sup>. I bambini con sonno disturbato dal rumore hanno una probabilità del 120% in più di soffrire di emicrania e del 90% in più di avere disturbi respiratori<sup>5</sup>.

In Italia un recente studio di metanalisi sull'inquinamento atmosferico ha stimato che se negli anni scorsi fossero stati rispettati i limiti imposti dalla normativa europea per il 2010 si sarebbero potuti evitare nelle 15 maggiori città italiane prese in esame, e solo per quanto riguarda gli effetti a breve termine, circa 900 decessi per l'esposizione a polveri fini ( $PM_{10}$ ) (1,4%) e 1.400 per il biossido di azoto ( $NO_2$ ) (1,7%)<sup>7</sup> ogni anno. Sulla base di studi internazionali<sup>8</sup> si può inoltre ritenere che, per gli effetti a lungo termine dell'inquinamento ad ogni aumento di  $10\mu g/m^3$  delle polveri fini ( $PM_{2,5}$ ) corrisponda un incremento di rischio del 4% per la mortalità per tutte le cause, del 6% per la mortalità per cause cardiopolmonari e dell' 8% per la mortalità da tumori polmonari.

A livello locale non sono ancora disponibili serie di dati sufficientemente completi per effettuare stime affidabili ed è ancora in via di studio un progetto OMS-UE per l'implementazione ed il popolamento di indicatori sintetici Ambiente-Salute per la valutazione delle pressioni, dello stato ambientale, de-

gli effetti sanitari dell'inquinamento e dell'efficacia delle azioni messe in atto per contrastarlo.

L'ARPAM ha comunque tentato di portare un contributo di conoscenza sull'impatto locale degli inquinanti sulla salute dei cittadini marchigiani e ha iniziato ponendosi l'obiettivo di descrivere in modo sintetico la distribuzione, nella realtà regionale, delle patologie che riconoscono cause o concause di natura ambientale.

Ogni anno muoiono nelle Marche circa 15.000 persone<sup>9</sup> pari circa al 1% dei residenti .

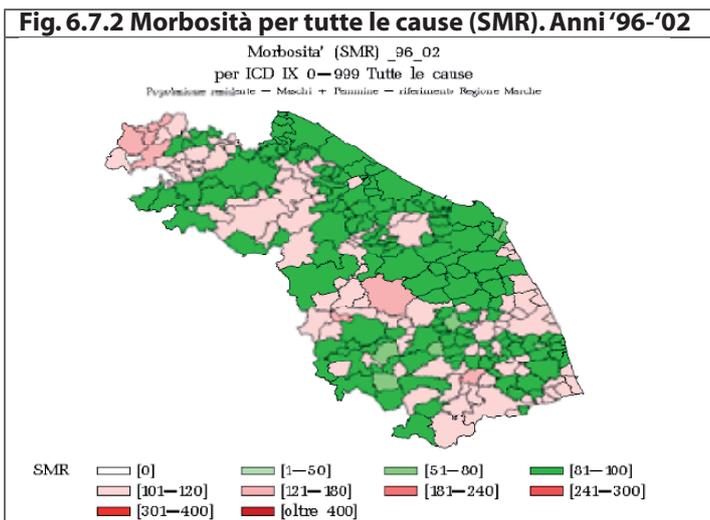
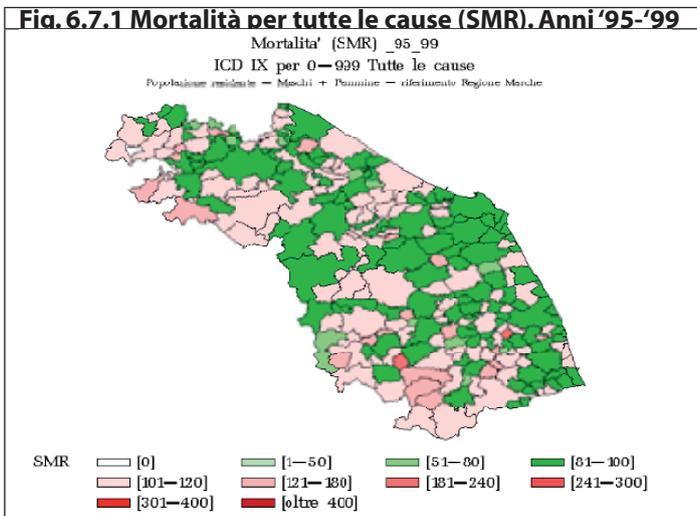
Come già rilevato nel relativo capitolo, le Marche presentano tassi standardizzati di mortalità generale inferiori a quelli medi nazionali e tendenzialmente in diminuzione (ad eccezione per il 2003). La mortalità per i tre principali gruppi di cause (malattie del sistema circolatorio, neoplasie e malattie del sistema respiratorio) presenta tassi pressoché costanti negli ultimi anni. Correggendo questo ultimo dato per l'invecchiamento progressivo della popolazione si rileva una spiccata tendenza proporzionale alla riduzione della mortalità per malattie del sistema circolatorio ed una riduzione, seppure meno marcata, della mortalità per tumori più evidente nel sesso maschile.

La frequenza dei ricoveri ospedalieri per causa è comunemente utilizzata come un indicatore di morbosità. In particolare tra i ricoveri a più alta prevalenza si rileva una relativa stabilità dei ricoveri per patologia cardiovascolare; una lieve riduzione per le neoplasie nelle sedi più frequenti; una variabilità per i ricoveri per patologia cerebro-vascolare, il 50% dei quali sono costituiti dalla patologia cerebro-vascolare ischemica; ed un incremento del numero degli anziani con insufficienza renale sottoposti a dialisi.

La popolazione marchigiana tende rapidamente all'invecchiamento con il conseguente aumento delle patologie croniche ed invalidanti.

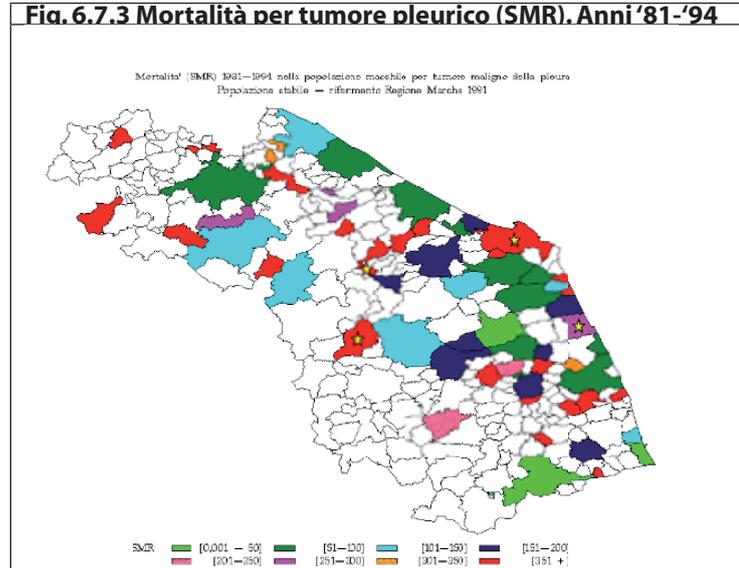
Nei bambini è rilevante la frequenza di patologie atopiche (asma, rinite allergica), obesità ed epilessia. Di notevole rilevanza è l'incidenza degli infortuni e delle malattie professionali anche di elevata gravità che superano i corrispondenti valori medi nazionali.

La distribuzione dei due principali eventi sanitari riferiti alle cause associate a fattori di rischio ambientale è stata descritta negli "Atlanti di mortalità e morbosità della popolazione marchigiana<sup>10</sup>" realizzati a cura di ARPAM (figg. 6.7.1 e 6.7.2). È attualmente in studio la possibilità di realizzare un analogo atlante sulle principali fonti espositive ambientali da sovrapporre alle mappe delle patologie.

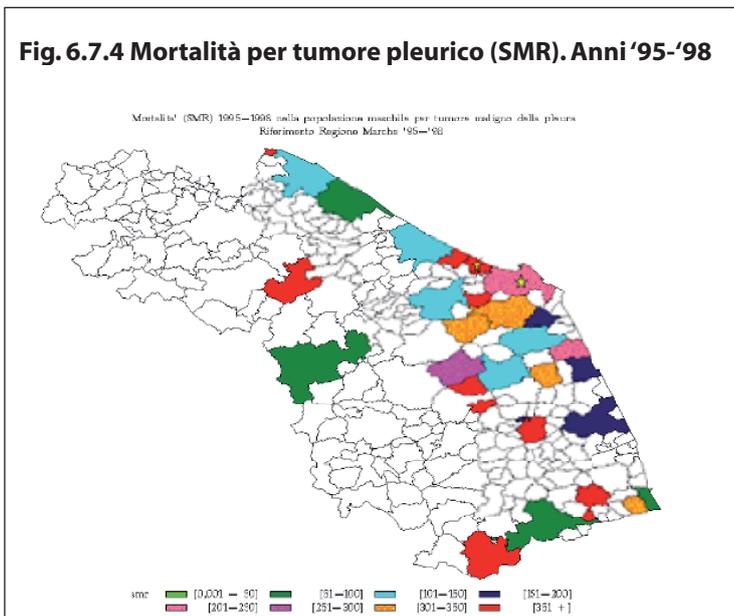


Gli studi di epidemiologia descrittiva hanno permesso di effettuare studi su alcune realtà specifiche (vedi Falconara M.<sup>11</sup>) e di rilevare alcuni aggregati di patologia sul territorio marchigiano che sono o potranno essere oggetto di

approfondimento. Tra questi si è avuto conferma degli attesi eccessi di patologia tumorale pleurica attribuibile all'esposizione ad asbesto a Senigallia, Falconara Marittima, Civitanova Marche e Ancona (fig. 6.7.3 e 6.7.4)<sup>12</sup>. Ora, in merito a tale patologia, sono disponibili informazioni più precise e puntuali grazie all'istituzione presso l'Università degli Studi di Camerino del Registro Regionale dei Mesoteliomi (v. capitolo Tumori).



**Fig. 6.7.4 Mortalità per tumore pleurico (SMR). Anni '95-'98**



L'asbesto è causa anche di tumori polmonari che riconoscono tuttavia come principali agenti il fumo di tabacco (70-80%), il radon (5-20%) e l'inquinamento atmosferico (> 10%).

Il radon è un elemento radioattivo naturale che può essere presente e concentrarsi negli ambienti chiusi. Tale gas, se inalato, è in grado di provocare lesioni alle mucose respiratorie con iniziazione del processo neoplastico. La concentrazione del radon in ambienti chiusi dipende dai materiali da costruzione ma principalmente dal contributo fornito dal suolo sopra il quale si trova l'edificio.

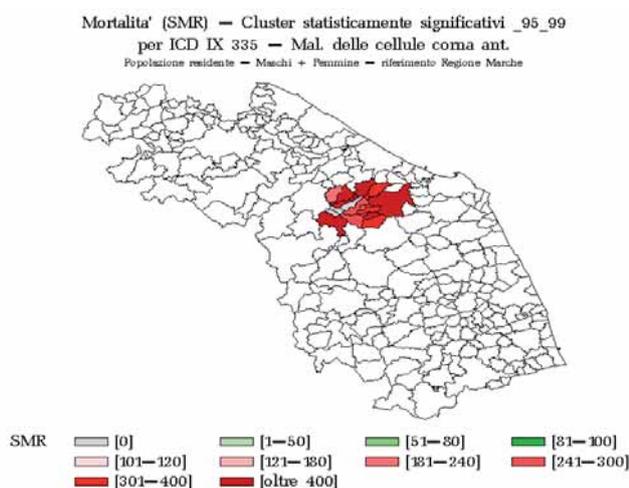
In uno studio completato nel 1997 dall'ENEA/DISP (oggi APAT) e dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) sono state indagate a campione le varie realtà regionali per la presenza indoor di radon.

Nello studio la Regione Marche è risultata fra le regioni con la più bassa concentrazione di gas radon, insieme ad altre regioni come la Basilicata e la Calabria.

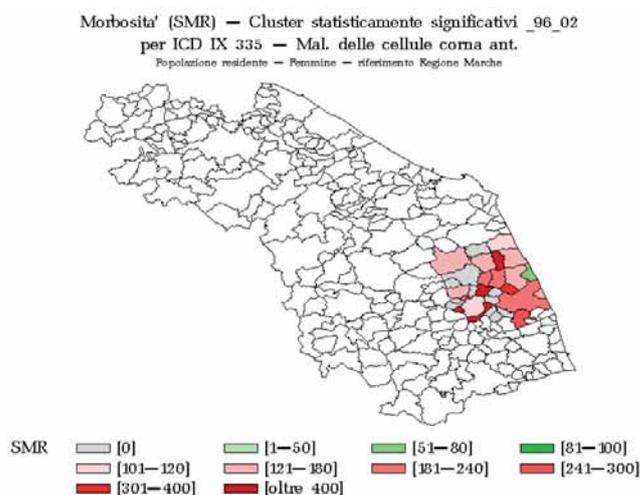
A causa del piccolo campione di abitazioni esaminate non è possibile, tuttavia, escludere che vi siano zone in cui la concentrazione di gas radon sia significativamente superiore ai livelli riscontrati nell'indagine effettuata nel 1991-1993<sup>13</sup>.

Nel 2003 è stato chiesto di verificare nelle Marche la segnalazione pervenuta a livello nazionale di un inatteso incremento di una particolare patologia la cui causa non è tuttora nota ma che è stata associata in più studi alla contaminazione ambientale e alla assunzione di sostanze chimiche (gas nervini (ma anche pesticidi), solventi organici, farmaci). Le malattie delle cellule delle corna anteriori (motoneurone spinale) tra cui la Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), pur essendo malattie rare, risultano in lieve incremento anche nelle Marche<sup>14</sup> con la rilevazione di aggregati di decessi nei comuni intorno a Jesi negli anni '95-'99 e di ricoveri ospedalieri di soggetti del sesso femminile nei comuni della fascia costiera al confine tra la provincia di Macerata e Ascoli Piceno.

**Fig. 6.7.5 Cluster di decessi per SLA (SMR). Anni '95-'99**



**Fig. 6.7.6 Cluster di ricoveri ospedalieri per SLA (SMR).  
Anni '96-'02 – Sesso femminile**



Questo ultimo aggregato meriterebbe conferme ed eventualmente la previsione di un piano di sorveglianza.

La quantificazione degli effetti sanitari dell'ambiente, preso in senso stretto (aria, acqua, suolo), è particolarmente imprecisa e difficile; tuttavia, ormai da alcuni anni, esistono studi scientifici che hanno reso disponibili tecniche abbastanza affidabili per la valutazione degli effetti dell'inquinamento atmosferico in ambiente urbano. Utilizzando tali tecniche è stato possibile fare una prima, anche se parziale, stima di quale possa essere l'impatto in termini di salute della qualità dell'aria almeno su una parte del territorio marchigiano. A tale scopo sono stati utilizzati gli indici di rischio riferiti alla realtà italiana e valutati con lo studio, già citato, su 15 città italiane pubblicato recentemente sulla rivista *Epidemiologia & Prevenzione*<sup>6</sup>.

Lo studio marchigiano<sup>15, 16</sup> ha preso in considerazione solo gli effetti dell'inquinamento da polveri fini ( $PM_{10}$ )<sup>17</sup> che sono riconosciute come le principali responsabili dei danni alla salute umana e quale problema di più difficile soluzione anche per il futuro. Una stima approssimativa degli eventi sanitari attribuibili all'inquinamento da polveri fini è presentata nelle tabelle seguenti. L'imprecisione di tali stime, e quindi la cautela con cui vanno lette, dipende dalla difficoltà della misura delle esposizioni nell'anno in studio (per l'incompletezza delle serie di dati ambientali, la collocazione impropria della quasi to-

talità delle stazioni di rilevamento, la difficoltà nella valutazione della qualità del dato analitico, ecc) e dalla non rappresentativa copertura del sistema di rilevamento sul territorio regionale. Le stime riportate per l'anno 2003 sono riferite ai comuni provvisti di un sistema di rilevamento del PM<sub>10</sub> e tramite un modello di estrapolazione su base statistica a tutti i comuni marchigiani della fascia costiera.

**Tabella 6.7.1 Ipotesi di valutazione degli eventi sanitari attribuibili all'esposizione al PM<sub>10</sub> nel 2003.**

	N. EVENTI SANITARI ATTRIBIBILI ALL'ESPOSIZIONE A PM <sub>10</sub> PER SUPERAMENTI DELLA SOGLIA DI 10 µg/m <sup>3</sup>				
	MORTALITÀ			RICOVERO OSPEDALIERO	
	TUTTE LE CAUSE NON ACCIDENTALI	CAUSE RESPIR.	CAUSE CARDIOVASC.	CAUSE CARDIACHE	CAUSE RESPIR.
COMUNI COSTIERI CONTROLLATI	49	5	37	96	87
TUTTI I COMUNI COSTIERI	71	8	55	141	131

Per gli effetti sanitari a lungo termine i dati sanitari necessari per l'analisi sono stati disponibili solo per la città di Ancona.

**Tabella 6.7.2 Anni di vita persi (YYL) ad Ancona nel 2003 per l'inquinamento atmosferico da polveri fini.**

MORTALITA' PER CAUSA	ANNI PERSI (YYL) NEL 2003	(Intervallo di Confidenza al 95%)
TUTTE LE CAUSE	525,64	(138,09-912,24)
CARDIOPOLMONARI	302,88	(110,79-491,04)
TUMORE POLMONARE	110,59	(39,00-177,50)

Altre indagini sono tuttora in corso per valutare gli effetti delle polveri fini sull'incidenza delle patologie ischemiche cardiache.

Un aspetto altrettanto importante è la valutazione della percezione da parte della popolazione dei fattori di rischio ambientale. Uno studio in tal senso è stato realizzato utilizzando i dati della indagine campionaria ISTAT Multi-scopo rilevati nel 1998<sup>18</sup>.

Anche se il modello di campionamento tendeva più a rappresentare la realtà nazionale che quella regionale, si sono rielaborate le risposte raccolte in questa indagine valutando la frazione del campione residente nelle Marche (2440 residenti nella regione e nella stessa abitazione da più di 12 mesi). Si è indagata la percezione del rischio rappresentato dalle condizioni ambientali della zona di residenza e dalla prossimità di impianti potenzialmente inquinanti (tab. 6.7.3) e la considerazione soggettiva del proprio stato di benessere psico-fisico anche in relazione alla vicinanza a possibili fonti di contaminazione ambientale.

**Tabella 6.7.3 Preoccupazioni per la residenza vicino ad impianti potenzialmente inquinanti**

IMPIANTO	FREQUENZA (%) DELLE RISPOSTE
Inceneritori e/o discarica di rifiuti	67,45
Industria petrolifera e/o petrolchimica	40,66
Industria chimica e/o farmaceutica	36,63
Centrali termoelettriche	25,67
Linee elettriche ad alta tensione	25,04
Ripetitori radio-tv e telefonici	10,52
Nessuno	1,41
Altro	1,00

I risultati di questa prima valutazione spingerebbero a ripetere e aggiornare l'indagine in quanto sorprende che il campione riferisca, nel 1998, di essere così poco preoccupato per la vicinanza ad impianti di trasmissione radio-tv e telefonici<sup>19</sup> in quanto oggi la maggior parte degli esposti che pervengono dai cittadini si riferiscono a tali problematiche. Dichiara invece di essere particolarmente insoddisfatto delle proprie condizioni di salute chi risiede in prossimità di centrali termoelettriche e di ripetitori radio.

- 1 K.R. Smith e. a., "How Much Global Ill Health Is Attributable To Environmental Factors?", *Epidemiology* 1999.
- 2 Agenzia europea dell'ambiente, "L'ambiente in Europa: la terza valutazione, Copenaghen, 2003.
- 3 OMS, *World Health Report*, 2002.
- 4 IARC "Rapporto sul cancro" 2003.
- 5 WHO – Budapest 25/6/04.
- 6 Biggeri A, Bellini P, Terracini B. Metanalisi italiana sugli effetti a breve termine dell'inquinamento atmosferico – 1996-2002. *Epidemiol Prev* 2004; 28 (suppl): 1-100.
- 7 Pope C.A. III., Burnett R.T., Thun M.J., et al.: *JAMA* 2002; Vol. 287; 1132-1141.
- 8 [www.arpa.marche.it/doc/Pdf/epidem/Sintesi\\_mortalita\\_Marche.pdf](http://www.arpa.marche.it/doc/Pdf/epidem/Sintesi_mortalita_Marche.pdf).
- 9 [www.arpa.marche.it/doc/Pdf/epidem/Presentazione\\_Atlanti\\_Epidemiologici.PDF](http://www.arpa.marche.it/doc/Pdf/epidem/Presentazione_Atlanti_Epidemiologici.PDF).
- 10 [www.arpa.marche.it/doc/Pdf/epidem/Sintesi\\_studio\\_epidemiologico\\_sullo\\_stato\\_di\\_salute\\_della\\_popolazione\\_di\\_Falconara.PDF](http://www.arpa.marche.it/doc/Pdf/epidem/Sintesi_studio_epidemiologico_sullo_stato_di_salute_della_popolazione_di_Falconara.PDF).
- 11 [www.arpa.marche.it/doc/Pdf/epidem/Neoplasie\\_e\\_asbesto\\_nelle\\_Marche.pdf](http://www.arpa.marche.it/doc/Pdf/epidem/Neoplasie_e_asbesto_nelle_Marche.pdf).
- 12 Inquinamento indoor da Radon: Caratteristiche, normativa, e situazione nella regione Marche. Pantalone C, Lombardi M. Servizio Radiazioni/Rumore ARPAM – Dipartimento Prov.le di Ancona
- 13 [www.arpa.marche.it/doc/Pdf/epidem/Epidemiologia\\_malattie\\_del\\_motoneurone.pdf](http://www.arpa.marche.it/doc/Pdf/epidem/Epidemiologia_malattie_del_motoneurone.pdf).
- 14 Mariottini M, Baldini M. Esposizione a polveri sospese e rischio per la salute nelle Marche nel 2003. *Ambiente Risorse Salute* 2004; 99: 13-20.
- 15 [www.arpa.marche.it/doc/Pdf/epidem/Aggiornamento\\_effetti\\_sanitari\\_Marche\\_2003.pdf](http://www.arpa.marche.it/doc/Pdf/epidem/Aggiornamento_effetti_sanitari_Marche_2003.pdf).
- 16 [www.arpa.marche.it/doc/htm/pm10\\_polveri.htm](http://www.arpa.marche.it/doc/htm/pm10_polveri.htm).
- 17 Mariottini M, Previtera B. L'ambiente e la percezione dello stato di salute nella popolazione marchigiana. *Ambiente Risorse Salute* 2002; 87: 42-47.
- 18 [www.arpa.marche.it/doc/htm/CEM-salute.htm](http://www.arpa.marche.it/doc/htm/CEM-salute.htm).





Finito di stampare  
nel mese di novembre 2007  
da  
Conerografica - Camerano (AN)  
progetto grafico  
ed impaginazione  
Mario Carassai

